



# Media Kesehatan Masyarakat



Published by  
Universitas Nusa Cendana  
Jl. Adisucipto, Penfui, Kota Kupang, Nusa Tenggara Timur, Indonesia  
Kode Pos 8500

<http://ejournal.undana.ac.id/MKM>

Volume 02, Nomor 02

Agustus 2020

p-ISSN: 0852-6974  
e-ISSN: 2722-0265



## Table of Content

### Research Articles

<b>Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim Pasien BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Soe.....</b>	<b>1-14</b>
Honcy Ernesta Nomeni, Rina Waty Sirait, Yoseph Kenjam	
<b>Hubungan antara Perilaku Sanitasi Lingkungan dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Kerja Puskesmas Tarus.....</b>	<b>15-23</b>
Rusmini Marslan Arsyad, Engelina Nabuasa, Enjelita M. Ndoen	
<b>Hubungan Persepsi Pasien tentang Mutu Pelayanan Kesehatan dengan Minat Kunjungan Ulang Rawat Jalan di Puskesmas Bakunase Kecamatan Kota Raja.....</b>	<b>24-32</b>
Aloysius S. S. Djuwa, Masrida Sinaga, Dominirsep O. Dodo	
<b>Faktor Risiko Kejadian Gizi Kurang pada Anak Balita di Puskesmas Palla Kabupaten Sumba Barat Daya.....</b>	<b>33-41</b>
Anita Bili, Lewi Jutomo, Daniela L. A. Boeky	
<b>Hubungan Masa Kerja, Jenis Kelamin dan Sikap Kerja dengan Keluhan Muskuloskeletal pada Operator SPBU di Kota Kupang.....</b>	<b>42-49</b>
Kasimirus Ebu To, Noorce Ch. Berek, Agus Setyobudi	

Published by  
Universitas Nusa Cendana  
Jl. Adisucipto, Penfui, Kota Kupang, Nusa Tenggara Timur, Indonesia  
Kode Pos 8500

<http://ejurnal.undana.ac.id/MKM>

Volume 02, Nomor 02

Agustus 2020

p-ISSN: 0852-6974  
e-ISSN: 2722-0265



# Media Kesehatan Masyarakat

Media Kesehatan Masyarakat is a peer-reviewed journal. It publishes original papers, reviews and short reports on all aspects of the science, philosophy, and practice of public health.

It is aimed at all public health practitioners and researchers and those who manage and deliver public health services and systems. It will also be of interest to anyone involved in provision of public health programmes, the care of populations or communities and those who contribute to public health systems in any way.

Published 3 times a year, Media Kesehatan Masyarakat considers submissions on any aspect of public health including public health nutrition, epidemiology, biostatistics, health promotion and behavioural science, health policy and administration, environmental health, occupational health and safety, sexual and reproductive health.

**Editor in Chief: Dr. Imelda Februati Ester Manurung, SKM., M.Kes** (Scopus id: 57212190158, Orchid Id: (<https://orcid.org/0000-0001-9322-0384>))

**Editor:**

1. **Prof. Dr. Ridwan Amiruddin, SKM, M.Kes, MSc.PH** (Universitas Hasanuddin) (Scopus id: 32067454000)
2. **Dr. dr. I Wayan Gede Artawan Eka Putra, M.Epid** (Universitas Udayana) (Scopus id: 55932089700, Orchid id: (<http://orcid.org/0000-0002-8173-9311>))
3. **Dominirsep O. Dodo, S.KM, MPH** (Universitas Nusa Cendana) (Orchid Id: <https://orcid.org/0000-0002-1784-7350>)
4. **Dr. Rico Januar Sitorus SKM, M.Kes (Epid)** (Universitas Sriwijaya); Scopus id: 57205029593
5. **Helga J. N. Ndun, SKM, MS** (Universitas Nusa Cendana)
6. **Sarci M. Toy, SKM, MPH** (Universitas Nusa Cendana) (Scopus id: 57204968809)

Published by  
Universitas Nusa Cendana  
Jl. Adisucipto, Penfui, Kota Kupang, Nusa Tenggara Timur, Indonesia  
Kode Pos 8500

<http://ejurnal.undana.ac.id/MKM>

Volume 02, Nomor 02

Agustus 2020

p-ISSN: 0852-6974  
e-ISSN: 2722-0265



## Information

MKM: Media Kesehatan Masyarakat Journal publishes articles in public health areas including Public Health Nutrition, Epidemiology, Biostatistics, Health Promotion, Behavioral Science, Health Policy and Administration, Environmental Health, Occupational Health and Safety, and Sexual and Reproductive Health.

The guideline below should be applied before submitting manuscripts:

1. Submitted articles must be research articles that are free of plagiarism. The articles should not have been previously published or be under consideration for publication in another journal. Turnitin will check each submitted article. Articles with a similarity score of >25% will be automatically rejected.
2. **WARNING:** Authors found to have intentionally manipulated the manuscripts to reduce the plagiarism score will be blacklisted from the MKM journal. The manipulation includes writing wrong words or sentences on purpose, putting white dots or commas between words, and/or other dishonest tricks.
3. The components of the article must comply with the following conditions.
4. The title is written in Indonesian or English with a maximum of 20 words.
5. The author's identity is written under the title, including name, affiliation, correspondence address, and e-mail.
6. The abstract is written in English with a maximum of 250 words. The abstract should be one paragraph covering the introduction, aim, method, results, and conclusion with a maximum of 5 (five) keywords separated by a comma. The abstract should be typed with 11-pt and single-spaced
7. The introduction contains background, brief, and relevant literature review and the aim of the study.
8. The method includes research design, population, sample, data sources, techniques/instruments of data collection, data analysis procedure, and ethics.
9. The results are research findings and should be clearly and concisely written. If there are tables needed, authors should present them in single-spaced. Age, sex, and socio-economic status can be put in a table titled characteristics of respondents, while descriptive and other analyses can be drawn in separate tables.
10. The discussion should demonstrate an argumentative explanation relevant to the findings. Authors are required to compare findings with any relevant theory and prior research. Statistical results in numbers should not be written in this section.
11. The conclusion should answer problems or refer to the aims of the study mentioned in the background. This section is written in the form of narration.
12. Abbreviations consist of abbreviations mentioned in the article (from Abstract to Conclusion).
13. Ethics Approval is obtained from the institution, and informed consent should be received from research subjects.



14. The author(s) should declare competing interests (if there is any) about accepted manuscripts.
15. Acknowledgment specifies thank-you notes to all parties supporting the research.
16. References should be written in Vancouver style superscript. Recent journals cited are preferably dated in the last 10 years.
17. Every reference cited in the text should be presented in the reference list (and vice versa).
18. The number of references must be typed consecutively following the whole manuscript.
19. Please write the last name and the first name, and initials, if any, with a maximum of 6 (six) authors' names. If more than 6 (six) authors, the following author should be written with "et al."
20. The first letter of reference title should be capitalized, and the remaining should be written in lowercase letters, except the name of person, place, and time. Latin terms should be written in italics. The title should not be underlined and written in bold.
21. URL of the referred article should be provided.
22. When referencing in the body of text, use superscript after full stop (.), e.g.: .....<sup>1</sup>
23. The manuscript should be written using word processors software (Microsoft Word or Open Office) with a one-column format, margin 3cm, double spaced, and maximum 6-10 pages. The font type is Times New Roman with font size 12. The paper size is A4 (e.g., 210 x 297 mm). The manuscript must be submitted via the website <https://ejurnal.undana.ac.id/MKM/about/submissions>. Please include Ethics Approval Form in a separate document file in Supplementary Files in PDF format.

## Manuscript Handling fee

The article processing fee is IDR 150.000,- for authors from Nusa Cendana University and IDR 300.000,- for external authors. Please make a bank transfer payment to BNI account Bank: 0436339447 (Helga Ndun). The authors need to send the proof of payment to [imelda.manurung@staf.undana.ac.id](mailto:imelda.manurung@staf.undana.ac.id).

## Payment of Manuscript Handling Fee

The corresponding author will be contacted to make the manuscript handling fee payment after a manuscript is accepted. The payment option will be only informed for manuscripts that have been accepted for publication.

**Published by**  
**Universitas Nusa Cendana**  
**Jl. Adisucipto, Penfui, Kota Kupang, Nusa Tenggara Timur, Indonesia**  
**Kode Pos 8500**  
<http://ejurnal.undana.ac.id/MKM>

Volume 02, Nomor 02

Agustus 2020

p-ISSN: 0852-6974  
e-ISSN: 2722-0265

## **FAKTOR PENYEBAB KETERLAMBATAN PENGAJUAN KLAIM PASIEN BPJS RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SOE**

Honcy Ernesta Nomeni <sup>1</sup>, Rina Waty Sirait <sup>2</sup>, Yoseph Kenjam <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, FKM Universitas Nusa Cendana

<sup>2-3</sup> Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, FKM Universitas Nusa Cendana

\*Korespondensi: honcyernestanomeni@gmail.com

### **Abstract**

Problems commonly found in submitting insurance claims are incomplete documents, follow-up claims, the mismatch of the rates submitted by the hospital with the INA-CBGs rates or those paid by BPJS Kesehatan, irregularities in the coding of disease diagnoses, and the delay in claiming payments by BPJS Kesehatan. Based on the preliminary study at Soe Public Hospital in October 2019, there were still several administrative problems in submitting claims for JKN program. It was proven by the fact that there were still patients with JKN who did not bring a copy of their BPJS Kesehatan cards and the referral letter determined by BPJS Kesehatan when registering for a treatment. The aim of this study is to determine the factors causing the delay in submitting claims for inpatients with BPJS at Soe Public Hospital in 2020. This was a qualitative descriptive study. The population in this study was staff who are directly involved in the insurance claiming process. The sample was selected using purposive sampling technique that consisted of one assembling staff, one coding staff, two internal verifiers and one BPJS Kesehatan verifier. The results of the study indicated that the process of submitting claims for patients with BPJS Kesehatan by Soe Public Hospital did not carry out in a comprehensive and integrated manner because of incomplete medical record status, lack of coordination and teamwork between staff who record medical status that involves assembling staff, coding staff, and hospital verifier. This made a delay in submitting claims for inpatients with BPJS Kesehatan. There were also other obstacles found in the process of submitting claims for inpatients with BPJS Kesehatan at Soe Public Hospital. It is suggested that hospital managers need to evaluate staff who are responsible for submitting claims for inpatients with BPJS Kesehatan regularly and to assess the strengths and weaknesses of each staff.

Keywords: Submission, Claim, BPJS Kesehatan.

### **Abstrak**

Masalah yang lazim ditemukan dalam pelaksanaan prosedur klaim adalah permasalahan berkas klaim, banyaknya klaim susulan, ketidaksesuaian tarif yang diajukan rumah sakit dengan tarif INA-CBG's atau yang dibayarkan BPJS kesehatan, kegagalan pengkodean diagnosis penyakit, dan keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS kesehatan. Berdasarkan studi pendahuluan di RSUD Soe bulan Oktober Tahun 2019 program JKN masih terdapat beberapa kendala dalam proses administrasi pengajuan klaim. Terbukti dengan masih adanya pasien JKN yang pada saat mendaftar untuk berobat tidak membawa foto copy kartu BPJS dan surat rujukan yang telah ditentukan oleh BPJS. Tujuan penelitian untuk mengetahui faktor-faktor penyebab keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Soe Tahun 2020. Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif kualitatif. Populasi dalam penelitian ini yaitu petugas yang terlibat secara langsung dalam proses klaim. Sampel menggunakan informan yang ditentukan menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu berjumlah satu orang petugas *assembling*, satu orang petugas *coding*, dua orang petugas verifikator internal dan satu orang petugas verifikator BPJS. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses pengajuan klaim pasien BPJS Kesehatan oleh RSUD Soe belum dilakukan secara menyeluruh dan terpadu karena disebabkan oleh kelengkapan pengisian dan pencatatan pada status rekam medis untuk kelengkapan dokumen klaim diserahkan kepada petugas rekam medis tidak lengkap, tidak terjalin koordinasi dan kerja tim antara petugas rekam medik baik itu dari petugas *assembling*, pengkodean, dan petugas verifikator rumah sakit sehingga terjadi keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS kesehatan dan juga masih banyak kendala yang ditemukan dalam proses pengajuan klaim pasien BPJS kesehatan di RSUD Soe. Saran Diharapkan untuk melakukan kegiatan evaluasi yang berkala kepada

petugas yang memiliki tanggung jawab pada proses pengajuan klaim pasien BPJS, pihak rumah sakit harus bisa mengukur kelebihan dan kekurangan setiap petugas yang ada.

Kata kunci: Pengajuan, Klaim dan BPJS Kesehatan.

## Pendahuluan

Di Indonesia pemerintah sudah menjalankan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada awal tahun 2014 yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan JKN. Sistem ini dikelola oleh suatu badan yang ditetapkan oleh undang-undang yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dan di bagi menjadi dua yaitu BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya. Kepesertaan BPJS dibedakan menjadi peserta BPJS PBI (Penerima Bantuan Iuran) dan bukan peserta BPJS PBI.<sup>1</sup>

Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Pasal 1 tentang BPJS menyatakan bahwa Dana Jaminan Sosial adalah dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh BPJS untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program Jaminan Sosial.<sup>2</sup> Hal ini mempunyai dampak perubahan pembayaran klaim BPJS Kesehatan, yang dibayarkan dengan sistem paket Indonesia *Case Base Groups* (INA-CBG's) dan di luar paket Indonesia *Case Base Groups* (INA-CBG's) (Kemenkes, 2014). Dengan sistem tersebut rumah sakit wajib memberikan pelayanan kesehatan yang optimal kepada pasien dan keluarganya. Berdasarkan perjanjian kerja sama antara Rumah Sakit Umum Daerah Soe dan BPJS, pengajuan klaim dilaksanakan setiap tanggal 10 bulan berikutnya dan BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada Peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak dokumen klaim diterima lengkap.<sup>2</sup>

Fasilitas kesehatan yang ikut serta dalam pelaksanaan JKN yaitu terbagi menjadi fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang terdiri dari puskesmas, praktek dokter, klinik pratama, dan rumah sakit kelas D Pratama serta fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL) berupa klinik utama, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Pelaksanaan program JKN di rumah sakit membuat rumah sakit hanya melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik.<sup>3</sup> Selain itu perlu diketahui bahwa pengelolaan rumah sakit tidak seperti pengelolaan sebuah klinik. Ini menunjukkan bahwa diperlukan pengelolaan khusus untuk pelaksanaan program JKN di rumah sakit. Berdasarkan penelitian yang dilakukan mengenai implementasi kebijakan JKN di Rumah Sakit Umum Kota Tangerang Selatan menunjukkan bahwa dalam pelaksanaan JKN ditemukan berbagai kendala salah satunya terkait pembiayaan seperti keterlambatan pencairan klaim akibat keterlambatan proses pemberkasan klaim.<sup>4</sup> Klaim rumah sakit dilakukan secara kolektif dan ditagihkan ke BPJS setiap bulan, dengan dilengkapi dokumen pendukung yaitu Indonesia *Case Base Groups* (INA-CBG's), pemeriksaan penunjang, kwitansi pembayaran, SEP (Surat Eligibilitas Peserta), Formulir Bukti pelayanan rawat jalan dan persyaratan yang dibawa pasien. Untuk kelancaran proses pengajuan klaim setiap pasien harus membawa persyaratan lengkap.<sup>5</sup>

Kelengkapan berkas dokumen menjadi bagian penting dalam proses klaim. Apabila pihak rumah sakit dapat memenuhi kelengkapan dokumen, maka kemungkinan semakin cepat proses penggantian biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Ada beberapa syarat yang harus dilengkapi dalam proses klaim yaitu sebagai berikut: formulir pengajuan klaim, *softcopy* iuran aplikasi, kuitansi asli bermaterei, bukti pelayanan yang sudah ditandatangani

oleh peserta atau anggota keluarga, dan kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim. Kelengkapan informasi sangatlah penting oleh karena itu petunjuk verifikasi klaim disusun secara khusus dengan tujuan untuk dapat menjadi acuan bagi verifikasi BPJS kesehatan maupun bagi fasilitas kesehatan dalam rangka menjaga mutu layanan dan efisiensi biaya pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS kesehatan.<sup>6</sup>

Masalah yang lazim ditemukan dalam pelaksanaan prosedur klaim adalah permasalahan berkas klaim, banyaknya klaim susulan, ketidaksesuaian tarif yang diajukan rumah sakit dengan tarif Indonesia *Case Base Groups* (INA-CBG's) atau yang dibayarkan BPJS kesehatan, kegagalan pengkodean diagnosis penyakit, dan keterlambatan pembayaran klaim oleh BPJS kesehatan. Beberapa penyebab keterlambatan pengajuan klaim adalah karena persyaratan berkas klaim yang tidak lengkap, jumlah dan kompetensi petugas bagian klaim yang masih minim.<sup>7</sup> Selain itu, faktor penyebab keterlambatan klaim berasal dari faktor *man, machine, method* dan *materials*. Faktor *man* adalah petugas verifikasi kelengkapan awal, dokter, dan petugas pengodean. Faktor *machine* adalah karena SIMRS belum terintegrasi dengan INA-CBG. *Method* adalah karena implementasi SPO yang belum lancar. Faktor *materials* karena persyaratan yang tidak sesuai.<sup>8</sup>

RSUD Soe merupakan satu-satunya fasilitas kesehatan rujukan milik pemerintah yang ada di Kabupaten Timor Tengah Selatan (TTS) yang mempunyai tugas pokok menyelenggarakan dukungan kesehatan dan pelayanan kesehatan bagi masyarakat umum. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di RSUD Soe bulan Oktober Tahun 2019 program JKN masih terdapat beberapa kendala dalam proses administrasi pengajuan klaim. Terbukti dengan masih adanya pasien JKN yang pada saat mendaftar untuk berobat tidak membawa foto copy kartu BPJS dan surat rujukan yang telah ditentukan oleh BPJS. Pada saat pembuatan Surat Egibilitas Pasien (SEP) dibagian pendaftaran terkadang terdapat kendala yaitu tidak ditemukan identitas pasien didalam komputer, sehingga petugas pada bagian pendaftaran harus menanyakan kepada petugas BPJS. Selain itu adanya berkas rekam medis yang tidak lengkap seperti tidak adanya tanda tangan dan nama terang dokter, diagnosis belum diisi atau belum ditulis kode diagnosis, riwayat perjalanan penyakit belum terisi dengan lengkap sebesar 90%. Ketidaklengkapan dokumen pasien dapat menyebabkan terhambatnya proses pengajuan klaim kepada BPJS dan akan berakibat pada menurunnya jumlah hasil klaim yang didapat oleh fasilitas kesehatan pada bulan tersebut. Keterlambatan penyerahan berkas klaim pasien rawat inap disebabkan karena peserta BPJS yang tidak membayar iuran atau premi dalam hal ini peserta mandiri sehingga mengakibatkan SEP tidak bisa dibuat dalam waktu 3 x 24 jam, kurangnya kelengkapan berkas atau dokumen pasien seperti bukti pemeriksaan penunjang yang untuk mendukung diagnosa, kelengkapan resume medis, dan keakuratan coding. Keterlambatan pembayaran klaim BPJS ke rumah sakit dapat berdampak pada biaya operasional di rumah sakit seperti pembayaran obat serta alat kesehatan dan pembayaran jasa pelayanan bagi karyawan yang seringkali berdampak pada menurunnya kinerja dari karyawan dalam bekerja karena jasa pelayanan merupakan suatu imbalan yang diterima oleh karyawan setelah melaksanakan pekerjaan serta merupakan suatu motivasi bagi karyawan dalam bekerja. Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor penyebab keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Soe Tahun 2020.

## Metode

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif. Penelitian ini dilakukan di RSUD Soe pada bulan Juni-Agustus tahun 2020. Populasi dalam penelitian ini yaitu petugas yang terlibat secara langsung dalam proses klaim. Penentuan informan dalam penelitian ini menggunakan



teknik *purposive sampling*. Jumlah informan dalam penelitian ini berjumlah lima orang yang terdiri dari satu orang petugas *assembling*, satu orang petugas *coding*, dua orang petugas verifikator internal, dan satu orang petugas verifikator BPJS. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah dengan wawancara mendalam. Analisis data yang digunakan adalah dengan keabsahan data dimana menggunakan kecukupan bahan referensi dan teknik *member check*. Peneliti memanfaatkan *tape recorder* untuk merekam wawancara yang dilakukan.

## Hasil

Karakteristik informan penelitian dapat di lihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 1. Karakteristik Informan Penelitian Rumah Sakit Umum Daerah Soe, Kabupaten Timor Tengah Selatan

Informan	Inisial	Umur	Jenis Kelamin	Pendidikan	Peran/Tugas
1	YC	39	L	SMA	Staf <i>Assembling</i>
2	LT	30	P	D3	Staf <i>Coding</i>
3	VT	30	L	S1	Staf Verifikator 1
4	NA	56	P	SMA	Staf Verifikator 2
5	ET	34	P	D3	Verifikator BPJS

Berdasarkan Tabel 1 di atas diketahui bahwa informan untuk kategori umur paling tinggi adalah umur 56 tahun, yang terdiri dari perempuan dan laki-laki dengan status pendidikan paling tinggi adalah Sarjana (S1).

### 1. Verifikasi Kelengkapan Berkas Administrasi Klaim Pasien BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe

Verifikasi kelengkapan berkas klaim yang sudah diberikan dari setiap ruangan khususnya pasien rawat inap dilakukan oleh petugas *assembling* dan kemudian diserahkan pada petugas *coding* untuk di entri sesuai dengan hasil diagnosa dan pemeriksaan penunjang sehingga diberikan pengkodean pada status pasien BPJS. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara petugas *assembling* di RSUD Soe.

*“Kalau untuk alur penerimaan berkas klaim itu, awal dari pasien dari ruangan, masuk ke bagian assembling, trus assembling masuk ke bagian coder, baru ke bagian klaim. Dia punya alurnya seperti itu, secara garis besarnya seperti itu” (YC).*

Kenyataan pada hasil penelitian bahwa masih terdapat kendala dalam proses verifikasi kelengkapan berkas klaim untuk BPJS. Misalnya masih terdapat berkas yang tidak lengkap dari tiap ruang rawat inap untuk diverifikasi oleh petugas *assembling*.

