



HEALTHY

ARTIKEL

PERBEDAAN ASI EKSKLUSIF DAN NON ASI EKSKLUSIF TERHADAP STATUS GIZI PADA BAYI USIA 7-12 BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SINGOTRUNAN BANYUWANGI

Ninis Indriani, Hariyani dan Sri Ayu Pura Setiawati

HUBUNGAN KEJADIAN SINDROM PRAMENSTRUASI DENGAN TINGKAT STRES PADA REMAJA KELAS VII DAN VIII DI SMPN 2 BANYUWANGI

Miftahul Hakiki, Desi Trianita dan Diah Ayu Permatasari

HUBUNGAN KELUARGA SADAR GIZI (KADARZI) DENGAN STUNTING PADA BALITA USIA 0-24 BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SINGOTRUNAN KABUPATEN BANYUWANGI

Titis Sriyanti, Essy Sonontiko Sayekti dan Diana Kholida

HUBUNGAN PENERAPAN MPKP TIM DENGAN TINGKAT KEPUASAN PASIEN DI RUANG RAWAT INAP RSUD BLAMBANGAN BANYUWANGI

Abi Mas Udianto dan Badrul Munif

HUBUNGAN PEMBERANTASAN SARANG NYAMUK (PSN) DENGAN DERAJAT DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) PADA PASIEN DI RUANG PENYAKIT DALAM RSUD BLAMBANGAN BANYUWANGI

Dita Amanda, Achmad Efendi dan Rico Dian Rahmadani

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BANYUWANGI

Healthy	Vol. 5	No. 2	Banyuwangi Mei 2017	ISSN 2087-426X
----------------	---------------	--------------	--------------------------------	---------------------------

HEALTHY

ISSN 2087-426X
Volume 5, Nomor 2, Mei 2017

Terbit dua kali dalam setahun pada bulan Desember dan Mei. Berisi tulisan yang diangkat dari hasil penelitian di bidang kesehatan.

Penanggungjawab

Dr. H. Soekardjo

Ketua Dewan Redaksi

Yossi Indra Kusuma, S.Ked.

Dewan Redaksi

M. Al Amin, S.Kep.Ns. M.Kes.

Desi Trianita, SST.

Hariyani, SST.

Ervia Toga, S.Psi.

Redaktur Pelaksana

Ukhtul Izzah, S.Kep.Ns.

Sekretaris Redaksi

Atik Pramesti Wilujeng, M.Kep. Ns.

Anita Dwi Ariyani, M.Kep. Ns.

Layout dan Desain

Fenda Diantoro, S.Kom.

Alamat Redaksi:

Pusat Penelitian dan Pengabdian Masyarakat STIKES Banyuwangi, Jln. Letkol. Istiqlah no. 109 Banyuwangi 68422, Telp/fax: (0333) 425270

EDITORIAL

Assalamu'alaikum wr. wb.

Dengan mengucapkan syukur alhamdulillah kehadiran Allah SWT, maka Jurnal Healthy STIKES Banyuwangi Volume 5 Nomor 2 Mei 2017 telah selesai dicetak. Jurnal ini memuat publikasi ilmiah ilmu keperawatan dan ilmu kebidanan dari peneliti-peneliti yang kompeten di bidangnya.

Perkembangan ilmu pengetahuan di bidang keperawatan dan kebidanan pada saat ini sangat pesat. Tetapi tidak lupa, perkembangan tersebut harus melalui kajian kepustakaan dan penelitian ilmiah agar perkembangan tersebut dapat bermanfaat dan berdaya guna bagi masyarakat.

Berdasarkan hal tersebut, maka STIKES Banyuwangi memberikan wadah bagi para dosen maupun peneliti untuk mempublikasikan hasil karya ilmiahnya melalui jurnal Healthy. Penerbitan jurnal ini diharapkan mampu menambah khasanah ilmu pengetahuan kesehatan khususnya di bidang keperawatan dan kebidanan.

Tim Redaksi

DAFTAR ISI

HEALTHY

ISSN 2087-426X
Volume 5, Nomor 2, Mei 2017

HALAMAN

- EDITORIAL

- PERBEDAAN ASI EKSKLUSIF DAN NON ASI EKSKLUSIF TERHADAP STATUS GIZI PADA BAYI USIA 7-12 BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SINGOTRUNAN BANYUWANGI
Ninis Indriani, Hariyani dan Sri Ayu Pura Setiawati..... 33 - 45

- HUBUNGAN KEJADIAN SINDROM PRAMENSTRUASI DENGAN TINGKAT STRES PADA REMAJA KELAS VII DAN VIII DI SMPN 2 BANYUWANGI
Miftahul Hakiki, Desi Trianita dan Diah Ayu Permatasari 46 - 55

- HUBUNGAN KELUARGA SADAR GIZI (KADARZI) DENGAN STUNTING PADA BALITA USIA 0-24 BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SINGOTRUNAN KABUPATEN BANYUWANGI
Titis Sriyanti, Essy Sonontiko Sayekti dan Diana Kholida 56 - 71

- HUBUNGAN PENERAPAN MPKP TIM DENGAN TINGKAT KEPUASAN PASIEN DI RUANG RAWAT INAP RSUD BLAMBANGAN BANYUWANGI
Abi Mas Udianto, Badrul Munif 72 - 85

- HUBUNGAN PEMBERANTASAN SARANG NYAMUK (PSN) DENGAN DERAJAT DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) PADA PASIEN DI RUANG PENYAKIT DALAM RSUD BLAMBANGAN BANYUWANGI

Dita Amanda, Achmad Efendi dan Rico Dian Rahmadani

86 – 97

**PERBEDAAN PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DAN NON ASI EKSKLUSIF
TERHADAP STATUS GIZI PADA BAYI USIA 7-12 BULAN DI WILAYAH
KERJA PUSKESMAS SINGOTRUNAN BANYUWANGI**

Ninis Indriani¹⁾, Hariyani²⁾ dan Sri Ayu Pura Setiawati³⁾

1) Dosen Prodi S1 Keperawatan, STIKES Banyuwangi, email: diana.kusumawati0609@gmail.com

2) Dosen D3 Kebidanan, STIKES Banyuwangi, email: auroradiva2014@gmail.com

3. Mahasiswa Prodi S1 Keperawatan, STIKES Banyuwangi

ABSTRAK

Memberikan ASI pada bayi sangatlah penting dilakukan oleh seorang ibu minimal sampai bayi berusia 2 tahun. Sebelum usia enam bulan anak tidak perlu diberikan makanan atau minuman apapun, karena kebutuhan gizi bayi dapat dipenuhi oleh ASI. Anak-anak yang mengalami infeksi sangat mudah mengalami penurunan status gizi, karena akan mengalami dampak yang negatif. Tujuan penelitian adalah untuk mengetahui perbedaan ASI eksklusif dan Non ASI eksklusif terhadap status gizi pada balita usia 7-12 bulan di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi .

Penelitian ini menggunakan rancangan Komparatif dengan desain Case control, dimana penelitian ini melakukan pengukuran pada variabel dependent terlebih dahulu, sedangkan variabel independent ditelusuri secara *Retrospektif* untuk menentukan ada tidaknya faktor (variabel independent) yang berperan. Alat ukur yang digunakan adalah lembar observasi dan lembar kuesioner. Jumlah populasinya sejumlah 199 balita dan sampelnya 54 balita. Teknik sampling yang digunakan simple random sampling. Uji yang digunakan adalah uji mann withney.

Berdasarkan hasil penelitian dari 54 responden bahwa balita yang ASI eksklusif dan Non ASI eksklusif, berjumlah 27 balita (50 %). Dan balita ASI eksklusif dengan kategori status gizi normal berjumlah 19 balita (35 %). Berdasarkan perhitungan uji mann withney menggunakan SPSS for windows 7 didapatkan hasil signifikan = $0,034 < 0,05$ maka H_a diterima H_o ditolak yang berarti ada perbedaan dalam pemberian ASI eksklusif dan Non ASI eksklusif terhadap status gizi pada bayi usia 7-12 bulan di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi .

Melihat hasil penelitian ini bahwa informasi mengenai ASI eksklusif dan Non ASI eksklusif penting untuk proses tumbuh kembang serta mengetahui dampak yang ditimbulkan bagi balitanya apabila tidak diberikan ASI secara eksklusif dan bisa juga dijadikan sumber informasi untuk memperhatikan status gizi pada balita.

Kata kunci : *ASI eksklusif, Non ASI eksklusif, status gizi, balita*

PENDAHULUAN

Air Susu Ibu (ASI) adalah suatu emulsi lemak dalam larutan protein, laktose, dan garam-garam organik yang

diekskresi oleh kedua belah kelenjar payudara ibu, sebagai makanan utama bagi bayi (Nugroho, 2011). Air Susu Ibu merupakan satu-satunya makanan tunggal

paling sempurna bagi bayi hingga berusia 6 bulan. Air Susu Ibu cukup mengandung seluruh zat gizi yang dibutuhkan bayi. Selain itu, secara alamiah ASI dibekali enzim pencernaan susu sehingga organ pencernaan bayi mudah mencerna dan menyerap ASI. Untuk mempertahankan kuantitas dan kualitas ASI makanan ibu harus bergizi. Untuk kandungan zat gizi ASI yang sempurna membuat bayi tidak akan mengalami kekurangan gizi. Tidak ada pantangan makanan bagi ibu menyusui selama ibu tidak mengalami penyakit lain yang membutuhkan pengaturan makanan khusus (Hariyani, 2008).

Pemberian ASI eksklusif adalah pemberian ASI selama 6 bulan secara continue tanpa makanan pengganti ASI. Pada bayi yang dapat membantu kekebalan tubuh bayi dan gizi pada bayi. Dengan pemberian ASI eksklusif bayi tahan dengan keadaan lingkungan yang bisa menyebabkan bayi sakit. Bayi yang mendapatkan ASI eksklusif dalam pertumbuhan dan perkembangannya akan baik. Pemberian ASI eksklusif akan mempengaruhi status gizi bayi. Sedangkan ASI Non Eksklusif adalah pemberian ASI oleh ibu tidak secara penuh selama 6 bulan awal tetapi diselingi oleh susu formula atau makanan pengganti ASI lain. Pemberian Non ASI eksklusif akan menyebabkan bayi rentan mengalami penyakit infeksi dan alergi, sehingga dapat mengakibatkan malnutrisi dan gangguan pertumbuhan (Laksana, 2011).

Data dari Riskesdas tahun 2014 menyebutkan bayi yang diberikan ASI eksklusif sebesar 80%, berarti bayi yang tidak mendapatkan ASI eksklusif adalah 20%. Data yang paling tinggi yaitu di

provinsi Nusa Tenggara Barat (84,7%) dan data yang paling rendah di provinsi Jawa Barat (21,8%), bayi yang mendapat ASI eksklusif di Indonesia (52,3%), sedangkan bayi yang mendapat ASI eksklusif di Jawa Timur adalah 74,0%.

Menurut *World Health Organization* (WHO) dalam Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) (2015) melaporkan bahwa 45 % kematian balita di seluruh dunia ada hubungannya dengan malnutrisi. Jika dibandingkan dengan angka prevalensi status gizi nasional tahun 2007 (18,4%) dan tahun 2010 (17,9%) terlihat meningkat. Prevalensi status gizi dengan karakteristik berat-kurang pada tahun 2007 adalah 18%, tahun 2010 adalah 16% dan tahun 2013 adalah 19%. Sedangkan status gizi dengan karakteristik pendek pada tahun 2007 mencapai 37%, tahun 2010 mencapai 35% dan di tahun 2013 mencapai 38%.

Untuk mencapai sasaran MDG tahun 2015 yaitu 15,5 persen maka prevalensi gizi buruk-kurang secara nasional harus diturunkan sebesar 4,1% dalam periode 2013 sampai 2015. Dan Jawa Timur jika dilihat dari indikator status gizi menurut BB/U ada penurunan 0,5% ditahun 2013 setelah di tahun 2007 prevalensi yang terjadi adalah 15,5% (Bappenas, 2012). Namun jika dilihat dari indikator status gizi menurut BB/U pada tahun 2007 mencapai 18%, tahun 2010 mencapai 16%, dan tahun 2013 mencapai 19%. Indikator status gizi menurut TB/U di tahun 2007 dan tahun 2010 mencapai 34%, dan meningkat menjadi 37% di tahun 2013. Sedangkan indikator menurut BB/TB di tahun 2007 mencapai 11%, di tahun 2010 mencapai 15%, dan tahun 2013 mencapai 11%.

Didukung data status gizi balita di wilayah Kabupaten Banyuwangi berdasarkan indeks BB/TB tahun 2015 balita dengan status gizi buruk mengalami penurunan yaitu sebesar 0,64 % bila dibandingkan tahun 2014 balita dengan gizi buruk sebesar 0,95 %.

Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Puskesmas Singotrunan merupakan Puskesmas urutan pertama mengenai status gizi kurang dengan nilai 1,67 % dari 10 besar Puskesmas dengan status gizi kurang se-Kabupaten Banyuwangi. Di puskesmas Singotrunan terdapat 199 Balita yang berusia 7-12 bulan diantaranya 181 balita gizi normal, 12 balita gizi kurang, 1 gizi buruk dan 5 balita gizi lebih pada bulan November 2016.

Memberikan ASI pada bayi sangatlah penting dilakukan oleh seorang ibu minimal sampai bayi berusia 2 tahun. Sebelum usia enam bulan anak tidak perlu diberikan makanan atau minuman apapun, karena kebutuhan gizi bayi dapat dipenuhi oleh ASI. Karena menurut Soekirman tahun 2014 sebelum usia enam bulan sistem pencernaan bayi belum dapat mencerna makanan atau minuman selain ASI, sehingga apabila dipaksakan maka bayi berpotensi menderita infeksi terutama pada sistem pencernaan. Anak-anak yang mengalami infeksi sangat mudah mengalami penurunan status gizi, karena akan mengalami dampak yang negatif seperti gangguan saluran pencernaan (muntah, diare), infeksi saluran pernafasan, meningkatkan resiko kegemukan (obesitas), meningkatkan resiko penyakit jantung dan pembuluh darah, meningkatkan resiko infeksi yang

diakibatkan oleh susu formula yang tercemar, meningkatkan kurang gizi, meningkatkan resiko kematian.

Bayi yang berumur 0 sampai 6 bulan mutlak memerlukan ASI karena memenuhi 100% kebutuhan bayi akan zat gizi, setelah berumur 6 bulan bayi memerlukan lebih banyak zat gizi dan ASI hanya menopang 60-70% kebutuhan gizi kepada bayi sehingga bayi memerlukan makanan pendamping lain. Pada usia 0-6 bulan sebaiknya bayi juga tidak diberi makanan apapun karena makanan tambahan mempunyai resiko terkontaminasi yang sangat tinggi. Selain itu dengan memberikan makanan tambahan pada bayi, akan mengurangi produksi ASI, karena bayi menjadi jarang menyusu (Muchtadi, 2009)

Upaya promotif dan preventif pemerintah mengenai ASI yaitu dengan menyediakan ketersediaan akses terhadap informasi dan edukasi atau penyelenggaraan program pemberian ASI eksklusif melalui penyuluhan. Selain itu, peraturan pemerintah (PP) No. 33 Tahun 2012 tentang pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif telah ditertibkan sejak 1 Maret 2012. Tujuan PP tersebut adalah untuk menjamin pemenuhan hak bayi untuk mendapatkan ASI eksklusif sejak dilahirkan sampai dengan berusia 6 bulan dengan memperhatikan pertumbuhan dan perkembangannya, memberikan perlindungan kepada ibu dalam memberikan ASI eksklusif kepada bayinya dan meningkatkan peran dan dukungan keluarga, masyarakat, pemerintah daerah, dan pemerintah terhadap pemberian ASI eksklusif (Depkes, 2007).

METODE PENELITIAN

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan rancangan penelitian *Komparatif* yaitu, rancangan yang difokuskan untuk mengkaji perbandingan terhadap pengaruh (efek) pada kelompok subjek tanpa adanya suatu perlakuan dari peneliti. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *Case control* (Kasus kontrol) yaitu peneliti melakukan pengukuran pada variabel dependent terlebih dahulu, sedangkan variabel independent ditelusuri secara *Retrospektif* untuk menentukan ada tidaknya faktor (variabel independent) yang berperan. Rancangan penelitian ini menggunakan *retrospektif, retrospektif* yaitu penelitian untuk melihat kebelakang artinya pengumpulan data dimulai dari efek atau akibat yang telah terjadi (Notoadmodjo, 2009). Hal ini ditunjukkan untuk mengetahui perbedaan pemberian ASI Eksklusif dan Non ASI Eksklusif terhadap Status Gizi pada bayi usia 7-12 bulan di wilayah kerja puskesmas Singotrunan.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua bayi yang berusia 7-12 bulan di wilayah kerja puskesmas Singotrunan Banyuwangi sejumlah 199 balita. Sampelnya sejumlah 54 balita. Penentuan sample menggunakan *simple random sampling* yaitu setiap anggota populasi mempunyai kesempatan yang sama untuk diambil sebagai sampel. Variabel bebas penelitian ini adalah

pemberian ASI Eksklusif dan Non ASI Eksklusif sedangkan variabel terikat penelitian ini adalah Status Gizi. Variabel perancu diataranya usia gestasi, berat badan saat lahir, tingkat pendidikan orang tua, Status pekerjaan ibu. Variabel perancu merupakan jenis variabel yang berhubungan (asosiasi) dengan variabel bebas dan berhubungan dengan variabel terikat, tapi bukan merupakan variabel antara (Nursalam, 2008).

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan Kuesioner. Sebelum melakukan analisa data, secara berurutan data yang berhasil dikumpulkan akan mengalami proses editing yaitu dilakukan *coding, scoring* dan *tabulating*. Analisis data yang digunakan adalah analisis univariat dan analisis bivariat. Analisis univariat yang dilakukan memberikan gambaran perbedaan proporsi yang mengalami gangguan yaitu jenis kelamin, berat badan saat lahir, usia gestasi, jenis persalinan dan riwayat asfiksia; serta karakteristik orang tua bayi yang meliputi pekerjaan ibu, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, jumlah anak dan stimulasi yang diberikan orang tua terhadap anak. Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara 2 variabel yaitu variabel bebas dan variabel terikat.

Dalam penelitian ini data yang terkumpul diolah menggunakan uji statistik *Mann-Whitney*.

HASIL

1. Data Umum

a. Karakteristik responden berdasarkan usia

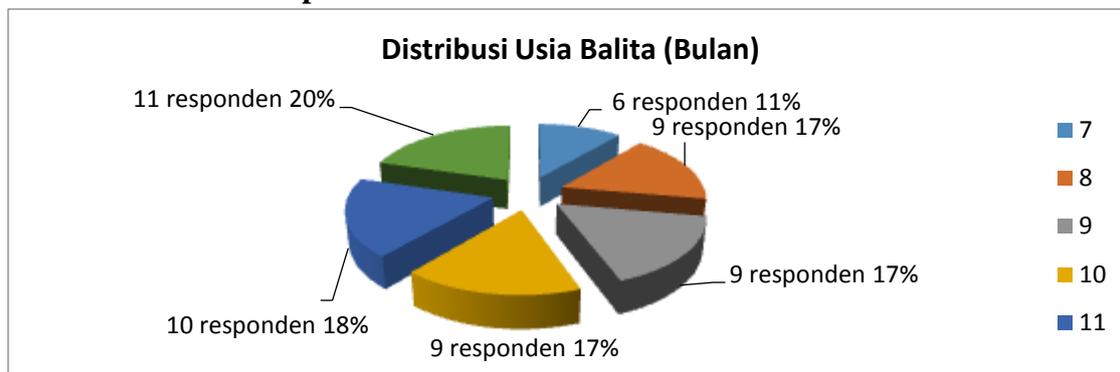


Diagram 1. Karakteristik responden berdasarkan usia (bulan)

Dari karakteristik responden berdasarkan usia (usia) di wilayah kerja puskesmas Singotrunan Banyuwangi

menunjukkan bahwa kurang dari 50% responden berumur 12 bulan, yaitu sebanyak 11 balita (20 %).

b. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

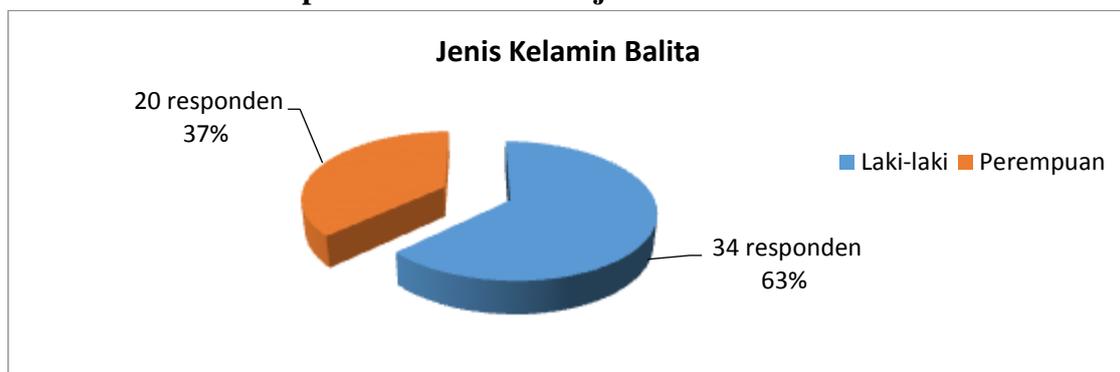


Diagram 2. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin balita

Dari karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin balita di wilayah kerja puskesmas Singotrunan Banyuwangi menunjukkan bahwa lebih

dari 50% responden berjenis kelamin laki-laki, berjumlah 34 balita yakni (63 %) (Nursalam, 2013).

c. Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan ibu

Tingkat Pendidikan	Eksklusif		Non Eksklusif	
	n	%	n	%
SD	13	24%	8	15%
SMP	6	11%	7	13%
SMA	7	13%	9	17%
Perguruan Tinggi	1	2%	3	5%
Total	27	50%	27	50%

Tabel 1. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir ibu menurut ASI eksklusif dan Non ASI eksklusif

Dari karakteristik responden berdasarkan pendidikan terakhir ibu menurut ASI eksklusif dan Non ASI eksklusif di wilayah kerja puskesmas Singotrunan Banyuwangi menunjukkan bahwa kurang dari 50% responden

pendidikan terakhir menurut ASI eksklusif adalah SD, berjumlah 13 jiwa yakni (24 %), dan yang Non ASI eksklusif adalah SMA berjumlah 9 yakni (17%) (Nursalam, 2013).

d. Karakteristik responden berdasarkan tingkat pekerjaan ibu

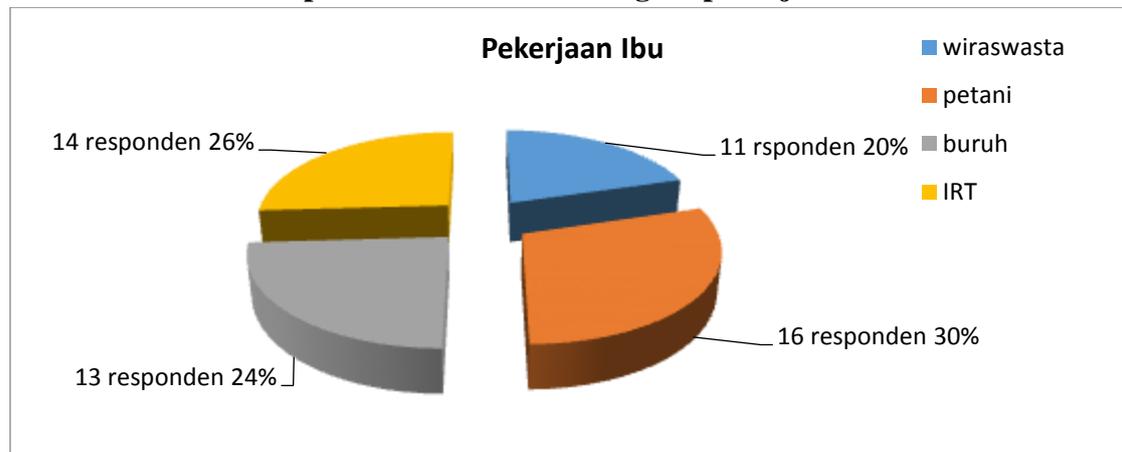


Diagram 3. Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan ibu menurut ASI eksklusif dan Non ASI eksklusif

Dari karakteristik responden berdasarkan pekerjaan ibu menurut ASI eksklusif dan Non ASI eksklusif di wilayah kerja puskesmas Singotrunan Banyuwangi menunjukkan bahwa kurang dari 50% responden pekerjaan ibu

yang bekerja menurut ASI eksklusif sejumlah 21 (39%) responden dan yang bekerja menurut Non ASI eksklusif sejumlah 19 (35%) responden. (Nursalam, 2013).

