

GAMBARAN TIPOLOGI MASALAH KESEHATAN KELUARGA DI DESA ILLIE KECAMATAN ULEE KARENG BANDA ACEH

The Family Health Problems Typology In The Illie Village, Ulee Kareng District, Banda Aceh

Rachmalia¹ dan Fikriyanti²

¹Bagian Keilmuan dan Keperawatan Jiwa dan Komunitas, PSIK-FK Universitas Syiah Kuala

²Prodi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala

*Mental Health and Community Health Nursing Department, School of Nursing, Faculty of Medicine,
Syiah Kuala University*

E-mail: Rachma_lia@yahoo.com

ABSTRAK

Dalam menyusun masalah kesehatan dan keperawatan keluarga, perawat selalu mengacu kepada tipologi masalah kesehatan keluarga yang dibagi dalam 3 kelompok masalah besar, yaitu: ancaman kesehatan (*Health Threat*), kurang/tidak sehat (*Defisit*) dan situasi krisis (*Crysis*). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran masalah kesehatan keluarga di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh. Desain penelitian yang digunakan adalah *Deskriptif Eksploratif*. Metode pengambilan sampel dilakukan secara *Proporsional Purposive Sampling*. Pengumpulan data mulai tanggal 1 sampai dengan 5 April 2008 terhadap 47 responden keluarga dengan menggunakan rumus Slovin. Alat pengumpul data menggunakan kuesioner dalam bentuk *Dichotomy Question* dan *Multiple Choise*. Analisa data dilakukan dengan analisa univarian. Data dianalisa secara manual dengan menentukan kategori skala ordinal yang disajikan dalam tabel distribusi frekuensi. Hasil penelitan diperoleh bahwa ancaman kesehatan keluarga berada pada kategori tinggi sebanyak 28 keluarga (59,57%), keadaan kurang/tidak sehat keluarga berada pada kategori rendah sebanyak 26 keluarga (53,3%) dan situasi krisis keluarga berada pada kategori tinggi sebanyak 27 keluarga (57,45%). Disarankan kepada Pihak Puskesmas Kecamatan Ulee Kareng diharapkan dalam pelaksanaan keperawatan keluarga berpedoman pada penganalisaan dari keadaan dilapangan sebelum mengambil keputusan/tindakan, dan juga harus mengutamakan keluarga yang memiliki ancaman/resiko tinggi dalam bidang kesehatan.

Kata Kunci: Komunikasi, remaja, keluarga, konsep diri.

ABSTRACT

In preparing health and family nursing problems, nurses always refer to the typology of family health problems that were divided into 3 groups of major issues, namely: Health Threats, Deficit Health and Crisis Situations. This study aims to reveal the family's health problems in the Ilie village of Ulee Kareng, Banda Aceh. Design of study used is the descriptive explorative. Sample method is the proportional purposive sampling. Data collection from April 1 to 5, 2008 to gained 47 respondents by using Slovin formula. Data collection tool using a questionnaire in the form of Dichotomy and Multiple Choise. The data analysis was performed by univariate analysis. Data were analyzed manually by specifying the ordinal scale category shown in the frequency distribution table. The results found that family health threat at the high category were 28 families (59.57%), a less/unhealthy families are in the low category were 26 families (53.3%) and family crisis situations at the high category by 27 families (57.45%). It is suggested the health center of Ulee Kareng is expected in the implementation of family nursing based on the analysis of the situation before making any decisions/actions, and they should also give priority to families with threat/high risk in the health field.

Keywords: Typology, family, public health center

PENDAHULUAN

Keluarga adalah bentuk sosial yang utama yang merupakan tempat untuk peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit (Campbell, 1994 dalam Potter & Perry, 2005). Keluarga perlu disadarkan bahwa kesehatan mereka sepenuhnya berada

ditangan mereka. Mereka harus percaya bahwa sebuah gaya hidup sejahtera didorong oleh perasaan bertanggung jawab dari diri sendiri dan keluarga dapat lebih memuaskan daripada hidup dengan perilaku yang penuh resiko (Potter & Perry, 2005). Salah satu fungsi dasar dari keluarga adalah

fungsi perawatan kesehatan yang tujuannya adalah untuk memenuhi kebutuhan kesehatan keluarga. Karena efeknya yang bertahan lama, pengajaran perilaku sehat mungkin hal yang paling penting. Sehingga tugas keparawatan keluarga di bidang kesehatan keluarga yaitu memelihara kesehatan keluarga dan memberi perawatan serta dukungan kepada anggota keluarga yang sakit dan tidak dapat membantu dirinya sendiri, dapat terlaksana (Friedman, 1998).

Secara terperinci, Ruth B Freeman, 1981, menjelaskan alasan mengapa keluarga dijadikan sebagai unit pelayanan dikarenakan: **1)** keluarga sebagai unit pertama masyarakat, yang dapat menimbulkan, mencegah, mengabaikan atau memperbaiki masalah-masalah kesehatannya, **2)** masalah - masalah kesehatan keluarga saling berkaitan, dan apabila salah satu anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan maka akan berpengaruh terhadap anggota keluarga yang lainnya, **3)** dalam pemeliharaan kesehatan anggota keluarga sebagai individu (pasien), keluarga tetap berperan sebagai pengambil keputusan dalam memelihara kesehatan para anggota keluarganya, **4)** keluarga merupakan perantara yang efektif dan mudah untuk berbagai upaya kesehatan masyarakat (Effendy, 1998).

Dalam tahap-tahap proses keperawatan keluarga, perumusan masalah kesehatan dan keperawatan keluarga didasarkan kepada penganalisaan dari keadaan di lapangan yang dijadikan acuan dalam menganalisa sebelum mengambil keputusan. Dalam menyusun masalah kesehatan dan keperawatan keluarga, perawat selalu mengacu kepada tipologi masalah kesehatan keluarga yang dibagi dalam 3 kelompok masalah besar, yaitu: Ancaman Kesehatan (*Health Threat*), Kurang / Tidak Sehat (*Defisit*), dan Situasi Krisis (*Crisis*) (Effendy, 1998).

