



# FALETEHAN

## Health Journal

ISSN 2088-673X  
e-ISSN 2597-8667

Volume 6  
N o m o r

**01**  
Maret 2019

Terbit setiap empat bulan

**Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kegemukan Pada Balita di Kelurahan Warnasari Kecamatan Citangkil Kota Cilegon**

Sari Suriani

**Rebusan Buah Asam dan Jahe Sebagai Upaya Mengurangi Dismenore**

Trio Gustin Rahayu

**Implementasi Manajemen Risiko Berdasarkan ISO 31000:2009 pada Program Perawatan Mesin di Area Workshop PT. X**

Sari Delima Fitri, Dina Lusiana Setyowati, Krispinus Duma

**Risiko Kejadian Karies Gigi Ditinjau dari Konsumsi Makanan Kariogenik pada Anak Usia Sekolah di Kabupaten Tangerang**

Karina Megasari Winahyu, Ahmad Turmuzi, Fauzan Hakim

**Hubungan Pengetahuan, Pendidikan dan Dukungan Keluarga dengan Pemberian ASI Eksklusif**

Refi Lindawati

**Determinan Personal Hygiene Pada Anak Usia 9-12 Tahun**

Utami Triasmari, Andiko Nugraha Kusuma

LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN MASYARAKAT (LPPM)

**STIKES FALETEHAN SERANG**

Jl. Raya Cilegon KM 06, Kramatwatu  
Serang - Banten

ISSN 2088-673X  
e-ISSN 2597-8667

ISSN 2088-673X  
e-ISSN 2597-8667



**FALETEHAN**

**Health Journal**

**Volume 6**  
N o m o r

**0 1**

**Maret 2019**

Diterbitkan oleh:

**LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN MASYARAKAT (LPPM)**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN FALETEHAN**

Jl. Raya Cilegon Km 06, Pelamunan, Kramatwatu, Serang, Banten.

Telp/Fax : (0254) 232729 Email : [lppm.stikesfa@gmail.com](mailto:lppm.stikesfa@gmail.com)

[www.lppm-stikesfa.ac.id](http://www.lppm-stikesfa.ac.id)



# FALETEHAN

**Health Journal**

---

“Faletehan Health Journal” merupakan jurnal ilmiah yang memuat artikel yang relevan dengan isu-isu kesehatan masyarakat, keperawatan, kebidanan, kesehatan klinis dan sosial baik berupa artikel hasil penelitian, artikel review literature, atau artikel laporan lapangan (research report, literature review, field report).  
Terbit empat bulan sekali pada bulan Juli, Nopember dan Maret.

---

## Susunan Dewan Redaksi FALETEHAN Health Journal

Ketua Dewan Redaksi :

**Ahmad Jubaedi, SKM., MKM**

Pelaksana Redaksi :

**Wiwik Eko Pertiwi, SKM., MKM**

Anggota Redaksi :

**Ns. Ani Hariyani, S.Kep., M.Kep.**

(Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Faletehan, Serang, Indonesia)

**Ns. Delly Arffa Syukrowardi, S.Kep., MNS**

(Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Faletehan, Serang, Indonesia)

**Irsanti Collein, Ns. Sp. Kep. MB**

(Politeknik Kesehatan Kemenkes RI, Palu, Indonesia)

**Ns. Muhammad Zulfatul A'la, S.Kep., M. Kep.**

(Universitas Jember, Indonesia)

Staf Redaksi:

**Tika Yuliani, SKM**

---

### Alamat Redaksi FHJ :

Sekretariat LPPM STIKes Faletehan  
Jl. Raya Cilegon Km 06, Pelamunan, Kramatwatu, Serang, Banten.  
Telp/Fax : (0254) 232729 Email : FHJonlinejournal@gmail.com  
<https://journal.lppm-stikesfa.ac.id>

---

---

## Ucapan Terima Kasih

---

Dewan Redaksi **Faletehan Health Journal** menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada para Mitra Bestari atas partisipasi dan penilaian terhadap artikel pada **Faletehan Health Journal** Volume 6 Nomor 1, Maret 2019:

1. **Ayu Prawesti, S.Kep., Ners, M.Kep.** (Universitas Padjadjaran, Bandung, Indonesia)
2. **Etika Emiliyawati, M.Kep.** (Universitas Padjadjaran, Bandung, Indonesia)
3. **Fauzul Hayat, SKM., MKM** (Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Faletehan, Serang, Indonesia)
4. **Indah Wulandari, M.Kep. Ns. Sp.Kep.MB.** (Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Faletehan, Serang, Indonesia)
5. **M.G. Catur Yuantari, M.Kes., DR.** (Universitas Dian Nuswantoro, Semarang, Indonesia)
6. **Dini Rachmaniah, M.Kep., Ns. Sp.Kep.An.** (Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Faletehan, Serang, Indonesia)





---

## Daftar Isi

---

Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kegemukan Pada Balita di Kelurahan Warnasari Kecamatan Citangkil Kota Cilegon Sari Suriani .....	1-10
Rebusan Buah Asam Dan Jahe Sebagai Upaya Mengurangi Dismenore Trio Gustin Rahayu .....	11-15
Implementasi Manajemen Risiko Berdasarkan ISO 31000:2009 pada Program Perawatan Mesin di Area <i>Workshop</i> PT. X Sari Delima Fitri, Dina Lusiana Setyowati, Krispinus Duma .....	16-24
Risiko Kejadian Karies Gigi Ditinjau dari Konsumsi Makanan Kariogenik pada Anak Usia Sekolah di Kabupaten Tangerang Karina Megasari Winahyu, Ahmad Turmuzi, Fauzan Hakim .....	25-29
Hubungan Pengetahuan, Pendidikan dan Dukungan Keluarga dengan Pemberian ASI Eksklusif Refi Lindawati .....	30-36
Determinan <i>Personal Hygiene</i> Pada Anak Usia 9–12 Tahun Utami Triasmari, Andiko Nugraha Kusuma .....	37-44





## Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kegemukan Pada Balita di Kelurahan Warnasari Kecamatan Citangkil Kota Cilegon

Sari Suriani<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Faletihan Serang, Indonesia  
\*Corresponding Author: riesarie28@yahoo.com

### Abstrak

Status gizi lebih merupakan kondisi dimana berat badan melebihi standar berat badan normal. Gizi lebih dapat terjadi pada semua lapisan umur, dari mulai bayi, balita, anak-anak, orang dewasa, dan lansia. Persatuan ahli gizi rumah sakit Cipto Mangun Kusumo (RSCM), mengatakan gizi lebih yang dapat menyebabkan kegemukan pada usia balita, kegemukkan berpotensi menyebabkan terjadinya peningkatan resiko penyakit degeneratif, gangguan saluran pernafasan, masalah jantung serta dapat beresiko terjadinya diabetes. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan kegemukkan pada balita di Kelurahan Warnasari Kecamatan Citangkil Kota Cilegon. Sampel pada penelitian ini adalah balita yang berusia 24-59 bulan, diperoleh sebanyak 94 balita. Hasil penelitian ini menunjukkan terdapat 18 balita atau 19,1% balita yang termasuk dalam kategori gemuk, terdapat 60,6% balita yang berjenis kelamin laki-laki, berat badan lahir beresiko terdapat 16,0% balita, dan 13,8% ibu balita yang bekerja, 76,6% pendidikan ibu balita yang memiliki pendidikan tinggi, dan 75,5% keluarga balita yang memiliki jumlah keluarga <4 atau keluarga kecil. Terdapat hubungan antara jenis kelamin (pv: 0,003), Berat badan lahir (pv: 0,00), pekerjaan ibu (pv:0,00) dengan kegemukan pada anak balita. Tidak ada hubungan antara pendidikan dan jumlah anggota keluarga dengan kegemukan pada balita. Disarankan agar Dinas Kesehatan mengadakan upaya untuk mencegah kegemukan pada balita melalui monitoring dan evaluasi terhadap kegemukan Balita.

**Kata Kunci:** Balita, Berat Badan Lahir, kegemukan

### Abstract

*More nutritional status is a condition where body weight exceeds the normal weight standard. More nutrition can occur at all ages, from babies, toddlers, children, adults and the elderly. Nutritionists association of Cipto Mangun Kusumo Hospital (RSCM), said that over nutrition can cause obesity at the age of the toddler, fatigue can potentially cause an increased risk of degenerative diseases, respiratory tract disorders, heart problems and can be at risk of developing diabetes. This study aims to determine the relationship of fatigue in toddlers in Warnasari Village, Citangkil Subdistrict, Cilegon City. The sample in this study is toddlers aged 24-59 months, obtained as many as 94 toddlers. The results of this study showed that there were 18 children under five or 19.1% of children under five in the obese category, there were 60.6% of children under five who were male, birth weight at risk there were 16.0% of children under five, and 13.8% of children under five who works, 76.6% of education for under-five mothers who have higher education, and 75.5% of under-five families who have a family of <4 or a small family. There is a relationship between sex (pv: 0.003), birth weight (pv: 0.00), maternal work (pv: 0.00) with obesity in children under five. There is no relationship between education and the number of family members with obesity in children under five. It was suggested that the Health Service should make an effort to prevent obesity in children under five through monitoring and evaluating obesity.*

**Keywords:** Toddler, Birth Weight, obesity

## Pendahuluan

Status gizi lebih merupakan kondisi dimana berat badan melebihi standar berat badan normal. Gizi lebih dapat terjadi pada semua lapisan umur, darimulai bayi, balita, anak-anak, orang dewasa, dan lansia. Persatuan ahli gizi. Rumah Sakit Cipto Mangun Kusumo (RSCM), mengatakan gizi lebih yang dapat menyebabkan kegemukan dibagi dua yaitu berat badan *overweight* yang berarti berat badan lebih dari 10-20% dari berat badan ideal, dan obesitas yaitu kondisi tubuh memiliki berat badan lebih 20% berat badan ideal (Rimbawan, 2004).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2010) prevalensi kegemukan di kalangan balita di Indonesia adalah 14,0% dimana lebih tinggi dari jumlah balita yang sangat kurus dan kurus yakni 6% dan 7,3%. Berdasarkan kelompok umur prevalensi kegemukan pada usia 24-35 bulan sebesar 13,1% dan pada usia 36-47 bulan serta 48-59 bulan masing-masing 12,1% dan 12,0%. Sementara hasil Riskesdas 2007 menunjukkan prevalensi kegemukan di Indonesia sebesar 12,2% dan pada kelompok umur 24-35 bulan prevalensinya sebesar 10,9% dan pada kelompok 36-47 bulan serta 48-59 bulan masing-masing 11,2% dan 10,7%. Di Provinsi Banten prevalensi kegemukan pada balita 0-59 bulan berdasarkan data Riskesdas tahun 2010 adalah 11,7% mengalami penurunan yaitu dari 15,6% pada tahun 2007 (Riskesdas, 2010) Sedangkan Data Riskesdas 2013 prevalensi bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) berkurang dari 11,1 % dari tahun 2010 menjadi 10,2 % pada tahun 2013 (Kemenkes, Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS 2013), 2013)

Berat masalah gizi Kota/Kabupaten provinsi Banten berdasarkan hasil PSG tahun 2017 di Kota Cilegon hasil Pemantauan Status Gizi kegemukan pada anak balita sebesar 3,5% dari jumlah seluruh Balita. Sedangkan berdasarkan data Pemantauan Status Gizi pada bulan Penimbangan dibulan Februari Tahun 2018, persentase kegemukan pada anak balita

di Kota Cilegon sebesar 1,3%, dan jumlah paling banyak dalam kategori daerah perkotaan adalah di Kelurahan Warnasari Kecamatan Citangkil yaitu 0,9% dari jumlah penduduk Balita yang ditimbang.

Angka prevalensi kegemukan yang sudah ada, menjadi peringatan bagi pemerintah dan masyarakat, bahwa kegemukan merupakan ancaman serius bagi masyarakat Indonesia. Sasaran pemerintah Indonesia dalam strategi operational dalam menanggulangi masalah kegemukan yaitu menahan laju peningkatan prevalensi kegemukan dan obesitas pada kelompok balita, anak usia sekolah, remaja dan dewasa dari 1% menjadi 0,5% pertahun (Kemenkes, 2012).

Menurut Thorpe, kegemukan yang terjadi selama masa kanak-kanak, memiliki konsekuensi medis jangka pendek, meliputi efek yang merugikan terhadap pertumbuhan, dan konsekuensi medis jangka panjang meliputi risiko yang lebih besar untuk terkena *hipertensi*, *diabetes*, penyakit *kardiovaskuler*, dan penyakit degeneratif lainnya pada masa dewasa (Musadat, 2010). Kegemukan pada masa anak-anak juga menimbulkan konsekuensi psikososial jangka pendek dan jangka panjang seperti penurunan kepercayaan diri, gangguan makan, dan kesehatan yang lebih rendah hubungannya dengan kualitas hidup. Kondisi kegemukan pada usia dini akan dibawa sampai dewasa, yang berdampak terhadap peningkatan resiko penyakit degeneratif. Meningkatnya status sosial ekonomi masyarakat saat ini, ditambah lagi dengan gaya hidup yang kurang baik, seperti banyak tawaran makanan siap saji, dan kurangnya aktifitas fisik cenderung meningkatkan kejadian gizi lebih.

Hasil penelitian epidemiologi bahwa gizi lebih atau kegemukan memiliki resiko relatif sebesar 5,9 kali untuk hipertensi dan 2,9 kali untuk *diabetes mellitus*, dibandingkan dengan kelompok gizi normal. Hal ini membuktikan bahwa terdapat hubungan erat antara kegemukan dan faktor resiko penyakit *kardiovaskuler* seperti *diabetes mellitus tipe II*,

*dislipidemia* dan hipertensi. Bertambahnya populasi kegemukan dan obesitas dengan sendirinya akan meningkatkan angka kesakitan dan kematian penyakit *kardiovaskuler* (Hariadi & Ali, 2005).

Hasil penelitian di Indonesia menyatakan hubungan yang bermakna antara variabel berat badan lahir, pekerjaan ibu dan pengeluaran keluarga dengan kegemukan dan obesitas (Fitriarni, 2012). Sedangkan hasil penelitian di Provinsi Sumatera Selatan, faktor yang mempengaruhi kegemukan adalah jenis kelamin, umur, genetik orang tua (IMT Ayah), aktifitas fisik, kebiasaan makan buah, kebiasaan makan makanan berlemak, konsumsi energi, dan konsumsi protein (Musadat, 2010).

Penelitian serupa terhadap anak SD di Jakarta Selatan, menyimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kejadian obesitas dan tidak ada hubungan yang bermakna antara usia, pendidikan Ibu, status pekerjaan Ibu, frekuensi konsumsi makanan jajanan, frekuensi konsumsi makanan cepat saji, waktu tidur, menonton TV dan main *games*, kebiasaan olahraga dan keterpaparan media (Rahmawati, 2009). Berdasarkan karakteristik permasalahan kegemukan dan obesitas sangat dominan pada kelompok penduduk yang tinggal di perkotaan dimana status ekonomi yang lebih baik dan tingkat pendidikan tinggi (Kemenkes, 2012).

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kegemukan Pada Balita Di Kelurahan Warnasari Kecamatan Citangkil Kota Cilegon Tahun 2018.

### Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian Observasional dengan menggunakan metode observasi, wawancara dan pengukuran antropometri. Adapun berdasarkan waktunya jenis penelitian ini bersifat *cross sectional* (Notoatmodjo, 2005). Penelitian dilakukan di Kelurahan Warnasari Kecamatan Citangkil Kecamatan Warnasari Kota Cilegon.

Penelitian ini dilakukan pada bulan Mei – Juli 2018. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh balita yang tercatat di Kelurahan Warnasari sejumlah 1.607 jiwa.

Dalam pengambilan sampel dilakukan secara *Accidental sampling* dari balita yang datang dan ditimbang di posyandu Kelurahan Warnasari Kecamatan Citangkil dengan kriteria inklusi; Balita termasuk warga Kelurahan Warnasari, berusia 24-59 Bulan, Masih memiliki orang tua (kandung maupun angkat). Alat pengumpulan data berupa kuesioner, timbangan injak, dan *microtoice*. Cara pengumpulan data melalui wawancara dan pengukuran langsung. Uji statistik untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dengan variabel independen menggunakan tingkat kepercayaan 95% (alpha 5%).

### Hasil dan Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian, gambaran kegemukan dikelompokkan menjadi gemuk dan tidak gemuk dimana status gemuk merupakan hasil dari analisa penentuan status gizi menurut BB/TB berdasarkan tabel antropometri yang mengacu pada standar WHO tahun 2005. Proporsi kegemukan pada anak balita sebesar 19,1%, sedangkan sisanya tidak mengalami kegemukan yaitu sebesar 80,9%.

Tingginya prevalensi kegemukan mengindikasikan bahwa pertumbuhan pada anak terkait dengan faktor jangka panjang. Tingkat sosial ekonomi tinggi dan status lingkungan yang baik ditemukan menjadi protektif terhadap kegemukan. Fenomena kegemukan merupakan ancaman yang serius karena terjadi di berbagai kelompok usia, strata ekonomi, tingkat pendidikan, desa maupun kota. Peningkatan pendapatan pada kelompok masyarakat terutama di perkotaan menyebabkan perubahan gaya hidup, terutama dalam hal pola makan. Saat ini pola makan masyarakat bergeser dari pola makan yang tadinya tinggi karbohidrat kompleks, tinggi serat, dan rendah lemak berubah ke pola makan yang tinggi karbohidrat sederhana, rendah serat, dan tinggi lemak, sehingga

menggeser mutu makanan kearah tidak seimbang.

Jenis kelamin merupakan faktor internal yang menentukan kebutuhan gizi, dan akan berpengaruh terhadap status gizi, sehingga terdapat hubungan antara dan jenis kelamin dengan status gizi. Penelitian ini diikuti 60,6% balita laki-laki dan 39,4% balita perempuan. Sebaran ini tidak jauh berbeda jika dilihat berdasarkan Sensus penduduk pada tahun 2010 wilayah kecamatan Cilegon proporsi anak balita di usia 0-59 bulan adalah sebesar 51,95 % memiliki jenis kelamin laki-laki dan sebesar 48,05% memiliki jenis kelamin perempuan.

Laki-laki dan perempuan mempunyai kecenderungan yang berbeda untuk berstatus gizi lebih. Anak laki-laki mempunyai kecenderungan lebih untuk menjadi gizi lebih (*overweight*) dibandingkan dengan anak perempuan. Berdasarkan data *National Health and Nutrition Examination Survey*, terjadi peningkatan prevalensi gizi lebih pada anak laki-laki dari 14% sampai 18%, sementara pada anak perempuan 13,8% sampai 16%. Penelitian Dupuy membuktikan bahwa laki-laki lebih berpotensi untuk mengalami status gizi lebih dibandingkan dengan perempuan (Dupuy, Vignes, Godeau, & Ahluwalia, 2011).

Masalah kegemukan dapat berawal dari masa bayi dimana berat badan lahir juga mencerminkan kualitas pemeliharaan kesehatan mencakup pelayanan kesehatan yang diterima oleh ibu selama kehamilannya. Kategori berat badan lahir dikategorikan menjadi 2 yaitu kategori beresiko jika berat badan lahir <2500 gram atau >4000 gram, sedangkan kategori tidak beresiko jika berat badan lahir 2500-4000 gram.

Dari penelitian ini diperoleh, sebanyak 16,0% balita yang memiliki berat badan lahir kategori beresiko dan 84% tidak beresiko. Rata-rata berat badan lahir adalah 3115,2 gram dengan standar deviasi  $\pm 467,55$  gram. Berat badan lahir terendah adalah 2150 gram dan tertinggi adalah 4300 gram.

Gambaran karakteristik anak balita di Kelurahan Warnasari jika dianalisis lebih

lanjut proporsi anak balita yang memiliki jenis kelamin laki-laki yang berusia 24-59 bulan dengan riwayat berat badan lahir dalam kategori beresiko adalah sebesar 16,0% dari jumlah keseluruhan anak balita yang memiliki berat lahir beresiko. Perlu diketahui resiko kegemukan terjadi pada kelompok anak balita yang memiliki jenis kelamin laki-laki, pada kelompok anak balita berusia 24-59 bulan, dan pada kelompok anak balita dengan riwayat BBLR.

Kecenderungan berat lahir yang lebih dari 4000 gram untuk mengalami kegemukan dikarenakan terjadi peningkatan massa jaringan tubuh. Di satu sisi, kecenderungan berat lahir yang kurang dari 2500 gram untuk berstatus gizi lebih karena terjadi peningkatan massa lemak dalam tubuh (Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison, & Murray, 2006).

**Tabel 1.** Distribusi frekuensi responden berdasarkan status kegemukan, jenis kelamin, berat badan lahir, pendidikan ibu, pekerjaan ibu dan jumlah anggota keluarga

Variabel	F	%
<b>Status Kegemukan</b>		
Gemuk	18	19,1
Tidak Gemuk	76	80,9
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	57	60,6
Perempuan	37	39,4
<b>Berat Badan Lahir</b>		
Beresiko	15	16,0
Tidak beresiko	79	84,0
<b>Pendidikan Ibu</b>		
Rendah ( $\leq$ SMP)	22	23,4
Tinggi ( $>$ SMA)	72	76,6
<b>Pekerjaan Ibu</b>		
Bekerja	14	14,9
Tidak bekerja	80	85,1
<b>Jumlah Anggota Keluarga</b>		
Besar ( $\geq$ 4 orang)	71	75,5
Kecil ( $<$ 4 orang)	23	24,5
Jumlah	94	100

Sumber : Data Primer, 2018

Berdasarkan hasil penelitian, sebagian besar ibu balita memiliki jenjang pendidikan yang tinggi (>SMP) yaitu 76,6%, sedangkan 25,5% ibu balita memiliki pendidikan rendah ( $\leq$ SMP). Secara biologis ibu adalah sumber hidup anak. Tingkat pendidikan ibu banyak menentukan sikap dan menghadapi berbagai masalah, misal memintakan vaksinasi untuk anaknya, memberikan oralit waktu diare, atau kesediaan menjadi peserta KB. Anak-anak dari ibu yang mempunyai latar pendidikan lebih tinggi akan mendapat kesempatan hidup serta tumbuh lebih baik. Keterbukaan mereka untuk menerima perubahan atau hal baru guna pemeliharaan kesehatan anak maupun salah satu penjelasannya.

Status pekerjaan ibu dikelompokkan menjadi dua yaitu bekerja apabila ibu mempunyai pekerjaan yang menghasilkan pendapatan, dan tidak bekerja apabila ibu tidak bekerja atau tidak memiliki pendapatan yang tetap hanya mengurus rumah tangga saja. Dari hasil penelitian ini dan sebelumnya menunjukkan bahwa sebagian besar ibu pada anak balita adalah seorang ibu rumah tangga. Sehingga pengetahuan ibu tentang makanan tinggi kalori masih rendah, ibu membiarkan anaknya untuk mengkonsumsi makanan siap saji yang sedikit zat gizi mengingat proses persiapan yang sebagian besar adalah digoreng (Anderson, 2002).

