



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 03

Desember 2020

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



Table of Content

Research Articles

Studi Tingkat Pengetahuan dan Persepsi tentang Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) Berbasis Gender pada Pekerja Ojek Online di Kota Kupang.....	1-7
Antonius A. Kewohon, Jacob M. Ratu, Soleman Landi	
Gambaran Perilaku Pencarian Pengobatan Penyakit Tuberkulosis (TB) pada Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Uitao Kecamatan Semau Kabupaten Kupang.....	8-16
Mayang Bukan, Ribka Limbu, Enjelita M. Ndoen	
Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) pada Petugas Kesehatan di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.....	17-24
Dedi Yanto Adriance Muda, Noorce C. Berek, Indriati Andolita Tedju Hinga	
Manajemen Logistik Obat di Instalasi Farmasi RSUD Waibakul Kabupaten Sumba Tengah.....	25-39
Gracewati Rambu Ladu Day, Muntasir Muntasir, Rina Waty Sirait	
Gambaran Pelaksanaan Program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat di Desa Oelpuah Kecamatan Kupang Tengah.....	40-47
Megy Justin Ballbessy, Soni Doke, Ribka Limbu	

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 03

Desember 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 03

Desember 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.:¹
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.

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 03

Desember 2020

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

STUDI TINGKAT PENGETAHUAN DAN PERSEPSI TENTANG KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA (K3) BERBASIS GENDER PADA PEKERJA OJEK *ONLINE* DI KOTA KUPANG

Antonius A. Kewohon^{1*}, Jacob M. Ratu², Soleman Landi³

¹Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, FKM Universitas Nusa Cendana

²Bagian Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja, FKM Universitas Nusa Cendana

³Bagian Epidemiologi dan Biostatistika, FKM Universitas Nusa Cendana

*Korespondensi: tonykewohon19@gmail.com

Abstract

Knowledge and perception about occupational health and safety in a company are essential to prevent work accidents as they can affect behavior at work. The number of accidents in Kupang city involving motorbikes was 276 cases (in 2018). This study aims to determinate differences in knowledge and perceptions of occupational health and safety between male and female online taxibike. This types research is analitic survey by design cross sectional. This study had a sample of 112 taxibike workes, consisting of 61 men and 61 women. The sampling method was accidental sampling. Data were analyzed using t-test (independent sample t-test). The results showed a significant difference between male and female online taxibike regarding perceptions of occupational health and safety while there was no difference between male and female online taxibike regarding knowledge of occupational health and safety. It is necessary for online taxibike companies to conduct health promotion program to increase knowledge and perceptions about occupational health and safety among their workers.

Keywords: Knowledge, Perceptions, Occupational Health and Safety.

Abstrak

Pengetahuan dan Persepsi tentang K3 pada suatu perusahaan sangat penting untuk mencegah terjadinya kecelakaan kerja, karena pengetahuan dan persepsi dapat mempengaruhi perilaku saat bekerja. Angka kecelakaan di Kota Kupang yang melibatkan sepeda motor sebanyak 276 kasus (tahun 2018). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan pengetahuan dan persepsi tentang K3 antara ojek *online* laki-laki dan perempuan. Jenis penelitian ini adalah *survey analitic* dengan rancangan *cross-sectional*. Penelitian ini pada pekerja ojek *online* di wilayah Kota Kupang dengan sampel sebanyak 122 orang, yaitu 61 ojek *online* laki-laki dan 61 ojek *online* perempuan. Metode pengambilan sampel adalah *accidental sampling*. Analisis data menggunakan uji T (*independent sample t-test*). Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara pekerja ojek *online* laki-laki dan perempuan mengenai persepsi tentang K3 sedangkan tidak terdapat perbedaan antara pekerja ojek *online* laki-laki dan perempuan mengenai pengetahuan tentang K3. Kegiatan promosi kesehatan dari perusahaan ojek *online* diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan dan persepsi mengenai K3 pada pekerja.

Kata Kunci: Pengetahuan, Persepsi, Kesehatan dan Keselamatan Kerja.

Pendahuluan

Transportasi adalah perpindahan manusia atau barang dari satu tempat ke tempat yang lain dengan menggunakan sebuah kendaraan yang digerakkan oleh manusia atau mesin.¹ Transportasi merupakan salah satu sarana terpenting dari masyarakat untuk melaksanakan aktivitas harian. Hal ini dikarenakan setiap pergerakan yang dilakukan oleh masyarakat tidak dapat dipenuhi hanya pada satu tempat sehingga masyarakat perlu pergi dari satu tempat ke tempat yang berbeda untuk memenuhi kebutuhan hidupnya dengan menggunakan alat transportasi. Kehadiran transportasi dapat membuat pekerjaan menjadi lebih efektif dan mempermudah masyarakat. Pada umumnya, transportasi terbagi menjadi tiga jenis, yaitu transportasi darat, transportasi laut, dan transportasi udara.²

Indonesia yang adalah negara berkembang sudah melakukan transformasi dalam hal transportasi baik itu transportasi darat, laut, maupun udara. Transformasi yang terjadi diakibatkan oleh perkembangan teknologi yang semakin canggih dan modern yang kemudian merambah dunia transportasi. Transportasi darat berbasis *online* sudah ditemukan pada kota-kota besar di Indonesia. Salah satu bagian dari transportasi darat berbasis *online* adalah ojek *online*.²

Ojek *online* adalah salah satu jenis transportasi darat menggunakan sepeda motor roda dua yang dilengkapi aplikasi dalam pemesanannya. Ojek *online* telah beroperasi di kota-kota besar yang ada di Indonesia sejak tahun 2012, dan salah satu kota besar yang telah memiliki ojek *online* adalah Kota Kupang. Pada tahun 2017 ojek *online* telah resmi beroperasi di Kota Kupang. Berdasarkan survey awal, pada Januari 2019, perusahaan ojek *online* telah mempekerjakan lebih dari 1000 orang pekerja sebagai pengemudi ojek *online*, dan 20% diantaranya adalah pekerja perempuan. Pekerja ojek *online* tidak seperti ojek konvensional pada umumnya karena memiliki pekerja perempuan.

Ojek *online* memiliki kelebihan yang ditawarkan. Salah satunya adalah kemudahan konsumen mendapatkan pelayanan. Hal ini tampak pada kemudahan untuk dapat langsung mengetahui identitas pengemudi ojek yang dipesan sehingga konsumen dapat melaporkan pengendara bila terjadi hal yang kurang menyenangkan. Kelebihan berikut adalah tarif yang mudah dijangkau, juga pelayanan ojek *online* 24 jam. Selain kelebihan, ojek *online* juga memiliki resiko yang dapat menimpa pekerja maupun penumpang ojek *online*, yaitu kecelakaan kerja berupa kecelakaan lalu lintas.²

Angka kecelakaan di Indonesia semakin meningkat setiap tahunnya. Pada tahun 2014, terdapat 95.906 kasus kecelakaan. Pada tahun berikutnya, jumlah ini naik menjadi 98.970 kasus, dan semakin meningkat pada tahun 2016 yaitu sebanyak 105.374 kasus. Sebanyak 64% dari angka kecelakaan tersebut terjadi pada sepeda motor yang diantaranya adalah ojek *online*. Kota Kupang sendiri memiliki pola yang serupa berkaitan dengan angka kecelakaan sepeda motor per tahun. Pada tahun 2016 terdapat 190 kasus kecelakaan, tahun 2017 terdapat 183 kasus kecelakaan, dan tahun 2018 sebanyak 276 kasus kecelakaan.³

Pengetahuan dan persepsi dari setiap orang berbeda-beda, dan dipengaruhi oleh berbagai faktor termasuk umur dan jenis kelamin. Perempuan dan laki-laki biasanya memiliki pengetahuan dan persepsi yang berbeda-beda, pada laki-laki sifatnya lebih independen, agresif, ambisius, berani, kuat, dan kasar. Pada perempuan cenderung ditemukan kepekaan emosional dan sosial, kehangatan, ekspresif, dan orientasi interpersonal yang lebih tinggi dari laki-laki. Karakter lain yang dimiliki oleh seorang perempuan adalah bijaksana, lemah lembut, menyadari perasaan orang lain, tenang, mempunyai keinginan yang besar akan rasa aman.⁴

Pekerja ojek *online* adalah salah satu jenis pekerjaan yang memiliki resiko untuk mengalami kecelakaan kerja. Kesehatan dan keselamatan merupakan salah satu penunjang agar pekerja ojek *online* bisa terhindar dari kecelakaan kerja yang akan menimpa dirinya saat bekerja. Oleh sebab itu, pekerja ojek *online* diharapkan memiliki pengetahuan dan persepsi yang baik tentang keselamatan dan kesehatan kerja sehingga dapat mencegah dan mengurangi risiko bahaya. Selain itu, pekerja ojek *online* memiliki pengetahuan dan persepsi yang berbeda-beda, baik laki-laki maupun perempuan.²

Pekerja ojek *online* di wilayah Kota Kupang dilaporkan belum mengalami kecelakaan hingga saat ini. Namun, berdasarkan wawancara awal yang dilakukan oleh peneliti kepada para pekerja ojek *online* ditemukan bahwa para pekerja masih memiliki pengetahuan yang rendah dan juga persepsi yang buruk mengenai Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3). Sejumlah 8 dari 10 pekerja ojek *online* tidak mampu menjawab pertanyaan mengenai K3 dan persepsi pekerja ditemukan masih buruk mengenai topik ini. Para pekerja ojek *online* mengatakan bahwa

mereka sering mengendarai sepeda motor melampaui batas kecepatan rata-rata, mereka juga sering mengendarai sepeda motor melawan arus dan sering menerobos lampu merah. Para pekerja ojek *online* mengaku bahwa mereka percaya hidup dan mati itu ada di tangan Tuhan, pekerja cenderung menaruh perhatian untuk bekerja dan mendapatkan penghasilan yang banyak. Hal ini menunjukkan bahwa para pekerja ojek *online* masih kurang memahami tentang K3.⁵

K3 merupakan suatu upaya guna memperkembangkan kerja sama, saling pengertian, dan partisipasi efektif dari pengusaha atau pengurus dan tenaga kerja dalam tempat-tempat kerja untuk melaksanakan tugas dan kewajiban bersama di bidang keselamatan dan kesehatan kerja dalam rangka melancarkan usaha berproduksi. K3 berfungsi untuk menghindarkan pekerja dari bahaya selama melakukan pekerjaan. K3 adalah upaya untuk mengembangkan kerja sama, saling pengertian, dan partisipasi efektif dari pengusaha atau pengurus dan tenaga kerja dalam tempat-tempat kerja untuk melaksanakan tugas dan kewajiban bersama di bidang keselamatan dan kesehatan kerja dalam rangka melancarkan usaha berproduksi.² Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengetahuan dan persepsi mengenai K3 berbasis gender pada pekerja ojek *online* di Kota Kupang tahun 2019.

Metode

Penelitian ini menggunakan penelitian jenis *survey analytic* dengan rancangan penelitian yang digunakan adalah pendekatan *cross-sectional*.⁶ Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja ojek *online* di Kota Kupang pada bulan November – Desember tahun 2019. Populasi pada penelitian ini adalah semua pekerja ojek *online* di wilayah Kota Kupang. Sampel berjumlah 122 orang diperoleh dengan menggunakan rumus untuk menghitung besar sampel.⁷ Pengambilan data dilakukan dengan memperhatikan titik kumpul (*spot*) para pekerja ojek *online* seperti: Lippo Plaza, McDonalds, Transmart, Mie Jakarta, Fried Chicken Brotus, RM. Kahang, Tongseng, dan Benu Geprek. Metode pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode *accidental sampling*.⁶

Hasil

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik	Laki-laki		Perempuan	
	n	%	n	%
Umur				
20-29 tahun	39	63,9	43	70,5
30-39 tahun	16	26,2	14	22,9
40-49 tahun	5	8,2	4	6,6
≥ 50 tahun	1	1,7	0	0
Tingkat Pendidikan				
SD/Sederajat Tidak Baik	5	8,2	2	3,3
SMP/Sederajat	5	8,2	10	16,3
SMA/Sederajat	40	65,5	47	77,1
Akademi/PT	11	18,1	2	3,3

Berdasarkan Tabel 1, responden paling banyak terdapat pada rentang umur 20-29 tahun, pada pekerja ojek *online* laki-laki sebanyak 39 orang (63,9%) dan pekerja ojek *online* perempuan sebanyak 43 orang (70,5%). Sementara yang paling sedikit terdapat pada rentang umur ≥ 50 tahun, pada pekerja ojek *online* laki-laki terdapat 1 orang (1,7%) dan pada pekerja ojek *online* perempuan tidak ada (0). Responden yang berprofesi sebagai pekerja ojek *online*

laki-laki dan pekerja ojek *online* perempuan paling banyak terdapat pada tingkat SMA atau sederajat dengan persentasi sebesar 65,5% dan 77,1%.

Tingkat pengetahuan dan persepsi pekerja ojek online tentang K3 dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Tingkat Pengetahuan dan Persepsi tentang K3

Variabel	Laki-laki		Perempuan	
	n	%	n	%
Pengetahuan				
Baik	46	75,4	56	91,8
Cukup	9	14,8	5	8,2
Kurang	6	9,8	0	0
Persepsi				
Tinggi	47	77,1	59	96,7
Sedang	4	6,6	2	3,3
Rendah	10	16,3	0	0

Tabel 2 menunjukkan bahwa sebagian besar pekerja ojek *online* laki-laki dan perempuan memiliki tingkat pengetahuan dengan kategori baik yaitu 75,4% dan 91,8%. Pengetahuan dengan kategori kurang memiliki persentase terendah yaitu 9,8% pada laki-laki dan 0 pada perempuan. Kedua kelompok memiliki persepsi tentang K3 dengan kategori tinggi yaitu 77,1% pada laki-laki dan 96,7% pada perempuan.

Tabel 3. Perbedaan Tingkat Pengetahuan dan Persepsi tentang K3

Variabel	Mean Rank Pekerja Ojek Online		Sig. (2-tailed)
	Laki-Laki	Perempuan	
Pengetahuan tentang K3	14,45	14,70	0,888
Persepsi tentang K3	36,90	41,26	0,001

Tabel 3 menunjukkan bahwa skor rata-rata tingkat pengetahuan untuk pekerja ojek *online* laki-laki adalah sebesar 14,45 dan skor rata-rata tingkat pengetahuan untuk pekerja ojek *online* perempuan adalah sebesar 14,70. Namun, tidak ditemukan adanya perbedaan yang signifikan (Sig.2-tailed= 0,886) antara tingkat pengetahuan tentang K3 dari pekerja ojek *online* laki-laki dan pekerja ojek *online* perempuan. Nilai rata-rata skor persepsi tentang K3 dari pekerja ojek *online* laki-laki adalah sebesar 36,90 dan nilai rata-rata skor persepsi tentang K3 dari pekerja ojek *online* perempuan adalah sebesar 41,26. Terdapat perbedaan (Sig. 2-tailed=0,001) antara persepsi tentang K3 dari pekerja ojek *online* laki-laki dan pekerja ojek *online* perempuan.

Pembahasan

1. Perbedaan Tingkat Pengetahuan tentang K3 dari Pekerja Ojek Online Laki-laki dan Perempuan

Pengetahuan merupakan hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, kulit, dan sebagainya). Ada beberapa faktor yang mempengaruhi terbentuknya pengetahuan seseorang diantaranya, intelegensi, pendidikan, pengalaman, informasi, dan umur.⁸

K3 diperlukan pengusaha atau pengurus dengan tenaga kerja dalam tempat-tempat kerja untuk mendukung pelaksanaan tugas dan kewajiban bersama di bidang keselamatan dan

kesehatan dalam rangka melancarkan usaha berproduksi.⁹ Pengetahuan tentang K3 merupakan hasil tahu dari seseorang terhadap keselamatan dan kesehatan kerja melalui indera yang dimilikinya. Pengetahuan dapat mempengaruhi perilaku atau tindakan tidak seseorang, pengetahuan tentang K3 sendiri dari pekerja ojek *online* dapat mempengaruhi perilaku atau tindakan mereka saat bekerja (mengendarai sepeda motor). Seseorang dengan pengetahuan yang baik maka perilaku atau tindakan tidak aman yang dilakukan akan semakin rendah sebaliknya seseorang dengan pengetahuan yang kurang maka perilaku atau tindakan tidak aman yang dilakukan akan semakin tinggi.¹⁰

Hasil uji statistik menunjukkan tidak adanya perbedaan berkaitan dengan tingkat pengetahuan tentang K3 pada laki-laki dan perempuan. Kesamaan tingkat pengetahuan tersebut dapat disebabkan oleh faktor internal yang mirip, seperti umur, pendidikan, dan informasi yang diperoleh.¹¹ Penelitian menemukan bahwa umur dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang.¹² Semakin cukup umur, tingkat kematangan seseorang cenderung akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Umur dari para pekerja ojek *online* di Kota Kupang, baik laki-laki maupun perempuan relatif sama yaitu berada pada rentang umur 20-29 tahun. Selain umur, faktor internal lain yang menjadi penyebab persamaan tingkat pengetahuan pada kedua kelompok adalah pendidikan. Pendidikan menentukan mudah tidaknya seseorang dalam menyerap dan memahami pengetahuan yang mereka peroleh. Umumnya, semakin tinggi pula pendidikan seseorang, semakin baik pula pengetahuannya. Penelitian sebelumnya menemukan bahwa tingkat pendidikan memiliki pengaruh yang bermakna terhadap tingkat pengetahuan.¹² Pada penelitian ini, tingkat pendidikan dari para pekerja ojek *online* di Kota Kupang, baik laki-laki maupun perempuan juga relatif sama yaitu SMA/ sederajat.

Faktor lain yang menjadi penyebab kesamaan tingkat pengetahuan tentang K3 adalah informasi yang diperoleh. Para pekerja ojek *online* di Kota Kupang, baik laki-laki maupun perempuan mendapatkan informasi dari sumber yang sama yaitu perusahaan ojek *online*. Pada saat mendaftarkan diri sebagai pekerja, mereka mendapatkan informasi dari perusahaan mengenai prosedur bekerja yang baik dan benar, informasi mengenai peraturan lalu lintas, dan juga termasuk informasi mengenai keselamatan dan kesehatan kerja.

2. Perbedaan Persepsi tentang K3 dari Pekerja Ojek Online Laki-laki dan Pekerja Ojek Online Perempuan

Persepsi merupakan pengalaman tentang objek, peristiwa atau hubungan-hubungan yang diperoleh dengan menyimpulkan informasi dan menafsirkannya.⁸ Persepsi adalah tentang bagaimana memahami kita menerima stimulus dari lingkungan dan bagaimana kita memproses stimulus tersebut. Secara singkat persepsi mengacu pada proses dimana informasi inderawi diterjemahkan menjadi sesuatu yang bermakna.¹³ Terdapat tiga faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang yaitu, individu yang bersangkutan, sasaran dari persepsi, dan situasi.⁹

Proses terbentuknya persepsi pada seorang individu dipengaruhi oleh tanggapan terhadap stimulus yang diterima oleh panca indera atau sudut pandang seorang individu pada sebuah objek.¹⁴ Terdapat dua faktor yang mempengaruhi persepsi orang berbeda-beda yaitu faktor *ekstern* dan *intern*. Faktor *ekstern* mencakup intensitas, ukuran, keberlawanan, pengulangan gerakan, hal-hal baru dan familiar, latar belakang keluarga, informasi yang diperoleh, pengetahuan dan kebudayaan sekitar sedangkan faktor *intern* meliputi proses belajar, perasaan, sikap, kepribadian, individual, prasangka, keinginan, dan harapan.¹⁵

Hasil uji statistik menunjukkan adanya perbedaan persepsi tentang K3 antara pekerja ojek *online* laki-laki dan pekerja ojek *online* perempuan. Perbedaan tersebut dapat disebabkan karena adanya kebiasaan yang dimiliki oleh para pekerja ojek *online*. Pekerja ojek *online* laki-laki cenderung sering melanggar peraturan-peraturan lalu lintas saat bekerja yaitu, menerobos lampu merah, dan para pekerja ojek *online* laki-laki juga sering mengendarai sepeda motor

dengan posisi zig-zag agar bisa menghindari kemacetan agar bisa cepat sampai di tempat tujuan sedangkan para pekerja ojek *online* perempuan lebih memilih untuk tetap patuh dan taat pada peraturan lalu lintas, karena mereka takut terjadi kecelakaan dan lebih memilih untuk lambat asal selamat. Hal tersebut dapat dilihat dari jawaban kuesioner yang mereka isi yaitu pada variabel persepsi pada item 5 dan 8.

Faktor lain yang menyebabkan adanya perbedaan persepsi antara kedua kelompok adalah karakter.¹⁶ Ojek *online* laki-laki memiliki karakter yang independen, agresif, dan kasar sementara ojek *online* perempuan memiliki karakter yang lebih peka, ekspresif, dan mudah bersosialisasi dan memikirkan tanggung jawab lain. Hal ini tampak pada jawaban kuesioner berkaitan dengan item konsentrasi saat berkendara, pengurangan kecepatan saat kendaraan lain menyalakan lampu rem dan lampu sein, kesiapan sebagai pengedara dengan kondisi jalan, dan pemilihan kecepatan tinggi saat jalan sedang ramai.

