



**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS SRIWIJAYA**

NOMOR ISBN : 978-979-587-897-1

# **PROSIDING SEMINAR NASIONAL KESEHATAN MASYARAKAT 2020**

**" PELUANG DAN TANTANGAN EPIDEMIOLOGI  
DALAM KETAHANAN DAN KESEHATAN GLOBAL  
DI ERA PANDEMI COVID-19 "**

**INDRALAYA, 13-14 OKTOBER 2020**



# GAMBARAN PENERAPAN SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT PADA STAKEHOLDER DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS KECAMATAN PENJARINGAN JAKARTA UTARA TAHUN 2019

Mayumi Nitami,<sup>1\*</sup> Decy Situngkir,<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dosen Program Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Esa Unggul

<sup>2</sup> Program Studi Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Esa Unggul

\*Corresponding email: mayumi.nitami@esaunggul.ac.id,

## DESCRIPTION OF THE IMPLEMENTATION OF COMMUNITY BASED TOTAL SANITATION (CBTS) AT STAKEHOLDERS IN THE WORKING AREA OF PUSKESMAS, KECAMATAN PENJARINGAN, NORTH JAKARTA IN 2019

### ABSTRACT

*Long-term, this research wants to know the profile of community-based total sanitation conditions, create learning modules on community-based total sanitation (CBTS), and provide recommendations for improving community-based total sanitation conditions among stakeholders so that it can improve health status in all working areas of the Puskesmas, Penjaringan District, North Jakarta. Specific targets to be achieved in this study are to identify the profile of a community-based total sanitation program, knowing the form of CBTS implementation for each stakeholder in accordance with their respective roles and responsibilities. The method that will be used to achieve long-term goals is to use qualitative study analysts. The first stage is to know the description of community-based total sanitation in the work area of the Puskesmas, Penjaringan District, North Jakarta by using interview guidelines and document review and observing community-based total sanitation conditions and the second stage of this research is knowing the form of application of CBTS for each stakeholder according to their respective roles and responsibilities -Each. The results in this study are that there are still many CBTS targets that have not been achieved and there is still a lack of stakeholder participation in achieving the desired targets. The networking community still needs motivation and support from various parties in creating a good sanitation area, so it needs support from various relevant stakeholders, especially community apparatus themselves to be more focused and more focused on running CBTS.*

**Keyword:** CBTS, Stakeholder, sanitation, programme

### ABSTRAK

Jangka panjang penelitian ini ingin mengetahui profil kondisi sanitasi total berbasis masyarakat, membuat modul pembelajaran mengenai sanitasi total berbasis masyarakat (STBM), serta memberikan rekomendasi dalam meningkatkan kondisi sanitasi total berbasis masyarakat dikalangan stakeholder sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan di seluruh wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Penjaringan, Jakarta Utara. Target Khusus yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah mengidentifikasi profil program sanitasi total berbasis masyarakat, mengetahui bentuk penerapan STBM setiap stakeholder sesuai dengan peran dan tanggungjawabnya masing-masing. Metode yang akan di pakai Untuk Mencapai Tujuan Jangka Panjang menggunakan analisis Kualitatif. Tahap Pertama adalah mengetahui gambaran sanitasi total berbasis masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Kecamatan Penjaringan, Jakarta Utara dengan menggunakan pedoman wawancara dan telaah dokumenserta mengobservasi kondisi sanitasi total berbasis masyarakat dan Tahap Kedua dari penelitian ini adalah mengetahui bentuk penerapan STBM setiap stakeholder sesuai dengan peran dan tanggungjawabnya masing-masing. Hasil dalam penelitian ini adalah masih banyak target STBM yang belum tercapai dan masih kurang keikutsertaan stakeholder dalam mencapai target yang diinginkan. Masyarakat penjaringan masih membutuhkan motivasi dan dukungan dari berbagai pihak dalam menciptakan daerah sanitasi yang baik, sehingga perlunya dukungan dari berbagai pemangku kepentingan terkait, khususnya perangkat masyarakat sendiri untuk lebih dan fokus dalam menjalankan STBM.

**Kata Kunci:** STBM, Stakeholder, sanitasi, program

## PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan memiliki tujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat setiap orang dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi pembangunan sumber daya manusia produktif baik secara sosial maupun ekonomis (Kemenkes, 2015). Salah satu permasalahan yang mendominasi dalam pembangunan kesehatan adalah masalah sanitasi. Banyak tantangan yang dialami oleh Indonesia dalam meningkatkan sanitasi antara lain tantang sosial, tantangan budaya dan perilaku masyarakat yang masih terbiasa membuang air besar di sembarangan tempat, khususnya ke badan air dan dimana mereka juga menggunakan air tersebut untuk mencuci, mandi dan kebutuhan lainnya (Achmadi, 2008). Pemerintah harus terus berusaha mengatasi masalah sanitasi, terutama pada penggunaan jamban sehat.

