P P K

PERILAKU & PROMOSI KESEHATAN

Indonesian Journal of Health Promotion and Behavior

Vol. 03, No. 1, Juni 2021 | *e*-ISSN: 2615-6911 | p-ISSN: 2723-5815 | http://journal.fkm.ui.ac.id/ppk

PPPKMI ISHPE

UNIVERSITAS INDONESIA

PERILAKU dan PROMOSI KESEHATAN:
Indonesian Journal of Health Promotion and Behavior

Vol. 03, No. 1, Juni 2021 | *e*-ISSN: 2615-6911
http://journal.fkm.ui.ac.id/ppk

Editorial: Rumitnya Upaya Promosi Kesehatan tentang COVID-19

Artikel Penulisan:

Hubungan Kebutuhan Pelayanan Keluarga Berencana pada Remaja Belum Kawin dengan Niat Menggunakan Kontrasepsi di Masa Dewasa (Analisis SDKI 2017) *(hal. 1-7)*

Hubungan Health Locus of Control dengan Kepatuhan Diet pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di RSUD Kota Depok Tahun 2020 *(hal. 8-18)*

Partisipasi Ibu Balita Ke Posyandu Melati di Desa Sungai Bertam, Kabupaten Muaro Jambi Tahun 2020 *(hal. 19-23)*

Segitiga Kebijakan dan Analisis SWOT Mengenai Implementasi Kebijakan PSBB dalam Penanggulangan COVID-19 di DKI Jakarta *(hal. 24-35)*

Bagaimana Media Memberitakan Pandemi: Analisis Isi Berita Mengenai COVID-19 di detik.com dan kompas.com *(hal. 36-46)*

Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Pencegahan COVID-19 Pada Peserta Seminar Online STIKes Raflesia 7 April 2020 *(hal. 47-57)*

Proses Perubahan Perilaku Berhenti Merokok: Studi Kualitatif Mengenai Motif, Dukungan Sosial dan Mekanisme Coping *(hal. 58-70)*

Diterbitkan oleh:
Perkumpulan Pendidik dan Promotor Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPPKMI)
bekerjasama dengan
Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku,
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

PERILAKU dan PROMOSI KESEHATAN:
Indonesian Journal of Health Promotion and Behavior

Vol. 03, No. 1, Juni 2021 | *e*-ISSN: 2615-6911
http://journal.fkm.ui.ac.id/ppk

Ketua Editor

Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH

Manager Editor

Aisyah Putri Mayangsari, SKM, MPH.Adv

Dewan Editor

Dr. dra. Rita Damayanti, MSPH (Perkumpulan Promotor dan Pendidik Kesehatan Masyarakat Indonesia)
Dien Anshari, S.Sos., M.Si., Ph.D., (Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia)
dr. Zulazmi Mamdy, MPH (Perkumpulan Promotor dan Pendidik Kesehatan Masyarakat Indonesia)
Dr. Sarah Handayani, SKM., M.Kes., (Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Prof. Dr. Hamka)
Kartika Anggun Dimarsetio, SKM, MKM, (Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia)
dr. Iwan Ariawan, MSPH (Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia)

Web Programmer

Eddy Afriansyah, S.Komp, M.Komp
Nico Kurnia Pratama, ST

Sekretariat:
Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
Gedung D Lantai 1, Kampus Baru UI Depok, 16424
Telepon: 021 7863475, 021 7863502
E-mail: jurnal.ppki@ui.ac.id

Pedoman Penulisan Jurnal Perilaku dan Promosi Kesehatan:
Indonesian Journal of Health Promotion and Behavior

1. Perilaku dan Promosi Kesehatan menerbitkan artikel di bidang perilaku kesehatan dan promosi kesehatan masyarakat.
2. Artikel yang dikirimkan harus merupakan artikel penelitian yang tidak dipublikasikan sebelumnya atau saat ini sedang dipertimbangkan untuk diterbitkan di tempat lain dan bebas plagiarisme. Setiap artikel yang diajukan akan diperiksa oleh Turnitin, sebuah aplikasi untuk mendeteksi plagiarisme.
3. Manuskrip harus diketik menggunakan perangkat lunak pengolah kata (Microsoft Word).
4. Huruf yang digunakan di seluruh kertas adalah Times New Roman.
5. Ukuran kertas adalah A4 (yaitu 210 x 297 mm).
6. Dibuat dalam format satu kolom dengan semua margin 2 cm dan spasi ganda dan maksimum
7. Naskah harus diserahkan melalui situs web http://journal.fkm.ui.ac.id/kesmas/ppk.
8. Sertakan Covering Letter and surat pernyataan dalam file dokumen terpisah yang berisi ringkasan temuan ilmiah Anda dan unggah pada file tambahan dalam Format PDF.
9. **Komponen Artikel:**
   - Judul ditulis baik dalam bahasa Inggris dan bahasa Indonesia maksimal 20 kata.
   - Identitas penulis ditulis dengan judul, yang mencakup nama, alamat korespondensi, afiliasi, nomor telepon dan e-mail (hanya untuk penulis korespondensi)
   - Abstrak ditulis dalam Bahasa Inggris dan Bahasa Indonesia maksimal 200 kata. Abstrak harus satu paragraf meliputi latar belakang, tujuan, metode, hasil dan diskusi serta maksimal 5 (lima) kata kunci yang dipisahkan dengan koma.
   - Pendahuluan berisi latar belakang, rumusan masalah, tinjauan literatur yang singkat dan relevan serta tujuan studi.
   - Metode meliputi desain, populasi, sampel, sumber data, teknik / instrumen pengumpulan data dan prosedur analisis data.
   - Hasil adalah temuan penelitian yang bersifat jelas dan ringkas.
   - Pembahasan harus benar dan argumentatif menentukan hasil studi dengan teori yang relevan dan temuan sebelumnya.
   - Tabel harus diberi spasi tunggal dan diberi nomor secara berurutan sesuai dengan penyajian dalam teks. Tabel dan / atau gambar harus tidak lebih dari 6 (enam) seperti yang disajikan dalam Hasil.
   - Kesimpulan dan saran harus menjawab masalah studi dan tidak melampaui temuan penelitian.
   - Saran harus mengacu pada tujuan dan kesimpulan dalam bentuk narasi, logis dan efektif.
10. **Referensi harus disiapkan menggunakan gaya Vancouver.**
    - Nomor referensi harus diberi nomor secara berurutan sesuai dengan keseluruhan teks dan referensi jurnal saat ini lebih diutamakan.
    - Tuliskan nama belakang penulis dan inisial nama depan maksimal 6 (enam) penulis, sisanya harus diikuti oleh "et al".
    - Huruf kecil pertama harus dikapitalisasi dan sisanya harus ditulis dalam huruf kecil, kecuali nama orang, tempat dan waktu. Nama Latin harus ditulis dengan huruf miring. Judul tidak boleh digarisbawahi dan ditulis dengan huruf tebal.

Contoh referensi:

1. **Jurnal Artikel Penulis Individu:**
   Zainuddin AA. Kebijakan pengelolaan kualitas udara terkait transportasi di Provinsi DKI Jakarta. Kesmas: National Public Health Journal. 2010; 4 (6): 281-8.
2. **Artikel Jurnal Penulis Organisasi:**
   Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension. 2002; 40 (5): 679-86.
3. **Artikel Jurnal di Internet:**
   Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. The American Journal of Nursing [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102 (6):[about 3 p.]. Available from: http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm.
4. **Buku Tulisan Individu:**
   Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St.Louis: Mosby; 2002
5. **Buku Tulisan yang Diterbitkan Organisasi:**
   Royal Adelaide Hospital; University of Adelaide, Department of Clinical Nursing. Compendium of nursing research and practice development, 1999-2000. Adelaide (Australia):Adelaide University; 2001.
6. **Artikel Jurnal di Internet:**
   Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. The American Journal of Nursing [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102 (6):[about 3 p.]. Available from: http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm.
7. **Buku**
   - Tulisan Individu:
   Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St.Louis: Mosby; 2002.
   - Bab dalam Buku:
   Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In:Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw Hill; 2002. p. 93-113.
8. **Peraturan/perundangan-undangan:**
   Regulated Health Professions Act, 1991, Stat. Of Ontario, 1991 Ch.18, as amended by 1993, Ch.37: office consolidation. Toronto: Queen's Printer for Ontario; 1994.
9. **CD·ROM:** Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
10. **Buku Tulisan yang Diterbitkan Organisasi:**
    Royal Adelaide Hospital; University of Adelaide, Department of Clinical Nursing. Compendium of nursing research and practice development, 1999-2000. Adelaide (Australia): Adelaide University; 2001.
11. **Ensiklopedia di Internet:**
    A.D.A.M. medical encyclopedia [Internet]. Atlanta: A.D.A.M., Inc.; c2005 [cited 2007 Mar 26]. Available from: http://www. nlm.nih.gov /medlineplus/ encyclopedia.html.
12. **Buku di Internet:**
    Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [monograph on the Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Iul 9]. Availablefrom: http://www.nap.edu/books/0309074029/html. Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
13. **Website:**
    Canadian Cancer Society [homepage on the Internet]. Toronto: The Society; 2006 [updated 2006 May 12; cited 2006 Oct 17]. Available from: http://www.cancer.ca/.

Editorial: Rumitnya Upaya Promosi Kesehatan tentang COVID-19

oleh Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH – Ketua Editor

Akhir-akhir ini Indonesia mengalami lonjakan kasus baru COVID-19. Jumlah kasus baru tertinggi mencapai 21.807 kasus baru sehingga total kasus terkonfirmasi positif adalah 2.178.272 pada 30 Juni 2021.[1] Jumlah tertinggi sebelumnya sebanyak 14.518 kasus baru pada 30 Januari 2021.[1] Meskipun sempat mencapai angka paling rendah selama tahun 2021 yaitu 2.385 kasus baru pada 15 Mei 2021[1], fluktuasi ini menunjukkan bahwa COVID-19 belum terkendali dengan baik di Indonesia.

Lonjakan COVID-19 merupakan muara dari berbagai faktor penyebab mulai dari mutasi virus Corona, pengabaian oleh masyarakat dan komunikasi risiko oleh pemerintah. COVID-19 penuh ketidakpastian mencakup aspek patofisiologi dan mutasi virus. Bahkan mereka yang sudah divaksinasi pun masih bisa terinfeksi dan memunculkan gejala COVID-19. Saat ini, virus sudah bermutasi dengan berbagai varian. Varian delta banyak ditemukan pada lonjakan COVID-19 sebulan terakhir ini.

Respon masyarakat sangat bervariasi terhadap pandemi COVID-19. Sebagian masyarakat tidak percaya adanya adanya COVID-19. Dari mereka yang percaya, sebagiannya merasa tidak akan tertular sehingga enggan menggunakan masker dan menghindari kerumunan atau kumpul-kumpul. Berdasarkan *Health Believe Model*, seseorang mau melakukan perilaku pencegahan jika mereka mempersepsikan COVID-19 sebagai bahaya yang mengancam dan merasa akan menderita jika terkena penyakit tersebut.

Peran pemerintah menjadi sangat penting dalam situasi wabah seperti ini. Komunikasi risiko perlu diperhatikan agar masyarakat memiliki persepsi yang sama terhadap COVID-19. Diperlukan konsistensi dalam menanggulangi pandemi baik dalam hal kebijakan maupun teladan para pejabat dalam memberi contoh. Selain program vaksinasi yang saat ini sedang ditingkatkan cakupannya oleh pemerintah, penyadaran masyarakat akan perilaku pencegahan perlu semakin digencarkan. Perilaku pencegahan mencakup 5 M yaitu memakai masker, menjaga jarak, mencuci tangan, menghindari kerumunan dan mengurangi mobilitas.

Bagi para peneliti promosi kesehatan perlu melakukan penelitian bersifat kasuistik. Disajikan secara lengkap untuk setiap kasus yang mendukung 5 hal (masker, jaga jarak, cuci tangan, kerumunan dan mobilitas). Penyajian dalam format seri laporan kasus di mana satu penelitian sekurang-kurangnya 5 kasus. Lalu dilanjutkan dengan pembahasan dengan memperlihatkan perulangan (pengganti statistik). Setiap kasus dari hasil studi ini dapat disederhanakan sebagai cerita peristiwa asli tanpa menggurui dan ini dipakai sebagai bentuk edukasi dan disebarkan secara luas melalui media sosial.

Daftar Referensi:

1. Satuan Tugas Penanganan COVID-19. Peta Sebaran [Internet]. Jakarta: Satuan Tugas Penanganan COVID-19; 2021 [cited 30 Juni 2021]. Available from: https://covid19.go.id/peta-sebaran-covid19

Adella *et al*. *Perilaku dan Promosi Kesehatan: Indonesian Journal of Health Promotion and Behavior*. 2021; 3(1): 1-7
DOI: 10.47034/ppk.v3i1.4146

Hubungan Kebutuhan Pelayanan Keluarga Berencana pada Remaja Belum Kawin dengan Niat Menggunakan Kontrasepsi di Masa Dewasa (Analisis SDKI 2017)

Relationship Between Family Planning Service Needs of Unmarried Adolescents and Intention to Use Contraception in The Future (Analysis of IDHS 2017)

Tiara Adella[1*], Rita Damayanti[1], Martya Rahmaniati Makful[2]

[1]Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok 16424
[2]Departemen Biostatistik dan Kependudukan, Universitas Indonesia, Depok 16424

*Korespondensi penulis:
tiaradella3110@gmail.com

Diterima (*Recieved*) : 19 Agustus 2020
Direvisi (*Revised*) : 11 Oktober 2020
Diterima untuk diterbitkan (*Accepted*) : 5 Februari 2021

ABSTRAK

Latar Belakang. Indonesia adalah negara dengan populasi terbanyak di Asia Tenggara. Dalam mengantisipasi masalah laju pertumbuhan penduduk, Pemerintah mempersiapkan program Keluarga Berencana dan salah satu sasarannya adalah remaja.
Tujuan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kebutuhan pelayanan keluarga berencana pada remaja belum kawin dengan niat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa
Metode. Penelitian menggunakan kuantitatif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Kuesioner yang digunakan Remaja Pria (RP) dan Wanita Usia Subur (WUS). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh remaja belum kawin di Indonesia dengan sampel berjumlah 18.464 responden.
Hasil. 82,6% remaja yang berniat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa. Hasil uji *chi-square* terdapat hubungan antara kebutuhan pelayanan KB pada remaja belum kawin dengan niat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa. Hasil analisis multivariat, ada hubungan antara kebutuhan pelayanan KB pada remaja belum kawin dengan niat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa setelah di kontrol variabel perancu.
Kesimpulan. Remaja pria belum kawin yang tidak butuh pelayanan KB, terpapar media massa, memiliki pengetahuan <4 alat/cara KB lebih tidak berniat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa.

Kata Kunci: kebutuhan, keluarga berencana, niat, remaja

ABSTRACT

Background. *Indonesia is the country with the most population in Southeast Asia. In anticipating a Population Growth Rate problem, the government is preparing a family planning program with youth as one of the targets.*
Objective. *This study aimed to determine the relationship between the need for family planning services in unmarried adolescents and the intention to use contraception in adulthood.*
Method. *The study is quantitative analytic with a cross-sectional approach. The questionnaire used by Adolescent Men (RP) and Women of Fertile Age (WUS). The population in this study were all unmarried adolescents in Indonesia, with sample amount 18,464 respondents.*
Results. *82.6% of adolescents intend to use contraception in the future. Chi-square test results show a relationship between the need for family planning services for unmarried adolescents with the intention to use contraception in adulthood. The result of the multivariate analysis shows a relationship between the need for family planning services for unmarried adolescents with the intention to use contraception in adulthood after being controlled for confounding variables.*
Conclusion: *Unmarried male adolescents who do not need family planning services, are exposed to mass media, have knowledge of <4 methods/methods of contraception and do not intend to use contraception in adulthood.*

Keywords: *adolescent, family planning, intention, needs*

LATAR BELAKANG

Berdasarkan *World Population Prospects* (WPP), populasi dunia terus tumbuh dari 7,7 miliar pada tahun 2019 menjadi sekitar 8,5 miliar pada tahun 2030 dan diperkirakan akan mencapai 9,7 miliar pada tahun 2050.[1] Pertumbuhan populasi yang lebih rendah berarti mengarah pada pendapatan dan investasi yang lebih tinggi.[2] Sebaliknya, pertumbuhan populasi yang tinggi dapat membuat siklus kemiskinan antar generasi dan kurangnya akses keterampilan, alat, serta peluang yang diperlukan untuk meningkatkan masa depan mereka.[3] Pada tahun 2019, Asia merupakan wilayah dengan jumlah penduduk terbanyak yaitu 4.6 miliar.[1] Jumlah penduduk Asia Tenggara diproyeksikan berjumlah 647,45 juta.[1] Secara global, remaja yang berusia 15-24 tahun sekitar 18% dari seluruh penduduk atau 1,2 miliar.[4]

Dalam mengantisipasi kemungkinan timbulnya masalah Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) pemerintah mempersiapkan program Keluarga Berencana.[5] Keluarga Berencana bukan hanya kunci memperlambat pertumbuhan populasi, tetapi juga merupakan strategi mengatur tentang kapan ingin mempunyai anak, jarak anak dan perencanaan jumlah kelahiran di masa mendatang.[5] Dalam program *Family Planning* 2020 (FP2020) terdapat komitmen bahwa setiap individu, termasuk remaja, mempunyai hak mendapat layanan Keluarga Berencana.[3]

Menurut laporan Survei Dasar Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017, terjadi peningkatan proporsi remaja wanita belum kawin yang tidak ingin memakai kontrasepsi di masa mendatang dari 4% pada 2012 menjadi 7% pada 2017, sedangkan persentase remaja pria belum kawin mengalami kenaikan dari 15% pada 2012 menjadi 20% pada 2017.[6] Sejalan dengan studi penelitian Yuni Suryani dan Andrei Ramani, remaja yang tidak ingin mengikuti kontrasepsi di masa depan sebesar 49,6%.[7] Hasil temuan Thin Zaw, Liabsuetrakul, Htay, & McNeil menunjukkan remaja yang belum pernah kawin memiliki pemanfaatan yang rendah terhadap pelayanan *Sexual and Reproductive Health* (SRH) sehingga tingkat kebutuhan yang belum terpenuhi untuk layanan SRH adalah 67% termasuk pelayanan keluarga berencana.[8]

Remaja berhak memiliki akses dalam pelayanan KB.[3] Bentuk pelayanan KB yang diberikan bagi remaja belum kawin diantaranya informasi, konseling dan penyediaan alat KB.[6] Menurut laporan SDKI dalam 10 tahun terakhir (2007-2017) remaja belum kawin yang berpendapat bahwa perlunya pelayanan keluarga berencana mengalami penurunan yaitu 90% menjadi 85% pada remaja wanita dan 85% menjadi 81% pada remaja pria.[6] Studi di Thailand memperlihatkan bahwa penyedia layanan menyadari anak muda yang belum kawin dihadapkan pada perilaku seksual berisiko namun sebagian besar remaja masih menghadapi berbagai kendala memperoleh informasi dan layanan yang sesuai.[9]

Dari uraian tersebut, menunjukkan perlunya penelitian yang berfokus pada kebutuhan pelayanan keluarga berencana pada remaja belum kawin yang diduga dapat mempengaruhi niat mereka untuk menggunakan kontrasepsi di masa dewasa nanti. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan antara kebutuhan pelayanan keluarga berencana pada remaja belum kawin dengan niat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa.

METODE

Metode dalam penelitian ini adalah kuantitatif analitik korelasi dengan pendekatan *cross-sectional*.[10] Populasi dalam penelitian ini adalah remaja pria belum kawin dan remaja wanita belum kawin usia 15-24 tahun di Indonesia. Sampel pada penelitian ini adalah seluruh populasi target yang memenuhi kriteria yaitu pria dan wanita yang berusia 15-24 tahun, belum kawin yang terpilih menjadi sampel penelitian dalam SDKI 2017, mengetahui minimal 1 jenis kontrasepsi dan memiliki data lengkap (tidak *missing*). Jumlah sampel yang memenuhi kriteria penelitian adalah sebanyak 18.464 responden. Kuesioner yang digunakan Remaja Pria (RP) dan Wanita Usia Subur (WUS). Analisis data meliputi univariat (deskriptif), analisis bivariat (*chi-square)* dan analisis multivariat (regresi logistik ganda).[11]

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah niat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa, yaitu keinginan untuk memakai alat/cara KB di masa mendatang. Adapun variabel bebas dalam penelitian ini adalah kebutuhan

pelayanan KB pada remaja belum kawin. Bentuk pelayanan KB yang dimaksud adalah informasi, konseling dan penyediaan alat KB. Karakteristik responden dalam penelitian ini mencakup jenis kelamin dan usia. Jenis kelamin adalah perbedaan antara wanita dengan pria secara biologis sejak lahir, sedangkan usia adalah lama waktu hidup responden sejak dilahirkan hingga wawancara dilakukan dalam hitungan tahun. Paparan media massa dalam penelitian ini adalah keterpajanan media massa (*televisi*, radio, dan media cetak) pesan tentang pencegahan kehamilan selama 6 bulan terakhir. Pengetahuan alat/cara KB dalam penelitian ini adalah pengetahuan wanita dan pria mengenai alat/cara KB terdiri dari MOW, MOP, pil, IUD, suntik KB, implan, kondom, diafragma, MAL, kontrasepsi darurat, pantang berkala, sanggama terputus.

Penelitian ini menggunakan data sekunder lanjutan dari Survei Dasar Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 didapat secara online melalui website resmi DHS (*http://dhsprogram.com/*). Peneliti sudah mendapat ijin konfirmasi untuk mengambil dan menggunakan data. Kerahasiaan identitas responden dijaga dengan menggunakan kode oleh pemilik data yaitu BPS, BKKBN, dan Kemenkes RI. Surat lolos kaji etik dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Nomor: Ket-382/ UN2.F10. D11/PPM.00.02/2020.

HASIL

Tabel 1 berisi jenis kelamin, umur, kebutuhan pelayanan KB, niat menggunakan kontrasepsi, paparan media massa dan pengetahuan alat/cara KB. Proporsi remaja pria lebih banyak dibanding wanita yaitu pria 53,6% dan remaja wanita 46,4%. Usia remaja 15-19 tahun 61,5% lebih banyak dibanding usia remaja 20-24 tahun 38,5%. Remaja yang butuh pelayanan KB lebih banyak 87,6% dibandingkan dengan remaja yang tidak butuh pelayanan KB yaitu 12,4%. Remaja yang berniat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa lebih banyak (82,6%) dibandingkan dengan remaja yang tidak berniat menggunakan kontrasepsi (17,4%). Remaja yang tidak terpapar media massa (63,2%) lebih banyak dibanding remaja yang terpapar media massa (36,8%). Remaja yang memiliki pengetahuan ≥ 4 alat/cara KB 66,9% lebih banyak dibanding remaja yang memiliki pengetahuan <4 alat/cara KB 33,1%.

Tabel 2 menjelaskan hubungan antara kebutuhan pelayanan KB pada remaja belum kawin dengan niat menggunakan kontrasepsi dimasa dewasa nilai *p-value*= 0,001. Remaja yang tidak butuh pelayanan KB dan tidak berniat menggunakan kontrasepsi sebanyak 27,1%, sedangkan remaja yang butuh pelayanan KB dan tidak berniat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa sebanyak 16,1%.

Hasil analisis menunjukkan ada hubungan antara jenis kelamin dengan niat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa diperoleh nilai *p-value*= 0,001. Remaja wanita yang tidak berniat menggunakan kontrasepsi sebanyak 7,9%, sedangkan remaja pria yang tidak berniat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa sebanyak 25,7%.

Terdapat hubungan antara usia dengan niat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa diperoleh nilai *p-value*= 0,014. Remaja usia 20-24 tahun yang tidak berniat menggunakan kontrasepsi sebanyak 16,6%, sedangkan remaja usia 15-19 tahun yang tidak berniat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa sebanyak 17,9%.

Tabel 1. Distribusi Responden Menurut Variabel Bebas Pada Remaja Belum Kawin

Variabel	n	%
Jenis Kelamin		
Wanita	8573	46.4
Pria	9892	53.6
Umur		
20-24 Tahun	7102	38.5
15-19 Tahun	11362	61.5
Kebutuhan Pelayanan KB		
Butuh	16184	87.6
Tidak	2280	12.4
Niat Menggunakan Kontrasepsi		
Ya	15247	82.6
Tidak	3217	17.4
Paparan Media Massa		
Terpapar	6801	36.8
Tidak	11664	63.2
Pengetahuan alat/cara KB		
Pengetahuan ≥4 alat/cara KB	12361	66.9
Pengetahuan <4 alat/cara KB	6103	33.1

Tabel 2. Distribusi Responden Menurut Variabel Bebas dan Niat Menggunakan Kontrasepsi di Masa Dewasa pada Remaja Belum Kawin

Variabel	Niat Menggunakan Kontrasepsi Ya		Tidak*		OR	95% C.I. for EXP(B)		P *Value*
	n	%	n	%		Lower	Upper	
Kebutuhan Pelayanan KB								
Butuh	13586	83.9	2598	16.1	1.949	1.761	2.157	0,001
Tidak*	1661	72.9	619	27.1				
Jenis Kelamin								
Wanita	7898	92.1	675	7.9	4.047	3.696	4.431	0,001
Pria*	7350	74.3	2542	25.7				
Usia								
20-24 Tahun	5920	83.4	1182	16.6	1.093	1.010	1.182	0, .014
15-19 Tahun*	9327	82.1	2035	17.9				
Paparan Media Massa								
Terpapar	5937	87.3	864	12.7	1.737	1.596	1.890	0,001
Tidak*	9311	79.8	2353	20.2				
Pengetahuan alat/cara KB								
Pengetahuan ≥ 4	10604	85.8	1757	14.2	1.897	1.756	2.050	0,001
Pengetahuan <4*	4644	76.1	1460	23.9				

Significant a≤0.05

Setelah melakukan analisis, terdapat hubungan antara paparan media massa dengan niat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa diperoleh nilai *p-value*= 0,0001. Remaja terpapar media massa yang tidak berniat menggunakan kontrasepsi sebanyak 12,7%, sedangkan remaja tidak terpapar media massa yang tidak berniat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa sebanyak 20,2%.

Analisis menunjukkan hubungan antara pengetahuan alat/cara KB dengan niat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa dengan diperolehnya nilai *p-value*= 0,001. Remaja dengan pengetahuan ≥ 4 alat/cara KB yang tidak berniat menggunakan kontrasepsi sebanyak 14,2%, sedangkan remaja dengan pengetahuan <4 alat/cara KB yang tidak berniat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa sebanyak 23,9%.

Tabel 3 menjabarkan analisis multivariat menggunakan regresi logistik ganda untuk mengetahui apakah ada faktor risiko antara variabel utama (kebutuhan pelayanan KB) dengan variabel perancu serta menguji apakah variabel tersebut juga merupakan sebagai variabel perancu. Setalah dilakukan uji *confounding*/perancu dengan melihat perubahan OR > 10% pada variabel independen yaitu kebutuhan pelayanan keluarga berencana pada remaja belum kawin. Tidak terdapat satupun variabel perancu dalam hubungan kebutuhan pelayanan keluarga berencana pada remaja belum kawin dengan niat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa.

Selanjutnya, pada tabel 4 terlihat model akhir multivariat yang menunjukkan kebutuhan pelayanan KB memiliki nilai OR sebesar 2, artinya remaja yang tidak butuh pelayanan KB memiliki peluang 2 kali untuk tidak berniat menggunakan kontrasepsi di masa mendatang dibanding remaja yang butuh pelayanan KB.

Tabel 3. Perubahan OR pada Variabel Kebutuhan Pelayanan KB

Tahap Pemodelan	OR lama	OR Baru	Perubahan OR	Keterangan
Model 1 jenis kelamin	1.826	1.709	-6,4	Bukan perancu
Model 2 pengetahuan alat/cara KB	1.826	1.854	1,5	Bukan perancu
Model 3 paparan media massa	1.826	1.970	7,8	Bukan perancu
Model 4 Usia	1.826	2.000	9,5	Bukan perancu

Tabel 4. Model Akhir Multivariat

Variabel	B	P-*value*	OR	95% C.I.for EXP(B)	
				Lower	*Upper*
Kebutuhan Pelayanan KB	0.693	0.001	2.000	1.848	2.166
Constant	-0.978	0.001	0.376		

Significant a < 0.05

PEMBAHASAN

Menurut *Theory of Planned Behavior*[12], niat dipengaruhi sikap terhadap perilaku, norma subjektif dan kontrol perilaku. Niat (*Intention)* merupakan kemampuan diri individu yang didasarkan pada keinginan melakukan perilaku tertentu.[12] Hasil penelitian ini menunjukkan proporsi remaja yang berniat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa lebih banyak dibanding remaja yang tidak berniat menggunakan kontrasepsi. Sejalan dengan penelitian Fajriyah[13] menyebutkan lebih banyak proporsi remaja yang ingin menggunakan kontrasepsi di masa dewasa dibanding remaja yang tidak ingin menggunakan kontrasepsi.

Dalam penelitian ini pelayanan KB diartikan sebagai faktor yang mendasari niat untuk menggunakan kontrasepsi di masa dewasa, sehingga remaja berpikir bahwa pelayanan keluarga berencana sebagai kebutuhannya.[6,12] Pelayanan KB yang dimaksud adalah informasi, konseling dan penyediaan alat KB.[6] Ada hubungan antara kebutuhan pelayanan keluarga berencana pada remaja belum kawin dengan niat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa. Remaja yang tidak butuh pelayanan KB dan tidak berniat menggunakan kontrasepsi lebih banyak dibanding remaja yang butuh pelayanan KB dan tidak berniat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa. Hal ini sejalan penelitian Thin Zaw et al[8] dengan hasil remaja belum kawin memiliki pemanfaatan yang rendah terhadap pelayanan *Sexual and Reproductive Health* (SRH) sehingga tingkat kebutuhan yang belum terpenuhi untuk layanan SRH termasuk Keluarga Berencana.

Hasil penelitian ini menunjukkan proporsi remaja pria lebih banyak dibanding wanita. Ada hubungan antara jenis kelamin dengan niat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa. Remaja pria lebih banyak tidak berniat menggunakan kontrasepsi dimasa dewasa dibanding remaja wanita. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yuni Suryani, Andrei Ramani[7] yang mengatakan bahwa remaja wanita lebih cenderung akan menggunakan KB di masa depan dibandingkan remaja pria. Lingkungan sosial budaya menganggap bahwa keluarga berencana dan kesehatan reproduksi merupakan urusan wanita.[14] Terbatasnya alat kontrasepsi, informasi, aksesibilitas pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi bagi pria, sehingga remaja pria memiliki partisipasi rendah dalam keluarga berencana.[14]

Sebuah studi baru Susan Sawyer di *Lancet Child & Adolescent Health*[15], menyebutkan rentang usia baru untuk masa remaja menuju dewasa yaitu usia 10-24 tahun sesuai dengan pertumbuhan remaja. Masa pubertas dimulai pada usia 10 dan fase di mana orang muda menjadi dewasa dan memiliki peran serta tanggung jawab orang dewasa adalah dimulai pada usia 24 tahun seperti menunda masa transisi peran, termasuk penyelesaian pendidikan, pernikahan, dan menjadi orang tua. Perpanjangan masa transisi antara masa kanak-kanak sampai dewasa dikaitkan dengan banyak faktor, termasuk perubahan sosial dan biologis. Media digital dan kemajuan teknologi juga menjadi faktor pendukung.[15]

Di Indonesia, usia 15-24 tahun termasuk dalam kategori remaja. Hasil penelitian memperlihatkan ada hubungan antara usia dengan niat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa. Remaja usia 15-19 tahun yang tidak berniat menggunakan kontrasepsi dimasa dewasa lebih banyak dibanding remaja usia 20-24 tahun. Sejalan penelitian Fajriyah[13] dengan hasil remaja usia 20-24 tahun cenderung lebih menginginkan menggunakan kontrasepsi dibanding remaja usia 15-19 tahun. Semakin bertambahnya umur maka tingkat kematangan berpikir dan bekerja seseorang akan lebih matang.[15]

Hasil penelitian menunjukkan remaja yang terpapar media massa lebih banyak dibanding remaja yang tidak terpapar media massa. Ada hubungan antara paparan media massa dengan niat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa. Remaja yang tidak terpapar media massa dan tidak berniat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa lebih banyak dibanding remaja yang terpapar media massa. Sejalan dengan penelitian Appiah et al[13], responden yang membaca koran dan menonton TV lebih mungkin menggunakan kontrasepsi dibandingkan dengan remaja yang tidak membaca koran dan menonton TV sama sekali. Didukung studi penelitian Char, Saavala, &

Kulmala[18], temuan ini juga menunjukkan perlunya mengembangkan strategi yang efektif mendidik remaja serta meningkatkan akses mereka ke informasi dan layanan KB sehingga dapat mengurangi IMS dan risiko kehamilan yang tidak diinginkan. Responden juga menyebutkan bahwa pentingnya media massa dalam hal mengakses keluarga berencana.[18]

Pengetahuan alat/cara KB merupakan hal yang penting dimiliki sebagai bahan pertimbangan sebelum menggunakannya. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.[19] Ada hubungan antara pengetahuan alat/cara KB dengan niat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa. Remaja dengan pengetahuan <4 alat/cara KB yang tidak berniat menggunakan kontrasepsi lebih banyak dibanding remaja dengan pengetahuan ≥4 alat/cara KB. Hal ini sejalan dengan penelitian Yuni Suryani dan Andrei Ramani[7], remaja yang mempunyai pengetahuan tentang KB dalam kategori tinggi memiliki kecenderungan 23,5 kali lebih mungkin untuk mengikuti KB apabila sudah menikah untuk mengatur kehamilan daripada remaja yang mempunyai pengetahuan rendah tentang KB. Semakin banyak informasi yang diterima maka semakin tinggi pula pengetahuan terkait KB.[7]

KESIMPULAN

Remaja pria belum kawin yang tidak butuh pelayanan KB, usia 15-19 tahun, terpapar media massa, memiliki pengetahuan <4 alat/cara KB lebih tidak berniat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa. Ada hubungan antara kebutuhan pelayanan keluarga berencana pada remaja belum kawin dengan niat menggunakan kontrasepsi di masa dewasa setelah di kontrol variabel perancu jenis kelamin, usia, paparan media massa dan pengetahuan alat/cara.

SARAN

Diperlukan kerjasama antara bidang keilmuan dan BKKBN dalam membuat strategi Promosi Kesehatan tentang pelayanan KB yang sesuai dengan kebutuhan remaja belum kawin. Meningkatkan pemberian informasi tentang pendewasaan usia perkawinan pada remaja melalui kegiatan yang berbasis masyarakat seperti karang taruna. Diharapkan peneliti selanjutnya dapat meneliti dengan menggunakan lebih banyak variabel dengan desain penelitan yang berbeda, serta menggunakan data primer.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada pihak-pihak yang telah membantu dalam penelitian ini sehingga artikel ini dapat terbit

DAFTAR REFERENSI

1. Nations U. World population prospects 2019 [Internet]. Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects 2019. 2019. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12283219
2. J. Dodson, "Masa Depan Indonesia Bergantung pada Keluarga Berencana," 12 mei 2019. [Online]. Available: https://www.matamatapolitik.com/opini-masa-depan-indonesia-bergantung-pada-keluarga-berencana/
3. WHO, Achieving universal health coverage for the world's 1.2 billion adolescents, 2018.
4. BPS. Statistik Pemuda Indoneisa. 2019.
5. BKKBN. Rencana Strategis Badan Kependudukan Dan Keluarga Berencana Nasional Tahun 2015-2019 [Internet]. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. 2015. 1–43 p. Available from: https://www.bkkbn.go.id/po-content/uploads/RENSTRA_BKKBN%2520 2015-2019.pdf
6. SDKI [Internet]. Riset Kesehatan Dasar 2018. 2017. 1–446 p. Available https://doi.org/1 Desember 2018
7. Yuni Suryani, Andrei Ramani DMW. Preferensi Remaja dalam Mengikuti Keluarga Berencana di Masa Depan (Studi Pada Remaja di Kecamatan Kaliwates Kabupaten Jember) Preferences Of Adolescent In Family Planning In The Future. Artikel Ilmiah Hasil Penelitian Mahasiswa 2015 [Internet]. 2015;1–8. Available from: https://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/75424/Yuni Suryani.pdf?sequence=1
8. Thin Zaw PP, Liabsuetrakul T, Htay TT, McNeil E. Equity of access to reproductive health services among youths in resource-limited suburban communities of Mandalay City, Myanmar. BMC Health Services Research [Internet]. 2012;12(1):1–12.

Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23241510/
9. Tangmunkongvorakul, A., Banwell, C., Carmichael, G., Utomo, I. D., Seubsman, S. ang, Kelly, M., & Sleigh, A. (2012). Use and perceptions of sexual and reproductive health services among Northern Thai adolescents. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, *43*(2), 479–500. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3732782/
10. Notoatmodjo. (2012). *Metodologi Penelitian Kesehatan.* Jakarta: Rineka Cipta
11. Sugiyono. (2018). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D.* Bandung: Alfabeta
12. Icek Ajzen. (2005). Atttudes, Personality and Behavior. *International Journal of Strategic Innovative Marketing*, Vol. 3, p. 117. Retrieved from https://psicoexperimental.files.wordpress.com/2011/03/ajzeni-2005-attitudes-personality-and-behavior-2nd-ed-open-university-press.pdf
13. Fajriyah. (2017). keinginan menggunakan metode kontrasepsi pada remaja di masa mendatang di provinsi jawa timur. *Journal of Chemical Information and Modeling*, *53*(9), 1689–1699. https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004
14. Barus, E., Lumbantoruan, M., & Purba, A. (2018). Hubungan pengetahuan, sikap dan pelayanan KB dengan keikutsertaan pria mengikuti KB. *Journal of Health Studies*, *2*(2), 33–42. https://doi.org/10.31101/jhes.451
15. Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet. Child & adolescent health*, *2*(3), 223–228. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1
16. Suryabudhi. (2003). *Perkembangan Bayi dan Anak.* Bandung: Pioner jaya.
17. Appiah, F., Seidu, A. A., Ahinkorah, B. O., Baatiema, L., & Ameyaw, E. K. (2020). Trends and determinants of contraceptive use among female adolescents in Ghana: Analysis of 2003–2014 Demographic and Health Surveys. *SSM - Population Health*, *10*, 100554. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100554
18. Char, A., Saavala, M., & Kulmala, T. (2011). Assessing young unmarried men's access to reproductive health information and services in rural India. *BMC Public Health*, *11*, 1–10. https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-476
19. Notoatmodjo, Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Jakarta: Rineka Cipta, 2010

Adhanty *et al*. *Perilaku dan Promosi Kesehatan: Indonesian Journal of Health Promotion and Behavior*. 2021; 3(1): 8-18
DOI: 10.47034/ppk.v3i1.4150

Hubungan *Health Locus of Control* dengan Kepatuhan Diet pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 di RSUD Kota Depok Tahun 2020

Relationship between Health Locus of Control with Dietary Adherence Among Patient with Type 2 Diabetes Mellitus at Depok City Hospital in 2020

Shania Adhanty[1*], Dian Ayubi[1], Dien Anshari[1]

[1]Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok 16424

*Korespondensi penulis:
shaniadha16@gmail.com

Diterima (*Recieved*) : 19 Agustus 2020
Direvisi (*Revised*) : 17 November 2020
Diterima untuk diterbitkan (*Accepted*) : 5 Februari 2021

ABSTRAK

Latar Belakang. Diabetes Mellitus (DM) telah menyebabkan 4,2 juta kematian pada tahun 2019. Di Indonesia, penyakit DM merupakan salah satu PTM yang menyebabkan kematian utama. Kepatuhan diet menjadi perilaku yang sangat penting dan diperlukan kendali diri.

Tujuan. Tujuan penelitian adalah mengetahui hubungan lokus kendali diri untuk sehat baik dimensi internal, orang berpengaruh, keberuntungan dan faktor lainnya dengan kepatuhan diet pasien DM tipe 2 di RSUD Kota Depok tahun 2020.

Metode. Penelitian menggunakan desain *cross-sectional*, pengambilan data dilakukan melalui *convenience sampling* pada 52 pasien DM tipe 2 yang berkunjung ke poli penyakit dalam RSUD Kota Depok.

Hasil. Pasien memiliki nilai kepatuhan diet yang cukup yaitu 66,23 dari skala 100. Hasil uji korelasi *pearson* menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan dengan kekuatan sedang dan positif antara lokus kendali untuk sehat dimensi internal dan dimensi orang berpengaruh dengan kepatuhan diet (r= 0,46 dan r= 0,28) diikuti dengan dimensi keberuntungan menunjukkan kekuatan sedang dan negatif terhadap kepatuhan diet (r= -0,28).

Kesimpulan. Terdapat hubungan yang signifikan antara *health locus of control* dimensi internal, *powerful others* dan *chance* dengan kepatuhan diet dengan kekuatan hubungan sedang dan arah korelasi positif pada dimensi internal dan *powerful others* sedangkan negatif pada dimensi *chance*.

Kata Kunci: diabetes mellitus, penatalaksanaan DM, kepatuhan diet, lokus kendali diri untuk sehat

ABSTRACT

Background. *Diabetes Mellitus (DM) caused 4.2 million deaths in 2019. In Indonesia, DM is an NCD that causes major deaths. Dietary adherence becomes a vital behavior and requires self-control.*

Objective. *This study aimed to determine the relationship between health locus of control on internal, powerful-others, chance dimensions and other factors with dietary adherence among type 2 DM patients at Depok City Hospital in 2020.*

Method. *This study used a cross-sectional design and data collection through convenience sampling on 52 type 2 DM patients who visited internist poly in Depok City Hospital.*

Results. *This study indicates that patients have adequate dietary adherence values 66,23 on a scale of 100. Pearson correlation test results show a significant relationship between health locus of control on internal and powerful-others dimensions with a moderate and positive relationship with dietary adherence (r= 0,46 and r= 0,28). Meanwhile, the chance dimension shows a moderate and negative relationship with dietary adherence (r= -0,28).*

Conclusion: *There is a significant relationship between health locus of control internal, powerful others and chance dimensions with dietary compliance with moderate strength. The direction of the correlation is positive on the internal dimension and powerful others while negative on the chance dimension.*

Keywords: *diabetes mellitus*; *diabetes self-care behaviour*; *dietary adherence*; *health locus of control*

LATAR BELAKANG

Menurut WHO, penyakit tidak menular (PTM) telah menyumbang 71% kematian di dunia per tahunnya. Lebih dari 80% kematian akibat PTM disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler, kanker, diabetes mellitus (DM) dan diikuti dengan kematian akibat penyakit pernapasan.[1] Menurut *International Diabetes Federation* (2020)[2], terdapat sekitar 463 juta orang dewasa berusia 20-79 tahun menderita DM dan telah menyebabkan 4,2 juta kematian pada tahun 2019. Hasil Riskesdas pada tahun 2013 menunjukkan bahwa proporsi penderita DM terbesar berada di Provinsi Jawa Barat.[3] Berdasarkan Profil Kesehatan Depok tahun 2018[4], 10 penyebab kematian utama pasien yang berobat di rumah sakit (RS) salah satunya diakibatkan oleh penyakit DM (3,11%). Permasalahan penyakit DM tipe 2 yang tidak ditangani akan menimbulkan berbagai komplikasi penyakit yang dapat menyebabkan peningkatan jumlah kematian. Oleh karena itu, kepatuhan dalam melakukan tatalaksana DM diperlukan, salah satunya adalah kepatuhan diet.

Kepatuhan merupakan derajat dimana seseorang melakukan perilaku yang berkaitan dengan kesehatan, baik meminum obat, mengikuti terapi diet dan mengubah gaya hidup sesuai rekomendasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan[5]. Kepatuhan terhadap rekomendasi diet yang disarankan oleh tenaga kesehatan tentunya akan menimbulkan dampak positif. Selain mengurangi beban penyakit, kepatuhan yang dilaksanakan juga dapat mengurangi morbiditas dan mortalitas dari komplikasi[6]. Kepatuhan diet dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor yaitu faktor predisposisi seperti karakteristik individu dan psikososial, faktor penguat seperti dukungan keluarga atau tenaga kesehatan dan faktor pemungkin seperti pemberian pelayanan dan jarak ke fasilitas kesehatan.

Faktor psikososial yang diterapkan dalam bidang kesehatan diukur dengan *Health Locus of Control* atau lokus kendali untuk sehat.[7,8] *Health locus of control* (HLOC) memiliki tiga dimensi, diantaranya adalah *internal health locus of control* atau lokus kendali untuk sehat internal, merupakan suatu keyakinan dimana kondisi kesehatan seseorang dipengaruhi oleh perilaku dirinya sendiri. Selanjutnya dimensi *powerful others health locus of control* atau lokus kendali untuk sehat orang-orang yang berpengaruh merupakan suatu keyakinan dimana kondisi kesehatan seseorang dipengaruhi oleh orang lain yang memiliki pengaruh kuat (dokter atau tenaga kesehatan) maupun orang disekitarnya. C*hance locus of control* atau lokus kendali keberuntungan merupakan keyakinan dimana kondisi kesehatan dipengaruhi oleh keberuntungan atau takdir yang diberikan kepadanya.[7,9]

Berdasarkan data di RSUD Kota Depok pada tahun 2019, penyakit DM tipe 2 tanpa komplikasi merupakan satu dari 10 besar penyakit yang ditemui di poliklinik dengan jumlah sebanyak 3525 kasus. Selain itu, berdasarkan wawancara dengan dokter spesialis penyakit dalam RSUD Kota Depok, pasien DM cenderung masih kurang patuh terhadap diet. Penelitian ini bertujuan ingin mengetahui hubungan *health locus of control* dengan kepatuhan diet disertai dengan penelitian terhadap faktor lainnya yang dianggap mempengaruhi kepatuhan diet. Hasil penelitian ini penting untuk menentukan perlakukan yang tepat bagi penderita DM tipe 2.

METODE

Desain penelitian ini menggunakan *cross-sectional* dengan pendekatan kuantitatif. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Depok periode Juni sampai Juli tahun 2020. Sampel penelitian ini adalah pasien DM tipe 2 yang datang berkunjung ke poli penyakit dalam dengan kriteria berusia diatas 20 tahun, telah didiagnosis DM tipe 2 oleh dokter minimal setahun, memiliki kemampuan mendengar, menulis dan membaca dengan baik dan bersedia menjadi responden. Teknik pengambilan sampel yang dilakukan adalah *non-probability sampling* dan jenis penarikan sampel yang digunakan adalah *convenience sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 52 orang. Pengambilan data dilakukan dengan cara pengisian kuesioner mandiri oleh responden yang memenuhi kriteria penelitian. Sebelumnya sudah dilakukan koordinasi terkait pemilihan responden dan pengambilan data dengan dokter dan perawat poli. Pada saat proses pengambilan data, perawat membantu peneliti untuk memberikan informasi pengisian kuesioner

kepada responden. Instrumen pengambilan data yang digunakan adalah kuesioner kepatuhan diet oleh Susanti[10], kuesioner *multidimensional health locus of control questionnaire form c* yang diadaptasi dan diterjemahkan dari Minhas[11], Hidayati[12] dan Susanti[10] untuk mengukur *health locus of control* responden pada masing-masing dimensi, *diabetes knowledge questionnaire* yang telah diterjemahkan oleh Gultom [13] dan kuesioner pengetahuan DM oleh Lestari[14] untuk mengukur pengetahuan responden terhadap DM secara umum serta kuesioner data diri responden (pendidikan, jenis kelamin, usia, pekerjaan dan lama menderita DM). Analisis data yang dilakukan adalah analisis univariat dan analisis bivariat yang menggunakan uji korelasi *pearson* dan *independent t test*.

HASIL

Tabel 1 menunjukkan distribusi jawaban kepatuhan diet dimana 73.1% responden kadang-kadang tidak makan tepat waktu jika sibuk, 76.9% mengkonsumsi makanan yang mengandung lemak dan 65.4% merasa bahwa jadwal makan yang dianjurkan sulit diikuti.

Tabel 2 memperlihatkan rata-rata nilai kepatuhan diet responden dengan nilai yang didapatkan adalah sebesar 66,23 (skala 100) dengan nilai terendah adalah 37,04 dan yang paling tinggi adalah 88,89.

Tabel 3 menunjukkan distribusi jawaban *health locus of control*. Pada butir *internal*, 67.3% responden setuju bahwa hal yang dilakukan oleh diri sendiri dapat mempengaruhi kondisi kesehatan. Pada butir *powerful-others*, 51.9% responden setuju bahwa dengan menemui dokter secara teratur akan mempengaruhi kondisi kesehatan serta 32.7% responden setuju bahwa dengan adanya bantuan dari orang lain akan mempengaruhi kondisi kesehatan. Pada butir *chance*, 30.8% responden setuju jika kondisi kesehatan memburuk merupakan nasib.

Tabel 1. Distribusi Responden Menurut Butir-Butir Kepatuhan Diet pada Pasien DM Tipe 2 di RSUD Kota Depok Tahun 2020

Butir-Butir Kepatuhan Diet	Tidak Pernah		Kadang-kadang		Sering		Rutin	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Jadwal Makan								
- Makan tepat waktu sesuai jadwal	2	3,8	21	40,4	12	23,1	17	32,7
- Tidak makan tepat waktu jika sibuk	5	9,6	38	73,1	6	11,5	3	5,8
- Memakan makanan kecil (ngemil) diluar jadwal makan	6	11,5	32	61,5	14	26,9	-	-
- Tidak mencatat menu makanan	31	59,6	11	21,2	5	9,6	5	9,6
Memilih Jenis Makanan								
- Manis	18	34,6	30	57,7	4	7,7	-	-
- Mengandung lemak	6	11,5	40	76,9	6	11,5	-	-
- Mengandung vitamin/mineral	5	9,6	15	28,8	22	42,3	10	19,2
- Mengandung protein	1	1,9	24	46,2	18	34,6	9	17,3
- Sayur dan buah-buahan	1	1,9	13	25,0	17	32,7	21	40,4
- Asin	15	28,8	26	50,0	8	15,4	3	5,8
- Membuat variasi menu makanan	1	1,9	20	38,5	18	34.6	13	25,0
- Menggunakan gula khusus diabetes	8	15,4	18	34,6	10	19,2	16	30,8
Kepatuhan Terhadap Jumlah Makanan								
- Makan lebih dari 3 kali dalam sehari	22	42,3	24	46,2	3	5,8	3	5,8
Pengaturan Berat Badan (BB)								
- Menimbang BB secara teratur	2	3,8	25	48,1	6	11,5	19	36,5
Kepatuhan Terhadap Rekomendasi Tenaga Kesehatan								
- Makan sesuai anjuran dokter	2	3,8	23	44,2	15	28,8	12	23,1
- Tidak mengikuti anjuran diet	23	44,2	23	44,2	4	7,7	2	3,8
- Jadwal makan yang dianjurkan sulit diikuti	13	25,0	34	65,4	5	9,6	-	-
- Memeriksa kadar gula darah secara rutin	4	7,7	4	7,7	8	15,4	36	69,2

Tabel 2. Deskripsi Nilai Kepatuhan Diet Responden pada Pasien DM Tipe 2 di RSUD Kota Depok Tahun 2020

Ukuran	Nilai*
Mean	66,23
Minimal	37.04
Maksimal	88,89

(*) Ket: Nilai dalam skala 100

Tabel 3. Distribusi Responden Menurut Butir-Butir *Health Locus of Control* pada Pasien DM Tipe 2 di RSUD Kota Depok Tahun 2020

Butir-Butir *Health Locus of Control*	STS		TS		ATS		AS		S		SS	
	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Internal health locus of control												
- Perilaku yang dilakukan oleh diri sendiri akan menentukan kesembuhan	2	3,8	4	7,7	1	1,9	3	5,8	25	48,1	17	32,7
- Tanggung jawab pada kesehatan ada pada diri sendiri	-	-	4	7,7	2	3,8	8	15,4	25	48,1	13	25,0
- Kondisi kesehatan yang tidak baik disebabkan oleh diri sendiri	-	-	4	7,7	4	7,7	16	30,8	26	50,0	2	3,8
- Hal yang dilakukan diri sendiri akan mempengaruhi kondisi kesehatan	-	-	1	1,9	1	1,9	3	5,8	35	67,3	12	23,1
- Jika kondisi membaik layak mendapat penghargaan, jika kondisi memburuk patut disalahkan	8	15,4	11	21,2	6	11,5	11	21,2	12	23,1	4	7,7
- Kondisi memburuk karena belum bisa menjaga diri	1	1,9	3	5,8	3	5,8	13	25,0	25	48,1	7	13,5
Powerful-others health locus of control												
- Konsultasi ke tenaga kesehatan setiap kali kondisi memburuk	2	3,8	3	5,8	3	5,8	2	3,8	23	44,2	19	36,5
- Menemui dokter secara teratur akan mengatasi masalah kesehatan	-	-	1	1,9	-	-	2	3,8	22	42,3	27	51,9
- Orang lain berperan besar dalam kondisi kesehatan	3	5,8	11	21,2	7	13,5	9	17,3	14	26,9	8	15,4
- Pandangan orang lain mempengaruhi kondisi kesehatan	13	25	19	36,5	11	21,2	4	7,7	5	9,6	-	-
- Mengikuti arahan dokter adalah cara menjaga kondisi kesehatan	-	-	1	1,9	-	-	6	11,5	20	38,5	25	48,1
- Bantuan dari orang lain mempengaruhi kondisi kesehatan	3	5,8	8	15,4	6	11,5	17	32,7	12	23,1	6	11,5
Chance Locus of Control												
- Pasrah atas kondisi kesehatan sendiri	12	23,1	25	48,1	7	13,5	1	1,9	6	11,5	1	1,9
- Kondisi kesehatan dipengaruhi hal-hal yang bersifat kebetulan	7	13,5	21	40,4	11	21,2	8	15,4	5	9,6	-	-
- Keberuntungan mempengaruhi kondisi kesehatan	3	5,8	12	23,1	10	19,2	12	23,1	14	26,9	1	1,9
- Nasib baik mempengaruhi kondisi kesehatan	9	17,3	12	23,1	12	23,1	10	19,2	7	13,5	2	3,8
- Kondisi kesehatan memburuk merupakan nasib	11	21,2	9	17,3	10	19,2	4	7,7	16	30,8	2	3,8
- Pandangan orang lain mempengaruhi kondisi kesehatan	4	7,7	9	17,3	5	9,6	12	23,1	15	28,8	7	13,5

Ket : STS (Sangat Tidak Setuju), TS (Tidak Setuju), ATS (Agak Tidak Setuju), AS (Agak Setuju), S (Setuju), SS (Sangat Setuju)

Tabel 4 Deskripsi Nilai Dimensi *Health Locus of Control* Responden pada Pasien DM Tipe 2 di RSUD Kota Depok Tahun 2020

Dimensi	Mean*	Minimal*	Maksimal*
Internal HLOC	74,89	55,56	94,44
Powerful-others HLOC	71,47	38,89	94,44
Chance LOC	51,70	22,22	83,33

(*) Ket: Nilai dalam skala 100

Tabel 5. Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Pasien DM Tipe 2 Di RSUD Kota Depok Tahun 2020

Kategori	f	%
Usia		
Non Risti (< 45 tahun)	6	11,5
Risti (≥45 tahun)	46	88,5
Total	**52**	**100**
Jenis Kelamin	f	%
Pria	17	32,7
Wanita	35	67,3
Total	**52**	**100**
Tingkat Pendidikan	f	%
Rendah	28	53,8
Tinggi	24	46,2
Total	**52**	**100**
Pekerjaan	f	%
Bekerja	6	11,5
Tidak Bekerja	46	88,5
Total	**52**	**100**
Lama Menderita DM	f	%
> 5 tahun	22	42,3
≤ 5 tahun	30	57,7
Total	**52**	**100**

Tabel 4 menunjukkan rata-rata nilai *internal health locus of control* responden adalah 74,89 dengan nilai yang paling rendah adalah 55,56 dan yang paling tinggi adalah 94,44. Nilai rata-rata *powerful-others health locus of control* responden adalah 71,47 dengan nilai paling rendah adalah 38,89 dan yang paling tinggi 94,44. Nilai rata-rata *chance locus of control* responden adalah 51,70 (skala 100) dengan nilai yang paling rendah adalah 22,22 dan yang paling tinggi 83,33.

Tabel 5 menunjukkan bahwa 88,5% responden berusia berisiko tinggi (risti) sedangkan untuk responden yang berusia non-risiko tinggi (non risti) hanya sebesar 11,5%. Terdapat 67,3% responden berjenis kelamin wanita sedangkan untuk responden yang berjenis kelamin pria hanya sebesar 32,7%. Terdapat 53,8% responden memiliki tingkat pendidikan rendah sedangkan untuk responden yang memiliki tingkat pendidikan tinggi hanya sebesar 46,2%. 88,5% responden tidak bekerja sedangkan untuk responden yang bekerja hanya sebesar 11,5%. 57,7% responden menderita DM tipe 2 ≤ 5 tahun sedangkan untuk responden yang menderita DM tipe 2 > 5 tahun hanya sebesar 42,3%.

Tabel 6 dan 7 menunjukkan distribusi jawaban pengetahuan DM, dimana responden rata-rata menjawab bahwa pada penderita DM yang tidak diobati akan terjadi peningkatan gula darah (96,2%) dan diabetes dapat merusak ginjal (84,6%). Selain itu rata-rata responden juga menjawab bahwa DM disebabkan karena pola makan salah (80,8%), pengelolaan DM dilakukan melalui diet (73,1%) dan tujuan dari diet adalah untuk mencapai kadar gula normal (86,5%).

Tabel 8 menunjukkan rata-rata nilai pengetahuan DM responden adalah 59,10 dengan nilai yang paling rendah adalah 26,67 dan yang paling tinggi adalah 100. Sedangkan, tabel 9 menunjukkan bahwa pada *Health Locus of Control* (HLOC) dimensi *internal* HLOC dan *powerful-others* HLOC menunjukkan keeratan hubungan sedang dan positif (0,46 dan 0,28) sedangkan *chance locus of control* menunjukkan keeratan hubungan sedang dan negatif terhadap kepatuhan diet (-0,28).

Tabel 6. Distribusi Responden Menurut Butir-Butir Pengetahuan DM pada Pasien DM Tipe 2 di RSUD Kota Depok Tahun 2020

Butir-Butir Pengetahuan DM	Ya		Tidak		Tidak tahu	
	f	%	f	%	f	%
- Penyakit diabetes mellitus dapat disembuhkan	19	36,5	20	38,5	13	25,0
- Penyakit diabetes yang tidak diobati menyebabkan peningkatan kadar gula darah	50	96,2	1	1,9	1	1,9
- Penyakit diabetes mellitus berisiko merusak ginjal	44	84,6	1	1,9	7	13,5

Tabel 7. Lanjutan Distribusi Responden Menurut Butir-Butir Pengetahuan DM pada Pasien DM Tipe 2 di RSUD Kota Depok Tahun 2020

Butir-Butir Pengetahuan DM	f	%
Penyebab Penyakit DM		
- Keturunan	39	75,0
- Kegemukan	19	36,5
- Pola makan salah	42	80,8
- Kelainan insulin	6	11,5
- Tidak tahu	5	9,6
Pengelolaan Penyakit DM		
- Minum Obat/suntik insulin	37	71,2
- Diet	38	73,1
- Penyuluhan	11	21,2
- Olahraga	37	71,2
- Tidak tahu	4	7,7
Tujuan dari diet		
- Mencapai kadar gula normal	45	86,5
- Mencapai berat badan normal	19	36,5
- Terhindar komplikasi	38	73,1
- Dapat beraktivitas	12	23,1
- Tidak tahu	1	1,9

Tabel 8. Deskripsi Nilai Pengetahuan DM Responden pada Pasien DM Tipe 2 di RSUD Kota Depok Tahun 2020

Parameter	Nilai*
Mean	59,10
Minimal	26,67
Maksimal	100

(*) Ket: Nilai dalam skala 100

Tabel 9. Hubungan *Health Locus of Control* dengan Kepatuhan Diet pada Pasien DM Tipe 2 di RSUD Kota Depok Tahun 2020

Variabel	Kepatuhan Diet (r)	*p value*
Health Locus of Control		
• *Internal HLOC*	0,46	0,001
• *Powerful others HLOC*	0,28	0,041
• *Chance LOC*	-0,28	0,045

Tabel 10. Hubungan Usia, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan dan Lama Menderita DM dengan Kepatuhan Diet pada Pasien DM Tipe 2 di RSUD Kota Depok Tahun 2020

Variabel	n	Mean	SD	T (t-test)	*p value*
Usia					
Non risti	6	72,83	13,18	1,645	0,106
Risti	46	65,37	10,09		
Jenis Kelamin					
Pria	17	61,65	11,39	-2,254	0,029
Wanita	35	68,46	9,61		
Tingkat Pendidikan					
Rendah	28	66,20	10,91	-0,026	0,979
Tinggi	24	66,28	10,50		
Pekerjaan					
Bekerja	6	61,11	14,90	-1,265	0,212
Tidak bekerja	46	66,90	9,95		
Lama Menderita DM					
> 5 tahun	22	66,91	11,75	0,392	0,697
≤ 5 tahun	30	65,74	9,88		

Tabel 11. Hubungan Pengetahuan DM dengan Kepatuhan Diet pada Pasien DM Tipe 2 di RSUD Kota Depok Tahun 2020

Variabel	Kepatuhan Diet (r)	*p value*
Pengetahuan DM	0,11	0,441

Tabel 10 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan rata-rata yang signifikan kepatuhan diet antara jenis kelamin (pria dengan wanita) (0,029 < 0,05) dimana wanita memiliki nilai rata-rata kepatuhan yang lebih baik dibandingkan pria (68,46 > 61,65).

Tabel 11 menunjukkan bahwa variabel pengetahuan memiliki bentuk korelasi positif dan kekuatan hubungan rendah (0,11).

PEMBAHASAN

Kepatuhan terhadap diet DM merupakan salah satu perawatan yang harus dilakukan oleh penderita DM Tipe 2. Dari hasil penelitian ini diketahui bahwa nilai rata-rata pada kepatuhan responden adalah 66,23 dari skala 100 dimana angka tersebut merepresentasikan bahwa kepatuhan responden dalam kategori cukup. Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa nilai rata-rata pada dimensi *internal* dan *powerful others* adalah 74,89 dan 71,47 dari skala 100 dimana angka tersebut merepresentasikan bahwa lokus kendali responden tinggi. Di sisi lain, pada dimensi *chance locus of control* nilai rata-rata yang didapat adalah 51,70 (skala 100) yang merepresentasikan bahwa lokus kendali responden rendah.

Hasil pada penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat korelasi positif antara dimensi *health locus of control* yaitu *internal health locus of control* (IHLOC) (r = 0,46) dan *powerful-others health locus of control* (POHLOC) (r= 0,28) dengan kepatuhan diet. Disisi lain, dimensi *chance locus of control* (CLOC) berkorelasi secara negatif kepatuhan diet (r= -0,28). Penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan antara *health locus of control* pada setiap dimensinya dengan kepatuhan diet dimana hasil penelitian ini sejalan dengan Zahednezhad et al.[15], Abredari et al.[16] dan Umasugi et al.[17] namun hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Pourhoseinzadeh et al.[18].

Pada variabel usia menunjukkan bahwa sebagian besar responden berusia risiko tinggi atau risti (≥ 45 tahun) (88,5%). Dalam hasil penelitian ini menyatakan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara kepatuhan pada usia risti dengan usia non risti (0,106 > 0,05). Artinya, tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kepatuhan diet. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yulia[19] dan Haque[20] namun tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hestiana[21]. Menurut Parajuli et al. [6] seiring dengan bertambahnya usia seseorang maka kepatuhannya akan semakin menurun yang disebabkan penurunan fungsi kognitif. Menurut penelitian Alhariri et al.[22], kepatuhan diet responden cenderung baik pada pasien yang berusia diantara 40-60 tahun dibandingkan dengan pasien < 40 tahun.

Pada variabel jenis kelamin sebagian besar pasien DM tipe 2 adalah responden wanita (67,3%) dan berdasarkan analisis menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara kepatuhan pria dan wanita (0,029 < 0,05). Artinya, terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kepatuhan, dimana responden wanita jauh lebih patuh dibandingkan responden pria (68,46 > 61,65). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kavitha et al.[23] namun tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lestari[14]. Rendahnya tingkat kepatuhan pada pria dapat disebabkan karena perbedaan gaya hidup.[23] Berdasarkan uji stratifikasi didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan antara *health locus of control* dimensi internal dengan kepatuhan diet dan tidak ada hubungan antara *health locus of control* dimensi *powerful-others* dan *chance* dengan kepatuhan diet baik pada pria dan wanita. Oleh karena itu diduga bahwa jenis kelamin memiliki peran sebagai variabel pengganggu untuk hubungan *health locus of control* dimensi internal dengan kepatuhan diet.

Pada variabel tingkat pendidikan sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan rendah (53,8%) Dalam hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan diet (0,979 > 0,05). Artinya, tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan diet. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Haque[20,] namun tidak sejalan dengan penelitian Hontong et al.[24] Menurut beberapa

penelitian, seseorang yang memiliki tingkat pendidikan tinggi sering dikaitkan dengan kesadaran dan kewaspadaan yang lebih baik terhadap komplikasi penyakit diabetes dan lebih patuh terhadap diet dibandingkan dengan yang memiliki tingkat pendidikan rendah.[25] Meski demikian, pendidikan tidak selalu menjadi indikator yang dapat menentukan perilaku kesehatan karena perilaku seseorang tidak hanya terbentuk saat melaksanakan pendidikan namun bisa terbentuk akibat adanya pengaruh dari lingkungan di sekitarnya.

Pada distribusi pekerjaan responden sebagian besar adalah responden yang tidak bekerja (88,5%) Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara pekerjaan dengan kepatuhan diet (0,212>0,05). Artinya, tidak ada hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan kepatuhan diet. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Haque.[20] Hasil ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Alhariri et al.[22], dimana menurut penelitiannnya seseorang yang bekerja cenderung lebih patuh terhadap diet dibandingkan yang tidak bekerja. Namun, beberapa pendapat mengatakan bahwa seseorang yang bekerja cenderung merasakan stress yang akan mempengaruhi perilaku makannya. Kecenderungan ini membuat orang yang bekerja lebih memilih memakan makanan yang tidak sehat untuk dikonsumsi.[26]

Proporsi responden pada variabel lama menderita DM menunjukkan sebagian besar pasien menderita DM ≤ 5 tahun (57,7%). Hasil analisis menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara lama menderita DM dengan kepatuhan diet (0,697 > 0,05). Artinya, tidak ada hubungan yang signifikan antara lama menderita DM dengan kepatuhan diet. Penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Elsous et al.[27] namun tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yulia[19] yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara lama menderita DM dengan kepatuhan diet. Yulia[19] menyatakan bahwa semakin lama menderita DM maka kecenderungan untuk mengkonsumsi makan-makanan yang tidak sehat, tidak mengikuti program diet dan kebosanan akan meningkat.

Pengetahuan merupakan kemampuan yang dinilai penting untuk dimiliki pasien agar dapat mengurangi dampak yang disebabkan oleh penyakit DM.[28] Dalam penelitian ini pengetahuan responden memiliki nilai rata-rata sebesar 59,10 dari skala 100 yang artinya pengetahuan responden terhadap DM dalam kategori cukup. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kepatuhan diet (0,441>0,05). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dewi et al. [29] dan Han et al.[30] namun penelitian ini tidak sejalan dengan Nurhidayat.[31] Pengetahuan merupakan salah satu faktor yang penting untuk menjalankan pengobatan, seseorang yang melakukan suatu perilaku karena didasari oleh pengetahuan akan lebih mudah melaksanakan perilaku tersebut dibandingkan dengan yang tidak memiliki pengetahuan yang cukup.[29] Namun tingkat pengetahuan bisa dipengaruhi oleh status sosial ekonomi seseorang, semakin baik status ekonominya maka pengetahuannya akan semakin baik.[30]

KESIMPULAN

Hasil penelitian yang dilakukan pada pasien DM tipe 2 di RSUD Kota Depok tahun 2020 menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *health locus of control* dimensi *internal*, *powerful others* dan *chance* dengan kepatuhan diet dengan kekuatan hubungan sedang dan arah korelasi positif pada dimensi *internal* dan *powerful others* dan negatif pada dimensi *chance.* Untuk faktor lain yang berhubungan dengan kepatuhan diet seperti usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, lama menderita DM dan pengetahuan tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan kepatuhan diet. Namun jenis kelamin menunjukkan hubungan yang signifikan dengan kepatuhan diet dimana wanita memiliki kepatuhan yang lebih baik dibandingkan pria (68,46>61,65) sehingga variabel jenis kelamin dianggap sebagai variabel pengganggu antara hubungan *health locus of control* terhadap kepatuhan diet.

SARAN

Bagi pihak RSUD Kota Depok dapat melakukan kegiatan penyuluhan untuk

meningkatkan kesadaran dan tanggung jawab pasien terhadap pentingnya melakukan penatalaksanaan DM khususnya terhadap pasien pria dikarenakan pasien pria cenderung tidak patuh, melalui pemberian edukasi terkait DM dengan menggunakan bahasa yang lebih awam. Bagi tenaga kesehatan di RSUD Kota Depok agar dapat memberikan panduan dan arahan agar pasien dapat bertanggungjawab dalam kepatuhan diet. Selain itu para tenaga kesehatan dapat melakukan kontrol terhadap perkembangan pasien dalam menjalankan kepatuhan diet dan melibatkan pasien dalam membuat keputusan klinis. Memberikan sosialisasi kepada keluarga pasien DM tipe 2 agar keluarga dapat memberikan dukungan terhadap pasien juga diperlukan. Pihak RSUD Kota Depok diharapkan dapat membuat lembar *self-assesment control* untuk pasien DM tipe 2 yang dipergunakan agar pasien dapat mengevaluasi diet harian atau mingguan. Lembar ini diberikan agar pasien dapat menilai sendiri bagaimana kepatuhannya terhadap pelaksanaan diet.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses pelaksanaan penelitian serta semua responden yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.