2. Data Khusus

a. Distribusi Status Gizi berdasarkan ASI eksklusif

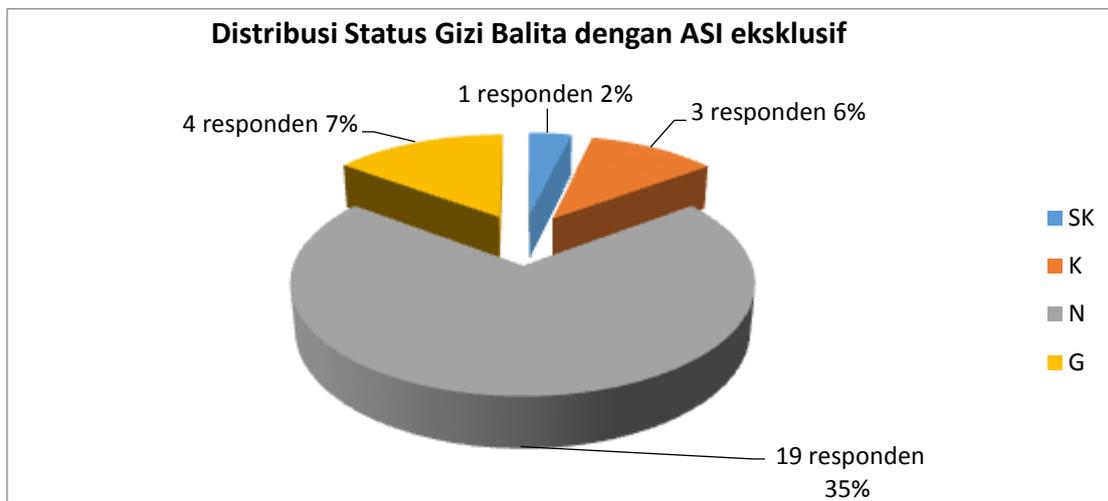


Diagram 4. Distribusi responden dengan status gizi berdasarkan ASI eksklusif pada balita usia 7-12

Distribusi responden dengan status gizi berdasarkan ASI eksklusif pada balita usia 7-12 bulan di wilayah kerja puskesmas Singotrunan

Banyuwangi menunjukkan bahwa kurang dari 50% balita ASI eksklusif dengan kategori status gizi normal yaitu 19 balita (35 %) (Nursalam, 2013).

b. Distribusi Status Gizi berdasarkan Non ASI eksklusif

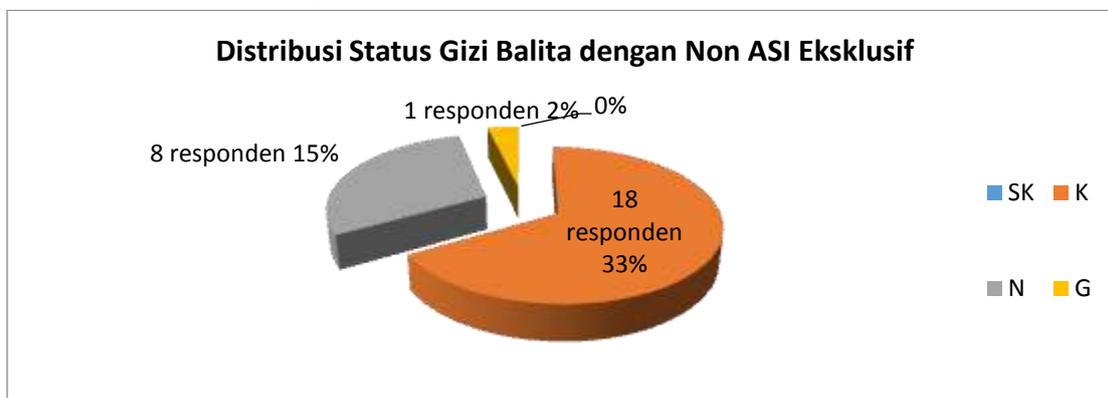


Diagram 5. Distribusi responden dengan status gizi berdasarkan Non ASI eksklusif pada balita usia 7-12 bulan

Dari distribusi responden dengan status gizi berdasarkan non ASI eksklusif pada balita usia 7-12 bulan di wilayah kerja puskesmas Singotrunan

Banyuwangi menunjukkan bahwa kurang dari 50% balita Non ASI eksklusif dengan kategori status gizi kurus yaitu 18 balita (33%) (Nursalam, 2013).

c. **Perbedaan ASI eksklusif dan Non ASI eksklusif terhadap status gizi pada balita usia 7-12**

Tabel 2. Perbedaan ASI eksklusif dan Non ASI eksklusif terhadap status gizi pada balita usia 7-12 bulan

Pemberian ASI \ Status Gizi	Sangat kurus	Kurus	Normal	Gemuk	Total
ASI eksklusif	1 (2%)	3 (6%)	19 (35%)	4 (7%)	27 (50%)
Non ASI eksklusif	0 (0%)	18 (33%)	8 (15%)	1 (2%)	27 (50%)
Total	1 (2%)	21 (39%)	27 (50%)	5 (9%)	54 (100%)

Dari tabel 2 diatas dapat diketahui bahwa kurang dari 50% responden memberikan ASI eksklusif dengan status gizi normal sebanyak 19(35%), responden, dan yang tidak memberikan ASI eksklusif dengan kategori status gizi kurus sebanyak 18(33%) responden.

Dari data tersebut dilakukan perhitungan berdasarkan data perbedaan ASI eksklusif dan Non ASI eksklusif terhadap status gizi kemudian data di uji menggunakan uji *Mann-withney* dengan SPSS 22 for windows 7. Diperoleh nilai $Asym.Sig.(2_tailed) 0,034 < 0,05$ maka signifikan H_a diterima H_o ditolak yang berarti ada perbedaan dalam pemberian ASI eksklusif dan Non ASI eksklusif terhadap status gizi pada bayi usia 7-12 bulan di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi.

PEMBAHASAN

Pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif, Non ASI eksklusif, Perbedaan ASI eksklusif dan Non ASI eksklusif terhadap status gizi pada balita usia 7-12 bulan di wilayah kerja puskesmas Singotrunan Banyuwangi.

1. Pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif di wilayah kerja puskesmas Singotrunan Banyuwangi

Dalam diagram 5 diketahui 50% responden berjumlah 27 orang termasuk kategori ASI eksklusif.

Air Susu Ibu merupakan pemberian ASI (Air Susu Ibu) sedini mungkin setelah persalinan diberikan tanpa jadwal dan tidak diberi makanan lain, walaupun hanya air putih sampai bayi berumur 6 bulan (Hubertin, 2009). Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif yaitu pendidikan ibu, sosial ekonomi, psikologi, dan status pekerjaan ibu (Prasetyono, 2009).

Tingkat pendidikan ibu umumnya terkait dengan pengetahuan. Secara umum ibu yang berpendidikan tinggi, pengetahuannya juga tinggi, dibandingkan dengan ibu-ibu yang berpendidikan rendah. Hal ini karena seorang ibu yang berpendidikan tinggi akan memiliki pengetahuan yang lebih luas serta kemampuan untuk menerima informasi lebih tinggi. Pemberian makanan padat yang terlalu dini sebagian

besar ibu-ibu yang berpendidikan rendah, hal ini disebabkan karena faktor ketidaktahuan (Pramesemara, 2009). Dari data dan teori diatas tidak menunjukkan adanya hubungan bahwa semakin tinggi pendidikan orang tua akan semakin tinggi pengetahuan tentang pemenuhan gizi salah satunya dengan ASI eksklusif, ternyata dari fakta yang ada bahwa orang tua yang berpendidikan rendah yaitu lulusan SD bahkan menerapkan untuk memenuhi gizi anaknya dengan ASI secara eksklusif. Dengan begitu dapat diambil kesimpulan bahwa orang tua yang berpendidikan rendah memberikan pemenuhan gizi dengan ASI bisa karena hemat biaya, praktis, dan mereka beranggapan bahwa dengan ASI merupakan bentuk kasih sayang dari ibu untuk anak. Dengan adanya sosialisasi di puskesmas tentang pentingnya ASI

Data dari hasil karakteristik responden berdasarkan pekerjaan ibu menurut ASI eksklusif di wilayah kerja puskesmas singotrunan banyuwangi menjelaskan ibu bekerja dengan memberikan ASI eksklusif sejumlah 21 responden (39%) (Nursalam, 2013).

Selain itu faktor yang mempengaruhi adalah status pekerjaan ibu, ibu yang bekerja mempunyai kelebihan dan kemampuan untuk mengimbangi berbagai tanggung jawab misalnya menjadi ibu rumah tangga, istri, guru, pekerjaan lainnya. Dengan memberikan tumpuan tanggung jawab dengan cara tersendiri, banyak persoalan yang dialami oleh ibu yang bekerja diluar rumah seperti bagaimana mengatur waktu dengan suami dan anak (Jacinta F, 2009).

Status pekerjaan pada ibu yang memberikan ASI secara eksklusif dapat memberikan ASI nya melalui metode

ASIP (Air Susu Ibu Perah) yang dapat disimpan di freezer, sehingga ibu tetap dapat bekerja dan kebutuhan bayi akan ASI tetap terpenuhi juga.

Pemberian ASI secara eksklusif dapat mempengaruhi pemenuhan status gizi pada bayi karena didalam kandungan ASI memiliki banyak macam zat yang dapat mempengaruhi tumbuh kembang terhadap bayi. Dengan pemberian ASI dari ibu kepada anak bagaimana apa yang dimakan oleh ibu secara tidak langsung akan dicerna oleh bayi sehingga sangat penting ASI untuk bayi karena tahap tumbuh kembang bayi diperlukan banyak nutrisi terutama kalori, protein dan kasein dalam pertumbuhan dan perkembangan salah satunya untuk perkembangan otak bayi. Kondisi bayi dengan status gizi yang baik tergantung nutrisi yang di makan oleh bayi tersebut, jika pemberian ASI diberikan secara eksklusif maka kebutuhan gizi bayi dapat terpenuhi.

2. Pemberian Non ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi

Dari hasil penelitian dalam diagram 5 diketahui 50% responden berjumlah 27 (50%) termasuk kategori Non ASI eksklusif.

Pemberian Non ASI Eksklusif adalah pemberian ASI oleh ibu tidak secara penuh selama 6 bulan awal tetapi diselingi oleh susu formula atau makanan pengganti ASI lain. Faktor –faktor yang mempengaruhi kegagalan dalam pemberian ASI yaitu faktor internal terdiri dari faktor pendidikan, faktor pengetahuan, faktor sikap/prilaku, faktor psikologi, faktor fisik ibu, faktor emosional, dan ada pula faktor eksternal yaitu faktor peranan ayah, perubahan

sosial budaya, faktor kurangnya petugas kesehatan, meningkatnya promosi susu kaleng sebagai pengganti ASI, pemberian informasi yang salah, faktor pengelolaan laktasi diruang bersalin (praktik IMD), dan faktor-faktor lain (Laksana, 2011).

Dari penelitian terdapat data yang mendukung bahwa pendidikan orang tua terhadap status gizi balita bahwa kurang dari 50% responden yang tidak ASI eksklusif adalah Sekolah Menengah Atas sebanyak 9 responden (17%).

Dari data tersebut terlihat jelas bahwa pendidikan orang tua berhubungan dengan kesadaran akan status gizi pada balita, dengan jumlah orang tua yang berpendidikan SMA, akan mempengaruhi aktualisasi diri terhadap kesadaran pemberian ASI, dengan adanya pengetahuan betapa pentingnya kandungan ASI dapat dijadikan sebagai salah satu upaya dalam pemenuhan status gizi, jika pengetahuannya baik terhadap kandungan ASI dan kebutuhan gizi pada bayinya, maka akan timbul kesadaran untuk memberikan ASI. Dari fakta yang ada, mungkin dapat disebabkan oleh faktor lingkungan ataupun pekerjaan serta kurangnya motivasi dari keluarga dan suami yang menganjurkan untuk memberikan ASI secara eksklusif.

Dari karakteristik responden berdasarkan pekerjaan ibu menurut ASI eksklusif dan Non ASI eksklusif di wilayah kerja puskesmas Singotrunan Banyuwangi menunjukkan bahwa kurang dari 50% responden pekerjaan ibu yang bekerja menurut ASI eksklusif sejumlah 21 (39%) responden dan yang bekerja menurut Non ASI eksklusif sejumlah 19 (35%) responden. (Nursalam, 2013).

Salah satu faktor yang mempengaruhi adalah status pekerjaan ibu, ibu yang bekerja mempunyai kelebihan dan kemampuan untuk mengimbangi berbagai tanggung jawab misalnya menjadi ibu rumah tangga, istri, guru, pekerjaan lainnya. Dengan memberikan tumpuan tanggung jawab dengan cara tersendiri, banyak persoalan yang dialami oleh ibu yang bekerja diluar rumah seperti bagaimana mengatur waktu dengan suami (Jacinta F, 2009).

Seringkali pekerjaan menjadi alasan seorang ibu untuk memberikan ASI secara eksklusif, banyak diantaranya disebabkan karena kurangnya minat untuk menyusui dan sibuk mengurus pekerjaannya sehingga membuat ibu kurang maksimal dalam melakukan proses laktasi.

3. Perbedaan pemberian ASI eksklusif dan Non ASI eksklusif terhadap status gizi pada balita usia 7-12 bulan di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi

Dari tabel 1 dapat diketahui bahwa 50% responden memberikan ASI eksklusif dengan status gizi normal sebanyak 19 (35%) responden, dan yang tidak memberikan ASI eksklusif dengan kategori status gizi kurus sebanyak 18 (33%) responden.

Dari data tersebut dilakukan perhitungan berdasarkan data perbedaan ASI eksklusif dan Non ASI eksklusif terhadap status gizi kemudian data di uji menggunakan uji *Mann-withney* dibantu fasilitas SPSS 22 for windows 7. Diperoleh nilai *Asym.Sig.(2_tailed)* $0,034 < 0,05$ maka signifikan H_a diterima

Ho ditolak yang berarti ada perbedaan dalam pemberian ASI eksklusif dan Non ASI eksklusif terhadap status gizi pada bayi usia 7-12 bulan di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi .

Pemberian ASI eksklusif dengan status gizi sangat kurus sebanyak 1 responden (2%), bisa dikarenakan nutrisi yang dikonsumsi seorang ibu tidak sempurna sehingga asupan nutrisi yang terkandung di dalam ASI ibu tidak mencukupi.

Responden yang diberikan ASI eksklusif namun status gizinya kurus ada 3 responden (6%), hal tersebut bisa dikarenakan kurangnya minat bayi untuk menyusu, adanya penyakit bawaan sehingga bayi tidak maksimal dalam mengkonsumsi ASI.

Sedangkan bayi yang tidak diberikan ASI secara eksklusif memiliki status gizi kurus lebih banyak dari pada yang diberikan ASI secara eksklusif sebanyak 18 responden (33%) jumlah yang cukup banyak ini dikarenakan adanya faktor pemenuhan nutrisi yang kurang bahwa semakin tinggi nutrisi semakin berpengaruh terhadap status gizi.

Pemberian ASI eksklusif dengan status gizi yang normal sebanyak 19 responden (35%), status gizi yang normal dengan pemberian ASI eksklusif dikarenakan kandungan nutrisi yang dimakan oleh ibu mencukupi dan juga minat bayi untuk menyusu baik sehingga status gizi pada bayi yang diberikan ASI secara eksklusif dalam rentang normal.

Bayi yang tidak diberikan ASI secara eksklusif dengan status gizi normal sebanyak 8 responden (15%), dibandingkan dengan bayi yang diberikan ASI secara eksklusif jumlah ini lebih sedikit karena ASI eksklusif mengandung

banyak kandungan yang baik untuk pertumbuhan.

Bayi yang diberikan ASI eksklusif dengan kategori status gizi gemuk sebanyak 4 responden (7%), status gizi gemuk pada balita dipengaruhi oleh pemberian ASI yang secara eksklusif diberikan terlebih jika ASI yang diberikan mengandung banyak nutrisi dari asupan ibu ditunjang dengan kemampuan menyusu yang sangat baik.

Bayi yang tidak diberikan ASI dengan status gizi gemuk sejumlah 1 responden (2%), dibandingkan dengan yang diberikan ASI secara eksklusif, hal tersebut membuktikan bahwa semakin diberikan ASI akan semakin mempengaruhi status gizi yaitu gemuk.

Di dalam ASI terdapat kandungan yang berperan penting untuk pertumbuhan dan perkembangan tubuh anak seperti BB, TB meningkat. Peningkatan perkembangan berat badan, tinggi badan pada bayi yang jauh lebih baik ini dapat terjadi karena ASI mengandung berbagai nutrien yang dibutuhkan oleh bayi seperti AA dan DHA (Stella, 2014). Ibu yang memiliki produksi ASI yang mencukupi lebih baik menggunakan ASI dari pada susu formula, hal ini untuk menjamin pertumbuhan dan perkembangan secara optimal pada bayi (Stella, 2014).

Dari data penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa status gizi pada balita yang diberi ASI eksklusif dibandingkan dengan balita yang tidak diberi ASI eksklusif memiliki perbandingan yang signifikan. Dari 54 responden yang mengkonsumsi ASI eksklusif memiliki status gizi normal dan kurus sebanyak 15 responden (27,7%), sedangkan yang tidak

ASI eksklusif memiliki status gizi normal sebanyak 12 responden (22%).

Dapat disimpulkan pemberian ASI eksklusif lebih baik dari pada tidak ASI eksklusif, karena didalam ASI terdapat berbagai nutrisi yang dibutuhkan dalam perkembangan status gizi yang optimal seperti AA, DHA dan zat kekebalan tubuh(anti body). Dimana zat kekebalan tubuh menjaga balita dari segala macam penyakit, sehingga jika kesehatan balita terjamin maka perkembangan status gizi balita tidak akan terganggu. Sebaliknya pada susu formula tidak terdapat AA, DHA dan zat kekebalan tubuh, sehingga memberikan dampak negatif pada kesehatan balita dan dapat mempengaruhi perkembangan status gizi pada balita.

KESIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan dan pembahasan diatas, dapat diambil kesimpulan bahwa: ASI eksklusif dan Non ASI eksklusif di wilayah kerja puskesmas Singotrunan Banyuwangi , diketahui 50% balita yang ASI eksklusif berjumlah 27 responden (50%) dan 50% yang tidak ASI eksklusif berjumlah 27 responden (50%); Status gizi di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi , diketahui bahwa kurang dari 50% balita ASI eksklusif dengan kategori status gizi normal yaitu 19 balita (35 %) dan kurang dari 50% balita Non ASI eksklusif dengan kategori status gizi kurus yaitu 18 balita (33 %); Setelah dilakukan perhitungan dengan uji *Mann-Whitney* diperoleh nilai *Asym.Sig.(2_tailed)* $0,034 < 0,05$ maka signifikan H_a diterima H_0 ditolak yang berarti ada perbedaan

dalam pemberian ASI eksklusif dan Non ASI eksklusif terhadap status gizi pada bayi usia 7-12 bulan di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan RI. 2007. *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta:Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI. 2008. *Stimulasi deteksi dan inetervensi dini tumbuh kembang anak*. Jakarta:Depkes RI
- Hariyani. 2008. *Pola Pemberian ASI pada Bayi Usia 0-6 Bulan dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhi di Puskesmas Sukarame Kabupaten Tasikmalaya*. Jakarta: Tesis FKM UI
- Hubertin SP, 2009. *Konsep Penerapan ASI Eksklusif. Buku Saku untuk Bidan*. Jakarta: EGC.
- IDAI. 2015. *Praktik Pemberian Makan Berbasis Bukti pada Bayi dan Balita di Indonesia untuk Mencegah Malnutrisi*. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Laksana. 2011. *Referensi Ilmu Kebidanan Dan Keperawatan: Konsep Dasar Pola Asuh Gizi*. <http://www.konsep-dasar-pola-asuh-gizi.html>. Diunduh 12 Mei 2016
- Laporan Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi Tahun 2014-2015
- Laporan Puskesmas Singotrunan Bulan Februari Tahun 2016
- Muchtadi, 2009. *Gizi untuk Bayi: Air Susu Ibu, Susu Formula, dan Makanan Tambahan*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.

-
- Notoatmodjo. S. 2009. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta. Rhineka Cipta
- Nugroho, 2011. *ASI dan Tumor Payudara*. Yogyakarta: Penerbit Nuha Medika.
- Nursalam. 2008. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Prasetyono D.S 2009. *ASI Eksklusif Pengenalan, Praktik dan Kemanfaatan-kemanfaatannya*. Yogyakarta: Diva Press.
- www. dr. Stella. Com. 2012. *Manfaat ASI terhadap Perkembangan Kognitif American Journal Of Clical Nutrition* Vol. 70 No. 4. 525-535, Diakses Tanggal 10 Mei 2016

HUBUNGAN KEJADIAN SINDROM PRAMENSTRUASI DENGAN TINGKAT STRES PADA REMAJA KELAS VII DAN VIII DI SMPN 2 BANYUWANGI

Miftahul Hakiki¹⁾, Desi Trianita²⁾ dan Diah Ayu Permatasari³⁾

1) Dosen Prodi D3 Kebidanan, STIKES Banyuwangi, email: miftahulhakiki@yahoo.co.id

2) Dosen Prodi D3 Kebidanan, STIKES Banyuwangi, email: desitrianita@gmail.com

3. Mahasiswa Prodi S1 Keperawatan, STIKES Banyuwangi

ABSTRAK

Sindrom pramenstruasi adalah sejumlah perubahan mental maupun fisik yang terjadi antara hari pertama hingga hari keempat belas sebelum haid dan diikuti dengan tahap bebas gejala jika masa ini telah lewat. Ada berbagai dampak pada tubuh yang ditimbulkan oleh sindrom pramenstruasi, salah satunya adalah tingkat stres pada remaja. Jika dampak tersebut tidak diatasi dengan baik dan benar maka kemungkinan akan memperberat sindrom pramenstruasi. Tujuan ini untuk mengetahui Hubungan Kejadian Sindrom Pramenstruasi Dengan Tingkat Stres pada Siswi Kelas VII dan VIII di SMPN 2 Banyuwangi.

Jenis penelitian yang digunakan adalah korelasi dengan menggunakan desain cross-sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah semua siswi kelas VII dan VIII di SMPN 2 Banyuwangi dengan jumlah sampel 59 responden. Teknik penggunaan sampel menggunakan *purposive sampling*. Data dianalisis dengan menggunakan Rank Spearman.

Dari analisa didapatkan nilai signifikan p sebesar 0,000 dimana nilai $p < 0,05$. Maka, signifikan H_a diterima dan H_0 ditolak yang berarti ada hubungan antara kejadian sindrom pramenstruasi dengan tingkat stres pada siswi kelas VII dan VIII di SMPN 2 Banyuwangi.

Dari hasil penelitian yang dilakukan, siswi mampu mengatasi gejala sindrom pramenstruasi dengan cara olahraga secara teratur akan membantu melakukan aktivitas dan rutinitas harian tanpa gangguan sindrom pramenstruasi. Selesai berolahraga, pastikan tubuh cukup mendapat asupan makanan yang bergizi dan modifikasi diet serta istirahat yang cukup sehingga tidak terjadi sindrom pramenstruasi yang mempengaruhi tingkat stres.

Kata kunci : *Sindrom pramenstruasi, tingkat stres, remaja*

PENDAHULUAN

Remaja awal lebih memiliki sikap dan moralitas yang masih bersifat egosentrisme, selalu bingung dalam status, bersikap kritis dan banyak perubahan dalam kecerdasan dan kemampuan mental (Herri, dkk. 2011). Menstruasi atau haid merupakan

pelepasan dinding rahim endometrium yang disertai dengan perdarahan yang terjadi secara berulang setiap bulan kecuali pada saat kehamilan. Beberapa saat sebelum menstruasi sejumlah gadis dan wanita biasanya mengalami gangguan kesehatan berupa pusing, depresi, payudara terasa sakit,

perasaan sensitif berlebihan sekitar dua minggu sebelum haid yang biasanya dialami oleh para wanita usia produktif yang disebut dengan sindrom pramenstruasi (*Premenstrual syndrome*) (Aulia, 2009). Sindrom pramenstruasi dapat disebabkan oleh perubahan hormon akibat stres. Stres merupakan suatu respon fisiologis, psikologis manusia yang mencoba untuk mengadaptasi dan mengatur baik tekanan internal dan eksternal (Pinel, 2009). Sindrom pramenstruasi merupakan sejumlah perubahan mental maupun fisik yang terjadi antara hari pertama hingga hari keempat belas sebelum haid dan diikuti dengan tahap bebas gejala jika masa ini telah lewat (Sylvia, 2010).

Penelitian yang dilakukan oleh Tollosa and Bekele (2014), di Mekelle University Northern Ethiopia menunjukkan 83,32% wanita mengalami PMS. Dan frekuensi gejala sindrom pramenstruasi pada wanita usia subur di Indonesia sebesar 80 - 90%, dan kadang – kadang gejala tersebut sangat berat dan mengganggu kegiatan sehari – hari (Prihastusti, 2014). Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Sulistiyowati, Lilis, dan Nurul (2015), di Gresik dapat diketahui bahwa hampir seluruhnya atau 90,9% remaja putri mengalami sindrom pramenstruasi dengan gejala ringan.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti dari hasil perbandingan ketiga sekolah yaitu SMPN 4 Banyuwangi, SMPN 5 Banyuwangi dan SMPN 2 Banyuwangi pada tanggal 11 Desember 2015. Didapatkan prevalensi terbesar di SMPN 2 Banyuwangi dari 12 siswi yang diwawancarai, 10 siswi mengalami sindrom pramenstruasi dengan keluhan : mudah tersinggung,

nyeri perut, nyeri pada payudara, mudah marah, sakit kepala dan 9 orang siswi mengatakan bahwa mereka sering mengeluh stre seperti: insomnia, lelah, cepat bosan, perubahan berat badan dan sulit berkonsentrasi, dan 1 siswi mengalami sindrom pramenstruasi tetapi tidak mengalami gejala stres, dan 2 siswi tidak mengalami gejala sindrom pramenstruasi maupun gejala stres.