Jumlah rumah tangga di provinsi NAD pada tahun 2006 adalah 1.011.189 dengan jumlah penduduk 3.984.232 jiwa. Untuk wilayah Banda Aceh yang terdiri 8 kecamatan (89 desa) memiliki jumlah penduduk 177.881 jiwa yang tergabung dalam 51.230 Kepala Keluarga (BPS, 2006)

dengan Jumlah keluarga miskin 20.460 KK (Subdin Binagram, 2006). Desa Ilie merupakan wilayah kerja dari Puskesmas Ulee Kareng, yang menurut data dari kantor desa pada bulan Desember Tahun 2007 memiliki jumlah keluarga sebanyak 520 Kepala Keluarga (KK) yang terdiri dari 2.428 jiwa penduduk.

Menurut data dari Puskesmas, kondisi sarana kesehatan lingkungan di Desa Ilie adalah sebagai berikut : rumah yang memiliki jamban adalah 100% (yang memenuhi syarat 97,68% dan yang tidak memenuhi syarat 2,33%), sarana pembuangan air limbah (SPAL) yang memenuhi syarat 93,48%, tidak memenuhi syarat 5,23% dan yang tidak memiliki SPAL adalah 1,16%. Sumber air bersih diperoleh dari sumur yang terlindung sebanyak 93%, sumur tidak terlindung 6,28% dan yang tidak memiliki sumur adalah 0,7%. Kondisi rumah yang sehat 98,14% dan yang tidak sehat 1,8%. Perkarangan rumah yang sehat 98,14% dan yang tidak sehat 1,8% (Buku Laporan Bagian Kesling Puskesmas Ulee Kareng, Februari 2008).

Di desa, kegiatan Posyandu dilaksanakan tiap bulan pada minggu ke-3. Informasi yang didapatkan dari kegiatan Posyandu adalah sebagai berikut: jumlah bayi dan balita sebanyak 145 jiwa yang mendapatkan imunisasi lengkap 109 balita dan 36 balita tidak lengkap, balita yang menderita gizi buruk adalah 2 orang, dan balita dengan kelebihan berat badan 5 orang, ibu hamil sebanyak 17 orang (hamil beresiko tinggi 4 ibu yaitu umur ibu diatas 35 tahun sebanyak 3 orang dan kehamilan rapat 1 orang), ibu dalam masa nifas 3 orang, PUS (pasangan usia subur) sebanyak 371 pasangan, dan yang menggunakan KB aktif adalah 203 orang (Buku Laporan Bulanan Posyandu, Januari 2008).

Masalah kesehatan yang mencolok pada bulan Januari 2008 yang masih dalam musim penghujan di desa ini adalah penderita penyakit demam berdarah sebanyak 8 orang (yang terdiri 5 orang dewasa dan 3 anak-anak) dan penderita Diare sebanyak 15 orang yang terdiri dari 7 anak-anak dan 8 orang dewasa (Kader Posyandu, Januari 2008).

Penelitian ini dimaksudkan untuk mengidentifikasi seberapa besar masalah kesehatan yang timbul dalam keluarga sehingga masalah dan dampak dari masalah yang muncul dapat segera dicari pemecahan dan jalan keluar yang tepat sedini mungkin. Berdasarkan uraian diatas, maka penulis ingin melakukan penelitian untuk dapat mengetahui **“Gambaran Tipologi Masalah Kesehatan Keluarga Di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh Pada Tahun 2008”**.

PERUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang dan data lingkungan juga tingginya prevalensi penyakit yang diakibatkan oleh sanitasi lingkungan yang kurang sehat di atas maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimanakah gambaran tipologi masalah kesehatan keluarga ditinjau dari ancaman kesehatan (*Health Threat*), kurang / tidak sehat (*Defisit*) dan situasi krisis (*Crysis*) di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh Tahun 2008.

TUJUAN PENELITIAN

Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran tipologi masalah kesehatan keluarga di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh Tahun 2008.

Tujuan Khusus

a) Untuk mengetahui gambaran ancaman kesehatan (*Health Threat*) dalam keluarga di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh Tahun 2008. b) Untuk mengetahui gambaran keadaan kurang atau tidak sehat (Defisit) dalam keluarga di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh Tahun 2008. c) Untuk mengetahui gambaran situasi krisis (*Crysis*) dalam keluarga di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh Tahun 2008.

METODE

Desain Penelitian

Penelitian yang dilakukan untuk mengetahui gambaran tipologi masalah kesehatan keluarga di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh ini bersifat deskriptif eksploratif. Deskriptif eksploratif

yaitu suatu penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif (Notoatmodjo, 2002).

Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga yang bertempat tinggal di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh yang berjumlah 520 kepala keluarga (KK) dengan jumlah penduduknya adalah 2.428 jiwa (Sumber : Data Desa Bulan Desember 2007).

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah dengan cara menggunakan tehnik *purposive sampling*. *Purposive sampling* yaitu suatu teknik pengambilan sampel dengan cara memilih diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki penelitian, dan kriteria sampel disesuaikan dengan tujuan penelitian (Notoatmodjo, 2002).

Adapun kriteria sampel yang akan diteliti adalah :1) Kepala Keluarga (suami / istri) dengan anak dalam proses tumbuh kembang. 2) Tidak buta huruf. 3) Bersedia menjadi responden.

Sampel dalam penelitian dihitung dengan rumus slovin yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (2002), sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

Keterangan :

N = Besar populasi

n = Besar sample

d = Tingkat kelonggaran ketelitian (15%)

Berdasarkan rumus diatas, maka jumlah sample adalah 41 KK. Untuk menghindari drop out, maka ditambah 15 % dari jumlah sampel, sehingga didapatkan sampel berjumlah 47 KK. Penentuan sampel keluarga di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh dilakukan dengan rumus *propotional sampling* untuk tiap dusun sebagai berikut :

$$\frac{N / \text{Tiap Dusun}}{\sum N \text{ Desa}} \times \sum n \text{ Sampel}$$

Propositional/perimbangan jumlah sampel keluarga yang bertempat tinggal di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda

Aceh ditampilkan dalam tabel berikut ini :

Tabel 4.1. Proposional Jumlah Sampel Keluarga di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh

NO	Nama Dusun	N / Dusun	n
1.	Jerat Lee	141	13
2.	Kuta Alam	111	10
3.	Tengku Syik	124	11
4.	Meunasah Tuha	144	13
Jumlah		520	47

Sumber : Data dari Kantor Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh

Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh. Peneliti memilih lokasi ini berdasarkan pertimbangan peneliti karena mudah menjangkau dan sangat mengenal lokasi tersebut dan juga dikarenakan desa-desa di kecamatan Ulee Kareng sering dijadikan lokasi untuk pelaksanaan Kepaniteraan Klinik Senior (K3S) mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Syiah Kuala dalam menjalankan praktik di bidang keperawatan komunitas dan keperawatan keluarga.