Kesimpulan

Ada perbedaan yang signifikan persepsi tentang K3 antara pekerja ojek *online* laki-laki dan perempuan. Perusahaan ojek *online* di Kota Kupang perlu memperhatikan pekerja dalam hal K3 dengan melakukan upaya promosi kesehatan yang sesuai.

Daftar Pustaka

1. Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa. Kamus Besar Bahasa Indonesia [Internet]. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia. 2016 [cited 2020 Nov 19]. Available from: <https://kbbi.kemdikbud.go.id/>
2. Ambarwati A. Gambaran Tingkat Kelelahan Kerja pada Pengemudi Ojek Online di Wilayah Tembalang, Semarang [Internet]. Universitas Diponegoro; 2018. Available from: <http://eprints.undip.ac.id/62697/>
3. Kepolisian Resort Kota Kupang. Data Kecelakaan Lalu Lintas di Wilayah Polres Kupang Kota 2016-2018. Kota Kupang; 2018.
4. Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif. Bandung: Alfabeta; 2008.
5. Astuti Y. Persepsi tentang Kesehatan dan Keselamatan Kerja dan Prestasi Mata Pelajaran K3 dengan Kesiapan Kerja Siswa Kelas XII Jurusan Bangunan di SMK Negeri 2 Pengasih. Universitas Negeri Yogyakarta; 2014.
6. Notoatmodjo S. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2012.
7. Wibisono T, Universari N, Utaminingsih A. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengguna Transportasi Gojek Di Kota Semarang: Sebuah Analisis Kualitatif. J Din Sos Budaya [Internet]. 2018;19(2):277. Available from: <http://journals.usm.ac.id/index.php/jdsb/article/view/990>
8. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2012.
9. Elvianus L. Analisis Persepsi Pekerja tentang K3 di PLTU Bolok Unit II Nusa Tenggara Timur. Universitas Nusa Cendana; 2018.
10. Khakim R. Hubungan antara Umur, Tingkat Pendidikan, Masa Berkendara dan Pengetahuan dengan Perilaku Safety Riding (Studi pada Pengendara Ojek Sepeda Motor di Kelurahan Kedungmundu Kota Semarang) [Internet]. Universitas Muhammadiyah Semarang; 2016. Available from: <http://repository.unimus.ac.id/id/eprint/50>
11. Cahyaningsih A. Pengaruh Tingkat Pengetahuan Keselamatan dan Kesehatan Kerja terhadap Kedisiplinan Pemakaian Masker pada Pekerja bagian Winding PT. Iskandar Indah Printing Textile Surakarta [Internet]. Universitas Sebelas Maret; 2012. Available from: <https://digilib.uns.ac.id/dokumen/download/28142/NTk0NzQ=/Pengaruh-Tingkat-Pengetahuan-Keselamatan-dan-Kesehatan-Kerja-terhadap-Kedisiplinan-Pemakaian->

- Masker-pada-Pekerja-bagian-Winding-PT-Iskandar-Indah-Printing-Textile-Surakarta-abstrak.pdf
12. Oktarisa K. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tingkat Pengetahuan Orang Tua Mengenai Kelainan Genetic Penyebab Disabilitas Intelektual di Kota Semarang. Universitas Diponegoro Semarang; 2016.
 13. Kemassias G, Yuswono LC. Hubungan Pengetahuan K3 terhadap Sikap Siswa XI TKR Saat Praktik di SMK Ma'arif I Wates. E-Jurnal Pendidik Tek Otomotif - S1 [Internet]. 2018;22(2):171–8. Available from: <http://journal.student.uny.ac.id/ojs/index.php/otomotif-s1/article/view/12193>
 14. Adhitama SW. Persepsi Siswa Kelas VIII terhadap Pembelajaran Aktivitas Air di SMP Negeri 2 Klaten. J Pendidik Jasm Kesehatan dan Rekreasi [Internet]. 2016;5(5):1–7. Available from: <http://journal.student.uny.ac.id/ojs/ojs/index.php/pjkr/article/view/2393/2072>
 15. Gesyadi NS. Tingkat Pengetahuan Siswa Kelas V di Sekolah Dasar Negeri Ngleri 1 Gunungkidul tentang Peraturan Permainan Futsal. E-Journal PGSD Penjaskes [Internet]. 2017;4(1):1–9. Available from: <http://journal.student.uny.ac.id/ojs/index.php/pgsd-penjaskes/article/view/5843/5587>
 16. Agiviana AP, Djastuti I. Analisis Pengaruh Persepsi, Sikap, Pengetahuan Dan Tempat Kerja Terhadap Perilaku Keselamatan Karyawan (Studi Pada Perusahaan Pt Muliaglass Container Division). Diponegoro J Manag [Internet]. 2015;4(3):1–9. Available from: <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/djom/article/view/13185/12743>

GAMBARAN PERILAKU PENCARIAN PENGOBATAN PENYAKIT TUBERKULOSIS (TB) PADA MASYARAKAT DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS UITAO KECAMATAN SEMAU KABUPATEN KUPANG

Mayang Bukan^{1*}, Ribka Limbu², Enjelita Ndoen³

¹*Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, FKM Universitas Nusa Cendana*

²*Bagian Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, FKM Universitas Nusa Cendana*

³*Bagian Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, FKM Universitas Nusa Cendana*

*Korespondensi: mayangbukan24@gmail.com

Abstract

Treatment-seeking behavior can be seen as a reflection of the implementation of the national health system and access to health services. In the context of treatment-seeking behavior in Indonesia, the use of national health facilities. Health seeking behavior or health seeking behavior, most Indonesians will try to treat themselves first by using medicines bought at kiosks without a doctor's prescription or using traditional ingredients in the surrounding environment and even asking a traditional healer for help. If they are not successful then they go to a medical health service place, this is because Indonesia has sources of treatment covering three interconnected sectors, namely self-medication (self-medication), medical treatment and traditional medicine. However, treatment is not only conventional in nature, there are alternative treatments that are popular with the community, especially in countries rich in culture and beliefs such as Indonesia. type of research used in this research is descriptive research with a quantitative approach. This study uses a descriptive approach with the aim of describing the object of research or research results. the sampling technique using total sampling. a sample size of 209 respondents. The results showed that treatment-seeking behavior at health facilities was 41.2%, while other treatments were 58.8%. poor knowledge about TB 54.4% compared to respondents with good knowledge about TB 45.6%. positive attitude towards TB treatment was 38.2% smaller than negative attitude 61.8%. Good belief in TB treatment-seeking behavior was 36.8% smaller than bad belief about TB treatment 63.2%.

Keyword: Treatment-Seeking Behavior, TB Disease

Abstrak

Perilaku pencarian pengobatan dapat dipandang sebagai salah satu cerminan implementasi sistem kesehatan nasional dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Pada konteks perilaku pencarian pengobatan di Indonesia, pemanfaatan fasilitas kesehatan nasional. Namun pengobatan tidak hanya bersifat konvensional terdapat pengobatan alternatif yang digemari oleh masyarakat apalagi di negara yang kaya budaya dan kepercayaan seperti Indonesia. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran perilaku pencarian pengobatan TB pada masyarakat. Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan Kuantitatif. Pendekatan deskriptif adalah metode yang berfungsi mendeskripsikan atau memberi gambaran terhadap objek yang diteliti melalui data atau sampel yang telah terkumpul sebagaimana adanya, tanpa melakukan analisis dan membuat kesimpulan. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 209 responden. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku pencarian pengobatan ke fasilitas kesehatan adalah 41,2%, sedangkan pengobatan lain adalah 58,8%, pengetahuan baik tentang TB adalah 45,6% sedangkan pengetahuan kurang baik 54,4%, sikap positif terhadap pencarian pengobatan lebih kecil 38,2%, dibandingkan sikap negatif 61,8%, kepercayaan baik 36,8%, dibandingkan kepercayaan kurang baik 63,2%.

Kata Kunci: Perilaku Pencarian Pengobatan, Penyakit TB

Pendahuluan

Perilaku pencarian pengobatan dapat dipandang sebagai salah satu cerminan implementasi sistem kesehatan nasional dan akses terhadap pelayanan kesehatan. Secara umum, perilaku pencarian pengobatan pada masyarakat Indonesia dibedakan atas tiga jenis,

yaitu perilaku pengobatan sendiri (swamedikasi), pengobatan medis, dan pengobatan tradisional.¹ Hasil Survei Kesehatan Nasional tahun 2013, mencatat bahwa terdapat 66% orang sakit di Indonesia melakukan swamedikasi. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menunjukkan bahwa proporsi rumah tangga yang menyimpan obat untuk pengobatan sendiri (swamedikasi) di Indonesia sebesar 35,2%.² Sedangkan pemanfaatan kesehatan tradisional (Yankestrad) meningkat dari 30,4% pada tahun 2013 menjadi 31,4% pada tahun 2018.³ Lebih lanjut data Riskesdas tersebut menunjukkan bahwa jenis upaya kesehatan tradisional yang dimanfaatkan sebagian besar masyarakat Indonesia adalah keterampilan manual (65,4%) dan diikuti dengan penggunaan ramuan jadi, yakni sebesar 48%.

Data Profil Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT), menunjukkan bahwa jumlah kunjungan rawat jalan dan rawat inap pada fasilitas pelayanan kesehatan di NTT tahun 2016 mencapai 379.492 jiwa. Jumlah kunjungan pasien rawat jalan sebanyak 377.926 jiwa dan rawat inap sebanyak 1.566 jiwa. Jumlah kunjungan ini mengalami peningkatan yang signifikan di tahun 2017, dimana terdapat sebanyak 3.398.661 jiwa pasien rawat jalan dan 75.542 jiwa pasien rawat inap.⁴ Puskesmas Uitao merupakan salah satu puskesmas dari 26 puskesmas di Kabupaten Kupang. Wilayah kerja Puskesmas Uitao meliputi 8 desa di Kecamatan Semau. Data kunjungan pasien di Puskesmas Uitao tahun 2016 sebanyak 13.365 kunjungan, yang kemudian kembali menurun pada tahun 2017 menjadi 12.145 kunjungan dan pada tahun 2018 terus mengalami penurunan kunjungan pasien menjadi 11.094.⁵ Hasil studi pendahuluan menemukan adanya kebiasaan masyarakat setempat untuk melakukan pengobatan tradisional disamping memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Variasi perilaku pencarian pengobatan dapat juga berlaku bagi penderita TB, khususnya penderita TB yang berada di wilayah kerja Puskesmas Uitao. TB hingga saat ini masih merupakan masalah penting bagi kesehatan di tingkat nasional maupun tingkat global. Situasi TB di Indonesia tiga tahun terakhir menunjukkan bahwa di tahun 2016 ditemukan 351.893 kasus TB, yang kemudian meningkat menjadi 420.000 kasus di tahun 2017, dan terus meningkat menjadi 842.000 kasus di tahun 2018. Provinsi NTT menempati posisi ke 12 dengan jumlah kasus TB paru sebanyak 3.173 kasus pada tahun 2017.⁴ Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Kupang angka penemuan kasus dan kesembuhan penyakit TB masih mengalami fluktuasi. Jumlah penemuan kasus TB paru BTA (+) pada tahun 2016 adalah sebanyak 237 kasus, dan sedikit menurun menjadi 226 kasus di tahun 2017. Jumlah kasus TB pada Puskesmas Uitao adalah sebanyak 6 kasus di tahun 2017 dan meningkat signifikan menjadi 129 kasus pada tahun 2018, tetapi kemudian menurun menjadi 73 kasus pada tahun 2019.^{5,6} Menurut data skrining TB Puskesmas Uitao tiga tahun terakhir mengalami peningkatan tahun 2017 terdapat 70 pasien, kemudian mengalami peningkatan di tahun 2018 menjadi 72 pasien, kemudian mengalami penurunan menjadi 68 pasien tahun 2019. Walaupun cukup tingginya kasus TB di wilayah kerja Puskesmas Uitao, penelitian terkait perilaku pencarian pengobatan penderita TB di wilayah ini belum dilakukan. Dengan demikian, penelitian ini ditujukan untuk menggambarkan perilaku pencarian pengobatan penderita TB di wilayah kerja Puskesmas Uitao.

Metode

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan Kuantitatif. Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif dengan tujuan untuk mendeskripsikan objek penelitian ataupun hasil penelitian. Penelitian dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Uitao pada bulan Juni hingga Agustus 2020. Besar sampel dalam penelitian ini yaitu 68 responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan *cluster sampling*. Teknik pengumpulan data melalui kuesioner dan wawancara. Data kemudian diolah dan dianalisis

dengan menggunakan analisis univariat biasa disebut juga analisis deskriptif yang bertujuan menggambarkan kondisi fenomena yang dikaji.

Hasil

1. Karakteristik Responden

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Umur, Pendidikan Terakhir di Wilayah Kerja Puskesmas Uitao Kecamatan Semau Kabupaten Kupang Tahun 2020

Karakteristik	Frekuensi (n)	Proporsi (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	38	55,1
Perempuan	30	44,1
Umur		
26-35 tahun	36	53,0
36-45 tahun	16	23,5
46-55 tahun	9	13,2
56-65 tahun	7	10,3
Pendidikan Terakhir		
Tamat SD	28	41,18
Tamat SMP	23	33,82
Tamat SMA	17	25,00

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki (55,1%), berada pada umur 26-35 tahun (53,0%), tamat SD (41,18%) .

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan, Sikap, dan Kepercayaan di Wilayah Kerja Puskesmas Uitao Kecamatan Semau Kabupaten Kupang Tahun 2020

Perilaku Pencarian Pengobatan	Frekuensi (n)	Proporsi (%)
Pengobatan Medis	20	29,41
Pengobatan Sendiri	8	11,76
Pengobatan Tradisional	32	47,5

Tabel 2 menunjukkan pengobatan paling terbanyak adalah pengobatan tradisional (47,5%) dan perilaku pencarian pengobatan terendah adalah pengobatan sendiri (11,76%).

Pembahasan

Perilaku pencarian pengobatan adalah kegiatan yang dilakukan oleh individu yang menganggap diri mereka memiliki masalah kesehatan atau sakit yang dimaksudkan untuk menemukan pengobatan yang tepat.⁷ Masyarakat atau anggota masyarakat yang tidak merasakan sakit cenderung tidak melakukan tindakan pengobatan walaupun sesungguhnya menderita suatu penyakit. Tetapi bila mereka diserang penyakit dan juga merasakan sakit, maka baru akan timbul berbagai macam perilaku dan usaha untuk mencari pengobatan. Perilaku pencarian pengobatan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah bagaimana perilaku pencarian pengobatan masyarakat saat mengalami sakit. Hasil penelitian menunjukkan perilaku pencarian pengobatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Uitao yang lebih memilih pengobatan lain seperti pengobatan sendiri, dan pengobatan tradisional, daripada pengobatan di fasilitas kesehatan. Responden yang mengalami gejala sakit ringan menunjukkan perilaku

pengobatannya adalah beristirahat atau tidak melakukan apa-apa terhadap sakit yang dialami karena responden menganggap penyembuhannya bisa dilakukan sendiri di rumah. Akan tetapi, jika gejala penyakit yang dialami bertambah parah barulah responden mulai mencari alternatif pengobatan lain. Pengobatan yang dilakukan adalah ke pengobatan tradisional. Jika pengobatannya tidak berhasil barulah responden mencari pengobatan ke fasilitas pengobatan medis. Bahkan, ada juga responden yang mengkombinasikan antara pengobatan medis dan tradisional dengan alasan untuk mempercepat proses penyembuhan.

Perilaku pencarian pengobatan masyarakat dipengaruhi juga oleh pengetahuan, sikap, dan kepercayaannya. Terkait kepercayaan, misalnya, hasil penelitian ini menemukan bahwa responden masih percaya hal-hal mistis, dan percaya bahwa penyakit TB yang diderita dapat dikarenakan terkena santet atau guna-guna. Kepercayaan ini menyebabkan responden tidak langsung mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan, tetapi lebih memilih pengobatan tradisional, atau mencari pendoa. Selain itu, jarak ke fasilitas kesehatan yang jauh, dan dukungan keluarga yang kurang, menyebabkan responden memiliki sikap negatif terhadap perilaku pencarian pengobatan ke fasilitas kesehatan. Sikap negatif ini ditunjukkan dengan menunda melakukan pengobatan segera setelah merasakan gejala sakit. Perilaku pencarian pengobatan juga dipengaruhi tingkat pengetahuan, pengalaman, faktor-faktor diluar orang tersebut (lingkungan), baik fisik maupun non fisik, dan sosial budaya, pendidikan, dan akses ke fasilitas kesehatan yang jauh.⁸

Beberapa hasil penelitian sebelumnya menyimpulkan adanya perbedaan pola pencarian pengobatan pada beberapa daerah. Hal ini tidak dapat dijelaskan hanya karena adanya perbedaan *morbidity rate* atau karakteristik demografi penduduk, tetapi juga karena adanya faktor-faktor sosial budaya, seperti gaya hidup, agama, ekonomi yang menyebabkan tidak digunakannya fasilitas kesehatan.⁹ Aspek sosial budaya inilah yang turut mempengaruhi keputusan dan tindakan individu yang tidak hanya ketika menderita penyakit, tapi juga jika merasakan sakit, maka barulah muncul berbagai macam perilaku dan usaha dari individu tersebut untuk mencari pengobatan.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Hari dkk tahun 2019 di Desa Nuaja, Ende bahwa masyarakat ketika dalam keadaan sakit tidak langsung memeriksakan diri ke fasilitas kesehatan tetapi lebih memilih ke menggunakan pengobatan tradisional, jika belum berhasil barulah ke fasilitas kesehatan.¹⁰

1. Gambaran Pengetahuan terhadap Perilaku Pencarian Pengobatan TB

Pengetahuan merupakan salah satu faktor yang diduga dapat mempengaruhi perilaku seseorang dalam bertindak atau melakukan suatu hal.¹¹ Pengetahuan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah hasi tahu mengenai hal-hal yang berhubungan dengan penyakit TB mulai dari penyebab, tingkat penularan, pencegahan dan perilaku dalam mencari pengobatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang kurang. Kebanyakan responden yang berpengetahuan kurang tidak mengetahui tentang gejala dan penyebab dari penyakit TB sehingga perilaku pencarian pengobatan yang dilakukan responden adalah pengobatan tradisional, sedangkan responden yang memiliki pengetahuan baik tentang gejala dan penyebab dari penyakit TB melakukan pencarian pengobatan pada fasilitas kesehatan.

Pengetahuan seseorang dapat diperoleh dari berbagai informasi yang disampaikan oleh guru, orang tua, petugas kesehatan, teman, media masa, media elektronik, dan sebagainya.¹² Hasil penelitian ini menemukan bahwa responden dengan pengetahuan baik sering mendapat informasi terkait TB dari petugas kesehatan dan media informasi lainnya, seperti iklan di TV, koran, radio, dan lainnya mengenai pengertian TB, penyebab, cara penularan, dan pencegahannya.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa responden masih kurang memahami perilaku pencarian pengobatan yang benar. Responden berpendapat bahwa bila gejala penyakit masih ringan, maka pengobatan dapat dilakukan di rumah. Responden mencari pengobatan saat telah mengalami gejala sakit berat/parah. Kondisi ini diperburuk dengan responden tidak mengetahui tentang gejala dari penyakit TB, sehingga ketika mengalami gejala sakit responden tidak melakukan apa-apa, dan ada juga yang hanya membeli obat di kios/warung untuk meringankan gejala sakit yang dialami. Selain itu, responden menganggap TB merupakan penyakit turunan sehingga pengobatannya pun menggunakan pengobatan tradisional atau pengobatan di rumah.

Penelitian ini juga menemukan bahwa pengetahuan yang rendah dipengaruhi oleh pendidikan responden yang rendah dan juga kurangnya penyuluhan dari tenaga kesehatan mengenai penyakit TB dan pengobatannya. Tingkat pendidikan sebagian besar responden pada penelitian ini juga menyatakan belum pernah mendengar informasi atau penyuluhan dari petugas kesehatan terkait penyakit TB. Akibatnya para responden tersebut tidak mengetahui dengan benar tentang gejala dan penyebab dari penyakit TB. Penemuan hasil penelitian ini sejalan dengan teori WHO yang menjelaskan bahwa pengetahuan dipengaruhi oleh pengalaman seseorang, faktor-faktor di luar orang tersebut (lingkungan), baik fisik maupun non fisik dan sosial budaya. Faktor-faktor tersebut kemudian dapat diketahui, dipersepsikan, diyakini sehingga menimbulkan motivasi dan niat untuk bertindak dan akhirnya menjadi perilaku.¹³

Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan Asanab dkk tahun 2019 di yang menemukan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku ibu dalam membawa balitanya ke Posyandu.¹⁴ Dengan demikian, petugas kesehatan dari Puskesmas perlu memberikan penyuluhan secara terus menerus yang tidak hanya menjangkau penderita TB, tapi juga seluruh masyarakat yang ada di wilayah kerjanya untuk meningkatkan pengetahuan TB dan masyarakat setempat mengenai penyakit TB mulai dari gejala, penularan, pencegahan dan pengobatannya.

