

JURNAL KESEHATAN TERPADU *(Integrated Health Journal)*

Strategi Koping Stres Penderita Diabetes Melitus dengan *Self Monitoring* Sebagai Variabel Pemantau
Hamdan Tunny

Kesesuaian Asupan Gizi Dan Kebutuhan Gizi Terhadap Status Gizi Pada Pasien HIV/AIDS
Yuniarti, Mahmud, Muhammad Asrar

Implementasi Program Kemitraan Bidan dan Dukun di Kabupaten Maluku Tengah (Studi Kasus di Puskesmas Negeri Lima)
Hasnawati Nukuhaly

Tradisi Melahirkan di dalam Liliposu Masyarakat Negeri Huaulu Kecamatan Seram Utara Kabupaten Maluku Tengah
Norce Kainama, Denicell.P.Tetelepta, Femi S, Tuhumena

Faktor Nutrisi yang berhubungan dengan Siklus Menstruasi Remaja Putri di SMA Negeri 2 Masohi
N. B. Marasabessy, Irhamdi Achmad

Pemanfaatan Biji Kelor (*Moringa Oleifera*) Sebagai Koagulan Alternatif dalam Proses Penjernihan Limbah Cair Industri Tahu Negeri Batu Merah Kota Ambon Tahun 2013
Hairudin Rasako, Rahwan Ahmad

Analisis Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Penggunaan Garam Beryodium di Rumah Tangga di Desa Uraur Kecamatan Kairatu Kabupaten Seram Bagian Barat
Rita Rena Pudyastuti

Efektifitas Triangles Therapy Dalam Meningkatkan Kemampuan Keluarga Merawat Anggota Keluarga Dengan Gangguan Jiwa di RSK Provinsi Maluku
Hamdan Tunny, Zulfikar Peluw

Diterbitkan Oleh :
Tim Pengembangan Jurnal Ilmiah
Politeknik Kesehatan Maluku

JKT	Jilid 5	Nomor 1	Halaman 1 - 79	Ambon, Mei 2014	ISSN 1978 - 7766
-----	---------	---------	-------------------	--------------------	---------------------

JKT
JURNAL KESEHATAN TERPADU
ISSN 1978-7766
Jilid 5, Nomor 1, Mei 2014, hlm 1 - 79

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

Ketua Penyunting
Rahwan Ahmad

Wakil Ketua Penyunting
Mulyadi

Penyunting Ahli / Mitra Bestari

Hamdan Tunny, Lucky Herawati, Syafdewiyani, Ety Yuni Ristanti, M. Asrar, Ronny A. Latumenasse, Zulfikar Peluw, Hairuddin Rasako, Leonora Mailoa, Dewa Nyoman Supariasa, Abd. Halim Ohorella, Irhamdi Achmad, Agnes Batmomolin, Abd. Rivai S. Dunggio

Penyunting Pelaksana
Michran Masaoly
Suratno Kaluku

Pelaksana Tata Usaha
Nasir Simuna
M. Fadly Kaliky

Alamat Penyunting dan Tata Usaha : Jurnal Kesehatan Terpadu, Sekretariat : Redaksi Jurnal Kesehatan Terpadu, Jln. Laksdya Leo Wattimena, Negeri Lama, Ambon, Telp: 0911-362947, 0911-362948, Fax 0911-362949, Email : poltekkes_ambon06@yahoo.com, jkt_poltekkes_maluku@yahoo.co.id

Penyunting menerima sumbangan tulisan yang belum pernah diterbitkan di media cetak lain. Naskah diketik dengan spasi 1 pada kertas kwarto, panjang halaman 12-15 halaman sebanyak 3 (tiga) rangkap beserta CD (lebih lanjut 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 5, Nomor 1, Mei 2014, hlm 1 - 79

Daftar Isi

	Hal
1. Strategi Koping Stres Penderita Diabetes Melitus dengan <i>Self Monitoring</i> Sebagai Variabel Pemantau <i>Hamdan Tunny</i>	1 – 8
2. Kesesuaian Asupan Gizi Dan Kebutuhan Gizi Terhadap Status Gizi Pada Pasien HIV/AIDS <i>Yuniarti, Mahmud, Muhammad Asrar</i>	9 – 16
3. Implementasi Program Kemitraan Bidan Dan Dukun di Kabupaten Maluku Tengah (Studi Kasus di Puskesmas Negeri Lima) <i>Hasnawati Nukuhaly</i>	17 – 26
4. Tradisi Melahirkan Di Dalam Liliposu Masyarakat Negeri Huaulu Kecamatan Seram Utara Kabupaten Maluku Tengah <i>Norce Kainama, Denicell.P.Tetelepta, Femi S, Tuhumena</i>	27 –36
5. Faktor Nutrisi Yang Berhubungan dengan Siklus Menstruasi Remaja Putri di SMA Negeri 2 Masohi <i>N. B. Marasabessy, Irhamdi Achmad</i>	37 – 44
6. Pemanfaatan Biji Kelor (<i>Moringa Oleifera</i>) Sebagai Koagulan Alternatif dalam Proses Penjernihan Limbah Cair Industri Tahu Negeri Batu Merah Kota Ambon Tahun 2013 <i>Hairudin Rasako, Rahwan Ahmad</i>	45 – 52
7. Analisis Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Penggunaan Garam Beryodium di Rumah Tangga di Desa Uraur Kecamatan Kairatu Kabupaten Seram Bagian Barat <i>Rita Rena Pudyastuti</i>	53 – 64
8. Efektifitas Triangles Therapy Dalam Meningkatkan Kemampuan Keluarga Merawat Anggota Keluarga Dengan Gangguan Jiwa di RSK Provinsi Maluku <i>Hamdan Tunny, Zulfikar Peluw</i>	65 – 79

STRATEGI KOPING STRES PENDERITA DIABETES MELITUS DENGAN *SELF MONITORING* SEBAGAI VARIABEL PEMANTAU

Hamdan Tunny
Dosen Poltekkes Maluku

Abstrak

Diabetes Melitus merupakan penyakit sistem endokrin yang banyak menyerang penduduk dunia yang disebabkan kerusakan pulau langerhans pada pancreas atau disebabkan pola makan yang salah. penderita DM sering mengalami masalah psikologis yang disebabkan perubahan pola hidup maupun ketakutan akan penyakitnya

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara stres diabetes dan strategi *coping* dengan *self monitoring* sebagai variabel pemantau pada penderita diabetes di RSUD Piru kabupaten Seram bagian barat. Penelitian ini terdiri dari satu variabel dependent yakni stres diabetes, satu variabel independent yakni strategi *coping*, dan satu variabel pemantau yakni *self monitoring*. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan metode skala. Subjek dalam penelitian ini adalah 42 penderita diabetes di RSUD Piru Seram Bagian Barat. Teknik analisis data menggunakan regresi alur (*path analysis*).

Penelitian ini dilakukan selama 3 bulan. pada tahap pertama dilakukan persiapan instrumen, perbaikan instrumen dan penggantian instrument. Kemudian pengumpulan data primer dengan cara penyebaran angket kepada pasien penderita diabetes dan melakukan tes GDS DM untuk menunjang kevalidan diagnosis. Selanjutnya pada tahap akhir adalah penghitungan data, analisa data yang telah didapat sampai pembuatan kesimpulan.

Hasil penelitian menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara stres diabetes dan strategi *coping* dengan *self monitoring* sebagai variabel pemantau dengan $\beta = 0.012$, -0.091 , 0.059 , dan $p > 0.05$. Kemudian antara strategi *coping* dengan stres penderita diabetes juga tidak terdapat hubungan dengan $\beta = 0.012$, $t = 0.078$, dan $p = 0.938$. Pada *self monitoring* dengan stres penderita diabetes juga tidak memiliki hubungan dengan $\beta = -0.091$, $t = -0.575$, dan $p = 0.569$.

Kata kunci : Stres Diabetes, Strategi Coping, *Self Monitoring*.

PENDAHULUAN

Diabetes Melitus, DM (bahasa Yunani: διαβήτις, *diabainein*, tembus atau pancuran air) (bahasa Latin: *mellitus*, rasa manis) yang juga dikenal di Indonesia dengan istilah penyakit kencing gula adalah kelainan metabolis yang disebabkan oleh banyak faktor, dengan simtoma berupa hiperglisemia kronis dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein (Wikipedia, 2012).

Diabetes Melitus (selanjutnya Diabetes Melitus ditulis DM) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja

insulin atau kedua-duanya. *World Health Organization* (WHO) sebelumnya telah merumuskan bahwa DM merupakan sesuatu yang tidak dapat dituangkan dalam satu jawaban yang jelas dan singkat tetapi secara umum dapat dikatakan sebagai suatu kumpulan problema anatomik dan kimiawi akibat dari sejumlah faktor dimana didapat defisiensi insulin absolut atau relatif dengan gangguan fungsi insulin. (Sudoyo Aru.W dkk, 2009)

Dampak psikologis dari penyakit Diabetes mulai dirasakan oleh penderita sejak didiagnosis dokter dan penyakit tersebut telah berlangsung selama beberapa bulan atau lebih dari satu tahun. Penderita mulai mengalami gangguan psikis

diantaranya adalah stres pada dirinya sendiri. Tidak jauh berbeda dengan penyakit kronis lain, penderita diabetes memiliki tingkat konflik psikologis yang tinggi, yang berkaitan dengan tritmen yang harus dijalani

Permasalahan psikologis yang sering muncul mengiringi penyakit diabetes adalah adanya perasaan stres (tertekan) terhadap tuntutan penanganan untuk mengubah pola hidupnya sehari-hari. Secara umum, stres adalah tanggapan atau reaksi tubuh terhadap berbagai tuntutan atau beban atasnya yang bersifat non spesifik. Namun, disamping itu stres dapat juga merupakan faktor pencetus atau penyebab sekaligus akibat dari suatu gangguan atau penyakit, misalnya stres yang diakibatkan oleh penyakit Diabetes melitus (Hawari, 1996 dalam Jamaluddin M, 2007).

Pada saat ini, Diabetes Melitus merupakan masalah kesehatan yang menghinggapi hampir seluruh lapisan masyarakat di dunia. Kenaikan jumlah penduduk dunia yang terkena penyakit Diabetes atau kencing manis semakin mengkhawatirkan. Menurut WHO pada tahun 2000 jumlah penduduk dunia yang menderita Diabetes sudah mencapai 171.230.000 orang dan pada tahun 2030 diperkirakan jumlah penderita Diabetes di dunia akan mencapai jumlah 366.210.100 orang atau naik sebesar 114% dalam kurun waktu 30 tahun. Menurut WHO pada tahun 2000 jumlah penderita Diabetes dunia pada tahun 2030. Indonesia menduduki tempat ke 4 terbesar dengan pertumbuhan sebesar 152% atau dari 8.426.000 orang pada tahun 2.000 menjadi 21.257.000 orang di tahun 2030 (WHO, 2012).

Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik Indonesia (BPSI) Tahun 2003, diperkirakan penyandang Diabetes pada tahun 2003 sebanyak 13,7 juta orang dan berdasarkan pola pertumbuhan penduduk diperkirakan pada 2030 akan ada 20,1 persen penyandang Diabetes dengan tingkat

prevalensi 14,7 persen untuk daerah urban dan 7,2 persen dirural. Badan Federasi Diabetes Internasional (IDF) pada tahun 2009 memperkirakan kenaikan jumlah penyandang Diabetes Melitus dari 7,0 juta tahun 2009 menjadi 12,0 juta tahun 2030 (Antara News,2011).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007, angka prevalensi Diabetes Melitus tertinggi terdapat di provinsi Kalimantan Barat dan Maluku Utara (11,1%), diikuti Riau (10,4%) dan NAD (8,5%). Sedangkan prevalensi Diabetes Melitus terendah ada di provinsi Papua (1,7%), diikuti Nusa Tenggara Timur (1,8%), Prevalensi Toleransi Glukosa Terganggu tertinggi di Provinsi Papua Barat (21,8%), diikuti Sulawesi Barat (17,6%) dan Sulawesi Utara (17,3%), sedangkan terendah di Jambi (4%), diikuti Nusa Tenggara Timur (4,9%). Sementara itu angka kematian akibat Diabetes Melitus terbanyak pada kelompok usia 45-54 tahun di daerah perkotaan sebesar 14,7%, sedangkan di daerah pedesaan sebesar 5,8%. (Antara News,2011).

Jumlah pasien keluar inap di rumah sakit di Indonesia dengan diagnose DM tahun 2007 sebanyak 56.378 pasien dengan CFR 7,38%, sedangkan kasus baru pada rawat jalan sebanyak 28.095 kasus (Profil Kesehatan Indonesia, 2008).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengklasifikasikan bentuk Diabetes Melitus berdasarkan perawatan dan simtoma yaitu, Diabetes tipe 1, yang meliputi simtoma ketoasidosis hingga rusaknya sel beta di dalam pankreas yang disebabkan atau menyebabkan autoimunitas, dan bersifat idiopatik. Diabetes Melitus dengan patogenesis jelas, seperti fibrosis sistik atau defisiensi mitokondria, tidak termasuk pada penggolongan ini. Diabetes tipe 2, yang diakibatkan oleh defisiensi sekresi insulin, seringkali disertai dengan sindrom resistansi insulin. Diabetes gestasional, yang meliputi *gestational impaired glucose*

tolerance, GIGT dan *gestational diabetes mellitus*, GDM. (Wikipedia, 2012)

Penyebab Diabetes biasanya dikarenakan kelenjar pankreas atau kelenjar ludah perut tidak mampu atau tidak cukup memproduksi hormon insulin yang dibutuhkan oleh tubuh, sehingga pembakaran karbohidrat sebagai bahan bakar tubuh kurang sempurna. Hal ini mampu mengakibatkan peningkatan kadar glukosa (gula) dalam darah. Karena kadar gula dalam darah lebih dari normal, maka akan dibuang melalui air kencing. Sehingga urine seorang diabetisi yang belum ditanggulangi secara seksama akan terasa manis, disukai semut (Margatan, 2001; Riddell dan Perkins, 2006)

Stres Diabetes merupakan kondisi atau respon yang muncul dari penderita Diabetes terhadap stresor dalam hal ini adalah penyakit Diabetes Melitus. Diabetes dan stres merupakan dua kondisi yang saling mempengaruhi satu sama lain baik secara langsung maupun tidak langsung. Kontrol yang buruk terhadap glukosa darah akan mempengaruhi aktivitas sehari-hari yang pada gilirannya akan menimbulkan perasaan tertekan atau stres, sedangkan stres juga akan mengakibatkan kontrol terhadap glukosa darah memburuk (Fisher dkk, 1982). Selain itu, penyakit Diabetes juga merupakan salah satu penyakit yang dapat menimbulkan perasaan tertekan (stres) baik secara emosional maupun fisik, karena setelah didiagnosis menderita Diabetes, kebanyakan individu mengalami ketertekanan yang lebih karena harus mengingat banyak informasi yang terkait dengan penyakit Diabetes, menjalani banyak pengobatan serta terlalu banyak kebiasaan-kebiasaan hidup yang harus dirubah.

Stres diabetik ini apabila tidak segera dikendalikan akan semakin mempengaruhi atau memperburuk kendali metabolisme tubuh secara langsung terutama pada metabolisme hormon insulin. Banyak penelitian yang telah menemukan

hubungan antara Diabetes dan stres. Beberapa intervensi telah dilakukan untuk mengurangi tingkat stres yang sekaligus mampu meningkatkan kontrol metabolisme tubuh (Ellis dkk, 2005).

Snyder (dalam Czellar, 2003) mendefinisikan *self monitoring* sebagai kemampuan individu dalam mengontrol diri dan mengelola faktor-faktor perilaku sesuai dengan situasi dan kondisi untuk menampilkan diri dalam situasi sosial.

Individu yang mempunyai pemantauan diri rendah akan mengalami kesulitan untuk menempatkan dirinya pada situasi sosial, karena mereka dalam situasi yang berbeda tetap menampilkan perilaku yang sama, jika hal ini terjadi terus-menerus maka akan terjadi konflik antara individu tersebut dengan lingkungan. Orang tersebut akan dinilai sebagai orang yang tidak dapat menyesuaikan diri karena berperilaku tidak pada tempatnya (Murni, 2004).

Selain terdapat individu yang mempunyai *self monitoring* rendah, terdapat pula individu dengan *self monitoring* tinggi (Czellar, 2003). Individu dengan *self monitoring* tinggi mempunyai kemampuan yang baik dalam mengontrol ekspresi atas tingkah laku sosial mereka untuk menyesuaikan penampilan dan tindakan-tindakan mereka. pemantauan diri (*self monitoring*) yang tinggi ditunjukkan dengan adanya kepedulian terhadap tingkah laku yang pantas untuk ditampilkan dalam situasi sosial, sehingga tingkah lakunya akan berubah-ubah sesuai dengan situasi yang dihadapi. Individu yang pemantauan dirinya tinggi biasanya berperilaku lebih responsif terhadap petunjuk situasional, luwes, berusaha memperlancar interaksi sosial. Sebaliknya individu yang pemantauan dirinya rendah cenderung bertindak sesuai dengan keadaan dirinya yang sesungguhnya, sehingga dalam situasi berbeda tetap menampilkan tingkah laku yang sama, dengan kata lain orang yang pemantauan dirinya rendah selalu

berperilaku konsisten antara sikap, perasaan dan nilai yang dianut walaupun ia berada dalam kondisi dan situasi yang berbeda.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara stres pada penderita Diabetes Melitus dan strategi koping dengan *self monitoring* sebagai variabel pemantau

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan desain penelitian analisis regresi alur (*path analysis*) dengan tujuan melihat keterkaitan antara variable independent, variable intermediate, dan variable dependent.

Subjek penelitian ini adalah penderita Diabetes Melitus. Adapun kriteria subjek dalam penelitian ini adalah, (1) Penderita yang telah didiagnosa menderita Diabetes Melitus melalui pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium. (2) Sedang melakukan pengobatan di RSUD Piru Kabupaten Seram Bagian Barat (3). Lama menderita minimal 6 bulan, karena setelah 6 bulan pasien telah mengalami dan merasakan perubahan atau keluhan fisik dan psikis selama menderita Diabetes.

Alat yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini adalah model skala yaitu Likert dengan empat alternatif jawaban, yaitu: Sangat Sesuai (SS), Sesuai (S), Tidak Sesuai (TS) dan Sangat Tidak Sesuai (STS) atau Selalu (SL), Sering (SR), Kadang-kadang (KD) dan Tidak pernah (TP). Jumlah skala yang digunakan ada tiga dan satu angket identitas diri. Skala-skala tersebut adalah skala stres, skala strategi koping dan skala *self monitoring*. Skoring untuk skala stres dan *self monitoring* adalah SL=4, SR=3, KD=2, dan TP=1 untuk *item Favorable*, sedangkan SL=1, SR=2, KD=3, dan TP=4 untuk *item Unfavorable*. Sementara strategi koping, untuk *item Favorable*: SS = 4; S= 3; TS= 2; dan STS=1. Untuk *item Unfavorable*: SS=1; S=2; TS=3; dan STS=4. Skala stres, Skala *self monitoring*

dan skala strategi koping diadaptasi dari M. Jamaluddin, 2007

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Uji Linieritas

Uji asumsi linieritas dilakukan untuk mengetahui linieritas hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Uji linieritas dapat pula untuk mengetahui taraf penyimpangan dari linieritas hubungan tersebut. Adapun kaidah yang digunakan dalam uji linieritas hubungan adalah bila nilai *linierity* $p < 0.05$ maka hubungan dinyatakan linier, atau bila nilai *deviation for linerity* $p > 0.05$ maka hubungan dinyatakan linier.

Tabel 1.
Hasil Uji Linieritas Hubungan

Variabel	F	p	Keterangan
Stres – Strategi koping	0.964	0.472	Linier
Stres – <i>Self monitoring</i>	1.172	0.355	Linier

Sumber : Data Primer, Tahun 2012

Data tabel 1. didapatkan hasil bahwa, 1. Hasil uji asumsi linieritas antara variabel stres Diabetes dengan strategi koping mempunyai nilai *deviation for linerity* $F = 0.964$ dan $p = 0.472 > 0.05$ yang berarti hubungannya dinyatakan linier. 2. Hasil uji asumsi linieritas antara variabel stres Diabetes dengan *self monitoring* mempunyai nilai *deviation for linerity* $F = 1.172$ dan $p = 0.355 > 0.05$ yang berarti hubungannya dinyatakan linier.

Hasil Uji Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian adalah untuk mengetahui hubungan antara untuk mengetahui hubungan antara strategi koping dengan stres penderita Diabetes dan *self monitoring* sebagai variabel mediasi. Berdasarkan hasil pengujian analisis maka didapatkan hasil sebagai berikut :

Tabel 2.
Hasil Uji Analisis Regresi Alur

Variabel	F	R ²	p
Strategi koping (X ₁) <i>Self monitoring</i> (X ₂) Stres Diabetes (Y)	0.166	0.08	0.848
Strategi koping (X ₁) Stres diabetes (Y)	0.940	0.008	0.338
<i>Self monitoring</i> (X ₂) Stres diabetes (Y)	0.193	0.003	0.663
Strategi koping (X ₁) <i>Self monitoring</i> (X ₂)	0.141	0.003	0.709

Sumber : Data Primer, Tahun 2012

Berdasarkan data pada tabel 2. menunjukkan bahwa strategi koping dengan stres penderita Diabetes dan *self monitoring* sebagai variabel mediasi tidak memiliki hubungan dengan $p > 0.05$ Hal tersebut berarti bahwa hipotesis mayor dalam penelitian ini ditolak.

Tabel 3.
Hasil Uji Analisis Regresi Model Bertahap

Variabel	Beta	T	P
Strategi koping (X ₁) Stres diabetes (Y)	0.012	0.078	0.938
<i>Self monitoring</i> (X ₂) Stres diabetes (Y)	-	-	0.569
	0.091	0.575	

Sumber : Data Primer, Tahun 2012

Berdasarkan data tabel diatas dapat diketahui tidak terdapat hubungan antara strategi koping dengan stres penderita Diabetes dengan $\beta = 0.012$, $t = 0.078$, dan $p = 0.938$. Sedangkan *self monitoring* dengan stres penderita Diabetes juga tidak memiliki hubungan dengan $\beta = -0.091$, $t = -0.575$, dan $p = 0.569$. Hal ini berarti seluruh hipotesis minor dalam penelitian ini ditolak.

Berdasarkan analisis regresi menunjukkan tidak terdapat hubungan antara strategi koping dengan stres penderita Diabetes dan *self monitoring* sebagai variabel pemantau tidak memiliki

hubungan dengan $F = 0.166$, $R^2 = 0,008$ dan $p = 0.848 > 0.050$. Hal ini berarti hipotesis mayor dalam penelitian ini ditolak.

Hasil penelitian ini didukung oleh pendapat Sarafino (1998) yang mengatakan bahwa stres dapat dikelola dengan baik apabila individu memahami seluk beluk tentang stres dan memiliki ketrampilan untuk mengubah stres tersebut bukan hanya tergantung pada strategi koping dan *self monitoring* yang dilakukan oleh individu.

Hasil analisis regresi model bertahap juga diperoleh hasil bahwa tidak terdapat hubungan antara strategi koping dengan stres penderita Diabetes dengan $\beta = 0.012$, $t = 1.078$, dan $p = 0.938$. Hal ini berarti bahwa hipotesis pertama dalam penelitian ini ditolak. Artinya bahwa tingkat stres akibat penyakit Diabetes tidak ditentukan oleh tingkat koping yang dilakukan oleh penderita atau dengan kata lain tingkat stres akibat penyakit Diabetes tidak dapat diprediksikan dari tingkat koping yang dilakukan oleh penderita. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Parker (1986) bahwa koping itu kurang berpengaruh terhadap stres diakibatkan karena koping itu sendiri masih dipengaruhi oleh variabel lain seperti karakteristik situasional, lingkungan dan faktor personal atau perbedaan individu.

Penelitian Carver dkk (1989) yang menemukan adanya faktor kepribadian yang berpengaruh terhadap tingkat stres individu. Individu yang memiliki rasa optimis yang tinggi akan mampu mengatasi rasa stresnya. Sebaliknya, individu yang pesimis cenderung bereaksi dengan perasaan negatif terhadap situasi yang menekan dan cenderung menyalahkan diri sendiri.

Pendapat yang senada juga diungkapkan oleh Koeske dkk, Kinicki & Latack (dalam Jex dkk, 2001) bahwa individu yang merasa yakin akan kemampuan yang dimilikinya akan mampu menghadapi stressor yang muncul.

Sementara menurut Maramis (2004) daya tahan atau penyesuaian individu terhadap stres akan berbeda satu sama lain karena masih akan tergantung pada umur, jenis kelamin, tipe kepribadian, tingkat intelegensi, emosi, status sosial atau pekerjaannya

Hasil analisis regresi model bertahap juga diperoleh hasil bahwa tidak terdapat hubungan antara *self monitoring* dengan stres Diabetes dengan $\beta = -0.091$, $t = -0.575$, dan $p = 0.569$, karena nilai $p > 0.05$ maka sesuai dengan kaidah hipotesis penelitian, hipotesis kedua ini ditolak. Heisler (2004) mengatakan bahwa *self monitoring* merupakan variabel yang sangat efektif dalam memantau Diabetes akan tetapi apabila *self monitoring* dilakukan seorang diri tanpa dibantu orang lain (keluarga atau teman) untuk mengontrolnya maka tidak akan ada kontrol diri terhadap penyakit Diabetes yang diderita sehingga akan menimbulkan stres dan depresi.

Pendapat yang senada juga diungkapkan oleh Fisher dkk, (1982) bahwa kontrol yang buruk terhadap penyakit Diabetes akan menimbulkan perasaan tertekan atau stres serta perasaan stres juga dapat menimbulkan kontrol pada Diabetes memburuk. Sementara menurut Soegondo (1996) diantara tujuan dari adanya pemantauan terhadap Diabetes ini adalah diharapkan mampu memperbaiki kualitas hidup para penderita, sehingga dengan kualitas hidup yang baik, penderita Diabetes akan mampu mengatasi semua permasalahan yang dihadapinya termasuk perasaan stres yang muncul akibat penyakit Diabetes yang diderita.

Tidak adanya hubungan antara *self monitoring* dengan stres penderita Diabetes ini karena *self monitoring* itu sendiri masih bisa dipengaruhi oleh jenis kelamin, motivasi, kemampuan serta performansi individu sehingga masih belum semuanya dari faktor *self monitoring* sendiri karena masih banyaknya variabel lain yang

mempengaruhinya (Lippa, 1983, Webb dkk, 1989).

KESIMPULAN DAN SARAN

Secara keseluruhan berdasarkan analisis regresi alur menunjukkan tidak terdapat hubungan yang erat antara strategi *koping* dengan stres penderita Diabetes dan *self monitoring* sebagai variabel mediasi. Hal ini berarti tingkat stres akibat penyakit Diabetes tidak ditentukan oleh tingkat *koping* serta *self monitoring* yang dilakukan oleh penderita atau dengan kata lain tingkat stres akibat penyakit Diabetes ini tidak dapat diprediksikan dari tingkat *koping* dan *self monitoring* yang dilakukan oleh penderita.

Berdasarkan kesimpulan diatas maka diberikan saran sebagai berikut, 1. Bagi pihak-pihak yang terlibat dalam bidang kesehatan penelitian ini dapat dijadikan rujukan oleh Dinas Kesehatan atau RSUD Piru Kabupaten Seram Bagian Barat untuk penanggulangan lebih lanjut pasien penderita Diabetes Melitus dengan mengacu pada penanganan klinis tanpa mengabaikan aspek psikologis. 2. Bagi penelitian selanjutnya lebih memfokuskan dan mempertimbangkan faktor psikososial dan faktor demografis seperti tipe kepribadian, jenis strategi *koping* (PFC/EFC), stadium Diabetes yang diderita, tingkat komplikasi, jumlah subyek, dukungan sosial, tingkat kesibukan atau waktu luang dan jenis pekerjaan. Mengingat kemungkinan besar faktor-faktor tersebut mempunyai hubungan yang cukup bermakna terhadap stres yang dialami penderita Diabetes. Selain itu, penelitian berikutnya juga diharapkan lebih menekankan pada penelitian kualitatif agar bisa mengungkap aspek-aspek psikologis penderita Diabetes dan hal ini demi diperolehnya penelitian yang lebih sempurna.

DAFTAR PUSTAKA

- Antaranews, 2011. "Penderita Diabetes meningkat 2-3 kali pada 2030" (online). <http://www.antaranews.com> . di akses 05 Februari 2012.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. dan Meintroub, J.K. 1989. Assessing Coping Strategies: Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Sosial Psychology*. 56, (2): 267-283.
- Czellar, S., 2003. *A Link Between Self-Monitoring and Prestige-Related Consumer Knowledge? Preliminary Evidence from North America and Europe*. Paper in the Society for Consumer Psychology Winter Conference Proceedings, New Orleans.
- Ellis, D.A., Frey, M.A., Naar-King, S., Templin, T., Cunningham, P.B., and Cakan, N., 2005. The Effects of Multisistemic Therapy on Diabetes Stress Among Adolescents With Chronically Poorly Controlled Type 1 Diabetes: Findings From a Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Pediatrics*. 116; 826-832
- Fisher, E.B., Declamater, A.M., Bertelson, Aniy D dan Kirkley, Betty G., 1982, Psychological Faktor in Diabetes and Its Treatmen, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 50 (6): 993-1003.
- Heisler, M., 2004. Glycemic self-monitoring and insurance coverage. *Journal of Canadian Medical Association*
- Jamaluddin, M., 2007. Strategi Koping Penderita Diabetes Melitus dengan self monitoring sebagai variable mediasi di RSUD Kota Yogyakarta. *Tesis*. Program Pasca sarjana Psikologi. UGM Yogyakarta.
- Jex, S.M., Bliese P.D., Buzzell, S., Primeau, J., 2001. The Impact of Sel-Efficacy on Stressor-Strain Relation: Coping Style as an Explanatory Mechanism. *Journal of Applied Psychology*.
- Lippa, R., Valdez, E., jolly, A., 1983. The Effect of Self-Monitoring on The Expressive Display of Masculinity-Femininity. *Journal of Research in Personality*,
- Maramis, W.F., 2004. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Airlangga Universiy Press. Surabaya.
- Margatan, A., 2001, Yang Manis Jangan Pipis: Catur Laksana Pengendalian Diabetes Melitus, CV. Aneka, Solo.
- Murni, A., 2004. Hubungan Persepsi terhadap Keharmonisan Keluarga dan Pemantauan Diri dengan Kecenderungan Perilaku Delinkuen. *Tesis*. Tidak diterbitkan. Program Pascasarjan Fakultas Psikologi. UGM. Yogyakarta.
- _____, Profil Kesehatan Indonesia, 2008. www.Profil_Kesehatan_Indonesia.com di akses 10 Februari 2012
- Riddell, Michael C., Perkins, Bruce A., 2006. Type 1 Diabetes and Vigorous Exercise: Applications of Exercise Physiology to Patient Management. *Canadian Journal of Diabetes*. 30 (1): 63-71.
- Sarafino, E.P. 1998. *Health Psychology: Biopsychososial Intervention*. Third Edition. New York: John Wiley dan Sons, Inc.
- Soegondo, S, 1996. *Pemantauan Pengendalian Diabetes melitus: Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Edisi ketiga. Balai Penerbit FKUI. Jakarta.
- Sudoyo, Aru.W dkk. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Intrena Publishing. Jakarta
- WHO, 2012. "Data Statistik Jumlah Penderita Diabetes di dunia versi WHO" (online). <http://indodiabetes.com> Di akses 05 Februari 2012.

KESESUAIAN ASUPAN GIZI DAN KEBUTUHAN GIZI TERHADAP STATUS GIZI PADA PASIEN HIV/AIDS

Yuniarti, Mahmud, Muhamad Asrar
Dosen Poltekkes Maluku

Abstrak

Pasien HIV/AIDS umumnya mengalami penurunan berat badan drastis dan berstatus gizi rendah disertai infeksi oportunistik, kekurangan pangan dan asupan gizi yang rendah menyebabkan malnutrisi. Penelitian bertujuan mengetahui kesesuaian antara asupan gizi dan kebutuhan gizi terhadap status gizi pada pasien HIV/AIDS, metode penelitian Survei Analitik, rancangan *Cross Sectional*, sampel sebanyak 40 pasien HIV/AIDS. Analisis data menggunakan Uji *Chi Square Test*. Analisa bermakna bila $p < 0,05$ dengan rentang kemaknaan 95%. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Asupan gizi makro maupun mikro belum sesuai kebutuhan gizi tetapi asupan karbohidrat dan vitamin C ada hubungan yang bermakna terhadap status gizi ($p < 0,05$).

Kata Kunci: Asupan Gizi, kebutuhan Gizi, Status Gizi, HIV/AIDS

PENDAHULUAN

Infeksi HIV akan mempengaruhi status nutrisi (makronutrien dan mikronutrien serta sistem imun orang dengan infeksi HIV/AIDS (ODHA) (Mansjoer, 2000). Masalah yang berkembang sehubungan dengan penyakit HIV/AIDS adalah angka kejadian dan kematian yang masih tinggi. Data terakhir Sekretariat Pokja HIV/AIDS RSUD. Dr. M. Haulussy Ambon tercatat pasien HIV/AIDS sampai dengan 25 September 2013 yang rawat jalan sebanyak 180 pasien dengan jumlah kematian berjumlah 49 pasien.

