

JURNAL KESEHATAN TERPADU

(Integrated Health Journal)

1. Gambaran Pengetahuan dan Sikap Perawat tentang Pencegahan Infeksi Nasokomial di Rumah Sakit Umum Tual dan Rumah Sakit Hati Kudus Langgur Tahun 2007
Agnes Batmomolin
2. Pemulihan Psikologis Perempuan Korban Kekerasan dan Aspek-Aspek Penanganannya
Rita Rena Pudyastuty
3. Analisis Pengaruh Persepsi Mutu Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan Terhadap Kepuasan Ibu Hamil di Puskesmas Bula Kabupaten Seram Bagian Timur Tahun 2010
Rigoan Malawat
4. Upaya Menurunkan Kejadian Kanker Serviks Melalui Pengetahuan Ibu Rumah Tangga tentang Pap Smear dan Vaksinasi di RT.006/RW 04 Kelurahan Kudamati Kota Ambon
Magdalena Nederupun, Betty Sahertian, Jean Ratulangi
5. Kualitas Hidup Klien Post CABG, Suatu Studi Fenomenologis
Wahyuni Aziza, Tjie Anita Payapo, Abdul Rivai Duitggio
6. Hubungan Asupan Zat Gizi dan Status Anemia dengan Prestasi Belajar Siswa SMU Negeri Siwalima Ambon
Ety Yuni Ristanty, Muhammad Asrar, Nilfar Ruaida
7. Faktor-Faktor Penghambat Penerapan Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Masohi Tahun 2010
Hamdan Tunny
8. Hubungan Anemia dan Kurang Energi Kronik (KEK) Ibu Hamil Trimester III dengan BBLR di Puskesmas Air Besar Kota Ambon
Michran Marsaoly, Nilfar Ruaida, Nasir Simuna

Diterbitkan Oleh :
Tim Pengembangan Jurnal Ilmiah
Politeknik Kesehatan Maluku

JKT	Jilid 2	Nomor 1	Halaman 1-86	Ambon, Mei 2011
-----	---------	---------	-----------------	--------------------

JKT
JURNAL KESEHATAN TERPADU
ISSN 1978-7766
Jilid 2, Nomor 1, Mei 2011, hlm 1 – 86

Terbit dua kali setahun pada bulan Mei dan November (Bahasa Indonesia). Berisi tulisan yang diangkat dari hasil penelitian dan kajian analitis – kritis di bidang kesehatan.

Ketua Penyunting
Betty A.Sahertian

Wakil Ketua Penyunting
Charles Ubro

Penyunting Ahli / Mitra Bestari
Hamdan Tunny, Ety Yuni Ristanty,
George Ratumanan, Adang Bachtiar, Imam Basuki, Ronny Latumenasse,
Ita La Tho, Leonora Mailoa, Muhammad Asrar, Hairuddin Rasako, Zulfikar Pelluw,
I Dewa Nyoman Supariassa, Irhamdi Achmad, James Hukum

Penyunting Pelaksana
Agnes Batmomolin
Nicolas Rampisela

Pelaksana Tata Usaha
Taty Atamimi
Santi Lestaluhu

Alamat Penyunting dan Tata Usaha : Jurnal Kesehatan Terpadu, Sekretariat : Redaksi Jurnal Kesehatan Terpadu, Jln. Laksdya Leo Wattimena, Negeri Lama, Ambon, Telp. —, Fax.0911-362949, *E-mail* : poltekkes_ambon06@yahoo.com, jkt_poltekkes_maluku@yahoo.co.id

JURNAL KESEHATAN TERPADU diterbitkan oleh Tim Pengembangan Jurnal Ilmiah Politeknik Kesehatan Maluku. **Direktur** : Hamdan Tunny,S.Kep.,M.Kes, **Pembantu Direktur I** : Ety Yuni Ristanty,S.KM.,M.PH, **Pembantu Direktur II** : Ita La Tho,S.KM.,M.Sc, **Pembantu Direktur III** : Ronny Latumenasse,S.Pd.,M.Kes

Penyunting menerima sumbangan tulisan yang belum pernah diterbitkan dimedia cetak lain. Naskah diketik dengan spasi 1 pada kertas kwarto, panjang halaman 12-15 halaman sebanyak 3 rangkap beserta disket (Lebih lanjut silahkan baca Petunjuk bagi penulis pada sampul dalam belakang). Naskah yang masuk dievaluasi oleh Penyunting Ahli. Penyunting dapat melakukan perubahan pada tulisan yang dimuat untuk keseragaman format, tanpa mengubah maksud dan isinya.

JKT
JURNAL KESEHATAN TERPADU
ISSN 1978-7766
Jilid 1, Nomor 1, Mei 2011, hlm 1 – 86

Daftar Isi

	Hal
1. Gambaran Pengetahuan dan Sikap Perawat tentang Pencegahan Infeksi Nasokomial di Rumah Sakit Umum Tual dan Rumah Sakit Hati Kudus Langgur Tahun 2007 <i>Agnes Batmomolin</i>	1 - 8
2. Pemulihan Psikologis Perempuan Korban Kekerasan dan Aspek-Aspek Penanganannya <i>Rita Rena Pudyastuty</i>	9 - 18
3. Analisis Pengaruh Persepsi Mutu Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan Terhadap Kepuasan Ibu Hamil di Puskesmas Bula Kabupaten Seram Bagian Timur Tahun 2010 <i>Rigoan Malawat</i>	19 - 31
4. Upaya Menurunkan Kejadian Kanker Serviks Melalui Pengetahuan Ibu Rumah Tangga tentang Pap Smear dan Vaksinasi di RT.006/RW 04 Kelurahan Kudamati Kota Ambon <i>Magdalena Nederupun, Betty Sahertian, Jean Ratulangi</i>	32 - 45
5. Kualitas Hidup Klien Post CABG, Suatu Studi Fenomenologis <i>Wahyuni Aziza, Tjie Anita Payapo, Abdul Rivai Dunggio</i>	46 - 60
6. Hubungan Asupan Zat Gizi dan Status Anemia dengan Prestasi Belajar Siswa SMU Negeri Siwalima Ambon <i>Ety Yuni Ristanty, Muhammad Asrar, Nilfar Ruaida</i>	61 - 72
7. Faktor-Faktor Penghambat Penerapan Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Masohi Tahun 2010 <i>Hamdan Tunny</i>	73 - 79
8. Hubungan Anemia dan Kurang Energi Kronik (KEK) Ibu Hamil Trimester III dengan BBLR di Puskesmas Air Besar Kota Ambon <i>Michran Marsaoly, Nilfar Ruaida, Nasir Simuna</i>	80 - 86



GAMBARAN PENGETAHUAN DAN SIKAP PERAWAT TENTANG PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL DI RUMAH SAKIT UMUM TUAL DAN RUMAH SAKIT HATI KUDUS LANGGUR TAHUN 2007

Agnes Batmomolin
Dosen Poltekkes Maluku

Abstract: Nosocomial infection is the problem which always happens, larger and real all over the world. That is why, to prevent nosocomial infection is important and also have important contribution in preventing are the nurses who have a long contact with client than other paramedics. This research is a descriptive observation to know description of knowledge and attitude of 104 nurses who work in RSU Tual and RS Hati Kudus Langgur on August 11 up to September 18, 2007. The result of observation shows that almost all nurses at RSU Tual (89,42 %) have enough knowledge to prevent nosocomial infection, while all nurses at RS Hati Kudus Langgur have enough knowledge too about the prevention of nosocomial infection. More than half (67,09%) nurses at RSU Tual have positive attitude to prevent nosocomial infection. At RS Hati Kudus Langgur more than (72%) nurses have positive attitude too. So we suggest to social government to give the support and supply fund and nurses according to the needs, so that can give optimal service to public, to hospital to support the prevention of nosocomial infection with available facilities to nurses will develop the knowledge and attitude in preventing nosocomial infection, to further research to make a prevalence nosocomial survey at RSU Tual and RS Hati Kudus Langgur.

Key Word : Knowledge, Attitude, Nosocomial Infection

PENDAHULUAN

Masyarakat sebagai penerima pelayanan kesehatan di rumah sakit maupun petugas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dihadapkan kepada risiko infeksi nosokomial kecuali kalau dilakukan kewaspadaan untuk mencegah terjadinya infeksi. Infeksi nosokomial merupakan masalah yang semakin sering terjadi atau semakin meluas serta merupakan kontributor penting pada morbiditas dan mortalitas. Infeksi ini merupakan suatu masalah yang nyata di seluruh dunia dan terus meningkat. Kejadian infeksi nosokomial berkisar dari angka terendah 1 % di Eropa dan Amerika hingga 40% di beberapa Negara Asia, Amerika Latin dan Sub-Sahara Afrika, sedangkan di Indonesia

angka kejadian Infeksi nosokomial tidak dilaporkan dengan jelas. Infeksi ini menambah ketidakberdayaan fungsional karena tekanan emosional dan kadang-kadang pada beberapa kasus akan menyebabkan kondisi kecacatan sehingga menurunkan kualitas hidup (Tietjen, 2004)

Ducel seperti yang dikutip oleh Tietjen dkk (2004, mengemukakan bahwa Infeksi ini akan menjadi masalah masyarakat dengan dampak ekonomi dan kemanusiaan karena peningkatan jumlah dan kepadatan penduduk, semakin seringnya timbul masalah imunitas akibat usia, penyakit dan pengobatan, diketemukannya mikroorganisme baru, meningkatnya resistensi bakteri terhadap antibiotika.

Selama 10-20 tahun terakhir belum banyak kemajuan dalam mengatasi masalah mendasar yang menjadi penyebab meningkatnya kejadian infeksi nosokomial. Infeksi nosokomial meningkatkan biaya karena meningkatnya lama rawat inap di Rumah Sakit, terapi obat-obat mahal seperti antibiotik, obat antiretroviral untuk HIV dan penggunaan layanan lain (seperti pemeriksaan laboratorium, rontgen, transfusi). Konsekuensinya terutama di negara atau daerah dengan sumber daya terbatas, pencegahan infeksi nosokomial harus dianggap jauh lebih penting.

Dalam upaya pencegahan infeksi nosokomial, perawat sebagai pemberi pelayanan kesehatan dengan waktu kontak dengan klien paling lama dibandingkan tenaga kesehatan lain, mempunyai peranan penting. Selain dalam pencegahan infeksi nosokomial juga melindungi diri perawat sendiri dari penyebaran infeksi (Perry & Potter, 2005)

Rumah Sakit Umum Tual dan Rumah Sakit Hati Kudus Langgur merupakan dua rumah sakit yang ada di kabupaten maluku tenggara dengan 104 orang perawat merawat 6334 klien selama tahun 2006, menurut pengalaman kami membimbing mahasiswa perhatian khusus perawat mencegah infeksi nosokomial kurang antara lain dalam hal mencuci tangan dan menggunakan pelindung seperti sarung tangan, celemek, serta penanganan terhadap peralatan yang tercemar. Kami berasumsi bahwa pengetahuan dan sikap perawat merupakan unsur penting dalam pencegahan infeksi nosokomial karena sebagian besar infeksi dapat dicegah dengan strategi-strategi yang sudah ada dan relatif murah.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan dan sikap perawat tentang pencegahan infeksi nosokomial di Rumah Sakit Umum Tual dan Rumah Sakit Hati Kudus Langgur-Maluku Tenggara dan Rumah Sakit Hati Kudus Langgur-Maluku Tenggara.

Konsep Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Dalam kamus bahasa Indonesia dijelaskan bahwa pengetahuan adalah sebagian ingatan hal-hal yang telah dipelajari, mungkin menyangkut mengingat kembali sekumpulan bahan yang luas dari hal-hal yang terperinci untuk teori.

Pengetahuan sangat penting dalam pembentukan wawasan terhadap sikap atau perbuatan seseorang. Menurut Bloom dalam Heriawan (2003), pengetahuan memiliki enam tingkatan yaitu a) ingatan (*recall*); menunjukkan kemampuan mengenal atau menyebutkan kembali fakta-fakta, istilah-istilah, rumus yang telah dipelajari. b) pemahaman (*comprehension*); pada tingkat ini seseorang berada pada tingkat pengetahuan dasar, Ia memiliki kemampuan menangkap makna atau arti dari suatu konsep. c) penerapan (*aplication*); seseorang telah mempunyai kemampuan untuk menggunakan apa yang telah dipelajari untuk sesuatu yang baru dan nyata. d) analisis (*analysis*); tingkat dimana seseorang telah mampu menguraikan suatu integritas atau kesatuan yang utuh menjadi unsur-unsur atau bagian-bagian yang mempunyai arti sehingga terlihat jelas hubungan antara komponen yang satu dengan yang lain.e) sintesis (*synthesis*); kemampuan untuk menyatukan beberapa jenis informasi yang terpisah-pisah menjadi suatu bentuk komunikasi yang baru dan lebih jelas dari sebelumnya. f) penilaian (*evaluation*); pada tingkat ini menciptakan tingkat pengetahuan tertinggi setelah ada kemampuan untuk mengetahui secara menyeluruh dari semua bahan yang telah dipelajarinya : kemampuan untuk menguasai suatu kriteria yang telah ditentukan, lebih dapat dijalankan. Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan memberikan keputusan tentang nilai sesuatu berdasarkan pertimbangan yang dimiliki atau kriteria yang digunakan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan salah satunya adalah pendidikan: Menurut Koencoroningrat dalam Tirtaharja (2001), makin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah dalam menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap beberapa nilai yang baru diperkenalkan karena pendidikan kesehatan menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan masyarakat.

Konsep Sikap

Sikap adalah efek positif atau efek negatif yang berkaitan dengan suatu obyek psikologis. Sikap merupakan semacam kesiapan untuk berkreasikan terhadap suatu objek dengan cara tertentu, sikap mengacu pada kecenderungan untuk membuat pilihan atau keputusan untuk bertindak dibawah kondisi tertentu (Heriawan, 2003). Sikap seseorang terhadap objek adalah perasaan mendukung (*favorable*) atau perasaan tidak mendukung (*unfavorable*) terhadap objek tersebut.

Sikap sosial terbentuk dari adanya interaksi yang dialami oleh individu dalam interaksi sosial, terjadinya hubungan saling mempengaruhi diantara individu satu dengan yang lain, sehingga terjadinya hubungan timbal balik yang turut mempengaruhi pola perilaku masing-masing individu sebagai anggota masyarakat. Faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap antara lain : pengalaman pribadi, orang lain yang dianggap penting, media massa, instansi atau lembaga pendidikan serta faktor emosi dalam diri individu (Purwanto, 2002)

Pencegahan Infeksi Nosokomial

Pencegahan adalah ilmu seni mencegah atau memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan fisik dan mental dan efisiensi melalui usaha manusia yang terorganisir untuk meningkatkan sanitasi

lingkungan, control infeksi, pendidikan individu tentang kebersihan perorangan, pengorganisasian pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini agar setiap individu mampu mempunyai standar kehidupan yang adekuat untuk menjaga kesehatannya. Dalam perkembangan selanjutnya untuk mengatasi masalah kesehatan termasuk penyakit dikenal juga tiga tahap pencegahan: pencegahan primer, pencegahan sekunder dan pencegahan tersier.

Infeksi didefinisikan sebagai proses dimana seorang hospes yang rentan dimasuki oleh agen-agen patogen/ infeksius yang tumbuh dan memperbanyak diri, menyebabkan bahaya terhadap hospes. Agen-agen infeksius utama adalah virus, bakteri, reketsia, jamur dan parasit (Shulman, 2004).

Infeksi Nosokomial adalah infeksi yang terjadi atau yang muncul selama seseorang dirawat di rumah sakit dan mulai menunjukkan suatu gejala selama seseorang dirawat atau setelah selesai dirawat (Tietjen 2004). Infeksi Iatrogenik adalah jenis infeksi nosokomial yang diakibatkan oleh prosedur diagnostik atau terapeutik. Infeksi nosokomial juga dapat terjadi secara eksogen atau endogen. Infeksi eksogen didapat dari mikroorganisme eksternal terhadap individu, yang bukan merupakan flora normal. Contohnya organisme Salmonella dan Clostridium tetani. Sedangkan infeksi endogen dapat terjadi bila sebagian dari flora normal klien berubah dan terjadi partumbuhan yang berlebihan. Contohnya infeksi yang disebabkan oleh *entrococcus*, ragi dan streptokokus (Potter & Perry, 2005).

Secara umum, pasien yang masuk di rumah sakit menunjukkan tanda-tanda infeksi yang kurang dari 72 jam, menunjukkan bahwa masa inkubasi penyakit telah terjadi sebelum pasien masuk rumah sakit dan infeksi yang baru menunjukkan gejala infeksi setelah 72 jam

pasien berada di rumah sakit baru disebut infeksi nosokomial.

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya infeksi nosokomial, yaitu : patogenitas, virulensi dan dosis (Perry & Potter, 2005). Infeksi nosokomial banyak terjadi di seluruh dunia dengan kejadian terbanyak di negara-negara miskin dan Negara berkembang karena penyakit-penyakit infeksi masih menjadi penyebab utama. Suatu penelitian yang dilakukan oleh WHO menunjukkan bahwa sekitar 8,7% dari 55 rumah sakit di 14 negara yang berasal dari Eropa, Timur Tengah, Asia Tenggara dan Pasifik tetap menunjukkan adanya infeksi nosokomial dengan Asia Tenggara sebanyak 10,0%.

Walaupun ilmu pengetahuan dan penelitian tentang mikrobiologi meningkat pesat pada 3 dekade terakhir ini dan sedikit demi sedikit resiko infeksi dapat dicegah, tetapi semakin meningkatnya pasien-pasien dengan penyakit immunocompromised, bakteri yang resisten antibiotik, super infeksi virus dan jamur serta prosedur invasif, masih menyebabkan infeksi nosokomial menimbulkan kematian sebanyak 88.000 kasus setiap tahunnya. (Tietjen, 2004).

Faktor-Faktor Penyebab Perkembangan Infeksi Nosokomial yaitu agen infeksi, respon dan toleransi tubuh pasien yang dipengaruhi oleh umur, status imunitas penderita, penyakit yang diderita, obesitas dan malnutrisi, obat-obatan, dan intervensi yang dilakukan. Dari sumber penelitian klinis, infeksi nosokomial terutama disebabkan infeksi dari kateter urine, infeksi jamur, infeksi kulit, infeksi dari luka operasi dan sepsitemia.

Pemakaian infus dan kateter urine yang lama tidak diganti. Di ruangan penyakit dalam diperkirakan 20-25% pasien memerlukan terapi infus, komplikasi kanulasi intravena ini dapat berupa gangguan mekanis, fisis dan kimiawi (Shulman, 2004).

Pencegahan Terjadinya Infeksi Nosokomial dapat dilakukan antara lain dengan tindakan pengelolaan terhadap dekontaminasi tangan, instrumen yang sering digunakan di rumah sakit terutama alat suntik, perbaikan ketahanan tubuh perawat maupun pasien dan keluarga yang berkunjung, pencegahan penularan dari lingkungan rumah sakit antara lain dengan pembersihan rutin, sterilisasi dan desinfektan, pengelolaan ruang isolasi terutama untuk penyakit yang penularannya melalui udara, pengelolaan sampah yang benar sehingga tidak menjadi sumber penularan penyakit.

METODE

Metode penelitian ini adalah metode deskriptif yakni menggambarkan pengetahuan dan sikap perawat di RSU Tual dan RS Hati Kudus Langgur tentang pencegahan infeksi nosokomial.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian untuk mendapatkan gambaran pengetahuan dan sikap perawat tentang pencegahan infeksi nosokomial dilakukan pada 104 perawat, 55 (52,88%) perawat di di Rumah Sakit Umum Tual dan 49 (47,12%) di Rumah Sakit Hati Kudus Langgur yang hasilnya kami sajikan pada tabel 1, 2, 3 sebagai berikut.

TABEL 1
DISTRIBUSI FREKUENSI RESPONDEN
BERDASARKAN TINGKAT PENDIDIKAN

Tkt Pendidikan	R S U Tual		RSHK Langgur		Total	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
SPK Sederajat DIII	43	54,43	12	48	55	52,88
	36	45,57	13	52	49	47,12
Total	79	100	25	100	104	100

Sumber : Data Primer, 2007

TABEL 2.
DISTRIBUSI FREKUENSI PENGETAHUAN RESPONDEN TENTANG
PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL DI RSU DAN
RSHKL LANGGUR.

Tingkat Pengetahuan	RSU Tual		RSHK Langgur		Total	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Cukup	68	86,08	25	100	93	89,42
Kurang	11	13,92	0	0	11	10,58
Total	79	100	25	100	104	100

Sumber : Data Primer, 2007

TABEL 3.
DISTRIBUSI FREKUENSI SIKAP RESPONDEN TENTANG
PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL
DI RSU TUAL DAN RSHKL LANGGUR.

Sikap	RSU Tual		RSHK Langgur		Total	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Positif	53	67,09	18	72	71	68,27
Negatif	26	32,91	7	28	33	31,73
Total	79	100	25	100	104	100

Sumber: Data Primer, 2007

Data pada tabel 1 di atas menunjukkan bahwa dari 79 responden di Rumah Sakit Umum Tual, lebih dari sebagian (54,43 %) responden memiliki pendidikan SPK sederajat dan hampir sebagian (45,57%) responden berpendidikan DIII. Sedangkan dari 25 responden di Rumah Sakit Hati Kudus Langgur, lebih dari sebagian (52%) berpendidikan DIII, hampir sebagian (48%) responden mempunyai pendidikan SPK sederajat.

Berdasarkan data pada tabel 2 diatas, secara keseluruhan, hampir seluruh responden yakni 93 (89,42%) mempunyai pengetahuan yang cukup tentang pencegahan infeksi nosokomial, hanya sebagian kecil (10,58%) responden yang

mempunyai pengetahuan kurang. Seluruh (100%) responden di Rumah Sakit Hati Kudus Langgur mempunyai tingkat pengetahuan yang cukup tentang infeksi nosokomial. Sedangkan responden di Rumah Sakit Umum masih ada sebagian kecil (13,92%) responden mempunyai pengetahuan yang kurang tentang pencegahan infeksi nosokomial.

Tabel 4 dan 5 berikut ini menunjukkan Distribusi Frekuensi Pengetahuan Perawat tentang Pencegahan Infeksi Nosokomial Berdasarkan Tingkat Pendidikan Responden Di RSU Tual Dan RSU Langgur dan Distribusi Frekuensi Sikap Berdasarkan Tingkat Pendidikan Responden Di Rsu Tual Dan Rshkl Langgur, sebagai berikut

TABEL 4.
DISTRIBUSI FREKUENSI PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG PENCEGAHAN INFEKSI NOSOKOMIAL BERDASARKAN TINGKAT PENDIDIKAN RESPONDEN DI RSU TUAL DAN RSHKL LANGGUR.