2. Gambaran Sikap terhadap Perilaku Pencarian Pengobatan TB

Sikap adalah suatu pernyataan seseorang dalam menentukan tindakan yang akan dilakukan terhadap suatu hal tertentu.¹⁵ Salah satu faktor yang mempengaruhi sikap seseorang ialah pengetahuan yang dimilikinya. Semakin tinggi pengetahuan yang dimiliki akan memberikan kontribusi terhadap terbentuknya sikap yang baik.¹⁶ Selain itu pembentukan sikap tidak dapat dilepaskan dari adanya faktor-faktor yang mempengaruhi seperti pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa serta faktor emosional dari individu.¹⁷ Sikap yang dimaksud dalam penelitian ini adalah sikap responden dalam mencari pengobatan penyakit TB. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki sikap negatif terhadap perilaku pencarian pengobatan penyakit TB.

Penelitian ini juga menemukan bahwa sikap positif ataupun sikap negatif dari responden dalam mencari pengobatan dipengaruhi oleh pengetahuan mengenai penyakit TB dan upaya pengobatannya. Sikap positif dari responden dipengaruhi oleh pengetahuan yang baik mengenai TB dan upaya pengobatannya. Selain itu, sikap positif responden juga dipengaruhi oleh faktor lain seperti peran petugas kesehatan yang baik, sehingga mempengaruhi responden untuk melakukan upaya pencegahan dan pengobatan TB yang baik, bahkan meskipun responden memiliki pengetahuan yang masih rendah. Responden dengan sikap positif melakukan pencarian pengobatan seperti yang diharapkan yaitu pengobatan ke fasilitas kesehatan ketika merasakan gejala penyakit TB.

Sebaliknya, sikap negatif responden dikarenakan pengetahuan yang masih rendah mengenai penyakit TB. Kondisi hidup dan lingkungan sekitar mempengaruhi kesempatan responden untuk mendapatkan pengetahuan yang baik mengenai penyakit TB dan pengobatannya. Misalnya, responden yang tidak bekerja dan hanya berada di rumah saja

memiliki peluang yang lebih kecil untuk saling berbagi ataupun bertukar pikiran dengan warga lain. Akibatnya, responden kurang mendapatkan informasi baru yang dapat diperoleh dari pihak luar, termasuk informasi mengenai penyakit TB dan upaya pencegahan ataupun pengobatannya.

Pengetahuan yang kurang ini berakibat pada rendahnya kesadaran responden terkait penyakit TB dan tindakan pencarian pengobatannya yang tepat. Dengan demikian, masyarakat diharapkan harus lebih aktif terlibat dalam kegiatan-kegiatan yang dilakukan di lingkungan sekitarnya agar mendapatkan informasi baru mengenai penyakit TB dan upaya pencegahannya. Selain itu, upaya mencari informasi harus dilakukan oleh seluruh anggota keluarga sehingga dapat saling berbagi informasi kepada sesama anggota keluarga.

Teori L. Green menegaskan bahwa sikap merupakan faktor predisposisi untuk terjadinya suatu perilaku pada seseorang.¹¹ Sikap merupakan kecenderungan untuk berespon secara positif atau negatif terhadap orang, objek, 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. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menemukan bahwa ada hubungan antara sikap dengan perilaku pencarian pengobatan TB di Kelurahan Lagoa Jakarta Utara.¹⁵

3. Gambaran Faktor Kepercayaan Terhadap Perilaku Pencarian Pengobatan TB

Kepercayaan adalah kemauan seseorang untuk bertumpu pada orang lain dimana kita memiliki keyakinan padanya. Kepercayaan merupakan kondisi mental yang didasarkan oleh situasi seseorang dan konteks sosialnya.¹⁸ Kepercayaan dalam penelitian ini adalah keyakinan yang dimiliki responden yang ditunjukkan melalui responnya ketika sedang sakit ataupun mengobati penyakit TB yang diderita. Kepercayaan yang baik adalah ketika responden mengalami sakit, tindakan yang dilakukan adalah mencari pengobatan pada fasilitas kesehatan sehingga pengobatan terhadap penyakit yang dialami segera diobati sesuai aturannya. Sebaliknya, kepercayaan yang kurang baik adalah ketika responden mengalami gejala sakit TB tetapi mempercayai hal-hal mistis sehingga tindakan pengobatan yang dilakukan adalah mencari pengobatan tradisional.

Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kepercayaan yang kurang baik mengenai TB dan tindakan pengobatan penyakit TB. Responden percaya bahwa TB adalah penyakit kutukan akibat dosa nenek moyang, atau dengan kata lain terkena santet, atau angin jahat. Kepercayaan ini membuat responden lebih memilih ke pengobatan tradisional dibandingkan pengobatan medis. Lebih lanjut, hasil penelitian menemukan bahwa penyakit yang langsung diobati secara tradisional adalah penyakit yang menurut responden sakitnya dialami secara tiba-tiba, seperti seseorang yang tidak kejujuran tetapi tiba-tiba demam, tidak mengonsumsi makanan yang asin tetapi tiba-tiba batuk. Dengan demikian, seseorang yang terus mengalami panas dan batuk terus menerus dipercayai masyarakat hanya bisa sembuh lewat pengobatan tradisional atau bantuan dukun.

Pengobatan tradisional dalam kenyataannya masih tetap hidup dalam masyarakat, meskipun praktik-praktik biomedik kedokteran semakin berkembang pesat ditandai dengan munculnya pusat layanan kesehatan, baik yang dikelola pemerintah maupun oleh swasta. Praktik pencarian pengobatan tersebut menunjukkan bahwa kesehatan dan upaya kesehatan merupakan fenomena sosial budaya yang kompleks. Hal ini dibenarkan oleh Foster dkk yang menjelaskan bahwa pada masyarakat terkhususnya masyarakat pedesaan, konsep penyakit dikenal dengan istilah sistem personalistik dan sistem naturalistik.¹⁹ Sistem personalistik ialah penyakit yang dipercaya disebabkan oleh sesuatu hal di luar orang sakit seperti akibat gangguan gaib seseorang (guna-guna), jin, makhluk halus, kutukan dan sebagainya. Sedangkan sistem naturalistik adalah penyakit yang disebabkan oleh sebab alamiah seperti cuaca dan gangguan

keseimbangan tubuh. Dalam system personalistik ini muncul seseorang yang disebut dukun, dimana sistem pengobatan terhadap penyakit biasanya melalui mantra dan ramuan dari tanaman.²⁰

Kepercayaan terhadap suatu penyakit dapat menyebabkan adanya perbedaan konsep pada penyebab penyakit tersebut. Akibatnya kepercayaan menjadi faktor yang menentukan seseorang dalam memanfaatkan pelayanan pengobatan, baik secara medis maupun non medis, tradisional, bahkan ada yang melakukan pengobatan sendiri.²⁰ Hal inilah yang juga ditemukan dalam penelitian ini. Responden yang percaya bahwa penyakit TB yang dialami berasal dari orang lain atau dengan kata lain terkena santet, angin jahat, atau racun, tidak langsung mencari pengobatan medis, namun lebih memilih untuk memanfaatkan pengobatan tradisional dengan bantuan dukun. Begitu juga sebaliknya, responden yang meyakini penyakitnya disebabkan oleh sebab alamiah atau gangguan keseimbangan tubuh (sistem naturalistik), akan lebih percaya bahwa penyakitnya bisa disembuhkan oleh tenaga kesehatan.

Hasil penelitian juga menunjukan bahwa responden melakukan pengobatan tradisional karena mempercayai dukun memiliki kemampuan yang lebih dari tenaga medis. Menurut responden, para tenaga medis memiliki kemampuan yang lebih baik untuk menyembuhkan itu karena pengetahuan yang diperoleh dari hasil pendidikan dan teknologi yang berkembang serta obat-obatan modern, tetapi tenaga medis menyembuhkan hanya sebatas kepada orang yang sakit. Sebaliknya, dukun memiliki karismatik dan pengetahuan yang lebih dari tenaga kesehatan. Dukun memiliki konsep sendiri tentang sehat sakit dan kemampuannya diperoleh dari warisan nenek moyang. Dukun juga tidak hanya menyembuhkan secara fisik tetapi secara spiritual. Artinya, dukun tidak hanya menyembuhkan orang sakit saja tetapi juga keluarga dan orang-orang terdekatnya pasien serta lingkungan sekitarnya. Responden percaya sakit bukan hanya karena orang tersebut tetapi ada kaitannya dengan masa lalu (dalam hal ini orang tua dan nenek moyang).

Penelitian ini menyimpulkan bahwa pencarian pengobatan masyarakat tergantung dari atau dipengaruhi oleh kepercayaan masing-masing individu terhadap penyebab dan pengobat penyakitnya. Individu yang percaya pada pengobatan dukun akan terlebih dahulu mengobati penyakitnya ke dukun, sedangkan individu yang percaya pada pengobatan medis akan lebih memilih mengobati penyakitnya pada tenaga medis, ataupun mengkombinasi kedua jenis pengobatan tersebut. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya di Puskesmas Waipukang Kecamatan Ile Ape Kabupaten Lembata menjelaskan bahwa kepercayaan mempengaruhi masyarakat dalam mencari pengobatan.¹³ Penelitian lainnya di Desa Doloksaribu Kabupaten Toba Samosir Tahun 2015 juga menunjukan bahwa pola perilaku pencarian pengobatan masyarakat setempat ditentukan oleh kepercayaan.⁹ Penelitian tersebut menjelaskan bahwa masyarakat mempunyai konsep kepercayaan masing-masing terhadap penyakit yang dialaminya. Ketika masyarakat percaya bahwa penyakit itu akan sembuh tanpa dilakukan pengobatan, maka mereka tidak perlu melakukan pengobatan apapun termasuk ke fasilitas kesehatan dan hanya melakukan pengobatan sendiri di rumah atau sekedar membeli obat dari warung, dan begitu pula sebaliknya.

Kesimpulan

Sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang masih rendah mengenai gejala dan penyebab dari penyakit TB. Pengetahuan yang rendah tersebut menyebabkan responden memiliki pencarian pengobatan pada dukun atau pengobatan tradisional. Selain itu, sebagian besar responden memiliki sikap negatif yang ditunjukkan dengan perilaku pencarian pengobatan pada dukun atau pengobatan tradisional daripada perilaku pengobatan ke fasilitas kesehatan. Pengobatan ke tenaga medis baru akan dilakukan ketika responden tidak merasa sembuh setelah

melakukan pengobatan tradisional. Mayoritas responden juga memiliki kepercayaan yang kurang baik mengenai TB dan akhirnya mempengaruhi tindakan pengobatannya. Kepercayaan responden akan hal-hal mistis yang memengaruhi terjadinya sakit mendorong responden untuk memilih mencari pengobatan pada dukun atau pengobatan tradisional. Dengan demikian, pemberian komunikasi, informasi dan edukasi yang intensif mengenai perilaku pencarian pengobatan yang tepat dibutuhkan untuk memperbaiki perilaku pencarian pengobatan masyarakat wilayah kerja Puskesmas Uitao, terkhususnya perilaku pencarian pengobatan penyakit TB.

Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia 2018 [Internet]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2019. Available from: <https://pusdatin.kemkes.go.id/folder/view/01/structure-publikasi-pusdatin-profil-kesehatan.html>
2. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Hasil Riskesdas 2013 [Internet]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta; 2013. Available from: https://www.kemkes.go.id/resources/download/general/Hasil_Riskesdas_2013.pdf
3. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Hasil Utama Riskesdas 2018 [Internet]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta; 2018. Available from: <http://www.depkes.go.id/resources/download/info-terkini/hasil-riskesdas-2018.pdf>
4. Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur. Profil Kesehatan NTT 2018. Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur. Kupang: Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur; 2018.
5. Puskesmas Uitao. Laporan Bulanan Rekapitulasi Kunjungan Pasien Tahun 2018. Semau; 2018.
6. Puskesmas Uitao. Laporan Bulanan Rekapitulasi Kunjungan Pasien Tahun 2019. 2019.
7. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta; 2010.
8. Lumban Gaol T. Pengaruh Faktor Sosiodemografi, Sosioekonomi dan Kebutuhan Terhadap Perilaku Masyarakat dalam Pencarian Pengobatan di Kecamatan Medan Kota Tahun 2013 [Internet]. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara. Universitas Sumatera Utara; 2013. Available from: http://balitbang.pemkomedan.go.id/tinymcepuk/gambar/file/Tiomarni_Lumban_Gaol.pdf
9. Sirait KIA. Gambaran Perilaku Masyarakat Dalam Pola Pencarian Pengobatan di Desa Doloksaribu Lumban Nabolon, Kecamatan Uluan Kabupaten Toba Samosir Tahun 2015. Universitas Sumatera Utara; 2015.
10. Hari AF, Tira DS, Toy SM. Gambaran Pola Perilaku Pencarian Pengobatan Penyakit ISPA pada Balita di Desa Nuaja Puskesmas Riaraja Ende. *Media Kesehat Masy* [Internet]. 2019;1(2):49–58. Available from: <http://ejournal.undana.ac.id/MKM/article/view/1936>
11. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2012.
12. Budiman AR. Kapita Selekta Kuesioner: Pengetahuan dan Sikap dalam Penelitian Kesehatan. Jakarta: Penerbit Salemba; 2019.

13. Marsila K. Gambaran Faktor yang Berhubungan dengan Pola Perilaku Pencarian Pengobatan Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Waipukang Kecamatan Ile Ape Kabupaten Lembata Tahun 2017 [Internet]. Universitas Nusa Cendana; 2018. Available from: http://docrepository.undana.ac.id/index.php?p=show_detail&id=8930&keywords=Marsila
14. Asanab F, Limbu R, Ndoen EM. Analisis Faktor Keteraturan Ibu dalam Menimbang Balita di Posyandu. *J Heal Behav Sci* [Internet]. 2019;1(3):140–8. Available from: <http://ejournal.undana.ac.id/CJPS/article/view/2094/1572>
15. Astuti S. Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Sikap Masyarakat terhadap Upaya Pencegahan Penyakit Tuberkulosis di Rw 04 Kelurahan Lagoa Jakarta Utara Tahun 2013 [Internet]. UIN Syarif Hidayatullah Jakarta; 2013. Available from: <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/handle/123456789/24321>
16. Irma WS. Faktor–Faktor yang Berhubungan dengan Keterlambatan Provider dalam Pengobatan Tuberkulosis Kota Padang Tahun 2018 [Internet]. Universitas Andalas; 2018. Available from: [http://scholar.unand.ac.id/33608/5/Tugas Akhir Utuh.pdf](http://scholar.unand.ac.id/33608/5/Tugas%20Akhir%20Utuh.pdf)
17. Azwar S. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. 2nd ed. Pustaka Pelajar. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2007.
18. Sarwono S. *Sosiologi Kesehatan: Beberapa Konsep Beserta Aplikasinya*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press; 2007.
19. Foster GM, Anderson BG, Suryadarma PP, Swasono MF. *Antropologi Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia; 2006.
20. Jenudin HA. Perilaku Masyarakat dalam Pencarian Pengobatan di Desa Lungar, Kecamatan Satar Mese Kabupaten manggarai [Internet]. Universitas Nusa Cedana; 2019. Available from: http://docrepository.undana.ac.id/index.php?p=show_detail&id=17506&keywords=perilaku+pencarian+pengobatan

ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERILAKU KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA (K3) PADA PETUGAS KESEHATAN DI RSUD PROF. Dr. W. Z. JOHANES KUPANG

Dedi Yanto Adriance Muda^{1*}, Noorce C. Berek², Indriati A. Tedju Hinga³

¹*Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, FKM Universitas Nusa Cendana*

²*Bagian Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja, FKM Universitas Nusa Cendana*

³*Bagian Epidemiologi dan Biostatistika, FKM Universitas Nusa Cendana*

*Korespondensi: mudadedi3@gmail.com

Abstract

A good occupational health safety at hospital can reduce the incidence of work accidents and increase the productivity of each officer. This study was to analyze the factors related to knowledge, perceptions and attitudes of health workers with occupational safety and health behavior. The study design was a cross sectional study. The population was 709 people with a simple random sampling technique of 97 people. The inclusion criteria are all health workers who have been selected by all hospital medical personnel who have contact with patients compared to hospital personnel in the field of management, where their presence has a greater risk of experiencing occupational diseases or occupational accidents (doctors, specialists, nurses, midwives and health analysis) and willing to be research subjects by signing the informed consent. Meanwhile, the exclusion criteria were respondents who were not willing to be the subject of research and medical officers who were on leave/sickness/ permission when collecting data. The instrument used was a questionnaire. The results of statistical tests showed $p < 0.05$, that is, there was a significant relationship between the level of knowledge, attitudes and K3 RS behavior, while the statistical results of the perception level with behavior were $p > 0.005$. Health and safety behavior of health workers is an action or activity in an effort to prevent occupational diseases and accidents. Therefore, it is hoped that the K3 Hospital can promote health and safety at the hospital regularly with various themes tailored to the needs of the workers.

Keywords: Behavior, Hospital Occupational Health Safety.

Abstrak

Keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit yang baik dapat mengurangi angka kejadian kecelakaan kerja dan semakin meningkatkan produktifitas dari setiap petugas. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor yang berhubungan antara pengetahuan, persepsi dan sikap petugas kesehatan dengan perilaku keselamatan dan kesehatan kerja. Design penelitian yaitu cross sectional study. Populasi 709 orang dengan teknik pengambilan sampel secara acak sederhana sebanyak 97 orang. Adapun kriteria inklusi adalah semua petugas kesehatan yang telah dipilih semua petugas kesehatan RS yang memiliki kontak dengan pasien dibandingkan dengan tenaga RS di bidang manajemen, dimana kehadiran mereka memiliki risiko lebih besar mengalami penyakit akibat kerja atau kecelakaan akibat kerja (dokter, dokter spesialis, perawat, bidan dan analisis kesehatan) dan Bersedia untuk dijadikan subjek penelitian dengan menandatangani informed consent. Sedangkan kriteria eksklusi adalah responden yang tidak bersedia menjadi subjek penelitian dan petugas medis yang pada saat pengambilan data petugas medis cuti/sakit/ijin pada saat pengumpulan data. instrument yang digunakan adalah kuesioner. Hasil Uji Statistik menunjukkan $p < 0,05$ yaitu terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan, sikap dengan Perilaku K3 RS sedangkan hasil statistic tingkat persepsi dengan perilaku yaitu $p > 0,005$ yakni tidak ada hubungan kedua variable tersebut. Perilaku kesehatan dan keselamatan kerja petugas kesehatan merupakan tindakan atau aktivitas dalam upaya mencegah terjadinya penyakit akibat kerja dan kecelakaan kerja. Oleh karena itu, diharapkan pihak K3 RS dapat melakukan promosi kesehatan dan keselamatan kerja di RS secara berkala dengan berbagai tema yang disesuaikan dengan kebutuhan dari pekerja

Kata Kunci: Perilaku, Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.

Pendahuluan

Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas penyediaan layanan di Rumah Sakit (RS). Penerapan K3 secara optimal di RS akan membantu petugas kesehatan untuk mampu menangani pasien serta memproteksi diri terhadap resiko kecelakaan kerja. Petugas kesehatan yang merupakan bagian dari tenaga kerja perlu dipersiapkan untuk menerapkan K3.¹ Persiapan tersebut dapat berupa edukasi untuk membentuk pengetahuan, persepsi dan sikap pekerja mengenai K3.²

Kecelakaan kerja masih merupakan salah satu isu kesehatan masyarakat di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT). Data BPJS Ketenagakerjaan Provinsi NTT melaporkan bahwa kasus kecelakaan kerja pada tahun 2017 mengalami peningkatan sebesar 4 kali dibandingkan tahun sebelumnya. Kecelakaan kerja pada tahun 2016 ditemukan sebanyak 19 kasus. Jumlah tersebut meningkat secara signifikan pada tahun 2017 menjadi 76 kasus. Pada tahun 2018, kasus kecelakaan kerja turun menjadi 71 kasus.³ Adapun kecelakaan kerja yang terjadi di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes dilaporkan sebanyak 2 kasus pada tahun 2018 dan 3 kasus pada tahun berikutnya. Jenis kecelakaan yang dilaporkan adalah tertusuk jarum pada petugas kesehatan.⁴

RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes merupakan RS milik pemerintah yang bertipe B. RS ini memiliki status akreditasi paripurna dengan nilai kelulusan 80. Sistem K3 di RS perlu menjadi salah satu prioritas untuk memastikan perlindungan bagi semua petugas kesehatan terutama jika faktor lingkungan kerja tidak memenuhi syarat dan dapat menyebabkan ancaman bagi petugas kesehatan dan orang lain yang berada di lingkungan RS. Sistem K3 RS yang baik akan memberikan stimulus bagi semua petugas medis untuk semakin sadar akan pentingnya penggunaan alat pelindung diri.⁵ Pengetahuan petugas kesehatan tentang K3 RS yang cukup juga dapat mengurangi angka kejadian kecelakaan kerja dan semakin meningkatkan produktivitas petugas. Perbaikan K3 RS juga dapat berdampak pada peningkatan nilai kelulusan akreditasi lebih dari 80 pada periode penilaian berikutnya. Dengan adanya nilai akreditasi yang meningkat maka RS akan semakin dipercaya oleh masyarakat Nusa Tenggara Timur. Berdasarkan survei awal yang dilakukan peneliti dengan mewawancarai 20 orang petugas kesehatan didapatkan data yaitu 35% mengatakan tahu tentang manfaat K3 RS dan selalu melakukan K3 sesuai SOP sedangkan 65% lainnya mengatakan kurang tahu tentang K3 RS dan sering mengabaikan SOP dalam bekerja. Keadaan ini disebabkan karena menurut petugas, semua tindakan medis di RS merupakan tindakan yang biasa dilakukan dan tidak perlu melihat SOP.