Program STBM memiliki strategi khusus meliputi tiga komponen yang saling mendukung satu sama lainnya (Kar & Chamber, 2008). Pada tahun 2008 Kemkes RI mengeluarkan Kepmenkes RI nomor 852/Menkes/SK/IX/2008 tentang Strategi Nasional lalu diperkuat dengan Permenkes RI no.3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. STBM adalah pendekatan dalam merubah perilaku hygiene dan sanitasi metode pemberdayaan masyarakat dengan cara pemucuan. Stakeholder merupakan pemangku kepentingan banyak orang yang dijelaskan oleh para ahli sebagai kelompok atau individu yang mampu mempengaruhi dan atau dipengaruhi oleh sesuatu untuk pencapaian tujuan tertentu (Wahyudi, 2008)

Prinsip dari pelaksanaan STBM adalah meningkatkan fasilitas sanitasi dasar dengan pokok kegiatan menggali potensi dari masyarakat untuk membangun sarana sanitasi sendiri baik individu maupun gotong royong dan mengembangkan solidaritas sosial. Kemenkes RI no.852/2008 menyebutkan peran dan tanggung jawab pemangku kepentingan memiliki peran dan tanggung jawab dalam mempersiapkan masyarakat di tingkat kecamatan, pemerintah kecamatan berperan dan bertanggung jawab dalam berkoordinasi serta memberi dukungan bagi kader pemicu STBM dengan bekerja sama Badan Pemerintah yang lain.

Harapan pemerintah dengan pemucuan mampu merubah perilaku masyarakat untuk memperbaiki kondisi sanitasi lingkungan dilingkungan mereka, sehingga mampu mencapai target Open Defecation Free (ODF) pada suatu wilayah (Kemenkes RI,2012). Suatu desa menjadi ODF atau Bebas BABs jika 100% penduduk desa tersebut mempunyai akses BAB di jamban sehat dan tidak membuang sembarangan. Menurut sekretaris STBM Nasional, capaian ODF di Indonesia secara nasional hingga tahun 2014 baru 44,17% dari semua daerah yang melaksanakan STBM ke masyarakat (Kemenkes RI, 2014). Wilayah kerja puskesmas kecamatan penjaringan, jakarta utara memiliki 6 Puskesmas kelurahan, dimana dari 6 Puskesmas tersebut baru 1 Puskesmas kelurahan yang mencapai indikator 100% dengan status deklarasi. Hal ini menyebabkan peneliti ingin mengetahui seperti apa bentuk implementasi program STBM dan peran Stakeholder STBM dalam menjalankan program STBM ke masyarakat.

Penelitian ini memiliki tujuan yang nantinya akan dapat bermanfaat bagi pengembangan dan peningkatan kualitas hidup masyarakat yang memiliki derajat kesehatan yang tinggi. Agar dapat mengetahui permasalahan STBM dan kemudian akan dihubungkan terhadap permasalahan program STBM yang dilaksanakan. Agar dapat meningkatkan keberhasilan program STBM di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Penjaringan, Jakarta Utara 2019.



## METODE

Penelitian ini akan dilaksanakan wilayah kerja Puskesmas Penjaringan, Jakarta Utara. Variabel penelitian ini adalah Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) dan Peran Stakeholder. Metode penelitian ini menggunakan studi kualitatif. Jenis penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang bersifat observasional, menggunakan desain studi *cross sectional*. Teknik pengumpulan data menggunakan *total sampling* dimana responden penelitian ini adalah seluruh stakeholder yang terlibat dalam program STBM di wilayah kerja Puskesmas Penjaringan, Jakarta Utara.

## HASIL

Hasil penelitian ini mendapatkan gambaran pelaksanaan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) bahwa dari 5 pilar STBM masih banyak yang belum terselesaikan, terutama untuk menciptakan Stop BABs masih sangat sulit dilakukan, terkait dengan fasilitas, sarana dan prasarana serta dukungan-dukungan dari beberapa pihak masih sangat minim sekali.

Hal ini dibuktikan dengan hasil wawancara mendalam kepada pihak puskesmas yang memegang program STBM:

*“masih sangat sulit untuk mencapai target STBM, soalnya wilayah sini kan juga kemampuan finansialny kurang, trus sarana prasarana juga masih belum mendukung. apalagi masyarakatnya, hmmm... susah banget buat diberdayakan, mereka fikir ini kerjanya kita, bukan mereka... gtu...”*

berdasarkan tokoh masyarakat kecamatan penjaringan:

*“masyarakat disini tuh.. agak susah diajak buat gotong royong gtu... mereka tau sebenarnya manfaatnya buat mereka, tapi karna harus mengeluarkan biaya mereka jadi malas gtu, yaa soalnya kan mereka itu rata-rata penghasilannya kecil, cukup buat makan saja, anak-anak aja banyak yang gak sekolah....”*

berdasarkan masyarakat:

*“yaaa gimana yaa mba... kita sih maunya pemerintah ngerti gitu sama keadaan kita, yaa kalau pun mau sum-sum kita yaaaa... Cuma sanggup berapa, kadang kami juga pengen mba bisa lebih sehat, tapi keadaan mba...”*

Hal ini sangat mempengaruhi pencapaian target dari STBM itu sendiri. Keaktifan dari stakeholder yang harusnya berperan, masih jarang terlaksana dalam memberdayakan masyarakat secara langsung turun ke masyarakat, mereka hanya melaksanakan perencanaan dan evaluasi tanpa ikut serta turun ke lapangan untuk mengikuti kegiatan-kegiatan tersebut.