DAFTAR REFERENSI

1. WHO. Noncommunicable Diseases [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 10]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
2. IDF. Diabetes Facts & Figures [Internet]. 2020 [cited 2020 Feb 15]. Available from: https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes/facts-figures.html
3. Kementerian Kesehatan RI. Situasi Dan Analisis Diabetes [Internet]. 2014. Available from: https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-diabetes.pdf
4. Dinas Kesehatan Kota Depok. Profil Kesehatan Kota Depok Tahun 2018 [Internet]. 2019. Available from: http://dinkes.depok.go.id/wp-content/uploads/PROFIL-KESEHATAN-KOTA-DEPOK-TAHUN-2018.pdf
5. WHO. Adherence To Long-Term Therapies: Evidence For Action [Internet]. 2003. Available from: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
6. Parajuli J, Saleh F, Thapa N, Ali L. Factors Associated With Nonadherence To Diet And Physical Activity Among Nepalese Type 2 Diabetes Patients ; A Cross Sectional Study. BMC Res Notes. 2014;7(1):1–9.
7. Sarafino EP, Smith TW. Health Psychology: Biopsychosocial Interactions 7th Edition. John Wiley & Sons, Incorporated; 2011.
8. Sangeeta, Shobhana, Rana SS. Health Locus Of Control As Correlate Of Health Promoting Behaviors. Indian J Heal Wellbeing. 2015;6(6):580–4.
9. Kassianos AP, Symeou M, Ioannou M. The Health Locus Of Control Concept : Factorial Structure , Psychometric Properties And Form Equivalence Of The Multidimensional Health Locus Of Control Scales. Heal Psychol Open. 2016;1–10.
10. Susanti RD. Hubungan Motivasi Dan Health Locus Of Control Dengan Kepatuhan Diet Pada Penderita Diabetes Mellitus. Universitas Airlangga; 2018.
11. Minhas MT. Interaction Of Physical Activity, Diet, Health Locus Of Control And Quality Of Life Among Finnish University Students. University of Jyvaskyla; 2013.
12. Hidayati A. Hubungan Health Locus of Control Dengan Mekanisme Koping Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Patrang Kabupaten Jember. Universitas jember; 2017.
13. Gultom YT. Tingkat pengetahuan Pasien Diabetes Mellitus Tentang Manajemen Diabetes Mellitus Di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat

Gatot Soebroto Jakarta Pusat. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Universitas Indonesia; 2012.
14. Lestari TS. Hubungan Psikososial Dan Penyuluhan Gizi Dengan Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Rawat Jalan Di RSUP Fatmawati Tahun 2012. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. 2012.
15. Zahednezhad H, Poursharifi H, Babapour J. Memory, Health Locus of Control and Adherence in Type II Diabetic patients in Iran - Tabriz. Procedia - Soc Behav Sci. 2011;30:2621–4.
16. Abredari H, Bolourchifard F, Rassouli M, Nasiri N, Taher M, Abedi A. Health Locus of Control and Self-Care Behaviors in Diabetic Foot Patients. Med J Islam Repub Iran. 2015;29:283.
17. Umasugi MT, Tunny IS, Tappang Y, Asni U. The Relation Between Health Locus Of Control And Compliance Of Diet Management Type II Of Diabetes Mellitus In Piru Hospital , Western Part Of Seram Regency 2016. Dama Int J Res. 2016;1(11):74–9.
18. Pourhoseinzadeh M, Gheibizadeh M, Moradikalboland M, Cheraghian B. The Relationship between Health Locus of Control and Health Behaviors in Emergency Medicine Personnel. IJCBNM . 2017;5(4).
19. Yulia S. Kepatuhan Dalam Menjalankan Diet Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 (Studi Kasus di Puskesmas Kedungmundu Tahun 2015). Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang. Universitas Negeri Semarang; 2015.
20. Haque DF. Hubungan Antara Pelayanan Kesehatan Dan Faktor Lainnya Dengan Kepatuhan Diet Pada Anggota PERSADIA Penyandang DM Tipe 2 Di Depok. Universitas Indonesia; 2013.
21. Hestiana DW. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Dalam Pengelolaan Diet Pada Pasien Rawat Jalan Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Kota Semarang. J Heal Educ. 2017;2(2):138–45.
22. Alhariri A, Daud F, Almaiman A, Saghir S ayesh M. Factors Associated With Adherence To Diet And Exercise Among Type 2 Diabetes Patients In Hodeidah City , Yemen. Diabetes Manag. 2017;7(3):264–71.
23. Kavitha S, Nalini G., Suresh R., Deepak P, Jayashree V, Nagaral V. Treatment Adherence and Factors Contributing to Non Adherence Among Type 2 Diabetes Mellitus Patients in A Tertiary Care Hospital: A Cross Sectional Study. Int J Basic Clin Pharmacol. 2017;6(3):689–94.
24. Hontong N, Kaunang WP., Ratag BT. Hubungan antara Tingkat Pendidikan, Pengetahuan, dan Dukungan Keluarga dengan kepatuhan Diet Pasien Diabetes Mellitus di RSU Pancaran Kasih GMIM Manado. Fak Kesehat Masy Univ Sam ratulangi. 2016;
25. Al-rasheedi AAS. The Role of Educational Level in Glycemic Control among Patients with Type II Diabetes Mellitus. Int J Health Sci (Qassim). 2014;8(2).
26. Tanaka R, Tsuji M, Asakura K, Senju A, Shibata E, Kusuhara K, et al. Variation in Men's Dietary Intake Between Occupations, Based on Data From the Japan Environment and Children's Study. Am J Mens Health. 2018;12(5):1621–34.
27. Elsous A, Radwan M, Al-Sharif H, Abu Mustafa A. Medications Adherence and Associated Factors among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in the Gaza Strip, Palestine. Front Endocrinol (Lausanne) [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 8];8. Available from: www.frontiersin.org
28. Kusnanto, Sundari PM, Asmoro CP, Arifin H. Penurunan Tingkat Stres Penderita Diabetes Mellitus Yang Menjalani Diet Melalui Diabetes Self-Management. 2018; Available from: http://repository.unair.ac.id/85989/5/PENURUNAN TINGKAT STRES PENDERITA DIABETES MELLITUS.pdf
29. Dewi T, Amir A, Gizi J, Kemenkes PK, D-iv AP, Gizi J, et al. Kepatuhan Diet pasien DM Berdasarkan Tingkat

Pengetahuan dan Dukungan Keluarga di Wilayah Puskesmas Sudiang raya. 2018;25:55–63.

30. Han CY, Geok C, Chan B, Lim SL, Zheng X, Woon ZW, et al. Diabetes-Related Nutrition Knowledge and Dietary Adherence in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus : A Mixed-Methods Exploratory Study. Proc Singapore Healthc. 2020;29(2):81–90.
31. Nurhidayat I. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Penatalaksanaan Diet Pada Pasien Diabetes Mellitus. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. 2017.

Triana *et al. Perilaku dan Promosi Kesehatan: Indonesian Journal of Health Promotion and Behavior.* 2021; 3(1): 19-23
DOI: 10.47034/ppk.v3i1.4154

Partisipasi Ibu Balita Ke Posyandu Melati di Desa Sungai Bertam, Kabupaten Muaro Jambi Tahun 2020

Participation of Mothers with Children Under Five Years to Posyandu Melati in Sungai Bertam Village, Muaro Jambi Regency in 2020

Winda Triana[1*], Pahrur Razi[1,] Solihin Sayuti[1]

[1]Jurusan Promosi Kesehatan, Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jambi, Kota Jambi 36128

*Korespondensi penulis:
windatriana60@gmail.com

Diterima (*Recieved*) : 20 Agustus 2020
Direvisi (*Revised*) : 24 Mei 2021
Diterima untuk diterbitkan (*Accepted*) : 21 Juni 2021

ABSTRAK

Latar Belakang. Pelayanan kesehatan bulanan balita di Posyandu diantaranya adalah pelaksanaan pemeriksaan kesehatan balita, penimbangan berat badan, pemantauan gizi, pemberian vitamin A, dan konsultasi kesehatan serta imunisasi. Di Puskesmas PIR II Bajubang wilayah Desa Sungai Bertam, terdapat Posyandu Melati dengan cakupan kunjungan balitanya yang sangat rendah. Setiap bulan hanya 50% dari jumlah sasaran 70 balita (D/S) yang datang berkunjungan.

Tujuan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui partisipasi Ibu balita ke Posyandu Melati di Desa Sungai Bertam.

Metode. Jenis penelitian menggunakan deskriptif analitik, populasi pada penelitian ini adalah seluruh Ibu balita yang ada di Posyandu Melati Desa Sungai Bertam berjumlah 70 orang, dengan teknik menggunakan teknik *total sampling*.

Hasil. 68,6% responden berpartisipasi baik ke Posyandu, 75,7% responden memiliki pengetahuan yang baik, 57,1% responden mempunyai sikap yang baik dan 51,4% mempunyai motivasi yang baik. Terdapat hubungan yang bermakna antara partisipasi Ibu balita dalam penimbangan ke Posyandu terhadap pengetahuan (*p-value* 0,004), sikap (*p-value* 0,000) dan motivasi (*p-value* 0,000). Sedangkan untuk peran Kader tidak menunjukkan hubungan yang bermakna terhadap partisipasi Ibu balita ke Posyandu karena mempunyai *p-value* 0,843.

Kesimpulan. Ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan, sikap dan motivasi dengan partisipasi Ibu dalam melakukan penimbangan di Posyandu Melati Desa Sungai Bertam Kabupaten Muaro Jambi Tahun 2020.

Kata Kunci: partisipasi, balita, Posyandu

ABSTRACT

Introduction. *Monthly health services for children under five years at Posyandu include implementing health checks, weighing, monitoring nutrition, giving vitamin A, health consultations and immunizations. At the PIR II Bajubang Puskesmas in the Sungai Bertam Village area, there is a Melati Posyandu with a very low coverage of toddler visits. Every month only 50% of the target number of 70 toddlers (D/S) come to visit.*

Objective. *This study aimed to determine the participation of mothers with children under five years in the Posyandu Melati in Sungai Bertam Village.*

Methods. *This research used a descriptive analytic, the population in this study were all mothers with children under five years at the Posyandu Melati, amounting to 70 people, with a technique using the total sampling*

Results. *68.6% of respondents participated well in Posyandu, 75.7% of respondents had good knowledge, 57.1% had good attitudes and 51.4% had good motivation. There is a significant relationship between the participation of mothers with children under five in weighing to Posyandu on knowledge (p-value 0.004), attitude (p-value 0.000) and motivation (p-value 0.000). Meanwhile, the role of Cadre does not show a significant relationship to the participation of mothers under five to the Posyandu because it has a p-value of 0.843*

Conclusion. *There is a significant relationship between knowledge, attitude and motivation with mother's participation in weighing at the Melati Posyandu Sungai Bertam Village, Muaro Jambi Regency in 2020.*

Keywords: *participation, toddlers, Posyandu*

LATAR BELAKANG

Deteksi dini kasus gizi kurang dan gizi buruk dapat dilakukan melalui penimbangan balita. Jika secara rutin menimbang balita, maka pertumbuhan balita dapat dipantau secara intensif. Hal ini dimaksudkan apabila berat badan anak tidak naik atau jika ditemukan penyakit, dapat segera dilakukan upaya pemulihan dan pencegahan, agar tidak menjadi gizi kurang atau gizi buruk. Semakin cepat ditemukan kasusnya akan mengurangi resiko kematian sehingga angka kematian akibat gizi buruk dapat ditekan.[1]

Pemantauan pertumbuhan balita sangat penting dilakukan untuk mengetahui adanya hambatan pertumbuhan (*growth faltering*) secara dini. Untuk mengetahui pertumbuhan tersebut maka penimbangan setiap bulan sangat diperlukan. Penimbangan balita sangat penting untuk deteksi dini kasus gizi kurang dan gizi buruk.[2] Cakupan penimbangan balita di Posyandu (D/S) merupakan indikator yang berkaitan dengan cakupan pelayanan gizi pada balita, cakupan pelayanan kesehatan dasar khususnya imunisasi serta prevelensi gizi kurang. Semakin tinggi cakupan D/S, semakin tinggi cakupan vitamin A. Semakin tinggi cakupan imunisasi dan semakin rendah prevalensi gizi kurang sehingga partisipasi masyarakat dalam Posyandu sangat diperlukan guna mendapatkan pelayanan kesehatan dan gizi pada balita.[2]

Kasus gagal tumbuh pada anak balita di Indonesia masih tinggi, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menempatkan Indonesia sebagai negara ketiga dengan kasus tertinggi di Asia.[3] Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018[4], angka stunting di Indonesia mencapai 30,8%. Sementara target WHO angka stunting tidak boleh melebihi dari 20%.[3] Tahun 2018 persentase balita usia 6 – 59 bulan ditimbang di Indonesia 68,37% per bulannya, namun ini terjadi penurunan dari tahun sebelumnya yang mana pada tahun 2017 cakupan penimbangan balita sebesar 77,95%.[5]

Partisipasi kunjungan Ibu balita ke Posyandu untuk melakukan penimbangan balita dikatakan baik jika minimal empat kali ditimbang di Posyandu secara berturut-turut dalam enam bulan. Dikatakan tidak baik apabila kurang dari empat kali secara berturut-turut ke Posyandu dalam enam bulan.[2] Pelayanan kesehatan bayi dan balita yang dilakukan di Posyandu setiap bulan di Indonesia meliputi pemeriksaan kesehatan balita, penimbangan berat badan, pemantauan status gizi, pemberian vitamin A, pemberian imunisasi konsultasi masalah kesehatan dan pelayanan kesehatan lainnya.

Pencapaian penimbangan balita (D/S) Provinsi Jambi untuk Tahun 2018 sebesar 76,05%. Angka ini menunjukan peningkatan pencapaian dari tahun sebelumnya yaitu 72,49%.[6] Penimbangan balita (D/S) berdasarkan kabupaten/kota Tahun 2018 di Provinsi Jambi yaitu, Kabupaten Muaro Jambi menempati urutan kelima dari 11 kabupaten/kota yang ada di Propinsi Jambi sebesar 75,5%.[6]

Partisipasi berarti peran serta seseorang atau kelompok masyarakat dalam proses pembangunan baik dalam bentuk pernyataan maupun dalam bentuk kegiatan dengan memberi masukan pikiran, tenaga, waktu, keahlian, modal atau materi, serta ikut serta memanfaatkan dan menikmati hasil-hasil pembangunan.[7] Berdasarkan penelitian Umasangaji[8], keberhasilan pelaksanaan Posyandu di Desa Waitina Kecamatan Mangoli Timur karena partisipasi aktif dari masyarakat dan juga karena keterlibatan Lembaga Pemberdayaan masyarakat secara aktif dan terus menerus. Ini terbukti dengan menurunnya tingkat kematian ibu dan bayi serta dewasa karena masyarakat telah menerapkan pola hidup sehat.

Menurut penelitian Nurdin et al.[9], terdapat hubungan antara pengetahuan ibu (*p-value*= 0,021, OR = 3,098), motivasi (*p-value*= 0,003, OR= 4,332), peran kader (*p-value*= 0,027, OR= 2,971) terhadap partisipasi kunjungan ibu balita ke Posyandu.

Kabupaten Muaro Jambi mempunyai 21 Puskesmas salah satunya terdapat Puskesmas PIR II Bajubang. Pencapaian penimbangan D/S pada balita tahun 2018 sebesar 51,8% rangking 15 dari 21 Puskesmas yang ada.[10] Desa Sungai Bertam sendiri merupakan cakupan wilayah kerja dari Puskesmas PIR II Bajubang. Desa Sungai Bertam memiliki 5 Posyandu yang diantaranya terdapat Posyandu Melati dengan cakupan kunjungan balitanya sangat rendah dari jumlah sasaran yang ada (D/S), dari sasaran 70 balita yang berkunjungan setiap bulannya hanya 50%.[11]

Hasil survey awal yang telah dilakukan kepada ibu yang memiliki anak balita di wilayah Posyandu Melati yaitu ibu rajin membawa anak balitanya ke Posyandu pada tahun pertama untuk

mendapatkan imunisasi dasar lengkap dan alasan Ibu tidak lagi datang ke Posyandu dikarenakan tidak ada lagi imunisasi yang akan diberikan kepada balitanya.

METODE

Penelitian deskriptif-analitik ini menggunakan rancangan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling. Data primer didapat dengan pengisian kuesioner pada ibu balita, penelitian dilakukan bulan Januari – Juni 2020. Populasi seluruh ibu balita yang ada di Posyandu Melati Desa Sungai Bertam berjumlah 70 orang. Analisa data secara univariat dan bivariat.

HASIL

Berdasarkan hasil penelitian didapat gambaran partisipasi ibu balita dalam penimbangan ke Posyandu meliputi pengetahuan, sikap, motivasi dan peran kader. Dari tabel 1 didapatkan informasi bahwa 68,6% responden berpartisipasi baik ke Posyandu. Pengetahuan yang baik dimiliki oleh 75,7% responden. Terdapat 57,1% responden yang mempunyai sikap yang baik dan 51,4% mempunyai motivasi yang baik. Responden yang mengatakan peran kader yang baik adalah 97,1%.

Pada tabel 2 menunjukkan hubungan pengetahuan, sikap, motivasi dan peran kader dengan partisipasi Ibu balita dalam penimbangan ke Posyandu. Terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan (*p-value* 0,004), sikap (*p-value* 0,001) dan motivasi (*p-value* 0,001) dengan partisipasi Ibu balita dalam penimbangan ke Posyandu. Tidak ada hubungan antara peran kader tidak menunjukkan hubungan yang bermakna terhadap partisipasi Ibu balita ke Posyandu karena mempunyai *p-value*> 0,05 yaitu 0,843.

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Partisipasi, Pengetahuan, Sikap, Motivasi Ibu Balita dan Peran Kader dalam Penimbangan ke Posyandu Melati di Desa Sungai Bertam Kabupaten Muaro Jambi Tahun 2020 (n=70)

Variabel	F	%
Partisipasi		
- Baik	48	68,6
- Kurang baik	22	31,4
Pengetahuan		
- Baik	53	75,7
- Kurang baik	17	24,3
Sikap		
- Positif	40	57,1
- Negatif	30	42,9
Motivasi		
- Baik	36	51,4
- Kurang baik	34	48,6
Peran Kader		
- Baik	68	97,1
- Kurang baik	2	2,9

Tabel 2. Distribusi Hubungan Pengetahuan Sikap, Motivasi dan Peran Kader dengan Partisipasi Ibu Balita dalam Penimbangan Ke Posyandu Melati di Desa Sungai Bertam Kabupaten Muaro Jambi Tahun 2020

Variabel	Kategori	Partisipasi				Total		*p-value*
		Kurang Baik		Baik				
		n	%	N	%	n	%	
Pengetahuan	Kurang Baik	0	0	17	100	17	100	0,004
	Baik	22	41,5	31	58,5	53	100	
Sikap	Negatif	22	73,3	8	26,7	30	100	0,001
	Positif	0	0	40	100	40	100	
Motivasi	Kurang Baik	0	0	34	100	34	100	0,001
	Baik	22	61,1	14	38,9	36	100	
Peran Kader	Kurang Baik	0	0	2	100	2	100	0,843
	Kader Baik	22	32,4	46	67,6	68	100	

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian sebagian besar responden di Posyandu Melati Desa Sungai Bertam sudah berpartisipasi dengan baik dalam melakukan penimbangan ke Posyandu. Program Posyandu akan bermanfaat jika balita berkunjung ke Posyandu secara teratur. Keteraturan balita berkunjung ke Posyandu sangat tergantung dari partisipasi ibu untuk membawa balitanya berkunjung ke Posyandu. Partisipasi ibu atau kunjungan ibu balita ke Posyandu dipengaruhi oleh faktor waktu luang ibu dan pendapatan keluarga. Untuk meningkatkan kepatuhan kunjungan Ibu balita ke Posyandu diharapkan ibu balita dapat menyediakan waktu untuk berpartisipasi aktif datang ke Posyandu. Di Posyandu ibu akan memperoleh bimbingan dari kader sehingga ibu balita mendapatkan informasi tentang kesehatan balitanya.[12]

Pengetahuan ibu balita di Desa Sungai Bertam dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu diantaranya usia ibu balita, pekerjaan, tingkat pendidikan, pengetahuan merupakan domain yang sangat penting bagi terbentuknya tindakan seseorang *(overt behavior)*.[13] Pendidikan orang tua merupakan salah satu faktor yang penting dalam Posyandu, karena dengan adanya pendidikan yang baik, orang tua dapat menerima segala informasi dari luar terutama tentang kesehatan anak atau dalam keaktifan membawa balitanya ke Posyandu.[14] Perilaku yang dilakukan berdasarkan pada pengetahuan akan bertahan lebih lama dan kemungkinan menjadi perilaku yang melekat pada seseorang dibandingkan jika tidak berdasarkan pengetahuan.[13] Masih adanya sebagian kecil responden yang tidak memiliki pengetahuan baik, maka disarankan agar ibu balita selain rutin mengikuti kegiatan Posyandu balita, Ibu juga harus lebih berperan aktif dalam kegiatan Posyandu balita, seperti bertanya pada meja penyuluhan atau bertanya langsung kepada Kader Posyandu balita.

Kader Posyandu yang berperan disini adalah kader Posyandu melaksanakan tugasnya sebelum, saat, maupun sesudah kegiatan Posyandu dilaksanakan. Kader Posyandu yang tidak berperan adalah kader Posyandu yang tidak rutin datang dalam kegiatan Posyandu setiap bulan. Hal tersebut terjadi karena menjadi seorang kader bukan merupakan pekerjaan utama.

Penelitian ini menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan dengan partisipasi ibu balita dalam penimbangan ke Posyandu. Salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku seseorang adalah pengetahuan. Dengan pengetahuan maka akan menghasilkan perubahan perilaku. Semakin baik tingkat pengetahuan maka wawasan atau informasi tentang Posyandu juga baik dan ibu juga lebih aktif dalam kegiatan Posyandu.[15] Berdasarkan penelitian hubungan pengetahuan dengan partisipasi ibu balita dalam kegiatan Posyandu balita di Desa Sungai Bertam, Kabupaten Muaro Jambi. Masih terdapat ibu yang berpengetahuan baik, sikap positif dan motivasi baik tetapi tidak rutin mengikuti kegiatan Posyandu hal tersebut dikarenakan pada saat dilaksanakan kegiatan Posyandu ibu memiliki kesibukan seperti sedang bertepatan dengan panen. Beberapa ibu balita merasa bahwa yang balitanya sudah berusia lebih dari tiga tahun sudah tidak wajib untuk datang ke Posyandu.

Ibu balita merasa membawa balitanya ke Posyandu bisa dilakukan di kegiatan Posyandu bulan selanjutnya. Ibu yang berpengetahuan kurang baik dan bersikap negative tetapi rutin mengikuti kegiatan Posyandu. Hal ini dikarenakan ibu merasa dengan mengikuti arahan dari kader Posyandu untuk mengikuti Posyandu balita setiap bulan, akan membuat pertumbuhan balitanya terpantau.

Kader yang tidak berperan tetapi Ibu balita tetap berpartisipasi dalam kegiatan Posyandu balita. Hal tersebut dikarenakan Ibu merasa harus membawa balitanya ke Posyandu karena selain dapat mengetahui pertumbuhan dan perkembangan balita melalui kegiatan di Posyandu. Selain itu, ibu juga dapat bertemu dan berkumpul dengan ibu balita yang lain untuk saling bertukar informasi tentang balitanya.

Hasil penelitian sejalan dengan penelitian Amalia[16] yang menyatakan bahwa dengan adanya bimbingan secara aktif dari kader maka ibu balita akan cenderung berperilaku ke arah yang positif yaitu patuh berkunjung ke Posyandu pada tiap bulannya. Lebih lanjut, hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nelly dalam Amalia[16] yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan

yang bermakna peran kader dalam kunjungan Posyandu balita.

KESIMPULAN

Sebagian besar responden memiliki partisipasi baik, pengetahuan baik, sikap baik dan motivasi baik serta peran kader baik. Ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan, sikap, motivasi dan peran kader dengan partisipasi ibu dalam melakukan penimbangan di posyandu Melati Desa Sungai Bertam Kabupaten Muaro Jambi Tahun 2020.

SARAN

Kerjasama lintas sektoral melibatkan masyarakat, pemerintah dan swasta adalah upaya pengembangan kemandirian masyarakat yang sebaiknya dilakukan secara berkelanjutan. Dukungan tokoh masyarakat, organisasi pengajian, PKK perlu diupayakan untuk memberi motivasi dalam mengerakkan kegiatan Posyandu. Perlunya diberikan permainan, penyuluhan, arisan untuk menambah inovasi dan menyediakan sarana dan tenaga kesehatan yang diperlukan untuk penyelenggaraan Posyandu ini agar lebih atraktif

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Kepala Puskesmas Pir II Bajubang, Kepala Desa Sungai Bertam, seluruh ibu balita dan kader Posyandu Melati di Desa Sungai Bertam Kabupaten Muaro Jambi yang telah terlibat dan berpartisipasi dalam penelitian.

DAFTAR REFERENSI

1. Kemenkes RI, 2019. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta.
2. Kemenkes RI, 2017. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta.
3. World Health Organization (WHO), Achieving universal health coverage for the world's 1.2 billion adolescents, 2018.
4. Kemenkes RI, (2018), *Hasil Utama RISKESDAS 2018*, Kemenkes RI: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
5. Kemenkes RI, (2017), *Hasil data informasi kesehatan 2016*, Kemenkes RI: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
6. Dinas Kesehatan Provinsi Jambi, 2018.Profil Dinas Kesehatan Propinsi Jambi
7. Sumaryadi Nyoman I. 2010.Sosiologi Pemerintahan Bogor. Ghalia Indonesia
8. Umasangaji Isnain.M. 2016. Partisipasi Masyarakat Pada Program Posyandu di Desa Waitina Kecamatan Mangoli Timur. Journal 2016
9. Nurdin dkk, 2018. Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Partisipasi Ibu Balita kePosyandu di Jorong Tarantang. *Jurnal Endurance: Kajian Ilmiah Problema Kesehatan Vol 4 (1) Februari 2019: 220-234*.
10. Dinas Kesehatan Kabupaten Muaro Jambi, 2018. Laporan Program Gizi Kabupaten Muaro Jambi
11. Laporan Gizi Puskesmas Pir 2 Bajubang 2019
12. Yuniarti Sri, 2015. Asuhan Tumbuh Kembang Neonatus Bayi Balita Anak Prasekolah. PT Refika Aditama
13. Soekidjo Notoatmodjo, 2012. Promosi kesehatan dan ilmu perilaku. Rineka Cipta. Jakarta.
14. Nila Eriza Sativa. Faktor-faktor yang berhubungan dengan keaktifan Ibu balita dalam kegiatan Posyandu Dusun Mlangi Kabupaten Sleman [naskah publikasi]. Yogyakarta: Universitas 'Aisyiyah; 2006
15. Notoatmodjo, 2010 .Ilmu Perilaku Kesehatan. Rineka Cipta. Jakarta
16. Endra Amalia, Syahrida, Yessi Andriani, 2018 faktor mempengaruhi kunjungan ibu membawa balita ke posyandu kelurahan tanjung pauh tahun 2018 Jurnal Kesehatan Perintis (Perintis's Health Journal) Volume 6 Nomor 1 Tahun 2019 P-ISSN : 2355-9853 E-ISSN : 2622-4135

Wati *et al. Perilaku dan Promosi Kesehatan: Indonesian Journal of Health Promotion and Behavior.* 2021; 3(1): 24-35
DOI: 10.47034/ppk.v3i1.4342

Segitiga Kebijakan dan Analisis SWOT Mengenai Implementasi Kebijakan PSBB dalam Penanggulangan COVID-19 di DKI Jakarta

Policy Triangle and SWOT Analysis on the Implementation of PSBB Policy in Combating COVID-19 in DKI Jakarta

Risa Laras Wati[1], Belinda Meliana Elisabet[1], Goalbertus Goenawan[1], Nurhanifah[1], Hadi Pratomo[1*]

[1]Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok 16424

*Korespondensi penulis:
pratomohadi@gmail.com

Diterima (*Recieved*) : 17 Oktober 2020
Direvisi (*Revised*) : 31 Mei 2021
Diterima untuk diterbitkan (*Accepted*) : 22 Juni 2021

ABSTRAK

Latar Belakang. Provinsi DKI Jakarta merupakan provinsi dengan kasus tertinggi COVID-19 di Indonesia. Pada 23 Juni 2020 terdapat 10.123 kasus terkonfirmasi dan merupakan provinsi yang pertama kali menetapkan status Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB).

Tujuan. Mengkaji implementasi kebijakan PSBB untuk merumuskan strategi pelaksanaan kebijakan di masa mendatang.

Metode. Implementasi kebijakan PSBB Provinsi DKI Jakarta dianalisis dengan menggunakan analisis SWOT (*Strength*, *Weakness*, *Opportunity*, *Threat*). Analisis SWOT merupakan suatu alat perencanaan strategis yang banyak digunakan dalam program pengembangan masyarakat, kesehatan dan pendidikan. Penelitian menggunakan data sekunder berupa kebijakan-kebijakan PSBB yang diperoleh melalui situs resmi Pemerintah Provinsi DKI Jakarta dan berita-berita terkait kebijakan PSBB DKI Jakarta yang dimuat di media cetak maupun elektronik pada rentang waktu antara 25 Februari 2020 sampai dengan 5 Juni 2020.

Hasil. Adanya dukungan dari tokoh masyarakat, aplikasi untuk mendukung pekerjaan dan pendidikan jarak jauh, serta adanya dukungan dari pemerintah pusat, TNI dan Polri serta tokoh masyarakat merupakan suatu peluang agar bisa menerapkan kebijakan secara maksimal.

Kesimpulan. Kebijakan PSBB sudah diimplementasikan dengan baik karena sudah mengatur seluruh aspek kehidupan masyarakat dan berhasil menekan penyebaran COVID-19 di Ibu Kota.

Kata Kunci: kebijakan PSBB, DKI Jakarta, analisis segitiga kebijakan, analisis *SWOT*

ABSTRACT

Introduction*. DKI Jakarta is the province with the highest COVID-19 cases in Indonesia, with 10.123 confirmed cases as of 23th June 2020, and it was the first province to determine the status of Large-Scale Social Restrictions (PSBB).*

Objective *To review the implementation of large scale social restrictions policy to formulate a strategy for implementing future policies*

Methods*. The implementation of the DKI Jakarta PSBB policy was analyzed using a SWOT (Strength, Weakness, Opportunity, Threat) analysis. SWOT analysis is a strategic planning tool that is widely used in community development, health and education programs. The study uses secondary data in the form of PSBB policies obtained through the official website of the DKI Jakarta Provincial Government as well as news related to the DKI Jakarta PSBB policies published in print and electronic media in the period between 25th February 2020 to 5th June 2020*

Results. *The existence of support from community leaders, applications to support work and study from home, as well as support from the Central Government, TNI and Polri as well as community leaders are an opportunity to be able to implement policies optimally*

Conclusion. *The PSBB policy has been well implemented because it has managed all aspects of people's lives and has succeeded in suppressing the spread of COVID-19 in the capital city.*

Keywords: *large-scale social restriction policy, DKI Jakarta, policy triangle, SWOT analysis*

LATAR BELAKANG

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) disebabkan Virus *SARS-CoV-2* yang dapat menular dari hewan ke manusia dan manusia ke manusia melalui droplet atau kontak langsung pada penderita.[1] Kasus pertama kali dilaporkan pada bulan Desember 2019 di Wuhan, Provinsi Hubei.[2] Pada 2 Maret 2020, Indonesia pertama kali melaporkan dua kasus positif dan hingga 23 Juni 2020 terdapat 47.896 kasus terkonfirmasi.[3] Pemerintah melakukan berbagai upaya untuk menangani penyebaran COVID-19 dengan membentuk Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19. Selain itu, Pemerintah juga telah mengeluarkan berbagai kebijakan sebagai upaya untuk menanggulangi penyebaran dan dampak dari COVID-19.[4]

Tren penambahan kasus positif COVID-19 di Provinsi DKI Jakarta meningkat dengan kasus tertinggi di Indonesia, terdapat 10.123 kasus terkonfirmasi pada 23 Juni 2020.[5,6] Kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dipilih untuk menekan angka penyebaran COVID-19. PSBB fase pertama dimulai pada 10 April 2020 dan diperpanjang hingga tiga kali.[7] PSBB pada fase pertama ini pemerintah sangat membatasi aktivitas di luar rumah seperti penghentian sementara aktivitas tatap muka di sekolah dan institusi pendidikan lainnya; aktivitas perkantoran diganti dengan *Work From Home* (WFH); kegiatan keagamaan di tempat ibadah; kegiatan di tempat umum; pembatasan transportasi mulai dari jam operasional, kapasitas dan penerapan wajib protokol kesehatan.[8] Setelah itu, Pemerintah DKI Jakarta memutuskan untuk mengadakan PSBB Transisi dengan tujuan terciptanya pemulihan aspek kehidupan sosial dan ekonomi masyarakat sesuai dengan protokol kesehatan. Perbedaan PSBB dengan PSBB Transisi terletak dalam pelaksanaannya. Jika dalam pelaksanaan PSBB hanya 11 sektor yang dapat beroperasi, sedangkan pada masa PSBB Transisi semua sektor dapat beroperasi sesuai dengan protokol kesehatan yang telah disiapkan oleh Pemerintah Pusat.[9]

Penelitian ini membahas penanganan COVID-19 melalui implementasi kebijakan PSBB di DKI Jakarta dan sangat dibutuhkan sebagai bahan kajian bagi Pemerintah Provinsi DKI Jakarta mengenai strategi penanggulangan COVID-19 dengan melakukan Pembatasan Sosial Berskala Besar dengan membatasi kerumunan dan saling kontak erat dari penduduk; menutup perkantoran, tempat kerja, dan sekolah; dan memberlakukan protokol kesehatan dalam kegiatan kehidupan yang sejalan dengan penelitian Van Bevel.[10] Peneliti menggunakan metode SWOT dengan meng-analisis secara sistematis tentang kekuatan, kelemahan, peluang, dan ancaman terkait implementasi kebijakan untuk merumuskan strategi yang dibutuhkan Pemerintah Provinsi DKI Jakarta selama pelaksanaan PSBB. Selain itu, peneliti memberikan saran untuk membantu pengembangan lebih lanjut dari strategi pencegahan dan pengendalian COVID-19, serta pengambilan keputusan kebijakan di DKI Jakarta.

METODE

Kebijakan-kebijakan terkait PSBB DKI Jakarta akan dianalisis dengan menggunakan Analisis Segitiga Kebijakan untuk mengetahui aktor pembuat kebijakan, sasaran kebijakan serta konten dari kebijakan tersebut. Implementasi kebijakan PSBB Provinsi DKI Jakarta akan dianalisis dengan menggunakan analisis SWOT (*Strength, Weakness, Opportunity, Threat*). Analisis SWOT merupakan suatu alat perencanaan strategis yang banyak digunakan dalam program pengembangan masyarakat, kesehatan dan pendidikan.[11,12] Tujuan dari analisis SWOT adalah untuk mengungkapkan kekuatan positif yang dimiliki, masalah-masalah potensial yang dapat ditemui dan mungkin untuk diatasi. Metode analisis SWOT akan membahas dan menyoroti semua karakteristik, hubungan, dan sinergi antara variabel internal dan eksternal dari suatu fenomena (kebijakan atau program) khususnya PSBB di Provinsi DKI Jakarta.

Penelitian menggunakan data sekunder berupa kebijakan-kebijakan Pemerintah Provinsi DKI Jakarta terkait Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dalam rangka pencegahan dan pengendalian COVID-19 di DKI Jakarta. Kebijakan-kebijakan tersebut diperoleh melalui situs resmi Pemerintah Provinsi DKI Jakarta yaitu https://corona.jakarta.go.id/id sehingga kredibilitas data dapat dipertanggungjawabkan. Kebijakan-kebijakan yang akan dianalisis merupakan kebijakan yang dikeluarkan oleh Gubernur DKI Jakarta pada rentang

waktu antara 25 Februari 2020 sampai dengan 5 Juni 2020. Penelitian ini juga menggunakan data tambahan berupa siaran-siaran pers resmi dari Pemerintah Provinsi DKI Jakarta serta berita-berita terkait kebijakan PSBB DKI Jakarta yang dimuat pada media lokal dan media nasional pada rentang waktu yang sama dengan dikeluarkannya kebijakan-kebijakan tersebut. Pengumpulan data dilakukan oleh empat orang enumerator yaitu Mahasiswa Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat.