Perilaku merupakan fungsi dari interaksi antara masing-masing personal pada setiap lingkungan. Setiap jenis pekerjaan mempunyai karakteristik lingkungan yang berbeda-beda. Oleh karena itu, setiap individu diharapkan mampu beradaptasi dengan baik di lingkungan tempat dia bekerja.⁶ Ada banyak faktor yang mempengaruhi perilaku keselamatan. Secara teoritis, perilaku keselamatan berhubungan dengan pengetahuan, persepsi dan sikap karyawan. Dengan menerapkan perilaku keselamatan, maka besar kemungkinan karyawan dapat terhindar dari berbagai resiko yang mengancam. Perilaku keselamatan (*safety behaviour*) pada tenaga kesehatan diperlukan untuk mengurangi terjadinya kecelakaan kerja di fasilitas kesehatan. Perilaku keselamatan yang dimaksud adalah mengenai cara pekerja untuk mematuhi peraturan ada di tempat kerja dan penerapannya ketika melaksanakan pekerjaan.⁷ Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengetahuan, persepsi dan sikap tentang perilaku keselamatan dan kesehatan kerja pada petugas kesehatan di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes.

Metode

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan rancangan potong lintang, dilakukan di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kota Kupang, pada bulan Mei-Juni 2020.

Populasi sebanyak 709 orang dengan sampel 97 pekerja yang dipilih menggunakan teknik pengambilan sampel secara acak sederhana (*simple random sampling*) dengan cara mengundi anggota populasi. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner yang diadopsi dari penelitian sebelumnya. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner pada petugas kesehatan dengan memperhatikan jumlah sampel sesuai dengan profesi dokter, dokter spesialis, perawat, bidan, dan petugas laboratorium. Pernyataan dalam kuesioner meliputi variabel-variabel yang akan diteliti yaitu variabel pengetahuan, persepsi dan sikap. Waktu pengumpulan data yaitu 5-10 menit untuk setiap responden. Analisis data dilakukan secara deskriptif dan untuk hipotesis menggunakan uji *Chi-square*. Penelitian ini telah mendapat kelayakan etik dari Tim Kaji Etik Fakultas Kedokteran Universitas Nusa Cendana dengan nomor: 35/UN15.16/KEPK/2020.

Hasil

Tabel 1 menunjukkan bahwa dari 97 responden, sebagian besar responden memiliki jenis kelamin perempuan sebanyak 86 orang (88,7%), dengan rentang usia terbanyak terdapat pada kelompok 31-50 tahun yaitu 52 orang (53,6%). Sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan perguruan tinggi yaitu diploma 3 sebanyak 58 orang (59,8%). Berdasarkan kategori keikutsertaan pelatihan K3 yang bersertifikat, mayoritas petugas kesehatan tidak pernah mengikuti pelatihan yaitu sebanyak 62 orang (63,9%).

Tabel 2 menunjukkan bahwa dari 97 responden, sebagian besar responden memiliki tingkat pengetahuan baik sebanyak 72 orang (74,2%), dan persepsi baik sebanyak 55 orang (56,7%). Selain itu, sebagian besar responden memiliki sikap dengan kategori baik yaitu sebanyak 71 orang (73,2%).

Tabel 3 menunjukkan bahwa sebagian besar petugas kesehatan yang memiliki pengetahuan baik cenderung memiliki perilaku yang baik tentang K3 RS sebanyak 71 orang dan yang memiliki perilaku kurang baik sebanyak 1 orang. Pada data juga menunjukkan bahwa petugas kesehatan yang memiliki persepsi baik dan cenderung memiliki perilaku yang baik tentang K3 RS yaitu sebanyak 51 orang dan perilaku yang kurang baik sebanyak 4 orang. Petugas kesehatan yang memiliki sikap baik cenderung memiliki perilaku yang baik tentang K3 RS sebanyak 70 orang sedangkan yang memiliki perilaku kurang baik sebanyak 1 orang.

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik	Kategori	Frekuensi	Proporsi (%)
Jenis Kelamin	Laki-laki	11	11,3
	Perempuan	86	88,7
Umur	<30	41	42,3
	31-50	52	53,6
	>51	4	4,1
Masa kerja	<1	6	6,2
	1-5	16	16,5
	>5	75	77,3
Tingkat Pendidikan	D3	58	59,8
	D4/S1	24	24,7
	S2	5	5,2
	Dokter Spesialis	10	10,3
Keikutsertaan Pelatihan K3 yang bersertifikat bagi Petugas kesehatan	Pernah	35	36,1
	Tidak pernah	62	63,9

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Pengetahuan, Sikap dan Perilaku

Kategori	Kategori	Frekuensi	Proporsi (%)
Tingkat Pengetahuan	Baik	72	74,2
	Cukup	22	22,7
	Kurang	3	3,1
Persepsi	Baik	55	56,7
	Cukup	39	40,2
	Kurang	3	3,1
Sikap	Baik	71	73,2
	Cukup	24	24,7
	Kurang	2	2,1

Tabel 3. Hubungan Pengetahuan, Persepsi dan Sikap dengan Perilaku K3 RS

Variabel	Kategori	Perilaku		Jumlah (n)	Proporsi (%)	p-value ($\alpha < 0,05$)
		Baik	Kurang Baik			
Pengetahuan	Baik	71	1	72	74,23	0,001
	Cukup	17	5	22	22,68	
	Kurang	2	1	3	3,09	
Persepsi	Baik	51	4	55	56,70	0,884
	Cukup	36	3	39	40,21	
	Kurang	3	0	3	3,09	
Sikap	Baik	70	1	71	73,20	0,000
	Cukup	19	5	24	24,74	
	Kurang	1	1	2	2,06	

Hasil uji statistik menggunakan *Chi-Square* antara variabel pengetahuan dengan perilaku petugas kesehatan diperoleh nilai $p = 0,001$ ($< \alpha = 0,05$), dan hasil uji antara variabel sikap dengan perilaku petugas kesehatan diperoleh nilai $p = 0,000$ ($< \alpha = 0,05$). Variabel persepsi ditemukan tidak berhubungan dengan perilaku K3 RS dengan nilai p-value 0,884 ($> \alpha = 0,05$).

Pembahasan

1. Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku K3 RS

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara pengetahuan dengan perilaku K3. Pengetahuan adalah hasil “tahu”, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu.⁸ Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behavior*), karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.⁹ Responden yang mengetahui pentingnya K3 akan mengetahui upaya yang perlu dilakukan sebagai dasar untuk proteksi terhadap diri terhadap penyakit akibat kerja.

Pengetahuan mengenai K3 akan berkaitan dengan perilaku petugas kesehatan. Perilaku tersebut dapat berupa keterampilan berkaitan dengan K3 yang diterapkan pada saat bekerja di rumah sakit.¹⁰ Penelitian ini menemukan bahwa sebagian besar petugas kesehatan memiliki memiliki tingkat pengetahuan yang baik . Hal ini dapat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan

yang diperoleh petugas kesehatan. Tingkat pendidikan petugas kesehatan sebagian besar pendidikan lulusan minimal D3 (59,8%). Sebagian besar responden juga memiliki usia 31-50 tahun (53,5%). Usia merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang. Penelitian sebelumnya menyatakan bahwa semakin bertambah usia maka tingkat perkembangan seseorang akan berkembang sesuai dengan pengetahuan yang pernah didapatkan dan juga pengalaman diri sendiri.¹¹ Kematangan berpikir sesuai usia tersebut akan mempengaruhi seseorang untuk memberikan respon yang lebih baik terhadap lingkungan sekitarnya, termasuk lingkungan kerja.¹²

Penelitian ini menemukan bahwa responden yang memiliki pengetahuan baik tetapi perilaku kurang sebanyak 1 orang. Hal tersebut menunjukkan bahwa tidak semua responden yang memiliki pengetahuan yang baik memiliki perilaku yang sesuai dalam menjalankan K3 RS. Meskipun secara teoritis, penilaian tingkat risiko dipengaruhi oleh pengetahuan dan tingkat pengetahuan yang baik akan berdampak pada budaya kerja yang baik pula.¹³ Alasan mengapa responden yang berpengetahuan baik tetapi berperilaku K3 yang tidak baik karena petugas kesehatan merasa sudah sering melakukan tindakan medis sehingga cenderung tidak penggunaan alat pelindung diri. Umumnya petugas kesehatan sering mengabaikan tindakan K3 ini karena alasan emergensi, sementara di saat yang sama, pasien membutuhkan tindakan yang cepat dari petugas kesehatan.¹⁴ Sebaliknya, penelitian juga menemukan adanya responden yang memiliki pengetahuan kurang tetapi berperilaku baik sebanyak dua orang.

Pemahaman petugas kesehatan tentang proteksi diri terhadap kecelakaan kerja di RS sangat penting. Petugas kesehatan dalam melakukan tindakan kepada pasien perlu untuk selalu menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) dan menerapkan 6 langkah mencuci tangan pada setiap moment seperti sebelum dan sesudah melakukan tindakan medis.¹⁵ Rumah sakit harus menciptakan lingkungan dan integrasi kerja yang aman melalui pemberian informasi tentang hak-hak dan kewajiban tenaga medis, pelatihan kerja yang memadai, dan peluang untuk berpartisipasi dalam pencegahan terjadinya kecelakaan kerja.

2. Hubungan Persepsi dengan Perilaku K3 RS

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara persepsi dengan perilaku petugas kesehatan tentang K3 RS. Hasil penelitian ini tidak mendukung penelitian sebelumnya yang menemukan bahwa persepsi merupakan salah satu faktor yang memengaruhi perilaku K3 di rumah sakit.⁷ Hal tersebut terjadi karena dalam melakukan tugas medis sehari-hari petugas medis masih mengalami keterbatasan ketersediaan APD di Rumah Sakit sehingga seringkali responden merasa mengabaikan keselamatan diri sendiri. Program perlindungan bagi karyawan melalui perilaku K3 belum dilakukan secara konsisten oleh rumah sakit.¹⁴ Gibson mengatakan bahwa persepsi adalah proses kognitif yang dipergunakan oleh seseorang untuk menafsirkan dan memahami lingkungannya. Salah satu faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang adalah lingkungan dan situasi khusus dalam lingkungan kerja tersebut.¹⁶

Hasil penelitian menemukan adanya responden yang memiliki persepsi baik tetapi menunjukkan perilaku yang kurang sesuai dengan prinsip K3. Hasil wawancara dengan responden menunjukkan bahwa perilaku kurang baik tersebut dikarenakan petugas merasa bahwa terdapat beberapa tindakan medis yang tidak perlu menggunakan alat pelindung diri secara lengkap. Petugas memilih sering mengabaikan penggunaan APD ketika melakukan pengukuran tekanan darah tanpa sarung tangan dan hanya menggunakan masker. Ada juga tenaga kesehatan yang melakukan tindakan perawatan tidak sesuai prosedur seperti tetap menggunakan perhiasan (cincin, kalung, jam tangan, dan lain-lain) saat merawat pasien. Selain itu, terdapat petugas kesehatan yang memiliki perilaku pemilihan sampah masih kurang baik. Petugas masih ditemukan mencampur sampah medis dan sampah non medis. Ada juga petugas

kesehatan yang memiliki persepsi kurang tetapi perilaku baik yaitu sebanyak tiga orang. Hal ini dikarenakan petugas kesehatan merasa tidak pernah terjadi kecelakaan kerja sehingga tidak menggunakan APD dengan lengkap. Berkaitan dengan perilaku mencuci tangan, petugas kesehatan merasa penting mencuci tangan dengan menerapkan enam langkah pada setiap moment cuci tangan seperti sebelum dan sesudah melakukan tindakan medis.¹⁷ Upaya peningkatan derajat kesehatan perlu ditujukan bagi seluruh tenaga kesehatan yang berperan sebagai pemberi pelayanan kesehatan. Hal ini berarti rumah sakit berkewajiban menyetatkan para tenaga kerjanya. Rumah sakit merupakan institusi yang melaksanakan upaya tersebut dan dilaksanakan secara integrasi dan menyeluruh untuk mengurangi risiko terjadinya penyakit dan kecelakaan akibat kerja.

3. Hubungan Sikap dengan Perilaku K3 RS

Hasil penelitian menemukan adanya hubungan antara sikap dengan perilaku K3 RS. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan atau perilaku. Sikap dan merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan juga merupakan pelaksanaan motif tertentu.¹⁸ Sikap dalam penelitian ini adalah reaksi atau respon petugas kesehatan terkait kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit. Pemberian informasi-informasi termasuk tentang cara-cara bekerja dengan aman dan cara penggunaan APD yang benar akan meningkatkan pengetahuan karyawan tentang K3 RS. Pengetahuan tersebut akan membentuk sikap yang tepat dan akhirnya mendorong perilaku K3 yang sesuai. Kewaspadaan terhadap kecelakaan kerja bertambah baik sejalan dengan pertambahan usia dan lamanya kerja di tempat kerja yang bersangkutan. Dalam melaksanakan upaya peningkatan K3, petugas kesehatan harus memiliki sikap yang sesuai dengan nilai-nilai kesehatan dimana seluruh nilai positif yang ada dalam dirinya menjadi pendorong perilaku sehat dan menjadi upaya dalam meningkatkan kesehatan dan keselamatan selama bekerja.¹⁵ Diperlukan adanya komitmen bersama dari petugas kesehatan dan pihak manajemen berkaitan dengan prinsip-prinsip keselamatan dan kesehatan kerja. Petugas kesehatan juga harus menjaga, mengikuti dan terus mengevaluasi kebijakan dan praktek-praktek yang ditetapkan oleh Instansi. Tingkat komitmen ini hanya dapat dibangun jika pekerja, supervisor dan manajer bekerja sama untuk menciptakan sistem keselamatan dan kesehatan kerja yang dapat dipercaya. Aspek keselamatan kerja yang efektif sangat penting untuk kesehatan karyawan, keberlanjutan perusahaan dan stabilitas sosial sebagaimana sudah diamanatkan dalam peraturan pemerintah yang menyatakan bahwa K3 rumah sakit merupakan segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan bagi sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja di rumah sakit

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang memiliki sikap baik tetapi perilaku kurang baik sebanyak 1 orang. Sikap merupakan hal yang konsisten dengan perilaku, akan tetapi terdapat faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi perilaku misalnya faktor lingkungan dan hereditas. Berdasarkan hasil wawancara dengan responden diketahui bahwa masih ada petugas kesehatan yang tidak menggunakan APD yang lengkap pada saat melakukan tindakan kepada pasien. Petugas kesehatan juga menggunakan masker selama \pm 8-10 jam. Ini tidak sesuai dengan waktu penggunaan masker yang direkomendasikan yaitu \pm 4 jam. Demikian juga terdapat kesalahan dalam hal pemilihan sampah non medis dan sampah medis sehingga berdampak pada resiko pencemaran lingkungan.¹⁹

Perilaku kesehatan dan keselamatan kerja petugas kesehatan merupakan tindakan atau aktivitas dalam upaya mencegah terjadinya penyakit akibat kerja dan kecelakaan kerja. adapun contoh cedera akibat kerja yaitu cedera muskuloskeletal, kulit dan penyakit paru-paru,

gangguan pendengaran akibat kerja dan intervensi tanpa penyakit target khusus. Dalam pelaksanaan tugas di rumah sakit maka tenaga kesehatan harus menyadari berbagai perannya. Petugas kesehatan juga harus berpartisipasi aktif dalam mewujudkan peningkatan keselamatan pasien rumah sakit termasuk memahami tentang apa yang dimaksud dengan keselamatan pasien rumah sakit. Penelitian ini juga menemukan adanya responden yang memiliki sikap yang kurang baik terhadap perilaku K3 di RS. Tidak dapat dipungkiri bahwa terdapat banyak faktor yang mempengaruhi sikap seorang petugas kesehatan. Misalnya adanya keyakinan dari petugas kesehatan bahwa penggunaan alat pelindung diri tidak perlu lengkap. Berdasarkan pengalaman pribadi selama ini, tidak pernah terjadi kecelakaan kerja maupun penyakit akibat kerja meski tidak menggunakan APD. Dari hasil wawancara diketahui bahwa petugas kesehatan di RS juga kurang mendapatkan perhatian dalam hal pemeriksaan berkala dan pelatihan tentang K3. Untuk memperbaiki keadaan ini maka RS perlu memberikan pelatihan K3 kepada karyawan. Dengan adanya pelatihan maka diharapkan pengetahuan dan sikap petugas akan berdampak positif pada praktik pekerja K3 di RS sebab masalah K3 juga dapat secara langsung berdampak pada kesehatan tenaga medis.²⁰

Kesimpulan

Tingkat pengetahuan dan sikap memiliki hubungan dengan perilaku K3 di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Oleh karena itu, pihak K3 RS diharapkan dapat melakukan promosi kesehatan dan keselamatan kerja, pelatihan tentang K3 di RS secara berkala dengan berbagai tema yang disesuaikan dengan kebutuhan dari tenaga kesehatan.

Daftar Pustaka

1. Hanifa ND, Respati T, Susanti Y. Hubungan Pengetahuan dengan Upaya Penerapan K3 pada Perawat. In: Bandung Meeting on Global Medicine & Health (BaMGMH). 2017. p. 144–9.
2. Hasibuan R. Pengaruh Kesehatan Dan Keselamatan Kerja, Pelatihan Dan Kerja Tim Terhadap Kinerja Tenaga Medis Di Rumah Sakit Budi Kemuliaan Batam. *J Dimens* [Internet]. 2017;6(2). Available from: doi: <http://dx.doi.org/10.33373/dms.v6i2.1054>
3. BPJS Ketenagakerjaan Propinsi NTT. Angka Kecelakaan Kerja Propinsi NTT Tahun 2018. 2019.
4. Data RSUD Prof. Dr W.Z JOhanes Kupang. Data Kecelakaan Kerja Tahun 2018.
5. Habib RR, Blanche G, Souha F, El-Jardali F, Nuwayhid I. Occupational health and safety in hospitals accreditation system: the case of Lebanon. *Int J Occup Environ Health* [Internet]. 2016;22(3):201–8. Available from: <https://doi.org/10.1080/10773525.2016.1200211>
6. Zhu CJ, Fan D, Fu G, Clissold G. Occupational safety in China: Safety climate and its influence on safety-related behavior. *China Inf* [Internet]. 2010;24(1):27–59. Available from: <https://doi.org/10.1177/0920203X09354952>
7. Amukugo HJ, Amakali K, Sipa K. Perceptions of health workers regarding the occupational health services rendered at Onandjokwe hospital, Namibia. *J Hosp Adm* [Internet]. 2015;4(6):1–13. Available from: doi: 10.5430/jha.v4n5p
8. Notoatmojo S. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. edisi revi. Jakarta: Rineka Cipta; 2012.
9. Wang Y, Chen H, Liu B, Yang M, Long Q. A Systematic Review on the Research Progress and Evolving Trends of Occupational Health and Safety Management: A Bibliometric Analysis of Mapping Knowledge Domains. Vol. 8, *Frontiers in public health*. 2020. p. 81.

10. Purba HID, Girsang Vi, Malay Us. Studi kebijakan, perencanaan dan pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit (k3rs) di rumah sakit umum (rsu) mitra sejati medan tahun 2018. *J Mutiara Kesehat Masy* [Internet]. 2018;3(2):113–24. Available from: <http://114.7.97.221/index.php/JMKM/article/view/848>
11. Junaidi D. Hubungan Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Bahaya Pekerjaan dengan keselamatan Kerja Perawat di Ruang Rawatan Klas III RSUD Kabupaten Aceh Tamiang Tahun 2015. Universitas Sumatra Utara. 2015.
12. Sembiring SF. Penerapan Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit Umum Daerah Kabanjahe Kabupaten Karo Sumatera Utara [Internet]. Universitas Sumatera Utara; 2018. Available from: <http://repositori.usu.ac.id/handle/123456789/11294>
13. Teufer B, Ebenberger A, Affengruber L, Kien C, Klerings I, Szelag M, et al. Evidence-based occupational health and safety interventions: a comprehensive overview of reviews. *BMJ Open*. 2019 Dec;9(12):e032528.
14. Apriluana G, Khairiyati L, Setyaningrum R. Hubungan antara usia, jenis kelamin, lama kerja, pengetahuan, sikap dan ketersediaan alat pelindung diri (APD) dengan perilaku penggunaan APD pada tenaga kesehatan. *J Publ Kesehat Masy Indones* [Internet]. 2016;3(3):82–7. Available from: <http://eprints.ulm.ac.id/id/eprint/5614>
15. Dwiari Ke, Muliawan P. Faktor yang Berhubungan Dengan Pelaksanaan Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Di Rumah Sakit Umum, Kota Denpasar. *Arch Community Heal*. 2019;6(2):17–29.
16. Sulistiani LA. Korelasi budaya keselamatan pasien dengan persepsi pelaporan kesalahan medis oleh tenaga kesehatan sebagai upaya peningkatan keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit x dan rumah sakit y Tahun 2015 [Internet]. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah, 2015; 2015. Available from: <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/handle/123456789/37725>
17. Ivana A, Widjasena B, Jayanti S. Analisis Komitmen Manajemen Rumah Sakit (RS) terhadap Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) pada RS Prima Medika Pernalang. *J Kesehat Masy* [Internet]. 2014;2(1):35–41. Available from: <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/6372>
18. Pinontoan OR, Mantiri ES, Mandey S. Faktor Psikologi Dan Perilaku Dengan Penerapan Manajemen Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit. *Indones J Public Heal Community Med* [Internet]. 2020;1(3):19–27. Available from: <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/ijphcm/article/view/28882>.
19. Pratiwi M. Pengaruh Pengetahuan dan Sikap Petugas Kesehatan terhadap Penanganan Limbah Medis di Puskesmas Perawatan Kecamatan Merlung Kabupaten Tanjung Jabung Barat Provinsi Jambi Tahun 2016. *Sci J* [Internet]. 2016;6(2):197–205. Available from: <https://www.neliti.com/publications/286412/pengaruh-pengetahuan-dan-sikap-petugas-kesehatan-terhadap-penanganan-limbah-medi>.
20. Yunita AR, Sriatmi A, Fatmasari EY. Analisis faktor-faktor kebijakan dalam implementasi program keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit (k3rs) di instalasi gawat darurat rumah sakit umum daerah kota Semarang. *J Kesehat Masy* [Internet]. 2016;4(2):1–9. Available from: <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/11919>.