Status gizi ODHA sangat dipengaruhi oleh kebutuhan dan asupan zat gizi. Asupan zat gizi yang tidak memenuhi kebutuhan akibat infeksi HIV akan menyebabkan kekurangan gizi yang bersifat kronis. Untuk mengatasi hal tersebut penatalaksanaan gizi yang baik untuk ODHA sangat berguna untuk mempertahankan kesehatan dan status gizi serta meningkatkan kekebalan tubuh sehingga kualitas hidup akan lebih baik (Almatsier, 2007).

Kekurangan pangan dan asupan energi, protein yang rendah dapat menyebabkan malnutrisi sehingga mempercepat perkembangan penyakit HIV serta dapat menghambat pengobatan. Penggunaan obat antiretroviral tertentu mempunyai efek samping yang dapat diperburuk jika obat ini dipakai tanpa makanan (Hardon *et al.* 2007, Bukusuba, 2007), dan gizi buruk menghambat kemampuan obat (ADA, 2004).

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui kesesuaian antara asupan gizi dan kebutuhan gizi terhadap status gizi pada pasien HIV/AIDS di RSUD Dr. M. Haulussy Ambon.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian *Survei Analitik*, dengan rancangan *Cross Sectional*, sampel sebanyak 40 pasien HIV/AIDS. Analisis data menggunakan *Uji Chi Square Test*. Analisa bermakna bila p kurang dari 0,05 dengan rentang kemaknaan 95%. Waktu penelitian kurang lebih 3 bulan.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien HIV/AIDS yang berobat jalan di Poliklinik Pulau Pombo RSUD dr. M.Haulussy, Ambon. Pengambilan sampel dilakukan secara *purposive sampling* dengan kriteria inklusi sebagai berikut: semua pasien HIV/AIDS yang berkunjung saat penelitian berlangsung dan oleh dokter dinyatakan sebagai pasien HIV/AIDS rawat jalan, sadar, keadaan umum baik, asupan melalui oral, usia diatas 19 tahun sampai dengan 60 tahun, jumlah sel CD4 dalam darah 200-500 sel/mm³, mendapatkan obat anti-retroviral (ARV), baik laki-laki maupun perempuan, dan bersedia ikut dalam penelitian. Kriteria eksklusi yaitu pasien menghentikan atau tidak mau menjadi sampel, mengalami rawat inap dan komplikasi berat, mengalami kelainan ginjal dan hati, pindah atau kembali ke daerah luar Kota Ambon. Sampel berjumlah 40 pasien.

Asupan gizi makro dan asupan gizi mikro diperoleh melalui catatan makanan (*dietary record*). Asupan gizi makro dibandingkan dengan kebutuhan individu (Gibson, 2005) sedangkan asupan zat gizi mikro dibandingkan dengan AKG. Catatan makanan diambil dari tiga hari dalam satu minggu setelah pengambilan ARV kemudian diambil rata-rata. Rata-rata asupan dibandingkan dengan kebutuhan zat gizi. Data bahan makanan diolah menggunakan program *Nutrisurvey* 2005. status gizi berdasarkan indeks massa tubuh.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik pasien berdasarkan jenis kelamin, umur, riwayat terkena infeksi HIV, penyebab penularan (Tabel 1).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien ODHA berjenis kelamin laki-laki lebih banyak dibandingkan perempuan. Hal ini sesuai dengan data dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI, 2011) yang menunjukkan pasien HIV/AIDS berjenis kelamin laki-laki lebih banyak daripada perempuan, dengan rasio kasus

AIDS antara laki-laki dan perempuan adalah 3:1. Hasil penelitian dengan melakukan surveilans penderita infeksi HIV/AIDS di RSUP Dr. Sardjito berdasarkan jenis kelamin, pasien laki-laki lebih banyak (89,5%) dibandingkan perempuan (10,5%) (Octawati & Sianipar, 2005). Namun, tahun mendatang bukan tidak mungkin perempuan dan anak-anak dengan HIV/AIDS akan lebih dominan karena sudah banyak laporan mengenai infeksi HIV yang menyerang ibu rumah tangga karena tertular suami dan anak yang dilahirkan dari ibu dengan HIV positif (Georgiev, 2009).

Tabel 1.
Distribusi Karakteristik Pasien HIV/AIDS di Poliklinik Pulau Pombo RSUD dr. M. Haulussy Ambon Tahun 2013.

Variabel	Jumlah	
	n	%
Jenis kelamin		
Laki-laki	23	57,5
Perempuan	17	42,5
Umur (tahun)		
19-49	36	90
50-64	4	10
Pendidikan		
Rendah	14	35
Menengah	20	50
Tinggi	6	15
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	15	37,5
Bekerja	25	62,5
Lama terdiagnosa		
≤ 5 tahun	34	85
< 5 tahun	6	15
Anorexia		
Ya	13	32,5
Tidak	27	67,5
Kesulitan menelan		
Ya	3	7,5
Tidak	37	92,5
Mual		
Ya	21	52,5
Tidak	19	47,5
Muntah		
Ya	4	10
Tidak	36	90

Diare		
Ya	4	90
Tidak	36	10
Kembung		
Ya	5	12.5
Tidak	35	87.5
Sembelit		
Ya	1	2.5
Tidak	39	97.5

Sumber Data : Data Primer Tahun 2013

Sebagian besar kelompok umur pasien berumur 19-49 tahun. Hasil ini sesuai dengan data laporan Ditjen PPM & PL Depkes RI (2011) yaitu proporsi kumulatif kasus AIDS tertinggi dilaporkan pada kelompok umur 20-49 tahun (88,1%). Keadaan tersebut tidak dapat dipungkiri lagi karena banyaknya pengguna narkotika suntikan (*Injections Drug User / IDU*) pada kalangan umur tersebut.

Tingkat pendidikan pasien ODHA pada penelitian ini sebagian besar berada pada jenjang pendidikan menengah. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian surveilans

penderita infeksi HIV/AIDS di RS Dr. Sardjito yaitu sebagian besar status pendidikan pasien ODHA adalah SMA (47,5%) dan diikuti perguruan tinggi (21,5%) (Octawati & Sianipar 2005). Hasil penelitian berada pada jenjang pendidikan menengah Diharapkan dari segi pendidikan memungkinkan seseorang memiliki pengetahuan yang lebih baik serta mudah untuk menerima informasi dan edukasi terutama berkaitan dengan gizi pada ODHA.

Sebagian pasien bekerja sebagai pekerja paruh waktu, pedagang, tetapi sebagian subjek tidak bekerja. Penyakit AIDS menyebabkan hilangnya pendapatan dan meningkatkan pengeluaran kesehatan oleh suatu rumah tangga. Penelitian di Pantai Gading menunjukkan bahwa rumah tangga dengan pasien HIV/AIDS mengeluarkan biaya dua kali lebih banyak untuk perawatan medis daripada untuk pengeluaran rumah tangga lainnya (AIDS, 2011).

Tabel 2
Distribusi Asupan Gizi Makro Terhadap Status Gizi ODHA
di Poliklinik Pulau Pombo RSUD dr. M. Haulussy Ambon

Variabel	Status Gizi				(X) ²	Nilai p
	Baik		Kurang			
	n	%	n	%		
Asupan Karbohidrat						
Baik	8	20	0	0	2,9032	0,048
Kurang	23	57.5	9	22.5		
Total	31	77.5	9	22.5		
Asupan Protein						
Baik	18	45	5	12.5	0.0180	0,893
Kurang	13	32.5	4	10		
Total	31	77.5	9	22.5		
Asupan Lemak						
Baik	7	17.5	2	5	0.0005	0,982
Kurang	24	60	7	17.5		
Total	31	77.5	9	22.5		
Asupan Gizi Makro						
Baik	10	25	2	5	0.3345	0.563
Kurang	21	52.5	7	17.5		
Total	31	77.5	9			

Sumber: Data terolah, 2013 Keterangan: p=value

Sebagian besar pasien sudah terdiagnosa HIV selama kurang dari atau sama dengan 5 tahun, artinya sebagian besar subjek sudah masuk fase kedua. Pada fase ini pasien tampak baik-baik saja, meskipun sebenarnya terjadi replikasi virus secara lambat di dalam tubuh. Pada awal sub-fase, timbul penyakit-penyakit yang lebih ringan misalnya reaktivasi dari herpes zoster atau herpes simpleks. Namun, dapat sembuh spontan atau hanya dengan pengobatan biasa. Penyakit kulit seperti dermatitis seboroik, *verruca vulgaris*, *moluskum kontangiosum* atau kandidiasis oral sering timbul (Mandal et al, 2008).

Hasil penelitian ini menunjukkan asupan zat gizi makro antara lain karbohidrat tidak sesuai dengan kebutuhan gizi (80%), asupan protein baik sesuai

kebutuhan gizi (57.5%) asupan lemak tidak sesuai kebutuhan gizi (77.5%). Asupan zat gizi mikro dalam penelitian ini menunjukkan masih kurang belum sesuai dengan kebutuhan gizi baik asupan vitamin A (72.5%), vitamin C (92.5%), asupan vitamin E (100%), maupun asupan vitamin B6 (67.5%).

Pada penelitian ini dijumpai status gizi berdasarkan Indeks Massa Tubuh sebagian besar (77.5%) berstatus gizi baik. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna asupan zat gizi makro untuk karbohidrat terhadap status gizi ($p < 0,05$) dan tidak ada hubungan asupan zat gizi makro (protein, lemak) yang bermakna terhadap status gizi ($p > 0,05$) (tabel 2).

Tabel 3
Distribusi Asupan Gizi Mikro terhadap Status Gizi ODHA di Poliklinik Pulau Pombo RSUD dr. M. Haulussy Ambon

Asupan Zat Gizi Mikro	Status Gizi				(X) ²	Nilai p
	Baik		Kurang			
	n	%	n	%		
Asupan Vitamin A						
Baik	10	25	1	2,5	1.5645	0,211
Kurang	21	52,5	8	20		
Total	31	77,5	9	22,5		
Asupan Vitamin C						
Baik	1	2,5	2	5	3.6281	0,047
Kurang	30	75	7	17,5		
Total	31	77,5	9	22,5		
Asupan Vitamin E						
Baik	0	0	0	0	3.7281	0,157
Kurang	31	77,5	9	22,5		
Total	31	77,5	9	22,5		
Asupan Vitamin B6						
Baik	9	22,5	4	10	3.7329	0,155
Kurang	22	55	5	12,5		
Total	31	77,5	9	22,5		
Asupan Gizi Mikro						
Baik	0	0	1	2,5	3.5328	0,060
Kurang	31	77,5	8	20		
Total	31	77,5	9	22,5		

Sumber: Data terolah, 2013 Keterangan: p= value

Penting sekali untuk ODHA memenuhi asupan KH-nya agar dapat memenuhi kecukupan asupan KH tubuh. Untuk ODHA dengan tingkat pendapatan yang kurang dapat memenuhi asupan KH dengan sumber bahan makanan seperti : beras, mie, ubi, ubi jalar. Sedangkan untuk ODHA yang tingkat penghasilannya baik dapat mengkonsumsi bahan makanan makanan : beras, jagung, mie, kentang, ubi jalar, dan sumber KH lainnya.

Semua bahan makanan tersebut mengandung KH yang penting untuk ODHA sebagai penghasil energi utama atau untuk memberikan sumbangan energi terutama pada sistem pertahanan/kekebalan tubuh untuk melawan infeksi virus HIV dan mempertahankan status gizi. Pemilihan bahan makanan berkualitas amat berperan dalam upaya membantu memperbaiki status status gizi, sehingga kualitas hidup ODHA akan lebih Baik (Kaiser *et al.* 2006, Almatsier, 2007).

Kebutuhan protein pada penderita ODHA lebih tinggi dari pada orang normal dan memerlukan tambahan 1,5–2 g/hr jika tidak cepat diatasi akan terjadi proses katabolisme berat dan berakibat malnutrisi/*wasting* (Dwijyanthi, 2011). Umumnya penderita ODHA mengalami atropi otot dan kehilangan berat badan yang cepat dalam beberapa hari saja akibat konsekuensi dari infeksi HIV tidak dapat dihindari (Miller, 2003 dalam Djoerban & Rosdiana, 2005). Jahor *et al.* (2003) melaporkan bahwa penderita HIV yang terinfeksi secara positif terjadi pemecahan protein lebih cepat di dalam tubuhnya sehingga konsentrasi albumin rendah, namun dengan pemasukan energi dapat memperbaikiimbangan protein.

Kebutuhan zat gizi makro tersebut diatas harus dipenuhi untuk mencegah penurunan berat badan yang drastis. Minyak ikan (asam lemak omega 3) diberikan bersama minyak MCT dapat memperbaiki fungsi kekebalan. (Almatsier, 2007, Depkes, 2003).

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna asupan zat gizi mikro untuk asupan vitamin C terhadap status gizi ($p < 0,05$) dan tidak ada hubungan asupan zat gizi mikro (Vitamin A, E, B6) yang bermakna terhadap status gizi ($p > 0,05$) (tabel 3).

Selain penurunan berat badan, ODHA sangat rentan terhadap kekurangan zat gizi mikro (Spritia, 2011). Kekurangan zat gizi mikro dapat menurunkan sistem imun tubuh untuk memerangi infeksi virus dan bakteri. Oleh karena itu perlu suplemen multizat gizi mikro terutama yang mengandung vitamin B12, B6, A, C, E, dan mineral Zn, Se dan Cu (Green W, 2003).

Menurut Gail Wilkes, 2000, pada penderita HIV/AIDS defisiensi vitamin A menyebabkan penurunan integritas kulit dan sawar mukosa bersama dengan perubahan fungsi serta proliferasi limfosit (Barasi, 2007).

Kebutuhan vitamin C meningkat akibat berlangsungnya infeksi. Pada ODHA pemberian vitamin C ternyata dapat meringankan dan memperpendek lamanya penyakit, dan juga memperkecil infeksi sampingan yang biasanya menyertai penyakit yang menunjukkan resistensi. Peran vitamin C pada infeksi diantaranya memperkuat sel-sel imun dalam melawan dan menetralkan radikal bebas. Sel-sel imun mengeluarkan bahan toksik untuk membunuh jamur, kuman, atau virus yang masuk ke dalam tubuh (Dwijyanthi, 2011).

Di Kanada pemberian vitamin E (800 IU) dan vitamin C (1000 mg) per hari selama tiga bulan dapat menurunkan ROS dan viral load serta menurunkan efek toksik tidak langsung IL-6 dan TNF melalui kerusakan oksidatif, menghambat replikasi HIV melalui NF-kB melalui sitosol dan produksi ROS mitokondria (Nasronudin, 2006).

Defisiensi vitamin B6 pada orang dengan HIV/AIDS menyebabkan kemerahan pada kulit dan lidah serta

perlukaan pada mulut. Apabila berlangsung lama akan menimbulkan mual dan muntah, selain itu dapat menimbulkan anemia, selanjutnya akan terjadi gangguan sistem imun pada orang dengan HIV/AIDS (Almatsier, 2007).

Jadi ODHA penting untuk mencukupi asupan vitamin B6-nya karena berfungsi sebagai koenzim yang mengandakan asam amino pada sintesis antibodi dalam sistem kekebalan tubuh, sintesis sestein dari metionin, sintesis porfinin (bagian heme yang mengandung zat besi), membantu mempertahankan fungsi saraf dan juga berperan dalam pembentukan sel-sel darah merah sehingga dapat meningkatkan status gizi.

Dari hasil penelitian menunjukkan sebanyak 31 pasien (77.5%) dengan status gizi baik dan 9 pasien (22.5%) dengan status gizi kurang. Hal ini disebabkan karena sebagian besar ODHA asupan zat gizi makro seperti karbohidrat, protein, lemak masih kurang dari 80%, terapi obat yang dijalani dan di samping itu juga pengaruh dari infeksi HIV menyebabkan peningkatan kebutuhan zat gizi. Dan semuanya itu berpengaruh pada penurunan berat badan.

Efek HIV pada asupan gizi dimulai pada awal perjalanan penyakit, HIV-positif yang asimpomatis memerlukan tambahan energi sebanyak 10%, dan gejala HIV-positif memerlukan 20-25% energi tambahan dibandingkan orang yang HIV-negatif dalam usia, jenis kelamin, dan aktivitas yang sama. Studi awal dari WHO menunjukkan bahwa penurunan berat badan dan wasting berkaitan erat dengan infeksi oportunistik, waktu hidup yang lebih pendek dan status kekebalan tubuhnya.

Asupan gizi yang baik tidak dapat menyembuhkan AIDS atau mencegah infeksi HIV, tetapi dapat membantu untuk mempertahankan dan meningkatkan status gizi seseorang dengan HIV/AIDS dan memperlambat perkembangan dari HIV ke penyakit terkait AIDS. Oleh karena itu Asupan zat gizi yang baik dapat

meningkatkan kualitas hidup orang yang hidup dengan HIV/AIDS. Perawatan dan dukungan nutrisi penting dari tahap awal infeksi untuk mencegah perkembangan kekurangan Asupan zat gizi. Asupan zat gizi yang sehat dan seimbang akan membantu menjaga berat badan dan kebugaran. Makanan yang baik membantu untuk mempertahankan kinerja sistem kekebalan tubuh, perlindungan terhadap infeksi, dan membantu seseorang tetap sehat.

KESIMPULAN DAN SARAN

Asupan gizi makro maupun mikro belum sesuai dengan kebutuhan gizi tetapi asupan karbohidrat dan vitamin C ada hubungan yang bermakna terhadap status gizi ($p < 0.05$), maka perlu adanya pemantauan oleh ahli gizi secara lebih intensif khususnya untuk meningkatkan asupan gizi dalam upaya perbaikan status gizi.

DAFTAR PUSTAKA

- Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). 2011. The Macroeconomic Impact of AIDS in Sub-Saharan Africa, Population and Human Resources Department. http://id.wikipedia.org/wiki/AIDS#cite_note-WBank-116 The World Bank; Accessed 5 Desember 2011
- ADA (2004). Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: Nutrition Intervention in the care of Persons With Human Immunodeficiency Virus Infection. *The American Dietetic Association*, 104 no 9, 1425-1440.
- Almatsier S. 2007. Penuntun Diet. Jakarta: PT Gramedia Pustaka utama.
- Barasi M.E. (2007). *At a Glance Ilmu Gizi*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Bukusuba, Kikafunda & Whitehead (2007). Food security status in households of people living with HIV/AIDS

- (PLWHA) in a Uganda urban setting. *British Journal Nutrition*, 1, 211-7.
- Depkes (2003). *Pedoman Nasional Perawatan, Dukungan dan Pengobatan bagi ODHA*. Jakarta.
- Depkes RI Ditjen PPM & PL.2011. Laporan situasi perkembangan HIV dan AIDS di Indonesia sampai dengan Desember 2010. Kementerian Kesehatan.
- Dwijayanthi L. (2011). *Ilmu Gizi menjadi sangat mudah*, Jakarta: ECG
- Georgiev, V. S. (2009). *National Institut of Allergy and Infectious Diseases, NIH, USA: Humana Press, a part of Springer science Business Media*, 351.
- Gibson Rosalind S.2005. *Principles of Nutritional Assessment*. New York: by Oxpord University Press
- Green, W. (2003). *Pengobatan untuk AIDS*, Yogyakarta: Yayasan Surviva Paski.
- Hardon, A., Akurut D, Comoro C 2007. Hunger, waiting time and transport costs: time to confront challenges to ART adherence in Africa. *AIDS Care*.
- Kaiser, J. D. M. D., Adriana M, Joseph P, Gifford S, Richard F, Marianna K (2006). Micronutrient Supplementation Increases CD4 count in HIV-infected individuals on Highly active Antiretroviral Therapy; A Prospective, Double Blinded, placebo-controlled trial. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 42 (5), 523-528.
- Mandal, Wilkins, Dunbar, Mayon-White. 2008. Acquired immunodeficiency Syndrome (AIDS). In: Safitri, A. (ed) *Lecture Notes Penyakit Infeksi*. Sixth edition ed. Jakarta: PT Erlangga; 199-219.
- Mansjoer A.2000. *Kapita Selekta kedokteran Jilid 2, edisi Ketiga*. Jakarta: Media Aesculapius Fakultas Kedokteran UI
- Miller, T. L. (2003). Nutritional aspects of HIV-infected children receiving highly active antiretroviral therapy. *AIDS*, 17 (suppl 1), S130-S140.
- Nasronudin., (2007). *HIV dan AIDS: Pendekatan Biologi Molekuler, Klinis, dan Sosial*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Octawati Ita & Sianipar Osman.2005. *Surveilans Penderita Infeksi HIV/AIDS di RS Dr. Sardjito Yogyakarta*. Berkala Kesehatan Klinik; XI No 1 25-35.

IMPLEMENTASI PROGRAM KEMITRAAN BIDAN DAN DUKUN DI KABUPATEN MALUKU TENGAH (Studi Kasus di Puskesmas Negeri Lima)

Hasnawati Nukuhaly
Dosen Poltekkes Maluku

Abstrak

Terbatasnya pemahaman masyarakat tentang pentingnya pertolongan persalinan oleh Nakes terlatih sehingga dukun merupakan alternatif pemilihan penolong persalinan, disamping faktor sosial ekonomi, budaya, dan kinerja bidan, akibatnya AKI cenderung mengalami peningkatan dari tahun 2008 sampai tahun 2010 di Kabupaten Maluku Tengah. Upaya peningkatan cakupan persalinan belum optimal ditandai rendahnya jumlah dukun bermitra mengakibatkan rendahnya rujukan kehamilan dan persalinan oleh dukun di wilayah Puskesmas Negeri Lima. Hal ini berkaitan dengan Implementasi Program Kemitraan Bidan dan Dukun di Puskesmas Negeri Lima.

Jenis penelitian ini adalah deskriptif kualitatif. Pengumpulan data dilakukan dengan teknik wawancara mendalam (*Indepth Interview*) pada 4 bidan desa dan 10 dukun bersalin sebagai informan utama. Bidan koordinator, kepala Puskesmas, Kabid Kesga DKK Maluku Tengah, lintas sektor. Toma dan ibu bersalin sebagai informan triangulasi. Analisa data menggunakan metode analisis isi (*content analysis*).

Hasil penelitian menunjukkan kurang dipahami tujuan dan indikator keberhasilan program dan belum ada aturan tertulis pelaksanaan program. Diseminasi program hanya bersifat pengenalan, dalam pelaksanaan kemitraan ada beberapa langkah yang belum dilaksanakan oleh pelaksana program, pencatatan khusus kemitraan bidan dan dukun belum tersedia, pelaporan dilakukan setiap bulan tetapi tidak didiskusikan dan SOP belum tersedia. Sosialisasi, evaluasi, supervisi, pembinaan dan magang dukun secara khusus belum pernah dilaksanakan. Sikap pelaksana terhadap kemitraan ada yang menerima dan menolak, penerapan program dengan pedoman belum sesuai. Ketersediaan sumber daya belum mendukung kegiatan program. Lingkungan ekonomi, sosial dan politik sangat mempengaruhi keberlangsungan program.

Kesimpulan yang diperoleh dari penelitian adalah belum optimalnya implementasi Program Kemitraan Bidan dan Duku di Puskesmas Negeri Lima karena cakupan kegiatan Program KIA/KB masih jauh dari target, serta belum ada kebijakan yang mendukung pelaksanaan. Maka diharapkan kepada DKK Maluku Tengah dan Puskesmas Negeri Lima untuk mengupayakan tetap berlangsungnya kemitraan dukun dengan dukungan seluruh aspek diantaranya ketersediaan sumber daya yang memadai, kejelasan ukuran dan tujuan kebijakan, peningkatan pengetahuan masyarakat, pembinaan dukun dan supervisi yang kontinyu.

Kata Kunci : Implementasi, Program Kemitraan Bidan dan Dukun

PENDAHULUAN

Berdasarkan data Profil Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah periode tahun 2008-2010, Angka Kematian Ibu cenderung mengalami peningkatan. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Maluku Tengah tahun 2010 sebesar 4.485 atau 68,8% dari sasaran ibu bersalin 6.519 orang. Pertolongan oleh tenaga kesehatan

sedikit mengalami peningkatan dibanding tahun 2009 sebesar 68,03%, tetapi belum mencapai target Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah yaitu 87% dan target nasional 90% pada tahun 2010. Pertolongan persalinan di Kabupaten Maluku Tengah dibagi dalam 2 kategori, yaitu persalinan oleh tenaga kesehatan termasuk pendampingan antara tenaga kesehatan dan dukun bayi terlatih serta

persalinan oleh tenaga non kesehatan. Dari 6.519 persalinan yang terjadi pada tahun 2010, maka persalinan yang ditolong oleh tenaga non kesehatan adalah 31,2%. Ada kecenderungan persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan mengalami penurunan, sebaliknya persalinan yang ditolong oleh tenaga non kesehatan mengalami peningkatan.

Dari 5 Puskesmas yang berada di Kabupaten Maluku Tengah pada tahun 2010, hanya ada tiga puskesmas yang mampu mencapai target cakupan persalinan hingga 87% (Target Dinas Kesehatan Kabupaten) yaitu Puskesmas Hila (98,6%), Puskesmas Hitu (96,1%) dan Puskesmas Alang (88,5%). Hal ini sangat berbeda dengan Puskesmas Negeri Lima yang memiliki cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan terendah sejak tahun 2009, walaupun cakupan Kunjungan Pertama (K1) dan Kunjungan Keempat (K4) untuk ibu hamil tinggi.

Berdasarkan studi pendahuluan, menurut hasil wawancara dengan Bidan Koordinator (Bikor) wilayah Puskesmas Wakaoikili, ada 4 orang Bidan Desa berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) dengan masa kerja \pm 6 tahun yang bertanggung jawab pada masing-masing desa. Wilayah Puskesmas Negeri Lima mempunyai 14 dukun, dengan kriteria 4 Dukun terlatih dan 10 Dukun tidak terlatih yang tersebar di masing-masing desa yaitu Desa Negeri Lima ada 3 Dukun, Desa Ureng ada 4 dukun, Desa Asilulu ada 4 dukun, sehingga perbandingan untuk jumlah bidan dan dukun dalam 1 desa adalah 1 bidan dan 2-3 dukun bersalin. Aktivitas dukun bersalin bukan pada satu wilayah kerja saja, tetapi dapat menyebar untuk sebagian wilayah Puskesmas Negeri Lima tergantung minat dari masyarakat untuk memilih dukun bersalin sebagai penolong persalinan atau yang mendampingi bidan.

Hasil wawancara dengan bidan koordinator, semua bidan (4 bidan) sudah

mengikuti pertemuan sosialisasi Kemitraan Bidan dan Dukun. Dari 6 Dukun terlatih dan telah mengikuti sosialisasi Kemitraan Bidan dan Dukun, ada 2 dukun tidak bermitra dengan bidan. Menurut informasi dari Bidan Koordinator, sebagian bidan tidak menetap di wilayah kerjanya, tetapi tidak menetap di Kota Ambon yang jaraknya sekitar 30-50 km. Hal ini dikarenakan keluarga mereka yaitu anak dan suami, bersekolah dan bekerja di Kota Ambon. Oleh karena itu, masyarakat lebih memilih dukun sebagai penolong persalinannya karena dukun bertempat tinggal di desa tersebut.

Program Kemitraan Bidan dan Dukun belum berjalan dengan baik, hal ini disebabkan komunikasi Program Kemitraan Bidan-Dukun masih belum jelas. Pengarahan serta pembinaan tentang Program Kemitraan Bidan dan Dukun dari Puskesmas maupun dinas kesehatan belum baik. Belum berjalan baik komitmen bidan dan dukun dalam kesepakatan pembagian peran bidan dengan dukun, mekanisme rujukan informasi ibu hamil dari dukun ke bidan, mekanisme rujukan kasus persalinan, jadwal pertemuan rutin bidan dan dukun serta mekanisme pembagian biaya persalinan. Kerjasama lintas sektoral untuk pengembangan promosi Program Kemitraan Bidan dan Dukun juga masih lemah. Tidak ada alokasi yang jelas tentang pendanaan, maupun sarana dan prasarana yang disediakan untuk membantu kelancaran pelaksanaan Program Kemitraan Bidan dan Dukun.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan rancangan kualitatif yang disajikan secara deskriptif eksploratif melalui observasi dan wawancara mendalam. Penelitian dilaksanakan pada bulan Juli sampai dengan Agustus tahun 2012 yang berlokasi di Puskesmas Negeri Lima Kabupaten Maluku Tengah Provinsi Maluku. Pengumpulan data dilakukan sekaligus

pada satu kali pengamatan (*Point Time Approach*). Metode sampling yang digunakan adalah *purposive sampling*. Pengumpulan data dengan cara wawancara mendalam (*indept interview*), observasi dengan menggunakan daftar *checklist* dan telaah dokumen. Sebagai informan utama adalah bidan desa yang berjumlah 4 orang dan dukun bersalin yang berjumlah 8 orang. Sedangkan sebagai informan triangulasi adalah Bikor, Kepala Puskesmas Negeri Lima, Kabid Kesehatan Keluarga DKK Maluku Tengah, lintas sektor, Toma dan ibu melahirkan (bulin) yang bersalin dalam 6 bulan terakhir sebanyak 7 Bulin. Variabel dalam penelitian ini adalah ukuran dasar dan tujuan kebijakan, komunikasi antar organisasi dan disposisi (sikap petugas) sumber daya (dana, tenaga, sarana prasarana), dan lingkungan ekonomi, sosial dan politik. Selanjutnya data diolah, kemudian dianalisa menggunakan analisa kualitatif yaitu menggunakan *content analysis*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Implementasi Program Kemitraan Bidan dan Dukun

Berdasarkan hasil observasi terhadap implementasi Program Kemitraan Bidan dan Dukun menunjukkan bahwa dukungan kebijakan kemitraan bidan dan dukun dalam bentuk Surat Keputusan, Perdes, Surat Kesepakatan belum ada. Hal ini menunjukkan dukungan pemerintah belum optimal dalam pelaksanaan Program Kemitraan Bidan dan Dukun. Jumlah dukun bersalin yang bermitra dan tidak bermitra dari seluruh dukun yang ada di wilayah kerja Puskesmas Wakaokili sudah ada dalam pencatatan bidan, untuk sementara dicatat di laporan khusus KIA bergabung dengan laporan KIA yang lain, karena pencatatan khusus tentang Program Kemitraan Bidan dan Dukun belum ada. Jumlah dukun bersalin seluruhnya berjumlah 14 dukun yang terdiri atas 6 dukun bersalin bermitra dan 8 dukun

bersalin tidak bermitra yang tersebar di seluruh wilayah Puskesmas Wakaokili.

Jumlah dukun bersalin tidak bermitra lebih banyak dibanding dukun bersalin bermitra, apalagi jika dibandingkan jumlah bidan (ada 4 orang) jauh lebih sedikit bila dibandingkan dengan jumlah keseluruhan dukun bersalin baik yang bermitra maupun tidak. Sehingga tidak heran jika banyak persalinan yang tidak dilakukan oleh Nakes terlatih dan rendahnya jumlah bidan dan dukun yang bermitra mengakibatkan rendahnya rujukan oleh dukun. Masing-masing bidan desa wilayah Puskesmas Wakaokili memiliki cakupan kegiatan Program KIA pada tahun 2011 sampai dengan bulan April 2012 yang terdiri atas cakupan ANC (K1 dan K4), persalinan Nakes dan non Nakes, nifas, BBL dan KB.

Ukuran Dasar dan Tujuan Kebijakan

Ukuran dasar dan tujuan kebijakan belum dipahami secara tepat oleh bidan desa dan dukun bersalin, begitu pula oleh kepala Puskesmas sebagai penanggung jawab Program Kemitraan Bidan dan Dukun. Hal ini sesuai dengan ungkapan salah satu bidan desa dan Kepala Puskesmas.

"Tujuan kemitraan untuk kerjasama antara bidan dan dukun, supaya tercipta hubungan kerjasama antara bidan dan dukun dalam memberikan pelayanan KIA/KB" (Inf Bd 1)

"Sebenarnya kemitraan ini sudah tidak dibolehkan lagi karena sama saja kasi kebebasan dukun untuk menolong persalinan" (InfT KP 2)

Hal ini sesuai yang diungkapkan oleh Winarno bahwa perbedaan pemahaman tujuan Program kemitraan Bidan dan Dukun inilah yang dapat menghambat implementasi program. Kejelasan tujuan dan sasaran kebijakan harus dapat dilihat secara spesifik sehingga diakhir program

dapat diketahui keberhasilan atau kegagalan dari kebijakan atau program yang dijalankan. Pemahaman bidan desa dan dukun bersalin tentang ukuran dasar dan tujuan kebijakan merupakan satu hal yang penting. Bidan dan dukun mungkin gagal melaksanakan implementasi Program Kemitraan Bidan dan Dukun karena ketidakjelasan ukuran dasar dan tujuan kebijakan.

Karakteristik Badan Pelaksana

Persiapan dalam Program Kemitraan Bidan dan Dukun dilakukan melalui diseminasi saat Mini Lokakarya Puskesmas. Bidan desa pada dasarnya sudah melakukan perencanaan pelaksanaan Program Kemitraan Bidan dan Dukun sesuai dengan pedoman kemitraan bidan dan dukun, hanya saja belum membuat suatu rencana kerja kegiatan (*Plan Of Action/POA*) tertulis yang terdiri dari uraian kegiatan meliputi : kegiatan, tujuan, sasaran, waktu, biaya dan penanggung jawab. Sehingga perencanaan yang ada hanya sebatas perencanaan lisan yang disampaikan oleh bidan desa atau kepala Puskesmas.