Pengumpulan data penelitian dilaksanakan pada bulan April 2008. Alat pengumpulan data pada penelitian ini peneliti mengukur tiap-tiap variabel dengan menggunakan daftar pertanyaan dalam bentuk kuesioner yang dikembangkan oleh peneliti sendiri dan terdiri dari 2 (dua) bagian, yaitu : Bagian A berupa identitas responden yang terdiri dari Kode Responden, usia KK, pendidikan terakhir KK, Jumlah anggota keluarga, pekerjaan KK, dan penghasilan KK. Bagian B berupa angket yang digunakan untuk mengukur tingkat masalah kesehatan keluarga yang terdiri dari 56 item pertanyaan berupa pertanyaan yang bersifat positif dan negatif, mewakili : **1)** Ancaman kesehatan (*Health Threat*) terdiri dari 12 item yang masing-masingnya memiliki 2 pertanyaan. Pertanyaan positif nomor 1, 3, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, dan 23 dan pertanyaan negatif nomor 2, 4, 5, 8, 18, dan 24. **2)** Keadaan kurang atau tidak sehat (*Defisit*) terdiri dari 2 item yang

masing-masingnya memiliki 5 pertanyaan. Pertanyaan positif nomor 25, 26, 28, 31, 32, dan 33 dan pertanyaan negatif 27, 29, 30, dan 34. **3)** Situasi krisis (*Crysis*) terdiri dari 7 item krisis perkembangan dan 4 item krisis situasional, dan masing-masingnya memiliki 2 pertanyaan. Pertanyaan positif nomor 35, 36, 37, 42, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 53, 55, dan 56 dan pertanyaan negatif nomor 38, 39, 40, 41, 43, 44, 47, 52, dan 54.

Pertanyaan-pertanyaan tersebut terdiri dari 2 jenis pilihan jawaban, yaitu : **1)** 2 (dua) pilihan jawaban, yaitu “ya-tidak” dan “ada-tidak”. Untuk pertanyaan positif, pilihan jawaban “ya/ada” bernilai 2, dan “tidak” bernilai 1. Pertanyaan negatif, pilihan jawaban “ya/ada” bernilai 1, dan “tidak” bernilai 2. **2)** 3 (tiga) pilihan jawaban yang bersifat “baik, cukup baik, dan tidak baik” yaitu pilihan jawaban pada pertanyaan nomor 12, 13, 14, 23, dan 28. Untuk pilihan jawaban yang bersifat “baik” (menyatakan tidak ada masalah kesehatan) bernilai 1, bersifat “cukup baik” bernilai 2, dan bersifat “tidak baik” bernilai 3.

Setelah kuesioner selesai disusun, angket tersebut tidak dapat langsung digunakan untuk mengumpulkan data. Terlebih dahulu peneliti melakukan uji instrument pada tanggal 29 Maret 2008 kepada 10 keluarga di Desa Pango Raya yang merupakan desa tetangga dari lokasi penelitian dan masih dalam satu kecamatan yang sama sehingga mempunyai karakteristik yang hampir sama dengan sampel dalam penelitian. Uji coba instrumen ini bertujuan untuk untuk mengetahui validitas dan reliabilitas dari item-item pertanyaan yang ada dalam instrument. Untuk menguji validitas dan reabilitas menggunakan program *Statistical Product and Service Solution* (SPSS) versi 10.00.

Uji validitas berguna untuk melihat apakah item-item pertanyaan mudah dimengerti atau tidak. Untuk mengetahui apakah item-item pertanyaan yang ada dalam kuesioner dapat mengukur apa yang hendak diukur, dilakukan melalui uji korelasi *product moment*, nilai korelasi dari pertanyaan-pertanyaan tersebut harus memenuhi taraf signifikan 5% yaitu diatas tabel 0,632 akan dinyatakan valid,

sebaliknya bila nilai korelasi dibawah nilai tabel 0,632 maka pertanyaan dalam kuesioner tersebut dinyatakan tidak valid (Notoadmodjo, 2002). Dari hasil pengujian didapatkan hanya 4 pertanyaan yaitu pertanyaan nomor 25, 29, 31 dan 33 dari angket yang tidak valid karena nilai korelasi dari pertanyaan tersebut yang dibawah 0,632 dan peneliti hanya melakukan revisi bahasa dari pertanyaan tersebut yang kemudian langsung digunakan untuk pengumpulan data penelitian, sedangkan pertanyaan-pertanyaan yang lain dapat langsung digunakan karena nilai korelasi dari pertanyaan-pertanyaan tersebut sama atau lebih dari 0,632 dan dinyatakan valid.

Uji reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur dapat dipercaya dan dapat diandalkan. Hal ini menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama. Pengukuran yang pertama dikorelasikan dengan hasil pengukuran yang kedua dengan menggunakan teknik korelasi *product moment*. Hasilnya dibandingkan dengan hasil tabel pada derajat kemaknaan 0,05 (95%) yaitu 0,632 bila hasilnya sama atau lebih dari nilai tabel 0,632 maka alat ukur atau kuesioner tersebut dikatakan reliabel (Notoadmodjo, 2002). Hasil pengujian didapatkan bahwa semua pertanyaan dari angket tersebut reliabel dan semua pertanyaan bisa dipakai tanpa harus dibuang atau diganti.

Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan lembaran kuesioner untuk mengetahui gambaran tipologi masalah kesehatan keluarga di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh Tahun 2008.