Jumlah anggota keluarga diteliti karena besar keluarga bila bertambah maka pangan untuk setiap anak berkurang dan banyak orang tua tidak menyadari bahwa anak-anak yang sangat muda memerlukan pangan relatif lebih banyak daripada anak-anak yang lebih tua. Dengan demikian anak-anak yang muda mungkin tidak diberi cukup makan. Berdasarkan penelitian diatas, proporsi jumlah anggota keluarga  $\geq 4$  orang adalah sebesar 24,5%, sedangkan 75,5% beranggota kurang atau sama dengan 4 orang (keluarga kecil (< 4 orang)).

Hasil penelitian secara statistik menunjukkan ada hubungan bermakna antara

jenis kelamin dengan kegemukan pada anak balita. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian sebelumnya yang menunjukkan ada hubungan antara jenis kelamin dengan kegemukan (Fitriarni, 2012). Namun berbeda dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kegemukan atau obesitas (Musadat, 2010). Jenis kelamin membedakan kebutuhan zat gizi seseorang. Karena luas permukaan dan otot tubuhnya, laki-laki lebih banyak membutuhkan energi dibandingkan perempuan.

Hasil uji statistik dapat disimpulkan adanya hubungan antara jenis kelamin dengan kegemukan. Hasil penelitian ini proporsi kejadian kegemukan pada anak balita laki-laki yaitu 29,8% lebih tinggi jika dibandingkan pada anak balita perempuan yang mengalami kegemukan yaitu sebanyak 2,7%. Hasil penelitian lain juga menyebutkan bahwa anak laki-laki lebih banyak yang gemuk dibandingkan anak perempuan (Musadat, 2010) (Fitriarni, 2012).

Kecenderungan kegemukan terjadi pada anak laki-laki dibandingkan perempuan dapat disebabkan karena perbedaan asupan makanan. Anak laki-laki mengkonsumsi energi dan protein yang lebih besar dibandingkan dengan anak perempuan, nafsu makan pada anak laki-laki sangat tinggi sehingga tidak ada kesulitan untuk memenuhi kebutuhan makanannya. Anak laki-laki mempunyai nafsu makan yang besar sehingga mengkonsumsi makanan yang lebih banyak terutama makanan yang mengandung energi lebih tinggi dibandingkan anak perempuan.

Berdasarkan penelitian Fitriarni, analisis lebih lanjutan antara jenis kelamin dengan konsumsi Air Susu Ibu (ASI) eksklusif didapatkan hasil bahwa anak laki-laki yang mengonsumsi ASI eksklusif lebih sedikit dibandingkan dengan anak perempuan (Fitriarni, 2012). Kita ketahui bahwa ASI eksklusif mempunyai efek protektif terhadap kegemukan sehingga anak laki-laki dalam penelitian lebih banyak yang gemuk dibandingkan dengan anak perempuan.

Berdasarkan hasil analisis hubungan antara berat badan lahir dengan kegemukan diperoleh kejadian kegemukan pada anak balitayang memiliki berat lahir beresiko (<2500 gr dan >4000gr) yaitu sebesar 80,0%, sedangkan pada anak balita yang memiliki berat lahir tidak beresiko (2500-4000 gr) yang mengalami kegemukan yaitu sebesar 7,6%.

Hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa tidak adanya hubungan yang signifikan antara berat badan lahir dengan kegemukan pada anak balita. Penelitian ini sesuai dengan hasil dari penelitian yang menyebutkan tidak menemukan hubungan yang bermakna antaraberat lahir dengan kegemukan pada anak usia 24-59 bulan (Kusumaningrum, 2011). Namun hasil yang sesuai di dapatkan pada penelitian lain yang menunjukkan hubungan yang bermakna antara beratlahir dengan kegemukan (Fitriarni, 2012). Anak yang gemuk lebih banyak yang memiliki beratlahir lebih ( $\geq 4000$  gr).

Perlu diketahui bahwa kegemukan dapat berawal dari bayi. Banyak penelitian yang menunjukkan bahwa anak balita yang dilahirkan dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) mempunyai resiko yang lebih besar untuk menjadi kegemukan di masa mendatang. Hal ini karena BBLR mempunyai massa tubuh tanpa lemak (*lean body mass*) yang lebih rendah daripada bayi yang lahir dengan berat lahir cukup. Seperti halnya pernyataan Al-Qaoud dan Prakash yang menyebutkan bahwa anak-anak yang lahir dengan berat lahir besar (4000 gr) memiliki risiko 2,5 kali terkena obesitas/ kegemukan dibandingkan dengan berat lahir normal, sedangkan untuk bayi dengan berat badan lahir rendah memiliki resiko terkena kegemukan dikarenakan kesalahan penanganan bayi yaitu bayi diberi asupan protein yang tinggi untuk mengejar ketertinggalan pertumbuhannya dengan anak-anak yang lahir dengan berat badan normal (Al-Qaoud & Prakash, 2009).

**Tabel 2.** Hubungan jenis kelamin, berat badan lahir, pendidikan ibu, pekerjaan ibu dan jumlah anggota keluarga terhadap kegemukan pada anak

Variabel	Status Kegemukan				Jumlah		Pvalue	OR
	Gemuk		Tidak Gemuk		n	%		
	N	%	N	%				
<b>Jenis Kelamin</b>								
Laki-laki	17	29,8	40	70,2	57	100	0,003	15,300
Perempuan	1	2,7	36	97,3	37	100		
<b>Berat Badan Lahir</b>								
Berisiko	12	80	3	20	15	100	0,000	9,692
Tidak Berisiko	6	7,6	73	92,4	79	100		
<b>Pendidikan Ibu</b>								
Rendah ( $\leq$ SMP)	2	9,1	20	90,9	22	100	0,225	
Tinggi ( $>$ SMP)	16	22,2	56	77,8	72	100		
<b>Pekerjaan Ibu</b>								
Bekerja	11	78,6	3	21,4	14	100	0,000	38,238
Tidak Bekerja	7	8,8	73	91,3	80	100		
<b>Jumlah Anggota Keluarga</b>								
Besar ( $\geq 4$ orang)	2	8,7	21	91,3	23	100	0,246	
Kecil ( $< 4$ orang)	16	22,5	55	77,5	71	100		

Sumber : Data Primer, 2018

Tinggi rendahnya tingkat pendidikan ibu erat kaitannya dengan tingkat pengetahuan terhadap perawatan kesehatan, proses kehamilan dan pasca persalinan, serta kesadaran terhadap kesehatan dan gizi anak-anak dan keluarganya. Tingkat pendidikan turut pula menentukan mudah tidaknya seseorang menyerap dan memahami pengetahuan gizi yang mereka peroleh. Pendidikan diperlukan agar seseorang lebih tanggap terhadap adanya masalah gizi didalam keluarga dan bisa mengambil tindakan secepatnya (Suhardjo, 2003).

Hasil analisis hubungan antara pendidikan ibu dengan kegemukan pada anak balita diperoleh proporsi kejadian kegemukan pada anak balita dengan pendidikan ibu dalam kategori rendah yaitu sebesar 9,1%, sedangkan untuk pendidikan ibu kategori tinggi yang memiliki anak balita mengalami kegemukan yaitu sebesar 22,2%.

Hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa tidak adanya hubungan yang signifikan antarpendidikan ibu dengan kegemukan pada anak balita. Hasil penelitian sesuai dengan hasil penelitian lain yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan orang tua dengan kegemukan (Musadat, 2010) (Rahmawati, 2009). Namun hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang menemukan adanya hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan orang tua dengan kejadian obesitas (Nugroho, 1999).

Tidak ditemukannya hubungan yang bermakna antara pendidikan orang tua dengan kejadian kegemukan diduga karena faktor pendidikan bukan merupakan faktor langsung yang mempengaruhi status gizi, tetapi pendidikan sangat berpengaruh pada tingkat pengetahuan. Pengetahuan kesehatan dan gizi merupakan faktor yang sangat mempengaruhi pola konsumsi makan.

Di zaman modern saat ini banyak wanita yang bekerja baik itu termasuk kedalam pekerjaan terampil maupun yang tidak terampil. Kondisi saat ini, dalam satu keluarga ibu yang bekerja merupakan suatu kebutuhan

untuk menopang perekonomian keluarga. Banyak alasan yang menyebabkan ibu harus bekerja diantaranya untuk kebutuhan hidup sehari-hari, untuk biaya sekolah anak, dll.

Tempat kerja pun sekarang pada umumnya lebih memilih wanita yang dipekerjakan di kantornya dikarenakan wanita memiliki sifat yang lebih sabar, teliti dan loyal pada pekerjaannya. Hal-hal tersebut membuat anak-anak dalam keluarga tersebut diasuh atau diawasi oleh asisten rumah tangga, saudara atau kakek dan neneknya.

Pengasuhan anak-anak tidaklah mudah, apalagi anak-anak tersebut masih dalam kategori di bawah usia tiga tahun. Usia di bawah tiga tahun merupakan usia yang rawan karena masih dalam tahap perkembangan yang sangat pesat. Cukup sulit untuk seorang ibu menyerahkan pengasuhan anak-anaknya kepada seorang asisten rumah tangga, karena tidak hanya mengasuh saja tugasnya namun juga termasuk ke dalam penyiapan, pengolahan dan pemberian makanan terhadap anak. Untuk penyiapan dan pengolahan makanan anak-anak, ibu yang bekerja menggunakan waktunya di pagi hari, tetapi terkadang untuk penyiapan dan pengolahan makanan ibu yang bekerja juga tidak sempat melakukannya sehingga semua diserahkan kepada asistennya.

Berdasarkan hasil analisis hubungan antara pekerjaan ibu dengan kegemukan pada anak balita diperoleh kejadian kegemukan pada anak balita dengan ibu yang memiliki jenis pekerjaan karyawan swasta yaitu sebesar 84,6%, kejadian kegemukan pada anak balita dengan ibu yang memiliki jenis pekerjaan buruh harian yaitu sebesar 0,0%, sedangkan untuk ibu yang tidak bekerja dan memiliki anak balita mengalami kegemukan yaitu sebesar 8,8%. Dari data diatas secara presentase bahwa anak balita dengan ibu bekerja lebih tinggi dibandingkan dengan anak balita dengan ibu yang tidak bekerja.

Hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa tidak adanya hubungan yang signifikan antara pekerjaan ibu dengan kegemukan pada

anak balita. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang menyatakan bahwa tidak ditemukan hubungan antara status pekerjaan ibu terhadap kegemukan (Rahmawati, 2009). Menurut Shils Maurice E. menyatakan ibu bekerja ternyata dapat memperbaiki status gizi anak sebagai akibat meningkatnya penghasilan terutamasekali bila ibu yang mengontrol penghasilan keluarga (Rahmawati, 2009). Selain itu wanita juga lebih banyak menggunakan penghasilannya untuk pemberian makan pada anak-anaknya. Begitu juga penelitian ini sesuai dengan yang menunjukkan tidak adanyahubungan antara status pekerjaan ibu dengan status gizi serta penelitian yang menunjukkan tidak ditemukan adanya hubungan antarapekerjaan ibu dengan kejadian obesitas (Daryono, 2003) (Nugroho, 1999).

Berbeda dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa ditemukan hubungan antara pekerjaan ibu dengan kejadian obesitas (Meilinasari, 2002). Hal yang sama juga diungkapkan oleh Abdiana yang menyatakan bahwa ibu yang bekerja memiliki resiko 1,3 kali terjadinya kegemukan pada anak (Abdiana, 2010). Hal tersebut dikarenakan minimnya waktu yang dimiliki oleh ibu yang bekerja untuk menyiapkan, mengolah dan menyajikan masakan yang bergizi. Frekuensi makan di luar rumah seperti makanan siap saji cenderung meningkat karena waktu yang tersedia untuk menyiapkan makanan di rumah sedikit (Lucas & Ogata, 2005).

Keluarga dengan banyak anak dan kelahiran dekat akan menimbulkan banyak masalah. Seharusnya, dengan lebih banyaknya anggota keluarga akan memperkecil kemungkinan seseorang menjadi gemuk. Hal ini terjadi karena terlalu banyaknya jumlah anggota keluarga selain menyulitkan dalam mengurusnya, juga bisa menciptakan suasana tidak tenang dirumah, khususnya bagi keluarga yang berpenghasilan rendah.

Berdasarkan tabel hasil analisis hubungan antara jumlah anggota keluarga dengan kegemukan pada anak balita diperoleh proporsi kejadian kegemukan pada anak balita

dengan jumlah anggota keluarga  $\leq 4$  orang sebesar 22,5%, sedangkan untuk anak balita dengan anggota keluarga  $>4$  orang yang mengalami kegemukan sebesar 8,7%.

Hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa tidak adanya hubungan yang signifikan antara jumlah anggota keluarga dengan kegemukan pada anak balita. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada anak gemuk maupun tidak, proporsi jumlah anggota keluarga kecil maupun besar adalah tidak jauh berbeda. Hal ini sejalan dengan penelitian Musadat (2010), Adiningrum (2008), yang menunjukkan tidak ada hubungan yang nyata antara jumlah anggota keluarga dengan kejadian kegemukan (Adiningrum, 2008) (Musadat, 2010).

Jumlah anggota keluarga tidak mempengaruhi kegemukan pada anak. Pada jumlah anggota kecil dapat memberikan makanan yang maksimal dan optimal untuk kesehatan anak. Pada keluarga dengan jumlah anggota besar tentunya akan berpengaruh pada susunan menu makanan di rumah sehingga anak mengkonsumsi makanan yang lebih terbatas. Namun demikian, anak dapat menambah asupan gizi dari makanan cemilan yang disukai oleh anak.

### Simpulan

Pada penelitian ini, sebagian besar responden memiliki badan yang tidak gemuk, berjenis kelamin laki-laki, berat badan lahir tidak berisiko, ibu dengan pendidikan tinggi ( $> SMA$ ), ibu yang tidak bekerja, dan tinggal dalam keluarga besar ( $\geq 4$  orang). Ada hubungan antara jenis kelamin, berat badan lahir, pekerjaan ibu dengan kegemukan pada anak. Tidak ada hubungan antara pendidikan ibu dan jumlah keluarga dengan kegemukan pada anak.

### Referensi

- Abdiana. (2010). *Hubungan Durasi Pemberian ASI dengan Kejadian Kegemukan pada Anak Taman Kanak-Kanak di Wilayah Kerja Puskesmas*

- Lubuk Buaya Kota Padang tahun 2010. Padang.
- Adiningrum, R. (2008). *Karakteristik Kegemukan pada Anak Sekolah dan remaja di Medan dan Jakarta Selatan*. Bogor: Program Studi Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga IPB.
- Al-Qaoud, & Prakash, P. (2009). Breastfeeding and Overweight among preschool Children. *European Journal of Clinical Nutrition*(63), 1041-1043.
- Anderson, B. (2002). *Imagined communities (Komunitas-komunitas Terbayang)*. (2 ed.). Yogyakarta: INSIST Bekerjasama dengan Pustaka Pelajar.
- Cinta, R. N. (2009). *Aktifitas Fisik, Konsumsi Makanan Cepat Saji(Fastfood), dan Keterpaparan Media Serta Faktor-Faktor Lain yang Berhubungan dengan Kejadian Obesitas Pada Siswa SD Islam Al-Azhar Jakarta Selatan Tahun 2009*. Depok: FKM UI.
- Daryono. (2003). *Hubungan antara konsumsi makanan, kebiasaan makan dan faktor-faktor lain dengan status gizi anak usia sekolah di SD Islam Al-Falah Jambi Tahun 2003*. Depok: FKM UI.
- Dupuy, M., Vignes, C., Godeau, E., & Ahluwalia, N. (2011). Socio-demographic and lifestyle factors associated with overweight in a representative sample of 11-15 year olds in France: Results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) cross-sectional study. *BMC Public Health*, 435:442.
- Fitriarni. (2012). *Hubungan Konsumsi Asi Eksklusif dan Faktor Lainnya Dengan Kejadian Kegemukan Pada Anak Usia 6-23 Bulan di Indonesia Tahun 2010 (Analisis Data RISKESDAS 2010)*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat UI.
- Hariadi, & Ali, A. (2005). *Hubungan obesitas dengan beberapa faktor risiko penyakit jantung koroner di laboratorium klinik Prodia Makassar tahun 2005*. Makassar: Prodia.
- Kemenkes. (2010). *Hasil Riset Kesehatan Dasar 2010*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes. (2010). *Kepmenkes No. 1995/Menkes/SK/XII/2010 tentang Standar Antropometri Status Gizi Anak*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes. (2012). *Kebijakan dan Strategi Penanggulangan dan Pencegahan Kegemukan dan Obesitas di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak Kemenkes RI.
- Kemenkes. (2013). *Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS 2013)*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes RI.
- Kusumaningrum, F. (2011). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kegemukan pada Anak Usia 24-59 Bulan di Indonesia tahun 2010 (Analisis Data Riskesdas 2010)*. Depok: FKM UI.
- Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. (2006). *Global and regional burden of disease and risk factors, 2001:systematic analysis of population health data*. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank;. New York: Oxford University Press.
- Lucas, B., & Ogata, B. (2005). Normal Nutrition From Infancy Through Adolescence. In P. Samour, & K. E. King, *Handbook Of Pediatric Nutrition* (p. 107). Sudbury MA: Jones and Bartlett Publishers Inc.
- Meilinasari. (2002). *Hubungan Gizi Lebih Dengan Asupan Energy Pada Anak SD Al-Azhar 6 Permai Bekasi*. Depok: FKM UI.
- Musadat, A. (2010). *Analisis Faktor-Faktor Yang MempengaruhiKegemukan Pada Anak Usia 6-14 Tahun di Provinsi Sumatera Selatan*. Bogor: Sekolah Pasca Sarjana IPB.



- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho. (1999). *Studi beberapa karakteristik yang berhubungan dengan status gizi anak kelas IV dan V dari kelompok social ekonomi menengah keatas di SD Hj. Isriati Kodya Semarang*. Depok: FKM UI.
- Rahmawati, N. (2009). *Aktifitas Fisik, Konsumsi Makanan Cepat Saji Fastfood), dan Keterpaparan Media Serta Faktor-Faktor Lain yang Berhubungandengan Kejadian Obesitas Pada Siswa SD Islam Al-Azhar Jakarta Selatan Tahun 2009*. Depok: FKM UI.
- Rimbawan, S. (2004). *Indeks Glikemik Pangan*. Jakarta: Penebar Swadaya.
- Suhardjo. (2003). *Berbagai Cara Pendidikan Gizi*. Jakarta: Bumi Aksara.



## Rebusan Buah Asam Dan Jahe Sebagai Upaya Mengurangi Dismenore

Trio Gustin Rahayu<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Program Studi DIII Keperawatan STIKes Faletahan Serang, Banten, Indonesia  
\*Corresponding Author: triogustin@gmail.com

### Abstrak

Setiap wanita sehat akan mengalami siklus menstruasi pada setiap bulannya. Lebih dari 50% wanita di setiap negara mengalami nyeri menstruasi atau *dismenore*. Cara mengatasi *dismenore* yang aman adalah dengan rebusan herbal. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui perbedaan efektivitas asam dan jahe dalam mengurangi *dismenore*. Desain penelitian ini menggunakan quasi eksperimen *pre* dan *post test* dengan sampel 30 mahasiswa yang dibagi dua kelompok. Masing-masing kelompok diberikan rebusan asam dan rebusan jahe pada pagi dan sore hari selama menstruasi hari pertama sampai hari ketiga. Responden dilakukan pengkajian nyeri sebelum dan sesudah diberikan intervensi. Analisis dengan menggunakan *independent T-Test*. Hasil didapatkan responden yang diberikan rebusan buah asam sebelum intervensi 60% mengalami nyeri sedang dan setelah intervensi 87% mengalami nyeri ringan, sedangkan responden yang diberikan rebusan jahe sebelum intervensi 67% mengalami nyeri sedang dan setelah intervensi 73% mengalami nyeri ringan sehingga disimpulkan rebusan jahe lebih efektif dibandingkan rebusan asam. Diharapkan peneliti selanjutnya melakukan penelitian mengurangi *dismenore* dengan rebusan herbal selain buah asam dan jahe.

**Kata Kunci:** *Dismenore*, Jahe, Rebusan Buah Asam

### Abstract

Every healthy woman will get experience a menstruation cycle every month. More than 50% of women in each country experience dysmenorrhea. One way to deal with dysmenorrhea is by using decoction. The purpose of this study was to determine the differences of the tamarind decoction and ginger decoction in reducing on dysmenorrhea. The design of this study was quasi experiment *pre* and *post test* with a sample of 30 students which was divided into two groups. Each group was given extract water of tamarind and ginger decoction in the morning and evening during menstruation first day to third day. Respondents were assessed for pain before and after intervention. Data was analyzed by using *independent T-Test*. The results of the study showed that respondents who were given tamarind decoction before intervention 60% experienced moderate pain and after the intervention 87% experienced mild pain, while respondents who were given ginger decoction before intervention 67% experienced moderate pain and after intervention 73% experienced mild pain. This study concluded that ginger decoction was more effective than tamarind decoction. It is recommended that future researchers conduct research to reduce dysmenorrhea with another herbal besides tamarind decoction or ginger decoction.

**Keywords:** *Dysmenorrhea*, *Ginger Decoction*, *Tamarind Decoction*

## Pendahuluan

Menstruasi merupakan peristiwa pendarahan secara periodik dan siklik (bulanan) dari rahim disertai pelepasan selaput lendir rahim (*endometrium*) melalui vagina pada wanita yang seksual dewasa. Setiap wanita sehat yang tidak sedang hamil dan belum menopause akan mendapat menstruasi pada setiap bulannya. Dalam keadaan normal lamanya haid berkisar antara 3-7 hari dan rata-rata berulang setiap 28 hari. Rasa nyeri saat haid merupakan keluhan ginekologi yang paling umum dan banyak dialami oleh wanita. *Dismenore* adalah nyeri haid yang merupakan suatu gejala dan bukan suatu penyakit (Baziad, 2003). *Dismenore* adalah sakit saat menstruasi sampe dapat mengganggu aktivitas sehari-hari (Manuaba, 2001)

Sekitar satu miliar manusia atau setiap 1 di antara 6 penduduk dunia adalah remaja. Sebanyak 85% diantaranya hidup di negara berkembang (Kusmiran, 2012). Berdasarkan kriteria WHO umur remaja berkisar antara 10-19 tahun. Angka kejadian *dismenore* di dunia cukup besar, rata-rata lebih dari 50% perempuan di setiap negara mengalami *dismenore*. Berdasarkan data diperkirakan 45-90% remaja di Amerika Serikat mengalami *dismenore*, di Swedia 90% wanita kurang dari 19 tahun dan 67% berusia 24 tahun dilaporkan mengalami *dismenore*. Sedangkan di Indonesia remaja yang mengalami *dismenore* sebesar 64,25% (Wilis, 2011). Berdasarkan studi epidemiologi pada populasi remaja (berusia 12-17 tahun) di Amerika Serikat dilaporkan bahwa prevalensi *dismenore* mencapai 59,7%. Studi ini juga melaporkan bahwa *dismenore* menyebabkan 14% remaja sering tidak masuk sekolah (Bonde, 2014)

Data dari WHO didapatkan bahwa kejadian wanita yang mengalami *dismenore* berat sebesar 1.769.425 jiwa (90%), 10-15% diantaranya mengalami *dismenore* berat. Hal ini didukung dengan penelitian yang telah dilakukan diberbagai Negara dengan hasil yang mencengangkan, dimana kejadian *dismenore* primer disetiap negara dilaporkan lebih dari 50% (Susilawati, 2013)

Sementara di Indonesia angka kejadian diperkirakan 55% wanita usia produktif yang tersiksa karena *dismenore*. Angka kejadian *dismenore* berkisar 45-95% di kalangan wanita usia produktif. Dengan angka kejadian *dismenore* primer 54,89% sisanya penderita sekunder

(Proverawati, 2009). Gumangsari menjelaskan bahwa 90% perempuan Indonesia pernah mengalami *dismenore*. Hasil penelitian tersebut juga menjelaskan bahwa lebih banyak perempuan yang mengalami *dismenore* tidak melaporkan atau berkunjung ke dokter (Gumangsari, 2014).