Tingkat pendidikan	Pengetahuan								Total Pengetahuan			
	RSU				RSHKL				cukup		Kurang	
	cukup		kurang		cukup		kurang		cukup		Kurang	
	Jlh	%	Jlh	%	Jlh	%	Jlh	%	Jlh	%	Jlh	%
DIII	33	48,53	3	27,27	13	52	0	0	46	49,46	3	27,27
SPK Sederajat	35	51,47	8	72,73	12	48	0	0	47	50,54	8	72,73
Total	68	100	11	100	25	100	0	0	93	100	11	100

Sumber : Data Primer, 2007

TABEL 5.
DISTRIBUSI FREKUENSI SIKAP BERDASARKAN TINGKAT PENDIDIKAN RESPONDEN DI RSU TUAL DAN RSHKL LANGGUR

Tingkat pendidikan	Sikap								Total Pengetahuan			
	RSU				RSHKL				Positif		Negatif	
	Positif		Negatif		Positif		Negatif		Positif		Negatif	
	Jlh	%	Jlh	%	Jlh	%	Jlh	%	Jlh	%	Jlh	%
DIII	27	50,94	9	34,62	11	61,11	2	28,57	38	53,52	11	33,33
SPK Sederajat	26	49,06	17	65,38	7	38,89	5	71,43	33	46,48	22	66,67
Total	53	100	26	100	18	100	7	100	71	100	33	100

Sumber : Data Primer, 2007

Data pada tabel di atas menunjukkan bahwa dari 79 responden di RSUD Tual, 27 orang (50,94%) berlatar belakang pendidikan D-III bersikap positif 9 responden (34,62%), 26 (49,06%) berpendidikan SPK sederajat bersikap positif, 17 (65,38%) responden bersikap negatif terhadap pencegahan infeksi nosokomial, sedangkan Rumah Sakit Hati Kudus Langgur dari 25 responden, 11 (61,11%) responden berpendidikan DIII bersikap positif dan 2 (28,57%) responden bersikap negatif terhadap pencegahan infeksi nosokomial, 7 (38,89%) responden berpendidikan SPK sederajat bersikap positif, 5 (7,43%) responden bersikap negatif terhadap pencegahan infeksi nosokomial.

Bloom dalam Heriawan (2003), mengatakan bahwa perilaku individu dikategorikan dalam 3 (tiga) aspek yaitu aspek kognitif, aspek afektif dan aspek psikomotor. Ketiga aspek ini saling berhubungan. Aspek kognitif berhubungan dengan sikap, aspek psikomotor merupakan gabungan antara aspek kognitif dan aspek afektif yang ditampilkan dalam bentuk perilaku

Apabila adopsi perilaku didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap positif maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng, sebaliknya apabila perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran, tidak akan berlangsung lama. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa semakin kurang pengetahuan, kemampuan untuk melaksanakan pencegahan infeksi nosokomial semakin berkurang pula.

Manifestasi sikap tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku. Selanjutnya dapat dikatakan bahwa sikap merupakan kumpulan berpikir, keyakinan dan pengetahuan. Sikap adalah kesadaran untuk bertindak. Sikap positif belum otomatis terwujud dalam tindakan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa di Rumah Sakit Umum Tual dari

79 responden, hampir seluruhnya (86%) berpendidikan cukup, hanya sebagian kecil (14 %) berpengetahuan kurang. Sedangkan 25 responden di Rumah Sakit Hati Kudus Langgur seluruhnya (100%) berpengetahuan cukup. Hal ini didukung oleh pendidikan responden yang rata-rata cukup

Hasil penelitian tentang Sikap di Rumah Sakit Umum Tual, dari 79 responden, sebagian besar (67%) bersikap positif dan sebagian kecil (33%) bersikap negatif. Sedangkan Rumah Sakit Hati Kudus Langgur, sebagian besar (72%) bersikap positif dan sebagian kecil (28%) bersikap negatif terhadap pencegahan infeksi nosokomial. Hasil ini menunjukkan bahwa di Rumah Sakit Umum Tual dan Rumah Sakit Hati Kudus Langgur rata-rata mempunyai pengetahuan yang cukup tentang pencegahan infeksi nosokomial, hanya kesadaran untuk bertindak tidak ditampilkan dalam tindakan. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh antara lain kondisi, perbandingan perawat dan pasien tidak berimbang.

Penyebab berkembangnya infeksi nosokomial adalah multifaktorial atau dipengaruhi oleh banyak faktor. Pencegahan infeksi ini juga dipengaruhi oleh berbagai faktor sehingga memerlukan keterlibatan berbagai sub sistem yang ada di rumah sakit. Peranan perawat sebagai salah satu sub sistem dalam pelayanan kesehatan kepada pasien di rumah sakit sangat penting dalam pencegahan infeksi nosokomial. Untuk menjalankan peranan penting dalam pencegahan infeksi nosokomial perawat juga dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain faktor pengetahuan dan sikap perawat itu sendiri tentang pencegahan infeksi ini.

Pengetahuan yang cukup ternyata tidak selalu ditunjukkan dalam sikap yang positif seperti hasil penelitian di atas. Hal ini juga dipengaruhi oleh banyak faktor yang perlu diteliti lebih lanjut untuk menentukannya

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan di atas, dapat disimpulkan bahwa perawat di Rumah Sakit Umum Tual hampir seluruhnya mempunyai pengetahuan yang cukup tentang pencegahan infeksi nosokomial, sedangkan di Rumah Sakit Hati Kudus Langgur seluruh perawat mempunyai pengetahuan yang cukup tentang pencegahan infeksi nosokomial. Gambaran Sikap Perawat di Rumah Sakit Umum maupun Rumah Sakit Hati Kudus Langgur lebih dari sebagian bersikap positif terhadap pencegahan infeksi nosokomial

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka saran yang dapat diberikan adalah Pencegahan infeksi nosokomial dapat dilakukan oleh perawat dengan kerjasama semua pihak yang bertanggung jawab dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit untuk itu disarankan kepada 1) pemerintah daerah kabupaten Maluku Tenggara, agar tetap memberikan dukungan dengan menyediakan dana dan tenaga perawat agar dapat memberikan pelayanan optimal kepada masyarakat antara lain dengan pencegahan infeksi nosokomial, 2) Pihak Rumah Sakit, baik Rumah Sakit Umum Tual maupun Rumah Sakit Hati Kudus Langgur agar menunjang pelayanan keperawatan dengan menyediakan sarana dan prasarana yang membantu perawat dalam tindakan pencegahan infeksi nosokomial, 3) perawat, baik di Rumah Sakit Umum Tual maupun Rumah Sakit Hati Kudus Langgur agar lebih meningkatkan pengetahuan dan sikap dalam pencegahan infeksi nosokomial sehingga kualitas pelayanan keperawatan semakin meningkat, 4) peneliti lanjut, untuk melakukan survei prevalensi infeksi nosokomial di Rumah Sakit Umum Tual dan Rumah Sakit Hati Kudus Langgur.

DAFTAR PUSTAKA

Heriawan A. Herry, 2003. *Pengembangan Kurikulum dan Pembelajaran*, Edisi

- Ke-1, Jakarta, Pusat Penerbitan Universitas Terbuka
- Perry, Potter, 2005. *Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses dan Praktek*. Jakarta. EGC.
- Purwanto M. N. 2002. *Psikologi Pendidikan*, Bandung, PT. Remaja Rosokarya.
- Tirtahardja U. 2001. *Pengantar Pendidikan*, Edisi Revisi, Jakarta, Rineka Cipta.
- Shulman, 2004. *Dasar Biologis dan Penyakit Infeksi* Yogyakarta Gajah Madah University press.
- Tietjen et al, 2004. *Panduan Pencegahan Infeksi Untuk Fasilitas Terbatas dengan Sumber Daya Terbatas*, Jakarta, Penerbit Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.

PEMULIHAN PSIKOLOGIS PEREMPUAN KORBAN KEKERASAN DAN ASPEK-ASPEK PENANGANANNYA

Rita Rena Pudyastuti
Dosen Poltekkes Maluku

Abstract. Secara psikologis perempuan korban kekerasan mempunyai keunikan dan tantangan tersendiri, karena persoalan kekerasan terhadap perempuan sesungguhnya mengakar pada masalah diskriminasi yang bersumber dari proses internalisasi nilai-nilai sosial dalam masyarakat yang terbangun secara sistematis baik melalui kebijakan negara, budaya, masyarakat setempat maupun ajaran agama yang ditafsirkan secara bias gender. Untuk itu advokasi terhadap perempuan korban kekerasan tidak hanya diarahkan pada pulih dan berdayanya korban namun juga pada perubahan sistem formal dan sosial yang lebih memihak pada perempuan. Selama ini banyak lembaga yang telah bekerja untuk mengadvokasi perempuan korban kekerasan dengan berbagai cara dan pendekatan, namun tidak jarang dalam perjalanannya mengalami berbagai hambatan baik karena keterbatasan kapasitas lembaga dan personal, juga perubahan kondisi sosial politik yang berpengaruh pada kinerja pengadvokasian.

Kata Kunci : Pemulihan psikologis, perempuan korban kekerasan, penanganannya.

PENDAHULUAN

Kekerasan terhadap perempuan adalah setiap tindakan yang berakibat kesengsaraan atau penderitaan-penderitaan pada perempuan secara fisik, seksual atau psikologis, termasuk ancaman tindakan tertentu, pemaksaan atau perampasan kemerdekaan secara sewenang-wenang baik yang terjadi di depan umum atau dalam lingkungan kehidupan pribadi.

Kekerasan terhadap perempuan adalah setiap tindakan berdasarkan perbedaan jenis kelamin yang berakibat atau mungkin berakibat kesengsaraan atau penderitaan perempuan secara fisik, seksual atau psikologis, termasuk ancaman tindakan tertentu, pemaksaan atau perampasan kemerdekaan secara sewenang-wenang, baik yang terjadi di depan umum atDepkes, 1994).

Kekerasan terhadap perempuan, yaitu setiap tindakan kekerasan berdasarkan gender yang menyebabkan, atau dapat menyebabkan kerugian atau penderitaan fisik, seksual, atau psikologis terhadap perempuan, termasuk ancaman untuk

melaksanakan tindakan tersebut dalam kehidupan masyarakat dan pribadi (Herlina, Apong, 1998)

Berdasarkan pengertian KDRT di atas dapat disimpulkan bahwa KDRT adalah Kekerasan fisik maupun psikis yang terjadi dalam rumah-tangga, baik antara suami-istri maupun orang-tua-anak. Pada umumnya korban adalah istri atau anak, sedangkan pelaku tindak kekerasan terhadap anak biasa ayah atau ibu. Seringkali kekerasan pada perempuan terjadi karena adanya ketimpangan atau ketidakadilan gender. Ketimpangan gender adalah perbedaan peran dan hak perempuan dan laki-laki di masyarakat yang menempatkan perempuan dalam status lebih rendah dari laki-laki. "Hak istimewa" yang dimiliki laki-laki ini seolah-olah menjadikan perempuan sebagai "barang" milik laki-laki yang berhak untuk diperlakukan semena-mena, termasuk dengan cara kekerasan.

Perempuan berhak memperoleh perlindungan hak asasi manusia. Kekerasan terhadap perempuan dapat berupa pelanggaran hak-hak berikut :

1) Hak atas kehidupan 2) Hak atas persamaan 3) Hak atas kemerdekaan dan keamanan pribadi 4) Hak atas perlindungan yang sama di muka umum 5) Hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan fisik maupun mental yang sebaik-baiknya 6) Hak atas pekerjaan yang layak dan kondisi kerja yang baik 7) Hak untuk pendidikan lanjut 8) Hak untuk tidak mengalami penganiayaan atau bentuk kekejaman lain, perlakuan atau penyiksaan secara tidak manusiawi yang sewenang-wenang.

Kekerasan perempuan dapat terjadi dalam bentuk: 1) Tindak kekerasan fisik 2) Tindak kekerasan non-fisik 3) Tindak kekerasan psikologis atau jiwa. Tindak kekerasan fisik adalah tindakan yang bertujuan melukai, menyiksa atau menganiaya orang lain. Tindakan tersebut dapat dilakukan dengan menggunakan anggota tubuh pelaku (tangan, kaki) atau dengan alat-alat lainnya. Tindak kekerasan non-fisik adalah tindakan yang bertujuan merendahkan citra atau kepercayaan diri seorang perempuan, baik melalui kata-kata maupun melalui perbuatan yang tidak disukai/dikehendaki korbannya. Tindak kekerasan psikologis/jiwa adalah tindakan yang bertujuan mengganggu atau menekan emosi korban. Secara kejiwaan, korban menjadi tidak berani mengungkapkan pendapat, menjadi penurut, menjadi selalu bergantung pada suami atau orang lain dalam segala hal (termasuk keuangan). Akibatnya korban menjadi sasaran dan selalu dalam keadaan tertekan atau bahkan takut.

Menurut Nurma (2011), Kekerasan dalam rumah tangga dapat dipicu oleh banyak faktor. Diantaranya ada faktor ekonomi, pendidikan yang rendah, cemburu dan bisa juga disebabkan adanya salah satu orang tua dari kedua belah pihak, yang ikut ambil andil dalam sebuah rumah tangga. Kekerasan dalam rumah tangga yang disebabkan faktor ekonomi, bisa digambarkan misalnya minimnya penghasilan suami dalam mencukupi kebutuhan rumah tangga.

Terkadang ada seorang istri yang terlalu banyak menuntut dalam hal untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga, baik dari kebutuhan sandang pangan maupun kebutuhan pendidikan. Dari situlah timbul pertengkaran antara suami dan istri yang akhirnya menimbulkan kekerasan dalam rumah tangga. Kedua belah pihak tidak lagi bisa mengontrol emosi masing-masing. Seharusnya seorang istri harus bisa memahami keuangan keluarga. Naik turunnya penghasilan suami sangat mempengaruhi besar kecilnya pengeluaran yang dikeluarkan untuk keluarga. Disamping pendapatan yang kecil sementara pengeluaran yang besar seorang istri harus mampu mengkoordinir berapapun keuangan yang ada dalam keluarga, sehingga seorang istri dapat mengatasi apabila terjadi pendapatan yang minim. Cara itu bisa menghindari pertengkaran dan timbulnya KDRT di dalam sebuah keluarga.

Faktor kedua adalah pendidikan, bisa disebabkan oleh tidak adanya pengetahuan dari kedua belah pihak bagaimana cara mengimbangi dan mengatasi sifat-sifat yang tidak cocok diantara keduanya. Mungkin di dalam sebuah rumah tangga ada suami yang memiliki sifat arogan dan cenderung menang sendiri, karena tidak adanya pengetahuan. Maka sang istri tidak tahu bagaimana cara mengatasi sifat suami yang arogan itu sendiri. Sehingga, sulit untuk menyatukan hal yang berbeda. Akhirnya kekerasan dalam rumah tangga dapat terjadi. Kalau di dalam rumah tangga terjadi KDRT, maka perempuan akan menjadi korban yang utama. Seharusnya seorang suami dan istri harus banyak bertanya dan belajar, seperti membaca buku yang memang isi bukunya itu bercerita tentang bagaimana cara menerapkan sebuah keluarga yang saling mengasihi, menghormati dan atas dasar cinta kasih.

Di dalam sebuah rumah tangga butuh komunikasi yang baik antara suami dan istri, agar tercipta sebuah rumah tangga yang rukun dan harmonis. Jika di dalam

sebuah rumah tangga tidak ada keharmonisan dan kerukunan diantara kedua belah pihak, itu juga bisa menjadi pemicu timbulnya kekerasan dalam rumah tangga. Seharusnya seorang suami dan istri bisa mengimbangi kebutuhan psikis, di mana kebutuhan itu sangat mempengaruhi keinginan kedua belah pihak yang bertentangan. Seorang suami atau istri harus bisa saling menghargai pendapat pasangannya masing-masing.

Seperti halnya dalam berpacaran. Untuk mempertahankan sebuah hubungan, butuh rasa saling percaya, pengertian, saling menghargai dan sebagainya. Begitu juga halnya dalam rumah tangga harus dilandasi dengan rasa saling percaya. Jika sudah ada rasa saling percaya, maka mudah bagi kita untuk melakukan aktivitas. Jika tidak ada rasa kepercayaan maka yang timbul adalah sifat cemburu yang kadang berlebih dan rasa curiga yang kadang juga berlebih-lebihan. Tidak sedikit seorang suami yang sifat seperti itu, terkadang suami juga melarang istrinya untuk beraktivitas di luar rumah. Karena mungkin takut istrinya diambil orang atau yang lainnya, jika sudah begitu kegiatan seorang istri jadi terbatas. Kurang bergaul dan berbaur dengan orang lain. Ini adalah dampak dari sikap seorang suami yang memiliki sifat cemburu yang terlalu tinggi. Banyak contoh yang kita lihat dilingkungan kita, kejadian seperti itu. Sifat rasa cemburu bisa menimbulkan kekerasan dalam rumah tangga.

Kekerasan dalam rumah tangga juga bisa disebabkan tidak adanya rasa cinta pada diri seorang suami kepada istrinya, karena mungkin perkawinan mereka terjadi dengan adanya perjodohan diantara mereka tanpa didasari dengan rasa cinta terlebih dahulu. Itu bisa membuat seorang suami menyeleweng dari garis-garis menjadi seorang suami yang baik dan lebih bertanggung-jawab. Suami sering bersikap kasar dan ringan tangan. Untuk menghadapi situasi yang seperti ini, istri butuh kesabaran yang sangat amat besar.

Berusaha berbuat semanis mungkin agar suami bisa berubah dan bersikap manis kepada istri.

Maka dari itu, di dalam sebuah rumah tangga kedua belah pihak harus sama-sama menjaga agar tidak terjadi konflik yang bisa menimbulkan kekerasan. Tidak hanya satu pihak yang bisa memicu konflik di dalam rumah tangga, bisa suami maupun istri. Sebelum kita melihat kesalahan orang lain, marilah kita berkaca pada diri kita sendiri. Sebenarnya apa yang terjadi pada diri kita, sehingga menimbulkan perubahan sifat yang terjadi pada pasangan kita masing-masing.

Jenis-jenis Kekerasan terhadap Perempuan

Pasal 2 Deklarasi Penghapusan Kekerasan terhadap Perempuan mengidentifikasi 3 wilayah di mana kekerasan biasanya terjadi (Depkes, 1994), yaitu : 1). Kekerasan fisik, seksual dan psikologis yang terjadi dalam keluarga, termasuk pemukulan, penyalahgunaan seksual atas perempuan kanak-kanak dalam rumah tangga, kekerasan yang berhubungan dengan mas kawin, perkosaan dalam perkawinan, pengrusakan alat kelamin perempuan dan praktik-praktik kekejaman tradisional lain terhadap perempuan, kekerasan di luar hubungan suami-istri dan kekerasan yang berhubungan dengan eksploitasi, 2). Kekerasan secara fisik, seksual dan psikologis yang terjadi dalam masyarakat luas, termasuk perkosaan, penyalahgunaan seksual, pelecehan dan ancaman seksual di tempat kerja, dalam lembaga-lembaga pendidikan dan sebagainya, perdagangan perempuan dan pelacuran paksa, 3). Kekerasan secara fisik, seksual dan psikologis yang dilakukan atau dibenarkan oleh negara, di manapun terjadinya.

Data Kasus KDRT Komnas Perempuan, mencatat bahwa di tahun 2006 sebanyak 22,512 kasus kekerasan terhadap perempuan dilayani oleh 258 lembaga di 32 propinsi di Indonesia 74% diantaranya

kasus KDRT dan terbanyak dilayani di Jakarta (7.020 kasus) dan Jawa tengah (4.878 kasus). Lembaga-lembaga tersebut termasuk RPK [Ruang Pelayanan Khusus] atau Unit Perlindungan Perempuan dan Anak di kepolisian, Pusat Krisis Terpadu & Pusat Pelayanan Terpadu [PKT & PPT] di Rumah Sakit atau Layanan Kesehatan Women's Crisis Centre (WCC) dan Lembaga Bantuan Hukum (LBH) yang menyediakan layanan pendampingan bagi Korban serta Kejaksaan, Pengadilan Negeri dan Pengadilan Agama. Sementara itu data statistik tahun 2007 yang dikeluarkan oleh Mitra Perempuan, salah satu lembaga layanan Crisis Center di Jakarta menjelaskan bahwa kasus Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) masih merupakan kasus terbanyak ditahun 2007, yakni 87,32 % dari 284 kasus. Dimana pelaku kekerasan terbanyak adalah suami (77,46%), mantan suami (5,28%), orang tua/mertua (2,11%), saudara dan anak serta majikan. Dibandingkan dengan tahun sebelumnya, kasus KDRT juga mendominasi kasus kekerasan terhadap perempuan yakni 85,42% dari 336 kasus (2006). Usia perempuan yang mengalami kekerasan 3,53% (18 tahun ke bawah), sedangkan 88,69% perempuan berusia 26 tahun keatas.

Data menunjukkan bahwa 9 dari 10 perempuan telah mengalami lebih dari 1 (satu) jenis kekerasan (berganda/berlapis); diantara kekerasan fisik, psikis, seksual & penelantaran dalam rumah tangga. Mereka yang mengalami kekerasan fisik 54,22%, kekerasan psikis 94,72%, sedangkan kekerasan seksual 29,92% dan penelantaran ekonomi 70,10%. Di samping konflik domestik 61,27 % diantaranya perebutan hak perwalian anak, hak waris & harta bersama, poligami dan perceraian, juga menyertai kasus kekerasan yang mereka alami. Dampak kekerasan terhadap kesehatan perempuan yang mengalami kekerasan masih tetap memprihatinkan, dimana 9 dari 10 perempuan mengalami dampak kekerasan yang mengganggu

kesehatan jiwanya (*mental health*) termasuk 12 orang pernah mencoba bunuh diri. Sedangkan 13,12% dari mereka terganggu kesehatan reproduksinya.

Karakteristik perempuan korban kekerasan dalam rumah tangga : Kekerasan Dalam Rumah Tangga masih dipandang sebagai ikatan yang sakral, dan lebih dipenuhi dengan berbagai norma sosial, budaya dan keyakinan agama. Ada beberapa faktor yang menyulitkan perempuan korban Dalam Rumah Tangga untuk menyelesaikan masalahnya :

- Masyarakat umum masih memandang masalah KDRT sebagai masalah pribadi keluarga, tidak boleh dicampuri, dianggap wajar karena suami ditempatkan sebagai kepala keluarga dan pendidik isteri.
- Masyarakat masih memandang keutuhan institusi keluarga ada di tangan isteri, sehingga isteri justru akan dipersalahkan dan dicela apabila institusi keluarga hancur.
- Ada stigma di masyarakat terhadap perempuan berstatus janda
- Ada kecenderungan isteri tergantung secara ekonomi maupun emosional terhadap suaminya, sehingga sulit bagi mereka membuat keputusan untuk berpisah atau melaporkan perbuatan aniaya suaminya.