Tahap persiapan pengumpulan data dilakukan melalui prosedur administrasi. Setelah mendapatkan izin dari ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Unsyiah, peneliti menyampaikan kepada Kepala Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh untuk memperoleh izin melakukan penelitian di Desa Ilie. Dalam melakukan pengumpulan

data, peneliti menggunakan jasa enumerator sebanyak 4 orang yang telah peneliti arahkan terlebih dahulu sebelum turun ke lapangan. Setelah mendapatkan izin dari Kepala Desa Ilie untuk melakukan penelitian selanjutnya peneliti/ enumerator menemui calon responden, Peneliti/enumerator memperkenalkan diri dan meminta kesediaan responden untuk berpartisipasi dalam penelitian dengan cara menandatangani lembar persetujuan menjadi responden pada lembar yang telah disediakan.

Kepada responden yang telah bersedia, peneliti/enumerator menanyakan kepada responden apakah ingin dibacakan atau mengisi sendiri angket tersedia. Kepada responden yang ingin dibacakan, peneliti/enumerator langsung menanyakan kepada responden butir-butir pertanyaan yang tertera dalam angket dan kepada responden yang bersedia mengisi sendiri, peneliti/enumerator menyerahkan dan menjelaskan cara pengisian angket. Peneliti/enumerator tetap mendampingi responden selama pengisian angket sehingga ketika ada hal-hal yang tidak dimengerti dapat ditanyakan langsung kepada peneliti/enumerator tanpa bermaksud untuk mengarahkan jawaban responden. Angket yang telah selesai diisi dikumpulkan kembali kepada peneliti/ enumerator untuk diperiksa kembali kelengkapan jawabannya. Bila terdapat jawaban yang belum lengkap, peneliti/enumerator meminta langsung responden untuk melengkapi saat itu juga. Terakhir, peneliti/enumerator mengucapkan terima kasih secara lisan atas partisipasi responden dalam penelitian ini. Setelah semua data terkumpul, peneliti melaporkan kembali pada bidang tata usaha Program Studi Ilmu Keperawatan untuk mendapatkan surat keterangan telah selesai melakukan pengumpulan data penelitian.

Analisa Data

Analisa data dari penelitian ini adalah analisa univarian, sesuai dengan desain penelitian yaitu deskriptif eksploratif. Untuk mengetahui kategori gambaran tipologi masalah kesehatan keluarga, dilakukan dengan mencari mean, distribusi frekuensi, dan persentase.

Menurut Chandra (1995), mean (\bar{x}) atau rata-rata dapat dicari dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$\text{Mean : } \bar{x} = \frac{\sum x}{n}$$

Keterangan :

\bar{x} : Mean
 $\sum x$: Jumlah nilai responden
 n : Jumlah sampel

Mean ini dicari pada setiap variabel, selanjutnya setiap variabel tersebut dikategorikan berdasarkan nilai mean pada setiap responden. Kategori Masalah kesehatan keluarga dikatakan “tinggi” bila $x \geq \bar{x}$. Kategori Masalah kesehatan keluarga dikatakan “rendah” bila $x < \bar{x}$.

Selanjutnya data dimasukkan ke dalam tabel distribusi frekuensi yang kemudian ditentukan persentase perolehan untuk tiap-tiap kategori dengan menggunakan rumus yang dikemukakan oleh Sudijono (2003), yaitu :

$$P = \frac{f_i}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

P = Persentase
 fi = Frekuensi Teramati
 n = Sampel

HASIL PENELITIAN

Hasil Penelitian

Pengumpulan data penelitian dilakukan dari tanggal 1 sampai 5 April 2008 di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh. Jumlah sampel dengan menggunakan metode pengambilan sampel dengan *proporsional purposive sampling* sebanyak 47 KK. Teknik pengumpulan data dilakukan terhadap responden dengan cara mengedarkan kuesioner yang berisikan 56 pertanyaan. Selama pengisian kuesioner, peneliti membacakan pertanyaan atau mendampingi responden yang bersedia mengisi sendiri, sehingga dapat memberikan penjelasan apabila ada yang kurang dimengerti oleh responden tanpa memberikan pendapat terhadap pemilihan jawaban. Besarnya masalah kesehatan

keluarga di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh dengan nilai total ($\sum x$) adalah 3615 dan nilai rata-rata (\bar{x}) adalah 76,9 dapat digolongkan kedalam kriteria “tinggi” dengan nilai $x \geq 76,9$ dan “rendah” dengan nilai $x < 76,9$.

Data demografi

Penelitian ini meliputi usia KK, pendidikan terakhir KK, Jumlah anggota keluarga, pekerjaan KK, dan penghasilan KK. Distribusi data demografi tersebut dapat dilihat pada tabel 5.1 di berikut ini :

Tabel 5.1. Distribusi Frekuensi Data Demografi Responden Pada Penelitian Gambaran Tipologi Masalah Kesehatan Keluarga di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh Tahun 2008

NO	Data Demografi	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Usia KK		
	< 35 tahun	7	14,9
	35-45 ahun	14	29,8
	> 45 tahun	26	55,3
Total		47	100
2.	Pendidikan		
	Terakhir KK	5	10,6
	SD	8	17
	SMP	20	42,6
	SMA	11	23,4
	S1	3	6,4
Total		47	100
3.	Jumlah		
	Anggota	17	36,2
	Keluarga	21	42,5
	≤ 4	19	21,3
	5 - 7		
≥ 8			
Total		47	100
4.	Pekerjaan KK		
	Pegawai /	17	36,2
	Karyawan	30	63,8
	Wiraswasta		
Total		47	100
5.	Penghasilan		
	KK	12	25,5
	<Rp.	21	44,7
	1.000.000	14	29,8
	Rp.1.000.000- Rp 2.000.000		
> Rp. 2.000.000			
Total		47	100

Sumber : Data Primer (Diolah, 2008)

Berdasarkan tabel 5.1 di atas dapat diketahui bahwa data demografi responden dilihat dari usia KK (kepala keluarga)

didominasi oleh usia diatas 45 tahun yaitu sebanyak 26 orang (55,3%), hal ini dikarenakan peneliti menginginkan responden memiliki keluarga dalam masa tumbuh kembang dan memiliki anak remaja atau anak yang telah dewasa, dan juga dengan bertambahnya usia memberikan pengalaman hidup lebih banyak bagi orang tua termasuk untuk dapat memberikan perawatan kesehatan kepada anggota keluarganya menjadi lebih baik.