Dalam pelaksanaan langkah-langkah Program Kemitraan Bidan dan Dukun, ada beberapa langkah yang belum dilaksanakan oleh bidan desa yaitu belum ada susunan rencana kerja kegiatan kemitraan dengan menetapkan pembagian tugas sesuai dengan peran dan tanggung jawabnya, belum dilakukan sosialisasi kesepakatan kemitraan bidan dengan dukun, belum terlaksana optimal kegiatan kemitraan sesuai dengan tugas masing-masing antara bidan dengan dukun karena masih banyak persalinan yang ditolong oleh dukun bersalin, dan belum dilakukan pemantauan dan penilaian hasil kegiatan kemitraan yang dicapai dan pengembangannya, baru sebatas pemantauan terhadap pelaksanaan program KIA secara keseluruhan, secara khusus pemantauan dan penilaian kegiatan kemitraan bidan dengan dukun belum dilakukan.

Hambatan dalam pelaksanaan Program Kemitraan Bidan dan Dukun menurut sebagian besar informan bidan desa menyatakan bahwa adanya dukun yang tidak mau bermitra dengan alasan karena pernah mengalami kekecewaan dengan salah satu bidan, ada satu dukun bersalin terlatih yang berasal diluar wilayah Puskesmas Wakaokili tidak mau bermitra dengan bidan, bidan tidak tinggal di tempat tugas, peran lintas sektor yang kurang mendukung kemitraan bidan dan dukun, serta budaya yang sangat kuat diyakini oleh masyarakat setempat.

Menurut bidan desa, pencatatan khusus kemitraan bidan dan dukun tidak ada, selama ini bergabung dengan pencatatannya dan pelaporan Program KIA yang lain. Namun, dari hasil laporan yang sudah dibuat setiap bulannya tidak pernah didiskusikan untuk mencari alternatif pemecahan masalah dalam meningkatkan hasil cakupan Program Kemitraan Bidan dan Dukun. Hal ini membingungkan petugas Puskesmas apakah laporan yang telah dibuat setiap bulan sudah atau belum sesuai dengan yang diharapkan oleh DKK Maluku Tengah. Jika dibiarkan secara terus menerus maka akan berdampak pada pelaksana Program Kemitraan Bidan dan Dukun yaitu menjadi malas dan membuat laporan seadanya. Hal ini sesuai yang diungkapkan oleh bidan desa.

Menurut Wiyono, salah satu karakteristik pelayanan Program Kemitraan Bidan dan Dukun adalah adanya sistem informasi yang baik. Setiap bulan petugas pelaksana Program Kemitraan Bidan dan Dukun bertanggung jawab memberikan laporan dari hasil kegiatan dan yang dicapai kepada DKK. Laporan tersebut berupa laporan KIA yang ada hubungannya dengan kegiatan kemitraan bidan dan dukun, diantaranya cakupan K1 dan K4 ibu hamil, jumlah persalinan Nakes dan non Nakes, jumlah kunjungan ibu nifas dan bayi, KB dan jumlah dukun bermitra dan tidak bermitra. Data yang masuk ke dalam sistem

pelaporan ini tidak dapat mendukung pengambilan keputusan yang tepat yang diperlukan dalam pengawasan dan penilaian kinerja program. Sebagian besar kegiatan supervisi hanya dengan melakukan inspeksi laporan.

“...Saya lakukan diseminasi pada saat Posyandu, Minlok, pertemuan di desa setiap bulan. Kalau sesama bidan itu pada saat rapat khusus bidan tiap bulannya, selalu kita bahas tentang kemitraan ini” (Inf Bd 2)

“Masih percaya dengan hal-hal yang mistik misalnya proses persalinan yang sulit menggambarkan perilaku ibunya semasa hamil, atau suaminya, masih banyak persalinan yang ditolong oleh keluarganya bahkan dengan alasan bahwa persalinan itu suatu hal yang biasa dan mudah, juga..mereka malu kalo ada orang lain yang melihat proses persalinannya” (Inf Bd 4)

Komunikasi Antar Organisasi dan Kegiatan Operasional Program Kemitraan Bidan dan Dukun

Menurut bidan desa, sosialisasi secara khusus tentang kemitraan belum pernah dilakukan, sehingga belum ada kesepakatan tertulis yang disaksikan oleh lintas sektor, Toma, Toga dan masyarakat. Evaluasi dan supervisi pasca sosialisasi Program Kemitraan Bidan dan Dukun menurut semua bidan desa menyatakan pernah dilakukan. Bidan desa mengungkapkan setelah pertemuan sosialisasi kemitraan bidan dan dukun terkesan dibiarkan saja tidak ada tindak lanjut dan kurang diperhatikan. Bidan desa berharap ada evaluasi atau tindak lanjut dari Program Kemitraan Bidan dan Dukun ini sehingga ada perhatian dari Puskesmas, karena menurut Kepala Puskesmas menyatakan bahwa kemitraan bidan dan dukun

sebenarnya tidak dibolehkan lagi. Hal ini sesuai yang diungkapkan oleh bidan desa.

“Untuk kemitraan tidak pernah di Negeri Lima di Masohi, tahun 2010” (Inf Bd 3)

“Dua kali dalam satu tahun kalo tidak salah, tapi yang disupervisi untuk semua program, tidak hanya kebidanan, biasanya yang dilihat di kebidanan tentang administrasi, kantong persalinan, pencatatan pelaporan KIA...” (Inf Bd 3)

Kendala berkomunikasi dalam Program Kemitraan Bidan dan Dukun yaitu kendala sesama pelaksana Program Kemitraan Bidan dan Dukun atau petugas lain, dan kendala pada masyarakat. Kendala sesama pelaksana Program Kemitraan Bidan dan Dukun adalah dalam hal pembagian piket Puskesmas oleh bidan desa, ada yang menyetujui tetap dilaksanakan piket dan ada yang tidak menyetujui, padahal regulasi piket diadakan oleh Kepala Puskesmas untuk meminimalis ketidakberadaan bidan di desa. Kendala antara pelaksana Program Kemitraan Bidan dan Dukun dengan masyarakat adalah masih banyak masyarakat yang tidak mau memeriksakan kehamilan dan bersalin ke bidan dan masyarakat periksa hamil ke bidan tetapi saat persalinan ditolong oleh dukun dan tidak menyertakan bidan dalam pertolongan persalinan.

Menurut kepala Puskesmas kendala komunikasi terjadi karena bidan tidak tinggal menetap di desa sehingga komunikasi yang terjalin dengan masyarakat, dukun dan lintas sektor tidak maksimal misalnya bidan desa tidak mengetahui apa yang menjadi masalah dari dukun bersalin sehingga tidak mau bermitra dengan bidan, setelah ditelusuri oleh peneliti ternyata dukun bersalin mengharapkan insentif dari bidan setiap merujuk ibu bersalin. Menurut

Notoatmodjo, dalam membangun sebuah kemitraan, ada 3 prinsip kunci yang perlu dipahami oleh masing-masing anggota kemitraan yaitu persamaan (*equity*), keterbukaan (*transparency*) dan saling menguntungkan (*mutual benefit*). Menurut Van Meter dan Van Horn, implementasi yang berhasil seringkali membutuhkan mekanisme-mekanisme dan prosedur lembaga. Hal ini sebenarnya akan mendorong kemungkinan yang lebih besar bagi atasan untuk mendukung pelaksana melakukan kebijakan berdasarkan ukuran dasar dan tujuan kebijakan secara konsisten.

Menurut bidan desa dan bidan koordinator, diantara seluruh rangkaian kegiatan operasional Program Kemitraan Bidan dan Dukun, kegiatan yang belum dilaksanakan oleh bidan desa adalah secara khusus belum melaksanakan sosialisasi tingkat desa tentang Program Kemitraan Bidan dan Dukun, belum pernah menyelenggarakan pembinaan dukun dan tidak pernah melakukan magang dukun baik yang dilaksanakan di rumah bidan ataupun di Polindes.

Disposisi

Semua bidan desa menyatakan sangat setuju dan mendukung terhadap pelaksanaan Program Kemitraan Bidan dan Dukun dan berkomitmen akan terus menjalankan kemitraan bidan dan dukun di wilayah kerja bidan desa. Sebaliknya kepala Puskesmas menyatakan sebenarnya Program Kemitraan Bidan dan Dukun sudah tidak ada lagi saat sekarang ini. Semua bidan desa menyatakan penerapan Program Kemitraan Bidan dan Dukun belum sesuai dengan ketentuan atau pedoman Program Kemitraan Bidan dan Dukun, tetapi sangat yakin bahwa dengan adanya kemitraan bidan dan dukun dapat menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi. Keefektifan pelaksanaan Program Kemitraan Bidan dan Dukun untuk diterapkan di wilayah kerja bidan desa menurut hampir semua bidan

desa menyatakan sangat efektif karena ada perubahan dalam cakupan kegiatan Program KIA, sedangkan 1 bidan desa menyatakan tidak efektif karena kendala budaya. Hal ini sesuai yang diungkapkan oleh bidan desa dan kepala Puskesmas.

“Saya akan teruskan kemitraan, hanya kendalanya ini masyarakat saja” (Inf Bd 4)

“Sebenarnya kemitraan bidan dan dukun ini su seng ada lai ibu...memang keadaan juga tidak bisa dipungkiri kalo budaya masyarakat tentang kepercayaannya terhadap dukun itu masih ada” (InfT KP 2)

Sebagaimana yang diungkapkan oleh Michael Winkelman, ada tiga faktor penghalang dalam pelaksanaan atau penerapan program yang disebut “*The Tree Delays*” yaitu rintangan budaya (*cultural barrier*) rintangan sosial (*sosial barrier*) dan rintangan psikologis (*psychological barrier*). Menurut pedoman kemitraan bidan dan dukun, salah satu faktor yang sangat memengaruhi terjadinya kematian ibu maupun bayi adalah faktor pelayanan yang sangat dipengaruhi oleh kemampuan dan keterampilan tenaga kesehatan sebagai penolong pertama pada persalinan tersebut, dimana sesuai pesan pertama MPS yaitu setiap persalinan hendaknya ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih. Disamping itu, masih tingginya persalinan di rumah dan masalah yang terkait budaya dan perilaku dan tanda-tanda sakit pada neonatal yang sulit dikenali, juga merupakan penyebab kematian bayi.

Menurut Winarno (2012), pemahaman pelaksana tentang tujuan umum maupun ukuran-ukuran dasar dan tujuan-tujuan kebijakan merupakan satu hal yang penting. Implementasi kebijakan yang berhasil harus diikuti oleh kesadaran terhadap kebijakan tersebut secara menyeluruh. Hal ini berarti bahwa kegagalan suatu implementasi

kebijakan sering diakibatkan oleh ketidaktaatan para pelaksana terhadap kebijakan. Menurut Van Meter dan Van Horn, ada beberapa alasan mengapa tujuan-tujuan suatu kebijakan ditolak oleh orang-orang yang bertanggung jawab terhadap implementasi kebijakan tersebut, yaitu tujuan-tujuan kebijakan yang telah ditetapkan sebelumnya mungkin bertentangan dengan sistem nilai pribadi para pelaksana, kesetiaan-kesetiaan ekstra organisasi, perasaan akan kepentingan diri sendiri, atau karena hubungan-hubungan yang ada dan yang lebih disenangi.

Sumber Daya

Sumber dana dalam pelaksanaan Program Kemitraan Bidan dan Dukun, semua bidan desa menyatakan tidak ada dana khusus pelaksanaan program. Upaya dalam menggagalkan dana dalam pelaksanaan Program Kemitraan Bidan dan Dukun menurut bidan desa menyatakan bahwa pada tahun 2011 ada insentif untuk kader atau dukun yang diserahkan oleh bidan. Setiap rujukan persalinan ke bidan atau ke sarana kesehatan sebesar Rp. 25.000,- per rujukan, yang diperoleh dari jasa persalinan bidan atas inisiatif bidan sendiri. Sesuai yang diungkapkan oleh bidan desa.

“Kalo kemitraan ini memang tidak ada dananya ...” (Inf Bd 3)

“Tidak ada, kalo untuk cakupan persalinan ada Jampersal, sedangkan BOK itu untuk transport petugas” (InfT KP 2)

Menurut Winarno (2012), sumber dana adalah sejumlah uang yang digunakan untuk membiayai semua kebutuhan-kebutuhan dalam Program Kemitraan Bidan dan Dukun, dan lembaga yang mengeluarkannya untuk memperlancar implementasi Program Kemitraan Bidan dan Dukun. Dana sangat penting dan diperlukan sebagai syarat kelancaran

sebuah program harus dialokasikan secara tepat. Demikian pula kelancaran dalam proses penyediaan maupun penggunaannya.

Belum tersedianya dana khusus kegiatan kemitraan bidan dan dukun terutama transportasi rujukan persalinan oleh dukun bersalin ke bidan, proses pencairan yang rumit karena harus memenuhi syarat-syarat administrasi tertentu, memerlukan waktu yang lama untuk pencairan dana, potongan-potongan sehingga yang diterima oleh bidan sudah tidak sesuai dengan kinerja bidan menyebabkan bidan enggan mengurus pencairan dana dan motivasi kerja mengalami penurunan. Hal inilah yang menjadikan salah satu faktor belum maksimalnya kegiatan operasional Program Kemitraan Bidan dan Dukun di wilayah kerja Puskesmas Negeri Lima. Sebaliknya pemberian insentif yang sesuai, segera atau tepat waktu akan menjadi salah satu faktor pendorong motivasi kerja dari petugas untuk bekerja dengan baik dan berkesinambungan. Mekanisme pembagian biaya persalinan yang jelas antara bidan dan dukun dalam pertolongan persalinan, akan meningkatkan motivasi dukun bersalin dalam melakukan rujukan sehingga dapat meningkatkan cakupan persalinan oleh Nakes.

Semua bidan desa menyatakan ada sarana transportasi rujukan yaitu 1 mobil ambulance tetapi tidak layak pakai. Belum tersedia alat pemeriksaan laboratorium sederhana, doppler yang dapat mendukung pelayanan kesehatan oleh bidan desa, dan Polindes pada salah satu desa yaitu Desa Sandang Pangan. Alat bantu pembelajaran untuk kegiatan penyuluhan atau sosialisasi, menurut semua informan bidan desa menyatakan dengan menggunakan lembar balik (*Flif Chart*) atau dengan menggunakan kata-kata melalui tatap muka langsung tanpa menggunakan alat peneras suara, walaupun *wireless* dan *speaker* ada di Puskesmas tetapi tidak digunakan oleh bidan desa jika melakukan penyuluhan di

desa. Sesuai yang diungkapkan oleh bidan desa.

"Hanya mobil ambulance itu, tapi kan adanya hanya di Puskesmas, kalo didesa kita pake motor saja" (Inf Bd 3)

"Ada lembar balik atau dengan kata-kata saja, ada wireless dengan speaker tapi disimpan di Puskesmas, kita didesa tidak ada kalo perlu baru ambil di Puskesmas kalo mo pake untuk penyuluhan" (Inf Bd 2)

Menurut Subarsono (2008), pencapaian tujuan kebijakan harus didukung oleh ketersediaan alat atau sarana. tanpa alat atau sarana, tugas pekerjaan spesifik tidak dapat dilakukan dan tujuan tidak dapat diselesaikan sebagaimana seharusnya, pekerjaan tidak mungkin dapat dilakukan. Ketersediaan sarana prasarana merupakan faktor penentu kinerja sebuah kebijakan. Implementor harus mendapat sumber-sumber yang dibutuhkan agar program berjalan lancar. Sekalipun kebijakan memiliki tujuan dan sasaran yang jelas, jika tanpa sumber daya yang memadai, maka kebijakan hanya tinggal dikertas dokumen saja.

Semua bidan desa yang berjumlah 4 orang, bertanggung jawab terhadap pelaksanaan Program Kemitraan Bidan dan Dukun di wilayah kerjanya karena memiliki kompetensi untuk memberikan pelayanan KIA dan telah menjadi Tupoksi dari bidan desa untuk menjalankan kemitraan bidan dan dukun.

Dari hasil wawancara mendalam dapat diketahui bahwa semua bidan desa telah mengikuti pertemuan sosialisasi kemitraan bidan dan dukun serta pelatihan yang mendukung kegiatan kemitraan bidan dan dukun misal APN. Hanya saja, pertemuan dan pelatihan tersebut sudah berlangsung lama, sehingga bidan desa membutuhkan suatu kegiatan untuk menyegarkan kembali ingatan bidan tentang kemitraan bidan dan dukun serta melatih kembali keterampilan

yang dimiliki oleh bidan desa yang dapat mendukung kegiatan kemitraan bidan dan dukun di wilayah kerjanya.

Beban kerja menurut semua informan utama bidan desa menyatakan bahwa beban tugas yang banyak dari bidan desa karena selain menjalankan Tupoksi sebagai bidan desa juga membuat laporan kegiatan KIA yang beraneka ragam bentuknya serta membuat laporan selain khusus laporan KIA, misalnya laporan MTBS, laporan kematian dan KDRT. Disisi lain, sistem piket yang tidak berjalan lagi sehingga ada bidan yang harus melayani untuk beberapa desa karena bidan yang semestinya bertanggung jawab terhadap wilayah kerjanya tidak siap jika harus memberikan pelayanan 24 jam.

Menurut Kepmenkes RI. No. 81/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Propinsi/Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit, beban kerja yang sebenarnya adalah volume pekerjaan yang dibebankan kepada petugas atau karyawan yang menjadi tanggung jawabnya. Pengertian lain tentang beban kerja adalah banyaknya jenis pekerjaan yang harus diselesaikan oleh tenaga kesehatan profesional dalam satu tahun dalam satu sarana pelayanan kesehatan.

Menurut Subarsono, penerimaan terhadap ukuran-ukuran dasar dan tujuan-tujuan kebijakan oleh para pelaksana menjadi pendorong bagi implementasi kebijakan yang berhasil. Implementasi menuntut kesadaran terhadap kebijakan tersebut secara menyeluruh sehingga ketaatan terhadap kebijakan dapat diandalkan.

KESIMPULAN

Implementasi Program Kemitraan Bidan dan Dukun di wilayah Puskesmas Wakokili belum optimal, yang dibuktikan dengan hasil penelitian :

Ukuran Dasar dan Tujuan Kebijakan

Kurang dipahamai secara benar tujuan Program Kemitraan Bidan dan Dukun baik oleh pelaksana maupun penanggung jawab program.

Karakteristik Badan Pelaksana

Pada umumnya bidan desa dalam melakukan perencanaan pelaksanaan Program Kemitraan Bidan dan Dukun belum membuat suatu rencana kerja kegiatan (*Plan Of Action*) tertulis yang terdiri dari uraian kegiatan. Dalam pelaksanaan langkah-langkah Program Kemitraan Bidan dan Dukun, ada beberapa Langkah yang belum dilaksanakan oleh bidan desa. Pencatatan secara khusus tentang Program Kemitraan Bidan dan Dukun belum ada, dukun bersalin tidak pernah melakukan pencatatan, hanya mengandalkan ingatan. Pelaporan dilakukan setiap bulan oleh bidan desa, hasil laporan setiap bulannya tidak pernah didiskusikan untuk mencari alternatif pemecahan masalah.

Komunikasi dan Kegiatan operasional Program

Sosialisasi kemitraan bidan dan dukun secara khusus baik di Puskesmas maupun di tingkat desa belum pernah dilakukan, selama ini pelaksanaannya selalu disisipkan dengan kegiatan program lain. Evaluasi dan supervisi pasca sosialisasi pertemuan Program Kemitraan Bidan dan Dukun belum pernah dilakukan, selama ini supervisi untuk semua program. Sehingga ada kesan Program Kemitraan Bidan dan Dukun dibiarkan begitu saja, tidak ada tindak lanjut dan kurang diperhatikan. Diantara seluruh rangkaian kegiatan operasional Program Kemitraan Bidan dan Dukun, kegiatan yang belum dilaksanakan oleh bidan desa adalah belum melaksanakan sosialisasi tingkat desa tentang Program Kemitraan Bidan dan Dukun secara khusus, belum pernah menyelenggarakan pembinaan dukun, dan bidan desa tidak pernah melakukan magang

dukun baik yang dilaksanakan di rumah bidan ataupun di Polindes.

Disposisi (Sikap Pelaksana)

Tanggapan terhadap pelaksanaan Program Kemitraan Bidan dan Dukun menyatakan sangat setuju dan berkomitmen untuk terus menjalankan kemitraan tetapi terkendala ketidakberadaan bidan di desa sehingga keberlangsungan kemitraan bidan dan dukun tidak optimal. Khusus untuk dukun bersalin tidak bermitra, menolak untuk melakukan kemitraan ini. Penerapan program dengan pedoman kemitraan bidan dan dukun belum sesuai karena banyak aspek yang harus dipertimbangkan yaitu bidan desa tidak menetap di wilayah kerja, faktor budaya, dukun yang menolak bermitra, dan masyarakat yang menolak bidan dalam pemberian pelayanan kesehatan karena keyakinan-keyakinan tertentu.

Sumber Daya

Tidak ada alokasi dana khusus untuk kelancaran kegiatan kemitraan bidan dan dukun, upaya menggaling dana atas inisiatif bidan sendiri. Tidak ada dana bergulir dukun dan Tabulin. Dukun bersalin mengharapkan pembagian biaya persalinan jika menolong persalinan bersama bidan. Sarana transportasi rujukan tidak layak pakai, tidak tersedia *doppler* dan pemeriksaan laboratorium sederhana untuk kebutuhan pelayanan KIA oleh bidan desa. Belum tersedia Polindes di Desa Sandang Pangan dan ada Polindes di 2 desa tetapi tidak tersedia sarana air bersih, alat bantu penyuluhan dengan menggunakan lembar balik atau dengan kata-kata.

Bidan desa selain menjalankan Tupoksinya juga harus menyelesaikan tugas-tugas administratif yang banyak macamnya, dan piket yang tidak berjalan lagi sehingga ada beberapa bidan yang harus melayani untuk beberapa desa. Bidan desa membutuhkan suatu kegiatan untuk menyegarkan kembali ingatan bidan serta melatih kembali keterampilan yang dapat

mendukung kegiatan kemitraan bidan dan dukun

SARAN

Diharapkan kepada pihak DKK Maluku Tengah dan Puskesmas Negeri Lima untuk mengupayakan tetap berlangsungnya kegiatan kemitraan bidan dan dukun dengan dukungan seluruh aspek diantaranya ketersediaan sumber daya yang memadai, kejelasan ukuran dan tujuan kebijakan, peningkatan pengetahuan masyarakat, pembinaan dukun dan supervisi dan monitoring secara kontinyu.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdi, T. 2008. *Determinan Pemanfaatan Dukun Bayi Oleh Masyarakat Dalam Pilihan Pertolongan di Desa Anak Talang Kecamatan Batang Cenak Kabupaten Indragiri Hulu*. USU, Jakarta.
- Alwi, Q. 2007. *Tema Budaya Yang Melatarbelakangi Perilaku Ibu-Ibu Penduduk Asli Dalam Pemeliharaan Kehamilan dan Persalinan di Kabupaten Mimika*. Buletin Penelitian kesehatan.
- Depkes RI. 2007. *Pedoman Pengawasan Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)*. Inspektorat Jenderal Depkes RI, Jakarta.
- Depkes RI. 2007. *Penilaian Peran Serta Masyarakat dalam Akselerasi Penurunan AKI dan AKB*. Jakarta.
- Depkes RI. 2008. *Pedoman Kemitraan Bidan dan Dukun*. Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah, 2010. *Profil Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah*.
- Kepmenkes RI. No. 81/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Propinsi/Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit.
- Puskesmas Negeri Lima, 2011. *Profil Puskesmas Negeri Lima*.

- Subarsono, AG. 2008. *Analisis Kebijakan Publik*. Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Sugiyono. 2008. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Alfabeta, Bandung.
- Winarno, B. 2012. *Kebijakan Publik (Teori, Proses, dan Studi Kasus)* edisi & revisi terbaru. Caps, Yogyakarta.
- Wiyono, Djoko. 1997. *Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan*. Penerbit Airlangga University Press. Surabaya.

TRADISI MELAHIRKAN DI DALAM LILIPOSU MASYARAKAT NEGERI HUAULU KECAMATAN SERAM UTARA KABUPATEN MALUKU TENGAH

Norce Kainama, Denicell.P.Tetelepta, Femi S, Tuhumena
Dosen Poltekkes Maluku

Abstrak

Perlindungan wanita menjadi sorotan sudah sejak lama dilakukan dalam upaya memberikan penghargaan dan perlindungan kepada wanita, terutama kepada kaum ibu, sebagai suatu tindakan untuk memberikan rasa aman bagi wanita tersebut. Sejak lama disadari ataupun tidak disadari tindakan ini telah dilakukan oleh salah satu suku yang ada di Kabupaten Maluku Tengah yaitu Suku Noaulu yang tinggal di pesisir wilayah Seram Selatan dan Seram Utara. Penelitian ini dilakukan untuk mendeskripsikan bagaimana tindakan mengasingkan wanita melahirkan oleh Suku Noaulu di Negeri Huaulu memberikan perlindungan terhadap kesejahteraan ibu dan bayi. Sampel utama ibu hamil yang hendak melahirkan yang diasingkan dan sampel triangulasi adalah dukun beranak, suami, keluarga terdekat ibu, tokoh adat, tokoh masyarakat, dan bidan. Data dikumpulkan setelah dilakukan wawancara mendalam dan observasi. Hasil penelitian; Tradisi melahirkan didalam Liliposu merupakan suatu keharusan wanita suku Noaulu yang tinggal di negeri Huaulu. segala kebutuhan ibu dilakukan oleh dukun beranak, untuk mempercepat proses involusi dengan duduk diatas bara api, kebutuhan makan dipenuhi oleh wanita lainnya dan dari suaminya, bayi terawat dengan baik, kebutuhan nutrisi lewat ASI, kenyamanan dan suhu lingkungan dari pembakaran tungku masak, tidak ada tanda-tanda infeksi tali pusat. Perempuan lainnya memegang peran utama dalam persalinan di Liliposu, mereka menyediakan segala kebutuhan fisik ibu, dan psikologis setiap hari dilakukan oleh kaum perempuan dengan menemani ibu dikala berada didalam Liliposu secara begantian. Tokoh hanya mengontrol pelaksanaan tradisi. Suami teribat dalam menyediakan makanan untuk kebutuhan istrinya. Tokoh masyarakat tetap menghormati tradisi. Tidak ada bidan di lokasi tersebut, hanya perawat yang mereka hubungi, dengan jarak 10 km dari lokasi.

Kata Kunci : Tradisi pengasingan,ibu hamil, suku Noaulu

PENDAHULUAN

Pengembangan Jangka Panjang Bidang Kesehatan tahun 2005 - 2025 antara lain menyebutkan tentang pemberdayaan masyarakat. Peran masyarakat dalam pembangunan kesehatan semakin penting. Masalah kesehatan perlu diatasi oleh masyarakat sendiri dan pemerintah. Keberhasilan pembangunan kesehatan, penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan harus berangkat dari masalah dan potensi spesifik daerah termasuk di dalamnya sosial dan budaya setempat (Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan, 2011). Data Susenas 2007 menunjukkan bahwa hanya sekitar 35% penduduk sakit yang

mencari pertolongan ke fasilitas pelayanan kesehatan. Hal ini tampaknya juga dapat dikaitkan dengan masih tingginya persalinan oleh tenaga non kesehatan. Penyebab tingginya AKI dan AKB antara lain adalah persalinan yang ditolong oleh tenaga non kesehatan. Sebenarnya telah terjadi peningkatan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan dari tahun ke tahun. Susenas 1990 menunjukkan pertolongan persalinan sebesar 40,7% dan tahun 2007 sebesar 75,4% (Susenas 2007). Data Riskesdas 2010 menunjukkan bahwa setahun sebelum survei, 82,2% persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan namun masih ada kesenjangan antara perdesaan (72,5%) dan perkotaan (91,4%).

Tampaknya penduduk cukup banyak yang tidak memanfaatkan fasilitas kesehatan terbukti 55,4% persalinan terjadi di fasilitas kesehatan dan masih banyak yaitu 43,2 persen melahirkan di rumah. Dari jumlah ibu yang melahirkan di rumah 51,9 persen ditolong bidan dan masih ada 40,2 persen yang ditolong dukun bersalin (Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan, 2011).

Angka kematian ibu dan kematian bayi di Kabupaten Maluku Tengah menunjukkan data berturut-turut yaitu pada tahun 2007 sebesar 303/100.000 KH, 154/100.000 KH (2008,) dan 135/100.000 KH (2009). Sementara data AKB tercatat pada tahun 2007 sebesar 18/1000 KH 9/1000 KH (2008) dan 12/1000 KH (2009). Walaupun terjadi penurunan dari tahun ke tahun namun angka-angka tersebut masih jauh lebih tinggi dibandingkan target AKI dalam Indonesia sehat. 2010 yaitu sebesar 125/100.000 KH. (Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah, 2008) (Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah, 2009)

Upaya KIA dilakukan untuk menyelamatkan perempuan agar kehamilan dan persalinannya dapat dilalui dengan sehat dan aman dan menghasilkan bayi yang sehat.

Permasalahan menyangkut perlindungan wanita menjadi sorotan sudah sejak lama dilakukan dalam upaya memberikan penghargaan dan perlindungan kepada wanita terutama kepada kaum ibu sebagai suatu tindakan untuk memberikan rasa aman bagi wanita tersebut. Berbagai macam cara perlindungan telah dilakukan baik oleh perjuangan kaum perempuan untuk mempertahankan kesetaraan maupun oleh kaum pria yang sangat peduli dan menghargai hak-hak wanita. Sejak lama disadari ataupun tidak disadari tindakan ini telah dilakukan oleh salah satu suku yang ada di Kabupaten Maluku Tengah yaitu Suku Naulu yang tinggal di pesisir wilayah Seram Selatan yaitu Dusun Bonara, Dusun

Rohua, maupun yang tinggal di Negeri Huaulu Wilayah Seram Utara.

Bagi mereka tindakan yang dilakukan sebagai upaya memberi perlindungan bagi ibu maupun bayi yang akan lahir, biasanya dilakukan pada usia kehamilan ibu mencapai Sembilan bulan sampai 40 hari setelah melahirkan. Tindakan tersebut adalah menghindarkan/mengasingkan ibu melahirkan di sebuah gubuk berukuran 2x2 meter yang terletak jauh dari rumah penduduk, bangunan itu tidak memiliki jendela, hanya memiliki dua pintu untuk keluar masuk ibu tersebut dan kaum wanita yang menolongnya, didalamnya terdapat sebuah tempat tidur yang disebut tapalang berukuran 1x2 meter, tungku untuk memasak, peralatan masak, dan kebutuhan lain yang sangat sederhana. Tempat itu mereka sebut *Liliposu/Posune*. Selama hal tersebut berlangsung kaum pria tidak boleh bertemu dengan wanita tersebut, dari anak kecil sampai orang tua, juga suaminya. Untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi segala keperluannya dikirim lewat kaum wanita yang membantu ibu tersebut. Hal ini berlangsung selama ibu tersebut berada dalam pengasingan, pertolongan persalinan dilakukan oleh dukun bersalin.

Setelah persalinan, bayi dimandikan, bayi hanya ditutup dengan kain. Dari tahun 2009 -2011 tidak ada laporan tentang kematian bayi dan ibu selama di Liliposu/Posune, kematian terjadi setelah ibu dan bayi berada di luar Liliposu/Posune. Kematian terjadi pada anak karena penyakit infeksi. Tetapi bagi mereka kehamilan, kelahiran dan kematian merupakan hal yang biasa, semuanya diatur oleh sang pencipta.

METODE

Waktu penelitian : 5 minggu, yang dilakukan pada bulan Agustus sampai September 2013. Desain penelitian : kualitatif dengan pendekatan etnografi yang disajikan secara deskriptif eksploratif, dan jenis penelitian studi kasus melalui

wawancara mendalam dan observasi (Bungin, 2003)

Penelitian ini menggunakan pedoman wawancara yang disusun untuk mengarahkan peneliti menggali permasalahan yang ada dan mengobservasi setiap keadaan dalam pelaksanaan tradisi pengasingan ibu di Liliposu/Posune

Populasi dan sampel penelitian : teknik pengambilan sampel dengan cara purposive sampling (Notoadmodjo, 2005). Sebagai informan yaitu ibu yang mengalami pengasingan, informan triangulasi yaitu dukun bersalin, suami, wanita lainnya yang terdekat, tokoh adat, tokoh masyarakat bidan, dan kepala pemerintah Negeri Hoaulu (Maleong, 2007)

Cara pengumpulan data dikumpulkan menggunakan metode wawancara mendalam (*indepth interview*), observasi/mengamati dan mendeskripsikan kegiatan perawatan yang dilakukan dalam catatan. Hasil wawancara kemudian direkam dan disalin dalam bentuk transkrip wawancara mendalam untuk masing-masing informan baik informan utama maupun informan triangulasi. Observasi dilakukan dengan mengacu pada lembar observasi yang hasilnya digambarkan dalam bentuk narasi serta didokumentasikan dengan foto setiap keadaan bila diperkenankan. pelaksanaan dibantu oleh enumerator dari petugas kesehatan untuk mengobservasi sebelumnya di training lebih dulu tentang cara mencatat hasil observasi

Penelitian ini menggunakan pedoman wawancara yang disusun untuk mengarahkan peneliti menggali permasalahan yang ada dan mengobservasi setiap Keadaan dalam pelaksanaan tradisi pengasingan ibu di posune

Pengolahan dan analisa data : Pengolahan dan analisis data pada penelitian ini menggunakan metode *content analysis* (analisis isi) yaitu pengumpulan data, reduksi data, verifikasi kemudian disajikan dalam bentuk deskriptif, dengan mengikuti pola berfikir induktif yaitu

pengujian data yang bertitik tolak dari data yang telah terkumpul (Bungin, 2003)

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan ednografi secara kualitatif eksploratif, dan secara detail pada bab ini akan disampaikan mulai penyampaian informasi umum mengenai sosial demografi lokasi penelitian, kemudian dilanjutkan dengan hasil wawancara dan observasi .