Gangguan menstruasi seperti sindrom pramenstruasi pada dasarnya berhubungan erat dengan adanya gangguan hormon terutama yang berhubungan dengan hormon seksual pada perempuan yaitu *progesteron*, *estrogen*, *Luteinizing Hormone (LH)* dan *Follicle Stimulating Hormone (FSH)*. Namun pada beberapa kejadian terjadi peningkatan salah satu yang menunjukkan ketidakseimbangan sintesis hormon akan mempengaruhi fungsi kerja hormon lain sehingga terjadi sindrom pramenstruasi. Adanya gangguan kerja sistem hormonal ini terkait dengan stres. Stres akan mempengaruhi kerja berupa peningkatan, keseimbangan atau penurunan dari fungsi hormon tersebut.

Dengan adanya gangguan fungsi sistem hormon dari tubuh tentunya akan mempengaruhi kerja organ - organ tubuh secara maksimal termasuk peningkatan *progesteron* dan *estrogen* yang mengarah pada timbulnya gejala –gejala sindrom pramenstruasi (Aulia, 2009). Salah satu faktor yang dapat memperberat gejala sindrom pramenstruasi ini adalah stres. Stres terjadi jika orang dihadapkan dengan peristiwa yang mereka rasakan sebagai mengancam kesehatan fisik atau psikologinya (Atkinson, Smith dan Bem. 2005). Perubahan *mood* yang cepat pada remaja terkait dengan kecemasan yang

mungkin terbentuk akibat sindrom pramenstruasi. Remaja yang mengalami pubertas akan lebih cepat murung, khawatir, cemas, marah, dan menangis. Selama masa sindrom pramenstruasi dan awal menstruasi, sensitivitas emosi dan suasana hati yang negatif ini sering terjadi (Al Mighwar, 2006). Stres juga dapat menurunkan daya tahan terhadap kelelahan, nyeri, sakit, hingga gejala pramenstruasi seperti : gangguan emosional berupa iritabilitas, insomnia, dengan gangguan mimpi dan *nightmare*, nyeri kepala, perut kembung, mual, rasa nyeri pada payudara, tegang, cemas, lesu dan depresi, akan terasa memburuk bila wanita sedang terkena serangan batin. Selain hal tersebut faktor psikologis yakni berhubungan dengan kesiapan mental remaja sendiri diduga terkait dengan kejadian sindrom pramenstruasi ini, mencakup sikap yang ditanamkan orang tua terhadap anak gadisnya. Anak perempuan seharusnya menerima informasi sebelum sindrom pramenstruasi dialami (Nurschasanah, 2009).

Salah satu penanganan atau intervensi yang bisa dilakukan untuk mengatasi sindrom pramenstruasi dan stres yaitu mengubah pola tidur dalam durasi yang cukup dan berolahraga seperti lari – lari kecil, jalan – jalan, senam, atau *aerobik* (20 – 30 menit per hari sekurang – kurangnya 3 kali seminggu). Dengan mengubah pola tidur dan olahraga dapat mengurangi keluhan depresi yang timbul karena stres pada penderita sindrom pramenstruasi (Suparman dan Sentosa, 2011). Olahraga secara teratur akan membantu melakukan aktivitas dan rutinitas harian tanpa gangguan sindrom pramenstruasi. Selesai berolahraga, pastikan tubuh cukup

mendapat asupan makanan yang bergizi dan modifikasi diet serta istirahat yang cukup (Laila, N. 2011).

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan kejadian sindrom pramenstruasi dengan tingkat stres pada remaja kelas VII dan VIII di SMPN 2 Banyuwangi.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan dalam korelasi. Korelasi merupakan penelitian hubungan antara dua variabel pada suatu situasi atau kelompok (Soekidjo, 2010). Dalam penelitian ini penulis menggunakan rancangan peneliti *cross-sectional* yaitu mengukur variabel dependen dan variabel independen secara bersamaan.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua remaja putri kelas VII dan VIII di SMPN 2 Banyuwangi yang berjumlah 299 orang. Sampling yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan *purposive sampling* yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria peneliti dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah klien yang diperlukan dipenuhi (Nursalam, 2013). Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian remaja putri kelas VII dan VIII di SMPN 2 Banyuwangi yang memenuhi kriteria inklusi berjumlah 59 responden.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner. Data sindrom pramenstruasi diperoleh dari hasil pengisian *shortened premenstrual assessment for* (SPAF) yang terdiri dari 10 pertanyaan, dengan

setiap pertanyaan memiliki bobot 1 – 6 (1 ringan, 4 = sedang, 5 = berat, 6 = ekstrim). Hasil dari kuesioner ini adalah tidak pms apabila skor ≤ 10 dan mengalami pms apabila skor > 10 . Dikatakan pms ringan apabila skor < 30 dan pms sedang sampai berat apabila skor > 30 , semakin tinggi skornya maka semakin berat sindrom pramenstruasinya (Allen, dkk. 2010).

Data tingkat stres menggunakan DASS 42 (*Depression Anxiety Stress Scale 42*), tingkatan stres pada instrumen ini berupa normal, ringan, sedang dan

= tidak pms, 2 = sangat ringan, 3 = berat serta sangat berat. DASS 42 terdiri dari 42 item, mencakup 3 subvariabel yaitu fisik, emosi/psikologis, dan perilaku. Jumlah skor dari pernyataan item tersebut, memiliki makna 0-29 normal; 30-59 ringan; 60-89 sedang; 90-119 berat; >120 sangat berat (Sriati, 2008).

Sebelum melakukan analisa data, secara berurutan data yang berhasil dikumpulkan akan mengalami proses *editing* yaitu dilakukan *coding*, *scoring* dan *tabulating*.

HASIL

1. Data Umum

a. Karakteristik responden berdasarkan usia

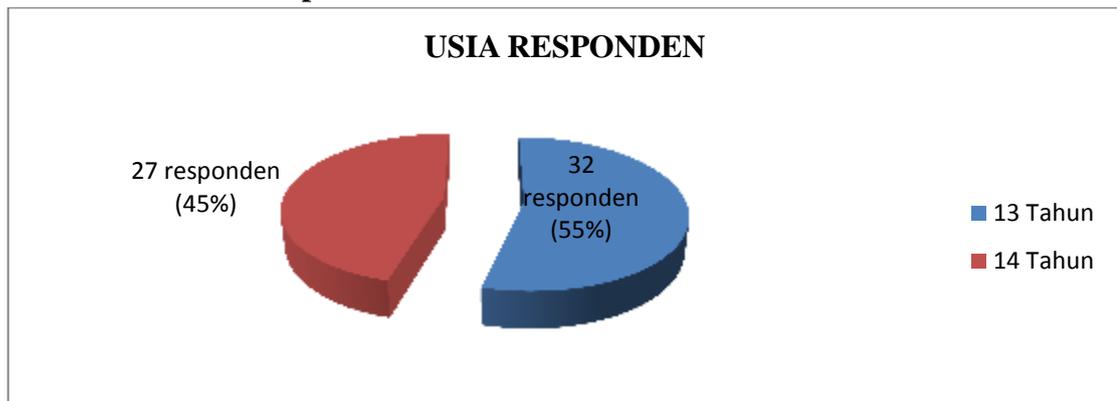


Diagram 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia pada Siswi Kelas VII dan VIII di SMPN 2 Banyuwangi

Dari Diagram 1 diatas diketahui bahwa lebih dari 50 % responden usia 13

tahun sebanyak 32 responden (55%) (Nursalam, 2013).

2. Data Khusus

a. Distribusi Sindrom Premenstruasi pada Siswi Kelas VII dan VIII di SMPN 2 Banyuwangi

Tabel 1. Karakteristik responden berdasarkan Sindrom Premenstruasi pada Siswi Kelas VII dan VIII di SMPN 2 Banyuwangi

No	Sindrom Premenstruasi	Jumlah	Persen (%)
1	Ringan	41	69%
2	Sedang	17	29%
3	Berat	1	2%
Total		59	100%

Dari tabel 1 diatas diketahui sebagian besar responden mengalami sindrom premenstruasi ringan berjumlah 41 responden (69%) (Nursalam, 2013).

b. Distribusi Tingkat Stres pada Siswi Kelas VII dan VIII di SMPN 2 Banyuwangi.

Tabel 2. Tingkat Stres pada Siswi Kelas VII dan VIII di SMPN 2 Banyuwangi.

No	Tingkat stres	Jumlah	Persen (%)
1	Normal	19	32%
2	Ringan	27	45%
3	Sedang	11	19%
4	Berat	2	4%
5	Sangat Berat	0	0%
Total		59	100%

Dari tabel 2 di atas dapat diketahui bahwa kurang dari 50% responden mengalami tingkat stres ringan berjumlah 27 responden (45%) (Nursalam, 2013).

c. Hubungan Kejadian Sindrom Premenstruasi dengan Tingkat Stres pada Siswi Kelas VII dan VIII di SMPN 2 Banyuwangi

Tabel 3. Hubungan Kejadian Sindrom Premenstruasi dengan Tingkat Stres pada Siswi Kelas VII dan VIII di SMPN 2 Banyuwangi

PMS	Tingkat Stres					Total
	Normal	Ringan	Sedang	Berat	Sangat Berat	
Ringan	19(32%)	20(33%)	2(4%)	0(0%)	0(0%)	41(69%)
Sedang	0(0%)	7(12%)	9(15%)	1(2%)	0(0%)	17(29%)
Berat	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(2%)	0(0%)	1(2%)
Total	19(32%)	27(45%)	11(19%)	2(4%)	0(0%)	59(100%)

Berdasarkan tabel 3 di atas di ketahui Hubungan Kejadian Sindrom Pramenstruasi dengan Tingkat Stres pada Siswi Kelas VII dan VIII di SMPN 2 Banyuwangi. Sebagian kecil dengan kategori sindrom pramenstruasi ringan dengan tingkat stres ringan sebanyak 20 responden (33%) (Nursalam, 2013).

d. Analisa Hubungan Kejadian Sindrom Pramenstruasi dengan Tingkat Stres pada Siswi Kelas VII dan VIII di SMPN 2 Banyuwangi

Hasil penelitian dianalisis dengan menggunakan *software spss versi 20* dengan uji *rank spearman*. Dilakukan beberapa tahapan untuk mencari hubungan antara variabel independent (bebas) dan variabel dependent (terikat). Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa Sindrom Pramenstruasi pada Siswi Kelas VII dan VIII bila dihubungkan dengan Tingkat Stres terdapat hubungan yang signifikan, nilai signifikan p sebesar 0,000 dimana nilai $p < 0,05$. Maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Dengan demikian terdapat hubungan yang signifikan antara Sindrom Pramenstruasi dengan Tingkat Stres pada Siswi Kelas VII dan VIII di SMPN 2 Banyuwangi.

PEMBAHASAN

Setelah dilakukan analisa data dan melihat hasilnya maka ada beberapa hal yang perlu dibahas yaitu: Sindrom pramenstruasi, tingkat stres, serta Hubungan kejadian sindrom pramenstruasi dengan tingkat stres pada siswi kelas VII dan VIII di SMPN 2 Banyuwangi.

1. Sindrom Pramenstruasi

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 1 diatas dapat diketahui bahwa sebagian besar sindrom pramenstruasi ringan sebanyak 41 responden (69%).

Sindrom pramenstruasi adalah sindrom yang dimulai pada fase luteal, yakni pada sekitar hari ke-7 dan ke-10 sebelum menstruasi berakhir dengan awitan menstruasi (Balaha, dkk. 2010). Ada beberapa faktor yang meningkatkan resiko terjadinya sindrom pramenstruasi menurut Aulia (2009) antara lain faktor genetik, faktor usia, dan faktor paritas.

Berdasarkan hasil penelitian dan data serta teori diatas banyak remaja di SMPN 2 Banyuwangi yang mengalami sindrom pramenstruasi. Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa yang mengalami sindrom pramenstruasi ringan berjumlah 41 responden (69%), sindrom pramenstruasi sedang berjumlah 17 responden (29%) serta yang mengalami sindrom pramenstruasi berat berjumlah 1 responden (2%). Hal ini terkait dengan pola coping seseorang yang berbeda – beda dalam menghadapi gejala yang ditimbulkan pms itu sendiri. Gejala - gejala sebelum terjadinya menstruasi, siswi mengalami beberapa keluhan, baik yang menyangkut dari segi emosional seperti mudah tersinggung, merasa tertekan, merasa sedih, merasa tidak berdaya dan dari segi fisik seperti nyeri payudara, nyeri perut, ataupun nyeri otot. Timbulnya keluhan sebelum menstruasi ini dipengaruhi oleh adanya gangguan pada sistem hormonal terutama adanya peningkatan hormon progesteron dan estrogen yang dapat menimbulkan gejala – gejala sindrom pramenstruasi.

2. Tingkat Stres

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 2 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden dalam kategori tingkat stres ringan yaitu 27 responden (45%).

Stres adalah suatu kondisi yang terjadi jika orang dihadapkan dengan peristiwa yang mereka rasakan sebagai mengancam kesehatan fisik atau psikologisnya (Zuyina dan Bandiyah, 2010). Namun tidak semua orang dapat beradaptasi dan mengatasi perubahan yang mereka rasakan misalnya seorang remaja. Remaja adalah individu baik pria atau wanita yang berada pada masa atau usia antara anak – anak dan dewasa. Masa remaja merupakan masa mencari identitas diri, adanya keinginan untuk dapat diterima oleh teman sebaya dan mulai tertarik oleh lawan jenis menyebabkan remaja sangat menjaga penampilannya (Sriati, 2008). Faktor penyebab stres seorang remaja yang pertama yaitu faktor keluarga seperti komunikasi antara orang tua dan anak yang kurang baik, orang tua yang jarang di rumah sehingga tidak ada waktu bersama dengan anaknya, hubungan kedua orang tua yang dingin atau penuh ketegangan atau acuh tak acuh, orang tua yang mendidik anaknya kurang sabar, pemarah, keras, otoriter. Faktor yang kedua yaitu faktor lingkungan yang merupakan tempat remaja melakukan hubungan interaksi dengan teman – teman seusianya. Bagi remaja, teman merupakan seseorang yang bahkan bisa melebihi keluarganya sendiri. Faktor ketiga yaitu faktor fisik seperti memiliki badan terlalu gemuk, terlalu kurus, jerawat yang banyak. Stres ringan adalah stresor yang dihadapi seseorang secara

teratur. Situasi seperti ini biasanya berlangsung beberapa menit atau jam. Bagi mereka sendiri, stresor ini bukan resiko signifikan untuk timbul gejala. Namun demikian, stresor ringan yang banyak dalam waktu singkat dapat meningkatkan resiko penyakit. Gejala ringan diantaranya kulit dingin dan berkeringat, tekanan darah normal, jantung berdebar – debar dan otot tegang (Kholid, 2008).

Selain hal tersebut faktor psikologis remaja awal yang berhubungan dengan kesiapan mental remaja sendiri diduga terkait dengan kehidupan emosi yang bergejolak. Pola emosi remaja adalah sama dengan pola emosi anak – anak, jenis emosi yang secara normal seperti cinta atau kasih sayang, gembira, amarah, takut dan cemas, sedih, dan lain – lain. Perkembangan emosi remaja juga sangat bergantung pada faktor kematangan dan faktor belajar (Notoadmojo, 2010).

Dari data dan teori diatas didapatkan bahwa kurang dari 50 % responden dengan kategori tingkat stres ringan berjumlah 27 responden (46%) dan pada diagram 1 dapat diketahui bahwa lebih dari 50% responden berusia 13 tahun. Hal ini dikarenakan pada usia ini merupakan masa awal peralihan menuju remaja, mereka mulai beradaptasi dengan hal – hal baru yang mereka alami. Jika mereka dapat beradaptasi dengan baik, tentunya tidak akan mengganggu. Sebaliknya jika mereka tidak dapat beradaptasi dengan perubahan pada dirinya, mereka akan mengalami stres. Kemudian cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, dengan cara menyesuaikan diri dengan perubahan untuk menyelesaikan stres yang dihadapi.

Apabila koping mereka efektif maka menghasilkan hasil akhir yang baik begitupun sebaliknya.

3. Hubungan Sindrom Premenstruasi dengan Tingkat Stres

Berdasarkan data-data yang diperoleh dari hasil penelitian dan analisa statistik maka dapat diuraikan sebagai berikut:

Setelah dilakukan analisa data didapatkan hasil uji rank spearman dengan menggunakan *software spss versi 20*. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sindrom pramenstruasi pada siswi kelas VII dan VIII bila dihubungkan dengan tingkat stres terdapat hubungan yang signifikan, nilai signifikan $\rho = 0,000$ dimana nilai $\rho < 0,1$. Maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Dengan demikian terdapat hubungan yang signifikan antara Kejadian Sindrom Premenstruasi dengan Tingkat Stres pada Remaja Kelas VII dan VIII di SMPN 2 Banyuwangi

Dari hasil penelitian pada tabel 3 didapatkan PMS ringan dengan tingkat stres normal berjumlah 19 responden (32%), tingkat stres ringan 20 responden (33%), tingkat stres sedang 2 responden (4%), PMS sedang dengan tingkat stres ringan 7 responden (12%), tingkat stres sedang 9 responden (15%), tingkat stres berat 1 responden (2%), dan PMS berat dengan tingkat stres berat 1 responden (2%).

Dari data tersebut menunjukkan adanya perbedaan pola koping seseorang yang berbeda – beda melalui respon dalam upaya menyelesaikan masalah atau stres yang dihadapi dan usia responden yang menunjukkan 32 responden (55%) berusia 13 tahun, hal ini terkait dengan

masa yang penting karena adanya akibat langsung terhadap tingkah laku yang bersifat egosentrisme, dan banyak perubahan dalam kecerdasan dan kemampuan mentalnya.

Adapun responden yang mengalami sindrom pramenstruasi kategori berat dengan tingkat stres sedang sebanyak 1 siswi. Sindrom pramenstruasi yang dialami siswi tersebut mengganggu aktivitasnya. Keluhan yang dirasakan misalnya saja memiliki perasaan tertekan, perut terasa sakit atau nyeri, penurunan aktivitas ataupun kelemahan badan (capek). Apalagi dengan tingkat stres yang dialami cukup tinggi yaitu kategori tingkat stres sedang, gejala sindrom pramenstruasi yang dialami akan semakin meningkat. Ketidakseimbangan hormon yang ada dalam tubuh merupakan salah satu penyebab terjadinya gejala sindrom prmenstruasi semakin meningkat.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian Hubungan Kejadian Sindrom Premenstruasi dengan Tingkat Stres pada Siswi Kelas VII dan VIII di SMPN 2 Banyuwangi dapat disimpulkan bahwa: Sebagian besar siswi kelas VII dan VIII SMPN 2 Banyuwangi mengalami sindrom pramenstruasi dengan kategori ringan sebanyak 41 responden (69%); Kurang dari 50% siswi kelas VII dan VIII SMPN 2 Banyuwangi mengalami tingkat stres ringan sebanyak 27 responden (45%); dan Berdasarkan perhitungan analisis data dengan menggunakan uji rank spearman didapatkan bahwa nilai $\rho = 0,000$. Karena $\rho < 0,05$ maka hipotesa alternatif diterima dan hipotesa nol ditolak, artinya ada hubungan kejadian

sindrom pramenstruasi dengan tingkat stres pada siswi kelas VII dan VIII di SMPN 2 Banyuwangi.

DAFTAR PUSTAKA

- A Lukluk Zuyina & Bandiyah Siti. 2010. Psikologi Remaja. Yogyakarta: Nuha Medika
- Allen, K.Eillen. 2010. *Profil Perkembangan Anak, Perkelahiran Hingga Usia 12 Tahun*. Jakarta: PT. Indeks
- Al-mighwar, Muhammad. 2006 *Psikologi Remaja*. Bandung: Pustaka Setia
- Any. Noor. 2009. *Management Event*. Bandung: Alfabeta
- Arisman. 2010. *Gizi Dalam Daur Kehidupan: Buku Ajar Ilmu Gizi, edisi ke-2*. Jakarta: EGC
- Atkinson, Smith & Bem. 2005. *Pengantar Psikologi*. Jakarta: EGC
- Aulia. 2009. *Kupas Tuntas Menstruasi*. Yogyakarta: Milestone
- Aziz Alimul, H. 2008. *Metode Penelitian dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Balaha. 2010. *The Phenomenology Of Premenstrual Syndrome In Female Medical Students: a Cross Sectional Study*. Panafrikan Medical Journal.
- Budiman C . 2009. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Damayanti. 2013. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Premenstrual Syndrom Pada Mahasiswa D-IV Kebidanan Stikes U'budiyah Banda Aceh*.
http://180.241.122.205/dockti/SITI_DAMAYANTI-skripsi_maya.pdf
(15Februari 2016, Senin 19.30 wib)
- Fairus, M. 2011. *Fisiologi Kebidanan*. Jakarta: Fitramaya
- Herry, dkk. 2011. *Pengantar Psikologi untuk Kebidanan*. Jakarta: Kencana
- Hidayat. 2007. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Bineka Cipta
- Kasdu, Dini. 2008. *Solusi Problem Wanita Dewasa*. Jakarta: Puspa Warna
- Kholid. 2008. *Tanda-tanda Stres*. Bandung: CV Alfabeta
- Kusmiyati, dkk. 2008. *Panduan Lengkap Perawatan Kehamilan*. Yogyakarta: Fitramaya
- Laila, N. 2011. *Buku Pintar Menstruasi*. Yogyakarta: Buku Biru
- Lumonggo, Namori & Lubis. 2009. *Memahami Dasar – Dasar Konseling*. Yogyakarta: Power Books
- Murti, B. 2006. *Desain dan Ukuran Sampel Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: UGM
- Nasution, I.K. 2007. *Stres Pada Remaja*. Medan: USU
- Notoatmodjo Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nurchasanah. 2009. *Ensiklopedia Kesehatan Wanita*. Yogyakarta: Familia.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. 2013. *Metodologi penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika

- Pinel, J.P.J. 2009. *Stres dan Kesehatan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Prihastuti, Yuni. 2014. *Gambaran Tipe Pre Menstruasi Syndrome Pada Remaja Kelas XI Di SMAN 1 Mijen Demak Tahun 2014*. Jurnal Karya Tulis:Stikes Ngudi Waluyo
- Rahajeng. 2006. *Kesehatan Reproduksi Remaja*. Jakarta: EGC
- Sarafino, E.P. 2006. *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. Fift.Edition. USA: John Wiley & Sons.
- Sarwono, Sarlito W. 2011. *Psikologi Remaja*. Jakarta: Rajawali Press.
- Soekidjo. 2010. *Konsep dan Penerapan Metodologi Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sriati, Aat. 2008. *Tinjauan Tentang Stress*. Bandung: Universitas Padjajaran Fakultas Ilmu Keperawatan
- Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: CV. Alfabeta
- Supriyatna, Ena. 2010. *Remaja, Psikologi Remaja, Karakteristik dan Permasalahannya*. Jakarta: Universitas Inderaprasta
- Sylvia, D. 2010. *Sindrom Premenstruasi*. Jakarta: Balai Penebit FKUI
- Taufik, dkk. 2006. *Psikologi Belajar*. Jakarta:PT. Raja Grafindo Persada
- Taufik. 2009. *Pengobatan Sindroma Premenstruasi*. <http://praktekku.blogspot.com>. (15 Februari 2016, Senin 20.00 wib)
- Vivi, Lutviah. 2007. *Hubungan Konsumsi Pangan Sumber Kalsium Pada Remaja Program Studi Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga*. Bogor: IPB
- Wasis. 2008. *Pedoman Riset Praktis Untuk Profesi Perawat*. Jakarta: EGC
- Widyaastuti. 2009. *Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Fitra Maya
- Widyaastuti, dkk. 2010. *Buku Ajar Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC
- Suparman Eddy dan Sentosa Ivan Rifai. 2011. *Premensual syndrome*. Jakarta: EGC

HUBUNGAN KELUARGA SADAR GIZI (KADARZI) DENGAN *STUNTING* PADA BALITA USIA 0-24 BULAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SINGOTRUNAN KABUPATEN BANYUWANGI

Titis Sriyanti¹⁾, Essy Sonontiko Sayekti²⁾ dan Diana Kholida³⁾

1) Dosen Prodi S1 Keperawatan, STIKES Banyuwangi, email: khayraqu_01@yahoo.co.id

2) Dosen D3 Kebidanan, STIKES Banyuwangi, email: essy_stikesbwi@yahoo.com

3. Mahasiswa Prodi S1 Keperawatan, STIKES Banyuwangi

ABSTRAK

Keluarga sadar gizi (KADARZI) adalah suatu keluarga yang mampu mengenal, mencegah, dan mengatasi masalah gizi setiap anggotanya. sedangkan *Stunting* adalah status gizi yang didasarkan pada indeks panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U). Tujuan umumnya untuk mengetahui hubungan antara keluarga sadar gizi (KADARZI) dengan *stunting* pada balita usia 0-24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi.

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi korelasi dengan bentuk rancangan penelitian cross sectional (hubungan/asosiasi). Dengan jumlah populasinya adalah 133 balita *stunting* dengan sampel yang diambil sebanyak 57 balita *stunting*. Kemudian tehnik sampling yang digunakan adalah purposive sampling, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya. Didalam penelitian ini menggunakan uji *chi-square*.