Dengan adanya situasi-situasi di atas, maka karakteristik korban KDRT jauh lebih kompleks lagi. Hal yang paling sering muncul dan dominan adalah kebimbangan dalam membuat keputusan atas dirinya sendiri dalam menghadapi situasi kekerasan dari suaminya. Karakteristik rasa bersalah umum terjadi pada survivor kekerasan, bahkan seringkali si isteri yang merasa bahwa dirinyalah yang bertanggung jawab atas semua perilaku kasar suaminya. Dengan demikian, menghadapi perempuan korban KDRT ini akan jauh lebih menuntut kesabaran dan pengertian. Seringkali isteri korban penganiayaan suami bahkan tidak mengakui atau menyembunyikan keadaan dirinya yang sesungguhnya guna melindungi suaminya. Jadi dituntut kepekaan untuk merujuk korban ke lembaga pemberi layanan konseling bagi

perempuan korban kekerasan. Perempuan korban KDRT biasanya memiliki stress emosional yang berkepanjangan dan terus menerus (konstan) karena dirinya telah terjebak dalam siklus kekerasan tanpa dapat memotong siklus tersebut. Kesulitan isteri/perempuan korban KDRT ini disebabkan oleh faktor-faktor sebagai berikut : 1. Masih punya harapan kelak suami/pasangan akan berubah 2. Masih mencintai suami/pasangan 3. Bila harus pisah dengan suami, takut berpredikat janda 4. Ketergantungan ekonomi (dan atau) emosional 5. Kasihan dengan anak-anak bila orang tuanya berpisah 6. Takut dengan penilaian masyarakat karena perkawinannya hancur Dengan demikian, bekerja menghadapi perempuan KDRT memerlukan ekstra kesabaran dalam mengupas satu persatu faktor-faktor di atas. Pada perempuan korban kekerasan (survivor), ada karakteristik khusus yang biasa terjadi pada mereka, antara lain yaitu : a. Merasa bersalah : perasaan bersalah ini biasanya muncul pada perempuan korban kekerasan karena memang budaya masih memandang persoalan ini dipicu oleh si perempuan itu sendiri. Misalnya saja perempuan diperkosa, dia dipersalahkan karena terlalu genit, karena pergi sendirian, dsb. Kaitan dari perasaan bersalah ini adalah *self blame* atau menyalahkan diri sendiri. b. Merasa tidak berdaya (*Powerless*): perasaan ini mencerminkan rasa tak punya peluang atau tak punya harapan yang lebih baik bagi dirinya. Pada kasus perkosaan, dimana perempuan kehilangan selaput daranya, menyebabkan survivor merasa dirinya tidak berharga lagi sebagai perempuan, tidak akan mendapatkan pasangan hidup, dsb. c. Kemarahan yang mendalam : Kemarahan ini merupakan indikasi dari perasaan terhina, dan seringkali tidak tercermin dalam bentuk perilaku menyerang melainkan dalam bentuk tangisan. Jadi apabila seorang perempuan korban kekerasan menngis sejadi-jadinya, biarkanlah hal itu berlangsung untuk

beberapa saat, dan jangan dihambat. d. Malu, e. Cemas, f. Gangguan tidur.

Perasaan-perasaan di atas seringkali muncul berupa sikap "malas", badan terasa capek gelisah, tegang, atau bahkan tersenyum tetapi tidak 'lepas', atau sikap menutup diri dari dunia luar.

Prinsip-Prinsip Dasar Membantu Perempuan Korban Kekerasan

Untuk membantu perempuan korban kekerasan, seseorang harus memahami prinsip-prinsip dasar berikut : 1. Perempuan korban kekerasan tidaklah dipersalahkan atas kejadian yang menimpanya. 2. Pelaku kekerasan adalah orang yang bertanggung jawab atas tindakan kekerasannya. 3. Masyarakat dan berbagai institusi di masyarakat adalah pihak yang bertanggung jawab secara tidak langsung atas masalah kekerasan terhadap perempuan. 4. Solusi atas masalah kekerasan terletak pada kombinasi antara aksi pribadi dan sosial, dan didukung oleh sistem hukum yang memadai. 5. Tujuan bekerja membantu perempuan korban kekerasan adalah memberdayakan mereka untuk membuat keputusan sendiri dan mandiri dalam hidupnya.

Dalam membantu perempuan korban KDRT diperkuat juga di dalam UU PKDRT pada pasal 15 yaitu; Setiap orang yang mendengar, melihat, atau mengetahui terjadinya kekerasan dalam rumah tangga wajib melakukan upaya-upaya sesuai dengan batas kemampuannya untuk: a. mencegah berlangsungnya tindak pidana; b. memberikan perlindungan kepada korban; c. memberikan pertolongan darurat; dan d. membantu proses pengajuan permohonan penetapan perlindungan. Ada kewajiban di dalam masyarakat untuk menghentikan tindakan KDRT dengan cara mencegah dan membantu korban KDRT, sehingga korban dapat terbantu dalam mengambil keputusan yang tepat untuk dirinya (Permatasari, 2011).

Penanganan

Menurut Mira dkk, ada tiga kebutuhan utama bagi perempuan yang menjadi korban kekerasan, yaitu: 1) Kebutuhan akan Layanan Medis, 2) Kebutuhan akan Layanan Medis 3) Kebutuhan akan Layanan Psikososial

Kebutuhan akan Layanan Medis

Ruang lingkup dan sasaran pelayanan : Instalasi Gawat Darurat :
 1) Penatalaksanaan korban/pasien kekerasan terhadap perempuan, penatalaksanaan terhadap perlakuan salah/penderaan terhadap anak dan KDRT melalui pelayanan medik. 2) Melaksanakan kegiatan mediko legal. 3) Melakukan pengobatan dengan pendekatan psikososial.
 Non Instalasi Gawat Darurat :
 1) Melakukan proses penyelidikan bila diperlukan. 2) Melakukan pendampingan dalam masa pemulihan. 3) Melakukan bantuan hukum. 4) Mencarikan rumah aman bila diperlukan. Perilaku perempuan korban Kekerasan Terhadap Perempuan pada fase akut : 1) Rasa takut atas berbagai hal. 2) Reaksi emosional lainnya : Shok, rasa tidak percaya, marah, malu, menyalahkan dirinya, kacau, bingung, histeris dll. Kecurigaan telah terjadi KDRT seperti : 1) Cedera bilateral atau berganda. 2) Beberapa cedera dengan beberapa penyembuhan. 3) Tanda kekerasan seksual. 4) Keterangan yang tidak sesuai dengan cederanya. 5) Keterlambatan berobat. 6) Berulangnya kehadiran di Rumah Sakit akibat trauma. Perilaku anak korban KTA (Kekerasan Terhadap Anak) pada fase akut : 1) Gejala fisik penganiayaan emosional sering tidak jelas. 2) Ekspresi wajah, gerak-gerik, bahasa badan, dapat mengungkapkan perasaan sedih, keraguan diri, kebingungan, kecemasan, ketakutan, atau amarah yang terpendam.

Penilaian atas anak korban KTA (Kekerasan terhadap Anak) : Instalasi Gawat Darurat : 1) Wawancara riwayat cedera/luka. 2) Pemeriksaan fisik. 3) Pemeriksaan radiologis, 4) Pemeriksaan

hematologis. 5) Membuat laporan medis resmi. Non Instalasi Gawat Darurat : 1) Pengambilan foto berwarna. 2) Pemeriksaan fisik saudara kandung. 3) Skrining perilaku. 4) Skrining tumbuh kembang anak balita.

Bentuk dan jenis kekerasan : Fisik dan psikis, ringan hingga berat, bentuk kekerasan : 1) Seksual. 2) Fisik. 3) Psikis. 4) Gabungan dari 2 atau 3 diatas. 5) Penelantaran (pendidikan, gizi, emosi). Tempat kekerasan : 1) Rumah tangga. 2) Tempat kerja atau sekolah. 3) Daerah konflik atau pengungsian. 4) Jalanan. Berdasar umur : 1) Sebelum lahir : abortus, pemukulan perut. 2) Bayi : pembunuhan dan penelantaran, penyalahgunaan fisik, seks dan psikis. 3) Pra remaja : Perkawinan usia anak, inses, fisik, seks, psikis, pelacuran, pornografi. 4) Remaja dewasa : kekerasan, pemaksaan seks, inses, pembunuhan oleh pasangan, pelacuran, pelecehan seks. 5) Usia lanjut : fisik, seks, psikis.

Pelayanan Terpadu Antar Lembaga

Jaringan kerja bersama antar lembaga-lembaga / organisasi yang otonom dalam memberikan layanan kepada perempuan korban kekerasan.
 Unsur : 1) Rumah sakit : Dokter spesialis, dokter umum, psikiater, perawat. 2) Kepolisian. 3) LBH. 4) *Women crisis center*/organisasi advokasi hak perempuan/*shelter*. 5) Lembaga konseling : psikolog. 6) Akademisi/lembaga pendidikan : pekerja sosial. Untuk itu persiapan operasional dirumah-sakit yang dilakukan bertujuan untuk : Pusat krisis terpadu (PKT) bertujuan untuk memberikan pelayanan menyeluruh bagi parakorban kekerasan terhadap perempuan (KTP) dan anak (KTA), baik dibidang klinik, medikolegal dan psikososial; dengan tujuan akhir adalah pemberdayaan perempuan, dalam mencapai derajat kesehatan secara optimal.

Sasarannya adalah : 1) Korban kekerasan seksual pada perempuan dewasa.

- 2) Korban kekerasan seksual pada anak.
- 3) Korban kekerasan dalam rumahtangga.
- 4) Korban penganiayaan dan penelantaran anak.

Langkah-langkah kegiatan persiapan yang dapat dilakukan adalah : 1) Bangunan terdiri dari : a) Instalasi Gawat Darurat. b) Ruang PKT. 2) Perangkat lunak : a) Uraian tugas. b) Prosedur klinik medis teknis. c) Prosedur konseling psikososial. d) Prosedur medikolegal dan lab. Forensik. e) Rekam medis khusus. f) Sistem informasi-komunikasi. 3) Sumber Daya Manusia: a) Terlatih. b) Tim dan kerjasama SMF dan instalasi lain. c) Kerjasama dengan puskesmas. d) Tenaga teknis : dokter kebidanan-kandungan, bedah, jiwa, forensik klinik, kesehatan anak, perawat / bidan, pekerja sosial medik. 4) Sumber daya finansial: a) Anggaran Pendapatan Belanja Daerah. b) Pemerintah / swasta. 5) Bentuk layanan : One stop. a) Satu tempat semua layanan. b) Tersedia semua profesi yang dibutuhkan. c) 24 jam untuk tenaga Unit Gawat Darurat. 6) Pembelajaran : a) Pedoman pelayanan terpadu antar sektor terkait, kesehatan dan non kesehatan.

Kebutuhan akan Layanan Hukum

Pandangan Hukum Indonesia terhadap Kekerasan Pada Perempuan, dalam pandangan hukum Indonesia terhadap kekerasan pada perempuan, masalah utama yang berkaitan dengan hukum berpusat pada tidak adanya hukum yang secara khusus memberikan perlindungan bagi perempuan yang menjadi korban kekerasan tersebut. Bahkan istilah "kekerasan terhadap perempuan" tidak dikenal dalam hukum Indonesia, meski takta kasus ini marak terungkap di berbagai denuru indonesia. Dalam KUHP yang ada saat ini, sebagian kasus-kasus yang tergoiiong kekerasan terhadap perempuan memang dapat dijarang dengan pasal-pasal kejahatan namun terbatas pada tindak pidana umum (korban laki-laki atau

perempuan) seperti: kesusilaan, perkosaan, penganiayaan, pembunuhan dll.

Tindak pidana ini dirumuskan dalam pengertian sempit (terbatas sekali), meskipun ada pemberatan pidana (sanksi hukuman) bila perbuatan tersebut dilakukan dalam hubungan keluarga seperti terhadap ibu, istri, anak (Kolibonso, 2000). Tindakan kekerasan terhadap isteri adalah tindakan pidana. Hal tersebut telah diatur dalam pasal 351 jo 356 (1) Kitab Undang-undang Hukum Pidana (KUHP). Salah satu kesimpulan dari pasal-pasal ini adalah, bila penganiayaan dilakukan terhadap keluarga dekat/orang yang seharusnya dilindungi, maka hukumannya ditambah sepertiga dari jumlah hukuman apabila penganiayaan dilakukan terhadap orang lain. Selain itu, dalam kasus isteri (perempuan) di bawah umur (16 tahun), maka apabila laki-laki (suaminya) menyebabkan luka-luka dalam proses hubungan seksual maka si suami bisa didakwa melanggar pasal 288 KUHP (Triningtyasasih, 1997).

Bentuk lain kekerasan terhadap perempuan adalah pelecehan seksual. Tidak ada perundangan yang khusus mengatur pelecehan seksual. Tapi dalam KUHP ada ketentuan tentang "perbuatan cabul", yang pengertiannya adalah perbuatan yang melanggar kesusilaan (kesopanan) atau perbuatan keji yang terjadi di lingkungan nafsu birahi kelamin. Pasal-pasal tersebut antara lain (Kalyanamitra, 1999): Pasal 281 KUH Pidana 1. Barangsiapa dengan sengaja merusak kesopanan di muka umum; 2. Barangsiapa dengan sengaja merusak kesopanan di muka orang lain yang kehadirannya di sana tidak dengan kemauannya sendiri. Pokok penting pasal ini adalah : Pengertian "kesopanan" pada pasal ini adalah dalam arti kata "kesusilaan" (*zeden, eerbaarheid*), perasaan malu yang berhubungan dengan nafsu kelamin, misalnya bersetubuh, meraba buah dada, meraba kemaluan, memperlihatkan anggota kemaluan, mencium, dan lain sebagainya.

Pasal 294 KUH Pidana 1. Barangsiapa melakukan perbuatan cabul dengan anaknya yang belum dewasa, anak tiri atau anak pungutnya, anak peliharaannya atau dengan seorang yang belum dewasa yang dipercayakan padanya untuk ditanggung, dididik atau dijaga atau dengan bujang atau orang sebawahnya yang belum dewasa, dihukum penjara selama-lamanya tujuh tahun; 2. Dengan hukuman yang serupa dihukum: (1) Pegawai Negeri yang melakukan perbuatan cabul dengan orang yang di bawah perintahnya atau dengan orang yang dipercayakan atau diserahkan padanya untuk dijaga; (2) Pengurus, tabib, guru, pegawai, mandor (*opzichter*) atau bujang dalam penjara, rumah tempat melakukan pekerjaan untuk negeri (*landswerkinrichting*), rumah pendidikan, rumah piatu, rumah sakit jiwa atau balai derma, yang melakukan pencabulan dengan orang yang ditempatkan di situ.

Pokok penting pasal ini adalah: Suatu hubungan dimana korbannya mempunyai ketergantungan dengan si pelaku. Pasal ini menghukum orang yang melakukan perbuatan cabul dengan anaknya yang belum dewasa, anak tiri atau anak pungut, anak peliharaannya atau dengan seorang yang belum dewasa yang dipercayakan kepadanya untuk ditanggung, dididik atau dijaga, atau dengan bujang bawahnya yang belum dewasa. Hukumannya adalah penjara selama-lamanya tujuh tahun; Selanjutnya pasal ini menghukum pegawai negeri yang melakukan perbuatan cabul dengan orang yang di bawah perintahnya atau dengan orang dipercayakan kepadanya untuk dijaga. Demikian pula pengurus, tabib, guru, pegawai, mandor (*opzichter*) atau bujang dalam penjara, rumah tempat melakukan pekerjaan untuk negara (*landswerkinrichting*), rumah pendidikan, rumah piatu, rumah sakit ingatan atau balai derma, yang melakukan perbuatan cabul terhadap orang yang ditempatkan di situ.

Kebutuhan akan Layanan Psikososial

Eksistensi manusia meliputi tiga aspek yaitu organo-biologis, (fisik/jasmani), psiko-edukatif (mental-emosional). Terjadinya gangguan jiwa juga merupakan proses interaksi yang kompleks antara faktor genetik, faktor organo-biologis, faktor psikologis serta faktor sosio-kultural. Telah terbukti bahwa ada korelasi erat antara timbulnya gangguan jiwa dengan kondisi sosial dan lingkungan dimasyarakat sebagai suatu "stressor psikososial". Kini masalah kesehatan tidak lagi hanya menyangkut soal angka kematian atau kesakitan melainkan juga mencakup berbagai kondisi psikososial yang berdampak pada kualitas kesehatan masyarakat termasuk taraf kesehatan jiwa masyarakat. Data statistik WHO menyebutkan bahwa setiap saat 1% dari seluruh penduduk berada dalam kondisi membutuhkan pertolongan dan pengobatan untuk berbagai bentuk gangguan jiwa. Angka kejadian berbagai bentuk gangguan jiwa mulai dari spektrum ringan sampai berat di Asia Selatan dan timur adalah sebesar lebih kurang 25%. Data WHO menunjukkan bahwa rata-rata 5-10% dari populasi masyarakat di suatu wilayah menderita depresi dan memerlukan pengobatan psikiatrik dan intervensi psikososial. Untuk kalangan perempuan angka gangguan depresi dijumpai lebih tinggi lagi yaitu berkisar 15-17%.

Di masa-masa mendatang bisa jadi kasusnya akan semakin bertambah, penderita gangguan jiwa lama banyak yang kembali kambuh karena mereka tidak kontrol dan tidak minum obat rutin karena tidak mampu beli obat, sedangkan pasien baru bermunculan karena faktor stressor psikososial yang meningkat. Sebagian besar pasien (80%) yang dirawat dibagian jiwa RS umum maupun Rumah Sakit jiwa berasal dari kelompok keluarga miskin (gakin). Biaya berobat yang harus ditanggung pasien meliputi tidak hanya biaya yang langsung berkaitan dengan pelayanan medik seperti harga obat, jasa

konsultasi tetapi juga biaya spesifik lainnya seperti biaya transportasi ke rumah sakit dan biaya akomodasi lainnya.

Berbagai kondisi psikososial yang menjadi indikator taraf kesehatan jiwa masyarakat, khususnya yang berkaitan dengan karakteristik kehidupan di perkotaan (*urban mental health*) meliputi : kekerasan dalam rumah tangga (KDRT), kasus perceraian, anak remaja putus sekolah, kasus kriminalitas anak remaja, masalah anak jalanan, promiskuitas, penyalahgunaan Napza dan dampaknya (hepatitis C, HIV/AIDS dll), gelandangan psikotik serta kasus bunuh diri.

Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT)

Kekerasan dalam rumah tangga adalah tiap perbuatan terhadap seseorang yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan fisik, seksual, psikologis dan/atau penelantaran rumah tangga termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan, pemaksaan atau perampasan kemerdekaan secara melawan hukum dalam lingkup rumah tangga (definisi dalam UU No. 23 tahun 2004 tentang penghapusan KDRT). Lingkup rumah tangga adalah suami, istri dan anak, termasuk juga orang-orang yang mempunyai hubungan keluarga karena hubungan darah, perkawinan, pengasuhan, perwalian dengan suami maupun istri yang menetap bersama dalam rumah tangga.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kekerasan terhadap perempuan mempunyai perbedaan yang sangat signifikan menyangkut pelaku kekerasan. Jika pelanggaran hak asasi manusia (HAM) secara umum pelakunya sangat terkait dengan peran-peran negara, maka pada kekerasan terhadap perempuan pelakunya tidak hanya negara tetapi juga masyarakat bahkan keluarga terdekat seperti suami, ayah, paman, pacar, tetangga atau orang yang dikenal korban. Dalam konteks itu maka tanggung jawab negara

saja tidak cukup melainkan juga memerlukan tanggung jawab masyarakat dan institusi-institusi yang terbangun dalam masyarakat seperti: institusi adat, agama, dan sebagainya. Kekerasan terhadap perempuan tidak mengenal tempat. Kekerasan dapat terjadi baik di ruang publik maupun di ruang keluarga. Jika dipetakan maka kekerasan terhadap perempuan terjadi pada tiga ruang yaitu keluarga, komunitas, dan negara. Dalam sejumlah kasus keluargalah wilayah yang paling tinggi terjadinya kekerasan. Konsekuensi dari situasi ini adalah bagaimana menciptakan kebijakan yang dapat masuk dalam hal yang privat namun tetap menghargai *privacy*. Kekerasan terhadap perempuan tidak bisa dihapuskan dari akar masalahnya yaitu deskriminasi.

Dalam konteks ini advokasi tidak bisa hanya diarahkan pada institusi struktural formal tetapi juga institusi kultural. Kekerasan terhadap perempuan tidak terlepas dari proses internalisasi nilai-nilai sosial dalam masyarakat yang terbangun secara sistematis baik melalui : kebijakan negara, budaya masyarakat setempat, maupun ajaran agama yang ditafsirkan secara bias gender. Akibat internalisasi ini kekerasan terhadap perempuan dianggap wajar oleh masyarakat. Bahkan jika ada perempuan yang lebih berdaya, masyarakat cenderung melakukan resistensi terhadapnya. Terhadap berbagai kekerasan yang dialami perempuan, aspek yang menjadi perhatian penting adalah bagaimana memulihkan perempuan yang menjadi korban kekerasan. Proses pemulihan bagi perempuan korban kekerasan bukanlah proses mudah. Terlebih lagi bagi perempuan yang mengalami kekerasan seksual akan membutuhkan waktu yang cukup panjang untuk memulihkannya. Pemulihan korban kekerasan tidak saja mempertimbangkan aspek-aspek fisik tetapi juga perlu melihat aspek psikis korban. Setidaknya ada tiga kebutuhan utama bagi perempuan yang menjadi korban kekerasan, yaitu:

- 1) kebutuhan akan layanan medis,
 - 2) kebutuhan akan layanan hukum, dan
 - 3) kebutuhan akan layanan psiko sosial.
- Dalam konteks pemulihan korban ketiga kebutuhan ini membutuhkan waktu yang cukup panjang dan tidak mudah untuk menjalaninya. Kegagalan dalam satu proses akan berdampak pada kegagalan proses pemulihan secara keseluruhan, karena dalam proses ini kondisi perempuan menjadi sangat rentan.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes. 1994. *Deklarasi Penghapusan Kekerasan terhadap Perempuan*. Forum Komunikasi Ormas/LSM untuk Perempuan. Jakarta.
- Herlina, Apong. 1998. *Kekerasan terhadap Perempuan di Dunia Kerja. Seminar Jender dan Kekerasan: Gambaran Masalah dan Tinjauan ke Depan dan Peluncuran Paket Prosiding Studi Jender dan Pembangunan*. Pusat Kajian Wanita dan Jender Universitas Indonesia, September 1998. Jakarta.
- Kalyanamitra. 1999. *Menghadapi Pelecehan Seksual*. Kalyanamitra, April 1999. Jakarta.
- Kolibonso, Rita Serena. 2000. *Kekerasan terhadap Perempuan dalam rumah tangga: Fakta Diskriminasi Perempuan*. Jakarta.
- Nurman. 2011. *Pemicu Kekerasan dalam Rumah Tangga*. www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/2001
- . 1999. *Buku Saku: Stop Kekerasan Dalam Rumah Tangga*. Pusat Komunikasi Kesehatan Berperspektif Jender. Jakarta.
- Permatasari, Evie. 2011. *Menjadi Pendampingan Perempuan Korban Kekerasan Dalam Rumah Tangga*, www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/2011
- Triningtyasasih. 1997. *Kekerasan Dalam Rumah Tangga*. Rifka Annisa Women's Crisis Center. Yogyakarta.