*“Ya untuk sementara ini masih ada sebagian yang tidak lengkap contohnya seperti, tanggal masuk keluar, tanda tangan dokter trus, lembaran penunjang, contohnya seperti hasil baca foto, pokoknya masih sering ditemukan itu.” (YC).*

Dokumen yang tidak lengkap dalam proses verifikasi berkas klaim di bagian *assembling* seperti tidak adanya hasil baca pemeriksaan penunjang pasien karena diduga banyak jumlah pasien, tidak ada tangan dokter serta jam masuk keluar yang tidak lengkap.

*“Ya untuk sementara ini masih ada sebagian yang tidak lengkap contohnya seperti, tanggal masuk keluar, tanda tangan dokter trus, lembaran penunjang, contohnya seperti hasil baca foto, pokoknya masih sering ditemukan itu.” (YC).*

Apabila terdapat dokumen yang masih kurang, maka petugas *assembling* akan mengembalikan ke ruangan rawat inap di mana pasien itu di rawat untuk melengkapi dokumen tersebut. Hal ini membutuhkan waktu lagi, yang dapat menghambat proses verifikasi klaim BPJS.

*“Ia, biasa begitu, di bagian assembling liat kembali kalo memang ada yang kurang, liat ada yang kurang, berarti dikembalikan ke bagian ruangan untuk petugas ruangan yang melengkapi.” (YC).*

Dapat disimpulkan bahwa verifikasi berkas administrasi klaim masih ditemukan kendala sehingga dapat berpengaruh terhadap keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe.

## 2. Keakuratan Coding Pasien BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe

Pengkodean diagnosis di RSUD Soe menggunakan ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) sedangkan untuk *coding* tindakan menggunakan ICD-9-CM. Pengkodean diagnosa penyakit juga dilakukan sesuai dengan SOP-nya. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara petugas *coder* RSUD Soe

*“Dari rawat inap, rawat jalan, IGD semua ada SOP-nya. Ya pertama ah, statusnya itu dari ruangan ah distor ke rekam medis bagian assembling, bagian assembling cek semua kelengkapan dalam rekam medis itu kalau sudah lengkap baru diserahkan ke saya bagian coding, trus saya mulai lihat dari diagnosa dan berikan kode diagnosa itu. Oh satu status itu, 10 menit sa bisa atau tidak sampai bisa karena pakai ICD10 to dibantu sama ICD10 untuk kode diagnosa, trus kode tindakan ICD9.” (LT)*

Keakuratan pemberian *coding* pada data pasien BPJS masih mengalami kendala dalam hal pemberian *coding* yang tepat pada status pasien. Di RSUD Soe ketidakakuratan pengkodean diagnosa pasien yang sering terjadi adalah *misscoding* atau penempatan kode yang tidak sesuai yang menyebabkan kerugian rumah sakit apabila tarif kode penyakit yang diklaim lebih kecil dari kode penyakit yang ditangani dirumah sakit, selain itu ketidakakuratan pengkodean pun terjadi karena tulisan dokter yang tidak bisa dibaca. Ketidakakurat pengkodean pun terjadi karena informasi penunjang dari dokter dalam mendiagnosa pasien tidak sesuai dengan aturan dari BPJS sehingga harus dikonsultasikan lagi.

*“Ia misscoding itu biasanya terjadi ketika salah penempatan kode penyakit bisa terjadi atau karna kelalaian rumah sakit atau terjadi fraud. Fraud itu di mana contohnya seperti harganya sekian tetapi ita klaimnya sekian berarti pada saat ada audit itu nanti kita pihak rumah sakit harus mengganti kerugian BPJS begitu” (LT)*

*“Ah kendala pertama itu mungkin dari tulisan dokter yang agak sulit dibaca terus, ah hasil penunjang yang kadang-kadang tidak ada, tidak lengkap, ia itu kendala dalam memberikan diagnosa. Karena kalau tidak lengkap otomatis tidak bisa diklaim. Ia, jadi harus dikembalikan ke ruangan untuk dilengkapi.”(LT)*

Dapat disimpulkan bahwa, masih ditemukan keakuratan *coding* yang belum tepat sehingga dapat berpengaruh terhadap keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe.

### 3. Ketepatan Pengajuan Klaim Pasien BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe

Pelaksanaan pengajuan pengklaiman yang dilakukan oleh pihak rumah sakit sudah sesuai dengan prosedur yang benar untuk tahapnya. Namun kendala masih di rasakan dalam tahap pelaksanaan klaim ke BPJS. Apabila kelengkapan berkas dan pengkodean yang dimasukan dalam sistem belum tepat sesuai dengan ketentuan maka akan langsung dikembalikan oleh verifikasi dari BPJS kepada rumah sakit untuk dilakukan pemeriksaan kembali. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara petugas pengajuan klaim.

*“Kalo untuk keterlambatan klaim khusus pasien BPJS itu ada pada kelengkapan berkas rekam medis jadi contohnya seperti status yang pasiennya KRSnya tanggal 1 statusnya tidak langsung masuk tapi masih melewati beberapa proses. kalo masih ada temuan masalah kelengkapan berkas ke contoh pada penulisan dokter tidak jelas, jam masuk keluar tidak ada trus penunjang-penunjang lembaran penunjang lain tidak ada berarti itu salah satu faktor keterlambatan klaim” (VT).*

*“Karena minimal batas waktu pengajuan klaim kan bukan bulan berjalan jadi contohnya kalo kita klaim bulan januari kita ajukannya di bulan februari lalu diajukan di bulan februari itu harus per tanggal 10 jadi kalo sudah lewat dari tanggal 10 kita belum mengajukan berarti dari pihak rumah sakit disini atas nama direktur harus membuat surat permohonan keterlambatan klaim untuk ditujukan kepada BPJS.” (VT).*

*“Hm, itu kalo ketepatan itukan lebih ke ini berka s klaim sa to kak? Jadi seperti ada rujukan ataukah ada SEP terus ah apa, itu sa si sebenarnya. Ia. Jadi kalo tidak sesuai akan dikembalikan dan ah itu kita bongkar lagi berkas apa yang tidak sesuai ataukah kalo tidak maunya BPJS seperti apa kita sesuaikan dengan isi rekam medis to kak.” (ET).*

Dapat disimpulkan bahwa, ketepatan pengajuan klaim masih terjadi kendala sehingga dapat berpengaruh terhadap keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe.

### 4. Kendala-Kendala dalam Pengajuan Klaim Pasien BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe

Kendala yang dihadapi bagian rekam medik untuk mengklaim pasien BPJS terletak pada kurangnya ketelitian pada bagian *assembling*, bagian *coding* dan juga karena berkas-berkas yang dimasukan dari setiap ruangan masih sangat kurang sehingga membuat rekam

medik untuk kerja lebih ekstra dengan mengkonfirmasi kembali terkait data yang dibutuhkan, serta SDM yang masih kurang sehingga terjadi penumpukan kerja. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan pada informan didapatkan hasil bahwa:

*“Kendala cukup banyak, mulai dari kelengkapan berkas, kurang teliti, biasalah human erorr makanya keterlambatan klaim dalam pengajuan dan SDM juga kurangmaka penumpukan kerja sering terjadi, belum lagi kita harus kejar proses pengklaiman setiap bulannya, kadang-kadang internet juga erorr, trus aplikasi maintenance dari pusat.”(NA).*

*“Kalau untuk langkah-langkah yang kita ambil itu semua tergantung dari kebijakan pimpinan karna kita petugas yang dalam pengajuan kleim kita bekerja berdasarkan porsi, berdasarkan SOP, berdasarkan aturan tapi kalau untuk kendala itu kita hanya ajukan masukan berikan masukan berikan pendapat kepada pimpinan trus yang mengambil keputusan ialah pimpinan. Di sini dalam arti kita kalau ada kendala yang kita temui kita ajukan ke kepala bidang trus kepala bidang cari solusinya kermana kalau memang tidak ditemukan berarti kita langsung ke KTU atau langsung di direktur.”(NA).*

*“Itu kendalanya seperti ah mungkin status pasien rawat inap itu masuk ke rekam medis itu lebih dari 2 x 24 jam. Sesuai dengan standar operasional yang ada di RS to, jadi kendalanya itu yang pertama, terus yang kedua ah mungkin apa keterlambatan klaim ini jugakan dari tenaga yang hanya satu orang yang kerja to kak, jadi harus coding rawat jalan rawat inap, itu si kendalanya.”(ET).*

Dapat disimpulkan bahwa masih terdapat beberapa kendala yang di hadapi dalam proses pengajuan klaim sehingga berpengaruh terhadap keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe.

## **Pembahasan**

### **1. Verifikasi Kelengkapan Administrasi Klaim Pasien BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe**

Verifikasi pada dokumen klaim bertujuan untuk memastikan bahwa biaya program JKN oleh BPJS Kesehatan dimanfaatkan secara tepat jumlah, tepat waktu dan tepat sasaran. Selain itu verifikasi data bertujuan untuk membantu fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut dengan mengacu kepada standar penilaian klaim berdasarkan PKS antara provider dan BPJS Kesehatan.<sup>9</sup>

Verifikasi administrasi, klaim mencakup 2 (dua) hal pokok yaitu berkas klaim yang akan diverifikasi dan tahap verifikasi administrasi klaim. Berkas klaim yang akan diverifikasi untuk rawat jalan meliputi surat eligibilitas peserta (SEP), yaitu bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur serta ditandatangani oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP), protokol terapi dan regimen) obat khusus, resep alat kesehatan, tanda terima alat kesehatan.<sup>10</sup>

Hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Soe didapatkan dimana hasil wawancara dengan petugas rekam medik bahwa untuk proses verifikasi kelengkapan administrasi klaim pasien BPJS yang dilakukan oleh petugas *assembling* masih sangat jauh dari apa yang diharapkan, ketelitian dan proses pemeriksaan berkas yang masuk dari setiap ruangan tidak

dilakukan pemeriksaan lebih awal dengan memperhatikan kesesuaian data yang masuk dan hasil pemeriksaan untuk bisa di serahkan ke petugas *coding*. Kurangnya komunikasi dan evaluasi pada bagian rekam medik untuk bagian *assembling* merupakan salah satu kendala yang serius.<sup>5</sup>

Menurut peneliti, perlu adanya peningkatan dalam memverifikasi dokumen atau berkas yang masuk ke bagian rekam medik, berkas yang masuk harus langsung dilakukan pemeriksaan dengan metode atau cara *chek list* sehingga mempermudah dalam memverifikasi apabila berkas yang dimasukkan kurang lengkap bisa langsung di konfirmasi kepada petugas yang bertanggung jawab.<sup>6</sup>

Proses *assembling* dikerjakan oleh 1 petugas yang fokus melakukan *assembling* pada kelengkapan dokumen klaim BPJS rawat nginap dengan pendidikan SMA. Hasil wawancara kepada petugas *assembling* bahwa waktu yang dimiliki oleh petugas *assembling* sesungguhnya cukup apabila dokumen klaim yang diterima oleh petugas *assembling* telah dalam kondisi lengkap, namun pada kenyataannya petugas *assembling* harus kembali melengkapi sejumlah dokumen yang tidak lengkap dengan cara menelusuri riwayat kunjungan pasien tersebut dengan menghubungi petugas yang bertanggungjawab agar menyerahkan kelengkapan dokumen klaim yang kurang. Apabila seluruh petugas administrasi klaim sebelumnya memastikan serta turut berperan dalam memastikan ulang bahwa kelengkapan dokumen klaim dan memindahkan dokumen klaim yang tidak lengkap ke dalam map khusus maka hal tersebut akan mengurangi beban kerja petugas *assembling* dalam melakukan verifikasi berkas dan kemudian bisa diserahkan kepada petugas *coding*.<sup>10</sup>

Menurut peneliti, bahwa petugas *assembling* perlu dilakukan peningkatan ketrampilan baik secara *soft skill* dan manajemen dalam mengurus verifikasi kelengkapan berkas administrasi pasien BPJS karena tingkat pendidikan yang dimiliki oleh petugas *assembling* adalah SMA yang dimana tidak memiliki latar belakang pendidikan sebagai rekam medik. Kondisi ini akan sangat mempengaruhi ketepatan dan kelancaran dalam melakukan tugas sebagai seorang *assembling*. Dengan ada peningkatan ketrampilan melalui pelatihan dan workshop maka tenaga *assembling* dengan sendiri memiliki manajemen yang baik dalam menyelesaikan proses verifikasi berkas pasien BPJS.<sup>7,11</sup>

Penelitian yang dilakukan tentang faktor penyebab keterlambatan pengajuan klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap menyatakan bahwa data berkas klaim petugas pengelolaan klaim BPJS Kesehatan untuk pasien rawat inap membutuhkan waktu selama 18:39:03 per berkas dengan rata-rata waktu penyelesaian per berkas setiap harinya untuk petugas verifikator administrasi membutuhkan waktu selama 2:02:54, setelah dihitung beban kerja untuk petugas verifikator administrasi bisa menyelesaikan berkas klaim dalam sehari sebanyak 150 berkas administrasi dengan rata-rata penyelesaian per berkasnya selama 2 menit.<sup>7</sup> Ini kembali lagi kalau kondisi berkas yang diverifikasi sudah benar-benar sesuai dengan SOP yang berlaku dimana kelengkapan data yang dibutuhkan itu sudah sesuai kebutuhan untuk dilanjutkan ke bagian *coding*.<sup>12</sup>

Menurut peneliti, dampak dari rumah sakit tidak memberikan pelatihan kepada petugas pengelolaan klaim BPJS yang sesuai dengan tugas pokok jabatannya yaitu pertama, akan berpotensi kurangnya pengetahuan dan keterampilan petugas pengelolaan klaim tentang hal-hal persyaratan, kriteria dan tatakelola pengelolaan klaim BPJS kesehatan. Kedua, produktivitas kerja petugas pengelolaan klaim tidak optimal dikarenakan setiap bulannya masih mengalami keterlambatan dalam pengajuan klaim ke kantor BPJS kesehatan. Ketiga, berpotensi terjadinya kinerja yang tidak maksima dari karyawan.<sup>10</sup>

## 2. Keakuratan Coding Pasien BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah Badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan.<sup>1</sup>

Perhitungan biaya perawatan pada sistem ini dilakukan berdasarkan diagnosis akhir pasien saat dirawat inap di rumah sakit. Penerapan *case-based groups* pembayaran berdasarkan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh beberapa rumah sakit untuk suatu diagnosis, besarnya biaya perawatan pasien dengan diagnosis akan berbeda apabila tipe rumah sakit tersebut berbeda.<sup>13</sup> Diagnosis pasien saat keluar dari rumah sakit merupakan dasar dalam menentukan biaya perawatan. Diagnosis tersebut kemudian dilakukan pemberian kode *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem (ICD-10)*.<sup>14</sup>

Proses *coding* diagnosis di RSUD Soe menggunakan ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) sedangkan untuk *coding* prosedur menggunakan ICD-9-CM. Hal tersebut telah sesuai dengan Permenkes Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem INACBG's yang menjelaskan bahwa dasar pengelompokan dalam INACBG's menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk prosedur.<sup>15</sup>

Hasil penelitian dilapangan menunjukkan bahwa keakuratan pengkodean yang dilakukan untuk data pasien BPJS oleh pihak rumah sakit masih sangat mengalami masalah dalam pengkodean status diagnosa pasien pada sitem. Ini langsung disampaikan oleh petugas yang bertugas bagian pengkodean atau coding di rumah sakit, dimana petugas mengakui bahwa hampir setiap kali kegiatan pengklaiman ke BPJS selalu terjadi kesalahan pengkodean. Hasil wawancara menyatakan bahwa petugas coding mengalami kendala dalam memberikan kode karena di pengaruhi oleh beberapa hal seperti kelengkapan berkas pasein BPJS tidak lengkap dalam hal ini yaitu hasil diagnosa dan hasil pemeriksaan penunjang dan ditambah lagi kendala pada tulisan dokter yang sulit untuk dibaca sehingga perlu dilakukan konfirmasi kepada dokter yang bersangkutan untuk memastikan diagnosa yang diberikan.<sup>6</sup>

Kelengkapan berkas yang diberikan dan dimasukkan pada rekam medik dari masing-masing ruangan terkhususnya rawat inap masih banyak yang kurang dalam kelengkapannya, sehingga itu perlu di konfirmasi. Kemudian bagian *assembling* juga masih kurang teliti dalam melakukan verifikasi berkas pasien BPJS sehingga saat pengkodean mengalami kendala. Hasil wawancara juga bahwa jumlah SDM untuk tenaga pengkodean berjumlah dua orang, dengan kualifikasi pendidikan D3 rekam medik. Untuk sekarang yang bertugas dalam pengkodean dan entri itu cuma satu orang tenaga yang bertugas dikarenakan petugas yang satunya lagi dalam lanjut studi. Dengan jumlah SDM yang kurang membuat beban kerja dari tenaga pengkodean semakin banyak karena harus mengejar target dalam melakukan pengkodean sesuai dengan SOP yang sudah ditetapkan dan akhirnya terjadinya penumpukan status pasien sehingga human eror bisa terjadi pada petugas *coding*.<sup>10</sup>

Petugas *coding* menyatakan alasan mengapa mereka tidak dapat menyelesaikan *coding* adalah karena terdapat beberapa kendala seperti sulitnya membaca tulisan DPJP di formulir kendali, seringkali DPJP menggunakan istilah diagnosis dan prosedur yang berbeda dengan istilah pada ICD bahkan saat penelitian, bagian rekam medik menyatakan formulir kendali pasien BPJS tidak diisi dengan lengkap oleh DPJP sehingga petugas *coding* perlu dan diwajibkan untuk menanyakan kepada DPJP yang bersangkutan untuk memastikan kebenaran

istilah diagnosis dan prosedur agar petugas *coding* tidak salah dalam menetapkan kode. Menurut peneliti, hal tersebut dapat diminimalisasi atau dikurangi apabila petugas administrasi ruang rawat inap selalu ingat untuk memastikan ulang pengisian formulir kendali oleh DPJP sehingga petugas coding tidak perlu menghadapi kendala tersebut sehingga pengajuan klaim ke BPJS dapat cepat dan tepat sesuai dengan waktu yang ditentukan.<sup>10,14</sup>

Penelitian yang dilakukan dengan judul Analisis Proses Pengajuan Klaim Jaminan Kesehatan Nasional pada Pelayanan Rawat Inap di RSUD Kabupaten Empat Lawang menunjukkan bahwa proses administrasi klaim dimulai dari loket pendaftaran sebagai tahap awal yang paling krusial dalam menentukan kelengkapan dokumen persyaratan pasien JKN.<sup>16</sup> Hal yang sering diabaikan adalah bahwa memastikan kelengkapan dokumen klaim bukan hanya kewajiban dari seorang petugas loket pendaftaran saja, namun kepada seluruh petugas yang terlibat dalam administrasi klaim termasuk petugas administrasi ruang poliklinik, petugas kasir, petugas coding juga wajib berperan dalam menjaga kelengkapan dokumen.<sup>12</sup>

### 3. Ketepatan Pengajuan Klaim Pasien BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe

Perencanaan merupakan pedoman, garis-garis besar atau petunjuk-petunjuk yang harus dituruti jika menginginkan hasil yang baik yang telah direncanakan. Tujuan perencanaan ialah memberikan pengarah, pedoman, garis-garis besar atau petunjuk-petunjuk yang harus dituruti. Perencanaan pada hakikatnya menyusun konsep dan kegiatan yang akan dilaksanakan yang biasanya berupa Standar Operasional Prosedur (SOP).<sup>17</sup> Perencanaan klaim pasien BPJS yang dilakukan oleh pihak RSUD Soe sesuai dengan penyusunan FPK telah disesuaikan dengan *Memorandum of Understanding* (MoU) antara RSUD Soe dengan BPJS kesehatan sehingga dapat disimpulkan bahwa kelengkapan administrasi pengajuan klaim yang diajukan oleh RSUD Soe telah sesuai dengan ketentuan BPJS kesehatan. Klaim rumah sakit adalah tagihan yang berupa biaya atas pelayanan yang telah diberikan kepada pasien peserta asuransi dalam hal ini BPJS Kesehatan.<sup>9</sup>

Hasil penelitian membuktikan bahwa ketepatan dalam melakukan proses pengajuan klaim ke BPJS oleh pihak rumah sakit sendiri setiap pengajuan mengalami keterlambatan ke pihak BPJS. Ini disebabkan oleh beberapa kendala yang dihadapi oleh petugas dalam rekam medik terkhususnya bagian verifikator klaim BPJS rumah sakit. Dari hasil wawancara kepada informan dalam hal ini petugas verifikator klaim petugas bahwa terjadinya keterlambatan dalam klaim ke pihak BPJS karena verifikasi berkas yang dilakukan bagian *assembling* cukup memakan waktu yang lama dan juga kadang berkas yang sudah di berikan kepada bagian *coding* masih sangat kurang seperti pada hasil pemeriksaan diagnosa dan pemeriksaan penunjang sehingga petugas harus kembali harus melengkapi berkas yang kurang dan itu membutuhkan waktu. Bukan hanya itu, kendala yang dihadapi juga berasal dari dokter yang bertanggungjawab, ada tulisan dokter yang susah dimengerti dan berkas yang belum ditandatangani oleh dokter yang bersangkutan sehingga semua perlu di konfirmasi kembali.<sup>5,6</sup>

Petugas yang bertugas melakukan proses pengajuan klaim ke BPJS di RSUD Soe sebanyak 2 orang petugas dengan 1 petugas berpendidikan SMA dan 1 berpendidikan S1. Menurut petugas bagian verifikator Pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan dilakukan setiap tanggal dan bulannya yang sudah tentukan sebagai tagihan atas biaya pelayanan bulan sebelumnya. Kalau proses pengajuan klaim lewat dengan tanggal yang ditentukan maka, itu kurang sesuai dengan panduan praktis administrasi klaim fasilitas kesehatan BPJS kesehatan yang menyatakan jika fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal dan bulan yang ditentukan. Bahkan, kerap kali pihak RSUD Soe juga mengajukan klaim susulan.<sup>5-7</sup>

Menurut peneliti, semakin banyak dokumen klaim yang disusulkan maka akan semakin membengkak pula penumpukan status pasien itu disebabkan karena adanya berkas yang di verifikasi oleh BPJS itu belum lengkap dan harus di kembalikan dan ditambah lagi dengan berkas yang harus di urus dalam pada bulan selanjutnya.<sup>6</sup>

Pelaksanaan pengklaiman berkas BPJS pada rawat nginap masih kurang baik, dikarenakan memiliki alur pengajuan klaim dimulai dari pasien pulang pada rawat nginap, kemudian berkas masuk diruang pengolahan berkas klaim dalam hal ini bagian *assembling* masih kurang, berkas diperiksa kelengkapannya namun masih kurang lengkap setelah di analisis, kemudian ini akan berpengaruh pada data yang dientri dan dikoding dan terjadi keterlambatan dalam pengajuan klaim ke BPJS sesuai dengan tanggal dan bulan yang disepakati oleh RSUD dengan BPJS.<sup>10</sup>