Penggunaan obat-obatan untuk mengurangi *dismenore* sangat beresiko karena efek samping jika digunakan secara bebas dan berulang tanpa pengawasan dari dokter. Berbagai penelitian menemukan beberapa alternative pengobatan untuk mengatasi *dismenore* yaitu dengan rebusan pengganti maupun rebusan pelengkap yang lebih aman seperti rebusan herbal, rebusan akupuntur, rebusan tingkah laku dan aroma rebusan (Suciani, 2004). Menurut penelitian (Suparmi, 2016) terjadi penurunan skala nyeri *dismenore* primer sesudah diberikan rebusan jahe merah dan buah asam pada kelompok perlakuan pada hari ke satu sampai ke tiga. Pemberian rebusan jahe merah dan buah asam selama lima hari efektif terhadap penurunan skala nyeri pada *dismenore*.

Terdapat perbedaan bermakna penurunan intensitas nyeri sebelum dan sesudah diberikan intervensi rebusan jahe. Prosentase terbesar intensitas nyeri sebelum dilakukan intervensi adalah nyeri sedang (81%), dan prosentase terbesar intensitas nyeri sesudah dilakukan intervensi adalah nyeri ringan (73%). Sehingga rebusan jahe dapat dijadikan salah satu pilihan pengobatan non farmakologi (herbal) untuk mengurangi nyeri *dismenore* (Rahayu & Nujulah, 2017)

Adanya pengaruh rebusan jahe terhadap *dismenore* dikarenakan jahe memiliki kandungan oleoresin jahe terdiri atas *gingerol* dan *zingiberen*, *shagaol*, minyak *atsiri* dan *resin* dapat menghambat kerja enzim didalam sikus *COX*. Sehingga dapat menghambat pelepasan enzim tersebut menuju prostaglandin yang menyebabkan inflamasi. Selain itu juga jahe merah (*zingiber officinale*) dapat menghambat terjadinya kontraksi pada uterus yang dapat menyebabkan nyeri pada saat menstruasi (Mutiara & Pratiwi, 2017).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan terhadap sepuluh mahasiswa tingkat dua, delapan diantaranya mengalami *dismenore*. Selama ini mereka hanya mengandalkan minum obat-obatan pada saat mengalami nyeri menstruasi dimana apabila hal ini terus dilakukan pada saat menstruasi maka akan mempunyai dampak yang tidak baik bagi kesehatan. Upaya mengurangi

*dismenore* yang tidak berbahaya adalah menggunakan rebusan herbal seperti rebusan jahe dan buah asam. Jahe dan buah asam sangat mudah didapatkan terutama oleh mahasiswa yang disibukkan dengan perkuliahan. Mahasiswa dapat merebusnya sendiri atau bisa membeli ditukang jamu keliling yang hampir di setiap daerah dapat ditemukan.

### Metode Penelitian

Metode penelitian yang digunakan adalah quasi eksperimen dengan rancangan *pre and post tes design* yaitu responden sebelum dan sesudah dilakukan intervensi diberikan pengukuran terlebih dahulu. Populasi dalam penelitian ini adalah mahasiswa tingkat dua Akademi Keperawatan STIKes Faletehan Serang. Teknik *sampling* dengan menggunakan *purposive sampling* yaitu 30 mahasiswa yang sesuai dengan kriteria inklusi. Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah mahasiswa yang mengalami haid dan *dismenore* selama penelitian berlangsung. Responden di bagi menjadi dua kelompok yaitu kelompok 1 dan kelompok 2 masing-masing kelompok sebanyak 15 mahasiswa. Kelompok 1 diberikan rebusan asam dan kelompok 2 diberikan rebusan jahe. Responden kelompok 1 dan kelompok 2 masing-masing rebusan diberikan selama 3 hari pada saat menstruasi hari pertama sampai hari ketiga. Setiap hari responden diberikan rebusan sebanyak 1 *cup* gelas plastik (500 ml) yang diminum 2 kali yaitu pagi dan sore. Sebelum diberikan rebusan buah asam atau jahe responden terlebih dahulu dilakukan pengkajian skala nyeri. Setelah pemberian rebusan selama 3 hari kemudian dilakukan pengkajian nyeri kembali untuk mengetahui perbedaan skala nyeri sebelum dan sesudah diberikan intervensi pemberian rebusan buah asam dan jahe. Analisis penelitian dengan menggunakan independent *T-Test* dengan terlebih dahulu menggunakan uji normalitas data. Hasil dari uji normalitas data adalah data yang digunakan dalam penelitian adalah normal.

### Hasil dan Pembahasan

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa rata-rata usia responden adalah 19 tahun dengan usia paling muda 18 tahun dan usia paling tua 20 tahun. Sedangkan usia *menarche* pertama responden rata-rata 13 tahun dengan usia termuda 12 tahun dan usia tertua 15 tahun. Hasil ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan (Sugiharti

& Sukmaningtyas, 2017) bahwa rata-rata usia responden adalah 18 tahun dengan usia minimum 17 tahun dan maximum 21 tahun. Penelitian lain oleh (Rahayu & Nujulah, 2017) dapat dilihat bahwa umur rata-rata responden yang mengalami *dismenore* adalah 19 tahun. Penelitian (Ekawati, 2017) didapatkan bahwa hampir seluruh atau 85,6% responden usia *menarche* 9-12 tahun dan sebagian kecil atau 14,4% mahasiswi usia *menarche* 13-16 tahun.

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa sebelum diberikan rebusan asam 60% responden mengalami nyeri sedang dan 40% mengalami nyeri ringan. Hal ini sesuai dengan penelitian penelitian (Ekawati, 2017) bahwa sebelum diberikan rebusan buah asam hampir seluruh atau 86% responden mengalami nyeri sedang dan sebagian kecil atau 14% nyeri berat. Penelitian diketahui bahwa dari 44 responden, responden dengan derajat *dismenore* sebelum minum rebusan buah asam termasuk kategori ringan sejumlah 33 (75%) responden dan responden dengan tingkat *dismenore* yang termasuk kategori sedang sejumlah 11 (25%) responden.

**Tabel 1.** Distribusi Frekuensi Responden

Karakteristik	Mean	SD	Min-Max
Umur	19	0.78	18-20
Umur Pertama Haid	13	0.94	12-15

**Tabel 2.** Distribusi Responden Sebelum diberikan Rebusan Asam

Rentang Nyeri	F	%
Ringan	6	40
Sedang	9	60
Berat	0	0

**Tabel 3.** Distribusi Responden Setelah Diberikan Rebusan Asam

Rentang Nyeri	F	%
Ringan	13	87
Sedang	2	13
Berat	0	0

Berdasarkan tabel 3 diatas menunjukkan bahwa sesudah diberikan rebusan buah asam hampir seluruh atau 87 % responden mengalami nyeri ringan dan sebagian kecil atau 13% mengalami nyeri sedang. Hal ini sesuai dengan penelitian (Winarso, 2014) bahwa responden yang tidak mengalami *dismenore* sesudah minum rebusan buah asam sejumlah 17 (38,6%), yang termasuk kategori ringan sejumlah 21 (47,7%) responden dan responden dengan tingkat nyeri *dismenore* termasuk kategori sedang sejumlah 6 (13,6%) responden.

Berdasarkan tabel 4 menunjukkan bahwa sebelum diberikan rebusan jahe 27% mengalami nyeri ringan, 67% responden mengalami nyeri sedang dan 6% mengalami nyeri berat. Penelitian (Rahayu & Nujulah, 2017) mengatakan bahwa intensitas nyeri sebelum dilakukan intervensi pemberian rebusan jahe adalah responden yang mengalami nyeri ringan 4%, nyeri sedang 81% dan berat 4%.

Berdasarkan tabel 5 menunjukkan bahwa sesudah diberikan rebusan jahe lebih dari sebagian atau 73 % responden mengalami nyeri ringan dan sebagian kecil atau 27 % nyeri sedang. Penelitian (Rahayu & Nujulah, 2017) mengatakan bahwa intensitas nyeri sebelum dilakukan intervensi pemberian rebusan jahe adalah responden yang mengalami nyeri ringan 73%, nyeri sedang 19% dan berat 8%.

Berdasarkan tabel 6 menunjukkan hasil analisis uji independen *T-Test* untuk mengetahui perbedaan efektivitas rebusan buah asam dengan jahe didapatkan nilai  $P = 0,000$  pada taraf signifikan  $p=0,05$ , sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa  $H_1$  diterima, artinya ada perbedaan pemberian rebusan buah asam dengan rebusan jahe terhadap penurunan *dismenore*. Dimana rebusan jahe lebih efektif dibandingkan

pemberian rebusan buah asam untuk menurunkan *dismenore*. Hal ini di buktikan dengan rerata penurunan nyeri pada kelompok yang diberikan rebusan buah asam adalah 0,04 sedangkan pada kelompok yang diberikan rebusan jahe 0,08. Hasil dari intervensi ini sesuai dengan penelitian Sugiharti dan Sukmaningtyas yang menjelaskan bahwa sebagian besar responden mengalami penurunan nyeri haid setelah diberikan rebusan jahe (Sugiharti & Sukmaningtyas, 2017).

Penelitian (Rahayu & Nujulah, 2017) didapatkan hasil bahwa rata-rata nyeri sebelum diberikan intervensi rebusan jahe yaitu sebesar 2,12 dan sesudah diberikan intervensi rebusan jahe adalah sebesar 1,35. Penurunan nilai rata-rata intensitas nyeri pada responden sebelum dan sesudah adalah sebesar 0,77 sehingga dapat disimpulkan bahwa terjadi penurunan intensitas nyeri sebelum dan sesudah diberikan intervensi jahe.

**Tabel 4.** Distribusi Responden Sebelum Diberikan Rebusan Jahe

Rentang Nyeri	F	%
Ringan	4	27
Sedang	10	67
Berat	1	6

**Tabel 5.** Distribusi Responden Setelah Diberikan Rebusan Jahe

Rentang Nyeri	F	%
Ringan	11	73
Sedang	4	27
Berat	0	0

**Tabel 6.** Perbedaan Efektivitas Pemberian Rebusan Asam dan Jahe

Skala Nyeri	F	Mean	SD	Beda SD	P value
Kelompok asam	15				
Pre test		3.73	1.100		
Post test		2.17	1.060	0.040	
Kelompok jahe	15				0,000
Pre test		4.47	1.246		
Post test		2.93	1.335	0.089	
Nilai sig (2-tailed) = 0,000					

Jahe sendiri mengandung *gingerol* yang mampu memblokir prostaglandin. Penelitian menunjukkan bahwa jahe memiliki efektivitas yang sama dengan asam mefenamat dan ibuprofen dalam mengurangi rasa nyeri pada nyeri haid primer. Selain itu tidak ditemukan efek samping yang parah dari jahe (Corwin, 2009). Jahe memiliki efektivitas yang sama dengan ibuprofen dalam mengurangi nyeri. Secara umum ibuprofen dikenal sangat cepat dan efektif diserap setelah pemberian peroral. Puncak konsentrasi di dalam plasma sangat singkat yaitu antara 15 menit-1 jam. Kerja dari ibuprofen pun sama dengan jahe yaitu dengan menghambat sintesis prostaglandin. Obat-obat atau herbal yang sejenis dengan ibuprofen sangat mudah diabsorpsi oleh sistem gastrointestinal. Waktu paruh obat adalah waktu yang diperlukan obat untuk di metabolisme. Waktu paruh ibuprofen relatif singkat (Corwin, 2009)

### Simpulan

Kesimpulan dalam penelitian ini adalah sebelum diberikan rebusan buah asam 60 % responden mengalami nyeri sedang dan sesudahnya 87 % responden mengalami nyeri ringan. Pada responden sebelum diberikan rebusan jahe 67% mengalami nyeri sedang dan sesudah diberikan 73% mengalami nyeri ringan. Terdapat perbedaan pemberian rebusan buah asam dengan rebusan jahe terhadap penurunan *dismenore*. Rebusan jahe lebih efektif untuk menurunkan *dismenore*.

### Referensi

Baziad, A. (2003). *Endokrinologi Ginekologi*. Jakarta: Aesculapius.

Bonde, d. (2014). Pengaruh Kompres Panas terhadap Penurunan Derajat Nyeri Haid pada siswi SMA dan SMK Yadika Kopandakan II. *Jurnal Fisika Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado*.

Corwin, E. J. (2009). *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: Aditya Media.

Ekawati, H. (2017). Perbedaan Efektifitas Pemberian Rebusan Jahe dan Kunyit Asam terhadap Penurunan Disminorea pada Mahasiswi Semester VII Keperawatan STIKes Muhammadiyah Lamongan. *Jurnal Surya*.

Gumangsari, N. M. (2014). Pengaruh Massage Counterpressure terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Haid pada Remaja Putri di SMAN 2 Ungaran Kabupaten Semarang.

Kusmiran, E. (2012). *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita*. Jakarta: Salemba Medika.

Manuaba, I. (2001). *Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin Obstetric Ginekologi dan KB*. Jakarta: EGC.

Mutiara, H., & Pratiwi, L. A. (2017). Pengaruh Jahe terhadap Nyeri Saat Menstruasi. *Medical Journal of Lampung University*.

Proverawati, A. M. (2009). *Menarche Menstruasi Pertama Penuh Makna*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Rahayu, K. D., & Nujulah, L. (2017). Efektifitas Pemberian Ekstrak Jahe terhadap Intensitas Dismenore pada Mahasiswi Akademi Kebidanan Sakinah Pasuruan. *Jurnal Kesehatan STIKES BHAKTI HUSADA MULIA*.

Suciani, S. (2004). Efektivitas Pemberian Rebusan Kunyit Asam terhadap Penurunan Dismenore.

Sugiharti, R. K., & Sukmaningtyas, W. (2017). Pengaruh Minuman Rempah Jahe Asam terhadap Penurunan Skala Nyeri Haid Primer pada Remaja. *Seminar Nasional dan Presentasi Hasil-Hasil Penelitian Pengabdian Masyarakat*.

Suparmi, A. R. (2016). Upaya Mengurangi Dismenore Primer dengan Ekstrak Jahe Asam Jawa pada Mahasiswi Kebidanan STIKES Aisyiyah Surakarta. *GASTER*.

Susilawati, G. (2013). Hubungan Umur, Paritas dan Status Gizi dengan Kejadian Dismenore pada Wanita Usia Subur di Gampang Baitussalam Ceh Besar. *Skripsi*.

Wilis, A. R. (2011). *Pengaruh Pemberian Air Rebusan Jahe terhadap Intensitas Nyeri Haid pada Mahasiswi Semester 7 Stikes Aisyiyah Yogyakarta*. ANGGI RETNO WILIS (070201049).

Winarso, A. (2014). Pengaruh Minum Kunyit Asam terhadap Penurunan Tingkat Nyeri Disminorea pada Siswi di Madrasah Tsanawiyah Negeri Jatnom Klaten.



## Implementasi Manajemen Risiko Berdasarkan ISO 31000:2009 pada Program Perawatan Mesin di Area *Workshop* PT. X

Sari Delima Fitri<sup>1</sup>, Dina Lusiana Setyowati<sup>2</sup>, Krispinus Duma<sup>3</sup>

<sup>1,2</sup>Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Mulawarman Samarinda, Indonesia

<sup>3</sup>Fakultas Kedokteran, Universitas Mulawarman Samarinda, Indonesia

\*Corresponding Author: saridelimafitri123@gmail.com

### Abstrak

Program perawatan mesin di area *workshop* merupakan unit pekerjaan yang berisiko tinggi dalam hal kecelakaan kerja. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui implementasi manajemen risiko berdasarkan ISO 31000:2009 pada program perawatan mesin di area *workshop*. Penelitian ini menggunakan desain kualitatif menurut ISO 31000:2009. Informan penelitian adalah *head workshop* sebagai informan utama, *maintenance department head* sebagai informan kunci dan pekerja di *workshop* sebagai informan pendukung. Program perawatan mesin di area *workshop* terdiri dari 3 tahapan pekerjaan yaitu fabrikasi, perakitan dan *service (finishing)*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari hasil identifikasi bahaya ditemukan bahaya fisik, bahaya kimia, bahaya biologis, bahaya ergonomi dan bahaya psikologi. Hasil analisis risiko tidak didapati bahaya dengan risiko sangat tinggi, 3 bahaya dengan risiko tinggi, 13 bahaya dengan risiko sedang dan 11 bahaya dengan risiko rendah. Bentuk perlakuan risiko yaitu pada perlakuan awal menggunakan metode mitigasi risiko untuk setiap risiko yang dihadapi, kemudian perlakuan berikutnya antara lain transfer risiko, menghindari risiko dan menerima risiko. Berdasarkan hasil dari perlakuan risiko yang ditetapkan, adanya rekomendasi atau penanganan dari risiko yang mungkin terjadi yaitu berupa tindakan pengendalian yang efektif serta perlakuan yang tepat dalam menangani berbagai kemungkinan risiko.

**Kata Kunci:** ISO 31000:2009, Kelapa Sawit, Manajemen, Mitigasi dan Risiko

### Abstract

*Machine maintenance programs in workshop area are high risk working units in terms of work accidents. This research purpose was to explore implementation of risk management based on ISO 31000:2009 of machine maintenance program in workshop area. This research was a qualitative research according to ISO 31000:2009. The informants in this research were head workshop as main informant, maintenance department head as key informant and worker in workshop as supporting informant. The engine maintenance program in the workshop area consists of 3 work stages namely fabrication, assembly and service (finishing). The results showed that from hazard identification results found physical hazard, chemical hazard, biological hazard, ergonomic hazard and psychological hazard. Risk analysis results were not found to be hazards with extreme risk, 3 dangers on the level of high risk, 13 dangers in the level of moderate risk hazards and 11 dangers in the level of low risk. Forms of risk treatment is in the initial treatment using risk mitigation methods for each of the risks faced, then the next treatment includes risk transfer, avoiding risk and accepting risks. Based on the result of a defined risk treatment, the recommendation or treatment of possible risks is an effective control measure and appropriate treatment in dealing with various possible risks.*

**Keywords:** ISO 31000:2009, Oil Palm, Management, Mitigation and Risk

## Pendahuluan

Menurut ISO 31000:2009, manajemen risiko adalah aktivitas yang terkoordinasi untuk mengarahkan dan mengendalikan sebuah organisasi dalam menangani risiko. Identifikasi Bahaya dan Penilaian Risiko (IBPR) dan Pengendalian Risiko merupakan elemen penting dalam sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja yang berkaitan langsung dengan upaya pencegahan dan pengendalian bahaya. IBPR dilakukan diseluruh aktivitas organisasi untuk menentukan kegiatan organisasi mengandung potensi bahaya dan dapat menimbulkan dampak serius terhadap keselamatan dan kesehatan kerja. Melalui manajemen risiko, ketidakpastian yang menimbulkan kerugian dapat dikurangi bahkan dihilangkan untuk keberlangsungan kegiatan di bidangnya (ISO, 2009).

Berdasarkan data dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan, jumlah kasus kecelakaan kerja di Indonesia cenderung meningkat. Sebanyak 123 ribu kasus kecelakaan kerja tercatat sepanjang 2017 (Detikfinance, 2017). Berdasarkan data Depnakertrans, angka kecelakaan kerja di Indonesia khususnya di industri kelapa sawit masih tergolong tinggi dengan 37.845 jumlah kasus kecelakaan kerja, meskipun cenderung turun dari tahun ke tahun (Mallapiang, F & Samosir, IA, 2014).

PT. X merupakan salah satu perusahaan yang bergerak dalam bidang pengolahan minyak kelapa sawit yang menghasilkan CPO (*Crude Palm Oil*). PT. X mempunyai kapasitas 30 ton/jam, dan mulai beroperasi (*commissioning*) pada tanggal 09 mei 2016. PT. X berlokasi di Kabupaten Kutai Kartanegara, Kalimantan Timur. Jumlah tenaga kerja aktif di PT. X berjumlah 99 pekerja, yaitu pekerja laki-laki sebanyak 94 orang dan pekerja perempuan sebanyak 5 orang.

Program perawatan mesin merupakan salah satu layanan yang dilakukan di *workshop*. Program ini dilaksanakan untuk menjamin kesiapan mesin dan peralatan yang dipakai untuk mencapai proses produksi. Bentuk perawatan yang digunakan terutama berkaitan dengan kebutuhan produksi, waktu, biaya, keterandalan tenaga perawatan dan kondisi peralatan yang dikerjakan, yaitu perawatan preventif yang bertujuan untuk mencegah terjadinya kerusakan,

atau cara perawatan yang direncanakan untuk pencegahan atau preventif.

Potensi bahaya ada di setiap proses atau tahapan pekerjaan. Pada PT. X khususnya area *workshop* memiliki banyak potensi bahaya yang berisiko bagi para pekerja. Dari awal mula beroperasi tahun 2016 sampai akhir tahun 2018, PT. X belum memiliki lembar penilaian risiko dan identifikasi bahaya di area *workshop* tersebut. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang implementasi manajemen risiko mengadopsi ISO 31000:2009 pada program perawatan mesin di area *workshop* untuk mencegah terjadinya kecelakaan kerja.

## Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif, yaitu dengan melakukan identifikasi risiko untuk mengetahui potensi risiko pada setiap tahapan program perawatan mesin di area *workshop* yang kemudian melakukan analisis risiko dengan menentukan nilai variabel *probability* dan *consequences* dari setiap risiko, nilai tersebut kemudian dihitung dan dibandingkan dengan standar *level* risiko menggunakan metode analisis risiko kualitatif berdasarkan ISO 31000:2009 untuk mengetahui tingkat risiko keselamatan kerja dan pengendalian di area *workshop* PT. X. Kemudian melihat apakah risiko dapat diterima atau tidak serta melakukan perlakuan risiko.