**ANALISIS PENGARUH PERSEPSI MUTU PELAYANAN
Pemeriksaan Kehamilan Terhadap Kepuasan Ibu Hamil
di Puskesmas Bula Kabupaten Seram Bagian Timur
Tahun 2010**

Rigoni Malawat
Dosen Poltekkes Maluku

Abstract : Terjadinya penurunan cakupan KIA dan K4 di Puskesmas Bula sejak tahun 2006 sampai 2008 disertai keluhan layanan pemeriksaan ibu hamil. Tujuan penelitian adalah mengetahui persepsi mutu layanan pemeriksaan kehamilan yang meliputi persepsi kemampuan, ketanggapan, keramahan, perhatian, fasilitas terhadap kepuasan oleh ibu hamil. Jenis penelitian observasional menggunakan pendekatan survei *Cross sectional* melalui wawancara dengan kuisioner tertutup untuk persepsi mutu dan persepsi kepuasan ibu hamil. Jumlah sampel 80 responden dengan kriteria inklusi ibu hamil multipara yang memeriksakan diri ke Puskesmas Bula. Data dianalisis secara deskriptif untuk menggambarkan karakteristik responden, persepsi mutu layanan dan persepsi kepuasan. Analisis inferensial menggunakan *Chi Square* dan regresi logistik. Pada umumnya responden berpendidikan SMA kelas (77,5%), berpenghasilan tinggi (58,8%), tidak beresiko kehamilan (90%). Dalam persepsi mutu pelayanan sebagian besar responden menjawab bidan kurang mampu (60%), kurang tanggap (71,3%), kurang ramah (93,8%), perhatian (70%) dan fasilitas kurang baik (58,8%). Ada hubungan antara persepsi kemampuan dengan persepsi kepuasan ($p=0,0001$), persepsi ketanggapan ($p=0,001$), persepsi keramahan ($p=0,037$), persepsi perhatian ($p=0,009$), persepsi fasilitas ($p=0,001$) dengan kepuasan. Terdapat pengaruh bersama-sama untuk persepsi fasilitas $\text{Exp}(B) = 10,79$, persepsi kemampuan $\text{Exp}(B) = 8,51$, persepsi perhatian $\text{Exp}(B) = 6,88$ terhadap kepuasan ibu hamil. Diharapkan pihak manajemen KIA dapat melakukan evaluasi pelaksanaan pelayanan kehamilan, peningkatan keterampilan bidan dalam pelayanan kehamilan dan melengkapi sarana prasarana pelayanan pemeriksaan kehamilan.

Kata Kunci : Pelayanan Kehamilan, Mutu Pelayanan, Kepuasan, Ibu Hamil

PENDAHULUAN

Angka Kematian ibu (AKI), Angka Kematian Anak (AKA), Angka Kematian Bayi (AKB) ditetapkan sebagai indikator derajat kesehatan dalam Indonesia Sehat 2010. Angka Kematian Ibu di Indonesia saat ini telah terjadi penurunan yaitu 307 per 100,000 KH pada tahun 2002, turun menjadi 228 per 100,000 KH pada tahun 2007. Angka ini sudah mendekati sasaran RPJMN tahun 2004 - 2009 yaitu 220 per 100,000 pada tahun 2011 (Depkes RI, 2007).

Lebih lanjut Depkes RI (2007), menunjukkan penurunan angka tersebut merupakan salah satu tujuan dari program

"*Safe Motherhood*" yang merupakan kebijakan Departemen Kesehatan dalam upaya mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), dan Angka Kematian Bayi (AKB) pada dasarnya mengacu kepada intervensi strategi "Empat Pilar *Safe Motherhood*" yaitu meliputi keluarga berencana, *Antenatal Care* (ANC), Persalinan bersih dan aman, dan pelayanan Obstetri Essensial.

Suatu pelayanan dinilai memuaskan bila ia dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pelanggannya. Ada beberapa faktor yang dapat dipertimbangkan oleh pelanggan dalam menilai suatu pelayanan, yaitu : ketepatan waktu, dapat dipercaya, kemampuan teknis, diharapkan, berkualitas

dan harga yang sepadan (Supranto, 1997). Hasil penelitian yang mendukung pernyataan tersebut, antara lain persepsi ibu hamil dalam mendapatkan aspek mutu pelayanan dan tempat pemeriksaan kehamilan berdasarkan kenyamanan dan biaya berpengaruh terhadap pilihan tempat pemeriksaan kehamilan (Sugianto, 2001).

Hasil cakupan pelayanan pemeriksaan kehamilan di Kabupaten Seram Bagian Timur hingga dilakukan studi pendahuluan saat ini belum mencapai target yang ditentukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten (80%), bahkan hasil cakupan cenderung menurun. Salah satunya adalah Puskesmas Bula. Pada tahun 2006 cakupan K1 sebanyak 54,34% yang turun menjadi 53,79% di tahun 2007, dan pada tahun 2008 menjadi 50,09%. Demikian juga untuk cakupan K4 pada tahun 2006 sebesar 53,93% menurun menjadi 52,45% pada tahun 2007, dan kembali turun pada tahun 2008 sebesar 48%. Dari data tersebut, Puskesmas Bula mempunyai kunjungan K1 dan K4 yang paling rendah dibandingkan dengan 12 Puskesmas yang lain di Kabupaten Seram Bagian Timur.

Studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Bula yang berdiri sejak tahun 2005, dan merupakan satu-satunya Puskesmas yang ada di kecamatan Bula, diperoleh gambaran bahwa dalam menjalankan kebijakan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan pemeriksaan kehamilan didukung dengan fasilitas yang memadai (Dinkes SBT, 2006).

Fasilitas yang ada di ruangan KIA terdiri dari satu ruangan periksa yang dilengkapi satu buah tempat tidur obsgyn, satu buah lemari berisi peralatan pemeriksaan kehamilan, dan tenaga bidan sebanyak 6 orang dengan latar belakang pendidikan D1 kebidanan sebanyak 4 orang, dan DIII kebidanan sebanyak 2 orang. Tenaga-tenaga tersebut mempunyai masa kerja 3 tahun sampai dengan 15 tahun, yang dikoordinir oleh seorang bidan senior yang bertanggung

jawab mengatur manajemen tugas bidan dalam pelayanan pemeriksaan kehamilan. Namun tidak semua bidan bertugas dalam pelayanan pemeriksaan kehamilan (Dinkes SBT, 2006).

Berdasarkan hasil wawancara pada bulan Agustus tahun 2009 di ruang KIA pada 30 orang ibu hamil yang telah melakukan pemeriksaan kehamilan di ruangan KIA Puskesmas Bula, 14 orang yang merasa tidak puas dengan keluhan waktu tunggu terlalu lama, ruang periksa terlalu sempit dan kurang ventilasi. 2). Sebanyak 3 orang menyatakan bidan datang tidak tepat waktu, bidan dalam memberi pelayanan pemeriksaan kehamilan terkesan kurang ramah dan tergesa-gesa, serta bidan kurang tanggap terhadap pelayanan yang diberikan.

Berdasarkan gambaran diatas dapat ditangkap adanya gejala pelayanan pemeriksaan kehamilan yang belum mampu memberikan kepuasan pada ibu hamil sesuai dengan apa yang diharapkan.

Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan

Pelayanan pemeriksaan kehamilan adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga profesional kepada ibu selama kehamilan yang dilaksanakan sesuai dengan standar antenatal. Pelayanan pemeriksaan kehamilan mencakup banyak hal yang meliputi; anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium atas indikasi, serta intervensi dasar dan khusus (sesuai resiko yang ada), namun dalam penerapan operasionalnya dikenal standar 7T untuk pelayanan pemeriksaan kehamilan yang terdiri dari ; a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan; b) Ukur tekanan darah; c) Skrining status imunisasi tetanus; d) ukur tinggi fundus uteri; e) Pemberian tablet besi 90 tablet selama kehamilan; f) tes penyakit menular ; g) temu wicara (Depkes, 2007).

Mutu Pelayanan Kehamilan

Menurut Parasuraman, Zeithami dan Barry dalam Supranto (2006), ada lima mutu pelayanan yang perlu diperhatikan

dan harga yang sepadan (Supranto, 1997). Hasil penelitian yang mendukung pernyataan tersebut, antara lain persepsi ibu hamil dalam mendapatkan aspek mutu pelayanan dan tempat pemeriksaan kehamilan berdasarkan kenyamanan dan biaya berpengaruh terhadap pilihan tempat pemeriksaan kehamilan (Sugianto, 2001).

Hasil cakupan pelayanan pemeriksaan kehamilan di Kabupaten Seram Bagian Timur hingga dilakukan studi pendahuluan saat ini belum mencapai target yang ditentukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten (80%), bahkan hasil cakupan cenderung menurun. Salah satunya adalah Puskesmas Bula. Pada tahun 2006 cakupan K1 sebanyak 54,34% yang turun menjadi 53,79% di tahun 2007, dan pada tahun 2008 menjadi 50,09%. Demikian juga untuk cakupan K4 pada tahun 2006 sebesar 53,93% menurun menjadi 52,45% pada tahun 2007, dan kembali turun pada tahun 2008 sebesar 48%. Dari data tersebut, Puskesmas Bula mempunyai kunjungan K1 dan K4 yang paling rendah dibandingkan dengan 12 Puskesmas yang lain di Kabupaten Seram Bagian Timur.

Studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Bula yang berdiri sejak tahun 2005, dan merupakan satu-satunya Puskesmas yang ada di kecamatan Bula, diperoleh gambaran bahwa dalam menjalankan kebijakan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan pemeriksaan kehamilan didukung dengan fasilitas yang memadai (Dinkes SBT, 2006).

Fasilitas yang ada di ruangan KIA terdiri dari satu ruangan periksa yang dilengkapi satu buah tempat tidur obsgyn, satu buah lemari berisi peralatan pemeriksaan kehamilan, dan tenaga bidan sebanyak 6 orang dengan latar belakang pendidikan DI kebidanan sebanyak 4 orang, dan DIII kebidanan sebanyak 2 orang. Tenaga-tenaga tersebut mempunyai masa kerja 3 tahun sampai dengan 15 tahun, yang dikoordinir oleh seorang bidan senior yang bertanggung

jawab mengatur manajemen tugas bidan dalam pelayanan pemeriksaan kehamilan. Namun tidak semua bidan bertugas dalam pelayanan pemeriksaan kehamilan (Dinkes SBT, 2006).

Berdasarkan hasil wawancara pada bulan Agustus tahun 2009 di ruang KIA pada 30 orang ibu hamil yang telah melakukan pemeriksaan kehamilan di ruangan KIA Puskesmas Bula, 14 orang yang merasa tidak puas dengan keluhan waktu tunggu terlalu lama, ruang periksa terlalu sempit dan kurang ventilasi. 2). Sebanyak 3 orang menyatakan bidan datang tidak tepat waktu, bidan dalam memberi pelayanan pemeriksaan kehamilan terkesan kurang ramah dan tergesa-gesa, serta bidan kurang tanggap terhadap pelayanan yang diberikan.

Berdasarkan gambaran diatas dapat ditangkap adanya gejala pelayanan pemeriksaan kehamilan yang belum mampu memberikan kepuasan pada ibu hamil sesuai dengan apa yang diharapkan.

Pelayanan Pemeriksaan Kehamilan

Pelayanan pemeriksaan kehamilan adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga profesional kepada ibu selama kehamilan yang dilaksanakan sesuai dengan standar antenatal. Pelayanan pemeriksaan kehamilan mencakup banyak hal yang meliputi; anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium atas indikasi, serta intervensi dasar dan khusus (sesuai resiko yang ada), namun dalam penerapan operasionalnya dikenal standar 7T untuk pelayanan pemeriksaan kehamilan yang terdiri dari ; a) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan; b) Ukur tekanan darah; c) Skrining status imunisasi tetanus; d) ukur tinggi fundus uteri; e) Pemberian tablet besi 90 tablet selama kehamilan; f) tes penyakit menular ; g) temu wicara (Depkes, 2007).

Mutu Pelayanan Kehamilan

Menurut Parasuraman, Zeithami dan Barry dalam Supranto (2006), ada lima mutu pelayanan yang perlu diperhatikan

akan mempengaruhi pemakaian jasa pelayan oleh masyarakat atau pasien, 5). Manfaat kepuasan yaitu : Kepuasan pelanggan merupakan sarana untuk menghadapi kompetisi dimasa yang akan datang (Supranto, 1997).

Lebih lanjut, Supranto (1997), mengatakan untuk pengukuran kepuasan pelanggan dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut : 1). Pengukuran dapat dilakukan secara langsung melalui pertanyaan kepada pelanggan dengan ungkapan tidak sesuai, kurang sesuai, sesuai, sangat sesuai, 2). Responden diberi pertanyaan mengenai seberapa besar mereka mengharapkan suatu atribut tertentu dan seberapa besar yang mereka rasakan, 3). Responden diminta menuliskan masalah-masalah yang mereka hadapi yang berkaitan dengan penawaran dari perusahaan dan diminta untuk menuliskan perbaikan-perbaikan yang mereka rasakan, 4). Responden diminta meranking elemen atau atribut penawaran berdasarkan derajat kepentingan setiap elemen dan seberapa baik kinerja perusahaan pada masing-masing elemen.

METODE

Jenis penelitian observasional dengan pendekatan survei analitik yang akan mengungkapkan pengaruh persepsi mutu pelayanan pemeriksaan kehamilan terhadap

kepuasan ibu hamil dengan pendekatan *Cross sectional*.

Metode pengumpulan data primer dan sekunder. Pengumpulan melalui kuesioner yang disebar ke responden yang baru pertama memeriksa kehamilannya di Puskesmas Bula yang memenuhi kriteria yang ditetapkan. Pengumpulan data sekunder meliputi pengumpulan data sekunder berupa yang peroleh dari laporan tahunan Puskesmas Bula dan catatan lain yang terdapat di Puskesmas. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu hamil yang berkunjung di Puskesmas Bula kabupaten Seram Bagian Timur pada tahun 2010. Jumlah ibu hamil bulan Januari - Juni tahun 2010 sebanyak 325 ibu hamil.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Subjek penelitian adalah ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan di puskesmas Bula berjumlah 80 orang dengan karakteristik subjek yang bervariasi diantaranya karakteristik umur, pendidikan, penghasilan dan pekerjaan.

Karakteristik Subjek

Deskripsi karakteristik subjek terdiri dari umur, penghasilan, pendidikan, dan pekerjaan. Karakteristik subjek ini disajikan pada tabel berikut :

TABEL. 1
KARAKTERISTIK SUBJEK PENELITIAN

Karakteristik Responden		Jumlah	%
Kelompok Umur	Umur beresiko (<20 >35 th)	8	10
	Umur tidak beresiko (20 – 35 th)	72	90
	Jumlah	80	100
Penghasilan	Rendah < UMR (Rp. 1.000.000)	33	41,3
	Tinggi > UMR (Rp. 1.000.000)	47	58,8
	Jumlah	80	100
Pendidikan	Dasar (SD, SMP)	18	22,5
	Menengah (SMA)	42	52,5
	Tinggi (Akademi, Sarjana)	20	25,0
	Jumlah	80	100

Pekerjaan	Tidak bekerja	20	25,0
	Petani	7	8,8
	Pedagang	29	36,3
	Pegawai Negeri Sipil	24	30,0
	Jumlah	80	100

Sumber : Data primer , 2010

Tabel 1 karakteristik responden, berdasarkan pengelompokan umur menunjukkan bahwa responden terbanyak pada kelompok umur 20-35 tahun (usia tidak beresiko) yaitu 90%. Karakteristik responden berdasarkan penghasilan pekerjaan menunjukkan bahwa responden terbanyak berada pada kelompok berpenghasilan tinggi sebanyak 58,8%. Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan dan pekerjaan, sebagian besar

responden pada kelompok yang berpendidikan menengah (52,5%). Sedangkan pada pekerjaan sebagian besar adalah pedagang sebanyak (36,3%).

Deskripsi Persepsi Mutu

Persepsi mutu pelayanan kehamilan dalam penelitian diantaranya adalah kemampuan, ketanggapan, keramahan, perhatian, dan fasilitas, dapat dilihat pada tabel-tabel berikut :

TABEL 2
DISTRIBUSI PERSEPSI MUTU DILIHAT DARI ASPEK KEMAMPUAN, KETANGGAPAN, KERAMAHAN, PERHATIAN, DAN PERSEPSI FASILITAS DALAM MEMBERIKAN PELAYANAN PEMERIKSAAN KEHAMILAN PADA IBU HAMIL DI PUSKESMAS BULA TAHUN 2010

Persepsi Mutu		Jawaban Responden	
		f	%
Kemampuan	Kurang	48	60
	Mampu	32	40
	Total	80	100
Ketanggapan	Kurang Tanggap	57	71,3
	Tanggap	23	28,7
	Total	80	100,0
Keramahan	Kurang Ramah	75	93,8
	Ramah	5	6,2
	Total	80	100,0
Perhatian	Kurang Perhatian	24	30,0
	Perhatian	56	70,0
	Total	80	100,0
Persepsi Fasilitas	Kurang	47	58,8
	Baik	33	41,2
	Total	80	100,0

Sumber : Data Primer, 2010

Tabel 2 menunjukkan bahwa hasil analisis pada persepsi kemampuan bidan

dalam memberikan pelayanan pemeriksaan kehamilan di Puskesmas Bula, bidan kurang mampu (60%) lebih besar dari pada bidan mampu dalam memberi pelayanan

pemeriksaan kehamilan pada ibu hamil, untuk ketanggapan bidan menunjukkan bahwa sebagian besar penilaian responden tentang ketanggapan bidan dalam memberikan pelayanan pemeriksaan kehamilan Puskesmas Bula adalah kurang tanggap (71,3%). Pada aspek persepsi mutu dilihat dari aspek keramahan bidan dalam memberikan pelayanan pemeriksaan kehamilan, sebagian besar menyatakan kurang ramah (93,8%), dan pada aspek perhatian, sebagian besar bidan dalam memberikan pelayanan pemeriksaan

kehamilan perhatiannya baik (70%). Pada aspek persepsi terhadap fasilitas, sebagian besar responden mempersepsikan bahwa fasilitas yang dimiliki Puskesmas Bula adalah kurang (58,7%).

Analisis Bivariat

Untuk menilai hubungan persepsi mutu kemampuan dengan kepuasan ibu hamil dilakukan analisis bivariat, terlihat pada tabel 3 berikut ini.

TABEL 3
PERSEPSI MUTU KEMAMPUAN DENGAN KEPUASAN IBU HAMIL DI PUSKESMAS BULA TAHUN 2010

Persepsi Kemampuan	Kepuasan pasien			
	Tidak Puas		Puas	
	n	%	n	%
Kurang Mampu	37	77,1	7	21,9
Mampu	11	22,9	25	78,1
Total	48	100,0	32	100,0

Continuity Correction = 21.467 df = 1 p = 0.000
Sumber : Data Primer, 2010

Pada Tabel 3 dapat dilihat pola sebaran data menunjukkan adanya hubungan persepsi kemampuan bidan dalam memberikan pelayanan pemeriksaan kehamilan dengan kepuasan responden, dimana pada responden yang mempersepsikan bidan kurang mampu cenderung menyatakan tidak puas (77.1%) lebih besar dari pada menyatakan puas sedangkan yang mempersepsikan bidan mampu cenderung menyatakan puas (78.1%) lebih besar dari pada menyatakan tidak puas.

Berdasarkan hasil perhitungan dengan *Chi Square test*, diperoleh nilai (*continuity correction*) = 21,467 dan diperoleh nilai $p = 0,0001$ ($p < 0,01$), maka H_0 ditolak dan H_a diterima, hasil ini memiliki makna ada hubungan yang signifikan antara persepsi kemampuan bidan dalam melakukan pemeriksaan

kehamilan dengan kepuasan ibu hamil. Semakin responden mempersepsikan bidan tidak mampu dalam melakukan pemeriksaan kehamilan, maka responden semakin tidak puas terhadap pelayanan pemeriksaan kehamilan.

Hasil penelitian tersebut sejalan dengan hasil penelitian Suryadi (2009), yang menggambarkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi ibu hamil tentang mutu pelayanan ANC pada dimensi *reliability* (kehandalan) $p = 0,0001$, dan responden yang memiliki persepsi mutu yang tidak sesuai dengan harapannya besar resiko 2,156 kali terjadinya ketidakpuasan terhadap pelayanan ANC di Puskesmas Lamapayung Kuningan.

Untuk mengetahui persepsi mutu ketanggapan responen dengan kepuasan ibu hamil dapat dilihat pada tabel 4 berikut ini.

TABEL 4
PERSEPSI MUTU KETANGGAPAN DENGAN
KEPUASAN IBU HAMIL DI PUSKESMAS BULA TAHUN 2010

Persepsi ketanggapan	Kepuasan pasien				Ket <i>Continuitas Correction = 6,539 df = 1 p = 0,011</i>
	Tidak Puas		Puas		
	n	%	N	%	
Tidak Tanggap	37	64,9	7	30,4	
Tanggap	20	35,1	16	69,6	
Total	57	100,0	23	100,0	

Sumber : data primer 2010

Hasil analisis pada tabel 4 menunjukkan pola sebaran data yang menggambarkan adanya hubungan persepsi ketanggapan bidan dalam memberikan pelayanan pemeriksaan kehamilan dengan kepuasan responden, dimana pada responden yang mempersepsikan bidan tidak tanggap cenderung menyatakan tidak puas (64.9%) lebih besar dari pada mengatakan tidak puas sedangkan responden yang mempersepsikan bidan tanggap cenderung menyatakan puas (69,6%) lebih besar dari pada menyatakan tidak puas.