Menurut masyarakat:

*“ada sih mba... kadang yang ikut pak RT, karang taruna, terus kayaknya ada dari pemerintahan gitu yang ikut, kadang juga ada beberapa warga yang diundang... disana kita rapat, rapatnya yaaa... bahasnya tentang masalah-masalah kesehatan yang ada di wilayah sini, terus mau diapain biar baik lagi..., tapi udah gtu ajaa... klo ke tempat kita mah jarang, paling keliling doang, ga ada rembuk-rembukan gitu...”*

Menurut Petugas Puskesmas:

*“sulitnya waktu untuk mengumpulkan menjadi salah satu kendala dari stakeholder untuk bertemu, dan mereka juga kadang diwakilkan oleh orang lain juga, jadinya yaaa susah... jadi yang udah-udah tu inisiatif puskesmas dan kerjasama dengan warga yang emang beneran peduli, jadi ada beberapa warga yang mau..”*

Selain itu juga, ada beberapa dari stakeholder yang tidak mengetahui dan kurang mengerti dengan perannya sebagai salah satu pemangku kepentingan terkait STBM ini, sehingga untuk merencanakan dan melaksanakan program menjadi lebih sulit. Menurut mereka lebih baik program dilakukan per lingkup kecil, sehingga lebih fokus dan efektif.

Berikut hasil wawancara dengan Pak RT dari RT 2:

*“.....saya gatau mba saya harus ngapain, ikut-ikut rapat aja, tapi ga ada pembagian tugas, soalnya kan yang datang banyak,..... harusnya mungkin bisa lebih baik jika dilingkup kecil rapatnya, biar pokus gitu ke orang-orangnya...”*

Jadi, pelaksanaan STBM dan Peran stakeholder di wilayah kerja puskesmas Penjaringan masih banyak kendala yang harus diselesaikan, terutama pada pemahaman masyarakat terkait pelaksanaan STBM yang ada dimasyarakat. 5 Pilar STBM yang dilaksanakan di kecamatan Penjaringan, hanya Pengelolaan air minum dan makanan yang baik, selebihnya masih banyak pilar yang belum diatasi, dilihat dari hasil observasi wilayah tersebut sangat sulit untuk mencapai kelima pilar tersebut.

Selain itu bentuk motivasi yang ada dalam pelaksanaan STBM di Penjaringan hanya pada hasil saja, tidak berdasarkan proses. Karen kurangnya pemahaman dan pendekatan yang dilakukan kepada masyarakat, sehingga sebagian masyarakat pun tidak terlalu peduli ada atau tidaknya STBM diwilayah mereka.

Masyarakat:

*“..... ya itu tadi mba, saya karna ndak ada duitnya, saya ga bis apa-apa gtu, kalau emang mau dilakukan perbaikan sarana disini yaaa ayaoook aja.. paling bantu tenaga, kalo biaya ga sanggup..”*

Tokoh Masyarakat:

*“.....sebenarnya minat mereka ada mba, mereka ingin sehat, gamau juga hidup kayak gini dilingkungan kumuh, tapi yaaa itu balik lagi, mereka dari awal udah mikir biaya, jadinya yaudahlah gini aja juga udah cukup..... banyak yang seperti itu.....”*

Pelaksanaan STBM di wilayah kerja Puskesmas penjaringan masih belum efektif, hal ini dapat terlihat masih belum deklarasi di beberapa wilayah terkait stop BABs. Hal ini berkaitan dengan jarak instalasi pembuangan tinja yang belum memenuhi syarat mulai dari jarak, jenis pembuangan namun yg paling sulit adalah jarak dari sumber air. Kondisi lingkungan dengan jumlah hunian padat, sempit, dan kumuh di wilayah seperti RW 12 dan 13 Penjaringan tidak memungkinkan warga membangun tangki septik dengan jarak minimal 10 m dari sumur gali. Begitu juga dengan pilar lainnya, dilihat berdasarkan hasil observasi yang melihat kondisi lingkungan yang sangat sulit untuk dilakukannya STBM khususnya wilayah pesisir pantai.



## PEMBAHASAN

Pelaksanaan STBM diwilayah ini masih kurang peranan dari stakeholder yang ada. Stakeholder yang harusnya bisa memotivasi masyarakat untuk meningkatkan kesadaran, justru sangat kesulitan dalam melaksanakan peran dan tanggung jawab tersebut, karena kurangnya pemahaman mereka terkait tugas yang harus dikerjakan. Edukasi atau pendidikan kesehatan dianggap sebagai komponen promosi kesehatan (Dee Leeuw, 1989). Edukasi dalam suatu kegiatan bertujuan meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap, dan mengarahkan perilaku yang diinginkan oleh kegiatan tersebut (Heri D.J Maulana, 2007). Berdasarkan teori tersebut maka perlu dilakukan pendidikan kesehatan untuk masyarakat agar mudah mengajak masyarakat untuk berpartisipasi dalam menyelesaikan masalah sanitasi yang berada di lingkungan, membangun kapasitas kelompok, kesadaran dan meningkatkan kebutuhan mereka akan STBM ini, serta opsional teknologi yang bisa digunakan dalam melengkapi fasilitas STBM yang dibutuhkan. Hal ini diperlukan pendampingan kepada masyarakat untuk memotivasi, menurut Pane (2009) dari hasil penelitiannya kegiatan pendampingan program yang kurang baik pasca pemicuan dilakukan dapat menyebabkan masyarakat kembali berperilaku buruk karna tidak adanya monitoring. Berdasarkan penelitian terkait, untuk meningkatkan kesadaran dari masyarakat dilakukan pemantauan dan monitoring berkala setiap 1 dan 2 minggu sekali setiap bulannya, yang dipantau adalah komitmen masyarakat (Sitra,dkk, 2019).