Jumlah informan dalam penelitian ini adalah 7 orang yang terdiri dari 1 orang *maintenance departmen head* sebagai informan kunci, 1 orang *head workshop* sebagai informan utama dan 5 orang pekerja sebagai informan pendukung. Data primer diambil dengan cara observasi dan wawancara kepada informan serta gambaran bahaya dan risiko yang timbul dari kondisi tempat kerja, tahapan proses dan peralatan yang digunakan serta pengendalian yang dilakukan oleh perusahaan khususnya di area *workshop*. Data sekunder diperoleh dari data perusahaan berupa profil perusahaan dan data pendukung lainnya. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini berupa pedoman wawancara untuk menentukan *likelihood* dan *consequences*. Validitas temuan pada penelitian ini menggunakan teknik triangulasi sumber yaitu triangulasi dengan cara *cross-check* data dengan fakta dari informan.

## Hasil dan Pembahasan

PT. X merupakan salah satu perusahaan yang bergerak dalam bidang pengolahan minyak kelapa sawit yang mengasihkan CPO (*Crude Palm Oil*). Salah satu pabrik pengolahan minyak kelapa sawit yang ada di Indonesia berada di muara badak yang merupakan lokasi penelitian ini. Dalam pelaksanaan kegiatannya melibatkan faktor manusia, mesin dan lingkungan khususnya area *workshop*. Pada area *workshop* terdapat Alat Pemadam Api Ringan (APAR) yang disediakan oleh pihak manajemen sebagai salah satu bentuk pengendalian bahaya di tempat kerja. Salah satu layanan yang dilakukan di *workshop* adalah program perawatan mesin. Program perawatan mesin dilaksanakan untuk menjamin kesiapan mesin dan peralatan yang dipakai untuk mencapai proses produksi.

Program perawatan mesin di area *workshop* terdiri dari 3 tahapan pekerjaan yaitu fabrikasi, perakitan dan *service (finishing)*. Pelaksanaan tahapan kerja program perawatan mesin telah dilakukan sesuai dengan *Standard Operational Procedure (SOP)* yang dimiliki perusahaan. SOP dapat didefinisikan sebagai dokumen yang menjabarkan aktivitas operasional yang dilaksanakan sehari-hari, dengan tujuan agar pekerjaan tersebut dilaksanakan secara benar, tepat dan konsisten, untuk menghasilkan produk sesuai standar yang telah ditetapkan sebelumnya (Fauzi, DB, Tanuwijaya, H & Wulandari, SHE, 2016). Pihak perusahaan telah melakukan sosialisasi mengenai SOP kepada pekerja melalui *briefing* di pagi hari. Alat-alat yang digunakan di area *workshop* belum seluruhnya distandarisasi, karena dari pihak manajemen mendapatkan alat yang tidak standar lagi, dimana seiringnya waktu dinas yang bersangkutan menaikkan level kategori standar alat tersebut sehingga alat yang awalnya standar menjadi tidak standar lagi. Kemudian alasan lainnya, masih menggunakan alat lama karena kebutuhan, dimana dalam satu tahun pemakaian kemungkinan alat yang digunakan tidak sempurna lagi sehingga alat tersebut menjadi tidak standar lagi. Jadi, alat-alat yang tidak terstandarisasi akan diajukan permintaan pengujian untuk akreditasi ke dinas terkait.

Bahaya diidentifikasi dalam proses ini antara lain bahaya fisik, yaitu terpapar kebisingan, getaran, percikan partikel atau gram yang mengenai mata, intensitas penerangan kurang

memadai dan radiasi. Bahaya kimia, yaitu terkena tumpahan oli dan percikan oli saat melumasi mesin. Bahaya biologis, yaitu tikus yang merusak kabel. Bahaya ergonomi, yaitu posisi kerja selama bekerja, kemudian bahaya psikologis, yaitu tekanan dari atasan untuk menyelesaikan pekerjaan dan hubungan antar rekan kerja. Proses ini sangat penting karena risiko yang tidak teridentifikasi pada proses ini tidak akan ditangani pada proses-proses selanjutnya. Terjadinya kecelakaan kerja dipengaruhi oleh 2 penyebab langsung yaitu *unsafe action* (tindakan tidak aman) dan *unsafe condition* (kondisi tidak aman). Tindakan tidak aman adalah suatu tindakan yang tidak memenuhi keselamatan sehingga berisiko menyebabkan kecelakaan kerja. Kondisi tidak aman adalah keadaan lingkungan tidak aman dan berisiko menyebabkan kecelakaan kerja (Ramli, S, 2010).

Hasil penelitian yang diperoleh menunjukkan pekerja belum sepenuhnya bekerja dengan perilaku yang aman dikarenakan pekerja menganggap kondisi area *workshop* merupakan lingkungan kerja yang aman, sehingga pekerja kurang memperhatikan perilaku keselamatan dalam bekerja. Meskipun perusahaan telah memiliki aturan-aturan keselamatan namun dalam pelaksanaannya masih didapati pekerja yang tidak disiplin sebagai contoh adalah penggunaan alat pelindung diri, salah satu alat pelindung diri yang wajib digunakan di area *workshop* adalah *helm* namun dalam aktifitas pekerjaan masih ditemui 30% pekerja yang tidak menggunakan *helm* dengan alasan ketidaknyamanan selama penggunaan.

Penilaian risiko adalah tindakan penyelidikan berbasis ilmiah untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi signifikansi yang terdiri dari 3 langkah: identifikasi risiko, analisis risiko dan evaluasi risiko (Lammerding, AM & Fazil, Aamir, 2004). Berdasarkan hasil dari identifikasi bahaya yang dilakukan, didapatkan hasil penilaian risiko sebagaimana pada tabel 1-7 dengan kriteria penilaian meliputi *Likelihood/Probability (P)* : A (*Almost Certain*), B (*Likely*), C (*Possible*), D (*Unlikely*), E (*Rare*), *Consequences (C)* : 1 (*Insignificant*), 2 (*Minor*), 3 (*Moderate*), 4 (*Major*), 5 (*Catastrophic*) dan Tingkat Risiko : E (*Extreme Risk*), H (*High Risk*), M (*Moderate Risk*), L (*Low Risk*)



**Tabel 1.** Penilaian Resiko Pekerjaan Area *Workshop* (Jenis Pekerjaan: Fabrikasi) pada Tahap Pengukuran, Pembuatan, sketsa barang yang akan dibuat

Identifikasi Bahaya	Dampak Bahaya	Penilaian Risiko		Tingkat Risiko	Risiko Dapat Diterima	Perlakuan Risiko	Rekomendasi
		C	P				
Alat penanda material yang runcing dan tajam	Tangan tergores/teriris terluka, tertusuk	2	D	L	YA	Mitigasi Risiko Menerima Risiko	Pastikan bekerja pada posisi yang aman. Penggunaan alat pelindung diri (APD) seperti sarung tangan saat melakukan pekerjaan tersebut. Menerima risiko dan melanjutkan pekerjaan seperti biasa.

**Tabel 2.** Penilaian Resiko Pekerjaan Area *Workshop* (Jenis Pekerjaan: Fabrikasi) pada Tahap Pekerjaan Gerinda

Identifikasi Bahaya	Dampak Bahaya	Penilaian Risiko		Tingkat Risiko	Risiko Dapat Diterima	Perlakuan Risiko	Rekomendasi
		C	P				
Bising yang diakibatkan dari suara mesin gerinda	Penurunan fungsi pendengaran, mengganggu komunikasi, menurunkan konsentrasi kerja	2	C	M	TIDAK	Mitigasi Risiko	Penggunaan APD seperti <i>ear plug</i> saat melakukan pekerjaan untuk mengurangi kebisingan.
Kabel gerinda yang panjang	Terlilit, terjatuh	2	B	M	TIDAK	Mitigasi Risiko Menerima Risiko	Kabel yang menghubungkan dengan arus listrik harus di gulung atau ditata dengan rapi, tidak berserakan. Penggunaan APD standar. Menerima risiko dan melanjutkan pekerjaan seperti biasa.
Terkena percikan api	Iritasi mata, iritasi kulit, luka bakar, kebakaran	2	C	M	TIDAK	Mitigasi Risiko Transfer Risiko	Melakukan gerinda di luar area terbatas, menjauhkan dari bahan yang mudah terbakar saat dilakukan gerinda. Penggunaan APD standar. Mengasuransikan semua pekerja dan pelaksana yang terlibat dalam pekerjaan melalui Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek)
Terkena benda berputar (mata gerinda)	Tangan terpotong, tergores/teriris	3	D	M	TIDAK	Mitigasi Risiko	Memasang pelindung mesin untuk melindungi benda berputar. Penggunaan APD standar.
Debu/asap dari mesin gerinda	Mengganggu pernapasan	2	B	M	TIDAK	Mitigasi Risiko	Mengadakan pelatihan bahaya dan dampak menghirup debu/asap. Penggunaan APD seperti masker, untuk kesehatan pernapasan.
Bekas potongan besi tajam	Tergores, terpotong	2	D	L	YA	Mitigasi Risiko	Melakukan <i>housekeeping</i> selesai bekerja. Penggunaan APD standar.

Hasil rekapitulasi nilai risiko tidak didapati pekerjaan dengan risiko sangat tinggi (*extreme risk*) sedangkan risiko tinggi (*high risk*) sebanyak 3, risiko sedang (*moderate*) sebanyak 13 dan risiko ringan (*low risk*) sebanyak 11. Risiko yang masih tinggi disebabkan beberapa hal, antara lain tidak patuhnya terhadap SOP, kurangnya

pengetahuan pekerja terhadap prosedur kerja yang benar dan aman, kesadaran akan pentingnya keselamatan dalam bekerja masih rendah, faktor sarana kerja yang tidak ergonomis akan terus menerus menjadi sumber risiko apabila tidak dilakukan penanganan segera.

**Tabel 3.** Penilaian Resiko Pekerjaan Area *Workshop* (Jenis Pekerjaan: Fabrikasi) pada Tahap Pekerjaan *Blender* (Alat Potong Oksigen)

Identifikasi Bahaya	Dampak Bahaya	Penilaian Risiko		Tingkat Risiko	Risiko Dapat Diterima	Perlakuan Risiko	Rekomendasi
		C	P				
Terkena percikan api	Iritasi mata, iritasi kulit, luka bakar, kebakaran	2	C	M	TIDAK	Mitigasi Risiko  Transfer Risiko	Melakukan blender di luar area terbatas, menjauhkan dari bahan yang mudah terbakar saat dilakukan blender. Penggunaan APD standar.  Mengasuransikan semua pekerja dan pelaksana yang terlibat dalam pekerjaan melalui Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek)
Debu/asap dari <i>blender</i> potong	Mengganggu pernapasan	2	B	M	TIDAK	Mitigasi Risiko	Mengadakan pelatihan bahaya dan dampak menghirup debu/asap. Penggunaan alat pelindung diri (APD) seperti masker, untuk kesehatan pernapasan.
Terkena <i>blender</i> potong	api Jari pekerja putus	3	E	L	YA	Mitigasi Risiko	Pastikan bekerja pada posisi yang aman. Penggunaan APD standar.
Tekanan tabung oksigen	Terjadinya ledakan atau kebakaran ditempat kerja	5	D	H	TIDAK	Mitigasi Risiko  Transfer Risiko	Memaksimalkan pengecekan kondisi tabung dan manometer pada tabung sesuai standar dan layak digunakan. Penggunaan APD standar.  Mengasuransikan semua pekerja dan pelaksana yang terlibat dalam pekerjaan melalui Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek)

**Tabel 4.** Penilaian Resiko Pekerjaan Area Workshop (Jenis Pekerjaan: Fabrikasi) pada Tahap Pekerjaan Pebubutan

Identifikasi Bahaya	Dampak Bahaya	Penilaian Risiko		Tingkat Risiko	Risiko Dapat Diterima	Perlakuan Risiko	Rekomendasi
		C	P				
Pakaian yang lebar	Terlilit alat rahang pada mesin bubut	3	E	L	YA	Mitigasi Risiko	Menjaga jarak aman dan posisi yang benar saat melakukan pekerjaan. Memakai pakaian yang tidak lebar saat menggunakan mesin bubut. Penggunaan alat pelindung diri (APD) seperti <i>coverall</i> .
Berambut panjang yang terurai	Terlilit alat rahang pada mesin bubut	3	E	L	YA	Mitigasi Risiko	Menjaga jarak aman dan posisi yang benar saat melakukan pekerjaan. Mengikat rambut saat menggunakan mesin bubut.
Terkena percikan tatar/bram yang sedang dibubut	Iritasi mata, iritasi kulit, luka bakar	2	C	M	TIDAK	Mitigasi Risiko Transfer Risiko	Dilakukan sesuai dengan SOP. Penggunaan APD standar. Mengasuransikan semua pekerja dan pelaksana yang terlibat dalam pekerjaan melalui Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek)
Terkena tumpahan dan percikan oli	Gangguan paru-paru, gangguan pencernaan, kerusakan kulit, iritasi kulit, iritasi mata	2	D	L	YA	Mitigasi Risiko	Menjaga jarak aman dan posisi yang benar saat melakukan pekerjaan. Penggunaan APD standar.
Pemasangan pahat yang tidak kencang	Terlempar, terluka	2	D	L	YA	Mitigasi Risiko	Dilakukan sesuai dengan SOP dan menjaga jarak aman dan posisi yang benar saat melakukan pekerjaan. Penggunaan APD standar.

**Tabel 5.** Penilaian Resiko Pekerjaan Area Workshop (Jenis Pekerjaan: Fabrikasi) pada Tahap Pekerjaan Pengelasan

Identifikasi Bahaya	Dampak Bahaya	Penilaian Risiko		Tingkat Risiko	Risiko Dapat Diterima	Perlakuan Risiko	Rekomendasi
		C	P				
Terkena percikan api	Iritasi mata, iritasi kulit, luka bakar, kebakaran	2	C	M	TIDAK	Mitigasi Risiko Transfer Risiko	Melakukan pengelasan di luar area terbatas, menjauhkan dari bahan yang mudah terbakar saat dilakukan pengelasan. Penggunaan APD standar. Mengasuransikan semua pekerja dan pelaksana yang terlibat dalam pekerjaan melalui Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek).
Debu/asap dari mesin las	Mengganggu pernapasan	2	B	M	TIDAK	Mitigasi Risiko	Mengadakan pelatihan bahaya dan dampak menghirup debu/asap. Penggunaan alat pelindung diri (APD) seperti masker, untuk kesehatan pernapasan.

Bersambung...

**Tabel 5 (Sambungan)**

Identifikasi Bahaya	Dampak Bahaya	Penilaian Risiko		Tingkat Risiko	Risiko Dapat Diterima	Perlakuan Risiko	Rekomendasi
		C	P				
Terkena sinar ultraviolet dan infra merah	Merusak mata dan kulit	3	C	H	TIDAK	Mitigasi Risiko	Dilakukan sesuai dengan SOP. Penggunaan APD standar.
Pekerja terkena kabel las yang terkelupas akibat dari tikus yang menggigit lapisan kabel bagian luar	Terkena sengatan listrik/ tersetrum	3	E	L	YA	Mitigasi Risiko  Transfer Risiko	Pastikan bekerja pada posisi yang aman dan melakukan pengecekan rutin terhadap mesin dan alat sehingga menjadi lebih aman. Menggunakan metode <i>intensive treatment</i> dan <i>maintenance treatment</i> dalam penanganan tikus di area <i>workshop</i> . Penggunaan APD standar.  Mengasuransikan semua pekerja dan pelaksana yang terlibat dalam pekerjaan melalui Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek)

**Tabel 6.** Penilaian Resiko **Pekerjaan Luar Area Workshop** (Jenis Pekerjaan: Perakitan) pada Tahap Pekerjaan Elektrikal

Identifikasi Bahaya	Dampak Bahaya	Penilaian Risiko		Tingkat Risiko	Risiko Dapat Diterima	Perlakuan Risiko	Rekomendasi
		C	P				
Bising yang dihasilkan oleh mesin melebihi nilai ambang batas (70 dB)	Penurunan fungsi pendengaran, ketulian, mengganggu komunikasi, menurunkan konsentrasi kerja	2	C	M	TIDAK	Mitigasi Risiko	Penggunaan alat pelindung diri (APD) seperti <i>ear plug</i> saat melakukan pekerjaan untuk mengurangi kebisingan.
Suhu ruang yang berlebihan	Terjadi kebakaran, luka bakar, cedera	4	D	M	TIDAK	Mitigasi Risiko  Transfer Risiko	Memaksimalkan penggunaan <i>blower</i> atau sistem ventilasi untuk menstabilkan kadar oksigen di ruangan. Penyediaan air minum yang cukup. Penggunaan APD standar.  Mengasuransikan semua pekerja dan pelaksana yang terlibat dalam pekerjaan melalui Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek)
Sistem aliran listrik yang bertegangan tinggi	Tersengat aliran listrik kabel power arus	3	E	L	YA	Mitigasi Risiko  Transfer Risiko	Dilakukan sesuai dengan SOP. Lakukan pekerjaan dengan hati-hati, teliti dalam pekerjaan. Penggunaan APD standar.  Mengasuransikan semua pekerja dan pelaksana yang terlibat dalam pekerjaan melalui Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek)

Kemudian rekomendasi mengenai bentuk perlakuan terhadap suatu risiko dalam mengatasi risiko yang teridentifikasi dengan *level* risiko tertinggi yang terdapat pada *moderate level of risk* dengan rekomendasi untuk mitigasi risiko. Pada tahap perlakuan risiko ditentukan usulan strategi perlakuan risiko yang tepat dalam mengatasi permasalahan. Bentuk perlakuan ini sesuai dengan penelitian (Meilan, TM, Raharja, S & Syamsun,

M, 2018) yang menyatakan bahwa terdapat 4 risiko kategori ekstrim pada tahapan persiapan areal lahan, yang memiliki nilai *inherent* tertinggi, yaitu 20 (nilai *likelihood* 4, nilai *impact* 5). Rekomendasi untuk risiko ekstrim yaitu mengambil pendekatan penghindaran risiko (*risk avoidance*). Dalam hal kategori ini, yang apabila terjadi dapat memberikan dampak sosial dan kerugian yang besar.

**Tabel 7.** Penilaian Resiko Pekerjaan Luar Area *Workshop* (Jenis Pekerjaan: *Service (finishing)*)

Identifikasi Bahaya	Dampak Bahaya	Penilaian Risiko		Tingkat Risiko	Risiko Dapat Diterima	Perlakuan Risiko	Rekomendasi
		C	P				
<b>Tahap Pekerjaan : Pengecekan Pekerjaan</b>							
Pengecekan alat yang telah di fabrikasi							
Naik turun stasiun proses pengolahan	Terjatuh, terpeleset, terkilir	3	D	M	TIDAK	Mitigasi Risiko	Lakukan pekerjaan dengan hati-hati. Penggunaan APD standar.
<b>Tahap Pekerjaan : Uji coba alat yang telah difabrikasi</b>							
Tegangan arus kuat, ruang terbatas, material tajam, suhu tinggi, benda berputar, kebisingan	Tersengat listrik, kekurangan oksigen, terluka, tergores, dehidrasi, terjepit, gangguan pendengaran	4	C	H	TIDAK	Mitigasi Risiko Transfer Risiko	Mengadakan pelatihan bahaya dan dampak yang ditimbulkan. Dilakukan sesuai dengan SOP. Penggunaan APD standar. Mengasuransikan semua pekerja dan pelaksana yang terlibat dalam pekerjaan melalui Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek)
<b>Tahap Pekerjaan : Pemasangan/ instalasi</b>							
Angkat-angkut material	Cedera, nyeri pinggang, terjepit saat pemasangan, tertimpa material	2	D	L	YA	Mitigasi Risiko	Mengangkat dengan posisi yang benar dan disesuaikan dengan berat besi, atau menggunakan alat bantu seperti <i>forklift</i> atau alat katrol untuk mengurangi penanganan barang/material secara manual. Penggunaan APD standar.
<b>Tahap Pekerjaan : Housekeeping dan meninggalkan lokasi kerja</b>							
Material yang telah digunakan dibiarkan disembarang tempat	Jari tertusuk sisa-sisa material tajam, tersandung material, cedera, tersangkut benda dan alat kerja	2	D	L	YA	Mitigasi Risiko Menerima Risiko	Melakukan <i>housekeeping</i> selesai bekerja dan penggunaan APD standar sesuai dengan SOP Menerima risiko dan melanjutkan pekerjaan seperti biasa.

## Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai implementasi manajemen risiko berdasarkan ISO 31000:2009 pada program perawatan mesin di area *workshop* di PT. X maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

- a. Tahapan program perawatan mesin terdiri dari beberapa langkah yaitu fabrikasi, perakitan dan *service (finishing)*. SOP pekerjaan sudah disosialisasikan dari pihak manajemen kepada pekerja dan dalam pelaksanaannya telah dikerjakan sesuai dengan tahapan yang telah ditentukan. Namun alat-alat yang digunakan di area *workshop* belum seluruhnya distandarisasi dari pihak pusat.
- b. Identifikasi bahaya yang dilakukan terdiri dari bahaya fisik yaitu terpapar kebisingan, getaran, percikan partikel atau gram yang mengenai mata, terjepit, tertimpa, terjatuh dan radiasi. Bahaya kimia yaitu terkena tumpahan oli dan percikan oli saat melumasi mesin. Bahaya Biologis disebabkan oleh tikus yang merusak kabel dengan menggigit lapisan kabel bagian luar. Bahaya ergonomi akibat dari posisi kerja yang dilakukan, kemudian bahaya psikologis berasal dari tuntutan pekerjaan yang harus diselesaikan pekerja dari pihak manajemen serta hubungan antar rekan kerja.
- c. Hasil penilaian risiko tidak didapatkan jenis bahaya dengan risiko sangat tinggi namun didapatkan jenis bahaya dengan risiko tinggi (*high risk*) sebanyak 3, risiko sedang (*moderate*) sebanyak 13 dan risiko ringan (*low risk*) sebanyak 11. Besaran risiko menentukan perlakuan terhadap risiko tersebut.
- d. Tahapan dari perlakuan risiko yaitu pada tahap awal untuk setiap risiko perlu adanya proses mitigasi risiko (*risk mitigation*) terlebih dahulu yaitu perlakuan risiko untuk mengurangi kemungkinan timbulnya risiko atau mengurangi dampak risiko bila terjadi atau mengurangi keduanya, yaitu kemungkinan dan dampak. Selanjutnya apabila risiko masih pada presentase yang tinggi adanya perlakuan berikutnya antara

lain transfer risiko (*risk sharing*), menghindari risiko (*risk avoidance*) dan menerima risiko (*risk acceptance*).

- e. Berdasarkan dari perlakuan risiko yang ditetapkan, adanya rekomendasi atau penanganan dari risiko yang mungkin terjadi yaitu berupa tindakan pengendalian yang efektif serta perlakuan yang tepat dalam menangani berbagai kemungkinan risiko.