Kemampuan keluarga dalam mengakses informasi khususnya tentang kesehatan keluarga tergambar dalam status pendidikan kepala keluarga. Dilihat dari pendidikan kepala keluarga, lulusan SMA 20 orang (42,6%) dan S1 yaitu 10 orang (23,4%). Pekerjaan KK mayoritas adalah wiraswasta (pedagang, petani, peternak, supir dan lain-lain) yaitu 30 KK (63,83%), dan penghasilan KK terbanyak diduduki pada range Rp. 1.000.000–Rp. 2.000.000 yaitu 21 KK (44,7%). Jumlah anggota keluarga yang berada pada kategori sedang (5 sampai 7 orang) merupakan persentase terbanyak yaitu 42,5% (21 keluarga). Kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan keluarga sangat tergantung pada penghasilan keluarga dan jumlah orang yang menjadi tanggungan kepala keluarga. Semua hal yang tersebut diatas merupakan dasar dalam pencapaian terlaksananya segala fungsi keluarga.

Data Gambaran Tipologi Masalah Kesehatan keluarga di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh Tahun 2008

a) Ancaman Kesehatan (*Health Threat*) keluarga adalah Gambaran tipologi masalah kesehatan keluarga ditinjau dari ancaman kesehatan (*Health Threat*) keluarga di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh dengan nilai total ($\sum x$) adalah 1564 dan nilai rata-rata (\bar{x}) adalah 33,3 dapat

Tabel 5.2. Distribusi Frekuensi Gambaran Ancaman Kesehatan (*Health Threat*) Keluarga di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh

No.	Besar Masalah	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Tinggi	28	59,57
2.	Rendah	19	40,43
Jumlah		47	100

Sumber : Data Primer (Diolah,2008)

digolongkan kedalam kriteria “tinggi” dengan nilai $x \geq 33,3$,dan “Rendah” dengan nilai $x < 33,3$ (lihat lampiran 7). Hasil pengkategorian dan perolehan persentase untuk tiap -tiap kategori dapat dilihat pada tabel distribusi frekuensi.

Berdasarkan tabel 5.2 dapat dilihat bahwa tingkat masalah kesehatan keluarga di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng ditinjau dari ancaman kesehatan berada pada kategori tinggi yaitu 59,57%. **b) Kurang atau Tidak Sehat (*Defisit*).** Gambaran tipologi masalah kesehatan keluarga ditinjau dari kurang atau tidak sehat (*Defisit*) di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh dengan nilai total ($\sum x$) adalah 631 dan nilai rata-rata (\bar{x}) adalah 13,43 dapat digolongkan kedalam kriteria “tinggi” dengan nilai $x \geq 13,43$ dan “Rendah” dengan nilai $x < 13,43$. Hasil pengkategorian dan perolehan persentase untuk tiap-tiap kategori dapat dilihat pada tabel distribusi frekuensi berikut ini :

Tabel 5.3. Distribusi Frekuensi Gambaran Keadaan Kurang atau Tidak Sehat (*Defisit*) Keluarga di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh Tahun 2008

No.	Besar Masalah	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Tinggi	21	44,7
2.	Rendah	26	53,3
Jumlah		47	100

Sumber : Data Primer (Diolah,2008)

Berdasarkan tabel 5.3 dapat dilihat bahwa tingkat masalah kesehatan keluarga di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng ditinjau dari keadaan kurang / tidak sehat (*Defisit*) berada pada ketagori rendah yaitu 53,3%. **c) Situasi Krisis** adalah Gambaran tipologi masalah kesehatan keluarga ditinjau dari situasi krisis yang dialami keluarga di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh dengan nilai total ($\sum x$) adalah 1420 dan nilai rata-rata (\bar{x}) adalah 30,21 dapat digolongkan kedalam kriteria “tinggi” dengan nilai $x \geq 30,21$ dan “Rendah” dengan nilai $x < 30,21$ (lihat lampiran 7). Hasil pengkategorian dan perolehan persentase untuk tiap - tiap kategori.

Tabel 5.4. Distribusi Frekuensi Gambaran Situasi Krisis (*Crysis*) Keluarga di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh.

No.	Besar Masalah	Frekuensi	Persentase (%)
1.	Tinggi	27	57,45
2.	Rendah	20	42,55
	Jumlah	47	100

Sumber : Data Primer (Diolah, 2008)

Berdasarkan tabel 5.4 diatas terlihat bahwa tingkat masalah kesehatan keluarga di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng ditinjau dari situasi krisis (*Crysis*) berada pada kategori tinggi, yaitu 57,45%.

DISKUSI

Berdasarkan hasil analisa data responden, gambaran tipologi masalah kesehatan keluarga di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh berada pada tingkat masalah yang tinggi yaitu dengan tingginya ancaman kesehatan keluarga dan juga mengalami krisis yang tinggi di tahap-tahap perkembangan keluarga.

Ancaman Kesehatan (*Health Threat*) Keluarga

Hasil penelitian tentang gambaran ancaman kesehatan (*Health Threat*) keluarga di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh pada 47 responden pada umumnya berada pada kategori tinggi sebanyak 28 responden (59,57%), artinya kesehatan keluarga di desa tersebut memiliki tingkat ancaman yang tinggi.

Ancaman kesehatan keluarga dipengaruhi oleh berbagai faktor diantaranya faktor keturunan, pendidikan/pengetahuan keluarga tentang sehat dan sakit, faktor ekonomi keluarga yang mempengaruhi pemenuhan nutrisi dan pemilihan fasilitas pelayanan kesehatan, faktor lingkungan, dan faktor budaya/kebiasaan yang melekat yang merugikan kesehatan (Effendy, 1998).