Penelitian dengan judul Faktor-faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Periode Januari - Maret 2016 menemukan bahwa persentase klaim yang tidak lengkap selama 3 bulan.<sup>6</sup> Dalam penurunan jumlah resume klaim medis yang tidak lengkap sekitar 50%. Berdasarkan hasil wawancara dengan unit penjaminan atau rekam medik yang bertugas bahwa penurunan resume klaim medis ini disebabkan ketidaksamaan *coding* dan diagnosa dari rumah sakit dengan *coding* dari verifikasi BPJS Kesehatan. Penyamaan persepsi tentang diagnosa antara DPJP, kode rumah sakit sendiri dan verifikasi harus ditingkatkan untuk semakin meminimalisir ketidaksesuaian *coding* sehingga proses pengajuan bisa tepat dan cepat.<sup>14</sup>

#### 4. Kendala-Kendala dalam Pengajuan Klaim Pasien BPJS Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe

Pada Permenkes RI No. 28 tahun 2014 dan Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim, menyebutkan bahwa dalam proses ini, apabila ada berkas yang tidak sesuai atau kurang, pihak BPJS Kesehatan akan mengembalikan berkas-berkas pasien BPJS rawat inap tersebut ke rumah sakit. Berkas-berkas yang dikembalikan ini merupakan berkas yang tidak lolos verifikasi oleh verifikasi di BPJS Kesehatan.<sup>10,11</sup> Dengan kata lain berkas-berkas yang dikembalikan ini disebut berkas pending dan harus di lengkapi oleh rumah sakit dan harus diserahkan lagi kepada pihak BPJS Kesehatan dalam kurun waktu yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.<sup>9</sup>

Hasil penelitian yang dilakukan pada petugas rekam medik yang bertugas dalam pengajuan klaim melalui hasil wawancara mendalam menggambarkan bahwa penyebab berkas klaim tertunda tidak lolos verifikasi adalah dikarenakan kurang telitnya para pegawai yang mengurus koding dan pemberkasan dari berkas klaim dalam hal ini bagian *assembling*. Selain itu adanya perbedaan persepsi antara petugas *coding* dengan verifikasi BPJS tentang *coding* berkas yang diajukan. Peneliti lain menemukan bahwa ada beberapa DPJP yang mempunyai *coding* yang biasa digunakan untuk pasien-pasien tertentu karena sudah diketahui besaran nilainya dan meminta *case manager* untuk mengisi kode diagnosa yang mereka sukai meskipun terkadang tidak sesuai dengan diagnosa penyakit. Hal ini menyebabkan tidak lolos verifikasi karena verifikasi BPJS berhak untuk menilai kode yang sesuai dengan diagnosa dan tindakan yang dilakukan oleh DPJP.<sup>4,5,7,14</sup>

Kondisi lain yang disampaikan oleh petugas rekam medik bahwa kurangnya komunikasi dan evaluasi dari pihak rumah sakit dalam hal masalah pengajuan klaim rumah sakit ke BPJS yang masih kurang dilakukan. Selain itu juga kurangnya sumber daya manusia (SDM) membuat beban kerja dari petugas yang ada cukup banyak, khususnya di bagian *assembling* dan *coding* yang masih kurang tenaga untuk membantu proses verifikasi dan pemberian *coding* pada status pasien.<sup>5,8</sup>



Menurut peneliti, peningkatan sumber daya manusia akan sangat membantu dalam proses persiapan pengajuan berkas ke BPJS mulai dari data yang masuk sampai dengan data diajukan. Pernyataan dari petugas bahwa ini bukan berdampak pada keterlambatan pengajuan saja, tapi berdampak juga pada kinerja pegawai di rumah sakit, karena keterlambatan pembayaran jasa medis membuat mereka kurang motivasi dalam bekerja, pemberian insentif dan jasa pun di tentukan berdasarkan tingkat pendidikan yang dimiliki oleh petugas di rumah sakit.<sup>6</sup>

Mengatasi kendala-kendala yang dialami oleh RSUD Soe sampai saat ini terkait keterlambatan klaim pasien BPJS. Perlu dilakukan evaluasi secara berkala setiap bulannya, pihak rumah sakit harus memberikan dukungan penuh kepada petugas rekam medik baik secara financial, sarana dan prasarana, teknologi yang mendukung, dan juga penambahan sumber daya manusia untuk bisa menghadapi permasalahan keterlambatan ini.<sup>6,7,10</sup>

Penelitian yang dilakukan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano ditemukan bahwa kendala-kendala yang di hadapi dalam proses pengajuan klaim pasien BPJS adalah pada berkas pendukung pasien dan bukti pelayanan lain. Kendala pada pengkodean dan pengentrian data, verifikasi data, sumber daya manusia, dan ketepatan proses pengajuan klaim sehingga pengajuan klaim BPJS kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano pada rekapitulasi pelayanan belum dilakukan secara menyeluruh dan terpadu, pengisian dan pencatatan pada status rekam medis untuk kelengkapan dokumen klaim diserahkan kepada petugas rekam medis, tidak terjalin koordinasi dan kerja tim antara perawat pelaksana dan petugas rekam medis.<sup>18</sup>

## Kesimpulan

Verifikasi kelengkapan berkas administrasi klaim pasien BPJS rawat inap dilakukan oleh petugas *assembling*. Namun masih terdapat kendala dalam proses verifikasi seperti terdapat berkas yang tidak lengkap dari tiap ruang rawat inap, keakuratan coding pasien BPJS rawat inap dilakukan oleh petugas coder sesuai dengan SOP yang berlaku. Pengkodean yang dilakukan menggunakan ICD-10 dan ICD-9. Namun masih terdapat kendala dalam proses pemberian *coding* seperti adanya *misscoding* atau penempatan kode yang tidak sesuai, ketepatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap diverifikasi oleh petugas klaim atau verifikasi sesuai dengan prosedur yang benar untuk tahapnya. Namun masih terdapat kendala dalam tahap pelaksanaan klaim ke BPJS. Apabila kelengkapan berkas dan pengkodean yang dimasukkan dalam sistem belum tepat sesuai dengan ketentuan maka akan langsung di kembalikan oleh verifikasi dari BPJS kepada rumah sakit untuk dilakukan pemeriksaan kembali dan kendala-kendala pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap terletak pada kurangnya ketelitian pada bagian *assembling*, bagian *coding*, berkas-berkas dari setiap ruangan yang tidak lengkap, minimnya SDM yang mengakibatkan terjadi penumpukan kerja dan adanya *internet error* sehingga dapat berpengaruh terhadap keterlambatan pengajuan klaim pasien BPJS rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Soe.

## Daftar Pustaka

1. Republik Indonesia. Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial [Internet]. 24 Indonesia; 2011. Available from: <http://www.dpr.go.id/jdih/index/id/260>
2. Presiden Republik Indonesia. Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan [Internet]. 12 Indonesia; 2013. Available from: <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/arsip/detail/3>

3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan [Internet]. 59 Indonesia; 2014. Available from: <http://id.kpmak-ugm.org/permenkes-ri-nomor-59-tahun-2014-ttg-standar-tarif-pelayanan-kesehatan-dalam-penyelenggaraan-program-jaminan-kesehatan>
4. Putra WM. Analisis Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Umum Kota Tangerang Selatan Tahun 2014 [Internet]. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah; 2014. Available from: [http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/25711/1/Wahyu Manggala Putra - fkik.pdf](http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/25711/1/Wahyu%20Manggala%20Putra%20-%20fkik.pdf)
5. BPJS Kesehatan. Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan [Internet]. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. Jakarta: BPJS Kesehatan; 2014. 1–26 p. Available from: <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/5fb1dc8414591e392ab5a3f70e2ab35a.pdf>
6. EP AA. Faktor-Faktor Penyebab Klaim Tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo, Periode Januari - Maret 2016. J ARSI [Internet]. 2018;4(2):122–34. Available from: <http://journal.fkm.ui.ac.id/arsi/article/view/2564>
7. Ayu Putri NK, Karjono K, Uktutias SA. Analisis Faktor-Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di RSUD Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro. J Manaj Kesehat Yayasan RSDr Soetomo [Internet]. 2019 Nov 13;5(2):134. Available from: <http://jurnal.stikes-yrsds.ac.id/index.php/JMK/article/download/165/135>
8. Noviatry LW, Sugeng S. Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho. J Kesehat Vokasional [Internet]. 2016 Oct 1;1(1):22. Available from: <https://jurnal.ugm.ac.id/jkesvo/article/view/27473>
9. Khoiril A. Asuransi Syariah, Halal & Manfaat. Sukini, editor. Solo: Penerbit Tiga Serangkai; 2007.
10. BPJS Kesehatan. Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan [Internet]. Jakarta: BPJS Kesehatan; 2014. 1–46 p. Available from: [https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/Teknis Verifikasi Klaim 7042014.pdf](https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/Teknis%20Verifikasi%20Klaim%207042014.pdf)
11. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional [Internet]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 28 Indonesia; 2014. Available from: [http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk\\_hukum/PMK No. 40 ttg Pedoman Pelaksanaan JAMKESMAS.pdf](http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK%20No.%2040%20ttg%20Pedoman%20Pelaksanaan%20JAMKESMAS.pdf)
12. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis [Internet]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 269 Indonesia; 2008. Available from: <http://pelayanan.jakarta.go.id/download/regulasi/peraturan-meneteri-kesehatan-nomor-269-tentang-rekam-medis.pdf>
13. Thabrany H. Jaminan Kesehatan Nasional. Rajawali Pers. Jakarta: Rajawali Pers; 2014.
14. Maimun N, Natassa J, Trisna WV, Supriatin Y. Pengaruh Kompetensi Coder terhadap Keakuratan dan Ketepatan Pengkodean Menggunakan ICD 10 di Rumah Sakit X Pekanbaru Tahun 2016. J Kesehat Masyarakat, Manaj dan Adm Rumah Sakit [Internet]. 2018;1(1):31–43. Available from: <https://www.neliti.com/publications/256299/pengaruh-kompetensi-coder-terhadap-keakuratan-dan-ketepatan-pengkodean-menggunakan#cite>
15. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)

- [Internet]. 27 Indonesia; 2014. Available from:  
[http://www.jkn.kemkes.go.id/attachment/unduhan/PMK No. 27 ttg Juknis Sistem INA CBGs.pdf](http://www.jkn.kemkes.go.id/attachment/unduhan/PMK%20No.%2027%20ttg%20Juknis%20Sistem%20INA%20CBGs.pdf)
16. Ariani R, Ainy, Asmaripa. Analisis Proses Pengajuan Klaim Jaminan Kesehatan Nasional pada Pelayanan Rawat Inap di RSUD Kabupaten Empat Lawang [Internet]. Universitas Sriwijaya; 2018. Available from: <http://repository.unsri.ac.id/2658/>
  17. Wiguna AS. Tinjauan Penyebab Unclaimed Berkas Pasien BPJS Pada Rawat Jalan. J Ilm Perekam dan Inf Kesehat IMELDA [Internet]. 2020;5(1):72–9. Available from: <http://jurnal.uimedan.ac.id/index.php/JIPIKI/article/view/336/346>
  18. Malonda TD, Rattu AJM, Soleman T. Analisis Pengajuan Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano. J Ilmu Kesehat Masy UNSRAT [Internet]. 2015;5(5):436–47. Available from: <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jikmu/article/view/7852/7909>

## HUBUNGAN ANTARA PERILAKU SANITASI LINGKUNGAN DENGAN KEJADIAN DEMAM BERDARAH DENGUE (DBD) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TARUS

Rusmini M. Arsyad<sup>1\*</sup>, Engelina Nabuasa<sup>2</sup>, Enjelita M. Ndoen<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, FKM Universitas Nusa Cendana

<sup>2-3</sup>Bagian Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, FKM Universitas Nusa Cendana

\*Korespondensi: mienzy.arsyad@gmail.com

### Abstract

DHF is one of the widespread infectious diseases in Indonesia, with an increased infected number of sufferers. DHF case is closely related to environmental sanitation, which causes the availability of breeding places for the *Aedes aegypti* mosquito vectors. The study was to determine the relationship between environmental sanitation behavior and the case of DHF in the working area of the Tarus Community Health Center in 2020. The study design was descriptive-analytical with a cross-sectional study approach. The sample was 99 respondents taken by cluster random sampling. Data was collected from interviews and analyzed using the Chi-square test. The results showed that the variables of knowledge ( $p = 0.000$ ), attitudes ( $p = 0.021$ ), and actions to environmental sanitation ( $p = 0.000$ ) were related to the DHF case. The Tarus Community Health Center should increase outreach activities and family empowerment efforts related to the prevention and control of DHF.

Key words: DHF, Environment, Sanitation, Behavior.

### Abstrak

Penyakit DBD merupakan salah satu penyakit infeksi di Indonesia yang jumlah penderitanya cenderung meningkat dan penyebarannya semakin luas. Kejadian DBD erat kaitannya dengan sanitasi lingkungan yang menyebabkan tersedianya tempat-tempat perkembangbiakan vektor nyamuk *Aedes aegypti*. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara perilaku sanitasi lingkungan dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Tarus Tahun 2020. Desain penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional study*. Sampel dari penelitian ini berjumlah 99 responden, dan diambil dengan teknik *simple random sampling*. Data diperoleh dari wawancara dan diuji menggunakan uji *chi-square*. Hasil penelitian menunjukkan variabel pengetahuan sanitasi lingkungan ( $p=0,000$ ), sikap sanitasi lingkungan ( $p=0,021$ ), dan tindakan sanitasi lingkungan ( $p=0,000$ ) memiliki hubungan dengan kejadian DBD. Puskesmas Tarus perlu meningkatkan kegiatan penyuluhan dan upaya pemberdayaan keluarga terkait pencegahan dan pengendalian DBD.

Kata kunci: DBD, Lingkungan, Sanitasi, Perilaku.

### Pendahuluan

DBD merupakan salah satu penyakit infeksi di Indonesia yang jumlah penderitanya cenderung meningkat dan penyebarannya semakin luas. Penyakit ini disebabkan oleh virus *dengue* dan ditularkan kepada manusia melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*.<sup>1</sup> Laporan terkini Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menunjukkan bahwa kasus DBD di Indonesia mencapai 49.563 kasus hingga 27 April 2020.<sup>2</sup> Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) merupakan salah satu provinsi dengan jumlah kasus DBD yang tinggi setiap tahunnya dibandingkan dengan provinsi lainnya di Indonesia. Laporan Dinas Kesehatan Provinsi NTT tahun 2020 menunjukkan bahwa jumlah kasus DBD di NTT hingga 01 Juli 2020 adalah 5.539 kasus dengan 53 orang diantaranya meninggal.

Kabupaten Kupang merupakan salah satu kabupaten yang masuk status waspada DBD di tahun 2020. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang tahun 2020, jumlah kasus DBD hingga Juli 2020 adalah 174 orang dengan jumlah kematian 4 orang. Puskesmas Tarus sebagai salah satu puskesmas di Kabupaten Kupang memiliki kasus DBD tertinggi pada

tahun 2019 sebanyak 56 kasus dan berada pada urutan pertama kasus tertinggi hingga Juli 2020, yakni sebanyak 53 kasus. Jumlah kasus ini berpotensi untuk terus meningkat mengingat kejadian DBD di Kabupaten Kupang yang belum teratasi secara maksimal.<sup>3</sup>

Kejadian DBD erat kaitannya dengan sanitasi lingkungan yang menyebabkan tersedianya tempat-tempat perkembangbiakan vektor nyamuk *Aedes aegypti*. Penelitian sebelumnya menyimpulkan bahwa terdapat hubungan sanitasi lingkungan dengan kejadian DBD.<sup>4,5</sup> Sanitasi lingkungan yang buruk ditunjukkan dengan tidak menguras tempat penampungan air satu minggu sekali, tidak memelihara ikan pemakan jentik, vas bunga terdapat genangan air, membiarkan barang bekas yang dapat menampung air hujan dan tidak mengubur barang bekas. Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan angka kesakitan dan kematian akibat penyakit DBD adalah perilaku masyarakat yang buruk terkait sanitasi lingkungan yang buruk.<sup>6</sup> Perilaku sanitasi lingkungan yang terkait dengan kejadian DBD diantaranya yaitu: pengelolaan tempat penampungan air, pengelolaan sampah serta gerakan 3M plus.

Penelitian terkait sebelumnya menyimpulkan adanya hubungan antara kebiasaan menggantung pakaian dengan kejadian DBD. Responden yang memiliki kebiasaan menggantung pakaian memiliki resiko 3,157 kali lebih besar terkena penyakit DBD dibandingkan dengan responden yang tidak memiliki kebiasaan menggantung pakaian. Selain itu penelitian yang dilakukan Aome di tahun yang sama menyimpulkan bahwa ada hubungan perilaku 3M plus dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Kopeta Kabupaten Sikka tahun.<sup>7</sup> Perilaku sanitasi lingkungan yang buruk dapat terjadi karena kurangnya pengetahuan masyarakat mengenai sanitasi lingkungan dan kurangnya praktik atau peran serta masyarakat dalam memperhatikan kebersihan atau sanitasi lingkungan sekitar.<sup>8,9</sup> Dengan demikian, penelitian ini dimaksudkan untuk menyelidiki lebih lanjut hubungan antara perilaku sanitasi lingkungan dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Tarus Kabupaten Kupang.

## Metode

Penelitian ini merupakan survey analitik dengan pendekatan *cross sectional study*. Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Tarus Kabupaten Kupang. Variabel penelitian meliputi pengetahuan tentang sanitasi lingkungan, sikap terhadap sanitasi lingkungan, tindakan sanitasi lingkungan, dan kejadian DBD.

Responden penelitian berjumlah 99 KK yang berada dalam wilayah kerja Puskesmas Tarus yang diambil menggunakan teknik *cluster random sampling*. Wilayah kerja Puskesmas Tarus dikelompokkan ke dalam tiga gugus berdasarkan urutan jumlah kasus DBD, dan kemudian dari setiap gugus dipilih satu kelurahan atau desa. Dengan demikian, terpilih 1 kelurahan dan dua desa yaitu Kelurahan Tarus, Desa Noelbaki, dan Desa Tanah Merah. Selanjutnya, pada kelurahan dan desa terpilih dilakukan pengambilan sampel secara proporsional dengan menggunakan rumus Slovin, sehingga besar sampel tiap desa/ kelurahan terpilih adalah Kelurahan Tarus: 20 responden, Desa Noelbaki: 60 responden, dan Desa Tanah Merah: 19 responden.

Data dikumpulkan melalui teknik wawancara menggunakan kuesioner. Pertanyaan variabel pengetahuan tentang sanitasi lingkungan, sikap terhadap sanitasi lingkungan dan tindakan sanitasi lingkungan mencakup pemahaman dan pengertian sanitasi lingkungan, perlunya diterapkan sanitasi lingkungan dilakukan, ciri-ciri nyamuk, waktu menggigit, kesenangan tempat beristirahat nyamuk dan tempat perkembang biakan nyamuk DBD serta upaya sanitasi lingkungan terkait pencegahan dan penanggulangan DBD yang meliputi pengertian dan tujuan sanitasi lingkungan yang meliputi pengelolaan TPA, pengelolaan sampah dan PSN (3M Plus) serta upaya yang dilakukan responden dalam melakukan sanitasi

lingkungan yang meliputi pengelolaan TPA, pengelolaan sampah dan PSN yang meliputi 3M plus.

Data kemudian diolah melalui proses mengedit hingga membersihkan data (*data cleaning*) dalam program statistik di komputer. Selanjutnya data dianalisis secara univariat dan bivariat menggunakan *uji Chi-Square* untuk melihat ada tidaknya hubungan antara variabel pengetahuan tentang sanitasi lingkungan, sikap sanitasi lingkungan, serta tindakan sanitasi lingkungan dengan variabel kejadian DBD. Penelitian ini telah mendapat kelayakan etik dari Tim Kaji Etik, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana dengan Nomor Etik: 2019259-KEPK.

## Hasil

### 1. Analisis Deskriptif

Deskripsi karakteristik demografik responden, seperti tingkat pendidikan, dan pekerjaan, dan variabel penelitian yang mencakup pengetahuan tentang sanitasi lingkungan, sikap terhadap sanitasi lingkungan, tindakan sanitasi lingkungan dan kejadian DBD disajikan pada Tabel 1. Berdasarkan Tabel 1 diketahui bahwa mayoritas responden memiliki tingkat pendidikan Tamat SMA/ sederajat dan jenis pekerjaan didominasi oleh IRT dengan persentase masing-masing karakteristik 39,40%. Tingkat pendidikan dengan persentase terendah adalah responden dengan tidak tamat SD (5,05%) dan jenis pekerjaan yang paling sedikit dimiliki oleh responden adalah pelajar/mahasiswa (7,07%). Dilihat dari karakteristik variabel penelitian, sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang baik mengenai sanitasi lingkungan, sebagian besar responden menunjukkan sikap yang positif terhadap sanitasi lingkungan dan memiliki perilaku sanitasi lingkungan yang baik dalam pencegahan dan pengendalian DBD dengan persentase pada masing-masing variabel sebesar 62,6%, 55,6%, dan 69,7%.

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Demografik Responden dan Variabel Penelitian

Karakteristik Demografik	Kejadian DBD	
	n	%
Tingkat Pendidikan		
Akademik /PT	12	12,12
Tamat SMA/Sederajat	56	56,57
Tamat SMP/Sederajat	15	15,15
Tamat SD	11	11,11
Tidak Tamat SD	5	5,05
Pekerjaan		
PNS/Guru	9	9,09
Petani	28	28,28
Wiraswasta	16	16,16
IRT	39	39,40
Pelajar/Mahasiswa	7	7,07

Karakteristik Variabel	n	%
Kejadian DBD		
Pernah	27	27,3
Tidak Pernah	72	72,7
Pengetahuan		
Kurang	37	37,4
Baik	62	62,6
Sikap		
Negatif	44	44,4
Positif	55	55,6
Tindakan		
Tidak Baik	30	30,3
Baik	69	69,7

2. Analisis Bivariat

Hasil analisis hubungan antara pengetahuan tentang sanitasi lingkungan, sikap terhadap sanitasi lingkungan dan perilaku sanitasi lingkungan dengan kejadian DBD.