## Referensi

- Detikfinance. (2017). *Angka Kecelakaan Kerja RI Meningkat ke 123 Ribu Kasus di 2017*. Diakses pada February 6, 2018, dari <http://m.detik.com/finance/moneter/d-3853101/angka-kecelakaan-kerja-ri-meningkat-ke-123-ribu-kasus-di-2017>
- Fauzi, DB, Tanuwijaya, H & Wulandari, SHE. (2016). *Perencanaan Manajemen Risiko Pengadaan Proyek IT Menggunakan ISO 31000 Pada PT. Pelabuhan Indonesia III*. *Jurnal Sistem Informasi dan Komputer Akutansi*, 5(7), 2338-13710.
- ISO. (2009). *AS/NZS ISO 31000:2009 Risk Management, Principles and Guidelines*. ISO 2009.
- Lammerding, AM & Fazil, Aamir. (2004). *Hazard Identification and Exposure Assessment for Microbial Food Safety Risk Assessment*. *International Journal of Food Microbiology*, 58(2000), 147-157.
- Mallapiang, F & Samosir, IA. (2014). *Analisis Potensi Bahaya dan Pengendaliannya dengan Metode HIRAC*. *Al-Sihah:Public Health Science Journal*, VI(2), 350-362.
- Meilan, TM, Raharja, S & Syamsun, M. (2018). *Analisis Manajemen Risiko Lingkungan, Sosial dan Tata Kelola pada Usaha Budidaya dan Pengolahan Kelapa Sawit*. *Jurnal Manajemen IKM*, 13(1), 46-54.
- Ramli, S. (2010). *Pedoman Praktis Manajemen Risiko dalam Perspektif K3 OHS Risk Manajemen*. Jakarta: PT. Dian Rakyat.
- Restuputri, DP & Sari, RPD. (2015). *Analisis Kecelakaan Kerja dengan Menggunakan Metode Hazard and Operability Study (HAZOP)*. *Jurnal Ilmiah Teknik Industri*, 14(1), 1412-6869.



## Risiko Kejadian Karies Gigi Ditinjau dari Konsumsi Makanan Kariogenik pada Anak Usia Sekolah di Kabupaten Tangerang

Karina Megasari Winahyu<sup>1\*</sup>, Ahmad Turmuzi<sup>1</sup>, Fauzan Hakim<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Tangerang, Banten, Indonesia

\*Corresponding Author: karinawinahyu@yahoo.com

### Abstrak

Karies gigi pada anak usia sekolah merupakan masalah kesehatan yang sering terjadi, tetapi kurang mendapat penanganan yang optimal. Karies gigi yang tidak ditangani dengan baik dalam kondisi lanjut dapat mengakibatkan inflamasi sistemik (SIRS) dan meningkatkan risiko penyakit kronik lainnya. Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya karies gigi adalah makanan kariogenik yang bersifat manis dan lengket. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara konsumsi makanan kariogenik dengan risiko kejadian karies gigi pada anak usia sekolah. Metode penelitian menggunakan desain deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Jumlah sampel pada penelitian ini sebanyak 163 anak usia sekolah yang dipilih dengan teknik *random sampling*. Analisis yang digunakan pada penelitian ini adalah *chi-square*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 55,8 % responden dengan tingkat konsumsi makanan kariogenik dan sebanyak 76,7 % berisiko tinggi karies gigi. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara konsumsi makanan kariogenik dan risiko kejadian karies gigi. Rekomendasi hasil penelitian ini menyarankan agar tenaga kesehatan melakukan sosialisasi pencegahan karies gigi pada anak usia sekolah dan orang tua untuk menurunkan tingkat konsumsi makanan kariogenik.

**Kata Kunci :** Anak Usia Sekolah, Makanan Kariogenik, Risiko Karies Gigi.

### Abstract

*Dental caries in school-age children is a health problem that often occurs, but lacks optimal treatment. Dental caries that are not treated properly in advanced conditions can result in systemic inflammation (SIRS) might lead to increase the risk of other chronic diseases. One of the factors that can affect the occurrence of dental caries, namely cariogenic foods that are sweet and sticky. The purpose of this study was to determine the relationship between consumption of cariogenic foods and the risk of dental caries in school-aged children. The method in this study used a descriptive analytic design with a cross sectional approach. The number of samples in this study were 163 school-age children selected by random sampling technique. The analysis technique used is chi-square. The results showed that there were 55,8 % respondents who had high level of cariogenic foods consumption and 76,7 % who were at high risk of dental caries. The study analytical statistic showed that there is a relationship between the consumption of cariogenic foods and the risk of dental caries. The study suggests that health care providers need to socialize the prevention of dental caries to parents and school-aged children by reducing the level of cariogenic foods consumption.*

**Keywords :** School-aged children, Cariogenic Food, Risk of Dental Caries

## Pendahuluan

Karies gigi merupakan salah satu masalah kesehatan mulut yang dapat mempengaruhi kesehatan masyarakat. Kejadian karies gigi banyak dialami baik oleh anak-anak maupun orang dewasa (*World Health Organization*, 2019). Karies gigi umumnya terjadi di negara berkembang dibandingkan di negara maju karena prevalensi karies gigi di negara maju terus menurun, sedangkan di negara berkembang prevalensi cenderung terus meningkat (WHO, 2019). Tingginya angka kejadian karies gigi memerlukan penanganan yang optimal, terutama dalam pencegahan kejadian karies gigi pada anak.

Indonesia merupakan salah satu negara berkembang dengan angka kejadian karies yang cenderung terus meningkat. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2013) menyebutkan bahwa prevalensi kesehatan gigi dan mulut di Indonesia terhadap tingkat karies gigi sebesar 70% masalah kesehatan gigi dan mulut yaitu karies gigi, 50% diantaranya adalah anak-anak. Sedangkan Riset Kesehatan Dasar menunjukkan bahwa terjadi peningkatan karies gigi pada penduduk Indonesia yaitu 53,3% pada tahun 2013 dibandingkan dengan tahun 2007 lalu yaitu 43,4%. Selain itu Kementerian Kesehatan pada tahun 2013 juga menyebutkan bahwa peningkatan karies gigi terjadi di beberapa provinsi yang berada di Indonesia dengan nilai rata-rata setiap provinsi sebesar 18,1% (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Banten merupakan salah satu provinsi yang mengalami peningkatan karies gigi yang cukup tinggi. Data Riset Kesehatan Dasar pada 2013 menunjukkan bahwa kejadian karies gigi di Banten pada tahun 2013 sebesar 23,7% melebihi nilai rata-rata setiap provinsi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013). Karies gigi termasuk 20 besar penyakit yang sering terjadi di Kabupaten Tangerang pada tahun 2010, yaitu sebanyak 7.562 anak yang mengalami karies gigi (Kemenkes, 2013). Oleh karena itu, tingginya angka kejadian karies gigi menunjukkan pentingnya masalah kesehatan mulut agar ditangani dengan optimal untuk mencegah komplikasi kesehatan lainnya.

Dampak dari karies gigi dapat mengakibatkan terjadinya penyakit periodontal, yaitu infeksi kronis pada gusi dan tulang pendukung gigi. Menurut Hasturk dan Katarci (2015), penyakit periodontal dapat mengakibatkan bakteri dan sel imun bertransportasi menuju jaringan atau organ

tubuh lain melalui sirkulasi darah. Penyakit periodontal merupakan kondisi inflamasi kronik yang memiliki mekanisme patologis yang sama dengan penyakit inflamasi sistemik lainnya, termasuk meningkatkan penyakit jantung koroner (Hasturk dan Katarci, 2015). Hal ini sejalan dengan penelitian Glodny et al. (2013) bahwa karies gigi merupakan factor yang mempengaruhi peningkatan aterosklerosis dan studi Nugroho (2011) yang mengatakan bahwa penyakit periodontal memiliki hubungan yang bermakna dengan penyakit jantung koroner.

Karies gigi pada anak dapat disebabkan oleh perilaku makan yang kurang baik. Anak usia sekolah biasanya menyukai makanan yang manis-manis, seperti permen, coklat, kue-kue, gula dan lain-lain. Makanan kariogenik tersebut termasuk dalam karbohidrat yang mudah menimbulkan karies (Prakoso, 2016). Makanan kariogenik merupakan salah satu penyebab pembentukan plak pada permukaan gigi dan memicu terjadinya karies gigi. Selain itu, terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya karies gigi, misalnya makanan, keturunan, ras, air ludah, mikroorganisme, plak, jenis kelamin, usia, dan tingkat ekonomi (Irma, 2013). Studi Irma (2013) juga menemukan bahwa konsumsi makanan kariogenik yang terlalu sering menyebabkan peningkatan produksi asam sehingga mengakibatkan struktur email gigi yang sering terlarut dapat mengakibatkan karies gigi.

Studi pendahuluan yang dilakukan pada penelitian saat ini menunjukkan bahwa 70 % anak usia sekolah di Sepatan mengalami karies gigi karena konsumsi makanan kariogenik yang tinggi dan jarang menggosok gigi. Hal ini sejalan dengan penelitian Kartikasari (2014) bahwa tingkat konsumsi makanan kariogenik tinggi (73 %). Selain itu, penelitian sebelumnya juga menemukan bahwa tingkat konsumsi makanan kariogenik yang tinggi pada anak usia sekolah (Indah, 2013; Rosidi, 2014). Penelitian Rosidi (2014) dan Alifiani (2017) menemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara konsumsi makanan kariogenik dan kejadian karies gigi. Namun, inkonsistensi hasil ditemukan pada penelitian Cruvinel (2010) yang menunjukkan bahwa pola makan tidak memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian karies gigi.

Berdasarkan latar belakang tersebut, bahwa masih adanya inkonsistensi hasil terkait karies gigi

yang dapat disebabkan oleh perbedaan karakteristik anak usia sekolah dan minimnya penelitian terkait karies gigi di wilayah Sepatan, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian “Risiko Kejadian Karies Gigi ditinjau dari Konsumsi Makanan Kariogenik pada Anak Usia Sekolah di Kabupaten Tangerang”.

### Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik menggunakan metode *deskriptif korelatif* dengan desain *cross sectional* yang bertujuan untuk melihat hubungan antara konsumsi makanan kariogenik dengan resiko kejadian karies gigi. Populasi anak usia sekolah di SDN I Sepatan kelas I dan kelas II sebanyak 274 responden. Sampel pada penelitian ini diambil sebanyak 163 responden yang mengalami risiko karies gigi di SDN 1 Sepatan di Kabupaten Tangerang dengan menggunakan alat ukur risiko karies gigi yaitu *cariogram* yang sudah diadaptasi oleh peneliti menjadi lembar ceklis risiko karies gigi. Kuesioner konsumsi makanan kariogenik sudah diadaptasi oleh peneliti dari Cruvinel et al. (2010) dan sudah dilakukan uji validitas dan reliabilitas.

Pengelolaan dan analisis data hasil penelitian menggunakan *software* komputer. Karakteristik responden, tingkat konsumsi makanan kariogenik, dan risiko kejadian karies diukur dengan distribusi frekuensi. Hubungan antara konsumsi makanan kariogenik dan risiko kejadian karies dianalisis dengan pendekatan uji bivariat, dengan uji *chi square*.

### Hasil dan Pembahasan

Tabel 1. menunjukkan bahwa karakteristik tingkat konsumsi makanan kariogenik dengan risiko karies gigi yaitu mayoritas pada usia 7 tahun sebanyak 54,6%, perempuan sebanyak 51,5%, tingkat konsumsi makanan kariogenik tinggi sebanyak 55,8% dan risiko tinggi karies gigi sebanyak 76,7%.

Hasil uji *Chi-square* pada tabel 2. menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara tingkat konsumsi makanan kariogenik dan risiko kejadian

karies gigi ( $X^2 (1, N=163) = 14,51, p < .01$ ). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tingkat konsumsi makanan kariogenik yang rendah cenderung akan menurunkan risiko kejadian karies gigi pada anak usia sekolah.

Tingkat konsumsi makanan kariogenik yang tinggi cenderung akan meningkatkan risiko kejadian karies pada anak usia sekolah. Hasil tersebut dapat disebabkan oleh perilaku anak usia sekolah yang gemar mengkonsumsi makanan yang kurang baik dan kurang mengutamakan kesehatan gigi di SDN I Sepatan. Jenis makanan kurang baik untuk kesehatan gigi, misalnya seperti cokelat, minuman berwarna dan makanan yang bersifat lengket merupakan termasuk jenis makanan kariogenik. Pihak sekolah telah menghimbau pada siswa-siswi untuk membawa makanan sehat dari rumah dan tidak jajan sembarang. Namun, masih terdapat siswa-siswi yang mengkonsumsi makanan seperti gulali, chiki, minuman berwarna, coklat, lidi-lidian, permen dan makanan kariogenik lain yang ada di lingkungan sekolah.

**Tabel 1.** Distribusi Frekuensi Karakteristik Tingkat Konsumsi Makanan Kariogenik dan Risiko Karies Gigi Responden (N=163)

Karakteristik Responden	n	%
<b>Usia</b>		
6 tahun	65	39,9
7 tahun	89	54,6
8 tahun	9	5,5
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	79	48,5
Perempuan	84	51,5
<b>Tingkat Konsumsi Makanan Kariogenik</b>		
Tinggi	91	55,8
Rendah	72	44,2
<b>Risiko Karies Gigi</b>		
Risiko Tinggi	125	76,7
Risiko Rendah	38	23,3

**Tabel 2.** Hubungan antara Tingkat Konsumsi Makanan Kariogenik dengan Risiko Karies Gigi (N=163)

Tingkat Konsumsi Makanan Kariogenik	Resiko Kejadian Karies Gigi		$\chi^2$	(I)
	Rendah	Tinggi		
Rendah	27 (3.8)	45 (-3.8)	14.5***	0,08
Tinggi	11 (-3.8)	80 (3.8)		

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Rosidi et al. (2014) yang dilakukan di SDN I Gogodalem yang mengungkapkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara konsumsi makanan kariogenik dan kejadian karies gigi pada anak usia sekolah. Konsistensi hasil juga ditemukan pada penelitian Kartikasari (2014), Talibo (2016), Novianus (2017) yang mengungkapkan bahwa konsumsi makanan kariogenik mempunyai hubungan yang signifikan dengan kejadian karies gigi pada anak usia sekolah. Hasil tersebut dapat disebabkan karena adanya kesamaan karakteristik anak usia sekolah yang memiliki pola konsumsi makanan kariogenik yang sama di lingkungan sekolahnya. Selain itu, wilayah sekolah pada penelitian terdahulu dan saat ini belum memiliki kantin sehat dan belum menerapkan peraturan terkait jenis jajanan yang boleh dijual di lingkungan sekolah.

Tingginya tingkat konsumsi makanan kariogenik cenderung akan meningkatkan risiko karies gigi pada anak usia sekolah, karena konsumsi makanan kariogenik yang mempunyai sifat manis dan lengket dapat menyebabkan tersisanya makanan di dalam mulut. Sisa makanan tersebut mengendap dan berfermentasi menjadi asam sehingga menimbulkan plak pada gigi yang dapat meningkatkan risiko karies gigi. Oleh karena itu, promosi kesehatan mengenai makanan kariogenik dan pentingnya perawatan gigi yang benar perlu disosialisasikan pada semua pihak di sekolah.

### Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai hubungan konsumsi makanan kariogenik dengan risiko karies gigi pada anak usia sekolah di Kabupaten Tangerang dapat disimpulkan bahwa siswa yang memiliki tingkat konsumsi makanan kariogenik tinggi akan memiliki risiko tinggi untuk terjadinya karies gigi, sedangkan siswa yang rendah konsumsi makanan kariogenik akan mempunyai risiko yang rendah terhadap kejadian karies.

Hasil penelitian ini dapat dijadikan data dasar dalam mengembangkan penelitian selanjutnya terkait prediktor kejadian karies gigi dan sebagai data untuk mengembangkan promosi kesehatan berkaitan dengan pencegahan karies gigi pada anak usia sekolah.

### Referensi

- Alifiani, H & Jamaludin (2017). Hubungan Kebiasaan Gosok Gigi dan Konsumsi Makanan Kariogenik dengan Kejadian Karies Gigi Pada Anak Usia Sekolah Dasar. *Faletehan Health Journal*, 4 (4) (2017) 228-232.
- Cruvinel, V. R., Gravina, D. B., Azevedo, T. D., Bezerra, A. C., Toledo, O. A. (2010). Prevalence Of Dental Caries and Caries Related Risk Factor In Premature and Tom Children. *Braz Oral Res.* Vol. 24(3):329-35.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2013. "Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar". Jakarta Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. <http://www.depkes.go.id/index>.
- Glodny, B., Nasser, P., Crismani, A., Schoenherr, E., Luger, A. K., Bertl, K., & Petersen, J. (2013). The occurrence of dental caries is associated with atherosclerosis. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 68(7), 946-53.
- Hasturk, H., & Kantarci, A. (2015). Activation and resolution of periodontal inflammation and its systemic impact. *Periodontology 2000*, 69(1), 255-73.
- Irma I, (2013). "Penyakit Gigi, Mulut dan THT". Yogyakarta : Nuha Medika.
- Kartikasari, H., & Nuryanto, N. (2014). Hubungan Kejadian Karies Gigi dengan Konsumsi Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). Riset kesehatan Dasar: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Diakses melalui [www.litbang.depkes.go.id/rkd2013/Laporan\\_Riskesda2013.pdf](http://www.litbang.depkes.go.id/rkd2013/Laporan_Riskesda2013.pdf) Makanan Kariogenik dan Status Gizi pada Anak Sekolah Dasar (Studi Pada Anak Kelas III dan IV SDN Kadipaten I dan II Bojonegoro). *Journal of Nutrition College*, 3(3), 414-421. Doi:<http://dx.doi.org/10.14710/jnc.v3i3.6605>.
- Novianus, C. (2017). Hubungan Karakteristik dan Konsumsi Makanan Kariogenik dengan Kejadian Karies Gigi Pada Siswa Umur 11–12 Tahun di Sekolah Dasar Negeri Terpilih Wilayah Kerja Puskesmas Taktakan Kota Serang. *ARKESMAS (Arsip Kesehatan Masyarakat)*, 1(2), 83-87. Retrieved from <https://journal.uhamka.ac.id/index.php/arkesmas/article/view/508>.

- Nugroho, P. (2011). Penyakit Periodontal Sebagai Penyebab Sebagai Penyebab Penyakit Jantung Koroner di Bangsal Jantung RSUP Dokter Kariadi. *Jurnal Media Medika Muda*. Diakses dari: <https://media.neliti.com/media/publications/106709-ID-penyakit-periodontal-sebagai-penyebab-pe.pdf>
- Prakoso, H. M. (2016). Hubungan antara kebiasaan konsumsi makanan kariogenik dan menggosok gigi pada anak serta pengetahuan ibu dengan kejadian karies gigi di paud taman ceria Surakarta. Diakses dari: <http://eprints.ums.ac.id/47495/1/NASKAH%20PUBLIKASI.pdf>
- Rosidi, A., Haryani, S., Adimayanti, E. (2014). Hubungan antara Konsumsi Makanan Kariogenik dengan Kejadian Karies Gigi pada Anak SDN I Gogodalem Kecamatan Bringin Kabupaten Semarang. *Prosiding Seminar Nasional Hasil-hasil Penelitian & Pengabdian Universitas Muhammadiyah Semarang*. Diakses dari: <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/article/view/1235/1288>
- Talibo, R. S., Mulyadi., Bataha, Y. (2016). Hubungan Frekuensi Konsumsi Makanan Kariogenik & Kebiasaan Menggosok Gigi dengan Kejadian Karies Gigi Kelas III di SDN 1 dan 2 Sonua. *e-Journal Keperawatan (e-KP)* Vol. 4(1): 1-8.
- World Health Organization. (2019). Oral health information system. Diakses dari: [https://www.who.int/oral\\_health/action/information/surveillance/en/](https://www.who.int/oral_health/action/information/surveillance/en/)



## Hubungan Pengetahuan, Pendidikan dan Dukungan Keluarga dengan Pemberian ASI Eksklusif

Refi Lindawati<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Prodi Diploma III Kebidanan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Faletihan, Serang, Banten, Indonesia

\*corresponden author : [refilindawati@yahoo.co.id](mailto:refilindawati@yahoo.co.id)

### Abstrak

ASI merupakan sumber gizi yang sangat ideal dengan komposisi yang seimbang dan disesuaikan dengan kebutuhan pertumbuhan bayi. Berdasarkan data SDKI 2012, bayi yang menyusui eksklusif sampai 6 bulan yaitu sebesar 42 persen. Penyebab utama adalah rendahnya pengetahuan ibu dan kurangnya dukungan keluarga dalam pemberian ASI. Desa Peucangpari adalah salah satu desa di wilayah kerja Puskesmas Cigemblong Kabupaten Lebak Banten yang cakupan pemberian ASI eksklusif masih rendah, yaitu hanya sebesar 11,9%. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan pengetahuan, pendidikan dan dukungan keluarga dengan pemberian ASI eksklusif. Penelitian ini bersifat korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah ibu yang memiliki bayi usia 6-24 bulan di Desa Peucangpari Kecamatan Cigemblong Lebak sebanyak 42 orang, sampel penelitian diambil dengan menggunakan teknik *total populasi*. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan, pendidikan, dan dukungan keluarga dengan pemberian ASI eksklusif di Desa Peucangpari Kecamatan Cigemblong Lebak Tahun 2018. Peneliti menyarankan perlu memberikan pendidikan kesehatan pada seluruh masyarakat, khususnya ibu yang memiliki bayi tentang manfaat ASI eksklusif, sehingga masyarakat atau ibu yang belum memberikan ASI eksklusif pada bayinya bisa bertambah pengetahuannya dan akan memberikan ASI eksklusif pada bayinya.

**Kata kunci:** Asi Eksklusif, Dukungan Keluarga, Pendidikan, Pengetahuan

### Abstract

ASI is an ideal source of nutrition with a balanced composition and adapted to the baby's growth needs. Based on data from the 2012 IDHS, babies who exclusively breastfed up to 6 months were 42 percent. The main causes are low maternal knowledge and lack of family support in breastfeeding. Peucangpari Village is one of the villages in the working area of Cigemblong Health Center, Lebak, Banten, where the coverage of exclusive breastfeeding is still low, which is only 11.9%. The purpose of this study was to determine the relationship between knowledge, education and family support with exclusive breastfeeding. This study is a correlation with a cross sectional approach. The population in this study were mothers who had babies aged 6-24 months in Peucangpari Village, Cigemblong Lebak as many as 42 people, the study sample was taken using a total population technique. The results showed that there was a relationship between knowledge, education, and family support with exclusive breastfeeding in Peucangpari Village, Cigemblong Lebak in 2018. Researchers suggested the need to provide health education to all communities, especially mothers who have babies about the benefits of exclusive breastfeeding, so that the community or mother those who have not given exclusive breastfeeding to their babies can increase their knowledge and will give exclusive breastfeeding to their babies.

