

# HUBUNGAN SIKAP KERJA DUDUK DENGAN KELUHAN NYERI PUNGGUNG BAWAH PADA PEKERJA YANG MENGGUNAKAN KOMPUTER

Heni Fa'riatul Aeni\* Awaludin\*\*

## ABSTRAK

*World Health Organization (WHO)* mengatakan bahwa 2%-5% dari karyawan di negara industri tiap tahun mengalami Nyeri Punggung Bawah (NPB). Sebanyak 90% kasus nyeri punggung bukan disebabkan oleh kelainan organik, melainkan oleh kesalahan posisi tubuh dalam bekerja. Menggunakan komputer yang dilakukan dalam posisi duduk dalam waktu yang lama berisiko mengalami keluhan nyeri punggung bawah. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan sikap kerja duduk dengan keluhan nyeri punggung bawah pada pekerja yang menggunakan komputer di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Bandung tahun 2017. Jenis penelitian adalah survei analitik dengan rancangan *cross-sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua pekerja yang menggunakan komputer di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Bandung tahun 2017 sebanyak 59 orang dan pengambilan sampel menggunakan metode *total sampling*. Pengambilan data penelitian dengan menggunakan observasi dan wawancara. Instrumen untuk pengambilan data dalam penelitian ini adalah lembar kuesioner dan lembar observasi. Analisa data menggunakan analisa univariat dengan persentase dan bivariat dengan uji *Spearman Rho*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sikap kerja duduk sebagian besar responden dengan dalam kategori sedang yaitu 29 orang (47,5) dan keluhan nyeri punggung bawah dalam kategori rendah yaitu 30 orang (50,8%). Hasil uji *spearman rho* menunjukkan bahwa nilai  $p\text{ value} = 0,010$ , maka  $p\text{ value} < \alpha$  (0,05) berarti  $H_0$  ditolak artinya ada hubungan yang signifikan antara sikap kerja duduk dengan keluhan nyeri punggung bawah pada pekerja yang menggunakan komputer.

**Kata Kunci** : Sikap Kerja Duduk, Nyeri Punggung Bawah

## ABSTRACT

*World Health Organization (WHO)*, says that 2% -5% of employees in industrialized countries each year to experience the Lower Back Pain (LBP). As many as 90% of cases of back pain is not caused by organic disorder, but by mistake body position at work. Using a computer that is done in a sitting position for a long time at risk of low back pain. The purpose of this study to determine the relationship sitting working attitude with complaints of low back pain in workers who use computers at the Harbor Health Office of Class II Bandung in 2017. This type of research is analytic survey research with cross-sectional design. The population in this study were all employees who use computers at the Port Health Office Class II Bandung in 2017 as many as 59 people and sampling using total sampling method. Data retrieval research using observation and interviews. Instruments for data collection in this study is a questionnaire and observation sheet Data were analyzed using univariate analysis with percentages and bivariate Spearman Rho test.

The results showed that the attitude of the sit-down with the majority of respondents in the medium category is 29 (47.5) and low back pain in the low category were 30 people (50.8%). Spearman rho test results showed that the  $p\text{ value} = 0.010$ , then the  $p\text{ value} < \alpha$  (0.05) means that  $H_0$  refused meaning that there is a significant correlation between sitting working attitude with complaints of low back pain in workers who use computers.

**Keywords** : Sitting Working Attitude, Low Back Pain

\*Staf Pengajar Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat STIKes Cirebon

\*\* Alumni PSKM STIKes Cirebon Tahun 2017

## PENDAHULUAN

Perkembangan dunia perindustrian di era globalisasi semakin pesat. Hal ini membuat persaingan antara industri besar, industri menengah dan industri kecil semakin ketat. Persaingan yang ketat membuat para pelaku industri berlomba-lomba untuk meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) yang dimiliki perusahaan sehingga mampu meningkatkan kualitas produk yang dihasilkan oleh perusahaan tersebut. Hal ini akan berhasil jika berbagai risiko yang akan mempengaruhi kehidupan para pekerja dapat diantisipasi. Berbagai risiko tersebut adalah kemungkinan terjadinya Penyakit Akibat Kerja (PAK), penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan dan kecelakaan kerja yang dapat menyebabkan kecacatan dan kematian.<sup>1</sup>

Salah satu penyakit akibat kerja (PAK) adalah nyeri punggung bawah atau *Low Back Pain* (LBP) yang disebabkan oleh posisi duduk yang salah pada saat bekerja yaitu sindroma klinik yang ditandai dengan gejala utama nyeri atau perasaan lain yang tidak enak didaerah tulang punggung bagian bawah.<sup>2</sup> Nyeri punggung bawah merupakan fenomena yang seringkali dijumpai pada setiap pekerjaan. Insiden dan beratnya gangguan nyeri punggung bawah lebih sering dijumpai pada pekerja wanita dibandingkan laki-laki. Posisi statis dalam bekerja kadang-kadang tidak dapat dihindarkan. Bila keadaan statis tersebut berlangsung terus-menerus atau berulang-ulang maka dapat menyebabkan gangguan kesehatan antara lain nyeri punggung bawah. Nyeri punggung bawah yang timbul dapat mengakibatkan kehilangan jam kerja sehingga mengganggu produktivitas kerja.<sup>3</sup>

*World Health Organization* (WHO) mengatakan bahwa 2%-5% dari karyawan di negara industri tiap tahun mengalami Nyeri Punggung Bawah (NPB), dan 15% dari absenteisme di industri baja serta industri perdagangan disebabkan karena NPB. Data statistik Amerika Serikat memperlihatkan angka kejadian sebesar 15%-20% per tahun. Sebanyak 90% kasus nyeri punggung bukan disebabkan oleh kelainan organik, melainkan oleh kesalahan posisi tubuh dalam bekerja. Nyeri pinggang menyebabkan lebih banyak waktu hilang dari pada pemogokan kerja sebanyak 20 juta hari kerja karenanya.<sup>4</sup>

Kesehatan merupakan keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis pada saat bekerja. Pekerja memerlukan posisi yang baik pada saat melakukan pekerjaannya yaitu dengan posisi duduk. Akibat dari duduk lama dan statis pada pekerja akan menimbulkan ketegangan pada vertebralis terutama pada lumbar. Dalam melakukan pekerjaan, pekerja dituntut menggunakan beberapa posisi tubuh seperti, posisi duduk tegak (statis), posisi duduk membungkuk dan posisi setengah duduk.<sup>5</sup>

Tuntutan pekerjaan yang tinggi sering tidak dapat dihindari dan pekerja sering mengalami nyeri pada anggota tubuhnya. Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual dan potensial sehingga sangat mengganggu dan menyulitkan lebih banyak orang mengalami nyeri.<sup>6</sup>

Sistem kerja yang tidak ergonomis dalam suatu perusahaan seringkali kurang mendapat perhatian atau dianggap sepele oleh para pihak manajemen atau pengelola sumber daya manusia di perusahaan tersebut. Sebagai contoh antara lain adalah pada cara, sikap dan posisi kerja yang tidak benar, fasilitas kerja yang tidak sesuai, dan faktor lingkungan kerja yang tidak mendukung.<sup>7</sup>

Penyusunan tempat kerja dan tempat duduk yang sesuai harus diatur sedemikian sehingga tidak ada pengaruh yang berbahaya bagi kesehatan. Tempat-tempat duduk yang cukup dan sesuai harus disediakan untuk pekerja-pekerja dan pekerja harus diberi kesempatan yang cukup untuk menggunakannya. Cara bekerja harus diatur sedemikian rupa sehingga tidak menimbulkan ketegangan otot, kelelahan yang berlebihan atau gangguan kesehatan yang lain.<sup>8</sup>

Bekerja pada kondisi yang tidak ergonomis dapat menimbulkan berbagai masalah, antara lain: nyeri, kelelahan bahkan kecelakaan. Hal ini didukung hasil penelitian Sakinah (2012) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara sikap tubuh dengan keluhan nyeri punggung bawah.<sup>4</sup> Hasil penelitian Tangkeallo (2013) juga menyatakan bahwa posisi duduk memiliki hubungan yang bermakna dengan keluhan nyeri punggung bawah.<sup>9</sup> Hasil penelitian Hidayat (2013) juga menyimpulkan bahwa faktor risiko ergonomi dapat mempengaruhi munculnya keluhan muskuloskeletal terhadap pekerja. Semakin tidak ergonomis suatu pekerjaan maka akan memicu terjadinya keluhan muskuloskeletal dengan tingkat keluhan lebih tinggi. Oleh karena itu di tempat kerja perlu diterapkan sistem kerja secara ergonomis.<sup>1</sup>

Ergonomi merupakan suatu ilmu, seni dan penerapan teknologi untuk menyetarakan atau menyeimbangkan antara segala fasilitas yang digunakan baik dalam beraktivitas maupun istirahat dengan segala kemampuan, kebolehan dan keterbatasan manusia baik secara fisik maupun mental sehingga dicapai suatu kualitas hidup secara keseluruhan yang lebih baik.<sup>10</sup> Risiko potensi bahaya ergonomi akan meningkat dengan tugas monoton, berulang atau kecepatan tinggi; dengan postur tidak netral atau canggung; bila terdapat pendukung yang kurang sesuai; bila kurang istirahat yang cukup.<sup>8</sup>

Berdasarkan hasil survey awal yang dilakukan melalui wawancara di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Bandung diperoleh data dari 10 orang, 5 orang pekerja menyatakan bahwa mengalami nyeri daerah punggung bawah setelah bekerja menggunakan komputer selama sehari karena memiliki posisi kerja yang lebih banyak duduk, yaitu selama 7-8 jam sehari dengan diselingi istirahat selama 1 jam, terkadang karena banyaknya pekerjaan pegawai melakukan penambahan jam kerja atau lembur selama 2-3 jam.

Berdasarkan penelitian terdahulu dan uraian latar belakang di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Hubungan Sikap Kerja Duduk Dengan Keluhan Nyeri Punggung Bawah Pada Pekerja Yang Menggunakan Komputer di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Bandung tahun 2017”.

## **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian ini adalah penelitian survei analitik dengan rancangan *cross-sectional*. Variabel bebas (*independent*) dalam penelitian ini adalah sikap kerja duduk sedangkan variabel terikat (*dependent*) adalah keluhan nyeri punggung bawah.

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pekerja yang menggunakan komputer di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Bandung tahun 2017 sebanyak 59 orang. Teknik sampling yang digunakan adalah *total sampling* yaitu semua anggota populasi dijadikan sebagai sampel penelitian.<sup>11</sup> Maka sampel yang diambil dalam penelitian ini yaitu semua pekerja yang menggunakan komputer di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Bandung tahun 2017 sebanyak 59 orang dengan kriteria sampel sebagai berikut:

Kriteria Inklusi

- 1) Pekerja dapat berkomunikasi dengan baik.
- 2) Pekerja bersedia menjadi responden.
- 3) Pekerja hadir saat penelitian dilaksanakan.

Kriteria Eksklusi

- 1) Pekerja yang mengalami gangguan jiwa.
- 2) Pekerja yang mengalami gangguan kesadaran.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini untuk pengukuran variabel sikap kerja duduk menggunakan lembar observasi *Rapid Entire Body Assessment* (REBA) dan untuk variabel keluhan nyeri punggung bawah menggunakan lembar kuesioner *Nordic Body Map*.<sup>12</sup>

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan wawancara dan observasi menggunakan lembar kuesioner dan lembar observasi untuk mengumpulkan data langsung dari responden.

Analisis data univariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis data deskriptif dalam bentuk distribusi frekuensi untuk mendeskripsikan variabel sikap kerja duduk dan variabel keluhan nyeri punggung bawah.

Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan, dengan tujuan untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Uji statistik yang digunakan adalah *Spearman Rho*, karena kedua jenis variabel dengan skala ordinal. Taraf signifikansi yang digunakan adalah (95%) dengan nilai kemaknaan (5%). Apabila  $p \text{ Value} \leq$  dari  $\alpha$  (0,05), maka  $H_0$  ditolak artinya ada hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Apabila  $p \text{ Value} >$  dari  $\alpha$  (0,05), maka  $H_0$  gagal ditolak artinya tidak ada hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat.

## HASIL PENELITIAN

### Sikap Kerja Duduk

Berdasarkan hasil analisis data sikap kerja duduk pada pekerja yang menggunakan komputer di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Bandung tahun 2017 terhadap 59 responden secara deskriptif dapat dilihat pada tabel 1 sebagai berikut:

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Sikap Kerja Duduk Pada Pekerja

Sikap Kerja Duduk	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Berisiko	0	0
Risiko Rendah	6	10,2
Risiko Sedang	28	47,5
Risiko Tinggi	14	23,7
Risiko Sangat Tinggi	11	18,6
Total	59	100

Berdasarkan tabel 1, menunjukkan bahwa dari 59 responden dengan sikap kerja duduk dalam kategori risiko rendah yaitu 6 orang (10,2%), risiko sedang yaitu 28 orang (47,5), risiko tinggi yaitu 14 orang (23,7) dan risiko sangat tinggi yaitu 11 orang (18,6%).

### Keluhan Nyeri Punggung Bawah

Berdasarkan hasil analisis data keluhan nyeri punggung bawah pada pekerja yang menggunakan komputer di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Bandung tahun 2017 terhadap 59 responden secara deskriptif dapat dilihat pada tabel 2 sebagai berikut:

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Keluhan Nyeri Punggung Bawah

Keluhan Nyeri Punggung Bawah	Frekuensi	Persentase (%)
Rendah	30	50,8
Sedang	29	49,2
Tinggi	0	0
Sangat Tinggi	0	0
Total	59	100

Berdasarkan tabel 2, menunjukkan bahwa dari 59 responden dengan keluhan nyeri punggung bawah dalam kategori rendah yaitu 30 orang (50,8%) dan sedang yaitu 29 orang (49,2%).

### Hubungan Sikap Kerja Duduk dengan Keluhan Nyeri Pinggang Bawah

Berdasarkan hasil analisis uji *Spearman Rho* untuk mengetahui hubungan antara sikap

kerja duduk dengan keluhan nyeri punggung bawah pada pekerja yang menggunakan komputer di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Bandung tahun 2017 disajikan dalam tabel 3 :

Tabel 3. Hubungan Sikap Kerja Duduk Dengan Keluhan Nyeri Punggung Bawah

Sikap Kerja Duduk	Keluhan Nyeri Punggung										P value
	Rendah		Sedang		Tinggi		Sangat Tinggi		Jumlah		
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	
Tidak Risiko	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,010
Risiko Rendah	3	50	3	50	0	0	0	0	6	100	
Risiko Sedang	19	67,9	9	32,1	0	0	0	0	28	100	
Risiko Tinggi	7	50	7	50	0	0	0	0	14	100	
Risiko Sangat Tinggi	1	9,1	10	90,9	0	0	0	0	11	100	
Jumlah	30	50,8	29	49,2	0	0	0	0	59	100	

Berdasarkan tabel 3 didapatkan hasil bahwa responden dengan sikap kerja duduk dalam kategori risiko rendah yaitu 3 orang (50%) mengalami keluhan nyeri punggung dalam kategori rendah, sikap kerja duduk dalam kategori risiko sedang yaitu 19 orang (67,9%) mengalami keluhan nyeri punggung dalam kategori rendah, sikap kerja duduk dalam kategori risiko tinggi yaitu 7 orang (50%) mengalami keluhan nyeri punggung dalam kategori rendah dan sikap kerja duduk dalam kategori sangat tinggi yaitu 10 orang (90,9%) mengalami keluhan nyeri punggung dalam kategori sedang,

Berdasarkan analisa data yang menggunakan uji korelasi *spearman rho* menunjukkan bahwa nilai  $p\ value = 0,010$ , maka  $p\ value < \alpha (0,05)$  berarti  $H_0$  ditolak artinya ada hubungan yang signifikan antara sikap kerja duduk dengan keluhan nyeri punggung bawah pada pekerja yang menggunakan komputer di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Bandung tahun 2017.

## PEMBAHASAN

### Sikap Kerja Duduk

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan sikap kerja duduk dalam kategori rendah yaitu 6 orang (10,2%), sedang yaitu 28 orang (47,5), tinggi yaitu 14 orang (23,7) dan sangat tinggi yaitu 11 orang (18,6%). Hal ini menunjukkan kebanyakan responden dengan sikap kerja duduk dalam kategori sedang.

Posisi netral (duduk dan berdiri secara normal) merupakan kondisi yang paling alamiah untuk bekerja, dengan usaha otot dan tekanan pada sendi, tendon, dan ligamen yang paling minimum. Banyak pekerjaan yang memaksa pekerjanya dengan posisi bungkuk, jongkok, atau sikap kerja dengan pergelangan tangan menekuk dan leher mendongak. Sikap kerja tersebut sangat berisiko berdampak pada gangguan sistem otot-rangka.<sup>13</sup>

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Wijayanti (2013) yang menunjukkan bahwa responden dengan posisi kerja duduk yang berisiko sedang sebanyak 31 orang (86,1%) dan 5 orang (13,9%) berisiko tinggi.<sup>14</sup> Hasil penelitian Wulandari (2016) juga menunjukkan bahwa postur kerja duduk 75% responden termasuk dalam risiko sedang dengan jumlah 57 responden.<sup>15</sup> Posisi kerja duduk yang tidak ergonomis dapat menimbulkan keluhan pada otot-otot skeletal, salah satunya adalah nyeri punggung bawah.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden dengan sikap kerja duduk dalam kategori sedang. Posisi kerja yang berisiko dapat menimbulkan keluhan nyeri pada bagian tubuh pekerja karena pekerjaan yang dilakukan secara berulang-ulang dalam jangka waktu yang lama akan meningkatkan risiko gangguan

pada sistem otot rangka.

### **Keluhan Nyeri Punggung Bawah**

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan keluhan nyeri punggung bawah dalam kategori rendah yaitu 30 orang (50,8%) dan sedang yaitu 29 orang (49,2%). Hal ini menunjukkan bahwa lebih dari setengah responden dengan keluhan nyeri punggung bawah dalam kategori rendah.

Salah satu penyebab nyeri punggung adalah bergesernya bantalan tulang belakang sehingga menekan saraf belakang. Sendi atau ruas tulang belakang memiliki komponen inti yang disebut nucleus yang berbentuk seperti agar-agar dan berfungsi sebagai bantalan dan peredam kejutan. Kondisi ini menimbulkan sakit yang luar biasa. Penyebab lain nyeri punggung adalah spondilosis, yakni kerusakan pada sendi tulang belakang (*intervetebral disc*) akibat aus atau terkikisnya tulang rawan yang melindungi ruas tulang belakang.<sup>13</sup>

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Wijayani (2013) yang menunjukkan bahwa 23 orang (63,9%) mengalami keluhan nyeri pinggang ringan dan 13 orang (36,1%) mengalami keluhan nyeri pinggang sedang.<sup>14</sup> Hasil penelitian Wulandari (2013) juga menunjukkan bahwa keluhan nyeri muskuloskeletal pada 75% responden termasuk dalam risiko sedang dengan jumlah 57 responden.<sup>15</sup> Hal tersebut disebabkan karena sebagian besar posisi kerja duduk responden yang tidak ergonomis, sehingga menyebabkan keluhan nyeri pinggang pada responden.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa lebih dari sebagian responden mengalami keluhan nyeri punggung bawah dalam kategori rendah. Bekerja pada posisi kerja duduk yang salah dapat menimbulkan berbagai masalah kesehatan salah satunya yaitu keluhan nyeri punggung bawah.

### **Hubungan Sikap Kerja Duduk Dengan Keluhan Nyeri Punggung Bawah**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan sikap kerja duduk dalam kategori rendah yaitu 3 orang (50%) mengalami keluhan nyeri punggung dalam kategori rendah, sikap kerja duduk dalam kategori sedang yaitu 19 orang (67,9%) mengalami keluhan nyeri punggung dalam kategori rendah, sikap kerja duduk dalam kategori tinggi yaitu 7 orang (50%) mengalami keluhan nyeri punggung dalam kategori rendah dan sikap kerja duduk dalam kategori sangat tinggi yaitu 10 orang (90,9%) mengalami keluhan nyeri punggung dalam kategori sedang. Berdasarkan analisa data yang menggunakan uji korelasi *spearman rho* menunjukkan bahwa nilai  $p \text{ value} = 0,010$ , maka  $p \text{ value} < \alpha (0,05)$  berarti  $H_0$  ditolak artinya ada hubungan yang signifikan antara sikap kerja duduk dengan keluhan nyeri punggung bawah pada pekerja yang menggunakan komputer di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Bandung tahun 2017.

Salah satu penyakit akibat kerja (PAK) adalah nyeri punggung bawah atau *Low Back Pain* (LBP) yang disebabkan oleh posisi duduk yang salah pada saat bekerja yaitu sindroma klinik yang ditandai dengan gejala utama nyeri atau perasaan lain yang tidak enak di daerah tulang punggung bagian bawah.<sup>2</sup> Nyeri punggung bawah merupakan fenomena yang seringkali dijumpai pada setiap pekerjaan. Insiden dan beratnya gangguan nyeri punggung bawah lebih sering dijumpai pada pekerja wanita dibandingkan laki-laki. Posisi statis dalam bekerja kadang-kadang tidak dapat dihindarkan. Bila keadaan statis tersebut berlangsung terus-menerus atau berulang-ulang maka dapat menyebabkan gangguan kesehatan antara lain nyeri punggung bawah. Nyeri punggung bawah yang timbul dapat mengakibatkan kehilangan jam kerja sehingga mengganggu produktivitas kerja.<sup>3</sup>

Penyusunan tempat kerja dan tempat duduk yang sesuai harus diatur sedemikian sehingga tidak ada pengaruh yang berbahaya bagi kesehatan. Tempat-tempat duduk yang cukup dan sesuai harus disediakan untuk pekerja-pekerja dan pekerja harus diberi

kesempatan yang cukup untuk menggunakannya. Cara bekerja harus diatur sedemikian rupa sehingga tidak menimbulkan ketegangan otot, kelelahan yang berlebihan atau gangguan kesehatan yang lain.<sup>8</sup>

Bekerja pada kondisi yang tidak ergonomis dapat menimbulkan berbagai masalah, antara lain: nyeri, kelelahan bahkan kecelakaan. Hal ini didukung hasil penelitian Sakinah (2012) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara sikap tubuh dengan keluhan nyeri punggung bawah.<sup>4</sup> Hasil penelitian Tangkeallo (2013) juga menyatakan bahwa posisi duduk memiliki hubungan yang bermakna dengan keluhan nyeri punggung bawah.<sup>9</sup> Hasil penelitian Hidayat (2013) juga menyimpulkan bahwa faktor risiko ergonomi dapat mempengaruhi munculnya keluhan muskuloskeletal terhadap pekerja. Semakin tidak ergonomis suatu pekerjaan maka akan memicu terjadinya keluhan muskuloskeletal dengan tingkat keluhan lebih tinggi. Oleh karena itu di tempat kerja perlu diterapkan sistem kerja secara ergonomis.<sup>1</sup>

Berdasarkan hasil penelitian maka dapat disimpulkan bahwa sikap kerja duduk dapat mempengaruhi keluhan nyeri punggung bawah pada pekerja yang menggunakan komputer. Keluhan nyeri punggung bawah pada responden disebabkan oleh posisi kerja duduk yang berisiko, duduk lama dengan posisi yang salah akan menyebabkan otot-otot punggung bawah menjadi tegang dan dapat merusak jaringan lunak sekitarnya.

## **SIMPULAN**

1. Sikap kerja duduk dalam kategori risiko rendah yaitu 6 orang (10,2%), risiko sedang yaitu 28 orang (47,5), risiko tinggi yaitu 14 orang (23,7) dan risiko sangat tinggi yaitu 11 orang (18,6%).
2. Keluhan nyeri punggung bawah dalam kategori rendah yaitu 30 orang (50,8%) dan sedang yaitu 29 orang (49,2%).
3. Uji *spearman rho* menunjukkan bahwa nilai  $p\ value = 0,010$ , maka  $p\ value < \alpha (0,05)$  berarti  $H_0$  ditolak artinya ada hubungan yang signifikan antara sikap kerja duduk dengan keluhan nyeri punggung bawah pada pekerja yang menggunakan komputer.

## **SARAN**

1. Bagi Instansi Penelitian
  - 1) Hendaknya menyediakan alat operasional kerja yang ergonomis seperti tempat duduk yang bisa disesuaikan ketinggiannya, sehingga bisa mengurangi beban punggung dalam bekerja.
  - 2) Melakukan analisis beban kerja terhadap pegawai secara berkala, dengan beban kerja yang sesuai bisa mengurangi waktu lembur kerja pegawai.
2. Bagi Pekerja  
Hendaknya memperhatikan sikap kerja duduk yang sesuai dan rileks dalam bekerja agar terhindar dari sikap-sikap tidak alamiah yang dapat mempengaruhi kesehatan.
3. Bagi Institusi Pendidikan  
Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah kepustakaan serta bisa dijadikan bahan referensi dalam proses pembelajaran bidang kesehatan khususnya tentang antara sikap kerja duduk dengan keluhan nyeri punggung bawah pada pekerja yang menggunakan komputer.
4. Bagi Peneliti Selanjutnya  
Diharapkan pada peneliti lain agar mengembangkan penelitian ini dengan memperhatikan faktor-faktor lainnya yang mempengaruhi keluhan nyeri punggung bawah seperti beban kerja, riwayat penyakit dan lain sebagainya serta keluhan-keluhan lain yang mungkin ditimbulkan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Hidayat, T. Hubungan Faktor Risiko Ergonomi dan Individu dengan Keluhan Muskuloskeletal pada Karyawan Bagian Produksi PT. Family Raya Kota Padang. 2013. [Diakses pada tanggal 25 November 2016]. Diunduh dari <http://www.bimkes.org/wp-content/uploads/downloads/2014/02/BIMKMI%20Volume%202%20Edisi%201.pdf>.
2. Basuki K. Faktor Risiko Kejadian Low Back Pain Pada Operator Tambang Sebuah Perusahaan Tambang Nickel di Sulawesi Selatan. 2009. [Diakses pada tanggal 25 November 2016]. Diunduh dari <http://ejournal.undip.ac.id/index.php/jpki/article/download/2346/2068>.
3. Samara, D. Sikap Membungkuk dan Memutar Selama Bekerja Sebagai Faktor Risiko Nyeri Punggung Bawah. 2005. [Diakses pada tanggal 25 November 2016] Diunduh dari [http://www.univmed.org/wp-content/uploads/2011/02/Diana\\_dkk.pdf](http://www.univmed.org/wp-content/uploads/2011/02/Diana_dkk.pdf).
4. Sakinah. Faktor Yang Berhubungan Dengan Keluhan Nyeri Punggung Bawah Pada Pekerja Batu Bata Di Kelurahan Lawawoi Kabupaten Sidrap. 2015. [Diakses pada tanggal 25 November 2016]. Diunduh dari <http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/6701/JURNAL.pdf?sequence=1>.
5. Santoso, G. Ergonomi Terapan. Edisi Pertama. Jakarta; Prestasi Pustaka Raya; 2013.
6. Smeltzer, & Bare. Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah Brunner & Suddart. Edisi 8, Vol 1, Alih Bahasa: Kuncara Monica Ester. Jakarta: EGC; 2005.
7. Budiono, S. Bunga Rampai Hiperkes & KK. Semarang: Universitas Diponegoro; 2009.
8. ILO (*International Labour Organization*). Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Tempat Kerja. 2013. [Diakses pada tanggal 25 November 2016]. Diunduh dari [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-jakarta/documents/publication/wcms\\_237650.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-jakarta/documents/publication/wcms_237650.pdf).
9. Tangkeallo, C.M. Hubungan Posisi Duduk Dengan Keluhan Nyeri Punggung Bawah Pada Sopir Kakmu Unhas. 2013. [Diakses pada tanggal 25 November 2016]. Diunduh dari <http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/14045/CINDY%20MITRA.pdf?sequence=1>
10. Tarwaka. Ergonomi Untuk Keselamatan, Kesehatan Kerja dan Produktivitas, Surakarta: UNIBA PRESS; 2014.
11. Notoatmodjo. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
12. Suhardi B. Perancang Sistem Kerja Dan Ergonomi Industri. Jakarta: Pusat Perbukuaan, Departemen Pendidikan Nasional. 2008. [Diakses pada tanggal 1 Desember 2016]. Diunduh dari <https://aguseducated.files.wordpress.com/2011/04/54-perancangan-sistem-kerja-dan-ergonomi-industri-jilid-1.pdf>.
13. Jeyaratnam, J., dan Koh, D. Buku Ajar Praktik Kedokteran Kerja, Jakarta: EGC; 2010.
14. Wijayanti, T. Hubungan Antara Posisi Kerja Duduk Dengan Keluhan Subyektif Nyeri Pinggang Pada Penjahit Garment di PT. Apac Inti Corpora Kabupaten Semarang 2013. [Diakses pada tanggal 1 Desember 2016]. Diunduh dari [http://eprints.dinus.ac.id/6456/1/jurnal\\_11880.pdf](http://eprints.dinus.ac.id/6456/1/jurnal_11880.pdf).
15. Wulandari, D.U. Hubungan Antara Risiko Postur Kerja Dengan Risiko Keluhan Muskuloskeletal Pada Pekerja di Bagian Produksi Tenun PT. Kusuma Mulia Plasindo Infitex Klaten. 2016. [Diakses pada tanggal 1 Desember 2016]. Diunduh dari <http://eprints.ums.ac.id/48205/3/NASKAH%20PUBLIKASI%20fix.pdf>

# ANALISIS PENERAPAN SISTEM MANAJEMEN KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA (SMK3)

---

Herlinawati\*Anang Sofyan Zulfikar\*\*

---

## ABSTRAK

Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) adalah bagian dari sistem manajemen perusahaan secara keseluruhan dalam rangka pengendalian risiko yang berkaitan dengan kegiatan kerja guna terciptanya tempat kerja yang aman, efisien dan produktif. Dikeluarkan PP RI Nomor 50 Tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja, pasal 5 UU tersebut mewajibkan setiap perusahaan menerapkan SMK3 di perusahaanya, berlaku bagi perusahaan yang mempekerjakan pekerja/buruh paling sedikit 100 (seratus) orang atau mempunyai tingkat potensi bahaya tinggi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui analisis penerapan Sitem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) di PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon Tahun 2016. Jenis penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan metode penelitian studi kasus, teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* dan *Snowball Sampling* dengan sampel yaitu Kepala Unit, Kepala seksi K3LH, Ka.Sub.Dept. Teknik, Operator IPAL dan Personil Security, pengumpulan data dengan cara wawancara mendalam sedangkan instrumen yang digunakan berupa kuesioner, lembar *chek list* serta dokumentasi dan *recorder*. Hasil penelitian ini adalah secara umum penerapan SMK3 di PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon hampir semua kriteria terpenuhi namun ada beberapa kriteria yang belum terpenuhi. Penerapan penetapan kebijakan K3, penerapan perencanaan K3, penerapan pelaksanaan rencana K3 hampir semua kriteria terpenuhi namun ada beberapa kriteria yang belum terpenuhi dan pemantauan dan evaluasi kinerja K3 sudah terpenuhi semua.

**Kata kunci** : Analisis, Penerapan SMK3

## ABSTRACT

Occupational Health and Safety Management System are part of corporate management system as a whole in order to operation run the risk that gets bearing with utilised job activity most composes safe workshop it, efficient and productive. Issued by PP RI Number 50 Years 2012 about Manajeman's System Implement safety and job healths, section 5 UU that makes compulsory one each company apply SMK3 at company, apply to firm that employ employ / least labour 100 (a hundred) person or has tall lurching potency zoom. To the effect this research is subject to be knowanalysis is Sitem's implement Occupational Health and Safety Management System at PT Japfa Comfeed Indonesian Tbk Unit Cirebon Year 2016 .Observational type that is utilized is kualitatif by methodics case study research, its sample utilizes purposive is sampling and Snowball Sampling which is Section Head K3LH, Ka.Sub.Dept is Tech, WWTP Operator and Security Personnel data collection by way of depth interviews while the instrument used a questionnaire, sheet chekc list documentation and recorder. The results of this study are in general application SMK3 in PT Japfa Comfeed Indonesian Tbk Unit Cirebon almost all the criteria are met, but there are several criteria that have not been fulfilled. Implementation of the policy-setting K3, K3 planning application, the application of the implementation plan K3 almost all the criteria are met, but there are several criteria that have not been fulfilled, and the monitoring and evaluation of the performance of the K3 has fulfilled all.

**Key words** : Analisis, The Application Of SMK3

\* Staf Pengajar PSKM STIKes Cirebon

\*\* Alumni PSKM STIKes Cirebon Lulus Tahun 2016

## PENDAHULUAN

Data dari *International Labour Organization* (ILO) tahun 2014, 1 pekerja di dunia meninggal setiap 15 detik karena kecelakaan kerja dan 337 juta pekerja mengalami sakit akibat kerja. ILO mencatat angka kematian dikarenakan kecelakaan dan penyakit akibat kerja (PAK) sebanyak 2,3 juta kasus setiap tahun.<sup>1</sup>

Menurut Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Ketenagakerjaan Indonesia mendata selama 2014 jumlah peserta yang mengalami kecelakaan kerja sebanyak 129.911 orang. Dimana 69,59% kecelakaan terjadi di dalam perusahaan saat bekerja, 10,26% kecelakaan terjadi di luar perusahaan, dan sekitar 20,15% pekerja mengalami kecelakaan lalu lintas.<sup>2</sup>

Berdasarkan data BPJS Ketenagakerjaan, jumlah kecelakaan kerja di Provinsi Jawa Barat sepanjang tahun 2014 berjumlah 3.751 kasus dengan besaran klaim mencapai Rp 16,77 miliar rupiah.<sup>3</sup>

Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi (Disnakertrans) Kabupaten Cirebon menyebutkan, untuk di Kabupaten Cirebon pada tahun 2014 berdasarkan data laporan kecelakaan kerja terjadi kasus kecelakaan kerja dengan korban meninggal 11 orang, luka ringan 185 orang dan luka berat 10 orang.<sup>4</sup> Kondisi ini disebabkan karena masih kurangnya kesadaran dan pemahaman aspek K3 sebagai salah satu unsur untuk meningkatkan daya saing.<sup>5</sup>

Menurut Suma'mur, 80-85% kecelakaan disebabkan oleh kelalaian (*unsafe human acts*) dan kesalahan manusia (*human error*). Kecelakaan dan kesalahan manusia tersebut meliputi faktor usia, jenis kelamin, pengalaman kerja dan pendidikan. Kesalahan akan meningkat ketika pekerja mengalami stress pada beban pekerjaan yang tidak normal atau ketika kapasitas kerja menurun akibat kelelahan.<sup>6</sup>

Kualitas pekerja mempunyai korelasi yang erat dengan kecelakaan kerja sedangkan kecelakaan kerja erat kaitannya dengan produktivitas sehingga program SMK3 sangat mempengaruhi program pengembangan sumber daya manusia.<sup>7</sup>

SMK3 dapat memberikan perlindungan bagi masyarakat suatu perusahaan agar terhindar dari bahaya pengotoran bahan-bahan industrialisasi, dan perlindungan bagi masyarakat luas dari bahaya-bahaya yang mungkin ditimbulkan oleh produk-produk industri.<sup>7</sup>

Salah satu upaya pemerintah untuk mengurangi kecelakaan kerja adalah dengan mengeluarkan Undang-Undang RI No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan. Pasal 87 UU tersebut mewajibkan setiap perusahaan menerapkan SMK3 sebagai bagian dari Manajemen perusahaan, dan bagi yang tidak menerapkannya akan diberi sanksi. Pemerintah juga mengeluarkan PERMENAKER No.05/MEN/1996 tentang pedoman penerapan SMK3 dan parameter audit SMK3. Selain itu, telah dikeluarkan Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 50 tahun 2012 tentang SMK3. PP tersebut merupakan peraturan pelaksanaan dari pasal 87 UU No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan. PP Nomor 50 tahun 2012 menyatakan perusahaan yang memiliki karyawan lebih dari seratus atau kurang dari seratus tetapi memiliki potensi bahaya kecelakaan kerja cukup tinggi, maka wajib menerapkan SMK3.<sup>8</sup>

Dari total 1.200 perusahaan yang berada di wilayah Cirebon, baru 60% perusahaan yang sudah di daftarkan sebagai kepesertaan BPJS Ketenagakerjaan dan BPJS Kesehatan.<sup>11</sup> PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon telah menerapkan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) di semua ruang lingkup unit usahanya, berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 50 tahun 2012.<sup>9</sup>

Dalam penelitian lainnya yang dilakukan Rahimah Azmi D pada tahun 2008 yang berjudul Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) oleh P2K3 di PT. Wijaya Karya Beton Medan. Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) secara keseluruhan didokumentasikan dalam pedoman SMK3 yang disusun

secara rinci. Uraian penerapan SMK3 diintegrasikan dengan prosedur mutu sebagai satu kesatuan dengan Sistem Manajemen Mutu ISO 9001:2000, sedangkan penerapan SMK3 secara praktis dilapangan, proyek maupun di pabrik produk beton disusun dalam instruksi kerja K3. Sejak awal penerapan SMK3 terus dilakukan perbaikan dalam hal identifikasi bahaya dan sering menjadi temuan dalam audit SMK3 internal maupun eksternal.<sup>10</sup>

Perencanaan K3 di PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon mempertimbangkan hasil penelaahan awal, identifikasi potensi bahaya, penilaian dan pengendalian risiko, peraturan perundang-undangan dan persyaratan lainnya serta sumber daya yang dimiliki.<sup>11</sup>

Pelaksanaan rencana K3 di PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon didukung oleh SDM dibidang K3, sarana dan prasarana. Direksi PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon membentuk Panitia Pembina Keselamatan dan Kesehatan Kerja (P2K3). Ketua P2K3 adalah seorang yang ditunjuk oleh *Head of Unit*, sekertaris P2K3 adalah Ahli K3 Umum atau *HSE Officer* dan Anggota P2K3 merupakan wakil dari pekerja setiap bagian.<sup>11</sup>

Pemantauan dan Evaluasi Kinerja K3 di PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon melalui pemeriksaan, pengujian, pengukur dan audit internal SMK3 dilakukan oleh SDM yang kompeten.<sup>11</sup> Berdasarkan hasil laporan audit internal SMK3 yang telah dilaksanakan oleh PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon, dari 166 kriteria penilaian SMK3 terdapat temuan 53 kriteria yang tidak sesuai dalam penerapan SMK3 berdasarkan PP No. 50 Tahun 2012.<sup>12</sup>

Tujuan penelitian untuk mengetahui Analisis Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) di PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon Tahun 2016.

## **METODE PENELITIAN**

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif.<sup>2</sup>Jenis penelitian kualitatif ini menggunakan desain penelitian studi kasus. Studi kasus dilakukan dengan cara meneliti suatu permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Penggunaan jenis penelitian kualitatif dengan desain studi kasus ini adalah untuk menganalisis Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) di PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk unit Cirebon tahun 2016.<sup>13</sup>

Adapun fokus dari penelitian ini adalah Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) dan sub fokus dalam penelitian ini adalah penetapan kebijakan K3, perencanaan K3, pelaksanaan rencana K3, pemantauan dan evaluasi kinerja K3.

Teknik sampling dalam penelitian ini yaitu *Purposive Sampling* adalah teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu yang dianggap orang tersebut paling tahu apa yang kita harapkan sehingga akan memudahkan peneliti menjelajahi objek/situasi sosial yang diamati. Selain itu menggunakan teknik sampling *Snowball Sampling* adalah teknik pengambilan sampel sumber data, yang pada awalnya jumlahnya sedikit, lama-lama menjadi besar.<sup>14</sup>

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini dengan pedoman wawancara/kuesioner, lembar *check list*, buku catatan, *recorder* serta dokumentasi.<sup>15</sup> Dalam penelitian kualitatif instrumen utamanya adalah peneliti sendiri, namun selanjutnya setelah fokus penelitian menjadi jelas, maka kemungkinan akan dikembangkan instrument penelitian sederhana, yang diharapkan dapat melengkapi data dan membandingkan dengan data yang telah dilakukan melalui observasi dan wawancara.<sup>14</sup>

Penelitian ini menggunakan teknik Triangulasi yaitu teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari teknik pengambilan data diantaranya wawancara mendalam (*in depth interview*), observasi langsung (*direct observation*), dokumentasi dan pengisian lembar

*check list*.<sup>14</sup> Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini dalam memperoleh informasi menggunakan data primer dan sekunder. Data Primer diperoleh peneliti dengan cara melakukan wawancara mendalam (*indepth innterview*) dengan menggunakan lembar pertanyaan yang tersusun kepada informan inti yaitu Kepala Unit, Kepala seksi K3LH dan Personil Security meliputi informasi tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) di PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon. Data sekunder diperoleh dari telaah dokumen-dokumen dan arsip perusahaan yang terkait dengan Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) di PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon untuk mengkaji ulang kebenaran informasi yang didapat dari hasil wawancara mendalam (*in depth interview*).

Analisis data dilakukan secara kualitatif untuk mendapatkan informasi mendalam tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan Dan Kesehatan Kerja (SMK3) dengan menggunakan matriks yang berisi data ringkasan hasil wawancara mendalam dari hasil transkrip wawancara.

## **HASIL PENELITIAN**

### **Penetapan kebijakan K3**

Dalam penyusunan kebijakan K3 di PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon, perusahaan melakukan tinjauan awal kondisi K3 yang meliputi identifikasi potensi bahaya, penilaian dan pengendalian risiko di seluruh area perusahaan.

Penyusunan kebijakan K3 PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon dilakukan melalui proses konsultasi antara pengurus dan wakil pekerja/buruh dengan pernyataan tertulis yang ditandatangani oleh *Head of Unit* yang memuat komitmen dan tekad melaksanakan K3, kerangka dan program kerja yang mencakup kegiatan perusahaan secara menyeluruh yang bersifat umum atau profesional.

PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon menetapkan personil yang mempunyai tanggung jawab, wewenang dan kewajiban secara keseluruhan yang meliputi struktur organisasi, perencanaan, pelaksanaan, prosedur proses dan sumber daya yang dibutuhkan bagi pengembangan penerapan dan pencapaian pengkajian serta pemeliharaan kebijakan K3 yang ditinjau secara berkala dan di evaluasi guna terciptanya tempat kerja yang aman, efektif dan produktif.

### **Perencanaan K3**

#### **1. Rencana Strategi K3**

Penyusunan rencana K3 PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon berdasarkan hasil penelaahan awal yang diidentifikasi dan dievaluasi untuk memastikan tujuan dan sasaran K3 sesuai dengan bahaya potensial dan risiko dimana PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon memiliki pengaruh. Tinjauan bahaya potensial dan risiko dilaksanakan dua kali dalam setahun atau bila terjadi perubahan proses, dan atau perubahan perundang-undangan yang berarti, atau muncul perkembangan unit usaha yang baru. Koordinator tim investigasi dan rekomendasi bertanggung jawab untuk membuat, menyusun dan memeriksa daftar identifikasi bahaya potensial dan evaluasi risiko serta daftar risiko penting K3.

#### **2. Perundang-undangan dan Persyaratan Lainnya**

Perundang-undangan dan persyaratan lainnya yang dapat diterapkan di PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon diidentifikasi dan ditinjau ulang pemenuhannya oleh Manajemen Representatif K3 untuk memastikan komitmen dalam kebijakan K3 terpenuhi. Manajemen PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon menentukan persyaratan K3 lainnya, yang secara umum diterjemahkan sebagai standar atau kode industri, persyaratan K3 dari klien, peraturan K3 internal PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon untuk

diterapkan dalam konteks sistem manajemen K3 perusahaan. Persyaratan perundang-undangan akan ditinjau ulang dalam rangka tinjauan ulang Identifikasi Potensial dan Evaluasi Risiko dalam menanggapi adanya perubahan perundang-undangan atau perubahan proses, atau perubahan perundang-undangan dan pekerjaan atau proyek dengan bidang yang baru.

### 3. Tujuan dan Sasaran K3

PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon membuat tujuan dan sasaran K3 dengan memperhatikan hasil identifikasi bahaya potensial dan evaluasi risiko, peraturan perundang-undangan dengan memperhatikan faktor biaya, teknologi dan sumber daya manusia. Manajemen Representatif dan masing-masing Kepala Departemen bertanggung jawab membuat dan menyusun tujuan dan sasaran K3. *Head of Unit* mengesahkan daftar tujuan dan sasaran K3. Fungsi terkait bertanggung jawab untuk membantu pelaksanaan pencapaian tujuan dan sasaran. Manajer terkait bertanggung jawab untuk memeriksa dan mengkaji ulang tujuan dan sasaran K3.

### 4. Program Manajemen K3

Program Manajemen K3 merupakan penerjemahan dari tujuan dan sasaran K3 yang berisi perencanaan implementasi, personel yang bertanggung jawab. Setiap Departemen dibantu Manajemen Representatif K3 menyusun Program Manajemen K3. *Head of Unit* mengesahkan Program Manajemen K3. Program Manajemen K3 dilaksanakan oleh setiap Departemen terkait dan tingkat pencapaiannya akan dijadikan agenda dalam Tinjauan Manajemen. Manajer terkait bertanggung jawab untuk memeriksa dan mengkaji program manajemen K3 dan melaporkan kemajuan dari program manajemen K3 secara periodik kepada Manajemen Representatif K3.

## **Pelaksanaan rencana K3**

Pelaksanaan rencana K3 dilaksanakan PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon dengan:

### 1. Pengadaan Sumber Daya manusia (SDM)

Prosedur pengadaan SDM dengan membuat prosedur pengadaan secara efektif dengan SDM yang mempunyai sertifikat K3 seperti sertifikat ahli K3 umum dan auditor SMK3.

### 2. Komunikasi K3

Kebijakan K3 dan seluruh prosedur, instruksi kerja dikomunikasikan ke pekerja melalui pelatihan, papan pengumuman K3 dan rapat pengurus P2K3 yang minimal dilakukan satu kali setiap bulan. Manajemen Representatif K3 bertanggung jawab untuk menanggapi komunikasi internal dan eksternal. Saat persyaratan K3 mempengaruhi jasa dan atau produk yang disediakan subkontraktor dan telah diidentifikasi adanya potensi bahaya dan evaluasi risiko, maka komunikasi akan dilakukan dengan pihak subkontraktor dalam proses pengadaan barang dan jasa serta label, peraturan K3, dan lain-lain. Konsultasi antara pekerja dan manajemen dilakukan dalam rapat pengurus rutin P2K3. Kinerja K3 PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon akan dimasukkan dalam laporan kinerja PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon.

### 3. Tanggung Jawab dan Tanggung Gugat

*Head of Unit* PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon menunjuk seseorang sebagai Manajemen Representatif K3 yang mempunyai peran, tanggung jawab dan wewenang untuk, memastikan persyaratan SMK3 dibuat, diterapkan dan dipelihara sesuai standar PP RI No. 50 tahun 2012 serta, melaporkan unjuk kerja SMK3 kepada Direksi sebagai wakil dari PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon dengan pihak eksternal yang berkaitan dengan K3.

### 4. Pelatihan dan Kompetensi Kerja

PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon menyusun dan memelihara prosedur pelatihan yang meliputi identifikasi kebutuhan pelatihan yang dibutuhkan pekerja. Pelatihan dapat dilaksanakan oleh internal PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon atau badan eksternal. Semua pekerja yang dapat menimbulkan risiko penting memperoleh pelatihan yang memadai. Hanya pekerja yang mempunyai ijin dan kompetensi yang dipersyaratkan untuk dapat mengikuti tugas tersebut. Seluruh karyawan PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon akan dilatih mengenai kepedulian terhadap SMK3. Bila dirasa perlu, maka akan dilakukan pelatihan penyegaran (refresh) untuk memelihara kepedulian terhadap K3. Catatan K3 dipelihara dan riwayat pelatihan pekerja selalu diperbarui.

## 5. Sistem Kerja

### 1) Organisasi/Unit yang bertanggung jawab dibidang K3

Direksi PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon membentuk Panitia Pembina Keselamatan dan Kesehatan Kerja (P2K3). Ketua P2K3 adalah seseorang yang ditunjuk oleh *Head of Unit*, Sekretaris P2K3 adalah Ahli K3 Umum atau *HSE Officer* dan Anggota P2K3 merupakan wakil dari pekerja dari setiap bagian,

### 2) Prosedur operasi/kerja, informasi dan pelaporan

PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon membuat dan memelihara prosedur pengendalian operasi terhadap bahaya potensial yang memiliki risiko penting. Setiap manajer, supervisor bertanggung jawab terhadap pelaksanaan prosedur pengendalian operasi. Pengendalian risiko yang dilaksanakan ditetapkan berdasarkan pada hirarki pengendalian. Penempatan pekerja untuk suatu pekerjaan memperhatikan persyaratan perijinan, kompetensi, kesehatan, identifikasi bahaya potensial dan evaluasi risiko.

PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon memberlakukan sistem ijin kerja dan ijin masuk pada pekerja dan daerah-daerah yang teridentifikasi berdasarkan hasil identifikasi bahaya potensial dan evaluasi risiko. Tempat dengan ijin masuk dibuat pengendalian seperti pemberian tanda larangan dan membuat pagar.

PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon menyediakan alat pelindung diri (APD) untuk seluruh pekerja yang membutuhkan sesuai dengan tugas dan bahaya potensial yang teridentifikasi. Pemeliharaan APD merupakan tanggung jawab dari pekerja. Seluruh APD dibuat dalam menilai tempat kerja untuk menentukan jika terdapat bahaya potensial atau yang akan muncul, yang memerlukan penggunaan APD. Pemeliharaan APD dikomunikasikan kepada pekerja yang terkena paparan. APD yang rusak atau tidak efektif dilarang digunakan. Pekerja dapat meminta penggantian APD kepada supervisornya.

Berdasarkan identifikasi bahaya potensial dan evaluasi risiko, pemantauan dan pengukuran, setiap ddaerah yang memiliki risiko penting diberi tanda peringatan K3 sesuai standar yang berlaku. PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon menyediakan layanan yang sesuai dengan standar yang berlaku untuk bekerja.

Untuk mencegah pencemaran lingkungan, Team Lingkungan Hidup melakukan pengukuran dan pengujian NAB, Air Limbah, Kualitas Air Minum dan Air Bawah Tanah. Sedangkan *Team HAZOP* dalam selang waktu terencana melakukan pengujian Bejana Tekanan, Kelayakan Boiler, Kelayakan Alat Angkat dan Angkut (*Lift & Forklift*) serta pemeriksaan APD, Alat Pemadam Api Ringan (APAR) dan isi kotak P3K.

### 3) Pengendalian Dokumen K3

PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon melakukan pengendalian dokumen SMK3 yang meliputi manual SMK3, Prosedur, Instruksi Kerja untuk menjamin bahwa :

- (1) Dokumen ditempatkan pada lokasi yang membutuhkan dan ditentukan
- (2) Dokumen dikaji secara berkala

- (3) Hanya dokumen terbaru yang tersedia diseluruh lokasi yang penting
- (4) Dokumen kadaluarsa segera ditarik atau dimusnahkan dan *master copy*-nya disimpan sebagai catatan sejarah perubahan dokumen.

Direksi PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon bertanggung jawab untuk mengesahkan Manual SMK3. Manajemen Representatif bertanggung jawab untuk mengesahkan prosedur, instruksi kerja dan Form K3.

Masing-masing manajer bertanggung jawab untuk membuat dan mengusulkan pengesahan prosedur, Instruksi Kerja dan Form K3 kepada Manajemen Representatif K3. Prosedur K3 dapat diubah berdasarkan kebutuhan dengan menggunakan penomoran dokumen yang spesifik proyek dengan pengesahan dan Manajemen Representatif K3.

### **Pemantauan dan Evaluasi Kinerja K3**

#### **1. Pemeriksaan, pengujian dan pengukuran**

Prosedur pemeriksaan, pengujian dan pengukuran secara umum meliputi :

##### **1) Catatan pemeriksaan, pengujian dan pengukuran**

Seluruh catatan K3 akan diidentifikasi dan dipelihara, disimpan dalam jangka waktu tertentu. Catatan yang telah disimpan dalam jangka waktu tertentu akan dimusnahkan. Disposisi catatan K3 dilakukan sesuai dengan peruntukan untuk menjaga keserasian, sebagaimana telah diidentifikasi dan diatur oleh Manajemen Respentatif K3.

##### **2) Peralatan dan metode pengujian**

Manajemen Representatif K3 bertanggung jawab untuk kalibrasi dan membuat daftar alat kalibrasi yang berisi status kalibrasi. Kalibrasi dapat dilakukan pihak internal atau pihak eksternal yang terakreditasi atau direkomendasi pemerintah atau rekomendasi pemasok alat.

##### **3) Tindakan perbaikan**

Seluruh pegawai PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon bertanggung jawab untuk melaporkan ketidaksesuaian K3 ataupun potensi ketidaksesuaian kepada Manajemen Representatif K3 untuk dievaluasi dan diambil tindakan yang perlu dilaksanakan. Jika menurut Manajemen Representatif K3 hal tersebut merupakan ketidaksesuaian maka akan muncul laporan ketidaksesuaian yang akan diperhatikan dan diposisikan dan diverifikasi hasil tindak lanjutnya untuk memenuhi persyaratan yang telah ditentukan.

Penyelidikan akan dilakukan untuk setiap kecelakaan, *nearmiss – accident* oleh supervisor bersama dengan Manajemen Representatif K3 untuk kemudian dievaluasi dan dilaporkan kepada Direksi. Setiap tindakan perbaikan dan pencegahan yang diambil akan mempertimbangkan hirarki pengendalian risiko.

##### **4) Penyelidikan**

Seluruh pekerja PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon dan subkontraktor harus melaporkan kecelakaan. Penyelidikan kecelakaan dilakukan untuk setiap kecelakaan, *nearmiss – accident* yang dilakukan oleh supervisor bersama-sama dengan Manajemen Representatif K3. Hasil penyelidikan tersebut dievaluasi oleh P2K3 dan dilaporkan ke Direksi PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon untuk kemudian dilakukan tindakan koreksi dan pencegahan agar kecelakaan atau *nearmiss – accident* tidak terulang lagi.

#### **2. Audit Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja**

Audit Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja dilaksanakan minimum dua kali setahun yang dilaksanakan oleh auditor yang memiliki kriteria tertentu.

Manajemen Representatif K3 akan melaporkan hasil audit Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja dalam rapat tinjauan Manajemen.

## **PEMBAHASAN**

### **Penerapan Penetapan Kebijakan K3**

Dari hasil penelitian diperoleh bahwa secara umum penerapan penetapan Kebijakan K3 di PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon hampir semua kriteria terpenuhi, namun ada beberapa kriteria yang belum terpenuhi sebagai berikut:

1. Penetapan kebijakan K3 belum dijelaskan dan disebarluaskan kepada tamu, kontraktor, pemasok dan pelanggan sedangkan berdasarkan PP No. 50 tahun 2012 lampiran 1 menjelaskan bahwa Penetapan kebijakan K3 harus dijelaskan dan disebarluaskan kepada seluruh pekerja/buruh, tamu, kontraktor, pemasok dan pelanggan. Hal ini terjadi kemungkinan karena masih kurangnya sumber daya manusia dan waktu untuk menjelaskan dan menyebarkan kebijakan K3 tersebut.
2. Perusahaan belum menempatkan organisasi K3 pada posisi yang dapat menentukan keputusan perusahaan sedangkan berdasarkan PP No.50 tahun 2012 lampiran 1 menjelaskan bahwa pengusaha/pengurus menempatkan organisasi K3 pada posisi yang dapat menentukan keputusan perusahaan. Ketua P2K3 dipilih oleh kepala unit yaitu ketua bagian teknik, ketua P2K3 bukan kepala unit itu terjadi kemungkinan karena satu orang memegang satu tanggung jawab. Bila ketua P2K3 kepala unit mungkin organisasi K3 bisa menjadi penentu keputusan perusahaan.
3. Perusahaan belum melakukan penilaian kinerja dan tindak lanjut pelaksanaan K3 sedangkan berdasarkan PP No.50 tahun 2012 lampiran 1 menjelaskan bahwa pengurus atau pengusaha melakukan penilaian kinerja dan tindak lanjut pelaksanaan K3. Hal ini kemungkinan karena kurangnya sumber daya manusia. Menurut Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi Propinsi Jawa Barat Kebijakan K3 disusun dengan mempertimbangkan kinerja K3 sebelumnya, sehingga kebijakan K3 dapat menjadi pedoman dan peningkatan berkelanjutan. Kinerja K3 secara berkala harus dievaluasi melalui kajian manajemen. Dengan demikian, kebijakan K3 juga bersifat dinamis dan harus disempurnakan secara berkala. Perusahaan seharusnya melakukan penilaian kinerja dan tindak lanjut pelaksanaan K3 agar SMK3 berhasil diterapkan dan dikembangkan.<sup>8</sup>
4. Belum diadakan peninjauan ulang secara teratur sedangkan berdasarkan PP No.50 tahun 2012 lampiran 1 menjelaskan bahwa ketentuan tersebut diadakan peninjauan ulang secara teratur. Hal ini kemungkinan karena tindak lanjut belum dilakukan maka tinjauan ulang juga belum dilakukan.

### **Penerapan Perencanaan K3**

Dari hasil penelitian diperoleh bahwa secara umum penerapan perencanaan K3 di PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon hampir semua kriteria terpenuhi, namun ada beberapa kriteria yang belum terpenuhi sebagai berikut:

1. Peraturan perundang-undangan dan persyaratan lain belum disosialisasikan kepada seluruh pekerja/buruh sedangkan berdasarkan PP No.50 tahun 2012 lampiran 1 menjelaskan bahwa peraturan perundang-undangan dan persyaratan lain ditetapkan, dipelihara, diinventarisasi dan diidentifikasi oleh perusahaan disosialisasikan kepada seluruh pekerja/buruh. Hal ini kemungkinan karena perusahaan belum menerapkan peraturan perundangan dan persyaratan lainnya serta kurangnya sumber daya manusia untuk mensosialisasikannya.
2. Rencana K3 belum ditinjau kembali secara teratur sesuai dengan perkembangan sedangkan berdasarkan PP No.50 tahun 2012 lampiran 1 menjelaskan bahwa rencana

K3 yang disusun oleh perusahaan memuat tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan ditinjau kembali secara teratur sesuai dengan perkembangan. Hal ini kemungkinan keterbatasan sumber daya manusia sehingga terjadi *double job*.

Menurut Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi Propinsi Jawa Barat Tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan seharusnya ditinjau kembali secara teratur sesuai dengan perkembangan. Tujuan dan sasaran harus secara rutin ditinjau ulang dan direvisi berdasarkan kinerja yang dihasilkan dengan mengkonsultasikan bersama personil-personil di tempat kerja, profesional dan ahli dibidang K3 perusahaan asuransi dan orang atau kelompok lain.<sup>8</sup>

3. Perusahaan belum menetapkan indikator pencapaian sedangkan berdasarkan PP No.50 tahun 2012 lampiran 1 menjelaskan bahwa perusahaan menetapkan indikator pencapaian ditentukan dengan parameter yang dapat diukur sebagai dasar penilaian kinerja K3 yang sekaligus merupakan informasi mengenai keberhasilan pencapaian tujuan penerapan K3. Hal ini kemungkinan karena rencana tidak ditinjau ulang sehingga perusahaan belum menentukan indikator pencapaian.

Menurut Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi Propinsi Jawa Barat pada saat tujuan dan sasaran ditetapkan, organisasi harus mempertimbangkan untuk menyusun indikator yang akan digunakan dalam pengukuran kinerja K3. Indikator tersebut dapat memberikan informasi mengenai manajemen K3nya serta sistem operasionalnya.<sup>8</sup>

4. Sistem pertanggung jawaban ditetapkan dalam pencapaian tujuan dan sasaran namun belum diterapkan sedangkan berdasarkan PP No.50 tahun 2012 lampiran 1 menjelaskan bahwa sistem pertanggung jawaban ditetapkan dalam pencapaian tujuan dan sasaran sesuai dengan fungsi dan tingkat manajemen perusahaan yang bersangkutan. Hal ini kemungkinan karena peninjauan ulang rencana K3 dan indikator pencapaian belum dilakukan sehingga belum dilaksanakan sistem pertanggungjawabannya.

Menurut Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi Propinsi Jawa Barat Sistem pertanggung jawaban harus ditetapkan dalam pencapaian tujuan dan sasaran sesuai dengan fungsi dan tingkat manajemen perusahaan yang bersangkutan untuk menjamin perencanaan tersebut dapat dilaksanakan. Peningkatan K3 akan efektif apabila semua pihak dalam perusahaan didorong untuk berperan serta dalam penerapan dan pengembangan SMK3, dan memiliki budaya perusahaan yang mendukung dan memberikan kontribusi bagi SMK3.<sup>8</sup>

### **Pelaksanaan Rencana K3**

Dari hasil penelitian diperoleh bahwa secara umum penerapan pelaksanaan rencana K3 di PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon hampir semua kriteria terpenuhi, namun ada beberapa kriteria yang belum terpenuhi sebagai berikut:

1. Perusahaan menunjuk, mendokumentasikan dan belum mengkomunikasikan tanggung jawab dan tanggung gugat dibidang K3 sedangkan berdasarkan PP No.50 tahun 2012 pasal 10 lampiran 1 menjelaskan bahwa perusahaan menunjuk, mendokumentasikan dan mengkomunikasikan tanggung jawab dan tanggung gugat dibidang K3.

Hal ini kemungkinan karena kurangnya sumber daya manusia untuk mensosialisasikan tanggungjawab K3.

Menurut Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi Propinsi Jawa Barat Dalam penyediaan sumber daya manusia, bentuk tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan K3 yang harus dilakukan perusahaan dengan cara menunjuk, mendokumentasikan dan mengkomunikasikan tanggung jawab dan tanggung gugat dibidang K3 untuk menjamin efektifnya pengembangan dan pelaksanaan SMK3.<sup>8</sup>

2. Perusahaan belum mempunyai prosedur untuk memantau dan mengkomunikasikan setiap perubahan tanggung jawab dan tanggung gugat yang berpengaruh terhadap sistem dan program K3 sedangkan berdasarkan PP No.50 tahun 2012 lampiran 1 menjelaskan bahwa Perusahaan mempunyai prosedur untuk memantau dan mengkomunikasikan setiap perubahan tanggung jawab dan tanggung gugat yang berpengaruh terhadap sistem dan program K3. Hal ini kemungkinan karena perusahaan tidak fokus pada unit K3 sehingga perusahaan belum mempunyai prosedur untuk memantau dan mengkomunikasikan setiap perubahan tanggung jawab dan tanggung gugat.
3. Perusahaan mengalokasikan anggaran untuk pelaksanaan K3 belum secara menyeluruh sedangkan berdasarkan PP No.50 tahun 2012 lampiran 1 menjelaskan bahwa perusahaan mengalokasikan anggaran untuk pelaksanaan K3 secara menyeluruh. Belum semua anggaran teralokasi secara menyeluruh hal ini kemungkinan karena keterbatasan anggaran, anggaran dibuat bila ada kebutuhan mendadak namun ada beberapa anggaran dialokasikan rutin seperti masker dan sarung tangan.
4. Prosedur pelaporan eksternal yang ditetapkan belum menangani pelaporan yang dipersyaratkan peraturan perundang-undangan dan pelaporan kepada pemegang saham atau pihak lain yang terkait sedangkan berdasarkan PP No.50 tahun 2012 lampiran 1 menjelaskan bahwa prosedur pelaporan eksternal yang ditetapkan untuk menangani pelaporan yang dipersyaratkan peraturan perundang-undangan dan pelaporan kepada pemegang saham atau pihak lain yang terkait. Perusahaan belum mempunyai prosedur pelaporan informasi tetapi perusahaan tetap melakukan pelaporan kepada pihak pemegang saham/ pihak terkait. Menurut Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi Propinsi Jawa Barat Prosedur pelaporan informasi yang terkait harus ditetapkan untuk menjamin bahwa pelaporan yang tepat waktu dan memantau pelaksanaan SMK3 sehingga kinerjanya dapat ditingkatkan.<sup>8</sup>

### **Pemantauan dan Evaluasi Kinerja K3**

Penerapan Pemantauan dan Evaluasi Kinerja K3 dikategorikan memuaskan, dari 10 kriteria sudah terpenuhi semuanya. Berdasarkan PP No.50 tahun 2012 pasal 14 tentang pemantauan dan evaluasi kinerja K3. Pemantauan dan evaluasi kinerja K3 dilaksanakan diperusahaan meliputi :

1. Pemeriksaan, pengujian dan pengukuran  
PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon melaksanakan pemantauan dan pengukuran karakteristik kunci dari operasi dan kegiatan yang dapat menimbulkan risiko. Pemantauan meliputi pemantauan fisik, kimia, biologis, radiasi, psikologi. Manajemen Representatif K3 bertanggung jawab untuk mengidentifikasi karakteristik kunci yang harus dipantau dan diukur melalui inspeksi K3, dan setiap kegiatan yang dilaksanakan PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon. PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon mengadakan pemeriksaan kesehatan kerja secara rutin pertahun. Pemeriksaan Kesehatan ini berlaku untuk semua tenaga kerja di PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon. Pengukuran sarana operasi dan alat ukur dilakukan oleh pihak eksternal. Alat pengukuran yang digunakan adalah alat yang telah terkalibrasi.
2. Audit internal SMK3  
Audit internal SMK3 harus dilakukan secara berkala untuk mengetahui keefektifan penerapan SMK3. Audit Sistem Manajemen K3 dilaksanakan minimum dua kali setahun yang dilaksanakan oleh auditor yang memiliki kriteria tertentu. Manajemen

Representatif K3 akan melaporkan hasil audit Sistem Manajemen K3 dalam tinjauan Manajemen.

## **SIMPULAN**

1. Penetapan Kebijakan K3 di PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon secara keseluruhan hampir semuanya terpenuhi, namun ada beberapa kriteria yang belum terpenuhi seperti: 1) penetapan kebijakan K3 belum dijelaskan dan disebarluaskan kepada tamu, kontraktor, pemasok dan pelanggan, 2) organisasi K3 belum ditempatkan pada posisi yang dapat menentukan keputusan perusahaan, 3) penilaian kinerja dan tindak lanjut pelaksanaan K3 belum dilakukan, 4) belum diadakan peninjauan ulang secara teratur.
2. Penerapan perencanaan K3 di PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon secara keseluruhan hampir semuanya terpenuhi, namun ada beberapa kriteria yang belum terpenuhi seperti: 1) peraturan perundang-undangan dan persyaratan lain belum disosialisasikan kepada seluruh pekerja/buruh, 2) rencana K3 yang disusun belum memuat tujuan dan sasaran, 3) belum menetapkan indikator pencapaian, 4) sistem pertanggung jawaban ditetapkan namun belum diterapkan.
3. Penerapan Pelaksanaan Rencana K3 di PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon secara keseluruhan hampir semuanya terpenuhi, namun ada beberapa kriteria yang belum terpenuhi seperti: 1) perusahaan belum mengkomunikasikan tanggung jawab K3, 2) perusahaan belum mempunyai prosedur, 3) Perusahaan belum mengalokasikan semua anggaran untuk pelaksanaan K3 secara menyeluruh, 4) belum ditetapkan prosedur pelaporan eksternal.
4. Penerapan Pemantauan dan Evaluasi Kinerja K3 di PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon secara keseluruhan sudah terpenuhi semua.

## **SARAN**

### 1. Bagi PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon

#### 1) Perusahaan agar memperbaiki kriteria yang belum terpenuhi antara lain:

##### (1) Pada Penetapan Kebijakan K3

- Kebijakan K3 agar dijelaskan dan disebarluaskan kepada tamu, kontraktor, pemasok dan pelanggan
- Perusahaan agar menempatkan organisasi K3 pada posisi yang dapat menentukan keputusan perusahaan
- Perusahaan agar melakukan penilaian terhadap kinerja K3
- Peninjauan ulang agar dilakukan secara teratur

##### (2) Pada Perencanaan K3

- Peraturan perundang-undangan dan persyaratan lain yang ada di perusahaan agar disosialisasikan kepada seluruh pekerja/buruh
- Perusahaan agar menetapkan tujuan dan sasaran dalam rencana K3
- Perusahaan agar menetapkan indikator pencapaian
- Sistem pertanggung jawaban di perusahaan agar diterapkan

##### (3) Pada Pelaksanaan Rencana K3

- Perusahaan agar mengkomunikasikan tanggung jawab dan tanggung gugat K3
- Perusahaan agar membuat prosedur untuk memantau dan mengkomunikasikan setiap perubahan tanggung jawab dan tanggung gugat yang berpengaruh terhadap sistem dan program K3
- Anggaran untuk pelaksanaan K3 agar dialokasikan secara menyeluruh
- Perusahaan agar menetapkan prosedur pelaporan eksternal

- 2) Perusahaan agar menambah tenaga kerja khususnya ahli K3 untuk mensosialisasikan dan menjalankan SMK3.
2. Bagi Tenaga Kerja PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon  
Menaati peraturan dan kebijakan K3, dan menerapkan K3 dalam melakukan kegiatannya di perusahaan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Produk Domestik Bruto (GDP). [di akses tanggal 16 Maret 2016]. Diunduh dari: <http://www.ilo.org>
2. Alrasyid H. Analisis kecelakaan kerja, [di akses tanggal 16 maret 2016]. Diunduh dari : <http://www.academia.edu>
3. Anonim. Kecelakaan kerja di Indonesia masih tinggi. [di akses tanggal 15 Mei 2016]. Diunduh dari: <http://www.berita.satu.com>
4. Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi Propinsi Jawa Barat. Peraturan Perundangan dan Pedoman Teknis SMK3. Disnakertrans : Cirebon; 2010
5. Ramli, Soehatman. Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja OHSAS 18001. Jakarta: Dian Rakyat; 2010.
6. Sucipto, Cecep Dani. Keselamatan dan kesehatan kerja. Yogyakarta: Gosyen Publishing;2014
7. Departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi R.I. Modul SMK3 dan Audit SMK3. Jakarta: Depnakertrans; 2014
8. Anonim. Undang-undang ketenagakerjaan. Bandung: Fokus Media;2014
9. Biografi PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk. [di akses tanggal 19 Maret 2016]. Diunduh dari : <http://profil.merdeka.com>
10. Rahimah Azmi D . Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Oleh P2K3 untuk Meminimalkan Kecelakaan Kerja di PT Wijaya Karya Beton Medan Tahun 2008. [di akses tanggal 21 Agustus 2014]. Diunduh dari:<http://www.repository.usu.ac.id>
11. Anonim. Manual SMK3 PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk. Unit Cirebon. Cirebon: PT Japfa Comffed Indonesia Tbk; 2015
12. Anonim. Laporan Audit Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja (SMK3) di PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk Unit Cirebon. Cirebon: PT Japfa Comfeed Indonesia Tbk; 2016
13. Notoatmodjo,soekijo. Metodologi penelitian kesehatan. Jakarta:Rineka Cipta;2010
14. Sugiyono. Metodologi penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D. Bandung: Alfabeta;2014
15. Zainuddin Ali. Metode penelitian hukum. Sinar Grafika:Jakarta ;2009

# FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KUALITAS AIR MINUM SECARA BAKTERIOLOGIS PADA DEPOT AIR MINUM

---

Iis Rosyiah\*Lilis Banowati\*\*

---

## ABSTRAK

Air merupakan kebutuhan vital bagi manusia, pengadaan air minum harus memenuhi persyaratan yang sudah ditetapkan oleh pemerintah. Air minum aman bagi kesehatan apabila memenuhi persyaratan secara fisika, bakteriologis, kimia, dan radioaktif. Air merupakan media penyebar berbagai macam penyakit. Depot air minum merupakan salah satu pengolah air minum dimaksudkan untuk memperbaiki kualitas air sehingga aman dan tidak membahayakan bagi kesehatan masyarakat yang menggunakannya, saat ini yang murah dan mudah diperoleh. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara lokasi kegiatan depot air minum, bangunan depot air minum, sumber air baku depot air minum, alat produksi depot air minum terhadap kualitas air minum secara bakteriologis di Kabupaten Majalengka tahun 2017. Jenis penelitian ini adalah survey dengan pendekatan *cross sectional*. Subyek penelitian ini adalah seluruh Depot air minum di wilayah Kabupaten Majalengka. Jumlah sampel sebanyak 60 depot air minum yang diambil secara *proportional random sampling*. Data diperoleh dengan wawancara dan observasi menggunakan ceklis pemeriksaan depot air minum dan dianalisis secara statistik menggunakan Uji *Chi square* pada tingkat kemaknaan 5% (0,05). Hasil penelitian menunjukkan bahwa lokasi kegiatan depot air minum 56,7% memenuhi syarat, bangunan depot air minum 90 % memenuhi syarat, sumber air baku pada umumnya menggunakan PDAM dan alat produksi depot air minum memenuhi syarat 33%. Hasil uji statistik didapatkan bahwa lokasi kegiatan ( $p = 0,019$ ) dan alat produksi ( $p = 0,000$ ) mempunyai hubungan yang bermakna dengan kualitas air secara bakteriologis pada depot air minum di Kabupaten Majalengka tahun 2017.

**Kata Kunci** : Lokasi kegiatan, Bangunan, Sumber Air Baku, Alat Produksi, dan Kualitas Air Minum Secara Bakteriologis

## ABSTRACT

Water is vital for human needs, provision of drinking water must meet the requirements that are already set by the Government. Safe drinking water for health if it meets the requirements in physics, chemistry, and be bacteriologically radioactive. Water is the medium range of spreaders of the disease. Depot is one of the drinking water processing is intended to improve the quality of the water so it is safe and does not harm to the health of the community that use it, the moment is cheap and easy to obtain. The purpose of this research is to know the relation between the location of the activity depot, depot building drinking water, raw water sources drinking water depot, depot drinking water production tools to the quality of drinking water in be bacteriologically in Kabupaten Majalengka in 2017. Type of this research is a survey with cross sectional approach. The subject of this research is the entire drinking water Depot in Kabupaten Majalengka Area. The number of samples as many as 60 depot drinking water taken in proportional random sampling. The data obtained by interviewing and observations using the depot drinking water inspection checklist and statistically analyzed using Chi square Test on the level of significance of 5% (0.05). The results showed that the location of the depot drinking water activities 56.7% qualified, building depot drinking water 90% qualified, raw water sources in General using TAPS and tool production of qualified drinking water depot 33%. The results of statistical tests is obtained that the location of activity ( $p = 0.019$ ) and production ( $p = 0.000$ ) have a meaningful relationship with water quality in drinking water be bacteriologically at depot in Kabupaten Majalengka in 2017.

**Keywords** : location, activities, buildings, Raw water source, means of production, and the quality of drinking water In be bacteriologically

\*Alumni PSKM STIKes Cirebon Lulus Tahun 2017

\*\* Staf Pengajar Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat STIKes Cirebon

## PENDAHULUAN

Air merupakan suatu sarana utama untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Air merupakan salah satu media dari berbagai macam penularan penyakit, terutama penyakit diare. Penyakit diare dapat ditularkan melalui penyediaan air. Untuk menghindari masuknya bibit penyakit melalui air ke dalam tubuh, maka pengolahan air baik berasal dari sumber, jaringan transmisi atau distribusi mutlak diperlukan. Hal ini untuk mencegah terjadinya kontak antara bakteri sebagai sumber penyakit dengan air.<sup>1</sup>

Dalam peraturan perundang-undangan nomor 16 tahun 2005 tentang Sistem Pengelolaan Air Minum (SPAM), dijelaskan bahwa istilah air bersih tidak digunakan lagi dan digantikan dengan istilah air minum. Beberapa jenis air minum, antara lain : air kemasan, air yang didistribusikan melalui pipa untuk keperluan rumah tangga, air yang didistribusikan melalui tangki air dan air yang digunakan untuk bahan makanan dan minuman yang disajikan kepada masyarakat, dimana harus memenuhi syarat kualitas air minum.<sup>2</sup>

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 492/MENKES/PER/IV/2010 tentang persyaratan air minum, pada pasal 3 ayat 1 dikatakan bahwa air minum harus memenuhi persyaratan fisika, mikrobiologis, kimiawi dan radioaktif. Persyaratan air minum secara Mikrobiologi dikatakan baik apabila air minum yang dipergunakan untuk keperluan rumah tangga memiliki kandungan bakteri *coliform* 0/100 ml sampel air.<sup>3</sup>

Mikroba yang terdapat didalam air dapat merugikan terhadap kesehatan. Bakteri *coliform* merupakan bakteri patogen yang terdapat pada usus manusia atau hewan berdarah panas. Bakteri *coliform* merupakan pencemaran oleh mikroorganisme yang berasal dari tinja manusia maupun kotoran hewan yang berdarah panas. Adapun dampak yang dapat ditimbulkan dari adanya bakteri *coliform* dalam air minum adalah dapat menyebabkan gangguan pencernaan seperti diare dan muntaber. Kehadiran bakteri *coliform* berpengaruh terhadap kesehatan manusia.<sup>4</sup>

Survei demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2014, 15,5% anak balita meninggal karena diare. Menurut *World Health Organization* (WHO), 94% kasus diare yang diakibatkan oleh bakteri *Escherichia Coli* (*E.Coli*), dapat dicegah dengan meningkatkan akses air bersih, sanitasi, perilaku higienis, dan pengolahan air minum skala rumah tangga.<sup>2</sup>

Pemeriksaan sampel air minum secara bakteriologis dari depot air minum di Kabupaten Majalengka dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan sekali sesuai dengan Instruksi Bupati Majalengka nomor : 443.52/1630/Diskes tanggal 11 april 2003 tentang Pengawasan Kualitas Air Minum dimana jumlah target pemeriksaan sampel air minum dari depot air minum sebesar 100% (seluruh sampel air dari depot air minum diperiksa) dan jumlah target sampel yang memenuhi syarat kesehatan sebesar 100%.<sup>5</sup>

Sampel air minum dikatakan memenuhi syarat kesehatan secara mikrobiologi apabila jumlah bakteri *e.coli* dan Total Bakteri *Coliform*-nya 0 (nol) per jumlah 100 ml sampel dengan kata lain tidak ditemukannya bakteri *e.coli* dalam sampel dengan kategori kelas A.<sup>3</sup>

Berdasarkan hasil pemeriksaan tahun 2013, ditemukan 162 depot dari 299 depot air minum di Kabupaten Majalengka tercemar oleh bakteri *coliform* dan 5,21% tercemar oleh *coli* tinja. Hal ini disebabkan pencemaran air baku, lemahnya sistem filtrasi dan sistem transportasi untuk mengangkut air dari sumber menuju depot air minum, disisi lain akibat dari perilaku dan pengetahuan pedagang dalam mengemas air minum.<sup>6</sup>

Menurut penelitian tahun 2015, dari 5 depot air minum di Majalengka yang tercemar bakteri *coli* pada sampel air dari galon, ada indikasi bahwa ada perbedaan dalam karakteristik air baku, teknologi produksi atau proses operasi dan pemeliharaan yang diterapkan di depot air minum isi ulang. Keadaan higiene sanitasi tempat bangunan dan proses pengolahan kurang memenuhi syarat kesehatan dapat menjadi sumber keberadaan bakteriologis dan kontaminasi bahan kimia pada depot air minum isi ulang. Hasil pemeriksaan periode triwulan

III dari 429 depot yang berada di Kabupaten Majalengka terdapat 103 depot air minum yang memenuhi syarat kesehatan. Ini menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara higiene sanitasi dan kualitas bakteriologis.<sup>7</sup>

Berdasarkan data-data tersebut di atas, keberadaan bakteri *e.coli* pada air minum isi ulang dan adanya kontaminasi bahan kimia pada depot air minum isi ulang diakibatkan karena pencemaran air baku, lemahnya sistem filtrasi dan sistem transportasi untuk mengangkut air dari sumber menuju depot air minum, disisi lain akibat dari perilaku dan pengetahuan pedagang dalam mengemas air minum serta keadaan higiene sanitasi tempat bangunan dan proses pengolahan kurang memenuhi syarat kesehatan.<sup>7</sup>

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas air minum secara bakteriologis pada depot air minum di Kabupaten Majalengka tahun 2017.

## METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian yang digunakan adalah penelitian penjelasan (*explanatory research*), dengan pendekatan *cross sectional*. Variabel bebas dalam penelitian ini adalah lokasi kegiatan depot air minum, bangunan depot air minum, sumber air baku depot air minum dan alat produksi depot air minum. Variabel terikat dari penelitian ini adalah kualitas air secara bakteriologis pada depot air minum. Populasi pada penelitian ini adalah semua sampel air dari depot air minum di Kabupaten Majalengka pada pemeriksaan sampel periode triwulan IV tahun 2016 yaitu sebanyak 336 sampel air. Sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 60 sampel air, sampel dipilih dengan cara pengambilan sampel secara acak sederhana (*simple random sampling*). Instrumen penelitian atau perangkat yang digunakan untuk mengungkapkan data penelitian ini adalah *checklist*. *Checklist* yang digunakan dalam penelitian ini diambil dari *checklist* Pedoman Pengawasan Higiene Sanitasi Depot Air Minum yang diterbitkan oleh Seksi Penyehatan Lingkungan Tempat-Tempat Umum dan Industri (TTU & I) Sub Dinas Penyehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Barat Tahun 2004 yang merupakan penjabaran dari Pedoman Pengawasan Higiene Sanitasi Depot Air Minum Direktorat Penyehatan Air dan Sanitasi kerjasama WHO dan Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2003.

## HASIL PENELITIAN

### Lokasi kegiatan depot air minum

Tabel 1. Distribusi Depot Air Minum Berdasarkan Lokasi Kegiatan

Lokasi kegiatan	Frekuensi	%
Tidak memenuhi syarat	26	43,3
Memenuhi syarat	34	56,7
Jumlah Total	60	100

Dari tabel 1 terlihat bahwa lokasi kegiatan depot yang memenuhi syarat sebanyak 34 depot air minum (56,7%).

### Keadaan bangunan depot air minum

Tabel 2. Distribusi Depot Air Minum Berdasarkan Keadaan Bangunan

Bangunan Depot	Frekuensi	%
Tidak memenuhi syarat	6	10
Memenuhi syarat	54	90
Jumlah Total	60	100

Dari tabel 2 terlihat bahwa bangunan depot yang memenuhi syarat sebanyak 54 depot air minum (90%).

### Sumber air baku depot air minum

Tabel 3. Distribusi Depot Air Minum Berdasarkan Sumber Air Baku

Sumber air baku	Frekuensi	%
Tidak memenuhi syarat	9	15
Memenuhi syarat	51	85
Jumlah Total	60	100

Dari tabel 3. terlihat bahwa sumber air baku yang memenuhi syarat sebanyak 51 depot air minum (85%).

### Alat produksi depot air minum

Tabel 4. Distribusi Depot Air Minum Berdasarkan Alat Produksi

Alat Produksi Depot	Frekuensi	%
Tidak memenuhi syarat	27	45
Memenuhi syarat	33	55
Jumlah Total	60	100

Dari tabel 4. terlihat bahwa sumber air baku yang tidak memenuhi syarat sebanyak 33 depot air minum (55%).

### Kualitas air secara bakteriologis

Tabel 5. Distribusi Depot Air Minum Berdasarkan Kualitas Air Minum Secara Bakteriologis

Kualitas air minum secara bakteriologis	Frekuensi	%
Tidak memenuhi syarat	15	25
Memenuhi syarat	45	75
Jumlah Total	60	100

Dari tabel 5. terlihat bahwa kualitas air minum yang memenuhi syarat sebanyak 45 depot air minum (75%).

### Hubungan variabel independen dengan kualitas air minum secara bakteriologis pada depot air minum

Berdasarkan tabel 6 hasil uji statistik menunjukkan bahwa terdapat 2 (dua) variabel independen yang mempunyai hubungan bermakna yang mempunyai nilai  $p < 0,05$  dengan variabel dependen, yang terdiri dari variabel lokasi kegiatan depot air minum dan alat produksi depot air minum.

Tabel 6. Hubungan variabel independen dengan kualitas air minum secara bakteriologis pada depot air minum di Kabupaten Majalengka tahun 2017

Variabel Independen	Kualitas Air Minum Secara Bakteriologis		Jumlah	P value
	Tidak memenuhi syarat	Memenuhi syarat		
<b>Lokasi kegiatan</b>				
1. Tidak memenuhi syarat	19 (73,1%)	7 (26,9%)	26 (100%)	<b>0,002</b>
2. Memenuhi syarat	14 (41,2%)	20 (58,8%)	34 (100%)	
<b>Bangunan depot</b>				
1. Tidak memenuhi syarat	4 (66,7%)	2 (33,3%)	6 (100%)	0,634
2. Memenuhi syarat	29(53,7%)	25 (46,3%)	54 (100%)	
<b>Sumber air baku</b>				
1. Tidak memenuhi syarat	5 (55,6%)	4 (44,4%)	9 (100%)	0,095
2. Memenuhi syarat	28 (54,9%)	23 (45,1%)	51 (100%)	
<b>Alat produksi</b>				
1. Tidak memenuhi syarat	24 (89,9%)	3 (11,1%)	27 (100%)	<b>0,000</b>
2. Memenuhi syarat	9 (27,3%)	24 (72,7%)	33 (100%)	

## PEMBAHASAN

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 492/MENKES/PER/IV/2010 tentang persyaratan air minum, pada pasal 3 ayat 1 dikatakan bahwa air minum harus memenuhi persyaratan fisika, mikrobiologis, kimiawi dan radioaktif. Persyaratan air minum secara Bakteriologi dikatakan baik apabila air minum yang dipergunakan untuk keperluan rumah tangga memiliki kandungan bakteri *coliform* 0/100 ml sampel air.<sup>3</sup>

Dengan kemajuan teknologi, maka masyarakat dalam memenuhi kebutuhan air minum dalam bentuk kemasan karena selain praktis air minum ini dianggap lebih higienis. Produksi air minum dalam kemasan biasanya dilakukan industri besar dengan melalui proses secara otomatis dan disertai dengan pengujian kualitas mikrobiologi yang telah memenuhi syarat, akan tetapi lama kelamaan masyarakat merasakan air minum dalam kemasan semakin mahal. Saat ini masyarakat mulai beralih pada air minum yang berasal dari depot isi ulang, dikarenakan air minum isi ulang harganya lebih murah dibanding air minum kemasan. Dalam mengisi air minum isi ulang masyarakat mengisi galon yang dibawanya ke depot air minum, akan tetapi banyak masyarakat yang masih meragukan kualitas air minum isi ulang tersebut karena belum ada informasi yang lebih jelas baik dari segi proses pengolahan depot air minum, perizinan maupun peraturan kelaikan air minum isi ulang dan pengawasan terhadap depot tersebut.<sup>8</sup>

Pengolahan air minum dilakukan tergantung dari kualitas air baku yang digunakan baik pengolahan sederhana sampai dengan pengolahan yang kompleks. Pengolahan air baku ini dimaksudkan untuk memperbaiki kualitas air sehingga aman dan tidak membahayakan bagi kesehatan masyarakat yang menggunakannya.<sup>2</sup>

Menurut Pedoman dan Pengawasan Higiene Sanitasi Depot Air Minum kerjasama antara WHO dan Departemen Kesehatan RI tahun 2003, bahwa faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas air minum secara bakteriologis itu terdiri dari lokasi kegiatan, bangunan, sumber air baku, tandon air baku, alat produksi, proses pengemasan, sarana pelengkap, manajemen mutu, pengendalian mutu, pengawasan kebersihan dan PHBS karyawan.<sup>3</sup>

### **Hubungan antara lokasi kegiatan dengan kualitas air minum secara bakteriologis**

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa persentase lokasi kegiatan depot yang MS lebih banyak dibandingkan dengan yang TMS dengan hasil uji *chi square* nilai  $p = 0,002$  ( $p < 0,05$ ). Secara statistik menunjukkan ada hubungan antara lokasi kegiatan dengan kualitas air minum secara bakteriologis.

Hal ini sesuai dengan penelitian Paulina Aziz di Kota Pekanbaru tahun 2008, bahwa lokasi depot air minum harus terbebas dari pencemaran yang berasal dari debu sekitar depot, daerah tempat pembuangan sampah, tempat penumpukan sampah, tempat penumpukan barang bekas, tempat bersembunyi/berkembangbiak serangga, binatang kecil, pengerat serta tempat yang kurang baik system pembuangan air.<sup>9</sup>

Menurut Pedoman Pengawasan Higiene Sanitasi Depot Air Minum persyaratan lokasi kegiatan depot itu harus jauh dari daerah tergenang air dan rawa, tempat pembuangan kotoran dan sampah, penumpukan barang-barang bekas atau bahan berbahaya dan beracun dan daerah lain yang diduga dapat menimbulkan pencemaran terhadap air minum, perusahaanlain yang menimbulkan pencemaran, seperti bengkel cat las, kapur, asbes dan sejenisnya serta harus jauh dari tempat pembuangan kotoran (tinja) umum, terminal bus, atau daerah padat pencemaran lainnya. Harus ada pekarangan cukup luas untuk parkir kendaraan, permukaan rapat air dan cukup miring dan kebersihan terjaga bebas dari kegiatan lain.<sup>6</sup>

Berdasarkan penelitian lokasi kegiatan depot sebagian besar berada dekat dengan sumber pencemar antara lain bengkel, pasar, selokan yang dapat mempengaruhi kualitas air minum secara bakteriologis. Karena itu maka penulis berasumsi bahwa lokasi kegiatan depot dapat berpengaruh terhadap kualitas air minum secara bakteriologis.

### **Hubungan antara bangunan dengan kualitas air minum secara bakteriologis**

Dari hasil uji beda proporsi dengan *chi square* (nilai  $p = 0,634$ ) ternyata tidak ada hubungan antara bangunan depot dengan kualitas air minum secara bakteriologis. Dengan demikian hipotesis yang menyatakan ada hubungan antara bangunan dan kualitas air minum secara bakteriologis tidak didukung dengan data. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Galih Wahyu di Kabupaten Jember tahun 2007 bahwa variabel bangunan depot memenuhi syarat sebesar 81,70% dengan menggunakan uji *chi square* diketahui tidak ada hubungan yang signifikan antara sanitasi bangunan dengan kualitas bakteriologi (mikrobiologi).<sup>10</sup>

Hasil ini berbeda dengan penelitian Sri Malem di Kota Medan tahun 2009 yang menyatakan bahwa keadaan higiene sanitasi tempat bangunan yang kurang memenuhi syarat kesehatan dapat menjadi sumber keberadaan bakteriologi (mikrobiologi) dan kontaminasi bahan kimia pada depot air minum.<sup>7</sup>

Sebagian besar bangunan depot air minum sudah memenuhi persyaratan sesuai dengan persyaratan depot air minum, hal ini tidak terlepas dari peran serta petugas sanitarian puskesmas yang sentiasa memberikan penyuluhan dan tindakan yang tegas sesuai peraturan pada saat pengambilan dan pengiriman sampel juga peranan pengurus ASPADA di Kabupaten Majalengka yang selalu rutin mengadakan pertemuan untuk peningkatan pengetahuan para pemilik atau pengelola depot air minum.

### **Hubungan antara sumber air baku dengan kualitas air minum secara bakteriologis**

Dari hasil penelitian didapat nilai  $p = 0,095$  ( $p > 0,05$ ) artinya tidak ada hubungan antara sumber air baku dengan kualitas air minum secara bakteriologis. Dengan demikian tidak terbukti hipotesis yang menyatakan ada hubungan antara sumber air baku dengan kualitas air minum secara bakteriologis.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Pitoyo tahun 2007 yang mengatakan bahwa ada beberapa penyebab air minum terkontaminasi diantaranya bersumber dari air

baku, wadah tempat distribusi tidak memenuhi standar higiene dan sanitasi depot air minum.<sup>11</sup> Sedangkan menurut Sri Malem dalam penelitiannya melaporkan bahwa berdasarkan uji statistik tidak ada perbedaan yang bermakna antara parameter kualitas air pada sampel air dari mobil tanki, air baku dan air galon dari semua parameter kualitas air.<sup>7</sup>

Dari hasil penelitian di atas dapat diasumsikan bahwa sumber air baku yang banyak digunakan responden adalah PDAM yang sudah mendapat rekomendasi dari dinas kesehatan atau instansi yang berwenang sesuai dengan standar persyaratan yang telah ditentukan.<sup>12</sup> Masih ada depot air minum yang masih menggunakan sumber air baku berasal dari sumur pompa atau sumur gali, karena pengolahannya sesuai prosedur maka hasil pemeriksaan terhadap sampel air minum memenuhi syarat.

### **Hubungan antara alat produksi dengan kualitas air minum secara bakteriologis**

Analisis hubungan antara alat produksi dengan kualitas air minum secara bakteriologis, mengungkapkan hasil bahwa depot air minum yang mempunyai alat produksi yang memenuhi syarat lebih banyak dibanding dengan yang tidak memenuhi syarat.

Hasil uji statistik menunjukkan nilai  $p = 0,000$  ( $p < 0,05$ ), hal ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara alat produksi dengan kualitas air minum secara bakteriologis, dengan demikian hipotesis menyatakan ada hubungan antara alat produksi dengan kualitas air minum secara bakteriologis didukung oleh data. Hal ini sesuai dengan penelitian Pitoyo tahun 2007 yang menyatakan bahwa penyebab air minum terkontaminasi diantaranya karena proses filtrasi dan desinfeksi dengan teknologi yang rendah.<sup>11</sup> Menurut survey yang dilakukan Suklan tahun 2010 ditemukan bahwa 96 depot dari 1200 depot tersemar oleh bakteri coliform hal ini disebabkan oleh lemahnya sistem filtrasi dan sistem transportasi untuk mengangkut air dari sumber menuju depot air minum.<sup>13</sup>

Alat produksi yang digunakan harus memiliki sertifikat SNI atau ISO. Dengan persyaratan filter antara lain terbuat dari bahan yang mudah pemeliharaannya, wadah tabung filter harus dari bahan *food grade*. Tandon air hasil filtrasi harus terlindung dari jaman serangga dan tikus serta tidak menjadi tempat perindukan nyamuk (jentik) dan terbuat dari bahan yang tidak dapat melepaskan zat-zat beracun ke dalam air seperti *food grade stainless steel* dan wadah berlapis *polycarbonate* atau *poly-vinyl-carbonate*.<sup>14</sup>

Mikro filter untuk penyaringan air bersih yang kedua agar bakteri, virus dan partikel halus lainnya dapat tersaring dengan baik dan memiliki indikator untuk kepentingan pemantauan dan perbaikan. Desinfeksi tidak menimbulkan dampak radioaktif yang membahayakan bagi kesehatan masyarakat serta harus mampu membunuh kuman pathogen dalam air minum, tetapi tidak menimbulkan perubahan struktur pada air minum. Pompa dan pipa penyalur terbuat dari bahan yang tidak dapat melepaskan zat-zat beracun ke dalam air seperti *food grade stainless steel* dan wadah berlapis *polycarbonate* atau *poly-vinyl-carbonate* dan dianjurkan untuk menggunakan peralatan yang tembus pandang sehingga mudah dilakukan pemantauan.<sup>14</sup>

Dari hasil penelitian diketahui bahwa sebagian besar depot menggunakan filter yang tidak berlisensi (ISO atau SNI) serta bahan wadah tabung filter tidak terbuat dari *food grade stainless steel*, sedangkan desinfeksi (Ultra violet atau Ozon) sebagian besar tidak selalu menyala (*standby*) hanya pada saat beroperasi saja seharusnya desinfeksi *standby* dengan lampu indikator yang selalu menyala. Dengan asumsi ini dapat disimpulkan bahwa alat produksi yang memenuhi syaratakan mempengaruhi kualitas secara bakteriologis yang memenuhi syarat pula.

### **KESIMPULAN**

1. Lokasi kegiatan depot air minum yang memenuhi syarat adalah sebanyak 56,7%.
2. Bangunan depot air minum yang memenuhi syarat adalah sebanyak 90%.

3. Sumber air baku depot air minum yang memenuhi syarat adalah sebanyak 85%.
4. Alat produksi depot air minum yang memenuhi syarat adalah sebanyak 55%.
5. Kualitas air minum secara bakteriologis pada depot air minum di Kabupaten Majalengka tahun 2017 yang memenuhi syarat sebanyak 45 depot air minum (75%) dan tidak memenuhi syarat 15 depot air minum (25%).
6. Ada hubungan antara lokasi kegiatan dengan kualitas air minum secara bakteriologis pada depot air minum di Kabupaten Majalengka tahun 2017, berdasarkan uji statistik *chi square* dengan nilai  $p = 0,002$  ( $p \text{ value} < 0,05$ ).
7. Tidak ada hubungan antara bangunan depot dengan kualitas air minum secara bakteriologis pada depot air minum di Kabupaten Majalengka tahun 2017, berdasarkan uji statistik *chi square* didapat nilai  $p = 0,634$  ( $p \text{ value} > 0,05$ ).
8. Tidak ada hubungan antara sumber air baku depot dengan kualitas air minum secara bakteriologis pada depot air minum di Kabupaten Majalengka tahun 2017, berdasarkan uji statistik *chi square* didapat nilai  $p = 0,095$  ( $p \text{ value} > 0,05$ ).
9. Ada hubungan antara alat produksi depot dengan kualitas air minum secara bakteriologis pada depot air minum di Kabupaten Majalengka tahun 2017, berdasarkan uji statistik *chi square* dengan nilai  $p = 0,000$  ( $p \text{ value} < 0,05$ ).

## **SARAN**

### **Akademik**

1. Bagi ilmu pengetahuan, dapat dijadikan sebagai pembendaharaan ilmu pengetahuan dan kepustakaan di bidang penyediaan air minum.
2. Menambah pengetahuan penulis dalam melaksanakan penelitian khususnya tentang hubungan antara lokasi kegiatan depot, bangunan depot, air baku dan alat produksi depot dengan kualitas air minum secara bakteriologis pada depot air minum di Kabupaten Majalengka Tahun 2017.

### **Praktis**

1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka  
Pengawasan dan pembinaan yang terus menerus dari Dinas kesehatan maupun puskesmas setempat kepada pengelola depot terutama untuk persyaratan teknis depot air minum.
2. Bagi pemilik atau pengelola depot air minum  
Disarankan agar mengadakan pengawasan implementasi sertifikasi laik higiene sanitasi dengan memodifikasi lingkungan sesuai persyaratan, dan tindakan penegakan peraturan, dengan maksud :
  - (1) Menjaga kualitas air minum secara teratur menjamin keamanan produk bagi konsumen;
  - (2) Menjaga kualitas sarana bangunan, produksi dan kualitas sumber air baku serta kualitas alat pengangkutan air baku dengan cara melakukan pemeliharaan dan penggantian sarana secara rutin.
3. Perlu dilakukan penelitian lanjutan dengan memakai desain kasus kontrol, kohort atau studi eksperimental dengan mencoba variabel bebas yang lain.

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. C Totok Sutrisno, dkk. Teknologi Penyediaan Air Bersih. Edisi Baru, cetakan ke 6. Jakarta; Rineka Cipta; 2006.
2. Yance Warman, S.Ked. Pengawasan Kualitas Air Minum Isi Ulang oleh Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru Tahun 2008. Fakultas Kedokteran Universitas Riau. 5 September 2008. [Diakses tanggal 22 Desember 2016]. Tersedia dari Posted on September 5, 2008

3. Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 492/ MENKES/ PER/ IV/ 2010 tentang Persyaratan Kualitas Air Minum, Jakarta; 2010
4. Edi Suriaman dan Juwita, Uji Kualitas Air. Universitas Islam Negeri Malang. 2008. [Diakses tanggal 22 Desember 2016]. Tersedia dari [www.scribd.com](http://www.scribd.com)
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka, Surat Edaran Bupati Majalengka nomor 443.52/ 1630/ Diakses tertanggal 11 April 2003 tentang Pengawasan Kualitas Air Minum. Majalengka; 2003
6. Bambang Suprihatin, Hubungan Higiene Sanitasi Depot terhadap kualitas bakteriologis air minum isi ulang. Skripsi. Surabaya: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga; 2007
7. Sri Malem Indirawati, Analisis Higiene Sanitasi dan Kualitas Air Minum Isi Ulang (AMIU) berdasarkan Sumber Air Baku pada Depot Air Minum di Kota Medan. Tesis. Medan. Sekolah Pasca Sarjana Universitas Sumatera Utara; 2009
8. Shofyan Zuhri, Pemeriksaan Mikrobiologis Air Minum Isi Ulang Di Kecamatan Jebres Kota Surakarta Tahun 2009. Skripsi. Surakarta: Fakultas Farmasi Universitas Muhammadiyah; 2009
9. Paulina Aziz, Kajian Kualitas Air Minum Isi Ulang di Kota Pekanbaru. Jurnal penelitian Teroka Riau. 2008; vol.VIII no. 4 September, 46-59
10. Wahyu Galih, Analisis Higiene Kualitas Air Minum Berdasarkan Bangunan di Kabupaten Jember; 2007
11. Pitoyo, Kualitas Air Minum Secara Bakteriologis; 2007
12. Dinas Kesehatan Kabupaten Majalengka, Evaluasi Penyehatan Lingkungan Tahun 2015. Majalengka; 2015. 11-17
13. Suklan, Hasil Survey Terhadap Depot Air Minum. Jakarta; 2011
14. Departemen Kesehatan Propinsi Jawa Barat, Pedoman Pengawasan Hygiene Sanitasi Depot Air Minum, Seksi Penyehatan Lingkungan TTU & I Dirjen P2PL Kementerian Kesehatan, Bandung; 2010

# HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP DENGAN PENGGUNAAN ALAT PELINDUNG DIRI (APD) PADA TENAGA KERJA BAGIAN JARING

---

Endang Nur Amaludin\* Suzana Indragiri\*\*

---

## ABSTRAK

Sumberdaya manusia sebagai tenaga kerja tidak lepas dari masalah-masalah yang berkaitan dengan keselamatan dalam bekerja yang langsung berhubungan dengan peralatan dan mesin untuk menunjang proses produksi. Penggunaan berbagai alat dan mesin ini menyebabkan tenaga kerja tidak akan terlepas dari resiko yang menyangkut keselamatan dan kesehatan kerja. Risiko ini dapat menimpa tenaga kerja kapan dan dimana saja, sehingga membutuhkan perhatian khusus dari berbagai pihak yang berkaitan seperti pengusaha, tenaga kerja dan perusahaan. Perusahaan yang mempekerjakan tenaga kerja dan mempunyai potensi bahaya yang ditimbulkan oleh proses produksi yang dapat mengakibatkan kecelakaan kerja seperti peledakan, kebakaran, pencemaran dan penyakit akibat kerja, wajib menerapkan keselamatan dan kesehatan kerja. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap dengan penggunaan APD pada tenaga kerja bagian jaring di PT. Arteria Daya Mulia (ARIDA) Cirebon. Metode penelitian yang dilakukan adalah deskriptif analitik dengan pendekatan yang bersifat studi *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh tenaga kerja bagian jaring sebanyak 222 tenaga kerja, jumlah sample 89 tenaga kerja yang dipilih berdasarkan metode *proporsional random sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan pengisian kuesioner, metode pengolahan data dengan menggunakan wawancara analisa data dengan menggunakan uji statistik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa berdasarkan uji statistik (*Chi-Square*) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan penggunaan alat pelindung diri (APD) nilai *P value* = 0,946, dan ada hubungan antara sikap dengan penggunaan alat pelindung diri (APD) nilai *P value* = 0,000, pada tenaga kerja bagian jaring PT. Arteria Daya Mulia (ARIDA) Cirebon Tahun 2016.

**Kata Kunci** : Pengetahuan, sikap, penggunaan alat pelindung diri

## ABSTRACT

Human resources as labor can not be separated from issues relating to safety in work directly related to the equipment and machinery to support the production process. The use of various tools and machinery have led to labor will not be separated from the risks relating to occupational safety and health. This risk can override the workforce anytime and anywhere, thus requiring special attention from various parties associated as employers, labor and business. Companies that employ workers and have the potential dangers posed by the production process that can cause accidents such as explosions, fires, pollution and occupational diseases, shall implement occupational safety and health. This study aims to determine the relationship of knowledge and attitudes to the use of PPE in the labor section nets in PT. Arteria Daya Mulia (ARIDA) Cirebon. The research method is descriptive analytic approach that is both cross-sectional study. The population in this study is a part of the net the entire workforce of 222 workers, the number of workers 89 samples were selected based on proportional random sampling method. Data were collected by questionnaires, data processing method using interview data analysis using statistical tests. The results showed that, based on statistical tests (*Chi-Square*) shows that there is no relation between knowledge and the use of personal protective equipment (PPE) *P value* = 0.946, and there is a relationship between attitudes to the use of personal protective equipment (PPE) *P value* = 0,000, the labor section nets PT. Arteria Daya Mulia (ARIDA) Cirebon 2016.

**Keywords** : knowledge, attitude, use of personal protective equipment

\* Alumni PSKM STIKes Cirebon Lulus Tahun 2016

\*\* Staf Pengajar Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat STIKes Cirebon

## PENDAHULUAN

Di era globalisasi dan pasar bebas *World Trade Organization* (WTO) yang akan berlaku tahun 2020 mendatang, keselamatan dan kesehatan kerja merupakan salah satu prasyarat yang ditetapkan dalam hubungan ekonomi perdagangan barang dan jasa antar negara yang harus dipenuhi oleh seluruh negara anggota, termasuk bangsa Indonesia.<sup>1</sup>

Perusahaan yang mempekerjakan tenaga kerja dan mempunyai potensi bahaya yang ditimbulkan oleh proses produksi yang dapat mengakibatkan kecelakaan kerja seperti peledakan, kebakaran, pencemaran dan penyakit akibat kerja, wajib menerapkan keselamatan dan kesehatan kerja. Berdasarkan PERMNAKER 05/MEN/1996 dan mengacu pada undang-undang No. 1 tahun 1970 tentang keselamatan dan kesehatan kerja, perlindungan tenaga kerja dari bahaya kecelakaan dan penyakit akibat kerja maupun akibat lingkungan kerja.<sup>2</sup>

Berdasarkan data dari *Internasional Labour Organization* (ILO) tahun 2015 mencatat, setiap hari terjadi sekitar 6000 kecelakaan, kecelakaan kerja mengakibatkan korban fatal di dunia. Di Indonesia, ada 20 kasus kecelakaan dialami para buruh dari setiap 100 ribu tenaga kerja, dan 30 persen terjadi sektor konstruksi.<sup>3</sup>

Angka kecelakaan kerja di Indonesia masih tinggi. Mengutip dari data Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan hingga akhir 2015 telah terjadi kecelakaan kerja sebanyak 105.182 kasus. Sementara untuk kasus kecelakaan berat yang mengakibatkan kematian tercatat sebanyak 2.375 kasus dari total jumlah kecelakaan kerja.<sup>3</sup>

Berdasarkan data laporan kecelakaan kerja dari dinas tenaga kerja dan transmigrasi (Disnakertrans) Kabupaten Cirebon pada tahun 2014 tercatat terjadi kasus kecelakaan kerja dengan korban meninggal 4 orang, 11 orang luka ringan, 185 orang luka sedang dan luka berat 10 orang.<sup>4</sup>

Hal terbesar yang menjadi penyebab kecelakaan kerja yaitu perilaku yang tidak aman dan kondisi lingkungan yang tidak aman, berdasarkan data dari Biro Pelatihan Tenaga Kerja (BPTK), penyebab kecelakaan yang sering terjadi sampai saat ini diakibatkan oleh perilaku yang tidak aman, antara lain disebabkan tidak hati-hati, tidak mematuhi peraturan, tidak mengikuti standar prosedur kerja, tidak memakai Alat Pelindung Diri (APD) dan kondisi badan yang lemah.

Efisiensi dan efektivitas kerja karyawan dapat dicapai dengan meningkatkan pengetahuan karyawan, keahlian karyawan, dan sikap karyawan terhadap tugas-tugasnya. Dengan adanya peningkatan pengetahuan, keahlian dan sikap terhadap tugas maka diharapkan akan mengubah perilaku guna mendapatkan produktivitas yang tinggi.<sup>5</sup>

Penggunaan alat pelindung diri merupakan tahap terakhir dari metode pengendalian kecelakaan maupun penyakit akibat kerja. Meskipun demikian, penggunaan alat pelindung diri akan menjadi sangat penting apabila pengendalian secara teknis dan administrasi telah dilakukan secara maksimal namun potensi tergolong tinggi. Besarnya manfaat dari penggunaan alat pelindung diri ini pada saat bekerja tidak menjamin semua pekerja akan memakai karena ternyata masih banyak pekerja juga yang tidak menggunakannya. Alat pelindung diri sudah lazim digunakan oleh pekerja namun pada kenyataan belum semua pekerja menggunakan sebagaimana seharusnya. Keefektifan penggunaan alat pelindung diri adalah terbentur dari tenaga kerja sendiri. Banyak faktor yang mempengaruhi perilaku pekerja sehingga tidak menggunakan alat pelindung diri yang telah disediakan oleh perusahaan antara lain kedisiplinan dalam menggunakan alat pelindung diri selain itu juga sikap tenaga kerja yang masih merasa tidak nyaman dalam menggunakan alat pelindung diri (APD). Dengan menggunakan alat pelindung diri (APD) pada waktu bekerja maka kemungkinan untuk terjadi kecelakaan menjadi kecil. Oleh karena itu alat pelindung diri (APD) harus diperhatikan oleh semuanya baik oleh tenaga kerja maupun oleh perusahaan.<sup>6</sup>

Tujuan penelitian ini adalah ingin mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap dengan penggunaan APD pada tenaga kerja bagian jaring di PT. Arteria Daya Mulia (ARIDA) Cirebon.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian penjelasan (*Explanatory Research*) menggunakan metode *survey* dengan pendekatan *cross-sectional*. Variabel independennya adalah pengetahuan dan sikap, dan variabel dependennya adalah penggunaan alat pelindung diri. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh tenaga kerja bagian jaring di PT. Arteria Daya Mulia (ARIDA) Cirebon sebanyak 222 tenaga kerja diambil dari data pada bulan Juni tahun 2016. Pengambilan sample dengan *Proporsional random sampling* dan didapatkan jumlah sampel sebesar 89 responden.

## HASIL PENELITIAN

### Analisis Univariat

#### Pengetahuan

Tabel 1. Distribusi frekuensi responden berdasarkan pengetahuan tentang penggunaan alat pelindung diri

Pengetahuan	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang Baik	50	56,2
Baik	39	43,8
Jumlah	89	100

Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa sebanyak 56,2% responden memiliki pengetahuan yang kurang baik tentang penggunaan alat pelindung diri.

#### Sikap

Tabel 2. Distribusi frekuensi responden berdasarkan sikap tentang penggunaan alat pelindung diri

Sikap	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang Baik	48	53,9
Baik	41	46,1
Jumlah	89	100

Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui bahwa sebanyak 53,9% responden memiliki sikap yang kurang baik tentang penggunaan alat pelindung diri.

#### Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Tabel 3. Distribusi frekuensi responden berdasarkan penggunaan alat pelindung diri

Penggunaan Alat Pelindung Diri	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Menggunakan	46	51,7
Menggunakan	43	48,3
Jumlah	89	100

Berdasarkan tabel 3 dapat diketahui bahwa sebanyak 51,7% responden tidak menggunakan alat pelindung diri pada saat melakukan pekerjaan.

### Analisis Bivariat

#### Hubungan Antara Pengetahuan Dengan Penggunaan Alat Pelindung Diri

Tabel 4. Hubungan Antara Pengetahuan Dengan Penggunaan Alat Pelindung Diri

Pengetahuan	Penggunaan Alat Pelindung Diri				Jumlah		<i>p value</i>
	Tidak Menggunakan		Menggunakan		n	%	
	n	%	n	%			
Kurang Baik	26	52,0	24	48,0	50	100	0,946
Baik	20	51,3	19	48,7	39	100	
Total	46	51,7	43	48,3	89	100	

Dari hasil uji statistik dengan menggunakan uji *chi square* didapatkan nilai *p value* = 0,946 hal ini menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan penggunaan alat pelindung diri pada tenaga kerja bagian jaring di PT. Arteria Daya Mulia (ARIDA) Cirebon tahun 2016.

#### Hubungan Antara Sikap Dengan Penggunaan Alat Pelindung Diri

Tabel 5. Hubungan Antara Sikap Dengan Penggunaan Alat Pelindung Diri

Sikap	Penggunaan Alat Pelindung Diri				Jumlah		<i>p value</i>
	Tidak Menggunakan		Menggunakan		n	%	
	n	%	n	%			
Kurang Baik	40	83,3	8	16,7	48	100	0,000
Baik	6	14,6	35	85,4	41	100	
Total	46	51,7	43	48,3	89	100	

Dari hasil uji statistik dengan menggunakan uji *chi square* didapatkan nilai *p value* = 0,000 hal ini menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan penggunaan alat pelindung diri pada tenaga kerja bagian jaring di PT. Arteria Daya Mulia (ARIDA) Cirebon tahun 2016.

## PEMBAHASAN

#### Hubungan Antara Pengetahuan Dengan Penggunaan Alat Pelindung Diri

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa tidak ada hubungan pengetahuan dengan penggunaan alat pelindung diri pada tenaga kerja bagian jaring di Arteria Daya Mulia (ARIDA) Cirebon. Hasil ini didasarkan pada uji statistik diperoleh *p-value* sebesar 0,946.

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap objek. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.<sup>7</sup>

Berdasarkan analisa peneliti tingkat pengetahuan tenaga kerja di PT. Arteria Daya Mulia (ARIDA) bagian jaring merupakan hasil dari tahu artinya sebagai penguat suatu materi atau

objek yang telah dipelajari sebelumnya tentang manfaat dan dampak dari penggunaan alat pelindung diri, memahami artinya sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui seperti manfaat dan dampak dari penggunaan alat pelindung diri dan tenaga kerja belum dapat mengaplikasi, menganalisis, sintesis dan mengevaluasi terhadap suatu materi atau objek yang diterima, berdasarkan dari 6 cakupan tingkatan pengetahuan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Afin Anete Rafi (2014) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan dalam penggunaan alat pelindung diri (APD).<sup>8</sup> Hasil tersebut didukung oleh penelitian Muhammad Nur Sohib (2013) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan dalam penggunaan alat pelindung diri.<sup>9</sup> Hasil tersebut didukung pula oleh Rahwan Ahmad (2012) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan dalam penggunaan Alat Pelindung Diri (APD).<sup>10</sup>

### **Hubungan Antara Sikap Dengan Penggunaan Alat Pelindung Diri**

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa ada hubungan sikap dengan penggunaan alat pelindung diri pada tenaga kerja bagian jaring di Arteria Daya Mulia (ARIDA) Cirebon. Hasil ini didasarkan pada uji statistik diperoleh *p-value* sebesar 0,000.

Sikap adalah reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek.<sup>11</sup> Menurut Kirscht dalam Green. L menyebutkan bahwa sikap menggambarkan suatu kumpulan keyakinan yang selalu mencakup aspek evaluatif sehingga sikap selalu dapat diukur dalam bentuk baik dan buruk atau positif dan negative.<sup>12</sup>

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Afin Anete Rafi (2014) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara sikap dengan penggunaan alat pelindung diri (APD).<sup>8</sup> Hasil tersebut didukung oleh penelitian Ilham Novriandi (2013) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara sikap dalam penggunaan alat pelindung diri (APD).<sup>13</sup>

### **SIMPULAN**

1. Tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan penggunaan alat pelindung diri pada tenaga kerja bagian jaring di PT. Arteria Daya Mulia (ARIDA) Cirebon Tahun 2016.
2. Ada hubungan antara sikap dengan penggunaan alat pelindung diri pada tenaga kerja bagian jaring di PT. Arteria Daya Mulia (ARIDA) Cirebon Tahun 2016.

### **SARAN**

#### **Saran Teoritis**

1. Untuk Peneliti

Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan menambahkan variabel seperti pengawasan, kebijakan, dengan waktu penelitian yang lebih lama agar mendapatkan hasil yang maksimal.

2. Untuk STIKes Cirebon

Hasil penelitian ini perlu dikembangkan dan dijadikan sebagai salah satu sumber untuk pengembangan ilmu dan pengetahuan tentang penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) yang lebih dalam sehingga dapat berguna khususnya bagi mahasiswa dan pembaca lainnya sebagai bahan pertimbangan bagi penelitian lain yang lebih luas.

#### **Saran Praktis**

1. Untuk PT. Arteria Daya Mulia (ARIDA) Cirebon

- 1) Meningkatkan program pelatihan tentang penggunaan alat pelindung diri bagi tenaga kerja.
- 2) Meningkatkan sosialisasi kepada tenaga kerja tentang penggunaan alat pelindung diri.
- 3) Meningkatkan pengawasan terhadap tenaga kerja agar tenaga kerja dapat menggunakan alat pelindung diri pada saat bekerja.

- 4) Sebaiknya peraturan yang ada lebih dipertegas lagi dengan berlakunya sanksi dan penghargaan agar dapat memberikan motivasi terhadap tenaga kerja.
2. Untuk Tenaga Kerja PT. Arteria Daya Mulia (ARIDA) Cirebon
  - 1) Bekerja sesuai dengan standar operasional prosedur yang telah ditetapkan oleh perusahaan.
  - 2) Patuhi peraturan perusahaan tentang penggunaan alat pelindung diri.
  - 3) Selalu menggunakan alat pelindung diri pada saat bekerja.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Winarso Arso. Artikel Tentang Keselamatan Kerja; [diakses tanggal 07 April 2015]. Diunduh dari <http://budayasafety.blogspot.com/2013/10/artikel-tentang-keselamatan-kerja-k3.html>.
2. Fatahuddino. Pengaruh Program Keselamatan dan Kesehatan Kerja Terhadap Kepuasan Kerja Karyawan PT. PLN PLTU Barru; [diakses tanggal 11 Juni 2015]. Diunduh dari : <http://fatahuddino5.blogspot.com/2014/10/proposal-skripsi.html>.
3. Analisis Kecelakaan Kerja (diakses pada 16 Maret 2016) Diunduh dari :<http://katigaku.com.2015/06/04analisis-kecelakaankerja>.
4. Amelia Hutasoit.Data Kecelakaan Kerja 2014. [diakses pada tanggal 16 Maret 2016]. Diunduh dari : <http://www.depkes.go.id/article/view/20141030001oranpekerjadiduniameninggalsetiap15detikkarenakecekaankerja.html#stash.VagKwLZM.dpuf>
5. Sucipto, Cecep Dani. Keselamatan dan Kesehatan Kerja. Yogyakarta: Gosyen Publishing;2014
6. Lila Nur Azkia Amaeta. Hubungan Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan (P3K) Pada Karyawan Sub Departemen Warehouse PT. Japfa Comfeed Indonesia Tbk. Unit Cirebon Tahun 2015. Skripsi. Cirebon. Program Studi Kesehatan Masyarakat STIKes Cirebon;2015
7. Soekidjo Notoatmodjo. Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni. Jakarta. Rineka Cipta; 2011.
8. Afni Anete Refi. Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Dengan Tindakan Penggunaan Alat Pelindung Diri Pada Tenaga Kerja di PT. Tropica Cocoprime Desa Lelema Kecamatan Tumpaan Kabupaten Minahasa Selatan. Skripsi. FKM Sam Ratulangi;2015
9. Muhammad Nur Sohib. Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Dengan Praktek Pemakaian (APD) Pada Petani Pengguna Pestisida Di Desa Curut Kecamatan Panawangan Kabupaten Grobogan. Skripsi: Semarang; Fakultas Kesehatan Universitas Dian Nuswantoro Semarang; 2013.
10. Rahwan Ahmad. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Karyawan Dengan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) PT. Harta Samudra Pelabuhan Perikanan Nusantara Ambon. Skripsi: Universitas Gorontalo;2012.
11. Widodo, A. Profil Pertanyaan Guru dan Siswa dalam Pembelajaran Sains. *The Feature of Teacher and Students Question In The Sciens*. Jurnal 4(2), 139-148. Bandung: Jurusan Pendidikan Biologi FPMIPA UPI;2006
12. Ahmadi. Psikologi Belajar. Jakarta: Rineka Cipta; 2014
13. Ilham Noviandry. Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Perilaku Pekerja dalam Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) Pada Industri Pengelasan Informal di Kelurahan Gondrong Kecamatan Cipondoh Kota Tangerang. Skripsi. Jakarta: Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta; 2013

# PENGARUH TERAPI GENGAM BOLA TERHADAP PENINGKATAN MOTORIK HALUS PADA PASIEN STROKE

Nelly Nurartianti\* Nuniek Tri Wahyuni \*\*

## ABSTRAK

*Stroke* adalah penyakit penyebab kecacatan nomor satu di dunia dan penyebab kematian nomor tiga di dunia. Hasil laporan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 menyatakan terjadinya peningkatan kasus *stroke* di Indonesia dari tahun 2007 sebanyak 8,3% sedangkan 2013 menjadi 12,1% per1000 orang. Gejala *stroke* adalah kelemahan otot pada lengan bagian kanan atau kiri bila tidak mendapatkan penanganan yang baik akan menimbulkan kecacatan, sehingga untuk meminimalkan kecacatan tersebut dengan melakukan terapi genggam bola secara rutin. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi genggam bola terhadap peningkatan *motorik* halus pada pasien *stroke* di ruang rawat inap RSUD Gunung Jati Kota Cirebon Tahun 2017. Desain penelitian ini adalah *pre eksperiment*. Jumlah sampel 30 responden dengan teknik *Accidental sampling*. Variabel *independent* terapi genggam bola sedangkan variabel *dependent motorik* halus. Penelitian ini dilaksanakan 06 Februari-06 Maret 2017. Analisa data dengan menggunakan uji statistik *wilcoxon*.

Hasil analisa menunjukkan bahwa ada perbedaan antara *motorik* halus sebelum dan sesudah terapi genggam bola 2 kali sehari dengan nilai 20,67 menjadi 35,13. *P value* 0,000 <0,05 sehingga dalam penelitian ini ada pengaruh terapi genggam bola terhadap peningkatan *motorik* halus pasien *stroke*.

**Kata kunci** : *Motorik* Halus, Terapi Genggam Bola

## ABSTRACT

*Stroke is a leading cause of disability in the world and the third cause of death in the world. Results from Health Research Association (RISKESDAS) in 2013 declared an increase in cases of stroke in Indonesia from 2007 to 8.3% in 2013 to 12.1% while per1000 people. Stroke symptoms is muscle weakness in the right or left arm when not get a good handling will cause disability, so as to minimize the disability by performing handheld ball therapy. This study aims to determine the effect of handheld ball therapy to increase motor skills in stroke patients in hospitals GunungJati Cirebon Year 2017. This study desain usedquasy experiment. Number of samples 30 respondents with a Accidental sampling. Independent variabel handheld ball therapy while the dependent variable is motor skills. This study was undertaken 06 February to 06 March 2017 using Wilcoxon statistical test. The analysis shows that there is a different between motor skills before and after handheld ball therapy 2 times a day with a value of 20,67 into 35,13. p value = 0,000 <0,05 so that in this study take effect handheld ball therapy to increase motor skills stroke patients.*

**Keywords** : *Motor Skills, Handheld Ball Therapy*

\*Alumni PSIK STIKes Cirebon Lulus tahun 2017

\*\* Staf Pengajar Program Studi S1 Keperawatan STIKes Cirebon

## PENDAHULUAN

*Stroke* adalah penyakit penyebab kecacatan nomor satu di dunia dan penyebab kematian nomor tiga di dunia. Pada masyarakat Barat 80% penderita mengalami *stroke hemoragik*. Menurut data statistik *stroke* diseluruh dunia juga menyatakan sekitar 15 juta orang di seluruh dunia mengalami *stroke* setiap tahun. 1 dari 6 orang di seluruh dunia akan mengalami *stroke* dalam hidup mereka. Dua pertiga dari kematian *stroke* terjadi di negara-negara kurang berkembang. WHO juga memperkirakan 7,6 juta kematian terjadi akibat *stroke* pada tahun 2020 mendatang.<sup>1</sup>

Prevalensi *stroke* di Indonesia diperkirakan setiap tahun terjadi 500.000 penduduk terkena serangan *stroke* sekitar 2,5 % atau 125.000 orang meninggal dan sisanya cacat ringan maupun berat. Secara umum, dapat dikatakan angka kejadian *stroke* adalah 200 per 100.000 penduduk. Di dalam satu tahun, di antara 100.000 penduduk, ada 200 orang akan menderita *stroke*. Kejadian *stroke iskemik* sekitar 80% dari seluruh total kasus *stroke* sedangkan kejadian *stroke hemoragik* hanya sekitar 20% dari seluruh total kasus *stroke*.<sup>1</sup>

Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007 di Provinsi Jawa Barat prevalensi *stroke* tertinggi di kota Cirebon 12,3%, kabupaten Majalengka 10,9, kabupaten Bandung 10,1%, kota Banjar 10,0%, kabupaten Bekasi 9,4%, kabupaten Ciamis 9,6%, kabupaten Karawang 9,1%, kabupaten Sumedang 8,9%, Tasikmalaya 8,0%, kabupaten Cirebon 7,9%.<sup>2</sup> Menurut profil kesehatan kabupaten Cirebon tahun 2011 tingkatan penyakit tertinggi *Head Injury* 9,65%, *DHF* 7,39%, *Gastroenteritis* 7,02%, *Stroke* 5,72%.<sup>3</sup>

Gejala *stroke* adalah kelemahan pada tungkai atau lengan di sisi kiri atau kanan, kesulitan berbicara seperti biasanya, kesulitan berjalan akibat kelemahan tungkai atau adanya gangguan keseimbangan, penderita tiba-tiba seperti orang kebingungan tanpa sebab yang jelas, tiba-tiba tidak dapat melihat pada salah satu atau kedua matanya, dan penderita merasakan nyeri kepala yang sangat kuat. Jika gejala 3 jam setelah mengalami tanda-tanda *stroke* tidak segera ditangani, maka akan mengakibatkan kelumpuhan yang sangat fatal yang mengganggu *ADL (Activity of Daily Living)* sehingga program rehabilitasi sangat dianjurkan bagi penderita *pasca stroke*.<sup>1</sup>

Secara umum, ketidakmampuan ada dua macam yaitu ketidakmampuan primer dan ketidakmampuan sekunder. Ketidakmampuan primer disebabkan oleh penyakit atau trauma (misal : *paralisis* gangguan atau cedera pada *medula spinalis*) sedangkan ketidakmampuan sekunder terjadi akibat dampak dari ketidakmampuan primer (misal: kelemahan otot dan tirah baring). Kelemahan otot merupakan suatu petunjuk gangguan sistem *motorik* di suatu titik atau beberapa tempat dari rangkaian kendali dari sel motor *neuron* sampai ke serabut-serabut otot. Kelemahan akibat *lesi* otak area 4 dan 6 atau lintasan proyeksinya, yaitu *lesi traktus piramidal* bersama dengan serabut-serabut *ekstrapiramidal* yang berdekatan.<sup>1</sup>

Kelemahan otot biasanya terjadi pada anggota gerak tubuh yaitu bagian jari-jari tangan. Fungsi tangan sangat penting untuk aktivitas sehari-hari. Jika bagian tangan ini terganggu maka akan menghambat aktivitas sehari-hari. Orang yang mengalami kelemahan otot akan sangat bergantung kepada orang lain. Cara untuk meminimalkan kecacatan setelah terjadi serangan *stroke* adalah rehabilitasi, rehabilitasi pasien *stroke* salah satunya dengan terapi latihan.<sup>4</sup>

Untuk membantu pemulihan bagian lengan atau bagian *ekstremitas* atas diperlukan teknik untuk merangsang tangan seperti dengan latihan *spherical grip* yang merupakan latihan fungsional tangan dengan cara menggenggam sebuah benda berbentuk bulat seperti bola pada telapak tangan.<sup>4</sup> Latihan menggenggam bola merupakan suatu modalitas rangsang *sensorik* raba halus dan tekanan pada *reseptor* ujung organ berkapsul pada *ekstremitas* atas. Respon akan disampaikan ke *korteks sensorik* di otak jalur *sensorik* melalui badan sel pada *saraf C7-T1* secara langsung melauai sistem *limbik*. Pengolahan rangsang yang ada menimbulkan respon cepat pada saraf untuk melakukan aksi atas rangsangan tersebut.<sup>4</sup>

Latihan menggenggam akan merangsang serat-serat otot untuk berkonstraksi dengan karakteristik latihan menggunakan bola karet bergerigi. Latihan pada jari-jari tangan yang penting untuk aktivitas keseharian meliputi *abduksi, adduksi, fleksi, ekstensi, oposisi*.<sup>1</sup> Berdasarkan studi pendahuluan yang peneliti laksanakan di RSUD Gunung Jati jumlah penderita *stroke* yang menjalani rawat inap pada bulan November 2016 sebanyak 52 orang.<sup>5</sup> Berdasarkan observasi dan wawancara pada tanggal 05 Desember 2016 kepada 20 pasien *stroke* mengalami kesulitan menggerakkan bagian tangan. Hal tersebut sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Andika Sulistiawan dan Elfira Husna dari hasil penelitian di dapatkan ada pengaruh antara terapi menggenggam bola terhadap kekuatan otot pasien *stroke* di RSSN Bukit tinggi. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Winona prok dkk bahwa ada pengaruh bermakna latihan gerak aktif menggenggam bola terhadap kekuatan otot tangan pada pasien *stroke*.<sup>1,4</sup>

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi genggam bola terhadap peningkatan *motorik* halus pada pasien *stroke* dengan membandingkan penilaian *motorik* halus sebelum dilakukan terapi genggam bola dan sesudah dilakukan terapi.

## METODE PENELITIAN

Penelitian menggunakan metode *pre experiment* dengan rancangan *one group pre-test post-test* yakni desain eksperimen yang dilakukan dengan *pretes* sebelum perlakuan diberikan dan *post tes* sesudahnya tanpa kelompok pembandingan.<sup>6</sup> Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien *stroke* yang menjalani rawat inap di RSUD Gunung Jati Cirebon berjumlah 52 orang. Pada penelitian ini teknik penarikan sampel yang digunakan adalah teknik *accidental sampling*. *Accidental sampling* adalah teknik pengambilan sampel dilakukan dengan mengambil responden yang kebetulan ada atau tersedia di suatu tempat sesuai dengan konteks penelitian.<sup>7</sup> Dalam penelitian ini jumlah sampel yang di dapat berjumlah 30 pasien. Instrumen penelitian dalam penelitian ini adalah SOP genggam bola menggunakan bola bergerigi dan *hand dynamometer* untuk pengukuran genggam bola, pengukuran peningkatan *motorik* halus menggunakan tabel pengukuran *hand dynamometer*. Dalam penelitian ini variabel univariat adalah peningkatan motorik halus ebelum dan setelah dilakukan intervensi latihan genggam bola, data disajikan dalam bentuk frekuensi dan persentase. Analisis bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang berhubungan atau berkorelasi.<sup>8</sup> Tujuan analisis ini untuk mengetahui perbedaan *motorik* halus pasien *stroke* sebelum dan setelah terapi genggam bola dengan menggunakan uji statistik. Dalam penelitian ini data belum diketahui berdistribusi normal atau tidak normal sehingga perlu adanya uji normalitas data sebelum dilakukan pengujian hipotesis. Karena nilai signifikansi dalam ini <0,05 maka analisa bivariat menggunakan *Uji Wilcoxon*. *Uji wilcoxon Rank Sum Test* adalah uji komparatif 2 sampel bebas apabila skala data ordinal, interval atau rasio tetapi berdistribusi tidak normal

## HASIL PENELITIAN

### **Motorik Halus Pasien Stroke Sebelum dan Setelah Terapi Genggam Bola**

Tabel 1. Motorik halus Pasien Sebelum dan Setelah Terapi Genggam Bola

Variabel	N	Mean	Standar Deviasi	Min-Max
Pre Test	30	20,67	4,693	14-27
Post Test	30	35,13	9,500	19-48

Berdasarkan Tabel 1. dapat diketahui bahwa dari 30 responden didapatkan rerata sebelum intervensi (terapi genggam bola) 20,67 dengan standar deviasi 4,693, rerata setelah intervensi sebanyak 35,13 dengan standar deviasi 9,500.

### **Pengaruh Terapi Genggam Bola Terhadap Peningkatan *Motorik Halus* Pada Pasien *Stroke***

Tabel 2. Pengaruh Terapi Genggam Bola Terhadap Peningkatan *Motorik Halus* Pasien *Stroke* di Ruang Rawat Inap RSUD Gunung Jati Cirebon Tahun 2017

Variabel		N	N	Mean Rank	P Value
Pre Test-Post Test	Negative	30	0 (a)	0,00	0,00
	Positif		30 (b)		
	Ties		0 (c)		

Berdasarkan Tabel 2. diatas, dapat diketahui bahwa dari 30 responden hasil setelah post test lebih kecil dari pre test sebanyak 0 responden, yang memiliki nilai lebih dari pre test sebanyak 30 responden dan yang memiliki hasil yang sama antara pre dan post sebanyak 0 responden dengan mean rank 0,00.

### **PEMBAHASAN**

#### ***Motorik Halus* Pasien *Stroke* Sebelum dan setelah Terapi Genggam Bola**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa, sebelum diberikan intervensi genggam bola kemampuan motorik halus pasien kurang dibandingkan setelah dilakukan intervensi menunjukkan rerata yang meningkat setiap post test. Hal tersebut menunjukkan adanya kelemahan otot pada pasien stroke. kejadian *stroke* adalah *hipertensi*, kurang aktivitas. Dalam *hipertensi* terjadi gangguan aliran darah di dalam tubuh seperti diameter pembuluh darah yang mengecil akibat adanya lemak yang menempel pada dinding pembuluh darah sehingga darah yang mengalir ke otak akan berkurang, dengan berkurangnya aliran darah ke otak maka otak akan kekurangan suplai oksigen dan glukosa sehingga jaringan otak lama-lama akan mati. Pasien *stroke* dengan kelemahan bagian jari-jari tangan sesudah terapi genggam bola akan meningkat menjadi lebih baik karena semakin sering dilatih maka motorik halusnya akan meningkat pula.

#### **Pengaruh Terapi Genggam Bola Terhadap Peningkatan *Motorik Halus* Pasien *Stroke***

Hasil penelitian didapatkan untuk nilai  $\rho$  value uji wilcoxon adalah 0,000 yang berarti  $H_0$  ditolak, karena nilai  $\rho$  value < 0,05 sehingga dalam penelitian ini ada pengaruh terapi genggam bola terhadap peningkatan *motorik halus* pasien stroke di ruang rawat inap RSUD Gunung Jati Kota Cirebon tahun 2017.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Winona Prok, Joudy Gessal, L.S Angliadi 2016 dengan hasil analisis data didapatkan nilai  $\rho$  value sebesar 0,000 yang artinya pada taraf signifikansi 0,01  $H_0$  ditolak. Artinya bahwa ada perbedaan sangat bermakna rata-rata kekuatan otot sebelum dengan sesudah latihan menggenggam bola di ukur dengan *handgrip dynamometer*.<sup>4</sup>

Sulistiawan Andika, Husna Elfira dalam penelitian Pengaruh terapi aktif menggenggambola terhadap kekuatan otot pasien *stroke* di RSSN Bukit tinggi menyatakan pada pasien *stroke* dengan *hemiparesis* setelah diberikan terapi genggam bola sebanyak 2 kali akan merangsang serat-serat otot untuk berkonstraksi dengan karakteristik latihan menggunakan bola karet bergerigi. Latihan pada jari-jari tangan yang penting untuk aktivitas keseharian meliputi *abduksi*, *adduksi*, *fleksi*, *ekstensi*, *oposisi*.<sup>1</sup>

## **SIMPULAN**

1. Kemampuan rerata motorik halus pasien stroke sebelum dan setelah terapi genggam bola di ruang rawat inap RSUD Gunung Jati Kota Cirebon menunjukkan rerata yang meningkat pada post test. Hal ini berarti ada peningkatan kemampuan motorik halus pasien stroke
2. Hasil penelitian didapatkan untuk nilai  $p$  value uji wilcoxon adalah 0,000 yang berarti  $H_0$  ditolak, karena nilai  $p$  value  $< 0,05$  sehingga dalam penelitian ini ada pengaruh terapi genggam bola terhadap peningkatan *motorik* halus pasien stroke di ruang rawat inap RSUD Gunung Jati Kota Cirebon tahun 2017.

## **SARAN**

1. Untuk pasien *stroke* yang mengalami kelemahan bagian tangan sebaiknya melakukan latihan rutin terapi genggam bola 2 kali sehari serta menjalani terapi rehabilitasi lanjutan.
2. Untuk peneliti selanjutnya diharapkan melakukan penelitian lebih mendalam tentang terapi genggam bola pada pasien *stroke* dengan metode yang berbeda
3. Untuk RSUD Gunung Jati Kota Cirebon diharapkan perawat dan tim medis lain meningkatkan pelayanan dalam pemberian terapi genggam bola khususnya untuk pasien *stroke* yang menjalani rawat inap

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Sulistiawan Andika, Husna Elfira. Pengaruh Terapi Aktif Menggenggam Bola Terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke di RSSN Bukittinggi. Jurnal Kesehatan. Bukittinggi: STIKes Prima Nusantara; 2014
2. Soendoro Triono. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar Provinsi Jawa Barat Tahun 2007. Jakarta; 2008. [Diakses 02 Desember 2016]. Diunduh dari <http://biofarmaka.ipb.ac.id>
3. Anonim. Profil Kesehatan Kabupaten Cirebon 2011. Cirebon. [Diakses 03 November 2016]. Diunduh dari <http://dinkes.cirebonkab.go.id>
4. Prok Winona, Gessal Joudy, Angliadi L.S. Pengaruh Latihan Gerak Aktif Menggenggam Bola Pada Pasien Stroke Diukur Dengan Handgrip Dynamometer. Jurnal e-Clinic (eCl). 2016.
5. Rekam Medik. Jumlah Pasien Stroke Rawat Inap Bulan November 2016. Cirebon: RSUD Gunung Jati; 2016
6. Notoatmodjo, Soekidjo. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2012
7. Sugiono. Metode Penelitian Kuantitatif R & D. Bandung: Alfabeta; 2009.
8. Imron Moch. Metodologi Penelitian Bidang Kesehatan. Jakarta: Sagung Seto; 2010.

# FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TERJADINYA HIPERTENSI DALAM KEHAMILAN

---

R.Nur Abdurakhman\*

---

## ABSTRAK

Berdasarkan studi pendahuluan yang telah dilakukan di Puskesmas Gunung Jati, data dari bulan Januari-Mei 2015 jumlah ibu hamil keseluruhan 313 orang, kasus ibu dengan hipertensi dalam kehamilan sebanyak 16 orang. Hipertensi dalam kehamilan merupakan peningkatan sistolik sebesar 30 mmHg atau diastolic sebesar 15 mmHg di atas nilai dasar tekanan darah. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahuinya faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya hipertensi dalam kehamilan berdasarkan pengetahuan, usia ibu dan paritas di Puskesmas Gunung Jati Kabupaten Cirebon tahun 2015. Metode yang digunakan di dalam penelitian ini metode survey analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 76 responden. Data yang digunakan adalah data primer dan sekunder, pengumpulan data menggunakan kuesioner yang diberikan kepada responden. Analisa data pada penelitian ini menggunakan uji *chi square*. Hasil penelitian didapatkan 76 responden yang berusia < 20 terdapat 8 orang (10,5%), yang berusia 20-35 tahun terdapat 50 orang (65,8%), dan yang berusia >35 tahun terdapat 18 orang (23,7%). Responden berdasarkan tingkat pengetahuan dengan kriteria kurang berjumlah 19 orang (25%), dengan kriteria cukup terdapat 37 orang (48,7%), dan responden dengan kriteria baik terdapat 20 orang (26,3%). Hasil uji didapatkan ada pengaruh faktor pengetahuan, factor umur, dan factor paritas terhadap terjadinya hipertensi dalam kehamilan.

**Kata Kunci :** Hipertensi Dalam Kehamilan, Pengetahuan, Umur, Paritas.

## ABSTRACT

Based on preliminary study that has been done at Puskesmas Gunung Jati, data from January to May 2015 the total number of pregnant women 313 people, cases of mothers with hypertension in pregnancy as many as 16 people. Hypertension in pregnancy is a 30 mmHg or diastolic systolic increase of 15 mmHg above the baseline blood pressure value. This study aims to find out the factors that influence the occurrence of hypertension in pregnancy based on knowledge, age and parity at Puskesmas Gunung Jati Cirebon Regency in 2015. The method used in this study analytical survey method with cross sectional approach. The number of samples in this study were 76 respondents. The data used are primary and secondary data, data collection using questionnaires given to the respondents. Data analysis in this study using chi square test. The result of this research is 76 respondents aged <20, there are 8 people (10,5%), aged 20-35 years there are 50 people (65,8%), and those aged > 35 years there are 18 people (23,7%) . Respondents based on the level of knowledge with criteria of less 19 (25%), with sufficient criteria there are 37 people (48.7%), and respondents with good criteria there are 20 people (26.3%). The test results obtained there is the influence of knowledge factor, age factor, and parity factor to the occurrence of hypertension in pregnancy.

**Keywords:** Hypertension in Pregnancy, Knowledge, Age, Parity.

## PENDAHULUAN

Kehamilan adalah suatu proses alami yang didahului pertemuan ovum dan sperma yang disebut fertilisasi kemudian dilanjutkan lagi dengan nidasi dan implantasi sampai dengan janin dapat hidup dan berkembang di dunia luar.<sup>1</sup>

Setiap tahun sekitar 160 juta perempuan di seluruh dunia hamil. Sebagian besar kehamilan ini berlangsung aman. Namun, sekitar 15% menderita komplikasi berat, dengan sepertiganya merupakan komplikasi yang mengancam jiwa ibu. Komplikasi ini mengakibatkan kematian lebih dari setengah juta ibu setiap tahun. Dari jumlah ini diperkirakan 90% terjadi di Asia dan Afrika sub sahara, 10% di negara berkembang lainnya, dan kurang dari 1% di negara-negara maju. Di beberapa negara risiko kematian ibu lebih tinggi dari 1 dalam 10 kehamilan, sedangkan di negara maju risiko ini kurang dari 1 dalam 6.000.<sup>2</sup> Diperkirakan dari setiap ibu meninggal dalam kehamilan, persalinan atau nifas, 16-17 ibu menderita komplikasi yang mempengaruhi kesehatan mereka, umumnya menetap. Penyebab utama kematian ibu yaitu perdarahan, infeksi, hipertensi dalam kehamilan, partus macet, dan aborsi.<sup>2</sup> Hipertensi dalam kehamilan merupakan peningkatan sistolik sebesar 30 mmHg atau diastolik sebesar 15 mmHg di atas nilai dasar tekanan darah.<sup>3</sup>

Berdasarkan studi pendahuluan yang peneliti lakukan di Puskesmas Gunung Jati, data dari bulan Januari-Mei 2015 jumlah ibu hamil keseluruhan 313 orang, kasus ibu dengan hipertensi dalam kehamilan sebanyak 16 orang. Berdasarkan kelompok usia ibu terdapat 9 ibu hamil yang mengalami hipertensi dalam kehamilan dengan usia 20-35 tahun, dan 7 ibu hamil yang mengalami hipertensi dalam kehamilan dengan usia >35 tahun. Berdasarkan jumlah paritas pada kelompok P=1 terdapat 2 ibu hamil yang mengalami hipertensi, pada kelompok M=2-4 terdapat 9 ibu hamil dengan hipertensi, dan pada kelompok G = > 4 terdapat 5 ibu hamil dengan hipertensi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya hipertensi dalam kehamilan pada ibu hamil di Puskesmas Gunung Jati tahun 2015

## METODE PENELITIAN

Penelitian adalah upaya untuk memahami dan memecahkan masalah secara ilmiah, sistematis dan logis, yang mana di dalam penelitian ini menggunakan metode survey analitik dengan pendekatan “*cross sectional*” yaitu data yang dikumpulkan sesaat atau data diperoleh saat ini juga. Cara ini dilakukan dengan melakukan survey, wawancara, atau dengan menyebarkan kuesioner pada responden penelitian.<sup>4</sup> Pada penelitian ini variabel independen yang diteliti adalah pengetahuan, umur, paritas sedangkan variabel dependen adalah kasus hipertensi dalam kehamilan. Populasi pada penelitian ini adalah semua ibu hamil yang berada di wilayah kerja Puskesmas Gunung Jati pada bulan Juni-September 2015 berjumlah 313 orang ibu hamil. Teknik pengambilan sampelnya yaitu dengan cara *accidental sampling* dilakukan dengan mengambil kasus atau responden yang kebetulan ada atau tersedia disuatu tempat sesuai dengan konteks penelitian. jumlah sampel berjumlah 76 orang. Analisa data menggunakan uji *chi square*.

## HASIL PENELITIAN

### Pengetahuan

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Faktor Pengetahuan

Pengetahuan	Jumlah	Persentase (%)
Baik	20	26,3
Cukup	37	48,7
Kurang	19	25
Jumlah	76	100

Berdasarkan tabel 1. sebagian besar responden berpengetahuan kurang yaitu sebanyak 19 responden (25%). Untuk pengetahuan yang cukup yaitu sebanyak 37 responden (48,7%). Untuk pengetahuan yang baik yaitu sebanyak 20 orang responden (26,3%).

## Umur

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Faktor Umur

Umur	Jumlah	Persentase (%)
<20 tahun	8	10,5
20-35 tahun	50	65,8
>35 tahun	18	23,7
Jumlah	76	100

Berdasarkan tabel 2 sebagian besar responden berada pada kelompok umur 20-35 tahun sebanyak 50 responden (65,8%) sedangkan pada kelompok umur < 20 tahun ada 8 responden (10,5%). Dan pada kelompok umur > 35 tahun ada 18 responden (23,7%).

## Paritas

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Faktor Paritas

Paritas	Jumlah	Persentase (%)
P = 1	20	26,3
M = 2-4	45	59,2
G = >4	11	14,5
Jumlah	76	100

Berdasarkan tabel 3 faktor paritas yang paling tinggi terdapat pada multigravida (2-4) dengan jumlah 47 responden (59,2%) sedangkan pada grandemulti (> 4) jumlah keseluruhan ada 11 responden yang hipertensi dengan persentase (14,5%) dan pada primigravida berjumlah 20 responden (26,3%).

## Pengaruh Pengetahuan Terhadap Kejadian Hipertensi Dalam Kehamilan

Tabel 4. Pengaruh Pengetahuan Terhadap kejadian Hipertensi

Pengetahuan	Hipertensi				Jumlah	P Value
	Ya		Tidak			
	n	%	n	%		
Baik	2	10	18	90	20	0,029
Cukup	6	16,2	31	83,8	37	
Kurang	8	42	11	58	19	
Jumlah	16		60		76	

Dari data tabel 4 pada kelompok pengetahuan dengan kategori baik terdapat 2 responden dengan hipertensi, sedangkan pada kelompok pengetahuan cukup terdapat 6 responden dengan hipertensi dan pada kelompok pengetahuan kurang terdapat 8 responden dengan hipertensi. Dari hasil penghitungan uji *chi-square* maka didapat hasil nilai *p-value* yaitu  $0,029 < 0,1$ . Maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, artinya ada hubungan antara pengetahuan dengan terjadinya kasus hipertensi di Puskesmas Gunung Jati tahun 2015.

## Pengaruh Umur Terhadap Kejadian Hipertensi Dalam Kehamilan

Tabel 5. Pengaruh Umur Terhadap kejadian Hipertensi

Umur	Hipertensi				Jumlah	P Value
	Ya		Tidak			
	n	%	n	%		
<20	0	0	8	100	8	0,053
20-35	9	18	41	82	50	
>35	7	39	11	61	18	
Jumlah	16		60		76	

Dari data tabel 5 pada kelompok umur 20-35 tahun terdapat 12 responden dengan hipertensi, sedangkan kelompok umur < 20 tahun tidak terdapat responden dengan hipertensi dan pada kelompok umur > 35 tahun ada 4 responden dengan hipertensi. Dari hasil penghitungan *chi-square* didapat hasil nilai *p-value* yaitu  $0,053 < 0,1$ . Maka  $H_0$  di tolak dan  $H_a$  diterima, artinya ada hubungan antara umur dengan terjadinya kasus hipertensi di Puskesmas Gunung Jati tahun 2015.

## Pengaruh Paritas Terhadap Kejadian Hipertensi

Tabel 6. Pengaruh Paritas Terhadap kejadian Hipertensi

Paritas	Hipertensi				Jumlah	P Value
	Ya		Tidak			
	n	%	n	%		
P= 1	2	10	18	90	20	0,065
M= 2-4	9	20	36	80	45	
G= >4	5	45,5	6	54,5	11	
Jumlah	16		60		76	

Dari data tabel 6 pada kelompok paritas primi = 1 terdapat 2 responden dengan hipertensi, sedangkan kelompok paritas multi = 2-4 terdapat 9 responden dengan hipertensi dan pada paritas grande= > 4 terdapat 5 responden dengan hipertensi. Dari hasil penghitungan *chi-square* didapat hasil nilai *p-value* yaitu  $0,065 < 0,1$ . Maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, artinya ada hubungan antara paritas dengan terjadinya kasus hipertensi di Puskesmas Gunung Jati Tahun 2015.

## PEMBAHASAN

### Pengetahuan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Gunung Jati tahun 2015, distribusi frekuensi berdasarkan status pendidikan hasilnya sebagian besar responden berpengetahuan kurang yaitu sebanyak 19 responden, 8 responden yang mengalami hipertensi dan yang tidak hipertensi 11 responden.

Pengetahuan adalah kesan di dalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya. Pengetahuan sangat berbeda dengan kepercayaan (*beliefs*), takhayul (*superstition*), dan penerangan-penerangan yang keliru (*misinformation*). Pengetahuan adalah segala apa yang diketahui berdasarkan pengalaman yang didapatkan oleh setiap manusia.<sup>5</sup>

Pengetahuan yang termasuk ke dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan:

- a) Tahu (*know*)
- b) Memahami (*comprehension*)

- c) Aplikasi (*application*)
- d) Analisis (*analysis*)
- e) Sintesis (*synthesis*)
- f) Evaluasi (*evaluation*)

Pengetahuan ibu sangat mempengaruhi terjadinya hipertensi dalam kehamilan. Ibu yang berpengetahuan rendah memiliki kemungkinan lebih besar mengalami hipertensi dalam kehamilan dari pada ibu yang berpengetahuan tinggi karena ia tidak mengetahui tanda gejala hipertensi dan manfaat pemeriksaan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.<sup>5</sup>

### **Umur**

Distribusi frekuensi berdasarkan umur didapatkan hasil sebagian besar responden ibu hamil berada pada kelompok umur 20-35 tahun sebanyak 52 responden, yang mengalami hipertensi ada 12 responden dan 40 responden yang tidak hipertensi.

Usia ibu sangat berpengaruh terhadap proses reproduksi. Dalam kurun waktu reproduksi sehat diketahui bahwa usia yang aman untuk kehamilan dan persalinan adalah usia 20-35 tahun, dimana organ reproduksi sudah sempurna dalam menjalani fungsinya.<sup>6</sup>

Ibu yang bersalin dengan partus lama yang disebabkan oleh kelainan his biasanya disebabkan oleh faktor usia yang relatif tua, terutama jika ia berusia lebih dari 35 tahun.<sup>7</sup>

### **Paritas**

Distribusi frekuensi berdasarkan paritas didapatkan hasil, sebagian besar responden berada pada kelompok paritas multigravida (2-4) dengan jumlah 47 responden, yang hipertensi ada 11 responden dan yang tidak hipertensi ada 36 responden. Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal.

Paritas 2-3 merupakan paritas paling aman ditinjau dari sudut kematian maternal. Lebih tinggi paritas (lebih dari 3), lebih tinggi kematian maternal. Risiko pada paritas tinggi dapat dikurangi atau dicegah dengan keluarga berencana. Sebagian kehamilan pada paritas tinggi adalah tidak direncanakan.<sup>8</sup>

### **Pengaruh pengetahuan ibu hamil terhadap hipertensi dalam kehamilan di Puskesmas Gunung Jati tahun 2015.**

Berdasarkan hasil penelitian di atas yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Gunung Jati ternyata masih ada responden yang pengetahuannya cukup yaitu sebanyak terdapat 6 orang dengan hipertensi dalam kehamilan dan pada kelompok pengetahuan kurang terdapat 8 responden dengan hipertensi dalam kehamilan. Sehingga didapat hasil nilai *p value* yaitu  $0,029 < 0,1$ . Maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, artinya ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan terjadinya kasus hipertensi dalam kehamilan di Puskesmas Gunung Jati tahun 2015.

Ibu yang berpengetahuan rendah memiliki kemungkinan lebih besar mengalami hipertensi dalam kehamilan dari pada ibu yang berpengetahuan tinggi karena ia tidak mengetahui tanda gejala hipertensi dalam kehamilan dan manfaat pemeriksaan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.<sup>9</sup>

Oleh sebab itu, petugas kesehatan harus meningkatkan pengetahuan dan wawasan ibu hamil yang hipertensi dalam kehamilan maupun yang tidak hipertensi dalam kehamilan tentang pengetahuan tanda-tanda terjadinya hipertensi dalam kehamilan yaitu dengan cara diadakannya penyuluhan/konseling, memberikan informasi melalui kegiatan posyandu untuk menekan angka kejadian hipertensi dalam kehamilan.

### **Pengaruh umur ibu hamil terhadap hipertensi dalam kehamilan di Puskesmas Gunung Jati tahun 2015.**

Berdasarkan hasil penelitian di atas yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Gunung Jati untuk kategori umur 20-35 tahun terdapat 9 responden dengan hipertensi dalam kehamilan, sedangkan kelompok umur < 20 tahun tidak terdapat responden dengan hipertensi dalam kehamilan dan pada kelompok umur >35 tahun ada 7 responden dengan hipertensi dalam kehamilan.

Dari hasil analisis antara umur ibu dengan kejadian hipertensi dalam kehamilan dapat disimpulkan bahwa kejadian paling tinggi untuk kasus hipertensi dalam kehamilan adalah pada umur 20-35 tahun. Dari hasil uji statistik di dapatkan nilai  $p\text{-value} = 0,053 < 0,1$  yang berarti  $H_0$  ditolak  $H_a$  diterima artinya ada hubungan yang bermakna antara umur ibu dengan meningkatnya kasus hipertensi dalam kehamilan.

Oleh sebab itu, petugas kesehatan harus memberikan informasi kepada semua ibu hamil baik yang hipertensi dalam kehamilan maupun yang tidak hipertensi dalam kehamilan bahwa di usia ibu hamil yang 20-35 tahun juga ternyata berisiko terkena gangguan kehamilan, apalagi yang >35 tahun akan lebih berisiko terjadinya gangguan-gangguan kehamilan, maka dari itu harus dilakukan konseling atau penyuluhan kepada semua ibu hamil supaya bisa memeriksakan kehamilannya secara rutin ke tenaga kesehatan serta memberikan penyuluhan kepada ibu hamil yang usianya di atas 35 tahun misalnya penyuluhan tentang kontrasepsi KB untuk menjarangkan kehamilan.

### **Pengaruh paritas ibu hamil terhadap hipertensi dalam kehamilan di Puskesmas Gunung Jati tahun 2015.**

Berdasarkan hasil penelitian di atas yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Gunung Jati, untuk kategori paritas primi = 1 terdapat 2 responden dengan hipertensi dalam kehamilan, sedangkan kelompok paritas multi = 2-4 terdapat 9 responden dengan hipertensi dalam kehamilan dan pada paritas grande = > 4 terdapat 5 responden dengan hipertensi dalam kehamilan. Sehingga dari hasil uji statistik di dapatkan nilai  $p\text{-value} = 0,065 < 0,1$  yang berarti  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima. Artinya ada hubungan antara paritas ibu dengan meningkatnya kasus hipertensi.

Dan ternyata bukan hanya pada grandemulti saja yang berisiko pada multigravida juga akan berisiko terjadinya komplikasi kehamilan karena menurut hasil penelitian paling banyak ibu hamil yang hipertensi pada kategori multigravida berjumlah 9 orang.

Oleh sebab itu disarankan untuk petugas kesehatan supaya lebih waspada terhadap paritas dengan jumlah 2 kali atau kelahiran lebih dari 4, yaitu dengan cara memberikan konseling tentang kontrasepsi keluarga berencana untuk menjarangkan ataupun menunda kehamilan. Karena menurut teori kelahiran lebih dari 4 kali akan berisiko lebih tinggi terjadinya gangguan-gangguan kehamilan.

### **SIMPULAN**

1. Pengaruh pengetahuan ibu hamil terhadap hipertensi dalam kehamilan di Puskesmas Gunung Jati tahun 2015, diperoleh nilai  $p\text{ value } 0,029 < 0,1$  maka dengan demikian  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, artinya ada pengaruh antara pengetahuan dengan terjadinya hipertensi dalam kehamilan.
2. Pengaruh umur ibu hamil terhadap hipertensi dalam kehamilan di Puskesmas Gunung Jati tahun 2015, diperoleh nilai  $p\text{ value } 0,053 < 0,1$  maka dengan demikian  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, artinya ada pengaruh antara umur dengan terjadinya hipertensi dalam kehamilan.
3. Pengaruh paritas ibu hamil terhadap hipertensi dalam kehamilan di Puskesmas Gunung Jati tahun 2015, diperoleh nilai  $p\text{ value } 0,065 < 0,1$  maka dengan demikian  $H_0$  ditolak, artinya ada pengaruh antara paritas dengan terjadinya hipertensi dalam kehamilan.

## **SARAN**

### **Bagi peneliti selanjutnya**

Diharapkan Karya Tulis Ilmiah ini dapat menjadi bahan acuan atau referensi bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian, terutama mengenai tanda-tanda terjadinya hipertensi dalam kehamilan.

### **Bagi Responden**

1. Bagi responden sendiri diharapkan bisa menambah wawasan serta mengetahui informasi tentang tanda-tanda terjadinya hipertensi dalam kehamilan.
2. Diharapkan bagi responden untuk hamil di usia produktif untuk menghindari penyulit dalam kehamilan.
3. Diharapkan bagi responden untuk ikut berpartisipasi dalam program Keluarga Berencana (KB) sebagai upaya untuk menjarangkan kehamilan.
4. Diharapkan bagi responden untuk selalu memeriksakan kehamilannya secara rutin ke tenaga kesehatan sesuai ketentuan.

### **Bagi Puskesmas Gunung Jati**

1. Dari hasil penelitian yang telah saya lakukan diperoleh hasil bahwa terdapat pengaruh antara pengetahuan terhadap kejadian hipertensi dalam kehamilan di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Jati tahun 2015, maka diperlukan adanya penyuluhan atau konseling kepada ibu hamil baik yang mempunyai hipertensi dalam kehamilan maupun yang tidak mempunyai hipertensi dalam kehamilan sehingga bisa menambah wawasan yang baik bagi ibu hamil.
2. Dari hasil penelitian yang telah dilakukan di Puskesmas Gunung Jati diperoleh hasil bahwa terdapat pengaruh umur terhadap kejadian hipertensi dalam kehamilan di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Jati tahun 2015, maka disarankan untuk para petugas di Puskesmas Gunung Jati lebih meningkatkan dalam sistem pendokumentasian khususnya pencatatan kohort ibu, pengisian buku KIA dan pengisian Kartu ibu agar ibu hamil yang berada di Wilayah kerja Puskesmas Gunung Jati dapat teregistrasi sehingga tahu ibu hamil mana yang masuk ke golongan risiko tinggi.
3. Dari hasil penelitian yang telah dilakukan di Puskesmas Gunung Jati diperoleh hasil bahwa terdapat pengaruh paritas terhadap kejadian hipertensi dalam kehamilan di Wilayah Kerja Puskesmas Gunung Jati tahun 2015, maka disarankan untuk para petugas di Puskesmas Gunung Jati lebih meningkatkan dalam pendokumentasian dan penyuluhan atau konseling tentang keluarga berencana yang tujuannya untuk menjarangkan atau menunda kehamilan.

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Prawiro Hardjo, Sarwono. Ilmu Kebidanan. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo;2009
2. Morgan, Geri. Obstetric dan Ginekologi Panduan Praktik. Jakarta: EGC;2009.
3. Bandiyah, Siti. Kehamilan, Persalinan, dan Gangguan Kehamilan. Yogyakarta: PT. Nuha Medika; 2009.
4. Notoatmodjo. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta; 2005
5. Notoatmodjo. Metodologi Penelitian Kesehatan, Jakarta : Rineka Cipta; 2010
6. Salmah. Asuhan Kebidanan Antenatal. Jakarta: EGC;2006.
7. Purwaningsih, Wahyu. Asuhan Keperawatan Maternitas. Yogyakarta: PT. Nuha Medika; 2010.
8. Bari Saifuddin, Abdul. Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo;2006.

9. Iqbal Mubarak, Wahit. Promosi Kesehatan Untuk Kebidanan. Jakarta: PT. Salemba Medika; 2011.

# HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN PENURUNAN KECEMASAN PADA LANJUT USIA SAAT HOSPITALISASI

---

Rokhmatul Hikmat\* Armelinda\*\*

---

## ABSTRAK

Kecemasan merupakan salah satunya gangguan mental yang sering dialami lanjut usia saat menjalani hospitalisasi. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Ruang Pratama dan Pratiwi Rumah Sakit Ciremai Cirebon selama 3 bulan terakhir didapatkan data jumlah pasien lansia sebanyak 246 pasien, yaitu 82 pasien pada bulan Desember, 83 pasien pada bulan Januari dan 81 pasien pada bulan Februari 2016. Dengan rata-rata usia 45-66 tahun. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan penurunan kecemasan pada lanjut usia saat hospitalisasi di Ruang Pratama dan Pratiwi Rumah Sakit Ciremai Cirebon Tahun 2016. Penelitian ini bersifat deskriptif korelasi. Metode yang digunakan untuk penelitian ini adalah metode survei. Pengambilan data dilakukan dengan pendekatan *cross sectional* dengan menggunakan kuesioner. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling*, dengan jumlah sampel 45 responden.

Berdasarkan hasil uji statistik *Chi Square* didapatkan *Asymp.sig (p value)* sebesar 0.005 ( $0.005 \leq 0.005$ ) maka  $H_0$  ditolak. Artinya ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan penurunan kecemasan pada lanjut usia saat hospitalisasi di Ruang Pratama dan Pratiwi Rumah Sakit Ciremai Tahun 2016.

Penelitian ini diharapkan dapat disempurnakan oleh peneliti selanjutnya, karena penelitian masih banyak membutuhkan perbaikan dan masukan. Serta dapat dijadikan sebagai bahan referensi dan masukan untuk penelitian lebih lanjut.

**Kata Kunci :** Dukungan Keluarga, Kecemasan, Lansia, Hospitalisasi

## ABSTRACT

Anxiety represent one of them mental disorder which is often experienced of elderly hospitalization. Pursuant to result of done antecedent study in Pratama room and Pratiwi room of Ciremai Hospital of Cirebon during last 3 months in getting data of is amount of patient of elderly counted 246 patient, that is 82 patient in December, 83 patient in January and 81 patient in Februari 2016. With age mean 45-66 year. Target of this research is to know family support relation with degradation of dread at continuing moment age of hospitalization in Pratama room and of Pratiwi room of Ciremai Hospital in 2016. This research have the character of descriptively of correlation. Method which in using for this research is survey method. Intake of data in doing with approach of sectional cross by using quesioner. Technique intake of sampel which in using is sampling purposive, with amount of sampel 45 responder. Pursuant to result of test of ststistik Chi Square got[by asymp.Sig ( value p) equal to 0.005 ( $0.005 \leq 0.005$ ) hence  $H_0$  refused and Is  $H_a$  accepted. Its meaning there is relation which is signifikan between family support with degradation of dread at continuing moment age of hospitalization in Pratama room and Pratiwi room of Ciremai Hospital In 2016. This research is expected can be completed by its researcher, because research still requiring many input and repair. And also can be made upon which input and reference for furthermore research.

**Key words :** family support, anxiety, elderly, hospitalization

## PENDAHULUAN

Lanjut usia yaitu seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih, lanjut usia resiko tinggi yaitu seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih. Organisasi kesehatan dunia (WHO) menggolongkan lansia menjadi 4 yaitu: usia pertengahan (*middle age*) 45-59 tahun, lanjut usia (*elderly*) 60-74 tahun, lanjut usia tua (*old*) 75-90 tahun, usia sangat tua (*very old*) di atas 90 tahun.<sup>1</sup>

Penduduk lanjut usia merupakan bagian dari anggota keluarga dan anggota masyarakat yang semakin bertambah jumlahnya sejalan dengan peningkatan usia harapan hidup.<sup>2</sup> Pada tahun 2014 penduduk usia 60-75 tahun di Jawa Barat berjumlah 3.434.909 jiwa dengan jumlah penduduk laki-laki usia 60-75 tahun 1.650.123 jiwa dan jumlah penduduk wanita usia 60-75 tahun 1.784.786 jiwa.<sup>3</sup>

Secara alamiah lanjut usia itu mengalami penurunan baik dari segi fisik, biologi, maupun mentalnya dan hal ini tidak terlepas dari masalah ekonomi, sosial, dan budaya sehingga perlu adanya peran serta keluarga dan adanya peran sosial dalam penanganannya. Menurunnya fungsi berbagai organ lansia menjadi rentan terhadap penyakit yang bersifat akut atau kronis. Ada kecenderungan terjadi penyakit degeneratif, penyakit metabolik, gangguan psikososial, dan penyakit infeksi meningkat.<sup>4</sup>

Menurut Stuart and Sundeen (1998) kecemasan adalah suatu keadaan perasaan kepribadian, rasa gelisah, ketidaktentuan, atau takut dari kenyataan atau persepsi ancaman sumber aktual yang tidak diketahui atau dikenal. Faktor yang mempengaruhi kecemasan antara lain frustrasi, konflik, ancaman, harga diri, lingkungan yang berupa dukungan sosial, lingkungan, pendidikan, usia dan jenis kelamin.<sup>5</sup>

Prevalensi kecemasan pada dewasa dan lanjut usia di dunia pada sektor komunitas berkisar antara 15 sampai dengan 52,3%. Di Indonesia gangguan kecemasan yang terjadi pada usia 55-64 tahun sebanyak 8%, usia 65-74 tahun sebanyak 10% dan pada usia lebih dari 75 tahun sebanyak 13% dari jumlah penduduk seluruh Indonesia pada tahun 2013.<sup>6</sup>

Hasil wawancara dengan beberapa lansia mengatakan bahwa mereka sebenarnya lebih senang dirawat dan diurus oleh anggota keluarga, tapi karena tidak ingin merepotkan dan membebani anggota keluarga mereka akhirnya bersedia dirawat di rumah sakit. Walaupun setiap harinya mereka dirawat oleh seorang perawat tetapi mereka lebih senang jika anggota keluarganya juga ikut merawat mereka selama menjalani hospitalisasi. Sehingga membuat mereka tidak cemas dan merasa terbebani saat hospitalisasi.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Ruang Pratama dan Pratiwi Rumah Sakit Ciremai Kota Cirebon selama 3 bulan terakhir didapatkan data jumlah pasien lansia sebanyak 246 pasien, yaitu 82 pasien pada bulan Desember, 83 pasien pada bulan Januari dan 81 pasien pada bulan Februari 2016. Dengan rata-rata usia 45-66 tahun.

## METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain penelitian deskriptif korelasional.<sup>7</sup> Pada penelitian ini, peneliti akan menjelaskan tentang dukungan keluarga yang dapat menyebabkan penurunan kecemasan pada lansia saat hospitalisasi.

Metode yang digunakan dalam mengumpulkan data survei penelitian ini adalah dengan menggunakan tanya jawab dengan penyebaran kuesioner melalui angket selama 15 menit. Setelah itu dilakukan perhitungan skor kuesioner. Dan hasil perhitungan ini akan dinilai menggunakan kriteria dan skala yang sudah ditentukan.

Pengambilan data dilakukan dengan cara *cross sectional*.<sup>7</sup> Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien lanjut usia di Ruang Pratama dan Pratiwi Rumah Sakit Ciremai. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *purposive sampling* dengan jumlah sampel 44 responden dengan kriteria inklusi:

1. Pasien lansia yang di rawat di Ruang Pratama/Pratiwi Rumah Sakit Ciremai
2. Pasien lansia yang dapat berkomunikasi dengan baik.
3. Pasien lansia yang baru masuk di ruang perawatan dan menjalani perawatan 1 – 4 hari.
4. Pasien lanjut usia yang berusia 55-90 tahun.
5. Pasien dan keluarga bersedia ikut dalam penelitian.

Instrumen penelitian data terdiri dari kuesioner untuk mengukur dukungan keluarga dan kecemasan lansia

Analisis data dalam penelitian ini memakai sistem komputerisasi dengan menggunakan perangkat lunak statistik yang meliputi analisis univariat dan bivariat.<sup>9</sup> Analisis univariat dilakukan dengan melakukan perhitungan persentase untuk mendapatkan gambaran distribusi responden serta untuk mendeskripsikan variabel bebas dan terikat. Analisis bivariat digunakan untuk menganalisis hubungan antara variabel bebas dukungan keluarga dan variabel terikat kecemasan lansia saat hospitalisasi. Uji statistik yang digunakan adalah uji *chi-square*. Interpretasi hasil perhitungan *chi-square* sesuai dengan kriteria adalah sebagai berikut: Jika nilai  $p < \alpha$  ( $=0,05$ ) maka  $H_a$  diterima, berarti ada hubungan dukungan keluarga dengan penurunan kecemasan pada lanjut usia saat hospitalisasi. Jika nilai  $p > \alpha$  ( $=0,05$ ) maka  $H_0$  ditolak, berarti tidak ada hubungan dukungan keluarga dengan penurunan kecemasan pada lansia saat hospitalisasi.

## HASIL PENELITIAN

### Dukungan Keluarga Pasien Lansia

Tabel 1. Frekuensi Dukungan Keluarga Pasien Lansia

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	23	51.1
Cukup	21	46.7
Kurang	1	2.2
Total	45	100

Berdasarkan tabel 1 Dukungan Keluarga Pasien Lansia didapatkan bahwa dukungan keluarga kategori baik sebanyak 23 orang (51,1%), kategori cukup 21 orang (46,7%) dan kategori kurang hanya 1 orang (2,2%).

### Kecemasan Lanjut Usia Saat Hospitalisasi

Tabel 2. Frekuensi kecemasan lanjut usia saat hospitalisasi

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak ada kecemasan	22	48.8
Kecemasan Ringan	16	35.6
Kecemasan sedang	7	15.6
Total	45	100

Berdasarkan tabel 2 kecemasan lanjut usia saat hospitalisasi didapatkan 22 orang (48,8%) tidak merasa cemas, 16 orang (35,6%) cemas ringan, dan 7 orang (15,6%) cemas sedang. Masih terdapat 7 orang responden yang merasa cemas sedang disebabkan karena penyakitnya dan kurangnya dukungan keluarga.

## Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Penurunan Kecemasan Lanjut Usia

Tabel 3. Hubungan dukungan keluarga dengan penurunan kecemasan lanjut usia

Dukungan Keluarga	Kecemasan			Total
	Tidak cemas	Cemas Ringan	Cemas sedang	
Baik	16	7	0	23
Cukup	6	9	6	21
Kurang	0	0	1	1
Total	22	16	7	45

Dari tabel diatas didapat *p value* sebesar 0.004 ( $0.004 \leq 0.005$ ) maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima. Artinya ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan penurunan kecemasan lanjut usia.

### PEMBAHASAN

#### Dukungan Keluarga Pasien Lansia

Dukungan Keluarga Pasien Lansia didapatkan bahwa dukungan keluarga kategori baik sebanyak 23 orang (52,3%), kategori cukup 20 orang (45,5%) dan kategori kurang hanya 1 orang (2,3%).

Penurunan fungsi orang pada lanjut usia dapat menyebabkan berbagai macam penyakit yang berakibat buruk bagi kesehatan, karena hal itulah yang mendorong keluarga memberi dukungan lebih kepada pasien lanjut usia. Dukungan keluarga yang diberikan pada pasien lanjut usia untuk meningkatkan status kesehatannya dan untuk mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

Dukungan keluarga merupakan suatu strategi intervensi preventif yang paling baik dalam membantu anggota keluarga mengakses dukungan sosial yang belum digali untuk suatu strategi bantuan yang bertujuan untuk meningkatkan dukungan keluarga yang adekuat. Dukungan keluarga mengacu pada dukungan yang dipandang oleh anggota keluarga sebagai suatu yang dapat diakses untuk keluarga misalnya dukungan bisa atau tidak digunakan, tapi anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan.<sup>10</sup>

Dukungan keluarga telah mengkonseptualisasi dukungan sebagai koping keluarga baik dukungan keluarga yang eksternal maupun internal. Dukungan dari keluarga bertujuan untuk membagi beban juga member dukungan informasional.<sup>10</sup>

#### Kecemasan pada Lanjut Usia Saat Hospitalisasi di Ruang Pratama dan Pratiwi Rumah Sakit Ciremai Kota Cirebon

Kecemasan pada lanjut usia saat hospitalisasi di Ruang Pratama dan Pratiwi Rumah Sakit Ciremai Kota Cirebon didapatkan 22 orang (48,8%) tidak merasa cemas, 16 orang (35,6%) cemas ringan, dan 7 orang (15,6%) cemas sedang. Masih terdapat 7 orang responden yang merasa cemas sedang disebabkan karena penyakitnya dan kurangnya dukungan keluarga.

Kecemasan adalah suatu perasaan takut yang tidak menyenangkan dan tidak dapat dibenarkan yang disertai gejala fisiologis, sedangkan pada gangguan sias terkandung unsur penderitaan yang bermakna dan gangguan fungsi yang disebabkan oleh kecemasan tersebut.<sup>11</sup>

Lanjut usia merupakan proses ilmiah dan berkesinambungan yang mengalami perubahan anatomi, fisiologis, dan biokimia pada jaringan atau organ yang pada akhirnya mempengaruhi keadaan fungsi dan kemampuan badan secara keseluruhan.<sup>12</sup>

Hospitalisasi merupakan pengalaman yang mengancam bagi setiap orang. Penyakit yang diderita akan menyebabkan perubahan perilaku normal sehingga klien perlu menjalani perawatan (hospitalisasi). Secara umum, hospitalisasi menimbulkan dampak pada empat aspek, yaitu privasi, gaya hidup, otonomi diri, dan peran.<sup>4</sup>

Suasana hati pasien lanjut usia akan berubah saat menjalani hospitalisasi. Keseharian pasien lanjut usia yang biasanya dihiasi dengan keceriaan, kegembiraan, dan senda gurau tiba-tiba diliputi kesedihan. Suasana keluarga pun menjadi sepi karena perhatian keluarga terpusat pada penanganan anggota keluarganya yang dirawat. Sebagian besar pasien lanjut usia yang dirawat merasa kesepian dan ketakutan akan ditinggalkan sendiri di rumah sakit atau ketakutan akan merepotkan semua anggota keluarga serta lamanya proses kesembuhan penyakitnya.

### **Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Penurunan Kecemasan pada Lanjut Usia Saat Hospitalisasi di Ruang Pratama dan Pratiwi Rumah Sakit Ciremai Kota Cirebon**

Dari hasil analisis didapat *p value* sebesar 0.005 ( $0.005 \leq 0.005$ ) maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima. Artinya ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan penurunan kecemasan pada lanjut usia

Jenis dukungan keluarga yang dapat diberikan kepada pasien terdiri dari empat jenis atau dimensi dukungan antara lain : dukungan emosional, dukungan penghargaan (penilaian), dukungan instrumental, dukungan informative.<sup>13</sup>

Dukungan keluarga juga merupakan perasaan individu yang mendapat perhatian, disenangi, dihargai dan termasuk bagian dari masyarakat.<sup>13</sup>

Kecemasan adalah suatu perasaan takut yang tidak menyenangkan dan tidak dapat dibenarkan yang disertai gejala fisiologis, sedangkan pada gangguan ansietas terkandung unsur penderitaan yang bermakna dan gangguan fungsi yang disebabkan oleh kecemasan tersebut.<sup>11</sup>

Hospitalisasi merupakan keadaan dimana orang sakit berada pada lingkungan rumah sakit untuk mendapatkan pertolongan dalam perawatan atau pengobatan sehingga dapat mengatasi atau meringankan penyakitnya. Tetapi pada umumnya hospitalisasi dapat menimbulkan ketegangan dan ketakutan serta dapat menimbulkan gangguan emosi atau tingkah laku yang mempengaruhi kesembuhan dan perjalanan penyakit selama dirawat di rumah sakit.<sup>4</sup>

Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan Taufik Nugroho pada tahun 2014 mengenai dukungan keluarga, bahwa responden yang mendapatkan dukungan baik sebanyak 63,6% dan dukungan kurang baik 36,4%.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga dapat mengurangi kecemasan pasien lanjut usia. Hal ini disebabkan adanya dukungan keluarga yang baik saat pasien lanjut usia menjalani hospitalisasi menjadi termotivasi untuk menjalani pola hidup yang lebih baik dan sehat. Dalam penelitian ini, pasien lanjut usia yang menjalani hospitalisasi merasakan bahwa keluarga telah mampu mewujudkan dukungan keluarga baik secara dukungan emosional dukungan penghargaan (penilaian) dukungan instrumental dan dukungan informatif.

### **SIMPULAN**

1. Dukungan Keluarga Pasien Lansia termasuk kategori baik sebanyak 23 orang (51,1%).
2. Kecemasan pada lanjut usia saat hospitalisasi didapatkan 22 orang (48,9%) tidak merasa cemas.
3. Ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan penurunan kecemasan pada lanjut usia saat hospitalisasi (*p value* 0,005)

## **SARAN**

1. Bagi Peneliti Selanjutnya  
Penelitian ini diharapkan dapat disempurnakan oleh peneliti selanjutnya.
2. Bagi Keluarga Responden  
Pasien diharapkan agar lebih mendukung keluarganya dalam keadaan apapun terutama pada keluarga yang didalamnya terdapat lanjut usia dan sedang menjalani hospitalisasi.
3. Bagi Responden (Pasien Lansia)  
Pasien diharapkan mampu mengutarakan apa yang diinginkan di butuhkan agar anggota keluarga lainnya lebih memahami dan mengerti dengan apa yang dibutuhkan dan diinginkan.
4. Bagi Rumah Sakit  
Rumah sakit diharapkan dapat menerapkan pemberian dukungan keluarga pada asuhan keperawatan terutama pada pasien lanjut usia.
5. Bagi Institusi Pendidikan  
Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan referensi dan informasi bagi institusi.

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Nugroho, W. Keperawatan Gerontik & Geriatric. Edisi 3. Jakarta: EGC; 2000.
2. Widiyaningsih, Nuri. Factor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kecemasan pada Lanjut Usia di Panti Wredha Dharma Bakti Kota Surabaya 2010. [Diakses tanggal 19 Januari 2016]. Diunduh dari <http://eprints.ums.ac.id/>
3. Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Barat. Jawa Barat Dalam Angka. Badan Pusat Statistik Provinsi Jawa Barat 2014. [Diakses tanggal 4 Februari 2016]. Diunduh dari <http://jabar.bps.go.id>
4. Asmadi. Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: EGC; 2015.
5. Stuart, G.W dan Sundeen, S.J. Buku Keperawatan Jiwa. Edisi 3. Jakarta: EGC;1998.
6. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Prevalensi Gangguan Emosional dan Kecemasan. [Diakses tanggal 5 April 2016]. Diunduh dari <http://depkes.go.id/>
7. Hidayat, Alimul. Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data. Jakarta: Salemba Medika; 2012.
8. Hidayat, Alimul, A. A. Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah. Jakarta: Salemba Medika;. 2012.
9. Notoatmodjo, S. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: PT Rineka Cipta; 2010.
10. Friedman. Keperawatan Keluarga: Teori dan Praktik. Jakarta: Salemba Medika; 2003.
11. Direja, S. H. A. Asuhan Keperawatan Jiwa. Yogyakarta: Nuha Medika; 2011.
12. Fatmah. Gizi Usia Lanjut. Jakarta: Erlangga; 2010.
13. Effendi, S. Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktek Dalam Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika; 2008.

# PENGARUH TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK TERHADAP KEMAMPUAN SOSIALISASI ANAK TUNAGRAHITA SEDANG

Supriatin\* Pebi Risdayanti\*\*

## ABSTRAK

Anak tunagrahita yaitu anak yang memiliki fungsi intelektual di bawah rata-rata (70) dan disertai dengan keterbatasan dalam kemampuan kognitif, kemampuan verbal, kemampuan motorik dan kemampuan sosialisasi. Sosialisasi adalah suatu proses seseorang belajar berperilaku tertentu sesuai dengan tuntunan budaya tempat ia hidup. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh terapi aktivitas kelompok pada kemampuan sosialisasi anak tunagrahita sedang. Penelitian ini merupakan penelitian *pre eksperimen* dengan metode pendekatan *one group pretest-posttest*, teknik pengambilan sampel dengan menggunakan *purposive sampling* dengan jumlah sampel 10 orang. Data diperoleh dengan cara observasi dan dianalisis secara statistika menggunakan analisa uji *paired t-test*, dengan tingkat signifikansi 0,05. Hasil penelitian didapatkan sebelum dilakukan terapi dari 10 orang responden dengan nilai median 11,50 dan nilai minimal 10 serta maksimal 14 dengan katagori tidak mampu, sedangkan setelah dilakukan terapi didapatkan hasil median 13,00 dengan nilai minimal 10 serta maksimal 17 dengan kategori mampu. Dari hasil uji statistik menggunakan *paired sampel t-test* didapatkan hasil atau nilai *p value* yaitu 0,000 yang artinya bahwa ( $0,000 < 0,05$ ). Berarti ada pengaruh terapi aktivitas kelompok terhadap kemampuan sosialisasi anak tunagrahita sedang di SLB-C Pancaran Kasih Kota Cirebon 2017. Terapi aktivitas kelompok terhadap kemampuan sosialisasi anak tunagrahita sedang di SLB-C Pancaran Kasih Kota Cirebon dengan metode bermain kartu diharapkan bisa menjadi bahan kegiatan untuk stimulasi kemampuan sosialisasi yang dapat dilakukan oleh sekolah maupun orang tua sesuai dengan SOP pada anak tunagrahita.

**Kata Kunci:** Kemampuan sosialisasi anak tunagrahita

## ABSTRACT

*Children with intellectual challenges of children who have intellectual functioning below average (70) and is accompanied by limitations in cognitive abilities, verbal skills, motor skills and socialization skills. Socialization is a process of learning to behave in a particular manner in accordance with the guidance of the culture in which he lives. The purpose of this study was to determine the effect of group activity therapy on the ability of socialization of children with mental retradation. The purpose of this study was to determine the effect of group activity therapy on children with ental retradation socialization skills were. This research is pre-experimental approach method one group pretest-posttest, The sampling technique using purposive sampling with the number of samples 10 people. Data obtained by observation and analyzed statistically using analysis of paired t-test, with a significance level of 0.05. From the results obtained prior to therapy of the 10 respondents with a median value 11,50 and a minimum value of 10 and a maximum of 14 in the category of inadequacy, whereas after therapy showed a median of 13.00 with a minimum value of 10 and a maximum of 17 categories capable. From the results of statistical tests using paired sample t test or the results obtained p value is 0.000, which means that ( $0.000 < 0.05$ ). There is the effect of group activity therapy to children with mental retradation socialization skills were in SLB-C Pancaran Kasih Cirebon 2017. Activity therapy on the ability of socialization of children mental retradation being in SLB-C Pancaran Kasih Cirebon with the method of playing cards is expected to be a material activity for the stimulation of socialization skills that can be done by schools and parents in accordance with SOP in children mental retradation.*

**Keywords:** Socialization skills of children intellectual challenges

\*Staf Pengajar Program Studi S1 Keperawatan STIKes Cirebon

\*\* Alumni PSIK STIKes Cirebon Tahun 2017

## PENDAHULUAN

Proses pertumbuhan dan perkembangan yang dilalui setiap anak tentunya tidak sama dan memiliki keunikan masing-masing. Pertumbuhan dan perkembangan pada anak terjadi mulai dari pertumbuhan dan perkembangan secara fisik, intelektual, maupun emosional. Pertumbuhan dan perkembangan secara fisik dapat berupa perubahan ukuran besar kecilnya fungsi organ mulai dari tingkat sel hingga perubahan organ tubuh. Pertumbuhan dan perkembangan intelektual anak dapat dilihat dari kemampuan secara simbolik maupun abstrak, seperti berbicara, bermain, berhitung, membaca dan lain-lain. Pertumbuhan dan perkembangan secara emosional anak dapat dilihat dari perilaku sosial dilingkungan anak.<sup>1</sup>

Permasalahan yang dihadapi juga berbeda-beda dari satu anak keanak yang lain. Permasalahan yang muncul dapat berupa gangguan pada tahap perkembangan fisik, mental, emosi, sosial, dan intelegensi. Anak memerlukan perhatian khusus untuk optimalisasi tumbuh kembang. Tumbuh kembang anak dapat dipengaruhi dua faktor utama yakni faktor genetik dan faktor lingkungan. Anak yang mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan baik secara fisik, mental, emosi, sosial dan intelegensi disebut anak berkebutuhan khusus atau anak dengan keluarbiasaan. Anak berkebutuhan khusus sering kali mengalami berbagai persoalan psikologis yang timbul akibat kelainan bawaan dirinya.<sup>2</sup>

Anak berkebutuhan khusus adalah anak yang secara signifikan mengalami kelainan (fisik, mental-intelektual, sosial, dan emosional). Kelainan tersebut terjadi dalam proses perkembangannya bila dibandingkan dengan anak-anak lain seusianya sehingga anak berkebutuhan khusus memerlukan layanan pendidikan khusus. Pendidikan khusus di Indonesia ini tujuan utamanya yaitu agar mampu memberi layanan yang sesuai dengan kebutuhan anak tersebut sehingga potensinya dapat berkembang secara optimal. Namun dapat terjadi juga anak yang berkemampuan luar biasa ini menjadi frustrasi yang akhirnya berujung pada timbulnya masalah yang harus mendapat penanganan khusus. Kondisi keluarbiasaan dibawah normal sangat beragam jenisnya yaitu Tunanetra, Tunarungu, Gangguan komunikasi, Tunagrahita, Tunadaksa, Tunalaras, Kesulitan belajar, Tunaganda.<sup>2</sup>

Dari jenis-jenis kondisi keluarbiasaan diatas diantaranya yaitu Tunagrahita. Genewa<sup>3</sup> berpendapat bahwa tunagrahita adalah suatu keadaan perkembangan mental yang terhenti atau tidak lengkap yang ditandai oleh kendala keterampilan selama masa perkembangan sehingga berpengaruh pada semua tingkat intelegensia, antara lain kemampuan kognitif, bahasa, motorik, dan sosial.<sup>4</sup>

Tunagrahita merupakan anak yang secara nyata mengalami hambatan dan keterbelakangan perkembangan mental di bawah rata-rata sedemikian rupa sehingga mengalami kesulitan dalam tugas-tugas akademik, komunikasi maupun sosial, dan karena itu anak ini memerlukan pendidikan khusus.

Anak tunagrahita sedang tidak mampu mengikuti pelajaran-pelajaran akademik. Namun mereka masih memiliki potensi untuk mengurus diri sendiri dan dilatih untuk mengerjakan sesuatu secara rutin, dapat dilatih berkawan, mengikuti kegiatan dan menghargai hak milik orang lain. Sampai batas tertentu mereka selalu membutuhkan pengawasan, pemeliharaan dan bantuan orang lain.<sup>3</sup> Anak penyandang tunagrahita mempunyai gangguan dalam bidang bersosialisasi dengan lingkungan.

Sosialisasi adalah suatu proses seseorang belajar berperilaku tertentu sesuai dengan tuntunan budaya tempat ia hidup, proses ini meliputi penguasaan bahasa, nilai-nilai, etika, aturan-aturan, tingkah laku, berbagai siasat, sejumlah informasi yang berguna dalam upaya menyatu dengan masyarakat sekitar. Sosialisasi juga merupakan proses perkembangan sosial dalam memperoleh kemampuan berfikir yang sesuai dengan tuntunan sosial.<sup>5</sup>

Bersosialisasi merupakan kebutuhan setiap makhluk, termasuk para penyandang keluarbiasaan. Oleh karena itu kebutuhan tersebut kadang-kadang susah dipenuhi. Berbagai kondisi/keterampilan, seperti mencari teman, memasuki masa remaja, mencari kerja,

perkawinan, kehidupan seksual, dan membesarkan anak merupakan kondisi yang menimbulkan masalah bagi penyandang keluarbiasaannya.<sup>2</sup>

Salah satu cara untuk mengembangkan kemampuan sosialisasi pada anak tunagrahita adalah dengan terapi aktivitas kelompok. Terapi aktivitas kelompok bertujuan untuk meningkatkan kebersamaan, bersosialisasi, bertukar pengalaman, dan mengubah perilaku. Terapi aktivitas kelompok pada anak tunagrahita sedang berupa permainan yang imajinatif yang seperti dikemukakan oleh Masitoh dkk bermain merupakan suatu wahana yang penting bagi perkembangan sosial, emosi, dan perkembangan kognitif, serta merupakan refleksi dari perkembangan anak. Pendapat yang sama dikemukakan oleh Martin, bermain yaitu pekerjaan atau aktivitas anak yang sangat penting. Melalui bermain, anak akan semakin mengembangkan kemampuan dan keterampilan motorik anak, kemampuan kognitifnya, melalui kontak dengan dunia nyata, menjadi eksis di lingkungannya, menjadi percaya diri dan masih banyak lagi manfaat lainnya.<sup>4</sup>

Bermain dapat mengembangkan aspek sosial emosional anak yaitu melalui bermain anak mempunyai rasa memiliki, merasa menjadi bagian/diterima dalam kelompok, belajar untuk hidup dan bekerja sama dalam kelompok dengan segala perbedaan yang ada.<sup>4</sup>

Jenis permainan pada anak tunagrahita sedang untuk kemampuan sosialisasi dengan terapi aktivitas kelompok yaitu dengan jenis permainan sesuai dengan karakteristik dan klasifikasi dari bermain yaitu *cooperative play* dengan bermain kartu secara bersama-sama.<sup>6</sup> Permainan kartu bergambar dimanfaatkan selain membuat anak senang dan termotivasi belajar, juga agar anak mau mengucapkan nama dari kartu gambar yang diperlihatkan kepadanya.<sup>6</sup> Pada penelitian ini dalam permainan kartu bergambar, anak diharuskan mengucapkan nama dari gambar yang dilihatnya.<sup>7</sup> Dengan demikian permainan ini akan menimbulkan interaksi sehingga dapat meningkatkan kemampuan sosialisasi pada anak tunagrahita sedang.

Berdasarkan permasalahan di atas, perlu upaya untuk mengatasi masalah sosialisasi pada anak tunagrahita, sehingga diharapkan anak tunagrahita mengalami perubahan dalam bersosialisasi dengan lingkungan ke arah yang lebih baik. Sehubungan dengan hal tersebut, peneliti tertarik untuk mengadakan penelitian tentang Pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Terhadap Kemampuan Sosialisasi pada Anak Tunagrahita sedang di SLB-C Pancaran Kasih kota Cirebon 2017?

## METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah pra eksperimen dengan pendekatan *pre test and post test with one group* dalam rancangan ini dilakukan *pre test*, intervensi bermain kartu, *post test*.<sup>8</sup> Populasi pada penelitian ini adalah seluruh siswa SD di SLB-C Pancaran Kasih Cirebon yang mengalami Tunagrahita yang berjumlah 45 orang anak.

Adapun teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *purposive sampling*. Pengambilan sampel secara *purposive* didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya. Sampel pada penelitian ini berjumlah 10 orang anak.

Berdasarkan keterangan diatas untuk menentukan populasi dan sampel terdapat inklusi dua kriteria yaitu :

### 1. Kriteria Inklusi

- 1) Bersedia menjadi responden
- 2) Anak tunagrahita yang bersekolah di SLB-C Pancaran kasih
- 3) Anak dengan Tunagrahita sedang
- 4) Siswa SDLB dengan IQ 30-50/ mampu latih
- 5) Tidak sedang dalam kondisi sakit

## 2. Kriteria Eksklusi

- 1) Anak atau siswa yang jarang masuk sekolah
- 2) Anak tunagrahita yang mempunyai cacat fisik

Analisis univariat dilakukan dengan mendeskripsikan nilai dari kemampuan sosialisasi sebelum dan sesudah dilakukan intervensi terapi aktivitas kelompok bermain kartu. Analisis bivariat dengan uji *paired t test* untuk menganalisis perbedaan pada sampel berpasangan yang berdistribusi normal ( uji Shapiro-wilk dengan nilai  $p > 0,05$ ).

## HASIL PENELITIAN

### Kemampuan sosialisasi sebelum dilakukan intervensi terapi aktivitas kelompok bermain kartu

Tabel 1. Kemampuan sosialisasi sebelum dilakukan intervensi

	Jumlah subyek	Min	Max	Mean	Kategori
Sebelum Perlakuan	10	10	14	11,50	Tidak Mampu

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan nilai kemampuan sosialisasi sebelum dilakukan intervensi mempunyai skor minimal 10 dan skor maksimal 14 serta skor mean 11,50 dan termasuk ke dalam kategori Tidak Mampu

### Kemampuan sosialisasi setelah dilakukan intervensi terapi aktivitas kelompok bermain kartu

Tabel 2. Kemampuan sosialisasi setelah dilakukan intervensi

	Jumlah subyek	Min	Max	Mean	Kategori
Setelah Perlakuan	10	10	17	13,00	Mampu

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan nilai kemampuan sosialisasi setelah dilakukan intervensi mempunyai skor minimal 10 dan skor maksimal 17 serta skor mean 13,00 dan termasuk ke dalam kategori Mampu

### Pengaruh terapi aktivitas kelompok terhadap kemampuan sosialisasi anak tunagrahita sedang

Tabel 3. Pengaruh terapi aktivitas kelompok terhadap kemampuan sosialisasi anak tunagrahita sedang di SLB-C Pancaran Kasih Kota Cirebon

Variabel	Mean	Standar Deviasi	P Value
Pretest – Post test	-1,700	0,949	0,000

Berdasarkan tabel 3 dapat dilihat hasil perhitungan uji *paired t-test*. Hasil uji hipotesis menggunakan *paired t-test* pada kemampuan sosialisasi menghasilkan nilai *p value* sebesar 0,000 yang artinya ada pengaruh terapi aktivitas kelompok terhadap kemampuan sosialisasi anak tunagrahita sedang di SLB-C Pancaran Kasih Kota Cirebon 2017

## **PEMBAHASAN**

### **Kemampuan Sosialisasi Sebelum Dilakukan Intervensi Terapi Aktivitas Kelompok Bermain Kartu**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada anak tunagrahita sedang di SLB-C Pancaran Kota Cirebon, nilai kemampuan sosialisasi sebelum dilakukan intervensi terapi aktivitas kelompok bermain kartu dengan mean 11,50 dan nilai minimal 10, maksimal 14 serta masuk kedalam katagori tidak mampu.

Berdasarkan penelitian dan beberapa teori yang ada dapat dijelaskan bahwa adanya kesamaan antara hasil dengan teori yaitu hasil kemampuan sosilaisasi sebelum dilakukan intervensi menunjukkan nilai mean 11,50 yaitu anak tunagrahita tidak mampu melakukan sosialisasi dengan baik hal itu sesuai dengan teori bahwa fungsi intelektual anak tunagrahita di bawah rata-rata (70) dan disertai dengan keterbatasan yang penting dalam area fungsi adaptif seperti keterampilan komunikasi, perawatan diri, keterampilan interpersonal atau sosial.

### **Kemampuan Sosialisasi Setelah Dilakukan Intervensi Terapi Aktivitas Kelompok Bermain Kartu**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada anak tunagrahita sedang di SLB-C Pancaran Kota Cirebon, nilai kemampuan sosialisasi setelah dilakukan intervensi terapi aktivitas kelompok bermain kartu dengan mean 13,00 dan nilai minimal 10, maksimal 17 serta masuk kedalam katagori mampu. Terlihat perubahan kemampuan sosialisasi pada *pre test* dan *post test* sebanyak 1-3 setelah dilakukan intervensi selama 1 bulan.

Berdasarkan penelitian dan beberapa teori yang ada dapat dijelaskan bahwa adanya perubahan kemampuan sosialisasi dibandingkan dengan sebelum intervensi. Hal ini bisa terjadi karena selama satu bulan responden mengikuti intervensi 8 kali pertemuan dalam waktu 10-15 menit, dan terdapat kesamaan antara hasil penelitin yang sudah dilakukan dengan terori yang ada yaitu kemampuan sosialisasi anak tunagrahita dapat dioptimalkan dengan menggunakan suatu metode atau terapi dan dalam hal ini dilakukan terapi aktivitas kelompok bermain kartu. Bermain yang dimaksud adalah kegiatan sukarela untuk memperoleh kesenangan atau kepuasan. Bermain juga merupakan cerminan kemampuan fisik, intelektual, emosional serta sosial, dan bermain merupakan media yang baik untuk belajar dengan bermain anak akan berkomunikasi dan belajar menyesuaikan diri dengan lingkungannya.

### **Pengaruh terapi aktivitas kelompok terhadap kemampuan sosialisasi anak tunagrahita sedang**

Hasil pengujian hipotesis menggunakan *paired t-test* diperoleh nilai *p-value* sebesar 0,000 sehingga kesimpulan uji hipotesis adalah terdapat pengaruh terapi aktivitas kelompok terhadap kemampuan sosialisasi anak tunagrahita sedang di SLB-C Pancaran Kasih Kota Cirebon.

Berdasarkan penelitian dan beberapa teori yang ada dapat dijelaskan bahwa penyebab anak tunagrahita mengalami kemampuan sosialisasi yang tidak baik yaitu kurang optimalnya stimulasi yang diberikan baik oleh orangtua maupun sekolah serta kesempatan dan motivasi anak tunagrahita dalam melakukan sosialisasi dengan temannya maupun dengan lingkungannya

## **KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dipaparkan dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Sebelum dilakukan intervensi responden tidak mampu melakukan sosialisasi dengan baik (*mean* 11,50)
2. Setelah dilakukan intervensi responden mampu melakukan sosialisasi dengan baik terjadi perbedaan sekitar 1-3 (*mean* 13,00)
3. Ada pengaruh yang signifikan terhadap kemampuan sosialisasi anak tunagrahita sedang di SLB-C Pancaran Kasih Kota Cirebon tahun 2017 (*p value* = 0,000)

## **SARAN**

1. Bagi Keperawatan  
Adanya pengaruh terapi aktivitas kelompok terhadap kemampuan sosialisasi, upaya keperawatan pada anak tunagrahita sedang yaitu memberikan tindakan preventif dan promotif pada orang tua tentang pentingnya kemampuan sosialisasi.
2. Bagi Peneliti Selanjutnya  
Bagi peneliti selanjutnya harus memperhatikan faktor-faktor semu dalam penelitian misalnya pada saat melakukan observasi harus ada pembandingan dalam evaluasi agar peneliti lebih mendalami dan mengembangkan lagi penelitian tentang pengaruh terapi aktivitas kelompok terhadap kemampuan sosialisasi anak tunagrahita sedang maupun berat.
3. Bagi Tempat Penelitian (SLB-C Pancaran Kasih Kota Cirebon)  
Hasil penelitian ini hendaknya dapat dijadikan pertimbangan bagi sekolah untuk menerapkan terapi aktivitas kelompok bermain kartu terhadap kemampuan sosialisasi anak tunagrahita sedang disamping pembelajaran kemampuan sosialisasi yang sudah ada di sekolah.
4. Bagi Orang Tua  
Setelah mengetahui adanya pengaruh dari penelitian ini, diperlukan adanya kesadaran dari orang tua untuk menyadari pentingnya kemampuan sosialisasi pada anak tunagrahita sedang dan mampu menerapkan terapi aktivitas kelompok secara berkelanjutan misalnya dengan membawa anak ke posyandu, taman bermain, dan lain-lain agar anak dapat berinteraksi dengan anak lain sehingga mampu bersosialisasi dengan baik.

## **DAFTAR PUSTAKA**

1. Adinda Istiqomah, Regulasi emosi ibu yang mempunyai anak autisme. Skripsi. Surabaya: UIN Sunan Ampel Surabaya; 2014
2. IG.A.K Wardani. Pengantar Pendidikan Luar Biasa. Jakarta: Universitas Terbuka; 2008
3. Sri Hartati, Media pembelajaran permainan kartu untuk meningkatkan prestasi belajar matematika bagi anak tunagrahita kelas D1/C SLB/B-c YPA ALB Langenharjo. Skripsi. Surakarta: Universitas 11 Maret; 2009
4. Anggraeni Putri Haryani, Damajanti Kusuma. Efektivitas penerapan terapi bermain bola untuk meningkatkan kemampuan motorik kasar pada tunagrahita ringan kelas 1 SMPLB. Jurnal. Surabaya: Universitas Negeri Surabaya; 2011
5. Desiyani Nani, Wahyu Ekowati, Ryan Hara. Pengaruh dukungan sosial terhadap kemampuan sosialisasi anak kebutuhan khusus. Purwokerto: Universitas Soedirman; 2010.
6. H. Nabel Ridha. Buku ajar keperawatan anak. Yogyakarta: Pustaka pelajar; 2014
7. Elyza, Meningkatkan kemampuan mengucapkan nama benda melalui permainan kartu bergambar bagi anak tunagrahita sedang. Jurnal Pendidikan Khusus (Luar Biasa). Padang: Universitas Negeri Padang; 2012. Vol 1 no 3
8. Soekidjo Notoatmodjo. Metode Penelitian Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta; 2010.

# PENGARUH ASUPAN TINGGI SERAT DAN CAIRAN TERHADAP TERJADINYA KONSTIPASI PADA LANSIA

---

Agus Sutarna\*Asiah\*\*Nila Purmula Sari\*\*\*

---

## ABSTRAK

Salah satu cara yang dapat digunakan untuk mencegah terjadinya konstipasi adalah terapi asupan tinggi serat dan cairan yang cukup. Konstipasi adalah persepsi gangguan buang air besar berupa berkurangnya frekuensi buang air besar, sensasi tidak puas/lampiasnya buang air besar, terdapat rasa sakit, perlu ekstra mengejan atau feses yang keras. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh asupan tinggi serat dan cairan yang cukup terhadap terjadinya konstipasi pada lansia di Panti Wredha Wilayah Cirebon Tahun 2017. Jenis penelitian ini menggunakan penelitian *pre experiment*. Populasi dalam penelitian ini adalah semua lansia di panti wredha wilayah cirebon sejumlah 28 orang. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan *total sampling*. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sampel yang ditemui saat dilakukan penelitian. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum diberikan asupan tinggi serat dan cairan sebagian besar mengalami konstipasi sebanyak 24 orang (85,7%). sesudah diberikan asupan tinggi serat dan cairan semua responden mengalami asupan tinggi serat dan cairan cukup sebanyak 28 orang (100%). Pengujian dengan menggunakan uji *wilcoxon* menunjukkan bahwa nilai  $p < 0,05$  yaitu 0,046 maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima berarti terapi asupan tinggi serat dan cairan berpengaruh terhadap penurunan terjadinya konstipasi.

**Kata Kunci** : Asupan tinggi serat, konstipasi

## ABSTRACT

*One way that can be used to prevent the occurrence of constipation is using a high intake of fiber and adequate fluids therapy. Constipation is a perception of defecation in the form of reduced frequency of defecation, sensation of dissatisfaction/alloy defecate, there is pain, need extra strain or hard stool. The purpose of this study was to determine the influence of high intake of fiber and fluid sufficient to the occurrence of constipation in the elderly in Panti Wreda Cirebon Area Year 2017. This type of research uses pre experiment research. The population in this study is all 28 elderly in nursing home cirebon region. Sampling technique in this study using total sampling. The sample used in this research is the samples encountered during the research. The results showed that before given the high intake of fiber and liquid most constipation experience as many as 24 people (85.7%). After being given a high intake of fiber and fluids all respondents experienced a high intake of fiber and fluids quite as much as 28 people (100%). Tests using wilcoxon test showed that the p value  $< 0.05$  is 0.046 then  $H_0$  is rejected and  $H_a$  accepted means high intake therapy of fiber and fluid effect on the decrease of constipation.*

**Keywords** : High intake of fiber, constipation

\* Staf Pengajar Program Studi S1 Keperawatan STIKes Cirebon  
\*\* Staf Pengajar Program Studi S1 Keperawatan STIKes Cirebon  
\*\*\*Alumni PSIK STIKes Cirebon Lulus Tahun 2017

## PENDAHULUAN

Saat ini, di seluruh dunia jumlah orang lanjut usia diperkirakan ada 500 jutadengan usia rata-rata 60 tahun dan diperkirakan pada tahun 2025 akan mencapai 1,2 milyar lansia. Di Negara maju seperti Amerika Serikat pertambahan orang lanjut usia  $\pm$  1.000 orang per hari pada tahun 1985 dan diperkirakan 50% dari penduduk berusia diatas 50 tahun sehingga istilah *Babby Boom* pada masa lalu berganti menjadi “ledakan penduduk lanjut usia” (lansia).<sup>1</sup>

Inggris juga memiliki populasi lansia (> 65 tahun) telah mengalami peningkatan 1,5 juta orang selama 25 tahun terakhir yang mencerminkan 16% dari populasi. Angka harapan hidup saat kelahiran meningkatkan secara bertahap di inggris : bayi baru lahir berjenis kelamin laki-laki memiliki harapan hidup hingga usia 76,6 tahun dan bayi baru lahir berjenis kelamin perempuan mencapai usia 81,0 tahun jika angka mortalitas tidak berubah.<sup>2</sup>

Di seluruh dunia penduduk lansia (usia > 60 tahun) tumbuh dengan sangat cepat bahkan tercepat dibanding kelompok usia lainnya. Diperkirakan mulai tahun 2010 akan terjadi ledakan jumlah penduduk lanjut usia. Hasil prediksi menunjukkan bahwa persentase penduduk lanjut usia akan mencapai 9,77% dari total penduduk pada tahun 2010 dan menjadi 11,54% pada tahun 2020. Begitu juga di Indonesia mengalami peningkatan yang signifikan pada tahun 2007, jumlah penduduk lanjut usia sebesar 18,96 juta jiwa dan meningkat menjadi 20.547.54 pada tahun 2009. Jumlah ini termasuk terbesar keempat setelah Cina, India dan Jepang. Badan kesehatan dunia WHO menyatakan bahwa penduduk lansia di Indonesia pada tahun 2020 mendatang sudah mencapai angka 11,34%/tercatat 28,8 juta jiwa dan tahun 2025 kenaikan jumlah lansia bisa mencapai sebesar 41,4%. Hal ini menyebabkan jumlah penduduk lansia di Indonesia terbesar di dunia.<sup>3</sup>

Kebudayaan lansia seringkali dipersepsikan secara negatif dan keliru, dimana lansia itu sendiri dianggap sebagai beban keluarga ataupun masyarakat sekitarnya. Hal ini muncul dikarenakan melihat dari kasuistik (perekaman dan penelitian sebab-sebab (kasus-kasus) masalah) terhadap lansia (jompo) yang hidupnya sangat tergantung kepada orang. Persepsi negatif seperti ini sesungguhnya tidak sepenuhnya benar, karena masih banyak lansia yang masih dapat beraktifitas semampunya atau bisa disebut juga berperan aktif, baik dalam keluarga maupun dalam lingkungan masyarakat tempat dia tinggal. Lansia merupakan suatu proses yang alami yang tidak dapat dihindari. Orang menjadi tua ditandai dengan kemunduran-kemunduran biologis yang pada lahirnya terlihat gejala-gejala kemunduran fisik diantaranya kulit mengendor, wajah keriput, rambut mulai berubah putih, gigi mulai ompong, penglihatan dan pendengaran menjadi buruk, cepat dan mudah lelah dan kerampingan tubuh mulai menghilang.

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam menjaga keseimbangan baik secara fisiologis maupun psikologis yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Teori Hierarki kebutuhan yang dikemukakan oleh Abraham Maslow menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu : Pertama kebutuhan fisiologis (*Physiological needs*), yang merupakan kebutuhan paling dasar pada manusia. Antara lain ; pemenuhan kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, cairan (minuman), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan suhu tubuh, serta seksual. Kedua kebutuhan rasa aman dan perlindungan (*need for security and protection*), dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik, meliputi perlindungan dari ancaman terhadap tubuh dan kehidupan seperti kecelakaan, penyakit, bahaya lingkungan, dan lain lain. Perlindungan psikologis, perlindungan dari ancaman peristiwa atau pengalaman baru atau asing yang dapat mempengaruhi kondisi kejiwaan seseorang. Ketiga kebutuhan rasa cinta (*needs love*), yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, dan kekeluargaan. Keempat kebutuhan akan harga diri (*the need for self*) dan perasaan dihargai

oleh orang lain serta pengakuan dari orang lain. Kelima adalah kebutuhan aktualisasi diri (*self actualization needs*), ini merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, yang berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.<sup>4</sup>

Salah satu bentuk pemenuhan kebutuhan fisiologis berdasarkan pendapat dari Abraham Maslow yaitu makan. Pola kebiasaan makan yang tidak baik juga merupakan salah satu penyebab timbulnya masalah kesehatan salah satunya adalah konstipasi. Masalah ini sering terjadi pada mereka yang mengkonsumsi makanan rendah serat. Pada lansia pemenuhan makanan yang berserat kurang terpenuhi, ini dikarenakan lansia dari segi fisik kurang mendukung yaitu gigi lansia yang tidak utuh dan dari segi dukungan keluarga juga dapat dikarenakan keluarga yang kurang memenuhi asupan nutrisi tinggi serat pada lansia itu sendiri. Hal-hal tersebut juga menyebabkan kurangnya kemampuan membentuk masa feses yang baik, guna merangsang peristaltik usus. Jika rangsangan peristaltik usus menurun maka akan terjadi konstipasi, kemudian feses akan mengeras dan dapat menyumbat lumen usus sehingga menyebabkan gejala konstipasi (sembelit). Konstipasi yang terjadi pada lansia berbeda dengan konstipasi pada usia muda, sebagian besar problem konstipasi pada lansia berhubungan dengan penurunan totalitas kolon terbatas ke *anorekturo*, yaitu berupa kegagalan relaksasi otot-otot di dasar pinggul selama proses defekasi.<sup>5</sup>

Adapun pengertian dari konstipasi itu sendiri adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami kesulitan buang air besar atau jarang buang air besar. Konstipasi dibagi menjadi dua yaitu akut dan kronik. Konstipasi akut biasanya dimulai secara tiba-tiba dan tampak dengan jelas, sedangkan konstipasi kronik mulainya tidak jelas dan menetap selama beberapa bulan atau bahkan tahun. Kondisi dimana feses memiliki konsistensi keras dan sulit dikeluarkan juga bisa disebut konstipasi. Adapun persepsi gangguan buang air besar berupa berkurangnya frekuensi buang air besar, sensasi tidak puasnya Buang Air Besar (BAB), terdapat rasa sakit saat mengeluarkan feses dan harus mengejan dengan keras itu juga bisa disebut dengan konstipasi.<sup>5</sup>

Lansia yang memakan makanan tinggi serat biasanya lebih jarang yang mengalami konstipasi. Diet rendah serat juga memegang peranan yang sangat penting untuk timbulnya konstipasi pada usia lanjut. Emosi yang kuat dapat menyebabkan konstipasi dengan menghambat gerak peristaltik usus melalui kerja dari *epinefrin* dan *system* syaraf simpatis. Stress juga dapat menyebabkan usus spastik (spastik/konstipasi hipertonic atau iritasi colon).<sup>6</sup>

Usia lanjut yang dapat mempengaruhi proses pengosongan lambung. Diantaranya adalah *atony* (berkurangnya tonus otot yang normal) dari otot-otot polos colon yang dapat berakibat pada melambatnya peristaltik dan mengerasnya feses sehingga memungkinkan terjadinya konstipasi.<sup>6</sup>

Konstipasi pada lanjut usia lebih sering terjadi pada lanjut usia umur 60 tahun, sebagian besar konstipasi pada lanjut usia berhubungan dengan penurunan *motilitas* kolon, berkurangnya mobilitas aktifitas fisik, rendahnya asupan serat dan asupan cairan pada lanjut usia.<sup>7</sup>

Menurut informasi mengenai jumlah serat yang dikonsumsi sehari oleh lansia menunjukkan bahwa rata-rata asupan serat makanan yaitu 16 gr/hr atau 11gr/hr untuk lansia. Status hidrasi yang rendah dapat memperburuk konstipasi pada lanjut usia, karena pada umumnya lanjut usia membatasi asupan cairan yang dapat menyebabkan seringnya buang air kecil. Perubahan rasa haus dimana rasa dahaga menurun (*hipodipsia*) berkurang kemampuan untuk mensekresi urin dan mempertahankan *body water* terjadi pada lansia menyebabkan risiko tinggi terjadi dehidrasi. Untuk itu dianjurkan untuk mengkonsumsi air sebanyak 1500 – 2000 cc perhari atau 30 cc/kg BB/hari.<sup>7</sup>

Konstipasi biasa terjadi pada wanita dibandingkan pria bila diukur dalam perbandingan yaitu 3:1 hingga 2:1. Kejadian konstipasi meningkat seiring bertambahnya usia,

terutama pada usia 65 tahun keatas. Pengobatan konstipasi pada lansia harus sedini mungkin, bila tidak konstipasi akan menjadi kronik, dan makin sulit mengobatinya apalagi bila telah terjadi pengaruh kejiwaan.<sup>7</sup>

Wilayah Kota dan Kabupaten Cirebon memiliki beberapa panti sosial yang menampung beberapa lansia dengan berbagai masalah kesehatan terutama masalah kesehatan konstipasi. Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 7 November 2016 yang dilakukan di 3 panti di wilayah Cirebon berdasarkan data kesehatan dari 28 lansia yang tinggal di panti tersebut semua lansia pernah mengalami konstipasi karena pola makan lansia yang tidak tinggi serat dan cukup cairan. Adapun faktor lain terjadinya konstipasi pada lansia yaitu tingkat kecemasan, istirahat yang kurang dan dukungan dari keluarga.<sup>8</sup>

Dalam penelitian tentang konstipasi pada lansia di panti wreda yang ada di wilayah Cirebon peneliti memilih panti Siti Khodijah, panti Kasih, dan panti Kasih Ibu karena lansia bersedia dijadikan sebagai responden dan pihak panti mengizinkan peneliti untuk melakukan penelitian di panti tersebut.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh asupan tinggi serat dan cairan terhadap terjadinya konstipasi pada lansia di panti Wredha Wilayah Cirebon Tahun 2017.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian pra eksperimen dengan bentuk rancangan penelitian *one group-pretest-posttest*.<sup>9</sup>

Populasi dalam penelitian ini adalah lansia yang berada di Panti Wredha Wilayah Cirebon dengan jumlah 28 orang.<sup>10</sup> Sedangkan teknik sampel yang digunakan adalah *total sampling*, yaitu seluruh lansia di 3 panti wredha wilayah Cirebon yang berjumlah 28 orang dengan rincian lansia yaitu panti Siti Khodijah berjumlah 14 orang, panti wredha Kasih berjumlah 7 orang, dan panti wredha Kasih Ibu berjumlah 7 orang. Instrumen atau alat-alat dalam penelitian ini adalah kuesioner (daftar pertanyaan dengan wawancara langsung terhadap objek penelitian dan menggunakan FFQ (*Food Frequency Questionnaire*) untuk mengetahui frekuensi asupan tinggi serat dan cairan yang cukup pada lansia. Sedangkan analisa yang digunakan adalah analisa univariat dan bivariat.

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### Karakteristik Responden

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Responden Menurut Usia.

Usia	Frekuensi	Persentase (%)
< 60 tahun	9	32,1
61-70 tahun	12	42,9
> 71 tahun	7	25,0
Jumlah	28	100,0

Berdasarkan usia didapatkan hasil penelitian bahwa sebagian besar responden berusia 61-70 tahun yaitu sebanyak 12 orang (42,9%).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Responden Menurut Jenis Kelamin.

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki- Laki	2	7,1
Perempuan	26	92,9
Total	28	100,0

Berdasarkan jenis kelamin didapatkan hasil penelitian bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 26 orang (92,9).

### Sebelum Dilakukan Terapi Asupan Tinggi Serat Dan Cairan

Tabel 3. Distribusi frekuensi sebelum diberikan asupan tinggi serat dan cairan terhadap terjadinya konstipasi pada lansia di panti wredha wilayah Cirebon tahun 2017.

Sebelum asupan tinggi serat dan cairan	Frekuensi	Persentase (%)
> 15	24	85,7
< 15	4	14,3
Total	28	100,0

Berdasarkan distribusi frekuensi sebelum diberikan asupan tinggi serat dan cairan sebagian besar mengalami konstipasi sebanyak 24 orang (85,7%) dan tidak konstipasi sebanyak 4 orang (14,3%).

### Sesudah Dilakukan Terapi Asupan Tinggi Serat Dan Cairan

Tabel 4. Distribusi frekuensi sesudah diberikan asupan tinggi serat dan cairan terhadap terjadinya konstipasi pada lansia di panti wredha wilayah Cirebon tahun 2017.

Sesudah asupan tinggi serat dan cairan	Frekuensi	Persentase (%)
> 1700 kalori	28	100,0
<1700 kalori	0	0
Total	28	100,0

Berdasarkan distribusi frekuensi sesudah diberikan asupan tinggi serat dan cairan semua responden mengalami asupan tinggi serat dan cairan cukup sebanyak 28 orang (100%).

### Pengaruh Asupan Tinggi Serat dan Cairan Terhadap Terjadinya Konstipasi Pada Lansia

Tabel 5. Hasil pengukuran konstipasi sebelum dan sesudah dilakukan terapi asupan tinggi serat dan cairan.

Variabel	Mean	Standar Deviasi	P Value
Sebelum terapi	1,14	0,356	0,046
Sesudah terapi	1	0,000	

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan diperoleh bahwa konstipasi pada lansia mengalami penurunan sesudah dilakukan terapi asupan tinggi serat dan cairan. Penurunan konstipasi pada lansia ini diperoleh dari pengukuran konstipasi pada lansia sebelum dan

sesudah dilakukan terapi asupan tinggi serat dan cairan dengan menggunakan uji *wilcoxon*. Hasil rata-rata uji *wilcoxon* ini sebelum dilakukan terapi asupan tinggi serat dan cairan adalah 1,14 dan standar deviasinya 0,356 dan hasil rata-rata sesudah dilakukan terapi asupan tinggi serat dan cairan adalah 1,00 dan standar deviasinya adalah 0,000. Hasil ini menunjukkan bahwa nilai  $p < 0,05$  (0,046) yang berarti terdapat pengaruh yang signifikan. Maka dari hasil dari uji *wilcoxon* tersebut diketahui bahwa asupan tinggi serat dan cairan sangat efektif terhadap terjadinya konstipasi pada lansia.

## PEMBAHASAN

### **Pengaruh Terapi Asupan Tinggi Serat Dan Cairan Terhadap Terjadinya Konstipasi Pada Lansia**

Hasil rata-rata uji *wilcoxon* ini sebelum dilakukan terapi asupan tinggi serat dan cairan adalah 1,14 dan standar deviasinya 0,356 dan hasil rata-rata sesudah dilakukan terapi asupan tinggi serat dan cairan adalah 1,00 dan standar deviasinya adalah 0,000. Hasil ini menunjukkan bahwa nilai  $p < 0,05$  (0,046) yang berarti terdapat pengaruh yang signifikan. Maka dari hasil dari uji *wilcoxon* tersebut diketahui bahwa asupan tinggi serat dan cairan sangat efektif terhadap terjadinya konstipasi pada lansia.

Dari hasil penelitian para responden yang diberi asupan tinggi serat, sebagian besar tidak mengalami konstipasi, karena telah kita ketahui konsumsi serat yang teratur dapat memperlancar sistem pencernaan. Serat yang mampu berikatan dengan air menyebabkan volume feses menjadi lunak dan besar. Akibat membesarnya volume feses maka saraf rectum akan semakin cepat ke saluran pencernaan paling bawah, dan feses mudah untuk dikeluarkan, tetapi masih ada responden yang mengalami konstipasi hal ini dibuktikan dengan masih adanya keluhan yang terlihat yaitu keluhan mengejan keras saat BAB, keluhan massa feses yang keras dan sulit keluar serta keluhan rasa sakit pada perut saat BAB. Keluhan-keluhan tersebut masih timbul karena responden dalam pelaksanaan diet tinggi serat masih kurang baik, disebabkan oleh faktor kebiasaan makan makanan lain dan juga karena kebiasaan BAB yang kurang baik seperti sering menahan untuk segera BAB. Selain itu masih terjadinya konstipasi dimungkinkan karena dipengaruhi oleh faktor kurang olahraga/aktifitas juga dapat mempengaruhi terjadinya konstipasi pada lansia dan juga asupan air putih yang kurang.<sup>11</sup>

Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sari (2011) dan Oktaviana (2013) dimana konsumsi makanan dengan serat rendah berpengaruh terhadap pola defekasi yaitu terjadinya konstipasi.<sup>12, 13</sup>

Namun hasil penelitian ini berbeda dengan yang dilakukan oleh Ambarita et al (2014) dan Fitriani (2011) dimana mengkonsumsi makanan yang mengandung serat tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan pola defekasi.<sup>14, 15</sup>

Hal ini dapat terjadi karena perbedaan cara pengolahan makanan yang menjadi sumber serat. Pemanasan yang berlebihan pada makanan yang menjadi sumber serat dapat merusak struktur serat sehingga fungsi serat menjadi tidak optimal.<sup>10</sup> Serat dalam bentuk mentah atau dimasak cukup sampai lunak dan tidak sampai lembek dapat mengurangi kerusakan struktur dan mengoptimalkan fungsi.<sup>10</sup> Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Kusumawati dan Widyaastuti bahwa pola defekasi tidak hanya dipengaruhi oleh konsumsi serat tetapi juga dari cara pengolahannya.<sup>16</sup>

## SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, makan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil bahwa sebelum diberikan asupan tinggi serat dan cairan sebagian besar mengalami konstipasi sebanyak 24 orang (85,7%).

2. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil bahwa sesudah diberikan asupan tinggi serat dan cairan semua responden mengalami asupan tinggi serat dan cairan cukup sebanyak 28 orang (100%).
3. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil bahwa setelah dilakukan pengujian dengan uji *wilcoxon* adalah  $p < 0,05$  yaitu 0,046, maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima berarti asupan tinggi serat dan cairan berpengaruh terjadinya konstipasi pada lansia.

## SARAN

1. Bagi Pendidikan Keperawatan STIKes Cirebon  
Penelitian ini dapat dijadikan sumber informasi ilmiah dan dapat juga dijadikan bahan buku ajar mata kuliah kesehatan lansia.
2. Bagi Peneliti Selanjutnya  
Sebaiknya menggunakan sampel dengan jumlah yang lebih besar. Pemberian terapi asupan tinggi serat dan cairan hendaknya dilakukan dengan cara yang lebih mudah dan dapat menghasilkan hasil yang lebih akurat.
3. Bagi Tenaga Kesehatan  
Dapat menyebarkan metode pemberian terapi asupan tinggi serat dan cairan, terutama pada lansia yang tinggal di luar panti asuhan.
4. Bagi panti Wredha Wilayah Cirebon  
Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan dan pertimbangan dalam upaya memberikan pelayanan dan intervensi keperawatan pada lansia yang sedang mengalami masalah konstipasi karena asupan serat yang rendah dan cairan yang kurang.
5. Bagi Responden  
Dapat tetap menerapkan intervensi terapi asupan tinggi serat dan cairan yang cukup.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Nugroho, Wahjudi. Keperawatan Gerontik Edisi 2. Jakarta: EGC;2000.
2. Webster-Gandy. Gizi & Dietetika Edisi 2. Jakarta: EGC; 2016.
3. Sholikhah, Siti. Pengaruh Diet Tinggi Serat Terhadap Konstipasi Pada Lansia Di Duku Patihan Desa Trucuk Kecamatan Trucuk Kabupaten Bojonegoro Tahun 2013. [Diakses tanggal 7 November 2016]. Diunduh dari <http://stikesmuhla.ac.id/>
4. Paula, dkk. Proses Keperawatan. Jakarta: Edisi 4 EGC;2009.
5. Ahriku. Konstipasi. [Diakses tanggal 7 November 2016]. Diunduh dari <http://ahriku.wordpress.com/2010/02/08/konstipasi/>
6. Burrner & Suddarth. Keperawatan Medical Bedah. Jakarta : EGC; 2002.
7. Arif, Irfan. 2002. Konstipasi Pada Lansia. (Diakses tanggal 8 November 2016). Diunduh dari : [www.susukolostrum.com](http://www.susukolostrum.com).
8. Fajar, dkk. 2011. Principles of Nutritional Assessment. New York: Oxford University Press,inc. (Diakses tanggal 9 November 2016). Diunduh dari : <http://repository.ipb.ac.id>
9. Notoatmodjo, Soekidjo. Metodologi penelitian kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta; 2010
10. Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R&D. Bandung : Alfabet; 2015.
11. Sholikhah, Siti. Pengaruh Diet Tinggi Serat Terhadap Konstipasi Pada Lansia Di Duku Patihan Desa Trucuk Kecamatan Trucuk Kabupaten Bojonegoro Tahun 2013. (Diakses tanggal 18 Desember 2016). Diunduh dari : <http://stikesmuhla.ac.id>
12. Sari AK. Hubungan Pola Makan Berserat Dengan Kejadian Konstipasi Dirumah Sakit Haji Adam Malik Tahun 2011 (Skripsi). Medan: Universitas Sumatera Utara;2011
13. Oktaviana ES. Hubungan asupan serat dan faktor-faktor lain Dengan Konstipasi Fungsional Pada Mahasiswi Reguler Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Tahun 2013 (skripsi). Depok: Universitas Indonesia; 2013.
14. Fitriani, Imel. Hubungan Asupan Serat Dan Cairan Dengan Kejadian

Konstipasi Pada Lanjut Usia Di Panti Sosial Sabai Nan Aluih Sicincin Tahun 2010. Penelitian, Fakultas Keperawatan. (Diakses tanggal 18 Desember 2016). Diunduh dari : <http://repo.unand.ac.id/id>

15. Ambarita EM, dkk. Hubungan Asupan Serat Makanan Dan Air Dengan Pola Defekasi Anak Sekolah Dasar Di Kota Bogor. Jurnal Gizi dan Pangan; 2014
16. Kusumawati FD, Widyaastuti EE. Hubungan Antara Kecukupan Konsumsi Serat Terhadap Pola Defekasi Dan Ukuran Lingkar Perut Di Kelurahan Mekar Jaya Kecamatan Sukma Jaya Kota Depok (Skripsi). Jakarta: Universitas Indonesia;2009.

# HUBUNGAN STATUS EKONOMI DAN PANDANGAN POSISI ANAK DENGAN SIKAP ORANG TUA TERHADAP KEKERASAN PADA ANAK

Ati Nurwita\* Elzza Nurfitriani\*\*Sri Yuniarti\*\*\*

## ABSTRAK

Keluarga merupakan lini terdepan untuk membentuk anak-anak yang berkualitas melalui pemberian pola asuh yang tepat. Terdapat beberapa fenomena dalam keluarga untuk menerapkan kedisiplinan pada anak yaitu dengan kekerasan. Data Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) tahun 2014, terdapat 93 kasus kekerasan pada anak, 13% pelakunya adalah keluarga. Faktor penyebab orang tua melakukan kekerasan pada anak diantaranya kemiskinan dan pandangan keliru tentang posisi anak dalam keluarga. Tujuan penelitian untuk menganalisis Hubungan Status Ekonomi Dan Pandangan terhadap Posisi Anak Dengan Sikap Orang Tua Terhadap Kekerasan Pada Anak. Jenis penelitian analitik, desain *cross sectional*. Responden penelitian sebanyak 73 ibu di Kampung Cidahu Kecamatan Ngamprah Kabupaten Bandung Barat. Data yang dikumpulkan data primer, dengan kuesioner dan lembar ceklist. Analisis univariat dan bivariat. Hasil penelitian didapatkan dari 73 responden sebagian besar (94,5%) dari responden status ekonomi menengah kebawah, sebagian besar (53,4%) memiliki pandangan tidak keliru tentang posisi anak dalam keluarga dan setengahnya (47,9%) memiliki sikap positif terhadap kekerasan pada anak. Uji bivariat status ekonomi dengan sikap didapatkan nilai  $p = 0,616$  ( $p > \alpha$ ) dan pandangan posisi anak dengan sikap ibu didapatkan nilai  $p = 0,743$  ( $p > \alpha$ ). Hal ini menunjukkan  $H_0$  gagal ditolak yang berarti tidak ada hubungan status ekonomi keluarga dan pandangan terhadap posisi anak dengan sikap ibu terhadap kekerasan pada anak.

**Kata Kunci:** Kekerasan pada anak, Status ekonomi, Posisi anak

## ABSTRACT

The family is the leading line for shaping quality children with the provision of parenting. There are several phenomena in the family to apply discipline to children by child abuse. Data from KPAI at 2014 there 93 child abuse cases and 13 % the perpetrators is families. Factors the cause parent make child abuse such as economic state and value of child in families. This research to analyse the relationship economic status and value of the child in families with mother's attitude about child abuse. The research is analytic with cross sectional design. The subjects were 73 mothers, live in Cidahu Villages, Ngamprah District, Bandung Barat. The Collect data is primer with questionnaire and checklist. Analys of data with univariate and bivariate. Obtained from 73 responses: there 94,4% of middle and lower economic status, there 53,4% had a true value of child, and 47,9 % responses have a positive attitude about child abuse. The bivariate analysis for economic status with attitude obtained  $p$  value=  $0,616$  ( $p > \alpha$ ) and the value of child with attitude obtained  $p$  value=  $0,743$  ( $p > 0$ ). This indicates that  $H_0$  fails to be rejected, which means that there is no relationship between the family's economic status and the value of the child with the mother's attitude about child abuse.

**Keyword:** Child abuse, Economic status, value of the child

\*, \*\*, \*\*\* Staf Pengajar D3 Kebidanan STIKes Jenderal A. Yani Cimahi

## PENDAHULUAN

Anak merupakan generasi penerus bangsa. Anak-anak yang berkualitas dapat menjamin kemajuan bangsa pada masa yang akan datang. Untuk melahirkan anak-anak yang berkualitas dinilai dari aspek sehat secara fisik, mental, emosional dan sosial. Keluarga merupakan lini terdepan untuk membentuk anak-anak yang berkualitas melalui pemberian pola asuh yang tepat.<sup>1</sup>

Namun demikian, keluarga sering memperlakukan salah pada anak. Dengan dalih untuk menjaga kedisiplinan pada anak, sering sekali pola asuh yang diterapkan adalah dengan kekerasan.<sup>1</sup> Pemahaman yang bias mengenai konsep disiplin memiliki efek yang besar terhadap perkembangan anak. Jika anak tumbuh dan berkembang di keluarga dengan menerapkan konsep disiplin yang salah maka akan salah pula cara pendisiplinannya. Hal tersebut tidak menutup kemungkinan terjadinya praktek kekerasan.<sup>2</sup>

Data Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) tahun 2014, terdapat 93 kasus kekerasan pada anak, 13% pelakunya adalah keluarga.<sup>3</sup> Kekerasan yang terjadi di lingkungan keluarga terjadi karena banyak orang tua yang menganggap kekerasan pada anak adalah hal yang wajar.<sup>4</sup> Orang tua menganggap bahwa anak adalah seseorang yang tidak tahu apa-apa dan bagian dari pola asuh untuk mendidik anak menjadi disiplin.<sup>2</sup>

Disamping itu, kekerasan pada anak di lingkungan keluarga terjadi dikarenakan riwayat orang tua yang dulunya dibesarkan dalam kekerasan sehingga cenderung meniru pola asuh yang telah mereka dapatkan sebelumnya. Stress, kemiskinan, isolasi sosial, lingkungan yang mengalami krisis ekonomi, tidak bekerja, pandangan keliru tentang posisi anak dalam keluarga serta minimnya pengetahuan agama orang tua yang turut berperan menjadi penyebab orang tua melakukan kekerasan pada anaknya.<sup>1,2,4</sup>

Berdasarkan laporan yang diperoleh dari Kepolisian Resort (Polres) Kota Cimahi didapatkan data kasus kekerasan pada anak yang tersebar di 9 kecamatan Kabupaten Bandung Barat pada tahun 2014 sampai bulan Oktober 2016 seperti berikut :

Tabel 1. Kasus Kekerasan yang Terjadi pada Anak di Kabupaten Bandung Barat

Kecamatan	2014		2015		2016	
	Jumlah Kasus	% kasus	Jumlah Kasus	% kasus	Jumlah Kasus	% kasus
Batujajar	2	11.76	1	5.56	1	5.27
Cihampelas	2	11.76	2	11.11	1	5.27
Cililin	2	11.76	2	11.11	1	5.27
Cipatat	1	5.88	1	5.56	2	10.5
Cisarua	2	11.76	3	16.67	3	15.79
Lembang	2	11.76	2	11.11	1	5.27
<b>Ngamprah</b>	<b>3</b>	<b>17.65</b>	<b>2</b>	<b>11.11</b>	<b>4</b>	<b>21.05</b>
Padalarang	2	11.76	4	22.22	3	15.79
Parompong	1	5.88	1	5.56	3	15.79
Total	17	100	18	100	19	100

Sumber : POLRES Cimahi, 2016

Berdasarkan data tersebut diperoleh kejadian kekerasan pada anak di Kecamatan Ngamprah terbesar di tahun 2016 dengan kenaikan presentase 9,94% dari tahun sebelumnya. Berdasarkan data dari Polres Kota Cimahi, kejadian kekerasan pada anak, pelakunya dalam lingkungan keluarga tindakan yang terjadi berupa kekerasan fisik.

Dengan tingginya angka kejadian kekerasan dalam lingkungan keluarga, dapat dikaji berawal dari sikap yang ditunjukkan oleh orang tua terhadap kekerasan terhadap anak. Untuk itu tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis Hubungan Status Ekonomi Dan Pandangan terhadap Posisi Anak Dengan Sikap Orang Tua Terhadap Kekerasan Pada Anak

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian analitik dengan pendekatan *cross sectional*.<sup>5,6</sup> Populasi pada penelitian ini adalah ibu yang memiliki anak usia 6-12 tahun Di Kampung Cidahu Kecamatan Ngamprah Bandung Barat, pada bulan Pebruari 2017 yaitu sebanyak 73 responden. Teknik pengambilan sampel total sampling.<sup>7</sup>

Data yang dikumpulkan adalah data primer yang dikumpulkan dengan instrumen kuesioner dan lembar ceklist.<sup>6</sup> Analisis data dilakukan univariat dan bivariat. Analisis bivariat dengan uji *chi square*. Dasar pengambilan hipotesis penelitian berdasarkan tingkat signifikansi (nilai p), yaitu : Jika  $p \leq 0,05$  maka hipotesis penelitian ( $H_0$ ) ditolak dan jika  $p > 0,05$  maka hipotesis penelitian ( $H_0$ ) diterima. Untuk uji bivariat variabel status ekonomi dengan sikap terhadap kekerasan pada anak dikarenakan tidak memenuhi syarat untuk uji *chi square* maka digunakan uji *fisher* sedangkan untuk variabel pandangan terhadap posisi anak dengan sikap terhadap kekerasan pada anak karena syarat terpenuhi maka dilakukan uji *chi square*.<sup>8</sup>

## HASIL PENELITIAN

Penelitian dilakukan selama bulan Pebruari 2017, data dikumpulkan dengan mendatangi responden dari rumah ke rumah. Data dikumpulkan dengan alat ukur yang telah disiapkan dan telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas.

Berikut adalah data yang terkumpul setelah dilakukan analisis univariat dan bivariat, sebagai berikut:

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Status Ekonomi, Pandangan terhadap Posisi Anak, dan Sikap terhadap Kekerasan di Kampung Cidahu Kecamatan Ngamprah Kabupaten Bandung Barat 2017

Variabel	Frekuensi	Presentase (%)
Status ekonomi		
Menengah Kebawah	69	94,5
Menengah Keatas	4	5,5
<b>Jumlah</b>	73	100
Pandangan posisi anak		
Tidak keliru	39	53,4
Keliru	34	46,6
<b>Jumlah</b>	73	100
Sikap terhadap kekerasan		
Positif	35	47,9
Negatif	38	52,1
<b>Jumlah</b>	73	100

Berdasarkan tabel 2 didapatkan hasil bahwa dari 73 responden sebagian besar dari responden status ekonomi menengah ke bawah sebanyak 69 orang (94,5%), sebagian besar memiliki pandangan tidak keliru tentang posisi anak dalam keluarga yaitu sebanyak 39 orang (53,4%) dan setengahnya memiliki sikap positif terhadap kekerasan pada anak sebanyak 35 orang (47,9%).

Tabel 3. Hubungan Status Ekonomi Keluarga dengan Sikap Ibu terhadap Kekerasan pada Anak di Kampung Cidahu Kecamatan Ngamprah Kabupaten Bandung Barat Tahun 2017

Status Ekonomi	Sikap				Jumlah		p value
	Positif		Negatif		n	%	
	n	%	n	%			
Menengah kebawah	34	49,3	35	50,7	69	100	0,616
Menengah keatas	1	25,0	3	75,0	4	100	
Jumlah	35	47,9	38	52,1	73	100	

Berdasarkan tabel 3 didapatkan hasil bahwa dari 69 responden dengan status ekonomi menengah kebawah dan memiliki sikap positif terhadap kekerasan pada anak sebanyak 34 orang (49,3%). Hasil uji statistik menggunakan uji *fisher* dengan  $\alpha = 0,05$  didapatkan nilai  $p = 0,616$  ( $p > \alpha$ ). Hal ini berarti  $H_0$  gagal ditolak yang berarti tidak ada hubungan status ekonomi keluarga dengan sikap ibu terhadap kekerasan pada anak.

Tabel 4. Hubungan Pandangan terhadap Posisi Anak dengan Sikap Ibu terhadap Kekerasan pada Anak di Kampung Cidahu Kecamatan Ngamprah Kabupaten Bandung Barat Tahun 2017

Pandangan posisi anak	Sikap				Total		p value
	Positif		Negatif		n	%	
	n	%	n	%			
Tidak Keliru	18	46,2	21	53,8	39	100	0,743
Keliru	17	50	17	50	34	100	
Jumlah	35	47,9	38	52,1	73	100	

Berdasarkan tabel 4 didapatkan hasil bahwa dari 39 responden yang mempunyai pandangan tidak keliru terhadap posisi anak memiliki sikap positif terhadap kekerasan pada anak yaitu sebanyak 18 orang (46,2%). Hasil uji statistik menggunakan uji *chi square* dengan  $\alpha = 0,05$  didapatkan nilai  $p = 0,743$  ( $p > \alpha$ ). Hal ini berarti  $H_0$  gagal ditolak yang berarti tidak ada hubungan pandangan terhadap posisi anak dengan sikap ibu terhadap kekerasan pada anak.

## PEMBAHASAN

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa dari 73 responden sebagian besar dari responden status ekonomi menengah kebawah sebanyak 69 orang (94,5%), sebagian besar memiliki pandangan tidak keliru tentang posisi anak dalam keluarga yaitu sebanyak 39 orang (53,4%) dan setengahnya memiliki sikap positif terhadap kekerasan pada anak sebanyak 35 orang (47,9%).

Hasil pengamatan peneliti dilapangan menunjukkan sebagian besar berpendidikan menengah dan belum pernah mendapatkan informasi kekerasan pada anak. Sedangkan pekerjaan ibu rata-rata ibu rumah tangga dengan penghasilan kepala keluarga yang tidak menetap dan pola asuh yang diterapkan didapatkan secara turun temurun.

Pembentukan sikap seseorang dapat dipengaruhi oleh pendidikan. Pendidikan membentuk pola pengetahuan seseorang yang menjadi dasar seseorang untuk bersikap.

Belum adanya sosialisasi mengenai bentuk kekerasan pada anak dapat membentuk sikap ibu yang mendukung kearah kekerasan pada anak. Sumber informasi merupakan salah satu wadah informasi bagi publik atau masyarakat yang sangat mempengaruhi tanggapan mereka terhadap sesuatu.<sup>9</sup>

Faktor-faktor yang mempengaruhi sikap adalah faktor pengalaman pribadi, kebudayaan, pengaruh orang lain yang dianggap penting, media sosial, lembaga sosial dan faktor emosional. Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulasi atau objek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulasi tertentu yang dalam kehidupan sehari-hari merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulasi. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek dilingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.<sup>9</sup>

Faktor lain yang memengaruhi sikap seseorang adalah kondisi sosial ekonomi. Kemiskinan yang dihadapi sebuah keluarga sering membawa keluarga tersebut pada situasi kekecewaan yang pada gilirannya menimbulkan kekerasan. Hal ini biasanya terjadi pada keluarga-keluarga dengan anggota yang sangat besar. Masalah keuangan keluarga yang memprihatinkan atau kondisi keterbatasan ekonomi dapat menciptakan berbagai macam masalah sehingga secara relative dapat mempengaruhi jiwa dan tekanan yang sering kali akhirnya dilampiaskan terhadap anak.<sup>9,10</sup>

Pada tabel 3 dan 4 diketahui bahwa  $H_0$  gagal ditolak yang berarti tidak ada hubungan diantara kedua variabel yang diteliti dengan sikap ibu terhadap kekerasan pada anak. Hasil ini berbeda dengan penelitian Andayani (2002) yang menyebutkan bahwa nilai anak memiliki pengaruh secara tidak langsung terhadap perlakuan salah pada anak, selain itu tekanan ekonomi yang cukup berat menjadi rentan seseorang untuk bersikap emosional.<sup>11</sup>

Strategi yang dapat diterapkan dalam mencegah kekerasan pada anak yaitu dengan cara mengurangi faktor-faktor yang membuat keluarga rentan terhadap perilaku kekerasan dengan memperkuat keterampilan pengasuhan anak. Memberikan pengetahuan kepada orang tua dan pengasuh tentang interaksi orang tua dan anak yang positif termasuk penerapan disiplin anti kekerasan dalam pengasuhan anak. Strategi ini berupaya penuh dalam mendukung orang tua, pengasuh, dan keluarga dalam penyediaan informasi, pendidikan dan pengetahuan mengenai "*parenting skill*". Dengan tujuan mengurangi kejadian kekerasan dan tentunya orang tua dapat bersikap menolak menerapkan kekerasan dalam pola asuhnya.<sup>12</sup>

Namun demikian masih ada beberapa pandangan mengenai keyakinan orang tua bahwa anak pada dasarnya jahat. Beberapa tindakan kekerasan pada anak yang dilakukan oleh orang tua dengan keyakinan bahwa anak tidak dapat dipercaya karena mereka nakal sejak lahir.<sup>13</sup> Sementara penelitian Putri (2012) menyebutkan bahwa kekerasan yang ditemui dalam penelitiannya dikarenakan karakter yang dimiliki orang tua.<sup>14</sup>

## SIMPULAN

1. Sebagian besar dari responden dengan status ekonomi menengah kebawah sebanyak 69 orang (94,5%), sebagian besar memiliki pandangan tidak keliru tentang posisi anak dalam keluarga yaitu sebanyak 39 orang (53,4%) dan setengahnya memiliki sikap positif terhadap kekerasan pada anak sebanyak 35 orang (47,9%).
2. Tidak ada hubungan status ekonomi keluarga dengan sikap ibu terhadap kekerasan pada anak di Kampung Cidahu Kecamatan Ngamprah Kabupaten Bandung Barat.
3. Tidak ada hubungan pandangan terhadap posisi anak dengan sikap ibu terhadap kekerasan pada anak di Kampung Cidahu Kecamatan Ngamprah Kabupaten Bandung Barat.

## SARAN

1. Bagi Bidan dan Puskesmas  
Dapat Ditingkatkan komunikasi, edukasi dan informasi berkaitan dengan pencegahan kekerasan pada anak sebagai upaya membentuk perkembangan anak yang optimal.
2. Bagi Orang Tua  
Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan mengenai pola asuh yang tepat diterapkan pada anak.
3. Bagi peneliti lain  
Diharapkan dapat dilakukan penelitian lebih lanjut berkaitan dengan faktor-faktor yang lain yang menjadi pencetus kekerasan pada anak alam keluarga.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Soejiningsih. Tumbuh Kembang Anak dan remaja. Jakarta: EGC; 2006.
2. Aulina, C.N. Penanaman Disiplin Pada Usia Dini. *Pedagogia*. 2013 [diakses tanggal 10 April 2017]; 1(2): 36-49.
3. KPAI. Data Kasus Anak Pemantauan Media Online 2016. Diunduh dari : <Http://bankdata.kpai.go.id/tabulasi-data/data-kasus-dari-media-online/data-kasus-anak-pemantauan-media-online-2016>.
4. Mutmainnah. Kekerasan Terhadap Anak. Bandung: Nuasa Press; 2014
5. Sugiyono. Metode Penelitian Eksperimen. Dalam: Metode penelitian kombinasi (Mixed Methode). Bandung: Alfabeta; 2011.
6. Sastroasmoro S. Dasar-dasar metodologi penelitian klinis. Jakarta: Sagung Seto; 2014.
7. Dahlan MS. Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel. Jakarta: Salemba Medika; 2010.
8. Dahlan MS. Statistik Untuk Kedokteran dan Kesehatan. Jakarta: Salemba Medika; 2011
9. Azwar. Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya. Yogyakarta: Pustaka Belajar; 2015
10. Soekanto. Sosiologi Sebagai Pengantar. Jakarta: Rajagrafindo Persada; 2012
11. Andayani TR, Walgito B. Perlakuan Salah terhadap Anak (*Child Abuse*) ditinjau dari Nilai Anak dan Pendidikan Orangtua. *Sosiohumanika*. 2002. [Diakses tanggal 10 April 2017]; 15(3): 621-639
12. Hasanah U, Raharjo ST. Penanganan Kekerasan Anak Berbasis Masyarakat. *Sosial Work Jurnal*. 2016. [Diakses tanggal 10 April 2017]; 6 (1): 80-92.
13. Solihin L. Tindakan Kekerasan Pada Anak dalam Keluarga. *Jurnal Pendidikan Penabur*. 2004. [Diakses tanggal 12 April 2017]; 3(3): 129-139.
14. Putri AM, Santoso A. Persepsi Orang Tua Tentang Kekerasan Verbal Pada Anak. *Jurnal Nursing Studies*. 2012 [Diakses tanggal 10 April 2017]; 1(1); 22-29