Dari hasil penelitian didapatkan 27 dari 47 keluarga beresiko terhadap penyakit yang dapat diturunkan, akan tetapi sebagian besar keluarga tidak mengetahui bahwa predisposisi genetik/keturunan merupakan faktor resiko dari penyakit tersebut. Menurut Potter & Perry (2005), padahal

mengidentifikasi faktor resiko sangat berperan penting, dalam pelaksanaan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit tersebut dengan mengupayakan perawatan kesehatan preventif secara rutin (Notoatmodjo, 2003)

Penyakit menular hanya sedikit yang ditemukan dalam keluarga, oleh karena itu ketika ditanya bagaimana proses penularan penyakit, ternyata kebanyakan keluarga kurang memahami dan tidak mampu untuk menjelaskan bagaimana penyakit dapat menular kepada anggota keluarga yang lain.

Selain itu, keluarga merasa belum dapat memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga dengan baik tetapi bukan karena jumlah anggota yang besar. Kesulitan ini dihadapi karena pekerjaan kepala keluarga yang sebagian besarnya adalah wiraswasta dengan penghasilan yang tidak menentu, seperti pendapatan petani yang melonjak ketika panen, dan rendah pada hari-hari biasa.

Bentuk kecelakaan keluarga terbanyak adalah kecelakaan jatuh yang sering terjadi pada anak-anak dan luka kendaraan pada orang dewasa, luka sayat hanya sedikit yaitu pada kaum ibu ketika menggunakan peralatan dapur, dan tidak ditemukan kecelakaan keracunan pada keluarga yang diteliti. Untuk usaha pencegahan kecelakaan dilakukan oleh hampir semua keluarga dengan lebih berhati-hati dalam beraktivitas.

Dari penelitian yang dilakukan juga didapatkan bahwa hubungan yang tegang antara orang tua dan anak dan perselisihan antar anggota keluarga yang sering terjadi, walaupun demikian ternyata intensitas keluarga berkumpul cukup baik dan berpengaruh besar terhadap anak karena keluarga jarang beraktivitas diluar rumah pada malam hari. Sebagian besar orang tua juga menyediakan waktu khusus untuk menemani anak-anaknya belajar.

Interaksi antara keluarga dan lingkungan menentukan kesehatan keluarga. Kegiatan keluarga diharapkan memperhatikan dampaknya terhadap lingkungan yang mendukung atau kondusif terhadap kesehatan masyarakat (Notoatmodjo, 2003). Kegiatan keluarga

dalam pengelolaan sampah yaitu dengan menimbun dan membakar sampah disekitar rumah menimbulkan dampak yang merugikan kesehatan keluarga dan lingkungan. Tetapi hampir semua keluarga di desa ini mengerjakannya. Menurut Fathi (2008) dari pembakaran sampah dihasilkan gas CO₂ merugikan kesehatan dan meningkatkan temperatur dipermukaan bumi, juga abu dari sisa pembakaran sampah dapat menimbulkan gangguan pernafasan, selain itu pembakaran sampah akan menghasilkan senyawa yang disebut dioksin yang berbahaya pada gangguan fungsi daya tahan tubuh, dengan demikian pembakaran sampah lebih baik dihindari. Keluarga atau rumah tangga adalah unit masyarakat terkecil. Oleh sebab itu untuk mencapai perilaku masyarakat yang sehat harus dimulai di masing - masing keluarga (Notoatmodjo 2003).

Kebiasaan-kebiasaan yang merugikan kesehatan yang terbanyak dilakukan keluarga adalah merokok dan minum obat tanpa resep. Orang tua yang perokok bukan hanya merugikan kesehatan keluarga dengan asap rokok tetapi juga mengajarkan hal yang tidak baik kepada anak-anaknya. Menurut Notoatmodjo (2003), orang tua merupakan sasaran utama dalam promosi kesehatan karena merupakan peletak dasar perilaku, terutama perilaku kesehatan bagi anak mereka. Friedman (1998) mengatakan bahwa penggunaan obat tanpa resep dapat menimbulkan bahaya keracunan, dosis obat yang tidak tepat bahkan penggunaan obat yang tidak tepat sasaran. Oleh karena itu sebaiknya keluarga mengkonsultasikan ke dokter dalam upaya penyembuhan penyakit. Untuk perlindungan bayi, balita dan ibu hamil dengan pemberian imunisasi didesa ini mendapat partisipasi yang sangat baik karena kesadaran dan pengetahuan tentang manfaat imunisasi diketahui oleh hampir seluruh keluarga yang diteliti.

Kurang atau Tidak Sehat (*Defisit*)

Hasil penelitian tentang gambaran kurang atau tidak sehat dalam keluarga di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh pada 47 responden pada umumnya berada pada kategori rendah (53,3%) yaitu 26 responden. Tahap gejala penyakit yang

dialami oleh keluarga dan penilaian dimulai dengan diketahui gejala kemudian diinterpretasikan sejauh mana menyangkut keseriusannya, kemungkinan penyebab dan ditemukannya dengan berbagai masalah. Tahap ini terdiri dari kepercayaan - kepercayaan menyangkut gejala-gejala atau penyakit dari anggota keluarga dan bagaimana menangani penyakit tersebut (Doherty dan Camphel, 1988 dalam Friedman, 1998).

Penyakit yang tersering diderita anggota keluarga adalah demam, batuk pilek dan diare ringan. Bagi keluarga penyakit-penyakit tersebut sangat mengganggu aktivitas mereka, 35 dari 47 keluarga mengetahui gejala-gejala penyakit yang memerlukan penanganan segera, walaupun begitu sebagian besar keluarga tidak langsung membawa anggota keluarga yang menderita penyakit berobat ketika timbul gejala, tetapi dirawat dirumah ± 3 hari (kurang dari seminggu) sebelum dibawa ke pelayanan kesehatan. Hal ini dikarenakan keluarga menganggap dapat menanganinya secara memadai, dengan menggunakan obat-obatan lama yang tersedia di rumah ataupun membeli obat tanpa resep. Dan hampir keseluruhan keluarga yang diteliti memanfaatkan tenaga medis sebagai pilihan untuk pengobatan.