**Keywords:** Asi Exclusive, Education, Family Support, Knowledge

## Pendahuluan

ASI eksklusif atau lebih tepat pemberian ASI secara eksklusif adalah bayi hanya diberikan air susu tanpa makanan tambahan lain dianjurkan sampai 6 bulan dan disusui sedini mungkin (Siswoyo, 2014). Pemberian ASI eksklusif sampai bayi umur 6 bulan dapat melindungi bayi dari berbagai penyakit penyebab kematian bayi. Selain menguntungkan bayi, pemberian ASI Eksklusif juga menguntungkan ibu, yaitu mengurangi perdarahan pasca persalinan, mengurangi kehilangan darah pada saat haid mempercepat pencapaian berat badan sebelum hamil, mengurangi risiko kanker payudara, dan kanker rahim. Meskipun menyusui dan ASI sangat bermanfaat, diperkirakan 85 persen ibu-ibu di dunia tidak memberikan ASI secara optimal. Hal ini tampak bahwa pemberian ASI eksklusif seperti yang direkomendasikan oleh WHO (2002) masih jarang dipraktikkan oleh ibu-ibu di berbagai negara, karena berbagai faktor, seperti sosial, budaya, ekonomi, dan politik (Widodo, 2011).

Pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif di dunia masih rendah. Berdasarkan data dari *United Nations Children's Fund* (UNICEF) pada tahun 2012 hanya 39% bayi di bawah usia 6 bulan yang mendapatkan ASI secara eksklusif di seluruh dunia, angka tersebut juga tidak mengalami kenaikan pada tahun 2015, yaitu hanya 40% keberhasilan pemberian ASI Eksklusif di seluruh dunia. Cina yang merupakan salah satu negara dengan jumlah populasi penduduk yang cukup besar di dunia hanya memiliki angka keberhasilan ASI eksklusif sebesar 28%. Sedangkan negara-negara yang menduduki posisi 3 angka pemberian ASI eksklusif terendah dunia menurut data UNICEF antara lain Somalia, dan Afrika Selatan (WHO, 2015).

Pemberian ASI eksklusif di Indonesia juga masih kurang bahkan menurun. Berdasarkan perhitungan persentase ASI yang terbaru berdasarkan data Riskesdas yang terakhir tahun 2013, keberhasilan pemberian ASI eksklusif hanya sebesar 54,3%. Pada tahun 2014 menurut data dari Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) persentase ASI menurun menjadi 33,6%. Persentase pemberian ASI eksklusif secara nasional diperoleh angka tertinggi terdapat pada Provinsi Nusa Tenggara Barat (79,7%), sedangkan persentase yang terendah terdapat pada Provinsi Maluku (25,2%), sedangkan di Provinsi Banten

cakupan ASI eksklusif sebesar 47,9% (Riskesdas, 2013,).

Hasil Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI, 2012), menunjukkan sebanyak 8% bayi baru lahir mendapat ASI dalam 1 jam pertama setelah lahir dan 53% bayi mendapat ASI pada hari pertama. Proporsi anak yang diberi ASI pada hari pertama mencapai 51% dengan penolong bidan atau dokter kandungan sedangkan 67% anak mendapat ASI pada hari pertama tanpa penolong/dukun. Hal ini menunjukkan bahwa ada pemberian tambahan selain ASI di bawah usia 6 bulan. Data SDKI tahun 2012 menunjukkan konsumsi pemberian MP ASI di bawah 6 bulan mencapai 35% (SDKI, 2012).

UNICEF memperkirakan bahwa pemberian ASI eksklusif sampai usia 6 bulan dapat mencegah kematian 1,3 juta anak berusia di bawah 5 tahun. Suatu penelitian di Ghana yang diterbitkan dalam *Jurnal Pediatrics* menunjukkan 16% kematian bayi dapat dicegah dengan pemberian ASI sejak pertama kelahirannya. Angka ini naik 22% jika pemberian ASI dimulai dalam 1 jam pertama setelah kelahiran bayi (Prasetyono, 2009). Anjuran pemberian ASI eksklusif di Indonesia dipertegas dengan Peraturan Pemerintah Nomor 33 tahun 2012 tentang Pemberian ASI eksklusif. Peraturan ini menyatakan kewajiban ibu untuk menyusui bayinya secara eksklusif sejak lahir sampai berusia 6 bulan. Tapi nyatanya, realisasi dari peraturan pemerintah tersebut masih kurang. Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012, yaitu sebesar 42%, sedangkan pemberian ASI 0-6 bulan menurut Pusat Data dan Informasi Pertanian (Pusdatin) 2015 sebesar 54,3% dan berdasarkan data Dinas Kesehatan (Dinkes) Provinsi Banten, presentase cakupan ASI eksklusif 2016 sekitar 55,75% (Profil Dinkes Provinsi Banten, 2017).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Mulyana menyatakan bahwa ada hubungan yang kuat antara pengetahuan ibu tentang ASI dengan pemberian ASI eksklusif pada bayi (Mulyana, 2008). Hubungan antara pengetahuan ibu tentang ASI terhadap pemberian ASI eksklusif menunjukkan tingkat pengetahuan yang dimiliki seseorang mempengaruhi prakteknya sebagaimana teori yang dikemukakan oleh Green, bahwa pengetahuan seseorang merupakan faktor predisposisi untuk bertindak. Pemberian ASI eksklusif merupakan salah satu bentuk perilaku kesehatan masyarakat. Menurut Green dalam Notoatmodjo, perilaku dipengaruhi oleh tiga faktor utama yaitu; 1) Faktor

predisposisi, seperti pengetahuan, individu, sikap, kepercayaan, tradisi, norma sosial, dan unsur-unsur lain yang terdapat dalam diri individu dan masyarakat, 2) Faktor pendukung, seperti tersedianya sarana pelayanan kesehatan dan kemudahan untuk mencapainya, 3) Faktor-faktor pendorong, seperti sikap dan perilaku petugas kesehatan (Notoatmodjo, 2003).

Banyak alasan yang menjadi faktor ibu tidak memberikan ASI eksklusif kepada bayinya, penyebab utama adalah kesadaran akan pentingnya ASI, rasa percaya diri ibu yang masih kurang, rendahnya pengetahuan ibu tentang manfaat ASI dan kurangnya dukungan keluarga dalam pemberian ASI (Rilyani 2012). Menurut Penelitian Rahmawati (2010) beberapa faktor yang cukup mempengaruhi pola pemberian ASI eksklusif adalah usia ibu, 64,5% ibu usia < 20 tahun tidak memberikan ASI eksklusif. Variabel lain yang juga menjadi faktor ibu tidak memberikan ASI eksklusif adalah pendidikan, 58,7% ibu berpendidikan rendah tidak memberikan ASI eksklusif. Menurut penelitian Kristianto dan Sulistyorini (2013) pengetahuan ibu juga mempengaruhi pemberian ASI eksklusif, sebanyak 73,6% ibu dengan pengetahuan kurang tidak memberikan ASI secara eksklusif. Hasil penelitian Roesli (2008) menyatakan bahwa dukungan keluarga merupakan faktor eksternal yang paling besar pengaruhnya terhadap keberhasilan ASI eksklusif (72,8%).

Hasil observasi data di Puskesmas Cigemblong Lebak, didapatkan data Desa Peucangpari salah satu desa di Wilayah Kerja Puskesmas Cigemblong Lebak yang memiliki cakupan pemberian ASI eksklusif sangat rendah. Berdasarkan data Puskesmas Cigemblong tahun 2016 diketahui bahwa dari 42 bayi di Desa Peucangpari hanya terdapat 5 bayi yang mendapatkan ASI eksklusif atau hanya sebesar 11,9%. Hal tersebut masih sangat jauh dari target yang ditetapkan pemerintah dalam Peraturan Pemerintah Nomor 33 tahun 2012 tentang Pemberian ASI eksklusif yang menargetkan 85% bayi mendapat ASI eksklusif sejak lahir sampai berusia 6 bulan (Puskesmas Cigemblong, 2016). Berdasarkan latar belakang tersebut, mengingat bahwa pemberian ASI eksklusif mempunyai manfaat yang sangat besar bagi tumbuh kembang bayi yang seharusnya menjadi salah satu role model bagi masyarakat, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan

pengetahuan, pendidikan dan dukungan keluarga dengan pemberian ASI eksklusif di Desa Peucangpari Kecamatan Cigemblong Lebak tahun 2018. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan, pendidikan dan dukungan keluarga dengan pemberian ASI Eksklusif di Desa Peucangpari Kecamatan Cigemblong Lebak.

### Metodo Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian korelasional dengan pendekatan studi *cross sectional*. Penelitian dilaksanakan di Desa Peucangpari Kecamatan Cigemblong Kabupaten Lebak. Penelitian dilaksanakan pada bulan Februari-Mei 2018. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang memiliki bayi usia 6-24 bulan di Desa Peucangpari Kecamatan Cigemblong. Berdasarkan data dari Puskesmas Cigemblong, di Desa Peucangpari terdapat 42 ibu yang memiliki bayi usia 6-24 bulan. Dikarenakan jumlah populasi kurang dari 100, maka teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *total populasi*, yaitu dengan mengambil semua anggota populasi menjadi subyek penelitian. Jadi besar sampel dalam penelitian ini adalah 42 responden. Pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu menggunakan instrumen berupa kuesioner. Kuesioner tingkat pengetahuan tentang ASI Eksklusif terdiri dari 10 pertanyaan dengan pilihan jawaban *multiple choice*, dan kuesioner dukungan keluarga terdiri dari 10 pernyataan dengan pilihan jawaban ada dan tidak. Data diolah menggunakan analisis univariat untuk menggambarkan distribusi frekuensi variabel penelitian dan analisis bivariat menggunakan pendekatan uji chi-square untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat penelitian.

### Hasil dan Pembahasan

Berdasarkan tabel 1. menunjukkan bahwa pemberian ASI yang terbanyak adalah proporsi pemberian ASI tidak eksklusif yaitu 69,0 %, proporsi pengetahuan kurang sebanyak 59,5% , proporsi pendidikan rendah sebanyak 52,4%, proporsi tidak ada dukungan keluarga sebanyak 64,3%.

Pemberian ASI eksklusif adalah bayi hanya diberi ASI saja selama 6 bulan, tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air, teh, dan air putih, serta tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, bubur susu, biskuit, bubur

nasi, dan nasi tim (Kristiyanasari, 2011). Hasil penelitian menggambarkan bahwa sebagian besar ibu di Desa Peucangpari Kecamatan Cigemblong Kabupaten Lebak tidak memberikan ASI eksklusif pada bayinya (66,1%). Hal tersebut sebenarnya patut disayangkan, mengingat ASI adalah makanan alami bayi yang memiliki keseimbangan zat-zat gizi yang terbaik yang tidak terdapat pada makanan bayi lainnya. Dan dengan memberikan ASI ibu juga bisa menghemat pengeluaran untuk membeli susu formula yang sebenarnya tidak lebih baik ketimbang ASI (Hubertin 2008).

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Wargiana (2013) yang juga mendapatkan hasil bahwa pola pemberian ASI di Wilayah Kerja Puskesmas Rowotengah Kabupaten Jember masih kurang baik, yaitu sebanyak 78,7% ibu tidak memberikan ASI eksklusif. Banyak faktor yang bisa mempengaruhi ibu mengapa tidak memberikan ASI secara eksklusif pada bayinya, berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa responden peneliti mendapat gambaran bahwa salah satu faktor utama yang menyebabkan ibu tidak memberikan ASI eksklusif adalah dikarenakan kesibukan ibu dalam bekerja.

Banyak diantara ibu yang tidak memberikan ASI eksklusif menyatakan berhenti menyusui karena alasan sibuk bekerja dan bayinya tidak bisa dibawa ke tempat kerja. Alasan tersebut sekilas dapat diterima untuk orang yang tidak mempunyai pengetahuan tentang cara-cara memberikan ASI eksklusif selain harus menyusui secara langsung pada bayinya. Padahal ASI selain diberikan secara langsung dengan cara menyusui, juga dapat diberikan dengan menggunakan sendok dengan

cara disuapkan sedikit-demi sedikit, yaitu pertama ASI diperah kemudian disimpan dalam tempat khusus yang bisa menjaga kualitas ASI dan kesterilannya untuk diberikan pada saat bayi lapar. Dengan cara tersebut tidak harus ibunya sendiri yang memberikan ASI tersebut, bisa dilakukan siapa saja yang bertugas mengasuh bayi tersebut. Berdasarkan hal tersebut, peneliti menyarankan kepada ibu-ibu yang bekerja untuk memiliki sarana-prasarana pemberian ASI eksklusif seperti pompa ASI (*breast pump*), botol khusus penyimpan ASI dan *cool bag*. Dengan memiliki sarana prasarana pemberian ASI tersebut maka ibu bisa terus dapat memberikan ASI eksklusif meskipun sibuk bekerja. (Insani 2011)

**Tabel 1:** Pemberian ASI eksklusif berdasarkan pengetahuan, pendidikan dan dukungan keluarga (N=42)

Variabel	n	(%)
<b>Pemberian ASI Eksklusif</b>		
Tidak Eksklusif	29	69,0
Eksklusif	13	13,0
<b>Pengetahuan</b>		
Kurang	25	59,5
Baik	17	40,5
<b>Pendidikan</b>		
Rendah	22	52,4
Tinggi	20	47,6
<b>Dukungan Keluarga</b>		
Tidak ada	27	64,3
Ada	15	35,7

**Tabel 2:** Hubungan pengetahuan, pendidikan, dan dukungan keluarga dengan pemberian ASI eksklusif (N=42)

Variabel	Pemberian ASI Eksklusif		Total	P. Value	OR (CI : 95%)
	Tidak Eksklusif	Eksklusif			
<b>Pengetahuan</b>					
kurang	21 (84,0%)	4 (16,0%)	25 (100%)	0,028	5,906
baik	8 (47,1%)	9 (52,9%)	17 (100%)		
<b>Pendidikan</b>					
rendah	19 (86,4%)	3 (13,6%)	22 (100%)	0,027	6,333
Tinggi	10 (50,0%)	20 (50,0%)	20 (100%)		
<b>Dukungan Keluarga</b>					
Kurang	23 (85,2%)	4 (14,8%)	27 (100%)	0,005	8,625
Baik	6 (40,0%)	9 (60,0%)	15 (100%)		

Berdasarkan tabel 2. diketahui bahwa variabel pengetahuan, pendidikan dan dukungan keluarga berhubungan secara signifikan dengan pemberian ASI eksklusif.

### **Pengetahuan dengan pemberian ASI Eksklusif**

Dari hasil analisis pada tabel 2 menunjukkan terdapat hubungan antara pengetahuan dengan pemberian ASI eksklusif ( $p$  value : 0,028). Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi pemberian ASI eksklusif lebih banyak terdapat pada ibu yang memiliki pengetahuan baik dibandingkan pada ibu yang pengetahuannya kurang baik. Responden yang tidak memberikan ASI Eksklusif tersebut memberikan makanan lain antara lain madu, susu formula, bubur, air, dan pisang pada umur bayi kurang 6 bulan. Responden menyatakan bahwa ASI tidak cukup buat bayi sehingga harus diberikan makanan tambahan. Makanan tambahan ini dipercaya dapat membantu memenuhi kebutuhan makanan dan minuman bayi. Tingginya persentase yang tidak memberikan ASI Eksklusif disebabkan responden memang benar-benar tidak tahu arti pentingnya ASI Eksklusif bagi kesehatan bayi sehingga tidak termotivasi untuk memberikan ASI Eksklusif kepada bayinya.

Hal tersebut sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2003) yang menyatakan bahwa pengetahuan merupakan domain yang sangat penting akan terbentuknya tindakan atau perilaku seseorang. Pengetahuan seseorang terhadap kesehatan merupakan salah satu faktor predisposisi yang mempengaruhi perilaku seseorang, jadi jika selama kehamilan tidak mendapatkan informasi atau penyuluhan mengenai ASI eksklusif maka akan berpengaruh terhadap perilaku ibu tersebut dalam pemberian ASI pada bayinya (Suhartono 2012).

Hasil penelitian ini juga didukung oleh hasil penelitian Aulita (2011) yang memperoleh hasil ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan pemberian ASI eksklusif pada bayi, dimana semakin baik pemahaman ibu tentang manfaat pemberian ASI eksklusif, maka ibu akan semakin termotivasi untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayinya. Pengetahuan yang rendah tentang manfaat dan tujuan pemberian ASI eksklusif bisa menjadi penyebab gagalannya pemberian ASI eksklusif pada bayi. Kurangnya pengetahuan ibu bisa disebabkan pada saat pemeriksaan kehamilan (*Ante Natal Care*), ibu tidak memperoleh

penyuluhan intensif tentang ASI eksklusif, kandungan dan manfaat ASI, teknik menyusui, dan kerugian jika tidak memberikan ASI eksklusif (Purwanti, 2008).

### **Pendidikan dengan Pemberian ASI Eksklusif**

Dari hasil analisis hubungan antara pendidikan dengan pemberian ASI Eksklusif dengan menggunakan uji *chi square* didapat  $p$  value : 0,027 ( $p$  value < 0,05), hal tersebut bahwa secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan pemberian ASI eksklusif pada di Desa Peucangpari Kecamatan Cigemblong Kabupaten Lebak tahun 2018. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi pemberian ASI eksklusif lebih banyak terdapat pada ibu yang berpendidikan tinggi yaitu dengan latar belakang pendidikan yang lulus dari SLTA atau PT. Hal tersebut sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka semakin mudah menerima informasi sehingga akan semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Pendidikan yang cukup akan membuat seorang ibu semakin mudah menerima informasi mengenai manfaat ASI Eksklusif dari berbagai sumber sehingga pengetahuannya akan semakin bertambah (Nursalam 2008).

Pendidikan akan mendorong seseorang untuk mengetahui sesuatu hal, seseorang yang mempunyai pendidikan tinggi lebih cenderung mengetahui manfaat ASI dibandingkan dengan yang berpendidikan rendah, hal tersebut disebabkan dengan pendidikan seseorang dapat lebih mengetahui sesuatu hal, tingkat pendidikan yang rendah akan susah mencerna pesan atau informasi yang disampaikan, (Notoatmodjo, 2003). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Soeparmanto (2004) yang menyebutkan bahwa ibu yang mempunyai pendidikan lebih tinggi memiliki kemungkinan menyusui ASI eksklusif 6 kali lebih besar dibandingkan ibu yang berpendidikan lebih rendah. Tingkat pendidikan merupakan salah satu aspek sosial yang dapat mempengaruhi tingkah laku manusia. Pendidikan akan mempengaruhi seseorang dalam melakukan respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Orang yang mempunyai pendidikan lebih tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional dibandingkan mereka mereka yang tidak berpendidikan, karena mereka yang

berpendidikan tinggi mampu menghadapi tantangan dengan rasional ( Soeparmanto, 2004 ).

### **Dukungan keluarga dengan Pemberian ASI Eksklusif**

Hasil analisis hubungan antara dukungan keluarga dengan pemberian ASI eksklusif dengan menggunakan uji *chi square* didapat *p value* : 0,005 (*p value* < 0,05), yang berarti bahwa secara statistik terdapat hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dengan pemberian ASI eksklusif di Desa Peucangpari Kecamatan Cigemblong Kabupaten Lebak tahun 2018. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proporsi pemberian ASI eksklusif lebih banyak terdapat pada ibu yang memiliki dukungan keluarga dibandingkan pada ibu yang tidak memiliki dukungan keluarga. Dukungan keluarga merupakan salah satu jenis dari dukungan sosial. Dukungan sosial pada umumnya menggambarkan mengenai peranan atau pengaruh yang dapat ditimbulkan oleh orang lain yang berarti seperti anggota keluarga, teman, saudara, dan rekan kerja. Dukungan sosial adalah pemberian bantuan seperti materi, emosi, dan informasi yang berpengaruh terhadap kesejahteraan manusia. Dukungan sosial juga dimaksudkan sebagai keberadaan dan kesediaan orang-orang yang berarti, yang dapat dipercaya untuk membantu, mendorong, menerima, dan menjaga individu. Sehingga dapat dikatakan bahwa dukungan Sosial adalah bentuk pertolongan yang dapat berupa materi, emosi, dan informasi yang diberikan oleh orang-orang yang memiliki arti seperti keluarga, sahabat, teman, saudara, rekan kerja ataupun atasan atau orang yang dicintai oleh individu yang bersangkutan. Bantuan atau pertolongan ini diberikan dengan tujuan individu yang mengalami masalah merasa diperhatikan, mendapat dukungan, dihargai dan dicintai. (Rasyka 2012).

Hal tersebut sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa dukungan keluarga membuat seseorang memiliki kepercayaan diri dalam membuat keputusan. Kepercayaan ini akan menumbuhkan rasa aman, rasa percaya diri, harga diri, dan keberanian sehingga dukungan emosi yang diberikan keluarga merupakan salah satu pendorong seseorang untuk membuat suatu keputusan, dalam hal ini adalah keputusan ibu dalam pemberian ASI eksklusif (Friedman. 2010). Suami dan keluarga dapat berperan aktif dalam pemberian ASI dengan cara memberikan dukungan

emosional atau praktis lainnya. Keberhasilan ibu tidak lepas dari peran serta keluarga. Dimana disebutkan bahwa semakin besar dukungan yang didapatkan ibu untuk terus menyusui bayinya secara Eksklusif, maka semakin besar pula kemampuan ibu untuk terus bertahan menyusui bayinya (Sohimah, 2013).

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Roesli (2008) yang menyebutkan bahwa ibu yang memiliki dukungan keluarga lebih baik memiliki peluang menyusui secara ASI eksklusif 17 kali lebih besar dibandingkan ibu yang kurang memiliki dukungan keluarga. Dukungan keluarga merupakan faktor eksternal yang paling besar pengaruhnya terhadap keberhasilan ASI Eksklusif (72,8%) ( Roesli 2008 ).

### **Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa sebanyak 69% responden tidak memberikan ASI eksklusif. Variabel pengetahuan, pendidikan dan dukungan keluarga berhubungan secara signifikan dengan pemberian ASI eksklusif.