Berdasarkan hasil perhitungan dengan *Chi Square test*, diperoleh nilai (*continuity correction*) = 6,539, dan nilai $p = 0,011$ ($p < 0,05$), maka H_0 ditolak dan H_a diterima, hasil ini memiliki makna ada hubungan yang signifikan antara persepsi

ketanggapan pelayanan pemeriksaan kehamilan dengan kepuasan ibu hamil. Semakin mempersepsikan bidan tidak tanggap dalam melakukan pemeriksaan kehamilan, maka responden semakin tidak puas terhadap pelayanan pemeriksaan kehamilan.

Terdapat hubungan yang dapat dijelaskan bahwa salah satu *corporate image* rumah sakit yang dapat dinilai responden adalah kemauan petugas untuk membantu, memberi informasi dan siap sedia pada saat responden membutuhkan dapat memberi kepuasan sendiri, begitu pula sebaliknya ketidakpuasan jika hal tersebut terabaikan. (Dobb, 1991).

Untuk mengetahui persepsi mutu keramahan bidan dengan kepuasan ibu hamil, dapat dilihat pada tabel 5 berikut ini.

TABEL 5
PERSEPSI MUTU KERAMAHAN DENGAN KEPUASAN IBU HAMIL
DI PUSKESMAS BULA TAHUN 2010

Persepsi keramahan	Kepuasan pasien				Ket <i>Continuitas Correction = 4,368 df = 1 p = 0,037.</i>
	Tidak Puas		Puas		
	n	%	N	%	
Kurang Ramah	26	70,3	18	41,9	
Ramah	11	29,7	25	58,1	
Total	37	100,0	43	100,0	

Sumber : Data primer 2010

Hasil tabulasi silang persepsi keramahan tabel 5 menunjukkan adanya hubungan persepsi keramahan pelayanan

pemeriksaan kehamilan dengan kepuasan responden, dimana pada responden yang mempersepsikan bidan kurang ramah

cenderung menyatakan tidak puas (70,3%) lebih besar dari pada mengatakan puas sedangkan responden yang mempersepsikan bidan ramah cenderung menyatakan puas (58.1%) lebih besar dari pada menyatakan tidak puas.

Berdasarkan hasil perhitungan dengan *Chi Square test*, diperoleh nilai (*continuity correction*) = 4.364 dan nilai $p = 0,037$ ($p < 0,05$), maka H_0 ditolak dan H_a diterima, hasil ini memiliki makna ada hubungan yang signifikan antara persepsi

keramahan pelayanan pemeriksaan kehamilan dengan kepuasan ibu hamil. Semakin mempersepsikan bidan kurang ramah dalam melakukan pemeriksaan kehamilan, maka responden semakin tidak puas terhadap pelayanan pemeriksaan kehamilan.

Untuk mengetahui persepsi mutu Perhatian bidan dengan kepuasan ibu hamil dapat dilihat pada tabel 6

TABEL 6
PERSEPSI MUTU PERHATIAN DENGAN KEPUASAN
IBU HAMIL DI PUSKESMAS BULA TAHUN 2010

Persepsi perhatian	Kepuasan pasien				Ket
	Tidak Puas		Puas		
	n	%	N	%	
Kurang Perhatian	19	79,2	25	44,6	Continuitas Correction = 6,756 df = 1 p = 0,009
Perhatian	5	20,8	31	55,4	
Total	24	100,0	56	100,0	

Sumber : Data Primer, 2010

Hasil tabulasi silang pada tabel 6 menunjukkan bahwa pada responden yang mempersepsikan bidan kurang perhatian cenderung menyatakan tidak puas (79,2%) lebih besar dari pada mengatakan puas sedangkan responden yang mempersepsikan bidan perhatian cenderung puas (55,4%) lebih besar dari pada menyatakan tidak puas.

Hasil perhitungan dengan *Chi Square test*, diperoleh nilai (*continuity correction*) = 6,576 dan nilai $p = 0,009$ ($p < 0,05$), maka H_0 ditolak dan H_a diterima, hasil ini memiliki makna ada hubungan yang signifikan antara persepsi perhatian pada pelayanan pemeriksaan kehamilan

dengan kepuasan ibu hamil. Semakin mempersepsikan bidan kurang perhatian dalam melakukan pemeriksaan kehamilan, maka responden semakin tidak puas terhadap pelayanan pemeriksaan kehamilan.

Temuan dengan adanya hubungan antara empati dengan kepuasan dapat dijelaskan bahwa kemampuan petugas dalam hubungan teraupetik, komunikasi interpersonal, keramahan, kesopanan, dan kesabaran dapat memberikan arti penting tersendiri bagi pasien yang merasa dianggap sebagai manusia yang dihargai.

Untuk mengetahui persepsi mutu ketersediaan fasilitas dengan kepuasan ibu hamil dapat dilihat pada tabel 7 berikut ini

TABEL 7
PERSEPSI MUTU FASILITAS DENGAN KEPUASAN IBU HAMIL
DI PUSKESMAS BULA TAHUN 2010

Persepsi fasilitas	Kepuasan pasien				Ket
	Tidak Puas		Puas		
	n	%	N	%	
Kurang	26	78,8	18	38,3	Continuitas Correction = 11,258 df = 1 p = 0,001
Baik	7	21,2	29	61,7	
Total	33	100,0	47	100,0	

Sumber : Data Primer, 2010

Hasil tabulasi silang pada tabel 7 menunjukkan bahwa pada responden yang mempersepsikan bidan kurang perhatian cenderung menyatakan tidak puas (79,2%) lebih besar dari pada mengatakan puas sedangkan responden yang mempersepsikan bidan perhatian cenderung puas (55,4%) lebih besar dari pada menyatakan tidak puas.

Berdasarkan hasil perhitungan dengan *Chi Square test*, diperoleh nilai (*continuity correction*) = 11,258 dan nilai $p = 0,001$ ($p \leq 0,001$), maka H_0 ditolak dan H_a diterima, hasil ini memiliki makna ada hubungan yang sangat signifikan antara persepsi fasilitas pelayanan pemeriksaan kehamilan dengan kepuasanresponden. Semakin mempersepsikan fasilitas pelayanan kurang, maka responden semakin tidak puas terhadap pelayanan pemeriksaan kehamilan.

Pola hubungan yang terjadi pada data analisis statistik tersebut menunjukkan bahwa jika responden yang mendapatkan pelayanan pemeriksaan kehamilan berpersepsi baik terhadap mutu fasilitas ini akan memberikan tingkat kepuasan yang baik pula, yang berarti fasilitas yang didapatkan akan mempengaruhi keputusan ibu hamil untuk melakukan kunjungan ulang ke Puskesmas. Sebagaimana yang dijelaskan Yamet, (2001) bahwa kepuasan konsumen terhadap suatu produk tergantung fasilitas yang didapatkan seperti kelengkapan alat, kapasitas kualitas produk dan dukungan peralatan yang baik.

Rekapitulasi hasil pembahasan analisis hubungan persepsi mutu pelayanan pemeriksaan kehamilan dengan kepuasan responden berdasarkan tabulasi silang (*chi square*) yang telah diuraikan sebelumnya, disajikan dalam tabel 8

TABEL 8
HASIL UJI HUBUNGAN ANTARA PERSEPSI MUTU PELAYANAN PEMERIKSAAN
KEHAMILAN DENGAN KEPUASAN IBU HAMIL DI PUSKESMAS BULA
TAHUN 2010

No	Variabel	P-value	Keterangan
1	Kemampuan	0,0001	Berhubungan
2	Ketanggapan	0,011	Berhubungan
3	Keramahan	0,037	Berhubungan
4	Perhatian	0,009	Berhubungan
5	Fasilitas	0,001	Berhubungan

Sumber : Data Primer 2010

Pengaruh persepsi ibu hamil tentang mutu pelayanan pemeriksaan kehamilan terhadap kepuasan ibu hamil di Puskesmas Bula dianalisis menggunakan uji regresi logistik. Melalui uji tersebut diharapkan dapat diperoleh model regresi yang baik, yang mampu menjelaskan variabel yang berpengaruh terhadap kepuasan pasien.

Tabel 9 berikut ini menunjukkan hasil analisis pengaruh variabel bebas pada persepsi ibu hamil tentang mutu pelayanan

pemeriksaan kehamilan di Puskesmas Bula, dan setelah dilakukan analisis multivariat menggunakan metode enter, dengan berbagai macam variasi dalam memasukan variabel bebas secara bersama-sama.

Pada tabel 10 menunjukkan hasil analisis regresi multivariat metode enter pada persepsi tentang mutu pelayanan pemeriksaan kehamilan terhadap kepuasan ibu hamil di puskesmas bula tahun 2010

TABEL 9
HASIL ANALISIS PENGARUH VARIABEL BEBAS PADA PERSEPSI IBU HAMIL TENTANG MUTU PELAYANAN PEMERIKSAAN KEHAMILAN DI PUSKESMAS BULA TAHUN 2010

Variabel	B	SE	Wald	df	sig	Exp-B
Persepsi	2.486	0.548	20.546	1	.000	12.013
Persepsi	1.442	0.531	7.362	1	.007	4.229
Persepsi Keramahan	1.189	0.474	6.282	1	.012	3.283
Persepsi Perhatian	1.550	0.570	7.396	1	.007	4.712
Persepsi Fasilitas	1.789	0.521	11.796	1	.001	5.984

Sumber : Data Primer 2010

TABEL 10
HASIL ANALISIS REGRESI MULTIVARIAT METODE ENTER PADA PERSEPSI TENTANG MUTU PELAYANAN PEMERIKSAAN KEHAMILAN TERHADAP KEPUASAN IBU HAMIL DI PUSKESMAS BULA TAHUN 2010

Variabel	B	SE	Wald	df	sig	ExpB	95% Confidence Interval for Exp(B)	
							Lower Bound	Upper Bound
Kemampuan	2.141	.630	11.563	1	.001	8.510	2.477	29.238
Perhatian	1.929	.753	6.572	1	.010	6.884	1.575	30.091
Fasilitas	2.379	.697	11.651	1	.001	10.794	2.754	42.311

Sumber : Data Primer, 2010
 Variable(s) entered on step 1: KMAMPU, KPERHATI, KFASILIT

Dari hasil uji statistik multivariat pada table 10 dapat diketahui bahwa kedua

variabel memiliki nilai p-value < 0,05, yaitu variabel persepsi kemampuan memiliki p= 0,001 dan Exp.(B) sebesar 8.510, variabel persepsi perhatian memiliki p= 0,010 dan Exp.(B) sebesar 6.884 dan variabel persepsi fasilitas memiliki p= 0,001 dan Exp. (B) Bersama-sama variabel mutu persepsi kemampuan, perhatian dan fasilitas pelayanan pemeriksaan kehamilan berpengaruh terhadap kepuasan ibu hamil di puskesmas Bula

Bila dilihat dari besarnya pengaruh, maka ibu hamil dengan persepsi kemampuan "kurang mampu" besar resiko menimbulkan

Ketidakpuasan terhadap pelayanan pemeriksaan kehamilan 8,5 x lebih besar dari pada persepsi mampu, persepsi perhatian "kurang perhatian" besar resiko menimbulkan ketidakpuasan terhadap pelayanan pemeriksaan kehamilan 6,8 x lebih besar dari pada persepsi perhatian dan pada ibu hamil dengan persepsi fasilitas "kurang" besar resiko menimbulkan ketidakpuasan terhadap pelayanan pemeriksaan kehamilan 10,7 x lebih besar dari pada persepsi fasilitas baik. Sehingga untuk meningkatkan kepuasan ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan perlu meningkatkan kemampuan bidan, perhatian bidan serta fasilitas pelayanan pemeriksaan kehamilan secara bersama-sama.

Mutu pelayanan kesehatan itu sendiri sangat berhubungan erat dengan kepuasan, dimana menurut Tjiptono kepuasan mampu memberikan dasar yang baik bagi pembelian ulang dan terciptanya kunjungan ulang pelanggan, serta membentuk satu rekomendasi dari mulut ke mulut yang menguntungkan.

Demikian pula menurut Griffit, dalam Notoadmojo (2003) yang mengungkapkan bahwa kepuasan merupakan pondasi dari kunjungan ulang. Dimana dalam rangka meningkatkan kunjungan ulang, diperlukan suatu upaya untuk meningkatkan kepuasan setiap pelanggan dan mempertahankan kepuasan

tersebut dalam jangka panjang, yang salah satunya dapat dilakukan dengan menambahkan nilai pada apa yang ditawarkan.

Dengan demikian maka seluruh variabel mutu pelayanan pemeriksaan kehamilan yang memiliki pelaksanaannya perlu dievaluasi secara berkala sehingga dapat diketahui apakah sudah terlaksana dengan baik atau tidak dengan menilai indikator pelayanan seperti jumlah kunjungan pertama (K1) dan kunjungan ulang (K4). Sebagaimana contoh perlu diketahui apakah terjadi penurunan cakupan dari kunjungan K1 ke K4, jika terjadi maka sebaiknya dilakukan evaluasi apa penyebabnya melalui *micro planning* puskesmas.

Oleh sebab itu untuk meningkatkan kunjungan ulang ibu hamil dalam pelayanan pemeriksaan kehamilan di Puskesmas Bula perlu dilakukan upaya mengurangi rasa tidak puas terhadap mutu layanan pemeriksaan kehamilan oleh ibu hamil dengan secara bersama-sama meningkatkan dimensi mutu yang menyangkut kemampuan, khususnya dalam hal perlukan bidan dalam melakukan pengambilan darah di ujung cari ibu saat memeriksa hb, dimensi ketanggapan khususnya dalam hal memberi tidak memberi kesempatan untuk ibu hamil bertanya sebaiknya tidak dilakukan, dimensi keramahan terutama dalam hal bidan tidak senyum pada saat melakukan pemeriksaan kehamilan sebaiknya senyum pada saat melakukan pelayanan, dimensi perhatian terutama dalam hal penyampaian informasi yang tidak disampaikan kepada ibu hamil sebaiknya dilakukan dengan memberi informasi yang mudah di mengerti tentang kehamilan, dimensi bukti fisik khususnya dalam hal ketersediaan alat yang masih kurang sebaiknya diusahakan supaya alat lengkap.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan bahwa responden memiliki persepsi bidan kurang mampu 60%, responden memiliki persepsi bidan kurang tanggap 71,3%, responden memiliki persepsi bidan kurang ramah 93,8% responden memiliki persepsi bidan kurang perhatian 70%, responden memiliki persepsi fasilitas kurang 58,8%, dan 55% responden memiliki persepsi kepuasan terhadap pelayanan kehamilan. 3) Responden yang mempunyai persepsi ketidakpuasan terhadap pemeriksaan kehamilan sebesar 55%. 4) Ada hubungan antara persepsi mutu kemampuan bidan dalam pelayanan pemeriksaan kehamilan dengan kepuasan responden ($\chi^2=21,467$ $df=1$ nilai $p = 0,0001$), 5) Ada hubungan antara persepsi mutu ketanggapan petugas dalam pelayanan kehamilan dengan kepuasan responden ($\chi^2= 6,539$ $df=1$ nilai $p = 0,011$), 6) Ada hubungan antara persepsi mutu keramahan petugas dalam melakukan pelayanan pemeriksaan kehamilan dengan kepuasan responden ($\chi^2= 4,364$ $df=1$ nilai $p =0,037$), 7) Ada hubungan antara persepsi mutu perhatian petugas dalam pelayanan pemeriksaan kehamilan dengan kepuasan responden ($\chi^2= 6,756$ $df=1$ nilai $p = 0,009$), 8) (Ada hubungan antara persepsi fasilitas pelayanan pemeriksaan kehamilan dengan kepuasan responden ($\chi^2= 11,258$ $df=1$ nilai $p = 0,001$), 9) Dari hasil analisis regresi logistik multivariat antara variabel persepsi mutu pelayanan pemeriksaan kehamilan terhadap kepuasan responden diperoleh bahwa persepsi fasilitas ($p = 0,001$.Exp.(B) =10,7940, persepsi mutu kemampuan ($p=0,001$.Exp.(B)=8,510), persepsi perhatian ($p=0,010$.Exp.(B)=6,8840, memiliki pengaruh secara bersama-sama terhadap kepuasan responden.

Berdasarkan kesimpulan di atas maka saran yang dapat diberikan adalah pihak manajemen terutama bidan yang bertanggung jawab di ruang KIA di Puskesmas Bula, perlu mengevaluasi

pelaksanaan pemeriksaan kehamilan yang sesuai standar operasional prosedur (SOP), meningkatkan pengetahuan dan keterampilan petugas dalam melakukan pemeriksaan kehamilan terutama mengukur tinggi fundus uteri dan mengambil darah secara benar, jadwal kunjungan di ruang KIA di perhatikan yang biasanya dilakukan seminggu sekali dirubah, agar petugas dalam melakukan pemeriksaan kehamilan lebih perhatian terhadap ibu hamil, memperbaiki dan melengkapi kebutuhan sarana pelayanan kehamilan yang sesuai dengan standar operasional prosedur (stetoskop janin, pita sentimeter) penambahan jumlah buku KIA, dan perbaikan ruang pelayanan pemeriksaan kehamilan terutama ventilasi udara dan cahaya.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI, 2007. *Pedoman Pelayanan Antenatal*, Dir Bina Medis Dasar, Dit Jen Bina Pelayanan Medis. Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Seram Bagian Timur, 2006. *Profil Kesehatan Seram bagian Timur*.
- Dobb, G, 1991. *Multiple Organ Failure, Words Mean What I Say They Mean, In Intensive Care Word*.
- Notoatmodjo, 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Puskesmas Bula, Kabupaten Seram Bagian Timur, 2007. *Laporan Pelayanan Antenatal Care Puskesmas*.
- Supranto J, 1997. *Pengukuran Tingkat kepuasan Pelanggan untuk Menaikan Pangsa Pasar*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Sugianto, 2001. *Aspek-Aspek Mutu Yang Berpengaruh Pada Pemeliharaan Tempat Pelayanan ANC di Wilayah Puskesmas Toroh 1 Kecamatan Grobogan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Suryadi, 2009. *Analisis Pengaruh Persepsi Mutu Layanan Ante Natal Care Terhadap Kepuasan Ibu Hamil di Puskesmas Lamepayung Kabupaten*

Kuningan, Jawa Barat. *Tesis*. Tidak
Dipublikasikan
Yamet, Zulian, 2001. *Manajemen Kualitas
Produksi dan Jasa*, Ekonisia,
Yogyakarta.

UPAYA MENURUNKAN KEJADIAN KANKER SERVIKS MELALUI PENGETAHUAN IBU RUMAH TANGGA TENTANG PAP SMEAR DAN VAKSINASI DI RT 006/RW 04 KELURAHAN KUDAMATI KOTA AMBON

Magdalena Nederupun, Betty Sahertian, Jeane Ratulangi
Dosen Poltekkes Maluku

Abstrak: Kanker serviks disebabkan *Human Papilloma Virus*, merupakan kanker mematikan nomor 2 di dunia pada wanita di bawah 45 tahun, nomor 3 di dunia pada wanita setelah kanker payudara dan paru-paru, sedangkan di Indonesia merupakan pembunuh nomor 1. Kanker serviks dapat dicegah dengan pemeriksaan *Pap Smear* dan vaksinasi. Penelitian deskriptif ini bertujuan menggambarkan pengetahuan ibu rumah tangga tentang *Pap Smear* dan vaksinasi untuk menurunkan kejadian kanker serviks dengan menggunakan 60 responden sebagai sampel dengan teknik penarikan sampel secara *purposive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Pengetahuan ibu rumah tangga tentang pengertian kanker serviks berada pada kategori sedang sebanyak 50 orang (83,33%), dan kategori rendah sebanyak 10 orang (16,67%). Pengetahuan ibu rumah tangga tentang tanda dan gejala kanker serviks berada pada kategori sedang sebanyak 38 orang (63,33%), dan kategori rendah sebanyak 22 orang (36,67%). Pengetahuan ibu rumah tangga tentang pengertian *Pap Smear* berada pada kategori sedang sebanyak 47 orang (78,33%), dan kategori rendah sebanyak 13 orang (21,67%). Pengetahuan ibu rumah tangga tentang prosedur pemeriksaan *Pap Smear* berada pada kategori sedang sebanyak 42 orang (70%), dan kategori rendah sebanyak 18 orang (30%). Pengetahuan ibu rumah tangga tentang pengertian vaksinasi berada pada kategori sedang sebanyak 43 orang (71,67%), dan kategori rendah sebanyak 17 orang (28,33%). Pengetahuan ibu rumah tangga tentang prosedur pemberian vaksinasi berada pada kategori sedang sebanyak 46 orang (76,67%), dan kategori rendah sebanyak 14 orang (23,33%). Disarankan kepada pihak puskesmas agar memberikan promosi kesehatan tentang kanker serviks kepada masyarakat. Masyarakat juga harus mencari informasi kesehatan, khususnya kesehatan reproduksi lewat media cetak maupun elektronik bila ingin tetap sehat, kepada peneliti selanjutnya agar melakukan penelitian di daerah pedesaan dengan ruang lingkup yang lebih luas.

Kata Kunci : Pengetahuan, Pap Smear, Vaksinasi, Kanker Serviks.

PENDAHULUAN

Kanker serviks adalah kanker yang terjadi pada leher rahim atau mulut rahim, yakni suatu daerah yang menghubungkan rahim dengan vagina yang disebabkan oleh *Human Papilloma Virus* (HPV) dan merupakan kanker mematikan nomor 2 di dunia pada wanita berusia di bawah 45 tahun, dan saat ini merupakan penyakit kanker paling mematikan nomor 3 di dunia pada wanita setelah kanker payudara dan paru-paru (Ana, 2007).

Menurut data dari Badan Kesehatan Dunia dalam Emilia, Hananta, Kusumanto, Freigta (2010), terdapat 493.243 jiwa per tahun penderita kanker serviks baru di dunia dengan angka kematian karena kanker sebanyak 273.505 jiwa per tahun. Melihat perkembangan jumlah penderita dan kematian akibat kanker serviks, diperkirakan sekitar 10% wanita di dunia sudah terinfeksi HPV. Sehingga muncul fakta baru bahwa semua wanita mempunyai risiko untuk terkena infeksi HPV.

Infeksi oleh jenis HPV tertentu merupakan penyebab utama kanker serviks. Jenis-jenis HPV, yang merupakan penyebab kanker serviks adalah tipe 16 dan tipe 18. Infeksi HPV sebagian besar (80%) terjadi di Negara sedang berkembang, artinya angka kejadian infeksi baru di Negara sedang berkembang rata-rata 61 per 100.000 wanita. Dalam lima tahun terakhir, secara global diperkirakan telah didiagnosis sebanyak 1.401.400 kasus kanker serviks dan 3.860.300 kasus penderita kanker payudara. Dari angka tersebut, kanker serviks dari Negara berkembang berjumlah 1.064.000 kasus, sedangkan untuk kanker payudara adalah 1.522.000 kasus (Emilia, *et.al*, 2010).