Tradisi Pengasingan Masyarakat Naulu di Negeri Huaulu

Bagi wanita yang mengalami haid maupun melahirkan, mereka harus berada di Liliposu. Hal ini telah dilakukan turun temurun dari leluhur mereka dari generasi ke generasi. Bagi masyarakat Huaulu darah wanita yang mendapat haid dan melahirkan itu sesuatu yang kotor. Darah kotor tersebut bila terkena pada kaum pria akan menyebabkan gangguan bagi pria tersebut dari sakit sampai meninggal. Hal ini merupakan kewajiban bagi masyarakat di Negeri Huaulu, terutama kaum hawa. sampai sekarang tradisi ini tidak berubah,tetapi berbeda dengan teori yang dikemukakan oleh tim bakti guru (1993) bahwa setelah kandungan mencapai usia sembilan bulan diadakan usaha untuk memisahkan ibu dan bayi yang dikandungnya ke sebuah rumah kecil atau bangunan disamping rumah. Rumah atau bangunan itu dinamakan posuno atau tikusune (Tim Bakti Guru, 1993). Perbedaannya terletak pada masyarakat Naulu yang menempati negeri Hualu menamai tempat pengasingan tersebut Liliposu. kemudian upacara itu tidak dilakukan pada usia kehamilan sembilan bulan tepat, tetapi ketika ibu mulai merasa nyeri persalinan. Perbedaan lainnya juga bila keluar dari Liliposu mereka tidak lagi melakukan upacara *suu anaku* untuk anak ke dua dan seterusnya hanya dilakukan pada anak pertama, yang dibiayai oleh pamannya dari ibu.

Melahirkan pada tempat tertentu seperti Liliposu sebenarnya dapat memberikan peluang kepada ibu dan bayi untuk tidak memperoleh gangguan selama proses berlangsung. Perawatan di liliposu juga memungkinkan kedekatan antara ibu dan bayi karena memperoleh perawatan dalam satu ruangan. Hal ini sejalan dengan teori rawat gabung bagi ibu dan bayi, terutama dalam memberikan bantuan emosional bagi ibu dan bayi. Hubungan ibu dan bayi sangat penting untuk saling mengenal terutama pada hari-hari pertama setelah persalinan, bayi akan memperoleh kehangatan tubuh ibu, suara ibu, kelembutan dan kasih sayang ibu (*bonding effect*) (Hardjoprakoso, 2010)

Dengan tetap menyala api ditungku dapat menjaga suhu ruangan tetap hangat sehingga ibu dan bayi tetap merasa nyaman juga menghindarkan adanya nyamuk yang dapat masuk ke liliposu. Keadaan tapalang dari bambu sebagai pengganti tempat tidur, di siang hari memberikan kesejukan bagi ibu dan bayi, juga atap sebagai dinding, tidak membuat ibu dan bayi merasa kepanasan. Hal ini tidak sesuai dengan teori tentang persyaratan ruangan persalinan yang baik adalah ruangan yang bersih, penerangan yang cukup baik di siang hari maupun di malam hari, ini tidak dimiliki oleh Liliposu.

Tidak ada upacara khusus sebelum ibu dimasukan kedalam liliposu, bila ibu telah merasa nyeri persalinan, ibu tersebut boleh dimasukan kedalam liliposu begitu juga waktu keluar dari rumah kecil tersebut, pantangan makanan ibu yaitu memakan daging, bagi mereka pantangan ini membuat pengeluaran darah tidak berbau.

Tradisi tersebut memungkinkan kebersamaan diantara kaum wanita dari anak-anak sampai orang tua beruban putih. Bagi mereka hal tersebut merupakan kebiasaan untuk saling menolong satu dengan lainnya. Memberikan dukungan baik fisik maupun psikis kepada ibu, walaupun kaum pria tidak terlibat secara

langsung tetapi mereka tetap mendukung pelaksanaan tradisi. Mereka tidak menutup kemungkinan untuk menjaga tradisi melahirkan di Liliposu dimana kaum pria dilarang untuk memasukinya, sehingga ketika ibu mengalami persalinan yang sulit mereka menghubungi petugas kesehatan untuk membantu tetapi ibu dipindahkan ke rumah utama. Memperhatikan hal ini, masyarakat Huaulu telah lebih terbuka untuk memperoleh perubahan. Huaulu sering merupakan daerah transit ketika banyak pengunjung yang hendak ke daerah gunung seperti Marahena maupun Manusela, juga banyak penelitian tentang Taman Manusela yang melakukan transit pada wilayah tersebut.

Keadaan Ibu didalam Liliposu

Setelah melahirkan ibu dalam keadaan baik, lebih tenang, dapat beristirahat dengan baik. Hal ini dapat terjadi karena bantuan dari kaum perempuan yang ada dan membantu dalam proses persalinan maupun dalam perawatan di Liliposu. Hal ini sejalan dengan teori, seorang ibu terutama bagi ibu yang baru pertama kali hamil dan menjelang persalinan peristiwa ini sangatlah menegangkan. Tetapi tidak menutup kemungkinan bagi ibu yang sudah berulang-ulang mengalami persalinan pun, peristiwa ini sangat menegangkan. Tidak saja bagi ibu, tetapi juga bagi keluarga. Oleh karena itu selain memerlukan penolong persalinan yang profesional ibu juga memerlukan dukungan psikologi yang optimal. Adanya masalah psikis pada ibu yang sedang bersalin, akan membuat persalinan menjadi tidak lancar, maka persalinan memerlukan perencanaan yang matang untuk mencegah terjadinya komplikasi yang tidak diinginkan baik bagi ibu maupun terhadap janin yang dapat menyebabkan kematian. (Mukti, 1998)

Kebutuhan nutrisi bagi ibu setelah melahirkan adalah sangat penting untuk memulihkan keadaan kondisi seperti

semula, juga dapat memberikan asupan bagi bayi dengan baik. Bagi masyarakat Huauulu, aturan makan makanan yang direbus dibambu merupakan suatu keharusan, makanan yang dimasak tidak boleh menggunakan panci, kecuali untuk memasak air panas untuk mandi. Hasil pengamatan kami bahwa waktu memasak sayuran tidak terjadi proses penguapan sehingga vitamin yang larut dalam air tidak dapat menguap, hal ini memungkinkan ibu memperoleh asupan dengan baik. Dengan menggunakan bambu, mereka juga telah menghindari masuknya logam kedalam tubuh lewat makanan.

Kebutuhan kebersihan diri dilakukan oleh mereka mandi dengan menggunakan air panas, dengan melilitkan kain yang dicelup didalam air panas ke tubuh ibu, air yang telah hangat disiram ketubuh ibu tetapi tidak menggunakan sabun. Hal ini sejalan dengan teori bahwa mandi dapat menjadi terapi untuk melemaskan tegang dan lelah otot, membantu melawan insomnia, dan membuat pasien merasa segar dan wangi. Sering mandi juga dapat menimbulkan masalah kelelahan fisik mandi dianjurkan, tetapi dengan hati-hati ketika masuk dan keluar dan bergerak di sekitar kamar mandi. (Vina, 2013)

Keadaan Bayi

Keadaan bayi dalam perawatan di Liliposu baik, ia memperoleh perawatan dengan baik pula. Didalam Liliposu bayi dimandikan setiap pagi dan sore walaupun tidak menggunakan sabun. Mandi merupakan suatu kebutuhan individu yang dapat memberikan kesegaran serta dapat menghindarkan dari penyakit. Walaupun keadaan bayi kelihatan baik, kami khawatir akan terjadi infeksi, tetapi sampai bayi dikeluarkan ke rumah besar tidak ada tanda-tanda infeksi.

Agar bayi tidak menderita kedinginan dukun beranak dengan meletakan kain hangat pada seluruh bagian tubuh bayi setelah dimandikan. Seperti ungkapannya

Tindakan tersebut dilakukan tanpa disadari bahwa mereka telah melakukan tindakan penghangatan juga pemijatan yang dapat melancarkan peredaran darah bayi.

ASI diberikan sejal awal, dibantu dengan ibu susu, bila tidak ada ibu susu baru diberi air gula, seperti informasi yang dikatakan "*Bayi langsung diberi susu, hari pertama bila tidak ada air susu, mama biang beri air putih dicampur sedikit gula, bila tidak kami pakai mama/ibu susu, kalo ada ibu yang masih memberikan susu anaknya, juga beri susu anaknya. Bila air susu saya telah ada. langsung berikan pada anaknya*". Serta dikuatkan oleh pernyataan dukun beranak "*bila ibu punya air susu langsung beri minum anaknya, bila ada mama/ibu susu katong panggil untuk beri susu anak kecil sampai mamanya ada air susu, bila tidak, beri air putih campur gula berujung manis untuk anak*". Ini bertentangan dengan teori bahwa dalam pemberian asuhan persalinan pemberian ASI segera sesudah lahir produksi ASI akan lebih cepat dan lebih banyak bila dirangsang sedini mungkin, pada hari pertama yang keluar adalah kolostrum yang jumlahnya sedikit, tidak perlu khawatir bahwa bayi akan kekurangan minum, karena bayi akan kehilangan cairan pada hari-hari pertama dan absorpsi usus terbatas. (Hardjoprakoso, 2010). Setelah ASI Ibu ada langsung diberikan pada bayi dengan tidak mengatur waktu pemberian, tetapi setiap bayi membutuhkan, hal ini dilakukan untuk mencukupkan kebutuhan cairan, sehingga bayi terhindar dari peningkatan kadar bilirubin yang menyebabkan bayi menjadi kuning. Keadaan peningkatan bilirubin tidak terlihat sampai bayi berada di rumah induk.

Tali pusat bayi dalam keadaan bersih, kering, dan tidak berbau hal ini menunjukkan bahwa mereka memperhatikan perawatan tali pusat agar tetap kering dengan membiarkan tali pusat tetap terbuka tidak dibungkus dengan apapun juga mengeringkan tapi pusat

setelah mandi dengan kain yang diletakan diatas api, hal ini menunjukkan bahwa mereka telah melakukan tindakan perawatan tali pusat dengan baik.

Tindakan yang mereka lakukan adalah dengan mempertahankan suhu ruangan yang tetap hangat dengan membiarkan api ditungku masak tetap menyala, dalam bentuk arang. Tanpa disadari bahwa mereka telah melakukan tindakan untuk mencegah terjadinya hipotermi, walaupun tidak dipakaikan pakain tetapi hanya dibungkus dengan kain, membuat bayi merasa nyaman serta dapat tertidur dengan lelap.

Keterlibatan Dukun Beranak

Pelaksanaan melahirkan di Liliposu, seperti yang diungkapkan oleh dukun beranak, ketika kami tanyakan tentang upacara yang dilakukan sebelum masuk kedalam Liliposu *"Tidak ada bila ibu telah merasa sakit langsung masuk saja"*. Dalam menolong persalinan dukun beranak untuk menolong kelahiran bayi ditunggu sampai kepala bayi kelihatan baru disuruh ibu mengedan, pengaturan posisi sesuai dengan keinginan ibu, seperti yang diungkapkan beliau *"katong biasa tunggu sampai anak punya kapala sudah kalihatan, lalu kami menyuru ibu untuk duduk atau tidur, suka ibu punya mau saja, yang penting bisa lancar"* kesabaran dukun beranak untuk menunggu proses keluarnya bayi adalah salah satu strategi membuat tidak terjadinya hambatan dalam persalinan adalah menunggu proses itu berlangsung sebagaimana adanya, karena proses persalinan adalah suatu proses yang normal yang dialami oleh setiap ibu yang akan melahirkan bayinya. Hal ini sejalan dengan teori persalinan bahwa persalinan merupakan suatu peristiwa normal yang dialami oleh setiap wanita, sehingga tidak perlu dilakukan manipulasi untuk mempercepat keluarnya bayi oleh dukun.

Perawatan ibu dan bayi setelah melahirkan menjadi perhatian oleh dukun

beranak, dengan memberikan layanan perawatan untuk pemulihan keadaan ibu. Tindakan yang dilakukan adalah memandikan, mengatur asupan makanan yang dimakan oleh ibu. Keunggulan dukun beranak dalam perawatan ibu dan bayi setelah melahirkan menjadi dasar pilihan dan kepercayaan masyarakat untuk memilihnya sebagai penolong persalinan. Disamping itu biaya perawatan yang murah seperti ungkapan ibu ketika kami tanyakan tentang biaya yang diberikan kepada dukun beranak *"kebetulan beliau beta punya saudara, jadi mau bayar jua kalau ada uang baru berikan, saratus ribu saja beliau sudah terima"*. Salah satu pilihan lainnya adalah unsur kedekatan ibu dan dukun beranak. Mereka lebih mempercayai dukun yang dekat secara kekerabatan.

Dukun juga sangat memperhatikan keadaan suhu ruangan walaupun tanpa disadarinya telah dilakukan seperti unguapannya *"Didalam Liliposu api tungku tidak boleh mati, siang dan malam, tidak berasap, sebab kami pakai kayu yang tidak bikin asap"*. Suhu ruangan yang hangat memberikan kenyamanan pada bayi untuk beristirahat, dimana pembakaran tubuh bayi untuk menyeimbangkan suhu tubuhnya dengan suhu lingkungan tidak terlalu banyak. Walaupun ia melakukan beberapa tindakan yang dapat memberikan kesejahteraan bagi ibu dan bayi ia tidak memaknai tindakan yang dilakukan, semua hanya sesuai dengan ajaran pendahulunya. Penting untuk memberikan pelatihan kepada dukun beranak agar tindakannya yang sejalan dengan kesehatan benar-benar dimengerti dan dapat dipertahankan untuk kesejahteraan ibu dan bayi.

Keterlibatan Ketua Adat

Dukungan tokoh adat sangat menentukan pelaksanaan tradisi ini, dimulai dari penetapan lokasi dibangunnya Liliposu, seperti yang diungkapkannya *"Yang beta lakukan biasanya sebelum bangun rumah kacil beta jaga mawe cari*

sampa yang bagus, par ibu deng ana salamat kalo melahirkan. "Selain itu tugas beliau menjadi pemantau dan pengatur dalam pelaksanaan setiap aturan adat, lanjutnya "Sampai sekarang mereka tetap lakukan, tidak ada yang tidak, itu harus!" "Sampai sakarang belum ada yang melanggar, mereka paling takut langgar aturan, nanti mereka susah, takut dapat hukun dari kami punnya moyang-moyang". Ketika kami tanyakan tentang sangsi bila ada yang melanggar, beliau mengatakan "Tidak bisa ibu itu harus, kami sedikit saja jadi dapat diketahui cepat, mereka takut saya tahu"

Alasan pelaksanaan tradisi melahirkan di Liliposu, karena anggapan mereka bahwa bila darah yang dikeluarkan wanita akan mengotori mereka dan membuat penyakit seperti badan bengkak-bengkak, dipatuk ular atau meninggal karena dipotong orang. Alasan inilah yang membuat beliau sangat memegang teguh aturan adat sehingga tradisi ini tetap dipertahankan.

Keterlibatan Wanita Lainnya

Dalam pelaksanaan tradisi ini, kaum wanita menjadi dukungan utama ketika ibu mulai masuk sampai melahirkan di dalam Liliposu, seperti yang diungkapkan oleh informan 4 berikut ini "Kalau ibu sudah rasa sakit, kami masukan ibu. Ada yang pergi panggil mama biang, ada yang menemani ibu, kami tunggu sampai habis melahirkan". Dukungan yang diberikan tidak hanya terbatas pada dukungan fisik tetapi juga dukungan psikis, seperti yang dikatakan selanjutnya "Kami biasa cerita menemani ibu, memasak di tungku, taruh air panas, bantu mama biang juga. Kalau melahirkan malam hari, kami samua tunggu di luar rumah kecil, bila ibu berteriak-teriak, kami di luar berteriak ramai-ramai. Jangan sampai kuntilanak dengar, kemudian datang mengganggu". Hal ini dilakukan untuk menghindari ketakutan ibu dalam proses, karena mereka

juga mempercayai ada hal lain (gaib) diluar kenyataan yang dapat menghambat proses kelahiran bayi.

Keterlibatan suami

Keterlibatan suami walaupun tidak langsung, tetapi juga mendukung ibu ketika ibu dirawat di dalam Liliposu, sehingga membuat ibu tidak mengkhawatirkan keadaannya dan anak-anak lain. Dukungan suami juga dengan menyediakan makanan bagi ibu walaupun tidak dapat diberikannya sendiri, serta memenuhi kebutuhan anak-anak lainnya seperti ungkapannya berikut ini "kami punya kegiatan biasa saja ibu, kalau dia sudah rasa sakit lalu masuk di Liliposu, nanti kaum perempuan yang bantu, kami pergi cari makan seperti biasa kerja di kebun, untuk siap makanan buat maitua (istrinya) di Liliposu, nanti minta tolong mama-mama bantu antar, kadang jua beta memasak lalu minta tolong perampuang antar par beta istri. Bagitu ibu, sampai mereka masuk ke rumah besar". Hal ini bertentangan dengan teori, dimana dalam memperlancar proses melahirkan suami merupakan orang yang paling dekat dengan istri, yang dapat memberikan dukungan dalam proses persalinan berlangsung maupun setelah melahirkan. (Idebunda.com, 2010). Walaupun demikian dukungan yang diberikan kaum wanita sebagai kedekatan sesama kaum perempuan dapat memberikan kekuatan baik fisik maupun psikis kepada ibu.

Keterlibatan Tokoh Masyarakat

Dalam pelaksanaan tradisi ini bagian pemerintahan sebagai tokoh masarakat tidak terlalu mencampuri urusan tradisi, tetapi tetap menghargai pelaksanaan tradisi seperti ungkapan informan "Untuk aturan adat kami tidak campur ibu itu sudah tradisi dari tete nene moyang" walaupun mereka tidak menginformasikan kepadanya tentang pelaksanaan, lanjutnya "kalau mereka masuk Liliposu, kami kadang tidak

tahu, mereka tidak beri tahu, nanti saya tahu kalau ada pendataan bila ada yang lahir dan ada yang mati". Ketentuan aturan adat juga dipatuhi oleh mereka bila mereka telah berubah kepercayaan sesuai ungkapannya "Beta tinggal sudah di trans ini, jadi kegiatan adat sudah bagitu. Kami bila sudah ikut agama tidak bisa tinggal di kampung lagi, kami tinggal ada yang disini ada yang di Opim". Suatu tradisi akan tetap dipertahankan bila seluruh elemen berkomitmen dalam melaksanakannya. Hal ini kita lihat dari hasil penelitian yang kami lakukan di Negeri Huaulu dimana seluruh perangkat Negeri tetap mendukung dan melestarikan budaya mereka.

Keterlibatan Bidan/Petugas Kesehatan

Dalam pelaksanaan tradisi ini mereka sebenarnya terbuka untuk memperoleh bantuan oleh tenaga kesehatan walaupun tidak ada kerja sama dengan bidan, seperti yang diungkapkan informan 2 (dukun beranak) "Kerja sama dengan bidan tidak ada ibu, mereka disini bukan tidak mau ditolong bidan tapi mereka takut di suntik. Imunisasi, ada ibu tapi tidak semua ibu mau, tiap bulan dari puskesmas datang timbang dan barobat tiap awal bulan" "Waktu itu keluarga minta tolong mantri A, beliau laki-laki jadi tidak bisa masuk ke Liliposu". Karena kurangnya tenaga bidan maka dilokasi tersebut ditempatkan perawat untuk melayani wilayah tersebut. pelaksanaan pelayanan kepada masyarakat akan terlaksana dengan baik juga masyarakat mempercayai petugas tersebut karena mereka mengenalnya dengan baik. Seperti yang diungkapkan oleh informan 2; "Ada, ibu M.B, tapi kami tidak panggil beliau, kami tidak biasa". Hal ini bertentangan dengan teori bahwa bidan/petugas kesehatan, mempunyai tugas penting dalam konseling dan pendidikan kesehatan, tidak hanya kepada perempuan, tetapi juga kepada keluarga dan masyarakat. Kegiatan ini harus mencakup pendidikan antenatal dan persiapan menjadi orangtua

serta dapat meluas pada kesehatan reproduksi dan asuhan anak. Bidan dapat praktik diberbagai tatanan pelayanan, termasuk di rumah (Mukti, 1998). Sebagai tenaga kesehatan penting sekali melakukan pendekatan terhadap masyarakat agar setiap upaya untuk membantu mereka dapat dilaksanakan dengan baik.

KESIMPULAN

Simpulan penelitian yang kami lakukan di Negeri Huaulu Kecamatan Seram Utara Kabupaten Maluku Tengah sebagai berikut :

Pelaksanaan tradisi melahirkan di Liliposu merupakan suatu keharusan bagi masyarakat terutama kaum ibu yang tinggal di Negeri Huaulu, serta didukung oleh seluruh unsur yang ada di dalam masyarakat, perbedaan pada upacara mengeluarkan bayi, dimana tidak ada upacara khusus lagi untuk anak kedua dan seterusnya.

Keadaan ibu didalam Liliposu terawat dengan baik, untuk mempecepat proses involusi dengan duduk diatas bara api kebutuhan makan dipenuhi oleh wanita lainnya dan dari suaminya.

Hal yang sama dialami oleh bayi yang dirawat pada Liliposu, bayi terawat dengan baik, kebutuhan nutrisi lewat ASI, suhu lingkungan dijaga lewat tungku pembakaran, tidak ada tanda-tanda infeksi tali pusat.

Dukun beranak yang memegang peranan utama dalam perawatan ibu dan masuk, melahirkan dan perawatan bayi sampai keluar dari Liliposu, juga dukun yang dipilih karena unsur kedekatan, serta biaya yang murah.

Kaum perempuan lainnya juga memegang peranan utama dalam perawatan ibu, dari masuk sampai keluar dari Liliposu, terutama dukungan secara fisik dan psikologis untuk membantu ibu agar tidak sendirian dan tidak mengalami ketakutan.

Tokoh adat terlibat tidak secara langsung, tetapi tetap memantau kegiatan tradisi yang dilakukan di Negeri Huaulu

Keterlibatan suami terbatas hanya pada menyiapkan bahan makan bagi istrinya serta merawat anak-anak lainnya.

Tokoh masyarakat tidak terlibat dalam pelaksanaan tradisi tetapi tetap mempertahankan dan menghormati tradisi yang dilakukan masyarakatnya.

Tenaga kesehatan tidak mereka libatkan dalam kegiatan melahirkan di Liliposu karena mereka tidak terbiasa dengan petugas sekarang yang melayani wilayah tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan . (2011). *Pedoman Riset Operasional Intervensi Kesehatan Ibu dan Anak Berbasis Budaya Tahun 2012*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Bungin, B. (2003). *Analisis Data Penelitian Kualitatif, Pemahaman, Filosofi dan metodologis Kearah Penguasaan Model Aplikasi*. Jakarta: PR Raja Grafindo Persada.
- Chapman, V. (2006). *Ajukan Kebidanan Persalinan dan kelahiran*. Jakarta : EGC.
- Dhawie, C. (2010). *Tradisi Suku Naulu yang Hilang di telan Zaman*. http://christdhawie.blogspot.com/2010/03/tradisi-tragis-suku-naulu-yang-hilang_29.html.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah. (2008). *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah*. Masohi: Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah. (2009). *Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah*. Masohi: Dinas Kesehatan Kabupaten Maluku Tengah.
- Ensiklopedia Balita. (2010). *Perawatan Bayi Ideal*. [\[anda.com/ensiklopedia-balita/726-perawatan-bayi-ideal.html\]\(http://anda.com/ensiklopedia-balita/726-perawatan-bayi-ideal.html\).](http://www.balita-</p>
</div>
<div data-bbox=)

- Hardjoprakoso, W. (2010). *Penggunaan ASI dan Rawat gabung dalam buku Ilmu Kebidanan*. Jakarta: YBP-SP.
- Idebunda.Com. (2010). *Perawatan setelah melahirkan*. <http://idebunda.com/ibu-hamil/perawatan-pasca-melahirkan.htm>.
- Maleong, L. (2007). *Metodologi penelitian Kualitatif*. PT. Remaja Rosda Karya.
- Mukti, A. (1998). *Mutu Pelayanan Bidan di Desa*. Yogyakarta: Pusat penelitian kependudukan FK UGM .
- Notoadmodjo, S. (2005). *Metode Penelitian Kesehatan, Teori dan Aplikasi* . Jakarta: Rineka Cipta.
- Perubahan Psikologi dan Fisiologi Pada Masa Kehamilan Trimester Ketiga*. <http://www.scibd.com/doc/36595719> diunduh 28-11-2011.
- Suku Noaulu Di Maluku Tengah*. (2011). <http://siswa.univpancasila.ac.id>.
- TIm Bakti Guru. (1993). *Sejarah dan Kebudayaan Maluku*. Bandung: Remaja Rosdakarya Offset .
- Vani.(2013)ibu-dan-anak.<http://kesehatan.kompasiana.com/ibu-dan-nak/2013/06/13/lebih-mengenal-tradisi-dan-fakta-kesehatan-ibu-dan-bayi-568392.html>, vani.

FAKTOR NUTRISI YANG BERHUBUNGAN DENGAN SIKLUS MENSTRUASI REMAJA PUTRI DI SMA NEGERI 2 MASOHI

N.B. Marasabessy, Irhamdi Achmad
Dosen Poltekkes Maluku

Abstrak

Telah dilakukan penyelidikan terhadap 4000 wanita, ternyata hanya 3% diantaranya yang mempunyai siklus menstruasi yang teratur. Hampir semua wanita mengalami siklus menstruasi yang kurang teratur dari bulan yang satu ke bulan yang lain, pasti ada perubahan. Gangguan siklus menstruasi ini jika dibiarkan secara terus menerus akan berdampak pada gangguan kesuburan, sulit hamil, abortus berulang, dan keganasan. Penelitian ini dilakukan pada minggu kedua dan ketiga bulan Agustus 2013 dengan menggunakan teknik wawancara dan recall nutrisi 24 jam selama 3 hari. Sampel penelitian adalah siswi SMA Negeri 2 Masohi kelas X dan XI tahun pelajaran 2012/2013 dengan teknik pengambilan sampel adalah *proportional random sampling*. Analisis data nutrisi menggunakan program komputer *nutrisoft 2005*, analisis hubungan antar variabel menggunakan *chi square*. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara pola makan ($p=0,027$) dan AKG lemak ($p=0,041$) dengan siklus menstruasi remaja putri di SMA Negeri 2 Masohi, namun tidak ada hubungan dengan indeks massa tubuh ($p=0,668$).

Kata Kunci : pola makan, IMT, AKG Lemak, siklus menstruasi.

PENDAHULUAN

Menstruasi adalah pengeluaran darah secara periodik, cairan jaringan dan debris sel-sel endometrium dari uterus dalam jumlah bervariasi (Llewellyn-Jones, 2001). Menstruasi adalah perdarahan periodik pada uterus yang dimulai sekitar 14 hari setelah ovulasi (Bobak, *et al.*, 2004). Menstruasi adalah proses alamiah yang terjadi pada perempuan. Menstruasi merupakan perdarahan yang teratur dari uterus sebagai tanda bahwa organ kandungan telah berfungsi matang. Umumnya, remaja yang mengalami *menarche* adalah pada usia 12 - 16 tahun. Periode ini akan mengubah perilaku dari beberapa aspek, misalnya psikologi dan lainnya (Kusmiran, 2011).

Panjang siklus menstruasi yang normal atau dianggap sebagai siklus menstruasi yang khas ialah 28 hari, tetapi variasinya cukup luas, bukan saja antara beberapa wanita tetapi juga pada wanita

yang sama. Juga pada kakak beradik bahkan saudara kembar, siklusnya tidak terlalu sama. Lama menstruasi biasanya antara 3-8 hari, pada setiap wanita biasanya lama menstruasi itu tetap. Masalah wanita dalam kehidupannya tidak luput dari adanya siklus haid normal yang terjadi secara siklik. Ia akan merasa terganggu bila hidupnya mengalami perubahan, terutama bila haid menjadi lebih lama dan atau banyak, tidak teratur, lebih sering atau tidak haid sama sekali amenore (Sarwono, 2002)

Siklus menstruasi adalah suatu daur kejadian yang terjadi pada ovarium yang menghasilkan perubahan tidak hanya pada uterus, tetapi juga pada tubuh wanita secara keseluruhan. Tujuan siklus ini adalah untuk melepaskan ovum dalam persiapan fertilisasi dan untuk mempersiapkan uterus dan seluruh tubuh wanita untuk menerima dan mengembangkan hasil fertilisasi ini (Verrals, 2001). Siklus menstruasi ini dipengaruhi fluktuasi kadar estrogen dan

progesteron dalam plasma yang terjadi selama siklus ovarium sehingga menyebabkan perubahan-perubahan mencolok di uterus (Sherwood, 2001).

Telah dilakukan penyelidikan terhadap 4000 wanita, ternyata hanya 3% diantaranya yang mempunyai siklus menstruasi yang teratur. Hampir semua wanita mengalami siklus menstruasi yang kurang teratur dari bulan yang satu ke bulan yang lain, pasti ada perubahan (Sheldon, 1990: 47). Sebanyak dua pertiga wanita – wanita yang dirawat di rumah sakit untuk perdarahan disfungsi berumur di atas 40 tahun dan 3% di bawah 20 tahun. Sebetulnya dalam praktek banyak dijumpai perdarahan disfungsi dalam masa pubertas, akan tetapi karena keadaan ini biasanya dapat sembuh sendiri, jarang diperlukan perawatan di Rumah Sakit (Sarwono, 2002).

Banyak faktor yang mempengaruhi gangguan siklus haid, diantaranya berada di bawah stres (untuk alasan apapun) menyebabkan kelenjar adrenal untuk mensekresikan kortisol, yang mempengaruhi hormon seperti estrogen dan progesteron akibatnya dapat menyebabkan menstruasi yang tidak teratur. Kontributor umum lainnya termasuk gangguan makan, penurunan berat badan yang signifikan, berolahraga terlalu banyak, gizi yang tidak benar terutama makan makanan yang tinggi karbohidrat dan mengkonsumsi obat tertentu. Siklus menstruasi seorang wanita juga dapat menjadi tidak teratur setelah melahirkan, setelah keguguran atau setelah dilatasi dan kuretase (David, 2004).

Siklus haid wanita sangat mudah dipengaruhi oleh suasana kehidupannya. Bagi yang masih belum menikah, penyebabnya bisa karena terlalu lelah, bingung dalam memulai suatu kegiatan, belajar terlalu keras bagi yang masih sekolah atau kuliah, kelelahan, pengaruh berat (latihan fisik), keletihan, pengaruh stres yang tinggi karena mau ujian dll. Hal ini dengan mudah akan mengganggu siklus

haid. Wanita dengan usia 35-40 tahun akan lebih sering mengalami PMS. Hal ini mungkin disebabkan pada usia 35-40 kondisi tubuh sudah mulai menurun dan keseimbangan hormon estrogen dan progesteron dalam tubuh sering terganggu. Ketika seorang wanita memasuki transisi ke menopause perimenopause menyebabkan gangguan pada hormon yang mengatur menstruasi, khususnya progesterone sehingga menyebabkan menstruasi menjadi tidak teratur (Pick, 2009).

Zat gizi yang berpengaruh dalam pembentukan hormon estrogen adalah lemak khususnya kolesterol. Namun demikian penelitian terhadap beberapa wanita dengan diet tinggi lemak dan rendah lemak, ternyata diet tinggi lemak tidak berpengaruh pada kadar hormon seks, sedangkan pada diet rendah lemak akan menyebabkan tiga efek utama yaitu: panjang siklus menstruasi meningkat 1,3 hari, lamanya waktu menstruasi meningkat 0,5 hari dan fase folikuler meningkat rata-rata 0,9 hari (Paath, *et al*, 2004).

Gizi kurang atau terbatas selain akan mempengaruhi pertumbuhan dan fungsi organ tubuh, juga akan menyebabkan terganggunya fungsi reproduksi. Hal ini akan berdampak pada gangguan haid, tetapi akan membaik bila asupan nutrisinya baik (Paath *et al*, 2004). Remaja wanita perlu mempertahankan status gizi yang baik dengan cara mengkonsumsi makanan seimbang karena sangat dibutuhkan saat haid, terbukti pada saat haid tersebut terutama fase luteal akan terjadi peningkatan kebutuhan nutrisi. Apabila hal ini diabaikan maka dampaknya akan terjadi keluhan-keluhan yang menyebabkan ketidaknyamanan selama siklus haid.

Agar menstruasi tidak menimbulkan keluhan-keluhan, sebaiknya remaja wanita mengkonsumsi makanan yang seimbang sehingga status gizinya baik. Status gizi dikatakan baik, apabila nutrisi yang diperlukan baik protein, lemak, karbohidrat, mineral, vitamin maupun air digunakan

oleh tubuh sesuai kebutuhan (Paath, *et all*, 2004). Komposisi diet baik secara kuantitatif maupun kualitatif dianggap mempengaruhi siklus menstruasi serta penampilan reproduksi, tetapi seberapa sering factor diet dipandang sebagai penyebab timbulnya amenore, masih jarang penelitian yang menggunakan diet sebagai metode perlakuan namun pada beberapa penelitian didapatkan kesimpulan bahwa prevalensi ketidakteraturan menstruasi 26,5% pada vegetarian dan 4,9% pada non vegetarian (Paath, *et all*, 2004).

Gangguan siklus menstruasi ini jika dibiarkan secara terus menerus akan berdampak pada gangguan kesuburan, sulit hamil, abortus berulang, dan keganasan (William Helm, C. 2005), sehingga jika terjadi siklus menstruasi yang tidak teratur perlu ditindak lanjuti sebelum terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.