### **Referensi**

- Aulita (2011). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pola Pemberian ASI Eksklusif*. Jurnal Maternitas
- Biro Pusat Statistik ( 2012 ). Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia ( SDKI ) 2012. BPS-BKKBN Depkes RI.
- Friedman. (2010). *Keperawatan Keluarga Teori dan Praktek*. Edisi 5. Jakarta : EGC
- Hubertin. (2008). *Konsep Penerapan ASI Eksklusif*, Malang : EGC
- Insani. (2011). *Keajaiban ASI makanan terbaik untuk kesehatan, kecerdasan, dan kelincahan si kecil*, Yogyakarta: Andi
- Kristiyanasari, Weni. (2011). *Asi, menyusui & sadari*, Yogyakarta: Nuha medika.
- Kristiyanto dan Sulistyorini (2013). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pola Pemberian ASI Eksklusif*.
- Mulyana. (2008). *Hubungan Karakteristik dengan Pemberian ASI Eksklusif*. Skripsi USU
- Notoatmodjo, S.. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Edisi 1, Jakarta: Rineka Cipta
- \_\_\_\_\_, (2010). *Metode penelitian kesehatan*, Edisi Revisi, Jakarta Rineka Cipta

- \_\_\_\_\_, (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka cipta
- Nursalam. (2008). *Pendidikan dalam Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2012 Tentang *Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif*
- Purwanti (2008). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pola Pemberian ASI Eksklusif*. Jurnal Kesehatan
- Profil Dinas Kesehatan ( 2017 ). *Tekan Angka Gizi Buruk, Banten Dorong Cakupan ASI Eksklusif*. Provinsi Banten
- Puskesmas Cigemblong ( 2017 ).*Profil Puskesmas Cigemblong*.Provinsi Banten
- Rahmawati. (2010). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pola Pemberian ASI Eksklusif*. Jurnal Kesehatan
- Riskesdas. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Roesli, U, (2008). *Mengenal ASI eksklusif*. Jakarta: Trubus Agriwidya.
- Rasyika dkk (2012). *Peran Keluarga dalam Pemberian ASI Eksklusif di Kabupaten Jeneponto*. Jurnal FKM UNHAS Makassar.
- Rilyani dkk, (2012) *Hubungan tingkat pendidikan, pengetahuan, sikap ibu dan dukungan keluarga terhadap pemberian ASI Eksklusif di Puskesmas Kedaton Bandar Lampung*. Jurnal Dunia Kesmas Vol 1.
- Siswoyo, D, (2014). Tujuan dan manfaat pemberian ASI eksklusif Akses tanggal 4 Juni 2016. <http://hamizanupdate.blogspot.com>.
- Sohimah dkk (2013).*Pengaruh Dukungan Keluarga dan Dukungan Tenaga Kesehatan terhadap Pemberian ASI Eksklusif*. Prosiding STIKes Al-Irsyad Cilacap.
- Suparmanto (2004). *Karakteristik Dalam Pemberian ASI Eksklusif*. Jakarta
- Suhartono, Suparlan. (2008). *Filsafat Ilmu Pengetahuan*, Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.
- Wargiana dkk (2013). *Hubungan Pemberian MP-ASI Dini dengan status gizi bayi umur 0-6 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Rowotengah Kabupaten Jember*. Jurnal Pustaka Kesehatan, I ( no.1 )
- Widodo,. K (2011). *Asi Menyusui & Sadari*. Yogyakarta: Muha Medika.
- WHO. (2015). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. WHO: Geneva



## Determinan *Personal Hygiene* Pada Anak Usia 9–12 Tahun

Utami Triasmari<sup>1</sup>, Andiko Nugraha Kusuma<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Kesehatan Masyarakat, STIKes Faletihan Serang, Indonesia  
\*Corresponding Author: andiko.kusuma@yahoo.com

### Abstrak

Anak usia sekolah dasar merupakan masa tumbuh kembang yang baik, sehingga diperlukan pengawasan terhadap kesehatannya khususnya *personal hygiene*. *Personal hygiene* sangat penting bagi anak karena seringkali anak terkena penyakit akibat tidak memperhatikan *personal hygiene*. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan *personal hygiene* pada anak usia 9–12 tahun di Kelurahan Kalanganyar Wilayah Kerja Puskesmas Pancur tahun 2018. Penelitian ini menggunakan desain *Cross Sectional*. Populasi penelitian ini adalah semua anak usia 9–12 tahun yang berada di Kampung Kalanganyar dengan jumlah sampel 73 responden yang diambil secara *total sampling*. Pengumpulan data primer menggunakan kuesioner dan wawancara. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat menggunakan uji *chi square*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 30,1% kurang baik dalam melakukan *personal hygiene*, 38,4% memiliki pengetahuan kurang, 42,5% memiliki sikap negatif dan 72,6% tidak terpapar akses media sosial. Hasil uji hubungan menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan *personal hygiene* ( $Pv=0,623$ ), ada hubungan antara sikap ( $Pv=0,032$ ) dan akses media sosial ( $Pv=0,044$ ) dengan *personal hygiene* pada anak usia 9–12 tahun. Diharapkan anak menerapkan pola hidup bersih dan sehat yang baik dan mengulanginya terus menerus.

**Kata Kunci:** *Personal Hygiene*, Pengetahuan, Sikap

### Abstract

*Primary school-age children are good growth periods, children need to be monitored for their health. Personal hygiene is very important for children because the child is affected by the disease because of bad in personal hygiene. The purposes of this research is to find the factors associated with personal hygiene of 9-12 years old children in Kalanganyar Village, Puskesmas Pancur in 2018. The design of this research is cross sectional. The population of this research is all children in 9-12 years who living in Kalanganyar Village with a sample of 73 respondents that has been taken using total sampling. Primary data collection using questionnaire and interview method. Data analysis was done univariate and bivariate. The result obtained 30,1% less good in personal hygiene, 38,4% have lack of knowledge, 42,5% have a negative attitude, and 72,6% are not exposed to social media access. The result of analysis showed there was no significant correlation between knowledge and personal hygiene ( $p=0,623$ ), there was significant correlation between attitude ( $p=0,032$ ) and social media access ( $p=0,044$ ) with personal hygiene of 9-12 years children in Kalanganyar Village. The suggestion of this research is are children adopting a good clean and healthy lifestyle and repeating it continuously, and practicing good examples of good health and life behaviors with complete and orderly stages.*

**Keywords:** *Personal Hygiene*, Knowledge, Attitude

---

### Pendahuluan

*Personal hygiene* merupakan perawatan diri yang mempengaruhi kesehatan manusia dimana *personal hygiene* dilakukan sebagai aktifitas kehidupan sehari-hari. Lazimnya *personal hygiene* pada anak fase usia sekolah 7–12 tahun meliputi kebersihan tangan, kebersihan kuku dan kebersihan baju (Ardhiyarini, 2008). *Personal Hygiene* sangat penting bagi anak karena seringkali anak terkena penyakit akibat tidak memperhatikan tentang *personal hygiene*. Pengetahuan *personal hygiene* harus diberikan sejak dini, tujuannya agar pengetahuan anak tentang kebersihan diri akan lebih matang, sehingga anak akan terbiasa untuk melakukan *personal hygiene*.

Anak usia Sekolah Dasar (SD) merupakan masa tumbuh kembang yang baik, pada masa ini, anak-anak perlu mendapatkan pengawasan terhadap kesehatannya karena pada usia sekolah, anak-anak mempunyai banyak aktifitas yang seringkali berhubungan langsung dengan lingkungan yang kotor sehingga menyebabkan anak-anak mudah terserang penyakit. Kurangnya pengetahuan dan kesadaran orang tua dalam memperhatikan *personal hygiene* anak menyebabkan anak juga tidak memperhatikan kebersihan dirinya sendiri, termasuk perawatan kuku pada anak-anak. Meskipun terlihat kecil, tetapi perawatan kuku juga merupakan hal penting yang harus diperhatikan (Wong, 2009).

*Personal hygiene* pada anak usia sekolah dasar di Indonesia berpotensi menyebabkan masalah kesehatan, seperti infeksi saluran pernapasan, anemia, penyakit kulit, cacangan, dan diare. Anak-anak usia sekolah dasar yang tidak begitu mengerti dengan baik bagaimana menjaga *personal hygiene* khususnya kebersihan tangan dapat berpotensi menyebabkan terjadinya penyakit cacangan (Rosso & Arlianti, 2009). Selain kecacingan, penyakit lain yang juga disebabkan karena *personal hygiene* yang kurang adalah penyakit kulit. Penyakit kulit mudah menginfeksi bila kebiasaan tidak menjaga kebersihan, terutama kebersihan pribadi. Penerapan kebersihan pribadi maka dapat memutuskan mata rantai penularan *agent* penyebab penyakit kulit dari tempat hidupnya ke *host*. Penyakit kulit akan lebih mudah menyerang apabila imun seseorang turun (Price & Wilson, 2006).

*Personal hygiene* yang kurang pada anak-anak juga dapat menyebabkan diare. Anak-anak merupakan golongan umur yang paling menderita karena masih memiliki daya tahan tubuh yang

lemah. Diare dapat disebabkan karena infeksi atau non infeksi. Timbulnya penyakit diare disebabkan oleh keadaan lingkungan dan perilaku masyarakat yang tidak menguntungkan. Banyak hal yang dapat mempengaruhi kejadian di suatu wilayah yaitu kuman penyakit yang menyebar melalui mulut, kebersihan lingkungan, umur, letak geografi, dan juga perilaku masing-masing individu (Juli, 2005 dalam Nita, 2016). Berdasarkan data Profil Puskesmas Pancur tahun 2017, jumlah penderita diare di Kelurahan Kalanganyar pada anak usia 5–14 tahun sebanyak 122 anak. Jumlah penderita penyakit kulit seperti dermatitis di Kelurahan Kalanganyar pada anak usia 5–14 tahun sebanyak 57 anak.

Kondisi *personal hygiene* pada anak-anak dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, diantaranya adalah pengetahuan, sikap anak-anak terhadap *personal hygiene*, peran guru di sekolah, peran dan dukungan orang tua, ketersediaan sarana prasarana kebersihan diri dan juga akses terhadap media-media kesehatan. Berbagai penelitian menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan dengan *personal hygiene*. Penelitian yang dilakukan Prasetyo (2015) didapatkan hasil pengetahuan *personal hygiene* pada siswa sebagian besar baik sebanyak 49 orang (65,3%), dan ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan *personal hygiene*. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan responden yang baik mempengaruhi *personal hygiene* responden (Prasetyo, 2015).

Penelitian Antoni (2013) didapatkan hasil tindakan *personal hygiene* yang kurang baik lebih banyak terjadi pada responden yang memiliki sikap negatif (53,3%) dibandingkan dengan responden yang memiliki sikap positif (5,6%), dan ada hubungan antara sikap dengan tindakan *personal hygiene* di SD Negeri No. 55 Air Pacah Padang (Antoni, 2013). Selain pengetahuan dan sikap yang berhubungan secara signifikan dengan *personal hygiene* anak pada penelitian sebelumnya, media promosi kesehatan juga diperkirakan menjadi salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan anak tentang *personal hygiene*. Menurut Pertiwi dan Annisa (2018) menyebutkan bahwa media promosi kesehatan yang terdapat di lingkungan sekolah dasar tersedia sebanyak 65 % dalam bentuk buku-buku pelajaran dan poster kebersihan yang jumlahnya masih sangat terbatas (Pertiwi, Annisa, 2018). Keterbatasan media promosi kesehatan tersebut dapat berdampak pada tingkat pengetahuan siswa, sehingga perlu adanya

peningkatan pengetahuan. Peningkatan pengetahuan dapat dilakukan melalui berbagai cara, diantaranya adalah dengan cara edukasi dan sosialisasi baik melalui media cetak maupun non cetak. Saat ini penggunaan media non cetak seperti media sosial dianggap sangat efektif untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan. Pada penelitian yang dilakukan Arief dalam Nuryati dan Yanti (2017) menyatakan bahwa media sosial sangat efektif sebagai media edukasi dan sosialisasi kepada masyarakat tentang pentingnya kesehatan secara umum.

Berdasarkan survei pendahuluan, diketahui bahwa penerapan *personal hygiene* anak usia 9–12 tahun belum optimal. Hasil survei pendahuluan pada 20 anak usia 9–12 tahun di Kelurahan Kalanganyar didapatkan seluruh anak memiliki kuku yang panjang dan tangan yang kotor. Saat diwawancara oleh peneliti, 13 anak menjawab tidak mengetahui akan pentingnya menjaga tangan dan kuku agar tetap bersih, tidak pernah mencuci tangan menggunakan sabun setelah buang air besar dan 5 anak juga mengaku malas mandi. Hasil survei pendahuluan juga diketahui bahwa anak mengatakan tidak tahu cara mencuci tangan yang baik dan benar, 15 anak mengatakan belum memahami bagaimana cara menjaga kebersihan gigi dan mulut. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui determinan *personal hygiene* pada anak usia 9–12 Tahun di Kp. Kalanganyar Kelurahan Kalanganyar Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Kota Serang Tahun 2018.

### Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian analitik dengan pendekatan desain studi *cross sectional* karena variabel dependen dan variabel independen diukur secara bersamaan (Chandra, 2008). Pada penelitian ini, variabel dependen adalah *personal hygiene* sedangkan variabel independen adalah pengetahuan, sikap dan akses informasi diukur dalam waktu yang bersamaan. Penelitian ini dilaksanakan di Kp. Kalanganyar Kelurahan Kalanganyar Kecamatan Taktakan Kota Serang. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juli 2018.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh anak usia 9–12 tahun yang ada di Kp. Kalanganyar Kelurahan Kalanganyar Wilayah Kerja Puskesmas Pancur Kota Serang. Jumlah populasi seluruhnya 73 anak usia 9–12 tahun. Sampel penelitian ini adalah total sampling. Data penelitian diperoleh

dengan cara wawancara menggunakan kuesioner yang telah melalui uji validitas dan realibilitas. Uji validitas pada penelitian ini dilakukan pada 20 anak usia 9–12 tahun yang berada di Lingkungan Kampung Kidang, Sumur pecung, Serang, dengan responden yang digunakan untuk uji coba memiliki ciri-ciri responden dari tempat dimana penelitian itu dilaksanakan. Hasil uji validitas diketahui bahwa dari 23 pertanyaan *personal hygiene*, 22 pertanyaan pengetahuan, 16 pertanyaan sikap dinyatakan valid dan realibel. Nilai r hitung untuk pertanyaan *personal hygiene* diperoleh 0,499–0,851, r hitung pertanyaan pengetahuan sebesar 0,497–0,922 lebih besar dari r tabel (0,444), pertanyaan sikap diperoleh r hitung (0,487–0,860) lebih besar dari r tabel, sehingga dapat disimpulkan bahwa 61 item pertanyaan dinyatakan valid, ( r hitung > r tabel).

### Hasil dan Pembahasan

#### *Personal Hygiene* Anak Usia 9–12 Tahun

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 73 responden maka dapat diperoleh kondisi *personal hygiene* responden sebagai berikut ini:

**Tabel 1.** Kondisi *Personal Hygiene*, Pengetahuan, Sikap dan Akses Media Sosial Responden

Variabel	F	(%)
<b><i>Personal Hygiene</i></b>		
Kurang baik	22	30,1
Baik	51	69,9
<b>Pengetahuan</b>		
Kurang baik	28	38,4
Baik	45	61,6
<b>Sikap</b>		
Negatif	31	42,5
Positif	42	57,5
<b>Akses Media Sosial</b>		
Tidak terpapar	53	72,6
terpapar	20	27,4
<b>Jumlah</b>	<b>73</b>	<b>100%</b>

Sumber: Data primer, 2018

*Personal hygiene* merupakan kebersihan dan kesehatan perseorangan yang bertujuan untuk mencegah timbulnya penyakit pada diri sendiri dan orang lain, baik secara fisik dan psikologis (Silalahi, Putri, 2018). *Personal hygiene* berasal dari bahasa Yunani yaitu *personal* yang artinya perorangan dan *hygiene* berarti sehat. Kebersihan seseorang merupakan suatu tindakan untuk

memelihara kebersihan dan kesehatan untuk kesejahteraan fisik dan psikis. Berdasarkan tabel 1, diketahui bahwa dari 73 responden yang melakukan *personal hygiene* kurang baik yaitu sebanyak 22 (30,1%) responden, yang melakukan *personal hygiene* dengan baik yaitu sebanyak 51 (69,9%). Dari hasil *personal hygiene* ini menunjukkan suatu keadaan tubuh yang bersih dan sehat di Kampung Kalanganyar, dalam arti lain banyak anak yang sudah menerapkan kebersihan perorangan atau *personal hygiene*, meskipun masih ada yang tidak menerapkannya.

Anak-anak di Kampung Kalanganyar telah melakukan *personal hygiene* dengan baik, seperti mengganti pakaian dua kali sehari setelah mandi, mencuci pakaian menggunakan detergen dan air bersih, memakai baju yang sudah disetrika, mandi dua kali sehari, mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, menggosok gigi setelah makan pagi dan sebelum tidur, untuk anak laki-laki rambut terlihat rapih dan anak perempuan sebagian besar menggunakan kerudung. Baik dan buruknya *personal hygiene* dapat berpengaruh pada kesehatan anak, oleh karena itu perlu adanya perhatian dari orang tua dan guru di sekolah untuk memberikan informasi mengenai pentingnya *personal hygiene*, sehingga anak dapat lebih memahami dan merubah perilaku menjaga kebersihan diri sendiri. *Personal hygiene* anak dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya pengetahuan, sikap dan akses media.

Pengetahuan dapat diartikan sebagai hasil dari tahu yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan melalui panca indera manusia terhadap suatu objek tertentu (Notoatmodjo, 2011). Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*).

Berdasarkan tabel 1, diketahui bahwa dari 73 responden yang memiliki pengetahuan kurang sebanyak 28 (38,4%) responden, yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 45 (61,6%) responden. Dari 22 pertanyaan kuesioner penelitian yang dilakukan mengenai pengetahuan pada responden, didapatkan hasil yang menyatakan bahwa masih ada anak yang memiliki pengetahuan kurang pada kategori yang membahas tentang tujuan dari menyikat gigi, cara membersihkan kulit yang benar, warna kuku yang sehat, mencuci

rambut yang benar, mandi yang benar, dan mencuci pakaian yang benar.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pengetahuan anak tentang *personal hygiene* sudah cukup baik. Pengetahuan dapat diberikan secara langsung maupun tidak langsung. Cara langsung yaitu dengan cara mengajarkan dan mempraktikkan cara hidup bersih dan sehat, sebagai contoh petugas kesehatan dapat memberikan contoh bagaimana cara menjaga kebersihan pakaian, kulit, rambut, kuku, mulut dan gigi. Secara tidak langsung yaitu bekal ilmu pengetahuan yang diberikan kepada anak oleh orang tua, guru, dan petugas kesehatan. Dengan usaha ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan anak terhadap kebersihan dirinya.

Sikap adalah perasaan, pikiran, dan kecenderungan seseorang yang akan kurang lebih bersifat permanen mengenai aspek-aspek tertentu dalam lingkungannya (Mubarak, 2011). Sikap merupakan konstelasi komponen-komponen kognitif, afektif dan konatif yang saling berinteraksi dalam memahami, merasakan dan berperilaku terhadap suatu objek (Azwar, 2013).

Berdasarkan tabel 1, diketahui bahwa dari 73 responden yang memiliki sikap negatif sebanyak 31 (42,5%) responden, yang memiliki sikap positif sebanyak 42 (57,5%) responden. Dari 16 pertanyaan kuesioner yang dilakukan mengenai sikap responden terhadap *personal hygiene*, didapatkan hasil yang menyatakan bahwa masih ada anak yang menjawab setuju pada pernyataan memakai baju tanpa perlu disetrika, mandi tidak perlu menggunakan sabun, jika sesudah berolahraga tidak perlu mandi, masih ada anak yang menjawab tidak setuju pada pernyataan mengganti pakaian dua kali sehari, pernyataan tersebut seharusnya tidak boleh dilakukan karena hal ini menjadi salah satu sikap yang negatif dan perlu diperhatikan agar tidak menimbulkan penyakit kulit contohnya gatal-gatal, dermatitis, dan sebagainya. Dari hasil penelitian ini dapat dilihat dengan sikap anak tentang *personal hygiene* yang memiliki sikap positif, hal ini sejalan dengan pengetahuan anak yang cukup tinggi tentang *personal hygiene*. Hal ini menunjukkan bahwa perlunya sikap positif dan kesadaran pada orang tua dan guru mengenai sikap anak terhadap *personal hygiene* agar anak dapat memperbaiki sikap kearah yang lebih positif terhadap kebersihan diri.

Menurut Kamus Bahasa Indonesia, media adalah alat, sarana komunikasi, perantara atau penghubung. Sosial artinya berkenaan dengan masyarakat atau suka memperhatikan kepentingan umum. Dari sisi bahasa, media sosial dapat dimaknai sebagai sarana yang menghubungkan masyarakat untuk berkomunikasi dan berbagi. Media sosial merupakan wadah untuk bersosialisasi dengan menggunakan teknologi berbasis *web* untuk menyebarkan secara pengetahuan dan informasi secara cepat kepada seluruh pengguna internet di dunia.

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 1, diketahui bahwa dari 73 responden yang terpapar akses media sosial sebanyak 20 (27,4%) responden. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa anak yang mempunyai akun *facebook* sebanyak 17,8% responden. Seharusnya responden pada usia 9 – 12 tahun tidak memiliki akun di media sosial karena responden belum memiliki otoritas khusus terhadap penggunaan media sosial. Kepemilikan akun di media sosial juga dapat disebabkan karena domisi demografi. Sebagian besar responden berdomisili di wilayah tempat tinggal yang terletak di wilayah pedesaan, sehingga masih banyak anak yang tidak memiliki media sosial. Rata-rata anak usia sekolah dasar masih berfokus pada kegiatan bermain di luar rumah seperti bermain bola, dan lain sebagainya. Anak yang mempunyai akun media sosial biasa mengakses *facebook* 2–3 hari sekali, dan yang terpapar informasi mengenai *personal hygiene* dari akun media sosial sebanyak (5,5%) responden. Selain itu, ada faktor lain yang mempengaruhi anak mengetahui informasi mengenai *personal hygiene* bisa dari peran orang tua, guru, petugas kesehatan. Jadi, bukan dari media sosial saja anak tersebut terpapar *personal hygiene*.

### Analisis Bivariat

#### Hubungan Antara Pengetahuan dengan *Personal Hygiene* Anak Usia 9–12 Tahun

Hubungan antara pengetahuan responden dengan *Personal Hygiene* di Kelurahan Kalanganyar, dilakukan uji *Chi Square*, dengan variabel pengetahuan yang membedakan menjadi 2 kategori yaitu kurang dan baik. Hasil uji *Chi Square* antara pengetahuan dengan *personal hygiene* di Kelurahan Kalanganyar dapat dilihat melalui tabel berikut:

Berdasarkan tabel 2, dapat diketahui dari 28 responden yang memiliki pengetahuan kurang, terdapat 21 (75,0%) responden yang melakukan *personal hygiene* dengan baik, sedangkan dari 45 (100%) responden yang memiliki pengetahuan baik, terdapat 30 (66,7%) responden yang melakukan *personal hygiene* dengan baik. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *chi square* diperoleh nilai  $P=0,623$  berarti nilai  $P < \alpha$  (0,05) maka dapat disimpulkan secara statistik pada  $\alpha$  5% tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan *personal hygiene*. Hasil penelitian tidak ada hubungan secara signifikan sehingga nilai OR tidak ditampilkan.

Pengetahuan adalah suatu proses penggunaan panca indera yang dilakukan seseorang terhadap objek tertentu sehingga dapat menghasilkan pengetahuan dan keterampilan (Duran dan Barlas, 2016). Menurut Maulana (2009) pengetahuan merupakan informasi yang diperoleh seseorang dan akan diproses sehingga menghasilkan pengetahuan, semakin sering seseorang mendapatkan informasi maka akan semakin meningkat pengetahuannya dan juga mempengaruhi sikap dan perilakunya (Maulana, 2009).