Kegagalan dalam pertumbuhan dan perkembangan anak yang tidak sesuai dengan pertumbuhan normal juga termasuk dalam kegagalan memantapkan kesehatan keluarga (Effendy, 1998). Pertumbuhan dan perkembangan merupakan kata yang hampir bersinonim, namun bila dikaji ternyata maknanya berbeda. Kata "pertumbuhan" diidentikkan dengan pertumbuhan fisik sedangkan kata "perkembangan" lebih mengacu pada tugas - tugas perkembangan yang berorientasi pada kemampuan komunikasi, psikologi dan sosial (Tarmansyah, 2003). Untuk masa pertumbuhan, keluarga harus sangat memperhatikan pemenuhan nutrisi, sehingga masa perkembangan pun dapat berjalan baik disertai dengan tersedianya lingkungan yang menguntungkan untuk tumbuh dan berkembang (Friedman, 1998).

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa hampir seluruh keluarga memperhatikan pemenuhan nutrisi dari kelompok khusus yang memerlukan pengawasan akibat pertumbuhan dan perkembangan yaitu ibu hamil, ibu bersalin, bayi, balita dan anak-anak usia sekolah. Sehingga hanya sedikit sekali penderita cacat fisik dan juga cacat mental di desa ini.

Situasi Krisis

Hasil penelitian tentang gambaran situasi krisis dalam keluarga di Desa Ilie Kecamatan Ulee Kareng Banda Aceh pada 47 responden pada umumnya berada pada kategori tinggi (55,3%) yaitu 26 responden dan kategori rendah (44,7%) yaitu 21 responden.

Krisis keluarga sebagai akibat dari ketidak seimbangan antara permintaan dengan sumber-sumber keluarga dan upaya koping keluarga (Pettersson, 1988 dalam Friedman, 1998). Keluarga memiliki tantangan untuk dapat memenuhi kebutuhan-kebutuhan di tiap tahap perkembangan keluarga sehingga dapat mencapai tahap perkembangan selanjutnya.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa 19 pasangan mengalami kesulitan dalam perubahan peran dan 13 pasangan ketergantungan pada keluarga asal di awal perkawinan dari 47 pasangan yang diteliti.

Kesulitan pada awal perkawinan dikarenakan suami/istri memiliki latar belakang keluarga, lingkungan tempat tinggal ataupun pengalaman pribadi yang berbeda (Friedman, 1998).

Ketergantungan pada keluarga asal terjadi pada pasangan yang menikah muda yang masih membutuhkan orang tua dan pada beberapa kasus, ketergantungan tersebut bersifat dua arah. Artinya, anak menjadi sumber *sense of self* dari orang tua (karena keberadaan anak membuat dirinya merasa berguna, dibutuhkan, berarti), sehingga orang tua ingin terus berperan sebagai orang tua yang menentukan kehidupan anak meskipun sang anak telah dewasa dan berkeluarga (Jacinta, 2008).

Keluarga mengalami krisis terbesar saat ibu hamil dan persalinan, walaupun keluarga memberi dukungan yang cukup, tetapi perubahan yang drastis ini

menimbulkan kecemasan yang besar pada ibu, terutama bagi ibu yang memiliki riwayat persalinan sulit, mereka memiliki kekhawatiran yang besar untuk persalinannya juga kehamilan berikutnya.

Hanya sebagian kecil keluarga yang memberikan pendidikan seksual kepada anak yang telah remaja. Padahal pada masa remaja informasi tentang masalah seksual sudah seharusnya mulai diberikan, agar remaja tidak mencari informasi dari orang lain atau dari sumber-sumber yang tidak jelas. Remaja cenderung memiliki tingkat seksual yang tinggi sehubungan dengan mulai matangnya hormon seksual dan organ-organ reproduksi.

Pendidikan seks yang paling ideal adalah bisa dimulai dari lingkungan yang paling dekat dengan remaja itu sendiri, yaitu keluarga. Dalam hal ini pihak orang tua, yaitu ayah dan ibu yang diharapkan bisa lebih dini secara aktif memberikan informasi dan pengetahuan yang benar mengenai kesehatan reproduksi dan persoalan seksualitas sebagai upaya pencegahan terhadap terjadinya perilaku penyimpangan seksual pada remaja (Rini, 2008).

Pendidikan seksual selain menerangkan tentang aspek-aspek anatomis dan biologis juga menerangkan tentang aspek-aspek psikologis dan moral. Pendidikan seksual yang benar harus memasukkan unsur-unsur hak asasi manusia. Juga nilai-nilai kultur dan agama diikutsertakan sehingga akan merupakan pendidikan akhlak dan moral juga.

Jadi tujuan pendidikan seksual adalah untuk membentuk suatu sikap emosional yang sehat terhadap masalah seksual dan membimbing anak dan remaja ke arah hidup dewasa yang sehat dan bertanggung jawab terhadap kehidupan seksualnya (Mu'tadin, 2002). Untuk krisis situasional (seperti kehilangan anggota keluarga, abortus, kehilangan pekerjaan dan pindah rumah) tidak banyak keluarga yang mengalaminya, dan kebanyakan dari keluarga tersebut pun mampu melewatinya dengan baik. Sifat kekeluargaan dan gotong royong yang masih sangat membudaya di desa ini lah yang menjadi sistem pendukung sosial yang merupakan strategi koping keluarga eksternal yang paling utama. Disamping itu,

yang tidak kalah penting adalah dukungan spiritual. Menurut Friedman (1998), dukungan spiritual membantu keluarga mentoleransi ketegangan serta membantu memelihara keutuhan keluarga.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil pembahasan pada Bab V, secara umum dapat disimpulkan bahwa gambaran tipologi masalah kesehatan keluarga di Desa Lamsabang Kecamatan Kuta Baro Aceh Besar dialami oleh 72 responden atau 57,6 %.

Adapun kesimpulan dari hasil penelitian untuk tiap-tiap variabel dapat diuraikan sebagai berikut : **1)** Ancaman kesehatan (*Health Threat*) pada keluarga di Desa Lamsabang Kecamatan Kuta Baro Aceh Besar dialami oleh 82 responden atau 65,6 %, **2)** Keadaan kurang / tidak sehat (*Defisit*) pada keluarga di Desa Lamsabang Kecamatan Kuta Baro Aceh Besar dialami oleh 65 responden atau 52%, **3)** Situasi krisis (*Crysis*) pada keluarga di Desa Lamsabang Kecamatan Kuta Baro Aceh Besar dialami 74 responden atau 60,8%.