MANAJEMEN LOGISTIK OBAT DI INSTALASI FARMASI RSUD WAIBAKUL KABUPATEN SUMBA TENGAH

Gracewati Rambu Ladu Day^{1*}, Muntasir Basri², Rina Waty Sirait³

¹*Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, FKM Universitas Nusa Cendana*

²⁻³*Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Masyarakat, FKM Universitas Nusa Cendana*

*Korespondensi: gracewatirambu@gmail.com

Abstract

Drug logistics management in the hospital consists of the stages of selection, planning, procurement, acceptance, storage, distribution, destruction, and control, and administration, which must be well-coordinated to function. This study was to determine the description of drug logistics management in the Pharmacy Installation of Waibakul Hospital, Central Sumba Regency. The method used in this research was qualitative. Data were collected by interviews. The results of the study explained that the management of drug logistics at the Waibakul Hospital Pharmacy Installation was already running according to Pharmaceutical Service Standards in Hospitals in Permenkes No.72 of 2016, but it was ineffective as obstacles were identified in each management stage. Constraints in planning were insufficient budget, frequent changes of doctors, and the ineffective use of consumption methods. In procurement, the budget was still lacking, procurement team was not from the hospital and the issue of internet networks in Waibakul Regional Hospital. In admissions, lack of human resources, and drug arrival time over the office hours, lack of infrastructure supporting drug storage such as cabinets, refrigerators, AC, pallets, trolleys, and printers, and medicine warehouse. The study also found the lack of human resources in pharmaceutical warehouses and drug distribution. In the extermination stage, no room was available for storing expired drugs and damaged drugs, and the time for drug culling was longer leading to an accumulation of medical waste.

Keywords: Management, Logistic, Drug, Pharmacy Installation

Abstrak

Manajemen logistik obat di rumah sakit terdiri atas tahap-tahap yaitu pemilihan, perencanaan kebutuhan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pemusnahan, dan pengendalian, serta administrasi, dari setiap tahap tersebut saling berkaitan satu sama lain, sehingga harus terkoordinasi dengan baik agar berfungsi secara optimal. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran manajemen logistik obat di Instalasi Farmasi RSUD Waibakul Kabupaten Sumba Tengah. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah kualitatif. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara. Hasil penelitian menjelaskan bahwa manajemen logistik obat di Instalasi Farmasi RSUD Waibakul sudah berjalan sesuai Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit dalam Permenkes No.72 Tahun 2016, namun belum efektif dimana masih terdapat kendala-kendala dalam setiap tahapan manajemen. Kendala dalam perencanaan yaitu jumlah anggaran yang belum sesuai, sering terjadinya pergantian dokter, dan kurang efektifnya penggunaan metode konsumsi. Dalam pengadaan anggaran masih kurang, tim pengadaan bukan berasal dari rumah sakit sendiri, dan masalah jaringan internet yang belum stabil di wilayah RSUD Waibakul. Dalam penerimaan, kurangnya SDM dan waktu tiba obat diluar jam kantor. Kurangnya sarana prasarana yang mendukung penyimpanan obat seperti lemari penyimpanan, lemari pendingin, pendingin ruangan, pallet, troli, dan printer, tidak memiliki gudang obat sendiri, serta kurangnya SDM di gudang obat maupun dalam pendistribusian. Sedangkan dalam pemusnahan, tidak tersedia ruang penyimpanan obat kadaluwarsa dan obat rusak, dan waktu pemusnahan obat yang cukup lama menimbulkan penumpukan sampah medis.

Kata kunci: Manajemen, Logistik, Obat, Instalasi Farmasi

Pendahuluan

Instalasi farmasi merupakan suatu bagian atau fasilitas yang terdapat di rumah sakit, tempat penyelenggaraan semua kegiatan pekerjaan kefarmasian untuk keperluan rumah sakit itu sendiri.¹ Manajemen farmasi pada dasarnya tidak terlepas dari prinsip-prinsip manajemen logistik. Manajemen logistik didasarkan pada suatu siklus dimana semua unsur dalam siklus tersebut harus dijaga agar sama kuatnya dan segala kegiatan harus selalu selaras, serasi dan seimbang.² Manajemen logistik obat di rumah sakit terdiri beberapa tahapan yaitu perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, penghapusan, dan pengendalian. Setiap tahap tersebut saling berkaitan satu sama lain, sehingga harus terkoordinasi secara baik agar berfungsi secara optimal.

Persediaan obat di rumah sakit sangat penting. Obat memiliki peranan dalam keberlangsungan pelayanan di rumah sakit. Obat merupakan bahan atau paduan bahan, termasuk produk biologi yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi untuk manusia.¹

Rumah sakit perlu memperhatikan tahapan manajemen logistik obat. Pengelolaan obat yang optimal akan meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit dan secara langsung akan berpengaruh terhadap kepuasan pasien. Apabila rumah sakit tidak mampu mengelola persediaan obat dengan baik maka rumah sakit tersebut tidak mampu mencapai titik keberhasilan. Hal ini akan menurunkan kualitas pelayanan rumah sakit itu sendiri dan menurunkan kepuasan pasien.³

Berdasarkan hasil pengamatan dan wawancara singkat sebelum penelitian dengan salah satu tenaga apoteker di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Waibakul Kabupaten Sumba Tengah, diketahui bahwa metode yang digunakan dalam perencanaan yaitu metode epidemiologi dan konsumsi. Metode epidemiologi dan konsumsi adalah metode perencanaan yang didasarkan pada pola penyakit yang sedang meningkat dan pola penggunaan periode sebelumnya. Dari hasil wawancara diketahui juga bahwa ada masalah manajemen logistik obat di instalasi farmasi RSUD Waibakul Kabupaten Sumba Tengah. Masalah tersebut adalah tingkat ketersediaan obat yang belum sesuai dengan kebutuhan pelayanan di rumah sakit. Seringkali terjadi kekurangan dan kekosongan obat yang diakibatkan penggunaan obat yang lebih besar dibandingkan dengan jumlah yang direncanakan. Tidak terpenuhinya kebutuhan obat (kekosongan obat) menyebabkan pasien harus membeli sendiri di apotek yang berada di luar rumah sakit. Selain masalah kekurangan obat, juga terjadi kelebihan obat dan juga terdapat sejumlah obat yang kadaluwarsa. Salah satu faktor yang mempengaruhi adalah pergantian tenaga dokter di rumah sakit. Seringkali dokter baru tidak menggunakan obat yang telah dipesan oleh rumah sakit. Peristiwa atau masalah-masalah seperti ini tidak seharusnya terjadi. Ketentuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 tentang standar pelayanan kefarmasian di rumah sakit pada pasal 6 menyebutkan bahwa penyelenggaraan pelayanan kefarmasian di rumah sakit harus menjamin ketersediaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan habis pakai yang aman, bermutu, bermanfaat dan terjangkau. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran manajemen logistik obat di instalasi farmasi RSUD Waibakul Kabupaten Sumba Tengah Tahun.

Metode

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif. Pengumpulan data dilakukan di Instalasi Farmasi RSUD Waibakul Kabupaten Sumba Tengah pada bulan Januari-September 2020. Pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*. Jumlah informan sebanyak empat orang yang bekerja di Instalasi Farmasi RSUD Waibakul terdiri dari Kepala Seksi

Logistik dan Diagnostik (CCS), Kepala Bidang Penunjang (US), Kepala Instalasi Farmasi (RRS), dan Kepala Sub Bagian Perencanaan dan Evaluasi (JRP). Cara pengambilan data dilakukan dengan wawancara mendalam dan observasi. Pengolahan dan teknik analisis data dilakukan dengan menggunakan reduksi data, dan penyajian data dalam bentuk matriks dan narasi atau kutasi. Penelitian ini telah mendapat kelayakan etik dari Tim Kaji Etik Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana dengan nomor persetujuan etik: 2020110-KEPK Tahun 2020.

Hasil

RSUD Waibakul Kabupaten Sumba Tengah merupakan satu-satunya rumah sakit milik pemerintah yang ada di Kabupaten Sumba Tengah. Rumah sakit ini merupakan peralihan dari Rumah Sakit Bergerak Sumba Tengah yang didirikan pada tahun 2017. RSUD Waibakul adalah rumah sakit tipe C, dan melayani pasien peserta JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) dan pasien umum (non peserta JKN). RSUD ini memiliki dua tenaga apoteker, dua tenaga teknis Kefarmasian dan tenaga SMA sebanyak tiga orang.

1. Perencanaan

Perencanaan obat yang dilakukan di Instalasi Farmasi RSUD Waibakul Kabupaten Sumba Tengah dimulai dari tahapan apoteker melakukan komunikasi dan konsultasi dengan dokter umum serta dokter spesialis. Setelah dokter melaporkan daftar kebutuhan obat kepada apoteker, apoteker membuat perencanaan untuk kebutuhan satu tahun yang akan datang (umumnya direncanakan untuk kebutuhan 18 bulan). Tahapan selanjutnya, apoteker menyusun dan memberikan dokumen Rencana Kerja Obat (RKO) ke bagian perencanaan dan evaluasi. Setelah itu untuk tahapan selanjutnya, maka bagian ini menyerahkan dokumen RKO kepada Pejabat Pembuat Komitmen (PPK) dan pejabat pengadaan untuk dilanjutkan dengan proses pengadaan. Hal dibuktikan dari hasil wawancara dengan informan sebagai berikut:

“Jadi kalau kami bagian perencanaan, kita merencanakan saja kebutuhan obat tapi memang berpatokan pada orang apoteker yang menyusun RKO. Kebutuhan dari mereka. Kami hanya jadi penyambung seperti itu, sedangkan untuk pembelian obat, untuk belanjanya, ada lagi yang namanya pejabat pengadaan, PPK istilahnya, ada PPK Pejabat Pembuat Komitmen dan Pejabat pengadaan.” (JRP)

Pemilihan obat dilakukan berpedoman pada formularium nasional, karena rumah sakit belum mempunyai formularium rumah sakit sendiri. Selain berpedoman pada hal tersebut, pemilihan obat juga didasarkan pada kebutuhan dokter, namun tetap mendahulukan obat-obat generik. Pemilihan obat paten dilakukan apabila obat tertentu tidak memiliki obat generik. Hal dibuktikan dari hasil wawancara dengan informan sebagai berikut:

“Formularium nasional itu standar obatnya kita. Jadi obat yang rekomendasi dari dokter, sesuai penyakit yang paling sering, terus sesuai formularium nasional juga. Kita harus sesuaikan dengan obat-obat yang ada di formularium nasional. Kita dahulukan yang obat generik, obat paten itu misalnya di generik tidak ada.” (RRS)

Metode utama yang digunakan dalam penentuan kebutuhan obat adalah berdasarkan metode epidemiologi/morbiditas yaitu berdasarkan jumlah penyakit yang paling banyak terjadi. Selain itu ada juga metode konsumsi yaitu metode penentuan kebutuhan berdasarkan obat yang paling sering digunakan atau yang cepat keluar. Ada juga metode lain yang dipakai selain kedua metode tersebut. Penentuan kebutuhan obat juga didasarkan pada sisa stok obat yang masih tersedia atau yang diperoleh dari hasil evaluasi tahunan ataupun laporan bulanan bidang

kefarmasian. Data-data yang dibutuhkan dalam perencanaan obat adalah laporan ketersediaan obat, evaluasi tahun sebelumnya, data obat yang paling sering digunakan atau yang cepat keluar (*fast moving*) serta data penyakit yang paling sering terjadi.

Dari hasil wawancara diakui bahwa perencanaan obat yang selama ini dilakukan di Instalasi Farmasi RSUD Waibakul belum efektif. Kendala pertamanya adalah masalah anggaran. Anggaran yang diberikan pemerintah daerah dinilai tidak cukup untuk perencanaan kebutuhan obat selama 18 bulan. Diakui bahwa anggaran obat yang tersedia hanya mampu untuk menangani kebutuhan obat selama 4-5 bulan. Kendala kedua yakni adanya pergantian dokter yang mengakibatkan kebutuhan jenis obatnya menjadi berbeda dengan dokter sebelumnya. Biasanya dokter yang baru bekerja akan meresepkan obat yang berbeda (merk berbeda) dengan obat yang tersedia di instalasi farmasi rumah sakit. Akibatnya, terjadi masalah dalam ketersediaan obat sehingga pihak farmasi merasa kerepotan ketika dokter meresepkan obat yang tidak tersedia di gudang obat. Kendala ketiga adalah penggunaan obat yang berbeda dari tahun sebelumnya. Seringkali terjadi kehabisan obat sementara dari bagian perencanaan rumah sakit harus menyesuaikan dengan realisasi yang dilakukan tahun sebelumnya. Hal lainnya adalah kurangnya tenaga dalam proses penginputan di *e-katalog* obat. Tenaga yang tersedia bukan merupakan tenaga kefarmasian, sehingga ketika dalam menyesuaikan jumlah anggaran dengan kebutuhan obat seringkali tidak sesuai. Selain itu, kondisi internet yang belum stabil juga berpengaruh terhadap penginputan pada *e-katalog*. Jawaban atau respons dari pabrik obat dan pedangang besar farmasi juga mengalami keterlambatan.

2. Pengadaan

Instalasi Farmasi RSUD Waibakul melakukan pengadaan obat dengan dua cara yaitu melalui *e-katalog* dan pembelian langsung. Proses melalui *e-katalog* merupakan cara pengadaan rutin tahunan, sedangkan cara pembelian langsung digunakan untuk pengadaan obat yang bersifat darurat (*urgent*). Pembelian/pemesanan langsung dilakukan jika sewaktu-waktu obat kosong. Hal dibuktikan dari hasil wawancara dengan informan sebagai berikut:

“Itu kalo pengadaan ada 2 seperti tadi yang dijelaskan di bagian perencanaan, yaitu e-katalog dan pembelian langsung.” (CCS)

Kegiatan pengadaan obat melalui *e-katalog* dimulai dengan menyortir semua obat yang dalam dokumen RKO yang telah disusun oleh apoteker. Tujuan dari menyortir ini adalah untuk memilih obat mana yang tersedia dalam *e-katalog* dan obat mana yang tidak tersedia. Untuk obat yang tersedia maka kegiatan pengadaannya melalui *e-katalog*. Sementara obat yang tidak masuk dalam *e-katalog* akan diajukan pengadaannya melalui pembelian langsung atau tender. Proses pembelian langsung ini bergantung pada jumlah anggaran yang telah disiapkan. Dalam proses *e-katalog*, PPK dan Pejabat Pengadaan akan memilih penyedia yang memiliki stock obat sesuai kebutuhan, dan memiliki kualifikasi perusahaan yang sesuai. Setelah itu, akan dilanjutkan dengan proses pembayaran dan selanjutnya obat akan dikirim ke RSUD Waibakul. Sementara untuk kegiatan pembelian melalui tender (pembelian langsung), pengadaan obat sangat bergantung pada jumlah anggaran yang tersedia. Apabila anggaran yang tersedia di atas 200 juta rupiah maka dilakukan pengadaan melalui tender. Prosesnya dilakukan dengan mengunggah keterangan di sistem pengadaan bahwa rumah sakit membutuhkan obat. Rumah sakit akan memilih perusahaan yang memiliki kualifikasi sesuai dari setiap perusahaan yang tertarik melakukan pengadaan. Pembelian langsung juga dapat dilakukan apabila anggaran yang tersedia di bawah 200 juta. Biasanya pembelian obat dilakukan oleh seksi logistik dan diagnostik. Apoteker menuliskan formulir obat kosong dan melaporkan ke bagian logistik dan

diagnostik, lalu bagian tersebut yang akan melakukan pemesanan langsung ke Pedagang Besar Farmasi (PBF).

Anggaran yang disediakan untuk melakukan pengadaan obat rutin (tahunan) berasal dari APBD Pemerintah Daerah Sumba Tengah. Jumlah di tahun 2020 sebesar 2 milyar. Sedangkan untuk pengadaan obat yang bersifat *urgent* (obat yang dibutuhkan tiba-tiba dan obat di luar formularium nasional) berasal dari Pendapatan Asli Daerah (PAD) rumah sakit yang disediakan sebesar 360 juta untuk 1 tahunnya atau 30 juta setiap bulan. Jumlah dana yang disediakan masih dianggap kurang, karena anggaran tersebut tidak mampu menanggulangi kebutuhan obat selama 1 tahun. Saat ini, setiap terjadi masalah kekurangan obat, rumah sakit menanggulangi dengan dana *urgent*. Umumnya pemesanan obat ulang dilakukan apabila stok obat mendekati kosong. Prosesnya sama seperti yang telah dilakukan dalam pembelian langsung.

Penelitian ini juga menemukan bahwa masalah ketepatan waktu dalam pemesanan obat. Apabila kegiatan pengadaan obat melebihi waktu yang sudah disepakati, maka obat tersebut tidak akan dibayar. Meskipun demikian, terkadang pengadaan obat juga mengalami keterlambatan karena kendala transportasi baik transportasi udara maupun transportasi laut. Dalam proses pengadaan terdapat kesepakatan bahwa apabila dalam proses pengiriman barang yang diterima dalam keadaan rusak maka perusahaan harus mengembalikan obat yang rusak tersebut, kesepakatan tersebut dituangkan dalam dokumen pakta integritas. Masalah lainnya yang ditemukan adalah kekurangan anggaran. Jika terjadi kekurangan anggaran maka tim perencana, pejabat pengadaan dan apoteker akan berkoordinasi untuk memutuskan obat yang harus dikurangi jumlahnya. Kendala lainnya adalah misalnya jaringan internet yang dibutuhkan saat menggunakan *e-katalog*.

3. Penerimaan

Dalam proses penerimaan obat terdapat Panitia Penerima Hasil Pekerjaan (PPHP). Panitia tersebut bertanggung jawab menerima dan memeriksa obat kesesuaian jumlahnya, nomor batchnya, bahkan tanggal *expired date* apakah sesuai dengan faktur. Dari PPHP, obat diserahkan kepada Kepala Seksi Logistik dan Diagnostik. Kepala Seksi Logistik dan Diagnostik memeriksa lagi dan menyerahkan kepada Kepala Instalasi Farmasi dan diperiksa lagi kesesuaian barang yang diterima dengan faktur. Hal dibuktikan dari hasil wawancara dengan informan sebagai berikut:

“Penerimaan obat, disini kan ada alurnya, jadi yang terima duluan Kepala Seksi dulu, Kepala Seksi Logistik, dia hitung dulu terus serakan di saya, nanti sampai di saya, saya cek lagi nomor Batch, ED, biasanya ada, kayak di faktur begini sesuai tidak, nama barangnya sama, nomor Batchnya sama, ED sama, dia punya jumlah biasanya itu dicek.” (RRS)

Penerimaan obat dilaporkan sudah sesuai dengan kontrak permintaan/pemesanan baik itu dalam hal mutu, jumlah, dan waktu. Apabila jumlah obat yang dikirim tidak sesuai, maka pabrik atau perusahaan akan mengirim kembali obat tersebut pada kesempatan/periode berikutnya. Apabila nomornya *batch* obat berbeda dengan faktur atau *expired date* di bawah dua tahun, maka apoteker akan melakukan konfirmasi ke PPK. Selanjutnya, PPK akan meneruskan hal tersebut kepada pabrik obat dan pabrik obat akan mengirim ulang obat yang bermasalah tersebut. Kendala yang terjadi dalam proses penerimaan yaitu keterbatasan jumlah tenaga di Instalasi Farmasi. Tenaga yang berada di gudang obat hanya terdiri dari dua orang, yaitu kepala instalasi dan tenaga lulusan SMA. Apabila obat datang dalam jumlah yang besar

maka petugas akan kewalahan dalam pemeriksaan, terutama jika kiriman obat tiba di luar jam kerja.