Berdasarkan data yang penulis peroleh dari pihak sekolah jumlah siswi SMA Negeri 2 Masohi kelas X dan XI total berjumlah 409. Wawancara awal penulis terhadap 30 orang siswi SMA Negeri 2 Masohi tentang keteraturan siklus menstruasi, didapatkan bahwa dari 30 siswi tersebut hanya 4 orang (13%) yang siklus menstruasinya teratur, sementara 26 orang (87%) siklusnya tidak teratur.

Penelitian ini secara umum bertujuan untuk diketahuinya hubungan antara faktor nutrisi dengan siklus menstruasi remaja putri di SMA Negeri 2 Masohi. Secara khusus bertujuan mengidentifikasi siklus menstruasi remaja putri, faktor nutrisi (pola makan, indeks massa tubuh dan AKG lemak) dan menganalisis hubungan antara keduanya.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini adalah penelitian korelasi deskriptif (*descriptive corelational*) dengan menggunakan pendekatan *Cross Sectional*. Penelitian ini akan dilakukan di SMA Negeri 2 Masohi Kabupaten Maluku

Tengah pada minggu kedua dan ketiga bulan Agustus 2013.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua siswi SMA Negeri 2 Masohi kelas X dan XI tahun pelajaran 2011/2012 yaitu sebanyak 409 siswi. Sampel penelitian ini adalah siswi SMA Negeri 2 Masohi kelas X dan XI tahun pelajaran 2011/2012 yang diambil dengan menggunakan teknik *proportional random sampling*. Besar sampel penelitian diambil 25% dari total populasi (Arikunto, 2006), sehingga besar sampel yang diperoleh sebanyak 100 orang.

Adapun besar sampel dari masing-masing kelas diperoleh berdasarkan hitungan sebagai berikut: jumlah siswi masing-masing kelas dibagi dengan jumlah populasi dikalikan dengan jumlah sampel yang diinginkan. Data dikumpulkan dengan cara mengisi kuesioner, mengukur tinggi badan, berat badan dan lingkaran lengan atas serta wawancara. Untuk mendapatkan data tentang factor nutrisi, dilakukan recall nutrisi (*food recall*) yang dikonsumsi selama 24 jam.

HASIL

Penelitian ini menganalisis hubungan antara factor nutrisi dalam hal ini adalah pola makan, indeks massa tubuh (IMT) dan angka kecukupan lemak (AKG lemak) dengan siklus menstruasi remaja putri di SMA Negeri 2 Masohi Kabupaten Maluku Tengah. Adapun hasil penelitian selengkapnya dapat dilihat pada uraian berikut ini:

Tabel 2 menunjukkan karakteristik responden penelitian berdasarkan kelas dan umur. Berdasarkan tabel tersebut, dapat dilihat bahwa berdasarkan kelas responden; 51% responden kelas X siswanya kelas XI, berdasarkan umur, responden terbanyak berumur 16 tahun yaitu 43% dan yang paling sedikit berumur 14 tahun sebanyak 3%.

Tabel 1
Karakteristik Responden Berdasarkan Kelas dan Umur

Kelas	Frekuensi	%
X	51	51
XI	49	49
Umur	Frekuensi	%
14	3	3
15	23	23
16	43	43
17	31	31
Total	100	100 %

Sumber : Data primer, 2013

Tabel 2
Karakteristik Responden Berdasarkan Panjang Siklus Menstruasi dan Keteraturan Siklus Menstruasi

Panjang Siklus	Frekuensi	%
28 hari	27	27
30 hari	27	27
35 hari	44	44
90 hari	2	2
Keteraturan Siklus	Frekuensi	%
Teratur	47	47
Tidak teratur	53	53
Total	100	100 %

Sumber : Data primer, 2013

Karakteristik responden berdasarkan panjang siklus dan keteraturan siklus menstruasi digambarkan pada tabel 2. Berdasarkan panjang siklus menstruasi terdapat 27% responden dengan panjang siklus 28 dan 30 hari, yang paling banyak (44%) panjang siklusnya adalah 35 hari dan ada 2 responden yang panjang siklusnya sampai 90 hari. Berdasarkan keteraturan siklus, dapat dilihat bahwa dari 100 responden terdapat 53% responden dengan siklus menstruasi yang tidak teratur.

Tabel 3 menggambarkan pola makan, IMT dan AKG Lemak. Dari tabel tersebut dapat dilihat bahwa pola makan responden lebih banyak dengan pola makan tiga kali sehari yaitu 45 orang (45%), berdasarkan indeks massa tubuh, sebagian besar responden (59%) indeks massa tubuhnya

normal dan terdapat 3% responden dengan indeks massa tubuh yang lebih. Berdasarkan angka kecukupan lemak dapat dilihat bahwa sebanyak 10% responden konsumsi lemaknya < 21 gr/hari dan hanya 28% yang jumlah konsumsi lemaknya > 60 gr/hari.

Tabel 3
Karakteristik Responden Berdasarkan Pola Makan, IMT dan AKG Lemak

Pola Makan	Frekuensi	%
2 kali sehari	23	23
3 kali sehari	45	45
4 kali sehari	32	32
IMT	Frekuensi	%
Kurang	38	38
Normal	59	59
Lebih	3	3
AKG Lemak	Frekuensi	%
< 21 gr/hari	10	10
21-40 gr/hari	32	32
41-60 gr/hari	30	30
> 60 gr/hari	28	28
TOTAL	100	100 %

Sumber : Data primer terolah, 2013

Hubungan pola makan dengan siklus menstruasi dapat dilihat pada tabel 3, dimana didapatkan bahwa dari 45 responden dengan pola makan 3x sehari terdapat 27 orang (60%) responden dengan siklus menstruasi yang teratur, dari 23 orang dengan pola makan 2x sehari hanya 6 orang (26%) dengan siklus menstruasi yang teratur. Hasil uji statistik menunjukkan nilai $p=0.027$.

Hubungan indeks massa tubuh (IMT) dengan siklus menstruasi dapat dilihat pada tabel 5, dimana didapatkan bahwa dari 59 responden dengan IMT normal terdapat 33 orang (56%) responden dengan siklus menstruasi yang tidak teratur. Hasil uji statistik menunjukkan nilai $p=0.668$.

Tabel 6 menggambarkan tentang hubungan angka kecukupan lemak (AKG lemak) dengan siklus menstruasi responden. Berdasarkan tabel tersebut dapat dilihat bahwa dari 28 responden dengan AKG lemak > 60 gr/hari, didapatkan 19 responden

(68%) siklus menstruasinya teratur. Sementara dari 72 responden dengan AKG < 60 gr/hari, didapatkan 44 responden (61%) siklus menstruasinya tidak teratur. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0.041$.

PEMBAHASAN

Sebagaimana sudah dijelaskan sebelumnya bahwa penelitian ini bermaksud mengidentifikasi faktor nutrisi dan siklus menstruasi remaja putri di SMA Negeri 2 Masohi dan menganalisis hubungan antara kedua variabel tersebut. Dari 100 responden yang diteliti, lama

siklus menstruasi yang biasa dialami adalah 28 hari sampai dengan 35 hari dan ada 2% responden dengan lama siklus menstruasi mencapai 90 hari. Namun demikian lama siklus itu tidak selalu menetap, banyak dari responden menyampaikan bahwa siklus menstruasinya tidak teratur. Ternyata setelah diolah, didapatkan 53 (53%) responden yang memiliki siklus menstruasi yang tidak teratur dan yang memiliki siklus menstruasi yang teratur hanya 47 orang (47%), dengan demikian lebih banyak responden dengan siklus menstruasi yang tidak teratur.

Tabel 4
Hubungan Pola Makan Responden dengan Siklus Menstruasi

Pola Makan sehari	Siklus Menstruasi				Total		P value
	Teratur		Tidak Teratur		N	%	
2x	6	10.8	17	12.2	23	23	0.027
3x	27	21.2	18	23.8	45	45	
4x	14	15	18	17	32	32	
Total	47	47	53	53	100	100	

Sumber: Data primer terolah, 2013

Tabel 5
Hubungan IMT dengan Siklus Menstruasi

IMT	Siklus Menstruasi				Total		P value
	Teratur		Tidak Teratur		N	%	
Kurang	19	50	19	50	38	38	0.668
Normal	26	44	33	56	59	59	
Lebih	2	67	1	33	3	3	
Total	47	47	53	53	100	100	

Sumber: Data primer terolah, 2013

Tabel 6
Hubungan AKG Lemak dengan Siklus Menstruasi

AKG Lemak	Siklus Menstruasi				Total		P value
	Teratur		Tidak Teratur		N	%	
< 21 gr/hari	4	4.7	6	5.3	10	10	0.041
21-40 gr/hari	10	15	22	17	32	32	
41-60 gr/hari	14	14.1	16	15.9	30	30	
> 60 gr/hari	19	19	9	14.8	28	28	
Total	47	47	53	53	100	100	

Sumber: Data primer terolah, 2013

Menstruasi adalah pengeluaran darah secara periodik, cairan jaringan dan debris sel-sel endometrium dari uterus dalam jumlah bervariasi (Llewellyn-Jones, 2001). Menstruasi adalah perdarahan periodik pada uterus yang dimulai sekitar 14 hari setelah ovulasi (Bobak, *et al.*, 2004). Siklus menstruasi adalah suatu daur kejadian yang terjadi pada ovarium yang menghasilkan perubahan tidak hanya pada uterus, tetapi juga pada tubuh wanita secara keseluruhan. Tujuan siklus ini adalah untuk melepaskan ovum dalam persiapan fertilisasi dan untuk mempersiapkan uterus dan seluruh tubuh wanita untuk menerima dan mengembangkan hasil fertilisasi ini (Verrals, 2001). Siklus menstruasi ini dipengaruhi fluktuasi kadar estrogen dan progesteron dalam plasma yang terjadi selama siklus ovarium sehingga menyebabkan perubahan-perubahan mencolok di uterus (Sherwood, 2001).

Penelitian Sianipar, dkk (2009) mendapatkan 63,2% responden yang diteliti mengalami gangguan haid dengan berbagai faktor yang mempengaruhi. Penelitian Dwi Sogi dan Harliyanti (2011) juga mendapatkan banyak remaja putri dengan siklus menstruasi yang tidak teratur (37,7%). Ada banyak faktor yang berhubungan dengan siklus menstruasi diantaranya adalah gangguan hormonal, kondisi wanita kekurangan gizi, stress, atau wanita dengan penyakit tertentu.

Hasil uji statistik terhadap hubungan antara siklus menstruasi dengan pola makan responden, didapatkan nilai $p=0,027$ dengan nilai $\alpha = 0,05$ yang berarti $p < \alpha$ dengan demikian H_0 ditolak artinya ada hubungan yang bermakna antara siklus menstruasi dengan pola makan. Hal ini sesuai dengan penelitian Dwi Sogi dan Harliyanti (2011) dan Adyani (2012) yang menyimpulkan ada hubungan bermakna antara pola makan dengan keteraturan siklus menstruasi. Pola makan yang baik bukan hanya dari sisi kuantitas makan dalam sehari tetapi juga harus

memperhatikan kualitas dari konsumsi makanannya yaitu dengan memperhatikan gizi seimbang dan kebutuhan gizi sesuai umur dan kondisi remaja putri tersebut. Pola makan yang baik juga dianggap dapat memenuhi kebutuhan gizi remaja sehingga akan berdampak kepada peningkatan kesehatan termasuk reproduksinya. Pola makan sebagian besar sudah ≥ 3 kali sehari dan hanya sebagian kecil saja yang makannya 2 kali sehari. Responden pola makan ≥ 3 kali sehari dengan mengkonsumsi berbagai macam makanan selain makanan yang biasa dikonsumsi, misalnya nasi goreng, nasi liwet, aneka gorengan, martabak, terang bulan, *snack* dan lain-lain. Makanan ini dikonsumsi saat makan pagi, sore dan malam hari.

Hasil uji statistik terhadap hubungan antara siklus menstruasi dengan indeks massa tubuh (IMT) responden, didapatkan nilai $p=0,668$ dengan nilai $\alpha = 0,05$ maka nilai $p > \alpha$ dengan demikian H_0 gagal ditolak artinya tidak ada hubungan bermakna antara indeks massa tubuh dengan siklus menstruasi. Hal ini sesuai dengan penelitian Sianipar, dkk (2009) yang juga menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara indeks massa tubuh responden dengan siklus menstruasi. Hal ini dapat dilihat pada tabel 11, dimana dari 59 responden dengan indeks massa tubuh yang normal terdapat 56% responden dengan siklus menstruasi yang tidak teratur. Walaupun demikian, dari 3 orang dengan indeks massa tubuh yang lebih terdapat 2 orang (67%) siklus menstruasinya teratur. Hal ini menunjukkan mungkin saja ada hubungan antara indeks massa tubuh dengan siklus menstruasi sebagaimana dikemukakan dalam beberapa teori, tetapi karena jumlahnya yang sangat kecil dalam penelitian ini sehingga tidak bisa dianalisis lebih lanjut.

Hasil uji statistik terhadap hubungan antara siklus menstruasi dengan angka

kecukupan lemak didapatkan nilai $p=0,041$ dimana nilai $\alpha = 0,05$ maka nilai $p < \alpha$ maka H_0 gagal diterima artinya ada hubungan bermakna antara angka kecukupan lemak dengan siklus menstruasi. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Hupitoyo (2011) yang menyebutkan bahwa ada hubungan antara lemak tubuh dengan siklus menstruasi. Secara teori disebutkan bahwa salah satu hormon yang berperan dalam siklus menstruasi adalah estrogen. Estrogen ini disintesis di ovarium, adrenal, plasenta, testis, jaringan lemak dan susunan saraf pusat. Menurut analisis, penyebab lebih panjangnya siklus menstruasi diakibatkan oleh meningkatnya jumlah estrogen dalam darah akibat meningkatnya jumlah jaringan lemak tubuh. Meningkatnya estrogen yang ada dalam darah juga disebabkan karena produksi estrogen pada sel-sel teka yang menghasilkan androgen dan merespon *luteinizing hormon* (LH) dengan meningkatkan reseptor LDL (*low density lipoprotein*) yang berperan dalam pemasukan kolesterol ke dalam sel. Dalam penelitian ini jumlah lemak yang dikonsumsi responden lebih banyak tidak mencukupi angka kecukupan gizi yang distandarkan untuk remaja yaitu 60 gr per hari (Widya Karya Pangan & Gizi Nasional Tahun 2003), namun dari responden dengan konsumsi lemak ≥ 60 gr/hari sebagian besar siklus menstruasinya teratur. Hal ini yang dapat dilihat pada tabel 12 dimana dari 28 responden dengan AKG lemak ≥ 60 gr/hari, didapatkan 19 responden (68%) siklus menstruasinya teratur. Sementara dari 72 responden dengan AKG < 60 gr/hari, didapatkan 44 responden (61%) siklus menstruasinya tidak teratur.

KESIMPULAN DAN SARAN

Hasil penelitian tentang siklus menstruasi didapatkan sebanyak 53% responden mempunyai siklus menstruasi yang tidak teratur

Hasil identifikasi terhadap pola makan, didapatkan sebanyak 77 (77%) responden dengan pola makan ≥ 3 kali sehari. Hasil identifikasi tentang indeks massa tubuh, didapatkan sebanyak 59% responden mempunyai indeks massa tubuh yang normal, sedangkan hasil identifikasi terhadap angka kecukupan lemak didapatkan lebih banyak responden dengan AKG lemak yang < 60 gr/hari (72%).

Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,027$ untuk hubungan antara pola makan dengan siklus menstruasi, hasil uji statistik terhadap angka kecukupan lemak dengan siklus menstruasi didapatkan nilai $p=0,041$, dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada hubungan bermakna antara pola makan dan AKG lemak dengan siklus menstruasi. Hasil uji statistik terhadap hubungan antara indeks massa tubuh (IMT) dengan siklus menstruasi didapatkan nilai $p=0,668$ dengan demikian tidak ada hubungan antara IMT dengan siklus menstruasi remaja putri.

Diharapkan kepada remaja putri untuk memperhatikan pola makan, variasi jenis makanan sesuai nutrisi yang dibutuhkan agar terpenuhi kebutuhan gizi yang distandarkan sehingga bisa memelihara kesehatan reproduksinya.

Diharapkan kepada Dinas Kesehatan agar dalam penyusunan kebijakan terutama tentang kesehatan reproduksi memperhatikan peningkatan kampanye "Menstruasi tanpa Masalah" mengingat masih banyak remaja putri dengan siklus menstruasi yang tidak teratur dan menganggap bahwa hal tersebut wajar.

Kepada peneliti selanjutnya, disarankan untuk melakukan penelitian lanjutan terhadap variabel lain yang berhubungan dengan siklus menstruasi yang tidak teratur.

DAFTAR PUSTAKA

Adnyani, NKW. 2012. *Hubungan Status Gizi Dengan Siklus Menstruasi Pada Remaja Putri Kelas X Di Sma Pgri 4 Denpasar*. Tersedia dalam

- <http://unud.ac.id> diakses tanggal 23 September 2013.
- Arikunto, S. (2006) *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Penerbit Rineka Cipta Jakarta
- Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2004. *Keperawatan Maternitas Edisi 4*, EGC, Jakarta
- Dwi sozi dan Harliyanti. 2011. *Faktor Faktor Yang Berhubungan Dengan Siklus Menstruasi Pada Mahasiswa Akbid Sari Mulia Banjarmasin Tahun 2011*. Tersedia dalam [http://kopertis11.net/jurnal/sains/VOL5 NO.1 APRIL 2013/](http://kopertis11.net/jurnal/sains/VOL5%20NO.1%20APRIL%202013/) diakses tanggal 23 september 2013.
- Harlow and Matanoski. 1990. *The Association between Weight, Physical Activity, and Stress and Variation in the Length of the Menstrual Cycle*. tersedia dalam <http://aje.oxfordjournals.org/search?fulltext=correlation+between+nutrition+with+menstrual+cycle&submit=yes&x=14&y=10> diakses tanggal 18 April 2013
- Hurlock, Elizabeth. 1980 . *Psikologi Perkembangan* edisi 5. Penerbit Erlangga. Surabaya.
- Hupitoyo. 2011. *Obesitas dan Fertilitas*. Tersedia dalam [http://www.poltekkes-malang.ac.id/artikel-145-obesitas dan fertilitas.html](http://www.poltekkes-malang.ac.id/artikel-145-obesitas-dan-fertilitas.html). diakses tanggal 30 September 2013
- Kusmiran. 2011. *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita*, Salemba Medika, Jakarta
- Llewellyn-Jones. 2001. *Dasar-Dasar Obstetri & Ginekologi*, edisi 6, Hipokrates, Jakarta
- Sianipar, olaf, dkk. 2009. *Prevalensi Gangguan Menstruasi dan Faktor-Faktor yang Berhubungan pada Siswi SMU di Kecamatan Pulo Gadung Jakarta Timur*. Artikel penelitian tersedia dalam majalah Kedokteran Indonesia Volume 9 Nomor 7 bulan Juli 2009.
- Sediaoetama, A.D. 2006. *Ilmu Gizi Untuk Mahasiswa dan Profesi Jilid I*. Dian Rakyat. Jakarta
- Supariasa, Bakri, Ibnu Fajar, 2001, *Penilaian Status Gizi*, EGC, Jakarta
- Notoatmodjo, 2009, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Cetakan Jakarta Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S, 2005. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Paath, Rumdasih, Heryati, 2004 *Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi*, EGC, Jakarta
- Potter & Perry, 2005, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik*, Edisii 4, EGC, Jakarta
- Sarwono, 2002, *Ilmu Kesehatan Reproduksi*, Gajah Mada University Press.. Yogyakarta.
- Sherwood, Lauralee, 2001, *Fisiologi Manusia Dari Sel Ke Sistem*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- Verrals, *Anatomi & Fisiologi Terapan dalam Kebidanan*, Edisi 3, EGC, Jakarta.
- Wiknjosastoro, 2002 *Kelainan haid dalam Ginekologi*. Bandung. Elstar Offset.
- Yan Liu, et all. 2004. *Factor Affecting Menstrual Cycle Characteristics*. Oxford Journal. Tersedia dalam <http://aje.oxfordjournals.org> diakses tanggal 22 April 2013.

PEMANFAATAN BIJI KELOR (*MORINGA OLEIFERA*) SEBAGAI KOAGULAN ALTERNATIF DALAM PROSES PENJERNIHAN LIMBAH CAIR INDUSTRI TAHU NEGERI BATU MERAH KOTA AMBON TAHUN 2013

Hairudin Rasako, Rahwan Ahmad
Dosen Poltekkes Maluku

Abstrak

Limbah cair yang dikeluarkan oleh industri tahu masih menjadi masalah bagi lingkungan sekitarnya, karena pada umumnya industri rumah tangga ini mengalirkan air limbahnya langsung ke selokan atau sungai tanpa diolah terlebih dahulu. Keadaan ini disebabkan masih banyak pengrajin tahu yang belum mengerti akan kebersihan lingkungan, disamping tingkat ekonomi yang rendah sehingga pengolahan limbah akan menjadi beban yang cukup berat bagi mereka. Telah banyak cara atau teknik dikembangkan dalam rangka usaha untuk memperoleh air yang bersih. Salah satu cara yang termudah adalah dengan memanfaatkan biji kelor untuk pengelolaan limbah cair, yang lebih ekonomis dan ramah lingkungan.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kadar COD, TSS dan kekeruhan sebelum dan sesudah pembubuhan koagulan biji kelor terhadap limbah cair industri tahu negeri Batu merah kota Ambon. Jenis penelitian adalah Quasi Eksperimen atau eksperimen semu dengan variabel dosis 1,7 gram biji kelor, 3,2 gram biji kelor dan 4,7 gram biji kelor dalam 1 liter limbah cair industri tahu.

Hasil Penelitian menunjukkan bahwa kadar COD sebelum pembubuhan koagulan biji kelor adalah 160 mg/l dan setelah pembubuhan koagulan biji kelor dengan rata-rata penurunan 152 mg/l atau dengan persentase 5%. Kadar TSS sebelum pembubuhan koagulan biji kelor adalah 319 mg/l dan setelah pembubuhan koagulan biji kelor mengalami kenaikan mencapai rata-rata 432 mg/l atau dengan persentase -36%. Kadar kekeruhan sebelum pembubuhan koagulan biji kelor adalah 255 NTU dan setelah pembubuhan koagulan biji kelor dengan rata-rata penurunan 169 NTU atau dengan persentase 33,3%

Kata Kunci : Biji kelor, limbah cair industri tahu.

PENDAHULUAN

Tahu merupakan salah satu produk olahan kedelai yang telah lama dikenal dan banyak disukai oleh masyarakat, karena harganya murah dan mudah didapat. Pada umumnya tahu dibuat oleh para pengrajin atau industri rumah tangga dengan peralatan dan teknologi yang sederhana. Selain dapat menyerap tenaga kerja, industri kecil ini juga ikut berperan dalam meningkatkan nilai gizi masyarakat, karena membuat produk yang merupakan sumber protein nabati dengan harga relatif murah (Hartati, 1999). Hampir di setiap kota Indonesia dijumpai industri tahu yang umumnya termasuk ke dalam industri kecil

yang dikelola oleh rakyat dan beberapa diantaranya masuk dalam wadah Koperasi Pengusaha Tahu dan Tempe (BPPT, 1997a).

Urutan proses atau cara pembuatan tahu pada semua industri kecil tahu pada umumnya hampir sama dan walaupun ada perbedaan hanya pada urutan kerja atau jenis zat penggumpal protein yang digunakan. Pemilihan (penyortiran) bahan baku kedelai merupakan pekerjaan paling awal dalam pembuatan tahu. Kedelai yang baik adalah kedelai yang baru atau belum tersimpan lama digudang. Kedelai yang baru dapat menghasilkan tahu yang baik (aroma dan bentuk). Untuk mendapatkan

tahu yang mempunyai kualitas yang baik, diperlukan bahan baku biji kedelai yang sudah tua kulit & biji tidak

Keriput, biji kedelai tidak retak dan bebas dari sisa-sisa tanaman, batu kerikil, tanah, atau biji-bijian lain. Kedelai yang digunakan biasanya berwarna kuning, putih, atau hijau dan jarang menggunakan jenis kedelai yang berwarna hitam.

Proses pembuatan tahu masih sangat tradisional dan memakai tenaga manusia. Bahan baku utama yang digunakan adalah kedelai (*Glycin spp*). Air banyak digunakan sebagai bahan pencuci dan merebus kedelai untuk proses produksinya. Akibat dari besarnya pemakaian air pada proses pembuatan tahu limbah cair yang dihasilkannya juga cukup besar. Sebagai contoh limbah industri tahu tempe di Semanan, Jakarta Barat kandungan BOD₅ mencapai 1.324 mg/l, COD 6698 mg/l, NH₄ 84,4 mg/l, Nitrat 1,76 mg/l, Nitrit 0,17 mg/l (BPPT, 1997a).

Kedelai sebagai bahan dasar pembuatan tahu merupakan salah satu jenis tumbuh-tumbuhan yang banyak mengandung protein dan kalori serta mengandung vitamin B dan kaya akan mineral. Protein yang terkandung dalam 100 g kedelai mencapai 35-45 g.

Kedelai memiliki protein yang tinggi dibandingkan dengan beras, jagung, tepung singkong, kacang hijau, daging, ikan, dan telur ayam. Kedelai juga mempunyai protein yang hampir menyamai kadar protein susu skim kering. Dasar pembuatan tahu adalah melarutkan protein yang terkandung dalam kedelai dengan menggunakan air sebagai pelarutnya setelah protein tersebut larut, diusahakan untuk diendapkan kembali dengan penambahan bahan pengendap sampai terbentuk gumpalan protein yang akan membentuk tahu.

Industri tahu merupakan industri kecil yang banyak tersebar di kota-kota besar dan juga di pedesaan. Tahu adalah makanan padat yang dicetak dari sari kedelai

(*Glycine spp*) dengan proses pengendapan protein yang sempurna pada suhu 50°C, dan cairan telah terpisah dari padatan tanpa atau dengan penambahan protein yang diinginkan antara lain, bahan pengawet dan bahan pewarna (Hartati, 1996). Industri tahu merupakan salah satu jenis industri kecil yang limbah cairnya perlu segera ditangani karena didalam proses produksinya mengeluarkan limbah cair yang cenderung mencemari lingkungan perairan disekitarnya, baik dari segi kualitas maupun kuantitas (Moertinah dan Djarwanti, 2003).

Limbah cair yang dikeluarkan oleh industri tahu masih menjadi masalah bagi lingkungan sekitarnya, karena pada umumnya industri rumah tangga ini mengalirkan air limbahnya langsung ke selokan atau sungai tanpa diolah terlebih dahulu. Keadaan ini disebabkan masih banyak pengrajin tahu yang belum mengerti akan kebersihan lingkungan, disamping tingkat ekonomi yang rendah sehingga pengolahan limbah akan menjadi beban yang cukup berat bagi mereka.

Limbah cair industri pangan merupakan salah satu sumber pencemaran lingkungan. Jumlah dan karakteristik limbah cair industri bervariasi menurut jenis industrinya. Industri tahu dan tempe mengandung banyak bahan organik dan padatan terlarut. Untuk memproduksi 1 ton tahu atau tempe dihasilkan limbah cair sebanyak 3-5 m³, sedangkan BOD, COD dan TSS yang dihasilkan berturut-turut adalah 950, 1.524 dan 309 mg/l (Wenas, dkk 2002).

Banyak cara atau teknik dikembangkan dalam rangka usaha untuk memperoleh air yang bersih. Salah satu cara yang termudah adalah dengan memanfaatkan biji kelor, sekalipun kapasitasnya relatif terbatas (Diana, 2002).

Tanaman kelor yang banyak tumbuh di Indonesia, pemanfaatan tanaman kelor baru sampai menjadi tanaman pagar hidup, batas tanah atau penjalar tanaman lain dan

sebagai sayuran. Penggunaan bahan organik yang berasal dari tumbuhan yang telah mati sebagai adsorben saat ini banyak dikembangkan. Teknik ini tidak memerlukan biaya tinggi dan kemungkinan sangat efektif untuk menghilangkan kontaminan, baik anionik maupun kationik (Saleh, 2004), selain itu biji kelor memiliki antimikroba seperti yang dinyatakan oleh Mayer & Stelz (1993), Polprasid (1993). Mereka juga menyatakan bahwa kotiledon *M. oleifera* mengandung tiga komponen penting, yaitu substansi antimikroba 4a L-thamnosiloksi-benzil-isotiosianat, minyak Ben, dan flokulan.

Penggunaan koagulan alami untuk penjernihan air minum telah dicatat sepanjang peradaban manusia. Sankrit dari India melaporkan bahwa tanaman biji Nirmali telah digunakan untuk menjernihkan kekeruhan air permukaan sejak 4000 tahun yang lalu (Shultz dan Okun, 1984) dan pada abad terakhir ini, seorang wanita Sudan menemukan senyawa penjernih dalam biji *Moringa Oleifera* (Jahn, 1988). Shultz dan Okun, (1984) melaporkan bahwa ekstrak Nirmali (*Strychnos potatorum*), asam (*Tamarindus indica*), tanaman guar (*Cyamopsis psoraloides*), semuanya menunjukkan sebagai koagulan yang efektif pada kekeruhan tinggi air baku sehingga dapat dijernihkan. Hal inilah yang dirasa perlu untuk diketengahkan pada masyarakat manfaat biji kelor yang telah tua dan kering (mati) sebagai bahan pengendap/koagulator untuk menjernihkan air secara cepat, murah, aman, seperti yang diterapkan di ITB dan mulai dikembangkan melalui Program UNDP.

Dari pengamatan langsung yang dilakukan di Industri Tahu Negeri Batu Merah terlihat limbah cair yang dihasilkan dari proses pembuatan tahu dialirkan langsung ke selokan tanpa diolah terlebih dahulu sehingga mencemari lingkungan dan dapat mengganggu kehidupan dalam air, menimbulkan bau yang menyengat. Selain

itu, kurangnya pengetahuan tenaga pengelola mengenai cara pengolahan limbah, kurangnya pengetahuan tentang penggunaan SPAL, serta kurangnya penyuluhan dan pemantauan lingkungan dari petugas sanitasi setempat sehingga menimbulkan pencemaran bagi air sungai. Untuk itu proses pengolahan limbah cair industri tahu sebagai alternatif perlu dilakukan. Melihat fenomena tersebut, maka peneliti tertarik dengan mengambil judul "Pemanfaatan Biji Kelor (*Moringa oleifera*) Sebagai Koagulan Alternatif Dalam Proses Penjernihan Limbah Cair Industri Tahu Negeri Batu Merah Kota Ambon Tahun 2013".

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pemanfaatan biji kelor (*Moringa Oleifera*) Sebagai koagulan alternatif dalam proses penjernihan limbah cair industri tahu Negeri Batu Merah Kota Ambon.

METODE

Jenis penelitian ini merupakan jenis penelitian Quasi Eksperimen atau eksperimen semu yaitu keadaan yang dianalisis sebelum dan sesudah percobaan pada kelompok yang sama untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang ditimbulkan sebagai efek dari perlakuan.

Pada penelitian ini yang dijadikan populasi adalah air limbah pada industri tahu Negeri Batu Merah Kota Ambon. Sampel yang digunakan ada 2, yakni sampel limbah industri yang diambil pada titik homogen dan sampel limbah yang telah diberikan perlakuan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil pemeriksaan air limbah cair Industri Tahu Negeri Batu Merah Kecamatan Sirimau Kota Ambon, yang dilakukan di Laboratorium BTKL P2 kelas II Ambon diperoleh hasil sebagaimana terlihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 1
Pemeriksaan Kadar COD Sebelum dan Sesudah Pembubuhan Koagulan Biji Kelor

Dosis Biji Kelor (Gram)	Test (mg/l)		Selisih	% Penurunan
	Pre	Post		
1,7	160	155	5	3
3,2	160	152	8	5
4,7	160	150	10	6
Jumlah	480	457	23	14
Rata-rata	160	152	7,6	5

Sumber: data primer terolah tahun 2013

Dari hasil pemeriksaan tersebut diperoleh hasil pengujian COD seperti yang terdapat pada tabel 1 diatas, pada limbah murni nilai COD nya adalah 160 mg/l. Sedangkan rata-rata penurunan COD setelah pembubuhan biji kelor adalah 152 mg/l atau rata-rata persentase penurunan sebesar 5%. Dosis optimum dalam penurunan COD adalah dengan 1,7 gram biji kelor dengan penyisihan sebesar 5 atau dengan persentase 3%.

Penjernihan limbah cair dengan menggunakan koagulan biji kelor pada masing-masing dosis secara deskriptif menunjukkan adanya perbedaan penurunan kadar COD sebelum perlakuan dan setelah perlakuan. Rata-rata persentase penurunannya adalah 5%.

Hasil penelitian didapatkan bahwa penurunan kadar COD dengan dosis 4,7 gram biji kelor lebih optimum dengan selisih penurunan sebesar 10 atau dengan persentase 6%. Hal ini menunjukkan bahwa biji kelor mempunyai kemampuan untuk menurunkan bahan organik dengan cara koagulasi. Untuk perlakuan dengan 1,7 gram dan 3,2 gram, hasil belum terlalu optimal yang disebabkan saat proses pengadukan yang belum sempurna serta bertambahnya jumlah dosis biji kelor yang melebihi konsentrasi koagulan yang dibutuhkan, sehingga menyebabkan larutan menjadi jenuh dan menyebabkan terjadinya peningkatan jumlah zat-zat organik dalam

air limbah tahu. Hal yang diperoleh jauh diatas baku mutu limbah cair yang ditetapkan PermenLH No.03 Tahun 2010, dimana baku mutu COD limbah cair yang dapat dibuang ke lingkungan adalah sebesar 100 mg/l. Hal ini disebabkan karena banyaknya kandungan zat-zat organik dan anorganik yang terkandung di dalam limbah cair industri tahu tersebut, sehingga perlu dilakukan penanganan lanjutan karena proses ini merupakan pengolahan limbah tahap awal.