Di Indonesia, kanker serviks menduduki urutan kedua penyebab kematian wanita di Indonesia. Diperkirakan angka kejadian kanker serviks di Indonesia (*Age-Standardized Rate/ASR*) sebesar 15,7 per 100.000), hampir sama dengan angka kejadian di Asia Tenggara dan Malaysia. Sedangkan untuk Filipina, ASR sebesar 20,9, Thailand (ASR : 19,8) dan Vietnam (ASR : 20,2) lebih tinggi dibandingkan Indonesia dan Asia Tenggara secara keseluruhan. Diperkirakan 15.000 kasus baru kanker serviks terjadi setiap tahunnya di Indonesia, sedangkan angka kematiannya diperkirakan 7.500 kasus per tahun (Emilia, *et.al*, 2010).

Menurut Nurwijaya, Andrijono, Suheimi (2010), wanita di Indonesia sangat tinggi risikonya terkena kanker serviks. Hal ini disebabkan banyak wanita Indonesia yang miskin dan tidak mampu mencukupi kebutuhan gizi sehat sehingga sistem kekebalan tubuhnya lemah, tidak ada biaya untuk melakukan tes *Pap Smear*, banyak juga yang terjangkiti dari pihak suaminya yang sering berganti pasangan hubungan seksual, serta tingkat pengetahuan yang rendah sehingga kurangnya kesadaran menjaga kebersihan tubuh dan vagina khususnya. Karena kondisi tubuh dan alat

kelamin yang kotor dapat menyebabkan timbul dan berkembang biaknya virus.

Emilia, *et.al* (2010) juga mengatakan bahwa mayoritas wanita yang didiagnosis kanker serviks biasanya tidak melakukan skrining tes atau tidak melakukan tindak lanjut setelah ditemukan adanya hasil abnormal. Tidak melakukan tes skrining merupakan faktor predisposisi terbesar terjadinya kanker serviks pada seseorang. Di Indonesia, hambatan tes skrining cukup besar terutama karena belum menjadi program wajib pelayanan kesehatan (Emilia, *et.al*, 2010).

Menurut Emilia, *et.al* (2010), diketahuinya kanker serviks pada seorang wanita di Indonesia setelah berada pada stadium lanjut disebabkan karena kendala sosial yaitu berkaitan dengan konsep tabu. Dimana karena kanker ini menyerang daerah sensitif dan tertutup bagi wanita sehingga bukan hal yang mudah untuk mendorong wanita membuka diri dan mengizinkan dilakukan pemeriksaan, apalagi bila dilakukan oleh dokter atau paramedis laki-laki. Hal ini lebih banyak terjadi pada masyarakat pedesaan dengan pengetahuan yang masih kurang. Selain itu masalah ekonomi atau pembiayaan karena pemeriksaan dini kanker serviks atau skrining memerlukan biaya yang tidak murah. Untuk pencegahan primer kanker serviks, seperti vaksinasi di Indonesia merupakan hal yang baru bagi masyarakat dan harganya yang masih mahal .

Studi pendahuluan yang dilakukan pada beberapa ibu rumah tangga di RT 006/RW 04 kelurahan Kudamati Kota Ambon ternyata ibu-ibu tersebut belum tahu tentang kanker serviks, apalagi tentang *Pap Smear* dan vaksinasi untuk pencegahannya, padahal lokasi tersebut berada di ibukota Propinsi Maluku.

Berdasarkan hal-hal tersebut di atas, maka penelitian ini akan mengetahui gambaran pengetahuan ibu rumah tangga tentang *Pap Smear* dan vaksinasi untuk menurunkan kejadian kanker serviks.

Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil "tahu" dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan itu sendiri dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal. Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan, dimana diharapkan bahwa dengan pendidikan yang tinggi maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Akan tetapi perlu ditekankan, bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah mutlak berpengetahuan rendah pula. Hal ini mengingat bahwa peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal saja, akan tetapi dapat diperoleh melalui pendidikan non formal. Pengetahuan di dalam domain kognitif mempunyai enam tingkat menurut Bloom dalam Notoatmodjo (2003), yaitu: a. tahu (*know*); b. memahami (*comprehention*); c. aplikasi (*application*); d. analisis (*analysis*); e. sintesis (*syntesis*); f. evaluasi (*evaluation*).

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan menurut Notoatmodjo (2003), adalah : a. faktor internal meliputi : 1) pendidikan; 2) pekerjaan; 3) umur; b. faktor eksternal, meliputi: 1) faktor lingkungan; 2) sosial budaya.

Kanker Serviks

Kanker serviks adalah kanker yang tumbuh dari sel-sel serviks. Kanker serviks dapat berasal dari sel-sel di leher rahim (serviks) tetapi dapat pula tumbuh dari sel-sel mulut rahim (porsio) atau keduanya. Penyebab utama timbulnya kanker serviks menurut Nurwijaya, *et.al* (2010) adalah terinfeksi virus HPV resiko tinggi atau HPV onkogenik yaitu HPV yang mengandung protein yang menyebabkan terjadinya kanker (onkoprotein). Infeksi virus HPV dapat menular melalui hubungan seksual dan antara kulit ke kulit. Namun tidak semua individu yang tertular virus

HPV melalui hubungan seks berkembang menjadi kanker.

Menurut *American Cancer Society* (Marcovic dalam Nurwijaya, *et.al*, 2010), faktor-faktor yang dapat meningkatkan peluang kanker serviks pada wanita adalah sebagai berikut : a. infeksi HPV : HPV adalah virus yang tersebar luas menular melalui hubungan seksual; b. perilaku seks yang meliputi : 1) banyak mitra seks; perempuan yang memiliki lebih dari satu pasangan seks; 2) aktivitas seksual dini: wanita yang telah memiliki aktivitas seksual dini sebelum usia 18 tahun lebih beresiko tinggi sebab sel-sel serviksnya sangat rapuh di usia muda ini; 3) mempunyai pasangan yang sering berganti-ganti partner dalam hubungan seks; 4) berhubungan seks dengan laki-laki yang tidak disunat; 5) infeksi penyakit menular seks lain: perempuan yang telah mengidap penyakit menular seks seperti AIDS, *gonorrhoea* A lebih rentan terhadap kanker serviks; c. riwayat keluarga kanker serviks : terutama yang mempunyai ibu atau saudara perempuan yang telah menderita kanker serviks; d. umur, kanker ini lebih sering terjadi pada usia 40 tahun ke atas dan sangat jarang terjadi pada wanita rendah dari usia 15 tahun. Kanker serviks juga banyak menyerang perempuan lanjut usia, yang mungkin karena alasan sederhana bahwa setelah mengalami *menopause* banyak dari mereka berpikir bahwa tidak perlu lagi untuk melakukan tes *Pap Smear*; e. merokok : wanita yang merokok memiliki risiko dua kali lebih besar terhadap kanker serviks daripada non perokok.

Bahan-bahan kimia yang ditemukan dalam rokok setelah terhisap melalui paru-paru dapat terdistribusi luas ke seluruh tubuh melalui aliran darah. Beberapa senyawa tersebut dapat dijumpai pada lendir serviks wanita yang merokok; f. pendapatan atau status sosial ekonomi : karena tingkat penghasilan secara langsung berhubungan dengan standar hidup, para wanita berpendapatan rendah hampir lima

kali lebih tinggi berisiko terkena kanker serviks daripada kelompok wanita yang berpendapatan lebih tinggi. Kemiskinan yang mengakibatkan ketidakmampuan mereka untuk mendapat pelayanan kesehatan yang baik dan tidak dapat membayar biaya-biaya tes kesehatan yang mahal, terutama di Indonesia dengan 52 juta penduduk wanita yang berisiko terkena kanker serviks. Menurut data setiap hari di Indonesia ada 40 orang wanita terdiagnosa dan 20 wanita meninggal karena kanker serviks; g. ras : wanita berasal dari Asia dan Afrika berisiko lebih tinggi mengalami kanker serviks dan pada saat terdeteksi mereka sudah memiliki stadium lanjut dibandingkan dengan wanita kulit putih; h. diet yang tidak sehat : jenis asupan makanan sehari-hari yang tidak sehat dan tidak layak juga merupakan alasan yang bisa menempatkan perempuan pada risiko terkena kanker serviks. Kerendahan gizi juga diakui sebagai penyebab sistem kekebalan tubuh menjadi lemah dan tidak dapat melawan virus; i. adanya sel abnormal : sel seperti *dyskaryosis* meningkatkan tingkat risiko kanker; j. sering hamil : melahirkan anak banyak dan sering hamil juga dapat meningkatkan risiko kanker serviks pada wanita; k. DES : anak perempuan dari seorang ibu yang menggunakan obat DES (diethylstilbestrol) pada awal tahun 1970-an berdasarkan hasil penelitian berisiko lebih tinggi terkena kanker serviks. DES adalah obat penguat kehamilan, agar janin tidak gugur; l. pil KB : penggunaan pil KB dapat meningkatkan risiko kejadian kanker serviks, terutama yang sudah positif terhadap HPV. Fakta menunjukkan bahwa penggunaan kontrasepsi oral (pil KB) sedikitnya lima tahun ada hubungannya dengan peningkatan risiko kanker serviks.

Menurut Nurwijaya, *et.al* (2010), gejala kanker serviks terbagi dua yaitu : a. gejala awal kanker serviks pada stadium lanjut, antara lain : 1) keputihan yang tidak sembuh dengan pengobatan pada

umumnya; 2) nyeri pada perut bawah; 3) pendarahan sesudah melakukan hubungan intim; 4) pendarahan sesudah mati haid (*menopause*); 5) seringkali tanpa gejala, dideteksi atau diketahui dengan skrining; b. gejala kanker serviks yang lebih lanjut atau telah terjadi penyebaran, antara lain : 1) pada tahap lanjut dapat keluar cairan kekuning-kuningan, berbau atau bercampur darah (keputihan karena kanker); 2) tidak dapat buang air kecil (sumbatan saluran kencing); 3) sakit ketika melakukan hubungan seks; 4) terasa sangat lelah; 5) hilang nafsu makan; 6) turun berat badan; 7) nyeri panggul (kanker yang mengisi panggul); 8) sakit punggung (penyebaran ke tulang punggung); 9) sakit di kaki (karena kaki bengkak, penyebaran ke tulang kaki); 10) salah satu kaki bengkak (kanker yang menyumbat pembuluh limfe); 11) banyak pendarahan dari vagina (endarahan dari kanker serviks); 12) bocor air kencing dan feses dari vagina (ada lubang atau fistel kandung kencing atau usus bawah); 13) keretakan tulang (penyebaran ke tulang); 14) batuk-batuk (penyebaran ke paru-paru). Dari berbagai hasil penelitian bahwa banyak penderita kanker serviks yang tidak memperlihatkan gejala sama sekali.

Nurwijaya, *et.al* (2010), mengemukakan tahapan klinis kanker serviks terbagi atas beberapa tahapan yaitu : a. tahap I atau stadium I : kanker terbatas pada serviks, terbagi atas : 1) IA : terdeteksi kanker invasif hanya mikroskopis; 2) IA1 : invasif dengan kedalaman < 3 mm dan lebar < 5 mm; 3) IA2 : invasif dengan kedalaman > 3 mm tetapi < 5 mm, dan lebar < 7 mm; 4) IB : kanker dapat terlihat jelas di permukaan serviks; 5) IB1 : kanker di serviks < 4 cm; 6) IB2 : kanker di serviks > 4 cm; b. tahap II atau stadium II : penyebaran ke struktur yang berdekatan, meliputi : 1) IIA : menyebar ke bagian vagina; 2) IIB : menyebar membujur dinding panggul; c. tahap III atau stadium III : berkembang lebih luas tetapi masih

dalam panggul, meliputi : 1) IIIA : kanker berkembang panjang ke daerah vagina yang lebih rendah; 2) IIIB : kanker berkembang panjang ke dinding panggul hingga menghambat saluran kencing; d. tahap IV atau stadium IV : menyebar luas dan melibatkan organ panggul, meliputi : 1) IVA : meliputi bagian dalam kandung kemih dan rektum; 2) IVB : metastase jauh hingga ke bagian paru-paru, hati atau tulang.

Kanker serviks dapat dicegah. Ada dua pencegahan yaitu pencegahan primer dan pencegahan sekunder. Pencegahan primer adalah pencegahan faktor penyebab kanker serviks yaitu mencegah terjadinya infeksi HPV, baik dengan cara menghindari faktor-faktor yang menyebabkan infeksi HPV dan melakukan vaksin HPV. Sedangkan pencegahan sekunder adalah menemukan kelainan lesi prakanker dan mengobati lesi prakanker yang ditemukan sehingga kelainan lesi prakanker tidak berlanjut menjadi kanker serviks. Pencegahan sekunder dapat dilakukan dengan *Pap Smear* dan *Inspection Visual with Acetic Acid (IVA)*., serta *Liquid Based Cytology* (Nurwijaya, *et.al*, 2010).

Pap Smear

Pap Smear adalah salah satu metode skrining untuk menemukan infeksi HPV dan lesi prakanker. *Pap Smear* adalah salah satu bentuk untuk mendeteksi kanker serviks sesuai nama penemunya seorang dokter asal Yunani yang bernama DR. Georgios Papanicolau pada tahun 1943 yang bertujuan untuk menemukan kelainan sel serviks pada tahap prakanker dan mengobati sehingga tidak berlanjut menjadi kanker serviks (Nurwijaya, *et. al*, 2010).

Vaksinasi vaksin HPV adalah proses memasukkan kuman yang sudah dilemahkan agar tubuh terpacu membentuk antibodi. Selain antigen (virus) dalam vaksinasi juga dimasukkan *adjuvant* yaitu zat tambahan agar tubuh dapat membentuk antibodi yang lebih tinggi untuk melawan virus yang masuk. Secara alamiah setiap

kali ada infeksi, tubuh akan membentuk antibodi, tetapi jumlahnya tidak banyak. Padahal untuk menangkal agar virus tidak masuk ke dalam tubuh dibutuhkan antibodi dalam jumlah banyak. Sehingga vaksinasi HPV ini dilakukan tiga kali. Dengan jadwal 0, 1, 6, artinya bila vaksinasi pertama dilakukan bulan Juni, maka vaksinasi kedua pada bulan Juli, dan ketiga pada bulan Desember (Winarto, 2009).

Vaksin HPV adalah obat yang berisi protein HPV (cangkang HPV) yang dapat merangsang pembentukan antibodi dapat mematikan kuman atau virus penyebab penyakit yang tidak mengandung DNA-HPV (Nurwijaya, *et.al*, 2010). Vaksin ini ditemukan oleh Prof. Haral Zur Hausen asal Jerman pada tahun 2008 dan dianugerahi Nobel Kesehatan pada tahun 2008 itu juga. Vaksin ini terdiri dari zat yang memicu terjadinya respon kekebalan tubuh (antigen) dan zat yang memperkuat kekebalan terhadap antigen (*adjuvant*). Jika keduanya diberikan pada tubuh secara bersamaan maka akan memberikan reaksi antibodi pada tubuh akan kuat sekali. Vaksin ini memberikan perlindungan 100% dan fokus terhadap HPV tipe 16 dan tipe 18 yang merupakan penyebab terbanyak orang terjangkit kanker serviks (Djauzi, 2009).

Vaksin HPV diberikan dengan suntikan. Suntikan dilakukan tiga kali yaitu disuntik sekarang, bulan depan dan bulan keenam. Suntikan vaksin dilakukan secara intramuskular di otot lengan, bokong (pantat) maupun di paha. Ada dua merk vaksin yang beredar di Indonesia yaitu Gardasil dan Cervarix dengan harga Rp. 600.000 – 1,3 juta per dosis (Nurwijaya, *et.al*, 2010). Cara kerja vaksin ini dengan merangsang antibodi respons kekebalan tubuh terhadap HPV dimana antibodi ditangkap untuk membunuh HPV sehingga virus HPV tidak dapat masuk ke serviks (Emilia, *et.al*, 2010).

Penelitian menunjukkan bahwa perlindungan vaksin dapat berlangsung lebih dari 6 tahun. Penelitian lebih lanjut sedang dilakukan untuk mengetahui apakah

dibutuhkan *booster* (suntikan ulang) beberapa tahun setelah pemberian vaksin HPV untuk meningkatkan perlindungan. Vaksin ini tidak melindungi terhadap semua jenis HPV sehingga tidak 100% dapat mencegah semua kasus kanker serviks. Sekitar 30% dari kanker serviks tidak dapat dicegah oleh vaksin sehingga sangatlah penting bagi wanita untuk tetap melakukan skrining rutin (*Pap Smear* rutin). Juga vaksin tidak mencegah infeksi menular seksual (IMS) lainnya yang bukan disebabkan virus HPV (Emilia, *et.al*, 2010). Menurut Nurwijaya, *et.al* (2010), vaksin HPV mempunyai efektivitas mencegah infeksi HPV sampai 6 hingga 7 tahun (vaksin bivalent) tetapi penelitian masih berjalan.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif untuk menggambarkan pengetahuan ibu rumah tangga tentang *Pap Smear* dan vaksinasi untuk menurunkan kejadian kanker serviks di RT 006/RW 04 Kelurahan Kudamati Kota Ambon yang dilaksanakan selama 3 minggu pada tanggal 25 Oktober s.d 13 Nopember 2010.

Populasi dalam penelitian ini adalah ibu-ibu rumah tangga yang berada di RT 006/RW 04 Kelurahan Kudamati Kota Ambon sebanyak 104 orang. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling* dengan memperhatikan kriteria inklusi dan Kriteria inklusi adalah : umur 18-50 tahun, menikah, bisa membaca dan menulis, bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi adalah : umur < 18 tahun dan > 50 tahun, belum atau tidak menikah, tidak bersedia menjadi responden, dan saat penelitian sedang berada di luar kota atau daerah. Jadi jumlah sampel yang diperoleh sebanyak 60 orang.

Data didapatkan dengan penyebaran kuesioner. Setelah kuesioner terkumpul, kemudian dilakukan pengolahan data dengan menggunakan program SPSS Versi 13 selanjutnya disajikan dalam bentuk tabel frekuensi kemudian diinterpretasikan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik responden berdasarkan umur, pekerjaan, maupun pendidikan terakhir dapat dilihat pada tabel 1 berikut ini.

TABEL 1
DISTRIBUSI KARAKTERISTIK RESPONDEN

No	Karakteristik Responden	Jumlah (Orang)	Persentase (%)
1.	Umur :		
	< 20 tahun	1	1,67
	20-35 tahun	24	40,00
2.	> 35 tahun	35	58,33
	Pekerjaan :		
	Dosen/PNS/Swasta/Karyawan	16	26,67
3.	Wiraswasta/Penjual/Penjahit/Pramuniaga/PRT	8	13,34
	Ibu Rumah Tangga	36	59,99
4.	Pendidikan Terakhir :		
	D3/S1/S2	10	16,67
	SMA/D2	36	60,00
5.	SD/SMA	14	23,33
	Jumlah anak :		
6.	≤ 2 orang	36	60,00
	> 2 orang	24	40,00

Sumber : Data Primer, 2010.

Berdasarkan tabel di atas, persentase responden paling banyak dijumpai pada kelompok umur >35 tahun yaitu 58,33%, persentase responden yang bekerja sebagai ibu rumah tangga yaitu 59,99%, pendidikan terakhir responden yang paling banyak adalah SMA/D2 yaitu sebesar 60%. Jumlah

anak responden yang terbanyak adalah ≤ 2 orang yaitu 60%.

Distribusi pengetahuan responden tentang pengertian, tanda dan gejala kanker serviks, pengertian dan prosedur pemeriksaan papsmear, pengertian dan prosedur pemberian vaksinasi terlihat pada tabel 2

TABEL 2
DISTRIBUSI PENGETAHUAN RESPONDEN TENTANG PENGERTIAN, TANDA DAN GEJALA KANKER SERVIKS, PENGERTIAN, PROSEDUR PEMERIKSAAN PAPSMEAR, PENGERTIAN DAN PROSEDUR PEMBERIAN VAKSINASI

Tingkat Pengetahuan		Jawaban Responden	
		f	%
Pengertian Kanker serviks	Sedang	50	83,33
	Rendah	10	16,67
	Total	60	100
Tanda dan Gejala Kanker Serviks	Sedang	38	63,33
	Rendah	22	36,67
	Total	60	100
Pengertian Pap Smear	Sedang	47	78,33
	Rendah	13	21,67
	Total	60	100
Prosedur Pemeriksaan Pap Smear	Sedang	42	70
	Rendah	18	30
	Total	60	100
Pengertian Vaksinasi	Sedang	43	71,67
	Rendah	17	28,33
	Total	60	100
Pengertian Vaksinasi	Sedang	46	76,67
	Rendah	14	23,33
	Total	60	100

Sumber : Data Primer, 2010.

Jawaban responden pada tabel 2 di atas, menunjukkan bahwa pengertian kanker serviks sebagian besar berada pada kategori sedang yaitu 50 orang (83,33%). Pada distribusi responden berdasarkan pengetahuan tentang tanda dan gejala kanker serviks sebagian besar responden berada pada kategori sedang (63,33%), sedangkan distribusi responden berdasarkan pengetahuan tentang Pap Smear terlihat bahwa responden yang mengetahui tentang

pengertian Pap Smear, sebagian besar berada pada kategori sedang (83,33%).

Distribusi responden berdasarkan pengetahuan tentang prosedur pemeriksaan Pap Smear, sebagian besar berada pada kategori sedang (70%) dan distribusi responden berdasarkan pengetahuan tentang pengertian vaksinasi sebagian besar responden yang mengetahui tentang pengertian vaksinasi berada pada kategori sedang (71,67%).

Distribusi responden berdasarkan pengetahuan tentang prosedur pemberian vaksinasi sebagian besar berada pada kategori sedang yaitu sebesar (76,67%).