Berdasarkan hasil penelitian bahwa dari 57 responden mayoritas berada pada katagori tidak kadarzi sebanyak 37 (65%) keluarga balita, dan *stunting* katagori pendek sebanyak 38 (66%). Setelah dilakukan perhitungan uji *Chi-square* menggunakan SPSS22 for windows, diperoleh hasil signifikan = 0,170 dimana nilai $p < 0,05$. Maka signifikan H_a ditolak H_0 diterima yang berarti tidak ada hubungan keluarga sadar gizi (KADARZI) dengan *stunting* pada usia 0-24 bulan di wilayah kerja puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi.

Kesimpulannya dengan melihat hasil penelitian ini, cara untuk mengatasi terjadinya masalah gizi pada balita hendaknya para orang tua lebih memperhatikan asupan yang dikonsumsi keluarga dan balitanya dengan menerapkan hidup KADARZI. Dengan menerapkan hidup KADARZI sangat bermanfaat untuk mengurangi resiko terjadinya masalah gizi terutama masalah *stunting* pada balita.

Kata kunci : KADARZI, *Stunting*, *Balita*

PENDAHULUAN

Balita adalah istilah umum pada anak usia 1-3 tahun dan anak prasekolah (3-5 tahun). Saat usia balita, anak masih

bergantung penuh kepada orang tua untuk melakukan kegiatan penting seperti mandi, buang air dan makan. Perkembangan bicara dan berjalan sudah

bertambah baik. Namun kemampuan lain masih terbatas (Sutomo, 2010). Usia tersebut merupakan landasan yang membentuk masa depan kesehatan, kebahagiaan, pertumbuhan, perkembangan dan hasil pembelajaran anak disekolah, keluarga, masyarakat dan kehidupan secara umum (Kemenkes, 2014). Pertumbuhan seorang anak bukan hanya sekedar gambaran perubahan ukuran tubuh, tetapi lebih dari itu memberikan gambaran tentang keseimbangan antara asupan dan kebutuhan gizi (Depkes RI, 2007). Gizi merupakan suatu hal yang esensial dalam menjaga keseimbangan metabolisme tubuh manusia terutama bagi tumbuh kembang anak baik sejak dalam kehamilan hingga usia dibawah lima tahun dan salah satu manifestasi dari gizi buruk adalah perawakan pendek pada anak (*stunting*) (Gibney, 2009).

Stunting adalah status gizi yang didasarkan pada indeks panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U) (Kemenkes, 2012). Dalam hal ini, berat kurang dan kurus merupakan dampak masalah kekurangan gizi yang bersifat akut sedangkan pendek merupakan manifestasi kekurangan gizi yang bersifat kronis (Kemenkes, 2010). Penyebab gizi kurang pada anak tidak hanya dari makanan yang kurang tetapi juga karena penyakit, anak yang mendapat makanan yang baik tetapi sering menderita penyakit infeksi dapat menderita kurang gizi. Demikian pula pada anak yang makannya tidak cukup baik, maka daya tahan tubuh akan melemah dan mudah terserang penyakit, Sehingga makanan dan penyakit merupakan penyebab kurang gizi. Perilaku gizi yang baik dan benar pada

setiap individu dapat mengacu pada pesan gizi seimbang dalam pedoman umum gizi seimbang (PUGS) yang terdiri dari 13 pesan (Depkes RI, 2007). Salah satu sasaran prioritas rencana strategi departemen kesehatan dalam rangka mencapai sasaran menurunkan prevalensi gizi kurang adalah keluarga sadar gizi (KADARZI) (Depkes RI, 2007). Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) adalah suatu keluarga yang mampu mengenal, mencegah dan mengatasi masalah gizi setiap anggotanya. (Depkes RI, 2007).

Masalah gizi pada balita yang terjadi di Indonesia antara lain kurang energi protein (KEP), berat bayi lahir rendah (BBLR), balita pendek (*stunted*), dan Berat Badan Kurus sedangkan masalah gizi pada dewasa adalah kurang energi kronik (KEK), Berat Lebih dan Kegemukan, Kurang Vitamin A (KVA), Anemia Gizi Besi (AGB), Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY), Kekurangan Zat Gizi Mikro. Berdasarkan profil kesehatan Indonesia tahun 2012, Tiga angka prevalensi *stunting* tertinggi di ASEAN adalah Laos (48%), Kamboja (40%) dan Indonesia (36%) (Kemenkes, 2012). Di Indonesia sebanyak 13 provinsi termasuk kategori berat, dan sebanyak 15 provinsi termasuk kategori serius. Ke 15 provinsi tersebut adalah: Papua (40,1%), Maluku (40,6%), Sulawesi Selatan (40,9%), Sulawesi Tengah (41,0%), Maluku Utara (41,1%), Kalimantan Tengah (41,3%), Aceh (41,5%), Sumatera Utara (42,5%), Sulawesi Tenggara (42,6%), Lampung (42,6%), Kalimantan Selatan (44,2%), Papua Barat (44,7%), Nusa Tenggara Barat (45,2%), Sulawesi Barat (48,0%) dan Nusa Tenggara Timur (51,7%). Sedangkan di Jawa Timur meskipun tidak memiliki

kejadian *stunting* sebesar provinsi lain, tetapi angka kejadian *stunting* di Jawa Timur cukup banyak yaitu sebesar 35,8 %. Dari data diatas Indonesia masih harus bekerja keras mengatasi *stunting* ini, karena batas non *public health* yang ditetapkan WHO tahun 2005 adalah prevalensi *stunting* rendah < 20%, sedang 20-29% dan tinggi 30-39% . Sedangkan saat ini prevalensi balita pendek di seluruh provinsi di Indonesia masih diatas 20% atau tepatnya 35,6%. Dengan demikian dapat dikatakan prevalensi *stunting* di Indonesia masih tinggi. Dan Jawa Timur, jika dilihat dari indikator gizi menurut TB/U, berdasarkan Riskesdas 2013 prevalensi pendek secara nasional adalah 37,2%, yang berarti terjadi peningkatan dibandingkan tahun 2007 (36,8%) dan tahun 2010 (35,6%). Prevalensi pendek sebesar 37,2 % terdiri dari 18,0% sangat pendek dan 19,2% pendek. Pada tahun 2013 prevalensi sangat pendek menunjukkan penurunan, dari 18,8% tahun 2007 dan 18,5% tahun 2010. Prevalensi pendek meningkat dari 18,0% ditahun 2007 dan pada tahun 2010 sebesar 17,1% menjadi 19,2% pada tahun 2013. Di tahun 2013 data di Jawa Timur khususnya Kabupaten Banyuwangi tentang status gizi dari 67,0 % terdapat status gizi buruk sebanyak 7% dan balita yang mengalami gizi kurang 37%, balita yang mengalami KEP sejumlah 44% dan 12% lainnya adalah balita dengan status gizi normal. Sedangkan berdasarkan Riskesdas tahun 2013 pencapaian KADARZI di Jawa Timur sebesar 34,8%. Dua indikator ASI eksklusif (54,6%) dan makan beraneka ragam (45,1%) masih belum mencapai target. Ketiga indikator lainnya sudah mencapai target yaitu menimbang

berat badan secara teratur (89,5%), menggunakan garam beryodium (94,4%) dan yang terakhir dan memberi suplemen gizi (91,3%). Salah satu indikator untuk menentukan anak yang harus dirawat dalam manajemen gizi buruk adalah keadaan sangat pendek yaitu anak dengan nilai *Zscore* < -3,0 SD. Masalah kesehatan masyarakat dianggap berat bila prevalensi pendek sebesar 30–39% dan serius bila prevalensi pendek 40% (WHO,2010). Dan berdasarkan hasil rekapitulasi dari Dinas Kesehatan Pemerintah Kabupaten Banyuwangi pada tahun 2012 jumlah bayi yang ada di Banyuwangi hingga Mei 2012 terhitung 106.338 bayi. Dari hasil pendataan KADARZI di Kabupaten Banyuwangi tahun 2013 di ketahui jumlah yang melaksanakan KADARZI sebesar 80,5%. Dan pada tahun 2015, terjadi penurunan sebesar 48,2% keluarga yang melaksanakan KADARZI sehingga ditahun tersebut, keluarga yang melakukan KADARZI sebesar 32,3% (Renja Dinkes Banyuwangi, 2015).

Sedangkan berdasarkan data dari Puskesmas Singotrunan tahun 2014 diketahui dari 590 kk yang melaksanakan KADARZI sebanyak 456 kk dan yang tidak melaksanakan KADARZI berjumlah 134 kk. Di tahun 2015 data tentang status gizi balita yang datang ke posyandu dengan jumlah 102 balita yang termasuk status gizi kurang 47 balita dan normal 55 balita sedangkan untuk data *stunting* dari 102 balita yang berkunjung keposyandu ada 25 normal, 25 *stunting*, 52 tidak ada keterangan. Dari studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Singotrunan bulan November tahun 2015 menunjukkan dari 22 balita yang berumur (0-24 bulan) didapatkan

kategori sangat pendek 8, pendek 5 dan normal 9.

Keluarga sadar gizi merupakan keluarga yang berperilaku gizi seimbang, mampu mengenal masalah gizi dan mampu mengatasi masalah gizi setiap anggota keluarganya. Suatu keluarga disebut KADARZI apabila telah berperilaku gizi yang baik dengan menerapkan kelima indikator kadarzi dengan menimbang berat badan secara teratur, memberikan air susu ibu (ASI) saja sampai umur enam bulan (ASI Eksklusif), makan beranekaragam, menggunakan garam beryodium dan minum suplemen gizi (kapsul Vitamin A) (Depkes RI, 2007). Faktor yang mempengaruhi KADARZI diantaranya adalah faktor sosio demografi yang meliputi tingkat pendidikan orang tua, umur orang tua, jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga, ketersediaan pangan, pengetahuan dan sikap ibu terhadap gizi (Gabriel, 2008). Semakin tinggi perilaku KADARZI yang di terapkan dengan baik, maka semakin rendah angka balita dengan status gizi *stunting* begitu pula sebaliknya (Hariyadi, 2010). Oleh karena itu, kesadaran keluarga akan perilaku terhadap gizi juga dirasa mempengaruhi taraf kesehatan pada setiap anggota keluarganya. Keluarga yang menerapkan perilaku sadar gizi (KADARZI) dapat memberikan perlindungan yang optimal dalam hal kesehatan melalui makanan yang dikonsumsi. Salah satu akibat dari tidak tercapainya kesadaran akan gizi adalah *stunting* pada balita. Sehingga *stunting* pada balita sangat berhubungan dengan keluarga sadar gizi. (Onis *et al.*, 2011).

Dalam jurnal yang berjudul "Hubungan perilaku keluarga sadar gizi (KADARZI) dengan kejadian *stunting* pada balita di kecamatan wonosari kabupaten klaten". Yang disusun oleh Galuh Astri Kirana disebutkan bahwa gizi merupakan suatu hal yang esensial dalam menjaga keseimbangan metabolisme tubuh manusia terutama bagi tumbuh kembang anak baik sejak dalam kehamilan hingga usia di bawah lima tahun. Melalui program *Scaling Up Nutrition (SUN)* diharapkan dapat memperkuat komitmen dan rencana aksi percepatan perbaikan gizi, terutama penanganan gizi sejak 1000 hari dari masa kehamilan hingga anak usia 2 tahun (Lancet, 2013). *SUN* yang di Indonesia disebut dengan Gerakan Nasional Sadar Gizi diharapkan dapat menekan angka kejadian penyakit kronis di masa mendatangnya (Negrito dan Gomes, 2013). Pada dasarnya status gizi anak di pengaruhi oleh faktor langsung dan tidak langsung, Faktor langsung yang berhubungan dengan *stunting* yaitu berupa asupan makanan dan status kesehatan. Oleh karena itu, perlunya kesadaran masyarakat khususnya pada tingkatan keluarga untuk dapat melaksanakan program peningkatan kesehatan melalui penimbangan rutin dapat dikatakan baik jika balita ditimbang 4 kali atau lebih dalam 6 bulan terakhir, kurang baik jika ditimbang kurang dari 4 kali dalam 6 bulan terakhir. Penerapan ASI eksklusif dikatakan baik jika ibu memberikan ASI minimal 6 bulan setelah kelahiran kepada bayinya, dan tidak baik bila tidak diberikan minimal 6 bulan setelah kelahiran. Konsumsi makan dapat dikatakan beragam jika mengkonsumsi lauk hewani dan sayuran setiap hari, dan

dikatakan kurang jika tidak mengkonsumsi lauk hewani dan sayuran dalam sehari. Penggunaan garam dapur dikatakan baik jika menggunakan garam kotak atau halus, dan dikatakan kurang baik jika menggunakan garam gresek. Konsumsi suplemen gizi dikatakan baik jika balita mendapat dan mengonsumsi kapsul vitamin A 2 kali dalam satu tahun, dan kurang jika hanya 1 kali atau tidak mendapat dan mengonsumsi kapsul vitamin A (Depkes RI, 2007). Untuk mewujudkan sumber daya manusia yang baik salah satu hal yang penting diupayakan pemerintah adalah dengan memperbaiki status gizi anak balita, karena usia balita merupakan periode penting dalam perkembangan yang akan menentukan pembentukan fisik, psikis maupun intelegensinya. Mengidentifikasi perilaku KADARZI pada keluarga di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan.

Tujuan dari penelitian ini adalah mengidentifikasi mengidentifikasi perilaku KADARZI pada keluarga, mengidentifikasi *Stunting* pada balita (Usia 0-24 Bulan) dan menganalisa hubungan KADARZI dengan *Stunting* pada balita (Usia 0-24 Bulan) di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah “korelasional”. Korelasional adalah penelitian yang mengkaji hubungan antara variabel. Penelitian korelasional bertujuan mengungkapkan hubungan korelasi antar variabel. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*.

Pada penelitian ini populasinya adalah seluruh ibu dan balita *stunting*

yang berusia 0-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah ibu dan balita *stunting* yang berusia 0-24 bulan di wilayah kerja Puskesmas Singotrunan Banyuwangi yang ditentukan dengan menggunakan teknik *Purposive Sampling* berjumlah 57.

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*. Variabel independen dalam penelitian ini adalah “KADARZI” sedangkan variabel dependen dalam penelitian ini adalah “*Stunting*”.

Instrumen penelitian untuk mengukur KADARZI adalah lembar observasi. Skala pengukuran dengan tipe ini, akan didapat jawaban yang tegas, yaitu “ya-tidak”. Skala ini dapat dibuat dalam bentuk pilihan ganda dengan lima buah soal, dan jawaban skor tertinggi satu dan terendah nol. Untuk mengetahui *stunting* pada balita dalam penelitian ini digunakan instrument penelitian berupa lembar observasi. Dimana dalam lembar observasi ini berisi data tentang usia dan tinggi badan atau panjang badan balita yang nantinya akan dibandingkan dengan tabel *Z-Score*.

Sebelum melakukan analisa data, secara berurutan data yang berhasil dikumpulkan akan mengalami proses editing, yaitu: *Coding, Scoring dan Tabulating*. Analisa statistik digunakan pada data kuantitatif atau data yang dikontingensi. Dalam penelitian ini data yang terkumpul diolah menggunakan uji statistik *Chi Square* dibantu dengan perangkat lunak SPSS (*statistic programme for social scient*) versi 22 for windows 7 . Dengan kaidah pengujian: Jika *Chi Square* hitung < (0,05) maka H_0 ditolak. Yang artinya ada hubungan

hubungan KADARZI dengan stunting pada balita (usia 0-24 tahun) di wilayah kerja puskesmas Singtrunan Banyuwangi. Jika *Chi Square* hitung $> (0,05)$ maka

H_0 diterima, Yang artinya tidak ada hubungan KADARZI dengan stunting pada balita (usia 0-24 tahun) di wilayah kerja puskesmas Singtrunan Banyuwangi.

HASIL

1. Data Umum

a. Karakteristik responden berdasarkan usia

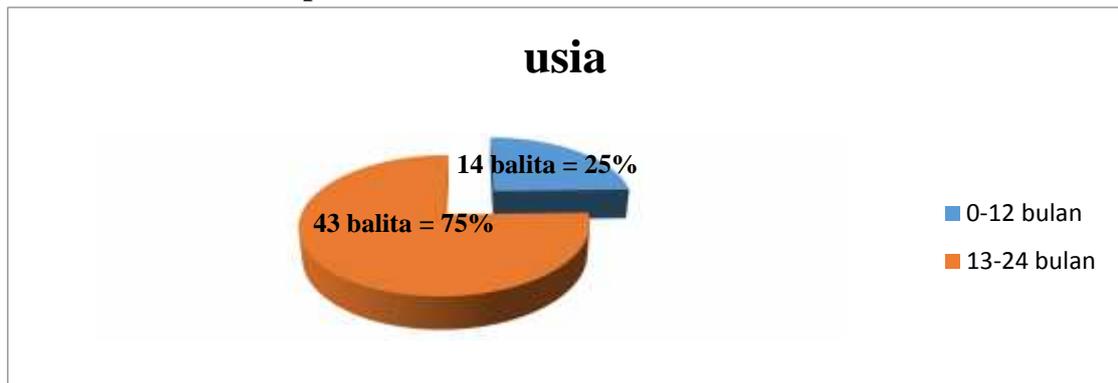


Diagram 1. Responden berdasarkan usia balita yang mengalami *Stunting* di Wilayah Kerja Puskesmas Singtrunan Kabupaten Banyuwangi

Diagram 1 Menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada dalam

kelompok usia 13- 24 bulan, yaitu sebanyak 43 responden (75 %).

b. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin



Diagram 2. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin balita yang mengalami *Stunting* di Wilayah Kerja Puskesmas Singtrunan Kabupaten Banyuwangi

Diagram 2 menunjukkan bahwa lebih dari 50 % responden berjenis

kelamin laki-laki sebanyak 33 responden (58%)

c. Distribusi pendidikan orang tua responden



Diagram 3. Distribusi pendidikan orang tua responden yang mengalami *Stunting* di Wilayah Kerja Puskesmas Singtrunan Kabupaten Banyuwangi

Diagram 3 menunjukkan bahwa responden sekolah dasar sebanyak 32 lebih dari 50% pendidikan orang tua responden (56 %).

2. Data Khusus

a. Distribusi Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)

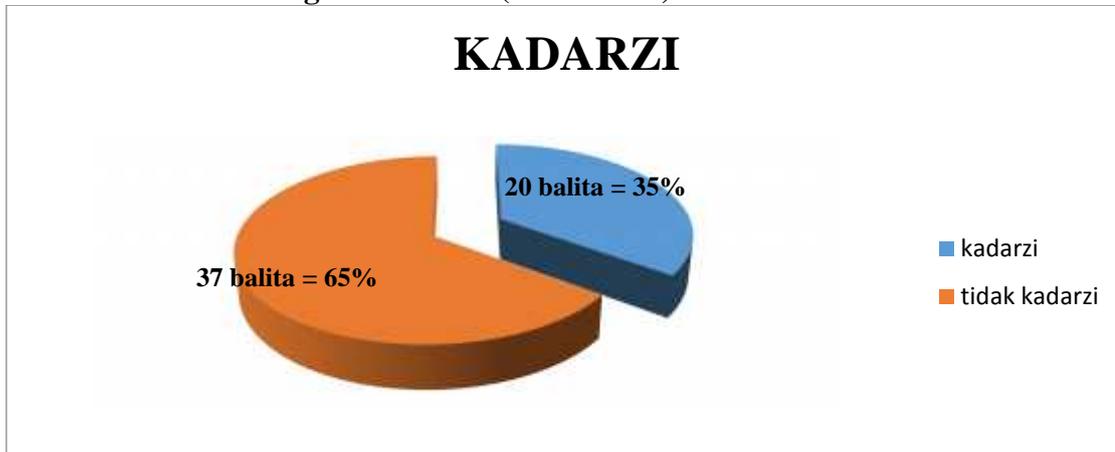


Diagram 4. Distribusi responden berdasarkan keluarga sadar gizi (KADARZI) pada usia 0 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Singtrunan Kabupaten Banyuwangi .

Berdasarkan diagram 4 diatas diketahui lebih dari 50% keluarga balita masuk katagori tidak KADARZI yaitu sebanyak 37 keluarga balita (65%).

b. Distribusi *Stunting* usia 0 – 24 bulan

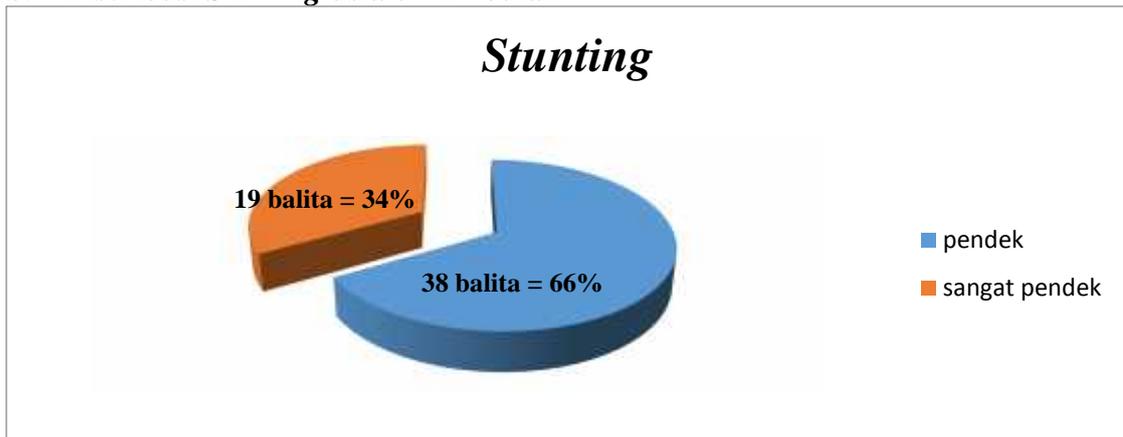


Diagram 5. Distribusi Responden Berdasarkan *Stunting* Pada Usia 0 – 24 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Singtrunan Kabupaten Banyuwangi

Berdasarkan diagram 5 diatas diketahui sebagian besar balita masuk

katagori *stunting* yang pendek yaitu sebanyak 38 keluarga balita (66%).

c. Hubungan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dengan *Stunting* pada Usia 0 – 24 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi

Tabel 1. Hubungan Keluarga Sadar Gizi Dengan *Stunting* Pada Usia 0 – 24 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi

Kadarzi	Stunting		Total
	Sangat Pendek	Pendek	
Ya	9 (15,8%)	11(19,3%)	20 (35,1 %)
Tidak	10 (17,5%)	27 (47,4%)	37 (64,9%)
Total	19 (33,3 %)	38 (66,7%)	57 (100 %)

Dari tabel 1 diatas dapat diketahui bahwa kurang dari 50% responden mengalami tidak KADARZI dengan katagori *stunting* yang pendek sebanyak 27 (47 %) responden.

Dari data tersebut dilakukan perhitungan berdasarkan data hubungan keluarga sadar gizi (KADARZI) dengan *stunting* kemudian data di uji

menggunakan uji *Chi- square* dibantu fasilitas SPSS diperoleh nilai Asym.Sig. $0,05 < 0,170$ maka signifikan H_0 diterima H_a di tolak yang berarti tidak ada Hubungan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dengan *Stunting* pada Usia 0– 24 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi.

PEMBAHASAN

1. Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) Di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi

Dalam diagram 4 diketahui lebih dari 50% keluarga balita yaitu 37 responden (65%) termasuk katagori keluarga tidak KADARZI. Keluarga sadar gizi merupakan keluarga yang mampu mengenal mencegah dan mengatasi masalah gizi setiap anggota keluarganya, dan suatu keluarga disebut KADARZI apabila telah berperilaku gizi yang baik dengan menerapkan kelima indikator kadarzi menurut Depkes RI, (2007) antara lain, menimbang berat badan, memberikan air susu ibu (ASI), makan beranekaragam, menggunakan garam beryodium, minum suplemen gizi (kapsul Vitamin A). Adapun beberapa faktor yang mempengaruhi KADARZI diantaranya adalah faktor sosio demografi yang meliputi tingkat pendidikan orang tua, umur orang tua, jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga, ketersediaan pangan, pengetahuan dan sikap ibu terhadap gizi. Menurut peneliti tingkat pendidikan orang tua sangat penting.hal ini sesuai dengan pernyataan (Gabriell, 2008) Pendidikan orang tua merupakan salah satu faktor yang penting dalam tumbuh kembang anak, karena dengan pendidikan yang baik maka orang tua dapat menerima segala informasi dari luar terutama tentang cara pengasuhan anak yang baik, bagaimana menjaga kesehatan anaknya, pendidikannya dan sebagainya.

Sesuai hasil penelitian terdapat data yang mendukung bahwa pendidikan orang tua mempengaruhi KADARZI sebagai berikut katagori tidak KADARZI

dengan pendidikan otrang tua SD 18 (31,6%), SMP 6(10,5%), SMA 10 (17,5%), dan yang terakhir perguruan tinggi ada 3 (5,3%), sedangkan katagori KADARZI dengan pendidikan SD 14 (24,6%), SMP 2(3,5%), SMA2(3,5%) dan perguruan tinggi terdapat 2 (3,5%) dari data tersebut terlihat bahwa pendidikan orang tua menunjukkan bahwa lebih dari 50% pendidikan orang tua responden adalah sekolah dasar sebanyak 32 responden (56 %). Dari data tersebut terlihat jelas bahwa pendidikan orang tua dan kesadaran keluarga akan pentingnya menerapkan hidup KADARZI sangatlah penting, karena banyak efek yang akan terjadi jika kekurangan gizi setiap harinya dan efek tersebut merugikan balita dan keluarga dimasa akan datang.