Kepada pihak Puskesmas Kecamatan Kuta Baro diharapkan dalam pelaksanaan keperawatan keluarga melakukan berpedoman pada penganalisaan dari keadaan dilapangan sebelum mengambil keputusan/tindakan, dan juga harus mengutamakan keluarga yang memiliki ancaman/resiko tinggi dalam bidang kesehatan. Perlunya kerjasama yang baik antara pihak institusi pendidikan terutama Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Syiah Kuala dengan pihak Puskesmas Kecamatan Kuta Baro dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan keluarga terutama dalam penyusunan masalah kesehatan keluarga.

Diharapkan kepada peneliti berikutnya agar meneliti masalah kesehatan keluarga lebih spesifik pada tiap variabel dan meneliti lebih lanjut tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan keluarga. Kepada tokoh-tokoh desa, khususnya di Desa Lamsabang agar mengajak seluruh warga untuk memperhatikan kebersihan lingkungan di desa karena lingkungan yang tidak sehat

menjadi ancaman kesehatan bagi seluruh keluarga/masyarakat.

KEPUSTAKAAN

- Azwar. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi Ke-3, Staf Pengajar Bagian Ilmu Kedokteran, Fakultas UI ; Terbitan Rupa Aksara
- Bobak, M. (2004). *Keperawatan Maternitas*. Edisi 4, Jakarta ; EGC
- Bustan. (2000). *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Jakarta ; Rineka Cipta
- Brunner&Suddarth. (2002). *Keperawatan Medikal Bedah*, Volume 2. Jakarta;EGC
- Depkes. (2006). *Daftar Tabel Profil Kesehatan Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam*.http://www.depkes.go.id/downloads/profil/NAD06/profil_dinkes06baru.pdf, 10 April 2008
- Depkes RI. (2006). *Masalah Kesehatan*. <http://www.depkes.go.id/showish.php>. 10 Januari 2008
- Dinkes, (2006). *Profil Kesehatan Privinsi Nanggroe Aceh Darussalam*. <http://dinkes.nad.go.id/dinkes/index.php?option=isi&task=view&id=46&Itemid=90>. 11 Maret 2008
- Effendy, Nasrul. (1998). *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta ; EGC
- Fathi, Said. (2008). *Pemanfaatan sampah sebagai upaya mengurangi pemanasan global*. <http://hmit.wordpress.com> . 11 Maret 2008
- Friedman, Marilyn, M. (1998). *Keperawatan Keluarga : Teori dan Praktek*. Jakarta;EGC
- Gaffar, La Ode Jumadi. (1999). *Pengantar Keperawatan Profesional*. Jakarta;EGC
- Hamilton,PM. (1995). *Dasar-Dasar Keperawatan maternitas*, Edisi 6. Jakarta;EGC

- Hastings, Diana. (1995). *Perawatan di Rumah*. Jakarta ; Arcan
- Hurlock, B, Elizabeth. (1994). *Psikologi Perkembangan*. Jakarta ; Erlangga
- Ilyas, J. (1992). *Asuhan Keperawatan Anak Dalam Konteks Keluarga*. Jakarta ; Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan Depkes RI
- Jacinta. (2008). Pengaruh Keluarga asal terhadap perkawinan. <http://www.e-psikologi.com/remaja/290702.htm>. 11 Maret 2008
- Kantor Kecil Gampong Ilie. (2007). *Data Statistik Desa Ilie kec. Ulee Kareng*
- Kader Posyandu (2007). *Jadwal Imunisasi / Vaksin*. <http://www.infoibu.com>, 12 Januari 2008
- Kozier, B & Erb. (1995). *Fundamental of Nursing Conceptual & Prosedure*, second Edition. California ; Adison Wesley Publishing Company
- Mu'tadin. (2002). *Pendidikan Seksual Pada Remaja*. <http://www.e-psikologi.com/remaja/290702.htm>, 11 Maret 2008
- Nazamuddin. (2007). *Kenaikan UMP NAD*. <http://www.disnaker.nad.go.id>. 1 April 2008
- Notoatmodjo, S. (2002). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta ; Rineka Cipta (2003). *Pendidikan dan Prilaku Kesehatan*. Jakarta ; Rineka Cipta
- Nursalam. (2003). *Konsep & Penerapan Metodelogi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta ; Salemba Medika
- Potter & Perry. (2005). *Fundamental Keperawatan*, Volume 1. Jakarta ; EGC
- Priharjo, Robert. (2007). *Pengkajian Fisik Keperawatan*, Edisi 2. Jakarta ; EGC
- Posyandu Jeumpa (2008). *Buku Laporan Bulanan Posyandu Jeumpa*
- Puskesmas Ulee Kareng (2008). *Buku Laporan Bagian Kesehatan Lingkungan Puskesmas Ulee Kareng*
- Rini. (2008). *Pendidikan Seks Remaja Atau ancaman Penyimpangan Prilaku Seksual?* <http://etudiantefrancaise.blogspot.com/2006/10/pendidikan-seks-untuk-remaja-atau.html>. 11 Maret 2008
- Santoso, Soengeng, dkk. (2004). *Kesehatan dan Gizi*. Jakarta ; Rineka Cipta
- Sediaoetama, A. D. (1985). *Ilmu Gizi*, Edisi 4. Jakarta ; Dian Rakyat
- Slamet, Juli, Soemirat. (1994). *Kesehatan Lingkungan*. Bandung ; Gadjah Mada University Press
- Soekanto, Soerjono. (2004). *Sosiologi Keluarga Tentang Ikhwal Keluarga, Remaja & Anak*. Jakarta ; Rineka Putra
- Soetjiningsih. (2004). *Tumbuh kembang Remaja dan Permasalahannya*, Jakarta;EGC
- Sembiring, Nasab. (2007). *Pengaruh Keluarga Terhadap Kenakalan Remaja*. <http://www.damandiri.or.id>. 12 Januari 2008
- Sudijono, Danin.(2003). *Riset Keperawatan Sejarah dan Metodelogi*. Jakarta;EGC
- Tarmansyah. (2003). *Rehabilitasi dan Terapi Untuk Individu yang Membutuhkan Layanan Khusus*. Padang ; Departemen Pendidikan Nasional. Direktorat Jendral Pendidikan Tinggi. Direktorat Pembinaan Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat.