

The Effect of Soy Bean M  
Glucose Level on The Type  
Tampungan  
Anna Miftahul

Analisis Faktor-faktor  
Abortus Spontan di  
Wahidah

Studi Komparasi Keefektifan  
dari Keluarga dan Bukan  
Tuberculosis Paru di BP4 U  
Amilya In

Perilaku Pertama Ibu  
Diare pada A  
dan TPA "B

Perbedaan Lama Persa  
dan Tidak Senam Ham

AS

Hubungan Pengetahuan  
Perilaku Sehat Lansia d

Saman,

Faktor-faktor yang Me  
ke Posyandu d  
Sri Rahayu

Diterbitkan oleh

ISSN 1858-0610



9 771858 061017

# Jurnal

---

## Kebidanan dan Keperawatan

---

Vol. 6 No. 1, Juni 2010

ISSN 1858-0610

- The Effect of Soy Bean Milk Consumption on The Control of Blood Glucose Level on The Type 2 Diabetes Mellitus Patients at Besalen and Tampungan Bantul Yogyakarta in 2009**  
Anna Miftahul Rohmah, Diyah Candra Anita K 1-9
- Analisis Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Abortus Spontan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta**  
Wahidah Sukriani, Sulistyaningsih 10-15
- Studi Komparasi Keefektifan Peran Pengawas Minum Obat (PMO) dari Keluarga dan Bukan Keluarga dengan Kesembuhan Penderita Tuberculosis Paru di BP4 Unit Minggiran Kota Yogyakarta Tahun 2009**  
Amilya Indriani, Diyah Candra A.K. 16-25
- Perilaku Pertama Ibu Balita dalam Menanggulangi Penyakit Diare pada Anak Balita di Taman Bermain dan TPA "Beniso" Randu Belang Bantul**  
Hariza Adnani 26-32
- Perbedaan Lama Persalinan Kala II Antara yang Senam Hamil dan Tidak Senam Hamil di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2009**  
Asri Hidayat, Sujiatini 33-40
- Hubungan Pengetahuan Aktivitas Dasar Sehari-hari (ADS) dengan Perilaku Sehat Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Yogyakarta Unit Budi Luhur**  
Saman, Tri Prabowo, Purwanta 41-50
- Faktor-faktor yang Mempengaruhi Ketidakaktifan Lanjut Usia ke Posyandu di Puskesmas Cebongan Salatiga**  
Sri Rahayu, Purwanta, Dwi Harjanto 51-60

## THE EFFECT OF SOY BEAN MILK CONSUMPTION ON THE CONTROL OF BLOOD GLUCOSE LEVEL ON THE TYPE 2 DIABETES MELLITUS PATIENTS AT BESALEN AND TAMPUNGAN BANTUL YOGYAKARTA IN 2009

Anna Miftahul Rohmah<sup>1</sup>, Diah Candra Anita K<sup>2</sup>

**Abstract:** This research was aimed at identifying the effect of soy bean milk consumption on the control of blood glucose level on the type 2 diabetes mellitus patients in Besalen and Tampungan villages. There were 10 people used as the samples, 5 people for the control group and other 5 for the experiment group. The method of the research was the Quasi Experiment, with the approach of Non Equivalent Pretest Posttest. The gained data was then examined using the statistic test by applying t-test dependent. The result showed that P value (0,009) < ? (0,05), it can be concluded that there is found effect of soybean milk consumption on the control of blood glucose level on the type 2 diabetes mellitus patients.

**Kata kunci:** kadar gula darah, susu kedelai, diabetes mellitus type 2.

### PENDAHULUAN

Diabetes Melitus (DM) adalah salah satu penyakit yang dianggap sebagai penyakit yang mematikan. Dari tahun ke tahun jumlah penderitanya semakin meningkat. Banyak orang yang menganggap bahwa penyakit ini hanya terjadi pada orang tua saja, tetapi pada kenyataannya penyakit ini dapat menyerang siapa saja baik tua maupun muda. Berdasarkan hasil penelitian, jumlah penderita DM di Indonesia menempati urutan keempat di dunia. Jumlah penderitanya mencapai 8,6% dari jumlah penduduk 210 juta jiwa (sekitar 17 juta jiwa). Pada tahun 2003, WHO memperkirakan 194 juta jiwa atau 5,1% dari 3,8 miliar penduduk dunia usia 20-79 menderita DM dan pada tahun 2025

meningkat menjadi 333 juta jiwa, sedangkan saat ini diperkirakan sekitar 3,2 juta jiwa penduduk dunia meninggal karena menderita DM. (Anonim, 2008). Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan peneliti, penderita DM yang tinggal di Dusun Tampungan berjumlah 13 orang atau sekitar 3,1% dari jumlah penduduknya (432 orang), sedangkan di Dusun Besalen berjumlah 16 orang atau sekitar 3.32% dari jumlah penduduknya (482 orang).

Berdasarkan jumlah tersebut, kedua Dusun itu memiliki masalah yang cukup serius, terutama tentang resiko meningkatnya jumlah penderita DM di wilayah tersebut bila tidak segera diberikan pengetahuan tentang penyakit DM.

<sup>1</sup> Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta.

<sup>2</sup> Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta.

Sedangkan masalah yang sering dialami bagi yang sudah menderita DM adalah kesulitan dalam pengontrolan kadar gula darah agar tetap dalam keadaan normal. Penyakit DM merupakan penyakit yang disebabkan karena peningkatan kadar gula darah yang tidak terkontrol. Peningkatan kadar gula darah pada penderita DM disebabkan karena kekurangan insulin, baik absolut maupun relatif.

Insulin merupakan hormon yang diproduksi oleh sel beta pankreas dan berfungsi untuk memasukkan glukosa ke dalam sel (Tapan, 2005). Tanda dan gejala yang sering muncul pada penderita DM adalah *poliuri* (banyak kencing), *polifagi* (banyak makan) dan *polidipsi* (banyak minum). Kelebihan kadar glukosa darah bisa menyebabkan banyak masalah termasuk kekurangan cairan (dehidrasi), kejang dan kadang kala jika tidak diobati bisa menyebabkan pingsan yang disebut sebagai koma diabetikum. Komplikasi jangka panjang yang bisa terjadi karena meningkatnya kadar glukosa secara terus-menerus adalah kerusakan pembuluh darah, jantung, ginjal, saraf dan mata (Tapan, 2005).

Pengobatan DM dapat dilakukan dengan beberapa cara antara lain dengan olah raga teratur, melakukan diet, mengurangi berat badan bila kegemukan, dan pemberian obat hipoglikemik oral. Prinsip pengobatannya adalah menjaga agar kadar gula darahnya tetap normal dan mencegah terjadinya komplikasi jangka pendek maupun jangka panjang (Tapan, 2005). Kadar gula darah merupakan angka yang menunjukkan kadar gula yang ada di dalam darah. Terdapat beberapa cara yang dapat dilakukan untuk membantu mengontrol kadar gula darah, antara lain diet makan, olah raga dan mengkonsumsi obat hipoglikemik Selain cara diatas, cara lain yang dapat digunakan untuk menurunkan

kadar gula darah adalah dengan mengkonsumsi susu kedelai. Kandungan gizi yang terdapat dalam susu kedelai terdiri dari Protein, Lemak nabati, Serat/fiber, Karbohidrat, Vitamin A, Vitamin B1, Vitamin E, Vitamin B2, Vitamin B3, Vitamin B5, Vitamin B6, Vitamin C, Vitamin K, Asam folat, Mineral, Polisakarida dan Isoflavon. (Baskhara, 2008).

Dalam susu kedelai terdapat kandungan polisakarida yang mampu menekan kadar glukosa dan trigliserida postprandial, serta menurunkan rasio insulin-glukosa postprandial (setelah makan). Hal ini membuktikan bahwa kandungan polisakarida pada kedelai mampu mengendalikan kadar gula darah yang berlebih dalam tubuh. Asupan susu kedelai dapat membantu mengendalikan kadar gula darah yang melebihi batas normal tersebut, sehingga sangat membantu mengendalikan gejala penyakit gula ini (Ferysofian, 2008).

Protein yang terkandung dalam kedelai diketahui kaya akan asam amino arginin dan glisin. Kedua asam amino ini merupakan komponen penyusun hormon insulin dan glukogen yang disekresi oleh kelenjar pankreas dalam tubuh kita. Karena itu makin tinggi asupan protein dari kedelai, sekresi hormon insulin dan glikogen ke dalam jaringan tubuh akan makin meningkat. Dengan meningkatnya kadar hormon insulin ini, kadar glukosa darah akan berkurang karena sebagian akan diubah menjadi energi. Inilah yang pada akhirnya membuat gejala diabetes dapat ditekan (Ferysofian, 2008).

Dengan semakin meningkatnya jumlah penderita DM, pemerintah mengupayakan berbagai cara untuk mencegah dan mengatasi DM antara lain: mengaktifkan pusat-pusat pelayanan kesehatan dari tingkat primer sampai tingkat atas, penelitian dan pengabdian masyarakat tentang penyakit DM, menyelenggarakan

penyuluhan dan seminar, memberikan penghargaan kepada instansi yang telah melakukan kegiatan yang berhubungan dengan DM seperti senam, jalan bersama, penyuluhan dan edukasi, yang terakhir adalah menciptakan lingkungan yang membantu para individu mengubah gaya hidup (antara news 2007, *cit* Zulianita, 2007).

Berdasarkan uraian di atas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul: Pengaruh Konsumsi Susu Kedelai Terhadap Kontrol Kadar Gula Darah pada Pasien DM tipe 2 di Dusun Tampungan dan Dusun Besalen tahun 2009.

## METODA PENELITIAN

Dalam penelitian ini menggunakan desain penelitian *Quasi Experiment* dengan pendekatan yang dipilih adalah *Non Equivalent Control Group* yaitu penelitian yang dilakukan dengan membandingkan antara kelompok kontrol dan kelompok eksperimen. Pengukuran dilakukan sebelum diberikan perlakuan (*pretest*) dan setelah diberikan perlakuan (*posttest*) (Arikunto, 1998). Variabel yang mempengaruhi adalah konsumsi susu kedelai dan variabel yang dipengaruhi adalah kadar gula darah pasien diabetes mellitus, sedangkan variabel yang mengganggu adalah kepatuhan dalam diet makan, kepatuhan terhadap pengobatan, kondisi psikologis, usia, olah raga.

Dalam penelitian ini tidak dilakukan uji validitas dan reliabilitas hanya dilakukan uji kalibrasi pada glukometer yang digunakan. Konsumsi susu kedelai dilakukan 3x sehari, masing-masing 250 cc setiap kali minum. Susu ini dikonsumsi 1 jam sebelum makan sama seperti konsumsi obat hipoglikemik oral. Dalam 1 kali penyajian diberikan 3 sendok ( $\pm 37$ gr) susu kedelai bubuk Melilea yang dicampur dengan 250 cc air. Kepatuhan konsumsi susu kedelai diukur dengan skala ordinal. Pada penelitian

ini terdapat dua kelompok, yaitu : kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Pengukuran kadar gula darah dilakukan dengan menggunakan glukometer. Pengukuran dilakukan pada hari 1 dan hari ke 14. Berdasarkan hasil pengukuran kadar gula darah, responden dikelompokkan menjadi dua kriteria yaitu : terkontrol (80-170 mg/dl) dan tidak terkontrol (171- >200 mg/dl).

Populasi penelitian ini adalah semua penderita DM tipe 2 yang tinggal di Dusun Tampungan dan Besalen yang berjumlah 29 orang. Untuk sampel adalah penderita DM tipe 2 yang patuh terhadap diet makan, pengobatan dan berusia antara 30-55 tahun yang berjumlah 10 orang, yang terdiri dari 5 orang sebagai kelompok kontrol dan 5 orang sebagai kelompok eksperimen. Teknik pengambilan sampel dilakukan secara *Non Probability Sampling* dengan metode *Purposive sampling*. Alat yang digunakan dalam penelitian adalah kuisioner, glukometer, lembar penilaian. Metode pengumpulan data dilakukan dengan cara survey dan wawancara. Untuk metode pengolahan data meliputi tiga langkah, yaitu: penyuntingan (*editing*), pengkodean (*coding*) dan tabulasi (*tabulating*). Analisis data didapatkan dengan melakukan uji statistik menggunakan *t-test Independent*, dimana sebelumnya telah dilakukan uji normalitas data dengan *Kolmogorov-Smirnov*. Prosedur kerja dan cara penelitian terdiri dari 3 tahap yaitu tahap persiapan, tahap pelaksanaan dan tahap akhir.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### a. Gambaran umum lokasi

Dusun Besalen batas sebelah adalah Dusun Bawitan, batas timurnya adalah Dusun Sanan, batas sebelah selatannya adalah Dusun Tempel, sedangkan untuk batas sebelah barat adalah jalan raya yang merupakan jalan yang memisahkan antara

Dusun Besalen dan Tampungan. Dusun Besalen memiliki luas wilayah  $\pm$  1 hektar, dengan jumlah penduduk sekitar 482 jiwa.

Untuk Dusun Tampungan, batas sebelah utaranya adalah area persawahan. Batas timurnya jalan raya, batas sebelah selatannya adalah sungai dan batas sebelah baratnya adalah Dusun Klodangan. Luasnya  $\pm$  1,31 hektar, dengan jumlah penduduk 432 jiwa dan sebagian besar berprofesi sebagai petani dan pedagang.

#### b. Gambaran umum responden

**Tabel 1. Karakteristik Umum Responden Kelompok Eksperimen**

No	Karakteristik	Frekuensi	%
1.	<b>Jenis Kelamin</b>		
	Laki-laki	4	80
	Perempuan	1	20
2.	<b>Usia</b>		
	31 – 35	1	20
	36 – 40	0	0
	41 – 45	1	20
	46 – 50	1	20
	51 – 55	3	60
3.	<b>Pendidikan</b>		
	SD	1	20
	SLTP	1	20
	SLTA	2	40
	PT	1	20
4.	<b>Pekerjaan</b>		
	Pedagang	1	20
	Swasta	0	0
	IRT	1	20
	Buruh	1	20
	Guru	1	20
	Kadus	1	20
	<b>Jumlah</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

Sumber : Data Primer April 2009

Berdasarkan data diatas jumlah penderita DM tipe 2 lebih banyak pada wanita (80%) dibandingkan laki-laki (20%).

Berdasarkan usia, penderita DM tipe 2 paling banyak diderita pada usia 51-55 tahun (60%), sedangkan untuk usia 41-45 dan 46-50 masing-masing hanya 20%. Sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan SLTA (40%), sedangkan untuk SD, SLTP dan PT masing-masing hanya 20%. Untuk pekerjaan jumlahnya merata masing-masing 20%.

**Tabel 2. Karakteristik Umum Responden Kelompok Kontrol**

No	Karakteristik	Frekuensi	%
1.	<b>Jenis Kelamin</b>		
	Laki-laki	4	80
	Perempuan	1	20
2.	<b>Usia</b>		
	31 – 35	1	20
	36 – 40	0	0
	41 – 45	3	60
	46 – 50	1	20
	51 – 55	0	0
3.	<b>Pendidikan</b>		
	SD	2	40
	SLTP	0	0
	SLTA	2	40
	PT	1	20
4.	<b>Pekerjaan</b>		
	Pedagang	4	80
	Swasta	1	20
	IRT	0	0
	Buruh	0	0
	Guru	0	0
	Kadus	0	0
	<b>Jumlah</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

Sumber : Data Primer April 2009

Berdasarkan data diatas jumlah penderita DM tipe 2 lebih banyak pada laki-laki (80%) dibandingkan perempuan (20%). Berdasarkan usia Penderita DM tipe 2 paling banyak diderita pada usia 41-45 tahun (60%), sedangkan untuk usia 31-35 dan 46-50 masing-masing hanya 20%.

**Tabel 3. Daftar Distribusi Frekuensi Kadar Gula Darah Kelompok Ekperimen**

No.	Responden	Kadar Gula Darah		Selisih	Kriteria	Skor
		Pre test	Post test			
1	II	600	145	455	Terkontrol	1
2	II	343	220	123	Tidak	0
3	II	325	80	245	Terkontrol	1
4	II	594	343	251	Tidak	0
5	II	527	320	207	Tidak	0
<b>Jumlah</b>		<b>2389</b>	<b>1108</b>	<b>1281</b>		

Sumber: Data Primer April, 2009

**Tabel 4. Daftar Distribusi Frekuensi Kadar Gula Darah Kelompok Kontrol**

No.	Responden	Kadar Gula Darah		Selisih	Kriteria	Skor
		Pre test	Post test			
1	I	250	260	-10	Tidak	0
2	I	400	400	0	Tidak	0
3	I	343	232	111	Tidak	0
4	I	227	202	25	Tidak	0
5	I	519	350	169	Tidak	0
<b>Jumlah</b>		<b>1739</b>	<b>1444</b>	<b>295</b>		

Sumber: Data Primer April 2009

Tingkat pendidikan SD dan SLTA memiliki jumlah yang sama, masing-masing (40%), sedangkan untuk PT hanya 20%. Untuk pekerjaan sebagian besar berprofesi sebagai pedagang (80%), sedangkan yang swasta hanya 20%.

#### c. Hasil pengelompokan kadar gula darah

Berdasarkan data yang terdapat pada tabel 3, ada 2 orang yang kadar gula darahnya terkontrol, yaitu pada responden 1 (145 mg/dl) dan responden 3 (80 mg/dl), sedangkan 3 responden lainnya belum terkontrol.

Berdasarkan hasil penelitian kadar gula darah semua responden (tabel 4) tidak terkontrol, yaitu masih lebih dari 170 mg/dl. Sebagian besar hanya mengalami penurunan, tetapi ada satu responden yang mengalami peningkatan sebanyak 10 mg/dl yaitu pada responden 1 dan juga terdapat satu

responden yang tidak mengalami perubahan atau tetap yaitu pada responden 2.

#### d. Nilai kadar gula darah sebelum dan sesudah perlakuan dari hasil penghitungan

Data (pada tabel 5) yang telah didapatkan dalam penelitian ini kemudian dilakukan uji statistik dengan menggunakan SPSS 12. Rumus yang digunakan dalam uji ini adalah dengan  $t_{test}$  dependent. Sebelum dilakukan uji  $t_{test}$ , sebelumnya data yang didapatkan juga telah dilakukan uji normalitas data dengan menggunakan *Kolmogrov Smirnov* dan hasilnya menunjukkan bahwa data yang didapatkan terdistribusi secara normal.

Berdasarkan hasil penelitian nilai rata-rata (mean) selisih penurunan pada kelompok eksperimen mengalami



**Tabel 5. Nilai Pretest dan Postest Pengukuran Kadar Gula Darah Pasien DM**

No.	Statistik	Kelompok Eksperimen		Kelompok Kontrol	
		Pretest	Postest	Pretest	Postest
1.	Jumlah responden	5	5	5	5
2.	Mean	477.8	221.6	347.8	288.8
3.	Standar Deviasi	134.5	112.2	118.5	83.2
4.	Sig. (2 tailed)	0.009	0.009	0.165	0.165
		$t_{hitung} = 4.684$		$t_{hitung} = 1.696$	

Sumber: Data Primer April, 2009

**Tabel 6. Selisih Nilai Pretest dan Postest Pengukuran Kadar Gula Darah Pasien DM**

No.	Statistik	Selisih Kelompok Eksperimen	Selisih Kelompok Kontrol
1.	Jumlah responden	5	5
2.	Mean	256.2	59
3.	Standar Deviasi	122.31	77.78
4.	Sig. (2 tailed)	0.020	0.016
		$t_{hitung} = 3.042$	$t_{tabel} = 2.306$

Sumber: Data Primer April 2009

perubahan dari 477.8 mg/dl berubah menjadi 221.6, mg/dl sedangkan pada kelompok kontrol juga mengalami perubahan dari 347.8 mg/dl menjadi 288.8 mg/dl. Dari data tersebut dapat dilihat bahwa selisih nilai rata-rata kelompok eksperimen lebih besar dibandingkan pada kelompok kontrol. Dari data diatas dapat dilihat pada kelompok eksperimen nilai  $P (0.009) < \alpha (0.05)$  dan nilai  $t_{hitung} (4.684) < t_{tabel} (2.776)$ , maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima artinya ada pengaruh konsumsi susu kedelai terhadap kontrol kadar gula darah pada pasien DM tipe II di Dusun Besalen dan Dusun Tampungan pada tahun 2009.

#### Selisih Nilai Pretest dan Postest Pengukuran Kadar Gula Darah Pasien DM

Menurut tabel 6, nilai rata-rata (mean) dari selisih penurunan kadar gula darah pada kelompok eksperimen adalah 256.2 mg/dl,

sedangkan pada kelompok kontrol hanya 59 mg/dl. Hal ini menunjukkan bahwa adanya penambahan asupan susu kedelai dapat lebih cepat menurunkan kadar gula darah pada penderita DM tipe 2. Hasil uji statistik pada selisih penurunan kadar gula darah didapatkan nilai  $t_{hitung} > t_{tabel} (3.042 > 2.306)$  dan nilai  $P < \alpha (0,05)$ , hal ini menunjukkan  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima. Kesimpulannya bahwa susu kedelai berpengaruh terhadap penurunan kadar gula darah pada pasien DM tipe 2.

## PEMBAHASAN

### Gambaran Umum Responden

Berdasarkan data yang didapatkan penyakit DM dapat diderita baik laki-laki maupun perempuan. Menurut Waspadji (2002), perempuan lebih beresiko menderita DM tipe 2, karena wanita cenderung memiliki badan yang gemuk atau memiliki kandungan lemak yang lebih banyak dibandingkan laki-laki sehingga beresiko



untuk terjadi obesitas. Menurut Soegondo (2005), obesitas menyebabkan respon sel beta pankreas dan sensitifitas insulin terhadap glukosa menurun, sehingga menyebabkan kadar gula darah meningkat.

Berdasarkan data yang didapatkan penyakit DM tipe 2 banyak diderita pada usia > 40 tahun. Menurut Seowondo (2005), pada usia >40 tahun jumlah produksi dan resistensi insulin semakin menurun, sehingga kadar gula darahnya juga semakin tinggi.

Hal tersebut membuktikan bahwa seseorang yang berusia 40 tahun cenderung memiliki kadar gula darah yang tinggi, terutama bila mereka memiliki gaya hidup yang kurang bagus, misalnya kebiasaan sering makan makanan yang manis-manis, pola makan yang tidak teratur, tidak pernah berolah raga, sering stress dan lain-lain. Pada usia >40 tahun, sebaiknya rutin mengontrol kadar gula darahnya minimal satu bulan sekali, agar kadar gula darahnya tetap terkontrol dengan baik dan dapat mencegah terjadinya penyakit DM.

Responden penelitian memiliki tingkat pendidikan yang cukup tinggi, yaitu sebagian besar merupakan lulusan SLTA. Menurut Notoatmojo (2007), dengan pemberian pendidikan kesehatan pada masyarakat akan berdampak timbulnya perubahan perilaku masyarakat sehingga mempunyai pengaruh yang positif terhadap perubahan pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.

Hal tersebut menunjukkan bahwa tingkat pendidikan seseorang berpengaruh terhadap penanganan DM, terutama untuk edukasi. Semakin tinggi tingkat pendidikan semakin mudah untuk diberikan pengetahuan tentang cara pengelolaan DM (edukasi).

Menurut Soegondo (2005), jenis pekerjaan yang berbeda juga akan membedakan jumlah kalori yang dibutuhkan. Untuk pegawai kantor, ibu rumah tangga dan

guru kebutuhan kalorinya ringan, yaitu hanya ditambah 20% dari kebutuhan energi basalnya. Untuk buruh dan pedagang jumlah energi yang dibutuhkan lebih besar yaitu harus ditambah 40% dari kebutuhan energi basalnya. Pekerjaan seseorang juga dapat memicu terjadinya stress. Adanya stress dapat meningkatkan jumlah kadar gula darah, hal ini terjadi karena pada kondisi stress membuat seseorang cenderung untuk makan-makanan yang manis-manis dan juga adanya pelepasan hormon katekolamin yang bersifat antagonis terhadap fungsi insulin (Wetherill, 2001).