Menurut Ndabigengesere dalam Chandra, 1998, biji kelor mengandung suatu zat aktif (active agent) 4a L-rhamnosiloksi-benzil-isotiosianat sebagai protein kationik. Zat aktif ini dapat membantu menurunkan gaya tolak menolak antara partikel dalam air, sehingga dapat digunakan sebagai koagulan dalam proses pengolahan air. Dengan menurunnya gaya tolak menolak antara partikel, maka oksigen akan mudah terdistribusi yang kemudian dapat menguraikan zat-zat organik yang terdapat dalam air limbah cair industri tahu sehingga menyebabkan COD menjadi menurun. Hal inilah yang dirasa perlu disampaikan kepada pihak pengelola industri tahu agar melakukan pengolahan limbah sebelum dibuang ke lingkungan, mengingat banyaknya zat-zat organik yang terkandung dalam limbah cair tahu tersebut. Selain itu, para pekerja/karyawan hendaknya diberikan tugas dan tanggung jawab masing-masing baik yang bertugas dalam proses pengolahan tahu, maupun pengolahan limbah cair tahu agar senantiasa memperhatikan air buangan sisa industrinya.

Pada tabel 2 menunjukkan bahwa kadar TSS murni/sebelum pembubuhan koagulan biji kelor adalah 319 mg/l. Sedangkan rata-rata kadar TSS setelah pembubuhan biji kelor mengalami peningkatan yaitu 432 atau dengan rata-rata persentase kadar TSS sebesar +36%. Dosis yang optimum dalam penurunan TSS adalah pada 1,7 gram biji kelor dengan

selisih penurunan yang tidak terlampau jauh yaitu 12 atau 4 %.

Tabel 2
Pemeriksaan Kadar TSS Sebelum dan Sesudah Pembubuhan Koagulan Biji Kelor

Dosis Biji Kelor (Gram)	Test (mg/l)		Selisih	% Penurunan
	Pre	Post		
1.7	319	307	12	4
3.2	319	416	-102	-32
4.7	319	573	-254	-80
Jumlah	957	1296	-744	-108
Rata-rata	319	432	-115	-36

Sumber: data primer terolah tahun 2013

TSS merupakan padatan yang terkandung dalam air dan bukan merupakan larutan, bahan ini dibedakan dari padatan terlarut dengan cara uji di laboratorium. TSS biasanya mengandung zat organik dan anorganik.

Pengaruh dosis koagulan serbuk biji kelor terhadap penyisihan TSS limbah cair industri tahu diperoleh hasil yang optimum pada dosis 1,7 gram kelor yaitu dengan penyisihan 12 atau dengan persentase 4%. Dengan pemberian koagulan biji kelor yang bermuatan positif pada sampel, maka koagulan akan berinteraksi dengan partikel-partikel negatif sehingga membentuk flok. Setelah dilakukan pengadukan kedua (pengadukan lambat) maka menyebabkan flok mikro bergabung dan lengket menjadi satu dan flok ukuran atau massanya lebih besar akan mengendap dan turun ke dasar beker glass. Hal ini yang menyebabkan TSS dalam air limbah menjadi berkurang. Semua hal yang mempengaruhi penyisihan kekeruhan, juga berpengaruh terhadap penyisihan TSS-nya seperti pengaruh pH, dosis dan ukuran partikel.

Ukuran partikel sangat berpengaruh terhadap penyisihan kekeruhan karena semakin kecil ukuran partikel, maka luas bidang kontak antara koagulan dengan limbah cair industri tahu akan semakin

besar. Begitupun dengan koagulan biji kelor, jika ukuran partikelnya semakin kecil, maka luas bidang kontak antara partikel biji kelor terhadap limbah cair semakin besar sehingga menyebabkan TSS semakin banyak tersisihkan. Ayakan yang digunakan adalah 212 mesh sehingga serbuk biji kelor yang dihasilkan pun masih agak kasar sehingga luas bidang kontak antara partikel pun cenderung kecil. Tingkat penyisihan TSS tidak selamanya berbanding lurus terhadap tingkat penyisihan kekeruhan tergantung dari pengaruh ukuran partikel, bentuk dan indeks bias suatu partikel (Sorenson dkk. 1977).

Berdasarkan data pengamatan, penyisihan TSS pada partikel biji kelor sangat dipengaruhi oleh pH limbah cair industri tahu. Dari pengamatan tersebut diperoleh kinerja rata-rata penyisihan TSS koagulan biji kelor dengan dosis 3,2 gram dan 4,7 gram tidak lebih baik dari pada dosis 1,7 gram biji kelor dan tidak berbanding lurus dengan penyisihan kekeruhan karena selain kondisi pengadukan, dosis yang diberikan melewati kemampuan koagulan maka menyebabkan larutan menjadi jenuh dan pengotoran yang berlebihan sehingga justru menyebabkan meningkatnya padatan suspensi dalam air limbah cair industri tahu. Hal ini yang disebutkan oleh Sudaryanti (1993) bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi koagulasi diantaranya; pH, kondisi pengadukan, jenis koagulan, temperatur air dan tingkat kekeruhan.

Pada tabel 3 menunjukkan bahwa kadar kekeruhan limbah cair sebelum pembubuhan koagulan biji kelor adalah 255 NTU. Rata-rata penurunan kadar kekeruhan setelah pembubuhan biji kelor adalah 169 atau rata-rata persentase penurunannya sebesar 33,3%. Dosis yang optimum dalam penurunan kadar kekeruhan adalah pada dosis 3,2 gram biji kelor dengan selisih penurunan mencapai 108 atau 42%.

Tabel 3
Pemeriksaan Kadar Kekeruhan Sebelum dan Sesudah Pembubuhan Koagulan Biji Kelor

Dosis Biji Kelor (Gram)	Test (NTU)		Selisih	% Penurunan
	Pre	Post		
1,7	255	165	90	35
3,2	255	147	108	42
4,7	255	195	60	23
Jumlah	765	507	258	1001
Rata-rata	255	169	86	33,3

Sumber: data primer terolah tahun 2013

Kekeruhan air limbah cair industri tahu dapat disebabkan karena adanya zat padat yang tersuspensi baik yang bersifat organik maupun anorganik, biasanya berasal dari protein, karbohidrat, lemak, zat terlarut yang mengandung padatan tersuspensi atau padatan terendap. Kekeruhan tidak merupakan sifat air yang membahayakan terhadap kesehatan tetapi karena air menjadi berwarna maka kekeruhan merupakan satu hal yang perlu dipertimbangkan mengingat bahwa kekeruhan akan mengurangi segi estetika, menyulitkan dalam usaha penyaringan dan mengurangi efektifitas usaha desinfeksi.

Hasil penelitian didapatkan bahwa penurunan kadar kekeruhan dengan pembubuhan koagulan pada dosis optimum 3,2 gram biji kelor mampu menurunkan kekeruhan dengan selisih 108 atau dengan persentase 42%. Menurut Wiley (1955) suatu koagulan dikatakan efektif, apabila mampu mengurangi nilai turbiditas sebesar 50% sehingga koagulan yang efektif untuk menurunkan turbiditas limbah cair industri tahu.

Dosis koagulan sangat berpengaruh terhadap penyisihan kekeruhan limbah cair industri tahu karena dengan memberikan dosis yang tepat maka penyisihan kekeruhan sampel akan semakin signifikan. Sedangkan pada dosis 4,7 gram biji kelor, telah melebihi konsentrasi koagulan yang

dibutuhkan untuk proses flokulasi sehingga koagulasi terjadi pengotoran akibat dosis berlebihan. Dengan bertambahnya dosis koagulan, akan menyebabkan dosis semakin jenuh sehingga koagulan larutan tersisa akan mengotori larutan yang ada. Selain itu, ukuran partikel koagulan biji kelor masih kurang halus sehingga biji kontak antara partikel koagulan biji kelor dengan limbah cair industri tahu semakin kecil.

Biji kelor mengandung sejenis protein yang larut dalam air (*water soluble protein*) berbobot molekul rendah (Ndabingensere dalam Chandra 1998). Apabila dilarutkan biji kelor menghasilkan muatan-muatan positif dalam jumlah yang banyak. Larutan biji kelor tersebut bereaksi sebagai koagulan polimer alamiah bermuatan positif (Sutherland, 1994). Ketika ditambahkan ke dalam sampel limbah cair industri tahu dan diikuti perputaran cepat (100 rpm) selama 10 menit kemudian pengadukan lambat (50 rpm) selama 5 menit, protein kationik yang dihasilkan biji kelor didistribusikan keseluruh bagian tabung beaker yang berisi sampel dan kemudian berinteraksi dengan partikel-partikel bermuatan negatif penyebab kekeruhan yang didispersi dalam limbah cair industri tahu. Interaksi itu berpengaruh dan akibatnya partikel-partikel mengalami destabilisasi dan membentuk flok.

Akibat adanya gaya gravitasi dengan mengendapnya flok tersebut, maka sebagian partikel penyebab kekeruhan yang tersuspensi dalam limbah cair industri tahu mengalami pengurangan dengan demikian kekeruhannya menjadi berkurang. Penurunan kekeruhan dalam penelitian tersebut diatas sejalan dengan apa yang dikemukakan oleh Jhon dalam (price, 2002) bahwa serbuk biji kelor yang kering telah lama digunakan oleh wanita pedesaan Sudan untuk menjernihkan air.

KESIMPULAN DAN SARAN

Dari hasil pembahasan yang telah diuraikan, maka penulis menyimpulkan bahwa berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Laboraturium BTKL P2m Kelas II Ambon dapat disimpulkan sebagai berikut. 1) Kadar COD sebelum pembubuhan koagulan biji kelor adalah 160 mg/l dan setelah pembubuhan koagulan biji kelor pada dosis 1,7 gram biji kelor 155 mg/l (3%), dosis 3,2 gram biji kelor 152 mg/l (5%), dan 4,7 gram biji kelor 150 mg/l (6%). 2) Kadar TSS sebelum pembubuhan koagulan biji kelor adalah 319 mg/l dan setelah pembubuhan koagulan biji kelor pada dosis 1,7 gram biji kelor 307 mg/l (4%), dosis 3,2 gram biji kelor 416 mg/l (-32%), dan 4,7 gram biji kelor 573 mg/l (-80%). 3) Kadar kekeruhan sebelum pembubuhan koagulan biji kelor adalah 255 NTU dan setelah pembubuhan koagulan biji kelor pada dosis 1,7 gram biji kelor 165 NTU (35%), dosis 3,2 gram biji kelor 147 NTU (42%), dan 4,7 gram biji kelor 195 NTU (23%).

Dari kesimpulan tersebut, maka saran yang dapat diberikan adalah, 1). Bagi Pimpinan Industri Tahu Negeri Batu Merah Kecamatan Sirimau Kota Ambon, hendaknya melakukan pengolahan limbah sebelum dibuang ke lingkungan mengingat banyaknya bahan kimia dan zat-zat organik yang terkandung dalam limbah cair tahu sangat tinggi. 2). Bagi petugas sanitasi Puskesmas Rijali agar senantiasa melakukan pengawasan atau pemantauan lingkungan, sehingga limbah industri yang dihasilkan tidak mencemari lingkungan sekitar maupun air sungai. 3). Bagi masyarakat, yang bermukim di sekitar Industri Tahu selalu memperhatikan pembuangan air limbah Industri Tahu agar tidak mencemari lingkungan.

DAFTAR PUSTAKA

BPPT. 1997a. *Teknologi Pengolahan Limbah Tahu-Tempe Dengan Proses Biofilter Anaerob dan Aerob.*

[http://www.enviro.bppt.go.id./kel-1/\(tgl 17 April 2006\)](http://www.enviro.bppt.go.id./kel-1/(tgl%2017%20April%202006)).

Chandra. 1998. *Penentuan Dosis Optimum Koagulan Ferro sulfat-kapur, Flokulan Chemifloce dan Besfloc serta Biofloculan Moringa Oleifera dalam Pengolahan Limbah Cair Pabrik Tekstil.* Jurusan Teknik Kimia UNPAR. Bandung.

Djarwanti, Moertinah, „S dan Harihastuti, N. 2000. *Penerapan IPAL Terpadu Industri Kecil Tahu di Adiwerna Kabupaten Tegal.* Laporan Penelitian. Badan Penelitian dan Pengembangan Industri Semarang.

Duke, J. A. 1983. *Handbook of Energy Crops.* http://www.google.co.id/newcrop.hort.Perdue.newcrop/duke_energi/moringa_oleifera.html. Diakses tanggal 31 Januari 2009.

Husin, A. 2003. *Pengolahan Limbah Cair Industri Tahu Menggunakan Biji Kelor (Moringa Oleifera Seeds) Sebagai Koagulan.* Laporan Penelitian Dosen Muda, Fakultas Teknik USU.

Istighfaro, Nila. 2010. *Peningkatan Kualitas Minyak Goreng Bekas Dengan Metode Adsorpsi Menggunakan Bentonit –Karbon Aktif Biji Kelor (Moringa Oleifera Lamk).* Skripsi. Program Sarjana UIN. Malang

Moertinah, Sri dan Djarwanti. 2003. *Penelitian Identifikasi Pencemaran Industri Kecil Tahu-Tempe di Kelurahan Debong Tengah Kota Tegal dan Konsep Pengendaliannya.* Laporan Penelitian. Badan Penelitian dan Pengembangan Industri Semarang.

Muyibi A.S. and Lilian M.E. 2005. *Moringa Oleifera Seed For Softening Hardwater.* Wat Res. Vol.29 No.4, pp. 1099-1105.

Notoadmojo, S. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan.* PT. Rineka Cipta: Jakarta.

- Nuraida. 1985. *Analisis Kebutuhan Air Pada Industri Pengolahan Tahu dan Kedelai dalam* Lisnasari, S.F. 1995. *Pemanfaatan Gulma Air (Aquatic weeds) Sebagai Upaya Pengolahan Limbah Cair Industri Pembuatan Tahu. Thesis Master. Program Pascasarjana USU, Medan.*
- Price, M.L. 2002. *The Moringa Tree. ECHO. 17391 Durrance R.d, North Ft. Myers Fl 33917, USA; www.echonet.org*
- Sorenson, D.L., M.M. Mc Carty, E.J. Middlebrooks, dan D.B. Porcella. 1977. *Suspended and Dissolved Solids Effects on Freshwater Biota: a Review. United States Environmental Protection Agency. Report 600/3-77-042, Environmental Research Laboratory. Corvallis. Oregon. USA.*
- Sugiharto. 1994. *Dasar-Dasar Pengolahan Air Limbah. Penerbit Universitas Indonesia: Jakarta.*

ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERTHUBUNGAN DENGAN PEGGUNAAN GARAM BERYODIUM DI RUMAH TANGGA DI DESA URAUR KECAMATAN KAIRATU KABUPATEN SERAM BAGIAN BARAT

Rita Rena Pudyastuti
Dosen Poltekkes Maluku

Abstrak

Hasil survey dari konsumsi rumah tangga dan penelitian sebelumnya. Hasil tersebut bias dilihat di daerah Maluku, ada 54% penggunaan garam beryodium 30 ppm, 47,46% di Seram Bagian Barat dan 61.91% di Kecamatan Kairatu. Berdasarkan hasil tersebut, kami menyatakan sebuah permasalahan bahwa factor-faktor yang menyebabkan penggunaan garam beryodium di rumah tangga adalah objek dari penelitian, untuk menemukan factor-faktor apakah yang berhubungan dengan penggunaan garam beryodium di rumah tangga desa Uraur. Kecamatan Kairatu, Kabupaten Seram Bagian Barat. Jenis penelitian ini menggunakan metode cross sectional, variable independen untuk tingkat pendidikan ibu, pendapatan keluarga, harga garam, latar belakang pendidikan ibu dan metode variabel dependent untuk penggunaan garam beryodium di rumah tangga. Populasi pada penelitian ini diambil dari 147 sampel rumah tangga dengan didapatkan dari stratisifikasi provinsi dan menggunakan teknik sample secara acak (random sampling). Hasil penelitian menunjukkan 72.8% adalah angka ibu-ibu mempunyai standar pendidikan yang rendah, 63,9% adalah angka pendapatan keluarga dibawah standar gaji (Rp. 582.000,-), 43.3% adalah angka harga garam (Rp. 500 - 1000,-), 39.5 % ibu-ibu mempunyai pendidikan yang cukup. Hasil dari bivariat menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan ibu-ibu tentang penggunaan garam beryodium di rumah tangga ($p=0.722$) dan hasil yang lainnya menunjukkan tidak adanya hubungan antara level pendidikan ibu ($p=0.213$), pendapatan keluarga ($p=0.434$), dan harga garam ($p=0.722$) dengan di rumah tangga desa Uraur. Kecamatan Kairatu, Kabupaten Seram Bagian Barat. Berdasarkan hasil penelitian, kami menyarankan untuk memberikan perhatian kepada para ibu ketika membeli garam beryodium dan untuk peneliti lainnya dapat melanjutkan penelitian dengan populasi dan daerah yang lebih besar.

Kata kunci: factor-faktor, penggunaan garam beryodium, ibu rumah tangga.

PENDAHULUAN

Reendahnya status gizi masyarakat masih banyak dialami oleh beberapa negara berkembang, termasuk di Indonesia. Faktor yang ditimbulkan akibat kurang gizi ini sebenarnya dapat dicegah melalui intervensi dari negara yang bersangkutan/negara yang sedang berkembang (Depkes. RI, 2005). Salah satu masalah kurang gizi di Indonesia adalah Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY), yang merupakan masalah serius bagi masyarakat mengingat dampak yang ditimbulkan bagi kelangsungan hidup dan kualitas sumber daya manusia (Depkes. RI, 2005). Gangguan yang akan segera nampak

adalah adanya pembesaran kelenjar gondok. Menurut Satoto dalam Warta Gaky (2002) gangguan kurang yodium yang lain dapat berupa gangguan mental, kelemahan fisik, keterlambatan pertumbuhan, kegagalan reproduksi, kerusakan perkembangan sistem syaraf, peningkatan kematian anak/risiko terjadinya abortus. Semua gangguan yang terjadi dapat mengakibatkan pada rendahnya prestasi belajar anak usia sekolah, rendahnya produktivitas kerja pada orang dewasa serta munculnya berbagai masalah ekonomi masyarakat yang dapat menghambat pembangunan (Depkes. RI, 2005).

Survey secara nasional kejadian GAKY yang dilakukan pada tahun 2003 terhadap anak SD menunjukkan bahwa 35,8% kabupaten adalah endemik ringan, 13,1% kabupaten endemik sedang, dan 8,2% kabupaten endemik berat. Prevalensi kejadian GAKY pada anak sekolah dasar tahun 2003 di Indonesia memiliki angka *Total Goitre Rate (TGR)* sebanyak 44,9% (Depkes. RI, 2005). Pemerintah telah melakukan upaya penanggulangan GAKY melalui dua cara, yaitu jangka pendek dan jangka panjang. Distribusi kapsul minyak beryodium kepada seluruh wanita usia subur (termasuk ibu hamil dan ibu menyusui), serta anak sekolah dasar di kecamatan-kecamatan endemis berat dan sedang sebagai upaya jangka pendek, serta penggunaan garam beryodium dalam makanan sehari-hari sebagai upaya jangka panjang (Dinkes. Provinsi Maluku, 2008). Hasil monitoring yang dilaksanakan oleh Balai Pemantauan Obat dan Makanan (POM) pada tahun 1991/1992 menunjukkan mutu garam beryodium yang memenuhi syarat kadar yodium (> 30 ppm) sebesar 22,8%, pada tahun 2000 menunjukkan mutu garam beryodium yang memenuhi syarat kadar yodium (>30 ppm) sebesar 60%, dan meningkat menjadi 68,6% pada tahun 2003 (Depkes. RI, 2005). Walaupun terdapat kecenderungan peningkatan dalam pemakaian garam beryodium, namun hasil belum memenuhi harapan yaitu dimana 90% penduduk telah mengkonsumsi garam beryodium (Depkes. RI, 2005). Hasil *survey* konsumsi garam beryodium tingkat rumah tangga secara nasional pada tahun 2002 menunjukkan bahwa 68,53% rumah tangga mengkonsumsi garam dengan kandungan yodium >30 ppm. Tahun 2003 sebanyak 73,24% rumah tangga yang mengkonsumsi garam dengan kandungan yodium > 30 ppm. (Depkes. RI, 2005).

Anak-anak di daerah pantai, yang sebagian besar berada dekat dengan sumber iodium (Iodine), diindikasikan mulai mengalami kekurangan zat gizi mikro itu

dan menderita Gangguan Akibat Kekurangan Iodium (GAKI). Kepala Subdit Bina Kewaspadaan Gizi Direktorat Gizi Masyarakat Departemen Kesehatan Tatang S. Falah, mengatakan sekitar 30% anak yang tinggal di daerah pantai di wilayah Maluku dan Maluku Utara mengalami gangguan akibat kekurangan Iodium (kapan lagi.com, 2010) diakses 15 September 2011.

Hasil *survey* konsumsi rumah tangga di Provinsi Maluku tahun 2008 menunjukkan ibu rumah tangga yang mengkonsumsi garam dengan kandungan >30 ppm sebanyak 66,43%. Pada tahun 2003, sebanyak 68,54% rumah tangga yang mengkonsumsi garam dengan kandungan yodium >30 ppm. Tahun 2004 hasil yang didapat 49,00% rumah tangga yang mengkonsumsi garam dengan kandungan yodium >30 ppm (Profil Kesehatan Provinsi Maluku Tahun 2008, 2008). Hasil pemantauan garam beryodium di Kabupaten Seram Bagian Barat pada tahun 2003 dari 945 sampel, yang dilakukan melalui anak SD/MI didapatkan hasil 52,6% rumah tangga dengan konsumsi kadar yodium >30 ppm, 17,7% rumah tangga dengan konsumsi kadar yodium <30 ppm dan 29,7% rumah tangga dengan konsumsi garam tidak mengandung yodium (DKK Kabupaten Seram Bagian Barat, 2008). Hasil pemantauan garam di Desa Uraur, Kecamatan Kairatu, Kabupaten Seram Bagian Barat yang dilakukan oleh DKK Kabupaten Seram Bagian Barat pada tahun 2008 menunjukkan ibu rumah tangga yang mengkonsumsi garam dengan kadar yodium >30 ppm sebanyak 38,09% dan 61,91% mengkonsumsi garam dengan kadar yodium <30 ppm. Hasil tersebut didapatkan dari hasil pemantauan garam beryodium di tingkat masyarakat dan desa yang dilakukan terhadap 5 sampel desa di wilayah kerja Puskesmas Kairatu melalui anak SD/MI (DKK Kabupaten Seram Bagian Barat pada tahun 2008).

Hasil pemantauan penggunaan garam beriodium pada tingkat rumah tangga telah menggambarkan persentase rumah tangga yang mempunyai garam cukup Iodium (> 30 ppm KIO₃). Dan hasilnya mengalami penurunan yaitu 78,57% di Tahun 2007 menjadi 62,5% pada Tahun 2008 untuk kategori desa baik, sedangkan terjadi peningkatan yaitu pada 21,43% pada Tahun 2007 menjadi 37,5% pada Tahun 2008 untuk kategori Desa tidak baik, walupun sebelumnya Tahun 2005 ke Tahun 2006 mengalami peningkatan yaitu 57,69 menjadi 65,96% untuk desa baik namun pencapaian ini masih jauh dari target nasional 2010 maupun target WHO *Universal Salt Iodization* (USI) yaitu minimal 90% rumah-tangga menggunakan garam cukup Iodium.

Rendahnya penggunaan garam beryodium dalam masyarakat dapat disebabkan oleh beberapa faktor. Faktor tersebut antara lain disebabkan rendahnya pengetahuan ibu tentang garam beryodium, harga garam, tingkat pendidikan ibu, ketersediaan garam dipasaran (BPS, 2005). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Mohammad F. (2005) menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan dan tingkat pendapatan mempunyai hubungan dengan tingkat konsumsi garam beryodium di rumah tangga. Hasil dari penelitian yang dilakukan oleh Suparta (2001), terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan, ketersediaan garam beryodium di tingkat perdagangan terhadap ketersediaan garam beryodium di tingkat rumah tangga. Penelitian yang dilakukan oleh Jariyah (1996), menunjukkan tingkat pengetahuan gizi berhubungan dengan frekuensi penggunaan garam beryodium. Berdasarkan hasil yang didapat maka peneliti ingin mengetahui tentang analisis faktor yang berhubungan dengan penggunaan garam beryodium di rumah tangga di Desa Uraur, Kecamatan Kairatu, Kabupaten Seram Bagian Barat.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan di di Desa Uraur, Kecamatan Kairatu, Kabupaten Seram Bagian Barat Penelitian diawali dengan survey pendahuluan dan selanjutnya pengurusan ijin penelitian. Pelaksanaannya pada bulan September - Oktober 2011.

Penelitian ini merupakan jenis penelitian *Explanatory Reseach* yaitu untuk menjelaskan hubungan kausal antara variabel-variabel melalui pengujian hipotesa. Menggunakan pendekatan *cross sectional*. Dalam penelitian ini variabel sebab/risiko dan variabel akibat/ kasus yang terjadi pada objek diukur/ dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan, sehingga hasil yang diperoleh lebih cepat didapat dan tidak memerlukan banyak waktu serta tidak memaksa subjek untuk mengalami faktor yang diperlukan yang bersifat merugikan kesehatan. Alasan peneliti memilih rancangan penelitian survei analitik dengan pendekatan *cross sectional* adalah karena dalam penelitian *cross sectional* variabel sebab atau risiko dan akibat atau kasus yang terjadi pada objek diukur atau dikumpulkan secara *stimultan* dan dalam waktu yang bersamaan sehingga hasilnya lebih cepat diperoleh dan tidak memerlukan banyak waktu, selain itu penelitian *cross sectional* juga mudah dilakukan dan murah sebab tidak memerlukan *follow-up*, serta pada penelitian *cross sectional* tidak memaksa subjek untuk mengalami faktor yang diperkirakan bersifat merugikan kesehatan. Kekurangan dari penelitian ini tidak tepat digunakan untuk menganalisis hubungan kausal paparan dan penyakit, serta subyek diobservasi hanya sekali saja pada saat penelitian, sedangkan pengamatan terhadap kondisi yang akan datang/ sebelumnya tidak dapat dilakukan (Murti, B, 2007).

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh rumah tangga yang diketahui melalui jumlah kepala keluarga yang bertempat tinggal di Desa Uraur, Kecamatan Kairatu, Kabupaten Seram Bagian Barat Tahun 2011 dengan jumlah

860 kepala keluarga, dengan responden ibu rumah tangga.

Sampel dari penelitian ini adalah rumah tangga yang berjumlah 147 sampel. Penelitian ini menggunakan metode penelitian *cross sectional*.

Penghitungan sampel dapat dilihat sebagai berikut :

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

dengan:

p = perkiraan Prevalensi (prevalensi) penyakit (atau paparan) pada populasi

q = 1 - p

$z_{1-\alpha/2}$ = statistik Z pada distribusi normal standar, pada tingkat kemaknaan + α

d = presisi absolut yang diinginkan pada kedua sisi Prevalensi populasi (Bhisma Murti, 1997: 222).

$$\text{Diketahui : } P = 0,1072$$

$$q = 1 - 0,1072 = 0,8928$$

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,1072 \times 0,8928}{(0,05)^2}$$

$$n = \frac{3,84 \times 0,1072 \times 0,8928}{0,0025}$$

$$n = \frac{0,3676}{0,0025}$$

$$n = 147,04 \rightarrow 147 \text{ sampel}$$

Jadi besar sampel minimal dalam penelitian ini yaitu sebesar 147 sampel dimana pengambilan sampel dilakukan secara *Provisiortional stratified random sampling*. Sampel didapat dari tiap RW, dimana Desa Uraur terdiri dari 4 RW. Penghitungan pengambilan sampel sebagai berikut:

$$RW1 = \frac{270}{860} \times 147 = 46 \text{ sampel}$$

$$RW2 = \frac{205}{860} \times 147 = 35 \text{ sampel}$$

$$RW3 = \frac{231}{860} \times 147 = 39 \text{ sampel}$$

$$RW4 = \frac{156}{860} \times 147 = 27 \text{ sampel}$$

Teknik pengumpulan data dengan menggunakan dokumentasi, kuesioner, wawancara

Teknik Analisis Data

Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menggambarkan semua variabel yaitu variabel tingkat pendidikan ibu, tingkat pendapatan keluarga, harga garam dan tingkat pengetahuan ibu di Desa Uraur, Kecamatan Kairatu, Kabupaten Seram Bagian Barat, dengan menggunakan tampilan berupa tabel atau grafik yang berasal dari data numerik.

Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara tingkat pendidikan ibu, tingkat pendapatan keluarga, harga garam dan tingkat pengetahuan ibu dengan penggunaan garam di rumah tangga. Pengolahan data menggunakan uji *chi square*, dan jika uji statistik *chi square* tidak memenuhi syarat maka uji alternatif yang digunakan adalah dengan menggunakan uji statistik uji Fisher

HASIL PENELITIAN

Desa Uraur merupakan desa yang berada di wilayah Kecamatan Kairatu, Kabupaten Seram. Luas wilayah Desa Uraur 392,555 Ha, dimana wilayah ini sebagian besar berupa areal persawahan sehingga sebagian besar penduduknya bermata pencaharian sebagai petani.

Jarak desa untuk menuju kecamatan adalah ± 9 km. Adapun jumlah kepala keluarga yang berada di Desa Uraur berjumlah 860 KK, total penduduk 3496, jumlah laki-laki sebanyak 1719 jiwa dan jumlah penduduk perempuan sebanyak 1777 jiwa

Penelitian ini dilakukan di Desa Uraur, Kecamatan Kairatu, Kabupaten Seram Bagian Barat dengan subyek penelitian yaitu ibu rumah tangga. Subyek yang diteliti sebanyak 147 responden yang diambil dari masing-masing RW. RW I 46 sampel, RW II 35 sampel, RW III 39 sampel, RW IV 27 sampel.

Karakteristik Responden menurut Kelompok Umur

Hasil penelitian yang dilakukan terhadap responden menurut kelompok umur di Desa Uraur, Kecamatan Kairatu, Kabupaten Seram Bagian Barat dapat dikelompokkan berdasarkan kategori dewasa dini (umur 18 tahun - 40 tahun), dewasa madya (umur 41 tahun - 60 tahun) dan dewasa lanjut (umur 61 tahun ke atas) (Elisabeth, 1997) dapat dilihat pada tabel 1, sebagai berikut:

Tabel 1
Umur Responden

Umur	Frekuensi	Presentase (%)
18 th-40 th	117	79.60
41 th-60 th	29	19.72
61 tahun ke atas	1	0.68
Total	147	100

Sumber : Data primer, 2011

Dari tabel 1 tersebut terlihat bahwa sebagian besar responden berumur 18 tahun sampai 40 tahun (dewasa dini) dengan persentase sebesar 76.60% (sebanyak 117 responden).

Karakteristik Responden menurut Kelompok Pekerjaan

Pekerjaan responden Desa Uraur, Kecamatan Kairatu, Kabupaten Seram Bagian Barat dapat dibagi menjadi 3 jenis yaitu, Ibu Rumah Tangga (IRT), petani dan wiraswasta dan dapat dilihat pada tabel 2 dibawah ini:

Tabel 2
Pekerjaan Responden

Pekerjaan	Frekuensi	Prosentase (%)
IRT	15	10.20
Petani	127	86.40
Wiraswasta	5	3.40
Total	147	100

Sumber : Data primer, 2011

Dari tabel 2 tersebut terlihat bahwa sebagian besar responden bekerja sebagai petani dengan persentase sebesar 86.40% (sebanyak 127 responden)

Hasil Univariat

Analisa univariat dimaksudkan untuk menggambarkan hasil penelitian yang diperoleh. Analisis dalam penelitian ini adalah tingkat pendidikan ibu rumah tangga, tingkat pendapatan keluarga, dan tingkat pengetahuan ibu rumah tangga.

Tingkat Pendidikan Ibu

Hasil penelitian tingkat pendidikan ibu rumah tangga di Desa Uraur, Kecamatan Kairatu, Kabupaten Seram Bagian Barat Tahun 2011 dapat dilihat pada tabel 3 bahwa pendidikan ibu paling banyak adalah berpendidikan tamat pendidikan dasar (SD/SLTP) sebesar 107 responden (72.8%).

Tabel 3
Tingkat Pendidikan Ibu

Kriteria	Frekuensi	Prosentase (%)
Tamat (SLTA)	7	4.8
Tamat (SD/SLTP)	107	72.8
Tidak tamat	33	22.4
Total	147	100

Sumber : Data primer, 2011

Tingkat Tingkat Pendapatan Keluarga

Pendapatan keluarga diukur dengan menggunakan kriteria UMK, dimana UMK Kabupaten Seram Bagian Barat adalah Rp. 982.000,00. Hasil penelitian pendapatan keluarga di Desa Uraur, Kecamatan Kairatu, Kabupaten Seram Bagian Barat tahun 2011 dapat dilihat pada tabel 4 dimana tingkat pendapatan keluarga banyak yang masih berada di bawah upah minimum Kabupaten (UMK) yaitu 94 responden (63.9%).