4. Penyimpanan

Yang bertanggung jawab terhadap penyimpanan obat di gudang obat adalah kepala instalasi dan tenaga SMA. Pengaturan tata ruang penyimpanan obat di gudang obat dilakukan dengan memperhatikan suhu kamar. Terdapat ruangan khusus untuk obat-obat hasil pengadaan tahun 2014-2017. Juga tersedia lemari untuk obat narkotika dan psikotropika. Hal dibuktikan dari hasil wawancara dengan informan sebagai berikut:

“Iya, dia punya standar kan harus beda, tablet sendiri, sirup sendiri, injeksi sendiri, ada yang obat di kulkas, sendiri-sendiri to. Nah, tapi karena kita punya ruangan dan tadi karena tenaga itu belum pas/memadai dia punya penyimpanan, jadi kita masih campur-campur. Kayak 1 ruangan itu injeksi, sirup, salep, kita gabung, padahal sebenarnya tidak boleh, harus dipisah-pisah. Misalnya lemari tablet, harusnya tablet semua, tapi karena kita kurang lemari penyimpanan, kita gabung ada injeksi, salep, ada tablet. Suhu ruangan, iya, baru saja kita pasang AC, minggu lalu. Menurut saya sih sudah sesuai dia punya suhu penyimpanan, memang ada 1 ruangan yang belum pasang AC, yaitu ruangan tablet, tapi tablet pengadaan yang dari tahun 2017, disini memang ruangnya masih panas. Tapi kalau ruangan yang disini (pakai AC) suhunya sudah sesuai (sesuai standar). Oia kalau lemari ada 1 yang khusus, itu lemari narkotika, dia memang disitu khusus untuk obat-obat narkotika, psikotropika, ada di bawah tapi, di apotek.” (RRS)

Penyimpanan obat di lemari obat di RSUD Waibakul dilakukan dengan cara memisahkan obat berdasarkan tahun pengadaan dan jenisnya, suhu kamar, serta sistem penyimpanannya menggunakan FIFO (*First In First Out*), FEFO (*First Expire First Out*), dan sistem alfabetis. Yang bertanggung jawab terhadap pencatatan keluar masuknya obat adalah kepala instalasi sendiri. Pencatatan stok obat menggunakan kartu stok obat. Setiap obat yang keluar dan masuk akan dicatat tanggalnya dan sisa stoknya. Selain kartu stok obat, terdapat juga Surat Bukti Barang Keluar (SBBK). SBBK ini berguna untuk mencatat setiap obat yang keluar beserta tanggal pengeluaran dan sisa stok obat. Setiap bulan, petugas farmasi juga melakukan stok opname untuk menyesuaikan jumlah fisik obat dengan jumlah yang tertera di kartu stok. Untuk menjaga mutu obat dalam gudang, petugas memperhatikan kestabilan suhu ruangan, memperhatikan alas kardus obat (*pallet*), dan memisahkan obat berdasarkan jenisnya.

Hasil observasi menunjukkan bahwa sarana dan prasarana yang tersedia di gudang penyimpanan obat belum memadai. Rumah sakit belum memiliki ruangan penyimpanan tersendiri (gudang obat). Gudang obat yang ada saat ini merupakan bagian dari ruangan radiologi. Selain ruangan, lemari penyimpanan juga dinilai belum cukup. Beberapa obat dengan jenis yang berbeda masih digabungkan dalam satu lemari. Alat pendingin (AC) yang tersedia juga jumlahnya belum cukup untuk gudang obat. Masih ada ruangan yang belum memiliki AC. Kekurangan *pallet*, troli dan printer juga masih menjadi kendala dalam proses penyimpanan di gudang obat. Kurangnya pendinginan ruangan di ruangan penyimpanan obat berpotensi mempengaruhi mutu obat. Indikasi ini terlihat dari adanya kejadian beberapa obat-obat yang hancur dan pecah akibat suhu ruangan yang sangat tinggi.

5. Pendistribusian

Pendistribusian obat dimulai dari permintaan kebutuhan obat ke apotek dari ruangan-ruangan seperti poli rawat inap serta poli rawat jalan. Apotek kemudian melakukan permintaan obat ke gudang obat. Petugas gudang menyiapkan obat yang akan didistribusikan ke apotek dan mengisi kartu stok obat dan dilengkapi dengan SBBK. Petugas gudang akan mendistribusikan

obat ke apotek dan petugas apotek akan mendistribusikan obat ke ruangan-ruangan serta poli-poli. Hal dibuktikan dari hasil wawancara dengan informan sebagai berikut:

“Jadi dari apotek bikin permintaan ke kita, obat-obat habis, yang sering keluar, dorang bikin permintaan ke kita, dan kita di gudang sini cek mereka punya permintaan obat masih ada atau tidak, ambil satu-satu obat yang mereka butuh, lalu buat surat bukti barang keluar, terus dari gudang antar ke apotek, dari apotek mereka distribusikan ke ruangan-ruangan sesuai permintaan, sampai di bawah mereka tanda tangan SBBK, trus disini kita catat lagi barang yang keluar.” (RRS)

Mekanisme pendistribusian obat ke pasien menyesuaikan dengan resep dari dokter. Petugas apotek melayani sesuai dengan resep yang diberikan. Pendistribusian obat di setiap ruangan-ruangan atau poli-poli tidak menggunakan frekuensi melainkan berdasarkan atas permintaan. Dengan kata lain, tidak ada sistem *floor stock* di setiap ruangan. Berkas-berkas yang penting dalam pendistribusian obat adalah surat permintaan obat dari apotek ke gudang dan juga SBBK dari gudang untuk ditandatangani oleh petugas apotek. Kendala dalam pendistribusian obat adalah kurangnya tenaga dari ruangan-ruangan, sehingga biasanya yang mengambil obat bahkan mengantar ke ruangan adalah tenaga kebersihan ruangan.

6. Penghapusan/Pemusnahan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kegiatan pemusnahan obat telah dilakukan sekali pada tahun 2019. Proses penghapusan obat dilakukan setelah petugas gudang melaporkan obat-obat yang akan *expired date* dan rusak kepada apoteker sebagai penanggung jawab. Apoteker akan melaporkan kepada kepala seksi logistik dan diagnostik yang akan melanjutkan laporan ke kepala bagian penunjang, dan akan dilanjutkan lagi ke Direktur RSUD Waibakul. Setelah disetujui untuk dilaksanakan pemusnahan, maka akan dibuat berita acara dan diundang pihak inspektorat daerah, bagian keuangan, serta Dinas Kesehatan Kabupaten untuk menyaksikan pemusnahan bersama dengan petugas farmasi. Hal dibuktikan dari hasil wawancara dengan informan sebagai berikut:

“Jadi dari kita catat, kan setiap bulan ketika kita stok, kita catat obat-obat yang sudah ED, kita ada buku ED memang, jadi kita catat di buku ini, nama obat, nomor batchnya, ED nya kapan, jumlahnya berapa, kita pisahkan. Kalau sudah semua, misalnya kita mau pemusnahan obat bulan April, jadi semua obat yang sebelum April kita sudah catat, bikin berita acara, yang bikin berita acara kepala Seksi, trus panggil saksi.” (RRS)

Kriteria obat yang dimusnahkan/dihapuskan adalah obat-obat yang mendekati *expire date* dan obat-obat yang rusak. Berkas-berkas yang perlu dipersiapkan yaitu berita acara pemusnahan obat, surat persetujuan, serta daftar obat yang akan dilakukan pemusnahan. Kendala-kendala yang terjadi dalam hal pemusnahan obat yaitu kurang maksimalnya pencatatan sehingga terkadang ada obat *expired* yang masih tercecer. Selain masalah pencatatan, instalasi farmasi juga belum mempunyai ruangan khusus untuk obat *expired date* dan obat rusak. Saat ini, obat *expired date* dan obat rusak masih disimpan dalam ruangan yang sama dengan obat yang masih baik dan belum *expired*. Oleh karena, proses pemusnahan obat yang memakan waktu lumayan lama, mengakibatkan terjadi penumpukan sampah medis rumah sakit.

Pembahasan

Pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai merupakan suatu siklus kegiatan, dimulai dari pemilihan, perencanaan kebutuhan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pemusnahan dan penarikan, pengendalian, dan administrasi yang diperlukan bagi kegiatan pelayanan kefarmasian.¹

1. Perencanaan

Perencanaan kebutuhan obat merupakan kegiatan untuk menentukan jumlah dan periode pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan hasil kegiatan pemilihan untuk menjamin terpenuhinya kriteria tepat jenis, tepat jumlah, tepat waktu dan efisien. Perencanaan dilakukan untuk menghindari kekosongan obat dengan menggunakan metode yang dapat dipertanggungjawabkan. Dasar-dasar perencanaan obat yang telah ditentukan antara lain konsumsi, epidemiologi, kombinasi metode konsumsi dan epidemiologi dan disesuaikan dengan anggaran yang tersedia.¹

Berdasarkan hasil penelitian, kegiatan perencanaan obat di instalasi farmasi dilakukan setiap awal tahun berjalan untuk kebutuhan satu tahun ke depan. Sebelum menyusun persiapan perencanaan kebutuhan obat, terlebih dahulu menyiapkan hasil evaluasi tahunan ataupun laporan bulanan bidang kefarmasian, yang meliputi data stok persediaan tahun sebelumnya, data pemakaian obat yang paling sering atau data obat yang cepat keluar (*fast moving*) maupun yang lambat keluar (*slow moving*), serta data pola penyakit. Temuan ini mendukung hasil penelitian sebelumnya bahwa perencanaan persediaan obat menggunakan metode konsumsi yaitu dengan cara melihat konsumsi penggunaan tahun lalu dikombinasikan dengan trend penyakit dan permintaan dokter.⁴

Pemilihan obat dilakukan berdasarkan stok obat yang akan habis, obat yang paling dibutuhkan, pola penyakit yang ada, permintaan dokter, *e-katalog* serta standar pemerintah yakni formularium nasional sedangkan penentuan kebutuhan obat menggunakan metode konsumsi dan metode epidemiologi. Penyusunan perencanaan kebutuhan obat dilakukan setelah tim farmasi berkonsultasi dengan dokter spesialis maupun dokter umum. Hal ini dilakukan karena dokter sering tidak meresepkan obat yang sudah ada/dipesan, melainkan meresepkan obat yang lebih disukai oleh dokter tersebut. Selanjutnya apoteker akan membuat rekapitulasi obat-obat yang akan dibutuhkan dalam periode satu tahun ke depan. Daftar obat tersebut diserahkan ke seksi logistik dan diagnostik untuk direncanakan pengadaannya. Temuan penelitian sebelumnya menemukan bahwa dalam proses perencanaan dimulai dengan pengusulan permintaan dari dokter dan bagian medis kemudian dilakukan seleksi dari permintaan dokter tersebut. Proses perencanaan obat melibatkan kepala instalasi farmasi dan dokter. Realitas ini sesuai dengan pedoman atau dasar dalam penyusunan perencanaan kebutuhan obat formularium nasional, kebutuhan obat dan pemakaian sebelumnya.⁵ Temuan ini juga sejalan dengan hasil penelitian lainnya di mana pemilihan obat didasarkan pada formularium rumah sakit yang disesuaikan dengan formularium nasional, meski pemilihan obat juga terkadang tidak sesuai dengan formularium apabila resep yang ditulis dokter tidak terdapat dalam formularium nasional. Perhitungan kebutuhan obat menggunakan metode konsumsi dan morbiditas.⁶

Penelitian ini menemukan bahwa perencanaan obat sudah sesuai Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit sebagaimana yang tercantum dalam Permenkes No.72 Tahun 2016. Akan tetapi, perencanaan obat ini belum efektif karena ditemukan berbagai kendala dalam prosesnya. Kendala yang pertama yaitu disebabkan karena jumlah anggaran yang belum sesuai untuk memenuhi kebutuhan obat selama satu tahun di Instalasi Farmasi RSUD Waibakul. Kendala yang kedua adalah terjadinya pergantian dokter, mengakibatkan kebutuhan obatnya juga berbeda dengan dokter sebelumnya. Artinya dalam meresepkan obat, dokter baru

tidak menyesuaikan dengan formularium nasional. Terkadang dokter menuliskan jenis obat (merk obat) yang sebelumnya tidak pesan oleh pihak kefarmasian dan tidak tersedia di instalasi farmasi. Kendala yang ketiga yaitu perencanaan yang menggunakan metode konsumsi terkadang tidak sesuai dengan kebutuhan obat di tahun berikutnya, sehingga obat sering kosong dan ada yang juga mengalami *over stock*. Akibatnya obat-obat tersebut tidak digunakan dan akhirnya menjadi obat kadaluarsa. Penelitian sebelumnya menyatakan hal yang sama yaitu bahwa pergantian dokter ahli setiap bulan sangat berpengaruh terhadap persepsian yang harus disesuaikan dengan masing-masing dokter.⁷ Dalam mengatasi kekosongan obat yang sering terjadi di Instalasi Farmasi RSUD Waibakul, pihak farmasi biasanya melakukan peminjaman obat, baik itu Dinas Kesehatan, Puskesmas, maupun RSUD Kabupaten Sumba Barat. Untuk mengatasi masalah perbedaan kebutuhan obat dokter, pihak RSUD telah menyiapkan anggaran khusus untuk menanggulangi masalah tersebut, sehingga ketika ada obat yang dibutuhkan dokter namun tidak tersedia di rumah sakit, maka seksi logistik dan diagnostik akan melakukan pengadaan.

2. Pengadaan

Pengadaan merupakan kegiatan yang dimaksudkan untuk merealisasikan perencanaan kebutuhan. Pengadaan yang efektif harus menjamin ketersediaan, jumlah, dan waktu yang tepat dengan harga yang terjangkau dan sesuai standar mutu. Pengadaan dapat dilakukan melalui pembelian, produksi sediaan farmasi, dan sumbangan/*dropping*/hibah¹.

Penelitian menunjukkan bahwa pengadaan obat di Instalasi Farmasi RSUD Waibakul, dilakukan melalui dua cara yaitu sistem *e-katalog* untuk kebutuhan obat tahunan dan sistem tender atau pembelian langsung apabila obat akan habis atau berdasarkan kebutuhan. Pengadaan obat dilakukan oleh tim dari luar rumah sakit yaitu tim PPK dan Pejabat Pengadaan dari Dinas Kesehatan. Pengadaan *e-katalog* dimulai dengan PPK atau Pejabat Pengadaan menginput kebutuhan obat-obat berdasarkan *e-katalog*. Setelah mendapatkan distributor atau perusahaan yang sesuai dengan kriteria yang dibutuhkan rumah sakit, maka proses pembelian akan disetujui dan obat akan dikirim ke rumah sakit. Untuk pembelian langsung, petugas farmasi membuat nota pesanan obat-obat yang habis dan menyerahkan kepada kepala seksi logistik. Kepala seksi logistik akan meminta persetujuan (tanda tangan) direktur rumah sakit dan kepala kefarmasian. Setelah itu, kepala seksi logistik akan melakukan pemesanan dengan jalur pengadaan langsung dengan menghubungi PBF. Pengadaan obat menggunakan anggaran yang berasal dari APBD Pemerintah Daerah Sumba Tengah. Jumlah yang disediakan sebesar 2 milyar, dan Pendapatan Asli Daerah (PAD) rumah sakit sebesar 360 juta untuk satu tahun (30 juta/bulan). Penelitian sebelumnya juga menegaskan hal serupa yakni pengadaan obat dilakukan menggunakan sistem *e-purchasing* dan tender. Kegiatan pengadaan umumnya dilakukan sekali dalam setahun yakni pada awal tahun. Namun jumlah kegiatan pengadaan bisa berubah tergantung pada pergerakan obat.⁸

Proses pengadaan obat di Instalasi Farmasi RSUD Waibakul sudah sesuai dengan Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit dalam Permenkes No.72 Tahun 2016. Namun, ditemukan beberapa kendala yakni anggaran yang telah disediakan untuk pengadaan obat masih dianggap kurang sehingga tidak mampu menanggulangi kebutuhan obat selama satu tahun. Kendala lainnya adalah kurangnya koordinasi antara petugas farmasi atau apoteker rumah sakit dengan tim PPK dan pejabat pengadaan yang berasal dari luar organisasi rumah sakit terutama dalam hal memutuskan obat-obat yang harus dikurangi jumlahnya. Kendala lainnya adalah jaringan internet yang belum stabil di wilayah RSUD Waibakul, sehingga dalam penggunaan *e-katalog* belum maksimal. Temuan-temuan ini mendukung temuan penelitian sebelumnya mengenai hambatan pengadaan obat yaitu menyatakan bahwa ketidakjelasan koordinasi akibat belum adanya bagan struktur organisasi pengadaan obat, terbatasnya tenaga kefarmasian

sebagai pejabat pengadaan obat, dan inefisiensi anggaran karena pengadaan langsung akibat proses *e-purchasing* yang gagal.⁹ Penelitian lain juga menemukan bahwa pengadaan obat belum berjalan dengan baik dikarenakan respon yang lama dari pihak penyedia barang karena obat yang tidak tersedia di *e-katalog*, *loading* sistem yang lama, produk yang tercantum di *e-katalog* kosong, informasi pada sistem terkadang tidak muncul, keterlambatan pengiriman obat dan pengiriman faktur yang mendekati jatuh tempo oleh pihak rekanan yang dapat mengakibatkan ketertundaan pembayaran oleh rumah sakit.¹⁰

3. Penerimaan

Kegiatan penerimaan bertujuan untuk memastikan keadaan barang yang diterima sesuai dengan yang tertera di surat pesanan ataupun kontrak meliputi jenis, spesifikasi, jumlah, mutu, waktu penyerahan, dan harga barang.¹

Penerimaan dan pemeriksaan obat dilakukan oleh Panitia Penerima Hasil Pekerjaan (PPHP), dan kepala seksi logistik dan diagnostik. Pemeriksaan dilakukan dengan cara mengecek kesesuaian nota pembelian dan faktur barang beserta dengan keadaan fisik barang, untuk mencocokkan jumlah dan jenis barang yang datang berdasarkan surat pesanan. Obat yang sudah diperiksa oleh PPHP dan kepala seksi logistik dan diagnostik akan diserahkan ke gudang obat yang diterima oleh kepala instalasi farmasi dan dilakukan pemeriksaan nomor *batch*, tanggal kadaluarsa obat, serta jumlah dan jenis obat. Ketika selesai pemeriksaan obat dan didapati ketidaksesuaian keadaan fisik dengan nota pesanan dan fakturnya, kepala instalasi farmasi akan melaporkan kepada kepala seksi logistik dan diagnostik. Selanjutnya, laporan akan dilanjutkan ke bagian pengadaan untuk ditindaklanjuti. Untuk obat yang telah diperiksa dan telah sesuai, maka obat akan dilanjutkan pada proses penyimpanan. Penelitian sebelumnya juga menemukan bahwa proses penerimaan dan pemeriksaan barang dilakukan oleh panitia penerimaan barang yang terdiri dari petugas gudang, petugas farmasi dan logistik. Panitia penerima dan pemeriksa barang mencocokkan jumlah dan jenis barang yang dipesan dengan barang yang datang, sesuai dengan aturan kefarmasian yang mana mengikuti aturan akreditasi rumah sakit.¹¹ Penelitian lainnya menjelaskan hal yang sama bahwa pada penerimaan barang selalu terdapat panitia penerimaan barang baik itu medis maupun non-medis untuk melakukan pemeriksaan jumlah, jenis, tanggal kadaluarsa, dan kesesuaian nota pesanan, kemudian dilakukan penyimpanan.¹²

Secara umum, proses penerimaan sudah sesuai dengan standar prosedur operasional penerimaan obat di Instalasi Farmasi RSUD Waibakul, namun belum berjalan efektif. Kendala yang terjadi dalam proses penerimaan yaitu kurangnya tenaga kerja. Petugas di gudang obat terbatas dan hanya terdapat dua orang yaitu Kepala Instalasi Farmasi, dan tenaga SMA sehingga dalam proses pemeriksaan obat yang jumlahnya besar petugas merasa kewalahan terutama jika kedatangan kiriman obat terjadi di luar jam kerja petugas.