Distribusi pengetahuan tentang kanker serviks berdasarkan karakteristik responden umur, pendidikan terakhir dan pekerjaan responden dapat dilihat pada tabel 3 berikut ini

TABEL 3
DISTRIBUSI PENGETAHUAN RESPONDEN TENTANG KANKER SERVIKS BERDASARKAN KARAKTERISTIK (UMUR, PENDIDIKAN TERAKHIR DAN PEKERJAAN

No	Karakteristik Responden	Pengetahuan tentang Kanker Serviks							
		Pengertian				Tanda & Gejala			
		Sedang		Rendah		Sedang		Rendah	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
1.	Umur :								
	<20 tahun	1	2,00	0	0,00	0	0,00	1	4,54
	20-35 tahun	23	46,00	1	10,00	15	39,50	9	40,91
	>35 tahun	26	52,00	9	90,00	23	60,50	12	45,55
	Total	50	100	10	100	38	100	22	100
2.	Pendidikan terakhir :								
	D3/S1/S2	5	10,00	5	50,00	3	7,89	7	16,67
	SMA/D2	32	64,00	4	40,00	22	57,89	14	60,00
	SD/SMP	13	26,00	1	10,00	13	34,22	1	23,33
	Total	50	100	10	100	38	100	22	100
3.	Pekerjaan :								
	Ibu Rumah Tangga	29	58,00	7	70,00	20	52,64	16	72,73
	Dosen/PNS/Swasta/	15	30,00	1	10,00	14	36,83	2	9,09
	Karyawan	6	12,00	2	20,00	4	10,53	4	18,18
	Wiraswasta/Penjual/								
Penjahit/Pramuniaga/									
PRT									
	Total	50	100	10	100	38	100	22	100

Sumber : Data Primer, 2010.

Hanya 1 responden (2,00%) yang berumur <20 tahun dan memiliki pengetahuan berada pada kategori sedang tentang pengertian kanker serviks, yang berumur 20-35 tahun sebagian besar ((46%) memiliki pengetahuan berada pada kategori sedang yang mengetahui tentang kanker serviks, yang berumur >35 tahun sebagian besar (90%) memiliki pengetahuan berada pada kategori rendah tentang kanker serviks. Responden yang berumur <20 tahun memiliki pengetahuan berada pada kategori rendah tentang tanda dan gejala kanker serviks yaitu sebesar 4,54%, yang

berumur 20-35 tahun sebagian besar (40,91%) yang berada pada kategori rendah yaitu sebesar 40,91%, sedangkan yang berumur > 35 tahun sebagian besar (60,50%) berada pada kategori sedang tentang tanda dan gejala kanker serviks. Sebagian besar responden yang memiliki pengetahuan rendah tentang pengertian kanker serviks berada pada jenjang pendidikan D3/S1/S2 yaitu 50%. Sedangkan yang berpendidikan SMA/D2 sebagian besar (64%) berada pada kategori sedang. Yang berpendidikan akhir SD/SMP sebagian besar (26%) berada pada kategori sedang yaitu sebesar 26,00%. Untuk tanda

dan gejala, sebagian besar (16,67%) yang berpendidikan D3/S1/S2 berada pada kategori rendah, demikian juga yang berpendidikan SMA/D2 sebagian besar (60%) berada pada kategori rendah. Yang berpendidikan SD/SMP sebagian besar (34,22%) berada pada kategori sedang.

Berdasarkan tabel di atas, terlihat juga bahwa responden yang mengetahui tentang pengertian kanker serviks berdasarkan jenis pekerjaannya sebagai ibu rumah tangga sebagian besar (70%) berada pada kategori rendah. Yang mempunyai pekerjaan sebagai dosen/PNS/Swasta/Karyawan sebagian besar (30%) berada pada kategori sedang. Yang mempunyai pekerjaan wiraswasta/penjual/penjahit/pramuniaga/pe

mbantu rumah tangga (PRT) sebagian besar (20%) termasuk kategori rendah. Responden yang mengetahui tentang tanda dan gejala kanker serviks berdasarkan jenis pekerjaannya ibu rumah tangga sebagian besar (72,73%) berada pada kategori rendah. Yang mempunyai pekerjaan dosen/PNS/swasta/karyawan sebagian besar (36,83%) termasuk kategori sedang. Yang mempunyai pekerjaan wiraswasta/penjual/penjahit/pramuniaga/PRT sebagian besar (18,18%) berada pada kategori rendah.

Distribusi pengetahuan tentang Pap Smear berdasarkan umur, pendidikan terakhir dan pekerjaan responden dapat dilihat pada tabel 4 berikut ini.

TABEL 4
DISTRIBUSI PENGETAHUAN TENTANG PAP SMEAR BERDASARKAN UMUR,
PENDIDIKAN TERAKHIR DAN PEKERJAAN RESPONDEN

No	Karakteristik Responden	Pengetahuan tentang Pap Smear							
		Pengertian				Prosedur Pemeriksaan			
		Sedang		Rendah		Sedang		Rendah	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
1	Umur								
	<20 tahun	1	2,13	0	0,00	0	0,00	1	5,56
	20-35 tahun	18	38,30	6	46,15	15	35,71	9	50,00
	>35 tahun	28	59,57	7	53,85	27	64,29	8	44,44
	Total	47	100	13	100	42	100	18	100
2	Pendidikan terakhir								
	D3/S1/S2	5	10,64	5	38,46	6	14,29	4	22,22
	SMA/D2	29	61,70	7	53,85	24	57,14	12	66,67
	SD/SMP	13	27,66	1	7,69	12	28,57	2	11,11
	Total	47	100	13	100	42	100	18	100
3	Pekerjaan								
	Ibu Rumah Tangga	27	57,45	9	69,23	21	50,00	15	83,33
	Dosen/PNS/Swasta/Karyawan	15	31,91	1	7,69	14	33,33	2	11,11
	Wiraswasta/Penjual/Penjahit/pramuniaga/PRT	5	10,64	3	23,08	7	16,67	1	5,56
	Total	47	100	13	100	42	100	18	100

Sumber : Data Primer, 2010.

Responden yang berumur <20 tahun memiliki pengetahuan berada pada kategori sedang tentang pengertian *Pap Smear*, yang berumur 20-35 tahun sebagian besar (46,15%) memiliki pengetahuan berada pada kategori rendah tentang *Pap Smear*, sedangkan yang berumur >35 tahun sebagian besar (59,57%) memiliki pengetahuan berada pada kategori sedang

tentang *Pap Smear*. Responden yang berumur <20 tahun termasuk kategori rendah dalam pengetahuannya tentang prosedur pemeriksaan *Pap Smear* yaitu sebesar 5,56%, yang berumur 20-35 tahun lebih banyak (50%) berada pada kategori rendah, sedangkan yang berumur >35 tahun sebagian besar (64,29%) berada pada kategori sedang.

Sebagian besar (38,46%) responden yang memiliki pengetahuan dengan kategori rendah tentang pengertian *Pap Smear* berada pada jenjang pendidikan D3/S1/S2. Sedangkan yang berpendidikan SMA/D2 sebagian besar (61,70%) berada pada kategori sedang. Yang berpendidikan akhir SD/SMP sebagian besar (21,66%) berada pada kategori sedang. Untuk pengetahuan tentang pemeriksaan *Pap Smear*, sebagian besar (22,22%) yang berpendidikan D3/S1/S2 berada pada kategori rendah, demikian juga yang SMA/D2 sebagian besar (66,67%) berada pada kategori rendah. Yang berpendidikan SD/SMP sebagian besar (28,57%) berada pada kategori sedang.

Berdasarkan tabel di atas, terlihat juga bahwa responden yang mengetahui tentang pengertian *Pap Smear* berdasarkan jenis pekerjaannya sebagai ibu rumah tangga sebagian besar (69,23%) berada pada kategori rendah. Yang mempunyai

pekerjaan sebagai dosen/PNS/swasta/karyawan sebagian besar (31,91%) berada pada kategori sedang. Yang mempunyai pekerjaan wiraswasta / penjual / penjahit / pramuniaga/PRT sebagian besar (23,08%) berada pada kategori rendah. Responden yang mengetahui tentang prosedur pemeriksaan *Pap Smear* berdasarkan jenis pekerjaannya sebagai ibu rumah tangga sebagian besar (83,33%) berada pada kategori rendah. Yang mempunyai pekerjaan sebagai dosen/PNS/swasta/karyawan sebagian besar (33,33%) berada pada kategori sedang. Yang mempunyai pekerjaan wiraswasta / penjual / penjahit / pramuniaga/PRT sebagian besar (16,67%) berada pada kategori sedang.

Distribusi pengetahuan tentang vaksinasi berdasarkan umur, pendidikan terakhir dan pekerjaan responden dapat dilihat pada tabel 5 berikut ini

TABEL 5
DISTRIBUSI PENGETAHUAN TENTANG VAKSINASI BERDASARKAN UMUR, PENDIDIKAN TERAKHIR DAN PEKERJAAN RESPONDEN

No	Karakteristik Responden	Pengetahuan tentang Vaksinasi							
		Pengertian				Prosedur Pemberian			
		Sedang		Rendah		Sedang		Rendah	
		Σ	%	Σ	%	Σ	%	Σ	%
1.	Umur								
	<20 tahun	0	0,00	1	5,89	0	0,00	1	7,15
	20-35 tahun	18	41,86	6	35,29	19	41,30	5	35,71
	>35 tahun	25	58,14	10	58,82	27	58,70	8	57,14
	Total	43	100	17	100	46	100	14	100
2.	Pendidikan terakhir								
	D3/S1/S2	3	6,98	7	41,18	5	10,87	5	35,71
	SMA/D2	26	60,47	10	58,82	27	58,70	9	64,29
	SD/SMP	14	32,55	0	0,00	14	30,43	0	0,00
	Total	43	100	17	100	46	100	14	100
3.	Pekerjaan								
	Ibu Rumah Tangga	23	53,49	13	76,47	25	54,35	11	78,58
	Dosen/PNS/Swasta/Karyawan	16	37,21	0	0,00	16	34,78	0	0,00
	Wiraswasta/Penjual/Penjahit/pramuniaga/PRT	4	9,30	4	23,53	5	10,87	3	21,42
	Total	43	100	17	100	46	100	14	100

Sumber : Data Primer, 2010.

Responden yang berumur <20 tahun memiliki pengetahuan dalam kategori rendah tentang pengertian vaksinasi yaitu sebesar 5,89%, yang berumur 20-35 tahun

sebagian besar (41,86%) memiliki pengetahuan dalam kategori sedang tentang kanker serviks, sedangkan yang berumur >35 tahun sebagian besar (58,82%) berada pada kategori rendah. Responden yang

berumur <20 tahun berada pada kategori rendah dalam pengetahuannya tentang prosedur pemberian vaksinasi yaitu sebesar 7,15%, yang berumur 20-35 tahun sebagian besar (41,30%) berada pada kategori sedang, sedangkan yang berumur >35 tahun sebagian besar (58,70%) berada pada kategori sedang.

Sebagian besar (41,18%) responden yang memiliki pengetahuan dalam kategori rendah tentang prosedur pemberian vaksinasi berada pada jenjang pendidikan D3/S1/S2. Sedangkan yang berpendidikan SMA/D2 sebagian besar (60,47%) berada dalam kategori sedang. Yang berpendidikan akhir SD/SMP sebagian besar (32,55%) berada dalam kategori sedang. Untuk pengetahuan tentang prosedur pemberian vaksinasi, sebagian besar (35,71%) yang berpendidikan D3/S1/S2 berada pada kategori rendah, demikian juga yang berpendidikan SMA/D2 sebagian besar (64,29%) berada pada kategori rendah. Yang berpendidikan SD/SMP sebagian besar (30,43%) berada pada kategori sedang.

Responden yang mengetahui tentang pengertian vaksinasi berdasarkan jenis pekerjaannya sebagai ibu rumah tangga sebagian besar (76,47%) berada pada kategori rendah. Yang mempunyai pekerjaan sebagai dosen/PNS/swasta/karyawan sebagian besar (37,21%) berada pada kategori sedang. Yang mempunyai pekerjaan wiraswasta penjual/penjahit/pramuniaga/PRT sebagian besar (23,53%) berada pada kategori rendah. Responden yang mengetahui tentang prosedur pemberian vaksinasi berdasarkan jenis pekerjaannya sebagai ibu rumah tangga sebagian besar (78,58%) berada pada kategori rendah. Yang mempunyai pekerjaan sebagai dosen/PNS / swasta/karyawan sebagian besar (34,78%) berada pada kategori sedang. Yang mempunyai pekerjaan wiraswasta/penjual/penjahit/pramuniaga PRT sebagian besar (21,42%) berada pada kategori rendah.

Pengetahuan ibu rumah tangga tentang kanker serviks, Pap Smear dan vaksinasi di RT 006/RW 04 Kelurahan Kudamati Kota Ambon dilihat dari karakteristik umur, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan sangat bervariasi tetapi tidak ada yang termasuk dalam kategori sedang. Hal ini dipengaruhi oleh informasi kesehatan yang diperoleh, baik itu lewat media elektronik, media cetak, maupun melalui kegiatan promosi kesehatan yang dilakukan oleh puskesmas, instansi kesehatan yang lain maupun organisasi wanita. Menurut Notoatmodjo (2003), pengetahuan adalah merupakan hasil "tabu" dan ini terjadi setelah orang mengadakan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan juga dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal, semakin tinggi pendidikan seseorang semakin luas pula pengetahuannya. Akan tetapi bukan berarti seseorang yang berpendidikan rendah mutlak berpengetahuan rendah. Karena peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal saja tetapi dapat diperoleh melalui pendidikan non formal. Faktor-faktor yang mempengaruhi pendidikan yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi pendidikan, pekerjaan, umur, sedangkan faktor eksternal meliputi faktor lingkungan dan sosial budaya.

Berdasarkan hasil penelitian, ternyata responden yang terbanyak berada pada kelompok umur >35 tahun, diikuti kelompok umur 20-35 tahun yang merupakan usia reproduksi sehat, dan sebagian kecil (1 orang) berada pada kelompok umur < 20 tahun. Dengan melihat hanya satu orang responden yang berada pada kelompok umur < 20 tahun berarti saat ini masyarakat, khususnya orang tua serta remaja wanita di lokasi penelitian sudah memahami tentang usia reproduksi sehat untuk menikah. Karena kalau menikah di usia muda, organ-organ reproduksi belum matang, dapat

menyebabkan risiko untuk terjadinya penyakit pada sistem reproduksi, khususnya kanker serviks. Menurut *American Cancer Society* (Marcovic dalam Nurwijaya, *et.al*, 2010), faktor usia merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya kanker serviks, dimana wanita yang telah memiliki aktivitas seksual dini sebelum usia 18 tahun lebih beresiko tinggi terkena kanker serviks karena sel-sel serviksnya sangat rapuh di usia muda. Ditambah lagi bila mempunyai pasangan yang sering berganti-ganti partner dalam hubungan seks, berhubungan seks dengan laki-laki yang tidak disunat, maupun mengidap infeksi penyakit menular seks lainnya.

Kanker serviks lebih sering terjadi pada usia 40 tahun ke atas dan sangat jarang terjadi pada wanita rendah dari usia 15 tahun. Kanker serviks juga banyak menyerang perempuan usia lanjut (Manula), yang mungkin karena alasan sederhana bahwa setelah mengalami *menopause* banyak dari mereka berpikir bahwa tidak perlu lagi untuk melakukan tes *Pap Smear* (Marcovic dalam Nurwijaya, *et.al*, 2010).

Mantra dalam Notoatmodjo (2003), mengatakan bahwa pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan. Nursalam dalam Notoatmodjo (2003), juga mengatakan bahwa pada umumnya makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi.

Responden dalam penelitian ini sebagian besar memiliki tingkat pendidikan menengah ke atas, tetapi ada juga yang berpendidikan diploma hingga strata 2 tetapi dengan tingginya tingkat pendidikan belum menjamin bahwa semua informasi tentang kesehatan diketahui oleh mereka, dimana ibu-ibu yang memiliki tingkat pendidikan diploma hingga strata 2 ternyata pengetahuannya tentang kanker serviks, *Pap Smear* maupun vaksinasi masih

rendah. Hal ini mungkin disebabkan karena kesibukan dengan pekerjaannya masing-masing, baik di tempat kerja maupun di rumah sehingga rendah mendapatkan informasi yang diperoleh dari media cetak maupun media elektronik. Selain itu juga rendahnya promosi kesehatan tentang kanker serviks dengan pencegahannya, baik dari puskesmas maupun instansi kesehatan terkait. Promosi kesehatan tentang kanker serviks harus diketahui oleh masyarakat karena merupakan penyakit mematikan.

Kanker serviks merupakan pembunuh wanita nomor 1 di Indonesia, oleh karena itu harus dicegah sebelum terlambat. Karena jumlah penderita kanker serviks di Indonesia sekarang telah mencapai 200 ribu orang dan diperkirakan sebanyak 52 juta dari 115 juta penduduk Indonesia memiliki risiko tinggi untuk terkena kanker serviks.

Kanker mematikan yang menyerang wanita ini dapat dideteksi secara dini dengan melakukan *Pap Smear*. Selain itu dengan kemajuan ilmu dan teknologi telah ditemukan vaksin yang dapat mencegah terjadinya kanker serviks yaitu dengan pemberian vaksinasi berisi vaksin HPV yang seharusnya dipromosikan kepada masyarakat hingga ke pedesaan sehingga masyarakat dapat mengetahuinya agar timbul kesadaran untuk mendeteksi secara dini dengan melakukan *Pap Smear* khususnya kepada ibu-ibu rumah tangga, dan juga dapat memberikan vaksinasi kepada remaja-remaja putri mereka. Menurut Djauzi (2009), pemberian vaksin HPV ini lebih efektif diberikan pada wanita yang belum pernah melakukan hubungan seksual, dan usia paling baik untuk vaksinasi adalah di usia 10 hingga 14 tahun karena dalam usia tersebut kadar antibodi seseorang masih sangat tinggi.

Di Indonesia, kejadian kanker serviks yang ditemukan sudah dalam stadium lanjut. Menurut Nuranna (2007), rendahnya pengetahuan masyarakat mengenai kanker serviks serta rendahnya

kesadaran dan keengganan untuk deteksi dini menyebabkan penderita datang ke rumah sakit sudah dalam keadaan parah dan sulit disembuhkan. Selain itu juga Nurwijaya, *et.al* (2010) mengatakan bahwa terbatasnya akses skrining dan pengobatan sehingga mayoritas penderita yang datang berobat sudah dalam kondisi kritis dan penyakitnya sudah dalam stadium lanjut.

Nurwijaya, *et.al* (2010), mengatakan bahwa di Negara Eropa dan Amerika, angka kejadian kanker serviks semakin menurun karena vaksinasi diberikan mulai usia 10 tahun pada remaja wanita melalui program kesehatan dan tidak dipungut biaya. Sebaliknya dengan Indonesia yang mempunyai angka kejadian kanker serviks yang tinggi karena hambatan tes skrining cukup besar terutama karena belum menjadi program wajib pelayanan kesehatan. Selain itu juga karena harga vaksin yang cukup mahal sehingga tidak dapat dijangkau oleh masyarakat golongan menengah ke bawah karena harus diberikan sebanyak tiga kali pada remaja wanita (Emilia, *et.al*, 2010). Oleh karena itu hal ini harus menjadi perhatian pemerintah agar kejadian kanker serviks dapat diturunkan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, dapat disimpulkan sebagai berikut : Pengetahuan ibu rumah tangga tentang pengertian kanker serviks berada pada kategori sedang sebanyak 50 orang (83,33%), dan kategori rendah sebanyak 10 orang (16,67%). Pengetahuan ibu rumah tangga tentang tanda dan gejala kanker serviks berada pada kategori sedang sebanyak 38 orang (63,33%), dan kategori rendah sebanyak 22 orang (36,67%). Pengetahuan ibu rumah tangga tentang pengertian *Pap Smear* berada pada kategori sedang sebanyak 47 orang (78,33%), dan kategori rendah sebanyak 13 orang (21,67%). Pengetahuan ibu rumah tangga tentang prosedur pemeriksaan *Pap Smear* berada pada kategori sedang sebanyak 42 orang (70%), dan kategori rendah sebanyak

18 orang (30%). Pengetahuan ibu rumah tangga tentang pengertian vaksinasi berada pada kategori sedang sebanyak 43 orang (71,67%), dan kategori rendah sebanyak 17 orang (28,33%). Pengetahuan ibu rumah tangga tentang prosedur pemberian vaksinasi berada pada kategori sedang sebanyak 46 orang (76,67%), dan kategori rendah sebanyak 14 orang (23,33%).

Berdasarkan kesimpulan di atas maka saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut: 1). Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan masyarakat agar memberikan pelayanan kesehatan dalam aspek kuratif yang diprioritaskan tetap aspek preventif dan promotif melalui promosi kesehatan kepada masyarakat khususnya ibu-ibu rumah tangga tentang pengetahuan penyakit kanker serviks dengan pencegahannya karena pengetahuan responden tidak ada yang berada pada kategori tinggi, 2). Agar masyarakat khususnya ibu-ibu rumah tangga mencari informasi kesehatan, khususnya kesehatan reproduksi baik lewat media cetak maupun elektronik karena ada beberapa penyakit mematikan yang tidak menunjukkan tanda dan gejala pada awal, tetapi pada stadium lanjut baru menunjukkan tanda dan gejala, seperti kanker serviks ini. Padahal kanker ini dapat dideteksi secara dini dan dilakukan pencegahan. Peneliti selanjutnya agar dapat melakukan penelitian di daerah pedesaan dengan ruang lingkup yang lebih luas agar informasi kesehatan tentang kanker serviks beserta pencegahannya dapat juga diketahui oleh masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

Anna, 2007, *Deteksi Dini Kanker*, Depkes Perkenalkan Alat Baru, www.kompas.com
Djauzi S., 2009. *Vaksin Kanker Serviks Kini Lebih Murah*, http://kosmo.vivanews.com/news/read/23941-vaksin_kanker_serviks_kini_lebih_murah.