Tabel 4
Tingkat Pendapatan Keluarga

Kriteria	Frekuensi	Prosentase (%)
≥ UMK	53	36.1
< UMK	94	63.9
Total	147	100

Sumber : Data primer, 2011

Tingkat Pengetahuan Ibu

Hasil penelitian mengenai pengetahuan ibu di Desa Uraur, Kecamatan Kairatu, Kabupaten Seram Bagian Barat tahun 2011 dan dapat dilihat pada tabel 5 di bawah ini :

Tabel 5
Tingkat Pengetahuan Ibu

Kriteria	Frekuensi	Prosentase (%)
Baik	58	39.5
Cukup	57	38.8
Kurang	32	21.8
Total	147	100

Sumber : Data primer, 2011

Dari tabel 5 diatas tingkat pengetahuan ibu rumah tangga banyak yang paling banyak adalah mempunyai pengetahuan baik sebesar 58 responden (39,5%).

Penggunaan Garam Beryodium di Rumah Tangga

Hasil penelitian mengenai penggunaan garam beryodium di rumah tangga di Desa Uraur, Kecamatan Kairatu, Kabupaten Seram Bagian Barat Tahun 2011 dan dapat dilihat pada tabel 6 di bawah ini:

Tabel 6
Penggunaan Garam Beryodium di Rumah Tangga

Kriteria	Frekuensi	Prosentase (%)
Menggunakan	120	81.6
Tidak	27	18.4
Total	147	100

Sumber : Data primer, 2011

Dari tabel 6 responden banyak yang menggunakan garam beryodium di dalam rumah tangga yaitu sebanyak 120 responden (81.6%).

Analisis Bivariat

Analisis bivariat dalam penelitian ini digunakan untuk pengujian hipotesis, penelitian yang telah disusun sebelumnya. Analisis yang digunakan adalah *Chi Square* dan bila uji *Chi Square* tidak dapat terpenuhi maka digunakan alternatif uji statistik yaitu uji *Fisher* dengan taraf signifikansi 95%.

Hubungan antara Pendidikan Ibu dengan Penggunaan Garam Beryodium di Rumah Tangga

Analisis bivariat pendidikan ibu dengan penggunaan garam beryodium di rumah tangga dilakukan penggabungan sel karena hasil sebelum penggabungan sel tidak dapat terbaca / tidak memenuhi syarat uji statistik. Untuk mengetahui hubungan antara pendidikan ibu dengan penggunaan garam beryodium di rumah tangga di Desa Uraur, Kecamatan Kairatu, Kabupaten Seram Bagian Barat Tahun 2011 dapat dilihat pada tabel 7

Dari hasil analisis dengan uji statistik menggunakan uji *Chi-Square* dapat diketahui bahwa $p= 0.213$ yang berarti tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan ibu dengan penggunaan garam beryodium di rumah tangga.

Hubungan antara Pendapatan Keluarga dengan Penggunaan Garam Beryodium di Rumah Tangga

Untuk mengetahui hubungan antara pendapatan keluarga dengan penggunaan garam beryodium di rumah tangga di Desa Uraur, Kecamatan Kairatu, Kabupaten Seram Bagian Barat Tahun 2011 dapat dilihat pada tabel 8.

Dari hasil analisis dengan uji statistik menggunakan uji *Chi-Square* diperoleh $p= 0,434$ yang berarti tidak ada hubungan antara pendapatan keluarga

dengan penggunaan garam beryodium di rumah tangga.

Hubungan antara Pengetahuan Ibu dengan Penggunaan Garam Beryodium di Rumah Tangga

Analisis bivariat antara pengetahuan ibu dengan penggunaan garam beryodium di rumah tangga dilakukan penggabungan sel karena hasil sebelum penggabungan sel tidak dapat terbaca / tidak memenuhi syarat uji statistik. Untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan ibu dengan penggunaan garam beryodium di rumah tangga di Desa Uraur, Kecamatan Kairatu, Kabupaten Seram Bagian Barat Tahun 2011 dapat dilihat pada tabel 9

Dari hasil analisis statistik dengan uji statistik menggunakan uji *Chi-Square* diperoleh $p= 0,004$ yang berarti ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan penggunaan garam beryodium di rumah tangga.

PEMBAHASAN

Pembahasan penelitian faktor-faktor penggunaan garam beryodium di rumah tangga terdiri dari tingkat pendidikan ibu, pendapatan keluarga, harga garam dan tingkat pengetahuan ibu, dapat dijelaskan sebagai berikut:

Tabel 7
Hubungan antara Pendidikan Ibu dengan Penggunaan Garam Beryodium di Rumah Tangga

Pendidikan	Penggunaan Garam Beryodium di Rumah Tangga				Total		P
	Tidak menggunakan		Menggunakan		Σ	%	
	Σ	%	Σ	%			
Tidak tamat Sekolah	9	27.3	24	72.7	33	100	0.213
Tamat Sekolah (SD, SLTP, SMU)	18	15.8	96	84.2	114	100	

Sumber : Data primer, 2011

Tabel 8
Hubungan antara Pendapatan Keluarga dengan Penggunaan Garam Beryodium di Rumah Tangga

Pendapatan	Penggunaan Garam Beryodium di Rumah Tangga				Total		P
	Tidak menggunakan		Menggunakan		Σ	%	
	Σ	%	Σ	%			
\geq UMK	15	16.0	79	84.0	94	100	0.434
\leq UMK	12	22.6	41	77.4	53	100	

Sumber : Data primer, 2011

Tabel 9
Hubungan antara Pengetahuan Ibu dengan Penggunaan Garam Beryodium di Rumah Tangga

Pengetahuan	Penggunaan Garam Beryodium di Rumah Tangga				Total		P
	Tidak menggunakan		Menggunakan		Σ	%	
	Σ	%	Σ	%			
Cukup dan Baik	15	13.0	100	87.0	115	100	0.004
Kurang	12	37.5	20	62.5	32	100	

Sumber : Data primer, 2011

Hubungan antara Pendidikan Ibu dengan Penggunaan Garam Beryodium di Rumah Tangga

Dari hasil uji *Chi Square* didapatkan bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan ibu dengan penggunaan garam beryodium di rumah tangga ($p= 0.213$). Penelitian ini bertolak belakang dengan teori yang ada. Dari data penelitian diperoleh bahwa pendidikan ibu rumah tangga tergolong berpendidikan rendah (hanya tamat SD/SLTP) namun mempunyai pengetahuan akan penggunaan garam beryodium cenderung cukup/baik. Hal ini dapat dikarenakan lingkungan mempunyai pengaruh yang cukup baik. Dimana ibu yang mempunyai pendidikan rendah memiliki kesadaran tinggi untuk meningkatkan pengetahuan dengan keaktifan mereka dalam PKK. Mereka merasa membutuhkan informasi tentang kesehatan dan gizi, sehingga dapat mengetahui masalah kesehatan dan gizi yang tidak diinginkan. Melalui pendidikan pengetahuan akan bertambah serta tingkah laku dan tindakan dapat berubah dalam pemenuhan penyajian pangan (garam beryodium), terutama bagi wanita yang merupakan modal utama dalam mempersiapkan generasi muda yang berkualitas (Koentjaraningrat, 1985).

Hubungan antara Pendapatan Keluarga dengan Penggunaan Garam Beryodium di Rumah Tangga

Dari hasil uji *Chi Square* didapatkan bahwa tidak ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan penggunaan garam beryodium di rumah tangga ($p= 0.434$). Dari data yang diperoleh bahwa pendapatan keluarga tergolong mempunyai pendapatan di bawah UMK yaitu Rp. 982.000, namun kebanyakan 50 dari keluarga tersebut menggunakan garam beryodium, meskipun ada sebagian keluarga yang tidak menggunakan garam beryodium dalam rumah tangga. Penelitian ini bertolak belakang dengan teori yang

ada, dimana pendapatan yang semakin tinggi akan mempermudah keluarga tersebut untuk memenuhi kebutuhan pangan, terutama kebutuhan gizi, selain itu ketersediaan pangan yang baik akan tercukupi, akan tetapi pengeluaran uang lebih banyak untuk pangan tidak akan terjamin lebih beragamnya konsumsi pangan (Suhardjo, dkk, 1986).

Menurut Roedjito, D (1989), yang menyatakan semakin tinggi pendapatan akan mempermudah keluarga tersebut dalam pemenuhan kebutuhan, terutama kebutuhan gizi, selain itu ketersediaan pangan akan menjadi baik, dengan ditunjang kondisi sanitasi yang sehat, sehingga keluarga tidak mudah terkena penyakit yang akhirnya berakibat pada seluruh anggota keluarga. Pada ibu yang tidak bekerja dapat melakukan aktivitas untuk mengatur konsumsi keluarga dengan maksimal. Besar kecilnya pendapatan keluarga berpengaruh terhadap pola konsumsi dan status gizi individu, maka apabila suatu keluarga berpenghasilan tinggi maka mereka mampu untuk membeli bahan pangan yang bergizi. Tingkat pendapatan akan mempengaruhi pola konsumsi makanan anggota keluarga, dimana pendapatan yang terbatas akan membatasi peluang untuk memilih jenis dan jumlah makanan yang bergizi. Karena bukti menunjukkan bahwa kebiasaan pangan cenderung berubah bersama dengan naiknya pendapatan (Suhardjo, dkk, 1986) yang mana teori ini tidak sesuai dengan hasil penelitian.

Hubungan antara Pengetahuan Ibu dengan Penggunaan Garam Beryodium di Rumah Tangga

Dari hasil uji *Chi Square* didapatkan bahwa ada hubungan antara pendidikan ibu dengan penggunaan garam beryodium di rumah tangga ($p= 0.004$). penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Mohamad Fauzi (2005), Suparta (2001), dan Jariyah (1996) yang

menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan ibu dengan penggunaan garam beryodium di rumah tangga. Hasil penelitian diperoleh dari 147 responden ternyata responden memiliki 78,2% pengetahuan yang cukup dan baik.

Pengetahuan dengan mengadopsi konsep utama dari Green adalah sebagai faktor pemudah yang mengarahkan pada tindakan tepat pada perilaku kesehatan. Oleh karena itu pengetahuan akan membuka wawasan ibu terhadap masukan informasi khususnya tentang garam beryodium dan selanjutnya dipraktikkan untuk mencapai tujuan yang diinginkan yaitu perilaku sengaja membeli garam beryodium (Notoatmojo S, 2003). Pengetahuan ibu/ orang tua memegang peranan yang sangat penting, mengingat masih banyak garam berlabel yodium beredar di masyarakat yang tidak memenuhi syarat kandungan yodium (30 ppm-80 ppm). Meskipun demikian tidak semua ibu/ orang tua yang mengetahui manfaat garam beryodium selalu membeli dan menggunakan garam beryodium dalam memasak sehari-hari. Tanpa adanya pengetahuan maka akan sulit menanamkan kebiasaan menggunakan garam beryodium sebagai upaya untuk pencegahan terhadap penyakit gondok. Pengetahuan merupakan salah satu dari beberapa hal yang menjadi faktor pemudah dalam perubahan perilaku individu (Asih W, dkk, 2006: 44).

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah di analisis secara kualitatif, diperoleh kesimpulan sebagai berikut: (1) Tidak ada hubungan antara pendidikan ibu dengan penggunaan garam beryodium di rumah tangga di Desa Uraur, Kecamatan Kairatu, Kabupaten Seram Bagian Barat Tahun 2011 ($p= 0.213$). (2) Tidak ada hubungan antara pendapatan keluarga dengan penggunaan garam beryodium di rumah tangga di Desa

Uraur, Kecamatan Kairatu, Kabupaten Seram Bagian Barat Tahun 2011 ($p= 0.434$). (3) Ada hubungan antara pengetahuan ibu dengan penggunaan garam beryodium di rumah tangga di Desa Uraur, Kecamatan Kairatu, Kabupaten Seram Bagian Barat Tahun 2011, dengan tingkat hubungan yang positif ($p=0.004$)

Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, saran yang dapat diberikan oleh penulis sebagai berikut:

Bagi Politeknik Kesehatan : Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan informasi dan masukan bagi penelitian di bidang ilmu gizi kesehatan masyarakat dan matakuliah bidang promosi kesehatan serta pemberdayaan masyarakat. Bagi pelayanan kesehatan: Dengan melihat hasil penelitian ini pelayan kesehatan lebih meningkatkan dan menggiatkan pemberdayaan masyarakat desa dengan mengadakan penyuluhan-penyuluhan, sarasehan-sarasehan dan pengembangan media-media cetak yang lebih intensif dengan wadah atau organisasi yang telah ada di desa. Bagi peneliti : Kepada Peneliti yang lain disarankan untuk meneliti faktor – faktor yang belum diteliti yang berhubungan dengan penggunaan garam beryodium di rumah tangga dengan sampel yang lebih besar dan ruang lingkup yang luas sehingga dapat meningkatkan ketelitian dalam hasil penelitian.

Bagi ibu rumah tangga: (a) Lebih memperhatikan pada saat pembelian garam beryodium dengan cara melihat pada label apakah tercantum kandungan yodium. (b) Pengetahuan akan penggunaan garam beryodium dalam kehidupan sehari-hari lebih ditingkatkan lagi dengan cara mengikuti kegiatan PKK, Dasawisma, atau mencari informasi dari Puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, A. 2001. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. PT. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta
- Asih, W dkk. 2006. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia Volume 5 No. 2*. FKM UNDIP Semarang
- Chandra, G. *Strategi dan Program Pemasaran*. Andi Offset, Yogyakarta
- BPS, 1999. *Garam Yodium Rumah Tangga Provinsi Maluku 1999*. BPS, Maluku.
- BPS, 2005. *Profil Kesehatan Provinsi Maluku*. BPS, Maluku.
- Departemen Kesehatan RI, 2005. *Pencegahan dan Penanggulangan Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY) di Indonesia*. Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat Direktorat Gizi Masyarakat. Jakarta
- Departemen Kesehatan RI, 2005. *Rencana Aksi Nasional Kesenambungan Program Penanggulangan Gangguan Akibat Kurang Yodium*. Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Seram Bagian Barat, 2008. *Laporan Hasil Pemantauan Garam Beryodium di Kabupaten Seram Bagian Barat Tahun 2008*. Maluku
- Dinas Kesehatan Kabupaten Seram Bagian Barat, 2011. *Hasil Evaluasi Penanggulangan GAKY*. Maluku
- Dinkes. Provinsi Maluku, 2008. *Laporan Evaluasi Program Penanggulangan GAKY di Daerah Endemis di Maluku Tahun 2008*. Dinkes. Provinsi Maluku
- Farida Y, dkk, 2004. *Pengantar Pangan dan Gizi*. Penebar Semangat 2002. Warta Gaky Edisi 1 Bulan Oktober. Jakarta
- Fauzi, M. 2005. *Hubungan Tingkat Pendidikan, Tingkat Pengetahuan, Tingkat Pendapatan dengan Konsumsi Garam Beryodium di Rumah Tangga (Studi di Desa Sukareja, Kecamatan Warureja, Kabupaten Tegal)*. Skripsi S1: Universitas Diponegoro. Semarang
- Hurlock. 1997. *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Erlangga, Jakarta.
- Ihsan, F 2001. *Dasar-Dasar Kependidikan*. Rinieka Cipta, Jakarta.
- Jariyah, 1996. *Beberapa Faktor Yang Berhubungan Dengan Frekuensi Penggunaan Garam Beryodium Pada Masyarakat Rejosari Kecamatan Dawe Kabupaten Kudus Tahun 1996*. Skripsi S1: Universitas Diponegoro. Semarang.
- Kartasapoetra dkk, 2002. *Ilmu Gizi*. Rinieka Cipta, Jakarta.
- Karyadi, D dan Muhilal, 1985. *Kecukupan Gizi yang Dianjurkan*. : PT. Gramedia, Jakarta.
- Mills, A. dan Lucy G. *Ekonomi Kesehatan Untuk Negara-Negara Berkembang*. Dian Rakyat Jakarta
- Murti, B. 1997. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi*. Gadjah Mada University Press Yogyakarta
- Notoatmodjo, S. 1997. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-Prinsip Dasar*. Rieneka Cipta Jakarta
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Rieneka Cipta Jakarta
- Pudjiaji, S. 2007. *Ilmu Gizi Klinis Pada Anak Edisi 4*. Rinieka Cipta. Jakarta
- Satoto, 2002. *Gangguan Kekurangan Yodium*. Warta Gaky. Jakarta.
- Soediaoetama A. D. 1999. *Ilmu Gizi Untuk mahasiswa dan Profesi Jilid 2*. Dian Rakyat Jakarta
- Suastika, K. dkk, 2002. *Penyakit Kelenjar Tiroid*. EGC Jakarta
- Sugiyono, 2004. *Statistik Nonparametris Untuk Penelitian*. ALFABETA. Bandung
- Suhardjo dkk, 1986. *Pangan, Gizi dan Pertanian*. UI Press. Jakarta

- Sumardi, M dan Evers, H.D. 1982. *Kemiskinan dan Kebutuhan Pokok*. CV. Rajawali 59. Jakarta.
- Suparta. 2001. *Hubungan Antara Pendidikan, Pengetahuan Ibu Rumah Tangga, Ketersediaan Garam Beryodium di Tingkat Perdagangan Dengan Ketersediaan Garam Beryodium di Rumah Tangga Desa Selorejo, Kecamatan Pundong, Kabupaten Bantul, Provinsi DIY*. Skripsi S1: Universitas Diponegoro. Semarang
- Supariasa, I dkk, 2002. *Penentuan Status Gizi*. EGC. Jakarta.
- Winarno, 2004. *Kimia Pangan dan Gizi*. PT. Gramedia Pustaka, Jakarta

EFEKTIFITAS *TRIANGLES THERAPY* DALAM MENINGKATKAN KEMAMPUAN KELUARGA MERAWAT ANGGOTA KELUARGA DENGAN GANGGUAN JIWA DI RSK PROVINSI MALUKU

Hamdan Tunny, Zulfikar Peluw
Dosen Poltekkes Maluku

Abstrak

Rumah Sakit Khusus (RSK) Provinsi Maluku merupakan salah satu rumah sakit yang khusus menangani klien dengan gangguan jiwa dan sebagai pusat rujukan klien jiwa di Provinsi Maluku, walaupun sekarang telah dikembangkan unit rawat inap klien umum. RSK Provinsi Maluku memiliki kapasitas tempat tidur dengan BOR 90% tahun 2012 serta jumlah kunjungan rawat jalan khusus untuk klien jiwa sebanyak 10.478 dengan 6.327 untuk klien lama dan 51 untuk klien baru.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui efektifitas terapi keluarga *Triangles* terhadap kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami perilaku kekerasan

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *quasi experimental pre-post test control group* karena penelitian ini mencari pengaruh suatu perlakuan terhadap efek perlakuan.

Rata-rata nilai pengetahuan keluarga pada kelompok intervensi sesudah intervensi terapi keluarga *triangles* selama 21 hari adalah 29,2%. Sedangkan pada kelompok kontrol sesudah mendapat perlakuan adalah 58,3%. Rata-rata nilai keterampilan keluarga pada kelompok intervensi sesudah intervensi terapi keluarga *triangles* selama 21 hari sebesar 20,8%. Sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata nilai kemampuan keterampilan sesudah mendapat perlakuan sebesar 62,5%.

Kemampuan pengetahuan dan psikomotor keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa menunjukkan peningkatan yang bermakna setelah dilakukan terapi keluarga *triangles*.

Kata kunci: Anggota keluarga, gangguan jiwa, *triangles therapy*

PENDAHULUAN

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan sehat fisik, mental, spiritual maupun sosial dan bukan semata-mata keadaan tanpa penyakit atau kelemahan. Definisi ini menekankan bahwa kesehatan sebagai suatu keadaan sejahtera yang positif, bukan sekedar keadaan tanpa penyakit. Sehat juga bukan saja terbebas dari gangguan fisik tetapi juga terbebas dari gangguan mental atau gangguan jiwa.

Gangguan jiwa merupakan manifestasi dari bentuk penyimpangan perilaku akibat adanya distorsi emosi sehingga ditemukan ketidakwajaran dalam bertindak laku. Hal ini terjadi karena

menurunnya semua fungsi kejiwaan. Menurut Undang-Undang No. 3 Tahun 1966, gangguan jiwa didefinisikan sebagai keadaan adanya gangguan pada fungsi kejiwaan yang meliputi proses berfikir, emosi, kemauan dan perilaku psikomotorik, termasuk bicara. Sedangkan PPDGJ III mengartikan gangguan jiwa sebagai adanya kelompok gejala atau perilaku yang ditemukan secara klinis yang disertai adanya penderitaan distres pada kebanyakan kasus dan berkaitan dengan terganggunya fungsi seseorang. (Nasir dan Muhith, 2011)

Penelitian yang dilakukan oleh *World Health Organization* (WHO) menemukan bahwa dalam masyarakat berkisar satu

sampai tiga permil penduduk akan ditemukan penderita gangguan jiwa (psikotik), ini berarti bahwa apabila suatu daerah dengan jumlah penduduk lebih kurang 30 juta, maka akan ada sebanyak 30.000-90.000 penderita psikotik. Bila 10% dari penderita perlu pelayanan perawatan psikiatrik, maka akan ada 3.000-9.000 yang harus dirawat (Suara Merdeka, 2005).

Adanya gangguan jiwa pada seorang klien dapat menimbulkan berbagai kondisi antara lain gangguan aktivitas hidup sehari-hari, gangguan hubungan interpersonal dan gangguan peran/sosial. Berbagai keadaan yang timbul akibat gangguan jiwa akhirnya dapat merugikan kepentingan keluarga, kelompok dan masyarakat; sehingga peran serta aktif dari seluruh unsur masyarakat sangat diperlukan dalam mengatasi gangguan jiwa, terutama keluarga klien.

Keluarga adalah sekelompok orang yang dihubungkan oleh keturunan atau perkawinan. Sementara itu, menurut PP No. 21 tahun 1994, keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri atas suami-istri, atau suami, istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya. Sementara itu, menurut WHO keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah, adopsi atau perkawinan.

Menurut Friedman (1998) keluarga dalam memenuhi kebutuhan kehidupannya memiliki fungsi-fungsi dasar keluarga. Fungsi dasar tersebut terbagi menjadi lima fungsi yang salah satunya adalah fungsi afektif, yaitu fungsi keluarga untuk pembentukan dan pemeliharaan kepribadian anak-anak, pemantapan.

Dalam mengatasi permasalahan yang terjadi saat merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, kemampuan keluarga ditentukan oleh beberapa faktor salah satunya adalah koping. Koping keluarga merupakan respon perilaku yang digunakan keluarga untuk memecahkan suatu masalah atau mengurangi stres yang diakibatkan oleh suatu peristiwa tertentu

(Friedman, 1998). Menurut Green, 1998, perilaku itu sendiri dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu faktor predisposisi (*predisposing factors*), faktor pendukung (*enabling factors*) dan faktor pendorong (*reinforcing factors*). Sedangkan menurut Bloom (1980, dalam Notoatmodjo, 2003) bahwa domain perilaku manusia dibagi dalam tiga ranah yaitu kognitif (*cognitive domain*), afektif (*affective domain*) dan psikomotor (*psychomotor domain*).

Respon keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dapat berupa koping adaptif atau koping maladaptive. Strategi koping keluarga merupakan cara langsung untuk mengatasi ketegangan dalam hidup, dengan tujuan untuk mengubah dan mengeliminasi stresor (Friedman, 1998). Respon adaptif keluarga digunakan untuk mengatasi stres, sedangkan respon maladaptive sebaliknya adalah dapat menambah stres.

Umumnya keluarga yang sedang mengalami stres cenderung bertindak dalam suatu arah yang dapat mengurangi stres. Respon yang sering dilakukan oleh keluarga yang disfungsi dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa cenderung menggunakan strategi defensive (White, 1974 dalam Friedman, 1998)

Rumah Sakit Khusus (RSK) Provinsi Maluku merupakan salah satu rumah sakit yang khusus menangani klien dengan gangguan jiwa dan sebagai pusat rujukan klien jiwa di Provinsi Maluku, walaupun sekarang telah dikembangkan unit rawat inap klien umum. RSK Provinsi Maluku memiliki kapasitas tempat tidur dengan BOR 90% tahun 2012 serta jumlah kunjungan rawat jalan khusus untuk klien jiwa sebanyak 10.478 dengan 6.327 untuk klien lama dan 51 untuk klien baru (RSK Provinsi Maluku, 2012). Kondisi diperkirakan akan meningkat dari tahun ke tahun sebagai dampak perkembangan teknologi dan perubahan sosial ekonomi

dan berbagai bencana yang melanda bangsa Indonesia.

Berdasarkan wawancara yang dilakukan oleh penulis terhadap enam keluarga yang sedang mengantar anggota keluarganya berobat di Poliklinik Rawat Jalan Khusus Jiwa RSK Provinsi Maluku, pada saat studi pendahuluan tentang perawatan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dirumah, tiga anggota keluarga mengatakan bahwa mereka kesulitan saat klien mau membersihkan diri/malas mandi dan kurang mendapat informasi tentang perawatan hal tersebut oleh petugas rumah sakit. Keluarga mengatakan klien menunjukkan gejala aneh, walaupun baru pulang dirawat, mereka akan kembali membawa ke Rumah Sakit. Dua keluarga lain mengatakan bahwa mereka merasa ada masalah jika anaknya tidak mau membantu kegiatan di rumah. Apabila terlihat perilaku yang aneh dari klien, maka akan meminta bantuan orang pintar/dukun untuk merawat

GANGGUAN JIWA

Gangguan jiwa merupakan sindroma atau pola perilaku, atau psikologik seseorang yang secara klinik cukup bermakna, dan secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment/disability*) didalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia (APA, 2000).

Model Stres Adaptasi Stuart & Laraia (2005) menggambarkan dua dimensi yang dapat menjelaskan proses terjadinya gangguan jiwa yang meliputi faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

Faktor predisposisi meliputi faktor biologis yang terkait dengan adanya neuropatologi dan ketidakseimbangan dari neurotransmiternya.

KEMAMPUAN KELUARGA MERAWAT ANGGOTA KELUARGA

Respon keluarga yang positif dalam merawat anggota keluarga yang mengalami

gangguan jiwa, ditentukan oleh koping yang digunakan, sehingga kualitas asuhan yang diberikan menjadi lebih baik.

Koping Keluarga

Koping sebagai respon terhadap ketegangan eksternal yang berfungsi mencegah, menghindari, atau mengendalikan tekanan emosional. Menurut Fleishman (1984 dalam Yani, 1997), koping adalah perilaku yang terlihat dan tersembunyi yang dilakukan untuk mengurangi atau menghilangkan ketegangan psikologik dan kondisi yang penuh stress. Lazarus & Folkman (1984) mendefenisikan perilaku koping sebagai : (1) Perilaku tindakan yang langsung melawan ancaman atau lari dari ancaman dan didesain untuk mengubah hubungan stress dengan lingkungan fisik atau sosial; (2) Bentuk *intrapsychic* koping merupakan mekanisme pertahanan (misalnya penolakan) yang lebih didesain untuk mengurangi munculnya emosi dibandingkan untuk mengubah situasi. Tindakan dan pikiran dapat membuat seseorang lebih baik jika mereka tidak dapat mengubah sumber stress.

Proses Terjadinya Koping

Cara individu menanggulangi stress bergantung pada sumber yang tersedia dan pembatas-pembatas yang menghambat penggunaan sumber koping dalam konteks peristiwa tertentu (Lazarus & Folkman 1984). Sumber-sumber koping terdiri dari, keseimbangan energi, kepribadian, konsep diri, dukungan sosial dan materi.

Keseimbangan energi terkait dengan prinsip bahwa orang yang sakit dan lemah kurang mampu melakukan penanggulangan. Individu yang sehat lebih mudah melakukan penanggulangan dibandingkan individu yang sakit.

Kepribadian merupakan sejumlah perilaku yang dapat diamati dan yang mempunyai ciri-ciri biologi, sosiologi dan moral yang khas baginya yang dapat

membedakannya dari kepribadian yang lain. Kepribadian dapat digolongkan menjadi dua, yaitu introvert dan ekstrovert (Maramis 1998).

Orang yang introvert yaitu orang yang suka memikirkan tentang diri sendiri, banyak fantasi, lekas merasa kritik, menahan ekspresi emosi, lekas tersinggung dalam diskusi, suka membesarkan kesalahannya, analisa dan kritik diri sendiri menjadi buah pikirannya. Orang yang ekstrovert biasanya bias melihat kenyataan dan keharusan, tidak lekas merasa kritik, ekspresi emosinya spontan, dirinya tidak dituruti dalam alamnya, tidak begitu merasakan kegagalan, tidak banyak mengadakan analisis dan kritik diri sendiri.

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan, dan yang diketahui individu dalam berhubungan dengan orang lain (Stuart & Laraia 2005). Konsep diri dipelajari melalui kontak sosial dan pengalaman berhubungan dengan orang lain. Pandangan individu dengan dirinya dipengaruhi oleh bagaimana individu mengartikan pandangan orang lain tentang dirinya.

Dukungan sosial terkait dengan adanya keterlibatan orang lain dalam membantu menyelesaikan masalah. Disini individu melakukan tindakan kooperatif dan mencari dukungan dari orang lain. Kondisi ini memungkinkan adanya kontrol sosial dari luar untuk menjadi lebih baik. Materi, uang, harta benda dan pelayanan yang dapat diperoleh dengan uang. Sumber material mempermudah dalam penyelesaian masalah dan merupakan jalan efektif menuju bantuan hukum, medis dan finansial.

Respon terhadap ketegangan eksternal dan internal dari setiap individu yang berbeda dalam keluarga dapat mempengaruhi kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa.

Jenis Koping

Strategi koping dapat dibedakan menjadi dua, yaitu koping yang berpusat pada masalah (*Problem Focuse Form Coping Mecanism*) dan koping yang berpusat pada emosi (*Emotion Focuse Form of Coping Mecanism*), (Stuart & Laraia, 2005).

Mekanisme koping yang berpusat pada masalah diarahkan untuk mengurangi tuntutan situasi yang menimbulkan stress atau mengembangkan sumberdaya untuk mengatasinya. Tujuan mekanisme adalah menghadapi tuntutan secara realistis, objektif dan rasional. Hal-hal yang berhubungan dengan mekanisme ini antara lain: koping konfrontasi, isolasi, kompromi (Stuart & Laraia, 2005). Koping berpusat pada emosi (*Emotion Focused Form Coping Mecanism*) mengarah pada usaha reduksi, pembatasan/menghilangkan atau meningkatkan toleransi stress emosional yang muncul karena adanya transaksi dengan lingkungan yang menyulitkan. Fungsi koping ini adalah memperhalus, memperlemah atau membatasi suatu kenyamanan.

Jenis-jenis mekanisme koping yang berpusat pada emosi antara lain : denialisasi, rasionalisasi, kompensasi, represi, regresi, sublimasi, indentifikasi, proyeksi, konversi, *displacemet* dan reaksi formasi (Stuart & Laraia, 2005).

Dalam menghadapi stress, individu biasanya melakukan dengan mengenali dan menyadari sumber-sumber stress. Hal ini bertujuan agar sikap-sikap negatif seperti memberontak terhadap keadaan, apatis, mudah marah dapat dihindari karena sikap tersebut justru membuka masalah baru (Handayani 2000). Perilaku koping didefinisikan sebagai: tindakan langka yang merupakan serangan ancaman yang lari dari ancaman yang didesain untuk mengubah hubungan stress dengan lingkungan fisik atau sosial. Berdasarkan mekanisme koping merupakan mekanisme pertahanan yang lebih didesain untuk mengurangi munculnya stress dibandingkan untuk mengubah situasi.

(Lazarus 1997 dalam Sussman & Steinmetz, 1998)

Strategi Koping Keluarga

Koping keluarga merupakan sesuatu yang unik dan berbeda pada setiap keluarga, karena setiap keluarga mempunyai kemampuan koping yang berlainan seta dipengaruhi oleh penilaian keluarga terhadap stressor dan sumber-sumber poking yang tersedia (Stuart & Laraia, 2005).

Strategi koping keluarga berfungsi sebagai proses dan mekanisme vital dimana melalui proses dan mekanisme tersebut fungsi keluarga menjadi nyata. Koping pada tingkat keluarga jauh lebih rumit karena merupakan kombinasi respon-respon individu dalam menurunkan ketegangan atau menyelesaikan masalah. Menurut Pearlin dan Schooler (1978 dalam Friedman, 1998) koping keluarga dapat dilihat sebagai representasi dari koping yang digunakan anggota keluarga dewasa. Karena koping keluarga merupakan hasil dari rangkaian hubungan (pola komunikasi) keluarga, diasumsikan bahwa respon keluarga terhadap stressor diatur dan diputuskan oleh anggota keluarga dewasa atau orang tua. Tanpa koping yang efektif fungsi efektif, sosialisasi, ekonomi, dan perawatan kesehatan tidak dapat dicapai serta adekuat. Strategi koping adaptif keluarga menurut Friedman (1998) dibedakan menjadi dua yaitu strategi koping keluarga internal dan strategi koping keluarga eksternal.

Strategi Koping Keluarga Internal

Strategi koping keluarga internal adalah keluarga menggunakan sumber-sumber koping internal keluarga yang menyatu sehingga kohesif dan terintegrasi terdiri dari: mengandalkan kelompok keluarga, penggunaan humor, memelihara ikatan keluarga, mengontrol arti/makna masalah, pemecahan masalah secara bersama, dan fleksibilitas peran.

Mengandalkan kelompok keluarga. Burgess (1979 dalam Friedman 1998) mengatakan bahwa strategi yang khas pada tipe ini adalah disiplin pada setiap anggota keluarga, Karena hal ini akan sangat penting pada situasi yang penuh stress, seperti misalnya memiliki anggota keluarga yang menderita skizoprenia. Keluarga akan berusaha memanfaatkan kemampuannya dalam mengatasi masalah beban financial dalam proses perawatan salah satu anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa sebelum mencari bantuan dari pihak luar keluarga.