Pelaksanaan STBM pokok kegiatannya terdiri dari advokasi, pengembangan kapasitas lembaga dan peningkatan kemitraan antar stakeholder. Pokok kegiatan ini harusnya direncanakan dengan baik, ditetapkan berdasarkan keputusan bersama, dan dipecahkan secara bersama, sesuai dengan metodenya kegiatan yang berbasis masyarakat. Sehingga masyarakat sendiri yang menganalisis masalahnya, mencari solusinya, merencanakan kegiatannya hingga monitoring dan evaluasi. Berdasarkan penelitian Fatonah (2016), factor yang mempengaruhi rendahnya partisipasi dalam pelaksanaan STBM adalah secara internal stakeholder yang wajib ikut terlibat dalam program STBM ini adalah seperti pemerintah daerah, perangkat desa dan fasilitator (petugas kesehatan). Jadi, untuk meningkatkan keefektifitasan pelaksanaan STBM harus terlibat stakeholder terkait, untuk meyakinkan kepada masyarakat akan pentingnya kesadaran dalam pelaksanaan STBM ini. Begitu juga yang dijelaskan dalam Pedoman Pelaksanaan Teknis STBM (2012) bahwa keterlibatan pemangku kepentingan harus mendukung upaya pemerintah berupa pembiayaan, advokasi dan bantuan teknis. Advokasi merupakan upaya yang sangat diperlukan untuk mengingatkan dan mendesak negara dan pemerintah untuk berperilaku konsisten dan bertanggungjawab dalam melindungi dan mensejahterakan warganya. Hal ini berarti para pelaksana advokasi tanggung jawab untuk ikut berperanserta menjalankan fungsi pemerintahan dan negara (zulyadi, 2014).

Kemitraan yang dimaksud dalam program STBM adalah salah satu upaya untuk mendukung penyelenggaraan STBM, seperti melakukan koordinasi lintas sektor dan lintas program, jejaring kerja, dan kemitraan dengan para pamangku kepentingan (Kemenkes RI, 2014). Kondisi Jakarta yang sangat padat, dan masih banyak terdapat wilayah-wilayah *slum area* menyebabkan pemikiran pesimis untuk melakukan pendekatan STBM oleh mitra setempat untuk melaksanakan kegiatan ini kepada masyarakat. Kenyataannya, STBM yang dibentuk dari masyarakat merupakan kunci sukses dalam gerakan ini. Selain itu, jumlah sanitarian yang masih belum mencukupi untuk wilayah Penjarangan juga menjadi hambatan, oleh karena itu kesenjangan ini perlu diatasi dengan peningkatan mitra yang mampu membantu dan berkomitmen untuk hal ini. Strategi pemicuan harus dilakukan secara individu, namun untuk konteks pemukiman padat Jakarta, strategi pemicu juga bisa dilakukan pada kelompok.

Hal ini dibuktikan selama proses verifikasi dan deklarasi STBM, kesulitan yang sering ditemui adalah melibatkan unit terkecil wilayah dalam sistem monitoring seperti desa/kelurahan. Strategi ini mempermudah pengelolaan STBM pada unit terkecil wilayah di tingkat RT/RW dalam mengimplementasikan program di perkotaan.

Perlu adanya pemantauan khusus yang terencana dan sistematis sebagai bentuk kepedulian pemerintah, karena pemantauan sangat berperan penting dalam pelaksanaan suatu program, menurut Supriyanto dan Damayanti (2007) pemantauan mampu menjadi kegiatan evaluasi formatif pada tahap pelaksanaan program untuk mengubah atau memperbaiki program. Evaluasi dapat dilaksanakan jika ada dokumentasi lengkap dan rutin, sehingga dapat melihat perkembangan program, hal ini dapat dilakukan dengan adanya pencatatan dan pelaporan. Sesuai dengan teori pencatatan memiliki manfaat dalam memberi informasi tentang keadaan masalah, memberikan bukti dari suatu kegiatan, menjadi bahan proses belajar dan penelitian, serta sebagai pertanggungjawaban untuk bahan pembuatan laporan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi, bukti hukum, alat komunikasi dalam menceritakan hasil kegiatan yang telah dilaksanakan (Mubarak, 2012).