Dari hasil observasi tertinggi adalah point ke 4, 50% orang tua responden menggunakan garam beryodium saat menyajikan menu makan setiap harinya karena teori menyebutkan jika tidak menggunakan garam beryodium akan mengalami gangguan fisik meliputi pembesaran kelenjar tiroid (gondok), stunting, gangguan motoric (kesulitan berdiri atau berjalan normal), bisu, tuli, hingga juling. Sedangkan keterbelakangan mental termasuk berkurangnya tingkat kecerdasan anak (Yuni Zahraini, 2009). Banyak efek yang diakibatkan tidak memakai garam beryodium saat proses memasak salah satunya terjadi stunting pada balita, jadi para ibu harus lebih slektif lagi untuk memilih garam yang akan digunakan agar anggota keluarga tidak mengalami stunting. Dan yang terendah dari hasil observasi adalah poit ke 2 yaitu ASI kurang dari 50 % balita tidak

menggunakan ASI, sedangkan teori menyebutkan ASI sangat baik diberikan kepada bayi segera setelah dia lahir karena ASI merupakan gizi terbaik bagi bayi dengan komposisi zat-zat gizi didalamnya secara optimal mampu menjamin pertumbuhan tubuh bayi. Kualitas zat gizi ASI juga terbaik karena mudah diserap dan dicerna oleh usus bayi. Pemberian makanan padat atau tambahan yang terlalu dini dapat mengganggu pemberian ASI eksklusif serta meningkatkan angka kesakitan pada bayi (Roesli, 2008). ASI yang seharusnya jadi komponen utama yang kaya akan nutrisi dan dibutuhkan balita mendapat nilai terbawah karena kurangnya motivasi orang tua balita untuk memberi asi.

2. *Stunting* pada balita Di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi

Dari hasil penelitian pada diagram 5.5 diketahui bahwa sebagian besar responden mengalami *stunting* katagori pendek yaitu sebanyak 38 responden (66%).

Stunting adalah status gizi yang didasarkan pada indeks panjang badan menurut umur (PB/U) atau tinggi badan menurut umur (TB/U) (Kemenkes, 2010). Dan anak-anak yang mengalami hambatan dalam pertumbuhan disebabkan oleh kurangnya asupan makanan yang memadai dan penyakit infeksi yang berulang, dan meningkatnya kebutuhan metabolic serta mengurangi nafsu makan, sehingga meningkatnya kekurangan gizi pada anak. Keadaan ini semakin mempersulit untuk mengatasi gangguan pertumbuhan yang akhirnya berpeluang terjadinya *stunting* (Allen and Gillespie, 2009). Dan beberapa faktor

penyebab yang berhubungan dengan *stunting* antara lain asupan energi, asupan protein, penyakit infeksi, pemberian ASI, status imunisasi, usia balita, jenis kelamin, berat lahir balita, pekerjaan orang tua, status ekonomi keluarga. Jadi dari beberapa faktor penyebab *stunting* diatas usia balita memegang peranan penting dalam tumbuh kembang balita, diperkuat dengan data yang di dapat saat penelitian terkait usia sebagai berikut dalam diagram 5.1 Menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada dalam kelompok usia 12-24 bulan, yaitu sebanyak 43 responden (75 %). Oleh karena itu memenuhi asupan gizi dimasa tumbuh kembang balita merupakan suatu hal yang sangat penting baik mulai dari usia kehamilan hingga usia balita dibawah 5 tahun. Sedangkan dimasa tumbuh kembang balita yang berusia dibawah 24 bulan lebih mungkin untuk bisa pulih dari *stunting* dengan bantuan asupan gizi yang baik. Jika orang tua sudah mengetahui balitanya dari lahir masuk katagori *stunting* baik pendek maupun sangat pendek bisa pulih kembali, jika orang tua merubah asupan gizi balitanya dengan cara hidup KADARZI kemungkinan besar anak balitanya tidak akan mengalami *stunting* dimasa akan datang.

Hal yang mendukung selanjutnya adalah jenis kelamin, terdapat dalam diagram 5.2 menunjukkan bahwa lebih dari 50% responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 33 responden (58%), disamping data dari diagram 5.2 terdapat pula data yang mendukung teori yang mengatakan jika anak laki-laki yang lebih banyak mengalami *stunting* sebagai berikut untuk jenis kelamin laki-laki dengan katagori *stunting* pendek

sebanyak 21 balita sedangkan pada katagori sangat pendek sebanyak 12 balita. disamping itu studi kohort di Ethopia menunjukkan bayi dengan jenis kelamin laki- laki memiliki resiko dua kali lipat menjadi *stunting* dibandingkan dengan anak perempuan pada usia 6-12 bulan (Medhin, 2010). Anak laki-laki memiliki resiko lebih tinggi *stunting*, karena kemungkinan para ibu lebih dekat terhadap anak perempuannya dan menganggap anak perempuannya adalah anak yang lemah dan perlu mendapat perhatian lebih dibanding anak laki-laki yang dianggap kuat oleh sang ibu. Disamping itu juga anak laki-laki memiliki segudang aktifitas bermain yang lebih dibanding anak perempuan, sehingga banyak energi yang keluar dan asupan gizi yang kurang karena aktifitas bermain yang tinggi.

3. Hubungan keluarga sadar gizi (KADARZI) dengan *stunting* pada balita usia 0-24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi

Dari tabel 1 diatas dapat diketahui bahwa kurang dari 50% responden mengalami KADARZI sebanyak 20 (35%) responden, dan yang berada pada katagori *stunting* pendek yaitu sebanyak 11 (19%) responden.

Setelah dilakukan perhitungan berdasarkan data hubungan keluarga sadar gizi (KADARZI) dengan *stunting* kemudian data di uji menggunakan uji *Chi-square* diabntu fasilitas SPSS, diperoleh nilai $Asym.Sig.0,05 > 0,170$ maka signifikan H_a ditolak H_o diterima yang berarti tida ada Hubungan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dengan *Stunting* pada Usia 0–24 Bulan Di Wilayah Kerja

Puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi .

Kadarzi adalah suatu keluarga yang mampu mengenal, mencegah, dan mengatasi masalah gizi setiap anggotanya. Suatu keluarga disebut Kadarzi apabila telah berperilaku gizi yang baik secara terus menerus yaitu menimbang balita secara teratur setiap bulan, memberikan ASI eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan, mengkonsumsi makanan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium, dan mengkonsumsi suplemen gizi (Depkes RI, 2007). Selain ke lima indikator diatas ada pula faktor yang mempengaruhi KADARZI diantaranya adalah faktor sosio demografi yang meliputi tingkat pendidikan orang tua, umur orang tua, jumlah anggota keluarga, pendapatan keluarga, ketersediaan pangan, pengetahuan dan sikap ibu terhadap gizi (Gabriel, 2008). Dari beberapa faktor diatas yang memegang peranan penting adalah pendidikan orang tua karena pendidikan orang tua dapat mempermudah terutama seorang ibu untuk menerima informasi sebanyak-banyaknya mengenai kebutuhan gizi balita dan keluarganya. Karena asupan gizi yang harus diperoleh balita tidak harus mahal akan tetapi menyiasati sajian sederhana namun mempunyai banyak kandungan gizi yang dibutuhkan dalam tumbuh kembang balitanya. Karena, semakin tinggi perilaku KADARZI yang di terapkan dengan baik, maka semakin rendah angka balita dengan status gizi *stunting* begitu pula sebaliknya (Hariyadi, 2010).

Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti didapatkan juga data lebih dari 50% responden mengalami tidak KADARZI sebanyak 37

(65%) responden, dan kurang dari 50% mengalami katagori pendek sebanyak 27 (47%) responden. Data diatas menyatakan bahwa tidak KADARZInya suatu keluarga akan mengakibatkan stunting katagori pendek. Hal itu semua dikarnakan pengetahuan seorang ibu terhadap asupan gizi balitanya kurang, kemudian umur dan jenis kelamin juga mempengaruhi berlangsungnya tumbuh kembang, karena menurut (Sadgh *et al.*,2009) anak-anak yang berusia 1-2 tahun lebih mungkin untuk bisa pulih dari stunting dibandingkan dengan anak yang berusia lebih dari 2 tahun lebih kecil kemungkinan untuk pulih dari stunting. Sedangkan untuk jenis kelamin sesuai yang di kemukakan oleh (Medhin, 2010) dalam studi kohort di Ethopia menunjukkan bayi dengan jenis kelamin laki-laki memiliki resiko dua kali lipat menjadi stunting dibandingkan anak perempuan pada usia 6-12 bulan.

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian Hubungan Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) Dengan Stunting Pada Balita Usia 0 – 24 Bulan Di wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi dapat disimpulkan sebagai berikut: Lebih dari 50% balita yang berusia 0 – 24 bulan di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi berada pada kelompok keluarga tidak sadar gizi yaitu sebanyak 37 responden (65%) dari 57 responden yang diteliti; Sebagian besar balita yang di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi mengalami stunting dalam katagori pendek yaitu sebanyak 37 responden (66 %) dari 57

responden yang diteliti; Setelah dilakukan perhitungan berdasarkan data hubungan keluarga sadar gizi (KADARZI) dengan *stunting* kemudian data di uji menggunakan uji *Chi- square* diabntu fasilitas SPSS 22, diperoleh nilai $Asym.Sig.0,05 < 0,170$ maka signifikan H_0 diterima H_a ditolak yang berarti tidak ada Hubungan Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi) dengan *Stunting* pada Usia 0– 24 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Singotrunan Kabupaten Banyuwangi .

DAFTAR PUSTAKA

- ACC/SCN. (2000). *Fourth Report On The World Nutrition Situation: Nutrition Throughout The Life Cycle*. Geneva, ACC/SCN In Collaboration With IFPRI.
- Adisasmito,Wiku.(2007). *Sistem Kesehatan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada
- Allen And Gillespie.(2009). *High Socioeconomic Class Preschool Children From Jakarta, Indonesia Are Taller And Heavier Than NCHS Reference Population*. Eur J Clin Nutr 1995; 49: 740-4.
- Almatsier, S.(2006). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama
- Arisman.(2010).*Gizi Dalam Daur Kehidupan Buku Ajar Ilmu Gizi.2and.Ed*.Jakarta: EGC
- Arora, S.P. (2009). *Asupan Energi*. Yogyakarta. Gadjah Mada
- Arsita, Eka Prasetyawati. (2011). *Kesehatan Ibu Dan Anak. In: Ilmu Kesehatan Masyarakat Untuk Kebidanan Holistik. Edisi I*. Yogyakarta: Nuha Medika P1408.

- Assis, et al. (2009). *Childhood Stunting In Northeast Brazil: The Role Of Schistosoma Mansonii Infection And Inadequate Dietary Intake*. European Journal Of Clinical Nutrition; 58:1022-1092
- Astari LD, Nasoetion A, Dwiriani CM. (2010). *Hubungan Karakteristik Keluarga, Pola Pengasuhan Dan Kejadian Stunting Anak Usia 6-12 Bulan*. Media Gizi Dan Keluarga; 29 (2): 40-46.
- Alimul Aziz. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan Dan Tehnik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika
- Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. (2010). *Riset Kesehatan Dasar*. Hal 40.
- Basuni Abas. (2005). *Keluarga sadar gizi (KADARZI) dalam menuju gizi baik untuk semua*. vol 3, no 1, hal 1-8, diakses 14 april 2016.
- Bentian Irwanti, dkk. (2015). *Faktor resiko terjadinya stunting pada anak tk di wilayah kerja puskesmas siloam tamako kabupaten kepulauan sangihe provinsi sulawesi utara*. vol 5, no 1 hal 1-7, diakses 14 april 2016.
- Brown, J. E. (2005). *Nutrition Through The Life Cycle (2nd Edition)*. USA: Wadsworth
- Damanik, M. Eka Yanti, Didik Hariyadi. (2010). *Analisis Pengaruh Pendidikan Ibu Terhadap Status Gizi Balita Di Provinsi Kalimantan Barat*. Jurnal Gizi Dan Pangan
- Departemen Gizi Dan Kesehatan Masyarakat FKM UI. (2009). *Status Gizi*. In: *Gizi Dan Kesehatan Masyarakat*. Edisi I. Jakarta. P276: Raja Grafindo Persada
- Depkes RI. (2006). *Pedemoan Umum Pengelolaan Posyandu*. Jakarta
- Depkes RI. (2007). *Panduan Umum Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)*. Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat. Jakarta
- Depkes RI. (2007). *Pedoman Pendampingan Keluarga Menuju Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)*. Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat. Jakarta Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Depkes RI. (2007). *Pedoman Strategi KIE Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)*. Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Direktorat Bina Gizi Masyarakat
- Depkes RI. (2007). *Buku Kader Posyandu Dalam Usaha Perbaikan Gizi Keluarga*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Depkes RI. (2007). *Pemantauan Pertumbuhan Anak*. Jakarta: irektorat Gizi Masyarakat.
- Depkes RI. (2008). *Buku Kesehatan Ibu Dan Anak Gerakan Nasional Pemantauan Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Depkes RI. (2009). *Jadwal Pemberian Imunisasi*. Jakarta. Gramedia
- Depkes RI. (2010). *Pedoman Nasional Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta. Gramedia
- Diana, F.M. (2011). *"Hubungan Pola Asuh Dengan Status Gizi Anak Batita Di Kecamatan Kuranji Kelurahan Pasar Ambacang Kota Padang Tahun 2004"*. Jurnal Kesehatan Masyarakat
- Djumadiaz. (2011). *Aplikasi Antropometri Sebagai Alat Ukur Status Gizi*. Bogor: Puslibang Gizi.

- Fitri.(2012). *Asupan Protein Sebagai Faktor Dominan Terjadinya Stunting Pada Balita (12-59 Bulan) Di Sumatra (Analisis Data Riskesda 2010)*. Thesis. FKM UI. Depok
- Gabriel A. (2008). *Perilaku Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) Serta Hidup Bersih Dan Sehat Ibu Kaitannya Dengan Status Gizi Dan Kesehatan Balita*. Bogor
- Gibney, Michael J Et Al,. (2009). *Gizi Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC
- Habicht. (2000). *Growth In Early Childhood In Developingcountries*. New York
- Hariyadi Dan Ekawati. (2010). *Analisis Hubungan Penerapan Pesan Gizi Seimbang Keluarga Dan Perilaku Keluarga Sadar Gizi Dengan Status Gizi Balita*. Bogor
- Hidayah, N.R. (2010). *Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Usia 24- 59 Bulan Di Nusa Tenggara Timur 2010 (Analisis Data Riskesda 2010)*. Skripsi. FKUI. Depok
- Hadjar, Ibnu (2015). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Kuantitatif Dalam Pendidikan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Kementerian Kesehatan Ri Direktorat Jenderal Bina Gizi Dan Kesehatan Ibu Dan Anak. (2011). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 1995/Menkes/Sk/Xii/2010 Tentang Standar Antropometri Penilaian Status Gizi Anak*. Jakarta
- Kemenkes RI. (2012). *Buku Kesehatan Ibu Dan Anak*. Kementerian Kesehatan Dan JICA. Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesda) (2014)*. Status Gizi Anak Balita. Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan. Jakarta
- Khosman A. (2010). *Pangan Dan Gizi Untuk Kualitas Hidup*. Grasindo. Jakarta
- Kirana Astri Galuh.(2014). *Hubungan Prilaku Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) Dengan Kejadian Stunting Pada Balita Di Kecamatan Wonosari Kabupaten Klaten*. jurnal penelitian online, vol.1 no.1 hal 1-9.
- Kristiyan, W. (2009). *ASI: Menyusui Dan Sadari*. Nuha Medika. Yogyakarta
- Kumar, Dinesh.(2006). *Influence Of Infant Feeding Practices On Nutritional Status Of Under Five Children*. Indian J Pediatr,73(5):417- 421)
- Lesiapeto, Et Al.(2010).” *Risk Faktor Of Poor Antropometric Status In Children Under Fife Years Of Age Living In Rural Districts Of The Eastren Cape And Kwazulu Natal, South Africa*
- Masithah, Soekirman, Martianto. (2010). *Hubungan Pola Asuh Makan Dan Kesehatan Dengan Status Gizi Anank Batita Didesa Mulya Hardja*. Media Gizi Keluarga
- Maxwell, Stephanie.(2011).” *Module 5: Cause Of Malnutrition*”.
- Medhin,Et Al.(2010). *Prevalence And Predictors Of Undernutrition Among Infants Aged And Twelve Month In Butajira, Ethiopia*
- Nadyah, dkk.(2014). *Faktor resiko stunting pada anak usia 0-23 bulan di provinsi bali,jawa arat,dan nusa tenggara timur*. Jurnal gizi dan pangan. Vol 9, no.2.hal 125-132. Diakses 14 april 2016.

- Narendra. (2008). *Tumbuh Kembang Anak Dan Remaja*. Jakarta: Sagung Seto.
- Neldawati, R. (2006). *Hubungan Pola Pemberian Makanan Pada Anak Dan Karakteristik Lain Dengan Status Gizi Balita Usia 6- 59 Bulan Di Laboratorium Gizi Masyarakat Puslitbang Gizi Dan Makanan*. FKM UI. Jakarta
- Notoatmodjo, Soekidjo.(2007). *Pengantar Pendidikan Kesehatan Dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Penerbit Anndi Offset. Yogyakarta
- Nursalam.(2013). *Konsep Penerapan Metode Penelitian Ilmu Keperawatan..* Jakarta: Salemba Medika.
- Permata,Yusie.(2009). *Kelengkapan Imunisasi Dasar Anak Balitadan Faktor-Faktor Yang Berhubungan Di Rumah Sakit Mary Cileungsi hijau Bogor*. Skripsi. Jakarta
- Potter & Perry. 2006. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran Edisi 11*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Riskesmas.(2008). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia: Departemen Kesehatan RI*. Jakarta
- Riskesmas.(2012). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Daerah. Banyuwangi*
- Riskesmas.(2013). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia. Departemen Kesehatan RI*. Jakarta
- Ramli, Agho KE, Inder KJ, Bowe SJ, Jacobs J, & Dibley MJ. (2009). *Prevalence And Risk Factors For Stunting And Severe Stunting Among Under-Fives In North Maluku Province Of Indonesia*. BMC Pediatric 9:64
- Roesli, U.(2008). *Mengenal Asi Eksklusif*. Jakarta : PT. Niaga Swadaya
- Rosania Hestuningtyas. (2013). *Pengaruh Konseling Gizi Terhadap Pengetahuan, Sikap, Praktik, Ibu Dalam Pemberian Makanan Anak, Dan Asupan Zat Gizi Anak Stunting Usia 1-2 Tahun Di Kecamatan Semarang Timur*. Universitas Diponegoro
- Sadgh Et Al., (2009). "Dietary Vitamin A In Take And Non Dietary Factor Are Associted With Reversal Of Stunting In Children". The Jurnal Of Nutrition
- Semba, R.(2008). *Effect Of Parental Formal Education Of Risk Of Child Stunting In Indonesia And Bangladesh*. Jakarta: PT. Niaga Swadaya
- Sugiyono.(2012). *Metode Penelitian Administrasi. Cetakan Ke-20*. Bandung: Alfabeta
- Suhardjo.(2010). *Pemberian Makanan Pada Bayi Dan Anak*. Yogyakarta: Kanisius.
- Supariasa, I Nyoman, Dkk.(2011). *Penilaian Status Gizi. Penerbit Buku Kedokteran*. EGC. Jakarta
- Sutomo.(2010). *Makanan Sehat Pendamping ASI*. Jakarta: Demedia.
- Soekidjo Notoatmodji. (2007). *Konsep Perilaku Dan Perilaku Kesehatan. In: Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku.Edisi I*. Jakarta. P133: Rineka Cipta.
- Soekirman. (2008). *Ilmu Gizi Dan Aplikasinya*. Departemen Pendidikan Nasional. Jakarta
- Soetjningsih dan suandi. (2010). *Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: EGC.
- Soedioetama.(2006).*Ilmu Gizi. Dan Rakyat*. Jakarta

- Stephenson, L.S., Latham, M.C., & Ottesen, E.A. (2010). *Global Malnutrition. Parasitologi*, 121: 5-22.
- Taguri, A. E. (2008). *Risk For Stunting Among Under Fives In Libya*. Public Health Nutrition
- Tehsome, Beka Et Al.(2009). *Magnitude And Determinants Of Stunting In Children Underfive Years Of Age In Food Surplus Region Of Ethiopia*
- Trahms,C.M , Pipes.(2009). *Nutrition Throughout The Life Cycle*. Singapore.Mc Graw Hill
- UNICEF. (2007). *Progress For Children: Stunting, Wasting, And Overweight*. Jakarta: EGC.
- Oktavia, Rita. (2011). *Hubungan Pengetahuan Sikap Dan Prilaku Ibu Dalam Pemberian ASI Eksklusif Dengan Status Gizi Balita Di Puskesmas Biaro Kecamatan Ampek Angkek Kabupaten Agam Tahun 2011* (Skripsi). FKUI. Depok
- Onis.*et al* (2011). *Prevalence And Trends Of Stunting Among Pre School Children, Jornal Of Public Health Nutrition*. Jakarta
- Wasis.(2008). *Pedoman Praktis Penelitian Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- WHO.(2010). *Global Strategyfor Infant And Young Child Feeding*. Geneva: World Health Organization
- Wigiyowati, C.(2012). *Kejadian Stunting Pada Anak Usia Dibawah 5 Tahun Di Provensi Papua Barat*. FKUI. Depok
- Yimer, G.(2010). “*Malnutrition Among Children In Southem Ethiopia. Levels And Risk Factors*”Etiopia
- Zahraini, Yuni.(2009). *Hubungan Status Kadarzi Dengan Status Gizi Balita 12- 59 Bulan Di Provinsi Yogyakarta Dan Nusa Tenggara Timur*. FKUI. Jakarta
- Zere, Eyob, Diane Mc Intrye.(2008). “*Inequities In Under Five Child Malnutrition In South Africa*” Internatuional Journal For Equity In Health.
- <http://gizi.depkes.go.id>
- http://data.ukp.go.id/storage/f/2014-03-19t11%3a08.323z/processed-gizi-balita-berat_badan-2012.csv

HUBUNGAN PENERAPAN MPKP TIM DENGAN TINGKAT KEPUASAN PASIEN DI RUANG RAWAT INAP RSUD BLAMBANGAN BANYUWANGI

Abi Mas Udianto¹⁾ dan Badrul Munif²⁾

1) Dosen D3 Farmasi, STIKES Banyuwangi, email: abimas08@gmail.com

2) Dosen S1 Keperawatan, email: badrilmunif@yahoo.co.id

ABSTRAK

Peningkatan mutu asuhan keperawatan di RSUD Blambangan Banyuwangi memerlukan upaya yang terus menerus dan berkesinambungan. Sistem pemberian asuhan keperawatan dilaksanakan dengan menggunakan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) Tim. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) Tim dengan tingkat kepuasan pasien di ruang rawat inap RSUD Blambangan Banyuwangi.

Design penelitian ini adalah *Cross Sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua ruang rawat inap dan semua pasien di RSUD Blambangan Banyuwangi dalam satu periode kunjungan ($N = 98$). Sampel dalam penelitian ini adalah 4 ruang rawat inap, serta pasien yang memenuhi kriteria inklusi ($n = 79$).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa penerapan MPKP Tim di ruang rawat inap sebanyak 2 ruangan (50%) terlaksana dengan baik, dan 2 ruangan (50%) terlaksana kurang baik. Tingkat kepuasan pasien adalah 66% puas, 28% cukup puas, dan 6% kurang puas.

Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan uji chi square dengan SPSS 18 diperoleh nilai signifikansi 0,03 dengan taraf signifikansi 5 % menunjukkan nilai $0,03 < 0,05$, maka dinyatakan bahwa terdapat hubungan penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) Tim dengan tingkat kepuasan pasien.

Penelitian ini menunjukkan bahwa implementasi Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) Tim dapat dilaksanakan dengan baik untuk meningkatkan tingkat kepuasan pasien rawat inap di rumah sakit, sehingga dapat di kembangkan penerapan MPKP secara berkelanjutan.

Kata kunci : Penerapan MPKP tim, tingkat kepuasan pasien

PENDAHULUAN

Peningkatan mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit ditentukan dengan penerapan model praktik keperawatan professional diantaranya menggunakan model tim, model ini memberikan rasa tanggung jawab yang lebih tinggi sehingga terjadi peningkatan kinerja dan kepuasan pasien (Nursalam, 2008). Kepuasan pasien ditentukan salah

satunya dengan pelayanan keperawatan. Menurut Azwar (2009) pasien merasa kurang puas terhadap pelayanan keperawatan karena pelayanan tersebut tidak optimal. Di RSUD Blambangan Banyuwangi sejak diterapkannya model praktik keperawatan professional tim awal tahun 2016, sebagian pasien masih menyatakan ketidakpuasan terhadap pelayanan hal ini dibuktikan dengan

masih adanya keluhan terhadap pelayanan keperawatan. Namun dalam hal ini belum diketahui secara terperinci dimana ketidaksesuaian pelayanan terhadap kepuasan pasien tersebut terutama dalam penerapan model praktik keperawatan professional tim.