4. Penyimpanan

Penyimpanan adalah suatu kegiatan menyimpan dan memelihara dengan cara menempatkan obat-obat yang diterima pada tempat yang dinilai aman dari pencurian serta gangguan fisik yang dapat merusak mutu obat.¹³

Penelitian ini menemukan bahwa fasilitas penyimpangan obat didukung dengan adanya pengaturan suhu kamar, penyiapan ruangan khusus untuk obat-obat pengadaan tahun 2014-2017, dan juga terdapat lemari untuk obat narkotika dan psikotropika. Pengaturan obat di lemari, menggunakan sistem FIFO (*First In First Out*), FEFO (*First Expired First Out*), Sistem Alfabetis. Penyimpanan juga didasarkan pada tahun pengadaan dan jenis obat. Temuan ini mendukung temuan penelitian sebelumnya di Instalasi Farmasi RS Islam Siti Aisyah Madiun bahwa metode penyimpanan obat yang digunakan di gudang farmasi disusun berdasarkan abjad dan penyimpanan di ruangan disusun berdasarkan farmakologi dengan menggunakan prinsip

FEFO/FIFO.¹⁴ Penelitian lainnya di Instalasi Farmasi UPT RS Mata Masyarakat Jawa Timur juga mendukung penelitian ini bahwa dalam penyimpanan obat. Diterapkan metode FIFO dan FEFO serta meletakkan perbekalan farmasi sesuai dengan urutan abjad nama perbekalan sehingga lebih mudah dalam mencari. Selain itu dalam setiap rak obat juga diletakkan kartu stok obat.¹⁵

Dalam pencatatan keluar masuk obat kepala instalasi bertanggung jawab sendiri akan hal tersebut. Pencatatan dilakukan dengan menggunakan kartu stok obat yang terdapat pada setiap obat. Semua obat yang keluar atau masuk, akan dicatat tanggalnya serta sisa stok obat tersebut. Selain kartu stok obat juga terdapat SBBK (Surat Bukti Barang Keluar) untuk mencatat setiap obat yang keluar dari gudang obat, yang disertai dengan tanggal pengeluaran dan sisa stok obat. Temuan penelitian ini mendukung penelitian sebelumnya di Instalasi Farmasi RSUD Naibonat bahwa kartu stok disediakan per item obat dan diletakkan di samping obat. Pada kolom kartu stok obat terdapat nama barang, kemasan, sumber asal perbekalan farmasi atau kepada siapa perbekalan farmasi dikirim, nomor *batch*, tanggal kadaluarsa, tanggal penerimaan, tanggal pengeluaran, jumlah penerimaan, jumlah pengeluaran, sisa stok.¹⁶

Permenkes No. 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit menjelaskan bahwa instalasi farmasi harus dapat memastikan bahwa obat disimpan secara benar dan diinspeksi secara periodik. Hal ini juga dilakukan di Instalasi Farmasi RSUD Waibakul. Setiap sekali setahun petugas gudang akan melakukan *stock opname* untuk mengecek jumlah fisik obat dengan jumlah yang tertera pada kartu stok. Untuk menjaga mutu obat dalam gudang, petugas gudang menggunakan pendingin ruangan (AC) agar suhu di ruangan penyimpanan selalu terjaga meskipun jumlahnya belum maksimal. Penggunaan *pallet* juga digunakan untuk menjaga mutu obat, sehingga obat tidak langsung bersentuhan dengan lantai. Selain itu juga dengan memisahkan obat berdasarkan jenisnya.

Penyimpanan obat di gudang obat Instalasi Farmasi RSUD Waibakul belum mencapai standar. Masih banyak sarana dan prasarana yang belum memadai. Lemari obat yang belum cukup, sehingga masih ada obat yang bercampur dengan jenis lainnya. Kurangnya pendingin ruangan menyebabkan obat-obat yang tidak tahan suhu panas menjadi rusak. Kurangnya tenaga pengelola di gudang obat menyebabkan masih banyak kardus obat yang tercecer dan belum dirapikan. Kurangnya ruangan untuk menyimpan obat kadaluarsa dan obat rusak, sehingga masih banyak obat kadaluarsa dan rusak disimpan di ruangan penyimpanan obat yang masih layak. Kurangnya *pallet* untuk menyimpan kardus obat, menyebabkan masih ada obat-obat yang disimpan langsung di lantai. Kurangnya troli dan printer juga merupakan kendala di ruangan penyimpanan. Selain itu, kendala utama dalam penyimpanan obat yaitu RSUD Waibakul belum memiliki gudang obat sendiri sehingga gudang yang saat ini digunakan merupakan bagian dari gedung radiologi.

5. Pendistribusian

Distribusi merupakan suatu rangkaian kegiatan dalam rangka menyalurkan/menyerahkan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dari tempat penyimpanan sampai kepada unit pelayanan/pasien dengan tetap menjamin mutu, stabilitas, jenis, jumlah, dan ketepatan waktu.¹

Pendistribusian obat yang dilakukan di Instalasi Farmasi RSUD Waibakul didasarkan atas permintaan apotek. Apotek membuat surat permintaan, baik itu permintaan dari ruangan-ruangan ataupun poli-poli maupun permintaan apotek sendiri yang telah ditandatangani oleh petugas apotek, dan diserahkan kepada gudang obat. Gudang obat menyerahkan obat-obat sesuai dengan permintaan apotek disertai pengisian kartu stok dan SBBK yang akan ditandatangani oleh kepala instalasi, petugas apotek dan kepala seksi logistik dan diagnostik. Selanjutnya apotek akan menyalurkan obat-obat ke ruangan ataupun poli-poli dan kepada

pasien. Mekanisme pendistribusian obat ke pasien rawat jalan didasarkan atas resep dokter yang diserahkan kepada apotek oleh pasien. Untuk pasien rawat inap, perawat memberikan resep dokter ke apotek, dan apotek melayani sesuai permintaan. Hasil penelitian ini mendukung temuan penelitian sebelumnya di Instalasi farmasi RSUD Malingping bahwa langkah-langkah pendistribusian obat diawali dengan permintaan dari ruangan ke bagian distribusi. Bagian distribusi merekapitulasi permintaan obat dan alat kesehatan ruangan kemudian dilakukan permintaan ke gudang farmasi. Gudang farmasi menyerahkan kepada distribusi yang akan dikeluarkan ke masing-masing ruangan.¹⁷

Pendistribusian obat yang dilakukan Instalasi Farmasi RSUD Waibakul tidak menggunakan sistem *floor stock* yaitu ruangan-ruangan menyimpan stok obat sendiri. Gudang obat mendistribusikan obat berdasarkan kebutuhan atau permintaan. Hal ini dilakukan karena di instalasi farmasi baru saja dilakukan akreditasi rumah sakit yang mengharuskan untuk tidak dilakukan sistem *floor stock* mengingat kelemahan sistem ini yaitu adanya kemungkinan kesalahan dalam pemberian resep ataupun dosis oleh perawat kepada pasien karena tidak diperiksa lagi oleh petugas farmasi sementara di saat yang sama jumlah petugas farmasi terbatas. Dalam pendistribusian obat dilakukan pemantauan dan pencatatan oleh petugas gudang dan juga Kepala Seksi Logistik dan Diagnostik. Berkas-berkas yang perlu diperhatikan dalam proses pendistribusian adalah surat permintaan dari apotek ke gudang juga SBBK dari gudang. Temuan penelitian ini mendukung hasil penelitian sebelumnya di Instalasi Rawat Inap RSU Kota Tangerang Selatan yang menyatakan bahwa dalam kegiatan pendistribusian dilakukan pencatatan pada saat pengeluaran obat dimulai dari pencatatan pada buku fisik barang oleh unit yang membutuhkan kemudian melakukan pencatatan pada tiap kartu stok obat yang akan dikeluarkan. Selanjutnya petugas membuat SBBK atau surat mutasi yang akan diparaf oleh petugas yang mengambil barang.¹⁸ Secara umum, pendistribusian obat yang dilakukan di Instalasi Farmasi RSUD Waibakul sudah sesuai Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit dalam Permenkes No.72 Tahun 2016, namun masih terdapat kendala yaitu kurangnya tenaga pengelola. Kurangnya tenaga pengelola ini mengakibatkan proses pendistribusian obat dilakukan oleh petugas kebersihan (*cleaning service*).

6. Penghapusan

Pemusnahan dilakukan untuk sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai apabila produk tidak memenuhi persyaratan mutu, telah kadaluarsa, tidak memenuhi syarat untuk dipergunakan dalam pelayanan kesehatan atau kepentingan ilmu pengetahuan, dan dicabut izin edarnya¹. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kegiatan pemusnahan obat di RSUD Waibakul sudah pernah dilakukan sekali pada tahun 2019. Pemusnahan dilakukan terhadap obat-obat yang rusak dan sudah atau mendekati masa *expired date*. Proses pemusnahan obat dimulai dari pemisahan obat-obat yang telah rusak dan kadaluarsa yang tidak dapat dikembalikan ke supplier oleh petugas gudang melaporkannya kepada apoteker sebagai penanggung jawab. Laporan tersebut ditandatangani oleh Kepala Instalasi dan dilaporkan ke kepala seksi logistik dan diagnostik, kepala seksi logistik dan diagnostik akan melaporkan kepada kepala bagian penunjang, dan kepala bagian penunjang akan melaporkan kembali direktur. Setelah direktur menyetujui, kepala instalasi farmasi akan membuat berita acara dan berkoordinasi dengan bagian Penunjang untuk menentukan jadwal pemusnahan. Pemusnahan disaksikan oleh pihak-pihak terkait seperti inspektorat daerah, bagian keuangan dan dinas kesehatan kabupaten. Penelitian sebelumnya juga menemukan bahwa penghapusan obat-obatan dimulai dengan proses pembuatan daftar obat yang kadaluarsa atau rusak oleh petugas gudang dan ditandatangani oleh kepala instalasi farmasi. Selanjutnya, daftar obat dibuatkan surat usulan penghapusan ke direktur utama dan akan disampaikan ke Kemenkes dan Kementerian Keuangan. Apabila persetujuan dari dua kementerian sudah diperoleh, maka pihak rumah sakit

akan menyurat ke BPOM untuk melakukan pemusnahan sehingga petugas dari BPOM datang sebagai saksi dalam proses pemusnahan atau penghapusan baik dengan cara ditanam maupun dibakar.¹⁹

Berkas-berkas yang perlu dipersiapkan untuk melakukan pemusnahan yaitu berita acara pemusnahan, surat persetujuan, dan daftar obat yang akan dilakukan pemusnahan. Pemusnahan obat dilakukan di lokasi RSUD Waibakul, karena RSUD Waibakul mempunyai incinerator sendiri. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menemukan bahwa penghapusan alat dan obat kontrasepsi dilakukan dengan mengecek terlebih dahulu barang yang telah rusak, kadaluarsa, atau mengalami cacat dan dilaporkan kepada kepala keuangan dan Barang Milik Negara (BMN) selaku pihak yang bertanggung jawab terhadap barang milik negara. Kemudian, panitia penghapusan dibentuk dan tempat dan waktu penghapusan ditetapkan berdasarkan surat berita acara. Pemusnahan dilakukan dengan cara dibakar, digiling, dan dikubur.²⁰

Secara umum, proses pemusnahan obat di Instalasi Farmasi RSUD Waibakul sudah sesuai Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit dalam Permenkes No.72 Tahun 2016. Namun, terdapat kendala yaitu kurang maksimalnya pencatatan obat-obat kadaluarsa sehingga terkadang masih terdapat obat kadaluarsa yang tidak tercatat, masih tercecer di ruangan penyimpanan obat. Kendala lainnya adalah ruangan penyimpanan obat yang masih kurang. Saat ini belum tersedia ruangan khusus untuk penyimpanan obat kadaluarsa dan obat rusak. Obat kadaluarsa masih digabung dengan obat yang masih digunakan. Proses pemusnahan obat yang memakan waktu lumayan lama, mengakibatkan terjadi penumpukan sampah medis rumah sakit.

Kesimpulan

Kegiatan manajemen logistik obat yaitu tahap perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, dan penghapusan/pemusnahan obat yang dilakukan di Instalasi Farmasi RSUD Waibakul Kabupaten Sumba Tengah sudah sesuai dengan Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit dalam Permenkes No.72 Tahun 2016, namun belum efektif dikarenakan terdapat kendala dalam setiap tahap manajemen. Dalam kegiatan perencanaan, yaitu jumlah anggaran yang belum sesuai, pergantian dokter yang mempengaruhi persepan obat, dan kurang efektifnya penggunaan metode konsumsi. Kendala dalam pengadaan yaitu bahwa anggaran masih kurang untuk kebutuhan obat setahun, tim pengadaan bukan dari RSUD Waibakul. Selain itu jaringan internet yang belum stabil di wilayah RSUD Waibakul. Kendala yang terjadi dalam proses penerimaan yaitu kurangnya petugas, dan waktu tiba obat yang diluar jam kerja. Dalam penyimpanan obat, selain petugas yang terbatas, sarana dan prasarana dalam gudang obat juga belum mencapai standar. Lemari obat yang belum cukup, kurangnya pendingin ruangan, kurangnya lemari pendingin, kurangnya ruangan untuk menyimpan obat kadaluarsa dan obat rusak, kurangnya *pallet* untuk menyimpan kardus obat, kurangnya troli dan printer, dan kendala utamanya adalah rumah sakit belum memiliki gudang obat sendiri. Kendala yang terjadi dalam pendistribusian yaitu kurangnya petugas. Selanjutnya, dalam pemusnahan terdapat kendala yakni kurang maksimalnya pencatatan obat-obat kadaluarsa, dikarenakan ruangan penyimpanan obat yang masih kurang. Selain itu proses pemusnahan obat yang memakan waktu lumayan lama, mengakibatkan terjadi penumpukan sampah medis rumah sakit. Instalasi Farmasi RSUD Waibakul perlu meningkatkan sarana dan prasarana dan jumlah SDM, serta memperhatikan agar dalam pengadaan tim yang terlibat saling berkoordinasi dengan baik.

Daftar Pustaka

1. Kemenkes. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian. Peratur Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016. 2016;4–13.
2. Seto S. Manajemen Farmasi. Surabaya: Airlangga University Press; 2004. 88 p.
3. Gusnawani. Analisis Pengelolaan Manajemen Logistik Obat di Instalasi Farmasi Rsud Lanto Daeng Pasewang Kabupaten Jeneponto Tahun 2016. Al-Sihah Public Heal Sci J [Internet]. 2016;10(1):37–47. Available from: <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/Al-Sihah/article/download/5418/4799>
4. Hasratna. Gambaran Pengelolaan Persediaan Obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Muna Tahun 2016. Sanctuary [Internet]. 2016;168–206. Available from: <http://ojs.uho.ac.id/index.php/JIMKESMAS/article/download/1315/954>
5. Bachtiar MAP, Germas A, Andarusito N. Analisis Pengelolaan Obat di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jantung Bina Waluya Jakarta Timur. MARSII [Internet]. 2019;3(2):119–30. Available from: <http://ejournal.urindo.ac.id/index.php/MARSII/article/view/545/524>
6. Nurlinda. Studi tentang Manajemen Pengelolaan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Pangkep. 2017; Available from: <http://digilib.unhas.ac.id/opac/detail-opac?id=33047>
7. Nesi G, Kristin E. Evaluasi Perencanaan Dan Pengadaan Obat di Instalasi Farmasi RSUD Kefamenanu Kabupaten Timor Tengah Utara. JKKI. 2018;
8. Husain NI. Gambaran Pengelolaan Persediaan Obat di Gudang Farmasi RSUD Syekh Yusuf Gowa Tahun 2017 [Internet]. Universitas Islam Negeri Alauddin; 2017. Available from: <http://repositori.uin-alauddin.ac.id/12524/>
9. Saputra WA, Puspendari DA, Kurniawan MF. Evaluasi Pengadaan Obat dengan E-Purchasing melalui E-Catalogue di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2017 – 2018. JKKI [Internet]. 2019;8(3):113–20. Available from: <https://jurnal.ugm.ac.id/jkki/article/view/47800>
10. Karimah C, Arso SP, Kusumastuti W. Analisis Pengelolaan Obat pada Tahap Pengadaan di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang. J Kesehat Masy [Internet]. 2020;8(2):182–7. Available from: <http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm>
11. Hardiyanti. Manajemen Obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Daerah Andi Makkasau Kota Parepare Tahun 2018 [Internet]. Journal of Linguistics. Universitas Hassanuddin; 2018. Available from: http://digilib.unhas.ac.id/uploaded_files/temporary/DigitalCollection/ODI3YjgzMDU5NzNjMTYxY2EwMzk0Nzg0ZWl4N2FhNDlhYTZiMmQ5Mw==.pdf
12. Liwu I, Kristanto EG, Tambun JG. Analisis Distribusi Obat pada pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. J Biomedik [Internet]. 2017;9(72):40–5. Available from: <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/biomedik/article/viewFile/15383/14930>
13. Muntasir. Manajemen Logistik Kesehatan. Jawa Barat: Penerbit Nusa Litera Inspirasi; 2019.
14. Kurniawati E. Analisis Manajemen Logisik Obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Siti Aisyah Madiun Tahun 2017 [Internet]. Skripsi STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun. STIKES Bhakti Husada Mulia Madiun; 2017. Available from: <http://repository.stikes-bhm.ac.id/70/1/9.pdf>

15. Hadidah IS. Faktor Penyebab Kejadian Stagnant dan Stockout di Instalasi Farmasi UPT Rumah Sakit Mata Masyarakat Jawa Timur. *J Manaj Kesehat Yayasan RSDr Soetomo* [Internet]. 2016;2(2):110–7. Available from: <http://jurnal.stikes-yrsds.ac.id/index.php/JMK/article/download/56/54>
16. Seno Y. Sistem Penyimpanan Obat di Gudang Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Daerah Naibonat. *Karya Tulis Ilmiah farmasi. Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang*; 2018.
17. Rusdiana N, Saputra B, Noviyanto F, Tinggi S, Muhammadiyah F. Alur Distribusi Obat dan Alat Kesehatan Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Daerah Malingping. *Farmagazine* [Internet]. 2015;2(1):24–9. Available from: <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/56145739/17-43-1-PB.pdf>
18. Rahmayanti V. Gambaran Sistem Distribusi Obat dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kota Tangerang Selatan [Internet]. *Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah*; 2017. Available from: http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/36640/1/Vira_Rahmayanti-FKIK.pdf
19. Fathurrahmi. Manajemen Pengelolaan Logistik Obat di Instalasi Farmasi RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar [Internet]. *Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar*; 2019. Available from: <http://repositori.uin-alauddin.ac.id/id/eprint/16308>
20. Kohar Marisco, Mandagi Chreisy K.F KGE. Gambaran Pengelolaan Alat dan Obat Kontrasepsi di Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Provinsi Sulawesi Utara Tahun 2018. *Kesmas Indones* [Internet]. 2018;7(5):6. Available from: <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/kesmas/article/view/22105/21806>

GAMBARAN PELAKSANAAN PROGRAM SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT DI DESA OELPUAH KECAMATAN KUPANG TENGAH

Megy Justin Ballbesy^{1*}, Soni Doke², Ribka Limbu³

¹Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, FKM Universitas Nusa Cendana

²Bagian Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja, FKM Universitas Nusa Cendana

³Bagian Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, FKM Universitas Nusa Cendana

*Korespondensi: megylumy83@gmail.com

Abstract

Community-Based Total Sanitation (STBM) is an approach and paradigm for sanitation development in Indonesia that emphasizes the principle of non-subsidies through community empowerment in order to build hygienic and sanitary behavior. Indonesia generally has low coverage of basic sanitation facilities. One of the areas in East Nusa Tenggara Province that has become a priority for STBM Program implementation is Oelpuah Village, Central Kupang District, located in Kupang Regency. The problem in Oelpuah Village is the lack of knowledge in the community related to hygiene and sanitation. The purpose of this research was to get an overview of the implementation of the five pillars of STBM in Oelpuah Village, Central Kupang District in 2020. This research was descriptive. The research was carried out in five hamlets in Oelpuah Village. The sample was selected by random method. The population in this study were all 354 family heads in Oelpuah Village and the sample in this study were 188 heads of households. The results showed that Pillar I, IV, and V were categorized as not implemented Pillar II and III were included in the criteria for implementation.

Keywords: Community Based Total Sanitation.

Abstrak

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) merupakan pendekatan dan paradigma pembangunan sanitasi di Indonesia yang mengedepankan prinsip non subsidi melalui pemberdayaan masyarakat dalam rangka membangun perilaku yang higienis dan saniter. Salah satu wilayah di Provinsi Nusa Tenggara Timur yang menjadi prioritas pelaksanaan Program STBM adalah Desa Oelpuah, Kecamatan Kupang Tengah yang terletak di Kabupaten Kupang. Permasalahan di Desa Oelpuah adalah pelaksanaan 5 (lima) pilar STBM belum maksimal diterapkan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran pelaksanaan Pilar I, II, III, IV dan V di Desa Oelpuah Kecamatan Kupang Tengah Tahun 2020. Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif yang mana penelitian dilaksanakan di 5 dusun yang berada di Desa Oelpuah. Penentuan jumlah sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik sampling menggunakan metode acak sederhana. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh kepala keluarga yang ada di Desa Oelpuah sebanyak 354 kepala keluarga dan sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 188 KK. Hasil penelitian menunjukkan pelaksanaan Pilar I masuk dalam kriteria tidak terlaksana, Pilar II masuk dalam kriteria terlaksana, Pilar III masuk dalam kriteria terlaksana, Pilar IV masuk dalam kriteria tidak terlaksana dan Pilar V masuk dalam kriteria tidak terlaksana.