- Emilia O., Hananta P.Y., Kusumanto D., Freitag H., 2010. *Bebas Ancaman Kanker Serviks : Fakta, Pencegahan, dan Penanganan Dini terhadap Serangan Kanker Serviks*, Media Pressindo, Yogyakarta.
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nuranna, 2007, *Kanker Serviks : Angka Kejadian Global*, www.pelita.com.
- Nurwijaya H., Andrijono, Suheimi H.K., 2010. *Cegah dan Deteksi Kanker Serviks*, Elex Media Komputindo, Jakarta.
- Winarto H., 2009. *Vaksin untuk Mencegah Kanker Serviks*, Artikel Tteknologi-Vaksin Terbaru Untuk Mencegah Kanker Serviks

HUBUNGAN ANEMIA DAN KURANG ENERGI KRONIK (KEK) IBU HAMIL TRIMESTER III DENGAN BBLR DI PUSKESMAS AIR BESAR KOTA AMBON

Michran Marsaoly, Nilfar Ruaida, Nasir Simuna
Dosen Poltekkes Maluku

Abstract. Salah satu masalah gizi di Indonesia saat ini adalah terdapat 350 ribu BBLR dalam 4 juta kelahiran hidup. BBLR berkaitan dengan tingginya angka kematian bayi dan balita, juga dapat berdampak serius terhadap kualitas generasi mendatang, yaitu akan menghambat pertumbuhan dan perkembangan mental anak, serta berpengaruh terhadap penurunan kecerdasan. Penelitian observasional analitik dengan rancangan kohort ini bertujuan untuk mengkaji pengaruh Anemia dan KEK ibu hamil trimester III terhadap BBLR di Puskesmas Air Besar Kota Ambon. Hasil penelitian diketahui dari 19 orang sampel yang anemia melahirkan BBLR sebanyak 4 orang (21,1%), sedangkan dari 35 sampel yang tidak anemia melahirkan BBLR sebanyak 1 orang (9,3%). Dan dari 14 sampel yang menderita KEK, yang melahirkan BBLR sebanyak 4 orang (28,6%), sedangkan dari 40 orang sampel yang tidak KEK, melahirkan BBLR sebanyak 1 orang (2,5%). Dari hasil uji statistik disimpulkan ada hubungan anemia ibu hamil trimester III dengan BBLR, dengan nilai p sebesar 0,047 dan RR sebesar 7,36 serta ada hubungan KEK ibu hamil trimester III dengan BBLR, dengan nilai p sebesar 0,013 dan RR sebesar 11,42. Untuk itu disarankan kepada pihak Puskesmas Air Besar untuk melaporkan secara periodik kepada Dinas Kesehatan selaku penanggung jawab bidang kesehatan agar segera dilakukan intervensi baik melalui penyuluhan, pemberian makanan tambahan maupun suplementasi tablet Fe bagi ibu hamil sehingga kasus Anemia dan KEK dapat dicegah, sehingga kejadian BBLR pun dapat dicegah sedini mungkin.

Kata Kunci : Anemia, KEK, BBLR

PENDAHULUAN

Gizi yang baik mempunyai andil yang cukup besar pada pembentukan kualitas SDM, karena kekurangan gizi berdampak negatif pada kesehatan dan dapat menghambat kualitas SDM seperti yang diharapkan. Bila kekurangan gizi terjadi pada ibu hamil maka akan berakibat buruk bagi ibu itu sendiri maupun anak yang dilahirkannya.

Status gizi ibu hamil dapat diukur secara antropometri dengan mengukur Lingkar Lengan Atas (LILA), disebut KEK (Kurang Energi Kronis) bila LILA kurang dari 23,5 cm. Status gizi ibu juga dapat diketahui dengan pengukuran secara laboratorium terhadap kadar Hb darah, bila

kurang dari 11 gr % maka ibu hamil tersebut menderita anemia (Supariasa, 2002).

Salah satu cara untuk menilai kualitas bayi adalah dengan mengukur berat bayi pada saat lahir. Seorang ibu hamil akan melahirkan bayi yang sehat bila tingkat kesehatan dan gizinya berada pada kondisi yang baik. Ibu hamil yang menderita Anemia dan Kurang Energi Kronis (KEK) mempunyai resiko kesakitan yang lebih besar terutama pada trimester III kehamilan dibandingkan dengan ibu hamil normal. Akibatnya mereka mempunyai resiko yang lebih besar untuk melahirkan bayi dengan BBLR, kematian saat persalinan, pendarahan, pasca persalinan yang sulit karena lemah dan mudah

mengalami gangguan kesehatan (Depkes RI dalam Lubis, 2003).

Saat ini BBLR merupakan salah satu masalah gizi di Indonesia, karena masih terdapat 350 ribu BBLR dalam 4 juta kelahiran hidup (Depkes RI, 2007). BBLR berkaitan dengan tingginya angka kematian bayi dan balita, juga dapat berdampak serius terhadap kualitas generasi mendatang, yaitu akan menghambat pertumbuhan dan perkembangan mental anak, serta berpengaruh terhadap penurunan kecerdasan (Depkes RI, 2000). Sedangkan dari hasil survey pendahuluan pada Puskesmas Air Besar Kota Ambon, pada tahun 2006 (bulan Mei-Desember) sebanyak 3 kasus BBLR, dan pada tahun 2007 kasus BBLR meningkat sebanyak 17 kasus.

Mengingat dampak serius dari BBLR terhadap kualitas generasi mendatang, maka perlu dikaji kaitan status gizi ibu hamil, khususnya anemia dan KEK ibu hamil trimester III dengan BBLR, sehingga kasus BBLR dapat dicegah dan diantisipasi sedini mungkin..

Anemia Gizi Besi

Anemia Gizi Besi adalah anemia yang terjadi akibat kekurangan zat besi dalam darah. Artinya, konsentrasi hemoglobin dalam darah berkurang karena terganggunya pembentukan sel-sel darah merah akibat kurangnya kadar zat besi dalam darah. Semakin berat kekurangan zat besi yang terjadi akan semakin berat pula anemia yang diderita (Wirakusumah, 1999).

Ibu hamil seringkali menderita anemia karena kekurangan zat besi yang berfungsi sebagai unsur pembentuk sel darah merah. Anemia terjadi karena pada ibu hamil akan terjadi penambahan cairan yang tidak seimbang dengan penambahan masa sel darah merah, akibatnya kadar hemoglobin dalam tubuh menurun. Penurunan ini biasanya terjadi mulai pada usia kandungan 2 hingga 8 bulan.

Selain itu anemia juga disebabkan berkurangnya cadangan zat besi dalam tubuh ibu karena digunakan untuk kebutuhan janin. Hal ini dapat menjadi lebih parah jika terjadi pada ibu yang keadaan zat gizinya kurang baik (Muaris, 2002).

Anemia ibu hamil

Anemia dapat didefinisikan sebagai kondisi dengan kadar Hb dibawah normal. Di Indonesia anemia umumnya disebabkan oleh kekurangan zat besi, sehingga lebih dikenal dengan anemia gizi besi. Anemia defisiensi besi merupakan salah satu gangguan yang paling sering terjadi selama kehamilan. Ibu hamil umumnya mengalami deplesi besi sehingga hanya memberi sedikit besi kepada janin yang dibutuhkan untuk metabolisme besi yang normal. Selanjutnya mereka akan menjadi anemia pada saat kadar hemoglobin ibu turun sampai dibawah 11 gr/dl selama trimester III.

Ibu hamil seringkali menderita anemia karena kekurangan zat besi yang berfungsi sebagai unsur pembentuk sel darah merah. Anemia terjadi karena pada ibu hamil akan terjadi penambahan cairan yang tidak seimbang dengan penambahan masa sel darah merah, akibatnya kadar hemoglobin dalam tubuh menurun. Penurunan ini biasanya terjadi mulai pada usia kandungan 2 hingga 8 bulan.

Selain itu anemia juga disebabkan berkurangnya cadangan zat besi dalam tubuh ibu karena digunakan untuk kebutuhan janin. Hal ini dapat menjadi lebih parah jika terjadi pada ibu yang keadaan zat gizinya kurang baik (Muaris, 2002).

Defisiensi zat besi sering menghasilkan kadar hemoglobin rendah di dalam sel darah merah. Sehingga dengan demikian, hemoglobin dapat digunakan sebagai parameter status besi yang memberikan suatu ukuran kuantitatif tentang beratnya kekurangan zat besi. Apabila konsentrasi hemoglobin (Hb) atau

hematokrit dan jumlah sel darah merah di bawah nilai normal yang dipatok untuk perorangan, akan didiagnosa mengalami anemia gizi besi.

Kekurangan Energi Kronik (KEK)

KEK dapat terjadi pada Wanita Usia Subur (WUS) dan pada ibu hamil (bumil). KEK adalah keadaan dimana ibu menderita keadaan kekurangan makanan yang berlangsung menahun (kronis) yang mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan pada ibu (Departemen Kesehatan, 1995).

Salah satu cara untuk mengetahui status gizi ibu hamil adalah dengan mengukur lingkaran lengan atas (LILA). Pengukuran ini untuk mengetahui apakah seseorang menderita KEK.

Menurut Supriasa (2002), ambang batas LILA WUS terlebih lagi wanita hamil dengan risiko KEK di Indonesia adalah 23,5 cm. Apabila ukuran LILA kurang dari 23,5 cm atau di bagian merah pita LILA, artinya wanita tersebut mempunyai risiko KEK.

Kehamilan menyebabkan meningkatnya *metabolisme energi*, karena itu kebutuhan energi dan zat gizi lainnya meningkat selama kehamilan. Peningkatan energi dan zat gizi tersebut diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, penambahan besarnya organ kandungan, perubahan komposisi dan *metabolisme* tubuh ibu. Sehingga kekurangan zat gizi tertentu yang diperlukan saat hamil dapat menyebabkan janin tumbuh tidak sempurna.

Lubis (2003), menyatakan kebutuhan energi untuk kehamilan yang normal perlu tambahan kira-kira 80.000 kalori selama masa kurang lebih 280 hari. Hal ini berarti perlu tambahan ekstra sebanyak kurang lebih 300 kalori setiap hari selama kehamilan.

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Bayi dengan BBLR adalah bayi yang dilahirkan dengan berat kurang dari 2500 gram.

BBLR terbagi menjadi dua golongan yaitu prematur adalah bayi yang dilahirkan dengan usia kehamilan < 37 minggu dan mempunyai berat badan sesuai dengan berat badan untuk masa kehamilan, sedangkan dismatur adalah bayi lahir dengan berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa kehamilan dan merupakan bayi kecil untuk masa kehamilan (Jumiarni dan Mulyani dalam Mutalazimah, 2005).

Lubis (2003), menuturkan gizi yang baik diperlukan seorang ibu hamil agar pertumbuhan janin tidak mengalami hambatan dan selanjutnya akan melahirkan bayi dengan berat normal. Dengan kondisi kesehatan yang baik, sistem reproduksi normal, tidak menderita sakit dan tidak ada gangguan gizi pada masa pra hamil maupun saat hamil, ibu akan melahirkan bayi lebih besar dan lebih sehat daripada ibu dengan kondisi kehamilan yang sebaliknya. Ibu dengan kondisi kurang gizi kronis pada masa hamil sering melahirkan bayi BBLR, vitalitas yang rendah dan kematian yang tinggi, terlebih lagi bila ibu menderita anemia.

METODE

Jenis Penelitian adalah observasional analitik dengan rancangan penelitian kohor. Populasi adalah ibu hamil trimester III yang memeriksakan kehamilan di Puskesmas Air Besar Kota Ambon sebanyak 54 orang. Sampel terbagi atas: kelompok terpapar, yaitu ibu hamil yang mengalami anemia sebanyak 19 orang dan kelompok tidak terpapar, yaitu ibu hamil yang tidak mengalami anemia sebanyak 35 orang.

Data primer yang dikumpulkan meliputi status anemia ibu hamil trimester III yang diperoleh melalui hasil pengukuran Hb, status KEK diperoleh melalui hasil pengukuran LILA serta BBLR yang diperoleh dari hasil penimbangan bayi baru lahir. Data sekunder diperoleh dari laporan

triwulan dan tahunan Puskesmas Air Besar Kota Ambon.

Pengolahan data dilakukan melalui tahapan *editing, coding, entry, cleaning* dan *tabulating* menggunakan komputer dan dianalisa menggunakan uji *chi-square* dengan signifikansi 5%

HASIL DAN PEMBAHASAN

Distribusi sampel penelitian berdasarkan status anemia, KEK dan BBLR dapat dilihat pada tabel 1,2 dan 3 berikut:

TABEL 1
DISTRIBUSI SAMPEL BERDASARKAN STATUS ANEMIA
DI PUSKESMAS AIR BESAR KOTA AMBON

No.	Kategori	Jumlah	
		N	%
1.	Anemia	19	35,19
2.	Tidak Anemia	35	64,81
	Total	54	100

Sumber : Data Primer, 2006

TABEL 2
DISTRIBUSI SAMPEL BERDASARKAN STATUS KEK
DI PUSKESMAS AIR BESAR KOTA AMBON

No.	Kategori	Jumlah	
		N	%
1.	KEK	14	25,93
2.	Tidak KEK	40	74,07
	Total	54	100

Sumber : Data Primer, 2006

TABEL 3
DISTRIBUSI BAYI BERDASARKAN BERAT LAHIR
DI PUSKESMAS AIR BESAR KOTA AMBON

No.	Kategori	Jumlah	
		N	%
1.	BBLR	5	9,26
2.	Tidak BBLR	49	90,74
	Total	54	100

Sumber : Data Primer, 2006

Tabel 1 di atas diketahui responden yang tidak anemia sebanyak 35 orang (64,81%), dan anemia sebanyak 19 orang (35,19%). Dari tabel 2, diketahui sampel dengan kategori tidak KEK sebanyak 40 orang (74,07%), sedangkan KEK sebanyak 14 orang (25,93%), dan dari tabel 3 diketahui BBLR sebanyak 5 bayi (9,28 %) dan tidak BBLR sebanyak 49 bayi (90,74%).

Analisis Hubungan Anemia dan KEK dengan BBLR

Untuk menganalisis hubungan Anemia dan KEK ibu hamil trimester III dengan BBLR digunakan uji statistik *chi-square* dengan signifikansi 5%. Hubungan tersebut dapat dilihat pada tabel 4 dan 5 berikut:

TABEL 4
DISTRIBUSI SAMPEL MENURUT STATUS ANEMIA
TERHADAP BBLR DI PUSKESMAN AIR BESAR KOTA AMBON

Status Anemia	Kategori BBLR				Jumlah		Hasil uji statistik Nilai p : 0,047 RR : 7,36
	BBLR		Tidak BBLR		n	%	
	n	%	N	%			
Anemia	4	21,1	15	78,9	19	100	
Tidak anemia	1	2,9	34	97,1	35	100	
Jumlah	5	9,3	49	90,7	54	100	

Sumber : Data Primer, 2006

TABEL 5
DISTRIBUSI SAMPEL MENURUT STATUS KEK
TERHADAP BBLR DI PUSKESMAS AIR BESAR KOTA AMBON

Satatus KEK	Kategori BBLR				Jumlah		Hasil uji statistik Nilai p : 0,013 RR : 11,42
	BBLR		Tidak BBLR		N	%	
	n	%	n	%			
KEK	4	28,6	10	71,4	14	100	
Tidak KEK	1	2,5	39	97,5	40	100	
Jumlah	5	9,3	49	90,7	54	100	

Sumber : Data Primer, 2006

Pada tabel 4 terlihat bahwa ibu hamil anemia sebanyak 19 orang melahirkan bayi BBLR sebanyak 4 orang (21,1%) dan tidak BBLR sebanyak 15 orang (78,9%). Sedangkan ibu hamil yang tidak anemia sebanyak 35 orang, yang melahirkan bayi BBLR sebanyak 1 orang (2,9%) dan tidak BBLR sebanyak 34 orang (97,1%).

Berdasarkan hasil uji statistik *chi-square* terdapat 2 sell (50%) mempunyai nilai harapan kurang dari 5, jadi dilanjutkan dengan uji Fisher's exact nilai $p = 0,047$, karena lebih kecil dari tingkat kesalahan 0,05 maka disimpulkan ada hubungan antara anemia ibu hamil trimester III dengan BBLR. Dari hasil uji analisis statistik diperoleh pula nilai Resiko Relatif (RR) sebesar 7,36, yang artinya bahwa ibu hamil trimester III yang menderita anemia mempunyai resiko 7,36 kali lebih besar untuk melahirkan BBLR dibandingkan dengan yang tidak anemia.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Mawah dkk tahun 1993

yang menyatakan bahwa anemia gizi mempunyai peran utama terhadap

terjadinya BBLR, hasil penelitian Jumrah dkk (1999), yang menunjukkan bahwa ada hubungan kadar Hb ibu hamil dengan berat bayi lahir, dimana semakin tinggi kadar Hb ibu semakin tinggi berat bayi yang dilahirkan. Demikian pula dengan hasil penelitian Mutalazimah di RSUD dr. Moewardi Surakarta tahun 2005 yang menyimpulkan ada hubungan antara kadar Hb ibu hamil dengan berat bayi lahir. Serta hasil analisis multivariat penelitian Edwi Saraswati dkk (1998) menunjukkan bahwa ibu hamil penderita anemia berat mempunyai resiko untuk melahirkan BBLR 4,2 kali lebih tinggi dibandingkan ibu hamil yang tidak menderita anemia berat.

Kaitan status anemia ibu hamil dengan berat bayi lahir menurut pendapat soeharyo dan palarto (1999) adalah karena anemia pada ibu hamil akan menyebabkan gangguan nutrisi dan oksigenasi utero plasenta yang menimbulkan gangguan pertumbuhan hasil konsepsi, sehingga pertumbuhan dan perkembangan

perkembangan janin terhambat dan janin lahir dengan berat badan yang rendah.

Pada tabel 5 dapat dilihat bahwa ibu hamil KEK sebanyak 14 orang, yang melahirkan bayi BBLR sebanyak 4 orang (28,6%) dan tidak BBLR sebanyak 10 orang (71,4%). Sedangkan ibu hamil yang tidak KEK sebanyak 40 orang, yang melahirkan bayi BBLR sebanyak 1 orang (2,5%) dan tidak BBLR sebanyak 39 orang (97,5%).

Berdasarkan hasil uji statistik *chi-square* terdapat 2 sell (50%) mempunyai nilai harapan kurang dari 5, jadi dilanjutkan dengan uji Fisher's exact nilai $p = 0,013$, karena lebih kecil dari tingkat kesalahan 0,05 maka disimpulkan ada hubungan antara KEK ibu hamil trimester III dengan BBLR. Dari hasil uji analisis statistik diperoleh pula nilai Resiko Relatif (RR) sebesar 11,42, yang artinya bahwa ibu hamil trimester III yang menderita KEK mempunyai resiko 11,42 kali lebih besar untuk melahirkan BBLR dibandingkan dengan yang tidak KEK.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Mutalazimah (2005) dan hasil penelitian Purdyastuti (1994) yang menyimpulkan ada hubungan antara LILA ibu hamil dengan berat bayi lahir, Demikian pula penelitian Saraswati dan Imam Sumarno (1998) menunjukkan ibu dengan LILA < 23 cm memiliki resiko melahirkan BBLR 2,32 kali, dan menurut hasil penelitian Edwi Saraswati dkk (1998) menunjukkan bahwa KEK pada batas 23,5 cm belum merupakan resiko untuk melahirkan BBLR walaupun resiko relatifnya cukup tinggi. Sedangkan ibu hamil dengan dengan KEK pada batas 23 cm mempunyai resiko 2,0087 kali untuk melahirkan BBLR dibandingkan dengan ibu yang mempunyai LILA lebih dari 23 cm.

Kaitan KEK dengan BBLR adalah karena kekurangan energi secara kronis menyebabkan ibu hamil tidak mempunyai cadangan zat gizi yang adekuat untuk

menyediakan kebutuhan fisiologi kehamilan yakni perubahan hormon dan meningkatnya volume darah untuk pertumbuhan janin, sehingga suplai zat gizi pada janin pun berkurang, akibatnya pertumbuhan dan perkembangan janin terhambat dan lahir dengan berat yang rendah (Depkes RI, 1996).

KESIMPULAN DAN SARAN

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara anemia dan KEK ibu hamil trimester III dengan BBLR di Puskesmas Air Besar Kota Ambon dengan masing-masing nilai p sebesar 0,047 dan 0,013 serta nilai RR sebesar 7,36 dan 11,42.

Dari kesimpulan diatas, maka disarankan kepada pihak Puskesmas Air Besar untuk melaporkan secara periodik kepada Dinas Kesehatan selaku penanggung jawab bidang kesehatan agar segera dilakukan intervensi baik melalui penyuluhan, pemberian makanan tambahan maupun suplementasi tablet Fe bagi ibu hamil sehingga kasus Anemia dan KEK dapat dicegah, sehingga kejadian BBLR pun dapat dicegah sedini mungkin.

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI, 1995, *Pedoman Penggunaan Alat Ukur Lingkar Lengan Atas (LILA) Pada Wanita Usia Subur*, Jakarta
- , 1996, *Pedoman Penanggulangan Ibu Hamil Kekurangan Energi Kronis*, Jakarta
-, 2000, *Penatalaksanaan Menu Seimbang Pada Ibu Hamil*, <http://www.depkes.go.id>
-, 2007, *Pidato Menteri Kesehatan RI pada HUT Gizi*, <http://www.depkes.go.id>
- Jumirah, dkk, *Anemia Ibu Hamil dan Faktor-faktor yang Mempengaruhi Serta Dampaknya pada Berat Bayi Lahir di Kecamatan Medan Tuntungan, Kotamadya Medan*,

Laporan Penelitian, Medan. Tidak dipublikasikan
Laporan Puskesmas Air Besar tahun 2006
Laporan Triwulan Puskesmas Air Besar tahun 2007

Pengetahuan dan Keterampilan Gizi Keluarga di Masa Kritis, Semarang
Supariasa, Bakri, Fajar, 2002, *Penilaian Status Gizi*, EGC, Jakarta

- Lubis, Z, 2003, Status Gizi Ibu Hamil serta Pengaruhnya terhadap Bayi yang Dilahirkan, internet : e-mail : *zulhaida@Telkom.net*
- Mawah, Pius Made, HS Hartono dan Ismono Hadi, 1993, BBLR Angka Kejadian dan Beberapa Faktor Risiko, *Kumpulan Abstrak Kongres Obsetri Ginekologi Indonesia ke 9, Hotel Horison, Jakarta*
- Muaris, 2002, *Hidangan Sehat Favorit Ibu Hamil*, PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta
- Mutalazimah, Hubungan Lingkar Lengan Atas (LILA) dan Kadar Hemoglobin (Hb) Ibu Hamil dengan Berat Bayi Lahir di RSUD dr.Moewardi Surakarta, *Jurnal Penelitian Sains & Teknologi*, Vol.6, No.2, tahun 2005
- Pudjiadi, 2000, *Ilmu Gizi Klinis Pada Anak*, FKUI, Jakarta
- Purdyastuti, 1994, Hubungan Kadar Hemoglobin Ibu inpartu dengan Kehamilan aterm dan Berat Bayi yang Dilahirkan di RS Fatmawati, Jakarta, *Majalah Kedokteran Indonesia* Volume 45 No. 7.
- Siti Patimah, Pola Konsumsi Ibu Hamil dan Hubungannya dengan Kejadian Anemia Defisiensi Besi, *Jurnal Sains & Teknologi*, Vol. 7, No. 3, tahun 2007
- Saraswati, E, 1998. Resiko Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK) dan Anemia untuk Melahirkan Bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR). *Penelitian Gizi dan Makanan*, jilid 21.
- Soeharyo dan Palarto, Budi, 1999, Masalah Kurang Gizi Pada Ibu Hamil, Ibu Menyusui dan Anak Balita serta akibatnya, *Seminar Peningkatan*