Penelitian Rosenstein (2005), dengan responden sebagian pasien yang sedang menjalani rawat inap di salah satu rumah sakit di negara maju yaitu AS (Amerika Serikat), sejumlah 150 pasien ditemukan bahwa sekitar 65% pasien memberikan persepsi negatif terhadap pelayanan perawat di rumah sakit. 53% pasien mengatakan puas dengan pelayanan perawat dan sisanya mengatakan tidak puas. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Dona Amelia, hasil evaluasi pelaksanaan MPKP selama 6 bulan pada bulan Oktober 2010 di ruang rawat interne RSUD Achmad Mochtar Bukit Tinggi diperoleh hasil dimana kepuasan pasien sebelum pelaksanaan MPKP 66.76% meningkat menjadi 88.96% setelah dilaksanakan MPKP. Evaluasi penerapan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian hingga evaluasi diperoleh hasil 35.69% sebelum dilaksanakan MPKP dan meningkat menjadi 97.22% setelah dilaksanakan MPKP.

Penelitian Wirawan (2007) tentang tingkat kepuasan pasien rawat inap terhadap asuhan keperawatan di sebuah rumah sakit di Jawa Timur, diperoleh informasi hanya 17% dari seluruh pasien rawat inap yang mengatakan puas terhadap asuhan keperawatan yang diterima, sedangkan 83% mengatakan tidak puas. Penelitian tersebut juga memberikan informasi bahwa keluhan utama adalah terhadap

pelayanan perawat, yakni perawat tidak mau berkomunikasi dengan pasien (80%), kurang perhatian (66,7%) dan tidak ramah (33,3%) (Dinas Infokom Jatim, 2008).

Dari Studi Pendahuluan tentang kepuasan terhadap layanan keperawatan bulan September 2016 di ruang Mas Alit sebanyak 10 pasien, 6 orang menyatakan puas, 3 orang menyatakan cukup puas, dan 1 orang menyatakan kurang puas. Di ruang Agung Wilis sebanyak 10 pasien, 4 orang menyatakan puas, 4 orang menyatakan cukup puas, dan 2 orang menyatakan kurang puas. Dari data Subag PEP (perencanaan, evaluasi, pelaporan) bulan Agustus 2016 didapatkan masih adanya keluhan terhadap pelayanan keperawatan sebanyak 5% dari seluruh jumlah kunjungan rawat inap yaitu sebanyak 25 pengaduan. Keluhan pasien tentang komunikasi perawat terhadap klien, ketanggapan perawat terhadap keluhan yang disampaikan klien, dan tentang performa perawat.

Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) dikembangkan di Indonesia oleh Sitorus (1998) dengan mengikuti perkembangan yang ada di Indonesia yang terdiri atas tiga subkomponen, yaitu ketenagaan keperawatan, metode pemberian asuhan keperawatan dan dokumentasi keperawatan. Dengan penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional diharapkan perawat mempunyai kemampuan *critical thinking* yang tinggi memahami pentingnya hubungan perawat-pasien yang baik dalam Praktik keperawatan. Implementasi MPKP harus ditunjang dengan sumber daya manusia, sarana dan prasarana yang memadai. Saat

ini praktik pelayanan keperawatan di banyak rumah sakit di Indonesia belum mencerminkan praktik pelayanan profesional, metoda pemberian asuhan keperawatan yang dilaksanakan belum sepenuhnya berorientasi pada upaya pemenuhan kebutuhan klien, melainkan lebih berorientasi pada pelaksanaan tugas (Siswono,2002).

Penerapan model asuhan keperawatan profesional tim, apabila tanggung jawab atau peran perawat baik dalam hal (dokumentasi, timbang terima, supervisi, dan sentralisasi obat) tidak dijalankan dengan baik, yang berarti menunjukkan kinerja kerja perawat juga menurun (Nursalam, 2002). Menurunnya kinerja kerja perawat dapat mengakibatkan suatu pelayanan asuhan keperawatan rendah dan pasien tidak puas. Pengelolaan pelayanan pasien di ruang rawat inap, perawat merupakan bagian yang paling utama karena merekalah yang langsung berhubungan dengan klien dan keluarga selama 24 jam dirawat. Akhir-akhir ini terus dikembangkan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP), dan telah diuji coba untuk diterapkan pada beberapa rumah sakit dengan harapan nilai profesional dapat diaplikasikan secara nyata, sehingga meningkatkan mutu pelayanan keperawatan dan kepuasan pasien.

Kepuasan atau ketidakpuasan adalah suatu keputusan penilaian. Kepuasan dibentuk dari sebuah hasil dan sebuah referensi perbandingan, yaitu membandingkan hasil yang diterima dengan suatu standart tertentu. Tingkat kepuasan pelayanan pasien dari persepsi atau keluarga terdekat. Kepuasan terdiri dari lima dimensi yaitu Dimensi

tangibles, reliability, responsiveness, assurance, empathy (Nursalam, 2008). Kepuasan pasien akan tercapai bila diperoleh hasil yang optimal bagi setiap pasien dan pelayanan kesehatan memperhatikan pasien dan keluarganya, ada perhatian terhadap keluhan, kondisi lingkungan fisik dan tanggap kepada kebutuhan pasien sehingga tercapai keseimbangan yang sebaik-baiknya antara tingkat rasa puas dan derita serta jerih payah yang harus dialami guna memperoleh hasil tersebut. Hubungan yang baik antara pasien dan perawat dapat dilakukan apabila menerapkan suatu model asuhan keperawatan yang baik. Dengan menerapkan model yang baik maka pelayanan pasien menjadi sempurna sehingga pasien dapat terpenuhi kepuasannya.

RSUD Blambangan Banyuwangi adalah rumah sakit terbesar dan tertua di Kabupaten Banyuwangi yang mempunyai tipe C. RSUD Blambangan terus berbenah untuk meningkatkan kualitas layanan kepada pasien. Salah satu usaha untuk peningkatan kualitas layanan adalah dengan menerapkan MPKP model tim, Agar pelaksanaan MPKP tim menjadi efektif perlu adanya suatu koordinasi dari segala aspek yaitu tanggung jawab perawat tim mengenai supervise, dokumentasi keperawatan, sentralisasi obat, timbang terima, dan ronde keperawatan. Dengan telah diterapkannya MPKP sudah lebih dari 1 semester berjalan, namun belum ada evaluasi terhadap pelaksanaan MPKP serta tingkat kepuasan pasien yang diberikan asuhan keperawatan belum diketahui.

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas, peneliti terdorong untuk

melakukan penelitian yang berjudul "Hubungan penerapan Model Praktik Keperawatan Professional (MPKP) Tim dengan Tingkat Kepuasan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Blambangan Banyuwangi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Hubungan penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) tim terhadap tingkat kepuasan pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Blambangan Banyuwangi.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini adalah *Cross Sectional*, yaitu jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen dinilai secara simultan pada suatu saat.

Populasi dalam penelitian ini adalah Semua ruang rawat inap dan semua pasien rawat inap di RSUD Blambangan Banyuwangi dalam satu periode kunjungan. Untuk ruangan NICU dan ICU tidak diikutsertakan dalam penelitian ini dengan pertimbangan kegawatan pasien yang dirawat dan pelayanan keperawatan diruangan tersebut terpapar dengan *high technology*. Bila diikutkan dalam penelitian ini dikhawatirkan akan mempengaruhi keakuratan hasil penelitian.

Untuk sampel pasien adalah seluruh pasien di ruang rawat inap yang memenuhi kriteria inklusi. Ruang Mas Alit adalah ruangan yang merawat pasien anak-anak, maka di ruang Mas Alit yang

menjadi responden adalah orang tua pendamping utama anak selama menjalani perawatan diruangan.

besar sampel dalam penelitian ini adalah 79 orang. Pada penelitian ini tehnik sampling yang digunakan adalah *non probability Sampling* yaitu *purposive sampling*, yaitu suatu tehnik penetapan sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendakai peneliti. Untuk penetapan sampel pasien di ruang rawat inap yang memenuhi kriteria inklusi sampai jumlah sampel terpenuhi. *Variabel dependent* dalam penelitian ini adalah tingkat kepuasan pasien dan variabel independen dalam penelitian ini adalah penerapan MPKP Tim.

Instrumen untuk penerapan MPKP tim menggunakan observasi dengan *checklist*, sedangkan untuk kepuasan pasien menggunakan kuesioner dengan skala likert. Setelah data terkumpul selanjutnya adalah melakukan pengolahan data, dengan tahapan sebagai berikut: *Editing, Coding, Scoring dan Intepretasi Data*. Selanjutnya data dianalisa dengan Uji statistik *Chi Square* menggunakan *SPSS 18 for window* untuk mengetahui hubungan penerapan MPKP tim dengan tingkat kepuasan pasien. Jika $Sig < 0.05$ maka H_0 diterima artinya ada hubungan antara penerapan MPKP tim dengan tingkat kepuasan pasien. Sebaliknya jika $Sig > 0.05$ maka H_0 ditolak artinya tidak ada hubungan antara penerapan MPKP tim dengan tingkat kepuasan pasien.

HASIL

1. Data Umum

a. Karakteristik Ruang Rawat Inap

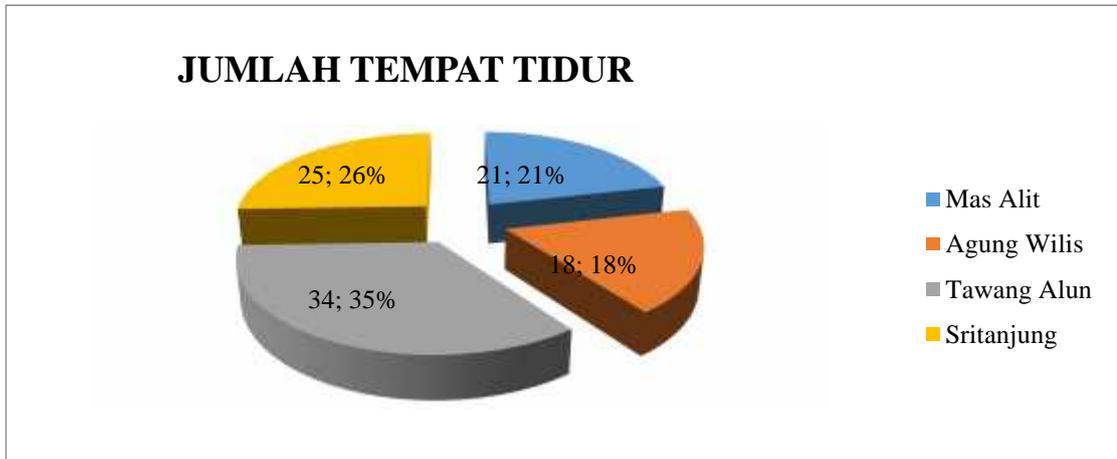


Diagram 1. Distribusi Jumlah Tempat Tidur di Ruang Rawat Inap RSUD Blambangan Banyuwangi

Diagram 1 menunjukkan bahwa hampir setengahnya tempat tidur terdapat

di ruang Tawang Alun yaitu sebanyak 34 tempat tidur atau 35 %.

b. Karakteristik Usia Responden

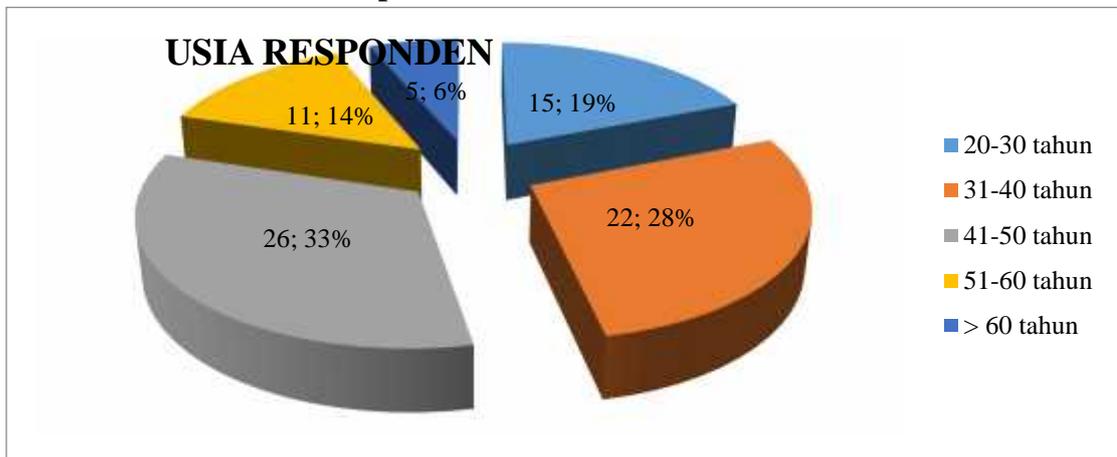


Diagram 2. Distribusi Responden Berdasarkan Usia di Ruang Rawat Inap RSUD Blambangan Banyuwangi

Diagram 2 menunjukkan hampir setengahnya responden adalah kelompok

umur 41-50 tahun sebanyak 26 orang atau 33%.

c. Karakteristik Jenis Kelamin Responden

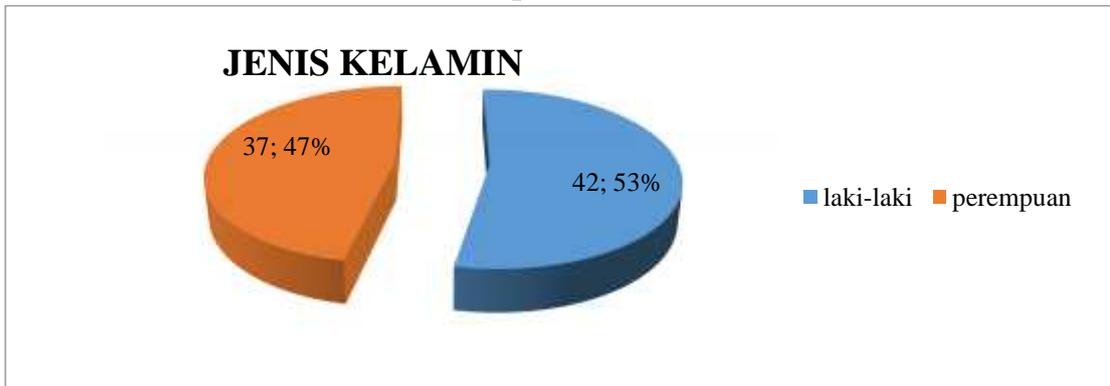


Diagram 3. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Ruang Rawat Inap RSUD Blambangan Banyuwangi

Diagram 3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah jenis

kelamin laki-laki sebanyak 42 orang atau 53%.

d. Karakteristik Pendidikan Responden

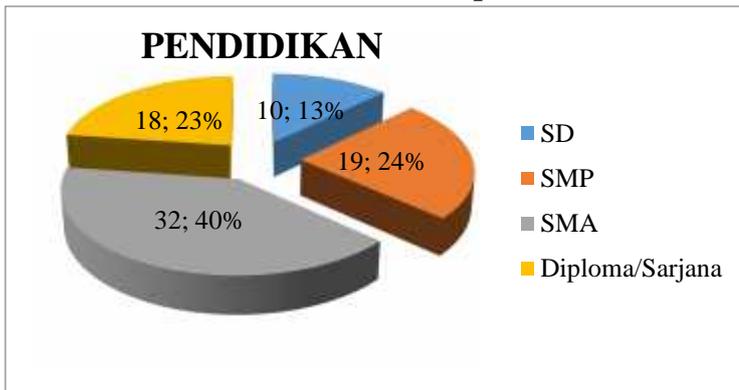


Diagram 4. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Ruang Rawat Inap RSUD Blambangan Banyuwangi

Diagram 4 menunjukkan bahwa hampir setengahnya responden dengan

tingkat pendidikan SMA sebanyak 32 orang atau 40%.

e. Karakteristik Pekerjaan Responden

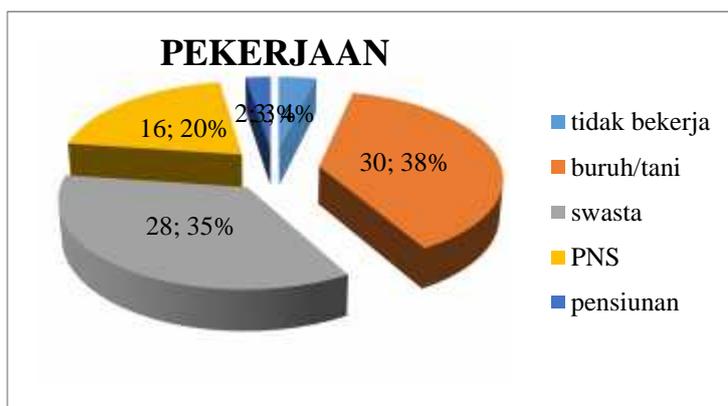


Diagram 5. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Ruang Rawat Inap RSUD Blambangan Banyuwangi

Diagram 5 menunjukkan bahwa hampir setengahnya responden memiliki

pekerjaan buruh/tani sebanyak 30 orang atau 38%.

2. Data Khusus

a. Penerapan MPKP Tim di ruang rawat inap

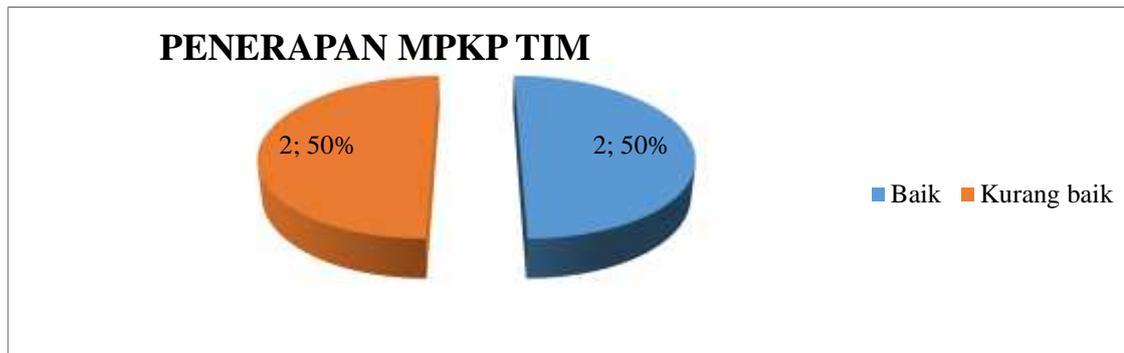


Diagram 6. Distribusi Penerapan MPKP Tim di Ruang Rawat Inap RSUD Blambangan Banyuwangi

Berdasarkan diagram 6 diatas diketahui penerapan MPKP Tim di ruang

rawat inap setengahnya adalah baik yaitu sebanyak 2 ruangan atau 50%.

b. Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap



Diagram 7. Distribusi Kepuasan Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Blambangan Banyuwangi

Berdasarkan diagram 7 diatas diketahui sebagian besar kepuasan pasien

adalah baik yaitu sebanyak 52 orang atau 66%.

c. Hubungan Penerapan Mpkp Tim Dengan Kepuasan Pasien

Tabel 1. Hubungan penerapan MPKP Tim dengan kepuasan pasien

Penerapan MPKP tim	Kepuasan pasien			Jumlah
	Baik	Cukup	Kurang	
Baik	29	8	-	37
Kurang baik	23	14	5	42
Jumlah	52	22	5	79

Dari tabel 1 diatas dapat diketahui bahwa di ruang rawat inap yang menerapkan MPKP tim dengan baik dan kepuasan pasiennya baik sebanyak 29 orang. Sedangkan di ruang rawat inap yang menerapkan MPKP tim kurang baik dan kepuasan pasiennya baik sebanyak

23 orang, tetapi ada 5 orang kepuasannya kurang.

Analisa statistik yang digunakan untuk menguji hubungan kedua variabel adalah Perhitungan uji chi square menggunakan SPSS 18 for windows diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 2 Hasil uji statistik Chi Square

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.040 ^a	2	.030
Likelihood Ratio	8.966	2	.011
Linear-by-Linear Association	6.667	1	.010
N of Valid Cases	79		

^aExpected count less than 5. The minimum expected count is 2.34.

Hasil nilai signifikansi 0,03 dengan taraf signifikan 0,05. Angka 0,03 < 0,05 maka H_0 ditolak dan H_1 diterima dengan demikian ada hubungan penerapan MPKP Tim dengan tingkat kepuasan pasien.

PEMBAHASAN

1. Penerapan MPKP Tim

Hasil penelitian yang dilakukan di Ruang Rawat Inap RSUD Blambangan Banyuwangi sesuai Diagram 5.6 bahwa penerapan MPKP tim setengahnya adalah baik yaitu sebanyak 2 ruang rawat inap (50%) dan setengahnya sebanyak 2 ruangan (50%) penerapannya masih kurang baik.

Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) adalah suatu sistem (struktur, proses dan nilai-nilai profesional) yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan, termasuk lingkungan untuk menopang pemberian asuhan tersebut. Penerapan MPKP salah satu usaha untuk memberikan pelayanan keperawatan secara paripurna, dengan harapan terjadi peningkatan kualitas pelayanan khususnya pelayanan

keperawatan. MPKP metode tim adalah pengorganisasian pelayanan keperawatan dengan menggunakan tim yang terdiri atas kelompok klien dan perawat. Dalam penerapannya metode tim memungkinkan pelayanan yang menyeluruh, mendukung pelaksanaan proses keperawatan, dan memungkinkan komunikasi antar tim, sehingga konflik mudah diatasi dan memberi kepuasan kepada anggota tim. (Satria, 2011). Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) di antaranya adalah faktor sarana prasarana, dokumentasi keperawatan, ketenagaan, kualitas sumber daya keperawatan, dan supervisi. (Nursalam, 2011).

Berdasarkan hasil observasi menunjukkan sebanyak 2 ruang rawat inap sudah menerapkan MPKP dengan baik. Penerapan MPKP tim berjalan dengan baik karena adanya koordinasi yang baik antara anggota tim, ketua tim, dan kepala ruangan dalam melaksanakan asuhan keperawatan terhadap pasien sehingga pelaksanaan MPKP bisa berjalan sinergis. Ketersediaan sarana prasarana dan sumber daya keperawatan yang berkualitas merupakan elemen yang

mendukung terlaksananya penerapan MPKP. Sebagian ruang rawat inap juga sudah menerapkan asuhan keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan (SAK) yang terdokumentasi dengan lengkap dan benar sesuai format yang ada. Ini sudah sesuai teori bahwa pelaksanaan Model Praktik Keperawatan Professional (MPKP) dipengaruhi oleh faktor sarana prasarana, ketenagaan, dokumentasi keperawatan, dan kualitas sumberdaya keperawatan.

Berdasarkan hasil observasi sebanyak 2 ruang rawat inap kurang baik dalam menerapkan MPKP. Subsistem hubungan professional mendapatkan poin rendah yang meliputi pelaksanaan dokumentasi keperawatan, ronde keperawatan, dan conference. Kemampuan perawat dalam dalam hal manajemen keperawatan masih kurang, ini di karenakan jenjang pendidikan perawat sebagian besar DIII keperawatan sebanyak 79%, sedangkan S1 keperawatan hanya 21%. Pelaksanaan ronde keperawatan hampir tidak pernah dilakukan, sedangkan pelaksanaan pre conferen maupun post conference belum terlaksana dengan baik dan benar. Supervisi penerapan MPKP tim juga masih kurang sehingga tidak diketahui konsistensi penerapannya dan tidak segera diketahui bila masih banyak kekurangan. Untuk perbaikan penerapan MPKP dan menjaga kualitas asuhan keperawatan di perlukan pendidikan dan pelatihan sumberdaya keperawatan secara berkelanjutan untuk meningkatkan ketrampilan dan pengetahuan. Selain itu juga perlu dilakukan supervisi terhadap penerapan MPKP secara berkala. Keadaan Ini sudah sesuai teori bahwa pelaksanaan Model Praktik Keperawatan

Professional (MPKP) dipengaruhi oleh faktor sarana prasarana, ketenagaan, dokumentasi keperawatan, kualitas sumberdaya keperawatan dan supervisi.

5.2.2 Kepuasan pasien rawat inap

Hasil penelitian yang dilakukan di Ruang Rawat Inap RSUD Blambangan Banyuwangi sesuai Diagram 5.7 bahwa kepuasan pasien di ruang rawat inap sebgaaian besar adalah baik yaitu sebanyak 52 orang (66%).

Kepuasan terdiri dari lima dimensi yaitu Dimensi *tangibles*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *empaty* (Nursalam, 2008). Kepuasan merupakan hasil penilaian perasaan individu yang lebih bersifat subjektif, maka hal ini menunjuk pada dimensi abstrak yang relatif. Para ahli telah banyak mengembangkan model pengukuran yang dapat digunakan untuk mengkuantifikasi dimensi abstrak dari suatu fenomena (dimensi keperibadian, sikap, atau perilaku) agar lebih mudah dipahami. (Utama, 2007). Menurut Gunarsa (1995) dalam Suryawati (2006), banyak variabel nonmedik ikut menentukan kepuasan pasien antara lain: tingkat pendidikan, latar belakang sosial ekonomi, budaya, lingkungan fisik, pekerjaan, kepribadian dan pengalaman hidup pasien. Kepuasan pasien dipengaruhi juga oleh karakteristik individu pasien yaitu: umur, pendidikan, pekerjaan, etnis, sosial ekonomi, dan diagnosis penyakit

Dari hasil tabulasi kuesioner kepuasan pasien didapatkan sebagian besar responden kepuasannya adalah baik yaitu sebanyak 52 orang. Kepuasan pasien dapat tercapai dengan baik karena

kualitas layanan yang diperoleh sesuai dengan apa yang diharapkan. Semua dimensi kepuasan bisa terpenuhi meliputi kelengkapan peralatan medis dan non medis di ruang perawatan, kebersihan ruangan, penampilan perawat yang rapi dan bersih, perawat yang komunikatif, sikap perawat yang ramah dan sopan, kepedulian perawat yang tinggi, tanggap terhadap keluhan pasien, serta perawat memiliki empati yang kepada pasien. Bila semua dimensi kepuasan sudah terpenuhi maka pasien akan merasa nyaman dan aman selama menjalani perawatan di ruang rawat inap. Sesuai diagram 5.4 pasien yang berpendidikan SMP sebanyak 19 orang (24%) dan berpendidikan SD sebanyak 10 orang (13%), responden yang memiliki tingkat pendidikan rendah relatif memiliki standar kepuasan atau harapan yang tidak tinggi terhadap kualitas pelayanan sehingga saat pelayanan yang diterima kualitasnya relatif menurun seperti kalau cairan infus mau habis harus lapor perawat, mereka akan tetap merasa puas karena pelayanan tersebut telah sesuai dengan standar mereka. Ini sudah sesuai teori bahwa kepuasan seseorang ditentukan juga oleh faktor nonmedik diantaranya adalah faktor pendidikan seseorang.