Penggunaan humor menurut Hott (1997 dalam Friedman, 1998) menunjukan bahwa perasaan humor merupakan asset keluarga yang penting dimana dapat memberikan sumbangan dan perbaikan pada sika-sikap keluarga terhadap masalah perawatan kesehatan anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa. Humor juga diakui sebagai suatu cara individu dan kelompok menggunakan atau menghilangkan stress dan ketegangan.

Memelihara ikatan keluarga. Cara untuk membawa keluarga lebih satu sama lain dan memelihara seta mengatasi stress dalam aktifitas keluarga. Kebiasaan menggunakan pengungkapan bersama menghasilkan ikatan yang kuat, yaitu atribut keluarga yang mendapatkan perhatian sentral dari keluarga.

Mengontrol arti/makna masalah. Pengontrolan adalah salah satu koping yang efektif bagi keluarga dan bersifat perceptual dari keluarga, dimana anggota keluarga memiliki persepsi dan realita subjektif yang sama dalam berpegang pada keyakinan yang optimis dalam penyembuhan. Misalnya keluarga memiliki keyakinan yang sama bahwa anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa dapat hidup secara normal(sembuh), atau dengan kata lain keluarga yakin dapat mengatasi permasalahan yang timbul dari salah satu anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa (Friendman, 1998).

Pemecahan Masalah secara bersama. Pemecahan masalah secara bersama-sama dikalangan anggota keluarga merupakan suatu strategi yang digambarkan sebagai suatu situasi dimana keluarga dapat mendiskusikan masalah yang ada secara bersama-sama. Termaksud juga mengupayakan solusi atau jalan keluar atas dasar logika, mencapai suatu konsesus tentang apa yang perlu dilakukan atas dasar petunjuk-petunjuk yang diupayakan bersama. Masalah dalam keluarga yang mempunyai anggota keluarga menderita gangguan jiwa sangat perlu didiskusikan oleh seluruh anggota keluarga lainnya dalam mengusahakan jalan keluar atau solusi untuk mengatasinya (Fingley, 1998; Friedman, 1998).

Fleksibilitas peran. Fleksibilitas peran merupakan strategi koping yang kokoh. Kapasitas ini sebagai salah satu adari dimensi utama adaptasi keluarga. Menurut Vincent (1996 dalam Friedman, 1998), mengubah peran-peran secara eksternal sangat adaptif terhadap tuntutan institusi sosial lainnya dan secara internal sangat adaptif terhadap kebutuhan anggotanya. Perawatan salah satu anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa dapat dilakukan oleh seluruh anggota keluarga yang menganggap telah mampu melakukannya. Terpenting adalah pengambilan alih peran yang ditinggalkan anggota keluarga yang sakit agar keseimbangan keluarga tetap terjaga.

Normalisasi adalah kecenderungan peran keluarga menormalkan segala sesuatu sebanyak mungkin ketika mereka melakukan koping terhadap sebuah stressor jangka panjang yang cenderung merusak kehidupan dan kelangsungan keluarga (Friedman, 1998). Hal ini dikonseptualkan dengan bagaimana keluarga mengelola ketidakmampuan seorang anggota keluarga yang tidak mampu melakukan aktivitas dikarenakan suatu kecacatan atau sakit. Bisa juga dengan cara keluarga menganggap bahwa adanya anggota

keluarga yang menderita gangguan jiwa adalah hal yang biasa saja, bukan merupakan masalah meskipun sebenarnya keberadaannya adalah sebuah masalah (Friedman, 1998).

Strategi Koping Keluarga Eksternal

Strategi koping keluarga eksternal meliputi: mencari informasi, memelihara hubungan aktif dengan komunitas, mencari sistem pendukung sosial, dan mencari dukungan spiritual.

Mencari informasi. Keluarga yang mengalami stress berespon secara kognitif mencari pengetahuan dan informasi yang berhubungan dengan stressor actual maupun potensial (Friedman, 1998). Hal ini berfungsi untuk menambah rasa memiliki kontrol terhadap situasi dan mengurangi perasaan takut terhadap orang yang tidak dikenal dan membantu keluarga menilai stressor secara lebih akurat. Keluarga dapat mengambil manfaat buku, Koran, majalah atau sumber-sumber informasi lainnya yang berkenan dengan pemahaman keluarga terhadap keadaan yang sedang terjadi didalam keluarga.

Memelihara hubungan aktif dengan komunitas. Kategori memelihara hubungan aktif dengan komunitas berbeda dengan menggunakan sistem sosial. Kategori strategi koping ini merupakan strategi koping keluarga yang berkesinambungan, jangka panjang, bersifat umum, dan bukan kategori, yang dapat meningkatkan stressor spesifik tertentu (Friedman, 1998). Dalam hal ini keluarga merupakan partisipan-partisipan dalam klub, organisasi, atau kelompok komunitas keluarga akan menjalin hubungan dengan lingkungan tempat keluarga tinggal, mengikuti kegiatan yang ada dan dengan adanya anggota keluarga yang menderita skizoprenia tidak menghalangi keluarga untuk tetap aktif dalam komunitasnya. Alasan pentingnya hubungan ini sebagai strategi koping terletak pada teori sistem. Keluarga merupakan bagian dari sistem dimana

keluarga tidak dapat memenuhi kebutuhannya tanpa adanya interaksi dengan sistemnya (Clark, 1992).

Mencari sistem pendukung sosial. Keluarga yang mencari sistem pendukung sosial bukan berarti keluarga dianggap tidak mampu mengatasi permasalahannya. Mencari sistem pendukung sosial menurut Capla (1974 dalam Friedman 1998), adalah dengan mengidentifikasi sumber-sumber sistem pendukung sosial yang terdiri dari jaringan kerja spontan dan informal, dukungan-dukungan terorganisir yang tidak ditangani oleh petugas profesional dalam bidang perawatan kesehatan. Dari sumber dukungan sosial tersebut, jaringan kerja sosial informasi dipandang sebagai kelompok yang dapat memberikan jumlah bantuan terbanyak pada saat diperlukan (Friedman, 1998).

Mencari dukungan spiritual. Sesungguhnya kepercayaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa dan berdoa didefinisikan oleh keluarga sebagai cara paling penting bagi keluarga mengatasi stressor yang berkaitan dengan kesehatan. Dukungan-dukungan spiritual membantu keluarga menoleransi ketegangan-ketegangan yang kronis dan lama serta membantu memelihara kebutuhan keluarga (Friedman, 1998). Hal ini dapat dilakukan dengan melaksanakan kegiatan keagamaan secara bersama-sama (berjamaah), bisa juga dengan berdiskusi mengenai keagamaan dengan orang lain yang dianggap memiliki kemampuan dan pengetahuan lebih dalam bidang keagamaan.

Penjelasan di atas mengatakan bahwa koping keluarga akan memotivasi keluarga untuk meningkatkan kemampuannya dalam menyelesaikan masalah. Peningkatan kemampuan keluarga ini untuk membentuk perilaku baru dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dapat melau ke tiga domain, kognitif, afektif dan psikomotor (Bloom, 1908 dalam Notoatmodjo, 2003).

METODE PENELITIAN

Desain yang digunakan adalah *quasi experimental pre-post test control group* karena penelitian ini mencari pengaruh suatu perlakuan terhadap efek perlakuan (Sugiyono, 2005). Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui kemampuan keluarga sebelum diberikan perlakuan berupa terapi keluarga *triangles* dan membandingkannya dengan kemampuan keluarga sesudah perlakuan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Keluarga

Pada bagian ini diuraikan distribusi karakteristik keluarga dari jenis kelamin, usia, pendidikan dan lama merawat dengan menggunakan analisa univariat (tabel 1).

Hasil analisa tabel 1 terhadap 48 keluarga menunjukkan bahwa: 1) jenis kelamin keluarga untuk kelompok intervensi paling banyak berjenis kelamin perempuan (66,7%), sedangkan untuk kelompok kontrol jenis kelamin laki-laki yang terbanyak (87,5%); 2) Proporsi terbesar tingkat usia keluarga untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebanding yaitu masing-masing 58,3%; 3) Status pendidikan untuk kelompok intervensi memiliki proporsi yang terbesar adalah bersekolah (83,3%), demikian juga dengan kelompok kontrol (91,7%); dan 4) lama merawat keluarga pada kelompok intervensi menunjukkan proporsi yang sama besar, sedangkan pada kelompok kontrol, lama merawat lebih dari tiga tahun (54,2%)

Uji Normalitas dan Kesetaraan Kemampuan Pengetahuan dan Psikomotor Keluarga Sebelum Mengikuti Terapi Keluarga *Triangles* Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol

Uji normalitas bertujuan untuk mengetahui distribusi data dalam variabel yang akan digunakan dalam penelitian, dan menentukan uji untuk pengolahan statistik selanjutnya (tabel 2). Setelah uji normalitas,

data akan diuraikan analisis kesetaraan dengan menggunakan *levene test* pada pre test kemampuan pengetahuan dan psikomotor kelompok intervensi dan kontrol yang bertujuan untuk mengetahui varian data kemampuan keluarga antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol (tabel 3).

Analisis univariat dilakukan pada kemampuan pengetahuan dan psikomotor keluarga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah dilakukan terapi keluarga *triangles* dengan menggunakan analisis eksplorasi (tabel 4). Tahapan

selanjutnya melakukan analisis perbedaan kemampuan pengetahuan dan psikomotor pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol sebelum dan sesudah dilakukan terapi keluarga *triangles* dengan menggunakan uji statistik *paired t-test* yang diuraikan dalam tabel 5. Analisis akhir dilakukan untuk melihat perbedaan kemampuan pengetahuan dan psikomotor keluarga antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah dengan menggunakan uji statistik *independent sample t test* yang diuraikan dalam tabel 5.

Tabel 1.
Distribusi Karakteristik Keluarga Berdasarkan Jenis Kelamin, Usia, Pendidikan, Lama Merawat Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Rumah Sakit Khusus Provinsi Maluku tahun 2013

Karakteristik	Kelompok Intervensi (n=24)		Kelompok Kontrol (n=24)		Jumlah (n=48)	
	n	%	n	%	n	%
Jenis Kelamin						
- Laki-laki	8	33,3	21	87,5	29	60,4
- Perempuan	16	66,7	3	12,5	12,5	39,6
Usia						
- ≤ 51 tahun	14	58,3	14	58,3	28	58,3
- > 51 tahun	10	41,7	10	41,7	20	41,7
Pendidikan						
- Tidak sekolah	4	16,7	2	8,3	6	12,5
- Sekolah	20	83,3	22	91,7	24	87,7
Lama Merawat						
- > 3	12	50	13	54,2	25	52,1
- < 3	12	50	11	45,8	23	47,9

Sumber : Data primer, 2013

Tabel 2
Analisis Kemampuan Pengetahuan dan Psikomotor Keluarga Sebelum Mengikuti Terapi Keluarga *Triangles* Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Rumah Sakit Khusus Provinsi Maluku Tahun 2013

Kemampuan	Kelompok	Mean	SD	Min-Max	95%CI	p value
Pengetahuan	Intervensi	66,17	7,90	57 - 84	-2,93-4,43	0,438
	Kontrol	64,50	6,82	55 - 76	-2,93-4,43	
Psikomotor	Intervensi	34,75	5,78	26 - 48	-5,95-2,62	0,684
	Kontrol	35,50	6,85	26 - 47	-5,95-2,62	

Sumber : Data primer, 2013

Rata-rata kemampuan pengetahuan keluarga kelompok intervensi sebelum dilakukan terapi keluarga *triangles* adalah 66,15 (95% CI: -2,93 – 4,43) yang diyakini bahwa rata-rata pengetahuan keluarga berada pada rentang antara 57 sampai 84 dengan standar deviasi 7,90. Sedangkan rata-rata kemampuan pengetahuan keluarga pada kelompok kontrol sebelum dilakukan terapi keluarga *triangles* adalah 21,25 (95% CI: -2,93 – 4,43) yang diyakini bahwa rata-rata kemampuan pengetahuan keluarga berada pada rentang 55 sampai 76, dengan standar deviasi 6,82. Hasil ini menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan pengetahuan sebelum dilakukan terapi keluarga *triangles* pada kelompok intervensi lebih tinggi dari kelompok kontrol. Nilai p value *kolmogorof smirnov* yang lebih besar dari alpha menunjukkan bahwa distribusi data normal.

Tabel 3 juga menggambarkan bahwa rata-rata kemampuan psikomotor keluarga kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi penelitian adalah 34,75 (95% CI :

-5,95-2,62) yang diyakini bahwa rata-rata kemampuan psikomotor keluarga berada pada rentang antara 26 sampai 48, dengan standart deviasi 6,85. Sedangkan rata-rata kemampuan psikomotor keluarga pada kelompok kontrol sebelum dilakukan intervensi penelitian adalah 35,50 (95% CI : -5,95-2,62) yang diyakini bahwa rata-rata kemampuan psikomotor keluarga pada rentang 26 sampai 47, dengan standart deviasi 6,85. Hasil ini menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan psikomotor sebelum terapi keluarga *triangles* pada kelompok intervensi lebih rendah dari kelompok kontrol. Berdasarkan tabel 4 pada uji *levene* kemampuan pengetahuan dan psikomotor keluarga sebelum dilakukan intervensi didapatkan nilai p lebih besar daripada nilai alpha (0,05), berarti varian kedua kelompok adalah sama. Dari nilai t juga diketahui bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan rata-rata kemampuan pengetahuan dan psikomotor antara kelompok intervensi dan kelompok .

Tabel 3

Analisis Kesetaraan Kemampuan Pengetahuan Dan Psikomotor Keluarga Sebelum Mendapat Terapi Keluarga Triangles Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol di di Rumah Sakit Khusus Provinsi Maluku Tahun 2013

Kemampuan	Jenis Kelompok	Mean	SD	Min-Max	95%CI	t	P Value
Pengetahuan	Intervensi	66,16	7,90	57-84	-2,93-4,43	0,78	0,438
	Kontrol	64,50	6,82	55-76	-2,93-4,43		
Psikomotor	Intervensi	34,75	5,78	26-48	-5,95-2,62	0,41	0,684
	Kontrol	21,25	6,85	26-47	-5,95-2,62		

Sumber : Data primer, 2013

Tabel 4

Analisis kemampuan Pengetahuan dan Psikomotor Keluarga Sesudah Mendapat Terapi Keluarga triangles Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Rumah Sakit Khusus Provinsi Maluku Tahun 2013

Kemampuan	Jenis Kelompok	Mean	Median	SD	Min-Max	95 % CI
Pengetahuan	Intervensi	73,71	73	10,23	60-89	-14,06-3,92
	Kontrol	64,71	64	6,87	25-48	-14,06-3,9
Psikomotor	Intervensi	42,21	42	5,91	35-51	-10,91-3,67
	Kontrol	34,92	34	6,52	25-48	-10,91-3,67

Sumber : Data primer, 2013

Rata-rata kemampuan pengetahuan keluarga pada kelompok intervensi sesudah dilakukan intervensi penelitian adalah 73,71 (95% CI : -14,06-3,92) yang diyakini bahwa rata-rata kemampuan pengetahuan keluarga berada pada rentang antara 60 sampai 89, dengan standar deviasi 10,23. Sedangkan rata-rata kemampuan pengetahuan keluarga pada kelompok sesudah dilakukan intervensi penelitian adalah 64,71 (95 % CI : -14,06-3,94) yang diyakini bahwa rata-rata kemampuan pengetahuan keluarga berada pada rentang 25 sampai 48, dengan standar deviasi 6,87. Hasil ini menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan pengetahuan setelah intervensi pada kelompok intervensi lebih tinggi dari kelompok kontrol.

Tabel 5 juga menggambarkan bahwa rata-rata kemampuan psikomotor keluarga kelompok intervensi sesudah dilakukan intervensi penelitian adalah 42,21 (95% CI : -10,91-3,67) yang diyakini bahwa rata-rata kemampuan psikomotor keluarga berada pada rentang antara 35 sampai 51, dengan standar deviasi 5,91. Sedangkan rata-rata kemampuan psikomotor keluarga pada

kelompok kontrol setelah dilakukan intervensi penelitian adalah 34,92 (95% CI : -10,91-3,67) yang diyakini bahwa rata-rata kemampuan psikomotor keluarga pada rentang keluarga 25 sampai 48, dengan standar deviasi 6,52. Hasil ini menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan psikomotor setelah intervensi pada kelompok intervensi lebih tinggi dari pada kelompok kontrol.

Analisis Bivariat

Rata-rata kemampuan pengetahuan pada kelompok intervensi sebelum intervensi adalah 66,71 dengan standar deviasi 7,90. Pengukuran sesudah intervensi didapat rata-rata kemampuan pengetahuan adalah 73,71 dengan standar deviasi 10,23. Terlihat rata-rata perbedaan antara kemampuan pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi adalah 7,45 dengan standar deviasi 2,33. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,000$, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara nilai pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi.

Tabel 5
Analisis Perbedaan Kemampuan Pengetahuan dan Psikomotor Keluarga Sebelum-Sesudah Intervensi Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Rumah Sakit Khusus Provinsi Maluku Tahun 2013

Kemampuan	Kelompok	N	Mean	SD	t	p value			
Pengetahuan	Intervensi	a. Sebelum	24	66,17	7,90	5,407	0,000		
		b. Sesudah	24	73,71					
Psikomotor		a. Sebelum	24	34,75	5,78			21,533	0,000
		b. Sesudah	24	42,21					
Pengetahuan	Kontrol	a. Sebelum	24	64,50	6,82	0,134	0,735		
		b. Sesudah	24	64,71					
Psikomotor		a. Sebelum	24	35,50	6,85			0,343	0,895
		b. Sesudah	24	34,92					

Sumber : Data primer, 2013

Rata-rata kemampuan psikomotor pada kelompok intervensi sebelum intervensi adalah 34,75 dengan standar deviasi 5,78. Pengukuran sesudah intervensi didapat rata-rata kemampuan psikomotor adalah 42,21 dengan standar deviasi 5,91. Terlihat rata-rata perbedaan antara kemampuan psikomotor sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi adalah 7,46 dengan standar deviasi 0,13. Hasil uji statistik didapat nilai $p= 0,000$, maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara kemampuan psikomotor sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi.

Rata-rata kemampuan pengetahuan pada kelompok sebelum intervensi adalah 64,50 dengan standar deviasi 6,82. Pengukuran sesudah intervensi di dapat rata-rata kemampuan pengetahuan adalah 64,71 dengan standar deviasi 6,87. Terlihat peningkatan rata-rata perbedaan antara kemampuan pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok yaitu 0,21 dengan standar deviasi -0,05. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,753$, maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara kemampuan pengetahuan sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol.

Rata-rata kemampuan psikomotor pada kelompok sebelum intervensi adalah 35,50 dengan standar deviasi 6,85. Pengukuran sesudah intervensi didapat rata-rata kemampuan psikomotor adalah 34,92 dengan standar deviasi 6,52. Terlihat rata-rata perbedaan antara kemampuan psikomotor sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok adalah 0,56 dengan standar deviasi -0,33. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p= 0,895$, maka dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan antara kemampuan psikomotor sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi.

Rata-rata kemampuan pengetahuan sebelum intervensi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol berbeda sebesar 1,67. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,438$, berarti tidak ada perbedaan yang signifikan kemampuan pengetahuan keluarga sebelum intervensi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Rata-rata kemampuan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol berbeda sebesar 9. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p= 0,001$ berarti ada perbedaan yang signifikan kemampuan pengetahuan keluarga setelah intervensi antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Tabel 6
Analisis Perbedaan Kemampuan Pengetahuan dan Psikomotor Keluarga
Berdasarkan Perbedaan Nilai Pengetahuan dan Psikomotor Sebelum dan Sesudah
Intervensi Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol
di Rumah Sakit Khusus Provinsi Maluku Tahun 2013

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	t	p Value
Pengetahuan Sebelum intervensi	Intervensi	24	66,17	7,90	-0,782	0,438
	Kontrol	24	64,50	6,82		
Pengetahuan Sesudah intervensi	Intervensi	24	73,71	10,23	-3,577	0,001
	Kontrol	24	64,71	6,78		
Psikomotor Sebelum intervensi	Intervensi	24	34,75	5,78	0,10	0,684
	Kontrol	24	35,50	6,85		
Psikomotor Sesudah intervensi	Intervensi	24	42,41	5,91	-4,056	0,000
	Kontrol	24	34,92	6,52		

Sumber : Data primer, 2013

Rata-rata kemampuan psikomotor sebelum intervensi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol berbeda sebesar -0,75. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,684$, berarti tidak ada perbedaan yang signifikan kemampuan psikomotor keluarga sebelum intervensi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Rata-rata kemampuan psikomotor sesudah intervensi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol berbeda sebesar 7,29. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,000$ berarti ada perbedaan yang bermakna pada kemampuan psikomotor keluarga setelah intervensi antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Hubungan Karakteristik Keluarga dengan Kemampuan Pengetahuan dan Psikomotor setelah Dilakukan Terapi

Keluarga Triangle pada kelompok intervensi dan kelompok

Hasil analisis terhadap hubungan karakteristik keluarga dengan kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa setelah dilakukan terapi triangle dapat dilihat pada tabel 7 dimana dapat dilihat pada sebagian besar keluarga berumur <51 tahun. Dari 14 keluarga laki-laki ada sebanyak 3,57% yang berkemampuan baik, sisanya dengan kemampuan cukup dan kurang. Pada keluarga yang berumur >51 tahun dari 10 orang ada sebanyak 20% yang memiliki kemampuan yang baik sisanya dengan kemampuan cukup dan kurang. Hasil analisis bivariat tidak ada hubungan antara umur dengan kemampuan keluarga untuk merawat klien.

Tabel 7.
Analisis Hubungan Karakteristik Keluarga dengan Kemampuan Pengetahuan dan Psikomotor setelah dilakukan terapi keluarga *Triangles* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Karakteristik keluarga	Pengetahuan			p-value	OR	Psikomotor			p-value	OR
	Kurang	Cukup	Baik			Kurang	Cukup	Baik		
Jenis Kelamin										
- Laki-laki	6 37,5%	5 31,5%	5 25%	0,663	-	7 43,8%	6 37,5%	3 18,8%	0,928	-
- Perempuan	2 25%	4 50%	2 25%			3 37,5%	3 37,5%	2 25%		
Usia										
- ≤ 51	5 35,7%	4 28,6%	5 35,7%	0,531	-	5 35,7%	4 28,6%	5 35,7%	0,760	-
- > 51	3 30%	5 50%	2 20%			3 30%	5 50%	2 20%		
Pendidikan										
- Tidak Sekolah	2 50%	1 25%	1 25%	0,730	-	1 25%	2 50%	1 25%	0,756	-
- Sekolah	6 30%	8 40%	6 30%			9 45%	7 35%	4 20%		
Lama merawat										
- > 3 tahun	5 41,7%	5 41,5%	2 16,7%	0,663	-	4 33,3%	6 50%	2 16,7%	0,316	-
- ≤ 3 tahun	5 41,7%	4 33,3%	3 25%			4 33,3%	3 25%	5 41,7%		

Sumber : Data primer, 2013

Sebagian besar keluarga berjenis kelamin laki-laki dan memiliki kemampuan untuk merawat klien dengan proporsi yang sama. Dari 16 keluarga yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 25% sisanya dengan kemampuan cukup dan kurang. Begitu juga dengan keluarga yang berjenis kelamin perempuan dari delapan orang ada sebanyak 25% yang memiliki kemampuan yang baik. Hasil analisis Brivariat tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kemampuan keluarga untuk merawat klien. Sebagian besar keluarga bersekolah.

Dari 20 keluarga yang bersekolah dan sebanyak 30% yang berkemampuan baik, sisanya dengan kemampuan cukup dan kurang. Pada keluarga yang tidak sekolah dari 4 orang ada sebanyak 25% yang memiliki kemampuan yang baik sisanya dengan kemampuan cukup dan kurang. Hasil analisis Brivariat tidak ada hubungan antara pendidikan dengan kemampuan keluarga merawat klien.

Proporsi lama merawat klien pada masing-masing kelompok adalah sama yaitu 50% yang <3 tahun dan 50% >3 tahun. Dari 12 keluarga yang lama merawat <3 tahun ada sebanyak 16,7% yang berkemampuan baik, sisanya dengan kemampuan cukup dan kurang. Pada keluarga yang lama merawat <3 tahun ada

sebanyak 25% yang memiliki kemampuan yang baik sisanya cukup dan kurang. Hasil analisis Brivariat tidak ada hubungan antara lama merawat dengan kemampuan keluarga untuk merawat klien.

Perubahan Keterampilan Keluarga Merawat Anggota Keluarga

Rata-rata nilai keterampilan keluarga pada kelompok intervensi pre intervensi sebesar 62,5%

KESIMPULAN DAN SARAN

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa: 1) Karakteristik keluarga berdasarkan jenis kelamin, usia, pendidikan dan lama merawat; 2) Terapi keluarga *triangles* efektif meningkatkan kemampuan pengetahuan keluarga yang merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa; 3) Terapi keluarga *triangles* efektif meningkatkan kemampuan psikomotor keluarga yang merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa; dan 4) Kemampuan pengetahuan dan psikomotor keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa kelompok intervensi menunjukkan peningkatan yang bermakna daripada kelompok kontrol setelah dilakukan terapi keluarga *triangles*.

Tabel 8
Analisis Perbedaan Kemampuan Pengetahuan dan Psikomotor Keluarga Pre dan Post Intervensi Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSK Provinsi Maluku

Kemampuan	Kelompok	N	Mean	SD	t	p value	
Pengetahuan	Intervensi	a. Sebelum	24	66,17	7,90	5,407	0,000
		b. Sesudah	24	73,71	10,23		
Psikomotor	Intervensi	a. Sebelum	24	34,75	5,78		0,000
		b. Sesudah	24	42,21	5,91		
Pengetahuan	Kontrol	a. Sebelum	24	64,50	6,82	0,134	0,735
		b. Sesudah	24	64,71	6,87		
Psikomotor	Kontrol	a. Sebelum	24	35,50	5,78	0,342	0,895
		b. Sesudah	24	34,92	5,91		

Sumber : Data primer, 2013

Terkait kesimpulan diatas maka dapat disarankan kepada Rumah Sakit untuk perlu menerapkan terapi *triangles* untuk mengembangkan peran serta keluarga dalam merawat klien dengan gangguan jiwa dan keluarga mendapatkan kemampuan pengetahuan dan psikomotor dalam merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, selanjutnya untuk penelitian lain dapat meneliti faktor *confounding* lain yang dapat mempengaruhi keberhasilan terapi *triangles*.

DAFTAR PUSTAKA

- Anne E. Kazak, Steven Simms and Mary T. Rourke, 2002, journal of pediatric psychology:vol 27, no 2, the children's hospital of philadelphia
- Ariawan, I. 1998, besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan. Jurusan biostatistik dan kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia: jakarta
- Arikunto, S, 1998, prosedur penelitian: suatu pendekatan praktek, Edisi Revisi. Jakarta: PT Rineka Cipta
- APA, 1998, working with relationship triangles:the one-two-three of psychotherapy, journal pshychiatric service
- Depkes RI. 1992, Undang-undang Republik Indonesia Nomor 23 tahun 1992. Jakarta : depkes RI
- Goldenberg & Goldenberg, 1996, Family therapy an overview, 4th edition, California: Brook/Cole Publishing Company
- Green, L.W., & Kreter, M.W, 1991, Health Promotion Planning: an educational and environmental approach, 2nd ed. Mountain view:Mayfield Publishing Co.
- Handayani, 2000, psikologi perkembangan,bandung, UNPAD
- Hendriani, 2007, terapi keluarga, bandung, poltekkes bandung, tidak diterbitkan
- Hurlock, Elizabeth, 1999, psikologi perkembangan suatu pendekatan sepanjang rentang kehidupan, Surabaya, PT Gelora Aksara Pratama erlangga
- Iman Setiadi, 2006, skizofrenia memahami dinamika keluarga pasien, Bandung PT Refika aditama
- Kaplan, Robert M., and Denis Saccuzzo, Psychological testing (principles, application and issue), 3rd edition Brooks/Cole Publishing company, California 1993
- Keliat, Budi Anna, 1996, Peran serta keluarga dalam perawatan klien gangguan jiwa, Jakarta: EGC
- Nasir A. & Muhith A, 2011. *Dasar-Dasar Keperawatan Jiwa, Pengantar dan Teori*, Salemba Medika, Jakarta.
- Notoatmodjo, S, 2003, promosi kesehatan, teori dan aplikasi, Jakarta, PT RIneka Cipta
- Perez J.F. 1978, family counseling:theory and practice, new York: D.Van Nostrand Company
- Sastroasmoro S, dan Ismail S, 1995, dasar-dasar metodologi penelitian klinis, Jakarta Binarupa aksara
- Shives, L. R. 1998, basic concept psychiatric-mental health nursing 4th edition. Philadelphia Lippincott
- Stuart G.W. And Sundeen, 1995, principles and practice of psychiatric nursing, St Louis: Mosby Year B
- Stuart G.W. And Sundeen, 1995, principles and practice of psychiatric nursing, 7th edition St Louis: Mosby Year B
- Townsand, M.C.2005, essentials of psychiatric mental health nursing, 3rd edition, Philadelphia, F.A. Davis Company

Petunjuk Bagi (Calon) Penulis
JURNAL KESEHATAN TERPADU

1. Jurnal Kesehatan Terpadu merupakan jurnal ilmiah komprehensif yang menyediakan forum untuk bertukar ide dari penyunting tentang teori, metodologi dan isu-isu mendasar yang terkait dengan dunia kesehatan yang meliputi keperawatan, kesehatan lingkungan, gizi, kebidanan, kesehatan masyarakat, pendidikan kesehatan dan lain-lain.
2. Artikel yang dimasukan adalah karangan asli dan belum pernah diterbitkan sebelumnya dan hanya ditujukan kepada Jurnal Kesehatan Terpadu. Artikel ilmiah yang ditunjukkan kepada Jurnal Kesehatan Terpadu ini akan melalui proses tanggapan ilmiah ahli dan atau anggapan kecuali bagian Pendahuluan.
3. Artikel ilmiah yang dimasukan pada redaksi, dapat dikembalikan pada penulis untuk diperbaiki/direvisi dalam gaya dan isinya.
4. Artikel ilmiah disusun dengan persyaratan : Halaman pengetikan 12 – 15 kuarto, 1 spasi, diketik dalam 2 kolom (kecuali halaman judul dan abstrak, 1 kolom, 1 spasi menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11). Menggunakan program MS Word Office, disertai judul pada masing-masing artikel. Judul artikel dicetak dengan huruf besar di tengah-tengah. Peringkat judul bagian bawah dinyatakan dengan jenis huruf yang berbeda (semua judul bagian dan sub bagian dicetak dengan **tebal** atau **tebal dan miring**) dan tidak menggunakan angka/nomor pada bagian judul bagian :

PERINGKAT 1 (HURUF BESAR SEMUA, TEBAL, RATA TEPI KIRI)

Peringkat 2 (Huruf Besar Kecil, Tebal, Rata Tepi Kiri)

Peringkat 3 (Huruf Besar Kecil, Tebal Miring, Rata Tepi Kiri)

5. Artikel hasil penelitian ditulis dalam Bahasa Indonesia dengan format esai, dengan sistematika penulisan yang terdiri dari : Judul, Nama Penulis (Tanpa Gelar), Abstrak (Bahasa Indonesia atau Inggris) maksimum 150 kata, memuat masalah dan tujuan penelitian, prosedur penelitian, (penelitian kualitatif termasuk deskripsi subjek yang diteliti), kesimpulan dan implikasi hasil penelitian. Abstrak ditulis dalam satu paragraf, diketik dengan spasi tunggal dengan menggunakan format yang lebih sempit dari teks utama (margin kiri dan kanan masuk 1,5 cm) dan kata kunci (3-5 kata); pendahuluan, yang berisi latar belakang, tujuan penelitian, metode, hasil dan pembahasan, kesimpulan dan saran serta daftar pustaka.
6. Sistematika artikel hasil pemikiran adalah : judul, nama penulis (tanpa gelar), abstrak maksimum 100 kata dan kata kunci (3-5 kata); pendahuluan (berisi latar belakang dan tujuan ruang lingkup tulisan); bahasan utama (yang dapat dibagi ke dalam beberapa sub bagian); kesimpulan dan saran; daftar rujukan.
7. Sumber rujukan sedapat mungkin merupakan pustaka terbitan 10 tahun terakhir. Rujukan yang diutamakan adalah sumber-sumber primer berupa laporan penelitian (termasuk skripsi, tesis, disertasi) atau artikel-artikel penelitian dalam jurnal majalah ilmiah.
8. Perujukan dan pengutipan menggunakan teknik rujukan berkurung (nama, tahun), contoh (Davis, 2003)
9. Daftar rujukan disusun dengan tata cara seperti contoh :

Buku :

Senderowitz, 1995. *Kesehatan Reproduksi Remaja*, Press Gajah Mada, Yogyakarta.

Jurnal :

Hutchinson, 1999. Evaluasi dan Penelitian Pendidikan Kesehatan. *BMJ* 318 : 1265 – 1269

Wilopo, 1994, Hasil Konferensi Kependudukan di Kairo : Implikasinya pada Program Kesehatan Reproduksi di Indonesia. *Populasi* Volume 3 : 1 – 28

Karya Tulis Ilmiah, Skripsi/Tesis :

Ryanto, P. 1999. Efektifitas Metode Ceramah dan Diskusi Kelompok dalam Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Remaja tentang Kesehatan Reproduksi. *Tesis*. UGM. Tidak dipublikasikan