## KESIMPULAN DAN SARAN

Strategi dalam upaya meningkatkan indikator STBM ini masih perlu kerja keras bersama dalam melibatkan stakeholder dengan masyarakat, memberikan motivasi yang dapat memicu dan meningkatkan kesadaran untuk melaksanakan STBM ini. Adapun saran yang bias direkomendasikan adalah menyusun ulang strategi pencapaian program secara bersama dengan melibatkan masyarakat secara optimal.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Achmadi, Umar F. 2008. *Horison Baru, Kesehatan Masyarakat Di Indonesia*. Jakarta: Rineka Cipta.
2. Adisasmito, W, 2008, *Sistem Kesehatan*, PT Raja Grafindo Persada, Jakarta.
3. Boalemo Gorontalo, Tesis, Universitas Diponegoro.
4. Bryan, dkk, 1987. *Manajemen Pembangunan Untuk Negara Berkembang*. LP3ES: Jakarta
5. Chandra, B, 2007. *Pengantar kesehatan lingkungan*. Kedokteran EGC: Jakarta
6. Deak, A., 2008, *Taking community-led total sanitation to scale: movement*,
7. Dee Leeuw. (1989). *The same revolution : Health Promotion backgrounds, scope, prospects*. Assen / Maastrich: van Gorcum.
8. Ditjen PP dan PL, 2013, *Road Map Percepatan Program STBM 2013-2015*,
9. Heri D.J Maulana. (2007). *Promosi Kesehatan* . Jakarta: Kedokteran EGC.
10. Kar, K dan R.Chambers. 2008. *Handbook on Community-Led total Sanitation*. Plan UK: London
11. Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Permenkes RI No. 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat*. Jakarta
12. KemenKes, 2008. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 852/Menkes/SK/IX/2008 Strategi nasional sanitasi total berbasis masyarakat*. Jakarta: Kemenkes RI.
13. Kementerian Kesehatan. 2015. *Permenkes No. 33 Th 2015 Penyusunan Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI
14. Kementerian Kesehatan. 2012. *Pedoman Pelaksanaan Teknis STBM*. Jakarta: Kemenkes RI
15. *Millenium Challenge Account-Indonesia.2015. Pedoman Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat*. Jakarta: MCA-Indonesia

16. Mubarak, N. C. (2007). *Promosi Kesehatan : Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar Dalam Pendidikan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
17. Pane, E, 2009. Pengaruh Perilaku Keluarga Terhadap Penggunaan Jamban. *Jurnal kesehatan Masyarakat Nasional*. Hal. 229
18. Rosensweig, Fred dan Derko Kopitopoulos, 2010. Building the Capacity of Local Government to Scale Up Community-Led Total Sanitation and Sanitation Marketing in Rural Areas. World Bank: Water Sanitastion Program
19. Supriyanto, S, Damayanti, NA. 2007. *Perencanaan dan Evaluasi*. Airlangga University Press. Surabaya
20. Surotinojo, Ibrahim, 2009. Partisipasi Masyarakat dalam Program Sanitasi oleh Masyarakat (Sanimas) di Desa Bajo Kecamatan Talamuta Kabupaten Boalemo Gorontalo, Tesis, Universitas Diponegoro.
21. Wahyudi, Isa, dan Busyra Azheri, 2008. *Corporate Social Responsibility: Prinsip, Pengaturan dan Implementasi*. Malang: In-Trans Publishing.
22. WHO/UNICEF, 2015. Progress on sanitation and drinking – water. WHO: Geneva
23. Zahrina, A. F., Suryadi, & Suwondo. (2015). Implementasi Program Gerakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat dalam Pengendalian Lingkungan. *Jurnal Administrasi Publik*, 3(11), 1832-1836.
24. Zastrow, Charles. 2008. *Introducion to Social Work and Socia Welfare. Empowering People*. Thomson Peolpe. Thomson Books, Belmont-US.
25. Zulyadi, T. (2014). Advokasi Sosial. *Jurnal Al-Bayan*, 21(30), 63-66.



## DISTRIBUSI BALITA *THIRD HAND SMOKE* DI KOTA PALEMBANG

Amrina Rosyada,<sup>1\*</sup> Dini Arista Putri,<sup>2</sup> Nurmalia Ermi<sup>3</sup>

<sup>1,3</sup>Bagian Epidemiologi dan Biostatistik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya

<sup>2</sup>Bagian Kesehatan Lingkungan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya

Jl. Palembang Prabumulih KM.32, Indralaya Utara Kabupaten Ogan Ilir, Sumatera Selatan

Corresponding email : amrinarosyada@unsri.ac.id

### DISTRIBUTION OF *THIRD HAND SMOKE* CHILDREN IN PALEMBANG

#### ABSTRACT

*Third hand smoke is a term used for people who are exposed to cigarette smoke residues that stick to items around the former smoking area. In toddlers, third hand smoke can endanger their health because toddlers have lower body resistance. In the long term, toddlers with third hand smoke can experience serious health problems and even cancer. Public knowledge regarding third hand smoke is still very low. The purpose of this study was to determine the proportion of toddlers with third hand smoke in Palembang. This study used a cross sectional research design. The research sample was under five in the city of Palembang who had father who smoked as many as 180 children. The sampling method using cluster random sampling. Data analysis using univariate analysis. Based on the results of the analysis, 31.1% of children under five were in the third hand smoke category where the father smoked in the house or did not prevent exposure to cigarette residues after smoking. It is necessary to do public health intervention and promotion in order to prevent the high number of children under five third hand smoke.*

**Keywords :** *Toodler, Third Hand Smoke, Smoker Father*

#### ABSTRAK

*Third hand smoke* merupakan istilah yang digunakan untuk orang yang terpapar residu asap rokok yang menempel pada barang-barang disekitar bekas tempat merokok. Pada balita, *third hand smoke* dapat membahayakan kesehatan mereka karena balita memiliki daya tahan tubuh yang lebih rendah. Dalam jangka panjang, balita *third hand smoke* dapat mengalami gangguan kesehatan berat bahkan kanker. Pengetahuan masyarakat terkait *thir hand smoke* masih sangat rendah. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui proporsi balita *third hand smoke* di kota Palembang. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *cross sectional*. Sampel penelitian yaitu balita di kota Palembang yang memiliki ayah perokok sebanyak 180 balita. Metode pengambilan sampel dengan menggunakan *cluster random sampling*. Analisis data menggunakan analisis univariat. Berdasarkan hasil analisis, 31.1% balita terkategori *third hand smoke* dimana ayah merokok di dalam rumah atau tidak melakukan pencegahan paparan residu rokok setiap selesai merokok. Perlu dilakukan intervensi dan promosi kesehatan terhadap masyarakat guna pencegahan tingginya angka balita *third hand smoke*.