Berdasarkan Diagram 5.7 bahwa sebanyak 22 responden (28%) di ruang rawat inap menyatakan cukup puas dan sebanyak 5 orang (6%) menyatakan kurang puas. Seseorang akan terpuaskan jika tidak ada selisih antara sesuatu atau kondisi yang diinginkan dengan kondisi aktual. Semakin besar kekurangan dan semakin banyak hal penting yang diinginkan, semakin besar rasa ketidakpuasan. Secara teoritis, definisi

tersebut dapatlah diartikan, bahwa semakin tinggi selisih antara kebutuhan pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai keinginan pasien dengan pelayanan yang telah diterimanya, maka akan terjadi rasa ketidakpuasan pasien. Sesuai dengan diagram 5.4 pasien yang berpendidikan Diploma/Sarjana sebanyak 18 orang (23%) responden yang memiliki tingkat pendidikan tinggi relatif memiliki standar kepuasan atau harapan yang tinggi terhadap kualitas pelayanan sehingga saat pelayanan yang diterima kualitasnya relatif menurun, mereka akan kurang puas karena pelayanan tersebut tidak sesuai dengan standar mereka. Dalam hal ini daya tanggap perawat dan kepedulian perawat terhadap keluhan pasien masih dikeluhkan. Perawat yang kurang komunikatif dan kurang sopan dalam proses asuhan keperawatan masih dijumpai pada pelayanan rawat inap di RSUD Blambangan sehingga pasien kurang puas terhadap pelayanan keperawatan. Kepuasan pasien akan terus meningkat seiring dengan peningkatan kualitas pelayanan keperawatan, terutama dalam hal komunikasi perawat terhadap pasien, ketanggapan dan kepedulian perawat terhadap keluhan pasien serta kesopanan dan keramahan perawat dalam melayani pasien.

5.2.3 Hubungan penerapan MPKP Tim dengan Tingkat Kepuasan pasien

Berdasarkan hasil hitung SPSS nilai signifikansi = 0,03 dengan taraf signifikansi 0,05 yang mempunyai arti H_0 di tolak H_1 di terima dengan demikian ada hubungan penerapan

MPKP Tim dengan tingkat kepuasan pasien.

MPKP adalah merupakan suatu model yang memberikan kesempatan bagi perawat untuk menunjukkan otonomi dan akuntabilitas dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Kepuasan adalah tingkat keadaan yang dirasakan seseorang yang merupakan hasil dari membandingkan penampilan atau *outcome* produk yang dirasakan dalam hubungannya dengan harapan seseorang, dengan demikian tingkat kepuasan adalah suatu fungsi dari perbedaan antara penampilan yang dirasakan dan harapan (Kotler,2000). Kepuasan terdiri dari lima dimensi yaitu Dimensi *tangibles*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *empaty* (Nursalam, 2008). Penerapan model praktik keperawatan profesional tim bertujuan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan melalui penataan sistem pemberian asuhan keperawatan sehingga dapat terwujud pelayanan keperawatan yang prima. Dengan pelayanan keperawatan yang prima diharapkan kepuasan pasien dapat tercapai dengan maksimal.

Berdasarkan tabel 5.1 didapatkan bahwa pada ruang rawat inap yang menerapkan MPKP Tim dengan baik, kepuasan pasiennya cenderung baik yaitu sebanyak 29 orang. Sedangkan di ruang rawat inap yang menerapkan MPKP tim kurang baik, kepuasan pasiennya baik sebanyak 23 orang, tetapi ada 5 orang kepuasannya kurang. Kepuasan pasien dapat tercapai dengan optimal bagi setiap pasien karena pelayanan keperawatan memperhatikan pasien dan keluarganya, ada perhatian terhadap keluhan, kondisi lingkungan fisik yang bersih serta aman

dan tanggap kepada kebutuhan pasien sehingga tercapai keseimbangan dimensi kepuasan dengan sebaik-baiknya. Penerapan model praktek keperawatan profesional tim bertujuan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan. Berdasarkan penelitian oleh Hardianti di Ruang rawat inap RSUD Majene Tahun 2012 terdapat korelasi yang positif antara penerapan Metode Tim (MPKP) dengan kinerja perawat pelaksana dan kepuasan pasien Melalui model ini dapat diterapkan rencana kebutuhan tenaga keperawatan secara profesional, metode pemberian asuhan keperawatan yang digunakan dan cara pendokumentasian asuhan keperawatan. Model ini memberi kesempatan para perawat profesional menerapkan otonominya dalam merancang, melaksanakan dan mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien. Dengan penerapan MPKP tim yang baik kinerja perawat akan semakin baik sehingga pasien akan merasa puas dengan pelayanan perawatan.

Kepuasan pasien merupakan cerminan mutu pelayanan rumah sakit. Pengembangan penerapan MPKP harus terus dilakukan untuk peningkatan mutu pelayanan keperawatan. Dengan meningkatkan Mutu pelayanan keperawatan, diharapkan kepuasan pasien dapat tercapai dengan maksimal. Semua dimensi kepuasan mencerminkan performa perawat dan pelayanan asuhan keperawatan kepada klien. Perbaikan dan pemenuhan sarana dan prasarana kesehatan di rumah sakit juga harus terus dilakukan, demikian juga dengan daya tanggap dan kepedulian perawat terhadap pasien harus terus ditingkatkan untuk

mewujudkan pelayanan keperawatan yang prima.

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian ini, dapat disimpulkan sebagai berikut: Penerapan MPKP Tim di ruang rawat inap RSUD Blambangan Banyuwangi setengahnya terlaksana dengan baik yaitu sebanyak 2 ruangan (50%) dan setengahnya terlaksana kurang baik sebanyak 2 ruangan (50%); Kepuasan pasien di ruang rawat inap RSUD Blambangan Banyuwangi sebagian besar adalah baik yaitu sebanyak 52 orang atau 66%; Ada hubungan penerapan MPKP Tim dengan tingkat kepuasan pasien di ruang rawat inap RSUD Blambangan Banyuwangi.

DAFTAR PUSTAKA

- ACC/SCN. (2000). *Fourth Report On The World Nutrition Situation: Nutrition Throughout The Life Cycle*. Geneva, ACC/SCN In Collaboration With IFPRI.
- Alimul H.A. (2003). *Riset Keperawatan dan Tehnik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika
- Amiyati. L.(2002). *Model Praktik Keperawatan Profesional di Indonesia* : Seminar Nasional, PERSI, Jakarta : RSCM
- Arum. P. (2013). *Kajian Penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional*. Jurnal Kesehatan ISSN 1979-7621.
- Jonathan. S.(2006). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Yogyakarta. :Graha Ilmu.
- La Biondo.W & Haber.(2007). *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Marquis, B.L & Huston, C (1998), *Management Decision Making For Nurses, 124 Cases Studies, 3 Ed*. Philadelphia : JB Lippincott
- Notoatmodjo. S.(2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nugroho. W. (2008). *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik, Edisi 3*. Jakarta: EGC
- Nursalam. (2003). *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrument Penelitian Keperawatan*. Bandung: Salemba Medika
- Nursalam, (2008). *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Edisi 2*, Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Nursalam. (2010). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Info Medika
- Nursalam. (2013). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Info Medika
- Pohan, (2006). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan Dasar-Dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta: Penerbit Buku kedokteran EGC
- Potter&Perry.(2005).*BukuAjarFundamentalKeperawatan,Konsep,ProsesdanPraktik*.Jakarta:EGC.
- Rosenstein. (2005). *Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan : Pendekatan Berdasarkan Pengalaman*. Jakarta : EGC.

-
- Sastroasmoro. I, S.(2008). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Cv. Sagung Seto
- Sitorus, R. (2000). *Model Praktek Keperawatan Sebagai Upaya Meningkatkan Profesionalisme Dalam Pelayanan Perawatan*, Bandung : Munas VI, PPNI
- Sitorus. R.Y. (2006). *Model Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit; Penataan Struktur dan Proses (Sistem) Pemberian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat*, Penerbit Buku Kedokteran, Jakarta
- Suarli (2009). *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Erlangga
- Sugiyono (2010). *Statistik Non-Parametris Untuk Penelitian*. Bandung: Penerbit CV Alfabet
- Sugiyono (2009). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Utama (2007). *Memahami Fenomena Kepuasan Pasien Rumah Sakit*. (<http://www.usu.digital.library>).Diakses 10 November 2010
- Wirawan (2008). *Profil Kesehatan, Jawa Timur* : Dinas Infokom

HUBUNGAN PEMBERANTASAN SARANG NYAMUK DENGAN DERAJAT DEMAM BERDARAH PADA PASIEN DI RUANG PENYAKIT DALAM RSUD BLAMBANGAN BANYUWANGI

Dita Amanda¹⁾, Achmad Efendi²⁾ dan Rico Dian Rahmadani³⁾

1) Dosen D3 Farmasi, STIKES Banyuwangi, email: ditaamandadita@gmail.com

2) Dosen S1 Keperawatan, email: badrilmunif@yahoo.co.id

3) Mahasiswa Prodi S1 Keperawatan

ABSTRAK

Demam berdarah dengue merupakan penyakit infeksi yang dapat berakibat fatal dalam waktu yang relatif singkat. Penyakit ini tergolong susah dibedakan dari penyakit yang lain, penyakit ini dapat menyerang semua umur baik anak – anak maupun orang dewasa, penyebab penyakit ini adalah virus dengue, sejenis virus yang tergolong arbovirus yang masuk kedalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti* betina

Penelitian ini merupakan Penelitian korelasional mengkaji hubungan antara variabel dengan menggunakan desain penelitian *cross sectional*. Penentuan sampel secara *accidental sampling*. sampel pada penelitian ini masyarakat yang terkena demam berdarah dengan jumlah 30 responden. Dan menggunakan uji *Rank spearman*, Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang berbentuk pertanyaan yang diberikan secara langsung kepada responden yang sesuai dengan kriteria.

Hasil perhitungan diperoleh hasil data pemberantasan sarang nyamuk dengan kejadian demam berdarah dengue, yang melakukan PSN sebagian besar (87%) yaitu 26 responden melakukan PSN baik, dan setengahnya derajat demam berdarah dengue di ruang penyakit dalam RSUD Blambangan dengan Kategori Derajat 2 yaitu 15 responden (50%).

Dari hasil penelitian ini diperoleh hasil bahwa masyarakat sangat mengerti tentang bahaya demam berdarah dan banyak masyarakat mengerti tentang cara pencegahan demam berdarah .

Kata kunci : Pemberantasan Sarang Nyamuk, Derajat Demam Berdarah Dengue

PENDAHULUAN

Demam berdarah dengue merupakan penyakit infeksi yang dapat berakibat fatal dalam waktu yang relatif singkat. Penyakit ini tergolong susah dibedakan dari penyakit yang lain,

penyakit ini dapat menyerang semua umur baik anak – anak maupun orang dewasa, penyebab penyakit ini adalah virus dengue, sejenis virus yang tergolong arbovirus yang masuk kedalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk

aedes aegypti betina. Demam berdarah dengue tidak menular melalui kontak manusia secara langsung, tetapi dapat ditularkan melalui nyamuk. Nyamuk *aedes aegypti* betina menyimpan virus dengue pada telurnya, selanjutnya akan menularkan virus tersebut ke manusia melalui gigitan, sekali menggigit nyamuk ini akan berulang menggigit orang lain sehingga dengan mudah darah seseorang yang mengandung virus dengue dapat cepat dipindahkan ke orang lain, yang paling dekat tentulah orang yang tinggal dalam satu rumah. Namun virus dengue yang sudah masuk ke dalam tubuh seseorang tidak selalu menimbulkan infeksi jika orang tersebut mempunyai daya tahan tubuh yang kuat sehingga dengan sendirinya virus tersebut akan dilawan oleh tubuh (oktri,2012).

Demam Berdarah Dengue banyak ditemukan di daerah tropis dan subtropis, Kasus di Amerika, Asia Tenggara dan Pasifik Barat melebihi 1,2 juta pada tahun 2008 dan lebih dari 3 juta pada tahun 2013 (berdasarkan data resmi yang disampaikan oleh Negara Anggota). Baru-baru ini jumlah kasus yang dilaporkan terus meningkat. Pada 2015, 2,35 juta kasus demam berdarah dilaporkan di Amerika saja, dari yang 10 200 kasus didiagnosis sebagai demam berdarah yang parah menyebabkan 1.181 kematian. Dan dari kasus di negara indonesia, indonesia sebagai negara dengan kasus DBD tertinggi di Asia Tenggara yaitu 365 juta kasus sejak terhitung tahun 2013. Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang utama di Indonesia, Jumlah penderita dan luas daerah penyebarannya semakin bertambah

seiring dengan meningkatnya mobilitas dan kepadatan penduduk. Tahun 2013 dengan jumlah penderita sebanyak 112.511 orang dan jumlah kasus meninggal sebanyak 871 Penderita. Pada tahun 2014, sampai pertengahan bulan Desember tercatat penderita DBD di 34 provinsi di Indonesia sebanyak 71.668 orang, dan 641 diantaranya meninggal dunia. Pada tahun 2015 tercatat 1.817 kasus DBD ada peningkatan 46% dari tahun sebelumnya, seluruhnya 15 kabupaten yang menyandang kejadian luar biasa (KLB), Banyuwangi berada pada urutan kelima dengan kasus DBD dengan kasus 966 Dari hasil yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Banyuwangi, dimana jumlah penderita DBD pada tahun 2013 sebanyak 246 kasus, diantara Kecamatan Purwoharjo 32 kasus, Kecamatan Wongsorejo 28 kasus, Kecamatan Banyuwangi 25 kasus. Dari hasil studi pendahuluan data yang diperoleh dari RSUD Blambangan pada tahun 2014 terdapat 112 pasien dan pada tahun 2015 mencapai 355 pasien cukup meningkat ditahun berikutnya.

Penyakit demam berdarah atau DBD disebabkan oleh virus *dengue* yang ditularkan oleh jenis nyamuk *Aedes aegypti*, nyamuk tersebut bisa menggigit kapan saja, baik siang maupun malam hari. Virus dengue sendiri terbagi menjadi empat tipe, yaitu DEN 1, DEN 2, DEN 3, dan DEN 4. Ketika ada salah satu yang terjangkit salah satu tipe, maka setelah pulih tubuh sudah membentuk kekebalan seumur hidup terhadap tipe tersebut, namun belum sepenuhnya aman dari DBD karena masih berpotensi menderita sakit DBD kembali oleh tipe yang berbeda, bahkan peluang untuk mengalami kondisi yang lebih serius,

seperti DBD berat, menjadi sedikit lebih tinggi. Populasi penduduk yang terus bertambah dan mobilitasnya yang terus meningkat telah menyebabkan virus ini menyebar luas di dalam kelompok-kelompok yang berbeda. Virus *dengue* umumnya berkembang biak dalam genangan air, baik itu genangan air yang ada di lingkungan luar rumah seperti waduk atau selokan yang tidak mengalir, maupun di dalam rumah seperti di bak mandi. Selain itu DBD biasanya berkembang di wilayah yang tingkat sanitasinya buruk seperti di kota-kota berpenduduk padat yang terletak di negara-negara berkembang seperti Indonesia jika tidak di cegah nyamuk *Aedes aegypti* akan mengakibatkan dampak seperti, kasus DBD akan selalu meningkat pertahunya, pasien akan syok, dan yang terparah lagi bisa berdampak kematian (Nadesul, 2010).

Upaya pemberantasan penyakit DBD yang dilakukan adalah penyuluhan yang dilakukan dari rumah ke rumah oleh petugas kesehatan, dengan abatesasi yaitu pemberian abate kepada seluruh masyarakat, dengan melakukan pemberantasan sarang nyamuk (PSN) disetiap lingkungan masyarakat, dengan kegiatan 3M yaitu menguras (dan menyikat) bak mandi, wc, dan lain lain, menutup tempat penampungan air rumah tangga (tempayan, drum, dan lain – lain), serta mengubur, menyingkirkan atau memusnahkan barang – barang bekas (seperti kaleng, ban, dan lain – lain). Pengurasan tempat – tempat penampungan air perlu dilakukan secara teratur sekurang – kurangnya seminggu sekali agar nyamuk tidak dapat berkembang biak ditempat itu. Pada saat ini telah dikenal dengan istilah 3M plus,

yaitu kegiatan 3M yang diperluas. Pemberantasan terhadap nyamuk dewasa dilakukan dengan cara penyemprotan (pengasapan / pengabutan = *fogging*) dengan insektisida. Cara memberantas jentik *Aedes Aegypti* dengan menggunakan insektisida, pembasmi larva dikenal dengan istilah larvasida. Bila PSN DBD dilaksanakan oleh seluruh masyarakat maka populasi nyamuk *Aedes aegypti* dapat ditekan serendah – rendahnya, sehingga penularan DBD tidak terjadi lagi. Untuk itu upaya penyuluhan dan motivaasi kepada masyarakat harus dilakukan secara terus – menerus dan berkesinambungan, karena keberadaan jentik nyamuk berkaitan erat dengan perilaku masyarakat (Mathori.2010).

Dengan latar belakang diatas maka perlu dilakukan penelitian guna mengetahui “Hubungan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dengan Derajat Demam Berdarah (DBD) pada Pasien di Ruang Penyakit Dalam RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun 2016.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dengan Derajat Demam Berdarah (DBD) pada Pasien di Ruang Penyakit Dalam RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun 2018.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan *cross sectional* yaitu jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran / observasi data. Populasi dalam penelitian ini Adalah masyarakat yang menderita DBD di RSUD Blambangan Banyuwangi Tahun 2018. Sampel dalam penelitian ini

adalah sebagian Pasien Demam Berdarah Dengue pada saat penelitian dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

Sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *accidental sampling*. Pada penelitian ini variabel independen adalah pemberantasan sarang nyamuk (3M plus). Pada peneliti ini variabel dependen adalah kejadian DBD (Demam Berdarah Dengue). Dalam penelitian ini teknik pengumpulan data dengan menggunakan rekam medik dan kuisioner.

Data yang telah terkumpul dianalisis dengan Analisis Deskriptif Univariat dan Bivariat. Langkah-langkah analisa data yakni *Coding, Scoring, Tabulating* dan Interpretasi data. Data

yang diperoleh diolah dengan tabulasi data sesuai dengan tujuan penelitian khususnya data umum, kemudian data dianalisa dengan statistik menggunakan uji *rank spearman*, dengan memasukkan data yang diperoleh menggunakan fasilitas komputer dengan menggunakan sistem atau program SPSS 20 for windows dengan menetapkan derajat kesalahan 5 % (0,05). Apabila Uji Rank Spearman dengan menggunakan SPSS 20 for windows, dengan kaidah pengujian sebagai berikut: H_0 ditolak: bila nilai $p < 0,05$ artinya ada hubungan. H_a ditolak: bila nilai $p > 0,05$ artinya tidak ada hubungan atau ada hubungan tetapi sangat lemah dan hampir tidak ada (sugiono, 2006).

HASIL

1. Data Umum

a. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

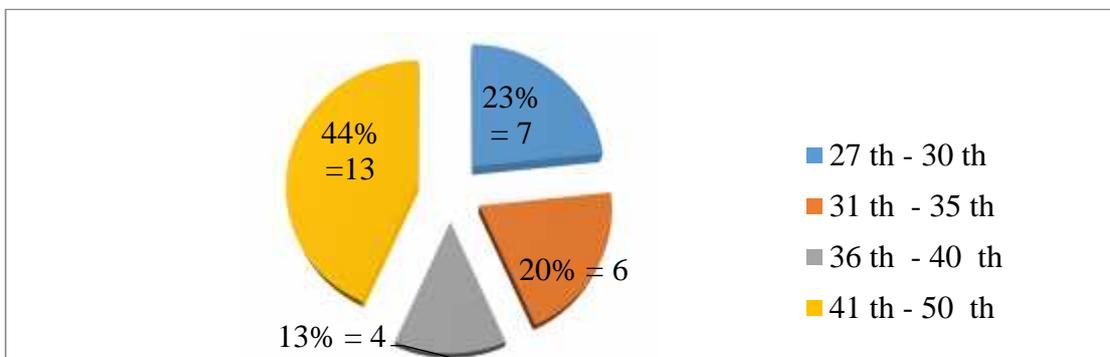


Diagram 1. 1Karakteristik Responden Berdasarkan Umur Di Ruang Penyakit Dalam RSUD Blambangan Kabupaten Banyuwangi

Diagram 1 menunjukkan bahwa kurang dari 50% berada pada umur 41 –

50 sebanyak 13 responden (44%).

b. Karakteristik Jenis Kelamin Responden

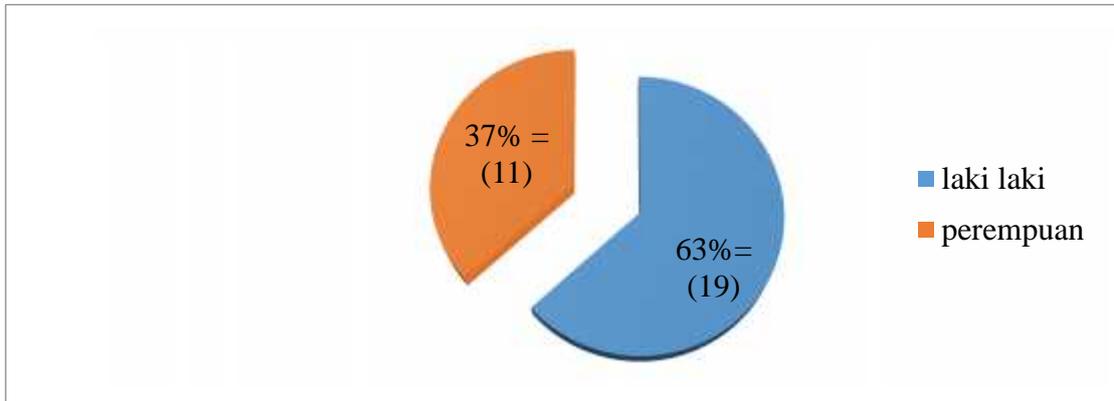


Diagram 2. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Ruang Rawat Inap RSUD Blambangan Banyuwangi

Diagram 2 menunjukkan bahwa Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di Ruang Penyakit Dalam RSUD Blambangan Kabupaten Banyuwangi.

c. Karakteristik Pendidikan Terakhir Responden

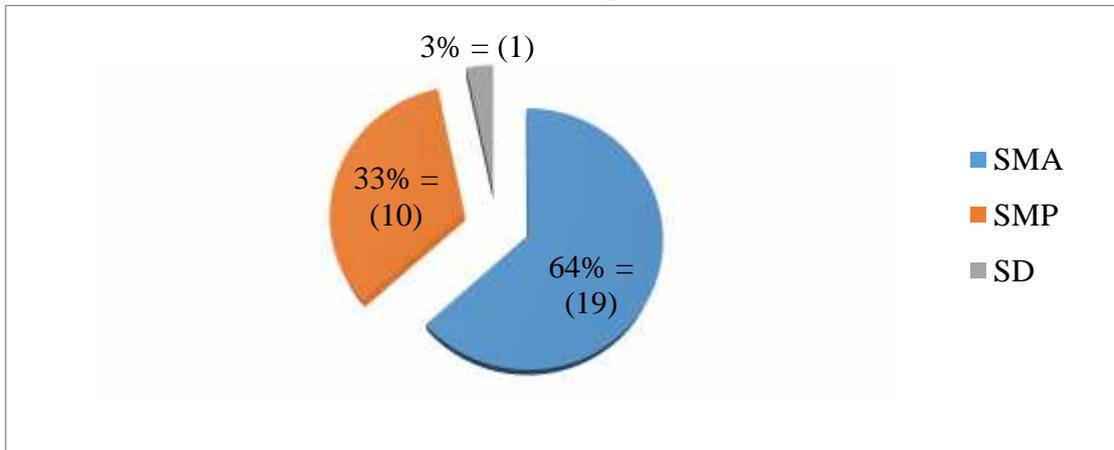


Diagram 3. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir Responden Di Ruang Penyakit Dalam RSUD Blambangan Kabupaten Banyuwangi

Diagram 4 menunjukkan bahwa lebih dari 50% Pendidikan Terakhir SMA sebanyak 19 responden (64%).

d. Karakteristik Pekerjaan Responden

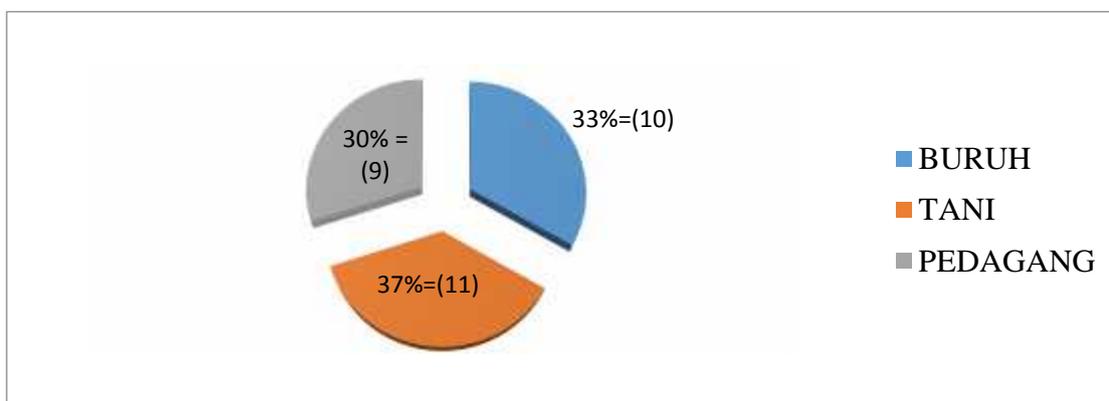


Diagram 4. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan di Ruang Rawat Inap RSUD Blambangan Banyuwangi

Diagram 4 menunjukkan bahwa sebanyak 11 responden (37%) kurang dari 50% bekerja sebagai Tani

2. Data Khusus

a. Pemberantasan Sarang Nyamuk Di Ruang Penyakit Dalam RSUD Blambangan Banyuwangi

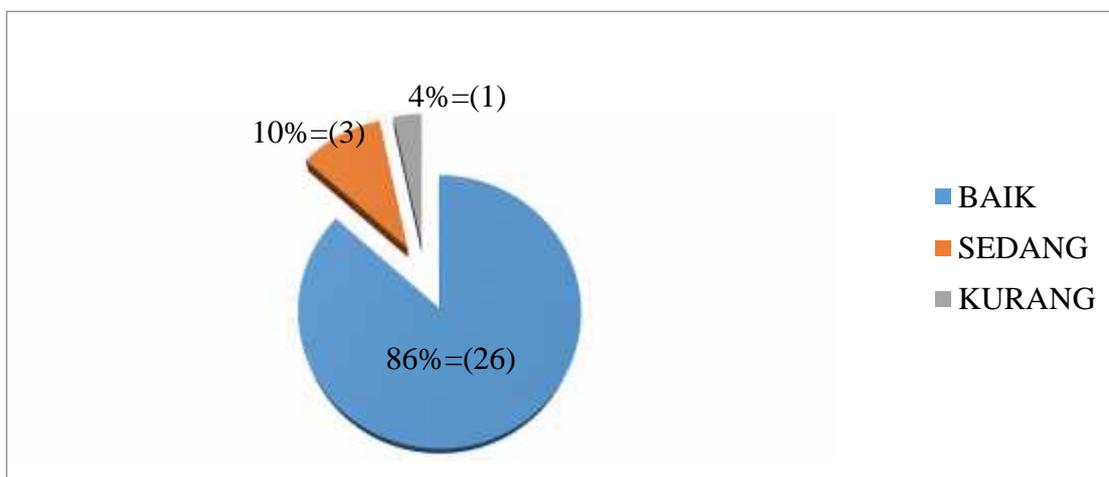


Diagram 5. Karakteristik Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) Diruang Penyakit Dalam RSUD Blambangan Kabupaten Banyuwangi

Berdasarkan diagram 5 diatas diketahui sebagian besar Pemberantasan

Sarang Nyamuk dengan kategori Baik sebanyak 26 responden (86%).

b. Kejadian Demam Berdarah Dengue Pada Pasien Di Ruang Penyakit Dalam RSUD Blambangan Banyuwangi

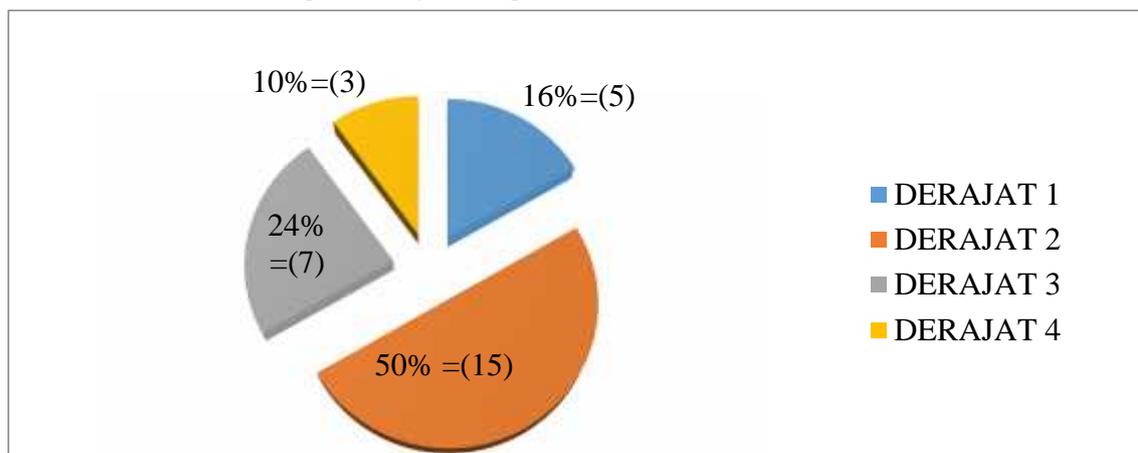


Diagram 6. Karakteristik Kejadian DBD Di Ruang Penyakit Dalam RSUD Blambangan Kabupaten Banyuwangi

Berdasarkan diagram 6 diatas diketahui setengahnya Derajat Demam Berdarah Dengue di Ruang Penyakit

Dalam RSUD Banyuwangi dengan kategori Derajat 2 yaitu 50% (15 responden).

c. Uji Rank Sperman Dua Variabel

Tabel 1. Tabulasi silang Hubungan Pemberantasan Sarang Nyamuk Dengan Derajat Demam Berdarah *Dengue* Pada Pasien Di Ruang Penyakit Dalam Di RSUD Blambangan Banyuwangi

Kejadian DBD PSN	Derajat DBD				Jumlah
	1	2	3	4	
Baik	4 (13%)	15 (50%)	6 (20%)	1 (3,3%)	26 (86%)
Sedang	1 (3,3%)	0 (0%)	1 (3,3%)	1 (3,3%)	3 (10%)
Kurang	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,3%)	1 (4%)
Jumlah	5 (16%)	15 (50%)	7 (24%)	3 (10%)	30 (100%)

Dari tabel 1 diatas dapat diketahui bahwa sebagian besar responden

melakukan PSN dengan kategori Baik 26 responden (86%), kurang dari 50%

responden melakukan PSN kategori Sedang 3 responden (10%), kurang dari 50% melakukan PSN kategori Kurang 1 responden (10%) dan kurang dari 50% derajat demam berdarah dengue kategori derajat 1 sebanyak 5 responden (16%), setengahnya derajat demam berdarah

dengue kategori derajat 2 sebanyak 50% (15 responden), kurang dari 50% derajat demam berdarah dengue kategori derajat 3 sebanyak 7 responden (24%), kurang dari 50% derajat demam berdarah dengue kategori derajat 4 sebanyak 3 responden (10%).

d. Uji SPSS 20

			PSN	KEJADI ANDBD
Spearman's rho	PSN	Correlation Coefficient	1,000	-,411(*)
		Sig. (2-tailed)	.	,024
		N	30	30
	KEJADIAN DBD	Correlation Coefficient	-,411(*)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,024	.
		N	30	30

Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Dari hasil analisis uji dua variabel dengan menggunakan *spearman rank* didapatkan nilai p value 0,024 dimana nilai p value <0,05 berarti menandakan adanya hubungan antara Pemberantasan Sarang Nyamuk Dengan Derajat Demam Berdarah *Dengue* pada masyarakat di Ruang Penyakit Dalam RSUD Blambangan Banyuwangi tahun 2016 dengan tingkat keeratan sebesar 0,411.

Menurut sugiyono (2007) pedoman untuk memberikan interpretasi koefisien korelasi sebagai berikut:

0,00 – 0,199 = sangat rendah

0,20 – 0,399 = rendah

0,40 – 0,599 = sedang

0,60 – 0,799 = kuat

0,80 – 1000 = sangat kuat

Sehingga tingkat keeratan dalam hubungan antara Pemberantasan Sarang Nyamuk Dengan Derajat Demam Berdarah *Dengue* pada Pasien di Ruang Penyakit Dalam RSUD Blambangan Banyuwangi tahun 2016 adalah sedang (0,411).

PEMBAHASAN

1. Pemberantasan Sarang Nyamuk Dengan Derajat Demam Berdarah *Dengue* Pada Pasien di Ruang Penyakit Dalam RSUD Blambangan Banyuwangi tahun 2016.

Berdasarkan diagram 5 diatas diketahui sebagian besar didapatkan hasil bahwa Pemberantasan Sarang Nyamuk dengan kategori Baik yaitu 86% (26 responden).

Pemberantasan Sarang Nyamuk adalah semua upaya untuk mencegah dan menangani kejadian demam berdarah *dengue* termasuk tindakan untuk mengatasi penyebaran penyakit demam berdarah *dengue* (Dinkes.BWI.2013).

Jenis Kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD meliputi Bulan bakti gerakan 3 M atau juga dengan istilah bulan kewaspadaan 3 M sebelum musim penularan atau gerakan 3M sebelum masa penularan, kegiatan ini dilakukan selama sebelum sebelum penularan dengan mengajak warga melakukan PSN DBD dipimpin oleh kepala wilayah setempat serta melibatkan lintas sektor, kegiatan ini diprioritaskan didesa / kelurahan rawan (endemis) agar sebelum terjadi puncak penularan virus *dengue*, populasi nyamuk penularan dapat ditekan serendah rendahnya sehingga kejadian luar biasa (KLB) dapat dicegah. Penyuluhan pada keluarga selain penyuluhan serta individu yang dilakukan penyuluhan kepada masyarakat luas juga dilakukan secara kelompok (seperti pada pertemuan kader, arisan dan selapanan) dan ada acara misal (seperti pertunjukan layar tancap, ceramah agama dan pertemuan musyawarah desa). Pergerakan masyarakat dalam PSN DBD secara terus menerus dan berkesinambungan sesuai dengan situasi dan kondisi masing masing daerah. Apabila terjadi KLB atau wabah, dilakukan penyemprotan insektisida /pemberantasan vector dengan pengasapan (fogging) yang dilakukan 2 siklus dengan interval satu minggu yang melibatkan petugas dinas kesehatan kabupaten/puskesmas dan tenaga terlatih (Dinkes.RI,2006).

Berdasarkan yang terjadi pada saat penelitian bahwa setiap keluarga responden memberikan reaksi berbeda dalam menjelaskan keseharian keluarga tentang pemberantasan sarang nyamuk, ada juga yang menjelaskan kalau responden di setiap kesehariannya melakukan bersih – bersih lingkungan setiap hari dan ada juga yang melakukannya seminggu sekali.

Semuanya pasti pernah mendengar kata Pemberantasan sarang nyamuk dan sekaligus pasti orang tahu bahwa pemberantasan sarang nyamuk itu juga penting buat lingkungan sekitar, seharusnya kebanyakan orang melakukan PSN dengan baik dan benar, tetapi dilapangan mengatakan terdapat banyak orang yang melakukan PSN yang baik dan ada juga yang belum melakukan PSN. Dari hasil data yang dilapangan yang belum melakukan PSN mungkin dari usia yang sudah tua kebanyakan kalau bekerja sendiri melakukan PSN sendiri tanpa dibantu keluarga pasti malas untuk melakukan PSN. Dan kebanyakan pekerjaan dari responden hampir setengahnya petani, waktu untuk membersihkan pekarangan rumah pasti jarang – jarang dilakukan. Kalau di lihat dari pendidikan terakhir juga berarti masyarakat pasti cukup mengenal dan mengerti bahwasanya PSN itu juga kebanyakan orang tahu dan mengerti tapi tanpa disadari dari hal yang kecil dapat menimbulkan hal yang besar contohnya saja menguras bak mandi seminggu sekali , kenapa harus dilakukan seminggu sekali, karena siklus nyamuk dari telur, jentik, kepompong, nyamuk dewasa membutuhkan waktu satu minggu, itulah mengapa dilakukan menguras bak mandi seminggu sekali. Dan ada lagi yang

kadang orang itu lupa menghindari kebiasaan menggantung pakaian dalam rumah, karena bisa digunakan sarang nyamuk untuk berkembang biak.

2. Derajat Demam Berdarah *Dengue*

Berdasarkan diagram 6 diatas diketahui setengahnya Kejadian Demam Berdarah *Dengue* di Ruang Penyakit Dalam RSUD Banyuwangi dengan kategori Derajat 2 yaitu 50% (15 responden).

Demam Berdarah *Dengue* adalah penyakit virus dengan demam akut dengan ciri khas muncul tiba – tiba, demam berlangsung selama 3 – 5 hari ,menimbulkan rasa nyeri dan linu – linu pada otot punggung,menimbulkan rasa sakit diotot – otot persendian, tidak selera makan, rasa sakit ditulang – tulang, rasa sakit untuk menelan makanan dan rasa perih di daerah pencernaan, muncul bintik – bintik dikulit dan pori – pori di pembuluh darah mulai pecah (kelly,dkk, 2009).

Tentu tidak asing lagi dengan penyakit demam berdarah,ini begitu ditakuti banyak masyarakat karena bisa menyebabkan kematian. Ketika demam melanda memang banyak orang menganggap demam itu hanya demam biasa, tidak menutup kemungkinan demam yang diderita bisa jadi penyebab DBD, berhubung DBD itu sendiri memiliki banyak penyebab maka agak sulit untuk memastikan bahwa posisi DBD. Penyakit demam berdarah sering di mulai dengan kenaikan suhu yang mendadak disertai dengan wajah panas memerah dan gejala seperti flu lainnya, demam biasanya berlangsung selama 2 – 7 hari dan suhu nya bisa mencapai 41°C dan perdarahan yang mungkin muncul

sebagai bintik – bintik kecil pada kulit (petechie). Banyak yang mengabaikan jika mengetahui demam yang tak kunjung sembuh dan demam turun naik, dan mengetahui bila sudah parah. Pada kasus yang parah kondisi pasien tiba – tiba memburuk setelah beberapa hari demam, suhu turun di ikuti tanda – tanda sirkulasi dan pasien masuk dalam keadaan kritis (syok), dan bagi orang awam untuk mengetahui secara pasti apakah demam yang dialami disebabkan DBD atau yang lain untuk itu pada hari ke 3 demam sangat dianjurkan untuk memeriksakan ke petugas kesehatan.

3. Hubungan Pemberantasan Sarang Nyamuk Dengan Derajat Demam Berdarah *Dengue*

Dari hasil analisis uji dua variabel dengan menggunakan spss 20 *spearman rank* didapatkan nilai p value 0,024 dimana nilai p value < 0,05 berarti menandakan adanya hubungan antara Pemberantasan Sarang Nyamuk Dengan Derajat Demam Berdarah *Dengue* pada Pasien di Ruang Penyakit Dalam RSUD Blambangan Banyuwangi dan tingkat korelasi antara dua variabel menunjukkan hubungan rendah yaitu sebesar 0,411.

Pemberantasan Sarang Nyamuk adalah semua upaya untuk mencegah dan menangani kejadian demam berdarah *dengue* termasuk tindakan untuk mengatasi penyebaran penyakit demam berdarah *dengue* (Dinkes.BWI.2013)

Demam Berdarah *Dengue* adalah penyakit virus dengan demam akut dengan ciri khas muncul tiba – tiba, demam berlangsung selama 3 – 5 hari ,menimbulkan rasa nyeri dan linu – linu pada otot punggung,menimbulkan rasa sakit diotot – otot persendian, tidak selera

makan, rasa sakit ditulang – tulang, rrasa sakit untuk menelan makanan dan rasa perih di daerah pencernaan, muncul bintik – bintik dikulit dan pori – pori di pembuluh darah mulai pecah (kelly,dkk, 2009).

Seseorang yang didalam darahnya mengandung virus dengue merupakan sumber penular demam berdarah dengue , virus dengue berada dalam darah selama 4 – 7 hari mulai 1 – 2 hari sebelum demam. Bila penderita DBD digigit nyamuk penular, maka virus dalam darah akan ikut terhisap masuk kedalam lambung nyamuk, selanjutnya virus akan memperbanyak diri dan tersebar di berbagai jaringan tubuh nyamuk termasuk di dalam kelenjar liurnya. Penularan ini terjadi karena setiap kali menusuk, menggigit, sebelum menghisap darah akan mengeluarkan air liur melalui saluran alat tusuknya, agar darah yang dihisap tidak membeku bersama air liur.

Peneliti berpendapat bahwa apabila terdapat tetangga anda yang menderita DBD dan lokasinya rumahnya berada tidak jauh dari rumah anda maka diwaspadai akan keberadaannya, hal ini karena kemampuan terbang lebih dari 40 meter dan jangkauan terbang maksimal sejauh 100 meter. Sehingga secepatnya melakukan pembersihan terhadap tempat – tempat penampungan air di sekitar anda atau menghubungi puskesmas terdekat. Setiap orang dapat terserang demam berdarah setelah digigit nyamuk *aedes aegypti* yang mengandung virus *dengue*.

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian ini, dapat disimpulkan sebagai berikut: Sebagian besar Pemberantasan Sarang Nyamuk di

Ruang Penyakit Dalam RSUD Banyuwangi dalam kategori Baik yaitu 26 responden (86%); Setengahnya Derajat Demam Berdarah Dengue di Ruang Penyakit Dalam RSUD Banyuwangi dengan kategori Derajat 2 yaitu 50% (15 responden); Dari hasil analisis uji dua variabel dengan spss 20 menggunakan *spearman rank* didapatkan nilai p value 0,024 dimana nilai p value <0,05 berarti menandakan adanya hubungan antara Pemberantasan Sarang Nyamuk Dengan Kejadian Demam Berdarah *Dengue* di Ruang Penyakit Dalam RSUD Blambangan Banyuwangi tahun 2016 jadi tingkat keeratan yaitu rendah.

DAFTAR PUSTAKA

- A elwa, mathori (2010).Waspada Wabah Penyakit : Panduan Untuk Orang Awan. Bandung . Nuansa.
- Atikah, eni (2012). Pengendalian dan Pencegahan.Jakarta: Media Publisher.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan lingkungan (2006). Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue di Indonesia.
- Djunaedi. 2006. Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A ,Aziz alimul (2008). Metode Penelitian dan Teknik Analisa Data. jakarta: Salemba Medika.
- Kelly,heath dkk. (2009). 73 Penyakit Yang Penting Diketahui. pencegahan, dan penyembuhan Penyakit – Penyakit yang

- Disebabkan oleh Bakteri dan Virus. Yogyakarta: Palmall Yogyakarta.
- Lexi j,moelong. (2010). Metodologi Penelitian Kualitatif. Bandung: PT Remaja Rosdakarya
- Mansjoer, arif . dkk (ed) (2000). Kapita Selekta Kedokteran.Edisi ketiga Jilid 2. Media Aesculapulus.
- Nelwan, rustadi sosrosuhardjo (2006). Update Ilmu Penyakit Infeksi. Jakarata: Balai Penerbit FKUI.
- Notoatmodjo (2007). Pengantar Pendidikan dan Kesehatan dan Ilmu Prilaku Kesehatan. Jakarta : Reneka Cipta.
- Nursalam(2013). Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Pemerintahan Kabupaten Banyuwangi Dinas Kesehatan Banyuwangi (2013). Modul Pelatihan Bagi Pengelola Program Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue di Indonesia
- Prabowo.eko (2014). Buku Ajar Kesehatan.Yogyakarta : Nuha Medika.
- Purnayani,a (2014).Pemberantasan Sarang Nyamuk. Januari 2014. diakses 24 Februari2016,<https://www.google.co.id/url=http//aripuriyana.blogspot.com>.
- Sholekhuudin. M, (2014). Buku Obat Sehari – hari. Jakarta : PT Gramedia.
- Sopiyudin dahlan,M (2010).Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Sitiatava (2010). Metodologi Penulisan Karya Tulis Ilmiah. Jakarta : PT gramedia.
- Sucipto (2011). Vektor Penyakit Tropis. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Sunaryo (2011).Pengendalian Penyakit Demam Berdarah. Yogyakarta.: Medical Book.
- Sutarryo (2010).Lingkup Vektor Demam Berdarah. Jakarta: Media Publisher

PANDUAN BAGI PENULIS NASKAH HEALTHY: Jurnal Penelitian STIKES Banyuwangi

HEALTHY: Jurnal Penelitian STIKES Banyuwangi hanya menerima naskah asli yang belum dipublikasikan di dalam maupun di luar negeri. Naskah berupa penelitian yang bermanfaat untuk menunjang kemajuan ilmu pendidikan dibidang kesehatan.

PETUNJUK PENULISAN HASIL PENELITIAN

JUDUL

Hendaknya menggambarkan isi pokok tulisan secara lengkap dan jelas tanpa singkatan, ditulis dalam bahasa Indonesia tidak boleh lebih dari 14 kata sedangkan dalam bahasa Inggris tidak boleh lebih dari 12 kata. Judul dicetak dengan huruf kapital di tengah – tengah, dengan ukuran huruf 14 point.

NAMA – NAMA PENULIS

Nama penulis dicantumkan tanpa gelar akademik, disertai lembaga asal dan ditempatkan di bawah judul artikel. Dalam hal naskah ditulis oleh tim, penyunting hanya berhubungan dengan penulis utama atau penulis yang namanya tercantum pada urutan pertama.

ABSTRAK

Abstrak dan kata kunci ditulis dalam bahasa Indonesia tidak lebih dari 250 kata, yang merupakan intisari seluruh tulisan, sedangkan jumlah kata kunci 3 - 5 kata. Abstrak minimal berisi judul, tujuan, metode, dan hasil penelitian.

PENDAHULUAN

Pendahuluan berisi latar belakang, konteks penelitian, hasil kajian pustaka, dan tujuan penelitian. Seluruh bagian pendahuluan dipaparkan secara terintegrasi dalam bentuk paragraf-paragraf, dengan panjang 15 – 20% dari total panjang artikel.

METODE PENELITIAN

Berisi paparan dalam bentuk paragraf tentang rancangan penelitian, sumber data, teknik pengumpulan data, dan analisis yang secara nyata dilakukan peneliti, dengan panjang 10 – 15% dari panjang artikel.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Berisi paparan hasil analisis yang berkaitan dengan pertanyaan penelitian. Bila perlu dengan tabel, ilustrasi (gambar, grafik, diagram) atau foto. Angka desimal ditandai dengan koma untuk bahasa Indonesia dan titik untuk bahasa Inggris. Tabel, ilustrasi atau foto diberi nomor dan diacu berurutan dengan teks, judul ditulis dengan singkat dan jelas. Keterangan diletakkan pada catatan kaki, tidak boleh pada judul. Semua singkatan atau kependekkan harap dijelaskan pada catatan kaki.

Pembahasan

Menerapkan hasil penelitian, bagaimana hasil penelitian yang dilaporkan dapat memecahkan masalah, perbedaan dan persamaan dengan penelitian terdahulu serta kemungkinan pengembangannya. Panjang paparan hasil dan pembahasan 40 – 60% dari panjang artikel.

KESIMPULAN DAN SARAN

Simpulan berisi temuan penelitian yang berupa jawaban atas pertanyaan penelitian atau berupa intisari hasil pembahasan. Simpulan disajikan dalam bentuk paragraf. Saran ditulis secara jelas untuk siapa dan bersifat operasional. Saran disajikan dalam bentuk paragraf.

DAFTAR PUSTAKA

Daftar pustaka hanya memuat sumber-sumber yang dirujuk, dan semua sumber yang dirujuk harus tercantum dalam daftar pustaka. Sumber pustaka minimal 80 % berupa pustaka terbitan 10 tahun terakhir. Pustaka yang digunakan adalah sumber – sumber primer berupa artikel-artikel penelitian dalam laporan penelitian (termasuk skripsi, tesis dan disertasi). Perujukan dan pengutipan menggunakan teknik rujukan berkurung (nama akhir, tahun). Pencantuman sumber pada kutipan langsung hendaknya disertai keterangan tentang nomor halaman tempat asal kutipan. Contoh: (Sugiyono, 2009).

Contoh penulisan daftar pustaka :

Smeltzer, Suzane C. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner and Suddart*. Edisi 8. Jakarta: EGC

Andriani, N., Husaini, I., dan Nurliyah, L. (2011) Efektifitas Penerapan Pembelajaran Inkuiri Terbimbing (*Guided Inquiry*) pada Mata Pelajaran Fisika Pokok Bahasan Cahaya di Kelas VIII SMP Negeri 2 Muara Padang, *Prosiding Simposium Nasional Inovasi Pembelajaran dan Sains 2011 (SNIPS 2011) 22-23 Juni 2011, Bandung, Indonesia diakses 2 September 2012* <http://www.scribd.com/doc/80768642/Efektifitas-inkuiri-terbimbing>

Wood. 2009. Design for Inquiry-based Learning Case Studies, *Journal of Learning Development in Higher Education No 1 January* diakses 12 September 2012, [http://www.alldhe.ac.uk/ojs/index.php?journal=jldhe&page=article&op=view&path\[\]=13&path\[\]9](http://www.alldhe.ac.uk/ojs/index.php?journal=jldhe&page=article&op=view&path[]=13&path[]9)