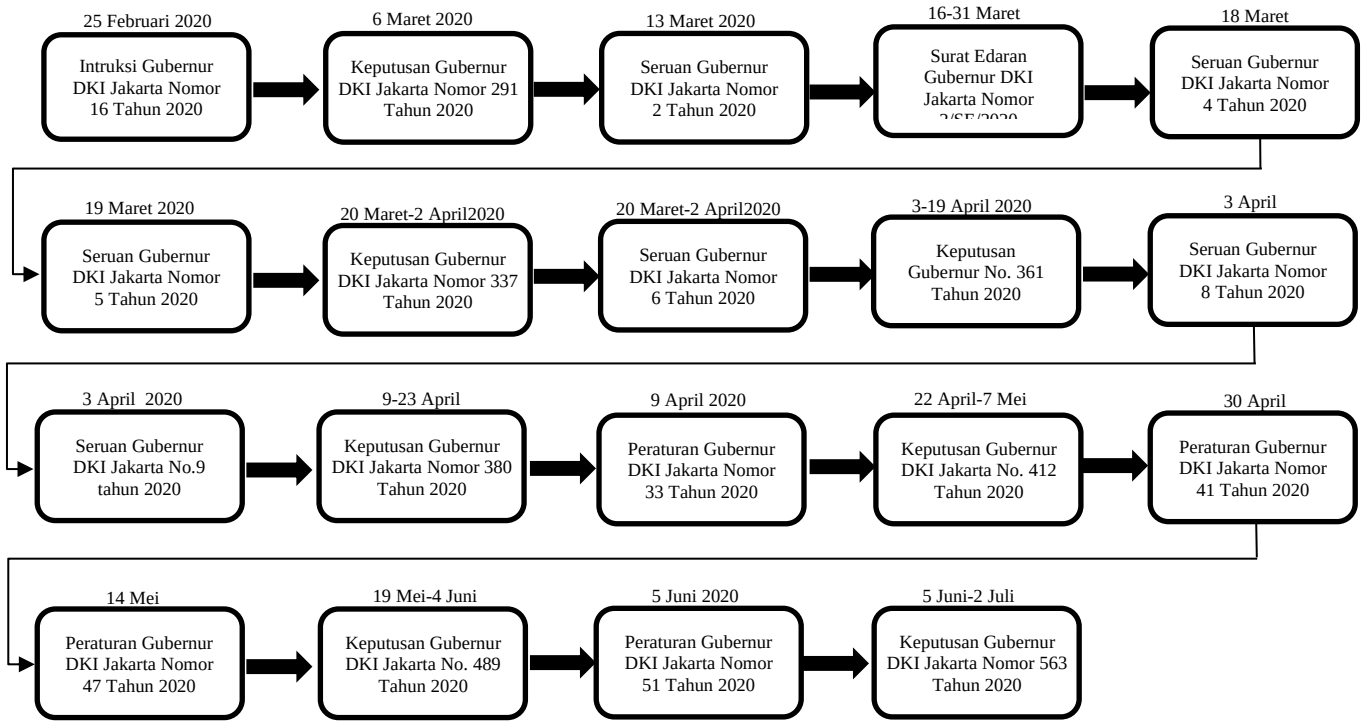
HASIL

Timeline dan Analisis Segitiga Kebijakan Pemerintah Provinsi DKI Jakarta

Hasil penelusuran kebijakan terkait penanggulangan COVID-19 di Provinsi DKI Jakarta, terdapat 19 kebijakan daerah yang diterbitkan pada 25 Februari hingga 5 Juni 2020. Kebijakan pertama diterbitkan pada tanggal 25 Februari 2020 mengenai peningkatan kewaspadaan terhadap risiko penularan COVID-19 di DKI Jakarta. Kebijakan-kebijakan lain terdiri dari Peraturan Pemprov DKI Jakarta mengenai PSBB, sanksi PSBB, Surat Edaran Pemprov DKI Jakarta, Surat Keputusan Pemprov DKI Jakarta tentang PSBB Tahap 1 sampai dengan PSBB Transisi. Adapun kebijakan-kebijakan tersebut ditujukan bagi seluruh warga DKI Jakarta dan seluruh komponen masyarakat dengan konteks kesehatan, sosial dan ekonomi.

Segitiga kebijakan dalam penelitian ini memuat mengenai kebijkan yang dikeluarkan oleh Pemerintah Provinsi DKI Jakarta berkaitan dengan penerapan PSBB di DKI Jakarta meliputi aktor, konteks, dan konten kebijakan. Adapun Gubernur DKI Jakarta sebagai aktor pembuat kebijakan telah mengeluarkan 11 kebijakan terkait peningkatan kewaspadaan terhadap risiko penularan dan penyebaran COVID-19. Selain itu terdapat 8 kebijakan lain yang terkait tentang pemberlakuan dan pelaksanaan PSBB di wilayah Provinsi DKI Jakarta. Mayoritas kebijakan tersebut menyasar seluruh warga DKI Jakarta dan seluruh komponen masyarakat dengan konteks kesehatan, sosial dan ekonomi (Bagan 1).

Bagan 1. *Time Line* dan Analisis Segitiga Kebijakan



Tabel 1. Analisis Strategi Implementasi Kebijakan PSBB

	Strength	***Weakness***

Aspek Internal **Analisis strategi** **Aspek eksternal**	1. Kebijakan PSBB dibutuhkan oleh warga DKI Jakarta. 2. Kebijakan PSBB menjangkau semua aspek kehidupan warga DKI Jakarta. 3. Kebijakan dapat diakses oleh masyarakat.	1. Kontrol terhadap kebijakan masih lemah. 2. Kurang SDM untuk pelaksanaan kontrol kebijakan. 3. Ego sektoral dalam Pelaksanaan PSBB
Opportunity	**SO**	**WO**
1. Adanya tokoh masyarakat yang bisa mengedukasi masyarakat 2. Adanya aplikasi untuk mendukung pekerjaan dan pendidikan jarak jauh 3. Adanya dukungan dari pemerintah pusat 4. Adanya dukungan TNI dan Polri 5. Adanya dukungan dari Donatur	**SO1:** Mengimplementasikan kebijakan dengan memanfaatkan dukungan dari berbagai pihak **SO2**: Meningkatkan pemahaman dan penerimaan masyarakat terhadap kebijakan	**WO1**: Penguatan dalam pelaksanaan kontrol kebijakan dengan bantuan TNI dan Polri **WO2**: Peningkatan koordinasi serta komunikasi antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam menghilangkan ego sektoral
Threat	**ST**	**WT**
1. Tingkat kepatuhan masyarakat yang relatif masih rendah 2. Mobilitas warga DKI Jakarta yang tinggi 3. Dampak perubahan ekonomi masyarakat	**ST1:** Mengedukasi masyarakat untuk meningkatkan kepatuhan **ST2:** Memenuhi kebutuhan dasar warga selama kebijakan PSBB	**WT1:** Penguatan kebijakan untuk meningkatkan kepatuhan warga **WT2:** Pengetatan pengawasan perizinan SIKM

Keterangan:
S1-3: kekuatan W1-3: kelemahan O1-5: peluang T1-3: tantangan
SO1-2: kekuatan-peluang WO1-2: kelemahan-peluang ST1-2: kekuatan-tantangan WT1-2: kelemahan-tantangan

Analisis Kekuatan *(Strength)*

1. Kebijakan PSBB Dibutuhkan oleh Warga DKI Jakarta

Provinsi DKI Jakarta merupakan provinsi yang pertama kali ditetapkan status PSBB melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/239/2020 pada tanggal 7 April 2020.[13] Kebijakan PSBB dilakukan setelah pengkajian epidemiologi dan pertimbangan kesiapan dalam aspek sosial, ekonomi dan beberapa aspek lainnya. Dapat dikatakan bahwa kebijakan PSBB memang merupakan kebijakan yang dibutuhkan oleh DKI Jakarta guna menanggulangi penyebaran COVID-19.

2. Kebijakan PSBB Menjangkau Semua Aspek Kehidupan Warga DKI Jakarta

Kebijakan pelaksanaan PSBB melingkupi sekolah/institusi pendidikan, tempat kerja, rumah ibadah, fasilitas umum, kegiatan sosial budaya, serta penggunaan moda transportasi. Selain itu, kebijakan tersebut juga mengatur tentang hak dan kewajiban penduduk Provinsi DKI Jakarta serta pemenuhan kebutuhan dasar penduduk selama PSBB berlangsung, termasuk pemberian bantuan sosial kepada penduduk rentan yang terdampak dalam pemenuhan kebutuhan pokok dan pemberian insentif kepada pelaku usaha yang terdampak atas pelaksanaan PSBB.

3. Kebijakan Dapat Diakses oleh Masyarakat

Setiap kebijakan yang dikeluarkan dapat diakses dengan mudah melalui situs resmi Pemerintah Provinsi DKI Jakarta yaitu https://corona.jakarta.go.id/id. Masyarakat dapat dengan mudah menelusuri semua kebijakan terkait PSBB DKI Jakarta dan Panduan Pelaksanaan PSBB DKI Jakarta melalui situs tersebut.

Analisis Kelemahan *(Weakness)*

1. **Kontrol Terhadap Kebijakan Masih Lemah**

Penetapan Peraturan Gubernur No. 41 Tahun 2020 tentang Pengenaan Sanksi Terhadap Pelanggaran Pelaksanaan PSBB dalam Penanganan COVID-19 di Provinsi DKI Jakarta tidak membuat masyarakat menaati aturan dalam menjalankan PSBB.[14] Kepala Satpol PP DKI Jakarta menyatakan bahwa masih banyak ditemukan pelanggaran sehingga denda yang dikumpulkan mencapai nilai Rp599.850.000.[15] Adapun beberapa pelanggaran yang ditemukan seperti tidak memakai masker, berkerumun dan mengadakan acara yang mengumpulkan orang.[16] Selain itu, ditemukannya perusahaan yang tetap beroperasi tetapi bukan bukan 11 sektor yang diizinkan. Kesebelas sektor tersebut yaitu sektor kesehatan, bahan pangan, energi, komunikasi dan teknologi informasi, keuangan, logistik, perhotelan, konstruksi, industri strategis, pelayanan dasar, utilitas publik dan industri yang ditetapkan sebagai objek vital nasional, objek vital tertentu dan kebutuhan sehari-hari.[8] Banyaknya masyarakat yang masih melanggar kebijakan PSBB menjadi bukti kurangnya kontrol pemerintah dalam melaksanakan kebijakan yang sudah dibuat.

2. **Kurangnya Sumber Daya Manusia (SDM) dalam Melaksanakan Kontrol Kebijakan**

Kepala Dinas Tenaga Kerja, Transmigrasi, dan Energi (Disnakertrans dan Energi) DKI Jakarta menyatakan bahwa rasio perbandingan antara pengawas dari Pemerintah Provinsi DKI Jakarta dengan perusahaan yang berada di DKI Jakarta sangat timpang.[17] Data menunjukkan bahwa jumlah pengawas yang memiliki sertifikasi pengawasan hanya 58 orang dan tidak sepenuhnya kerja penuh waktu setiap hari.[18] Perbandingan jumlah SDM pengawas dengan jumlah perusahaaan yang beroperasi di DKI Jakarta sangat tidak memadai, sehingga pengawasan serta kontrol dalam pelaksanaan dari kebijakan PSBB tidak dapat berjalan secara maksimal.

3. **Ego sektoral dalam Pelaksanaan PSBB DKI Jakarta**

Berbagai jenis pelanggaran yang ditemukan dipicu oleh ego sektoral. Masih banyak sektor usaha yang beroperasi membuat PSBB tidak efektif dalam menghentikan laju penyebaran COVID-19. Terdapat 8 sektor usaha yang diizinkan untuk beroperasi, salah satunya adalah transportasi. Namun, belum adanya kebijakan yang tegas mengakibatkan terjadinya penumpukan penumpang transportasi dan kepadatan kendaraan serta kemacetan di sejumlah ruas jalan. Selain itu, sektor industri strategis masih beroperasi atas izin dari Kementerian Perindustrian.[19] Hal ini turut menambah alasan tidak efektifnya keberlangsungan PSBB di Jakarta.

Analisis Kesempatan (*Opportunity*)

1. **Adanya Tokoh Masyarakat yang Bisa Mengedukasi Masyarakat.**

Edukasi kepada masyarakat untuk melaksanakan pembatasan aktivitas di luar rumah perlu dilakukan dengan masif agar tujuan PSBB dapat terlaksana. Keterlibatan tokoh masyarakat dalam mengedukasi diharapkan mampu menjadi acuan masyarakat dalam mematuhi pelaksanaan PSBB. Beberapa seniman terlibat dalam edukasi masyarakat dengan membuat lagu untuk mengajak masyarakat menunda kegiatan keluar kota/mudik sebagai upaya mencegah penyebaran COVID-19 di ibu kota. Selain itu, tokoh-tokoh agama juga berperan dalam mengajak masyarakat untuk dapat beribadah dari rumah, seperti melakukan ibadah sholat Jumat di rumah masing-masing dan mengadakan ibadah misa secara daring untuk pemeluk agama Katolik.

2. **Adanya Aplikasi untuk Mendukung Pekerjaan dan Pendidikan Jarak Jauh**

Berdasarkan panduan pelaksanaan pembelajaran daring yang telah disiapkan oleh Dinas Pendidikan DKI Jakarta terdapat beberapa media penunjang proses pembelajaran jarak jauh, di antaranya *Google Meet*, *Youtube* untuk webinar, aplikasi khusus Si Pintar yang dapat diakses oleh murid, guru serta orang tua. Selain itu terdapat beberapa aplikasi lain yang dapat digunakan untuk menunjang kegiatan bekerja dari rumah (*Work from Home*). Dinas Tenaga Kerja, Transmigrasi, dan Energi (Disnakertrans) DKI Jakarta mencatat sebanyak 3.927 perusahaan dengan 1.058.487 tenaga kerja telah melaksanakan sistem kerja dari rumah sejak 16 Maret 2020. Beberapa kantor melakukan koordinasi secara daring menggunakan aplikasi video *Zoom.*[20] Selain

itu, pihak istana negara juga menggunakan aplikasi yang serupa yaitu *CloudX*.[21]

3. Adanya Dukungan dari Pemerintah Pusat

Provinsi DKI Jakarta menjadi provinsi yang menerapkan PSBB di Indonesia. Salah satu hal yang perlu dipenuhi Pemerintah adalah kebutuhan pangan masyarakat selama menjalani PSBB. Sebagai dukungan untuk pelaksaan PSBB[22], Pemerintah Pusat melalui Kementrian Kementerian Sosial Republik Indonesia (Kemensos) bersama dengan Pemerintah Provinsi DKI Jakarta bersinergi untuk menyiapkan bantuan paket pangan yang realisasinya dilakukan berdasarkan skema yang telah ditentukan oleh Kemensos. Bansos hanya ditujukan bagi warga miskin dan rentan miskin yang terdampak COVID-19 di DKI Jakarta.[23]

4. Adanya Dukungan TNI dan Polri

TNI dan Polri memberikan dukungan untuk mengawal dan mendisiplinkan masyarakat selama masa PSBB berlangsung di DKI Jakarta. Selain itu, TNI dan Polri juga membantu Pemerintah Provinsi DKI Jakarta dalam pendistribusian bantuan sosial berupa sembako kepada penduduk ibu kota yang rentan terdampak dalam pemenuhan kebutuhan pokok selama pelaksanaan PSBB.

5. Adanya Dukungan dari Donatur

Dalam pemenuhan kebutuhan masyarakat selama pandemi COVID-19, Pemerintah Provinsi DKI Jakarta berkolaborasi dengan donatur serta institusi-institusi sosial. Donatur dapat memperoleh informasi terkait peta lokasi masyarakat yang membutuhkan bantuan sosial melalui situs resmi milik Pemerintah Provinsi DKI Jakarta. Pada tanggal 24 April - 16 Mei 2020 Pemerintah Provinsi DKI Jakarta telah mengumpulkan 243.672 paket sembako, 121.233 paket makan siap saji, 14.737 paket lebaran, dan 852 paket tunjangan hari raya untuk masyarakat terdampak COVID-19. Pada bulan Mei 2020, terdapat 63 donatur perusahaan/kelompok dan enam donatur perseorangan yang berkolaborasi untuk penyediaan kebutuhan pokok dan telah dialokasikan kepada 60 RW di DKI Jakarta.[24]

Analisis Ancaman (*Threat*)

1. Tingkat Kepatuhan Masyarakat yang Masih Rendah

Kebijakan PSBB yang diterapkan di DKI Jakarta dalam rangka menangani COVID-19, menghadapi beberapa ancaman diantaranya adalah tingkat kepatuhan masyarakat yang masih rendah. Penetapan PSBB di DKI Jakarta tidak sepenuhnya membuat masyarakat mengisolasi diri. Hal ini terjadi karena sejumlah aktivitas tetap memaksa mereka untuk keluar rumah. Direktorat Lalu Lintas Polda Metro Jaya mencatat ada 6.901 pelanggaran PSBB di wilayah DKI Jakarta sejak 13-15 April 2020.[25] Selain itu, masih ada beberapa masjid di Jakarta yang tidak mematuhi aturan PSBB, terdapat lebih dari 10 masjid di Kecamatan Kemayoran, Jakarta Pusat yang tidak menaati aturan dengan melaksanakan salat Jumat berjamaah.[26]

2. Mobilitas Warga DKI Jakarta yang Tinggi

Pada awal bulan Mei 2020 terjadi peningkatan mobilitas masyarakat.[27] Terjadinya kenaikan mobilitas masyarakat disebabkan karena munculnya berbagai wacana soal pelonggaran PSBB dan pemberlakuan PSBB Transisi. Mulai tanggal 4 Juni 2020 Pemerintah Provinsi DKI Jakarta sudah mulai memberlakukan PSBB Transisi dengan berbagai kebijakan yang sifatnya tidak seketat dengan kebijakan PSBB sebelumnya. Maka besar kemungkinan angka kenaikan mobilitas masyarakat ini akan berlanjut di bulan Juni. Dengan banyaknya masyarakat dan mobilitas yang cukup tinggi menyebabkan sulitnya dilakukan kontrol pengawasan.

3. Dampak Perubahan Ekonomi Masyarakat

Pandemi COVID-19 tidak hanya berdampak pada sektor kesehatan, tetapi juga pada sektor sosial dan ekonomi.[28] Pembatasan kegiatan masyarakat membuat aktivitas ekonomi menjadi lumpuh, mengingat DKI Jakarta merupakan pusat bisnis di Indonesia.[29] Kondisi tersebut menyebabkan banyak aktivitas perdagangan, perindustrian, dan perekonomian informal menjadi terganggu. Terdapat beberapa sektor usaha yang paling terpuruk di ibu kota seperti pariwisata, perindustrian dan perdagangan. Perekonomian sudah menurun sebesar 60% akibat pandemi COVID-19 yang mana

perekonomian menjadi tumpuan oleh sektor perdagangan dan konsumsi masyarakat.[30]

PEMBAHASAN

Pandemi COVID-19 di Indonesia dimulai pada awal bulan Maret 2020 dan masih belum berakhir sampai saat ini. Beberapa waktu sebelum ditemukannya dua kasus pertama COVID-19 di Indonesia, Pemerintah Provinsi DKI Jakarta telah mengeluarkan Instruksi Gubernur Nomor 16 Tahun 2020 tentang Peningkatan Kewaspadaan Terhadap Risiko Penularan COVID-19.[31] Penemuan dua kasus pertama pada 2 Maret 2020 membuat Pemerintah Provinsi DKI Jakarta harus mengambil sejumlah langkah cepat terkait pencegahan, pengendalian dan penanggulangan COVID-19 di DKI Jakarta. Salah satunya dengan membentuk Tim Tanggap COVID-19 yang tertuang dalam Keputusan Gubernur DKI Jakarta Nomor 291 Tahun 2020.[32]

Peningkatan jumlah kasus di Indonesia mendorong Pemerintah Pusat untuk segera membentuk gugus tugas percepatan penanganan COVID-19. Pada tanggal 13 Maret 2020, Presiden Joko Widodo mengeluarkan Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 7 tahun 2020 tentang Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19.[4] Hanya berselang 3 hari setelah Satgas Nasional dibentuk, Pemerintah Provinsi DKI Jakarta mengeluarkan Keputusan Gubernur DKI Jakarta Nomor 328 Tahun 2020 Tentang Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19 Provinsi DKI Jakarta. Lonjakan kasus COVID-19 di DKI Jakarta mendorong Pemerintah Provinsi mengeluarkan Keputusan Gubernur Nomor 337 Tahun 2020 tentang Penetapan Status Tanggap Darurat Bencana Wabah COVID-19 di Wilayah DKI Jakarta.[33] Setelah itu sejumlah kebijakan dibuat agar dapat menanggulangi penyebaran COVID-19 di DKI Jakarta. Namun penambahan jumlah kasus terkonfirmasi positif masih terus terjadi. Oleh sebab itu, Pemerintah Provinsi DKI Jakarta mengajukan permohonan kepada Menteri Kesehatan agar Provinsi DKI Jakarta dapat ditetapkan status PSBB sebagai suatu upaya untuk menekan penyebaran COVID-19 dan menjaga keselamatan warga DKI Jakarta.

PSBB di Provinsi DKI Jakarta akhirnya dilaksanakan sampai tiga fase. Kebijakan PSBB dianggap berhasil menekan penyebaran COVID-19 di DKI Jakarta. Berdasarkan tiga indikator pelonggaran pembatasan sosial (epidemiologi, kesehatan publik, dan fasilitas kesehatan), Provinsi DKI Jakarta sudah mendapatkan total skor 76. Hal ini berarti pembatasan sosial dapat mulai dilonggarkan secara bertahap dengan tetap waspada terhadap lonjakan kasus. Keberhasilan ini tidak terlepas dari dukungan Pemerintah Pusat dan beberapa sektor selama pelaksanaan PSBB. Namun bukan berarti Pemerintah Provinsi DKI Jakarta tidak memiliki hambatan ataupun tantangan dalam implementasi kebijakan tersebut. Berikut merupakan analisis SWOT terkait implementasi Kebijakan PSBB Provinsi DKI Jakarta.

Strategi *Strength-Opportunity*

1. **Mengimplementasikan Kebijakan dengan Memanfaatkan Dukungan dari Berbagai Pihak**

Penerapan kebijakan PSBB nampaknya memang dibutuhkan untuk menekan laju penyebaran COVID-19 di ibu kota. Namun demikian, kebijakan yang dibuat pemerintah ini akan memberikan dampak perubahan sosial maupun ekonomi masyarakat. Perubahan sosial merupakan suatu perubahan yang umum terjadi di masyarakat. Namun perubahan yang dialami oleh warga DKI Jakarta ini merupakan suatu bentuk perubahan yang berlangsung tanpa direncanakan atau dikehendaki oleh masyarakat dan di luar jangkauan pengawasan masyarakat[34], sehingga penerapan kebijakan PSBB ini bukan perkara yang mudah. Oleh sebab itu, Pemerintah Provinsi DKI Jakarta perlu memaksimalkan dukungan dari Pemerintah Pusat, TNI dan Polri, pemuka agama, dan berbagai sektor lain agar implementasi kebijakan dapat berjalan lancar. Salah satu bentuk penerapan kebijakan PSBB adalah bekerja dari rumah. Namun, tidak semua sektor bisa menerapkan hal tersebut. Sejumlah perusahaan bahkan memilih untuk melakukan Pemutusan Hubungan Kerja (PHK) sebagian karyawan. Hal ini tentunya menimbulkan perubahan yang cukup besar bagi masyarakat. Pemerintah Provinsi DKI Jakarta menyatakan dalam Peraturan Gubernur Nomor 33 tahun 2020 bahwa dapat memberikan bantuan sosial kepada penduduk rentan yang terdampak dalam memenu-

hi kebutuhan pokok serta memberikan insentif kepada pelaku usaha yang terdampak atas pelaksanaan PSBB.[7] Agar kebijakan tersebut dapat terealisasi dengan baik, diperlukan kerja sama dan dukungan dari berbagai pihak sehingga dapat menyelamatkan kondisi ekonomi masyarakat selama pandemi COVID-19 berlangsung.

2. Meningkatkan Pemahaman dan Penerimaan Masyarakat Terhadap Kebijakan

Masyarakat Provinsi DKI Jakarta perlu memahami dengan baik suatu kebijakan sebelum menerima dan mematuhi kebijakan tersebut. Seringkali masyarakat diminta untuk mematuhi suatu kebijakan meskipun belum pernah melihat, membaca apalagi memahami suatu kebijakan. Sosialisasi kebijakan oleh berbagai pihak baik secara langsung maupun melalui media sosial dan elektronik secara berkelanjutan dapat meningkatkan kesadaran dan pengetahuan masyarakat. Masyarakat perlu mengetahui serta memahami isi dari kebijakan, serta tujuan dari diterapkannya suatu kebijakan sehingga masyarakat bisa menerima dan melaksanakan kebijakan dengan baik.

Strategi *Weakness-Opportunity*

1. Penguatan dalam Pelaksanaan Kontrol Kebijakan dengan bantuan TNI dan Polri

Presiden Joko Widodo akan melibatkan TNI dan Polri dalam memperketat pengawasan terhadap pelaksanaan kebijakan PSBB. Pengawasan akan dimulai di empat provinsi, yakni DKI Jakarta, Jawa Barat, Sumatra Barat, dan Gorontalo serta 25 Kabupaten/Kota.[35] Aparat TNI dan Polri akan dikerahkan ke tempat – tempat yang menjadi titik keramaian dalam rangka mendisiplinkan masyarakat agar mengikuti kebijakan yang berlaku. Adapun objek yang akan diawasi meliputi pasar, transportasi umum, pusat perbelanjaan, dan tempat pariwisata. Sejalan dengan hal tersebut, Pemerintah Provinsi DKI Jakarta dapat mengoptimalkan bantuan dari TNI dan Polri sehingga pengawasan serta kontrol kebijakan dalam pelaksanaan PSBB di DKI Jakarta dapat berjalan dengan maksimal. Aparat TNI dan Polri dapat membantu Pemerintah dalam memantau masyarakat yang tidak menggunakan masker dan mengatur masyarakat yang lalai terhadap aturan jaga jarak. Pemerintah DKI Jakarta juga dapat bekerjasama dengan TNI dan Polri untuk menyediakan tempat cuci tangan serta membantu dalam hal pendistribusian bantuan sosial kebutuhan dasar bagi Masyarakat DKI Jakarta. Pendekatan komunikasi secara persuasif juga dapat dilakukan oleh TNI dan Polri kepada masyarakat untuk membantu pemerintah dalam penerapan disiplin pelaksanaan PSBB dan meningkatkan kesadaran masyarakat guna menekan angka penyebaran COVID-19.

2. Peningkatan Koordinasi serta Komunikasi antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah dalam Menghilangkan Ego Sektoral

Pemberlakuan kebijakan PSBB harus didukung dengan mengoptimalkan koordinasi dan komunikasi antara pemerintah pusat dan daerah. Koordinasi pemerintahan menjadi faktor dominan ketidakberhasilan pemerintah dalam menjalankan fungsi pembangunan, fungsi pelayanan, dan fungsi pemberdayaan.[36] Komunikasi dan koordinasi yang baik antara pemerintah pusat dan daerah diharapkan dapat mengurangi ego sektoral yang muncul. Pemerintah pusat dan daerah diharapkan mengutamakan prinsip tata kelola pemerintahan yang baik dengan tetap menjalankan prinsip-prinsip kesetaraan dalam partisipasi, akuntabilitas, transparansi, serta adanya kepastian hukum. Dengan demikian tidak membuat kebijakan tanpa persiapan yang matang.[37] Dampaknya akan mengganggu pelayanan publik di masyarakat yang terdampak wabah COVID-19. Masing-masing sektor harus saling bersinergi dalam penanganan COVID-19. Sebab, permasalahan COVID-19 tidak dapat diselesaikan oleh satu sektor saja. Perlu dilakukan komunikasi dan koordinasi di berbagai sektor dengan selalu memperhatikan kepentingan public dan diperlukan kedisiplinan dan kerjasama seluruh masyarakat.

Strategi *Strength-Threat*

1. Mengedukasi masyarakat untuk meningkatkan kepatuhan

Pelaksanaan PSBB akan berjalan dengan lancar jika masyarakat memahami tujuan dan mematuhi kebijakan tersebut. Masyarakat akan menjalankan PSBB dengan baik, jika memahami dampak, akibat, serta tujuan PSBB. Maka diperlukan edukasi yang tepat dari tokoh

masyarakat maupun pemuka agama yang disegani dan dihormati oleh masyarakat. Pelaksanaan ibadah di rumah yang dianjurkan dalam Peraturan Gubernur DKI Jakarta No.33 Tahun 2020 membutuhkan dukungan dari para pemuka agama dalam implementasinya.[7] Cara mengedukasi dapat dilakukan dengan penyebaran informasi melalui daring bahwa pelaksanaan ibadah dilakukan secara *online* seperti halnya yang dilakukan oleh Keuskupan Agung Jakarta.[38] Pemuka agama Islam di DKI Jakarta yaitu Majelis Ulama Indonesia memberi anjuran masyarakat untuk melaksanakan ibadah salat terawih dan salat Idul Fitri di rumah.[39] Hal ini dapat menjadi contoh bagi para pemuka agama lainnya di DKI Jakarta.[40] Selain itu tokoh masyarakat DKI Jakarta juga dapat mengedukasi melalui konten-konten hiburan agar masyarakat tetap di rumah.[41]

2. Memenuhi Kebutuhan Dasar Masyarakat selama Kebijakan PSBB

Pemerintah Provinsi DKI Jakarta bertanggung jawab dalam pemenuhan kebutuhan pokok bagi masyarakat yang terdampak selama pelaksanaan PSBB. Sejumlah 323.224 pekerja di Jakarta terkena pemutusan hubungan kerja (PHK) dan dirumahkan tanpa upah akibat wabah COVID-19. Data tersebut didapatkan dari Kementerian Tenaga Kerja dan Dinas Tenaga Kerja, Transmigrasi, dan Energi DKI Jakarta. Tanpa pekerjaan, masyarakat akan sulit untuk memenuhi kebutuhan dasar. Oleh sebab itu, pemerintah diharapkan dapat menyediakan bantuan sosial bagi masyarakat terdampak COVID-19. Dalam penyaluran bantuan sosial diperlukan koordinasi antar sektor. Pembagian bantuan sosial dilakukan oleh TNI-Polri dengan harapan bantuan tersebut dapat diterima secepatnya oleh masyarakat.[42]

Strategi *Weakness-Threat*

1. Penguatan Kebijakan untuk Meningkatkan Kepatuhan Masyarakat.

Adanya kebijakan PSBB dari pemerintah sangat diharapkan dapat mengurangi penyebaran COVID-19 di DKI Jakarta. Namun, kontrol kebijakan yang lemah serta tingkat kepatuhan masyarakat yang masih rendah merupakan hambatan dalam pelaksanaan PSBB. Oleh sebab itu, perlu dilakukan beberapa langkah antisipasi di antaranya adalah melakukan penguatan kontrol terhadap pelaksanaan kebijakan agar dapat meningkatkan kepatuhan masyarakat selama PSBB berlangsung.[43] Dengan adanya penguatan kebijakan tersebut diharapkan dapat meminimalisir pelanggaran kebijakan PSBB.

2. Pengetatan Perizinan SIKM

Melihat masih lemahnya kontrol terhadap kebijakan dan kurangnya sumber daya manusia dalam pengawasan pelanggaran PSBB juga tingginya mobilitas dan jumlah penduduk di DKI Jakarta, sebaiknya perlu dilakukan pengetatan pada proses perizinan Keluar-Masuk wilayah DKI Jakarta melalui surat izin keluar-masuk (SIKM). Dengan adanya peraturan tersebut hanya orang-orang berkepentingan dan sehat yang dapat melakukan perjalanan masuk ke wilayah DKI Jakarta.[44] Selain itu, diperlukan penambahan personil serta titik pemeriksaan di pintu perbatasan wilayah DKI Jakarta.[45] Penetapan peraturan tersebut diharapkan dapat menjadi jalan keluar bagi pemerintah untuk melakukan pengawasan mobilitas penduduk dalam jumlah yang besar. Selain itu dengan adanya kebijakan ini diharapkan akan dapat menekan angka penyebaran virus COVID-19.

KESIMPULAN

Kebijakan PSBB sudah diimplementasikan dengan baik dan berhasil menekan penyebaran COVID-19 di ibu kota. Kebijakan PSBB merupakan kebijakan terbaik untuk menekan angka kejadian COVID-19 di ibu kota. Hal ini dikarenakan pengaturan seluruh aspek kehidupan masyarakat termasuk jaminan pemenuhan kebutuhan pokok bagi masyarakat terdampak. Namun masih terdapat kelemahan pada kontrol kebijakan, kurangnya SDM dalam melaksanakan kebijakan, serta ego sektoral dalam pelaksanaannya. Adanya dukungan dari tokoh masyarakat, aplikasi untuk mendukung pekerjaan dan pendidikan jarak jauh, serta adanya dukungan dari Pemerintah Pusat, TNI dan Polri serta tokoh masyarakat merupakan suatu peluang agar bisa menerapkan kebijakan tersebut secara maksimal. Namun, tingkat kepatuhan masyarakat yang masih rendah, mobilitas masyarakat DKI Jakarta yang tinggi, dan dampak perubahan ekonomi masyarakat menjadi ancaman bagi pelaksanaan kebijakan ini.

SARAN

Implementasi kebijakan PSBB bukan hal yang mudah untuk dilaksanakan. Terlebih kebijakan ini berdampak pada berbagai sektor kehidupan masyarakat. Maka dalam pelaksanaan kebijakan diperlukan adanya kerjasama dari berbagai sektor diantaranya sektor kesehatan, pendidikan, ekonomi, dan hukum untuk menguatkan kebijakan dimulai dari pemenuhan kebutuhan pokok serta meningkatkan pengetahuan serta kedisiplinan masyarakat selama pelaksanaan PSBB berlangsung.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Pemerintah Provinsi DKI Jakarta, dan media massa lokal dan nasional untuk dukungan terhadap penelitian ini. Penulis juga turut berterima kasih kepada Paskalinda M.Y. Bandur, MKM dan Ibu Dr. Dumilah Ayuningtyas yang telah banyak membantu dan memberi masukan dalam penelitian ini.