**Kata Kunci :** *Balita, Third hand smoke, Ayah Perokok*

## PENDAHULUAN

Berdasarkan laporan WHO tahun 2017, tercatat Indonesia merupakan Negara dengan jumlah perokok terbesar di dunia dimana tercatat 76% pria diatas 15 tahun adalah perokok<sup>1</sup>. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilakukan Kementerian Kesehatan menunjukkan peningkatan prevalensi perokok pada tahun 2007, 2010, dan 2013 berturut-turut meningkat dari 34,2%; 34,7% dan akhirnya 36,3%. Terdapat 92 juta orang perokok pasif yang terdiri dari 43 juta di antaranya anak-anak 11,4 juta dari anak-anak ini masih berusia balita.<sup>2</sup>

Fakta berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa bahaya rokok tidak hanya dialami bagi perokok saja namun juga orang-orang disekitar perokok yang disebut perokok pasif. Asap sampingan yang diterima perokok pasif diketahui jauh lebih tinggi kadar senyawa kimianya dibandingkan asap utama yang diterima perokok sendiri.<sup>3</sup> Penelitian Aditama menyebutkan bahwa seorang perokok pasif yang berada dalam ruangan yang penuh asap rokok selama satu jam saja akan mengisap nitrosamin sama banyaknya dengan merokok 35 batang rokok.<sup>4</sup>

Orang tua saat ini sudah banyak mengetahui bahwa rokok berbahaya bagi anak khususnya anak balita. Anak-anak berpotensi besar terkena paparan dampak buruk rokok dikarenakan anak-anak memiliki massa tubuh yang lebih kecil, bernafas lebih cepat, dan memiliki ketahanan tubuh yang lebih rendah dibandingkan dewasa.<sup>5</sup> Namun, tidak banyak orang tua mengetahui bahwa tidak hanya asap rokok yang berbahaya bagi anak namun residu dari asap rokok yang menempel pada baju, badan, dan perabotan di sekitar tempat merokok apabila dijangkau oleh anak dapat terhirup dan membahayakan kesehatannya. Fakta ini disebut dengan *third hand smoke*.<sup>6-8</sup>

Dampak jangka panjang pada anak, paparan residu asap rokok ini dapat menimbulkan penyakit berbahaya seperti kanker, gangguan jantung, gangguan pada paru, bahkan diabetes mellitus di usia dewasa.<sup>8-10</sup> Dalam mempersiapkan generasi masa depan yang sehat dan berkualitas, pencegahan paparan asap rokok maupun residu asap rokok perlu digalakkan dalam keluarga. Oleh karena itu pada penelitian ini akan diidentifikasi besaran balita *third hand smoke* di kota Palembang

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian dengan desain studi *cross-sectional*. Populasi penelitian yaitu seluruh anak balita di Kota Palembang yang memiliki ayah perokok. Penelitian di lakukan di Kota Palembang selama Juli-September 2020. Metode pengambilan sampel menggunakan *cluster sampling* terpilih 4 kecamatan dari 17 kecamatan di Kota Palembang. Berdasarkan perhitungan sampel beda dua proporsi dan mempertimbangkan *deff* maka sampel penelitian ini berjumlah 180 balita. Indikator *third hand smoke* adalah jika balita mempunyai ayah perokok, ayah merokok di dalam rumah, atau ayah tidak melakukan pencegahan paparan residu rokok dengan tidak berganti baju, mencuci muka, mencuci tangan dan mandi setiap selesai merokok sebelum menggendong atau bermain dengan anak. Analisis data menggunakan analisis univariat untuk melihat distribusi balita *third hand smoke* di kota Palembang

## HASIL PENELITIAN

Penelitian dilakukan pada 4 kecamatan di kota Palembang sebagai cluster terpilih sebanyak 180 responden. Berikut hasil penelitian:



**Tabel 1. Sikap Ayah terhadap Third Hand Smoke**

Variabel	Frekuensi	Persentase
Sikap Ayah		
1. Kurang Baik	89	49.4%
2. Baik	91	50.6%
Total	180	100.0%

Berdasarkan data diatas diketahui bahwa sebagai besar ayah memiliki sikap baik terhadap third hand smoke (50.6%) seperti menghindari merokok di dalam rumah, tidak memeluk anak setelah selesai merokok dan berganti baju serta mandi setelah merokok.