## **Hasil Pengelompokan Kadar Gula Darah Responden**

### **Kelompok Eksperimen**

Pada kelompok eksperimen yang telah mengkonsumsi susu kedelai sebanyak 3x sehari selama 2 minggu, terdapat 40% responden yang kadar gula darahnya terkontrol yaitu responden 1 dan 3, sedangkan 60% lainnya tidak terkontrol. Hal ini membuktikan bahwa asupan susu kedelai 3x sehari selama 2 minggu dapat membantu menurunkan dan mengontrol kadar gula darah pada penderita DM tipe 2. Dan bila asupan susu kedelai ini berlangsung lebih lama, maka jumlah polisakarida dan asam amino yang didapatkan juga semakin tinggi. Dengan meningkatnya jumlah polisakarida, arginin dan glisin dalam tubuh, maka kadar gula darah akan dapat terkontrol dengan baik.

Dari hasil uji statistik juga didapatkan bahwa nilai  $P (0.009) < \alpha (0.05)$  dan nilai  $t_{hitung} (4.684) > t_{tabel} (2.776)$ , maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima artinya ada pengaruh konsumsi susu kedelai terhadap kontrol kadar gula darah pada pasien DM tipe 2 di Dusun Besalen dan Dusun Tampungan pada tahun 2009.

### **Kelompok Kontrol**

Pada kelompok kontrol semua responden kadar gula darahnya tidak terkontrol, penurunan kadar gula darah pada kelompok ini hanya sedikit dengan rata-rata penurunannya hanya 59 mg/dl. Pada kelompok ini tidak diberikan asupan susu kedelai, responden hanya patuh terdapat diet makan dan patuh terhadap pengobatan sehingga Berdasarkan hal tersebut, ternyata kepatuhan terhadap diet makan dan pengobatan belum dapat membantu penderita DM tipe 2 untuk mengontrol kadar gula darahnya. Adanya tambahan asupan susu kedelai dapat membantu dalam upaya pengendalian kadar gula darah.

### **Pengaruh Konsumsi Susu Kedelai Terhadap Kontrol Kadar Gula Darah pada Penderita DM tipe 2**

DM merupakan suatu kumpulan gejala yang timbul pada seseorang yang disebabkan adanya peningkatan kadar glukosa darah akibat kekurangan insulin baik absolut maupun relatif. Penanganan paling utama pada penderita DM terdiri dari penyuluhan (edukasi), perencanaan makan, latihan jasmani dan obat hipoglikemik. (Waspadji, 2002). Kadar gula darah pada penderita DM dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain: kepatuhan terhadap diet makan, kepatuhan terhadap pengobatan, usia, kondisi psikologis dan olah raga atau aktivitas. Dalam penelitian ini, faktor-faktor tersebut dikendalikan dengan cara memilih responden yang patuh terhadap diet makan, patuh terhadap pengobatan dan memiliki usia yang hampir sama. Untuk kondisi psikologis tidak dapat kendalikan, karena kondisi psikologis seseorang mudah berubah, sedangkan untuk olah raga juga tidak dikendalikan. Kondisi psikologis seseorang sangat mempengaruhi peningkatan kadar gula darah seseorang, saat kondisi stress kadar gula darah akan

meningkat dengan cepat.

Masalah yang dihadapi pada penderita DM tipe 2 adalah kurangnya produksi insulin sehingga kadar gula darah menjadi tinggi. Insulin merupakan suatu hormon yang diproduksi oleh sel-sel beta dari pulau Langerhans kelenjar pankreas. Susu kedelai berfungsi untuk membantu meningkatkan produksi insulin pada sel-sel beta pankreas, sama seperti fungsi dari obat hipoglikemik oral (*glibenklamid dan metformin*). Dengan adanya kombinasi antara konsumsi obat dan konsumsi susu kedelai secara teratur, maka jumlah insulin yang diproduksi akan semakin meningkat sehingga kadar gula darah penderita DM dapat terkontrol dengan baik.

Berdasarkan uji statistik data nilai kadar gula darah pretes dan postes dengan menggunakan *SPSS 12*, pada kelompok eksperimen yaitu kelompok yang diberikan asupan susu kedelai didapatkan nilai  $P (0.009) < \alpha (0.05)$  dengan nilai  $t_{hitung} (4.684) < t_{tabel} (2.776)$ , sehingga  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima artinya ada pengaruh konsumsi susu kedelai terhadap kontrol kadar gula darah pasien DM tipe 2 di Dusun Besalen dan Dusun Tampungan tahun 2009.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

### **Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan kesimpulan yang dapat diambil antara lain:

Penderita DM tipe 2 yang tinggal di Dusun Besalen dan Tampungan jumlahnya mencapai 3,17% dari jumlah penduduk kedua Dusun tersebut. Di Dusun Tampungan terdapat 3,1% penderita DM tipe 2 dan 3,32% untuk Dusun Besalen. Dari jumlah tersebut yang sesuai dengan kriteria penelitian terdapat 34,48%. Kadar gula darah semua responden baik kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol,

sebelum diberikan perlakuan adalah  $> 170\text{mg/dl}$  (tidak terkontrol).

Berdasarkan uji statistik nilai pretest dan posttest, didapatkan nilai  $P(0.009) < \alpha(0.05)$  dan nilai  $t_{hitung} = 4.684 < t_{tabel} = 2.776$  maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, sedangkan untuk uji statistik dari selisih penurunan kadar gula darah didapatkan  $t_{hitung} = 3.042 > t_{tabel} = 2.306$ , nilai  $P < \alpha(0.05)$ , maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh konsumsi susu kedelai terhadap kontrol kadar gula darah dan penurunan kadar gula darah pada pasien DM tipe 2 di Dusun Besalen Dan Dusun Tampung Tahun 2009. Berdasarkan hasil penelitian, setelah diberikan susu kedelai selama 2 minggu, pada kelompok eksperimen 40% responden kadar gula darahnya terkontrol dan 60% lainnya tidak terkontrol, sedangkan pada kelompok kontrol 100% responden tidak ada yang kadar gula darahnya terkontrol.

#### Saran

Untuk penelitian selanjutnya sebaiknya menggunakan *True Eksperimen* sehingga hasilnya lebih baik. Pengukuran kadar gula darah sebaiknya menggunakan gula darah puasa sehingga hasilnya akan lebih akurat. Pengukuran kadar gula darah sebaiknya dilakukan dalam waktu yang bersamaan sehingga hasilnya akan lebih baik. Waktu penelitian sebaiknya lebih lama lagi, sehingga pengaruh konsumsi susu kedelai terhadap kontrol kadar gula darah akan lebih terlihat.

#### DAFTAR RUJUKAN

Anonim. *Jumlah Penderita DM dalam* <http://id. www.kapanlagi.com/h/0000080514.html>, diakses tanggal 15 Oktober 2008.

Bhaskara, A., W., 2008. *Keajaiban Susu Kedelai*, Kreasi Wacana: Yogyakarta.

Ferysofian. (2008). *Manfaat dan Kandungan Susu Kedelai* dalam <http://id: www.ferysofian.blogspot.com>, diakses tanggal 5 November 2008.

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

Soegondo. 2004. *Pemantauan Pengendalian Diabetes Mellitus*, FK UI: Jakarta.

Soewondo. 2004. *Diagnosa dan Klasifikasi Diabetes Mellitus Terkini*, FK UI: Jakarta.

Sugiyono. 2006. *Statistik Untuk Penelitian*, CV ALFABETA: Bandung.

Suharsimi-Arikunto. 2002. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Rineka Cipta: Jakarta.

Tapan. 2005. *Penyakit Degeneratif*, PT Elex Media Komputindo: Jakarta.

Utama. 2005. *Penatalaksanaan Diabetes Melitus Terpadu*, Fakultas Kedokteran UI: Jakarta.

Waspadji. 2007. *Pedoman Diet DM*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia: Jakarta.

Wetherill. 2001. *Diabetes*, PT. Elex Media Komputindo : Jakarta.

Wise. 2002. *Mengenal Diabetes*, Arcan: Jakarta

Zulianita Ika. 2008. *Efektifitas Senam DM terhadap Kontrol Gula Darah Pada Pasien DM di RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2008*. Yogyakarta.

## ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN ABORTUS SPONTAN DI RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA

Wahidah Sukriani<sup>1</sup>, Sulistyaningsih<sup>2</sup>

**Abstract:** The aim of this study is to explore the factors that have correlation with spontaneous abortus cases. Method of this study is analytic survey with case control study. The sample were 204 pregnant mothers, consist 102 pregnant mothers with spontaneous abortus and 102 pregnant mothers with normally pregnancy. Data were collected by documentation study. Statistic method used odds ratio analysis. The result of the study showed the risk factors that have correlation with spontaneous abortus are anemia, mothers age, hipertention, parity and mothers infection. Anemia is the higher risk factor regulation.

**Kata kunci:** faktor-faktor, abortus spontan, anemia.

### PENDAHULUAN

Masalah kematian dan kesakitan ibu di Indonesia masih merupakan masalah besar. Menurut Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) angka kematian ibu pada tahun 2007 sebesar 248/100.00 kelahiran hidup ([www.litbang.depkes.go.id/](http://www.litbang.depkes.go.id/) 21 Juli 2009).

Kematian ibu digolongkan menjadi kematian obstetri langsung, kematian obstetri tidak langsung, dan kematian yang terjadi bersamaan tetapi tidak berhubungan dengan kehamilan dan persalinan. Kematian obstetri langsung disebabkan oleh komplikasi kehamilan, persalinan, nifas atau penanganannya. Di negara-negara

berkembang sebagian besar penyebab ini adalah perdarahan, infeksi, gestosis, dan abortus (Winkjosastro, 2006: 2).

Abortus adalah berakhirnya kehamilan sebelum janin dapat hidup di dunia luar, tanpa mempersoalkan penyebabnya. Bayi baru lahir mungkin hidup di dunia luar bila berat badannya telah mencapai lebih dari 500 gr atau umur kehamilan lebih dari 20 minggu (Sastrawinata, 2005:1). Secara klinis abortus spontan dibagi menjadi abortus imminens, abortus insipiens, abortus inkompletus, abortus kompletus, abortus habitualis dan *missed abortion* (Sastrawinata, 2005: 5).

Komplikasi yang berbahaya pada

---

<sup>1</sup> Program Studi Kebidanan D3 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta.

<sup>2</sup> Program Studi Kebidanan D3 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta.

abortus ialah perdarahan, perforasi, infeksi, dan syok (Winkjosastro, 2006: 311). Perdarahan merupakan sebab utama dari syok yang terjadi dalam praktek kebidanan. Syok yang terjadi akibat perdarahan ditandai dengan tekanan darah yang menurun, nadi menjadi cepat, dan suhu yang menurun (Winkjosastro, 2006: 680).

Frekuensi abortus sukar ditentukan karena sebagian abortus spontan hanya disertai gejala dan tanda ringan sehingga pertolongan medik tidak diperlukan dan kejadian abortus spontan banyak dikeluhkan dan dianggap sebagai terlambat haid (Winkjosastro, 2006: 302). Frekuensi abortus spontan di Indonesia berkisar 10-15%. Frekuensi ini dapat mencapai 50% bila diperhitungkan mereka yang hamil sangat dini, terlambat haid beberapa hari, sehingga wanita itu sendiri tidak mengetahui bahwa ia sudah hamil. Diperkirakan dari 5 juta kehamilan per tahun di Indonesia terdapat 500.000-750.000 abortus spontan, ini merupakan jumlah yang sangat besar (www.fkunsri.ac.id/ 7 September 2008).

Faktor penyebab abortus spontan adalah kelainan pertumbuhan hasil konsepsi, kelainan pada plasenta, penyakit ibu, dan kelainan traktus genitalis (Winkjosastro, 2006: 303 ). Faktor lain penyebab terjadinya abortus spontan antara lain paritas, usia ibu, penyakit infeksi, penyakit kronis, kelainan endokrin, malnutrisi, anemia, umur kehamilan, pemakaian obat, dan faktor lingkungan antara lain: alkohol, tembakau, kafein, dan radiasi (Cunningham, 2006: 951-953).

Pemerintah telah mengeluarkan kebijakan untuk mempercepat penurunan AKI dengan mengacu kepada intervensi strategi 4 pilar *Safe Motherhood* yaitu pelayanan ANC, program Keluarga Berencana (KB), persalinan aman dan cakupan pelayanan obstetrik essensial (Saifuddin, 2006: 7). Pemerintah juga

mencanangkan strategi *Making Pregnancy Safer* (MPS) pada tahun 2000. Salah satu kunci dalam MPS yaitu setiap pasangan usia subur mempunyai akses terhadap upaya pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran (Depkes RI, 2003: 1).

Hasil penelitian Fitriyani (2007) di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta menyebutkan ada hubungan tingkat anemia dengan kejadian abortus spontan, dan hasil penelitian Aini (2007) di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta menyebutkan adanya hubungan usia ibu hamil dengan kejadian abortus spontan. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada bulan Oktober 2008, diperoleh data bahwa pada bulan Juli sampai September 2008 terdapat 38 kasus abortus spontan. Tujuan penelitian ini adalah diketahuinya faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian abortus spontan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2008.

## METODE PENELITIAN

Metode penelitian ini adalah survei analitik dengan rancangan kasus kontrol yang menilai hubungan paparan-penyakit dengan cara menentukan sekelompok orang-orang beresiko yang dalam penelitian ini adalah ibu hamil yang mengalami abortus spontan (disebut kasus) dan sekelompok orang tidak berpenyakit yaitu ibu hamil yang tidak mengalami abortus spontan (disebut kontrol), lalu membandingkan frekuensi paparan pada kedua kelompok (Murti, 2003: 226). Pengambilan data menggunakan pendekatan waktu *retrospektif*.

Populasi kasus dalam penelitian ini adalah data semua ibu hamil yang mengalami abortus spontan yang melakukan ANC di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta mulai bulan Januari sampai Desember 2008 yaitu sebanyak 102 orang.



Populasi kontrol pada penelitian ini adalah data semua ibu hamil yang tidak mengalami abortus spontan yang melakukan ANC di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta mulai bulan Januari sampai Desember 2008. Sampel kasus diambil menggunakan teknik *total populasi* yaitu sejumlah 102 orang dan sampel kontrol diambil menggunakan teknik *simple random sampling* sejumlah sampel kontrol yaitu 102 orang.

Pengumpulan data menggunakan studi dokumentasi dan alat pengumpulan data yang digunakan adalah pedoman dokumentasi yang berupa kolom-kolom. Analisis univariat dilakukan dengan menghitung persentase berdasarkan frekuensi tiap kategori dan analisis bivariat dilakukan dengan menghitung *Odds Ratio* (OR) dari masing-masing faktor.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Jenis abortus spontan yang terjadi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta disajikan dalam tabel berikut.

**Tabel 1. Kejadian Abortus Spontan Berdasarkan Jenisnya di RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta 2008**

Jenis Abortus	Frekuensi	Persentase
Ab. Imminens	7	6,86
Ab. Insipiens	5	4,91
Ab. Inkompletus	88	86,27
Ab. Kompletus	1	0,98
Ab. Habitualis	0	0
Missed Abortion	0	0
Ab. Infeksious	1	0,98
Jumlah	102	100

Sumber: Rekam Medis RS, 2008

Tabel 1 menunjukkan jenis abortus spontan yang mempunyai persentase terbesar di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2008 adalah abortus inkompletus. Abortus habitualis dan *missed*

*abortion* tidak ada.

Hasil analisis terhadap 102 kasus abortus spontan yang terjadi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta disajikan dalam tabel 2. Abortus spontan banyak dialami oleh nullipara (36,37%), sebagian besar usia ibu 20-35 tahun (65,69%), sebagian besar ibu tidak anemia (81,37%), sebagian besar ibu tidak mempunyai penyakit infeksi (91,18%), sebagian besar ibu tidak mengalami hipertensi (84,31%), sebagian besar ibu tidak mempunyai kelainan traktus genitalia (98,04%), dan sebagian besar janin tidak mempunyai kelainan pertumbuhan hasil konsepsi (94,12%).

**Tabel 2. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Abortus Spontan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta 2008**

Faktor	Frekuensi	Persentase	OR
1. Paritas			2,371
Nullipara	37	36,27	
Primipara	32	31,37	
Multipara	24	23,53	
Grande multipara	9	8,82	
2. Usia ibu			4,322
< 20 tahun	5	4,90	
20-35 tahun	67	65,69	
> 35 tahun	30	29,41	
3. Anemia			7,554
Anemia ringan (Hb <11 gr%)	11	10,78	
Anemia sedang (Hb 9-10 gr%)	6	5,88	
Anemia berat (Hb < 8 gr%)	2	1,96	
Tidak anemia	83	81,37	
4. Penyakit infeksi pada ibu			1,877
Ibu dengan penyakit infeksi	9	8,82	
Ibu tanpa penyakit infeksi	93	91,18	
5. Hipertensi			3,609
Hipertensi	16	15,69	
Tidak Hipertensi	86	84,31	
6. Kelainan traktus genitalia ibu			0,660
Ada kelainan	2	1,96	
Tidak ada kelainan	100	98,04	
7. Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi			0,941
Ada kelainan	6	5,88	
Tidak ada kelainan	96	94,12	

Sumber: Rekam Medis RS, 2008 dan analisis data

Tabel 2 menunjukkan bahwa ada

hubungan antara paritas dan kejadian abortus spontan dengan OR 2,371, artinya *grande multipara* berisiko terjadi abortus spontan 2,371 kali lipat dibandingkan *nullipara*, *primipara* dan *multipara*. Hasil ini sesuai dengan teori bahwa perempuan yang pernah hamil atau melahirkan empat kali atau lebih kemungkinan akan banyak ditemui keadaan seperti kekendoran pada dinding rahim, sehingga kekuatan rahim untuk menjadi tempat pertumbuhan dan perkembangan bayi semakin berkurang dan akhirnya menyebabkan abortus (Rochjati, 2003: 60).

Usia ibu berhubungan dengan abortus spontan. Usia ibu kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun mempunyai risiko terjadi abortus spontan sebesar 4,322 kali lipat dibandingkan dengan usia ibu tidak berisiko (20-35 tahun). Hasil ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Aini (2007) yang menyebutkan ada hubungan usia ibu hamil dengan kejadian abortus di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Anemia berhubungan dengan abortus spontan. Ibu hamil anemia mempunyai risiko terjadi abortus spontan sebesar 7,554 kali lipat dibandingkan ibu yang tidak anemia. Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Fitriyani (2007) yang menyebutkan ada hubungan anemia dengan kejadian abortus spontan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Penyakit infeksi pada ibu hamil berhubungan dengan abortus spontan. Ibu hamil yang menderita penyakit infeksi mempunyai risiko terjadi abortus spontan sebesar 1,877 kali lipat dibandingkan dengan ibu hamil yang tidak menderita penyakit infeksi. Hasil ini sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa infeksi maternal dapat membawa risiko bagi janin yang sedang berkembang, terutama pada awal trimester pertama atau trimester kedua

(Sastrawinata, 2005: 2-3, Winkjosastro, 2006: 303).

Hipertensi berhubungan dengan abortus spontan. Ibu yang hipertensi mempunyai risiko terjadi abortus spontan sebesar 3,609 kali lipat dibandingkan ibu yang tidak hipertensi. Hasil ini didukung dengan teori yang menyebutkan bahwa hipertensi mengakibatkan kurang baiknya prognosis bagi janin yang disebabkan oleh sirkulasi utero plasenta kurang baik, sehingga janin bertumbuh kurang wajar (*dismaturitas*), dilahirkan prematur atau mati dalam kandungan (Winkjosastro, 2006: 446).

Kelainan *traktus genetalia* tidak berhubungan dengan abortus spontan (OR= 0,660). Hasil ini tidak sesuai dengan teori yang menyebutkan kelainan *traktus genetalia* dapat menyebabkan abortus spontan. *Retroversi uteri*, *mioma uteri*, atau kelainan bawaan uterus dapat menyebabkan abortus (Winkjosastro, 2006: 303). Ibu hamil yang tidak mempunyai kelainan traktus genetalia mengalami abortus spontan dimungkinkan karena faktor-faktor lain seperti paritas, usia ibu, anemia, hipertensi, penyakit infeksi dan faktor psikologis.

Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi dengan hasil OR 0,941 menunjukkan tidak ada hubungan kelainan pertumbuhan hasil konsepsi dengan kejadian abortus spontan. Hasil ini tidak sesuai dengan teori yang menyebutkan bahwa kelainan hasil konsepsi dapat menyebabkan kematian janin atau cacat. Kelainan berat biasanya menyebabkan kematian mudigah pada hamil muda, yang akan menyebabkan terjadinya abortus (Winkjosastro, 2006: 303). Ibu yang mengalami abortus spontan dan tidak terdeteksi adanya kelainan pada pertumbuhan hasil konsepsi dimungkinkan karena faktor lain seperti paritas, usia ibu, anemia, penyakit infeksi, hipertensi dan



faktor psikologis.

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat diketahui bahwa kejadian abortus spontan dapat disebabkan oleh satu atau lebih faktor risiko yaitu paritas (*grande multipara*), usia ibu (kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun), anemia, penyakit infeksi dan hipertensi. Bagi ibu hamil yang tidak mempunyai faktor risiko, tetapi mengalami abortus spontan dimungkinkan karena faktor lain yang tidak dapat diungkap dalam penelitian ini. Faktor tersebut seperti asupan gizi ibu selama kehamilan, faktor psikologis, dan sebagainya, karena pada hakekatnya antara satu faktor dengan faktor yang lain saling berkaitan.

#### KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan hasil penelitian ini yaitu faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian abortus spontan adalah paritas, usia ibu, anemia, penyakit infeksi, dan hipertensi. Faktor risiko paling besar yang berhubungan dengan kejadian abortus spontan adalah anemia.

Saran bagi tenaga kesehatan, terutama Bidan dan Dokter diharapkan dapat meningkatkan pelayanan *antenatal care* dengan melakukan deteksi dini dan melakukan pemantauan terhadap ibu hamil dengan faktor-faktor risiko terjadinya abortus spontan.

Saran bagi ibu hamil agar melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin sehingga jika terdapat faktor risiko dapat dilakukan deteksi dini dan pemantauan oleh tenaga kesehatan.

Saran bagi peneliti selanjutnya diharapkan untuk dapat melakukan penelitian dengan lingkup tempat yang lebih luas dan menggunakan jumlah sampel yang lebih besar serta pengambilan data dilengkapi dengan wawancara. Peneliti selanjutnya juga diharapkan agar dapat meneliti lebih lanjut tentang hubungan

kelainan traktus genitalia ibu dan kelainan pertumbuhan hasil konsepsi dengan kejadian abortus spontan yang dalam penelitian ini belum terbukti mempunyai hubungan.

#### DAFTAR RUJUKAN

- Aini, N.S. 2007. *Hubungan Usia Ibu Hamil Dengan Kejadian Abortus Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2007*. KTI tidak diterbitkan. Yogyakarta: Prodi Kebidanan-STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta.
- Azhari. 2002. *Masalah Abortus dan Kesehatan Reproduksi Perempuan*. <http://www.fkunsri.ac.id/> akses tanggal 07 September 2008.
- Cunningham, Macdonald, Gant. 2006. *Obstetri William*. Jakarta: EGC.
- Depkes RI. 2003. *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Depkes RI.
- Fitriyani, Dwi. 2007. *Hubungan Tingkat Anemia dengan Kejadian Abortus Spontan Di RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2007*. KTI tidak diterbitkan. Yogyakarta: Prodi Kebidanan-STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta.
- [Http://www.litbang.depkes.go.id](http://www.litbang.depkes.go.id). 2008. *KB Turunkan Angka Kematian Ibu*. Akses tanggal 21 Juli 2009.
- Murti, Bhisma. 2003. *Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi. Edisi Kedua Jilid Pertama*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Rochjati, P. 2003. *Skrining Antenatal pada Ibu Hamil*. Surabaya: FK. UNAIR.
- Sastrawinata, S. 2005. *Obstetri Patologi. Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Saifuddin, A.B. 2006. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan*

*Maternal dan Neonatal*. Jakarta :  
Yayasan Bina Pustaka Sarwono  
Prawirohardjo.