Tabel 2. Hubungan Pengetahuan dengan *Personal Hygiene*

Pengetahuan	<i>Personal Hygiene</i>						P value
	Kurang Baik		Baik		Jumlah		
	n	%	n	%	n	%	
Kurang	7	25	21	75	28	100	0,623
Baik	15	33,3	30	66,7	45	100	
Jumlah	22	30,1	51	69,9	73	100	

Sumber: Data primer, 2018

Hasil analisis hubungan antara pengetahuan dengan *personal hygiene* diperoleh hasil bahwa

yang memiliki *personal hygiene* kurang baik lebih banyak pada responden yang memiliki

pengetahuan baik sebanyak 15 (33,3%) dibandingkan dengan responden yang memiliki pengetahuan kurang sebanyak 7 (25,0%). Hasil ini tidak sejalan dengan penelitian Prasetyo (2015) yang menyatakan bahwa adanya hubungan tingkat pengetahuan dengan *personal hygiene* pada siswa di SDN Panjang Wetan IV Kecamatan Pekalongan utara kota Pekalongan. Hal ini menunjukkan bahwa adanya faktor lain yang mempengaruhi *personal hygiene* anak usia sekolah, contohnya dari faktor pendukung yaitu ketersediaan fasilitas/sarana, faktor penguat yaitu orang tua atau keluarga, guru, tokoh masyarakat, tokoh agama dan petugas kesehatan.

Hal ini menunjukkan bahwa jika pengetahuan anak usia sekolah semakin baik, maka *personal hygiene* mereka akan semakin baik pula, ditandai dengan banyaknya anak yang mengerti dan tahu mengenai hal-hal yang berhubungan dengan *personal hygiene* serta pentingnya menjaga kebersihan diri. Responden yang pengetahuannya baik tidak menjamin akan mempunyai sikap dan perilaku yang positif terhadap *personal hygiene*, karena responden dalam menentukan sikap dan perilaku yang utuh selain ditentukan oleh pengetahuan, dipengaruhi juga oleh pikiran, keyakinan, dan emosi yang memegang peranan penting. Faktor lain juga seperti usia, pendidikan, minat, pengalaman, informasi dan kebudayaan lingkungan sekitar yang menjadi alasan responden yang pengetahuan baik belum menerapkan *personal hygiene* dengan baik dan benar.

### Hubungan Antara Sikap Dengan *Personal Hygiene* Anak Usia 9–12 Tahun

Berdasarkan tabel 3, dapat diketahui dari 31 (100%) responden yang memiliki sikap negatif, terdapat 17 (54,8%) responden yang melakukan *personal hygiene* dengan baik, sedangkan dari 42 (100%) responden yang memiliki sikap positif, terdapat 34 (85,0%) responden yang melakukan *personal hygiene* dengan baik. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *chi square* diperoleh nilai  $P=0,032$  berarti  $Pv < \alpha$  (0,05) maka dapat disimpulkan secara statistik pada  $\alpha$  5% ada hubungan yang signifikan antara sikap dengan *personal hygiene*. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=3,500$  artinya anak dengan sikap negatif mempunyai risiko 3,500 kali untuk memiliki *personal hygiene* yang kurang dibanding anak dengan sikap positif.

Menurut Notoatmodjo (2012) sikap adalah respon yang dilakukan secara tertutup yang ada pada 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). fungsi sikap belum merupakan suatu tindakan (reaksi terbuka) atau suatu aktifitas, akan tetapi merupakan predisposisi perilaku (tindakan) atau reaksi tertutup.

**Tabel 3.** Hubungan Sikap dengan *Personal Hygiene*

Sikap	<i>Personal Hygiene</i>						P value	OR
	Kurang Baik		Baik		Jumlah			
	n	%	n	%	n	%		
Negatif	14	45,2	17	54,8	31	100	0,032	3,500
Positif	8	19,0	34	81,0	42	100		
Jumlah	22	30,1	51	69,9	73	100		

Sumber: Data primer, 2018

**Tabel 4.** Hubungan Akses Media Sosial dengan *Personal Hygiene*

Akses Media Sosial	<i>Personal Hygiene</i>						P value	OR
	Kurang Baik		Baik		Jumlah			
	n	%	n	%	n	%		
Tidak Terpapar	20	37,7	33	62,3	53	100	0,044	5,455
Terpapar	2	10,0	18	90,0	20	100		
Jumlah	22	30,1	51	69,9	73	100		

Sumber: Data primer, 2018



Hasil ini sejalan dengan penelitian Antoni (2013) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara sikap dengan tindakan *personal hygiene* di SD Negeri No. 55 Air Pacah Padang. Sikap memiliki hubungan terhadap tindakan *personal hygiene* karena jika sikap negatif maka tindakan akan negatif walaupun memiliki pengetahuan yang tinggi. Begitupun dengan sikap yang positif akan mendorong anak untuk melakukan tindakan *personal hygiene* yang baik dengan dilatar belakangi pengetahuan yang tinggi. Oleh karena itu pengetahuan dan sikap harus sejalan (Antoni, 2013).

Sikap yang masih negatif dengan *personal hygiene* pada anak usia 9–12 tahun dipengaruhi oleh penerimaan stimulus yang diberikan dan tanggapannya masih tidak peduli sehingga untuk membahas tentang *personal hygiene* dengan teman ataupun orang lain dan bahkan mengajak atau mempengaruhi untuk orang lain merespon masih kurang. Dalam hal ini dapat disimpulkan bahwa, dengan pengetahuan yang baik akan berbanding lurus dengan sikap seseorang yang baik pula, dimana sikap seseorang dapat diperoleh melalui pengalaman dan merupakan hasil pemikiran individu terhadap orang, tempat, hal atau peristiwa.

### **Hubungan Antara Akses Media Sosial dengan Personal Hygiene Anak Usia 9–12 Tahun**

Berdasarkan tabel 4, dapat diketahui dari 53 (100%) responden yang tidak terpapar akses media sosial, terdapat 33 (62,3%) responden yang melakukan *personal hygiene* dengan baik, sedangkan dari 20 (100%) responden yang terpapar akses media sosial, terdapat 18 (90,0%) responden yang melakukan *personal hygiene* dengan baik. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *chi square* diperoleh nilai  $P=0,044$  berarti  $P < \alpha$  (0,05) maka dapat disimpulkan secara statistik pada  $\alpha$  5% ada hubungan yang signifikan antara akses media sosial dengan *personal hygiene*. Dari hasil analisis diperoleh pula nilai  $OR=5,455$  artinya anak yang tidak terpapar akses media sosial mempunyai resiko 5,455 kali untuk memiliki *personal hygiene* yang kurang dibanding anak yang terpapar akses media sosial.

Media sosial adalah sebuah media daring, dimana para penggunanya bisa dengan mudah berinteraksi, berbagi berbagai informasi. Kaplan dan haenlein (2010) mendefinisikan media sosial sebagai sebuah kelompok aplikasi berbasis internet. Menurut Juliasih dalam Kristanto (2011)

media sosial adalah media yang sering disebut sebagai media online dimana dapat mewakili para penggunanya untuk saling berinteraksi dengan sesamanya di dunia luar baik yang dikenal maupun tidak.

Hal ini sejalan dengan penelitian Arief dalam Nuryati dan Yanti (2017) yang menyatakan bahwa media sosial sangat efektif sebagai media edukasi dan sosialisasi kepada masyarakat tentang pentingnya kesehatan secara umum dan penelitian Gafar (2014) menyatakan bahwa terdapat pengaruh pemberian edukasi kesehatan melalui *facebook* terhadap pengetahuan tentang kesehatan. Hal ini dapat disimpulkan bahwa memang penggunaan media sosial sebagai media edukasi tentang *personal hygiene* sangat efektif, sehingga diharapkan dengan meningkatnya pengetahuan seseorang akan meningkat juga sikapnya terhadap *personal hygiene*. Selain itu, ada faktor lain yang mempengaruhi responden *personal hygiene*nya baik tetapi tidak terpapar akses media sosial dikarenakan informasi yang mereka dapat tidak hanya dari media sosial saja, tetapi juga dari media televisi, buku, majalah, dll. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Pertiwi dan Annissa yang menyebutkan bahwa media yang paling sering dibaca buku sebanyak 67,7% (Pertiwi dan Annissa, 2018).

Media sosial dapat digunakan untuk bertanya terkait materi pelajaran sekolah, serta dapat pula digunakan untuk berdiskusi antar anak dengan menggunakan layanan grup yang disediakan media sosial seperti *BBM* dan *Whatsapp*. Jika anak mampu menggunakan layanan media sosial untuk hal-hal positif, maka hubungan antar teman sebaya akan semakin erat. Sikap saling tolong menolong juga akan tercipta karena anak saling membantu jika ada teman yang kesusahan.

### **Simpulan**

Sikap dan akses media sosial berhubungan dengan *personal hygiene* pada anak usia 9 – 12 tahun. Anak usia 9 – 12 tahun yang terpapar media sosial mempunyai proporsi yang lebih banyak dalam melakukan *personal hygiene* dibandingkan dengan anak yang tidak terpapar.

### **Referensi**

Antoni, A. (2013). *Analisis Pengetahuan dan Sikap Murid SD Tentang Kebersihan Diri di SD*

- Negeri No. 55 Air Pacah Padang Tahun 2013. Padang: Jurnal Kesehatan.
- Ardhiyarini. (2008). *Faktor – faktor yang mempengaruhi personal hygiene anak usia sekolah di SD Negeri Pleretlor Kecamatan Panjatan Kabupaten Kulon Progo*. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Azwar, S. (2013). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Chandra, B. (2008). *Metodologi Penelitian Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Duran, S., Barlas, G. Ü. (2016). Effectiveness of psychoeducation intervention on subjective well being and self compassion of individuals with mental disabilities, 4(1), 181–188.
- Gafar, G. (2014). *Pengaruh Pemberian Promosi Kesehatan Melalui Media Sosial Facebook Terhadap Pengetahuan Tentang Kesehatan Di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta*. Karya Tulis Ilmiah Strata Satu. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Kaplan. Andreas, M. Michael Haenlein (2010) Users of the world, unite! The challenges and opportunities of Social Media. Business Horizons
- Nita, A. N. (2016). *Hubungan Antara Personal Hygiene dengan Kejadian Diare Pada Siswa SDN 05 Batusari Mranggen*. Universitas Dian Nuswantoro.
- Notoatmodjo, S. (2011). *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nuryati, S., Yanti. D. Risna. (2017). *Efektifitas Penggunaan Media Sosial Terhadap Peningkatan Pengetahuan Perawatan Nifas dan Kepatuhan Kunjungan Ulang Pada Ibu Nifas di Kota Bogor*. Jurnal Poltekkes Kemenkes Bandung: Bandung.
- Pertiwi, Wiwik Eko. Annissa. (2018) Ketersediaan Media Promosi Kesehatan. Laporan Penelitian. STIKes Faletehan Serang.
- Prasetyo, D.A. (2015). *Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Dukungan Keluarga dengan Personal Hygiene Pada Siswa di SDN Panjang Wetan IV Kecamatan Pekalongan Utara Kota Pekalongan*. Pekalongan: Jurnal Kesehatan.
- Price, S. A. dan Wilson, L. M. (2006). *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit, Edisi 6, Volume 1*. Jakarta: EGC.
- Silalahi, Verarica.Putri, Mahaji, Ronasari. (2018). Personal Hygiene pada Anak SD Negeri Merjosari 3. Jurnal Akses Pengabdian Indonesia. Vol.2, Edisi 2, hal. 15-23, tahun 2018.
- Wong, D. (2009). *Keperawatan Pediatrik*. Jakarta: EGC

---

## Panduan Penulisan Naskah Publikasi pada **Faletehan Health Journal**

---

1. **Faletehan Health Journal** memuat artikel yang relevan dengan isu-isu kesehatan masyarakat, keperawatan, kebidanan, kesehatan klinis dan sosial baik berupa artikel hasil penelitian, artikel review literature, atau artikel laporan lapangan.
2. Naskah hasil penelitian atau naskah konsep yang ditujukan kepada **Faletehan Health Journal**, belum pernah dipublikasi di tempat lain.
3. Naskah yang dikirim harus disertai surat persetujuan publikasi dan ditanda tangani oleh penulis.
4. Komponen Naskah :
  - **Judul;** Judul naskah ditulis maksimal 150 karakter termasuk huruf dan spasi.
  - **Identitas Penulis;** Identitas ditulis di bawah judul sesuai dengan ketentuan pada template.
  - **Abstrak;** Abstrak ditulis dalam bahasa Indonesia dan bahasa Inggris maksimal 200 kata, dalam satu alinea mencakup masalah, tujuan, metode, hasil, disertai dengan 3-5 kata kunci. Abstrak merupakan ikhtisar suatu tugas akhir yang memuat permasalahan, tujuan, metode penelitian, hasil, dan kesimpulan. Abstrak dibuat untuk memudahkan pembaca mengerti secara cepat isi tugas akhir untuk memutuskan apakah perlu membaca lebih lanjut atau tidak
  - **Pendahuluan;** Bagian pendahuluan ditulis tanpa sub judul, berisi latar belakang, tinjauan pustaka utama penelitian dan tujuan penelitian. Latar Belakang Masalah meliputi justifikasi mengapa penelitian ini dilakukan, seberapa besar masalah penelitian, alasan-alasan mengapa masalah tersebut bisa muncul. Pada pendahuluan disertakan beberapa teori atau konsep kunci yang menunjang penelitian. Pendahuluan diakhiri dengan rumusan tujuan Penelitian.
  - **Metode Penelitian;** Metode penelitian menjelaskan Jenis dan desain penelitian yang digunakan, lokasi dan waktu penelitian. Dalam metode penelitian menjelaskan populasi penelitian, besar sampel dan metode pengambilan sampel. Pada metode penelitian juga harus menjelaskan cara dan alat pengumpulan data, validitas dan reliabilitas alat pengambilan data serta Pengolahan dan analisis data.

Pada penelitian kualitatif metode penelitian menguraikan Paradigma penelitian, berupa penjelasan tentang cara peneliti memandang realitas/fenomena (aspek ontologis dan epistemologis), metode penelitian dalam arti sempit yaitu berisi penjelasan tentang macam studi yang (akan) dilaksanakan, pemilihan sumber data yang berisi uraian tentang cara menentukan sumber data atau informan, lokasi, dan waktu pelaksanaan. Tata cara atau teknik pengumpulan data diuraikan dengan jelas apakah menggunakan teknik wawancara, observasi, telaah dokumen, dsb. Metode juga menjelaskan rencana analisis data dan uraian tentang bagaimana menjaga validitas/otentitas data.
  - **Hasil dan Pembahasan;** Bagian ini menguraikan hasil penelitian secara objektif. Hasil disajikan secara berurutan dari univariat, bivariat dan multivariat. Data dapat disajikan menggunakan tabel, grafik, gambar dll. Sesuai dengan kebutuhan. Pada penelitian, analisis data dilakukan dengan menuliskan

hasil penemuan lapangan secara sistematis topik demi topik. Pembuktian bahwa hasil dari lapangan tersebut didapat dari wawancara, observasi dari penelitian lapangan sangat perlu ditekankan.

Data hasil penelitian dibahas dengan menguraikan kesenjangan antara hasil penelitian teori dan hasil penelitian terdahulu. Penekanan pada mekanisme *compare* (apa yang sama) dan *contrast* (apa yang berbeda) diperlukan, disertai dengan mengutarakan bagaimana pendapat peneliti tentang masalah tersebut, setelah melakukan perbandingan antara apa yang ditemukannya di lapangan dengan teori dalam hasil penelitian sebelumnya.

- **Simpulan;** Memuat kesimpulan hasil penelitian secara sistematis yang berkaitan dengan upaya menjawab hipotesa dan atau tujuan dari penelitian.
  - **Daftar Referensi;** Sumber informasi yang dicantumkan dalam daftar itu adalah yang dikutip dalam uraian/teks dan yang mendukung atau dipakai sebagai acuan. Informasi tentang sumber yang digunakan harus ditulis secara benar, lengkap dan konsisten dengan menggunakan format *American Psychological Association (APA Format 6<sup>th</sup> Ed)*. Delapan puluh persen (80%) referensi merupakan acuan primer. Delapan puluh persen (80%) referensi merupakan periode publikasi 10 tahun terakhir.
5. **Tabel Dan Gambar;** Tergolong gambar adalah gambar, grafik, dan diagram. Tabel, gambar, grafik, dan diagram diberi nomor dan nama tabel. Penulisan nama tabel, gambar, dan lainnya menggunakan Capitalize each words. Tulisan pada tabel dibuat dengan tipe *Times New Roman* 11 pt dalam spasi tunggal (*line spacing = single*). Tabel dan gambar selalu simetris di tengah (*center*) terhadap halaman. Pembuatan tabel hanya menggunakan garis horizontal, dan tanpa garis vertikal.

Nomor tabel dan gambar diurutkan berdasarkan urutan kemunculan di dalam teks. Penulisan judul tabel dan gambar ditulis di atas tabel, rata kiri atau simetris di tengah (*center*) dengan spasi tunggal (1 spasi) dan berjarak 1,5 spasi terhadap tabel yang bersangkutan. Judul tabel ditulis langsung mengikuti nomor tabelnya. Sedangkan judul gambar/skema ditulis di bawah gambar berjarak 1,5 spasi dari gambar, simetris (*center*) terhadap gambar yang bersangkutan dengan spasi tunggal (1 spasi). Judul gambar ditulis langsung mengikuti nomor gambarnya.

Penulisan sumber gambar dan tabel ditulis di bagian bawah tabel, berjarak 1,5 spasi dari tabel, huruf tegak tipe *Times New Roman* 10 pt. Sumber yang sudah diolah lebih lanjut perlu diberi catatan telah diolah kembali. Peletakan tabel atau gambar, berjarak tiga spasi setelah teks. Penulisan teks setelah tabel atau gambar dilanjutkan dengan jarak 1,5 spasi dari baris terakhir judul gambar.

6. **Penomoran Halaman;** Penomoran halaman tidak diberi imbuhan apa pun, diletakkan di bagian kanan bawah.
7. Naskah maksimal 20 halaman A4 spasi ganda, ditulis dengan program komputer Microsoft Word.
8. Naskah dikirim dalam bentuk soft file dengan disertai surat pengantar dari penulis dan akan dikembalikan jika ada permintaan tertulis. Naskah dikirim kepada : Redaksi **Faletehan Health Journal** – Sekretariat LPPM STIKes Faletehan Jl. Raya Cilegon KM 06, Pelamunan, Kramatwatu, Serang, Banten. Telp/Fax : (0254) 232729, Email: FaletehanHealthJournal@gmail.com

**Judul Artikel dalam Bahasa Indonesia, Capitalize Each words, Calibri 16  
Spasi 1 Maksimal 150 Karakter Termasuk Huruf dan Spasi**

**(empat spasi Calibri 16)**

Penulis<sup>\*1</sup>, Penulis<sup>2</sup>, Penulis<sup>3</sup>(Calibri 12pt)

<sup>1</sup> Institusi, Alamat lengkap institusi penulis sampai dengan negara; (Calibri 10pt)

<sup>2</sup> Institusi, Alamat lengkap institusi penulis sampai dengan negara; (Calibri 10pt)

<sup>3</sup> Institusi, Alamat lengkap institusi penulis sampai dengan negara; (Calibri 10pt)

\* *E-mail* korespondensi  
(Empat spasi Calibri 11PT)

**Abstrak (Calibri 11pt, cetak tebal)**

(satu spasi calibri 11pt)

Abstrak ditulis dengan menggunakan bahasa Inggris dan bahasa Indonesia. Menggunakan huruf Calibri 11 pt dengan spasi tunggal, rata kiri dan kanan. Abstrak ditulis dalam satu alinea dengan jumlah kata maksimal 200 kata, mencakup masalah, tujuan, metode, hasil dan rekomendasi atau implikasi. Metode penelitian harus memuat desain penelitian, besar sampel dan teknik pengambilan sampel, metoda dan alat pengumpulan data serta analisis data. Tidak ada kutipan dan singkatan.

(satu spasi calibri 11pt)

**Kata Kunci:** maksimal 5 kata, diurutkan berdasarkan abjad, dipisahkan dengan menggunakan koma.

**Judul Artikel dalam Bahasa Inggris, Capitalize Each words, Calibri 14 Spasi 1  
Maksimal 150 Karakter Termasuk Huruf dan Spasi**

***Abstract*** (Calibri 11pt, bold, italics)

(One blank single space line, 11 pt)

*Abstract should be written using Calibri font, size 11pt, italics, one paragraph with single spacing, align text to both the left and right margin maximal 200 words. The abstract should state the problem, the purposes of the study or investigation, method, result or main finding and recommendation or implication. Research methods included research design, selection and size of study subjects, methods and collecting data instrument and data analysis. No references and equations.*

(One blank single space line)

**Keywords:** up to 5 words, alphabetically order, give commas between words.

**Pendahuluan** (times new roman 11, cetak tebal)

(satu setengah spasi)

Ditulis dalam satu kolom rata kiri dan kanan, menggunakan 1,5 spasi tanpa sub judul. Pendahuluan berisi latar belakang penelitian, sedikit tinjauan pustaka dan diakhiri dengan tujuan penelitian.

(tiga spasi)

**Metode Penelitian**

(satu setengah spasi)

Menjelaskan desain penelitian, populasi dan sampel penelitian dengan penjelasan besar sampel dan teknik sampling. Waktu dan tempat penelitian dituliskan secara jelas. Teknik dan alat pengumpulan data dijelaskan secara rinci. Penelitian yang bersifat eksperimen harus mencantumkan prosedur, alat dan bahan secara jelas.

(tiga spasi)

**Hasil dan Pembahasan**

(satu setengah spasi)

Data hasil penelitian dapat disajikan dengan menggunakan tabel/grafik/gambar. Tabel menggunakan garis horizontal tanpa garis vertikal, dengan judul tabel diletakkan diatas tabel. Judul tabel/grafik/gambar dirujuk didalam tulisan. Judul gambar diletakkan dibagian bawah gambar. Tabel diberi nomor urut sesuai urutan penampilan, begitu pula gambar. Tabel dibatasi maksimal 6 tabel. Tabel hanya menggunakan garis horizontal tanpa menggunakan garis vertikal. Tabel ditulis dengan menggunakan huruf Times New Roman 11pt,satu spasi.

(tiga spasi)

Pembahasan mengurai secara tepat dan argumentatif hasil penelitian, temuan dengan teori yang relevan, bahasa dialog yang logis, sistematis dan mengalir. Bahasan harus disertai dukungan pustaka yang terkait.

(tiga spasi)

**Simpulan**

(satu setengah spasi)

Simpulan menjawab masalah penelitian, tidak melampaui kapasitas temuan,

(tiga spasi)

**Referensi**

(satu setengah spasi)

Referensi menggunakan American Psychological Association (*APA Format 6<sup>th</sup> Ed*). Delapan puluh persen (80%) referensi merupakan acuan primer. Delapan puluh persen (80%) referensi merupakan periode publikasi 10 tahun terakhir.