Tabel 2. Hubungan Pengetahuan Sanitasi Lingkungan, Sikap terhadap Sanitasi Lingkungan dan tindakan Sanitasi Lingkungan dengan kejadian DBD di Wilayah Kerja Puskesmas Tarus

Variabel	Kejadian DBD						<i>p-value</i>
	Pernah		Tidak Pernah		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Pengetahuan							
Kurang	20	74,1	17	23,6	37	37,4	0,000
Baik	7	25,9	55	76,4	63	62,6	
Sikap							
Negatif	17	63,0	27	37,5	44	44,4	0,021
Positif	10	37,0	45	62,5	55	55,6	
Tindakan							
Tidak Baik	18	66,7	12	16,7	30	30,3	0,000
Baik	9	33,3	60	83,3	69	69,7	

Tabel 2 menunjukkan bahwa dari 37 responden memiliki pengetahuan yang kurang mengenai sanitasi lingkungan (74,1%) pernah mengalami DBD. Sebaliknya, 62 responden memiliki pengetahuan yang baik mengenai sanitasi lingkungan (76,4%) yang tidak pernah mengalami DBD. Hasil uji statistik diperoleh *p value* sebesar 0,000 ( $\alpha < 0,05$ ). Artinya, ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan sanitasi lingkungan dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Tarus. Sementara itu, dari 44 responden yang memiliki sikap negatif terhadap sanitasi lingkungan sebanyak 63% pernah mengalami DBD. Sebaliknya, 55 responden memiliki sikap positif terhadap sanitasi lingkungan, dimana 62,5% tidak pernah mengalami DBD. Hasil uji statistik diperoleh *p value* sebesar 0,025 ( $\alpha < 0,05$ ). Artinya, ada hubungan yang bermakna antara sikap sanitasi lingkungan dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Tarus. Berkaitan dengan hubungan tindakan sanitasi lingkungan dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Tarus, diketahui bahwa 30 responden memiliki tindakan yang kurang baik terhadap sanitasi lingkungan dan sebanyak 66,7% diantaranya

pernah mengalami DBD . Sebaliknya, 69 responden memiliki tindakan yang baik terhadap sanitasi lingkungan dengan 83,3% diantaranya tidak pernah mengalami DBD. Hasil uji statistik diperoleh p value sebesar 0,000 ( $\alpha < 0,05$ ). Artinya, ada hubungan yang bermakna antara tindakan sanitasi lingkungan dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Tarus.

## **Pembahasan**

### **1. Pengetahuan Sanitasi Lingkungan**

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu yang terjadi setelah individu melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu.<sup>10</sup> Pengetahuan yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah pemahaman responden tentang sanitasi lingkungan dalam pengendalian DBD yang meliputi pengertian DBD, vektor penyebab, siklus penularan, manifestasi klinis dan upaya sanitasi lingkungan terkait pencegahan dan penanggulangan DBD (pengelolaan TPA, pengelolaan sampah dan PSN (3M plus).

Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan antara tingkat pengetahuan sanitasi lingkungan dengan kejadian DBD. Mayoritas responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik tidak pernah mengalami DBD, dan sebaliknya sebagian besar responden dengan tingkat pengetahuan kurang pernah mengalami DBD. Hal ini dikarenakan responden dengan pengetahuan yang baik cenderung memiliki tindakan sanitasi lingkungan yang baik. Dengan demikian, perilaku responden didorong oleh pengetahuan yang relevan terkait sanitasi lingkungan dan pencegahan DBD.

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Kurangnya pengetahuan dapat berpengaruh negatif pada tindakan yang akan dilakukan dan begitu pula sebaliknya.<sup>11</sup> Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.<sup>10</sup> Mengacu pada hasil penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa pengetahuan memiliki korelasi yang sangat penting untuk mampu menggerakkan tindakan yang positif. Perilaku sanitasi lingkungan yang baik berdampak pada rendahnya resiko responden untuk mengalami DBD.

Pengetahuan seseorang dapat diperoleh dari berbagai informasi yang disampaikan oleh guru, orangtua, petugas kesehatan, teman, media masa, media elektronik, dan sebagainya.<sup>12</sup> Hasil penelitian ini menemukan bahwa pengetahuan yang baik tentang sanitasi lingkungan diperoleh responden dari petugas kesehatan dan media informasi lainnya, seperti iklan di TV, koran, radio, dan lain sebagainya.

Berbagai faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan, diantaranya pendidikan, pekerjaan, sosial budaya dan ekonomi, lingkungan, pengalaman dan usia. Seseorang dengan pendidikan formal yang tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih tinggi dibandingkan orang dengan pendidikan formal yang rendah, dan oleh karenanya akan lebih mampu memahami arti dan pentingnya kesehatan.<sup>13</sup> Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan SMA. Tingkat pendidikan yang tinggi ini menunjukkan responden lebih mampu memahami arti dan pentingnya melakukan pencegahan dan penanggulangan DBD. Dengan demikian, tingkat pengetahuan responden yang baik dapat dilatarbelakangi oleh pendidikan formal.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Puspaningrum yang menyatakan bahwa ada hubungan antara pengetahuan masyarakat di Desa Sumbermulyo Kabupaten Bantul tentang perilaku 3M dengan kejadian DBD.<sup>14</sup> Selain itu, penelitian Aryasih dan Made juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan ibu rumah tangga dengan kejadian DBD di Kelurahan Baler Bale Agung Kecamatan Negara.<sup>15</sup>



## 2. Sikap terhadap Sanitasi Lingkungan

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap juga merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan juga merupakan pelaksanaan motif tertentu.<sup>9</sup> Sikap yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah reaksi atau respon responden terhadap sanitasi lingkungan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan DBD.

Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara sikap terhadap sanitasi lingkungan dengan kejadian DBD. Mayoritas responden yang memiliki sikap positif tidak pernah mengalami DBD. Hal berbeda ditemukan pada responden dengan sikap negatif, dimana sebagian besar responden tersebut pernah mengalami DBD.

Adapun hubungan antara sikap responden dengan kejadian DBD dipengaruhi oleh tingkatan sikap yang dialami oleh responden. Sikap positif responden tidak hanya sampai pada tingkat menerima (*receiving*), menanggapi (*responding*) ataupun menghargai (*valuing*), tetapi telah mencapai tingkatan sikap bertanggung jawab (*responsible*). Sikap positif responden terhadap sanitasi lingkungan ditunjukkan dengan perilaku sanitasi lingkungan, khususnya perilaku pencegahan dan penanggulangan DBD yang baik. Para responden tersebut tidak sekedar hanya memiliki pengetahuan yang baik mengenai sanitasi lingkungan untuk pencegahan DBD, tapi juga mewujudkan sikapnya dalam tindakan sanitasi lingkungan yang baik. Hal sebaliknya ditemukan pada responden dengan sikap negatif dimana tingkatan sikap yang dialami berada pada tingkat menerima dan menanggapi yang kemudian ditunjukkan dengan perilaku sanitasi lingkungan, khususnya perilaku pencegahan dan penanggulangan DBD yang masih kurang. Oleh karenanya, responden dengan sikap negatif lebih banyak mengalami DBD dibandingkan dengan responden yang memiliki sikap positif.

Sikap merupakan salah satu faktor untuk terbentuknya suatu tindakan. Sikap yang positif terhadap sanitasi lingkungan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan DBD akan dapat berdampak baik pula pada tindakan pencegahan dan penanggulangan DBD yang kemudian terwujud dari rendahnya risiko DBD.<sup>16</sup> Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas responden yang memiliki sikap positif terhadap sanitasi lingkungan tidak mengalami kejadian DBD. Teori L.W. Green *dalam* Notoatmodjo menyebutkan bahwa sikap merupakan faktor predisposisi dari suatu perilaku yang akan menentukan kesehatan seseorang. Sikap merupakan kecenderungan untuk berespons secara positif atau negatif terhadap orang, objek dan situasi tertentu. Artinya, sikap positif akan mendorong seseorang untuk berperilaku seperti yang diharapkan dan sikap negatif akan mendorong seseorang untuk berperilaku seperti yang tidak diharapkan.<sup>13</sup> Perilaku kesehatan yang baik pada akhirnya akan dapat mendukung dan menghasilkan kondisi kesehatan yang baik pula, termasuk terhindarnya seseorang dari risiko penularan penyakit tertentu.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Aryasih dan Made yang menunjukkan adanya hubungan antara sikap ibu rumah tangga dengan kejadian DBD di Kelurahan Baler Bale Agung Kecamatan Negara.<sup>15</sup> Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan Purnama dkk yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara sikap dengan infeksi dengue di Kecamatan Denpasar Selatan, Kota Denpasar, Bali.<sup>17</sup>

## 3. Hubungan Tindakan Sanitasi Lingkungan dengan Kejadian DBD

Tindakan adalah realisasi dari pengetahuan dan sikap suatu perbuatan nyata. Tindakan yang dimaksudkan dalam penelitian ini yaitu tindakan sanitasi lingkungan yang meliputi pengelolaan sampah, pengelolaan TPA dan PSN (3M plus).

Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara tindakan sanitasi lingkungan dengan kejadian DBD. Mayoritas responden dengan tindakan baik tidak pernah mengalami DBD, dan sebaliknya sebagian besar responden dengan tindakan tidak baik pernah

mengalami DBD. Menurut L. Green, perilaku ditentukan oleh tiga faktor utama yaitu faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor pendorong.<sup>10</sup> Dalam penelitian ini, tindakan sebagian besar responden yang baik terkait sanitasi lingkungan di pengaruhi oleh faktor predisposisi yakni pengetahuan dan sikap responden yang positif terhadap sanitasi lingkungan untuk pencegahan DBD.

Selain itu dilihat dari tingkatan tindakan, tindakan baik responden terhadap sanitasi lingkungan tidak hanya sampai pada tingkat respon terpimpin dan mekanisme tetapi telah mencapai tingkat adopsi. Responden dengan tingkat tindakan ini dapat menunjukkan perilaku nyata dalam upaya pencegahan dan penanggulangan DBD. Sebagai contoh responden melakukan pengelolaan TPA yaitu membersihkan TPA dan menutup rapat-rapat. Dengan demikian, tindakan sanitasi lingkungan yang baik memberi dampak positif pada rendahnya resiko responden untuk mengalami DBD.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Wulandari yang menyimpulkan bahwa ada hubungan perilaku 3M plus dengan kejadian DBD di Dusun Branjangan Manisrenggo Klaten.<sup>18</sup> Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Anggraini yang menyimpulkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara perilaku 3M Plus terhadap kejadian Demam Berdarah *Dengue* di Kecamatan Purwoharjo Kabupaten Banyuwangi.<sup>19</sup>

Penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan Husna dkk yang menyimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara perilaku 3M Plus dengan kejadian penyakit DBD di Kota Semarang. Meskipun responden dalam penelitian tersebut memiliki pengetahuan dan sikap yang baik dalam upaya pencegahan dan penanggulangan DBD namun tidak diikuti dengan tindakan yang baik dalam pencegahan dan pengendalian DBD sehingga tidak memberikan dampak yang signifikan terhadap penurunan jumlah kasus DBD.<sup>20</sup>

Fenomena yang sama ditemukan dalam penelitian ini. Meskipun sebagian besar responden memiliki tindakan yang baik, kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Tarus secara keseluruhan masih tinggi. Hal ini dapat disebabkan oleh faktor-faktor lain yang berkontribusi pada tingkat endemisitas DBD, seperti faktor eksternal yaitu kondisi lingkungan. Selain itu, walaupun sebagian besar responden menyatakan telah melakukan 3M plus, terdapat pula responden yang belum melakukan sanitasi lingkungan dengan baik. Oleh karena itu, hal ini dapat menyebabkan masih besarnya resiko untuk terjadi kasus DBD di wilayah kerja Puskesmas Tarus. Upaya yang lebih komprehensif seperti penyuluhan PSN-DBD perlu dilakukan oleh petugas kesehatan untuk meningkatkan peran serta dari seluruh masyarakat dalam upaya sanitasi lingkungan untuk pencegahan dan penanggulangan DBD.

## Kesimpulan

Penelitian ini menyimpulkan beberapa hal, diantaranya: sebagian besar responden memiliki pengetahuan baik mengenai sanitasi lingkungan. Mayoritas responden juga menunjukkan sikap yang positif terhadap sanitasi lingkungan dan telah melakukan tindakan sanitasi lingkungan yang baik untuk pencegahan DBD. Penelitian ini juga menemukan adanya hubungan antara pengetahuan mengenai sanitasi lingkungan, sikap terhadap sanitasi lingkungan, dan tindakan sanitasi lingkungan dengan kejadian DBD di wilayah kerja Puskesmas Tarus. Masyarakat dengan tindakan sanitasi lingkungan yang belum baik diharapkan dapat turut berpartisipasi aktif dalam upaya sanitasi lingkungan untuk pencegahan dan penanggulangan DBD serta Puskesmas Tarus diharapkan untuk tetap meningkatkan kegiatan penyuluhan dan melakukan upaya pemberdayaan keluarga untuk melakukan upaya pencegahan dan pengendalian DBD khususnya untuk 3M plus.

**Daftar Pustaka**

1. Irianto K. *Epidemiologi Penyakit Menular dan Tidak Menular: Panduan Klinis*. Bandung: Alfabeta; 2014.
2. Rizal JG. Waspada, Ada 49.563 Kasus Demam Berdarah di Indonesia Selama 2020 [Internet]. Kompas.com. 2020 [cited 2020 May 5]. Available from: <https://www.kompas.com/tren/read/2020/04/28/172650765/waspada-ada-49563-kasus-demam-berdarah-di-indonesia-selama-2020?>
3. Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang. *Laporan Data Penyakit di Kabupaten Kupang 2020*. Oelamasi: Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang; 2020.
4. Argintha W, Wahyuningsih N, Dharminto D. Hubungan Keberadaan Breeding Places, Container Index dan Praktik 3M dengan Kejadian DBD (Studi di Kota Semarang Wilayah Bawah). *J Kesehat Masy*. 2016;4(5):220–8.
5. Sholihah Q. Hubungan Kondisi Sanitasi Lingkungan, Pengetahuan dan Tingkat Pendidikan Terhadap Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kelurahan Lontar Kecamatan Sambikereb Kota Surabaya. *Swara Bhumi e-Journal Pendidik Geogr FIS Unesa* [Internet]. 2013;3(3):219–28. Available from: <https://jurnalmahasiswa.unesa.ac.id/index.php/swara-bhumi/article/view/9195>
6. Sofia, Suhartono, Wahyuningsih NE. Hubungan Kondisi Lingkungan Rumah dan Perilaku Keluarga dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue Di Kabupaten Aceh Besar. *J Kesehat Lingkung Indones* [Internet]. 2016;13(1):30–8. Available from: <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jkli/article/view/10019>
7. Aome P. Hubungan antara Perilaku Masyarakat dan Lingkungan terhadap Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Kerja Puskesmas Sikumana, Kecamatan Maulafa, Kota Kupang. Universitas Nusa Cendana; 2020.
8. Lerik MDC, Marni. Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap dengan Praktik Ibu Rumah Tangga dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah Dengue (PSN-DBD) di Kelurahan Oebufu Kecamatan Oebobo Kota Kupang Tahun 2008. *Media Kesehat Masy* [Internet]. 2008;3(1):34–44. Available from: <https://mediakesehatanmasyarakat.files.wordpress.com/2012/06/jurnal-5.pdf>
9. Wowiling M, Rompas S, Karundeng M. Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Keluarga Dengan Pencegahan Demam Berdarah Dengue (Dbd) Di Kelurahan Mogolaing. *J Keperawatan* [Internet]. 2014;2(2):109281. Available from: <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/5218/4732>
10. Notoatmodjo S. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta; 2012.
11. Dawe MA., Romeo P, Ndoen E. Pengetahuan dan Sikap Masyarakat serta Peran Petugas Kesehatan Terkait Pencegahan Demam Berdarah Dengue (DBD). *J Heal Behav Sci* [Internet]. 2020;2(2):138–47. Available from: <http://ejournal.undana.ac.id/CJPS/article/view/2283/1675>
12. Budiman AR. *Kapita Selekt Kuesioner: Pengetahuan dan Sikap dalam Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Salemba; 2019.
13. Notoatmodjo S. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
14. Puspaningrum NA. Hubungan Pengetahuan Masyarakat tentang Penyakit Demam Berdarah Dengue Dengan Perilaku 3M Plus di Desa Sumbermulyo Kabupaten Bantul [Internet]. Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2014. Available from: <http://eprints.ums.ac.id/28359/>
15. Aryati IKC, Sali IW, Aryasih IGAM. Hubungan Pengetahuan Sikap dan Tindakan Masyarakat dengan Kejadian DBD di Kelurahan Baler Bale Agung Kecamatan Negara. *J Kesehat Lingkung* [Internet]. 2014;4(2):118–23. Available from:

- [http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/5658/2/Juli-Desember 2014 %28baler bale agung%29.pdf](http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/5658/2/Juli-Desember%202014%20baler%20bale%20agung%29.pdf)
16. Ayudhya P, Ottay RI, Kaunang WPJ, Kandou GD, Pandelaki AJ. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Masyarakat Tentang Penyakit Demam Berdarah Dengue Dengan Pencegahan Vektor di Kelurahan Malalayang 1 Barat Kota Manado. *J Kedokt Komunitas dan Trop* [Internet]. 2014;2(1):1–13. Available from: <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/JKKT/article/download/4633/4161>
  17. Purnama SG, Satoto TB, Prabandari Y. Pengetahuan Sikap dan Perilaku Pemberantasan Sarang Nyamuk terhadap Infeksi Dengue di Kecamatan Denpasar Selatan, Kota Denpasar, Bali. *Arch Community Heal*. 2013;2(1):20–7.
  18. Wulandari DA. Analisa Menguras Menutup dan Mengubur (3M Plus) pada Kepala Keluarga dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Dusun Branjangan Tijayan Manisrenggo Klaten. *J Kesehat Masy* [Internet]. 2016;09(01):531–9. Available from: <http://jurnal.stikeswirahusada.ac.id/jkm/article/view/247>
  19. Anggraini A, Utami WS. Pengaruh Kondisi Sanitasi Lingkungan Dan Perilaku 3M Plus Terhadap Kejadian Demam Berdarah Dengue Di Kecamatan Purwoharjo Kabupaten Banyuwangi. *J Pendidik Geogr* [Internet]. 2016;3(3):321–8. Available from: <http://jurnal.stikeswirahusada.ac.id/jkm/article/view/247>
  20. Husna R, Wahyuningsih N, Dharminto D. Hubungan Perilaku 3M Plus dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kota Semarang (Studi di Kota Semarang Wilayah Atas). *J Kesehat Masy* [Internet]. 2016;4(5):170–7. Available from: <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/14506/14034>

## HUBUNGAN PERSEPSI PASIEN TENTANG MUTU PELAYANAN KESEHATAN DENGAN MINAT KUNJUNGAN ULANG RAWAT JALAN DI PUSKESMAS BAKUNASE KECAMATAN KOTA RAJA

Aloysius S. S. Djuwa<sup>1\*</sup>, Masrida Sinaga<sup>2</sup>, Dominirsep O. Dodo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, FKM Universitas Nusa Cendana

<sup>2,3</sup>Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, FKM Universitas Nusa Cendana

\*Korespondensi: [stilsuares@gmail.com](mailto:stilsuares@gmail.com)

### Abstract

Public health center with good services quality will provide satisfaction and perception to customers which can influence the decision to repurchase. Bakunase Primary Health Care data for 2016-2018 showed the decrease of outpatient visits. The highest decline in outpatient visits to the PHC occurred in 2018 for 15,354 visits. The purpose of the study was to analyze the relationship between the perception about the quality of health services with the interest of outpatient visits at Bakunase PHC. The research was quantitative with cross-sectional design. The validity and reliability in this study showed that the questions were valid and reliabel with corrected item total correlation and crombach alpha larger 0,468 which is 0,968. The population consisted of 3,468 patients; this was the average total of monthly outpatient visits at Bakunase PHC in 2018. A sample of 97 people was selected by using purposive sampling techniques. The results showed a relationship between the perception of outpatients on the dimensions of reliability, assurance, empathy and direct evidence with the interest of outpatient visits in Bakunase PHC. The dimension of responsiveness was found unrelated to the interest of outpatient visits. Bakunase PHC is expected to improve the service quality of registration, physicians, and to shorten registration and waiting times when accessing health service.

Keywords: Perception, Quality, Health, Service, Satisfaction, Outpatient Visit

### Abstrak

Puskesmas dengan mutu pelayanan yang baik akan memberikan kepuasan dan persepsi baik pada pelanggan yang dapat mempengaruhi pengambilan keputusan pembelian ulang. Data Puskesmas Bakunase tahun 2016-2018 menunjukkan bahwa kunjungan rawat jalan Puskesmas Bakunase mengalami penurunan. Penurunan kunjungan rawat jalan Puskesmas Bakunase terbanyak terjadi pada tahun 2018 yaitu sebesar 15.354 kunjungan. Penelitian bertujuan untuk menganalisis hubungan persepsi pasien tentang mutu pelayanan kesehatan dengan minat kunjungan ulang pasien rawat jalan di Puskesmas Bakunase. Jenis penelitian adalah penelitian kuantitatif dengan desain penelitian *cross-sectional*. Hasil validitas dan reliabilitas dalam penelitian ini menunjukkan bahwa pertanyaan-pertanyaan yang terdapat pada kuesioner telah valid dan reliabel dengan nilai *corrected item total correlation* dan *Alpha Cronbach* kurang dari 0,468 yaitu 0,968. Populasi dalam penelitian ini adalah jumlah rata-rata kunjungan rawat jalan perbulan di Puskesmas Bakunase tahun 2018 yaitu 3.468 orang dan sampel berjumlah 97 orang yang diambil dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara persepsi pasien rawat jalan terhadap dimensi kehandalan, jaminan, empati dan bukti langsung dengan minat kunjungan ulang pasien rawat jalan di Puskesmas Bakunase. Persepsi pasien terhadap dimensi daya tanggap ditemukan tidak berhubungan dengan minat kunjungan ulang rawat jalan di Puskesmas Bakunase. Puskesmas Bakunase diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan registrasi, pelayanan dokter, memperpendek waktu pendaftaran dan waktu tunggu mendapatkan pelayanan.

Kata Kunci: Persepsi, Mutu, Pelayanan Kesehatan, Kepuasan, Kunjungan Ulang

### Pendahuluan

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan

preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.<sup>1</sup> Program kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas merupakan program pokok (*public health essential*) yang wajib dilaksanakan oleh pemerintah untuk melindungi penduduknya.<sup>2</sup> Adapun program tersebut yaitu program kesehatan dasar (*the basic six*) dan program kesehatan pengembangan yang disesuaikan dengan kondisi masalah dan kemampuan Puskesmas setempat.<sup>3</sup> Pelayanan yang bermutu di Puskesmas berarti memberikan pelayanan kepada pasien yang didasarkan pada standar kualitas untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan masyarakat, sehingga dapat memperoleh kepuasan terhadap peningkatan kepercayaan pasien dan loyal terhadap Puskesmas.<sup>4</sup> Pasien melihat layanan kesehatan yang bermutu sebagai suatu layanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan yang dirasakannya dan diselenggarakan dengan cara yang sopan dan santun, tepat waktu, tanggap, dan mampu menyembuhkan keluhannya serta mencegah perkembangannya atau meluasnya penyakit. Pandangan pasien ini penting, karena pasien yang merasa puas akan mematuhi pengobatan dan mau datang berobat kembali.<sup>5</sup>

Tujuan Puskesmas didirikan adalah untuk mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat guna tercapainya derajat kesehatan bagi seluruh masyarakat. Puskesmas diharapkan memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu. Puskesmas dengan mutu pelayanan yang baik akan memberikan kepuasan pada pelanggan yang akhirnya pelanggan akan memanfaatkan ulang dan merekomendasikan pelayanan kesehatan tersebut pada orang di sekitarnya.<sup>6</sup> Oleh karena itu, penelitian ini perlu dilakukan dikarenakan berdasarkan data yang didapatkan peneliti, terlihat bahwa dari tujuan puskesmas sangat bertolak belakang dengan hasil lapangan yang didapatkan yaitu: dari sebelas Puskesmas di Kota Kupang, terdapat lima Puskesmas yang mengalami penurunan kunjungan rawat jalan pada tahun 2017 yaitu: Puskesmas Oepoi sebesar 3.216 kunjungan, Puskesmas Bakunase sebesar 2.209 kunjungan, Puskesmas Kupang Kota sebesar 352 kunjungan, Puskesmas Manutapen sebesar 388 kunjungan dan Puskesmas Pasir Panjang sebesar 220 kunjungan. Puskesmas Oepoi dan Puskesmas Bakunase memiliki jumlah penurunan kunjungan rawat jalan terbanyak dibandingkan dengan ketiga Puskesmas yang juga mengalami penurunan kunjungan rawat jalan. Tahun 2018 terlihat bahwa Puskesmas Oepoi dan Puskesmas Bakunase sama-sama mengalami penurunan jumlah kunjungan rawat jalan, namun di Puskesmas Bakunase mengalami jumlah penurunan kunjungan rawat jalan lebih tinggi dibandingkan dengan penurunan kunjungan rawat jalan di Puskesmas Oepoi. Puskesmas Bakunase pada tahun 2018 mengalami peningkatan yang sangat tinggi yaitu sebesar 15.354 kunjungan, dibandingkan dengan Puskesmas Oepoi yang memiliki jumlah penurunan kunjungan rawat jalan sebesar 2.405 kunjungan. Tujuan dari penelitian ini yaitu mengetahui hubungan persepsi pasien tentang mutu pelayanan kesehatan dengan minat kunjungan ulang pasien rawat jalan di Puskesmas Bakunase.

## Metode

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain penelitian *cross-sectional*.<sup>7</sup> Tujuannya adalah untuk mengetahui hubungan persepsi pasien terhadap mutu pelayanan kesehatan dengan minat kunjungan ulang rawat jalan di Puskesmas Bakunase, Kecamatan Kota Raja tahun 2019. Lokasi dalam penelitian ini adalah di wilayah kerja Puskesmas Bakunase, Kecamatan Kota Raja Kota Kupang, dan dilaksanakan pada bulan Januari-Februari 2020.

Penelitian ini menggunakan *accidental sampling* dengan kriteria inklusif dalam penelitian ini meliputi: pasien wilayah kerja Puskesmas Bakunase yang telah memanfaatkan pelayanan unit rawat jalan, berusia lebih dari sama dengan 17 tahun, bersedia menjadi responden penelitian. pasien dalam kondisi sadar dan dapat melakukan komunikasi dengan

baik. Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah pasien yang merupakan pegawai Puskesmas dan atau keluarganya.

**Hasil**

**1. Karakteristik Responden**

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berumur 18-40 tahun (58,8%), dan yang paling sedikit berumur >65 tahun (1,0%). Sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan (58,8%). Sebagian besar responden dengan pendidikan terakhir SLTA (50,5%), dan yang paling sedikit tidak tamat SD/tidak sekolah (2,1%). Mayoritas responden bekerja sebagai PNS/ABRI (30,9%), dan yang paling sedikit bekerja sebagai wiraswasta (18,6%). Paling banyak responden memiliki pendapatan kurang dari Rp. 2.200.000 (50,5%) per bulan.

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik	n	%
<b>Umur</b>		
18-40 tahun	57	58,8
41-65 tahun	39	40,2
>65 tahun	1	1
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	40	41,2
Perempuan	57	58,8
<b>Pendidikan terakhir</b>		
Tidak tamat SD/tidak sekolah	2	2,1
Tamat SD	4	4,1
Tamat SLTP	12	12,4
Tamat SLTA	49	50,5
Tamat perguruan tinggi	30	30,9
<b>Pekerjaan</b>		
Wiraswasta	18	18,6
Pegawai swasta	25	25,8
Pegawai Negeri Sipil (PNS)/ABRI	30	30,9
Lainnya (ibu rumah tangga, mahasiswa, pedagang, tukang bangunan)	24	24,7
<b>Pendapatan dalam sebulan (Rp)</b>		
< Rp.2.200.000	49	50,5
≥ Rp.2.200.000	48	49,5

**2. Analisis Univariat**

Tabel 2 menunjukkan bahwa responden berminat melakukan kunjungan ulang rawat jalan di Puskesmas Bakunase yaitu sebanyak 78,4%. Sebagian besar responden memiliki persepsi baik terhadap dimensi kehandalan (≥ nilai mean 20,96) (75,3%), dimensi jaminan (≥ nilai mean 18,68) (74,2%), dimensi empati (≥ nilai mean 21,69) (63,9%), dan dimensi bukti langsung (≥ nilai mean 43,63) (67,0%). Persepsi tidak baik dimiliki oleh sebagian besar responden terhadap dimensi daya tanggap (< nilai mean 21,40) (52,6%).

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Minat Kunjungan Ulang, Dimensi Kehandalan, Dimensi Daya Tanggap, Dimensi Jaminan, Dimensi Empati Dan Dimensi Bukti Langsung di Puskesmas Bakunase Tahun 2019

Variabel	Kategori	Frekuensi (n)	Proporsi (%)
Minat Kunjungan Ulang	Berminat	76	78,4
	Tidak Berminat	21	21,6
Kehandalan	Baik	73	75,3
	Tidak Baik	24	24,7
Daya Tanggap	Baik	46	47,4
	Tidak Baik	51	52,6
Jaminan	Baik	72	74,2
	Tidak Baik	25	25,8
Empati	Baik	62	63,9
	Tidak Baik	35	36,1
Bukti Langsung	Baik	65	67
	Tidak Baik	32	33

3. Analisis Bivariat

Tabel 3 menunjukkan bahwa dimensi kehandalan (p-value= 0,014), dimensi jaminan (p-value = 0,000), dimensi empati (p-value = 0,012), dimensi bukti langsung (p-value = 0,000) ( $p \leq 0,05$ ) berhubungan dengan minat kunjungan ulang. Dimensi daya tanggap menunjukkan nilai (p-value = 0,821) ( $p \geq 0,05$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan antara persepsi pasien terhadap dimensi daya tanggap pelayanan dengan minat kunjungan ulang.

Tabel 3. Hubungan Persepsi terhadap Dimensi Kehandalan, Daya Tanggap, Jaminan, Empati dan Bukti Langsung dengan Minat Kunjungan Ulang Rawat Jalan di Puskesmas Bakunase Tahun 2019

Persepsi Pasien Terhadap Mutu Layanan	Minat Kunjungan Ulang				Jumlah		$\rho$ -value	
	Sering		Jarang					
	n	%	n	%	n	%		
Kehandalan	Baik	64	84,9	11	15,1	73	100	0,014
	Tidak Baik	14	58,3	10	41,7	24	100	
Daya Tanggap	Baik	37	80,4	9	19,6	46	100	0,821
	Tidak Baik	39	76,5	12	23,5	51	100	
Jaminan	Baik	67	93,1	5	6,9	72	100	0,000
	Tidak Baik	9	36	16	64	25	100	
Empati	Baik	54	87,1	8	12,9	62	100	0,012
	Tidak Baik	22	62,9	13	37,1	35	100	
Bukti Langsung	Baik	62	95,4	3	4,6	65	100	0,000
	Tidak Baik	14	43,8	18	56,2	32	100	



## Pembahasan

Penelitian ini menunjukkan adanya hubungan antara persepsi pasien rawat jalan terhadap dimensi kehandalan, jaminan, empati dan bukti langsung dengan minat kunjungan ulang pasien rawat jalan di Puskesmas Bakunase. Persepsi pasien terhadap dimensi daya tanggap, tidak berhubungan dengan minat kunjungan ulang rawat jalan di Puskesmas Bakunase.

### 1. Hubungan Persepsi terhadap Dimensi Kehandalan dengan Minat Kunjungan Ulang

Kehandalan dalam pelayanan kesehatan merupakan kemampuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang dijanjikan dengan tepat dan sesuai agar dipercaya, terutama memberikan jasa secara tepat dengan cara yang sama sesuai dengan aturan yang telah ada dan tanpa melakukan kesalahan.<sup>8</sup> Dimensi ini sering dipersepsi paling penting bagi pelanggan dari berbagai industri jasa. Terdapat dua aspek dari dimensi ini yakni kemampuan untuk memberikan pelayanan seperti yang dijanjikan dan seberapa jauh mampu memberikan pelayanan yang akurat atau tidak ada *error*.<sup>9</sup> Kehandalan pelayanan Puskesmas Bakunase dalam penelitian ini ditunjukkan petugas registrasi yang selalu berada di tempat, dokter yang hadir sesuai jadwal, pemeriksaan dokter secara teliti, petugas kasir yang juga melayani dengan teliti serta petugas apotek yang menyampaikan aturan minum obat kepada pasien. Persentase persepsi pasien terhadap dimensi kehandalan menunjukkan bahwa, sebagian besar responden memiliki persepsi baik (75,3%), yang memiliki persepsi tidak baik hanya 24,7%. Berdasarkan hasil uji hubungan diketahui bahwa, ada hubungan antara persepsi pasien terhadap dimensi kehandalan pelayanan dengan minat kunjungan ulang. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menemukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kehandalan dengan minat kunjungan ulang.<sup>10</sup>

Hasil survei kepuasan yang pernah dilakukan oleh Puskesmas Bakunase pada bulan Februari – Juli 2018 menunjukkan bahwa dimensi kehandalan yang ada di Puskesmas Bakunase sudah baik, dimana tidak ditemukan adanya keluhan pasien terhadap dimensi kehandalan yang ada di Puskesmas Bakunase.<sup>11</sup> Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Puskesmas Bakunase, peneliti berpendapat bahwa dimensi kehandalan berperan penting dalam kepuasan pasien yang pada akhirnya akan berdampak pada minat kunjung ulang pasien ke fasilitas kesehatan yang dikunjunginya. Peningkatan dimensi kehandalan pelayanan di Puskesmas Bakunase yang perlu terus ditingkatkan yaitu kehandalan pelayanan petugas registrasi dan pelayan dokter. Hal ini disebabkan karena masih adanya persepsi pasien yang tidak baik tentang kehandalan pelayanan registrasi dan pelayanan dokter. Dari 97 responden, masih ditemukan adanya persepsi pasien yang tidak baik tentang petugas registrasi selalu di tempat yaitu 18 responden dan mengenai kehadiran dokter sesuai jadwal yaitu 25 responden.

### 2. Hubungan Persepsi terhadap Dimensi Daya Tanggap dengan Minat Kunjungan Ulang

Daya tanggap yaitu keinginan para karyawan/staf membantu semua pelanggan serta berkeinginan dan melaksanakan pemberian pelayanan dengan tanggap.<sup>12</sup> *Responsiveness* yaitu respon atau kesigapan karyawan dalam membantu pelanggan dan memberikan pelayanan yang cepat dan tanggap, yang meliputi kesigapan karyawan dalam melayani pelanggan, kecepatan karyawan dalam melayani transaksi, serta penanganan keluhan pelanggan.<sup>13</sup> Daya tanggap pelayanan Puskesmas Bakunase dalam penelitian ini mencakup: pasien tidak membutuhkan waktu yang lama untuk mendaftar, perawat melaksanakan tugas dengan cepat, petugas parkir memberikan pelayanan dengan tanggap, pasien tidak membutuhkan waktu yang lama untuk mendapatkan pelayanan dokter, dokter menjelaskan pertanyaan yang diajukan pasien, dokter menanyakan keluhan pasien, waktu pengambilan obat tidak terlalu lama, dan pasien tidak membutuhkan waktu yang lama untuk membayar. Persentase persepsi pasien terhadap dimensi daya tanggap menunjukkan bahwa sebagian besar responden (52,6%) memiliki persepsi tidak

baik. Berdasarkan hasil uji hubungan, persepsi pasien dalam hal dimensi daya tanggap pelayanan ditemukan tidak berhubungan dengan minat kunjungan ulang. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menemukan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara dimensi daya tanggap dengan minat kunjungan ulang.<sup>6</sup>

Hasil survei kepuasan yang pernah dilakukan oleh Puskesmas Bakunase pada bulan Februari – Juli 2018, menunjukkan bahwa, dimensi daya tanggap yang ada di Puskesmas Bakunase masih kurang baik, dimana masih adanya pengeluhan pasien terhadap lamanya waktu pelayanan puskesmas.<sup>11</sup> Peneliti juga berpendapat bahwa dimensi daya tanggap di Puskesmas Bakunase masih kurang baik. Hal ini didapatkan dari jawaban para pengunjung yang menunjukkan adanya ketidakpuasan terutama pada lamanya waktu pelayanan untuk mendaftar. Dari 97 responden, terdapat 40 responden yang menjawab tidak puas. Sebagian besar pasien menyatakan ketidaksetujuannya terhadap pernyataan bahwa pelayanan dokter dan pengambilan obat tidak membutuhkan waktu yang lama. Puskesmas Bakunase diharapkan mulai berbenah agar mampu bersaing dan memberikan pelayanan yang lebih cepat dan tepat sehingga dapat meningkatkan nilai kepuasan dan meningkatkan minat kunjung ulang pasien yang berkunjung di Puskesmas Bakunase. Dengan demikian, pasien akan tetap betah dan tidak berpindah untuk berkunjung ke fasilitas kesehatan lainnya.

### 3. Hubungan Persepsi terhadap Dimensi Jaminan dengan Minat Kunjungan Ulang

Jaminan merupakan karyawan/staf memiliki kompetensi, kesopanan dan dapat dipercaya, bebas dari bahaya, serta bebas dari resiko dan keragu-raguan.<sup>12</sup> Pasien membutuhkan kepastian, diagnosis dan prediksi kesembuhan yang tepat dan hal-hal yang berkaitan dengan keadaan penyakitnya atau rasa aman.<sup>14</sup> Jaminan pelayanan Puskesmas Bakunase dalam penelitian ini mencakup: pasien yang datang dilayani dengan baik, perawat berhati-hari dalam melaksanakan pekerjaannya, dokter melakukan pemeriksaan dengan ramah, pasien merasa terjamin keamanannya (percaya) pada pelayanan yang diberikan, perawat memberikan pelayanan dengan sopan. Persentase persepsi pasien tentang dimensi jaminan menunjukkan bahwa, sebagian besar responden (74,2%) memiliki persepsi baik, sedangkan yang memiliki persepsi tidak baik hanya 25,8%. Berdasarkan hasil uji hubungan diketahui bahwa ada hubungan antara persepsi pasien tentang dimensi jaminan pelayanan dengan minat kunjungan ulang. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menemukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara jaminan dengan minat kunjungan ulang.<sup>15</sup>

Hasil survei kepuasan yang pernah dilakukan oleh Puskesmas Bakunase pada bulan Februari – Juli 2018 menunjukkan bahwa dimensi jaminan yang ada di Puskesmas Bakunase sudah baik. Hal ini tampak karena tidak adanya pengeluhan pasien terhadap dimensi jaminan di Puskesmas Bakunase.<sup>11</sup> Peneliti juga berpendapat bahwa dimensi jaminan di Puskesmas Bakunase sudah baik. Hal ini terbukti dari jawaban sebagian besar responden yang melaporkan puas terhadap dimensi mutu jaminan yang ada. Puskesmas Bakunase harus terus mempertahankan kinerja baik ini dan harus selalu memperbaharui kualitas pelayanannya dengan cara memberikan pelayanan yang ramah, menambah ide-ide terbaru dalam melakukan pelayanan, selalu teliti dalam melakukan pemeriksaan dan pengobatan. Hal ini diharapkan mampu memberikan kepercayaan bagi Puskesmas sekaligus menjadi daya dorong untuk bersaing dengan fasilitas kesehatan lainnya.

### 4. Hubungan Persepsi terhadap Dimensi Empati dengan Minat Kunjungan Ulang

Dimensi empati dalam penelitian ini merujuk pada keadaan dimana karyawan/staf mampu menempatkan dirinya pada pelanggan, dapat menjalin komunikasi dan dapat memahami kebutuhan pelanggan.<sup>12</sup> Puskesmas dikatakan memiliki dimensi empati apabila peduli terhadap keluhan pasien, kepedulian terhadap kebutuhan dan keinginan pasien, tidak pilih-pilih dalam memberikan pelayanan kepada semua pasien dan kesimpatikan dokter dan

petugas terhadap pasien.<sup>16</sup> Empati pelayanan Puskesmas Bakunase dalam penelitian ini mencakup: petugas registrasi memberikan pelayanan dengan ramah, perawat memberikan pelayanan dengan ramah, perawat melayani pasien dengan penuh perhatian, petugas apotek melayani dengan ramah, petugas kasir melayani dengan ramah, dokter selalu memberikan penjelasan mengenai penyakit. Persentase persepsi pasien empati menunjukkan bahwa, sebagian besar responden (63,9%) memiliki persepsi baik, sedangkan yang memiliki persepsi tidak baik sebanyak 36,1%. Berdasarkan hasil uji hubungan diketahui bahwa terdapat hubungan antara persepsi pasien terhadap dimensi empati pelayanan dengan minat kunjungan ulang. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang menemukan hubungan antara empati dengan minat kunjungan ulang.<sup>17</sup>

Hasil survei kepuasan yang pernah dilakukan oleh Puskesmas Bakunase pada bulan Februari – Juli 2018 menemukan bahwa dimensi empati yang ada di Puskesmas Bakunase masih kurang baik. Pasien menyatakan keluhannya terhadap sikap kurang ramah petugas pelayanan kesehatan yang ada di Puskesmas Bakunase.<sup>11</sup> Peneliti berpendapat bahwa dimensi empati di Puskesmas Bakunase sudah baik. Hal ini terlihat dari jawaban sebagian besar responden yang menyatakan kepuasan terhadap dimensi mutu empati yang ada. Keadaan ini merupakan hasil kinerja optimal yang ditunjukkan oleh Puskesmas Bakunase. Oleh karena itu, Puskesmas Bakunase harus terus mempertahankan kinerja baik ini dengan cara selalu menjunjung tinggi dan menerapkan moto Puskesmas yaitu: melayani dengan BAIK: Berkualitas, Andal, Intens, Kasih. Hal ini diharapkan dapat memberikan kepercayaan bagi Puskesmas untuk meningkatkan kualitas dan mampu bersaing dengan fasilitas kesehatan lainnya.

#### 5. Hubungan Persepsi terhadap Dimensi Bukti Langsung dengan Minat Kunjungan Ulang

Dimensi bukti langsung dapat berupa ketersediaan sarana dan prasarana termasuk alat yang siap pakai serta penampilan karyawan/staf yang menyenangkan.<sup>12</sup> Suatu bentuk jasa tidak bisa dilihat, dicium, diraba maka bukti fisik menjadi penting sebagai ukuran dari suatu pelayanan.<sup>18</sup> Bukti langsung pelayanan Puskesmas Bakunase dalam penelitian ini mencakup: Puskesmas yang terlihat bersih, ruang tunggu tampak bersih, ruang tunggu nyaman, ruang periksa bersih, ruang periksa rapi, ruang apotek bersih, ruang apotek rapi, klinik umum memiliki papan informasi dan petunjuk arah yang jelas, tersedia tempat parkir yang memadai, kebersihan alat-alat yang dipakai petugas, peralatan lengkap, dan penampilan petugas yang rapi. Persentase persepsi pasien tentang bukti langsung menunjukkan bahwa sebagian besar responden (67,0%) memiliki persepsi baik, sedangkan yang memiliki persepsi tidak baik sebanyak 33,0%. Berdasarkan hasil uji hubungan diketahui bahwa terdapat hubungan antara persepsi pasien terhadap dimensi bukti langsung pelayanan dengan minat kunjungan ulang. Penelitian sebelumnya juga menemukan hubungan antara bukti langsung dengan minat kunjungan ulang.<sup>19</sup>

Hasil survei kepuasan yang pernah dilakukan oleh Puskesmas Bakunase pada bulan Februari – Juli 2018 menunjukkan bahwa dimensi bukti fisik yang ada di Puskesmas Bakunase masih kurang baik. Penelitian menemukan masih adanya pengeluhan pasien terhadap ruangan yang kurang bersih, penampilan petugas, dan peralatan kurang lengkap.<sup>11</sup> Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Puskesmas Bakunase, peneliti berpendapat bahwa dimensi bukti fisik yang ditampilkan sudah baik. Responden merasa nyaman ketika pergi berkunjung di Puskesmas Bakunase. Puskesmas Bakunase tetap perlu mempertahankan persepsi responden yang ada dan selalu menunjukkan pelayanan yang baik berkaitan dimensi mutu bukti langsung dengan cara harus selalu menjaga kebersihan, melengkapi peralatan medis yang ada dan selalu memberikan informasi-informasi penting berkaitan kesehatan agar mampu meningkatkan minat kunjung ulang pasien ke Puskesmas Bakunase.

**Kesimpulan**

Persepsi pasien rawat jalan terhadap dimensi kehandalan, dimensi jaminan, dimensi perhatian/empati, dimensi bukti fisik berhubungan dengan minat kunjungan ulang pasien rawat jalan di Puskesmas Bakunase. Sementara itu, tidak ada hubungan persepsi pasien rawat jalan terhadap dimensi ketanggapan dengan minat kunjungan ulang pasien rawat jalan di Puskesmas Bakunase. Waktu yang dibutuhkan untuk registrasi, mendapatkan pelayanan dokter dan pengambilan obat perlu diperpendek. Hal ini diperlukan untuk meningkatkan minat pasien dalam melakukan kunjungan ulang di Puskesmas.

**Daftar Pustaka**

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia 2014 [Internet]. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2014. Available from: <https://www.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/profil-kesehatan-indonesia-2014.pdf>
2. Alamsyah D. Manajemen Pelayanan Kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika; 2012.
3. Istiqomah NF. Hubungan Mutu Pelayanan terhadap Minat Kunjungan Ulang Pasien Rawat Inap di Puskesmas II Tambak Kabupaten Banyumas 2015 [Internet]. Universitas Negeri Semarang; 2016. Available from: <http://lib.unnes.ac.id/28039/>
4. Mudlikah S, Indrawati LY, Mulyani E, Handajani DO. Hubungan Antara Kepuasan Pasien Dengan Minat Penggunaan Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Pegantenan Pamekasan. J Kebidanan Midwiferia [Internet]. 2020;6(1):1–6. Available from: <https://journal.umsida.ac.id/index.php/midwiferia/article/view/242>
5. Pua Upa EE. Bahan Ajar Mandiri Mata Kuliah Manajemen Mutu. Kupang: FKM, Universitas Nusa Cendana; 2010.
6. Halimatusa'diah. Hubungan Persepsi Pasien terhadap Mutu Pelayanan dengan Minat Pemanfaatan Ulang Rawat Jalan Umum di Puskesmas Ciputat Timur Tahun 2015 [Internet]. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta; 2015. Available from: <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/handle/123456789/37809>
7. Notoatmodjo S. Metodologi Penelitian Kesehatan. Rineka Cipta. Jakarta: Rineka Cipta; 2012.
8. Lestari HS. Pengaruh Intellectual Capital Terhadap Kinerja Perusahaan Asuransi di Indonesia. J Manaj [Internet]. 2017;XXI(03):491–509. Available from: <https://ecojoin.org/index.php/EJM/article/view/264/253>
9. Rahayu MR, Siswani S. Hubungan Kualitas Pelayanan Masyarakat Terhadap Kepuasan Pasien Medichal Check Up di Klinik Medika Plaza Kecamatan Pasar Minggu Jakarta Selatan Tahun 2019. J Untuk Masy Sehat [Internet]. 2020;4(1):47–57. Available from: <http://ejournal.urindo.ac.id/index.php/jukmas/article/view/792/621>
10. Hamidiyah A. Persepsi Pasien Tentang Kualitas Pelayanan Dengan Minat Kunjungan Ulang. J Penelit Kesehat Suara Forikes [Internet]. 2016;VII(3):121–30. Available from: <http://www.forikes-ejournal.com/ojs-2.4.6/index.php/SF/article/view/27/121-130>
11. Puskesmas Bakunase. Hasil Analisis Survey Kepuasan Unit Pelayanan UPT Puskesmas Bakunase Bulan Februari-Juli 2018. Kota Kupang; 2018.
12. Bustami. Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan & Akseptabilitasnya. Erlangga; 2011.
13. Soraya E. Analisis Kualitas Pelayanan Provider Jasa Seluler Indosat IM3 terhadap Kepuasan Konsumen. Universitas Muhammadiyah Semarang. Universitas Muhammadiyah Semarang; 2011.
14. Sondari A. Analisis Kepuasan Pasien Rawat Jalan Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Brebes Tahun 2015 [Internet].

- Universitas Negeri Semarang; 2015. Available from: <http://lib.unnes.ac.id/22964/>
15. Datuan N, Darmawansyah, Daud A. Pengaruh Kualitas Pelayanan Kesehatan Terhadap Kepuasan Pasien Peserta BPJS di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar. *J Kesehat Masy Marit* [Internet]. 2018;3(1):291–300. Available from: <https://journal.unhas.ac.id/index.php/jkmmunhas/article/view/8820>
  16. Khotimah RN, Purwanti S. Tingkat Kepuasan Konsumen Terhadap Produk dan Pelayanan di Mr. Teto Yogyakarta. *E-Journal Student Pend Tek Tata Boga* [Internet]. 2018;7(3):1–8. Available from: <http://journal.student.uny.ac.id/ojs/index.php/boga/article/view/11579>
  17. Andriane M, Susmaneli H. Correlation Between Patient Service Quality and Re-Visit Interest of Outpatient Ward at Regional Hospital, Mandau Sub-District, Bengkalis Regency, 2017. *J Community Health* [Internet]. 2018;4(3):95–101. Available from: <http://journal.student.uny.ac.id/ojs/index.php/boga/article/view/11579>
  18. Ruditya AN, Chalidyanto D. Hubungan Karakteristik Individu terhadap Penilaian Kualitas Produk Apotek Rawat Jalan. *J Adm dan Kebijak Kesehat Indones* [Internet]. 2015;3(2):108–17. Available from: <https://e-journal.unair.ac.id/JAKI/article/view/1864/1371>
  19. Marmeam, Utami TN, Simanjanora A. Faktor yang Memengaruhi Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Zubir Mahmud Kabupaten Aceh Timur Tahun 2017. *J Ilm Penelit Kesehat (Jurnal JUMANTIK)* [Internet]. 2018;3(2). Available from: <http://jurnal.uinsu.ac.id/index.php/kesmas/article/view/1684/1347>

## **FAKTOR RISIKO KEJADIAN GIZI KURANG PADA ANAK BALITA DI PUSKESMAS PALLA KABUPATEN SUMBA BARAT DAYA**

**Anita Bili<sup>1</sup>, Lewi Jutomo<sup>2</sup>, Daniela L. A. Boeky<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>*Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, FKM Universitas Nusa Cendana*

<sup>2-3</sup>*Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat, FKM Universitas Nusa Cendana*

\*Korespondensi: [anitabili674@gmail.com](mailto:anitabili674@gmail.com)

### **Abstract**

This study aims to analyze the factors associated with the risk of malnutrition in children under five at Palla Primary Health Care, Southwest Sumba District. The type of research was analytical observation with a case-control design. The sample of case and control consisted of 46 people per group. Data analysis was performed by calculating Odds Ratio (OR). The results showed that infectious diseases (OR= 2,590), mothers' knowledge related to nutrition (OR=2,615), energy (OR= 2,067) and protein (OR=2,254) consumption were risk factors for malnutrition among children under five. It can be concluded that infectious diseases, maternal knowledge of nutrition, energy and protein consumption have an important role as a risk factor for the incidence of malnutrition in children under five.

Keyword: Risk Factors, Malnutrition, Children under Five

### **Abstrak**

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor risiko kejadian gizi kurang pada anak balita di Puskesmas Palla Kabupaten Sumba Barat Daya Tahun 2020. Jenis penelitian ini menggunakan metode observasi analitik dengan pendekatan rancangan *case-control*. Sampel pada tiap kelompok kasus dan kontrol berjumlah 46 orang. Analisis data dilakukan dengan perhitungan *Odds Ratio* (OR). Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyakit infeksi (OR= 2,590), pengetahuan gizi ibu (OR=2,615), konsumsi energi (OR = 2,067) dan protein (OR=2,254) merupakan faktor risiko kejadian gizi kurang pada anak balita. Penyakit infeksi, pengetahuan gizi ibu, konsumsi energi dan konsumsi protein berperan penting sebagai faktor risiko kejadian gizi kurang pada balita.

Kata Kunci: Faktor Risiko, Gizi Kurang, Bawah Lima Tahun

### **Pendahuluan**

*United Nations Children's Fund* (UNICEF) mengemukakan faktor-faktor penyebab gizi kurang dan ini telah digunakan secara internasional. Gizi kurang pada anak balita disebabkan oleh penyebab langsung maupun tidak langsung. Penyebab langsung yaitu konsumsi makanan anak dan penyakit infeksi yang mungkin diderita anak balita, sedangkan penyebab tidak langsung berupa ketersediaan makanan, pola asuh serta sanitasi dan pelayanan kesehatan yang diakibatkan oleh faktor pendidikan, pengetahuan, dan keterampilan.<sup>1</sup>

Penyebab gizi kurang tidak hanya disebabkan kurangnya asupan makanan tetapi juga karena penyakit infeksi. Infeksi yang sering diderita anak balita akan menyebabkan meningkatnya kebutuhan gizi sedangkan nafsu makan biasanya menurun jika terjadi penyakit infeksi. Hal ini akan menyebabkan anak berisiko menderita gizi kurang sekalipun sebelumnya memiliki gizi baik.<sup>2</sup>

Gizi kurang merupakan salah satu penyakit akibat gizi yang masih merupakan masalah di Indonesia. Gizi kurang pada balita dapat memberi dampak terhadap kualitas sumber daya manusia, sehingga jika tidak diatasi dapat menyebabkan *lost generation*. Kekurangan gizi dapat mengakibatkan gagal tumbuh kembang, meningkatkan angka kesakitan dan kematian terutama pada kelompok usia rawan gizi yaitu anak balita.<sup>3</sup>

Kelompok balita memiliki peluang menderita kejadian gizi kurang, baik dari ukuran berat badan berdasarkan umur maupun tinggi badan menurut umur. Dampak kekurangan asupan gizi sangat kompleks, salah satunya mencakup gangguan pertumbuhan. Kondisi ini

ditunjukkan dengan tidak berfungsinya organ tubuh. Selain itu, anak dapat memiliki kekebalan tubuh yang rendah, sehingga menyebabkan kerentanan terhadap berbagai penyakit seperti penyakit infeksi saluran pernapasan, diare dan demam, sehingga kondisi tubuh yang rentan sakit akan menyebabkan Sumber Daya Manusia (SDM) kurang berkualitas.

Kebutuhan gizi harus terpenuhi dan diikuti dengan upaya pencegahan penyakit terutama penyakit infeksi agar mendukung anak tetap sehat dan cerdas. Oleh karena itu, determinan gizi kurang pada anak balita penting untuk diketahui.<sup>4</sup> Infeksi dapat menurunkan asupan makanan (anoreksia) berkisar sebesar 5% hingga hampir sama sekali kehilangan nafsu makan. Hal ini dapat menyebabkan defisiensi zat gizi meskipun penjamu tidak mengalami defisiensi sebelum infeksi.<sup>5</sup>

Gizi kurang disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dalam makanan sehari-hari sehingga tidak dapat memenuhi kebutuhan gizi dan atau adanya penyakit infeksi sebagai manifestasi adanya gangguan pertumbuhan. Balita dengan tingkat asupan energi yang rendah mempengaruhi fungsi dan struktural perkembangan otak serta dapat mengakibatkan pertumbuhan dan perkembangan kognitif yang terhambat.<sup>6</sup>

Jumlah kasus gizi kurang menurut kabupaten/kota di Provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2017 menunjukkan bahwa Kabupaten Sumba Barat Daya (SBD) menempati urutan ke-4 dari 22 Kabupaten yang ada di NTT. Jumlah kejadian gizi buruk dan gizi kurang pada kabupaten ini mencapai 285 kasus. Puskesmas palla dalam 3 tahun berturut-turut menempati urutan pertama dengan jumlah kasus gizi kurang tertinggi dari 16 puskesmas yang ada di Kabupaten Sumba Barat Daya. Jumlah kasus gizi kurang di Puskesmas Palla mencapai 152 kasus pada tahun 2017, 143 kasus pada tahun 2018 dan sebanyak 46 kasus pada tahun 2019. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor risiko kejadian gizi kurang pada anak balita di Puskesmas Palla Kabupaten Sumba Barat Daya.

## Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode observasi analitik dengan rancangan *case-control* yakni menganalisa dinamika korelasi antara faktor risiko dan faktor efek. Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Palla Kabupaten Sumba Barat Daya, yang dimulai dari bulan Februari sampai bulan Mei tahun 2020. Pengambilan sampel kasus menggunakan teknik *total sampling*. Sampel kasus dalam penelitian ini adalah semua ibu yang memiliki anak balita yang mengalami gizi kurang berjumlah 46 orang.

Adapun kriteria inklusi yang digunakan dalam penelitian ini adalah tercatat sebagai ibu yang memiliki anak balita yang mengalami gizi kurang di Puskesmas Palla dan memiliki Kartu Menuju Sehat (KMS). Kriteria eksklusi yang digunakan adalah responden telah pindah dari wilayah kerja Puskesmas Palla atau meninggal dunia. Sampel kontrol dalam penelitian ini adalah semua ibu yang memiliki anak balita yang berumur 12-59 bulan serta tidak mengalami gizi kurang. Perbandingan sampel kasus dan kontrol adalah 1:1. Secara keseluruhan, sampel dalam penelitian ini berjumlah 92 orang.

Teknik pengumpulan data berupa wawancara menggunakan instrumen berupa kuesioner. Adapun konsumsi energi dan konsumsi protein diperoleh melalui *metode recall 2 x 24 jam* dan dianalisis melalui aplikasi *nutrisurvei*. Status gizi ditentukan berdasarkan indeks tinggi badan per umur (TB/U) melalui aplikasi *NutriSurvei*.

Analisis data dilakukan secara deskriptif dan analitik. Analisis deskriptif dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi serta untuk menjustifikasi faktor risiko menggunakan perhitungan *Odds Ratio* (OR) dengan batas kemaknaan ( $\alpha$ ) 0,05 dan 95% tingkat kepercayaan. Nomor *ethical approval* penelitian ini adalah 2020006-KEPK.

**Hasil**

## 1. Analisis Deskriptif

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar ibu anak balita pada kelompok kasus berumur >35 tahun dengan proporsi 30,4%, sedangkan ibu balita pada kelompok kontrol sebanyak 29,3%. Sebagian besar responden dalam kelompok kasus memiliki jumlah anggota keluarga berkisar > 4 yakni 44,6%, sedangkan pada kelompok kontrol sebanyak 40,2%. Sebagian besar responden pada kelompok kasus bekerja sebagai petani yakni 43,5%, sedangkan pada kelompok kontrol sebanyak 40,2%. Sebagian besar responden pada kelompok kasus memiliki tingkat pendidikan SD yakni 40,2%, sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar memiliki tingkat pendidikan SMA yakni 31,5%. Hasil penelitian karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Ibu Anak Balita berdasarkan Umur, Jumlah Anggota Keluarga, Pekerjaan dan Pendidikan di Puskesmas Palla Kabupaten Sumba Barat Daya Tahun 2020

Karakteristik Responden	Kasus		Kontrol		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Umur ibu (Tahun)</b>						
<20	7	7,6	0	0,0	7	7,6
20-35	11	12	19	20,7	30	32,
>35	28	30,4	27	29,3	55	59,8
<b>Jumlah Anggota Keluarga</b>						
≤ 4	5	5,4	37	40,2	77	83,7
>4	41	44,6	8	8,7	12	13
<b>Pekerjaan</b>						
Petani	40	43,5	37	40,2	77	83,7
Wiraswasta	4	4,3	8	8,7	12	13
PNS	0	0,0	3	3,3	3	3,3
<b>Pendidikan Ibu</b>						
Tinggi (SMP-PT)	9	9,8	29	31,5	38	41,3
Rendah (TS-SD)	37	40,2	17	18,5	54	58,7

## 2. Analisis Faktor Risiko Kejadian Gizi Kurang pada Anak Balita

Hasil analisis faktor risiko terhadap kejadian gizi kurang pada anak balita di Puskesmas Palla Kabupaten Sumba Barat Daya Tahun 2020 dapat dilihat pada Tabel 2.



Tabel 2. Distribusi Kejadian Gizi Kurang pada Anak Balita Berdasarkan Riwayat Sakit dan Konsumsi Energi di Puskesmas Palla Kabupaten Sumba Barat Daya Tahun 2020

Variabel	Kejadian Gizi Kurang				<i>p-value</i>	OR
	Kasus		Kontrol			
	n=46	%	n=46	%		
Riwayat sakit 1 bulan terakhir						
Tidak Pernah	5	5,4	23	25,0		
Pernah	41	44,6	23	25,0	0,001	2,590
Pengetahuan ibu						
Baik ( $\geq 80\%$ )	10	10,9	33	35,9		
Kurang ( $< 80\%$ )	36	39,1	13	14,1	0,001	2,615
Konsumsi energi						
Normal ( $\geq 100\%$ )	5	5,4	32	34,8		
Defisit ( $< 100\%$ )	41	44,6	14	15,2	0,010	2,067
Konsumsi protein						
Normal ( $\geq 100\%$ )	9	9,8	29	31,5		
Defisit ( $< 100\%$ )	37	40,2	17	18,5	0,002	2,254

Berdasarkan perhitungan OR, balita yang pernah menderita sakit berisiko 2,590 kali terhadap kejadian gizi kurang, dibandingkan dengan balita yang tidak pernah menderita sakit. Balita yang pengetahuan ibunya kurang mengenai gizi memiliki risiko 2,615 kali mengalami gizi kurang. Selain itu, balita yang konsumsi energinya defisit berisiko sebanyak 2,067 kali terhadap kejadian gizi kurang, dibandingkan dengan balita yang konsumsi energinya cukup. Anak balita yang konsumsi proteinnya defisit berisiko 2,254 kali terhadap kejadian gizi kurang.

## Pembahasan

### 1. Faktor Risiko Riwayat Sakit kejadian Gizi Kurang

Hasil penelitian menunjukkan bahwa anak balita yang pernah menderita sakit dalam satu bulan terakhir memiliki risiko 2,590 kali terhadap kejadian gizi kurang, dibandingkan dengan balita yang tidak pernah menderita sakit. Anak balita sakit dapat ditandai dengan panas, demam, batuk, pilek, nyeri dan kemerahan yang merupakan respon langsung tubuh terhadap infeksi atau cedera. Tanda-tanda ini dalam imunitas disebut sebagai inflamasi.<sup>7</sup> Walaupun beberapa keluhan sakit utama pada anak balita tampak ringan, seperti pilek, demam dan batuk, akan tetapi dapat berpengaruh signifikan terhadap kesehatan anak.<sup>5</sup> Selanjutnya, gejala-gejala tersebut bersifat subklinis yang dapat menyebabkan kehilangan protein rata-rata dalam berbagai infeksi yang diperkirakan mencapai sekitar 0,6-1,2 gram per kilogram per hari<sup>7</sup>. Infeksi dapat menyebabkan anak tidak merasa lapar dan tidak mau makan, infeksi juga menghabiskan sejumlah protein dan kalori yang seharusnya dipakai untuk pertumbuhan. Diare dan muntah dapat menghalangi penyerapan makanan, penyakit-penyakit umum yang memperburuk keadaan gizi anak balita adalah diare, infeksi saluran pernapasan atas, tuberculosis, campak dan batuk rejan.<sup>2</sup>

Sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa balita yang terkena penyakit infeksi cenderung mengalami penurunan berat badan.<sup>8</sup> Hal ini dikarenakan terjadi peningkatan metabolisme dalam tubuh balita dan biasanya juga diikuti penurunan nafsu makan. Penurunan berat badan yang terus menerus dapat menyebabkan terjadinya penurunan

status gizi. Demikian juga penelitian lain yang mengemukakan bahwa risiko balita yang menderita infeksi adalah 2,81 kali lebih tinggi mengalami gizi kurang.<sup>9</sup>

Infeksi dapat menyebabkan anak tidak merasa lapar dan tidak mau makan. Infeksi juga menghabiskan sejumlah protein dan kalori yang seharusnya dipakai untuk pertumbuhan. Keadaan gizi kurang muncul sebagai faktor risiko terjadinya penyakit infeksi. Balita dengan gizi kurang akan lebih mudah terserang penyakit ISPA dibandingkan dengan balita dengan gizi normal karena faktor daya tahan tubuh yang kurang.<sup>10</sup>

Beberapa penyakit infeksi yang mempengaruhi terjadinya gizi kurang adalah Infeksi Saluran Pernapasan bagian Atas (ISPA) dan diare<sup>1</sup>. Infeksi memainkan peran utama dalam etiologi gizi karena infeksi mengakibatkan peningkatan kebutuhan energi, nafsu makan anak berkurang, kehilangan unsur hara akibat muntah, diare, pencernaan yang buruk, rendahnya penyerapan dan pemanfaatan zat gizi, serta gangguan keseimbangan metabolisme.<sup>11</sup> Faktor penyakit infeksi berkaitan dengan tingginya kejadian penyakit menular terutama diare, cacangan dan penyakit pernapasan akut (ISPA).<sup>8</sup>

Beberapa balita dapat menderita gizi kurang karena mengalami penyakit atau kondisi tertentu yang menyebabkan tubuh tidak mampu untuk mencerna ataupun menyerap makanan secara sempurna. Selain itu, di usia balita ini anak lebih sering mengalami gangguan kesehatan dan rentan terhadap berbagai penyakit infeksi yang berdampak besar terhadap tumbuh kembang anak. Itulah sebabnya anak pada usia ini membutuhkan pola makan bergizi seimbang untuk memenuhi kebutuhan gizinya sehingga mereka memiliki daya tahan tubuh yang baik sekaligus mengoptimalkan kecerdasannya.<sup>12</sup>

Anak balita yang kurang gizi mengalami gangguan dalam pertumbuhan, berkurangnya daya tahan tubuh sehingga rentan terhadap penyakit infeksi.<sup>13</sup> Penyakit infeksi dan kekurangan gizi selalu berkaitan erat. Infeksi pada anak-anak yang kurang gizi sebagian besar disebabkan oleh kerusakan fungsi kekebalan tubuh, produksi kekebalan tubuh yang terbatas atau kapasitas fungsional berkurang dari semua komponen seluler dari sistem kekebalan tubuh pada penderita gizi kurang. Adapun penyebab utama gizi kurang adalah penyakit infeksi bawaan anak seperti diare, campak, ISPA dan rendahnya asupan gizi akibat kurangnya ketersediaan pangan di tingkat rumah tangga atau karena pola asuh yang salah.<sup>4</sup>

## 2. Faktor Risiko Pengetahuan Gizi Ibu terhadap Kejadian Gizi Kurang

Pengetahuan merupakan hasil tahu dari seseorang setelah melakukan penginderaan terhadap suatu objek. Melalui proses belajar, individu akan menjadi tahu sehingga dapat merubah perilaku sebelumnya. Kurangnya pengetahuan ibu tentang gizi dapat berdampak pada kurangnya kemampuan mengaplikasikan informasi khususnya tentang gizi yang nantinya akan berakibat pada status gizi balita.<sup>14</sup>

Pengetahuan ibu tentang gizi berpengaruh terhadap konsumsi pangan keluarga yang pada akhirnya akan mempengaruhi status gizi anak balita. Pengetahuan ibu tentang gizi tidak harus didapatkan dari kegiatan-kegiatan formal atau pendidikan khusus, akan tetapi dapat pula diperoleh melalui media massa seperti koran, majalah, televisi, penyuluhan oleh kader posyandu, PKK, dan kelompok puskesmas. Melalui paparan terhadap informasi dari berbagai saluran, diharapkan ibu dapat lebih mengetahui tentang gizi yang baik untuk anak balitanya.<sup>15</sup>

Hasil penelitian menemukan bahwa pengetahuan ibu tentang gizi yang rendah berisiko 2.615 kali terhadap kejadian gizi kurang pada anak balita. Hal ini didukung oleh penelitian sebelumnya yang menemukan tingkat pengetahuan ibu tentang gizi dan kesehatan yang semakin tinggi dan akan memperhatikan aspek gizi yang lebih luas dan tidak terbatas pada rasa makanan saja.<sup>16</sup> Pengetahuan tentang gizi memungkinkan seseorang memilih dan mempertahankan pola makan berdasarkan prinsip ilmu gizi. Pada keluarga dengan tingkat pengetahuan yang rendah, anak cenderung menyesuaikan dengan makanan yang tidak

memenuhi kebutuhan gizi. Pengetahuan gizi yang diperoleh ibu sangat bermanfaat bagi balita apabila ibu berhasil mengaplikasikan pengetahuan gizi yang dimilikinya.<sup>16</sup>

### 3. Faktor Risiko Konsumsi Energi terhadap Kejadian Gizi Kurang

Hasil penelitian menunjukkan bahwa anak balita dengan konsumsi energi yang defisit berisiko sebanyak 2,067 kali terhadap kejadian gizi kurang, dibandingkan dengan anak balita yang konsumsi energinya cukup. Asupan zat gizi merupakan salah satu penyebab langsung yang dapat mempengaruhi status gizi balita. Asupan zat gizi dapat diperoleh dari beberapa zat gizi, diantaranya yaitu zat gizi makro seperti energi karbohidrat protein dan lemak. Zat gizi makro merupakan zat gizi yang dibutuhkan dalam jumlah besar oleh tubuh dan sebagian besar berperan dalam penyediaan energi.<sup>3</sup> Zat-zat makanan yang diperlukan oleh tubuh dapat dikelompokkan menjadi enam macam yaitu air, protein, lemak, vitamin, mineral dan karbohidrat.<sup>1</sup>

Balita dengan tingkat asupan energi yang rendah mempengaruhi pada fungsi dan struktural perkembangan otak serta dapat mengakibatkan pertumbuhan dan perkembangan kognitif yang terhambat.<sup>3</sup> Konsumsi energi yang kurang atau rendah akan mengakibatkan tubuh merespon dengan cara meningkatkan penggunaan cadangan energi seperti otot dan lemak yang menyebabkan penurunan pertumbuhan yang mengarah ke individu yang lebih kurus dibandingkan dengan asupan energi yang memadai.<sup>17</sup>

Tingkat konsumsi energi dan protein merupakan faktor langsung yang mempengaruhi status gizi balita.<sup>4</sup> Defisiensi energi dan protein secara progresif menyebabkan kerusakan mukosa, menurunnya resisten terhadap kolonisasi dan invasi kuman patogen. Keadaan kesehatan gizi tergantung dari tingkat konsumsi zat gizi yang terdapat pada makanan sehari-hari. Tingkat konsumsi zat gizi makro dapat mempengaruhi terhadap status gizi balita<sup>18</sup> dan tingkat konsumsi tersebut ditentukan oleh kualitas dan kuantitas makanan. Asupan gizi dengan kualitas dan kuantitas yang baik sangat dibutuhkan terutama pada usia balita karena pertumbuhan dan perkembangan fisik serta kognitif sedang tumbuh dengan pesat pada tahap usia tersebut. Gizi kurang pada anak balita dapat mempengaruhi kecerdasan anak, rendahnya kemampuan kognitif serta dapat menurunkan produktivitas anak.<sup>19</sup>

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa anak balita dengan konsumsi energi yang kurang akan berisiko 6,73 kali menderita gizi kurang dibandingkan dengan anak balita yang konsumsi energinya cukup.<sup>19</sup> Penelitian lainnya menyatakan bahwa konsumsi energi yang tidak memadai di bawah 80% dari kebutuhan minimum akan berisiko 3,6 kali lebih besar menderita gizi kurang dibandingkan dengan konsumsi anak yang konsumsi energinya normal.<sup>20</sup> Anak balita dengan konsumsi energi yang rendah berisiko sebanyak 8,413 kali menderita gizi kurang dibandingkan dengan anak balita yang konsumsi energinya cukup.<sup>3</sup> Balita yang memiliki tingkat kecukupan energi yang kurang berisiko 25,2 kali lebih besar untuk mengalami gizi kurang dibandingkan dengan balita yang memiliki tingkat kecukupan energi yang baik.<sup>21</sup>

### 4. Risiko Konsumsi Protein dengan Kejadian Gizi Kurang

Konsumsi protein berpengaruh terhadap status gizi balita. Balita membutuhkan protein dalam jumlah yang cukup tinggi, kebutuhan protein sangatlah penting untuk mencegah gangguan protein. Gangguan protein sesungguhnya berpeluang menyerang siapa saja terutama bayi dan anak balita yang tengah tumbuh dan berkembang.<sup>18</sup>

Protein merupakan salah satu zat gizi makro yang berfungsi sebagai zat pembangun, pemelihara sel dan jaringan tubuh serta membantu dalam metabolisme sistem kekebalan tubuh seseorang. Protein yang berasal dari makanan akan dicerna dan diubah menjadi asam amino yang berfungsi sebagai prekursor dari neurotransmitter dan berperan dalam perkembangan otak anak.<sup>18</sup> Protein dapat ditemukan pada sumber makanan hewani maupun

nabati. Sumber bahan makanan hewani yang mengandung protein, antara lain: susu, telur, ikan, unggas, daging, kerang, keju dan lain-lain. Sumber bahan makanan nabati yang mengandung protein, dapat ditemukan pada tahu dan tempe, dan kacang-kacangan.<sup>21</sup>

Protein erat kaitannya dengan sistem kekebalan tubuh, asupan protein yang rendah menyebabkan gangguan pada mukosa, menurunnya sistem imun sehingga mudah terserang penyakit, konsumsi protein yang kurang merupakan faktor kejadian gizi kurang. Kekurangan protein akan berdampak pada terganggunya pertumbuhan, perkembangan dan produktivitas.<sup>19</sup> Kekurangan protein akan berdampak pada terganggunya pertumbuhan, perkembangan dan produktivitas. Jika kecukupan energi tidak terpenuhi maka akan terjadi perombakan protein di dalam tubuh sehingga fungsi yang seharusnya sebagai pertumbuhan dan zat pembangun akan terhambat fungsinya yang lama kelamaan akan menimbulkan gizi kurang.<sup>13</sup>

Hasil penelitian menemukan bahwa tingkat kecukupan protein yang defisit beresiko 2,067 kali terhadap kejadian gizi kurang pada anak balita. Hal ini didukung oleh penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa konsumsi protein yang kurang mempunyai risiko 3,49 kali lebih besar mengalami status gizi kurang dibandingkan dengan konsumsi proteinnya cukup.<sup>19</sup> Balita yang mengkonsumsi protein rendah ditemukan berisiko 6,091 kali menderita gizi kurang dibandingkan dengan balita yang konsumsi proteinnya cukup.<sup>3</sup> Balita dengan tingkat konsumsi protein yang rendah berisiko 35,7 kali lebih besar untuk mengalami gizi kurang dibandingkan dengan balita yang tingkat konsumsi proteinnya normal.<sup>21</sup> Anak dengan konsumsi protein yang rendah dilaporkan berisiko 3,1 kali lebih besar untuk mengalami status gizi kurang dibandingkan dengan anak yang asupan proteinnya cukup.<sup>19</sup>

Penelitian ini memiliki beberapa kelemahan dan kelebihan. Berkaitan dengan kelemahan penelitian, variabel riwayat sakit hanya diamati secara sub-klinis seperti batuk, demam, panas dan flu, tanpa adanya pemeriksaan laboratorium. Pengukuran konsumsi energi dan konsumsi protein juga dilakukan dengan menggunakan *metode recall* yang mempunyai keterbatasan dalam ingatan ibu anak balita. Namun, penelitian ini dapat memberikan gambaran tentang keadaan masalah gizi kurang pada anak balita di Puskesmas Palla Kabupaten Sumba Barat Daya

### **Kesimpulan**

Penyakit infeksi, pengetahuan ibu tentang gizi dan konsumsi energi dan protein yang defisit merupakan faktor risiko kejadian gizi kurang pada anak balita di Puskesmas Palla Kabupaten Sumba Barat Daya. Pemberdayaan masyarakat termasuk promosi gizi kepada masyarakat, dan cara perawatan anak perlu dikembangkan agar dapat mencegah kasus gizi kurang pada anak balita. Selain itu, pemantauan dan intervensi gizi yang tepat sasaran perlu dilakukan oleh puskesmas.

### **Ucapan Terima Kasih**

Ucapan terimakasih disampaikan kepada bapak-ibu pembimbing yang sudah meluangkan waktu dan tenaga dalam membantu penulis, dan pimpinan Puskesmas Palla, Kabupaten Sumba Barat Daya. Terimakasih juga diucapkan kepada Ketua Bagian Gizi Puskesmas Palla, kader-kader Posyandu dan ibu anak balita yang bersedia membantu dan menjadi responden dalam penelitian ini.

### **Daftar Pustaka**

1. Nengsi S, Risma. Hubungan Penyakit Infeksi dengan Status Gizi Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Anreapi Kabupaten Polewali. *J Kesehat Masy Hub* [Internet]. 2017;3(1):44–57. Available from: <https://journal.lppm-unasman.ac.id/index.php/jikm/article/view/163>

2. Marimbi H. *Tumbuh Kembang, Status Gizi, dan Imunisasi Dasar Pada Balita*. 1st ed. Yogyakarta: Nuha Medika; 2010. 1–160 p.
3. Rahman N, Hermiyanty, Fauziah L. Faktor Risiko Kejadian Gizi Kurang pada Balita Usia 24-59 Bulan di Kelurahan Taipa Kota Palu. *J Kesehat Masy* [Internet]. 2016;7(2):41–6. Available from: <http://jurnal.fkm.untad.ac.id/index.php/preventif/article/download/107/61>
4. Lastanto. Analisis Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Balita Gizi Kurang di Wilayah Kerja Puskesmas Cebongan [Internet]. *Jurnal Mahasiswa Stikes Kusuma Husada. STIKES KUSUMA HUSADA*; 2015. Available from: <https://docplayer.info/67285028-Analisis-faktor-yang-mempengaruhi-kejadian-balita-gizi-kurang-di-wilayah-kerja-puskesmas-cebongan.html>
5. Jutomo L. Peran Suplementasi Asam Lemak Omega-3 pada Perbedaan kadar CRP,  $\gamma$ -Globulin, Frekuensi Sakit, Lingkar Kepala dan Tinggi Badan Anak Balita Stunting Usia 12-36 Bulan. Universitas Airlangga; 2020.
6. Kementerian Kesehatan RI, WHO Indonesia. Pedoman Pelayanan Gizi Bagi Petugas Kesehatan [Internet]. Kementerian Kesehatan RI WI, editor. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2015. 1–312 p. Available from: [https://www.academia.edu/36318771/ASUHAN\\_GIZI\\_DI\\_PUSKESMAS](https://www.academia.edu/36318771/ASUHAN_GIZI_DI_PUSKESMAS)
7. Yaqoob P, Calder C. *Nutrition and Metabolism*. In: Shusan LA, editor. 2nd ed. Yogyakarta: The Nutrition Society; 2011. p. 1–40. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/jnme/>
8. Oktavianis. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi pada Balita di Puskesmas Lubuk Kilangan. *J Hum Care* [Internet]. 2016;1(3):1–12. Available from: <https://ojs.fdk.ac.id/index.php/humancare/article/download/27/pdf>
9. Glenn JC, S H, Walden EG-M, Gonzalez-Losa M del R, Antoinette McIntosh AG, Young JA, et al. Assessment of Child, Mother, and Environmental Factors Associated with Undernutrition in Children Less than Five Years Old in a Maya Community in Yucatan, Mexico. *Int J Child Heal Nutr* [Internet]. 2014;3(4):204–12. Available from: <https://www.lifescienceglobal.com/pms/index.php/ijchn/article/view/2582>
10. Maryunani A. Ilmu Kesehatan Anak dalam Kebidanan. In <https://www.belbuk.com/trans-info-media-tim-m-269.html>; 2010. p. 1–437. Available from: <https://www.belbuk.com/ilmu-kesehatan-anak-dalam-kebidanan-p-22694.html>
11. Asfaw M, Wondaferash M, Taha M, Dube L. Prevalence of undernutrition and associated factors among children aged between six to fifty nine months in Bule Hora district, South Ethiopia [Internet]. *BMC Public Health*. 2015. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1370-9>
12. Kartiningrum ED. Faktor Risiko Kejadian Gizi Kurang pada Balita di Desa Gayaman Kecamatan Mojoanyar Mojokerto. *Hosp MAJAPAHIT* [Internet]. 2015;7(2):67–80. Available from: <http://ejournal.stikesmajapahit.ac.id/index.php/HM/article/view/112>
13. Alamsyah D, Mexitalia M, Margawati A, Hadisaputro S, Setyawan H. Beberapa Faktor Risiko Gizi Kurang dan Gizi Buruk pada Balita 12-59 Bulan (Studi Kasus di Kota Pontianak). *J Epidemiol Kesehat Komunitas* [Internet]. 2017;2(1):46–53. Available from: <https://ejournal2.undip.ac.id/index.php/jekk/article/view/3994>
14. Oktavia S, Widajanti L, Aruben R. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Buruk pada Balita di Kota Semarang Tahun 2017 (Studi di Rumah Pemulihan Gizi Banyumanik Kota Semarang). *J Kesehat Masy* [Internet]. 2017;5(3):186–92. Available from: <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/17209>
15. Lutviana E, Budiono I. Prevalensi dan Determinan Kejadian Gizi Kurang pada Balita. *J Kesehat Masy* [Internet]. 2010;5(2):138–44. Available from:

- <https://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas/article/view/1872>
16. Farida Y. Pengantar Pangan dan Gizi. In Jakarta: Penebar Swadaya; 2004. p. 1–109.
  17. Fauziah L, Nurdin R, Hermiyanti. Faktor Risiko Kejadian Gizi Kurang pada Balita Usia 24-59 Bulan di Kelurahan Taipa Kota Palu. *Med TADULAKO, J Ilm Kedokt* [Internet]. 2017;4(3):28–35. Available from: <http://jurnal.fkm.untad.ac.id/index.php/preventif/article/download/107/61>
  18. Diniyyah SR, Nindya TS. Asupan Energi , Protein dan Lemak dengan Kejadian Gizi Kurang pada Balita Usia 24-59 Bulan di Desa Suci , Gresik. *Amerta Nutr* [Internet]. 2017;1(4):341–50. Available from: <https://e-journal.unair.ac.id/AMNT/article/view/7139/4303>
  19. Rahim FK. Faktor Risiko Underweight Balita Umur 7-59 Bulan. *J Kesehat Masy* [Internet]. 2014;9(02):115–21. Available from: <https://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas/article/view/2838>
  20. Shukla Y, Tiwari R, Kasar P, Tomar S. Risk factors for severe malnutrition in under five children admitted to nutritional rehabilitation centre: a case-control study from Central India. *Int J Community Med Public Heal* [Internet]. 2016;3(1):121–7. Available from: <https://ijcmph.com/index.php/ijcmph/article/download/656/556>
  21. Suyatman B, Fatimah S, Dharminto. Faktor Risiko Kejadian Gizi Kurang pada Balita (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang). *J Kesehat Masy* [Internet]. 2017;5(4):778–87. Available from: <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/18778>

## HUBUNGAN MASA KERJA, JENIS KELAMIN DAN SIKAP KERJA DENGAN KELUHAN MUSKULOSKELETAL PADA OPERATOR SPBU DI KOTA KUPANG

Kasimirus Ebu To<sup>1\*</sup>, Noorce C. Berek<sup>2</sup>, Agus Setyobudi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, FKM Universitas Nusa Cendana

<sup>2-3</sup>Bagian Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja, FKM Universitas Nusa Cendana

\*Korespondensi: [ebukasimirus@gmail.com](mailto:ebukasimirus@gmail.com)

### Abstract

Musculoskeletal disorder (MSDs) is a disorder in workers. This work-related disease has a high prevalence globally. MSDs occurs in work environment that exposes workers to non-ergonomic posture. The disorder triggers fatigue and indirectly adds to the workload among workers. This study aims to analyze the relationship between work tenure, sex and work attitudes with musculoskeletal complaints in general refueling station operators in Kupang City. The research was an analytical survey with a cross-sectional design. The research were conducted at 15 General Refueling Stations in Kupang from October to November 2019. A sample of 69 people were selected from the population of 222 operators. Data were analyzed by using chi-square ( $X^2$ ) with  $p$ -value = 0,05. The results showed that there was a relationship between musculoskeletal complaints and length of work ( $p$ -value= 0,004), gender ( $p$ -value 0,007) and work attitude ( $p$ -value= 0,001).

Keywords: Musculoskeletal Disorder (MSDs), General Refueling Station.

### Abstrak

Musculoskeletal disorder (MSDs) atau keluhan muskuloskeletal merupakan gangguan pada pekerja dan ditemukan memiliki prevalensi tinggi di dunia. MSDs cenderung terjadi pada lingkungan kerja yang memaksa pekerja berada pada postur kerja yang tidak ergonomis. Kondisi ini menyebabkan pekerja lebih cepat mengalami kelelahan dan secara tidak langsung memberikan tambahan beban kerja. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan masa kerja, jenis kelamin dan sikap kerja dengan keluhan muskuloskeletal pada operator SPBU di Kota Kupang. Jenis penelitian ini adalah penelitian survei analitik dengan rancangan penelitian *cross sectional*. Lokasi penelitian berada di 15 SPBU yang ada di Kota Kupang dan dilaksanakan dari Bulan Oktober – November 2019. Jumlah sampel dari penelitian ini sebanyak 69 operator dari populasi 222 operator. Jenis uji yang digunakan yaitu *chi-square* ( $x^2$ ) dengan  $p$ -value = 0,05. Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan antara keluhan muskuloskeletal dengan masa kerja ( $p$ -value 0,004), jenis kelamin ( $p$ -value= 0,007), dan sikap kerja ( $p$ -value = 0,001).

Kata Kunci: Keluhan Muskuloskeletal, Stasiun Pengisian Bahan Bakar Umum

### Pendahuluan

*Musculoskeletal disorder* (MSDs) atau gangguan muskuloskeletal merupakan gangguan pada pekerja yang memiliki prevalensi tinggi di dunia. Pekerjaan yang memaksa tenaga kerja untuk berada pada postur kerja yang tidak ergonomis menyebabkan tenaga kerja lebih cepat mengalami kelelahan dan secara tidak langsung memberikan tambahan beban kerja. Penerapan posisi kerja yang ergonomis akan mengurangi beban kerja dan secara signifikan mampu mengurangi kelelahan atau masalah kesehatan yang berkaitan dengan postur kerja serta memberikan rasa nyaman kepada tenaga kerja terutama dalam pekerja yang monoton dan berlangsung lama, jika penerapan ergonomi tidak dapat terpenuhi akan menimbulkan ketidaknyamanan atau munculnya rasa sakit pada bagian tubuh tertentu. Salah satu dampak kesehatan yang muncul sebagai akibat dari postur kerja yang tidak ergonomis adalah MSDs.<sup>1</sup>

*Gangguan* muskuloskeletal adalah cedera yang mempengaruhi gerakan sistem tubuh manusia seperti otot, tendon, ligamen, saraf, pembuluh darah dan lainnya.<sup>1</sup> Faktor penyebab

terjadinya keluhan muskuloskeletal adalah peregangan otot yang berlebihan, aktivitas berulang, sikap kerja tidak alamiah, penyebab sekunder dan penyebab kombinasi.<sup>2</sup>

*Labour Force Survey* (LFS) menyatakan MSDs sebagai permasalahan kesehatan *tertinggi* terkait dengan pekerjaan. Survey tersebut dilakukan pada pekerja di Inggris dan menemukan 1.144.000 kasus dengan keluhan pada punggung mencapai 493.000 kasus, anggota tubuh bagian atas atau leher 426.000 kasus, dan anggota tubuh bagian bawah 224.000 kasus. Hasil penelitian lainnya di Amerika menemukan sekitar 6 juta kasus MSDs pertahun atau rata-rata 300-400 kasus per 100.000 orang pekerja.<sup>2</sup>

*Work Related Musculoskeletal Disorders* (WRMSDs) dari LFS tahun 2015 menunjukkan bahwa total kasus MSDs adalah 539.000. Angka ini merupakan 41% dari total 1.311.000 untuk semua penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan.<sup>3</sup> Jumlah kasus baru MSDs adalah 176.000, dengan tingkat kejadian 550 kasus per 100.000 orang, tingkat ini tidak berbeda secara signifikan dari lima tahun terakhir. Di Korea, MSDs mengalami peningkatan yang sangat tinggi dari 1.634 pada tahun 2001 menjadi 5.502 pada tahun 2010.

Hasil studi Departemen Kesehatan RI tentang profil masalah kesehatan di Indonesia tahun 2005 menunjukkan bahwa sekitar 40,5% penyakit yang diderita pekerja yang berhubungan dengan pekerjaannya.<sup>4</sup> Studi yang dilakukan terhadap 9.482 pekerja di 12 kabupaten/kota di Indonesia menemukan kejadian penyakit muskuloskeletal (16%), kardiovaskuler (8%), gangguan syaraf (6%), gangguan pernafasan (3%) dan gangguan THT (1,5%) yang umum terjadi. Prevalensi satu tahun MSDs pekerja di Indonesia berkisar antara 40-80%.<sup>4</sup>

Perkembangan industri di Indonesia saat ini semakin pesat khususnya industri Stasiun Pengisian Bahan Bakar Umum (SPBU). Untuk memenuhi kebutuhan akan bahan bakar yang kini semakin meningkat, SPBU mulai banyak dibangun. Pilihan fasilitas yang ada di tiap SPBU juga bervariasi mencakup mini market, penjualan gas LPG (*Liquid Petroleum Gas*), hingga pelumas mesin. Waktu operasionalnya juga beragam. Umumnya SPBU di Kota Kupang beroperasi pukul 06.00 – 22.00 WITA, namun terdapat juga SPBU yang memberikan pelayanan selama 24 jam. Terdapat 15 SPBU yang tersedia untuk memenuhi kebutuhan bahan bakar di Kota Kupang. Setiap SPBU memiliki beberapa operator yang berjaga untuk melayani pelanggannya. Operator masing-masing SPBU memiliki *shift* jaga yang umumnya terdiri atas dua *shift*. *Shift* pagi bekerja pada pukul 06.00 – 14.00 WITA dan *shift* sore pada pukul 14.00 – 22.00 WITA. SPBU yang beroperasi 24 jam memiliki *shift* tambahan, yaitu *shift* malam yang beroperasi pukul 02.00 – 06.00 WITA. Terdapat tujuh SPBU di Kota Kupang yang beroperasi 24 jam. Berdasarkan survei awal, 7 dari 10 operator SPBU melaporkan keluhan di bagian muskuloskeletal, dengan kategori berat pada kaki kiri dan kanan serta pada lengan atas sedangkan bagian punggung dan tubuh lainnya tergolong kategori sedang. Hal ini diduga karena pekerja berdiri cukup lama dengan aktivitas kerja yang padat.

Penelitian sebelumnya menemukan bahwa keluhan muskuloskeletal yang dialami operator SPBU di Denpasar terbanyak pada bagian betis kiri 29 orang (58%), betis kanan 28 orang (56%), kaki kiri 27 orang (54%), kaki kanan 27 orang (54%), pergelangan tangan kanan 18 orang (36%), dan tangan kanan 15 orang (30%).<sup>5</sup> Hal ini disebabkan karena postur kerja operator yang berdiri statis dalam waktu lama. Berdasarkan latar belakang tersebut, maka dilakukan penelitian yang bertujuan menganalisis hubungan masa kerja, jenis kelamin, dan sikap kerja dengan keluhan muskuloskeletal pada operator SPBU di Kota Kupang.

## Metode

Penelitian ini adalah penelitian survei analitik dengan rancangan penelitian *cross sectional study*.<sup>6</sup> Penelitian dilakukan di 15 SPBU di Kota Kupang. Pengambilan data dilakukan



dari Bulan Oktober – November 2019. Populasi dalam penelitian ini adalah semua operator di 15 SPBU Kota Kupang dengan jumlah 222 orang. Sampel berjumlah 69 operator yang ditentukan dengan teknik *Cluster Random Sampling*.

Pengumpulan data dilakukan dengan teknik wawancara dan instrumen pengumpulan data menggunakan kuesioner alat ukur *Nordic Body Map* (NBM) alat ukur muskuloskeletal dan sikap kerja menggunakan metode *Rapid Entire Body Assessment* (REBA). Pengolahan data dalam penelitian ini yaitu menggunakan komputer berupa pemeriksaan data (*editing*), penandaan (*coding*), pemasukan data ke komputer (*entry*), dan pembersihan data (*cleaning*). Jenis uji yang digunakan yaitu *chi-square* ( $\chi^2$ ). Data akan dianalisis secara univariat dan bivariat kemudian disajikan dalam bentuk tabel dan narasi.

## Hasil

### 1. Karakteristik Responden

Umur adalah lamanya seseorang hidup (dalam satuan tahun) mulai sejak lahir sampai ulang tahun terakhir. Karakteristik responden menurut umur dibagi menjadi lima kelas dengan panjang kelas sepuluh. Kelas pertama dimulai dengan umur paling muda yaitu 18 tahun dan kelas paling akhir diakhiri dengan umur paling tua yaitu 63 tahun. Jenis kelamin adalah perbedaan bentuk, sifat, dan fungsi biologi laki-laki dan perempuan yang menentukan perbedaan peran mereka dalam menyelenggarakan upaya meneruskan garis keturunan. Tingkat pendidikan adalah tahapan pendidikan yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik, tujuan yang akan dicapai dan kemauan yang dikembangkan. Umur dan tingkat pendidikan operator SPBU di Kota Kupang dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1 menunjukkan bahwa proporsi umur tertinggi berada pada kelompok umur 18 – 27 tahun (49,3%), dan terendah pada umur 58 – 67 tahun (2,9%). Sebagian besar operator merupakan perempuan (55,1%). Proporsi tertinggi untuk pendidikan adalah SMA (72,4%), dan terendah adalah SMP (1,6%).

Tabel 1. Karakteristik Operator SPBU Berdasarkan Umur dan Tingkat Pendidikan di Kota Kupang Tahun 2019

Karakteristik	f (n=69)	Proporsi (%)
Umur		
18 – 27	34	49,3
28 – 37	22	31,9
38 – 47	8	11,6
48 – 57	3	4,3
58 – 67	2	2,9
Jenis Kelamin		
Laki-laki	31	44,9
Perempuan	38	55,1
Tingkat Pendidikan		
SMP	1	1,6
SMA	50	72,4
SMK	15	21,7
S1	3	4,3

2. Analisis Deskriptif

Tabel 2. Distribusi Operator SPBU Berdasarkan Keluhan Muskuloskeletal, Masa Kerja, Jenis Kelamin dan Sikap Kerja di Kota Kupang Tahun 2019

Variabel	f (n=69)	Proporsi (%)
Keluhan Muskuloskeletal		
Berisiko jika NBM $\geq 55$	29	42,0
Tidak berisiko jika NBM $< 55$	40	58,0
Masa Kerja		
Lama jika $\geq 3$ tahun	52	75,4
Baru jika $< 3$ tahun	17	24,6
Jenis Kelamin		
Laki-laki	31	44,9
Perempuan	38	55,1
Sikap Kerja		
Berisiko sangat tinggi jika skor REBA $\geq 10$	15	21,7
Berisiko tinggi jika skor REBA 8-10	33	47,8
Berisiko sedang jika skor REBA 4-7	21	30,4

Berdasarkan tabel 2, dapat diketahui hampir sebagian dari operator berisiko mengalami keluhan muskuloskeletal (42%). Mayoritas operator memiliki masa kerja  $\geq 3$  tahun (75,4%), dan merupakan pekerja perempuan (55,1%). Sebagian besar operator memiliki sikap kerja berisiko tinggi (47,8%).

3. Analisis Bivariat

Masa kerja merupakan suatu kurun waktu kerja seseorang mulai dihitung dari awal masuk kerja sampai penelitian ini dilakukan. Jenis kelamin adalah perbedaan bentuk, sifat, dan fungsi biologi laki – laki dan perempuan yang menentukan perbedaan peran mereka dalam menyelenggarakan upaya meneruskan garis keturunan. Sikap kerja merupakan sikap atau posisi tubuh seseorang saat melakukan pekerjaannya. Berdasarkan pengujian hubungan pada operator SPBU di Kota Kupang menggunakan uji *chi-square* diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 3. Hubungan Masa Kerja, Jenis kelamin dan Sikap Kerja dengan Keluhan Muskuloskeletal pada Operator SPBU di Kota Kupang Tahun 2019

Variabel	Keluhan Muskuloskeletal		Jumlah	%	p-value
	Berisiko, Jika NBM $\geq 55$	Tidak Berisiko, Jika NBM $< 55$			
Masa Kerja					
Lama, Jika $\geq 3$ Tahun	27	25	52	75,4	0,004
Baru, Jika $< 3$ Tahun	2	15	17	24,6	
Jenis kelamin					
Laki-laki	7	24	31	44,9	0,007
Perempuan	22	16	38	55,1	
Sikap kerja					
Berisiko sangat tinggi, Jika skor REBA $\geq 11$	9	6	15	21,7	0,001
Berisiko Tinggi, Jika skor REBA 8-10	18	15	33	47,8	
Berisiko sedang, Jika skor REBA 4-7	2	19	21	30,4	

Hasil analisis hubungan antara masa kerja dengan keluhan muskuloskeletal pada tabel 3 menunjukkan bahwa dari 52 orang yang memiliki masa kerja  $\geq 3$  tahun, yang berisiko mengalami keluhan muskuloskeletal adalah sebanyak 27 orang (51,9%) sedangkan dari 17 orang yang memiliki masa kerja  $< 3$  tahun, 15 orang tidak berisiko mengalami muskuloskeletal (88,2%). Berdasarkan hasil uji statistik *chi-square* diperoleh *p-value* = 0,004. Hasil analisis hubungan antara jenis kelamin dengan keluhan muskuloskeletal pada tabel 3 dapat diketahui bahwa dari total 31 laki-laki, terdapat 24 orang (77,4%) yang tidak berisiko mengalami keluhan muskuloskeletal sedangkan 22 dari 38 operator perempuan (57,9%) berisiko mengalami muskuloskeletal. Berdasarkan hasil uji statistik *chi-square* diperoleh *p-value* = 0,007. Berkaitan dengan sikap kerja, 60% operator yang memiliki sikap kerja dengan risiko sangat tinggi dan 54,5% operator yang memiliki sikap kerja berisiko tinggi ditemukan mengalami keluhan muskuloskeletal. Tabel 3 juga menunjukkan bahwa hanya 9,5% operator dengan sikap kerja berisiko sedang yang berisiko mengalami muskuloskeletal. Berdasarkan hasil uji statistik *chi-square* antara sikap kerja dan keluhan muskuloskeletal, diperoleh *p-value* = 0,001.

## Pembahasan

### 1. Hubungan masa kerja dengan keluhan muskuloskeletal

Masa kerja adalah waktu ketika individu bekerja yang dihitung dari awal masuk bekerja hingga pada saat penelitian berlangsung. Masa/periode kerja ini menunjukkan lamanya individu terpapar di tempat kerja hingga penelitian dilakukan. Makin lama waktu bekerja, maka makin lama pekerja terpapar di tempat kerja yang dapat berpengaruh terhadap terjadinya peningkatan risiko penyakit akibat kerja seperti MSDs.<sup>7</sup> Pekerjaan fisik yang dilakukan secara terus-menerus dalam jangka waktu yang lama akan berpengaruh terhadap mekanisme dalam tubuh (sistem peredaran darah, pencernaan, otot, syaraf dan pernapasan).

Hasil uji statistik uji *chi-square* menunjukkan adanya hubungan antara variabel masa kerja dengan keluhan muskuloskeletal. Hal ini dikarenakan semakin lama masa kerja individu, maka semakin lama terkena paparan di tempat kerja yang mengakibatkan semakin tinggi risiko terjadinya keluhan muskuloskeletal. Masa kerja dapat mempengaruhi pekerja baik secara positif maupun negatif. Pengaruh positif tampak pada peningkatan pengalaman dan keahlian seseorang sesuai dengan lama bekerja. Sebaliknya, masa kerja yang lama juga akan memberikan pengaruh negatif karena menimbulkan kelelahan dan kebosanan.<sup>8</sup>

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa operator SPBU tahun 2019 memiliki masa kerja minimal tujuh bulan dan maksimal 30 tahun. Pada penelitian ini masa kerja dikategorikan menjadi dua kategori yaitu: berisiko, jika masa kerja  $\geq 3$  tahun dan tidak berisiko jika masa kerja kurang dari 3 tahun. Data menunjukkan bahwa hampir 52% operator SPBU di Kota Kupang dengan masa kerja  $\geq 3$  tahun berisiko mengalami keluhan muskuloskeletal. Semakin lama operator SPBU bekerja dengan sikap kerja yang tidak ergonomis, maka semakin tinggi risiko terkena keluhan muskuloskeletal. Hal ini disebabkan karena keluhan muskuloskeletal akan meningkat seiring bertambahnya waktu.<sup>9</sup> Penelitian sebelumnya juga menemukan bahwa mayoritas responden yang merupakan penjual bakso dengan masa kerja  $\geq 3$  tahun memiliki risiko untuk mengalami gangguan muskuloskeletal.<sup>10</sup> Penelitian lain membuktikan terdapatnya hubungan masa kerja dengan keluhan musculoskeletal.<sup>11</sup> Masa kerja yang lama akan membuat tekanan-tekanan kerja terakumulasi sehingga pada waktu yang lama akan mengakibatkan kelelahan klinis atau kronik.<sup>12</sup>

### 2. Hubungan jenis kelamin dengan keluhan muskuloskeletal

Hasil uji analisis menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara variabel jenis kelamin dengan keluhan muskuloskeletal, dimana ditemukan bahwa perempuan lebih berisiko mengalami gangguan muskuloskeletal dibandingkan dengan laki-laki. Jenis kelamin berkaitan

erat dengan keluhan MSDs karena secara fisiologis kemampuan otot laki-laki lebih kuat dibanding kemampuan otot perempuan. Beberapa ahli mengemukakan perbedaan pendapat mengenai pengaruh jenis kelamin dengan keluhan muskuloskeletal. Namun, beberapa penelitian lainnya menemukan bahwa jenis kelamin menunjukkan pengaruh yang signifikan terhadap risiko keluhan otot. Otot-otot wanita mempunyai ukuran yang lebih kecil dan kekuatannya hanya dua pertiga (60%) daripada otot-otot pria terutama otot lengan, punggung dan kaki. Kondisi alamiah yang demikian menjadikan wanita lebih rentan terkena gangguan muskuloskeletal. Perbandingan keluhan otot antara wanita dan pria adalah 3 dibanding 1.<sup>13</sup>

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan pada kelompok perawat instalasi rawat inap RSD Idaman Banjarbaru yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan keluhan muskuloskeletal.<sup>14</sup> Penelitian lain membuktikan terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan keluhan Muskuloskeletal Disorders.<sup>15</sup>

### 3. Hubungan sikap kerja dengan keluhan Muskuloskeletal

Sikap kerja merupakan sikap saat bekerja yang menyebabkan posisi bagian-bagian tubuh bergerak menjauhi posisi alamiah sehingga menimbulkan keluhan muskuloskeletal, misalnya punggung terlalu membungkuk, kepala terlalu lama terangkat ketika mengambil barang di tempat yang tinggi.<sup>16</sup> Hasil uji statistik *chi-square* menunjukkan adanya hubungan antara variabel sikap kerja dengan keluhan muskuloskeletal. Hal ini dikarenakan sikap tubuh yang salah saat melakukan pekerjaan. Sikap tubuh tersebut juga dapat menjadi penyebab timbulnya masalah kesehatan.<sup>17</sup> Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang membuktikan adanya hubungan antara sikap kerja berdiri dengan keluhan muskuloskeletal pada pekerja pembuat triplek.<sup>18</sup> Penelitian lain juga membuktikan bahwa ada hubungan antara sikap kerja dengan keluhan muskuloskeletal pada nelayan di Kelurahan Batukota.<sup>19</sup> Sedangkan penelitian oleh Ahmadi menemukan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara postur kerja dengan keluhan muskuloskeletal pada pemanen kelapa sawit ( $p$  value = 0,022).<sup>20</sup>

Responden yang memiliki sikap kerja tidak ergonomis memiliki risiko lebih tinggi mengalami gangguan muskuloskeletal. Sikap kerja yang dilakukan oleh petugas operator SPBU sebagai akibat dari interaksi dengan fasilitas atau alat yang digunakan ataupun kebiasaan pekerja operator SPBU. Sikap kerja yang dilakukan oleh operator SPBU Kota Kupang antara lain berdiri, membungkuk sambil menahan nozel saat melakukan pengisian bahan bakar kemudian punggung membungkuk sambil menoleh ke arah papan digital selama beberapa menit sampai bahan bakar terisi penuh. Sikap kerja tersebut terjadi secara terus-menerus selama jam kerja. Sikap kerja demikian, apabila dilakukan secara terus-menerus oleh pekerja, dapat mengakibatkan trauma pada sistem muskuloskeletal. Namun, ada juga operator yang mengatakan bahwa tidak pernah merasakan keluhan atau sakit di bagian tubuh manapun selama bekerja di SPBU.

Pencegahan atau pengurangan risiko MSDs dapat dilakukan dengan memanfaatkan waktu istirahat untuk relaksasi. Relaksasi setelah bekerja berguna untuk menghindari keluhan pada pekerja. Relaksasi yang dapat dilakukan misalnya pada tangan, dapat dilakukan dengan meluruskan tangan ke depan atau ke bawah atau dengan menggerak-gerakkan tangan selama lima menit sehingga otot tangan tidak berkontraksi terus menerus. Relaksasi pada leher dapat dilakukan dengan menggerakkan leher dari bawah ke atas secara perlahan-lahan atau dengan menggerakkan leher ke bawah, ke atas, dan ke samping secara bergantian. Relaksasi juga perlu dilakukan pada kaki agar terhindar dari rasa lelah maupun sakit. Relaksasi yang dapat dilakukan pada kaki misalnya dengan berjalan sekitar lima menit atau dengan menekuk kaki ke belakang selama 5-7 menit sehingga otot kaki mengalami relaksasi sebentar.

**Kesimpulan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara masa kerja, jenis kelamin dan sikap kerja dengan keluhan muskuloskeletal pada operator SPBU di Kota Kupang. Pekerja operator SPBU diharapkan dapat melakukan peregangan di sela-sela jam istirahat sehingga dapat mengurangi risiko terjadinya muskuloskeletal.

**Daftar Pustaka**

1. Septiani A. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Keluhan Musculoskeletal Disorders (MSDs) Pada Pekerja Bagian Meat Preparation PT. Bumi Sarimas Indonesia Tahun 2017 [Internet]. UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. UIN Syarif Hidayatullah Jakarta; 2017. Available from: [http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/37369/1/ANNISA\\_SEPTIANI-FKIK.pdf](http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/37369/1/ANNISA_SEPTIANI-FKIK.pdf)
2. Tarwaka. Buku Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3): Manajemen dan Implementasi K3 di Tempat Kerja. Surakarta: Harapan Press; 2008.
3. Nurhikmah. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Muskuloskeletal Disorders (MSDs) Pada Pekerja Furniture di Kecamatan Benca Kota Tangerang. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah; 2011.
4. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia 2005. Jakarta, Indonesia: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 2005.
5. Arjuna IB, Adiputra LMISH. Gambaran Keluhan Muskuloskeletal dan Gangguan Kesehatan pada Operator SPBU di Denpasar. E-Jurnal Med Udayana [Internet]. 2016;5(10):1–6. Available from: <https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/download/24116/15731>
6. Notoatmodjo S. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2012.
7. Santoso G. Ergonomi: Manusia, Peralatan dan Lingkungan. Jakarta: Prestasi Pusaka; 2004.
8. Sumiati. Analisis Risiko Low Backpain (LBP) Pada Perawat Unit Darurat dan Ruang Operasi di RS. Prikasih Jakarta Selatan. Universitas Indonesia; 2007.
9. Budiono S. Bungarampai Hiperkes dan Keselamatan Kerja. Semarang: Universitas Diponegoro; 2003.
10. Wahyuni S. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Keluhan Subyektif Musculoskeletal Disorders (MSDs) pada Pekerja Pembuat Bakso (Studi Pada Pekerja Pembuat Bakso Kelurahan Gayamsari Kota Semarang) [Internet]. Universitas Muhammadiyah Semarang; 2018. Available from: <http://repository.unimus.ac.id/2441/>
11. Sulung N. Beban Angkut, Posisi Angkut, Masa Kerja Dan Umur Dengan Keluhan Muskuloskeletal Pada Pekerja Bongkar Muat. J Endur. 2016;1(2):63–74.
12. Rivai WT, Ekawati, Jayanti S. Hubungan Tingkat Risiko Ergonomi Dan Muskuloskeletal Pada Pekerja Pemecah Batu. J Kesehat Masy [Internet]. 2014;2(3):227–31. Available from: <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/viewFile/6404/6182>
13. Muryamingyas BM, Tri M. Analisis Tingkat Risiko Muskuloskeletal Disorders (MSDs) dengan The Rapid Upper Limbs Assessment (Rula) dan Karakteristik Individu Terhadap Keluhan MSDs. J Unair [Internet]. 2010;3(2):160–9. Available from: [http://journal.unair.ac.id/K3@analisis-tingkat-risiko-muskuloskeletal-disorders-\(msds\)-dengan-the-rapid-upper-limbs-assessment-\(rula\)-dan-karakteristik-individu-terhadap-keluhan-msds-article-9194-media-39-category-16.html](http://journal.unair.ac.id/K3@analisis-tingkat-risiko-muskuloskeletal-disorders-(msds)-dengan-the-rapid-upper-limbs-assessment-(rula)-dan-karakteristik-individu-terhadap-keluhan-msds-article-9194-media-39-category-16.html)

14. Rossa GU, Helmi ZN, Setyaningrum R, Marline L, Rosadi D. Hubungan Faktor Individu dan Faktor Pekerjaan dengan Keluhan Musculoskeletal Disorder (MSDs) pada Perawat (Studi Observasional pada Perawat Instalasi Rawat Inap RSD Idaman Banjarbaru Tahun 2017). 2017;1:1–6. Available from: <http://fk.jtam.unlam.ac.id/index.php/bkm/article/view/144/28>
15. Hardianto , Elly Trisnawati IR. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keluhan MUSCULOSKELETAL DISORDERS (MSDs) Pada Karyawan Bank X. J Mhs dan Peneliti Kesehat [Internet]. 2015;2(2):1–20. Available from: <http://openjurnal.unmuhpnk.ac.id/index.php/JJUM/article/view/328>
16. Suma'mu'r PK. Higiene Perusahaan dan Kesehatan Kerja (Hiperkes) [Internet]. 1st ed. Jakarta: Jurnal JUMANTIK; 2014. Available from: <http://openjurnal.unmuhpnk.ac.id/index.php/JJUM/article/viewFile/328/263>
17. Anies. Kedokteran Okupasi Berbagai Penyakit Akibat Kerja dan Upaya Penanggulangan Dari Aspek Kedokteran. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media; 2014.
18. Oktafiannisa I, Sumini S, Mushidah M. Hubungan Antara Sikap Kerja Berdiri Dengan Keluhan Muskuloskeletal Pada Pekerja Pembuat Triplek. J Ilm Permas J Ilm STIKES Kendal. 2019;9(1):42–5.
19. Oley RA, Suoth LF, Asrifuddin A. Hubungan antara Sikap Kerja dan Masa Kerja dengan Keluhan Musculoskeletal pada Nelayan di Kelurahan Batukota Kecamatan Lembeh Utara Kota Bitung Tahun 2018. J Kesehat Masy [Internet]. 2018;7(5). Available from: <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/kesmas/article/viewFile/22505/22196>
20. Hari A. Analisis Sikap Tubuh dengan Keluhan Muskuloskeletal pada Teknisi Mekanik dan Asisten Teknisi di Total E&P Indonesia [Internet]. Surabaya: Universitas Airlangga Surabaya; 2012. Available from: <http://repository.unair.ac.id/23644/>