Winkjosastro, H. 2006. *Ilmu kebidanan*.  
Jakarta: Yayasan Bina Pustaka  
Sarwono Prawirohardjo.

JKK 6.1.2010 SAY

## STUDI KOMPARASI KEEFEKTIFAN PERAN PENGAWAS MINUM OBAT (PMO) DARI KELUARGA DAN BUKAN KELUARGA DENGAN KESEMBUHAN PENDERITA TUBERCULOSIS PARU DI BP4 UNIT MINGGIRAN KOTA YOGYAKARTA TAHUN 2009

Amilya Indriani<sup>1</sup>, Diyah Candra A.K.<sup>2</sup>

**Abstract:** *To compare the efficacy of PMO's role (role of supervisor to guarantee that the patient swallowed tuberculosis medication) from family members and non family members (including friends and health care providers) to the healing process of tuberculosis, this comparative quantitative research with retrospective study was conducted toward 47 patient suffering tuberculosis. The findings specify that there was no differences in the efficacy of PMO's role in the healing process of tuberculosis.*

**Kata kunci:** PMO, Healing process, TBC.

### PENDAHULUAN

TBC paru merupakan penyakit menular yang membunuh sekitar 2.000 jiwa setiap hari di kawasan Asia Tenggara (Utama, 2003). Menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001, TBC menduduki peringkat ketiga sebagai penyebab kematian (9,4% dari total kematian) setelah gangguan/penyakit pada sistem sirkulasi dan sistem pernapasan (Badan Litbangkes *cit* Achmadi, 2005).

Berdasarkan data yang diperoleh di Balai Pengobatan Penyakit Paru--Paru (BP4) unit Minggiran kota Yogyakarta dalam tahun 2008 dari triwulan ke-1 sampai

dengan triwulan ke-3, dari 990 orang suspek yang diperiksa, terdapat 115 orang penderita baru dengan BTA positif, diobati 36 orang BTA negatif yang, 74 orang yang menjalani pengobatan sampai sembuh, dan penderita yang mengikuti pengobatan lengkap berjumlah 48 orang. Ada penurunan penemuan BTA positif dari tahun 2006 sampai tahun 2007, yaitu dari 18,36% menjadi 14,78%.

WHO telah merekomendasikan program pemberantasan TBC paru dengan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse Chemotherapy*) sejak tahun 1995 (Depkes RI, 2003).

<sup>1</sup> PPN-PSIK STIKes 'Aisyiyah Yogyakarta.

<sup>2</sup> PPN-PSIK STIKes 'Aisyiyah Yogyakarta.

Terdapat lima komponen dalam strategi DOTS, diantaranya adalah pengobatan yang dilakukan dengan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) jangka pendek yang harus diawasi langsung oleh Pengawas Minum Obat (PMO) (Achmadi, 2005).

Hasil *pilot study* yang dilakukan di wilayah BP4 unit Minggiran pada bulan November 2008, sekitar 80% penderita TBC paru mengungkapkan bahwa keberadaan PMO sangat penting untuk membantu kesembuhan mereka.

Pengawas Minum Obat adalah seseorang yang (1) disegani dan dihormati oleh penderita, (2) tinggal dekat dengan penderita, (3) bersedia membantu penderita dengan sukarela, dan (4) bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama dengan penderita, (5) disetujui dan dapat meyakinkan penderita (Harnovi, 2007).

Mengacu pada syarat-syarat PMO di atas, maka PMO bisa berasal dari keluarga dan bukan keluarga. Bila PMO berasal dari keluarga, penderita lebih dekat dengan PMO karena biasanya tinggal serumah dan tidak memerlukan biaya transport. Akan tetapi, PMO dari keluarga kurang mengetahui seluk-beluk pengobatan dan pemantauannya, dan secara psikologis kurang mantap dan kurang disegani (Setiabudi *cit* Harnovi, 2007).

PMO bukan dari keluarga dapat berasal dari kader kesehatan, tokoh masyarakat, ataupun tenaga kesehatan. Biasanya, mereka lebih disegani dan dihormati oleh penderita TBC. Mereka juga lebih mengetahui seluk-beluk pengobatan dan pemantauan, memiliki pengetahuan dan keterampilan lebih baik, serta telah memperoleh penyuluhan dalam bidang kesehatan. Namun, mereka memiliki keterbatasan waktu untuk mengawasi pasien TBC paru serta kurangnya rasa aman berkaitan dengan hubungan emosional

(Harnovi, 2007).

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah ada perbedaan keefektifan peran PMO dari keluarga dan bukan keluarga dengan kesembuhan penderita TBC paru di BP4 unit Minggiran kota Yogyakarta tahun 2009.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif, menggunakan *comparative study* dengan pendekatan *retrospective*. Variabel penelitian terdiri dari variabel terikat yaitu kesembuhan penderita TBC paru dan variabel bebas yakni keefektifan peran PMO, meliputi PMO keluarga dan bukan keluarga.

Keefektifan peran PMO adalah tingkat keberhasilan PMO dalam menjalankan 5 tugas pokoknya. Keefektifan peran ini diukur dengan skala ordinal yang dikategorikan menjadi: efektif bila  $x > 83,454$ ; cukup efektif bila  $58,846 \leq x \leq 83,454$ ; dan kurang efektif bila  $x < 58,846$ .

Kesembuhan penderita TBC paru ialah kondisi pasien yang menderita TBC paru yang: (1) telah menjalani pengobatan lengkap selama enam bulan, (2) sudah tidak mengalami gejala-gejala TBC paru, (3) rontgen toraks (-), hasil pemeriksaan sputum BTA menunjukkan 3 kali negative berturut-turut, dan (4) menurut catatan medik, pasien telah dinyatakan sembuh oleh petugas kesehatan. Variabel ini diukur dengan skala nominal, yang dikategorikan menjadi sembuh dan gagal.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua penderita TBC paru baru dengan BTA(+) yang terdaftar di Balai Pengobatan Penyakit Paru-paru (BP4) unit Minggiran, Yogyakarta dalam tahun 2008, yaitu sebanyak 115 penderita.

Pengambilan sampel dilakukan dengan

teknik *purposive sampling* dengan kriteria berusia >15 tahun, telah mendapatkan pengobatan TB selama 6 bulan, memiliki PMO dari keluarga atau non keluarga dan bersedia menjadi responden. Jumlah sampel yang memenuhi kriteria ada 50 orang, dengan 10 orang responden dengan PMO non keluarga dan 40 responden dengan PMO dari keluarga. Namun dalam pelaksanaan penelitian ada 3 orang responden dengan PMO keluarga yang *drop out* karena responden tersebut sudah meninggal dunia.

Metode dan alat yang digunakan dalam pengumpulan data adalah dengan studi dokumentasi, berupa rekam medik pasien untuk mengukur kesembuhan penderita TBC paru dan kuesioner untuk mengukur keefektifan peran PMO, baik dari keluarga maupun bukan keluarga. Kuesioner terdiri dari 18 item pertanyaan, yang dibagi menjadi pertanyaan *favourable* sebanyak 72,22% dan pertanyaan *unfavourable* sebanyak 27,78%.

Sebelum digunakan, Kuesioner penelitian telah diuji validitas dan reliabilitasnya. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan kepada 10 responden yang memiliki karakteristik yang sama dengan responden penelitian, tapi tercatat pada rekam medik pada tahun 2007.

Uji validitas diukur menggunakan rumus *Product Moment* dengan hasil semua item pertanyaan sebanyak 18 item dikatakan valid dengan *p value* < 0,05. Uji reliabilitas diukur dengan rumus *Alpha Cronbach* dan didapatkan bahwa semua item reliabel dengan nilai *Alpha* > 0,7 yaitu sebesar 0,775. Dari kedua uji tersebut, maka kuesioner penelitian layak untuk dipakai.

Untuk mengetahui perbedaan efektivitas peran PMO dari keluarga dan bukan keluarga dengan kesembuhan

penderita TBC paru dilakukan analisa data dengan menggunakan rumus *Mann-Whitney* dengan nilai  $\alpha$  0,05

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### 1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian dilaksanakan di BP4 unit Minggiran Yogyakarta yang berlokasi di Jalan Mayjen D.I. Panjaitan No.49. BP4 ini mempunyai beberapa fasilitas yaitu laboratorium, rontgen, ruang perawatan, ruang *DOTS*, ruang konseling merokok dan *AIDS*, dan ruang obat. Perawatan penyakit TBC ini adalah rawat jalan, pasien datang hanya untuk mengambil obat yang biasanya ditemani oleh PMO masing-masing dan jika ada hal-hal yang perlu dikonsultasikan kepada petugas kesehatan.

BP4 Yogyakarta merupakan pelimpahan kepemilikan dari Dirjen Kesehatan Masyarakat Depkes RI kepada pemerintah Daerah Istimewa Yogyakarta yang disahkan dengan peraturan daerah nomor 7 tahun 2002 tentang pembentukan dan organisasi unit pelaksana teknis pada Dinas Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial di lingkungan pemerintah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

### 2. Karakteristik Responden

Berdasarkan tabel 1, diketahui bahwa penderita TBC paru yang menjadi subjek penelitian lebih banyak berjenis kelamin perempuan yaitu 28 orang (59,6%) dan laki-laki 19 orang (40,4%). Hal ini juga telah diungkapkan oleh Achmadi (2005) yang mengatakan bahwa mayoritas penderita TBC paru adalah wanita walaupun masih memerlukan penelitian lebih lanjut, baik itu pada tingkat perilaku, tingkat kejiwaan, sistem pertahanan tubuh, maupun tingkat molekuler.

Kelompok umur 15-34 tahun

**Tabel 1. Karakteristik Responden Penderita TBC Paru di BP4 Unit Minggiran Kota Yogyakarta Tahun 2009**

No.	Karakteristik Responden	F	%
1.	Jenis kelamin		
	Laki-laki	19	40,4
	Perempuan	28	59,6
2.	Kelompok umur		
	15 – 34 tahun	26	55,3
	35 – 54 tahun	14	29,8
	55 – 64 tahun	4	8,5
	≥ 65 tahun	3	6,4
3.	Pendidikan terakhir		
	Tidak tamat SD	1	2,1
	SD	10	21,3
	SMP	11	23,4
	SMA	24	51,1
	PT	1	2,1
4.	Pekerjaan		
	Ibu rumah tangga	19	40,4
	Buruh	4	8,5
	Pelajar	7	14,9
	Wiraswasta	10	21,3
	Swasta	7	14,9
	PNS	0	0

Sumber: Data Primer

merupakan rentang umur penderita TBC paru yang paling banyak yaitu 26 orang (55,3%) karena merupakan kelompok usia produktif. Kelompok umur penderita TBC paru yang paling sedikit menurut tabel 1 di atas adalah yang berusia  $\geq 65$  tahun sebanyak 3 orang (6,4%). Hal ini sesuai dengan pernyataan Achmadi (2005), bahwa risiko untuk mendapatkan TBC paru dapat dikatakan seperti kurva normal terbalik, yaitu puncaknya dewasa muda dan menurun kembali pada kelompok menjelang usia tua.

Kebanyakan masyarakat yang berpendidikan rendah mempunyai anggapan kalau gejala penyakit sudah mereda, obat tidak perlu diminum lagi (Depkes RI, 2003). Sebagian besar penderita TBC di BP4

Minggiran berpendidikan SMA yaitu 24 orang (51,1%). Temuan ini menunjukkan bahwa pendidikan tidak memiliki pengaruh langsung terhadap kesembuhan penderita TBC paru.

Sebagian besar penderita TBC paru adalah ibu rumah tangga yaitu 19 orang (40,4%). Hal ini berhubungan dengan lingkungan tempat tinggal karena pekerjaan sebagai ibu rumah tangga membuat responden memiliki waktu yang lebih banyak untuk berada di dalam rumah daripada di luar rumah. Hal senada juga diungkapkan oleh Achmadi (2005), bahwa kondisi lingkungan juga merupakan faktor risiko terjadinya penyakit TBC paru.



### 3. Karakteristik PMO

Menurut tabel 2, PMO laki--laki lebih banyak (51,1%) daripada PMO perempuan (48,9%) karena mereka kebanyakan adalah suami dari responden, tapi hal ini berbeda dengan penelitian Purwanta (2005), yang kebanyakan PMO-nya adalah perempuan karena pada penelitian Purwanta, jumlah responden laki-laki lebih banyak daripada responden perempuan.

Sebagian besar PMO berpendidikan SMA sejumlah 21 orang (44,7%). Ini berkaitan dengan pengetahuan tentang penyakit dan kemampuan melakukan penyuluhan kepada penderita dan keluarga serta cara memotivasi penderita untuk mematuhi pengobatannya (Depkes RI, 2003). Di BP4 Minggiran, sudah

dilaksanakan kegiatan *public health care*, yang salah satu kegiatannya adalah memberikan penyuluhan bagi PMO dalam menjalankan perannya untuk mengawasi pengobatan penderita TBC paru.

Berdasarkan karakteristik hubungan dengan penderita, 37 orang (78,7%) PMO berasal dari keluarga dan 10 orang (21,3%) PMO berasal bukan dari keluarga yang terdiri dari PMO petugas kesehatan (14,9%) dan teman (6,4%). Dalam hal ini, perlu diperhatikan juga apakah PMO tinggal serumah atau tidak dengan penderita karena hal ini akan membantu kelancaran pengawasan pengobatan penderita TBC paru, seperti yang diungkapkan oleh Depkes RI (2003) bahwa penderita yang rumahnya dekat dengan petugas kesehatan, maka

**Tabel 2. Karakteristik PMO di BP4 Unit Minggiran Kota Yogyakarta Tahun 2009**

No.	Karakteristik Responden	F	%
1.	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	24	51,1
	Perempuan	23	48,9
2.	Pendidikan Terakhir		
	Tidak tamat SD	4	8,5
	SD	4	8,5
	SMP	7	14,9
	SMA	21	44,7
	PT	11	23,4
3.	Hubungan Dengan Penderita		
	Keluarga	37	78,7
	Bukan Keluarga		
	Petugas Kesehatan	7	14,9
	Teman	3	6,4
4.	Kesamaan Tempat Tinggal		
	PMO Keluarga		
	Serumah	36	76,6
	Tidak Serumah	1	2,1
	PMO Bukan Keluarga		
	Serumah	2	4,3
	Tidak Serumah	8	17

Sumber : Data Primer



**Tabel 3. Keefektifan Peran PMO dari Keluarga dan Bukan Keluarga di BP4 Unit Minggiran Yogyakarta Tahun 2009.**

Tingkat Keefektifan	PMO Keluarga		PMO Bukan Keluarga	
	F	%	F	%
Efektif	3	8,11	1	10
Cukup Efektif	28	75,67	9	90
Kurang Efektif	6	16,22	0	0
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Sumber : Data Primer

PMO sebaiknya dilakukan oleh petugas kesehatan. Bila penderita rumahnya jauh dari petugas kesehatan, bisa diawasi langsung oleh keluarganya. Ini menunjukkan betapa pentingnya memperhatikan jauh dekatnya rumah antara penderita dengan PMO.

#### 4. Keefektifan Peran PMO

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar responden menilai PMO mereka, baik itu dari keluarga maupun bukan keluarga, melaksanakan perannya cukup efektif, masing-masing 28 orang (75,67%) dan 9 orang (90%). Penelitian ini berbeda dengan penelitian dari Litaay (2005) yang menyebutkan bahwa dukungan sosial keluarga yang baik berpengaruh terhadap kesembuhan pasien dari pada dukungan sosial yang kurang baik.

Hal ini bisa disebabkan karena faktor dari penderita TBC sendiri, seperti tingkat pendidikan dan motivasi untuk sembuh, seperti pada penelitian Susanti (2008) yang menyatakan bahwa ada hubungan motivasi dengan keteraturan berobat penderita TBC paru. Selain itu, tingkat pendidikan dan kesamaan tempat tinggal PMO dengan penderita juga merupakan faktor yang berpengaruh.

#### 5. Kesembuhan Penderita TBC Paru

**Tabel 4. Distribusi Frekuensi Tingkat Kesembuhan Penderita TBC Paru di BP4 Unit Minggiran Yogyakarta Tahun 2009.**

Kategori	F	%
Sembuh	45	95,74
Gagal	2	4,26
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

Sumber : Data Primer

Dari penelitian yang telah dilakukan, didapatkan hasil bahwa dari 47 orang responden, sebanyak 45 orang responden (95,74%) mengalami kesembuhan dan sisanya sebanyak 2 orang responden (4,26%) mengalami kegagalan. Hasil ini sama dengan hasil penelitian yang didapatkan oleh Litaay (2005), yaitu dari 25 orang responden, sebanyak 23 orang responden mengalami kesembuhan dan 2 responden gagal karena responden tidak teratur dalam minum obat.

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kesembuhan penderita TBC paru terdiri dari faktor sarana, penderita, dan PMO (Permatasari, 2005). Menurut hasil observasi, kegagalan pengobatan ini dikarenakan lingkungan tempat tinggal responden yang kurang memenuhi syarat rumah sehat. Padahal, dari segi sarana pelayanan yang disediakan oleh BP4

Minggiran sudah memadai, bahkan sering dilakukan *home care* oleh petugas kesehatan dan pendidikan terakhir responden adalah SMA serta PMO juga sudah melaksanakan perannya dengan cukup efektif. Motivasi untuk sembuh dari penderita sendiri belum diketahui sehingga untuk selanjutnya perlu dilakukan wawancara secara mendalam.

#### 6. Perbedaan Keefektifan Peran PMO Dari Keluarga dan Bukan Keluarga dengan Kesembuhan Penderita TBC Paru

Tabel 5 menjelaskan bahwa sebanyak 3 orang responden dari PMO keluarga dengan peran PMO efektif dinyatakan sembuh dan tidak ada yang mengalami kegagalan, dari 28 orang responden dengan peran PMO cukup efektif, sebanyak 26 orang responden dinyatakan sembuh dan 2 orang dinyatakan gagal, serta sebanyak 6 orang mengalami kesembuhan dan tidak ada yang gagal dengan peran PMO kurang efektif.

Responden yang memiliki PMO bukan dari keluarga dinyatakan mengalami kesembuhan semua dengan kategori peran PMO yang efektif sebanyak 1 orang dan cukup efektif sebanyak 9 orang, sedangkan

peran PMO yang kurang efektif tidak ada.

Dengan melakukan uji *Mann-Whitney*, diperoleh hasil bahwa *p value* atau nilai *Asym.sig* yaitu 0,458. Uji ini merupakan uji dua pihak sehingga nilai  $\alpha$  adalah 0,05. Karena  $p > 0,05$ , maka  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak yang berarti tidak terdapat perbedaan keefektifan peran PMO dari keluarga dan bukan keluarga dengan kesembuhan penderita TBC paru di BP4 unit Minggiran kota Yogyakarta tahun 2009.

Ada dua kemungkinan yang terjadi yaitu karena masing-masing PMO baik yang berasal dari keluarga maupun bukan keluarga memiliki kelebihan dan kekurangan yang membuat keduanya seimbang serta kemungkinan yang kedua adalah jumlah sampel yang berbeda.

PMO keluarga memiliki kelebihan yaitu dapat mengawasi pasien TBC selama 24 jam kecuali yang tidak tinggal serumah dengan penderita dan merupakan orang yang terdekat dengan klien, serta tidak memerlukan biaya transport. Akan tetapi, mereka kurang mengetahui seluk-beluk pengobatan dan pemantauannya serta secara psikologis kurang mantap dan kurang disegani (Setiabudi cit Harnovi, 2007).

PMO bukan dari keluarga dalam hal ini seperti yang ditemukan oleh peneliti di

**Tabel 5. Tabel Korelasi Keefektifan Peran PMO Dari Keluarga Dan Bukan Keluarga Dengan Kesembuhan Penderita TBC Paru**

PMO	Kategori	Tingkat Kesembuhan		N	P value	Z hitung
		Sembuh	Gagal			
Keluarga	Efektif	3	0	3	0,458	0,743
	Cukup Efektif	26	2	28		
	Kurang Efektif	6	0	6		
Bukan Keluarga	Efektif	1	0	1	0,458	0,743
	Cukup Efektif	9	0	9		
	Kurang Efektif	0	0	0		
<b>Total</b>		45	2	47		

Sumber: Data Primer

lapangan yaitu dari tenaga kesehatan dan teman. Bila PMO berasal dari tenaga kesehatan, memiliki keuntungan diantaranya PMO lebih mengetahui seluk beluk pengobatan dan pemantauan, secara psikologis lebih mantap dan lebih disegani. Selain itu, biasanya tempat tinggal mereka jauh dari penderita dan membutuhkan biaya transport, sehingga hal tersebut bisa menjadi kendala dalam melaksanakan tugas sebagai PMO (Setiabudi *cit* Harnovi, 2007). Sebaliknya, PMO bukan dari keluarga yang berasal dari teman memiliki keuntungan bisa mengawasi pengobatan lebih maksimal karena penderita dan PMO tinggal serumah seperti data yang peneliti temukan di lapangan, tapi belum tentu menguasai seluk beluk pengobatan sama halnya dengan PMO dari keluarga.

Kemungkinan selanjutnya adalah jumlah sampel antara responden dengan PMO dari keluarga tidak seimbang dengan jumlah responden dengan PMO bukan dari keluarga. Walaupun uji ini bisa digunakan pada kasus dengan ukuran sampel yang berbeda (Riwidikdo, 2007), namun perbandingan jumlah diantara keduanya cukup jauh yaitu 4:1.

Beberapa keterbatasan yang terdapat dalam penelitian ini adalah sebagai berikut: *Pertama*, kurang memperoleh informasi yang lengkap dan mendalam dari responden.

*Kedua*, kurangnya jumlah responden dari PMO bukan keluarga yang tidak sebanding dengan jumlah responden dari PMO keluarga. Selain itu, karena responden penelitian adalah penderita TBC paru yang sudah sembuh, maka bisa dimungkinkan responden lupa pada apa yang dialami pada waktu masa pengobatannya yaitu terkait dengan peran PMO terhadap kesembuhannya.

*Ketiga*, saat melakukan kunjungan rumah, ada responden yang tidak ditemui karena sedang tidak berada di rumah, tetapi

peneliti menitipkan kuesioner kepada keluarga untuk disampaikan kepada responden dengan menjelaskannya terlebih dahulu kepada keluarga terkait dengan cara pengisian kuesioner. Kemudian, peneliti mengambil kuesioner yang sudah diisi oleh responden tersebut pada waktu berikutnya. Ini memungkinkan responden kurang serius dalam mengisi kuesioner karena tidak ditunggu oleh peneliti secara langsung.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian, dapat ditarik beberapa kesimpulan berikut ini:

1. Tidak terdapat perbedaan keefektifan peran PMO dari keluarga dan bukan keluarga dengan kesembuhan penderita TBC paru di BP4 unit Minggiran kota Yogyakarta tahun 2009.
2. Gambaran keefektifan peran PMO dari keluarga di BP4 unit Minggiran kota Yogyakarta tahun 2009, yaitu paling banyak dengan kategori cukup efektif sebesar 75,67%, kurang efektif 16,22%, dan paling sedikit dengan kategori efektif sebesar 8,11%.
3. Gambaran keefektifan peran PMO bukan dari keluarga di BP4 Unit Minggiran kota Yogyakarta tahun 2009, yaitu paling banyak dengan kategori cukup efektif sebesar 90% dan sisanya adalah kategori efektif sebesar 10%, sedangkan yang kurang efektif sebanyak 0%.
4. Gambaran tingkat kesembuhan penderita TBC paru di BP4 unit Minggiran kota Yogyakarta tahun 2009, yakni 95,74% mengalami kesembuhan dan 4,26% gagal.
5. Gambaran keefektifan peran PMO yang berasal dari keluarga dengan kesembuhan penderita TBC paru di BP4 unit Minggiran kota Yogyakarta tahun 2009, yaitu 3 responden dengan peran PMO efektif dinyatakan sembuh, 26 responden dengan peran PMO cukup efektif

dinyatakan sembuh dan 2 responden dinyatakan gagal, serta 6 responden dengan peran PMO kurang efektif dinyatakan sembuh.