DAFTAR REFERENSI

1. Lai CC, Shih TP, Ko WC, Tang HJ, Hsueh PR. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. Int J Antimicrob Agents. 2020;55(3):105924.
2. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. J Autoimmun. 2020;(February):102433.
3. Kasus Terkonfirmasi Covid-19 Nasional. Pemprov DKI. 2020.
4. Keputusan Presiden Nomor 7 tahun 2020 tentang Gugus Tugas Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19). Indonesia: www.hukumonline.com/pusatdata; 2020 p. 5–8.
5. Kasus Terkonfirmasi Covid-19 DKI Jakarta. Pemprov DKI. 2020.
6. Sari N. Kasus Covid-19 di Jakarta Bertambah 239, Data Tertinggi Sejak Kasus Perdana. kompas.com [Internet]. 2020; Available from: https://megapolitan.kompas.com/read/2020/06/09/17315781/kasus-covid-19-di-jakarta-bertambah-239-data-tertinggi-sejak-kasus
7. Peraturan Gubernur DKI Jakarta Nomor 33 Tahun 2020tentang Pelaksanaan Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Penanganan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) Di Provinsi DKI Jakarta. Indonesia: www.hukumonline.com/pusatdata; 2020 p. 19.
8. Tartinia A. Jelang Akhir Tahun, Ini 12 Fase Perjalanan PSBB DKI Jakarta Selama 9 Bulan! [Internet]. ayojakarta.com. 2021 [cited 2021 Jun 1]. Available from: https://www.ayojakarta.com/read/2020/12/07/28062/jelang-akhir-tahun-ini-12-fase-perjalanan-psbb-dki-jakarta-selama-9-bulan
9. Muhammad Ahsan Ridhoi. Rincian Beda Pelaksanaan PSBB Jakarta Fase Transisi dan Sebelumnya. katadata.co.id. 2020.
10. Bavel JJV, Baicker K, Boggio PS, Capraro V, Cichocka A, Cikara M, et al. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. Nat Hum Behav [Internet]. 2020;4(5):460–71. Available from: http://dx.doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z
11. Giusti A, Maggini M, Colaceci S. The burden of chronic diseases across Europe: What policies and programs to address diabetes? A SWOT analysis. Heal Res Policy Syst. 2020;18(1).
12. Wang J, Wang Z. Strengths, weaknesses, opportunities and threats (Swot) analysis of china's prevention and control strategy for the covid-19 epidemic. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(7).
13. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Penetapan Status PSBB di Wilayah DKI Jakarta. Indonesia: https://www.kemkes.go.id/; 2020 p. 3.
14. Peraturan Gubernur DKI Jakarta Nomor 41 Tahun 2020 tentang Pengenaan

Sanksi Terhadap Pelanggaran Pelaksanaan Pembatasan Sosial Berskala Besar dalam Penanganan Covid-19 di Provinsi DKI Jakarta. Indonesia: https://jdih.jakarta.go.id/; 2020 p. 12.
15. Rinaldo. Jumlah Denda Akibat Pelanggaran PSBB di Jakarta Hampir Rp 600 Juta. Liputan6.com. 2020 May;
16. Silaban MW. Denda Pelanggaran PSBB di Jakarta Capai Rp 500 Juta. tempo.co. 2020 May;
17. Paat Y. DKI Kekurangan SDM Awasi Perusahaan Selama PSBB. beritasatu.com. 2020.
18. Jelita IN. DKI Akui Kewalahan Awasi Ratusan Perusahaan Selama PSBB. mediaindonesia.com. 2020 Apr;
19. Defianti I. HEADLINE: Pelanggar PSBB Tinggi, Masih Banyak Warga dan Perusahaan yang Meremehkan Bahaya Corona. Liputan6.com. 2020 Apr;
20. Wuragil Z. PSBB, Ini 6 Tips Aman Rapat Lewat Aplikasi Zoom. tekno.tempo.co. 2020 Apr;
21. Prihatin IU. Tinggalkan Zoom, Istana Kepresidenan Gunakan Aplikasi Buatan Telkomsel untuk Rapat Virtual. Liputan6.com. 2020.
22. Fajar T. Dukung PSBB di Jakarta, Pemerintah Pusat Akan Salurkan Bantuan Paket Pangan.
23. Pratama KR. Apa Bedanya Bansos PSBB dan Bansos Program KSBB? megapolitan.kompas.com. 2020 May;
24. Rahmawati F. Program KSBB Berhasil Kumpulkan Ratusan Ribu Paket Bantuan di DKI Jakarta. ayojakarta.com. 2020.
25. Kurniawan D. Polda Metro Jaya Catat 6.901 Pelanggaran selama Pemberlakuan PSBB. JawaPos. 2020 Apr;
26. Widhana DH. 10 Masjid Melanggar PSBB Jakarta, Salah Satunya di Asrama Polri. tirto.id. 2020.
27. Portal Berita Teras. Aktivitas Warga Naik 23% Meskipun PSBB di DKI Jakarta Diperpanjang. teraslampung.com. 2020.
28. Sammy. Dampak Perpanjangan PSBB di Ibu Kota: Perekonomian Jakarta Akan Semakin Anjlok, PHK Massal Mengancam. m.harianterbit.com. 2020 Jun;
29. Arieza U. Yang Hancur Lebur dan Menjulang Dihantam Corona Jakarta. cnnindonesia.com. 2020.
30. Sari N. Kadin: Jakarta Mulai Rasakan Krisis Ekonomi Imbas Covid-19, Ini 4 Sektor yang Paling Terpuruk. kompas.com. 2020 May;
31. Instruksi Gubernur Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 16 Tahun 2020 tentang Peningkatan Kewaspadaan Terhadap Risiko Penularan Infeksi Corona Virus Disease (Covid-19). Indonesia: www.hukumonline.com/pusatdata; 2020.
32. Keputusan Gubernur DKI Jakarta Nomor 291 Tahun 2020 tentang Tim Tanggap Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) di Provinsi DKI Jakarta. Indonesia: www.hukumonline.com/pusatdata; 2020 p. 6.
33. Keputusan Gubernur DKI Jakarta Nomor 337 Tahun 2020 tentang Penetapan Status Tanggap Darurat Bencana Wabah Covid-19 Di Wilayah DKI Jakarta. Indonesia: www.hukumonline.com/pusatdata; 2020.
34. Martono N. Sosiologi Perubahan Sosial. Depok: Raja Grafindo; 2018.
35. Azizah N. TNI dan Polri Perketat Pengawasan PSBB di 4 Provinsi. medcom.id. 2020.
36. Febrian RA. Analisis Permasalahan Koordinasi Pemerintahan (Tinjauan Konseptual Dan Teoritis). J Chem Inf Model. 2013;53(9):1689–99.
37. Alfian A. Hilangkan Ego Sektoral Jika PSBB Ingin Efektif. rmoljakarta.com. 2020 Apr;
38. Sumartomdjon M. Maaf, misa Paskah di KAJ ditiadakan dan diganti misa online. regional.kontan.co.id. 2020.
39. Wijaya AH. MUI Minta Umat Islam Salat Tarawih di Rumah. kumparan.com. 2020.
40. Dzulfaroh AN. Fatwa MUI: Shalat Id

Berjemaah di Rumah, Minimal. kompas.com. 2020 May;
41. Firda Janati. Rilis Lagu Menyambut Ramadhan, Keluarga Anang Hermansyah Ingatkan agar Tetap di Rumah. kompas.com. 2020 Apr;
42. Arjanto D. TNI-Polri Bagikan 15 Ribu Bansos Warga Terdampak Pandemi Corona. metro.tempo.co. 2020 May;
43. Purnamasari DM. Kepatuhan dan Kesadaran Masyarakat, Kunci agar PSBB Berjalan Efektif. nasional.kompas.com. 2020 Apr;
44. Sutrisno E. Prosedur Izin Keluar Masuk DKI Jakarta. indonesia.go.id. 2020.
45. Marison W. Polda Metro Jaya Isyaratkan Penambahan Check Point di Wilayah Perbatasan Jakarta. megapolitan.kompas.com. 2020 Apr;

Bagaimana Media Memberitakan Pandemi: Analisis Isi Berita Mengenai COVID-19 di detik.com dan kompas.com

How News Media Portray the Covid-19 Pandemi: A Content Analysis of News Reports From detik.com and kompas.com

Ghina Aribah[1], Dien Anshari[1*]

[1]Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok 16424

*Korespondensi penulis:
anshari@ui.ac.id

Diterima (*Recieved*) : 14 Desember 2020
Direvisi (*Revised*) : 3 Juni 2021
Diterima untuk diterbitkan (*Accepted*) : 23 Juni 2021

ABSTRAK

Latar Belakang. Dalam situasi pandemi COVID-19, komunikasi risiko terkait pencegahan dan penanganan merupakan hal yang penting disampaikan secara berkesinambungan melalui media massa yang mudah diakses oleh publik

Tujuan. mendapatkan gambaran komunikasi risiko dalam berita tentang COVID-19 yang dipublikasi oleh detik.com dan kompas.com.

Metode. menggunakan metode analisis isi artikel berita dengan pendekatan deskriptif kuantitatif. Artikel berita yang menjadi data untuk penelitian ini diambil pada Maret-April 2020 dengan metode pengambilan sampel secara acak stratifikasi proporsional.

Hasil. Hanya sebagian kecil berita yang memuat informasi mengenai ukuran epidemiologi, sifat penyakit, cara penanganan, dampak non-kesehatan, dan kritik terhadap kebijakan pemerintah tentang COVID-19. Hampir sebagian berita memuat informasi mengenai kebijakan pemerintah daerah maupun pusat, serta sebagian besar berita pada kedua media daring tersebut memuat informasi mengenai cara pencegahan. Adapun sumber informasi sebagian besar berasal dari institusi. Jenis pesan yang paling banyak adalah pesan yang mengandung ancaman. Kedua media berbeda dalam penggunaan deskripsi bukti, dimana detik.com lebih sering menggunakan bentuk naratif, sedangkan kompas.com lebih sering menggunakan bentuk kombinasi antara angka, data statistik dan naratif.

Kesimpulan. Pemberitaan di detik.com dan kompas.com belum sepenuhnya selaras dengan kaidah dalam komunikasi risiko. Media daring sebaiknya lebih banyak memuat pesan efikasi yang dapat membantu publik melewati situasi pandemi.

Kata Kunci: COVID-19, berita daring, komunikasi risiko, pandemi

ABSTRACT

Introduction*. During the pandemic COVID-19, online news is one of the most accessible channels to disseminate information about the current situation and prevent and mitigate the disease.*

Objective *to get the portrayals of risk communication in news articles about the COVID-19 pandemic*

Methods*. Used content analysis method with descriptive quantitative approach. Data came from selecting news articles published by detik.com and kompas.com in March and April 2020 using a stratified proportional random sampling technique.*

Results. *There were limited news articles that provide epidemiology information, disease characteristics, how to mitigate the disease, the non-health effects of COVID-19, and criticism of the government's policy. Almost half of the articles from both media shared information about prevention. In terms of message type, most of the articles used threat messages. Both media also mostly cited institutions as the source of information. Both media differ in depicting the evidence, whereas detik.com mostly used narrative forms, while kompas.com more frequently used the combination of numbers, statistical data, and narrative structures.*

Conclusion. *News on detik.com and kompas.com is not entirely in line with the rules in risk communication. Online news media should incorporate efficacy messages into their news articles during this pandemic situation.*

Keywords: *COVID-19, online news, risk communication, pandemic*

LATAR BELAKANG

Pada akhir 2019 ditemukan sebuah etiologi dari penyakit *coronavirus* jenis baru yang dikenal dengan virus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2* (SARS-CoV-2) di Wuhan China.[1,2] World Health Organization (WHO)[3] meresmikan penyakit yang disebabkan oleh virus ini dengan nama *Coronavirus Disease* (COVID-19). Pada 11 Maret 2020 WHO menetapkan wabah COVID-19 sebagai pandemi dunia.[4] Virus SARS-CoV-2 telah menyebar secara luas ke lebih dari 113 negara dan teritori.[5] Per 30 April 2020 telah ditemukan 3.090.445 kasus terkonfirmasi positif COVID-19 dengan total kematian seba-nyak 217.769 jiwa di seluruh dunia.[6] Di Indonesia sendiri terdapat 10.118 kasus terkonfirmasi dengan 1.522 sembuh dan 792 jiwa meninggal.[7]

Dalam situasi darurat kesehatan seperti pandemi COVID-19 ini, komunikasi risiko yang berkaitan dengan pencegahan dan penanganan penyakit merupakan hal penting yang harus dilakukan oleh berbagai pihak seperti pakar, tokoh publik, pemerintah, dan masyarakat terdampak. Menurut WHO[8], komunikasi risiko adalah pertukaran informasi, saran dan pandangan terkini oleh pihak-pihak tersebut sebagai bagian dari respons terhadap situasi darurat kesehatan. Salah satu sarana utama komunikasi risiko adalah media massa daring yang memiliki kemampuan untuk menyebarkan informasi secara cepat dan serempak kepada publik. Menurut Snyder & Rouse dalam Oh, et al.[9], media massa telah lama dianggap sebagai pembentuk vital dari persepsi risiko publik. Pada saat publik tidak memiliki pengetahuan atau pengalaman langsung tentang risiko kesehatan, misalnya saat wabah penyakit menular, mereka akan cenderung mengandalkan media massa untuk mempelajari risikonya.[10]

Goodall, et al.[11] melakukan analisis isi pada enam artikel daring nasional selama lima bulan pertama wabah pandemi influenza A/H1N1 di AS didapati bahwa sebagian besar pesan menggunakan pendekatan penilaian ancaman (*threat appraisal*). Dalam kasus pandemi influenza A/H1N1 di Jepang, Kato, et al.[12] mendapati bahwa surat kabar di Jepang lebih banyak memuat informasi faktual mengenai virus dan kebijakan yang diambil oleh pemerintah untuk menanggulangi kondisi krisis kesehatan. Adapun Pusat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit di Eropa mendapati pada masa awal pandemi H1N1 sebagian besar pemberitaan memuat informasi faktual dan menyatakan dukungan untuk penanganan situasi oleh pihak yang berwenang.

Husemann & Fischer[13] menekankan beberapa karakteristik pesan yang perlu disampaikan dalam komunikasi risiko oleh media massa. Media massa agar dapat memaksimalkan perannya sebagai agen perubahan perilaku kesehatan masyarakat, yaitu: 1) Menggunakan pendekatan rasa takut; 2) Pesan memuat ancaman yang akan dihadapi; 3) Menyertakan informasi mengenai tindakan yang dapat dilakukan oleh penerima pesan untuk melindungi dan meningkatkan efikasi dirinya; 4) Menyertakan deskripsi dari bukti kasus yang dimuat dalam setiap beritanya. Saat penelitian ini dilakukan, belum ada studi yang menganalisis isi berita mengenai pandemi COVID-19 yang dipublikasikan oleh media massa daring di Indonesia.

Menurut statshow.com (penyedia informasi vital dan data perkiraan situs web), detik.com dan kompas.com merupakan situs media massa daring di Indonesia dengan jumlah pengunjung dan pengguna terbanyak. Per tanggal 18 April 2020, detik.com memiliki jumlah pengguna sebanyak 82.352.970 orang dan terdapat 2.745.099 pengunjung setiap harinya. Sementara kompas.com memiliki jumlah pengguna 70.187.460 dan sebanyak 2.339.582 pengunjung setiap harinya. Sepanjang pandemi COVID-19. Kedua media daring ini juga memuat perkembangan kasus COVID-19 di halaman utamanya dan memperbarui pemberitaan mengenai COVID-19 setiap harinya. Untuk itu, penelitian ini hendak mengetahui sejauh mana isi pemberitaan yang dipublikasi oleh detik.com dan kompas.com sudah memenuhi kaidah komunikasi risiko yang baik.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode analisis isi berita dengan pendekatan deskriptif kuantitatif. Artikel berita yang menjadi data untuk penelitian ini diambil dari publikasi detik.com dan kompas.com selama 2 Maret - 30 April 2020. Pemilihan 2 Maret 2020 dikarenakan pada tanggal tersebut Presiden Joko

Widodo mengumumkan kasus COVID-19 pertama di Indonesia dan 30 April 2020 merupakan tanggal dimana angka kesembuhan berhasil melampaui angka kematian.[7] Pencarian artikel berita menggunakan fitur pencarian lanjutan (*advanced search*) pada mesin pencari *Google* dengan kata kunci "COVID-19 *OR* Corona" *AND* "pandemi". Selanjutnya dilakukan pengamatan untuk meny eleksi berita dengan membacanya secara keseluruhan dan memilah berdasarkan kriteria: 1) Berita tersebut berfokus pada COVID-19, baik mengenai informasi tentang COVID-19, dampak yang ditimbulkan, ataupun respons dari masyarakat, ahli, dan pemerintah terhadap COVID-19; 2) Berita ditulis oleh jurnalis dari surat kabar sehingga berita yang memuat opini pembaca, puisi, ataupun pengumuman dan iklan suatu instansi diabaikan. Dari hasil pencarian ini diperoleh 3.805 artikel berita dari detik.com dan 2.988 artikel berita dari kompas.com. Berdasarkan perhitungan sampel dengan metode acak stratifikasi proporsional didapatkan total akumulasi sampel dalam penelitian ini sebanyak 378 artikel berita, terdiri 212 artikel berita dari detik.com dan 166 artikel berita dari kompas.com.

Merujuk pada penelitian-penelitian sebelumnya guna menilai komponen pesan dalam artikel berita, peneliti melakukan kodifikasi terhadap sampel artikel dari bulan Maret-April baik dari media detik.com dan kompas.com. Kodifikasi berdasarkan variabel ukuran epidemiologi yang meliputi angka kasus dan angka kematian baik di Indonesia maupun di dunia; sifat penyakit yang meliputi transmisi, gejala, populasi risiko; cara pencegahan; cara penanganan mengenai COVID-19 seperti vaksinasi, penentuan diagnosis, kategori pasien, fasilitas kesehatan; dampak non-kesehatan seperti dampak ekonomi atau dampak lainnya; kebijakan pemerintah baik pemerintah daerah, pusat, dan negara lain atau WHO sebagai organisasi kesehatan dunia; sumber informasi berasal apakah dari institusi, pakar, institusi dan pakar, atau lainnya; karakteristik pesan yang meliputi kesan menakutkan (*fear appeals*), ancaman, atau efikasi diri; deskripsi bukti berupa angka dan statistik, naratif (studi kasus), atau keduanya.

Tabel 1. ***Uji Intercoder Reliability***

Variabel	Krippendorff's alpha
Epidemiologi	
Angka kematian di Indonesia	0,74
Angka kasus di Indonesia	0,81
Angka kematian di dunia	1,00
Angka kasus di dunia	1,00
Ciri Penyakit	
Transmisi	0,32
Gejala	0,77
Populasi berisiko	1,00
Cara pencegahan	1,00
Cara Penanganan	
Vaksinasi	1,00
Penentuan diagnosa	1,00
Kategori pasien	0,45
Fasilitas Kesehatan	1,00
Dampak	
Dampak ekonomi	0,28
Dampak lain	0,32
Kebijakan	
Tindakan pemerintah daerah	0,83
Tindakan pemerintah Pusat	0,72
Tindakan WHO / Institusi kesehatan dunia	0,72
Kritik terhadap kebijakan pemerintah	1,00
Sumber	
Institusi	0,80
Pakar	1,00
Institusi dan Pakar	0,66
Sumber informasi lainnya	1,00
Karakteristik pesan	
Fear appeals	0,77
Ancaman	0,53
Efikasi diri	0,35
Bukti	
Angka dan data statistik	0,48
Studi kasus	0,73
Angka dan data statistik & studi kasus	0,45

Tingkat keterpercayaan antar penyelidik (*intercoder reliability*) diuji dengan cara melakukan kodifikasi pada 10% artikel dari masing-masing media dengan proporsi yang sama antar periode. Ditemukan tingkat kesepakatan yang rendah antara penyelidik 1 dengan penyelidik 2 pada variabel transmisi, kategori pasien, dampak ekonomi, dampak lain, karakteristik pesan ancaman dan efikasi, serta deskripsi bukti angka statistik. Kedua penyelidik menelaah artikel kembali secara bersama-sama dan membuat kesepakatan atas perbedaan dari kategorisasi koding pada artikel tersebut kemudian data tersebut dianalisis melalui statistik deskriptif dan tabel silang dengan bantuan peranti lunak SPSS.

HASIL

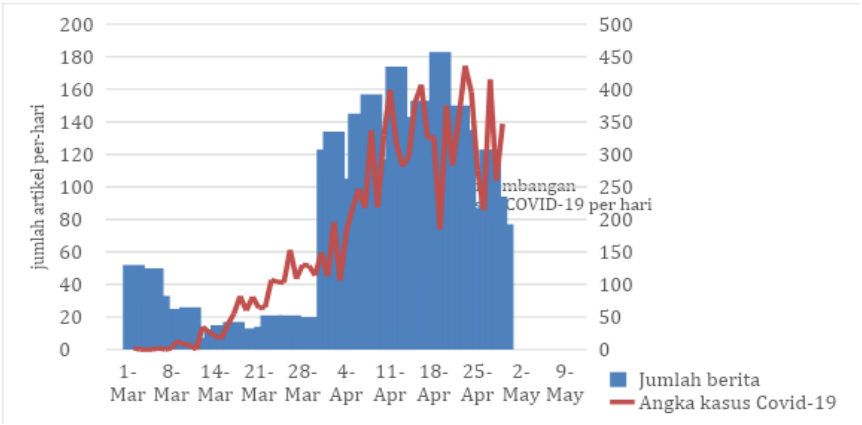
Dari hasil pencarian dengan menggunakan fitur pencarian lanjutan (*advanced search*) pada mesin pencari *Google*, pada detik.com peneliti menemukan terdapat 234 artikel berita pada minggu ke-1, 105 pada minggu ke-2 , 80 pada minggu ke-3, 103 pada minggu ke-4, 466 pada minggu ke-5, 793 pada minggu-6, 834 pada minggu ke-7, 823 pada minggu ke-8, 367 artikel minggu ke-9 sehingga pada detik.com diperoleh sebanyak 3.805 artikel berita. Sedangkan pada kompas.com ditemukan 8 artikel berita pada minggu ke-1, 34 pada minggu ke-2, 174 pada minggu ke-3, 202 pada minggu ke-4, 328 pada minggu ke-5, 604 pada minggu ke-6, 763 pada minggu ke-7, 570 pada minggu ke-8, 367 pada minggu ke-9 sehingga didapatkan 2.988 artikel berita pada kompas.com.

Bagan 1 menggambarkan perkembangan kasus COVID-19 dengan jumlah pemberitaan kasus COVID-9 pada detik.com dan kompas.com dari awal munculnya kasus pada tanggal 2 Maret - 30 April 2020.

Pada variabel ukuran epidemiologi, sebanyak 16% berita pada detik.com dan 20% berita pada kompas.com memuat informasi mengenai angka kematian akibat COVID-19. Selain itu, 29% berita pada detik.com dan kompas.com memuat angka kasus COVID-19 yang terjadi di Indonesia, baik kasus terbaru di daerah maupun secara nasional. Sebanyak 7 % berita pada detik.com dan 1% berita pada kompas.com memuat informasi mengenai perkembangan angka kematian akibat COVID-19, dan 10% berita pada detik.com dan 5% berita pada kompas.com memuat angka kasus COVID-19 di dunia, baik angka kasus di suatu negara maupun secara global.

Informasi mengenai sifat penyakit muncul pada 13% berita dari detik.com dan 11% berita dari kompas.com memuat informasi transmisi COVID-19. Informasi mengenai transmisi digambarkan dengan penyebaran virus yang dapat terjadi melalui kontak langsung dengan pasien positif atau melalui riwayat perjalanan ketempat dengan angka kasus yang tinggi. Adapun berita yang memuat informasi mengenai gejala muncul pada 8% berita dari detik.com dan 4% berita dari kompas.com. Gejala COVID-19 yang digambarkan di dalam berita pada umumnya adalah sakit tenggorokan, demam, memiliki permasalahan pada saluran pernapasan, atau ada pula yang tanpa gejala. Selain itu, ada 5% berita detik.com dan 2% berita kompas.com yang memuat informasi mengenai populasi berisiko meliputi kelompok usia di atas 60 tahun dan orang yang memiliki penyakit penyerta.

Bagan 1. Jumlah artikel berita pada detik.com dan kompas.com dan perkembangan kasus COVID-19 pada periode 2 Maret 2020 sampai 30 April 202



Tabel 2. Hasil Analisis Deskriptif Isi Berita dari detik.com dan kompas.com pada Maret-April 2020

No	Variabel	detik.com		kompas.com		Total	
		Frek	%	frek	%	frek	%
1	Angka kematian di Indonesia	33	16	34	21	67	18
2	Angka kasus di Indonesia	61	29	48	28	109	29
3	Angka kematian di dunia	15	7	2	1	17	4
4	Angka kasus di dunia	21	10	8	1	29	8
5	Transmisi	27	13	19	11	46	12
6	Gejala	17	8	7	4	24	6
7	Populasi berisiko	10	5	4	2	14	3
8	Cara pencegahan COVID-19	126	59	92	55	218	58
9	Vaksinasi	2	1	2	1	4	1
10	Penentuan diagnosa	34	16	24	15	58	15
11	Kategori pasien	68	32	30	18	98	26
12	Fasilitas kesehatan	31	15	16	10	47	13
13	Dampak ekonomi	42	20	32	19	74	20
14	Dampak lain	61	24	34	21	95	25
15	Tindakan pemerintah daerah	77	36	61	37	138	37
16	Tindakan pemerintah pusat	56	26	75	45	131	35
17	Tindakan WHO / Institusi kesehatan dunia	34	16	6	4	40	10
18	Kritik terhadap kebijakan pemerintah	12	6	15	9	27	7
19	Institusi	162	76	143	86	305	81
20	Pakar	9	4	5	3	14	4
21	Institusi dan Pakar	10	5	4	2	14	4
22	Sumber informasi lainnya	29	14	15	9	44	12
23	*Fear appeals*	43	20	28	17	71	29
24	Ancaman	76	36	39	24	115	30
25	Efikasi diri	30	14	26	16	56	15
26	Angka dan data statistik	39	18	18	11	57	15
28	Studi kasus	67	32	31	19	98	26
29	Angka dan data statistik & studi kasus	41	19	34	21	75	20

Keterangan (Nomor dan Kategori Variabel): (1-4) Ukuran Epidemiologi; (5-7) Sifat Penyakit; (8) Cara Pencegahan); (9-12) Cara Penanganan; (13-14) Dampak Non-Kesehatan; (15-18) Kebijakan Pemerintah; (19-22) Sumber Informasi; (23-25) Karakteristik Pesan; (26-29) Deskripsi Bukti

Adapun berita yang memuat cara penanganan menyajikan informasi mengenai vaksin, penentuan diagnosis, kategori pasien dan fasilitas pelayanan kesehatan. Diketahui bahwa sedikit sekali berita yang memuat informasi mengenai vaksin COVID-19, yakni hanya 1% pada detik.com dan kompas.com. Sebanyak 16% berita pada detik.com dan 14% pada kompas.com memuat informasi mengenai penentuan diagnosis. Penentuan diagnosis pada pasien COVID-19 saat ini dapat dilakukan dengan dua metode yakni *Rapid Diagnostic Test* (RDT) dan *Polymerase Chain Reaction* (PCR). Adapun informasi mengenai kategorisasi pasien ditemukan sekitar 32% artikel berita pada detik.com dan 18% pada kompas.com. Ada empat jenis kategori pada kasus COVID-19 yakni pasien dalam pengawasan (PDP), orang dalam pemantauan (ODP), orang tanpa gejala (OTG), dan pasien positif. Informasi mengenai fasilitas kesehatan yang dimuat artikel berita pada umumnya ialah mengenai nama dari rumah sakit ataupun tempat lain yang menyediakan layanan COVID-19, yakni sebesar 15% pada detik.com dan 10% pada kompas.com.

Lebih dari separuh berita yang diteliti memuat informasi mengenai cara pencegahan COVID-19, yakni sekitar 59% berita pada detik.com dan 55% berita pada kompas.com, baik yang dapat dilakukan oleh pemegang kekuasaan ataupun cara yang dapat dilakukan oleh masing-masing individu.

Terkait dengan pemberitaan mengenai dampak COVID-19, terdapat 20% berita dari detik.com dan 19% berita dari kompas.com yang memuat berita mengenai dampak ekonomi yang dihadapi masyarakat. Selain itu, ada 29% berita dari detik.com dan 20% berita dari kompas.com yang memuat dampak non-kesehatan lainnya seperti pemulangan WNI yang sedang di negara lain, penutupan tempat-tempat umum seperti sekolah, rumah ibadah, tempat wisata, pembatasan kegiatan di luar rumah, dan pembatasan jumlah orang dalam suatu ruangan.

Dari hasil penelitian ini didapati 36% berita dari detik.com dan 37% berita dari

kompas.com memuat informasi mengenai kebijakan yang diambil oleh pemerintah daerah, 26% berita dari detik.com dan 45% berita dari kompas.com memuat informasi tentang kebijakan yang diambil oleh pemerintah pusat. Selain itu, 16% berita dari detik.com dan 4% berita dari kompas.com memuat informasi tentang kebijakan yang diambil oleh negara lain dan/atau WHO. Selain kebijakan, terdapat juga berita yang memuat kritik terhadap kebijakan yang diambil oleh pemerintah daerah maupun pusat, yakni pada sekitar 6% berita dari detik.com dan 9% berita dari kompas.com.

Sekitar 76% pada detik.com dan 86% pada kompas.com berita bersumber dari institusi seperti Dinas Kesehatan, Kementerian Kesehatan, Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19. Informasi yang berasal dari pakar sekitar 4% pada detik.com dan 3% pada kompas.com. Adapun 5% berita dari detik.com dan 2% berita dari kompas.com memuat informasi yang bersumber dari institusi dan pakar. Selain dari institusi dan pakar, ada sekitar 14% berita dari detik.com dan 9% berita dari kompas.com yang memuat informasi yang bersumber dari masyarakat umum.

Adapun pendekatan pesan yang paling sering digunakan adalah pendekatan yang memuat ancaman, yakni 36% pada detik.com dan 23% pada kompas.com. Pesan yang menggunakan pendekatan kesan menakutkan (*fear appeals*) terdapat pada 20% berita detik.com dan 17% berita kompas.com, sementara berita yang memuat pesan efikasi diri ditemukan pada 14% berita dari detik.com dan 16% berita dari kompas.com.

PEMBAHASAN

Berdasarkan bagan 1 dapat dilihat bahwa terdapat kemiripan tren antara jumlah pemberitaan mengenai COVID-19 dengan perkembangan kasus COVID-19. Dari kedua media massa daring tersebut didapatkan ada 6.793 artikel berita yang merujuk pada wabah COVID-19 selama periode dari tanggal 2 Maret - 30 April 2020 dengan puncaknya berada pada tanggal 13 April 2020 yakni sebanyak 331 artikel berita (4,9 %).

Pemberitaan mengenai ukuran epidemiologi paling banyak memuat informasi tentang angka kasus di Indonesia, yakni hampir sepertiga dari total sampel berita (29%). Hasil ini selaras dengan temuan Kato, et al.[12], mengenai pemberitaan media tentang pandemi global di Jepang. Namun berdasarkan penelitian Kato, et al. [12] yang dilakukan dalam periode waktu yang lebih panjang, pemberitaan mengenai angka kasus perlahan akan menurun secara bertahap seiring dengan menurunnya angka kasus di Jepang. Menurut Mboera & Rumisha[14], pemberitaan mengenai ukuran epidemiologi dapat meningkatkan kewaspadaan masyarakat terhadap suatu penyakit dan sebagai peringatan bagi masyarakat untuk mempersiapkan diri mereka dalam menghadapi bencana yang lebih besar, meliputi langkah-langkah yang diambil untuk meningkatkan kemampuan individu, komunitas, dan negara dalam merespons wabah yang sedang terjadi apabila laporan tersebut disampaikan secara tepat waktu dan akurat.

Sifat penyakit dan cara penanganan merupakan informasi yang perlu diketahui dalam mempelajari risiko dari suatu penyakit. Dalam penelitian ini, informasi mengenai sifat penyakit yang paling banyak dimuat di dalam pemberitaan adalah transmisi. Hasil penelitian ini selaras dengan temuan Kato, et al.[12] bahwa transmisi adalah salah satu topik pemberitaan yang paling sering dibahas pada awal kemunculan kasus di Meksiko. Menurut Snyder & Rouse dalam Oh, et al.[9], media massa telah lama dianggap sebagai pembentuk vital dari persepsi risiko publik. Terlebih pada saat individu tidak memiliki pengalaman atau pengetahuan langsung tentang bahaya kesehatan, misalnya, selama wabah penyakit menular, mereka lebih cenderung mengandalkan media massa untuk mempelajari tentang bahaya.[10]

Jika dibandingkan dengan penelitian Husemann & Fischer[13] mengenai cakupan pemberitaan selama pandemi influenza H1N1 di Jerman 2009-2010, proporsi pemberitaan yang memuat informasi mengenai cara pencegahan pada penelitian ini lebih besar. Hal tersebut dapat terjadi karena penelitian ini dilakukan pada periode awal pandemi saja, sedangkan penelitian Husemann & Fischer[13] dilakukan dalam periode yang lebih panjang. Menurut Husemann & Fischer[13] informasi tentang penjelasan cara perlindungan diri agar tidak terinfeksi di fase awal pandemi merupakan hal yang penting sebab pada saat itu belum tersedia vaksin.

Pandemi COVID-19 tidak hanya menimbulkan dampak bagi kesehatan masyarakat tetapi juga pada bidang non-kesehatan. Menurut WHO[12], minimnya kesiapsiagaan menghadapi pandemi tidak hanya memberikan dampak di bidang kesehatan, tetapi juga bidang non-kesehatan. Pandemi dapat menyebabkan gangguan sosial dan ekonomi di kalangan masyarakat. Berdasarkan penelitian ini ditemukan sebagian kecil pemberitaan memuat informasi tentang dampak non-kesehatan. Peneliti membagi dampak non-kesehatan menjadi dampak ekonomi dan dampak lain seperti pemulangan WNI yang sedang berada di negara lain, penutupan tempat-tempat umum seperti sekolah, rumah ibadah, tempat wisata, pembatasan kegiatan di luar rumah, dan pembatasan jumlah orang dalam suatu ruangan. Selaras dengan penelitian Husemann & Fischer[13] yang menemukan sebagian kecil informasi yang memuat dampak ekonomi, dimana pemberitaan mengenai dampak ekonomi baru ditemukan pada akhir periode penelitian.

Dalam pedoman umum menghadapi pandemi COVID-19 bagi pemerintah daerah, pemerintah melalui Kementerian Dalam Negeri[16] telah menginformasikan bahwa terdapat beberapa potensi permasalahan akibat COVID-19 yaitu: 1) Ketersediaan bahan pangan dan kebutuhan pokok yang terganggu akibat kepanikan berbelanja (*panic buying*); 2) Pekerja harian pelaku ekonomi tingkat bawah (pelayan restoran, ojek, pedagang kaki lima, dll.) tidak dapat bekerja sehingga tidak mempunyai penghasilan; 3) Adanya kemungkinan PHK bagi industri yang tutup; 4) Potensi penerimaan APBD dari jenis pendapatan asli daerah (terutama pajak dan retribusi) tidak optimal dan penyerapan APBD tidak maksimal karena dampak kebijakan bekerja dari rumah (*work from home*). Kemenkeu RI dalam kompas.com[17] juga mengatakan bahwa pandemi COVID-19 ini mempengaruhi pertumbuhan ekonomi Indonesia. Diperkirakan pertumbuhan ekonomi akan turun ke 2,3% atau bahkan lebih buruk dari itu yakni -0,4%. Pada situasi krisis seperti pandemi masyarakat begitu peka terhadap berbagai perubahan sehingga informasi yang disampaikan harus menggambarkan petugas atau pemerintah memahami keadaan, mengetahui kebijakan yang ditetapkan sehingga masyarakat merasa diperhatikan, terlindungi dan aman.[18]

Secara total, hampir setengah dari sampel artikel berita yang diteliti memuat informasi mengenai kebijakan yang diambil oleh pemerintah. Ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kato, et al.[12] dimana pemberitaan mengenai kebijakan pemerintah Jepang baik daerah atau nasional dalam merespons pandemi juga menjadi topik yang paling sering diberitakan di media massa selama dua bulan pertama setelah kasus influenza A/H1N1 pertama kali ditemukan di Meksiko pada tahun 2009.