**Tabel 2. Sosial Ekonomi Keluarga**

Variabel	Frekuensi	Persentase
Sosial Ekonomi		
1. Rendah	77	42.8%
2. Tinggi	103	57.2%
Total	180	100.0%

Sebagian besar responden memiliki sosial ekonomi tinggi (57.2%) yang artinya sebagian besar responden memiliki pendidikan minimal sekolah menengah atas dan pendapatan diatas UMR Kota Palembang

**Tabel 3. Status Perokok Ayah**

Variabel	Frekuensi	Persentase
Status Perokok		
1. Berat	137	76.1%
2. Ringan	43	23.9%
Total	180	100.0%

Sebagian besar responden termasuk golongan perokok berat yaitu merokok lebih dari atau sama dengan 12 batang rokok per hari

**Tabel 4. Jenis Kelamin Balita**

Variabel	Frekuensi	Persentase
Jenis Kelamin		
1. Laki-laki	127	70.6%
2. Perempuan	53	29.4%
Total	180	100.0%

Sebagian besar anak balita yang dijadikan sasaran penelitian berjenis kelamin laki-laki (70.6%)

**Tabel 5. Umur Balita**

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Max
Umur	24.3	18	17.6	1-60

Rata-rata responden anak berusia 24 bulan atau 2 tahun dengan minimal 1 bulan dan maksimal 60 bulan atau setara dengan 5 tahun

**Tabel 6. Status Third Hand Smoke Balita**

Variabel	Frekuensi	Persentase
Third Hand Smoke		
1. THS	56	31.1%
2. Tidak THS	124	68.9%
Total	180	100.0%

Berdasarkan hasil penelitian terhadap kebiasaan ayah, diketahui sebanyak 31.1 % anak terindikasi third hand smoke melalui indikator ayah merokok di dalam rumah, ayah tidak berganti baju,

mencuci tangan, mencuci muka, atau mandi setelah merokok serta ayah memiliki kebiasaan menggendong dan mencium anak setelah selesai merokok

**Tabel 7. Pertanyaan Sikap Ayah terhadap Third Hand Smoke**

Variabel	Frekuensi	Persentase
Saya berganti baju setelah selesai merokok		
1. Sangat tidak setuju	9	5.0
2. Tidak setuju	31	17.2
3. Setuju	57	31.7
4. Sangat Setuju	83	46.1
Saya selalu mencuci tangan setelah selesai merokok		
1. Sangat tidak setuju	6	3.3
2. Tidak setuju	30	16.7
3. Setuju	29	16.1
4. Sangat setuju	115	63.9
Saya sering merokok di dalam rumah		
1. Setuju	67	37.7
2. Tidak Setuju	52	28.9
3. Sangat tidak setuju	61	33.9
Saya merokok di kamar mandi		
1. Sangat setuju	35	19.4
2. Setuju	62	34.4
3. Tidak setuju	48	26.7
4. Sangat tidak setuju	35	19.4
Saya merokok di dalam mobil		
1. Sangat setuju	21	11.7
2. Setuju	52	28.9
3. Tidak setuju	71	39.4
4. Sangat tidak setuju	36	20.0
Saya menghindari menggendong bayi setelah merokok		
1. Sangat tidak setuju	105	58.3
2. Tidak setuju	67	37.2
3. Setuju	1	0.6
4. Sangat setuju	7	3.9
Saya mandi setelah selesai merokok		
1. Tidak setuju	44	24.4
2. Setuju	91	50.6
3. Sangat setuju	45	25.0
Saya langsung mandi dan berganti baju sepulang kerja sebelum menemui anak		
1. Sangat tidak setuju	7	3.9
2. Tidak setuju	35	19.4
3. Setuju	51	28.3
4. Sangat setuju	87	48.3
Saya langsung memeluk atau mencium anak sepulang kerja		
1. Sangat setuju	8	4.4
2. Setuju	29	16.1
3. Tidak setuju	197	59.4
4. Sangat tidak setuju	36	20.0

Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa masih 37.7% ayah yang merokok di dalam rumah dan 95,5% ayah masih menganggap tidak masalah menggendong bayi langsung setelah selesai merokok. Hal ini mengindikasikan pengetahuan yang rendah dari masyarakat terhadap dampak residu rokok yang tertinggal di baju dan perabotan rumah terhadap kesehatan anak.

## PEMBAHASAN

Saat ini kesadaran masyarakat tentang bahaya asap rokok terhadap kesehatan balita dan anak sudah mulai meningkat. Banyak keluarga muda sudah mulai menjauhkan anaknya dari asap rokok baik dari orang lain maupun asap rokok dari anggota keluarga sendiri. Namun, masyarakat masih



belum banyak yang mengetahui bahwa tidak hanya asap rokok langsung yang berbahaya namun residu atau sisa asap rokok yang menempel pada perabotan rumah seperti sofa, gorden, karpet serta residu yang menempel pada baju, rambut dan muka setelah selesai merokok juga berbahaya. Residu rokok juga dapat bertahan sangat lama di dalam ruangan walaupun jendela rumah sudah dibuka dan dibersihkan.

Residu asap rokok masih berbahaya walaupun sudah tidak ada perokok di ruangan tersebut. Berdasarkan penelitian, diketahui bahwa residu zat nikotin yang dihasilkan perokok dapat membentuk zat karsinogen yang disebut nitrosamine. Zat ini berpotensi menimbulkan kanker apabila terpapar dalam waktu yang lama. Residu rokok akan menempel dalam waktu yang lama pada baju, handphone, perabot rumah tangga, lantai, peralatan makan dan apabila tersentuh, terhirup dan termakan dapat menyebabkan perubahan genetik, kanker, dan gangguan kesehatan lainnya.<sup>11-13</sup>