6. Gambaran keefektifan peran PMO yang berasal bukan dari keluarga dengan kesembuhan penderita TBC paru di BP4 unit Minggiran kota Yogyakarta tahun 2009, yakni semua responden mengalami kesembuhan dengan kategori peran PMO yang efektif sebanyak 1 responden, cukup efektif sebanyak 9 responden, dan kurang efektif tidak ada.

#### SARAN

Beberapa saran yang dapat disampaikan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

##### 1. Bagi BP4 Minggiran

Kegiatan public health care maupun home care oleh petugas kesehatan tetap dipertahankan supaya perawatan penderita TBC paru di rumah dapat optimal.

##### 2. Bagi PMO

Bagi PMO, khususnya PMO keluarga diharapkan bisa lebih meningkatkan perhatian dan dukungannya dalam mengawasi pengobatan penderita TBC paru agar mereka bisa mendapatkan kesembuhan yang maksimal.

##### 3. Bagi Peneliti Lain

Perlu penelitian lebih lanjut mengenai perbedaan keefektifan peran PMO dari keluarga dan bukan keluarga dengan kesembuhan penderita TBC paru dengan memperhatikan hal-hal berikut ini:

- a. Perlu dilakukan wawancara mendalam pada waktu mengumpulkan data.
- b. Menambah jumlah sampel, terutama sampel dari responden yang memiliki PMO bukan dari keluarga, sehingga rasio diantara kedua sampel tidak terlalu jauh bahkan kalau mungkin seimbang.
- c. Ketika responden mengisi kuesioner, peneliti seharusnya menunggu sampai kuesioner selesai diisi. Ini untuk memastikan bahwa kuesioner benar-

benar diisi oleh responden, sehingga jawaban yang diberikan benar-benar berasal dari responden.

#### DAFTAR RUJUKAN

- Achmadi, U.F. 2005. *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*. Kompas: Jakarta
- Departemen Kesehatan RI. 2003. *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*. Jakarta.
- Harnovi, Septi. 2007. *Gambaran Pelaksanaan Tugas Pengawas Minum Obat (PMO) Dalam Program DOTS di Kota Yogyakarta*.
- Litaay, H.J.M. 2005. *Hubungan Dukungan Sosial Keluarga dengan Kesembuhan Penderita Tuberkulosis Paru di BP4 Yogyakarta*.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Permatasari, Amira. 2005. *Pembe-rantasan Penyakit TB Paru dan Strategi DOTS*. <http://library.usu.ac.id>. Diperoleh tanggal 26 Februari 2009.
- Purwanta. 2005. *Ciri-ciri Pengawas Minum Obat yang Diharapkan oleh Penderita TB Paru di Daerah Urban dan Rural di Yogyakarta*.
- Riwidikdo, Handoko. 2007. *Statistik Kesehatan Belajar Mudah Teknik Analisis Data dalam Penelitian Kesehatan (Plus Aplikasi Software SPSS)*. Mitra Cendikia Press: Yogyakarta.

Susanti, Rani. 2008. *Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Motivasi Pasien TBC Paru dengan Keteraturan Berobat di Wilayah Kerja Puskesmas Purbaratu Kota Tasikmalaya.*

Utama, Andi. 2003. *Tuberkulosis.* <http://eproc.balikpapan.go.id>. Diperoleh tanggal 28 Maret 2008.

JKK 6.1.2010 SAY

## PERILAKU PERTAMA IBU BALITA DALAM MENANGGULANGI PENYAKIT DIARE PADA ANAK BALITA DI TAMAN BERMAIN DAN TPA "BENISO" RANDU BELANG BANTUL

Hariza Adnani<sup>1</sup>

**Abstract:** Subject of the reserach was parents with children under five year who studied at kindergarten Beniso Randu Belang Bantul amounted 10 women and one teacher. Technique of gathering responden was accidental sampling. Result of the research were : most respondent said that if their children under five experienced diare, they were directly submitted to health service centre. That reason of treating children with diare was at home because it could be managed by themselves as long diare not more than 2 days, and at health centre because their condition was poorer (dehydration, hard stool). According to mother, procedure of handling children with diare was both items, namely administering oralit for child, still eating. If there was no change, as soon as took them to hospital, by administering traditional medicine, it could be used. Other alternative was drinking black tea. Knowledge of most mother in understanding way of making LGG was low. Most mothers with children might not permit child to drink oralit which used for adult.

**Kata kunci:** Perilaku ibu, Gastroenteritis, anak balita.

### PENDAHULUAN

Diare terjadi di seluruh dunia dan menyebabkan 4 % dari semua kematian. Secara umum disebabkan oleh infeksi gastrointestinal dan membunuh sekitar 2,2 juta orang setiap tahun, yang kebanyakan dari mereka adalah anak-anak di negara berkembang (Utari, dkk, 2009). Data WHO menunjukkan bahwa dalam setiap tahun rata-rata 100.000 anak di Indonesia meninggal dunia karena diare. Sementara itu, data dari Subdit

Diare Departemen Kesehatan

(Depkes) menunjukkan sekitar 300 orang di antara 1.000 penduduk masih terjangkau diare sepanjang tahun. Penyakit diare menjadi penyebab kematian nomor dua padabalita, nomor tiga pada bayi, dan nomor lima pada semua umur (RSPI - SS, 2003). Diare adalah buang air besar selama tiga kali atau lebih dalam satu hari, dan tinja atau feses yang keluar berupa cairan encer atau sedikit berampas. Tinja atau feses tersebut terkadang disertai dengan darah atau lendir (Sakinah, Farian dan Arifianto. <http://www.rch.org.au> di-akses

---

<sup>1</sup> Program Studi Kesehatan Masyarakat STIKES Surya Global Yogyakarta  
Email : hariza.adnani @yahoo.com



tanggal 20 Juni 2008)

Diare dapat diderita oleh semua jenis kelamin dan golongan umur termasuk bayi dan anak balita. Bayi dan anak Balita adalah kelompok umur yang rentan terhadap diare, karena daya tahan tubuhnya masih rendah sehingga sangat mudah terinfeksi virus. Peran orang tua balita sangat diperlukan dalam upaya pencegahan dan pengobatan diare pada anaknya, misalnya : memberikan ASI, menjaga kebersihan makanannya termasuk alat makannya, minum minuman air yang matang, mencuci bersih makanan yang tidak dimasak, dan penyediaan air bersih dan pembuangan tinja bayi dengan benar (Megawati, Gina, 2005).

Berbagai macam penanganan pertama yang dilakukan orang tua ketika anaknya menderita diare tidak selalu sama. Semua itu tergantung dari pengetahuan tentang diare dari masing-masing orang tua. Apabila orang tua (ibu) mempunyai pengetahuan yang tinggi tentang diare, maka penanganan terhadap anak balitanya akan benar. Sebaliknya, apabila pengetahuan ibu rendah, maka penanganan terhadap anak balitanya akan salah atau buruk. Faktor lain yang turut mendukung penanganan penyakit diare pada anak balita yang salah adalah faktor non teknis seperti kepanikan, mengikuti semua anjuran orang-orang disekelilingnya yang sebenarnya tidak masuk akal, dan lain sebagainya.

Penanganan anak balita yang menderita diare sebaiknya melihat terlebih dahulu komplikasi yang ada, misalnya: dehidrasi, demam, muntah setiap kali makan dan minum, serta diketemukan adanya darah dan lendir dalam tinja. Tanda-tanda dehidrasi pada anak ada enam yaitu: anak menunjukkan gejala kehausan, berat badan turun, elastisitas kulit berkurang, mata dan ubun-ubun cekung, selaput lendir pada bibir, serta mulut dan kulit tampak kering. Apabila anak balita menderita penyakit diare disertai

dengan komplikasi tersebut, atau apabila volume feses dalam jumlah banyak, sangat encer seperti air beras, berbau busuk, berlendir atau berdarah dan warnanya berubah, maka perlu segera dibawa ke dokter /RS. Sebaliknya, apabila tidak ada komplikasi, maka penanganan yang tepat adalah : pertama, memberikan cairan khusus untuk anak.. Kedua, tidak memberikan air putih saja, akan tetapi memberikan cairan yang mengandung elektrolit (natrium, kalium), dan kalori.

Cairan elektrolit dapat dibuat dengan melarutkan 1-2 sendok makan gula dan garam seujung-sendok teh ke dalam air putih satu gelas. Untuk kebutuhan kalori bisa diberikan air tajin, sendok makan tepung beras 100 cc air dimasak sampai mendidih. Ketiga, tidak meminum oralit dewasa karena osmolaritasnya tinggi. Bila meminum oralit dewasa harus diencerkan dua kali lipatnya. Keempat, anak tidak boleh dipuaskan (makanan tetap diberikan). Menghindari sayuran yang mempunyai serat, karena susah dicerna sehingga bisa meningkatkan frekuensi diarenya. Buah-buahan juga perlu dihindari, kecuali pisang dan apel karena mengandung kaolin, pektin, kalium yang berfungsi memadatkan tinja dan menyerap racun.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan penulis dengan mewawancarai 3 orang ibu balita yang anaknya sekolah di taman bermain dan TPA "Beniso" Randu Belang Bangunharjo, Sewon Bantul, semuanya sangat peduli terhadap kesehatan anaknya, terutama apabila sakit. Salah satu upaya penanggulangan pertama apabila anaknya menderita penyakit diare adalah membuat larutan gula garam (LGG), akan tetapi dengan takaran yang tidak sesuai dengan saran Depkes, sehingga hasilnya kurang optimal. Hal inilah yang menarik perhatian penulis untuk melakukan penelitian tentang perilaku pertama ibu balita dalam



menanggulangi diare anak balitanya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perilaku pertama ibu balita dalam menanggulangi penyakit diare yang diderita anak balitanya.

#### **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif untuk mengkaji secara mendalam permasalahan penelitian. Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif survei yaitu menggambarkan “apa adanya” tentang sesuatu variabel, gejala, atau keadaan. Penelitian survai dimaksudkan untuk mengetahui pendapat sampel penelitian tentang sesuatu hal yang sifatnya nyata/*tangible* (Arikunto, S, 2000).

Responden dalam penelitian ini adalah orang tua balita yang anaknya sekolah di TB dan TPA Beniso Randu Belang Bangunharjo, Sewon Bantul sebanyak 10 orang dengan seorang guru.sekolah tersebut. Teknik pengambilan responden adalah *aksidental sampling* yaitu siapa saja orang tua ibu balita yang secara kebetulan bertemu dengan peneliti dapat dipergunakan sebagai sampel bila dipandang orang yang kebetulan ditemui tersebut cocok sebagai sumber data. instrumen penelitian yang dipergunakan adalah pedoman wawancara tentang perilaku ibu balita dalam menangani diare pada anak balitanya.

Teknik pengumpulan data yang dipergunakan adalah pengamatan dengan berpartisipasi (*participation observation*), dan wawancara secara mendalam (*in-depth interviewing*) Untuk mendapatkan derajat kepercayaan data (*trustworthiness*), digunakan triangulasi sumber. Pendekatan sumber adalah wawancara mendalam antara orang tua ibu balita sebanyak 10 orang dengan seorang guru di sekolah tersebut. Teknik analisis data yang dilakukan dengan menggunakan reduksi data, *display* data dan verifikasi data/menarik kesimpulan.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **Karakteristik Responden**

Berdasarkan karakteristik umur ibu balita menunjukkan bahwa sebagian besar dari mereka berumur antara 26-33 tahun sebanyak 5 orang (50 %) Ibu balita kebanyakan masih dalam usia produktif untuk hamil/mendapatkan keturunan. Sedangkan apabila ditinjau dari umur balita menunjukkan bahwa sebagian besar berumur 4,5 – 5,5 tahun sebanyak 5 orang (50 %), berarti bahwa balita telah mendekati umur sekolah karena sudah tidak balita lagi (di atas 5 tahun).

### **Analisis Perilaku Ibu Balita dalam Menanggulangi Penyakit Diare Anak Balitanya di rumah**

Berdasarkan hasil wawancara dengan 10 orang responden ibu balita didapatkan hasil yang beragam dan ada juga yang menjawabnya sama. Apabila jawabannya sama dari beberapa responden, diambil salah satu responden saja untuk mewakilinya. Sebagai ketentuan dipakai kriteria sebagai berikut : Pertama, apabila sebanyak 5 orang atau lebih ( $\geq 5$ ) jawaban responden sama dipakai istilah sebagian besar. Kedua, apabila sebanyak 1-4 orang jawaban responden sama dipakai istilah sebagian kecil. Berikut adalah jawaban responden tentang upaya pertama yang dilakukannya jika balitanya mengalami diare.

Sebagian besar responden mengatakan bahwa apabila anak balitanya diare langsung dimasukkan ke rumah sakit/pelayanan kesehatan. Sedangkan sebagian kecil lainnya menyatakan dirawat di rumah dengan memberikan obat diare (oralit), dan dirawat di rumah dengan memberikan ramuan tradisional. Berikut ini adalah jawaban dari responden:

*"...ya langsung dimasukkan ke rumah sakit saja biar aman...yang penting anak dapat segera ditangani oleh dokter."*(R2)

*"...jika mulai diare pada malam hari, ditangani di rumah dahulu (oralit siap pakai atau membuat sendiri) yang pasti dirawat dulu, baru pagi harinya di bawa ke dokter ..."*(R8)

*"...daun jambu, kunyit dan garam ditumbuk, kemudian disaring ..."*(R9)

Informan mengatakan bahwa kalau anak diare sebaiknya diupayakan penanganan pertama terlebih dahulu di rumah sambil dicari tahu penyebabnya. Apabila ada lendir atau darahnya segera dibawa ke rumah sakit/pelayanan kesehatan.

Sebagian besar responden menjawab bahwa alasan merawat balita diare di rumah karena sebenarnya masih bisa ditangani sendiri selama diare tidak lebih dari 2 hari. Sedangkan sebagian kecil lainnya menyatakan bahwa bisa ditangani sendiri di rumah dengan obat/oralit maupun ramuan jawa. Hanya satu orang yang menjawab agar tidak terlalu banyak kemasukan obat-obatan kimia. Berikut ini adalah jawaban dari responden:

*"...waktu malam hari yang tidak memungkinkan untuk langsung ke dokter. Jarak rumah-dokter jauh. Kondisi diare anak. Jika lebih dari tiga kali, apapun rintangannya ya harus tetap ke dokter ..."*(R8)

*"...kalau masih bisa diatasi dan ditangani pakai obat tradisional seperti teh pahit, minum air putih atau pakai rebusan daun jambu..."*(R1)

*"...karena kalau di rumah dapat diatasi dengan oralit..."*(R2)

*"...supaya anak tidak terlalu banyak kemasukan obat-obatan kimia..."*(R9)

Sebagian besar responden menjawab bahwa alasan merawat balita diare di pelayanan kesehatan karena kondisinya parah (dehidrasi, BAB-nya sulit mampet). Sedangkan sebagian kecil lainnya telah memiliki kepercayaan yang tinggi terhadap pelayanan kesehatan (seperti: dengan ke pelayanan kesehatan langsung mendapatkan pertolongan, perawatannya lebih terpantau, dan peralatan di rumah sakit lebih lengkap). Berikut ini adalah jawaban dari responden

*"...kalau di rumah sakit langsung mendapatkan pertolongan..."*(R2)

*"..kalau kondisi diare memang parah dan orang tua memang merasa sudah seharusnya opname. Benar-benar anak sudah tidak mau/sulit diberi makanan (halus) atau minum (dehidrasi)..."*(R8)

Prosedur menangani anak balita yang diare pada dasarnya merupakan tahap-tahap yang dilakukan ibu balita dalam merawat anak balitanya yang diare selama di rumah. Oleh karena itu, jawaban dari para ibu dapat lebih dari satu cara dalam menanganinya. Pada dasarnya tahapan tersebut ada dua yaitu : Pertama, diberikan oralit anak, tetap diberi makan (misalnya: bubur cair). Apabila tidak ada perubahan (misalnya menjadi lemas) segera di bawa ke RS / pelayanan kesehatan. Kedua, dengan memberikan obat tradisional yang terdiri dari daun jambu, kunyit diparut, dan garam.

Alternatif lain adalah dengan diminumkan air teh kental. Seorang ibu balita ada yang menjelaskan lebih sistematis dengan melakukan observasi pada feses anak. Apabila fesesnya cair dan sudah 2 x atau lebih dalam sehari BAB, langsung diberikan ½ bungkus oralit. Jika masih diare, oralit masih dilanjutkan dan ditambah frekuensinya. Diberi makanan halus dan diupayakan jangan sampai dehidrasi. Bila

diare, panas, feses berlendir/berdarah segera dibawa ke RS. Alternatif pengganti oralit adalah: tapel kunyit dan kapur sirih, teh pahit, atau mengunyah pucuk daun jambu kluthuk. Berikut ini adalah jawaban dari responden:

*"...dikasih obat tradisional terlebih dahulu, dikasih oralit, sering dikasih minum, dikasih bubur yang cair..."* (R9)

*"...air putih hangat dan garam dikit, daun jambu diebus/dikasih parutan kunyit, teh kental tanpa gula, diberi jamu cekok..."* (R1)

*"...pertama-tama kita kasih oralit, minum yang banyak. Hari kedua kalau tidak ada perubahan dan semakin lemas kita bawa ke dokter/puskesmas..."* (R2)

*"...melihat feses (pas BAB) pertama kali sebagai pertanda agar kita bisa mencari penyebabnya. Jika feses cair dan sudah dua kali BAB, biasanya kami ya langsung memberi oralit ½ bungkus. Jika mampat ya alhamdulillah. Jika masih diare oralit dilanjutkan dan ditambah (diusahakan untuk si anak mau) untuk siberi makanan halus, yang pasti tujuan kami jangan sampai dehidrasi. Jika ternyata kondisi anak tidak hanya diare tapi badannya panas, fesesnya berlendir/darah dan kondisi lain yang parah, kami bawa ke dokter. Biasanya selain oralit kami menggunakan cara alternatif obat. Misalnya tapel kunyit dan kapur sirih, teh pahit, atau mengunyah pucuk daun jambu kluthuk..."* (R8)

Pengetahuan ibu balita dalam memahami cara pembuatan oralit/LGG masih rendah. Sebagian besar dari ibu balita tidak mengetahui besarnya takaran (perbandingan) antara gula, garam dan air. Cara menjawab mereka kebanyakan adalah:

*Pertama*, air hangat dicampur sedikit garam dan sedikit gula. *Kedua*, 1 gelas air hangat ditambah ½ sendok teh garam dan ½ sendok teh gula pasir. *Ketiga*, 1 gelas air hangat ditambah ½ sendok makan garam dan ½ sendok makan gula pasir. Ada juga yang menjawab air dan garam saja (tanpa menyebut gula), bahkan ada seorang ibu balita yang tidak menjawab sama sekali dengan alasan tidak bisa menjawab. Hanya sebagian kecil dari mereka yang mampu menjawab dengan benar cara membuat larutan gula garam (LGG) yaitu 1-2 sendok makan gula pasir dan garam seujung sendok teh ke dalam air putih satu gelas.

Para ibu balita kebanyakan tidak memperbolehkan anak balita minum oralit untuk orang dewasa dengan alasan bahwa dosis/ukuran dari oralit untuk orang dewasa belum sesuai (lebih tinggi) daripada anak balita. Sedangkan sebagian kecil memperbolehkan dengan memper-syaratkan : dosisnya dikurangi sesuai dengan dosis anak balita, sudah mendapat informasi dosisnya dari dokter, dan untuk pertolongan pertama .

Perilaku adalah aksi dari individu terhadap reaksi dari hubungannya dengan lingkungannya. Dengan kata lain, perilaku baru terjadi apabila ada sesuatu rangsangan yang diperlukan untuk menimbulkan reaksi. Jadi, suatu rangsangan tertentu akan menghasilkan reaksi berupa perilaku tertentu (Megawati, Gina, 2005). Berdasarkan hasil wawancara dengan ibu balita menunjukkan bahwa sebagian besar dari mereka mengatakan bahwa apabila anak balitanya diare langsung dimasukkan ke rumah sakit / pelayanan kesehatan. Sedangkan sebagian kecil lainnya menyatakan dirawat di rumah dengan memberikan obat diare (oralit), dan dirawat di rumah dengan memberikan ramuan tradisional. Hal ini menunjukkan bahwa terciptanya perilaku dari mereka sebagai akibat dari stimulus yang berasal

dari anak balitanya yang menderita diare (*respondent responds* atau *reflexive respons*). Sedangkan cara pembentukan perilaku yang diperlihatkan para ibu balita menurut penulis termasuk dalam pembentukan perilaku dengan pengertian (*insight*), yaitu cara pembentukan perilaku didasarkan atas teori belajar kognitif, yaitu belajar dengan disertai adanya pengertian jangan sampai anak yang menderita diare tidak tertolong jiwanya.

Sebagian besar responden menjawab bahwa alasan merawat balita diare di rumah karena sebenarnya masih bisa ditangani sendiri selama diare tidak lebih dari 2 hari. Sedangkan sebagian kecil lainnya menyatakan bahwa bisa ditangani sendiri di rumah dengan obat/oralit maupun ramuan Jawa. Menurut Mc Dougall (Machfoedz, I dan Suryani, E, 2003). perilaku itu disebabkan oleh *insting* yang merupakan perilaku yang *innate*, perilaku bawaan dan akan berubah karena pengalaman. Berdasarkan pengalaman yang didapat ibu balita dalam menangani diare dan berhasil, akan memperkuat keyakinannya untuk tetap mengupayakan pertolongan pertama di rumah terlebih dahulu sambil menunggu perkembangan kesehatan anak balitanya. Apabila sampai lebih dari dua hari tidak sembuh baru diupayakan ke pelayanan kesehatan.

Sebagian besar responden menjawab bahwa alasan merawat balita diare di pelayanan kesehatan karena kondisinya parah (dehidrasi, BAB nya sulit mampet). Sedangkan sebagian kecil lainnya telah memiliki kepercayaan yang tinggi terhadap pelayanan kesehatan (seperti: dengan ke pelayanan kesehatan langsung mendapatkan pertolongan, perawatannya lebih terpantau, dan peralatan di rumah sakit lebih lengkap). Menurut Bloom (Notoatmodjo, 2003), sehat tidaknya seseorang tidak semata-mata dipengaruhi oleh perilaku, akan tetapi ada faktor-faktor

lain seperti: keturunan, lingkungan, pelayanan kesehatan. Faktor pelayanan kesehatan menjadi faktor yang paling berpengaruh dalam mendapatkan kesembuhan, menunjukkan bahwa ibu balita sudah tidak mampu mengandalkan perilaku saja dalam mendapatkan kesembuhan anaknya yang menderita diare.

Pengetahuan ibu balita dalam memahami cara pembuatan oralit/LGG kebanyakan masih rendah. Sebagian besar dari ibu balita tidak mengetahui besarnya takaran (perbandingan) antara gula, garam dan air. Hanya sebagian kecil saja yang mampu menjawab dengan takaran yang benar, Hal ini memperlihatkan bahwa sebagian besar perilaku ibu balita dalam membuat LGG tidak didasari oleh pengetahuan, dan hanya sebagian kecil didasari pengetahuan yang benar. Menurut Rogers (Notoatmodjo, 2003), perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng (*lost lasting*) daripada yang tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran.