Komunikasi risiko di fase awal pandemi merupakan hal yang penting untuk diperhatikan. Menurut penelitian Jun-Soo, et al.[19], kekhawatiran yang dialami selama pandemi MERS pada tahun 2015 di Korea terungkap bahwa kegagalan dalam pelaksanaan komunikasi risiko pada tahap awal pandemi akan mempersulit pengelolaan pandemi di tahap selanjutnya. Dalam kesiapsiagaan dan respons pandemi menurut WHO[15], pemerintah pusat adalah pemimpin utama dalam keseluruhan koordinasi dan upaya komunikasi sehingga kebijakan yang diambil oleh pemerintah merupakan hal yang penting dan menarik untuk diberitakan.

Namun, semakin berjalannya waktu mulai ditemukan pemberitaan yang memuat kritik terhadap kebijakan pemerintah. Hal ini selaras dengan temuan dari Husemann & Fischer[13] dimana ada peningkatan jumlah artikel berita yang memuat informasi mengenai kritik terhadap kebijakan pemerintah selama periode penelitian. Media massa selain berfungsi untuk memberikan informasi dan mendidik, menurut Undang-Undang No. 40 Tahun 1999 tentang Pers, juga memiliki fungsi untuk melakukan pengawasan sosial (*social control*). Dengan demikian kritik terhadap kebijakan pemerintah yang dimuat dalam pemberitaan sudah sesuai dengan fungsi media itu sendiri. Dalam kondisi krisis seperti pandemi, menurut Walter et al.[20], pesan yang memuat informasi yang kontradiktif dapat menyebabkan ketidakpastian yang berpotensi untuk menggiring publik untuk menolak atau melanggar kebijakan yang dibuat untuk menghadapi pandemi.

Hampir seluruh sumber informasi yang dimuat pada artikel berita berasal dari institusi.

Hasil ini bertolak belakang dengan temuan dari Husemann & Fischer[13] dimana dalam studi mereka, sumber informasi paling banyak berasal dari gabungan antara institusi dan pakar. Dalam situasi krisis seperti pandemi, menurut Remington, et al.[21], pesan kesehatan harus memuat informasi yang konsisten dan membutuhkan kolaborasi antara para pihak yang memiliki otoritas pada permasalahan tersebut serta dilengkapi dengan konsensus dalam pelaporan sehingga dapat meningkatkan kepercayaan penerima pesan.

Dalam komunikasi risiko, pemerintah memiliki peran penting sebagai pihak yang paling bertanggung jawab dalam memberikan informasi yang akurat dan memadai ke publik. Namun, pakar juga memiliki peran penting dalam komunikasi risiko, yaitu untuk menjembatani perbedaan pandangan di masyarakat tentang masalah kesehatan yang sedang dihadapi dengan bahasa yang mudah dipahami, serta untuk mengklarifikasi rumor-rumor yang beredar di kalangan masyarakat.[22] Menurut WHO[8], komunikasi risiko adalah pertukaran informasi, saran dan pandangan terkini antara ahli, tokoh publik, pemerintah, dan masyarakat terdampak sebagai bagian dari respons terhadap situasi darurat kesehatan. Dibutuhkan komunikasi yang seimbang antar setiap pihak yang terlibat dalam komunikasi risiko.

Sementara jenis pesan yang paling banyak dimuat dalam artikel berita dari kedua media adalah pesan yang mengandung ancaman. Hasil ini tidak sejalan dengan temuan Husemann & Fischer[13] dimana pesan efikasi diri merupakan pesan yang paling sering ditemui dalam pemberitaan mengenai pandemi influenza di Jerman pada 2009-2010. Menurut Bandura[23], efikasi diri adalah keyakinan seseorang terhadap kemampuan dirinya sendiri untuk melakukan perilaku tertentu. Hal tersebut sejalan dengan Berger dalam Zhang, et al.[24] yang menyatakan bahwa orang yang mengambil tindakan adalah mereka yang sangat percaya diri dengan pengetahuan mereka. Misalnya seseorang akan melakukan pola hidup sehat ketika ia yakin bahwa dirinya mampu dan orang tersebut memiliki pengetahuan penting pola hidup sehat. Hastall dalam Husemann & Fischer[13] mengatakan pesan yang sangat berorientasi ancaman, tanpa efikasi diri dapat menyebabkan sikap yang defensif dan penghindaran perilaku. Terlebih di awal fase pandemi, pencegahan melalui vaksinasi belum bisa dilakukan karena vaksin belum tersedia. Dalam situasi darurat kesehatan seperti pandemi, pesan-pesan efikasi diri menjadi penting untuk didiseminasikan guna meningkatkan rasa percaya diri publik dalam mencegah dan mengendalikan risiko kesehatan dan non-kesehatan yang mungkin terjadi.

Kedua media berbeda dalam penggunaan deskripsi bukti. Situs detik.com lebih sering menggunakan bentuk naratif (studi kasus), sedangkan kompas.com lebih sering menggunakan bentuk kombinasi antara angka, data statistik dan naratif. Menurut de Wit, et al.[25] pesan yang disertai dengan bukti naratif (studi kasus) yang mendukung pernyataan risiko kesehatan dapat menjadi strategi yang lebih efektif untuk meningkatkan persepsi individu terhadap risiko kesehatan pribadi mereka dan memotivasi untuk melakukan tindakan pencegahan. Namun menurut Allen, et al.[26], pesan yang menggabungkan bukti naratif dan statistik dapat lebih persuasif daripada pesan yang hanya menggunakan naratif atau bukti statistik saja.

Penelitian ini memiliki sejumlah keterbatasan yang perlu diperhatikan untuk menginterpretasikan hasilnya. Pertama, pencarian artikel berita untuk penelitian ini menggunakan fitur pencarian lanjutan pada mesin pencari *Google*. Hal ini memungkinkan adanya artikel berita mengenai COVID-19 yang tidak terambil, meskipun jumlahnya tidak akan banyak. Peneliti tidak melakukan pencarian artikel di situs detik.com dan kompas.com karena adanya perbedaan fitur pencarian artikel berita pada kedua situs tersebut. Selain itu, tidak adanya mesin *database* artikel berita di Indonesia seperti Lexis-Nexis juga menjadi alasan peneliti menggunakan fitur pencarian ini. Kedua, penelitian ini hanya menyajikan gambaran pemberitaan saja. Penggunaan metode analisis inferensial seperti uji hubungan (dengan angka kasus) atau uji perbandingan (dengan berita topik lain) kiranya dapat lebih memperkaya hasil penelitian. Ketiga, penelitian ini hanya dilakukan pada periode awal pandemi sehingga memungkinkan adanya perkembangan karakteristik pesan dalam pemberitaan di artikel berita dari kedua situs media daring yang diteliti.

KESIMPULAN

Pada periode Maret-April 2020, pemberitaan di detik.com dan kompas.com belum sepenuhnya selaras dengan kaidah dalam komunikasi risiko. Hanya sebagian kecil berita yang memuat informasi mengenai ukuran epidemiologi, sifat penyakit, cara penanganan, dampak non-kesehatan, dan kritik terhadap kebijakan pemerintah tentang COVID-19. Hampir sebagian berita memuat informasi mengenai kebijakan pemerintah daerah maupun pusat. Sebagian besar berita pada kedua media daring tersebut memuat informasi mengenai cara pencegahan. Adapun sumber informasi sebagian besar berasal dari institusi. Sementara jenis pesan yang paling banyak adalah pesan yang mengandung ancaman. Kedua media berbeda dalam penggunaan deskripsi bukti. Situs detik.com lebih sering menggunakan bentuk naratif sedangkan kompas.com lebih sering menggunakan bentuk kombinasi antara angka, data statistik dan naratif.

SARAN

Sebagai saran detik.com dan kompas.com perlu meningkatkan jumlah artikel berita yang memuat pesan efikasi diri dan meningkatkan peran pakar sebagai sumber informasi pada pemberitaannya. Selain itu, penelitian yang berkelanjutan layak dilakukan untuk menilai efektivitas komunikasi risiko di media daring dalam membentuk persepsi risiko publik terhadap situasi darurat kesehatan seperti pandemi COVID-19.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Dr. Eriyanto S.I.P., M.Si dan dr. Zulazmi Mamdy, MPH yang telah memberikan masukan dan saran dalam penelitian ini.

DAFTAR REFERENSI

1. Ren LL., et al. Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study. Chinese Medical Journal. 2020; 133(9): 1015–1024. https://doi.org/10.1097/CM9.0000000000000722
2. WHO. Laboratory testing for coronavirus disease 2019 (COVID-19) in suspected human cases. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2020 [citied April 18, 2020] Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/331329
3. WHO. Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it [Internet]. 2020 [ctied March 25, 2020]. Available from: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it
4. WHO. WHO Director-General's openin remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020 [Intenet]. 2020 [citied April 18, 2020] Available from: https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020
5. WHO. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation seport-89 [Internet] 2020 [citied April 18, 2020] Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200418-sitrep-89-covid-19.pdf?sfvrsn=3643dd38_2
6. WHO. COVID-19 Vulnerable and High Risk Groups [Intenet]. 2020 [citied Mey 19, 2020] Available from: https://www.who.int/westernpacific/emergencies/covid-19/information/high-risk-groups
7. Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19. Perkembangan Kasus Per-Hari [serial on the Internet]. 2020 Mey [cited 2020 Mey 18] Available from: https://covid19.go.id/peta-sebaran
8. WHO. Communicating risk in public health emergencies [Intenet]. 2017 [citied April 18, 2020] Available from: https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1093088/retrieve
9. Oh SH., Lee SY, Han C. The Effects of Social Media Use on Preventive Behaviors during Infectious Disease Outbreaks: The Mediating Role of Self-relevant Emotions and Public Risk Perception. Health Communication. 2020; 00(00): 1–10. https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1724639

10. Oh SH., Paek HJ, Hove T. Cognitive and emotional dimensions of perceived risk characteristics, genre-specific media effects, and risk perceptions: the case of H1N1 influenza in South Korea. Asian Journal of Communication. 2015; 25(1): 14–32. https://doi.org/10.1080/01292986.2014.989240
11. Goodall C, Sabo J, Cline R, Egbert N. Threat, efficacy, and uncertainty in the first 5 months of national print and electronic news coverage of the H1N1 virus. J Health Commun. 2012; 17(3):338-355. http://doi:10.1080/10810730.2011.626499
12. Kato M., Ishikawa H. Media Coverage of a Global Pandemic in Japan: Content Analysis of A/ H1N1 Influenza Newspaper Articles. Journal of Mass Communication & Journalism. 2016; 06(01), 1–5. https://doi.org/10.4172/2165-7912.1000293
13. Husemann S, Fischer F. Content analysis of press coverage during the H1N1 influenza pandemic in Germany 2009-2010. BMC Public Health. 2015; 15(1), 1–9. https://doi.org/10.1186/s12889-015-1742-1
14. Mboera L, Rumisha S. The role of mass media in disease outbreak reporting in the United Republic of Tanzania. Tanzania Journal of Health Research. 2008; 6(2): 73–78. https://doi.org/10.4314/thrb.v6i2.14246
15. WHO. (2009). Pandemic Influenza Preparedness and Response: A WHO Guidance Document. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2009 [citied April 18, 2020] Available from:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143067/
16. Kemendagri RI. Pedoman Umum Menghadapi Pandemi COVID-19 Bagi Pemerintah Daerah [homepage on the internet]. 2020 Mey [citied 2020 Mey 18] Available from: https://www.kemendagri.go.id/documents/covid-19/BUKU_PEDOMAN_COVID-19_KEMENDAGRI.pdf
17. Kompas.com. Sri Mulyani Paparkan Skenario Terburuk Corona [Internet]. 2020 Mey [citied 2020 Mey 18] Available from: https://money.kompas.com/read/2020/04/01/104100826/sri-mulyani-paparkan-skenario-terburuk-perekonomian-ri-akibat-corona
18. Rangkuti MK. Analisis Kesiapan Komunikasi Risiko Episenter Pandemi Influenza Propinsi DKI Jakarta Tahun 2010 Propinsi Dki Jakarta [Skripsi] Universitas Indonesia; 2010.
19. Ro JS, Lee JS, Kang SC, Jung HM. Worry experienced during the 2015 Middle East Respiratory Syndrome (MERS) pandemic in Korea. PLoS ONE. 2017; 12(3): 1–10. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173234
20. Walter D, Böhmer MM., Reiter S, Krause G, Wichmann O. Risk perception and information-seeking behaviour during the 2009/10 influenza a(H1N1)pdm09 pandemic in Germany. Eurosurveillance. 2012; 17(13): 1–8. https://doi.org/10.2807/ese.17.13.20131-en
21. Remington P, Riesenberg, L, Needham D, Siegel P. Written communication. In D. Nelson, B. Brownson, C. Ross, P. Remington, & C. Parvanta (Eds.), Communicating public health information effectively: A guide for practitioners. (pp. 120–147). Washington: American Public Health Association; 2002.
22. Zhang L, Li H, Chen K. Healthcare Effective Risk Communication for Public Health Emergency : Reflection on the COVID-19. Healthcare. 2020; 8(64): 1–13. https://doi.org/10.3390/healthcare801006410.3390/healthcare8010064
23. Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review. 1997; 84(2): 191–215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191
24. Zhang L, Kong Y, & Chang H. Media use and health behavior in H1N1 flu crisis: The Mediating Role of Perceived Knowledge and Fear. Atlantic Journal of Communication. 2015; 23(2): 67–80. https://doi.org/10.1080/15456870.2015.1013101
25. de Wit, JBF, Das E, Vet R. What Works Best: Objective Statistics or a Personal Testimonial? An Assessment of the

Persuasive Effects of Different Types of Message Evidence on Risk Perception. Health Psychology. 2008; 27(1): 110–115. https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.1.110

26. Allen, M., et al. Testing the persuasiveness of evidence: Combining narrative and statistical forms. Communication Research Reports. 2000; 17(4): 331-336. https://doi.org/10.1080/08824090009388781

Gunawan *et al*. *Perilaku dan Promosi Kesehatan: Indonesian Journal of Health Promotion and Behavior*. 2021; 3(1): 47-57
DOI: 10.47034/ppk.v3i1.4553

Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Pencegahan COVID-19 Pada Peserta Seminar Online STIKes Raflesia 7 April 2020

Relationship Between Knowledge and Attitudes with COVID-19 Prevention Behavior in Participants of Raflesia STIKes Online Seminar 7th April 2020

Susilawati Gunawan[1*], Iis Sinsin[2], Andri Yan Prima Zani[1]

[1]Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Raflesia, Depok 16951
[2]Pusat Kajian Jaminan Sosial, Gedung Program Pascasarjana Universitas Indonesia, Jakarta 10430

*Korespondensi penulis:
susi280570@gmail.com

Diterima (*Recieved*) : 19 Desember 2020
Direvisi (*Revised*) : 17 Mei 2021
Diterima untuk diterbitkan (*Accepted*) : 24 Juni 2021

ABSTRAK

Latar Belakang. Awal tahun 2020, dunia mengalami guncangan pandemi COVID-19. Peningkatan jumlah kasus berlangsung cepat, dan menyebar ke berbagai negara. Penyebaran yang cepat dan jumlah kasus yang meningkat secara eksponensial mengakibatkan pentingnya sosialisasi dan edukasi pencegahan dan pengendalian penyebaran penyakit menular ini. Masyarakat perlu memainkan peran untuk memutus mata rantai penularan COVID-19 dengan menerapkan protokol kesehatan.

Tujuan. Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap dengan perilaku pencegahan masyarakat dalam upaya pencegahan penyebaran COVID-19.

Metode. Menggunakan metode kuantitatif dengan desain potong lintang (cross-sectional). Pengumpulan data dengan menyebarkan kuesioner secara online menggunakan platform *google form* kepada peserta seminar COVID-19 di STIKes Raflesia Depok. Populasi adalah seluruh peserta seminar COVID-19 di STIKes Raflesia tanggal 7 April 2020 sebanyak 310 peserta. Sampel adalah 260 peserta yang mengisi kuesioner dengan lengkap. Analisis data menggunakan multivariat uji regresi logistik ganda.

Hasil. Hasil penelitian ini menemukan pengetahuan responden mengenai COVID-19 71,2% baik, sikap responden sebanyak 74,6% positif dan perilaku responden menunjukan 59,2% baik.

Kesimpulan. Tidak diketemukan hubungan yang signifikan antara pengetahuan yang baik akan menghasilkan sikap yang positif dan perilaku yang baik dalam pencegahan COVID-19.

Kata Kunci: pengetahuan, sikap, perilaku, pencegahan, COVID-19

ABSTRACT

Introduction*. Early in 2020, the world was shocked by the COVID-19 pandemic. The increasing number of cases was fast and spread to various countries. The rapid spread and the number of cases increasing have resulted in the importance of socialization and education on preventing and controlling this infectious disease. The community must play a role in breaking the chain of COVID-19 transmission by implementing health protocols.*

Objective. *to find out the knowledge, attitudes and practices of the community to prevent the spread of the COVID-19*

Methods*. used a quantitative approach with a cross-sectional design by distributing questionnaires online using the google form platform to the participants of the COVID-19 Seminar at STIKes Raflesia Depok. The population is all participants of the COVID-19 seminar at STIKes Raflesia on 7th April 2020, totaling 310 participants. Thus, the sample was 260 participants who filled out the questionnaire completely. Data analysis used multivariate multiple logistic regression test.*

Results. *The survey results showed that the respondents' knowledge about COVID19 was 71.2% good, the attitude showed 74.6% positive and the respondent's behavior showed 59.2% well*

Conclusion. *There was no significant relationship between good knowledge resulting in a positive attitude and good behavior in preventing COVID-19.*

Keywords: *knowledge, attitude, behavior, prevention, COVID-19*

LATAR BELAKANG

Awal tahun 2020 dunia mengalami guncangan pandemi COVID-19. *Corona virus Disease* 2019 (COVID-19) adalah penyakit menular dari manusia ke manusia baik secara langsung atau tidak langsung dan menyebabkan penyakit yang berkaitan dengan saluran pernapasan.[1] Masa inkubasi COVID-19 rata-rata 5-6 hari, dengan rentang antara 1 hingga 14 hari. Risiko penularan tertinggi diperoleh di hari-hari pertama penyakit dikarenakan konsentrasi virus pada sekret yang tinggi. Orang yang terinfeksi dapat langsung menularkan sampai dengan 48 jam sebelum onset gejala (presimptomatik) dan sampai dengan 14 hari setelah onset gejala, 12,6% menunjukkan penularan presimptomatik.[2] Penting untuk mengetahui periode presimptomatik karena memungkinkan virus menyebar melalui droplet atau kontak dengan benda yang terkontaminasi. Sebagai tambahan, bahwa terdapat kasus konfirmasi yang tidak bergejala (asimptomatik), meskipun risiko penularan sangat rendah akan tetapi masih ada kemungkinan kecil untuk terjadi penularan.[3,4] Penularan juga dapat terjadi melalui benda dan permukaan yang terkontaminasi droplet di sekitar orang yang terinfeksi. Penularan virus COVID-19 dapat terjadi melalui kontak langsung dengan orang yang terinfeksi dan kontak tidak langsung dengan permukaan atau benda yang digunakan pada orang yang terinfeksi (misal stetoskop atau termometer).[3]

Menurut data dari negara-negara yang terkena dampak awal pandemi, 40% kasus akan mengalami penyakit ringan, 40% akan mengalami penyakit sedang termasuk pneumonia, 15% kasus akan mengalami penyakit parah, dan 5% kasus akan mengalami kondisi kritis. Pasien dengan gejala ringan dilaporkan sembuh setelah 1 minggu. Pada kasus berat akan mengalami *Acute Respiratory Distress Syndrome* (ARDS), sepsis dan syok septik, gagal multiorgan, termasuk gagal ginjal atau gagal jantung akut hingga berakibat kematian. Orang lanjut usia (lansia) dan orang dengan kondisi medis yang sudah ada sebelumnya seperti tekanan darah tinggi, gangguan jantung dan paru, diabetes dan kanker berisiko lebih besar mengalami keparahan.[3]

Indonesia melaporkan kasus pertama COVID-19 pada tanggal 2 Maret 2020 dan jumlahnya terus bertambah hingga sekarang. Sampai dengan tanggal 30 Juni 2020 Kementerian Kesehatan melaporkan 56.385 kasus konfirmasi COVID-19 dengan 2.875 kasus meninggal (CFR 5,1%) yang tersebar di 34 provinsi. Sebanyak 51,5% kasus terjadi pada laki-laki. Kasus paling banyak terjadi pada rentang usia 45-54 tahun dan paling sedi-kit terjadi pada usia 0-5 tahun. Angka kematian tertinggi ditemukan pada pasien dengan usia 55-64 tahun. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh CDC China, diketahui bahwa kasus paling banyak terjadi pada pria (51,4%) dan terjadi pada usia 30-79 tahun.[3] Peningkatan jumlah kasus berlangsung cukup cepat dan menyebar ke berbagai negara pada tanggal 12 September 2020 sudah ada 28.329.790 kasus konfirmasi dengan 911.877 kematian di seluruh dunia pada 215 negara. Angka kematian COVID-19 di Indonesia mencapai 4,2% lebih tinggi dari angka kematian rata-rata dunia sebesar 3,34%.[5] Kematian pada kasus COVID-19 lebih sering terjadi pada pasien usia diatas 50 tahun.[3]

Pandemi *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19) bukan hanya menimbulkan permasalahan kesehatan juga menimbulkan dampak negatif terhadap perekonomian dan keuangan negara.[6] Pemerintah telah mengalokasikan dana yang berasal dari APBN sebesar Rp 695,2 triliun untuk penanganan pandemi COVID-19 dan telah mengalami peningkatan sebesar 71,61%.[7] Penelitian Mardiyah menemukan dampak pandemik COVID-19 yang berpotensi mengakibatkan kontraksi pertumbuhan ekonomi, dan pening-katan jumlah pengangguran dalam skala besar. Penambahan jumlah pengangguran terbuka yang signifikan bukan hanya disebabkan oleh perlambatan laju pertumbuhan ekonomi. Me-nurut proyeksi Center of Reform on Economics (CORE) Indonesia akan berkisar -2% hingga 2% pada tahun ini. Peningkatan ini juga disebabkan oleh perubahan perilaku ma-syarakat terkait pandemi COVID-19 dan kebijakan pembatasan sosial, baik dalam skala kecil maupun skala besar. Dampak pandemi COVID-19 terhadap hilangnya mata penca-harian di sektor informal perlu lebih diwaspadai. Hal ini karena daya tahan ekonomi para pekerja di sektor informal relatif rapuh, terutama yang bergantung pada penghasilan harian, mobilitas orang, dan

aktivitas orang-orang yang bekerja di sektor formal.[8]

Dampak pandemi juga nampak dari terjadinya kesulitan dalam mencari lapangan pekerjaan dan memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari.[9,10] Dampak COVID-19 juga terjadi pada berbagai sektor bisnis mengalami perlambatan mulai dari sektor pariwisata, penerbangan, perhotelan, farmasi, alat berat, otomotif, perkebunan hingga pertambangan batubara berakibat melemahkan perekonomian nasional dan internasional.[11] Bahkan penyebaran virus COVID-19 memberikan tekanan pada pasar finansial dunia, perekonomian global, dan memperburuk sentimen dari investor.[12]

Penyebaran yang cepat dan jumlah kasus yang meningkat secara eksponensial mengakibatkan pentingnya sosialisasi dan edukasi pencegahan dan pengendalian penyebaran penyakit menular ini. Strategi pencegahan lebih difokuskan pada isolasi, pengendalian penyebaran infeksi, diagnosa dan mengobati pasien COVID-19. WHO merekomendasikan untuk menjaga jarak, mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun. Sampai saat ini, situasi COVID-19 di tingkat global maupun nasional masih dalam risiko sangat tinggi. Selama pengembangan vaksin masih dalam proses, dunia dihadapkan pada kenyataan untuk mempersiapkan diri hidup berdampingan dengan COVID-19.[3] Masyarakat memiliki peran penting dalam memutus mata rantai penularan COVID-19 agar tidak menimbulkan sumber penularan baru/*cluster* pada tempat-tempat dimana terjadinya pergerakan orang, dan interaksi antar manusia serta berkumpulnya banyak orang. Masyarakat harus dapat beraktivitas kembali dalam situasi pandemi COVID-19 dengan beradaptasi pada kebiasaan baru yang lebih sehat, lebih bersih, dan lebih taat. Kebiasan baru ini dilaksanakan oleh seluruh komponen yang ada di masyarakat serta memberdayakan semua sumber daya yang ada. Peran masyarakat untuk dapat memutus mata rantai penularan COVID-19 (risiko tertular dan menularkan) harus dilakukan dengan menerapkan protokol kesehatan.[3]

Pengetahuan yang baik tentang COVID-19, protokol kesehatan dan pencegahan penularan COVID-19 akan melahirkan sikap positif terhadap perilaku pencegahan penularan COVID-19. Sikap yang positif akan melahirkan perilaku pencegahan penularan COVID-19 yang baik pula.[13] Oleh karena itu tujuan penelitian untuk melihat hubungan pengetahuan dan sikap terhadap perilaku pencegahan penyebaran penyakit COVID-19.

METODE

Metode penelitian menggunakan metode kuantitatif analitik dengan desain potong lintang *(cross-sectional)*. Pengumpulan data dengan menyebarkan kuesioner secara online kepada peserta seminar COVID-19 di STIKes Raflesia Depok. Populasi adalah seluruh peserta seminar COVID-19 di STIKes Raflesia tanggal 7 April 2020 sebanyak 310 peserta. Sampel adalah seluruh peserta yang mengisi kuesioner dengan lengkap sebanyak 260 responden. Tingkat pengetahuan diukur dengan menggunakan 11 pertanyaan mengenai gejala, kelompok rentan mengalami keparahan, cara penularan dan pencegahan COVID-19. Sikap diteliti dengan 9 pertanyaan menganai keyakinan responden terhadap wabah dapat dikendalikan, sikap dalam pencegahan dan penanganan COVID-19. Perilaku yang dikaji dengan memberikan 10 pertanyaan adalah perilaku responden dalam mencegah penyebaran COVID-19 dan perilaku adaptasi kebiasaan baru. Tehnik pengambilan data dengan *google form* disertai *informed consent.* Pengolahan data dilakukan dengan langkah editing dan koding. Analisis data menggunakan multivariat. Analisis univariat digunakan untuk mengetahui distribusi frekuensi dari masing-masing variabel. Dan analisis bivariat untuk mengetahui hubungan pengetahuan, sikap dan praktik pencegahan COVID-19 dengan analisis multivariate uji regresi logistik ganda.

HASIL

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Responden (n=260)

Variabel	n	%
Usia		
15-25	200	76,9
26-35	45	17,3
36-45	11	4,2
46-55	3	1,2
>56	1	0,4
Pekerjaan		
Pelajar	194	74,6
PNS/TNI/POLRI/BUMN	12	4,6
Swasta	39	15,0
Wirausaha	2	0,8
IRT	3	1,2
Tidak/Belum Bekerja	10	3,8
Domisili		
Jabodetabek	144	55,4
Pulau Jawa Selain Jabodetabek)	67	25,8
Sumatra	22	8,5
Kalimantan	21	8,1
Lainnya	6	2,3

Hasil penelitian menunjukkan bahwa karakteristik responden mayoritas berusia 15-25 tahun (76,9%), berstatus mahasiswa/pelajar (74,6%), berdomisili di Jabodetabek (55,54%) dan terdapat 16,6% berasal dari Sumatra dan Kalimantan.

Tabel 2 menjelaskan secara umum pengetahuan responden cukup baik terlihat dari persentase pengetahuan yang benar di atas dari 81% kecuali pengetahuan penggunaan masker medis dapat mencegah infeksi COVID-19.

Tabel 3 memperlihatkan sikap responden yang positif diatas 93% pada pernyataan pandemi dapat dikendalikan, pentingnya melaporkan kasus terduga COVID-19 ke tim kesehatan, dan infeksi corona dapat dicegah. Hanya pada butir keyakinan responden Pemerintah dapat mengendalikan dan mengatasi pandemi sebesar 82,7%.

Tabel 4 menunjukkan responden yang membatasi geraknya untuk pergi ke keramaian (52,3%), selalu menggunakan masker ketika keluar (62,7%), selalu mencuci tangan (77,7%), selalu mencuci tangan dengan sabun (83,8%), selalu menghindari tempat terkonfirmasi COVID-19 (72,3%), selalu mengkonsumsi buah dan sayur (48,5%) dan selalu berolahraga (31,2%).

Tabel 5 memperlihatkan responden yang memiliki pengetahuan yang baik sebanyak 71,2%, sikap yang positif 74,6%, dan perilaku yang baik 59,2%.

Tabel 6 menunjukkan usia berhubungan dengan pengetahuan. Sementara pekerjaan dan domisili tidak berhubungan. Usia >25 tahun mempunyai pengetahuan baik lebih tinggi (86,7%) daripada usia ≤25 tahun (66,5%) dan perbedaan proporsi ini signifikan (*p-value*= 0,002). Seorang yang usia >25 tahun mempunyai pengetahuan yang tinggi 3,27 kalinya dibanding usia ≤25 tahun. Sementara itu, tidak ada perbedaan proporsi pengetahuan baik pada pelajar dan bukan pelajar. Juga tidak ada perbedaan proporsi pengetahuan baik pada domisili Jabodetabek dan non-Jabodetabek. Analisis multivariat tidak dilakukan karena hanya 1 variabel yang signifikan.

Pada tabel 7 terlihat faktor-faktor yang berhubungan dengan sikap yang positif yaitu usia, pekerjaan dan domisili tidak berhubungan dengan sikap yang positif. Pada kelompok usia ≤25 tahun, yang mempunyai sikap positif ada 76,5%, sementara kelompok usia >25% sebesar 68,3% dan perbedaan proporsi tersebut tidak signifikan (*p-value*= 0,202). Pada bukan pelajar, yang mempunyai sikap positif ada 72,7%, sementara kelompok pelajar 75,3% dan perbedaan proporsi tersebut tidak signifikan (*p-value*= 0,683). Pada domisili non-Jabodetabek yang mempunyai sikap positif ada 79,3%, sementara domisili Jabodetabek 70,8% dan perbedaan proporsi ini tidak bermakna (*p-value*= 0,118). Analisis multivariat tidak dilakukan mengingat tidak ada variabel yang signifikan.

Table 2. Distribusi Responden berdasarkan Pengetahuan mengenai COVID -19

Butir-butir Pertanyaan	Benar n (%)	Salah n (%)
Gejala klinis utama infeksi COVID-19	245 (94.5)	15 (5.8)
Pengobatan simptomatik dan suportif dini dapat membantu sebagian besar pasien pulih dari infeksi	242 (93.1)	18 (6.9)
Hanya mereka yang berusia lanjut, memiliki penyakit kronis dan obesitas lebih mungkin menjadi kasus yang parah	225 (86.5)	35 (13.5)
Orang dengan COVID-19 tidak dapat menginfeksi virus ke orang lain ketika tidak ada demam	212 (81.5)	48 (18.5)
Virus COVID-19 menyebar melalui tetesan/percikan pernapasan orang yang terinfeksi	247 (95)	13 (5)
Masyarakat umum dapat menggunakan masker medis umum untuk mencegah infeksi oleh virus COVID-19	148 (56.9)	112 (43.1)
Anak-anak dan remaja tidak perlu melakukan upaya pencegahan infeksi virus COVID-19	249 (95.8)	11 (4.2)
Untuk mencegah infeksi COVID-19 individu harus menghindari pergi ke tempat-tempat ramai seperti pasar, swalayan /mall, terminal /stasiun dan menghindari menggunakan transportasi umum	251 (96.5)	9 (3.5)
Isolasi dan perawatan orang yang terinfeksi virus COVID-19 adalah cara yang efektif untuk mengurangi penyebaran virus	100 (100)	0 (0)
Orang yang memiliki kontak dengan seseorang yang terinfeksi virus COVID-19 harus segera diisolasi di tempat yang tepat. Secara umum, periode pengamatan adalah 14 hari	259 (99.6)	1 (0.4)
Beberapa orang yang terinfeksi virus corona tidak menunjukkan adanya tanda dan gejala	222 (85.4)	38 (14.6)

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Sikap Responden terhadap COVID-19

Butir-butir Pertanyaan	Setuju n (%)	Tidak Setuju n (%)
Apakah Anda setuju bahawa wabah COVID-19 akhirnya akan berhasil dikendalikan?	252 (96.9)	8 (3.1)
Apakah Anda yakin Pemerintah dapat mengendalikan dan mengatasi wabah COVID-19	215 (82.7)	45 (17.3)
Penting melaporkan ke tim kesehatan bila ada yang terduga terinfeksi COVID-19	259 (99.6)	1 (0.4)
Penting untuk meliburkan sekolah dan kantor selama masa wabah berlangsung	258 (99.2)	2 (0.8)
Khawatir terinfeksi virus corona jika pergi ke tempat keramaian atau tempat umum	243 (93.5)	17 (6.5)
Infeksi corona dapat dicegah	253 (97.3)	7 (2.7)
Pemerintah harus membatasi seseorang untuk bepergian terutama bila daerah yang tersebut terkonfirmasi COVID-19	259 (99.6)	1 (0.4)
Pemerintah harus menyediakan fasilitas khusus untuk perawatan pasien COVID-19 selama masa isolasi	260 (100)	0 (0)
Pemerintah harus mengkarantina seseorang yang pulang dari daerah yang ada terkonfirmasi COVID-19	257 (98.8)	3 (1.2)

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Perilaku Pencegahan Penularan COVID-19

Butir- butir Pertanyaan	TD	JR	KD	SR	SL
Dalam beberapa hari terakhir apakah Anda pergi ke tempat ramai?	136 (52.3)	79 (30.4)	34 (13.1)	7 (2.7)	4 (1.5)
Dalam beberapa hari terakhir apakah Anda menggunakan masker saat meninggalkan rumah	22 (8.5)	16 (6.2)	19 (7.3)	40 (15.4)	163 (62.7)
Apakah Anda mencuci tangan lebih sering	3 (1.2)	3 (1.2)	14 (5.4)	38 (14.6)	202 (77.7)
Apakah Anda menggunakan sabun saat mencuci tangan	4 (1.5)	2 (0.8)	8 (3.1)	28 (10.8)	218 (83.8)
Apakah Anda menggunakan masker saat merasa kurang sehat	13 (5)	7 (2.7)	23 (8.8)	41 (15.8)	176 (67.7)
Menghindari pergi ke tempat-tempat yang memiliki kasus COVID-19 yang dikonfirmasi	23 (8.8)	5 (1.9)	12 (4.6)	32 (12.3)	188 (72.3)
Melakukan aktifitas fisik/olahraga secara teratur setiap hari	15 (5.8)	26 (10)	90 (34.6)	48 (18.5)	81 (31.2)
Menggunakan masker saat keluar rumah dan di lingkungan kerja	11 (4.2)	11 (4.2)	23 (8.8)	45 (17.3)	170 (65.4)
Tidur cukup dan mengkonsumsi sayur dan buah setiap hari	11 (4.2)	9 (3.5)	46 (17.7)	68 (26.2)	126 (48.5)

Keterangan : TD= Tidak Pernah, JR=Jarang, KD= Kadang-kadang, SR= Sereng, SL= Selalu.

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Pencegahan COVID-19

Variabel	n	%
Pengetahuan		
Baik	185	71.2
Kurang	75	28.2
Sikap		
Positif	194	74.6
Negatif	66	25.4
Perilaku		
Baik	154	59.2
Kurang	106	40.8

Tabel 6. Analisis Bivariat Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pengetahuan yang Baik

Variabel	Pengetahuan kurang		Pengetahuan baik		Total		*P-value*	OR	95% CI OR	
	n	%	n	%	n	%				
Usia										
≤25	67	33,5%	133	66,5%	200	100%	0,002	1,00	1,47	7,29
>25	8	13,3%	52	86,7%	60	100%		3,27		
Pekerjaan										
Bukan Pelajar	14	21,2%	52	78,8%	66	100%	0,113	1,00	0,30	1,14
Pelajar	61	31,4%	133	68,6%	194	100%		0,59		
Domisili										
Non Jabodetabek	34	29,3%	82	70,7%	116	100%	0,882	1,00	0,61	1,79
Jabodetabek	41	28,5%	103	71,5%	144	100%		1,04		

Tabel 7. Analisis Bivariat Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Sikap yang Positif

Variabel	Sikap negatif		Sikap positif		Total		*P-value*	OR	95% Ci OR	
	n	%	n	%	n	%				
Usia										
≤25	47	23,5%	153	76,5%	200	100%	0,202	1,00	0,35	1,25
>25	19	31,7%	41	68,3%	60	100%		0,66		
Pekerjaan										
Bukan pelajar	18	27,3%	48	72,7%	66	100%	0,683	1,00	0,61	2,15
Pelajar	48	24,7%	146	75,3%	194	100%		1,14		
Domisili										
Non Jabodetabek	24	20,7%	92	79,3%	116	100%	0,118	1,00	0,35	1,12
Jabodetabek	42	29,2%	102	70,8%	144	100%		0,63		

Tabel 8. Analisis Bivariat Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku

Variabel	Perilaku kurang		Perilaku baik		Total		*P-value*	OR	95% Ci OR	
	n	%	n	%	n	%				
Usia										
≤25	88	44,0%	112	56,0%	200	100%	0,053	1,00		
>25	18	30,0%	42	70,0%	60	100%		1,83	0,98	3,40
Pekerjaan										
Bukan pelajar	18	27.3%	48	72.7%	66	100%	0,010	1,00		
Pelajar	88	45.4%	106	54.6%	194	100%		0,45	0,24	0,83
Domisili										
Non Jabodetabek	47	40,5%	69	59,5%	116	100%	0,941	1,00		
Jabodetabek	59	41,0%	85	59,0%	144	100%		0,98	0,59	1,61

Tabel 9. Analisis Bivariat Pengetahuan dengan Sikap

Variabel	Sikap Positif		Sikap Negatif		Total		*P-value*	OR	95% Ci OR	
	n	%	n	%	n	%				
Pengetahuan										
Baik	140	76%	45	24%	75	100%	0,537	1,00		
Kurang	54	72%	21	28%	185	100%		1,210	0,660	2,217

Dari Tabel 8 diketahui faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku yang baik ditemukan usia dan domisili tidak berhubungan dengan perilaku yang baik, sementara pekerjaan berhubungan dengan perilaku yang baik. Pada kelompok usia ≤25 tahun, yang memiliki perilaku baik adalah 56,0%, sementara kelompok usia >25% sebesar 70,0% dan perbedaan proporsi tersebut tidak signifikan (*p-value*= 0,053). Pada mereka yang berdomisili non Jabodetabek mempunyai perilaku baik adalah 59,5%, sementara domisili Jabodetabek 59,0% dan perbedaan proporsi tersebut tidak signifikan (*p-value*= 0,941). Pada bukan pelajar, yang mempunyai perilaku baik terdapat 72,7,0%, sementara kelompok pelajar 54,6% dan perbedaan proporsi tersebut signifikan (*p-value*= 0,010). Pelajar mempunyai perilaku yang baik 0,45 kalinya dibanding bukan pelajar, dengan kata lain bukan pelajar mempunyai perilaku yang baik hampir dua kalinya dibanding yang pelajar.

Tabel 9 terlihat tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan sikap. Pada mereka yang berpengetahuan yang baik ada 76% memiliki sikap yang positif sementara pada pengetahuan yang kurang ada 72% yang memiliki sikap yang positif dan perbedaan proporsi tersebut tidak signifikan (*p-value*= 0,537).

Tabel 10 pengetahuan dan sikap tidak berhubungan dengan perilaku (*p-value* pengetahuan= 0,545, *p-value* sikap= 0,235). Pada pengetahuan yang baik ada 62% memiliki perilaku yang baik sedangkan pada pengetahuan yang kurang ada 58% memiliki perilaku yang baik. Pada sikap yang positif ada 61% yang memiliki perilaku yang baik sedangkan pada sikap yang negatif ada 53% yang memiliki perilaku yang baik.

Tabel 11 memperlihatkan model 1 berisi variabel pekerjaan, mempunyai R square 26% dan sama dengan model 2. Model 2 terdiri dari dua variable yaitu usia dan pekerjaan. Pada model 2 dengan memasukkan vaiabel usia, nilai *p-value* pekerjaan dan usia menjadi tidak signifikan (0,925 dan 0,087). Dengan demikian model yang terbaik adalah model 1 yang hanya terdiri dari variabel pekerjaan.

PEMBAHASAN

Strategi pengendalian COVID-19 salah satunya adalah memperlambat dan menghentikan laju transmisi penularan penyakit dengan elemen utamanya adalah pelibatan dan dukungan masyarakat. Laju transmisi penularan penyakit ini bisa melibatkan masyarakat jika masyarakat memiliki pengetahuan, sikap dan praktik yang cukup baik. Pengetahuan, sikap dan perilaku yang dikaji berkaitan dengan pencegahan penyebaran COVID-19 dengan meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat dan masyarakat sangat disarankan untuk tinggal di rumah saja, harus menggunakan masker, pekerja/karyawan bekerja dari rumah (*Work from Home*/WFH), selalu mencuci tangan dan menerapkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). PHBS merupakan strategi yang dapat mencegah penyebaran COVID-19 ini.[14]

Tabel 10. Analisis Bivariat Pengetahuan, Sikap dengan Perilaku

Variabel	Perilaku Kurang		Perilaku Baik		Total		*P-value*	OR	95% Ci OR	
	n	%	n	%	n	%				
Pengetahuan										
Baik	30	38%	49	62%	79	100%	0,545	1,00	0,688	2,032
Kurang	76	42%	108	58%	181	100%		1,182		
Sikap										
Positif	75	39%	119	61%	194	100%	0,235	1,00	0,800	2,468
Negatif	31	47%	35	53%	66	100%		1,405		

Tabel 11. Pemodelan Uji Multivariat pada Perilaku yang baik

Variabel	Kategori	Model 1		Model 2	
		OR	*P-value*	OR	*P-value*
Usia	≤25* vs <25	-	-	0,44	0,087
Pekerjaan	Bukan pelajar*vs pelajar	0,452	0,011	0,95	0,925
Cox & Snell R Square		0,026		0,026	

Dari hasil penelitian didapatkan responden memiliki pengetahuan baik 71,2%. Hal ini juga sesuai dengan penelitian Zukmadini di mana pengetahuan masyarakat baik mengenai COVID-19.[15] Pada pengetahuan, yang menarik ditemukan masih ada responden yang menyatakan meragukan keefektifan masker medis untuk mencegah infeksi oleh virus COVID-19 sebagai pernyataan yang salah (43,1%). Masyarakat masih meragukan keefektifan penggunaan masker sehingga perilaku penggunaan masker masih belum optimal. Padahal diketahui bahwa masker wajah mengurangi penyebaran infeksi melalui jalur hidung dan mulut dan mengontrol penyebaran COVID-19 dengan mengurangi jumlah air liur yang terinfeksi dan tetesan pernapasan yang dilepaskan ke udara dari individu dengan COVID-19.[16]

Hasil penelitian didapatkan sikap positif 74,6% dan perilaku baik 59,2%. Pada sikap responden masih ada 17,3% yang belum yakin Pemerintah dapat mengendalikan dan mengatasi wabah COVID-19. Pemerintah perlu meningkatkan kinerjanya untuk masyarakat bisa mengubah sikap tersebut.[17] Hal ini berbeda dengan penelitian BL Zhong yang mendapatkan 97,1% memiliki keyakinan bahwa China dapat memenangkan pertempuran melawan virus tersebut.[18]

Masih ada masyarakat yang bepergian ke tempat keramaian sebanyak 47,7%, penggunaan masker masih belum selalu dilaksanakan sebanyak 34,6%, dan perilaku olahraga belum dilaksanakan sebesar 4,2%. Hasil ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Budi Yanti dkk bahwa mayoritas responden memiliki pengetahuan yang baik (99%), sikap positif (59%), dan perilaku baik (93%) terkait *social distancing*.[19] Perbandingan antara responden yang memiliki pengetahuan yang baik dan kurang yang menunjukan sikap yang positif perbandingannya tidak jauh berbeda yaitu 76% dan 72%. Hal ini berbeda dengan penelitian Budi Yanti dkk yang menemukan diantara responden yang memiliki pengetahuan yang baik juga menunjukkan sikap yang positif (58,85%) dan perilaku yang baik (93,3%).[19] Tingkat pengetahuan dan sikap yang cukup baik ini sesuai juga dengan hasil penelitian Sukesih yaitu pengetahuan dan sikap mahasiswa kesehatan tentang pencegahan COVID-19 di Indonesia tergolong baik. Hal ini dapat mencegah penularan COVID-19 di Indonesia yaitu pengetahuan paling tinggi di kategori baik sebanyak 228 (51,35%) sedangkan sikap paling tinggi berada di kategori sikap baik sebanyak 206 (46,39%).[20] Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Utami di DKI Jakarta dimana 83% responden memiliki pengetahuan yang baik, sikap positif (70,7%) dan perilaku baik (70,3%) mengenai pencegahan COVID-19[21] dan sesuai dengan penelitian yang sama di Wonosobo.[22,23]

Ditemukan usia berhubungan dengan pengetahuan yang baik. Seseorang yang berusia >25 tahun akan mempunyai pengetahuan yang tinggi 3,27 kalinya dibanding usia ≤25 tahun. Hal ini sesuai dengan penelitian Hanawi usia diatas 25 lebih memiliki pengetahuan dibanding ≤25 tahun [24,25] dan berbeda dengan hasil penelitian Saefi.[26] Maka perlu upaya peningkatan edukasi dan motivasi perilaku pencegahan COVID-19 pada institusi pendidikan dan keluarga agar usia ≤ 25 bisa lebih memiliki pengetahuan yang cukup.

Ditemukan pada analisis bivariat, pekerjaan berhubungan dengan perilaku yang baik. bukan pelajar mempunyai perilaku yang baik hampir dua kalinya dibanding yang pelajar. Penelitian sama dengan penelitian Zhong BL yang menemukan perilaku yang berpotensi berisiko atau tidak menerapkan protokol kesehatan banyak ditemui pada pelajar[18] maka diperlukan upaya edukasi dan motivasi yang lebih besar pada pelajar ini.

Hasil pengetahuan dan sikap yang baik ini apakah masyarakat mampu mengimplementasi pengetahuannya masih menjadi pertanyaan[27] . Hal ini terlihat dari hasil penelitian perilaku baik hanya 59,2% berbeda dengan hasil penelitian Moudy yang melihat hubungan signifikan antara pengetahuan dengan sikap (*p-value*= 0,001) dan pengetahuan dengan tindakan individu (*p-value*= 0,000). Usaha pencegahan COVID-19 dipengaruhi penge-tahuan masyarakat Indonesia. Pemberian pengetahuan yang spesifik, valid, dan tepat sasaran dapat meningkatkan perilaku usaha pencegahan masyarakat terhadap infeksi COVID-19.[28]

Hasil penelitian ditemukan ada hubungan antara usia dengan pengetahuan yang baik, ada hubungan jenis pekerjaan dengan perilaku yang baik, dan tidak ditemukan hubungan

yang signifikan antara pengetahuan yang baik akan menghasilkan sikap yang positif dan perilaku yang baik dalam pencegahan COVID-19. Keterbatasan penelitian ini yaitu responden yang bersifat homogen sehingga hasil penelitian belum memperlihatkan hubungan yang kuat antara pengetahuan, sikap dan perilaku pencegahan COVID-19. Akan lebih baik dilakukan pengukuran data yang tidak menggunakan skala Guttman.

KESIMPULAN

Tingkat pengetahuan responden sangat baik mengenai COVID-19, sikap responden mayoritas memiliki sikap positif dan perilaku responden mayoritas menunjukan baik. Usia berhubungan dengan pengetahuan yang baik. Seorang yang usia >25 tahun mempunyai pengetahuan yang tinggi 3,27 kalinya dibanding usia ≤25 tahun. Pekerjaan berhubungan dengan perilaku yang baik, mereka yang bukan pelajar mempunyai perilaku yang baik hampir dua kalinya dibanding yang pelajar. Tidak ada hubungan signifikan antara pengetahuan, sikap dan perilaku COVID-19.

SARAN

Bagi peneliti lain dapat melakukan kajian hubungan pengetahuan, sikap dan perilaku COVID-9 dengan skala yang lebih lebar dari penelitian lakukan dan hindari menggunakan skala *Guttman*. Hasil penelitian didapatkan tingkat pengetahuan, sikap dan perilaku responden baik akan tetapi peningkatan kasus COVID-19 masih tinggi maka Pemerintah perlu mengkaji lebih jauh upaya penekanan penyebaran kasus COVID-19 dari sisi masyarakat secara komprehensif dengan melihat faktor lain seperti kesulitan ekonomi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terimakasih kepada mahasiswa tingkat 4 angkatan 2017/2018, Ibu Iis Sinsin, Bapak Andri Yan dan STIKES Raflesia atas segala jerih payahnya sehingga artikel ini bisa terpublikasi.

DAFTAR REFERENSI

1. Chen Y, Liu Q, Guo D. Emerging coronaviruses: Genome structure, replication, and pathogenesis. Journal of Medical Virology. 2020;92(4):418-23.
2. Du Z, Xu X, Wu Y, Wang L, Cowling B, Meyers LA. Serial Interval of COVID-19 among Publicly Reported Confirmed Cases. Emerging Infectious Disease journal. 2020;26(6):1341
3. Kementrian Kesehatan, Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Coronavirus Disesase (Covid-19) revisi ke V. 2020.
4. Susilo AR, Cleopas Martin. Pitoyo, Ceva Wicaksono. Santoso, Widayat Djoko . Yulianti, Mira. Herikurniawan, Herikurniawan. et.al. Coronavirus Disease 2019: Tinjauan Literatur Terkini. Jurnal Penyakit Dalam Indonesia. 2020;7 . No. 1
5. Farisa CF. Angka Kematian akibat Covid-19 di Indonesia Lebih Tinggi dari Rata-rata Dunia: Kompas; 2020 https://nasional.kompas.com/read/2020/08/31/17050911/angka-kematian-akibat-covid-19-di-indonesia-lebih-tinggi-dari-rata-rata
6. Hadiwardoyo W. Kerugian Ekonomi Nasional Akibat Pandemi Covid-19. Journal of Business and Enterpreneurship.2(2), 83–92.
7. Eka Satya V. Pemeriksaan Pengelolaan Dana Penanganan Pandemi Covid-19, Kajian Singkat Terhadap Isu Aktual Dan Strategis, Bidang Ekonomi Dan Kebijakan Publik Jakarta: Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI; 2020.
8. Mardiyah, Rahma Aiunul et all. Dampak Pandemi Covid-19 Terhadap Peningkatan Angka Pengangguran Di Indonesia. 2020 http://Dx.Doi.Org/10.26751/Jikk.V11.
9. Hanoatubun, Silpa. Dampak Covid – 19 Terhadap Perekonomian Indonesia. Universitas Kristen Satya Wacana. Edu

PsynCounsJournal Volume 2 Nomor 1 (2020) ISSN Online : 2716-4446.

10. Pakpahan AK. Covid-19 Dan Implikasi Bagi Usaha Mikro, Kecil, Dan Menengah. Jurnal Ilmiah dan Hubungan Internasional. 2020.
11. Bahtiar, Rais. Agil, Saragih, Juli Panglima. Dampak Covid-19 Terhadap Perlambatan Ekonomi Sektor UMKM. Info singkat kajian bidang ekonomi dan kebijakan public. 2020
12. Setiawan, Katarina Chief Economist & Investment Strategist Manulife Investment Indonesia. COVID-19: Disruption, not Destruction. Manulife Invenstment Management. 2020.
13. Peng, Y. et al., 2020. Knowledge, Attitude and Practice Associated with COVID-19 among. Research square.
14. Marni.Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Strategi Pencegahan Penyebaran Virus Covid-19. Prosiding Seminar Nasional Hardiknas Vol. 1. 2020 http://proceedings.ideaspublishing.co.id/index.php/hardiknas/issue/view/1
15. Zukmadini. Edukasi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) dalam Pencegahan COVID-19 Kepada Anak-Anak di Panti Asuhan. Jurnal Magister Pendidikan IPA. 2020 : Vol 3 No 1.
16. Cheng VC, Wong SC, Chuang VW, et al. The role of community-wide wearing of face mask for controlof coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic due to SARS-CoV-2. J Infect. 2020.doi:10.1016/j.jinf.2020.04.024.
17. Dzakwan, Memetakan Kesiapan Pemerintah Daerah dalam Menangani COVID-19. Jakarta:Disaster Management Research Unit, CSIS Indonesia. 2020
18. Zhong BL, Luo W, Li HM, et al. knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *Int J Biol Sci*. 2020;16(10):1745-1752. Published 2020 15th March. doi:10.7150/ijbs.45221
19. Yanti, B., Wahyudi, E., Wahiduddin, W., Novika, R. G. H., Arina, Y. M. D., Martani, N. S., & Nawan, N. Community Knowledge, Attitudes, and Behavior Towards Social Distancing Policy As Prevention Transmission of Covid-19 in Indonesia. Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia,2020. 8(2), 4. https://doi.org/10.20473/jaki.v8i2.2020.4-14
20. Sukesih, et al. Pengetahuan dan Sikap Mahasiswa Kesehatan tentang Pencegahan Covid_19 di Indonesia. 2020. . Http://Dx.Doi.Org/10.26751/Jikk.V11
21. Utami, Ressa Andriyani, Sumi Lestari. Sikap Warga Kampung Wisata Warna-Warni (Nani) Terhadap Pandemi Covid-19. Seminar Nasional Psikologi UM. 2020.
22. Purnamasari, Iak, et all. Tingkat Pengetahuan Dan Perilaku Masyarakat Kabupaten Wonosobo Tentang Covid - 19. 2020. https://ojs.unsiq.ac.id/index.php/jik/issue/view/92
23. Malik, F., Bafadal, M., Wahyuni, & Sahidin. Edukasi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), Gerakan Menggunakan Masker (GEMAS), serta penggunaan antiseptik dan desinfektan di Desa La Nipa Nipa, Kecamatan Katoi, Kolaka Utara, Provinsi Sulawesi Tenggara. Jurnal Pengabdian Masyarakat, 2020 1(3), 154–159. https://doi.org/10.29303/jpmpi.v3i1.440.
24. Al-Hanawi MK, Angawi K, Alshareef N, et al. Knowledge, Attitude and Practice Toward COVID-19 Among the Public in the Kingdom of Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study.

Front Public Health. 2020;8:217. Published 2020 27th May. doi:10.3389/fpubh.2020.00217

25. Yang, K, Liu, H, Ma, L, et al. Knowledge, attitude and practice of residents in the prevention and control of COVID-19: An online questionnaire survey. *J Adv Nurs*. 2021; 77: 1839– 1855. https://doi.org/10.1111/jan.14718
26. Saefi, M., Fauzi, A., Kristiana, E., Adi, W. C., Muchson, M., Setiawan, M. E., Ramadhani, M. Survey data of COVID-19-related knowledge, attitude, and practices among indonesian undergraduate students. Data in Brief. 2020. https://doi.org/10.1016/j.dib.2020.105855.
27. Rahul Ranjan | Gopi Krishna Ranjan. Knowledge Regarding Prevention of Novel Coronavirus COVID 19 An Electronic Cross Sectional Survey among Selected Rural Community. International Journal of Trend in Scientific Research and Development. 2020
28. Moudy, J, et al. Pengetahuan terkait Usaha Pencegahan Coronavirus Disease (COVID-19) di Indonesia Higeia 4 (3) (2020). Higeia Journal Of Public Healthresearch And Development. http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia

Reskiaddin & Supriyati. Perilaku dan Promosi Kesehatan: Indonesian Journal of Health Promotion and Behavior. 2021; 3(1): 58-70
DOI: 10.47034/ppk.v3i1.4142

Proses Perubahan Perilaku Berhenti Merokok: Studi Kualitatif Mengenai Motif, Dukungan Sosial dan Mekanisme *Coping*

The Process of Smoking Cessation Behavior Change: A Qualitative Study of Motives, Social Support and Coping Mechanisms

La Ode Reskiaddin[1], Supriyati[2]

[1]Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi, Jambi 36361
[2]Departemen Perilaku, Kesehatan Lingkungan dan Kedokteran Sosial, Fakultas Kedokteran, Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta 55281

*Korespondensi penulis:
ld.reskiaddin@unja.ac.id

Diterima (*Recieved*) : 19 Agustus 2020
Direvisi (*Revised*) : 3 Juni 2021
Diterima untuk diterbitkan (*Accepted*) : 25 Juni 2021

ABSTRAK

Latar Belakang. Tingginya jumlah perokok sebenarnya juga diiringi dengan tingginya keinginan untuk berhenti merokok, namun tidak semua berhasil berhenti merokok.
Tujuan. untuk menggali peran motivasi, dukungan sosial, mekanisme *coping* dalam upaya berhenti merokok.
Metode. Penelitian kualitatif dengan rancangan penelitian fenomonologi. Teknik *snowball sampling* dan rekrutmen via *whatsapp* digunakan untuk mendapatkan informan, dan dipilih *menggunakan purposive sampling*. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam kapada 18 orang yang terdiri dari 5 orang (1 perempuan 4 laki-laki) yang sudah berhenti merokok 6 bulan sampai 2 tahun, 4 orang yang sedang berhenti merokok (<6 bulan) dan 9 orang sebagai *significant others*. Keabsahan data melalui triangulasi, *member checking* dan *peer debrieving*.
Hasil. Faktor sosial merupakan penyebab yang mendominasi untuk merokok. Motif kesehatan adalah motif utama untuk berhenti merokok. Dukungan untuk berhenti merokok diantaranya dukungan secara emosional dan instrumental.
Kesimpulan. Perokok berhenti merokok karena motif kesehatan seperti ingin lebih sehat. Motif non kesehatan diantaranya haram dan pengeluaran membeli rokok lebih banyak dari kebutuhan untuk makan. Coping kognitif seperti mensugesti diri melalui perubahan mindset sebagai salah satu strategi yang dapat dilakukan untuk mengendalikan perilaku merokok. Dukungan sosial hanya sebagai penguat atau moderator. Coping merupakan pengendali utama dalam berhenti merokok. Dukungan sosial sebagai moderator dalam proses berhenti merokok.

Kata Kunci: Berhenti merokok, dukungan sosial, mekanisme *coping*, usia produktif

ABSTRACT

Introduction*. A high number of smokers aligned with smoking cessation eagerness, but not all succeed.*
Objective. *to explore the motive, social support and coping mechanism for smoking cessation*
Methods*. Qualitative research with phenomenology research design. We did the snowball sampling technique and participants' recruitment via WhatsApp and Purposive sampling. 18 in-depth interviews consisted of 5 participants (1 woman and 4 men) who quit smoking within the past 6 months to 2 years, 4 participants who are quitting smoking (<6 months) and 9 people as significant others. Data validation was through triangulation, member checking and peer debriefing.*
Results. *Social factors are the dominant cause of smoking. Health motives are the main motives for quitting smoking. Support for quitting smoking includes emotional and instrumental support*
Conclusion. *Smokers' motivations to quit due to health reasons such as a better level of health. Non-health reasons are religious prohibition (haram) and cigarette expenses higher than primary (food) expenditure. Research also found cognitive coping such as personal suggestion through mindset change, is one of the strategies to control smoking behavior. Social support as a booster or moderator. Coping is the primary controller in smoking cessation. It's strengthened by personal willingness. Social support acted a moderator.*

Keywords: Smoking cessation, social support, coping mechanism, adolescent

LATAR BELAKANG

Kematian akibat tembakau melebihi kematian yang terjadi pada perang dunia I dan II yaitu sebanyak 100 juta orang dan meningkat menjadi 1 milyar pada abad ke-21.[1] Proporsi perokok di Indonesia dari tahun 2007 ke tahun 2013 mengalami peningkatan dari 23,7% hingga mencapai 24,3%. Apabila tidak dilakukan upaya untuk mengontrol hal tersebut maka jumlah perokok diprediksikan akan terus meningkat.[2] Berdasarkan hasil survei Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di DIY[3], perokok yang merokok di dalam rumah sebesar 50,21% (2014), 48,66% (2015) dan 46,15% pada tahun 2016.

Tingginya jumlah perokok juga diiringi dengan tingginya keinginan untuk berencana dan berpikir berhenti merokok yaitu 50-70%. Sayangnya hanya 3% perokok yang berhasil berhenti merokok.[4,5] Berdasarkan data jumlah kunjungan pasien layanan berhenti merokok di RS Respira pada tahun 2010 ada 382 pasien konseling berhenti merokok diantaranya 21 orang berhasil berhenti merokok dan 361 orang belum berhenti merokok.[6] Penelitian Huges menyebutkan sebanyak 40% perokok di Amerika dan Inggris memiliki keinginan untuk berhenti merokok namun 95% diantaranya gagal berhenti merokok.[7]

Berhenti merokok bukanlah hal yang mudah dan singkat dilakukan. Butuh waktu yang lama agar benar-benar dikatakan telah berhenti merokok. Menurut Teori *Transteotrical Model* oleh Prochaska & DiClemente[8] tahapan perubahan perilaku berhenti merokok hingga berhenti merokok meliputi prekontamplasi, kontamplasi, aksi, *maintenance* dan terminasi.[9] Seseorang yang berhenti merokok apabila telah menghentikan kebiasaan merokoknya minimal 1 tahun.[10] Ada beberapa motif yang mendasari seseorang berhenti merokok diantaranya adanya sebuah tekanan sakit fisik dengan risiko kematian, norma sosial, evaluasi dari biaya dan manfaat dari berhenti merokok, dan berhenti merokok menjadi tanggung jawab pribadi mereka.[4,11,12]

Mekanisme *coping* merupakan strategi yang digunakan untuk mengatasi tekanan, rasa sakit, dan perubahan alami yang dirasakan. Banyak orang menggunakan mekanisme *coping* untuk memberi manfaat bagi mereka secara positif. Dukungan sosial merupakan salah satu kunci keberhasilan dalam upaya berhenti merokok. Individu yang kurang memperoleh dukungan sosial dapat meningkatkan kerentanan, sedangkan individu yang mempunyai dukungan dapat mengurangi konsekuensi dari paparan situasi dan faktor-faktor yang memiliki dampak buruk terhadap perilaku kesehatan.[13] Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk menggali pengalaman perokok dalam berhenti merokok ditinjau dari motivasi, dukungan sosial dan mekanisme c*oping*.

METODE

Penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif dengan rancangan penelitian fenomenologi. Penelitian dilakukan di Daerah Istimewa Yogyakarta, dengan subjek penelitian perokok yang telah dan belum berhasil berhenti merokok. Informan diperoleh melalui media sosial (*whatsapp), snow ball* dan penelusuran register klinik berhenti merokok. Cara pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling* melalui pendekatan *criteration sampling* yang meliputi a) Pria dan wanita yang telah berhenti merokok bukan karena sakit, b) Usia produktif 15-64 tahun, c) Pertama kali berhasil berhenti merokok, d) Perokok yang telah berhenti lebih dari 6 bulan sampai 2 tahun. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam kepada 18 orang informan yang terdiri atas 5 orang yang telah berhenti merokok, 4 orang yang sedang berusaha atau belum berhasil berhenti baik dan 9 orang sebagai *significant others.* Data dianalisis menggunakan *open code* 4.03. Keabsahan data melalui triangulasi data, *member checking* dan *peer debriefing*.

HASIL

Karakteristik Informan

Informan dalam penelitian ini adalah masyarakat yang berdomisili di Yogyakarta meliputi orang yang telah berhenti merokok, sedang berhenti merokok atau gagal berhenti merokok. Jumlah informan dalam penelitian ini sebanyak 18 informan meliputi informan utama sebanyak 5 orang yang telah berhenti merokok, 4 orang yang sedang mencoba atau belum berhasil merokok sebagai pembanding dan 9 orang sebagai informan triangulasi. In-

forman utama dalam penelitian ini terdiri atas 1 orang perempuan dan 4 orang laki-laki dengan rata-rata umur 26 tahun dan rentang usia berkisar 20-34 tahun. Informan pendukung sebanyak 1 orang perempuan dan 3 orang laki-laki dengan rentang umur 25-30 tahun.

Usia informan merokok pertama kali dan merokok secara regular baik informan utama (yang telah berhenti merokok) dan pembanding (belum berhasil berhenti merokok) didominasi pada usia 13-20 tahun. Informan memulai menjadi perokok ketika semasa SMA dan kuliah. Para informan utama ketika menjadi perokok, jumlah rokok yang dihabiskan dalam sehari yaitu sebanyak 1-10 batang, sedangkan informan pembanding paling banyak 11-20 batang perhari atau sekitar 2 bungkus rokok. Lama berhenti merokok bervariasi dan yang paling lama 2 tahun dan terendah 1 tahun untuk informan utama, sedangkan informan pembanding mencoba berhenti merokok paling lama sekitar 1 sampai 3 bulan atau kurang dari 6 bulan.

Proses Perubahan dan Bukti Perilaku Merokok Menjadi Perilaku Tidak Merokok Pada Mantan Perokok

Penelitian menganalisis tahapan, proses dan bukti perilaku merokok menjadi tidak merokok pada mantan perokok meliputi alasan merokok, alasan berhenti merokok, hambatan berhenti merokok, dukungan sosial dan mekanisme *coping* dalam berhenti merokok (Bagan 1).

a. Alasan merokok

Faktor sosial merupakan penyebab yang mendominasi informan untuk merokok. Salah satu bentuk faktor sosial adalah pergaulan atau interaksi antara informan dan teman sebaya. Saat masa remaja, tingkat rasa penasaran untuk mencoba sesuatu cenderung tinggi. Selain tawaran merokok, berbagai perkataan negatif dari teman sebaya memicu rasa ingin mencoba merokok semakin besar. Berbagai perkataan tersebut memicu remaja lebih tertantang untuk mencoba merokok, sehingga informan akan menunjukkan identitas sosialnya di depan teman-temannya. Namun, apabila tidak dicoba maka informan akan merasa lemah dihadapan teman-temannya. Ketika informan menjadi seorang perokok dalam jangka waktu yang lama (persisten), maka semakin banyak alasan atau motif yang memicu untuk terus merokok. Faktor sosial masih menjadi pengaruh terbesar untuk terus merokok. Lingkungan sosial informan sebagian besar adalah perokok sehingga informan akan lebih mudah mendapatkan rokok dari temannya. Selain itu, kebebasan yang diberikan orang tua membuat informan merasa bebas untuk merokok. Faktor lainnya adalah aspek psikologis seperti stres, beban pekerjaan, dan adanya permasalahan yang dialami informan. Faktor finansial juga memberikan pengaruh terhadap informan untuk merokok. Informan merokok karena mampu membeli rokok menggunakan uang mereka sendiri.

b. Alasan Berhenti Merokok

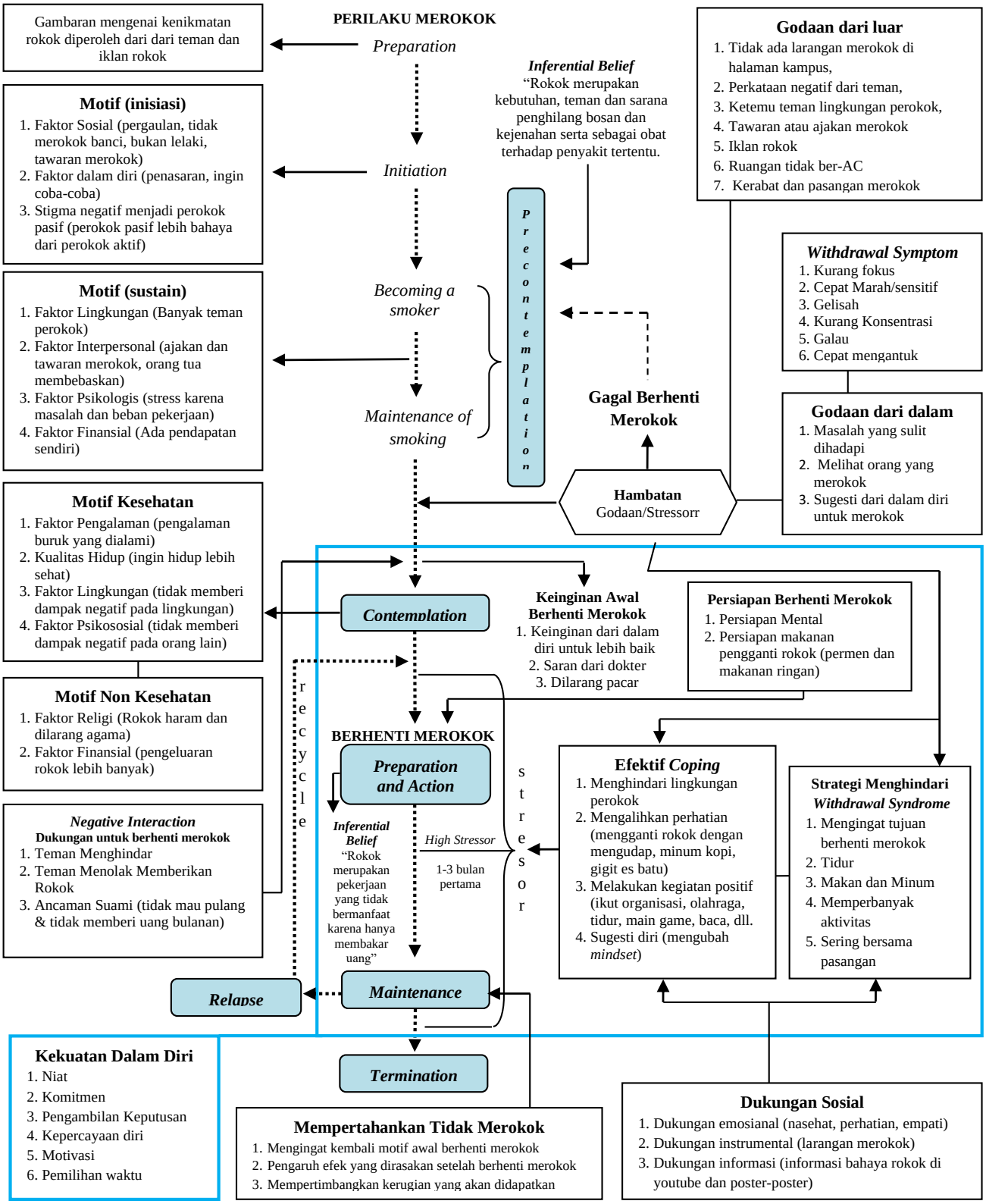
Motif kesehatan merupakan motif utama informan untuk berhenti merokok. Motif tersebut sangat erat kaitannya dengan kualitas hidup yang mereka inginkan, bukan motif karena sakit. Adapun motif kesehatan tersebut terdiri dari faktor pengalaman, kualitas hidup yang lebih baik, lingkungan dan psikososial. Faktor pengalaman yang dimaksudkan ialah informan berhenti merokok karena pengalaman masa lalu yang buruk pada masa anak-anak. Pengalaman tersebut dijadikan dasar untuk mengambil keputusan berhenti merokok.