*Third hand smoke* adalah penghirup residu nikotin dan bahan kimia yang dihasilkan oleh perokok. Seseorang dapat terpapar residu ini dengan menyentuh dan menghirup area bekas tempat merokok walaupun sudah tidak ada perokok di ruangan tersebut. Residu ini akan bercampur dengan polusi udara lain dan membentuk zat pemicu kanker yang bisa membahayakan orang yang tidak merokok terutama anak-anak. Residu dari asap rokok akan menempel pada baju, furniture, dinding, lantai, karpet, mobil walaupun asap rokok sudah hilang. Untuk menghilangkan residu ini barang-barang harus sering dicuci dan dibersihkan. Residu asap rokok tidak dapat dihilangkan dengan hanya membuka jendela dan menggunakan kipas angin.<sup>6,7,13</sup> Anak-anak berpotensi besar terkena paparan dampak buruk rokok dikarenakan anak-anak memiliki massa tubuh yang lebih kecil, bernafas lebih cepat, dan memiliki ketahanan tubuh yang lebih rendah dibandingkan dewasa).<sup>5</sup>

Berdasarkan hasil penelitian diketahui 31.1% balita termasuk *third hand smoke*. Angka ini cukup tinggi dan dapat berkembang menjadi angka lebih besar. Sehingga tindakan pencegahan perlu dilakukan untuk menghentikan paparan serta mencegah yang tidak terpapar. Edukasi terhadap orang tua terutama ayah merupakan aspek penting untuk menekan angka balita *third hand smoke*. Dari hasil pengamatan di lapangan para ayah sangat mengetahui dampak rokok terhadap anak dan berupaya menjauhkannya namun rata-rata para ayah tidak mengetahui jika residu rokok juga berbahaya untuk anak.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Sebanyak 70.6% responden anak berjenis kelamin laki laki dengan rentang umur 1-60 bulan. 57.2% keluarga memiliki status sosial ekonomi tinggi, 50.6% ayah memiliki sikap pencegahan yang baik terhadap paparan rokok, 76.1% balita memiliki ayah dengan status perokok berat. Sebanyak 31.1% anak termasuk dalam kategori *third hand smoke* dimana indikatornya adalah ayah merokok di dalam rumah dan ayah tidak melakukan pencegahan setiap selesai merokok seperti mandi, berganti baju dan mencuci muka serta tangan. Perlu dilakukan promosi kesehatan kepada para ayah dan ibu yang memiliki balita mengenai konsep *third hand smoke*, bahaya dan cara menghindarinya.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Liputan 6. WHO: Rokok 'Bunuh' 10 Orang Per Menit - Global Liputan6.com. *Liputan6.com*, <https://www.liputan6.com/global/read/3544429/who-rokok-bunuh-10-orang-per-menit> (2019, accessed 24 December 2019).

2. Detik Health. Terpapar Residu Asap Rokok Ayahnya, Bayi Ini Meninggal Kena Pneumonia. *Detik Health*, <https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-2534413/terpapar-residu-asap-rokok-ayahnya-bayi-ini-meninggal-kena-pneumonia> (2014, accessed 24 December 2019).
3. Sharon, Natalie, Jian, et al. Nicotinic agonists stimulate acetylcholine release from mouse interpeduncular nucleus: a function mediated by a different nAChR than dopamine release from striatum. *J Neurochem* 2001; 77: 258–268.
4. Aditama T. *Rokok dan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia, 1992.
5. World Health Organization. *Second-hand smoke*. 2014.
6. Jacob P, Benowitz NL, Destailats H, et al. Thirdhand smoke: New evidence, challenges, and future directions. *Chem Res Toxicol* 2017; 30: 270–294.
7. Matt GE, Quintana PJE, Zakarian JM, et al. When smokers quit: Exposure to nicotine and carcinogens persists from thirdhand smoke pollution. *Tob Control* 2017; 26: 548–556.
8. Roberts C, Wagler G, Carr MM. Environmental Tobacco Smoke: Public Perception of Risks of Exposing Children to Second- and Third-Hand Tobacco Smoke. *J Pediatr Heal Care* 2017; 31: e7–e13.
9. Halsted C, Pew A. Third-Hand Smoke. *National Center For Health Research*, <http://www.center4research.org/third-hand-smoke/> (2019, accessed 24 December 2019).
10. Matt GE, Quintana PJE, Hoh E, et al. A Casino goes smoke free: A longitudinal study of secondhand and thirdhand smoke pollution and exposure. *Tob Control* 2018; 27: 643–649.
11. Acuff L, Fristoe K, Hamblen J, et al. Third-Hand Smoke: Old Smoke, New Concerns. *Journal of Community Health* 2016; 41: 680–687.
12. Bahl V, Jacob P, Havel C, et al. Thirdhand cigarette smoke: Factors affecting exposure and remediation. *PLoS One*; 9. Epub ahead of print 6 October 2014. DOI: 10.1371/journal.pone.0108258.
13. Matt GE, Quintana PJE, Zakarian JM, et al. When smokers move out and non-smokers move in: residential thirdhand smoke pollution and exposure. *Tob Control* 2011; 20: e1–e1.





Universitas  
**Esa Unggul**

Universitas  
**Esa Unggul**

Universitas  
**Esa Unggul**

Universitas  
**Esa Unggul**

Universitas  
**Esa Unggul**

Universitas  
**Esa Unggul**

Universitas  
**Esa Unggul**

Universitas  
**Esa Unggul**

Universitas  
**Esa Unggul**

ISBN 978-979-587-897-1



9 789795 878971