Para ibu balita kebanyakan tidak memperbolehkan anak balita minum oralit untuk orang dewasa dengan alasan bahwa dosis/ukuran dari oralit untuk orang dewasa belum sesuai (lebih tinggi) daripada anak balita. Sedangkan sebagian kecil memperbolehkan dengan alasan yang mau akal. Apabila dikaitkan dengan tingkat pengetahuan dalam domain kognitif (Notoatmodjo, 2003), sebagian kecil responden sudah melalui 6 tingkatan yang ada dalam domain kognitif tersebut, yaitu: tahu (*know*), memahami (*comprehension*), aplikasi (*aplicati on*), analisis (*analysis*), sintesis (*syntesis*) dan evaluasi (*evaluation*). Sedangkan sebagian besar yang lain hanya sampai ke tingkat aplikasi, dan apabila sudah melebihi tingkat tersebut mereka lebih mempercayakan kepada dokter/ pelayanan kesehatan.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat diambil dalam penelitian ini adalah : apabila anak balita dari sebagian besar responden menderita diare, maka langsung dimasukkan ke rumah sakit/ pelayanan kesehatan. Alasan merawat balita diare di rumah menurut sebagian besar responden karena masih bisa ditangani sendiri selama diare tidak lebih dari 2 hari. Alasan merawat balita diare di pelayanan kesehatan menurut sebagian besar responden karena kondisinya parah (dehidrasi, BAB-nya sulit berhenti).

Prosedur menangani anak balita yang diare menurut ibu balita ada dua yaitu: *pertama*, diberikan oralit anak, tetap diberi makan (misalnya: bubur cair). Apabila tidak ada perubahan (misalnya menjadi lemas) segera dibawa ke RS/pelayanan kesehatan. *Kedua*, dengan memberikan obat tradisional yang terdiri dari daun jambu, kunyit diparut, dan garam. Alternatif lain adalah dengan diminumkan air teh kental. Pengetahuan ibu balita dalam memahami cara pembuatan oralit/LGG kebanyakan masih rendah. Sebagian besar dari ibu balita tidak mengetahui besarnya takaran (perbandingan) antara gula, garam dan air. Para ibu balita tersebut sebagian besar tidak memperbolehkan anak balita minum oralit untuk orang dewasa.

### Saran

Saran yang bisa diambil dalam penelitian ini adalah bagi kepala sekolah TB dan TPA Beniso Randu Belang Yogyakarta :sebaiknya mulai memprogramkan penyuluhan kesehatan yang diadakan secara intensif setiap bulan dengan tema yang direncanakan dan terstruktur, misal masalah penyakit dan kesehatan pada anak (ISPA, diare, dehidrasi, DPT, kekurangan vitamin A, masalah Gizi, imunisasi, cara merawat anak, dan lain-lain). Sebaiknya juga diadakan simulasi tentang penanganan

penyakit pada anak, ataupun tentang ciri-ciri anak sehat. Pihak yang terlibat dalam simulasi adalah ibu balita dan para guru.

### DAFTAR RUJUKAN

- Arikunto, S, 2000. *Manajemen Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Machfoedz, I dan Suryani, E, 2003. *Pendidikan Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Fitra Maya.
- Megawati, Gina, 2005. *Diare, Mekanisme Tubuh untuk Mengeluarkan Kuman Cairan, Terapi utama untuk anak Diare*. Dalam *Pikiran Rakyat Cyber Media*.
- Notoatmodjo, 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- RSPI - SS, 2003 *Cuci Tangan Cara Mudah Cegah Penyakit*. Rumah Sakit Penyakit Infeksi Prof. Dr. Sulianti Saroso, Jakarta. Dalam <http://www.infeksi.com/data/newsin.xml>.
- Sakinah, Farian dan Arifianto. *Apa itu Diare*. Dalam <http://www.rch.org.au>. Diakses tanggal 20 Juni 2008.
- Utari, T., Ghazali L., & Mulyaningrum, U, (2009). Hubungan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dengan Kejadian Diare di Wilayah Puskesmas Delanggu. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan (JKKI)*, 1(1): 53-61.



## PERBEDAAN LAMA PERSALINAN KALA II ANTARA YANG SENAM HAMIL DAN TIDAK SENAM HAMIL DI RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA TAHUN 2009

Asri Hidayat<sup>1</sup>, Sujiatini<sup>2</sup>

**Abstract:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan lama persalinan Kala II antara yang melakukan senam dan tidak melakukan senam hamil. Menggunakan metode observasional analitik dengan menggunakan pendekatan komparatif, pengukuran hanya dilakukan sesudah perlakuan pada dua kelompok yang berbeda (*the nonequivalent groups design with post-test*). Subjek penelitian adalah 60 ibu hamil, 22 ibu hamil melakukan senam hamil sebagai kelompok intervensi dan 38 ibu hamil yang tidak melakukan senam hamil sebagai kelompok pembandingan. Instrumen penelitian adalah lembar isian (*list*) yang berisi tentang waktu dari pembukaan lengkap sampai bayi lahir dengan melihat rekam medis pasien (Partograf), berat janin dan senam hamil.

Hasil penelitian didapatkan lama Kala II pada ibu yang melakukan senam memiliki rerata ranking 29,64, sedangkan lama kala II pada ibu yang tidak melakukan senam 31,00. Nilai rata-rata ranking yang tidak melakukan senam lama Kala II-nya lebih lama dibanding yang melakukan senam. Hasil analisis statistik  $p(0,769) > 0,05$  didapatkan kesimpulan tidak terdapat perbedaan lama Kala II yang signifikan antara ibu hamil yang melakukan senam dan yang tidak melakukan senam.

**Kata kunci:** Lama Persalinan Kala II, Senam Hamil.

### PENDAHULUAN

Angka kematian Ibu (AKI) merupakan cermin tingkat pelayanan kesehatan khususnya pelayanan kebidanan dan perinatal dan salah satu indikator derajat kesehatan suatu negara. AKI di Indonesia

diperkirakan 3-6 kali AKI negara ASEAN, lebih dari 50 kali AKI negara maju. Berdasarkan laporan awal Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007 menyebutkan angka kematian ibu (AKI) saat melahirkan adalah 248 per

---

<sup>1</sup> Sekolah Tinggi Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta.

<sup>2</sup> Sekolah Tinggi Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta.

100.000 kelahiran hidup. Jika dibandingkan dengan hasil survei sebelumnya yaitu sebesar 307 per 100 ribu kelahiran hidup, angka-angka tersebut menunjukkan adanya perbaikan (www.mediaindonesia.com, 2008).

Di Provinsi DIY, AKI tahun 2007 menurun dibanding tahun 2006. Pada tahun 2007 terdapat 36 kasus ibu meninggal saat hamil atau melahirkan sedangkan tahun 2006 tercatat ada 38 kasus (Prasetyo, 2008).

Berdasarkan Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2001, penyebab langsung kematian ibu diantaranya adalah perdarahan (28%), eklamsi (24%), infeksi (11%) persalinan lama (5%), dan abortus (5%). Persalinan lama merupakan sebab utama perdarahan dan infeksi. Beratnya cedera terus meningkat dengan semakin lamanya proses persalinan, resiko tersebut naik dengan cepat setelah waktu 24 jam sehingga dapat terjadi atonia uteri, laserasi, perdarahan, infeksi, kelelahan ibu dan shock yang pada akhirnya menyebabkan kematian ibu.

Semakin lama persalinan, semakin tinggi morbiditas dan mortalitas janin dan semakin sering terjadi asfiksia akibat partus lama itu sendiri, *trauma cerebri* yang disebabkan oleh penekanan pada kepala janin, cedera pada bayi akibat partus tindakan, *caput sukcedaneum*, kematian janin dalam kandungan bayi segera setelah lahir.

Partus lama RSUP DR Sarjito masih merupakan sebab utama tingginya Angka Kematian Perinatal (AKP) dan AKI. Persalinan lama memberikan AKP 2,5 kali lebih besar bila dibandingkan dengan partus normal. RSIA Sakina Idaman Yogyakarta, diantara 906 pasien persalinan didapatkan 64 (7,1 %) dilakukan persalinan dengan pacuan, persalinan dengan *vacum ekstraksi* dan *secsio caesaria* atas indikasi kala I dan Kala II lama. Berdasarkan studi

pendahuluan yang dilakukan pada satu tahun terakhir 2008-2009 di RS PKU Yogyakarta terdapat 72 (6,9 %) persalinan dengan *vacum ekstraksi* atas indikasi kala II lama.

Faktor penyebab persalinan memanjang yaitu; tenaga mengejan atau *power*, jalan lahir atau *passage*, janin atau *passanger*, posisi, psikologis. Kekuatan *parturien* atau kekuatan kontraksi uterus merupakan salah satu faktor prognosis persalinan pada kala I dan II. Pada kala II diperlukan peningkatan tekanan intra abdomen untuk ekspulsi janin. Gangguan kontraksi uterus dapat berupa inersia uteri primer atau inertia uteri sekunder. Adanya gangguan kontraksi uterus tersebut berakibat dilakukan tindakan pacuan pada kala I dan tindakan *vacum ekstraksi* untuk mempercepat kala II yang memanjang, dengan resiko morbiditas dan mortalitas ibu dan janin meningkat.

Tekanan intra abdomen ditimbulkan oleh kekuatan kontraksi otot-otot dinding abdomen pada saat mengejan yang disertai dengan pengaturan pernafasan. Kelelahan pada *parturien* berakibat pada kekuatan mengejan perut ibu lemah sehingga kala II menjadi tidak maju. Kekuatan jaringan lunak, otot-otot dasar panggul juga berperan dalam proses persalinan.

Sampai saat ini yang dapat dimanipulasi/dikendalikan adalah masalah tenaga atau *power*, yaitu ditingkatkan dengan senam hamil (Supriatmaja, 2005). Senam hamil merupakan suatu program latihan bagi ibu hamil sehat untuk mempersiapkan kondisi fisik ibu dengan menjaga kondisi otot-otot dan persendian yang berperan dalam proses persalinan, serta mempersiapkan kondisi psikis ibu terutama menumbuhkan kepercayaan diri dalam menghadapi persalinan. Latihan senam hamil tidak dapat dikatakan sempurna bila penyajiannya tidak disusun secara teratur dan intensif yaitu minimal satu kali dalam



seminggu yang dimulai pada umur kehamilan 20 minggu (Endjun, 2002)

Senam hamil terbukti dapat membantu metabolisme tubuh selama kehamilan. Keuntungan dilakukan senam hamil adalah meningginya konsumsi oksigen untuk tubuh, lancarnya aliran darah jantung, volume dan curah jantung. Selain itu senam hamil secara teratur dilaporkan memberikan keuntungan persalinan masa aktif (Kala II) menjadi lebih pendek, mengurangi insiden operasi *secsio caesaria*, mengurangi pengeluaran mekoneum didalam cairan amnion dan mengurangi terjadinya gawat janin pada persalinan.

Menurunkan kesakitan dan kematian ibu telah menjadi salah satu prioritas utama dalam pembangunan sektor kesehatan sebagaimana tercantum dalam Program Pembangunan Nasional. Upaya untuk meningkatkan kesehatan maternal dan neonatal menjadi sangat strategis bagi upaya pembangunan sumber daya manusia yang berkualitas.

Upaya pemerintah dalam hal ini yaitu mengadakan pelatihan senam hamil dan senam massal untuk ibu hamil dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan bidan dalam menangani persalinan. ([www.kr.co.id](http://www.kr.co.id), 2008).

Sementara itu adanya penyelenggara pelayanan senam hamil di beberapa RS dan RSIA tidak semua diminati oleh setiap pasien, seperti halnya di RSIA sakina Idaman, setiap minggunya dua kali dilakukan senam hamil. Maka penulis ingin mengetahui perbedaan kala II antara yang senam dengan tidak senam di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah observasional analitik dengan menggunakan pendekatan *komparatif*. Pengukuran hanya dilakukan

sesudah perlakuan pada dua kelompok yang berbeda (*the nonequivalent groups design with post-test*). Subjek penelitian ini adalah 60 ibu hamil, 22 ibu hamil melakukan senam hamil sebagai kelompok intervensi dan 38 ibu hamil yang tidak senam hamil sebagai kelompok pembanding.

Dalam penelitian ini, populasi yang diambil adalah seluruh ibu hamil yang bersalin di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta bulan Juli sampai September 2009 yang memenuhi kriteria inklusi: Posisi ibu saat bersalin litotomi, Ibu didampingi suami/keluarga, Umur 20-30 tahun, umur kehamilan 24-42 minggu, Janin: Taksiran Berat Badan janin antara 2500-3500 gram, tunggal, presentasi kepala, ukuran kepala normal (tidak makrocheffallus dan hydrocheffallus), panggul: tidak ada DKP (Disposisi Kepala Panggul), Hasil pemeriksaan dokter/bidan tidak mempunyai resiko untuk menjalani senam hamil, LILA (lingkar lengan atas)  $\geq 23$  cm, Meneran dari tenaga sendiri, G1-2, Senam 6-12 kali,

Kriteria eksklusi penelitian ini: umur kehamilan kurang 24 minggu, adanya kelainan medik seperti diabetes melitus, penyakit jantung, hipertirodisme, hipertensi, Adanya kelainan seperti *preeklamsi/ eklamsi, plasenta previa, sulutio plasenta* atau *hidromnion*, janin mati, kadar haemoglobin di bawah 10 gram %, kehamilan dengan uterus yang bermasalah, *prematum* dan *post matur*, persalinan *presipitatus*.

Selanjutnya peneliti menentukan besar sampel berdasarkan pengujian hipotesis satu arah untuk dua mean populasi (kelompok perlakuan dan pembanding), berdasarkan penelitian pendahuluan, didapatkan jumlah subyek minimal 22 orang yang ditentukan menggunakan perhitungan menurut rumus Lemeshow, dkk (2000).

Instrumen penelitian adalah lembar isian/list yang berisi tentang waktu dari

**Tabel 1 Karakteristik Subjek Penelitian pada kelompok ibu yang senam hamil dan tidak senam hamil di RS PKU Muhammadiyah tahun 2009**

	Senam		Tidak senam		Jumlah	
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%
Gravida : - G1	13	21,7	22	36,7	35	58,3
- G2	9	0,15	16	26,7	25	41,7
Umur						
- Reproduksi sehat	5	8,3	6	10	11	18,3
- Reproduksi tdk sehat	17	28,3	32	53,3	49	81,7

pembukaan lengkap sampai bayi lahir dengan melihat Rekam medis pasien (*partograf*), berat janin dan senam hamil.

### HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian perbedaan lama persalinan antara yang senam hamil dan tidak senam hamil dilakukan selama bulan Juli sampai September 2009 di RS PKU Muhammadiyah. Subyek penelitian ini ibu hamil *Grafido* (G) 1-2 pada trimester II yang melahirkan pada bulan juli sampai dengan September sebanyak 60 ibu hamil berjumlah 22 pada yang senam dan 38 ibu hamil yang tidak senam di RS PKU Muhammadiyah. Terhadap subjek penelitian ini di lihat pada status ibu bersalin untuk mengetahui lama kala II dan pada catatan daftar hadir senam.

Hasil analisis karakteristik subjek penelitian pada ibu hamil yang senam dan tidak senam, prosentase tertinggi adalah ibu dengan G1 yang tidak senam, untuk usia pada reproduksi yang tidak sehat yang tidak senam, sedangkan prosentase terendah adalah G2 yang senam dan reproduksi sehat yang senam.

Lama Kala II pada ibu yang senam memiliki rerata ranking 29,64 sedangkan lama kala II pada ibu yang tidak senam 31,00. Nilai rata-rata yang tidak senam lebih tinggi dibanding yang senam. Berdasarkan

**Tabel 2. Perbedaan lama persalinan kala II antara ibu hamil yang senam hamil dan tidak senam hamil di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta**

	N	Mean Rank	Sig
Senam	22	29,64	0,769
Tidak senam	38	31,00	

hasil analisis statistik tidak terdapat perbedaan yang signifikan  $p(0,769) > 0,05$ . dari tabel diatas nilai rata-rata ranking yang tidak senam, lama kala IInya lebih lama dibanding yang senam.

Walaupun berdasarkan hasil analisis diketahui tidak ada perbedaan yang signifikan antara ibu hamil yang senam dan yang tidak senam terhadap lama kala II, akan tetapi berdasarkan uraian deskriptif ditemukan fakta bahwa lama kala II kelompok tidak senam lebih lama dibanding kelompok senam. Hal ini diperkuat hasil rerata ranking lama kala II yang senam lebih singkat (29,64) dibanding dengan yang tidak senam (31,00)

Faktor essensial yang memengaruhi proses persalinan dan kelahiran, antara lain; *Pasenger* (penumpang, janin), *passageway* (jalan lahir), *powers* (kekuatan). Sementara, yang dapat dimanipulasi adalah *power*

(kekuatan), dengan cara melakukan senam pada saat kehamilan.

Faktor penyebab persalinan memanjang yaitu; tenaga mengejan atau *power*, jalan lahir atau *passage*, janin atau *passenger*, posisi, psikologis. Kekuatan *parturien* atau kekuatan kontraksi uterus merupakan salah satu faktor prognosis persalinan pada kala I dan II. Pada kala II diperlukan peningkatan tekanan intra abdomen untuk ekspulsi janin. Gangguan kontraksi uterus dapat berupa inersia uteri primer atau inersia uteri sekunder. Adanya gangguan kontraksi uterus tersebut berakibat dilakukan tindakan pacuan pada kala I dan tindakan *vacum ekstraksi* untuk mempercepat kala II yang memanjang, dengan resiko morbiditas dan mortalitas ibu/janin akan meningkat

Tekanan intra abdomen ditimbulkan oleh kekuatan kontraksi otot-otot dinding abdomen pada saat mengejan yang disertai dengan pengaturan pernafasan. Kelelahan pada *parturien* berakibat pada kekuatan mengejan perut ibu lemah sehingga kala II menjadi tidak maju. Kekuatan jaringan lunak, otot-otot dasar panggul juga berperan dalam proses persalinan.

Sampai saat ini yang dapat dimanipulasi/dikendalikan adalah masalah tenaga atau *power*, yaitu ditingkatkan dengan senam hamil (Supriatmaja, 2005). Senam hamil merupakan suatu program latihan bagi ibu hamil sehat untuk mempersiapkan kondisi fisik ibu dengan menjaga kondisi otot-otot dan persendian yang berperan dalam proses persalinan, serta mempersiapkan kondisi psikis ibu terutama menumbuhkan kepercayaan diri dalam menghadapi persalinan. Latihan senam hamil tidak dapat dikatakan sempurna bila penyajiannya tidak disusun secara teratur dan intensif yaitu minimal satu kali dalam seminggu yang dimulai pada umur kehamilan

20 minggu (endjun, 2002)

Senam hamil mengakibatkan kelenturan otot-otot pernafasan dan otot-otot dasar panggul menjadi bertambah baik, otot-otot pernafasan dan otot-otot perut menjadi bertambah terlatih. Hal ini akan berguna pada waktu wanita hamil tersebut mengejan pada persalinan kala II, sehingga diharapkan persalinan kala II menjadi lebih pendek dan utamanya adalah wanita hamil tersebut akan dapat melahirkan dengan tenaganya sendiri.

Sementara frekuensi senam yang dilakukan pada penelitian itu berkisar 6 sampai 10 kali yang seharusnya untuk dapat memberikan dampak pada kelenturan otot minimal dilakukan sekitar 16 kali. Hal ini kemungkinan akan mempengaruhi kekuatan otot-otot panggul. Disamping usia reproduksi tidak sehat juga akan berpengaruh terhadap elastisitas otot dasar panggul untuk itulah dalam penelitian ini tidak ada perbedaan antara senam tidak senam terhadap lama kala II persalinan.

Senam atau olah raga adalah masalah latihan yang kontinyu, berkesinambungan, *progresif* yang memberi hasil yang senantiasa meningkat. Pengaruh olah raga menyebabkan diantaranya adalah peningkatan cadangan *glikogen*, *ATP* dan *kreatin infosfat*.

Senam mengakibatkan peningkatan kadar *norepinefrin* di dalam otak yang berakibat peningkatan daya kerja dan berkurangnya rasa tegang.

Olah raga akan menyebabkan perubahan pada volume dan susunan kimia darah yang menyebabkan kenaikan daya tangkap  $O_2$  oleh *haemoglobin*, peningkatan pendayagunaan  $O_2$  dalam otot karena vaskularisasi yang bertambah dan peningkatan daya oksidatif oleh peningkatan aktifitas *enzim-enzim oksidatif*.

Secara umum dapat dikatakan bahwa

olah raga fisik menguatkan badan dengan cara memperbaiki susunan dan fungsinya. Mekanisme ini melalui perubahan-perubahan yang terjadi pada sistem metabolik, saraf, tulang kerangka, otot, pernafasan dan peredaran darah. Bukan saja karena koordinasi antar sistem bertambah baik, tetapi juga karena perbaikan susunan seluler otot, saraf, tulang dan pembuluh darah sehingga terjadi peningkatan daya kerja, yang terutama juga terjadi sebagai akibat peningkatan daya serap oksigen dan pengedarannya oleh jaringan tubuh. Mulai dengan taraf kesehatan badan yang cukup baik dengan olah raga fisik dalam batasan yang wajar, pada umumnya badan menjadi bertambah sehat, segar dan subyektif bertambah lebih enak. Sebaliknya perlu pula disadari bahwa pada badan yang kurang sehat atau yang bertambah bebannya karena pekerjaan yang berat, karena suatu penyakit yang melemahkan, efek olahraga fisik dapat saja menjadi tidak seperti yang diharapkan, suatu hal yang dapat juga terjadi kalau olahraga itu sendiri kualitatif dan kuantitatif di luar kewajaran.

Olah raga sekarang sudah menjadi bagian dari nasehat pada kehamilan. Senam hamil adalah merupakan latihan gerak yang diberikan pada ibu hamil untuk mempersiapkan dirinya, baik persiapan fisik maupun mental untuk menghadapi dan mempersiapkan persalinan yang cepat, aman, dan spontan. (Huliana, 2002: 90)

### KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan yang telah diutarakan dapat disimpulkan: *pertama*, karakteristik subjek penelitian pada ibu hamil yang senam dan tidak senam, yang prosentase tertinggi adalah ibu dengan G1 yang tidak senam, dan usia pada reproduksi tidak sehat yang tidak

senam, sedangkan prosentase terendah adalah G2 yang senam dan reproduksi sehat yang senam

*Kedua*, lama Kala II pada ibu yang senam memiliki rerata 29,64 sedangkan lama kala II pada ibu yang tidak senam 31,00. Berdasarkan hasil analisis statistik tidak terdapat perbedaan yang signifikan  $p(0,769) > 0,05$ , tapi nilai rata-rata lama Kala II yang tidak senam lebih tinggi/lama dibanding yang senam.

Bagi institusi (rumah sakit) disarankan untuk lebih meningkatkan motivasi ibu hamil supaya dapat melakukan senam hamil lebih teratur dan intensif yaitu minimal satu kali dalam seminggu dimulai umur kehamilan 20 minggu. Bagi penelitian selanjutnya, supaya melakukan penelitian dengan data primer, dan dengan kohort prospektif bila waktu mencukupi.

### DAFTAR RUJUKAN

- Departemen Kesehatan RI, 2001. *Rencana Strategis Nasional "Making Pregnancy Safer" di Indonesia 2001-2010*. Jakarta.
- WHO in Indonesia, 2002. *The Millennium Development Goals for Health: A review of the indicators*, Jakarta
- Stang, (2003), Hubungan Pemberian Senam Hamil dengan Hasil Akhir Kehamilan Pertama di RB Siti khodijah Makasar, *Jurnal Media Nusantara*, 23 (2): 595-98
- Stanley Lemeshow, David w, Hosmar J,R, Jenue Klar, Stephen. K.L. Wangga, (2000), *Pedoman Penentuan Besar Populasi Dalam Penelitian*, UGM, Yogyakarta.
- Saddler, (2000), *The effect of maternal exercise on early pregnancy*

- outcome, Am, J Obstet Gynecol, 161; 1453-57
- Anonim, 2007, *Asuhan Persalinan Normal.*, Jaringan Nasional Pelatihan Klinik-Kesehatan Reproduksi, Jakarta
- \_\_\_\_, *Kematian Ibu dan Anak di Daerah masih Tinggi*, Selasa, 16 Desember 2008 <http://mediaindonesia.com/index.php>
- \_\_\_\_, *Dua Hari Tiga Rekor MURI Terpecahkan*, Kamis, 29 September 2005, [www.kotakediri.go.id](http://www.kotakediri.go.id)
- \_\_\_\_, *Senam Massal Ibu Hamil se-Bantul*, 19 Juli 2008, [www.kr.co.id](http://www.kr.co.id)
- \_\_\_\_, *Pelatihan Senam Hamil*, Kamis, 29 September 2005, [www.modjokerto.go.id](http://www.modjokerto.go.id)
- \_\_\_\_, *Menkes Canangkan Stiker Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi*, 18 Juli 2007. [www.depkes.co.id](http://www.depkes.co.id)
- \_\_\_\_, *Manfaat Senam Hamil*, 20 Oktober 2007. [www.hanyawanita.com](http://www.hanyawanita.com)
- Arikunto, Suharsimi, 2002, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Penerbit PT Rineka Cipta, Jakarta
- Depkes RI, 2006, *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)*, Jakarta
- , 2001, *Rencana Strategis : MPS*, Depkes RI, Jakarta
- Huliana, M., 2002, *Panduan Menjalani Kehamilan Yang Sehat*, Cetakan Pertama, Penerbit Puspa Swara, Jakarta
- Indiarti, M.T., 2008, *Senam Hamil dan Balita*, Penerbit Cemerlang Publishing, Yogyakarta.
- Jensen., Bobak., Lowder Milk., 2005, *Keperawatan Maternitas*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- Kushartanti, Wara, 2004, *Senam Hamil*, Penerbit Lintang Pustaka, Yogyakarta.
- Mochtar, Rustam., 2002, *Sinopsis Obstetri*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- Mulyani, Farida, 2006, *Hubungan Senam Hamil Dengan Lama Persalinan Primigravida di RSIA 'Aisyiyah Klaten Tahun 2006*.
- Musbikin, Imam., 2005., *Ibu Hamil dan Melahirkan*, Mitra Pustaka., Yogyakarta
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2002, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta
- Oxorn, H., Foote, W.R., 2003, *Patologi dan Fisiologi Persalinan*, Yayasan Essentia Medika, Jakarta
- Prasetyo, Erwin Edhi, *Yogyakarta, Kematian Ibu Melahirkan Menurun*, Senin, 21 April 2008, [www.kompas.com](http://www.kompas.com)
- Prawiroharjo, Sarwono, 2006, *Ilmu Kebidanan*, Yayasan Bina Pustaka Sarwono, Jakarta
- Puspitasari, Wike. *Ratusan Ibu Hamil Mengikuti Senam Massal*, 31 Juli 2008, [www.swaberita.com](http://www.swaberita.com)
- Rachman, Irwan T., 2005., *Handout Obstetri Fisiologi.*, Bagian Obstetri dan Ginekologi – Subbagian Fetomaternal., Yogyakarta
- Riwindiko, Handoko, 2007, *Statistik Kesehatan*, Mitra Cendikia Press, Yogyakarta.
- Rodiah, 2007, *Perbedaan Pendampingan Suami dengan Keluarga lain*

*terhadap Lama Persalinan Kala II pada Ibu bersalin Primipara di RS Ibu dan Anak Sakina Idaman Yogyakarta.*

Saifuddin, A.B, Adriansz, G, Winkjsastro, G.H, Waspodo, D., 2006. *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal*, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo, Jakarta

Sugiyono, 2006, *Statistika Untuk Penelitian*, Penerbit Alfabeta, Bandung

Supriatmaja dan Suwardewa, 2005. *Pengaruh Senam Hamil Terhadap Persalinan Kala Satu dan Kala Dua*, Bagian Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan FK UNUD / RS Sanglah Denpasar. [www.journal.unud.ac.id](http://www.journal.unud.ac.id)

Wulandari, Primatia Yogi, 2006, *Efektivitas Senam Hamil sebagai Pelayanan Prenatal dalam Menurunkan Kecemasan Menghadapi Persalinan Pertama*, <http://www.journal.unair.ac.id>

JKK 2010 SAY



## HUBUNGAN PENGETAHUAN AKTIVITAS DASAR SEHARI-HARI (ADS) DENGAN PERILAKU SEHAT LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA YOGYAKARTA UNIT BUDI LUHUR

Saman<sup>1</sup>, Tri Prabowo<sup>2</sup>, Purwanta<sup>2</sup>

**Abstract:** Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi pengetahuan ADS, perilaku sehat lansia dan menganalisa hubungan pengetahuan ADS dengan perilaku sehat lansia. Dengan menggunakan desain Cross Sectional, populasi penelitian adalah lanjut usia yang tinggal di PSTW Budi Luhur Yogyakarta dengan sampel 40 responden yang memenuhi kriteria inklusi. Tehnik sampling dengan purposive sampling. Pengumpulan data untuk pengetahuan ADS menggunakan kuesioner dengan test obyektif *dichotomous choice* dan perilaku sehat menggunakan keusioner pertanyaan tertutup yang disertai dengan keterangan. Untuk menganalisa hubungan dua variabel digunakan uji statistik Spearman's rho dengan signifikansi  $p < 0,05$ .

Hasil penelitian ini adalah pengetahuan ADS baik 77,5%, cukup 22,5%, pengetahuan ADS kurang tidak ada. Lansia yang berperilaku sehat baik 55,0%, cukup 32,5%, dan perilaku hidup sehat kurang baik 12,5%. Hubungan antara kedua variabel didapatkan hasil koefisien korelasi  $r = 0,538$  dengan taraf signifikansi  $p = 0,000 < 0,05$ , berarti hipotesis nol ( $H_0$ ) ditolak, menunjukkan ada hubungan yang cukup antara pengetahuan ADS dengan perilaku sehat lansia. Penelitian ini menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan ke arah positif antara pengetahuan ADS dengan perilaku sehat lansia yang tinggal di PSTW Yogyakarta Unit Budi Luhur.

**Kata kunci:** Pengetahuan, Aktivitas dasar sehari-hari, perilaku sehat.

### PENDAHULUAN

Tolok ukur keberhasilan pembangunan dibidang kesehatan suatu bangsa selain diukur dengan menurunnya mortalitas dan morbiditas juga dilihat dari meningkatnya umur harapan hidup penduduk. Pembangunan kesehatan di Indonesia telah memberikan dampak positif dengan

meningkatnya angka harapan hidup, di mana tahun 1995–2000, umur harapan hidup pada pria 66,33 dan pada wanita 66,7 tahun<sup>1</sup>. Meningkatnya umur harapan hidup ini dipengaruhi oleh majunya pelayanan kesehatan, menurunnya angka kematian bayi dan anak, adanya perbaikan gizi sanitasi, dan adanya pengawasan terhadap

<sup>1</sup> Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan FK-UGM Yogyakarta.

<sup>2</sup> Program Studi Ilmu Keperawatan FK-UGM Yogyakarta.

penyakit menular. Akibat meningkatnya populasi lanjut usia (lansia), jumlah lansia Indonesia tahun 2005 sekitar 18 juta, tahun 2015 diprediksi lansia akan sama dengan jumlah Balita, tahun 2020 diproyeksikan melebihi jumlah balita, tahun 2005 Indonesia akan menduduki sebagai negara ke empat di dunia dengan populasi lansia setelah RRC, India, USA, Indonesia.

Meledaknya pertumbuhan lanjut usia ini akan berdampak pada besarnya masalah kesehatan yang kompleks, karena diusia tua secara fisiologi, fungsi-fungsi organ akan menurun. Kualitas lanjut usia yang rendah ditandai dengan rendahnya tingkat pendidikan para lanjut usia, bahkan 60% penduduk usia lanjut tidak pernah memperoleh pendidikan formal, serta dukungan sosial yang belum memadai karena kemampuan negara yang masih terbatas dan pendapatan perkapita masyarakat Indonesia masih rendah.

Berdasarkan proyeksi penduduk Indonesia tahun 1995–2005 menunjukkan bahwa proporsi penduduk di Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) pada tahun 2000 secara demografi termasuk yang terbanyak ke dua setelah DKI Jakarta dari enam propinsi di Indonesia yang mempunyai kategori penduduk berstruktur tua dengan jumlah 423.500 atau 13,72%. Jumlah penduduk DIY pada tahun 2002 berjumlah 3.360.348 jiwa, atau 14,52% hal itu menunjukkan bahwa pada periode 2002-2003 penduduk lanjut usia di Propinsi DIY adalah 487,922 jiwa. Umur harapan hidup penduduk DIY dari hasil estimasi dalam jangka waktu lima tahun terus meningkat, yaitu dari 67,58 tahun pada tahun 1992, meningkat menjadi 68,35 tahun pada tahun 1997 terus meningkat menjadi 74,17 tahun, pada tahun 2002 (periode 2000 -2005).

Selain meningkatnya jumlah lanjut usia, masalah angka kesakitan lansia mencapai 15,1%. Indonesia tahun 2000 jumlah lansia

15,3 juta. Ini berarti lansia yang mengalami sakit adalah  $15,3 \text{ juta} \times 15,1\% = 2.310.300$ , kekurangan *care Provider* (keluarga yang melayani lansia), dan masalah globalisasi, keluarga yang pada mulanya berintikan nilai tradisional/keluarga guyub beralih menjadi keluarga individual. Menurut Depkes (2000) lansia menghadapi permasalahan khusus yaitu; proses ketuaan yang terjadi secara alami dengan konsekuensi timbulnya masalah fisik, mental dan sosial, perubahan sosialisasi karena produktivitas menurun, berkurangnya kesibukan sosial dan interaksi dengan lingkungan, terbatasnya kesempatan kerja karena kemampuan menurun dan kebutuhan hidup meningkat, meningkatnya kebutuhan pelayanan kesehatan karena penyakit degeneratif yang memerlukan biaya tinggi, dan perubahan tata nilai sosial masyarakat dari tradisional ke individualistik, lansia kurang mendapat perhatian sehingga lansia sering tersisih dan terlantar dari masyarakat.

Bertambah panjang umur tanpa peningkatan kualitas hidup, tentunya tidak cukup oleh karena hanya akan menambah panjang penderitaan bagi individu yang bersangkutan, keluarga, masyarakat dan negara baik ditinjau dari segi budaya, sosial maupun ekonomi. Pada usia tua selain menghadapi masalah psikososial juga menghadapi gangguan memori terkait umur (*Age Assciated Memory Impairment-AMMI*), yaitu mudah lupa (*forgetfulness*) sehingga mengakibatkan kegagalan mengingat kembali (*recall*) data yang relatif tidak penting.

Keterbatasan akibat proses menua dan kurangnya pengetahuan secara umum dan pengetahuan aktivitas dasar sehari-hari (ADS) secara khusus akan berdampak pada pemenuhan kebutuhan aktivitas dasar sehari-hari itu sendiri. ADL (*Activity of Daily Living*) atau Aktivitas Dasar Sehari hari (ADS) secara fisik, yaitu mengenai

tindakan sehari-hari terhadap diri sendiri seperti: makan, minum, berpakaian, mandi, buang air besar atau kecil, bangun tidur, berjalan, dan berlari.

Pemahaman tentang aktivitas dasar sehari-hari yang baik sebagai modal untuk berperilaku sehat akan menghasilkan kualitas hidup yang sehat bagi usia lanjut. Melihat kondisi yang telah dipaparkan di atas sangat dibutuhkan perhatian dan pelayanan kesehatan yang intensif dan berkesinambungan yang harus diberikan kepada penduduk lansia, sehingga penduduk lansia dimasa tuanya menjadi lanjut usia yang sehat, berguna bagi masyarakat sekitarnya dan merasa bahagia dan sejahtera secara fisik, mental, sosial dan spiritual.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti dengan melakukan wawancara dengan petugas Panti Sosial Tresna Werdha Budi Luhur Kasongan, Bantul Yogyakarta, didapatkan hasil jumlah usia lanjut 72 (tujuh puluh dua) orang lansia. Berdasarkan kriteria penghuni panti terdiri dari dua program yakni; a). Program rutin, yaitu keluarga yang tidak mampu baik secara sosial maupun ekonomi, pada program rutin ini berjumlah 60 orang klien yang terdiri dari 16 orang laki-laki dan 40 wanita, dan b) Program subsidi silang berjumlah 12 orang, terdiri dari 5 orang laki-laki dan 7 orang wanita. Dari program rutin tingkat pendidikan sebagian besar berpendidikan rendah (sekolah dasar atau tidak lulus sekolah dasar). Adapun riwayat latar belakang sosial penghuni panti ada yang tidak punya keluarga, ada yang berasal golongan orang terlantar. Hasil wawancara dengan beberapa lansia mengatakan bahwa mereka senang tinggal di PSTW, dan tinggal di PSTW atas keinginan sendiri dengan alasan untuk mencari ketenangan dan ketenangan dari pada tinggal dengan keluarga akan menjadi beban bagi mereka, dan rata-rata lansia mempunyai pengetahuan

ADS yang baik namun dari segi perilaku sehat ada lansia mempunyai kebiasaan hidup yang kurang sehat yaitu mereka merokok sampai tiga batang perhari, ada yang biasa minum kopi, hal ini tentunya kurang sehat karena menurut Depkes RI (2000) kriteria sehat bagi lansia salah satunya adalah menghindari kebiasaan hidup yang tidak sehat seperti stress, merokok, alkohol, minum kopi, kelelahan fisik dan mental. Selain pendidikan yang rendah ada beberapa lansia yang merokok, hal itu tentunya kurang baik ditinjau dari segi perilaku hidup sehat lansia.

Dari uraian diatas peneliti tertarik untuk meneliti “hubungan pengetahuan aktivitas dasar sehari-hari (ADS) dan perilaku hidup sehat Lansia” yang tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Luhur Kasongan Bantul.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian deskriptif analitik *cross sectional* merupakan penelaahan hubungan antara dua variabel pada suatu situasi atau sekelompok subyek, peneliti dapat mencari, menjelaskan suatu hubungan, perkiraan menguji berdasarkan teori yang ada. Hubungan korelasi mengacu pada kecenderungan bahwa variasi suatu variabel diikuti oleh variabel lainnya, sehingga peneliti dapat melihat hubungan pengetahuan tentang ADS dan perilaku hidup sehat lanjut usia di Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) Unit Budi Luhur Kasongan Yogyakarta.

Populasi dalam penelitian ini adalah lanjut usia berumur 60 tahun ke atas dan tinggal di PSTW Budi Luhur Kasongan Yogyakarta berjumlah 72 orang usia lanjut.

*Sampling* dengan tehnik *purposive sampel*, jumlah sampel 40 lansia yang memenuhi kriteria inklusi: lanjut usia yang komunikatif, tidak dalam keadaan sakit berat, memorinya masih bagus, bersedia menjadi responden. Data dianalisis secara

univariat dan bivariat. Analisis univariat yaitu mencari nilai total responden kemudian dibagi skor tertinggi dan dikalikan dengan skala 100, serta mencari nilai *mean* dari masing-masing dua variabel dan *mean* dari sub variabel dengan bantuan komputer program SPS 2000 hak cipta Sutrisno Hadi. Untuk menghubungkan dua variabel diuji secara statistik *Spearman's Rho* dengan taraf signifikansi  $p < 0,05$

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengambilan data baik variabel bebas (pengetahuan ADS) maupun variabel terikat (perilaku sehat lansia) dengan cara membagikan kuesioner. Pengambilan data dilakukan oleh peneliti dan asisten peneliti, pada minggu pertama dan kedua bulan September 2005. Adapun karakteristik responden dapat dilihat dalam tabel 1.

### A. Data Umum Karakteristik Responden

Jenis kelamin lansia penghuni PSTW Yogyakarta Unit Budi Luhur mayoritas wanita 77,50% atau 31 lansia. Ini menggambarkan struktur penduduk Lansia yang tinggal di PSTW Budi Luhur sebagian besar adalah perempuan. Hasil survey nasional (1995) *cit.* Wibowo (2000) menyebutkan bahwa jumlah usia lanjut di Indonesia sebesar 13,3 juta, laki-laki 6,2 juta dan perempuan 7,1 juta.

Karakteristik umur lansia di PSTW Budi Luhur sebagian besar umur antara 60-75 tahun 60% atau 24 orang. Menurut WHO usia ini termasuk usia lanjut jenis *elderly*. Menurut Depkes Umur Harapan Hidup (UHH) tahun 1995 untuk perempuan mencapai 66,7 tahun dan laki-laki 62,9 tahun. Dinkes Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) (2003) membuat estimasi umur harapan hidup Propinsi DIY tahun 2002 adalah 72,37 tahun.

**Tabel 1** Distribusi frekuensi karakteristik responden di PSTW Budi Luhur Yogyakarta tahun 2005

Karakteristik	f	Presentase
<b>Jenis Kelamin:</b>		
Laki-laki	9	22,50%
Perempuan	31	77,50%
<b>Umur:</b>		
60-65 tahun	8	20,00
66-70 tahun	8	20,00
71-75 tahun	8	20,00
76-80 tahun	6	15,00
81-85 tahun	6	15,00
>85 tahun	4	10,00
<b>Pendidikan:</b>		
Tidak sekolah	25	62,50%
SD	10	25,00%
SMP	2	5,00%
SMA	3	7,50%
<b>Status Perkawinan:</b>		
Tidak Kawin	5	12,50%
Janda/Duda	27	67,50%
Kawin	8	20,00%
<b>Agama:</b>		
Islam	31	77,50%
Kristen Katolik	5	12,50%
Kristen Protestan	3	7,50%
Penganut/ Kepercayaan	1	2,50%
<b>Lama tinggal di Panti:</b>		
<1 tahun	4	10,00%
1-5 tahun	23	57,50%
6-10 tahun	9	22,50%
>10 tahun	4	10,00%
<b>Pekerjaan sebelum di Panti</b>		
Tidak bekerja	7	17,50%
Pensiunan/purnawirawan	3	7,50%
Petani	10	25,00%
Nelayan	1	2,50%
Wiraswasta	4	10,00%
Lain-lain	15	37,50%

Sumber data primer

Karakteristik pendidikan Lansia mayoritas tidak sekolah 62,50% atau 25 orang. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa lansia yang tidak sekolah formal sangat tinggi 62,5% ini sesuai dengan data Depkes. Depkes (2000) memperkirakan bahwa populasi lansia Indonesia 60% tidak

pernah memperoleh pendidikan formal. Jika ditinjau dari hasil ini bahwa secara demografis jumlah lansia setiap tahun naik, rendahnya pendidikan lansia, perubahan gaya hidup dan meningkatnya penyakit degeneratif maka dapat diprediksikan di masa mendatang bangsa Indonesia akan mengalami masalah yang kompleks atau bom waktu bagi bangsa Indonesia.

## B. Riwayat Kesehatan

Adapun jenis penyakit yang diderita responden yang tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha dapat dilihat pada tabel 2.

**Tabel 2 Distribusi jenis penyakit responden setelah tinggal di PSTW Budi Luhur tahun 2005**

Jenis penyakit	Jumlah	Presentase
Hipertensi (HT)	17	43,59%
Gastritis	5	12,82%
Penyakit saluran nafas	5	12,82%
Reumatik	5	12,82%
Diabetes Militus (DM)	3	7,69%
Penyakit jantung	2	5,14%
Dermatitis	1	2,56%
Anemia	1	2,56%
Total	39	100

Sumber: data primer

Tabel 2 menunjukkan bahwa jenis penyakit yang diderita Lansia yang paling banyak adalah hipertensi 17 (43,59%). Hipertensi ini salah satu diantara jenis penyakit kardiovaskuler. Departemen Kesehatan melaporkan bahwa hasil SKRT tahun 1972,1986, 1992 penyakit kardiovaskuler menunjukkan peningkatan prevalensi dan diduga mpenyebab kematian nomor satu sejak tahun 1993.

Pada proses menua akan disertai menurunnya fungsi kardiovaskuler akibat proses arteri sklerosis di mana pembuluh

darah menjadi tidak elastis sehingga menyebabkan hipertensi. Secara fisiologis dapat dijelaskan bahwa nilai tekanan darah ditentukan oleh nilai perkalian curah jantung (*cardiac out put*) dan tahanan perifer total (TPR), pada lansia TPR ditentukan oleh pembuluh darahnya yang sudah kaku dan tidak elastis sehingga terjadi hipertensi.

Secara umum penyakit yang sering dijumpai pada lansia adalah empat penyakit yakni: gangguan sirkulasi darah seperti hipertensi, gangguan metabolisme hormonal, gangguan persendian dan berbagai macam neoplasma. Masalah Lansia adalah masalah kompleks yaitu meningkatnya harapan hidup, angka kesakitan Lansia mencapai 15,1%. Lansia di Indonesia tahun 2000 berjumlah 15,3 juta. Jadi angka kesakitan lansia tahun 2000 adalah  $15,3 \text{ juta} \times 15,1\% = 2.310.300$  pasien. Lansia di Yogyakarta tahun 2000 berjumlah 402.400 orang. Berarti angka kesakitan lansia di Yogyakarta =  $402.400 \text{ orang} \times 15,1\% = 60.762$  orang.

Berdasarkan pola penyakit rawat jalan di Puskesmas umur lebih 60 tahun di Propinsi Yogyakarta tahun 1999 kasus hipertensi menduduki urutan ke-3 dengan jumlah 61.558 orang. Hipertensi kalau tidak ditangani dengan baik akan beresiko pada penyakit jantung koroner. Faktor resiko yang berperan terhadap timbulnya penyakit jantung koroner salah satunya adalah hipertensi, faktor ini termasuk faktor yang dapat dimodifikasi, yaitu dengan cara mengukur tekanan darah secara berkala, diet rendah garam, mengurangi stres, olah raga ringan, menurunkan berat badan bila gemuk, dan tidak merokok. Di sini harus dilakukan promosi kesehatan dan pelayanan kesehatan secara berkala, untuk mengantisipasi supaya tidak beresiko ke penyakit jantung koroner dan stroke.



### C. Pengetahuan Aktivitas Dasar Sehari-hari (ADS)

Adapun pengetahuan ADS Lansia yang tinggal di PSTW Budi Luhur dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 3** Nilai kualitatif pengetahuan ADS dari total responden di PSTW Budi Luhur Yogyakarta tahun 2005

Kategori Pengetahuan	jumlah	Presentase
Baik	31	77,5
Cukup	9	22,5
Kurang	-	0
Total	40	100

Sumber: data primer diolah

Dari tabel di atas nilai pengetahuan ADS secara total responden adalah 77,5%, ini dapat dianalisis bahwa lansia yang tinggal di PSTW Budi Luhur sebagian besar pengetahuan tentang ADS dikategorikan baik. Adapun nilai rata-rata (*mean*) pengetahuan setiap sub variable dapat dilihat pada tabel 4.

Secara realatif pengetahuan ADS lansia yang tinggal di PSTW Budi Luhur Yogyakarta

kategori baik. Dari tabel 4 di atas diketahui bawa total responden yang pengetahuan tentang ADS dengan pengetahuan ADS baik adalah berjumlah 77,5% atau 31 lansia yang merupakan tingkat pengetahuan tertinggi, dan nilai *mean* pengetahuan ADS dari seluruh sub variabel adalah 88,64 ini berarti tingkat pengetahuan ADS lansia kategori baik. Adapun latar belakang pendidikan responden tidak sekolah dengan persentase 62,5%, dan SD 25%.

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar (mayoritas) pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan seseorang biasanya diperoleh dari pengalaman yang berasal dari berbagai macam sumber misalnya media masa, media elektronik, buku petunjuk, petugas kesehatan, petugas panti, media poster, kerabat dekat dan sebagainya. Pengetahuan ini dapat membentuk keyakinan tertentu sehingga seseorang berperilaku sesuai keyakinan tersebut. Pengetahuan juga dapat

**Tabel 4** Nilai *mean* sub variabel pengetahuan ADS Lansia di PSTW Budi Lukur Yoyakarta tahun 2005

No	Nilai Sub variabel	$\Sigma fiXi$	$fi$	$\frac{fiXi}{fi}$	$\frac{Me \times 100}{N}$	Ket
1.	Kebersihan diri ( <i>personal hygiene</i> ) dan lingkungan.	413	12	34,41	86,04	Baik
2.	Mencegah potensi kecelakaan	78	2	39,00	97,50	Baik
3.	BAB/BAK	107	3	35,66	89,16	Baik
4.	Berpakaian ( <i>dresing</i> )	103	3	35,66	89,16	baik
5.	Merapikan diri ( <i>toileting</i> )	100	3	33,33	83,33	Baik
6.	Latihan fisik ringan	175	5	35,00	87,50	Baik
7.	Istirahat/tidur	79	2	39,50	98,75	Baik
8.	Makan minum (gizi seimbang)	254	7	36,28	90,35	Baik
<i>Mean</i> Pengetahuan ADS					88,64	Baik
N = 40						

Sumber : data primer diolah



diartikan sebagai sekumpulan informasi yang dipahami, yang diperoleh dari proses belajar selama hidup dan dapat dipergunakan sewaktu-waktu sebagai alat penyesuaian diri baik terhadap diri sendiri maupun lingkungannya.

Bila dilihat dari hasil penelitian ini sebagian besar lansia dengan tingkat pendidikan formal adalah tidak sekolah dan SD, tetapi bila dilihat dari pengetahuan ADS Lansia berdasarkan total responden sebagian besar dengan kategori baik (77,5%), dan nilai *mean* pengetahuan ADS adalah 88,64 hal ini dapat membuktikan bahwa pengetahuan tidak hanya diperoleh melalui pendidikan formal tetapi juga diperoleh melalui pengalaman yang terjadi pada diri sendiri, informasi atau penyuluhan kesehatan yang berhubungan dengan aktivitas dasar sehari-hari. Sesuai teori, menjadi tua ditandai oleh kemunduran kemampuan kognitif antara lain: suka lupa, ingatan tidak berfungsi baik, tetapi dari fakta ini lansia di PSTW Budi Luhur sebagian besar masih baik ingatannya, ini disebabkan pertanyaan yang diajukan merupakan

kegiatan rutinitas yang dilakukan Lansia dan berdasarkan pengalaman setiap harinya.

#### D. Perilaku Sehat Lansia

Nilai perilaku sehat total responden secara kualitatif dapat dilihat pada tabel 5.

**Tabel 5 Nilai kualitatif perilaku sehat total responden di PSTW Budi Luhur Yogyakarta tahun 2005**

Perilaku Sehat	Jumlah	Presentase
Baik	22	55,0
Cukup Baik	13	32,5
Kurang Baik	5	12,5
Total	40	100

Sumber : Data Primer diolah

Dari tabel 5 di atas dapat dilihat nilai dari total responden, bahwa lansia lebih banyak berperilaku sehat yaitu 55,5% . Dari nilai sub variabel perilaku sehat Lansia kemudian dilakukan uji *mean* untuk mencari rata-rata (*mean*) dari masing-masing sub variabel dengan hasil pada tabel 6.

**Tabel 6 Nilai mean sub variable perilaku sehat Lansia di PSTW Budi Lukur Yoyakarta tahun 2005**

No	Sub variabel	$\Sigma f_{xi}$	$f_i$	$\frac{f_i X_i}{f_i}$	$\frac{Mean \times 100}{N}$	Ket
1.	Kebersihan diri ( <i>personal hygiene</i> ) dan lingkungan	294	1	29,40	73,50	Cukup
2.	Cukup istirahat tidur.	70	2	35,00	87,50	Baik
3.	Mengenal masalah kesehatan secara dini	93	3	31,00	77,50	Baik
4.	Periksa kesehatan secara teratur	72	2	36,00	82,50	Baik
5.	Kebugaran jasmani	70	2	30,00	87,50	Baik
6.	Hobi yang positif	77	3	25,66	67,50	Cukup
7.	Sosialisasi dengan masyarakat/teman panti	86	3	28,66	71,66	Cukup
8.	Makan minum (gizi seimbang)	110	4	27,50	68,75	Cukup
9.	Menghindari kebiasaan yang tidak sehat	63	2	31,50	86,25	Baik
<i>Mean Perilaku Sehat</i>					75,72	Cukup
N = 40						Baik

Sumber : Data Primer diolah

Berdasarkan tabel 6 nilai *mean* dari perilaku sehat Lansia adalah 75,72 nilai ini kategori cukup. Menurut *Green cit Sarwono* tahun 2000 untuk membentuk perilaku sehat dipengaruhi faktor pengetahuan, sikap, persepsi dan sarana kesehatan yang mendukung. Pengetahuan yang baik tetapi kalau tidak diikuti sikap yang baik, maka tidak akan menghasilkan perilaku yang baik. Menurut teori *Types (Psychol) of Elderly* yang dikemukakan Darmojo (2001) mengatakan bahwa salah satu tipe lansia adalah tipe ketergantungan (*dependent*) ciri tipe ini adalah masih dapat diterima dalam masyarakat, pasif, ambisi, masih tau diri dan malas-malasan. Berarti dalam kelompok lansia yang tinggal di PSTW Budi Luhur ini ada yang punya tipe *dependent*, faktanya adalah perilaku sehatnya secara individu masih ada yang kurang baik, dan ini disebabkan karena sikap dan tipe *independent* yang dimiliki oleh beberapa Lansia, di mana tipe *independent* ini salah satu ciri-cirinya adalah sifat malas-malasan.

Menurut Depkes RI (2004:59), perilaku hidup sehat yang diharapkan dari orang yang lanjut usia adalah: 1) menjaga kebersihan diri dan lingkungan; 2) cukup istirahat tidur; 3) mengenal masalah

kesehatan secara dini; 4) memeriksakan kesehatan secara teratur ke Puskesmas atau institusi kesehatan lainnya; 5) menjaga kebugaran jasmani; 6) mengembangkan hobi yang positif secara teratur dan bergairah; 7) selalu bersosialisasi dengan masyarakat sekitar; 8) makan minum dengan gizi seimbang dan 9) menghindari kebiasaan hidup yang tidak sehat seperti stress baik fisik maupun psikis, tidak merokok, tidak minum alkohol, minum kopi, konsumsi garam dan lemak berlebihan.

Menurut Siburian (2004), untuk hidup sehat para usia lanjut dianjurkan untuk berperilaku sehat. Kiat-kiat Lansia untuk hidup sehat dikenal kuncinya adalah BAHAGIA<sup>14</sup> (lihat diagram 1).

Adapun tujuan dari kiat-kiat tersebut adalah memaksimalkan status fungsi, meminimalkan morbiditas, dan batas penurunan akibat suatu penyakit, menjaga kemandirian serta mencapai kepuasan hidup.

Teori lain mengatakan bahwa tujuan hidup manusia itu adalah menjadi tua tetapi tetap sehat (*healthy aging*), artinya menjadi tua dalam keadaan sehat. Di sini yang terpenting adalah promosi kesehatan, pencegahan penyakit dengan memulai sedini mungkin dengan cara hidup sehat .

### Diagram 1 Kiat-kiat hidup sehat dengan kata kunci: BAHAGIA

- 
- B : Berat badan yang berlebihan hindari dan capailah berat badan ideal.
  - A : Aturilah makanan yang sesuai dan kurangi yang mengandung lemak dan garam yang berlebihan.
  - H : Hindari faktor-faktor resiko penyakit jantung koroner.
  - A : Agar terus melakukan kegiatan/hobi yang bermanfaat bagi kesehatan.
  - G : Gerak badan yang teratur wajib terus dilakukan.
  - I : Ikuti nasehat dokter hindari situasi tegang/stress
  - A : Awasi kesehatan dengan memeriksa kesehatan secara teratur
-

**Tabel 7 Hubungan pengetahuan ADS dengan perilaku sehat lansia di PSTW Budi Luhur Yogyakarta tahun 2005**

Pengetahuan ADS	Perilaku Hidup Sehat lansia							
	Kurang		Cukup		Baik		Total	
Kurang	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Cukup	5	12,5%	4	10,0%	0	0%	9	22,5%
Baik	0	0%	9	22,5%	22	55,0%	31	77,5%
Total	5	12,5%	13	32,5%	22	55,0%	40	100%
<i>Spearman's rho</i>		r=0,538			p=0,000			

Sumber : Data Primer diolah

### E. Hubungan Pengetahuan ADS dan Perilaku Sehat.

Untuk mengetahui tingkat hubungan antara pengetahuan aktivitas dasar sehari-hari nilai dari total responden terhadap kelompok disajikan dalam netuk tabulasi silang. Hubungan antara pengetahuan ADS dan perilaku sehat dapat dilihat pada tabel 7.

Berdasarkan tabel 7 dapat dilakukan analisa bahwa mayoritas responden yang mempunyai pengetahuan baik (77,5%) diikuti dengan perilaku yang baik (55,0%). Berdasarkan fakta di atas dapat dianalisa hubungan antar variabel pengetahuan ADS dan perilaku hidup sehat lansia, analisa yang digunakan adalah analisa *Spearman's* dengan bantuan program SPS 2000.

Sesuai hasil analisa didapatkan nilai koefisien korelasi 0,538 dengan taraf signifikan  $p=0,000$  hal ini menunjukkan ada hubungan yang positif dengan interpretasi koefisien korelasi termasuk cukup. Berarti ada kecenderungan bahwa apabila seseorang berpengetahuan ADS dengan baik saat usia menjadi lanjut maka akan menimbulkan perilaku hidup sehat yang baik/positif. Berdasarkan fakta ini dapat disimpulkan bahwa semakin baik pengetahuan ADS lansia semakin baik perilaku sehatnya. Sehingga lansia akan sehat baik jasmani, rohani, sosial dan tetap produktif sesuai keberadaannya.

Adanya kesadaran diri dari lanjut usia dan bekal pengetahuan yang telah dimilikinya akan memungkinkan lanjut usia untuk tetap berperilaku hidup sehat dengan baik demi mewujudkan *healthy aging* seperti yang diharapkan setiap manusia saat menjadi tua, serta menghindari tingkat ketergantungan lanjut bagi keluarga, dan masyarakat (Darmojo&Martono, 2000). Dengan demikian anggapan sebagian masyarakat yang menganggap lanjut usia sebagai manusia yang tidak mampu, lemah dan sakit-sakitan sehingga masyarakat memperlakukan lanjut usia sebagai manusia tidak berdaya, dengan membatasi segala aktivitas sehari-harinya, dapat secara perlahan-lahan diluruskan, jika lansia tetap dalam keadaan yang sehat sesuai dengan keberadaannya.

### KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan ke arah positif antara pengetahuan ADS dengan perilaku sehat lansia yang tinggal di PSTW Yogyakarta Unit Budi Luhur.

### SARAN

#### 1. Kepada PSTW Budi Luhur

Untuk memberi penyuluhan (pendidikan kesehatan) secara intens kepada lansia dalam rangka meningkatkan

pengetahuan khususnya yang berkaitan aktivitas dasar sehari-hari (ADS) dan perilaku sehat lansia dalam upaya untuk memperoleh keadaan menua yang sehat baik jasmani, rohani dan sosialnya.

2. Bagi Peneliti

- a. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut, tidak hanya sebatas di lingkungan PSTW Budi Luhur mengenai faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi perilaku hidup sehat pada lansia dan topik lain yang berkaitan dengan dampak dari *aging* (proses menua).
- b. Perlunya motivasi kepada Lansia untuk mengikuti pemeriksaan kesehatan secara berkala tidak sebatas yang sakit, atau motivasi terus menerus tentang kiat BAHAGIA pada lansia.
- c. Dalam pembiasaan lansia perlu melibatkan dukungan dan peran dari keluarga, masyarakat, petugas, dan semua unsur baik lintas program maupun lintas sektor dalam pembinaan lansia di panti.

**DAFTAR RUJUKAN**

Darmojo & Martono; 2000, *Buku Ajar Geriatri*, Ed.2. FKUI. Jakarta.

Depkes RI; 2004, *Pedoman Pengelolaan Kegiatan Kesehatan Di Kelompok Usia Lanjut*, Jakarta.

Depkes RI; 2000, *Pedoman Pembinaan Usia Lanjut*. Cet.1, Direktorat Jend. Binkesmas, Jakarta.

Depkes RI; 2003, *Pedoman Puskesmas Santun Usia Lanjut Bagi Petugas Kesehatan*, Direktorat Jend. Binkesmas, Jakarta.

Dinkes Provinsi DIY; 2004, *Profil Kesehatan Propinsi DIY tahun 2004*, tidak dipublikasikan.

Masud, I.M.S., 1998 *Dasar-Dasar fisiologi Kardiovaskuler*. Jakarta, EGC.

Notoatmodjo.S; 1993, *pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*, Andi Offset, Yogyakarta.

Nugroho.W; 2000, *Keperawatan Gerontik*, Ed.2. EGC. Jakarta.

Sarwono.S; 2004, *Sosiologi Kesehatan Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.

Siburian.P; 2004 *Tujuh Kiat Hidup sehat Pada Lansia*. <http://www.Wasapada.co.id.htm.html>. tanggal akses 10 Maret 2005.

Supriyadi; 1993, *Pendekatan Psikologi Dalam Pengukuran KAP di Bidang Kesehatan*, Sosiomedika, Jakarta.

WHO; 1980, *International Classification of Impairment, Disability and Handicap*, Genewa.

Wibowo, Susilo. 2000, *Usia Lanjut Tantangan dan Masalah di Bidang Kesehatan*, *Jurnal Kardiologi Indonesia* Vol.XXV. No.2.

Yacob.T, Darmojo.B, Basri.H, Sigit.S, Aswin.S, Partodimulyo.S, Triwibowo, Delima.R, Pramantara.D.P, Probosuseno, ;2001, *Makalah Lengkap Seminar Successful Aging (Tua Berguna)*, Medika, FK UGM Bekerjasama dengan Jogja Aging Center(JAC)FK UGM.

## FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KETIDAKAKTIFAN LANJUT USIA KE POSYANDUDI PUSKESMAS CEBONGAN SALATIGA

Sri Rahayu<sup>1</sup>, Purwanta<sup>2</sup>, Dwi Harjanto<sup>2</sup>

**Abstract:** To know the factors which have effect the passiveness of elder age go to Posyandu at Cebongan Puskesmas Salatiga, this research conducted was qualitative one using cross-sectional approach. Using in-depth interview to 12 respondents with purposive sampling technique. Sample research take by. Analysis this study used content analysis. The result shows in demography aspect, there are characteristic elder age; woman more than men, the age around 60-69 years and more than 80 years, majority marriage status still has a couple, and the social economics aspect, majority elder age is farmer and merchant, elder age live with their couple and child. A conclusion got that the passiveness of elderly age in posyandu Puskesmas Cebongan, Salatiga is influenced by some factors; decreased of functional organ, their work, confidence of healthy and responsibility to care of family.

**Kata kunci:** Lanjut Usia, Posyandu.

### PENDAHULUAN

Salah satu dampak dari kemajuan ilmu dan teknologi adalah meningkatnya umur harapan hidup (*life expectancy*) berarti populasi lanjut usia di seluruh dunia, di Asia dan Indonesia akan bertambah jumlahnya. Mengutip data dari *Bureau of the Census USA* (1993), Indonesia diperkirakan akan mengalami pertambahan warga lanjut usia terbesar di seluruh dunia antara tahun 1990 – 2025 yaitu sebesar 414 %, suatu angka paling tinggi di seluruh dunia. Pemerintah telah mengantisipasi adanya pertambahan jumlah kelompok lanjut usia dengan mengadakan Pos Pelayanan Terpadu

(Posyandu) lanjut usia yang dibina oleh Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) yang tersebar diberbagai wilayah Indonesia, termasuk Kota Salatiga. Tujuan dari Posyandu lanjut usia tersebut adalah untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia, agar penduduk lanjut usia yang makin besar jumlahnya tidak hanya menjadi beban dalam keluarga, masyarakat atau negara, maka pelayanan untuk kelompok ini perlu semakin mendapat perhatian. Dengan demikian akan tercapai penduduk lanjut usia yang sehat, masih produktif serta tidak sakit-sakitan.

Jumlah penduduk 146.420 jiwa,

<sup>1</sup> Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan FK-UGM Yogyakarta.

<sup>2</sup> Program Studi Ilmu Keperawatan FK-UGM Yogyakarta.

jumlah kelompok umur 50-59 tahun sejumlah 9.480 jiwa dan umur 60 tahun keatas 13.327 jiwa. Di Dinas Kesehatan Kota Salatiga mempunyai Unit Pelayanan Teknis 6 Puskesmas di antaranya Puskesmas Cebongan yang mempunyai wilayah kerja 4 desa, terdapat 25 dusun dan tiap desa mempunyai 1 posyandu lanjut usia. Meskipun banyak jumlah lanjut usia dan jumlah posyandu yang sudah mencukupi, namun banyak lanjut usia yang tidak aktif dalam kegiatan posyandu yang dilaksanakan setiap bulan.

Jumlah posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas Cebongan Kota Salatiga ada 4, kader tiap posyandu ada 3 orang, posyandu dilaksanakan tiap bulan dengan jadwal yang tetap. Kunjungan petugas puskesmas tiap bulan yang terdiri dari dokter, perawat atau bidan dan pelaksana gizi. Jenis kegiatan adalah pemeriksaan fisik, penimbangan berat badan, pengukuran tekanan darah, pengukur tinggi badan, pemberian makanan tambahan, penyuluhan dan pengobatan ringan.

Jumlah lanjut usia yang ada di Wilayah Kerja Puskesmas Cebongan Kota Salatiga sejumlah 820 Jiwa, yang datang ke posyandu tiap bulan di 4 posyandu sekitar 760 orang diawal pembukaan posyandu, namun tiap bulan sampai saat ini, lanjut usia yang datang ke posyandu hanya sekitar 350 orang, jadi melihat data tersebut cakupan kegiatan posyandu belum 100%, terlihat prosentasi kehadiran hanya 45%, Hal ini tak tampak peningkatan dari tahun ke tahun, mereka datang hanya pada saat awal pembukaan posyandu lanjut usia

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui apakah faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakaktifan lanjut usia ke Posyandu di Puskesmas Cebongan Kota Salatiga.

## METODE PENELITIAN

Jenis Penelitian ini adalah penelitian dengan menggunakan metode kualitatif, dengan pendekatan cross sectional. Strategi penentuan sampel dilakukan dengan purposive sampling karena tujuan penelitian kualitatif adalah mencari/ menggali informasi sebanyak-banyaknya dari berbagai sumber yang akan menjadi dasar dari rancangan teori yang muncul. Subjek penelitian ini adalah lanjut usia yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Cebongan Kota Salatiga, Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah 1) lanjut usia tidak aktif datang 4 kali dalam 6 kali kunjungan ke posyandu, 2) tinggal dalam wilayah Puskesmas Cebongan Kota Salatiga, 3) tidak dalam keadaan sakit dan komunikatif, 4) bersedia menjadi responden.

Setelah didapat data maka selanjutnya dilakukan proses analisa data, yang dimulai dengan memnelaah data dan tahap analisis data meliputi 1) mendengarkan rekaman dan menyusun hasil wawancara mendalam dalam bentuk transkrip, mengelompokkan topik-topik pembicaraan, 2) membuat koding, 3) penyajian data dengan kuotasi, yaitu menyajikan data sesuai pernyataan asli responden, 4) pemeriksaan keabsahan data dengan triangulasi. Penyajian data secara naratif.

## HASIL PENELITIAN

### Karakteristik responden

Dari tabel 1 dapat dilihat bahwa usia responden berkisar antara 60-70 tahun dan bahkan ada yang telah mencapai usia lebih dari 80 tahun. Berarti bahwa usia responden ada yang telah melewati usia harapan hidup di Indonesia yaitu 67 tahun untuk laki-laki dan 71 tahun untuk perempuan.



**Tabel 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Status Pernikahan, Agama dan Pendidikan, Pekerjaan, penghasilan lanjut usia di posyandu di Puskesmas Wilayah Kerja Puskesmas Cebongan Kota Salatiga Tahun 2006**

Responden (R)	Usia (Th)	Jenis Kelamin	Status Pernikahan	Agama	Pddk	Pek.	Penghasilan	Tinggal dengan	Jarak ke posyandu	Kunjungan posyandu
R1	67	P	Janda	Islam	SMA	Tidak bekerja	Tidak berpenghasilan	Anak	10 m	3
R2	66	L	Menikah	Islam	SMP	Pensiunan	< 1 juta	Anak	300 m	4
R3	63	P	Menikah	Islam	SD	Tidak bekerja	Tidak berpenghasilan	Anak	300 m	0
R4	85	P	Menikah	Islam	Tidak sekolah	Dagang	> 500.000	Suami	150 m	2
R5	83	L	Duda	Islam	Tidak sekolah	Tani	< 300.000	Sendiri	500 m	3
R6	60	L	Menikah	Islam	Tidak sekolah	Dagang	> 200.000	Istri	1000 m	0
R7	80	L	Menikah	Islam	HIS	Pensiunan	1 juta	Istri	300 m	2
R8	67	P	janda	Islam	Tidak sekolah	Dagang	> 300.000	Anak	500 m	3
R9	60	P	menikah	Islam	SR	Tani	Tak tentu	Suami	100 m	3
R10	65	L	menikah	Islam	SR	tani	Tak tentu	Istri	100 m	3
R11	60	P	Menikah	Islam	SD	Tani	Tak tentu	Suami	100 m	3
R12	85	P	Janda	Islam	Tidak sekolah	Dagang	> 300.000	Anak	100 m	2

Sumber: Hasil penelitian 2006

Dari data juga terlihat jumlah lanjut usia perempuan lebih banyak daripada lanjut usia laki-laki. Bahwa di Indonesia jumlah lanjut usia laki-laki lebih kecil dari jumlah lanjut usia perempuan.

Tujuh responden menikah (pasangan masih hidup) sedangkan lima lainnya janda dan menduda. Jumlah penduduk lanjut usia, wanita yang berstatus menikah hanya 25% dibandingkan penduduk lanjut usia pria yang besarnya 84%, pada umumnya jumlah penduduk lanjut usia yang mempunyai status menikah lebih kecil dari penduduk lanjut usia pria.

Dua orang responden adalah pensiunan pegawai dan masih memiliki penghasilan tetap tiap bulan. Dua orang tidak bekerja dan delapan responden lainnya sebagai pedagang dan petani.

Dikatakan bahwa golongan lanjut usia yang tidak pernah sekolah lebih besar dari pada yang berpendidikan.<sup>1</sup> Golongan lanjut usia di Indonesia masih berkualitas rendah, 71,2% belum pernah mengalami pendidikan formal (tidak pernah sekolah). Dikatakan juga bahwa semakin berpendidikan tinggi, maka penghasilan sosial ekonominya makin baik.

Enam responden tinggal dengan suaminya atau istrinya, lima responden tinggal dengan anaknya dan satu tinggal sendiri, namun responden bersebelahan dengan keluarganya.

#### **Kelompok umur dan Jenis kelamin**

Hasil penelitian 12 responden di Posyandu Lanjut Usia wilayah kerja Puskesmas Cebongan kota Salatiga, dalam

6 bulan terakhir kegiatan di posyandu, didapatkan bahwa kelompok umur kurang dari 70 tahun, ketidakaktifannya responden ke posyandu lanjut usia dikarenakan lanjut usia ini bekerja sebagai pedagang. Waktu bekerja responden dari pagi hingga siang hari, sedang pelaksanaan kegiatan posyandu pagi hari sehingga. Dikelompok umur lebih dari 70-80 tahun ketidakaktifannya ke posyandu karena adanya gangguan fungsi organ tubuhnya.

Mayoritas responden yang tidak aktif berkunjung ke posyandu lanjut usia berusia 75-80 tahun (12,6%) dan usia lebih dari 80 tahun (6,0%).<sup>5</sup>

Hal ini dikatakan responden tentang ketidakaktifannya ke posyandu lansia

*“Saya tahu posyandu, tapi belum ada minat dan tidak pernah datang karena saya banyak pekerjaan..... Saya penjual kayu bakar dan arang, saya juga bertani, selain itu saya juga menjual merang dari Salatiga ke Jakarta”.* (R06)

*“Kulo ngertos posyandu, nggih nate dateng, nanging sok kentun amargi kulo teng pasar riyen, dados nak kesiangan saking pasar nggih pun mboten teng posyandu”* (“Saya tahu posyandu, ya pernah datang, tapi suka ketinggalan, masalahnya saya ke pasar dulu, jadi kalau kesiangan dari pasar ya tidak ke posyandu”). (R09)

*“Kulo teng posyandu gur ping tigo, amargi mata lan kuping kulo mboten patek jelas, jane seneng”.* (“Saya ke posyandu hanya tiga kali, masalahnya mata dan telinga saya tidak begitu jelas, sebetulnya senang”). (R05)

Hasil wawancara tersebut didapatkan bahwa ketidaktifan responden lanjut usia yang berumur lebih dari 70 tahun tersebut karena bekerja sebagai pedagang yang tidak bisa ditinggalkan (R06 dan R09) dan

responden yang berumur lebih dari 70 tahun karena adanya penurunan fungsi tubuhnya (R05).

Kemunduran fisik yang terjadi dapat menimbulkan perasaan rendah diri lanjut Usia.

Posyandu lanjut merupakan salah satu kegiatan dari masyarakat yang menghimpun para lanjut usia agar tetap sehat, baik jasmani maupun rohani berguna dan berhasil guna, hak sebagai anggota posyandu adalah lanjut usia laki-laki atau perempuan yang telah berumur 60 tahun ke atas. Penelitian dari 12 responden didapatkan 7 responden perempuan dan 5 responden laki-laki.

7 responden perempuan sering tidak hadir dalam kegiatan posyandu karena waktu pelaksanaan posyandu ada yang siang hari, dimana lanjut usia yang tinggal dirumah sedang mengerjakan pekerjaan rumah.

Hal ini dikatakan dari beberapa responden perempuan:

*“wektunipun posyandu nanggung, ngepasi jam kerja rumah tangga, putu kulo dereng enten sing momong, soale anak kulo dereng wangsul ngambut damel”* (waktunya posyandu tanggung, pas jam kerja rumah tangga, cucu belum ada yang ganti rawat, anak saya belum pulang kerja) (R03)

*“Kadang kulo mboten ngertos nak mboten dikandani Muji (kader), dados jarang dugi”* (kadang saya tidak tahu kalau tidak diberitahu muji, jadi saya jarang datang) (R09)

Sedangkan 5 responden laki-laki tidak aktif ke posyandu karena merasa dirinya sehat dan tidak mengikuti kegiatan lain dalam posyandu, hal ini seperti yang dikatakan beberapa responden laki-laki:

*“Kendalanya tidak datang ke posyandu hanya jaga rumah saja, kalau ibu berangkat maka saya tidak,*

*karena yang banyak keluhan itu ibu”.*  
(R04)

*“Perasaan saya selalu ingin rutin mendatangi posyandu, tapi saya sering lupa, karena saya tidak ikut arisan.. Arisan khan bisa diarep-arep siapa tahu dapat “ ( R02 )*

Hasil wawancara responden laki-laki dan perempuan didapatkan bahwa mereka tahu tentang posyandu hanya mereka masih belum aktif dikarenakan mereka mempunyai pekerjaan-pekerjaan rumah tangga dan karena tinggal dengan anak sehingga dibebani untuk tanggung jawab terhadap cucunya, dan tidak berani untuk meninggalkannya juga lanjut usia merasa dirinya sehat dan tidak banyak keluhan.

#### **Status Pekerjaan**

Hasil penelitian bahwa pekerjaan sebagai sumber pendapatan. 12 responden didapati dua responden adalah pensiunan yang masih memiliki penghasilan tetap tiap bulan sekitar  $\pm 1$  juta, 4 responden pedagang dengan penghasilan antara Rp.200.000-Rp.500.00, 4 responden petani yang penghasilan tidak tentu, dan 2 responden tidak bekerja, sehingga hanya bergantung pada pemberian anak-anak. Sebagian lanjut usia dalam penelitian ini masih bekerja untuk memenuhi kebutuhan hidup. Dikemukakan masih banyak lanjut usia yang bekerja bukan karena masih mampu tapi lebih karena keharusan untuk memenuhi kebutuhannya.

Dalam kegiatan posyandu rata-rata mereka yang bekerja dan tidak bekerja adalah sama tidak aktif, yang paling tidak aktif adalah mereka yang bekerja sebagai pedagang dan petani. Hal ini didukung hasil wawancara responden yang mempunyai pekerjaan pedagang dan petani alasan tidak aktif ke posyandu:

*“Kulo sadean bubur teng pasar; nak saget telas gasik, kulo saget teng posyandu, nanging mboten mesti ,*

*kadang siang lagi telas bakulane, dados nggih mboten teng posyandu”*  
( Saya jualan bubur ke pasar, kalau habis cepat saya bisa ke posyandu, tapi kadang siang baru habis jualannya, jadi tidak berangkat ke posyandu”. (R08)

*“Kulo sok teng sabin, macul panggenan tiang dados sok mboten mangkat teng posyandu”* ( saya ke sawah bekerja nyangkul di tempat orang, jadi suka tidak datang (R05)

*“Saya tidak ke posyandu, mungkin pas ada keperluan mendadak saja”(R01 )*

*“Perasaan saya selalu ingin rutin mendatangi posyandu, tapi saya sering lupa, karena tidak ikut arisan....arisan kan bisa di harap-harap dan untuk memotivassi datang...eh siapa tahu dapat arisan”.*(R02)

Dari wawancara responden yang mempunyai pekerjaan petani (R05), pedagang (R08), Pensiun (R02) dan yang tidak bekerja (R01). Hasil wawancara responden dapat dikatakan bahwa ada perbedaan ketidakhadiran pada kegiatan posyandu sehubungan dengan pekerjaan. Ketidakhadiran responden dipengaruhi oleh jarak tempuh tempat bekerja seseorang, misalnya pada pedagang yang harus ke pasar dan tempat lain sebagai tempat bekerja. Sedangkan pada pekerja tani yang bekerja pada orang lain yang harus diselesaikan saat itu dan yang sebagai ibu rumah tangga atau tidak bekerja dan pensiun tetap tinggal dirumah karena adanya acara-acara yang mendadak.

#### **Pendidikan dan Kunjungan ke Posyandu**

Hasil penelitian dilihat dari tingkat pendidikan responden sangat bervariasi, 4 responden berpendidikan SD, 2 responden berpendidikan SMP, 1 responden berpendidikan SMA dan 5 responden tidak

pernah sekolah sama sekali. Persentase kedatangan mereka hampir sama, kurang aktif, hanya ada satu responden aktif yang datang empat kali dalam dalam 6 bulan. Tingkat pendidikan tidak mempengaruhi intensitas kunjungan ke posyandu lanjut usia, tingkat pendidikan lanjut usia masih rendah yang mayoritas hanya mengenyam pendidikan setingkat SD, SMP, SMA secara berurutan.

Meskipun mereka mempunyai dasar pendidikan yang berbeda, namun mereka semua tahu tentang posyandu dan kegunaan posyandu. Kesehatan adalah tanggung jawab bersama dari setiap individu masyarakat, pemerintah dan swasta sehingga apapun peran yang dimainkan pemerintah tanpa disertai kesadaran individu dan masyarakat untuk secara mandiri menjaga kesehatannya, hanya sedikit yang dapat dicapai.

Posyandu lanjut usia yang akrab di masyarakat merupakan suatu kegiatan yang bersifat promotif, preventif atas dasar “dari masyarakat oleh masyarakat dan untuk masyarakat.”

Hasil wawancara yang dilakukan terhadap beberapa responden yang dengan status pendidikan yang berbeda-beda, mereka mengatakan bahwa mereka mengerti tentang posyandu dan kegiatannya.

*“Posyandu merupakan perhatian pemerintah terhadap para lansia, maka diadakan posyandu”.*(R07)

*“Menurut saya, posyandu lansia itu ya untuk kesehatan para lansia”.*(R06)

*“Posyandu ini bagus dan cocok untuk lansia, karena untuk mengontrol dirinya sendiri, jadi sehat kita tahu, tak sehat pun juga tahu”.*(R01)

Hal ini menunjukkan bahwa semua lanjut usia mempunyai tujuan yang sama dalam berkunjung ke posyandu lanjut usia yaitu untuk menjaga kesehatannya,

meskipun status pendidikan mereka yang berbeda. Tetapi ada pula yang dari beberapa responden mengatakan selain untuk menjaga kesehatan mereka menjadikan posyandu tersebut sebagai pertemuan dengan teman-teman sesama lanjut usia.

Hal ini dikatakan beberapa responden.

*“Kegiatan meniko sae, amergi saget kepanggih sederek sesami pensiun, kepanggih bu dokter, ngertos kegiatan-kegiatan.”* (kegiatan ini bagus, masalahnya bisa ketemu temen-temen sesama pensiun, bisa ketemu bu dokter, tahu kegiatan-kegiatan).( R03)

*“Kalau pas datang... apalagi bila badannya terasa gak enak/gak sehat. Pas ada posyandu ..., jadi datang karena untuk bertemu temen-temen dan juga hiburan.”*(R01)

Menghimpun para lanjut usia agar tetap sehat, baik jasmani maupun rohani berguna dan berhasil guna. Olah raga adalah suatu bentuk latihan fisik yang memberikan pengaruh baik (positif) terhadap tingkat kemampuan fisik seseorang, apabila dilakukan secara baik dan benar. Mereka menyadari dan mengerti bahwa kegiatan posyandu ini penting untuk lansia.

Pelayanan kesehatan yang diberikan kelompok usia lanjut meliputi pemeriksaan kesehatan fisik dan emosional, sedangkan jenis kegiatan yang dikembangkan di kelompok usia lanjut antara lain: penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan, pengukuran tekanan darah, penyuluhan, pemberian makanan tambahan, olahraga senam, gerak jalan santai. Beberapa responden mengatakan kegiatan-kegiatan yang ada di posyandu:

*“Nggih ditimbang. keluhane opo terus kalau sakit diberi obat atau vitamin vitamin dan diberi penyuluhan-penyuluhan”*

*(“ya ditimbang, keluhannya apa, terus*

kalau sakit diberi obat atau vitamin-vitamin dan diberi penyuluhan-penyuluhan”) (R02)

“Tiap-tiap pasien datang didaftar, ditensi, ditimbang BB, diukur tinggi badane, diperiksa, selain itu ada senam lansia juga”. (R01)

Posyandu lanjut usia adalah salah satu kegiatan masyarakat yang hal ini sebagai pengaturan kadar gula darah, meningkatkan kekuatan otot. Keseimbangan dan koordinasi gerak sehingga dapat mencegah kecelakaan, kesehatan jiwa.

Di beberapa posyandu untuk menjaga kesehatan lanjut usia diadakan senam lanjut usia.

Berikut seperti yang dikatakan responden.

“Nggih enten senam lansia.” (ya ada, senam lansia) *Kalau jalan-jalan belum pernah, sebetulnya pengen....orang tua umumnya meskipun kita tua tapi khan masih butuh hal-hal seperti itu, misalnya rekreasi jalan yang tidak jauh-jauh.*(R07)

“Menurut pengertian saya posyandu tersebut bagus karena di situ diajarkan olah raga lansia dengan gerakan-gerakan tangan (lansia memperagakan gerakan-gerakan tangan mengepal dan membuka telapak tangan seperti yang diajarkan di posyandu).”(R02)

Pada prinsipnya pemberian keperawatan kesehatan dasar adalah bantuan, bimbingan, penyuluhan, pengawasan yang diberikan oleh tenaga kesehatan (perawat, bidan) untuk memenuhi kebutuhan dasar usia lanjut atau kelompok.

Hal ini kedatangan petugas di kesehatan, kader sangat dibutuhkan seperti yang dikatakan responden dalam kegiatan posyandu selalu ada tim kesehatan (dokter, bidan/perawat, gizi) dan kader.

“Menurut penilaian saya, sopan dan

*ramah, dia selalu memotivasi untuk selalu datang ... petugas selalu aktif, saya saja yang tidak pernah datang* “ (R02)

“Nggih, aktif dateng terus, ... nggih enten sing ramah, enten sing mboten” *kaderipun nggih enten komplit. (ya, aktif datang terus, ...ya ada yang ramah, ada yang ga, kadernya juga lengkap)* (R04)

“Para petugas baik, kita gak hanya berobat tapi butuh nasihatnya juga” *... ya kalau dokter kadang tak datang mungkin ada acara, tapi tim kesehatan lain datang, kader juga aktif.”* (R07)

Jadi dapat dikatakan bahwa dengan dasar pendidikan yang berbeda-beda mereka mempunyai satu kesamaan pengetahuan tentang sarana kesehatan posyandu lanjut usia dan berbagai kegiatan di dalamnya.

Ketidakaktifan responden dari kegiatan posyandu lanjut usia dari yang berpendidikan dan tidak berpendidikan rata-rata mempunyai alasan yang berbeda-beda.

Dibawah ini alasan responden yang tidak aktif ke posyandu:

“Saya tidak datang paling pas tidak dirumah, kalau di rumah ya datang wong dekat sekali, saya sering disemarang tempat anak saya yang lainnya (R01)

“Amergi kulo emben nate diken mbayar kaleh ewu, terus kulo mboten mlampah, nak mboten mbayar kulo nggih mlampah, lha nyok-nyok mboten gadah duit niku.”.( masalahnya dulu pernah disuruh membayar dua ribu rupiah, terus saya tidak datang, karena kadang tidak punya duit ) (R04)

Hal ini diperkuat oleh keluarga (R04)



bahwa ketidakhadirannya lanjut dikarenakan alasan disuruh membayar:

*“Posyandu ini kan program pemerintah, setahu saya ya tidak membayar... mungkin mbah putri aja yang salah mempersepsikan”* (K)

Dari wawancara di atas dikatakan alasan yang kuat dan tidak kuat hal ini didukung dari pendidikan yang berbeda, (R01) berpendidikan SMA, dan (R04) tidak pernah sekolah. Pendanaan yang diperlukan untuk membiayai kegiatan posyandu lanjut usia dihimpun dari semangat kebersamaan dan digunakan secara terpadu dari masyarakat, anggaran pemerintah daerah, kabupaten/kota, propinsi dan pemerintah pusat serta sumbangan swasta dan donor lainnya baik domestik maupun Internasional. Kegiatan Posyandu Lanjut usia di wilayah kerja Puskesmas Cebongan kota Salatiga selama kegiatan posyandu berlangsung, tidak pernah dipungut biaya, namun dari inisiatif masyarakat ada yang mengadakan jimpitan sukarela yang digunakan untuk pemberian makanan tambahan (PMT).

#### **Tinggal di rumah dan jarak rumah ke posyandu**

Dari hasil wawancara dengan responden bahwa lanjut usia tinggal dengan suami atau istri ada 7 responden, 5 responden tinggal dengan anak dan 1 responden tinggal sendiri namun rumahnya bersebelahan dengan anaknya. Dalam masyarakat kita selaku orang timur dengan budaya kekeluargaan yang sangat kental, anak, cucu dan sanak saudara lanjut usia pada umumnya sangat tidak keberatan untuk menerima keberadaan lanjut usia di dalam keluarganya.

Ketidaktifan ke posyandu antara responden yang tinggal dengan suami atau istri dan yang tinggal dengan anak hampir sama tidak, meskipun lanjut usia saling di motivasi oleh anggota keluarganya dan

mendapat dukungan dari anak-anak mereka.

Berikut ini hasil wawancara dari beberapa responden yang tinggal dengan anak dan yang tinggal sendiri namun rumah bersebelahan dengan anaknya.

*“Nggih anak kulo ndukung, wong sok ngaken kulo ken teng posyandu.”* (ya, anak saya mendukung, dia suka suruh saya ke posyandu). (R05)

*“Anak-anak mendukung, tetapi kegiatan posyandu dilakukan jam 14.00 siang, jadi mereka belum pada pulang, jadi tidak sempat ingatkan karena tidak di rumah, tapi pagi dia ingatkan.”* (R02)

*“Nggih, wong sok ngelengake,.. mangkat mbah!”* (ya, suka ingatkan saya,.. berangkat nek). (R04)

Hal ini dijelaskan oleh keluarga R04 yang mendukung kegiatan posyandu.

*“Kalau saya mendukung, masalahnya demi kesehatan orang tua, wah saya mendukung sekali”.* (K)

Namun motivasi-motivasi untuk berkunjung ke posyandu lanjut usia tersebut kadang terkalahkan dengan pekerjaan dan keperluan lain lanjut usia yang tidak disadari membuat lanjut usia tidak aktif datang ke posyandu.

Hal ini seperti dikatakan beberapa responden:

*“Saya senang aja, tapi kadang saya nunggu cucu saya pulang sekolah, nyiapkan makannya dan baru saya bisa pergi, tapi siang sekali jadi kegiatan di posyandu sudah selesai.”* (R07)

*“kulo wau ajeng mangkat, enten layatan, nggih dadi mboten sido mangkat posyandu”* (saya tadi mau berangkat, ada lelayu,..ya tidak jadi berangkat ke posyandu) (R05)

Tempat tinggal lanjut usia dengan



sarana posyandu tidak begitu jauh, dari 12 responden ada yang rumah mereka bersebelahan atau dengan jarak hanya 10 meter dari posyandu. Yang berjarak rumah ke posyandu antara 100-300 ada 8 orang, 500 meter 2 orang dan yang berjarak 1000 meter ada 1 orang mereka yang berjarak 10-500 meter pernah berkunjung ke posyandu lanjut usia meskipun tidak aktif, yang seorang dengan jarak 1000 meter dari rumah ke posyandu tidak pernah aktif datang. Berdasarkan jarak dari rumah ke posyandu lanjut usia, mayoritas mempunyai jarak < 1 km, yaitu 151 responden yang tidak aktif ke posyandu dan 121 yang aktif.

Hal ini dikatakan beberapa responden yang jarak rumah mereka dengan posyandu dekat dan bisa dijangkau dengan hanya berjalan kaki.

*“Kulo teng posyandu mlampah mawon wong celak, katah sing ngampiri rencang sepuh-sepuh meniko, terus mengkeh mampir liyone”*. (“Saya ke posyandu jalan saja, dekat kok.... banyak yang menghampiri teman-teman lanjut usia itu, terus menghampiri teman yang lainnya”)(R04)  
*“Mboten niku, celak masjid, kintenkinten 100 meter... nggih mlampah mawon, sok-sok diampiri rencang-rencang (tidak itu, dekat masjid, ya kira-kira 100 meter,... ya jalan saja, kadang diampiri temen-temen)”*(R09)

Selama manusia masih hidup masih ingin berhubungan dengan orang lain. Maka dikatakan bahwa manusia adalah makhluk sosial. Demikian juga meskipun sudah lanjut usia, seseorang masih ingin menghubungi dan dihubungi oleh orang lain.

Hal ini diperkuat dengan hasil wawancara dengan keluarga R04 berikut:

*“Ya ... simbah ke posyandu sendiri tapi lebih sering barengan ama temen-temennya lansia, mereka saling*

*menghampiri”*(K)

Pada umumnya seseorang saat memasuki masa lanjut usia banyak yang mengurung diri, tetapi ada juga mereka bahkan ingin berkumpul dengan teman-teman sesama lanjut usia karena memang butuh rasa aman. Seperti yang dikatakan bahwa bergabung dalam kelompok dapat mengurangi perasaan tidak aman karena kesendirian. Seseorang lalu merasa lebih kuat, lebih sedikit dalam keraguan, lebih tahan terhadap ancaman. Selain rasa aman dapat memperoleh kepercayaan dari hasil interaksi dengan orang-orang lain dan menjadi bagian dari sebuah kelompok.

Penelitian ini dapat dikatakan bahwa jarak jauh dan dekat bagi lanjut usia tidak bermasalah, namun dalam ketidakaktifan tersebut karena lanjut usia sendiri mayoritas masih bekerja. Hal ini dikatakan bahwa lanjut usia tidak ingin tergantung pada orang lain, jadi sedapat mungkin mereka ingin mempunyai sumber dana sendiri.

## KESIMPULAN

Dari seluruh rangkaian penelitian ini, peneliti menyimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakaktifan lanjut usia datang ke posyandu di puskesmas dikarenakan faktor gangguan fungsi organ tubuh, faktor pekerjaan yang tidak bisa ditinggalkan karena lanjut usia sebagai pencari nafkah, faktor dirinya merasa sehat, dan karena faktor tanggung jawab untuk merawat anggota keluarga.

## Saran

Masyarakat dan kader kesehatan hendaknya selalu memberikan motivasi pada lanjut usia agar lanjut usia selalu menjaga kesehatan, dan ke posyandu lanjut usia sebagai salah satu sarana untuk menjaga kesehatan. Keluarga diharapkan mampu memotivasi lanjut usia dalam anggota keluarga untuk ikut aktif dalam kegiatan

posyandu lansia sehingga keadaan kesehatan lansia dapat terpantau secara teratur.

Instansi pelayanan kesehatan khususnya Puskesmas memberikan sarana berupa timbangan, microtoa, tensi meter dan melengkapi sarana posyandu tersebut sebagai acuan untuk peningkatan program lanjut usia selanjutnya.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Darmojo, B. 1999. *Ilmu Kesehatan Usia Lanjut*. Penerbit FKUI. Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 1998. *Pedoman Pembinaan Kesehatan Usia Lanjut bagi petugas*. Jilid I. Direktorat Bina Kesehatan Keluarga. Jakarta.
- Moleong, L.J. 2001. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung. Remaja Rosdakarya.
- Hardywinoto, S.T. 1999. *Panduan Gerontologi Tinjauan dari Berbagai Aspek Menjaga Kualitas Hidup Para Lansia*. PT Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Hidayati. 2002. *Perbedaan Karakteristik Lanjut Usia Yang Aktif Dan Tidak Aktif Dalam Kegiatan Posyandu Lanjut Usia Di Wilayah Kerja Puskesmas Mentrijeron*. Yogyakarta.
- Hurlock, Elisabeth B. 1994. *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Edisi kelima. Penerbit Erlangga. Jakarta.
- TOT (Training Of Trainer). 2000. *Pengembangan Pemberdayaan Lanjut Usia Masyarakat*. Semarang.
- BKKB DKI Jakarta Dan DNIKS. 2005. *Revitalisasi Dan Pengembangan Posyandu Mandiri*. Yayasan Dana Sejahtera Mandiri. Jakarta.
- Arrif. 2001. *Pedoman Manajemen Peran Serta Masyarakat*. Dirjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat. Departemen Kesehatan. Jakarta.
- Kuntjoro, Zainuddin, Sri. 2002. *Prinsip-Prinsip Dalam Pelayanan Psikogeriatik*. <http://www.e.Psikologi.com/usia.070592.htm>. Diakses tanggal 21 September 2006.
- Muchlas. 1998. *Perilaku Organisasi II (Organizational Behavior)*. Program Pendidikan Pasca Sarjana Megister Manajemen Rumah Sakit. UGM. Yogyakarta.
- Milhan. 2005. *Lansia, Pilkada dan "Pilkuat" (Refleksi Hari Lansia Sedunia)*, <http://www.Indonesia.com/bpost/052005>.
- Yacob, T. 2001. *Successfull Aging ; Tua Berguna, Seminar, Jogja Aging Center, Gadjah Mada University School Of Medicine*. Yogyakarta.