> *"…saya gak ngerokok ngerokok lagi karena saya ngelihat pengalaman saya mama saya ngerokok pas hamilin saya, sayanya sakit sakit gitu, saya udah gak mau anak saya sakit begitu, cukup saya saja"* (DS, 21 tahun, Pr)

Selain karena faktor pengalaman yang tidak mengenakan yang pernah dialami seperti penyakit radang paru-paru yang dialami. Motif lainnya adalah karena ingin hidup lebih sehat (kualitas hidup) dan faktor lingkungan. Hal tersebut disebabkan informan telah menyadari bahaya rokok yang akan terjadi pada dirinya apabila terus merokok, walaupun pengetahuan mereka mengenai bahaya rokok sudah ada.

> *"Emmmm… itu… pertama… saya pingin…. kembali sehat gitu... itu... pengen hidup lebih sehat gitu (…) saya tidak mengganggu tidak memberi dampak negatif buat kehidupan orang lain dan juga lingkungan gitu..."* (Haf, 34 tahun, Lk)

Bagan 1. Tahapan, Proses Perubahan dan Bukti Perilaku Merokok menjadi Perilaku Tidak Merokok Pada Mantan Perokok



Keterangan:
——— : Mempengaruhi
- - - - : Penunjuk Alur
——— : Mempengaruhi (internal)

Informan juga memutuskan berhenti merokok karena ada beberapa pengaruh dari pasangannya yang tidak suka dengan perokok karena bau rokok yang ditimbulkan. Oleh karena itu, informan memilih untuk berhenti untuk menjaga kenyamanan pasangannya dan tidak memberi dampak negatif kepada pasangannya ataupun orang lain.

> *"…saya mikir juga, yang pertama bagaimana calon istri saya tidak suka perokok..."* (AB, 27 tahun, Lk)

> *"…masa cowok saya ngerokok, kamu berhenti aja? Saya gak suka, (…), ee mulai perlahan lahan saya juga berhenti…" (AG, 20 tahun, Lk)*

Selain motif kesehatan, informan juga berhenti merokok karena motif non kesehatan. Motif non kesehatan tersebut diantaranya karena faktor finansial dan religi. Informan mulai menyadari bahwa pengeluaran untuk membeli rokok lebih besar dibandingkan pengeluaran untuk kebetutuhan sehari-hari khususnya makan. Hal tersebut yang menjadi dasar informan memutuskan untuk berhenti merokok. Adapun kutipan wawancara informan sebagai berikut.

> *"Oh iya yang pertama faktor uang (…) ketika sudah beres kita baru berpikir oh iya rokok itu gini gini, saya menyadarinya itu sendiri karena rokok yang saya beli cukup diatas rata rata gitu, rata rata diatas anak muda gitu biasanya kan saya malioboro, essence kan itu diatas rata rata, (…) kondisi keuangan saya waktu itu menurun jadi perlahan lahan saya berhenti…"* (AG, 20 tahun, Lk)

Informan juga menganggap bahwa faktor religi mempengaruhi untuk berhenti merokok karena rokok merupakan sesuatu yang haram sesuai dengan beberapa fatwa dari ulama.

> *"...yang pertama itu kita harus menyadari sesungguhnya rokok itu tiada guna tidak ada manfaat (…) Tembakau itu haram…"* (AB, 27 tahun, Lk)

Sebelum informan benar-benar berhenti merokok dengan alasan yang telah disebutkan di atas, terdapat keinginan awal yang menginisiasi informan untuk berhenti merokok, walaupun upaya berhenti merokok yang telah mereka lakukan tidak berhasil. Keinginan tersebut meliputi keinginan dari dalam diri untuk lebih baik, pengaruh saran dari dokter saat memeriksakan kesehatan dan pengaruh dari pacar yang melarang merokok.

> *"Awalnya sempet ada karena dilarang pacar dulu. Cuma ga bertahan lama berhenti nya. Terus sampe akhirnya saya hamil ya udah ga mau lagi gituuu"* (DS, 21 tahun, Pr)

Dukungan Sosial

Informan mengungkapkan bahwa selama berhenti merokok, mereka mendapatkan dukungan secara emosional, instrumental dan adanya informasi baik secara langsung maupun secara tidak langsung. Dukungan emosional dan interaksi negatif biasanya didapatkan secara langsung dari pasangan, keluarga dan teman, sedangkan dukungan instrumental dan informasi didapatkan secara tidak langsung. Dukungan emosional yang didapatkan berupa nasihat, apresiasi untuk tidak merokok, semangat, dan teguran.

> *"…teman teman yang lebih meyakinkan saya dan membantu saya berhenti saya itu mengapresiasi saya termaksud teman teman yang baru saya temui sekarang"* (AG, 20 tahun, Lk)

Dukungan instrumental dan informasi yang didapatkan secara tidak langsung, yaitu adanya peraturan larangan merokok di wilayah kampus. Namun, hal tersebut tidak memberikan konstribusi yang besar terhadap perokok untuk berhenti merokok. Larangan merokok hanya terimplementasi di dalam ruangan kelas, selebihnya mereka dapat merokok di luar ruangan seperti taman kampus.

> *"…aturan kampus juga kalau di luar kalau di area taman kampus, itu gak ada larangan merokok kalau di dalam kelas memang kami yah gak pernah merokok karena itu area terlarang tapi kalau di depan ditaman taman kampus sering merokok sebelum diskusi sebelum masuk kelas juga, masuk kelas ngerokok dan keluar kelas ngerokok…"* (AB, 27 tahun, Lk)

Informan mendapatkan dukungan informasi mengenai dampak negatif merokok diberbagai fasilitas kesehatan, melalui media poster dan flyer. Selain itu, informasi didapatkan dari media sosial seperti *Youtube* dan *Facebook.*

> *"…ketika di puskesmas di rumah sakit ada tulisan dibagian ini ada bahayanya apa zatnya…"* (AB, 27 tahun, Lk)

Dukungan sosial juga didapatkan oleh informan yang belum berhasil berhenti merokok. Dukungan sosial dijadikan sebagai *reminder* atau pengingat bagi mereka untuk menguatkan diri berhenti dari aktivitas merokok. Akan tetapi, dukungan tersebut tidak memberikan pengaruh yang signifikan. Hal ini dikarenakan efek yang ditimbulkan rokok belum begitu parah dirasakan oleh informan, sehingga dukungan tersebut tidak terlalu berdampak pada informan. Hal yang penting adalah usaha dan kekuatan dari dalam diri mereka sendiri.

Mekanisme *Coping*

Infoman menerapkan beberapa strategi dalam berhenti merokok, baik pemilihan metode berhenti merokok secara langsung atau bertahap, strategi mengurangi *withdrawal syndrome* dan memperkuat kekuatan dalam diri. Berbagai usaha yang dilakukan untuk mengatasi *stressor* adalah dengan cara menghindari lingkungan perokok, mengalihkan perhatian, dan memberi sugesti pada diri sendiri agar tidak merokok. Tujuan informan melakukan kegiatan-kegiatan positif yaitu untuk menghabiskan atau memanfaatkan waktu sehingga dapat terhindar dari keinginan merokok. Kegiatan positif yang dimaksud oleh informan seperti ikut organisasi, membaca buku, mengedit video, bermain musik atau *game*, bersepeda, berdiskusi dengan teman menggulakan aplikasi *chat* dan tidur.

> *"…saya tidur aja akhirnya dari pada mikirin mulu, ya udah tiduran saja"* (DS, 21 tahun, Pr)

> *"Saya sengaja memang menyibukkan diri dengan kegiatan organisasi…"* (AB, 27 tahun, Lk)

> *"Selain itu yang ketiga saya kalau tidak ada kegiatan organisasi, saya di perpus, baca apapun saya kerjakan id perpus agar saya tidak pulang cepat…"* (AB, 27 tahun, Lk)

Upaya lain yang dilakukan adalah dengan cara mengalihkan perhatian. Mengalihkan perhatian yang dimaksud adalah usaha yang dilakukan informan untuk mengurangi rasa asam yang ada di mulut ketika telah berhenti merokok. Bentuk pengalihan perhatiannya dengan meminum air es atau kopi, mengkonsumsi cemilan atau permen, dan menggigit es batu.

> *"…biasanya kalau lagi asem kayak begitu kadang ee minum air es jadi gigit-gigitin batu es terus atau ee ngemil ngemil kayak apa ajalah kayak mungkin kacang, apa ciki, apa apa pokoknya dicemilin cemilin…"* (DS, 21 tahun, Pr)

Godaan paling sulit dihadapi informan adalah lingkungan sekitar mereka yang dikelilingi oleh banyak perokok. Hal itu dapat mempengaruhi keinginan informan untuk merokok kembali. Strategi yang digunakan informan untuk mengatasi hal tersebut dengan menghindari lingkungan perokok. Bentuk menghindari lingkungan perokok yang dilakukan seperti pergi ke ruangan ber AC, pergi ke perpustakaan, menghindari teman yang merokok, berhubungan dengan orang yang tidak merokok, dan mematahkan rokok teman.

> *"saya ngajak mereka itu ke tempat yang AC…"* (DS, 21 tahun, Pr)

> *"…bikin aturan pribadi atau aturan dikantor kalau anda ketua atau punya wewenang atau jabatan dikantor, jangan atau dilarang merokok dikantor itu akan mempengaruhi anda..."* (AB, 27 tahun, Lk)

Hal terakhir yang dilakukan informan sebagai bentuk mekanisme *coping* ialah menyugesti diri sendiri untuk menghindari godaan merokok dengan mengubah *mindset* dan mengingat risiko yang akan terjadi kedepannya.

> *"…mindsetnya dirubah, gak asem gak asem gak asem, karena kan kalau kata orang sih katanya semua berawal dari pikiran, jadi gak asem gak asem jadi ya udah akhirnya lupa sendiri rasa asem itu"* (DS, 21 tahun, Pr)

PEMBAHASAN

Penelitian ini menemukan faktor sosial seperti pergaulan dengan teman sebaya dan faktor dari dalam diri berupa rasa penasaran dan coba-coba. Biasanya seseorang akan belajar kepada temannya terkait cara menghisap dan mengeluarkan asap rokok. Rasa ingin tahu tentang rokok merupakan prediktor yang mempengaruhi penggunaan rokok dan merupakan tahap awal terbentuknya perilaku

merokok di kalangan remaja.[14,15]. Remaja mendapat pengaruh dari lingkungan sosial terutama di sekolah terhadap status perokok, semakin banyak bergaul dengan teman perokok maka remaja yang merokok akan lebih mudah terpengaruh untuk merokok.[16,17] Salah satu cara yang dilakukan dengan mengatakan seseorang yang merokok bukan seorang lelaki (banci). Anak lelaki akan mudah mengadaptasi simbol-simbol sosial yang tumbuh di masyarakat berkaitan dengan maskulinitas dan perilaku merokok sebagai bentuk kedewasaan dari remaja tersebut.[18,19] Hal tersebut menempatkan derajat kemaskulinan mereka lebih rendah dibandingkan seseorang yang merokok, sehingga mereka akan merasa tertantang untuk mencoba rokok.

Perokok akan terus merokok karena faktor lingkungan sosial perokok, stres dan faktor finansial. Perokok mengkonsumsi rokok untuk menghilangkan stres karena *stressor* sosial dan ekonomi serta adanya permasalahan pribadi atau keluarga dan perasaan negatif serta mendapatkan ketenangan dan perasaan yang lebih baik.[20,21] Alasan lain karena perokok memiliki penghasilan sendiri untuk membeli rokok. Faktor finansial member berpengaruh terhadap aspek penggunaan rokok seperti inisiasi merokok, merokok saat ini, tingkat merokok, dan ketergantungan terhadap rokok. [22–27]

Penelitian ini menemukan bahwa perokok berhenti merokok karena mengalami pengalaman buruk berupa sakit akibat orang tua merokok yang dialami sewaktu masa anak-anak. Pengalaman yang dialami tersebut dijadikan sebagai bahan pembelajaran agar anak yang dikandungnya tidak mengalami sakit yang sama seperti yang dirasakan. Wanita yang memiliki tingkat motivasi yang lebih tinggi untuk meningkatkan kesehatan mereka sendiri dan bayi mereka lebih cenderung untuk berhenti merokok pada masa kehamilan.[28] Salah satu alasan mantan perokok dengan riwayat penyakit pernapasan akibat rokok adalah untuk mengurangi perkembangan risiko masalah kesehatan yang dialami.[29]

Alasan lainnya perokok berhenti merokok karena ingin mengubah perilakunya menjadi lebih sehat dan tidak mau memberikan dampak negatif pada lingkungan, faktor religi dan finansial. Beberapa penelitian juga mengungkapkan bahwa seorang perokok biasanya berhenti merokok karena faktor kesehatan agar terasa lebih bugar ketika melakukan aktifitas.[30,31] Perokok yang memiliki pasangan yang tidak menyukai merokok memberikan hubungan postif terhadap upaya berhenti merokok pada pasangannya.[32] Selain itu, faktor religi merupakan salah satu alasan seseorang berhenti merokok. Hal ini dikarenakan adanya larangan-larangan yang difatwakan oleh ulama dan berdasarkan dalil-dalil yang menyerukan bahwa rokok adalah benda haram.[33] Faktor religiusitas dan spiritualitas memiliki hubungan postif terhadap perilaku merokok dan religiusitas sebagai faktor protektif terhadap perilaku merokok.[34] Tekanan karena faktor finansial memberikan pengaruh dalam proses berhenti merokok karena secara tidak langsung mengurangi pengeluaran untuk kebutuhan lainnya.[35–39]

Berhenti merokok secara langsung atau bertahap merupakan pilihan strategi yang biasa diterapkan oleh setiap perokok dalam berhenti merokok. Strategi berhenti sangat erat kaitannya dengan metode yang digunakan oleh perokok. Kedua strategi tersebut akan sukses apabila seseorang memiliki kekuatan dalam diri untuk berhenti merokok. Kekuatan tersebut terdiri atas niat, motivasi, kepercayaan diri, komitmen, pengambilan keputusan dan manajemen niat merupakan hal yang paling mendasar yang harus dimiliki seseorang untuk berhenti merokok. Perilaku berhenti merokok sangat bergantung pada niat, tekad dan motivasi yang tinggi dari dalam seseorang sehingga kemungkinan untuk berhasil berhenti merokok ikut meningkat.[31,40,41] Salah satu bentuk komitmen yang dilakukan seorang perokok untuk berhenti merokok adalah berani menolak dan katakan ‘tidak’ kepada teman yang mengajak untuk merokok. Walaupun ada beberapa orang yang tidak berani mengatakan ‘tidak’ karena menghindari *image* sombong yang dikatakan temannya. Bentuk penolakan yang dapat dilakukan untuk menghindari *image* tersebut yaitu dengan cara menolak dengan cara berbohong seperti mengatakan hari ini tidak merokok karena sakit atau kurang sehat. Keinginan dan komitmen dalam melakukan perubahan merupakan hal yang terpenting da-

lam keberhasilan penghentian perilaku merokok.[42]

Dalam menghentikan kebiasaan perilaku merokok, seseorang harus berani mengambil risiko yang diambil berdasarkan keputusan yang akan dilakukan untuk menghentikan kebiasaan merokoknya. Pengambilan keputusan tersebut kaitannya dengan strategi *coping* yang akan dilakukan, kapan harus berhenti merokok dan berbagai keputusan lainnya yang didasari kepercayaan diri. Pemilihan waktu yang tepat sangat berpengaruh dalam penghentian merokok. Salah satu yang dapat dilakukan adalah berhenti merokok pada saat momen bulan Ramadhan. Saat Ramadhan, tidak ada yang merokok pada siang hari. Hal ini yang membuat para tenaga kesehatan menyarankan kepada masyarakat agar memanfaatkan bulan Ramadhan sebagai langkah awal upaya berhenti merokok.[43–46]

Hambatan berhenti merokok bersumber dari dalam dan maupun luar diri setiap individu. Hambatan dari dalam luar berupa tidak ada larangan merokok di beberapa area kampus seperti taman kampus, adanya tawaran atau ajakan merokok dari teman, perkataan negatif dari teman, ketemu dan bergaul dengan perokok, banyak ruang tak ber-*air conditioner* (AC), kerabat. Lingkungan kerja dan teman bergaul perokok merupakan faktor yang mempersulit atau menghambat keberhasilan dalam berhenti merokok karena selalu disuguhi dan ditawari, adanya ledekan dari teman, dan mencium bau asap rokok.[47,48] Hambatan dari dalam diri berupa godaan yang begitu kuat untuk merokok karena adanya masalah yang sedang dihadapi, melihat orang yang merokok, dan sugesti dari dalam diri untuk merokok. Pada fase awal berhenti merokok, efek candu rokok belum sepenuhnya hilang sehingga keinginan merokok akan selalu timbul pada saat kondisi-kondisi tertentu. Kecanduan, melihat teman yang merokok, ketegangan, penambahan berat badan, kebosanan, kegagalan dalam pemecahan masalah merupakan hambatan yang sering dihadapi dalam berhenti merokok.[31,49–51] Menurut Childs dan de Wit[52], stres memberikan pengaruh yang signifikan terhadap keinginan merokok, tapi tidak meningkatkan kebiasaan merokok. Namun, seseorang yang dapat mengatasi stres dan situasi yang menekan selama berhenti merokok kemungkinan dapat meningkat keberhasilan dalam upaya berhenti merokok di kalangan perokok yang termotivasi untuk berhenti merokok.[53]

Dalam penelitian ini, dukungan sosial hanya sebagai moderator dalam membantu mereka untuk berhenti merokok karena mengkontrol diri sendiri untuk tidak merokok merupakan hal yang terpenting, bukan nasihat dari orang lain untuk berhenti merokok. Perokok mendapatkan dukungan dari teman, keluarga dan pasangannya. Selain itu, perokok mendapat dukungan informasi dan instrumental berupa larangan merokok. Dukungan dari keluarga, teman, anti kontak sosial lainnya merupakan faktor protektif yang membantu seseorang dalam mengurangi tekanan emosional, mencegah timbulnya penyakit, untuk mengurangi keparahan penyakit, atau untuk meningkatkan pemulihan dari penyakit serta masalah-masalah kesehatan yang dialami.[54,55] Seorang perokok yang mendapatkan tekanan dan dukungan lebih banyak dari pasangan dan keluarganya akan cenderung melakukan usaha berhenti merokok, berhenti selama 3 bulan dan berkontribusi untuk menjaga perokok mencoba untuk menghentikan kebiasaan.[56–58] Seseorang yang aktif mencari informasi kaitannya dengan kesehatan dapat mempengaruhi perilaku kesehatan khususnya informasi mengenai berhenti rokok, karena dapat meningkatkan niat untuk menjalani perawatan berhenti merokok.[59,60] Dukungan sosial sangat penting selama proses inisiasi berhenti merokok karena memiliki pengaruh dalam peningkatan strategi *coping* yang mengarah pada aspek positif dalam penentuan strategi *coping* yang dilakukan sehingga *coping* dapat dilakukan dengan baik dan berdampak pada pengurangan risiko mengalami stress.[56,61]

Coping diartikan sebagai upaya khusus yang berorientasi pada perilaku dan psikologis untuk mengelola, mengurangi atau meminimalisir peristiwa-peristiwa yang dapat menimbulkan stres dan berdampak pada kesehatan mental dan fisik.[62,63] Setiap individu memiliki variasi masa-masa sulit yang dihadapi yaitu pada sebulan pertama berhenti merokok, 3 bulan pertama hingga 6 bulan pertama berhenti merokok.[47] Penelitian ini menemukan bahwa salah satu strategi yang

bisa dilakukan untuk meminimalisir stres akibat tidak merokok yaitu menyugesti pikiran dengan mengubah *mindset* atau cara merubah pola pikir seseorang terhadap rokok. Sugesti diri sendiri sangat jarang dilakukan oleh para perokok. Sugesti biasanya digunakan oleh para psikiater melalui metode hipnosis. Menurut Covino dan Bottari[64] hipnotis merupakan metode persepsi, emosi, dan atau perilaku seseorang melalui sugesti, perhatian terfokus, dan hubungan terapeutik. Menurut McDougall[64] sugesti menyebabkan orang bereaksi tanpa refleksi kritis dan menerima proposisi yang dikomunikasikan dengan keyakinan tanpa adanya alasan yang cukup logis.

Strategi *coping* lain yang dilakukan adalah dengan cara mengalihkan perhatian rokok dengan mengganti rokok dengan makanan dan minuman seperti minum air es, mengemil dan memakan permen. Hal tersebut dilakukan untuk menggantikan sesuatu yang hilang dari mulutnya dan menghilangkan rasa asam. Beberapa penelitian mengungkapkan bahwa perokok dapat mengalihkan perhatian terhadap rokok dengan mengganti rokok dengan hal lain seperti mengunyah permen, ngemil dan minum air putih.[31,47,65] Temuan dalam penelitian, salah satu cara yang bisa dilakukan untuk mengganti rokok adalah dengan menggigit es batu. Tujuan menggigit es batu untuk memanipulasi asap rokok dengan uap yang menyerupai asap kabut yang dihasilkan dari proses penguapan es di dalam mulut sehingga seseorang akan merasa asap tersebut seperti asap rokok. Hal ini relevan dengan yang diungkapkan Wills and Shiffman[66] bahwa *coping* memiliki peran penting dalam mencegah tingginya dorongan untuk merokok melalui pengurangan pengaruh negatif misalnya dengan menghindari situasi risiko tinggi atau hal-hal yang dapat memicu merokok. Hal tersebut dapat meningkatkan efikasi diri dan meningkatkan kemampuan seseorang untuk mengatasi dorongan untuk merokok.

Menghindari lingkungan perokok merupakan strategi yang paling efektif untuk berhenti merokok. Menghindari lingkungan perokok yang dimaksud adalah menghindari teman yang merokok dan mengupayakan ketempat-tempat yang memungkinkan seseorang untuk tidak merokok misalnya ruangan berAC atau perpustakaan. Lingkungan perokok merupakan godaan terbesar yang dihadapi informan dalam proses berhenti merokok. Menurut Donovan dan Jessor sebanyak 70% perokok karena pengaruh teman yang merokok. Upaya yang harus dilakukan adalah dengan menghindari pergaulan tersebut agar dapat mengontrol keinginan untuk merokok.[31,67]

Cara lain yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan hal-hal positif yang untuk mengurangi perasaan jenuh akibat tidak merokok. Biasanya perokok akan merasa sepi dan jenuh ketika tidak merokok karena rokok telah dianggap sebagai teman untuk menghilangkan rasa bosan dan jenuh. Oleh karena itu, untuk memanfaatkan waktu tersebut, perlu melakukan hal-hal yang dapat menyibukan diri melalui aktifitas yang hubungannya dengan hobi dan aktifitas positif lainnya seperti main musik, main *video game*, ikut organisasi, *chatting*, tidur, membaca buku, mendengarkan musik, bersepeda. Melakukan aktifitas positif merupakan salah cara efektif dalam mengontrol konsumsi rokok karena dapat meminimalkan dan mengalihkan perhatian waktu kosong yang memungkinkan seseorang untuk merokok.[28,65]

KESIMPULAN

Perokok berhenti merokok karena motif kesehatan (ingin lebih sehat, tidak memberi dampak negatif terhadap orang lain dan lingkungan, pengalaman buruk yang dialami) dan motif non kesehatan (merokok adalah haram dan pengeluaran membeli rokok lebih banyak dari kebutuhan untuk makan). Dukungan sosial sebagai moderator dalam berhenti merokok. *Coping* sebagai pengendali dalam berhenti merokok

SARAN

Perlu penguatan regulasi mengenai rokok dan memperluas kawasan bebas asap rokok. Implementasi kebijakannya pun perlu diterapkan secara optimal.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada program studi magister kesehatan masyarakat, fakultas kedokteran, kesehatan masyarakat, dan keperawatan,

Universitas Gadjah Mada dan seluruh informan yang terlibat dalam penelitian.

DAFTAR REFERENSI

1. Eriksen M, Mackay J, Schlunger N, Gomeshtapeh FI, Drop J. The Tobacco Atlas. Fifth. Vol. 80, The Quarterly Review of Biology. Georgia: American Cancer Society; 2015.
2. Kemenkes RI. Perilaku Merokok Masyarakat Indonesia Berdasarkan Riskesdas 2007 dan 2013. Infodatin Pusat Data Informasi Kementerian Kesehatan RI. 2015. p. 1–12.
3. Dinas Kesehatan DIY. Laporan Rekapitulasi Cakupan PHBS. Dinas Kesehatan DIY: Yogyakarta; 2017.
4. Syafiie RM, Frieda N, Kahija Y La. Stop Smoking! : Studi Kualitatif Terhadap Pengalaman Mantan Pecandu Rokok dalam Menghentikan Kebiasaannya. 2009;1–21.
5. World Health Organization. Global Adult Tobacco Survey: Indonesia Report 2011. 2012. 1–182 p.
6. RSRespira. Kunjungan konseling berhenti merokok. Rumah Sakit Paru Respira Bantul ; DIY; 2016.
7. Brose LS, West R, Michie S, McEwen A. Changes in success rates of smoking cessation treatment associated with of a national evidence-based training programme. Prev Med (Baltim). 2014;69:1–4.
8. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983;51(3):390–5.
9. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. San Fransisco: Jossey-Bass; 2008.
10. Breslau N, Peterson EL. Smoking cessation in young adults: Age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. Am J Public Health. 1996;86(2):214–20.
11. Wang IJ, Gjengedal E, Larsen T. "Passed and cleared" - former tobacco smokers' experience in quitting smoking. Glob Health Promot. 2014;21(2):57–65.
12. Smith AL, Carter SM, Chapman S, Dunlop SM, Freeman B. Why do smokers try to quit without medication or counselling? A qualitative study with ex-smokers. BMJ Open. 2015;5(4):e007301.
13. Donev D, Pavlekovic G, Zaletel-Kragelj L. Social Networks and Social Support in Health Promotion Programmes. 2008;(January 2015).
14. Guo Q, Unger J, Palmer P, Chou C-P, Johnson A. The Role of Cognitive Attributions for Smoking in Subsequent Smoking Progression and Regression among Adolescents in China. Addict Behav. 2013;13(2):83–96.
15. Portnoy DB, Wu CC, Tworek C, Chen J, Borek N. Youth curiosity about cigarettes, smokeless tobacco, and cigars: Prevalence and associations with advertising. Am J Prev Med. 2014;47(2 SUPPL. 1):S76–86.
16. Hitchman SC, Fong GT, Zanna MP, Thrasher JF, Laux FL. The relation between number of smoking friends, and quit intentions, attempts, and success: Findings from the international tobacco control (ITC) four country survey. Psychol Addict Behav. 2014;28(4):1144–52.
17. Bellatorre A, Choi K, Bernat D. The Influence of the Social Environment on Youth Smoking Status. Prev Med. 2015;
18. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. Soc Sci Med. 2000;50(10):1385–401.
19. Ng N, Weinehall L, Öhman A. "If I don't smoke, I'm not a real man" - Indonesian teenage boys' views about smoking. Health Educ Res. 2007;22(6):794–804.
20. Tsourtos G, Ward PR, Muller R. Smoking and stress: The double-edged sword of living in a disadvantaged area. Australas Med J. 2008;1(1).
21. Shuaib F, Foushee HR, Ehiri J, Bagchi S, Baumann A, Kohler C. Smoking,

sociodemographic determinants, and stress in the Alabama Black Belt. J Rural Heal. 2010;27(1):50–9.
22. Advani PS, Reitzel LR, Nguyen NT, Fisher FD, Savoy EJ, Cuevas AG, et al. Financial Strain and Cancer Risk Behaviors among African Americans. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2014;23:967–75.
23. Hernandez DC, Reesor L, Reitzel LR, Businelle MS, Wetter DW, Kendzor DE. Smoking, Financial Strain, and Food Insecurity. Heal Behav Policy Rev. 2017;4 (2):182-188 (7).
24. Siahpush M, Borland R, Scollo M. Smoking and financial stress. Tob Control. 2003;12(1):60–6.
25. McKenna CS, Law C, Pearce A. Financial Strain, Parental Smoking, and the Great Recession: An Analysis of the UK Millennium Cohort Study. Nicotine Tob Res. 2016;(April):ntw269.
26. Perelman J, Alves J, Pfoertner T-K, Moor I, Federico B, Kuipers MAG, et al. The association between personal income and smoking among adolescents: a study in six European cities. Addiction. 2017;
27. Widome R, Joseph AM, Hammett P, Van Ryn M, Nelson DB, Nyman JA, et al. Associations between smoking behaviors and financial stress among low-income smokers. Prev Med Reports. 2015;2:911–5.
28. Leung LWS, Davies GA. Smoking Cessation Strategies in Pregnancy. J Obstet Gynaecol Canada. 2015;37(9):791–7.
29. Jones A. Diagnosis on Smoking Cessation. Br J Nurs. 2017;26(14).
30. Turner L, Mermelstein R, Flay B. Individual and contextual influences on adolescent smoking. Ann N Y Acad Sci. 2004;1021:175–97.
31. Sensussiana T. Studi Fenomenologi; Pengalaman Perubahan Perilaku Berhenti Merokok Tahap Action dan Manitenance Berdasarkan Transtheortical Theory pada Remaja di SMAN 1 Cawas. Tesisi. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2016.
32. West R, McEwen A, Bolling K, Owen L. Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow-up. Addiction. 2001;96(6):891-902.
33. Surat Keputusan Pimpinan Pusat Muhammadiyah. Fatwa Majelis Tarjih dan Tajdid Pimpinan Pusat Muhammadiyah No.6/SM/MTT/III/2010 Tentang Hukun Merokok. 2010;(6):1–8.
34. Koenig HG. Spirituality and Health Research; Methods, Measurement, Statistics, and Resources. West Conshohocken, PA: Templeton Press; 2011.
35. Busch SH, Jofre-Bonet M, Falba TA, Sindelar JL. Burning a hole in the budget: Tobacco spending and its crowd-out of other goods. Appl Health Econ Health Policy. 2004;3(4):263–72.
36. Wang H, Sindelar JL, Busch SH. The impact of tobacco expenditure on household consumption patterns in rural China. Soc Sci Med. 2006;62(6):1414–26.
37. Guillaumier A, Bonevski B, Paul C. "Cigarettes are priority": A qualitative study of how Australian socioeconomically disadvantaged smokers respond to rising cigarette prices. Health Educ Res. 2014;30(4):599–608.
38. Yao T, Huang J, Sung H-Y, Ong MK, Mao Z, Jiang Y, et al. Determinants of smoking-induced deprivation in China Tingting. Tob Control. 2015;24 (4):iv35–iv39.
39. Kendzor DE, Businelle MS, Waters AF, Frank SG, Hébert ET. Financial strain indirectly influences smoking cessation through withdrawal symptom severity. Drug Alcohol Depend. 2018;183(June 2017):55–61.
40. Fawzani N, Triratnawati A. Terapi Berhenti Merokok: Studi Kasus Tiga Perokok Berat. J Kesehat. 2005;9 (I); 15-.
41. Torre G La. Smoking Prevention and Cessation. Rome, Italy: Spinger; 2013.
42. Kahler CW, LaChance HR, Strong DR, Ramsey SE, Monti PM, Brown RA.

The commitment to quitting smoking scale: Initial validation in a smoking cessation trial for heavy social drinkers. Addict Behav. 2007;32(10):2420–4.
43. Chandola T, Head J, Bartley M. Socio-demographic predictors of quitting smoking: How important are household factors? Addiction. 2004;99(6):770–7.
44. Ghouri N, Atcha M, Sheikh A. Influence of Islam on smoking among Muslims. Br Med J. 2006;332(7536):291–4.
45. Mahroof R, Syed R, El-Sharkawy A, Hasan T, Ahmed S, Hussain F. Ramadan health guide. 2007;30.
46. Aveyard P, Begh R, Sheikh A, Amos A. Promoting smoking cessation through smoking reduction during Ramadan. Addiction. 2011;106(8):1379–80.
47. Asropi. Efikasi Diri Mantan Perokok Dalam Mempertahankan Perilaku Tidak Merokok (Studi Kualitatif Mantan Perokok di Kabupaten Bengkulu Utara). Tesis. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada; 2016.
48. Siriwong S. Exploring Quitting Smoking Behavior Among Royal Thai Navy Personnel With the Transtheoretical Model. Procedia - Soc Behav Sci. 2015;191:1062–8.
49. Rimer BK, Orleans CT, Keintz MK, Cristinzio S, Fleisher L. The older smoker. Status, challenges and opportunities for intervention. Chest. 1990;97(3):547–53.
50. Kerr SM, Watson H, Tolson D, Lough M, Brown M. Other Developing evidence-based smoking cessation training/education initiatives in partnership with older people and health professionals. Glasgow, Scotland: Caledonian Nursing & Midwifery Research Centre; 2004.
51. Schofield I, Tolson D. An exploration of the smoking-related health beliefs of older people with chronic obstructive pulmonary disease. J Clin Nurs. 2007;16:1726–35.
52. Childs E, de Wit H. Effects of acute psychosocial stress on cigarette craving and smoking. Nicotine Tob Res. 2010;12(4):449–53.
53. Skov-Ettrup LS, Egan KK, Dalum P, Tolstrup JS. Stress-related expectations about smoking cessation and future quit attempts and abstinence - a prospective study in daily smokers who wish to quit. Prev Med Reports. 2017;6:187–90.
54. Porritt D. Social support in crisis: Quantity or quality? Soc Sci Med Part A Med Psychol Med. 1979;13(C):715–21.
55. Rausa BA. Social Support. Encycl Aging Public Heal. 2008;751–4.
56. Mermelstein R, Cohen S. Social support and smoking cessation and manteinance. J Consult Clin Psychol. 1986;(4):447–53.
57. Burns RJ, Rothman AJ, Fu SS, Lindgren B, Joseph AM. The Relation between Social Support and Smoking Cessation: Revisiting an Established Measure to Improve Prediction. 2014;47(3):369–75.
58. De Jesus MCP, Da Silva MH, Cordeiro SM, Kortchmar E, De Barros Zampier VS, Merighi MAB. Understanding unsuccessful attempts to quit smoking: A social phenomenology approach. Rev da Esc Enferm. 2016;50(1):71–8.
59. Van Der Rijt GAJ, Westerik H. Social and cognitive factors contributing to the intention to undergo a smoking cessation treatment. Addict Behav. 2004;29(1):191–8.
60. Bigsby E, Hovick SR. Understanding Associations between Information Seeking and Scanning and Health Risk Behaviors: An Early Test of the Structural Influence Model. Health Commun. 2017;33(3):315–25.
61. Niven N. Psikologi Kesehatan Keperawatan Pengantar untuk Perawat dan Profesional Kesehatan Lain. Jakarta: EGC; 2002.
62. Taylor SE, Stanton AL. Coping Resources, Coping Processes, and Mental Health. Annu Rev Clin Psychol. 2007;3(1):377–401.
63. Jannone L, O'Connell KA. Coping strategies used by adolescents during

smoking cessation. J Sch Nurs. 2007;23(3):177–84.
64. Covino N a, Bottari M. Hypnosis, behavioral theory, and smoking cessation. J Dent Educ. 2001;65(4):340–7.
65. Sugito. Stop Merokok. Jakarta: Penebar Swadaya; 2009.
66. Brodbeck J, Bachmann MS, Znoj H. Distinct coping strategies differentially predict urge levels and lapses in a smoking cessation attempt. Addict Behav. 2013;38(6):2224–9.
67. Apriyani T, Evi AH. Mengapa Late Chilhood Merokok? J Hum vol2. 2011;