Kata kunci: Gambaran, Sanitasi Total Berbasis Masyarakat

Pendahuluan

STBM merupakan pendekatan dan paradigma pembangunan sanitasi di Indonesia yang mengedepankan prinsip non subsidi melalui pemberdayaan masyarakat untuk membangun perilaku yang higienis dan saniter.¹ Pendekatan yang dipakai untuk terwujudnya STBM di masyarakat adalah dengan menetapkan 5 (lima) pilar yaitu: Stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS), Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), Pengelolaan Air Minum dan Makanan di Rumah Tangga (PAM-RT), Pengamanan Sampah Rumah Tangga (PSRT), dan Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga (PLCRT).²

Pelaksanaan STBM di Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) menjadi prioritas utama dalam program pemerintah untuk menurunkan angka kesakitan penyakit berbasis lingkungan. Data menunjukkan bahwa Provinsi NTT memiliki angka cakupan sanitasi yang terendah jika dibandingkan dengan provinsi lain di Indonesia termasuk Provinsi Papua dan Papua Barat. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) menunjukkan bahwa hanya 22% rumah tangga yang memiliki jamban keluarga yang memenuhi syarat dan umumnya sebanyak 53% rumah tangga memiliki jamban yang tidak memenuhi syarat sedangkan sisanya $\pm 25\%$ tidak memiliki jamban keluarga. Hasil Riskesdas 2013, menunjukkan bahwa perilaku Buang Air Besar (BAB) di jamban pada penduduk ≥ 10 tahun sudah mencapai angka 88,2%, sedangkan untuk Balita proporsi penggunaan jamban baru mencapai 40,6%.³ Rendahnya proporsi ini disebabkan karena kurangnya pengetahuan dari masyarakat tentang hygiene dan sanitasi serta masih ada pandangan dari masyarakat yang menganggap bahwa untuk membangun jamban yang memenuhi syarat kesehatan membutuhkan biaya yang mahal.

Berdasarkan analisis gap capaian dan target STBM Kabupaten Kupang diidentifikasi enam isu strategis yang menjadi tantangan besar dalam konteks pencapaian target program. Keenam isu strategis tersebut adalah: STBM belum menjadi isu prioritas; kurangnya pemahaman masyarakat tentang STBM; masyarakat masih tergantung pada bantuan luar; STBM tidak menarik bagi pemberitaan media massa; dukungan partai politik dalam penganggaran STBM; dan standarisasi jamban sehat yang terlalu tinggi dari pemerintah pusat. Saat ini, fokus pengembangan program STBM Kabupaten Kupang dilakukan untuk mencari solusi untuk mengatasi keenam isu strategis bersama-sama dengan seluruh pemangku kepentingan STBM.

Salah satu wilayah di NTT yang menjadi prioritas pelaksanaan Program STBM adalah Kecamatan Kupang Tengah yang terletak di Kabupaten Kupang. Data Badan Pusat Statistik menunjukkan bahwa wilayah dengan luas 94,79 km² memiliki delapan desa/kelurahan yaitu Oelnasi, Oelpuah, Oebelo, Noelbaki, Tarus, Penfui Timur, Mata Air dan Tanah Merah dengan jumlah penduduk sebanyak 53.695 jiwa.⁴ Berdasarkan data kepemilikan jamban dari Puskesmas Tarus, Desa Oelpuah hanya memiliki 202 jamban keluarga dari total 354 Kepala Keluarga (KK). Dari hasil studi pendahuluan di RT 10 dan 11 RW 13 diketahui bahwa dari 54 KK yang ada di wilayah tersebut, hanya 14 KK yang memiliki jamban.⁵ Berdasarkan hasil wawancara dengan tokoh masyarakat di Desa Oelpuah, Kecamatan Kupang Tengah terungkap beberapa permasalahan terkait kepemilikan jamban. Masalah pertama adalah tingkat pengetahuan keluarga masih rendah sehingga sulit mengakses ilmu pengetahuan tentang penerapan perilaku hidup bersih dan sehat pada lingkup rumah tangga. Masalah kedua adalah rendahnya kesadaran hidup sehat pada lingkup rumah tangga. Keluarga yang tidak memiliki jamban keluarga di Desa Oelpuah masih BAB di kebun. Penelitian ini secara umum bertujuan untuk mendapatkan gambaran pelaksanaan 5 (lima) pilar program STBM di Desa Oelpuah Kecamatan Kupang Tengah.

Metode

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif yang dilaksanakan di Desa Oelpuah, Kecamatan Kupang Tengah, Kabupaten Kupang. Pengambilan data dilakukan pada bulan Mei hingga Juli 2020. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh KK yang ada di Desa Oelpuah Kecamatan Kupang Tengah sebanyak 354 KK dengan jumlah sampel sebanyak 188 KK. Pencuplikan sampel dilakukan dengan menggunakan teknik acak sederhana (*simple random sampling*). Data terkait pelaksanaan Program STBM di Desa Oelpuah Kecamatan Kupang Tengah dikumpulkan menggunakan kuesioner. Teknik pengolahan data dilakukan melalui *editing, coding, entry, tabulasi*. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah

analisis deskriptif kuantitatif yaitu untuk menjelaskan hasil wawancara dan juga deskripsi pelaksanaan lima (5) pilar STBM di Desa Oelpuah. Hasil penelitian disajikan dalam tabel dan narasi. Penelitian ini telah mendapat kelayakan etik dari Komisi Etik Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana dengan nomor: 2020049 – KEPK Tahun 2020.

Hasil

1. Gambaran Pelaksanaan Pilar I

Distribusi pelaksanaan Pilar I STBM (Stop BABS) di Desa Oelpuah dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Responden Menurut Kepemilikan Jamban di Desa Oelpuah Kecamatan Kupang Tengah Tahun 2020

Dusun	Memiliki Jamban	%	Tidak Memiliki Jamban	%	Total
Dusun 1	32	86.5	5	13.5	37
Dusun 2	7	17.5	33	82.5	40
Dusun 3	24	64.9	13	35.1	37
Dusun 4	23	62.2	14	37.8	37
Dusun 5	22	59.5	15	40.5	37
Total	108	57.4	80	42.6	188

Tabel 1 menunjukkan bahwa persentase responden yang memiliki jamban (sudah tidak melakukan praktek BABS) di dusun I mencapai 86,5% atau sejumlah 32 responden, dusun II sebesar 17,5% atau sejumlah 7 responden, dusun III sebesar 64,9% atau sejumlah 24 responden, dusun IV sebesar 62,2% atau sejumlah 23 responden dan dusun V sebesar 59,5% atau sejumlah 22 responden. Artinya masih ada sebagian responden di Desa Oelpuah yang melakukan praktek BABS sejumlah 42,6% atau 80 responden.

2. Gambaran Pelaksanaan Pilar II

Hasil penelitian menunjukkan bahwa cakupan pelaksanaan pilar II STBM (CTPS) di Desa Oelpuah sudah mencapai angka 100%. Semua responden telah melaksanakan cuci tangan pakai sabun. Masyarakat telah menyadari tentang pentingnya CTPS meskipun pemahaman masyarakat tentang mencuci tangan lebih kepada peristiwa sebelum makan dan sesudah makan. Namun, terdapat masyarakat yang juga sudah mencuci tangan pakai sabun setelah buang air besar dan setelah bepergian dari luar rumah. Khusus untuk pilar II, terdapat hal menarik bahwa peningkatan cakupan pelaksanaan pilar II bertepatan dengan masa pandemi Covid-19 yang mengharuskan masyarakat untuk cuci tangan dan menjaga jarak. Hasil wawancara lanjutan menunjukkan bahwa pelaksanaan pilar II bukan saja karena tuntutan tindakan pencegahan Covid-19 melainkan sudah dilaksanakan sebelumnya sejak tahun 2014. Hanya saja pada tahun 2014, sebagian besar masyarakat menggunakan fasilitas seadanya untuk menampung air cuci tangan. Di masa pandemi Covid-19 ini, fasilitas untuk CTPS yang lebih representatif bisa dibeli di toko dengan harga yang terjangkau.

3. Gambaran Pelaksanaan Pilar III

Pelaksanaan pilar III STBM yakni PAMM – RT di Desa Oelpuah sudah dilaksanakan 100%. Dari 188 responden yang ada, semuanya sudah melaksanakan praktek PAMM-RT. Salah satu program andalan pemerintah pusat adalah program penyediaan air minum bersih dan sanitasi bagi masyarakat pedesaan (pamsimas). Program ini telah menunjukkan hasil yang positif di Desa Oelpuah. Hal ini terlihat dari ketersediaan air bersih bagi masyarakat. Kehadiran

program Pamsimas dianggap sebagai jawaban atas keluhan masyarakat yang mengalami kekurangan air bersih di Desa Oelpuah pada periode-periode sebelumnya. Seluruh dusun yang ada desa sudah menggunakan sumber air dari sumur bor untuk memenuhi kebutuhan akan air bersih dalam kehidupan sehari-hari. Secara fisik, kualitas air dari sumur bor tersebut jernih, tidak berwarna, tidak berbau sehingga aman untuk dikonsumsi. Masyarakat mengelola air dengan cara direbus/dimasak hingga mendidih setelah itu disaring dan disimpan dalam tempat (teko/ceret/termos/jerigen) untuk dikonsumsi setiap hari. Untuk pengelolaan makanan dan minuman, masyarakat setempat langsung mengonsumsi makanan yang diolah tanpa disimpan dalam jangka waktu yang lama. Jika ada makanan yang disimpan, hal itu hanya berlangsung untuk beberapa saat karena makanan tersebut diperuntukkan bagi keluarga yang masih berada di luar rumah. Bahan makanan tersebut biasanya diolah dalam keadaan segar atau baru dibeli dari pasar, tanpa disimpan dalam lemari pendingin.

4. Gambaran Pelaksanaan Pilar IV

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pilar IV STBM (PS-RT) di Desa Oelpuah tidak dilaksanakan. Semua responden menyatakan belum menyediakan tempat sampah khusus di rumah tangga. Pengolahan sampah tidak mengikuti sesuai anjuran yang ada. Pengamanan sampah dilakukan dengan cara dibakar. Sebelumnya dilakukan pemisahan antara sampah organik dan non organik. Sampah plastik biasanya digunakan sebagai bahan pengganti minyak tanah untuk menyalakan api saat memasak, sedangkan daun dan sampah lain biasanya dibakar dan hasil bakaran sampah tersebut biasanya dimanfaatkan menjadi pupuk bagi tanaman masyarakat sekitar.

5. Gambaran Pelaksanaan Pilar V

Hasil penelitian menunjukkan bahwa semua responden di Desa Oelpuah dalam kesehariannya menggunakan Sarana Pembuangan Air Limbah (SPAL) jenis terbuka. Air buangan dari kamar mandi maupun dapur langsung dialirkan ke halaman atau tanaman yang ada di sekitar rumah. Hal ini dikarenakan belum tersedianya fasilitas pengolahan limbah cair yang memadai pada tiap rumah tangga. SPAL yang dimaksud adalah saluran air seadanya, yang dipakai untuk mengalirkan limbah sisa cucian atau dari kamar mandi langsung ke halaman atau ke tanaman di sekitar pekarangan.

Pembahasan

1. Pelaksanaan Pilar I

Stop BABS adalah suatu kondisi ketika setiap individu dalam komunitas tidak buang air besar sembarangan. Perilaku Stop BABS diikuti dengan pemanfaatan sarana sanitasi yang saniter berupa jamban sehat.⁶ Berdasarkan hasil penelitian, masih ada sebagian responden (42,6%) melakukan praktek BABS. Masyarakat melakukan melakukan praktek BABS di halaman rumah maupun hutan. Jika ada yang membuat jamban keluarga, jamban tersebut hanya dibuat dengan kondisi seadanya dan seperlunya. Dengan demikian, pelaksanaan Pilar I STBM di Desa Oelpuah berada pada kriteria tidak terlaksana karena masih ada responden yang melakukan praktek BABS.

Hasil penelitian ini mendukung temuan penelitian sebelumnya tentang implementasi program stop BABS (*open defecation free*) yang menemukan sekitar 260 rumah warga yang masih belum membuat jamban sehat. Warga belum membuat jamban sehat karena tidak memiliki biaya yang cukup sehingga mereka tetap memilih buang air besar ke sungai. Dari jumlah 108 KK yang sudah memiliki jamban, terdapat 79 KK yang menempatkan jambannya di luar rumah, sedangkan 29 KK membangun jambannya di dalam rumah.

2. Pelaksanaan Pilar II

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan program STBM pilar II telah mencapai 100%. Semua responden telah melaksanakan CTPS. Ini berarti bahwa masyarakat telah menyadari tentang pentingnya cuci tangan pakai sabun. Umumnya warga hanya mencuci tangan sebelum makan dan sesudah makan. Ada juga sebagian yang melakukan cuci tangan pakai sabun setelah buang air besar dan setelah bepergian dari luar rumah. Di masa pandemi Covid-19, pelaksanaan CTPS ini menjadi lebih maksimal. Sebelumnya, berdasarkan hasil wawancara lanjutan diketahui bahwa pelaksanaan pilar II ini sebenarnya sudah dilaksanakan sejak tahun 2014. Hanya saja pada masa itu, untuk mencuci tangan, sebagian besar masih menggunakan fasilitas seadanya untuk menampung air cuci tangan.

Mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun, selain merupakan kebutuhan program, juga menjadi tuntutan perilaku pencegahan di masa pandemi Covid-19. Hal ini sangat mendukung kebijakan untuk memutus mata rantai penyebaran Covid-19. Salah satu faktor kunci keberhasilan pelaksanaan pilar II adalah masyarakat sekarang sudah jauh lebih mudah mendapatkan sabun. Sabun sendiri harganya jauh lebih murah dibandingkan dengan membuat jamban keluarga. Indikasi ini terlihat dari ketersediaan tempat cuci tangan dilengkapi dengan sabun di rumah-rumah penduduk. Meski masih ada beberapa rumah yang tidak memiliki tempat cuci tangan khusus namun diakui bahwa mereka melakukan cuci tangan di kamar mandi dengan menggunakan air dan sabun sebelum dan setelah beraktivitas. Dengan demikian, pelaksanaan pilar II STBM di Desa Oelpuah berada pada kriteria terlaksana.

Cuci tangan harus disertai dengan sabun. Hal ini karena sabun berfungsi sebagai antiseptik yang dapat membunuh kuman yang menempel di tangan. Cuci tangan pakai sabun sangat dianjurkan pada lima waktu berikut yaitu sebelum makan, setelah buang air besar dan buang air kecil, sebelum menyiapkan makan, sebelum mengurus bayi dan setelah menceboki anak. Perilaku mencuci tangan ini merupakan salah satu tindakan sanitasi guna membersihkan tangan dan jari-jemari dengan menggunakan air atau cairan lainnya dan sabun yang bertujuan agar tangan menjadi bersih.⁷

3. Pelaksanaan Pilar III

Salah satu program andalan pemerintah pusat adalah program penyediaan air minum bersih dan sanitasi bagi masyarakat pedesaan (Pamsimas). Melalui program ini, air bersih tersedia bagi masyarakat desa. Mayoritas masyarakat Desa Oelpuah memiliki sumber air utama yaitu dari sumur bor/pompa air tanah yang telah disediakan oleh pemerintah desa setempat dengan menyediakan beberapa Hidran Umum (HU). Air dari sumur bor tersebut bisa dialirkan ke HU dengan bantuan pompa dengan biaya ditanggung oleh masyarakat sendiri sebanyak 5000 tiap KK.

Metode pengolahan air minum oleh masyarakat dilakukan dengan cara direbus/dimasak hingga mendidih. Setelah itu disaring dan disimpan dalam tempat (teko/ceret/termos/jerigen) yang dicuci setiap hari. Dari hasil wawancara diketahui bahwa tempat penampungan air minum ukuran besar (tempayan) selalu dibersihkan sekali sebulan. Untuk pengolahan makanan, masyarakat juga telah melakukan pengolahan makanan dengan cara dimasak biasa hingga matang dan langsung dimakan. Meskipun demikian, masih ada juga yang menyimpannya di dalam lemari makan sebelum dimakan apabila masih menunggu anggota keluarga lain pulang ke rumah untuk makan bersama-sama. Dengan demikian, untuk pelaksanaan Pilar III STBM di Desa Oelpuah berada pada kriteria terlaksana.

Temuan penelitian ini tidak mendukung temuan penelitian sebelumnya yang menemukan bahwa sebagian besar responden sudah mengetahui cara menyajikan makanan dengan benar tetapi masih ada yang menyajikan makanan di meja yang tidak menutupnya

dengan tudung saji. Hal ini akan memudahkan vektor lalat untuk hinggap di makanan tersebut sehingga akan memudahkan penularan penyakit diare.⁸

4. Pelaksanaan Pilar IV

Proses pengelolaan sampah yang aman pada tingkat rumah tangga dilakukan dengan mengedepankan prinsip mengurangi, memakai ulang dan mendaur ulang. Pengelolaan sampah yang aman adalah pengumpulan, pengangkutan, pemrosesan, pendaur ulangan atau pembuangan dari material sampah dengan cara yang tidak membahayakan kesehatan masyarakat dan lingkungan.⁹ Berdasarkan hasil penelitian di Desa Oelpuah, sampah yang dihasilkan rumah tangga adalah berupa sampah organik seperti daun dan ranting kering namun terdapat juga sampah-sampah padat berupa kaleng bekas, plastik dan kertas. Hingga saat ini belum terdapat fasilitas penampungan dan pengangkutan atau fasilitas untuk mendaur ulang sampah. Diakui bahwa seluruh rumah tangga di lima dusun Desa Oelpuah hanya melakukan upaya pengolahan sampah dengan cara dibakar. Hasil bakaran tersebut akan digunakan lagi sebagai pupuk untuk tanaman pertanian masyarakat setempat. Selain itu ranting, kayu kering dan sampah plastik akan digunakan untuk membantu proses memasak di dapur atau sebagai pengganti minyak tanah. Dengan demikian, pelaksanaan pilar IV STBM di Desa Oelpuah berada pada kriteria tidak terlaksana.

Temuan penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian sebelumnya yang menemukan bahwa sampah sudah dikelola dengan prinsip 3R (*reduce, reuse, recycle*) dan pengurangan volume sampah yang dibuang ke TPSS hingga 70%.¹⁰ Wadah yang digunakan untuk menampung ataupun mengangkut sampah harus diperhatikan dengan baik, apakah terbuat dari bahan yang kedap air dan juga mudah untuk dibersihkan.

5. Pelaksanaan Pilar V

Pelaksanaan pilar V yakni pengamanan limbah cair yang aman pada tingkat rumah tangga bertujuan untuk menghindari terjadinya genangan air limbah yang berpotensi menimbulkan penyakit berbasis lingkungan. Untuk menyalurkan limbah cair rumah tangga diperlukan sarana berupa sumur resapan dan SPAL.¹¹ Keberadaan SPAL sangat besar pengaruhnya guna melindungi sarana air bersih terutama sumur gali dari resiko pencemaran. Ada 2 (dua) jenis SPAL yang dikenal saat ini yaitu SPAL terbuka dan SPAL tertutup. SPAL yang terbuka umumnya bisa dilihat pergerakan airnya karena prosesnya langsung dialirkan melalui permukaan tanah. Kelebihannya, SPAL dapat cepat dibersihkan ketika tersumbat. Akan tetapi, bila air tidak mengalir dengan lancar atau karena penuh oleh air hujan maka akan terjadi pencemaran lingkungan disertai bau. Sedangkan untuk SPAL tertutup, air dialirkan melalui pipa besi/PVC dan jalan keluar airnya tidak bisa dilihat. Kekurangan SPAL tertutup adalah susah dibersihkan apabila terjadi penyumbatan, Sedangkan kelebihannya adalah bau yang ditimbulkan dapat diminimalisir. Biasanya SPAL tertutup dibuat pada bangunan yang bertingkat.

Pelaksanaan pilar V STBM di 5 (lima) dusun yang ada, di Desa Oelpuah dilakukan dengan metode SPAL terbuka. Limbah cair dari pembuangan kamar mandi, tempat cucian dan lain-lain, dibuang langsung ke halaman atau permukaan tanah serta tanaman di sekitar rumah. Dengan demikian untuk pelaksanaan Pilar V STBM berada pada kriteria tidak terlaksana. Temuan penelitian ini mendukung temuan penelitian sebelumnya yang menemukan frekuensi responden yang melaksanakan pengamanan limbah cair rumah tangga kurang baik sebesar 51%. Terkait dengan pelaksanaan pilar V dalam riset tersebut menunjukkan bahwa masih kurang terlaksana dengan baik karena keadaan pembuangannya artinya aliran tidak lancar/tergenang atau salurannya rusak, selanjutnya juga sangat tergantung pula pada tempat pembuangan air limbah tersebut apakah menggunakan bak penampungan, ke selokan, halaman belakang rumah atau ke sungai.

Kesimpulan

Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan pilar I, IV dan V STBM di Desa Oelpuah berada pada kriteria tidak terlaksana, karena masih ada masyarakat yang melakukan praktek BABS, belum melakukan pengamanan sampah dan pengamanan limbah cair sesuai standar. Sementara pelaksanaan Pilar II dan III STBM di Desa Oelpuah berada pada kriteria terlaksana karena setiap rumah tangga diwajibkan melakukan praktek CTPS selama masa pandemi COVID-19 dan karena masyarakat telah mengelola makanan dan minuman secara baik dan benar.

Daftar Pustaka

1. Waangsir FWF, Dukabain OM. Kajian Sanitasi Total Berbasis Masyarakat Di Kecamatan Fatuleu Tengah Kabupaten Kupang. *J Info Kesehat* [Internet]. 2017 Dec 23;15(2):508–23. Available from: <http://jurnal.poltekeskupang.ac.id/index.php/infokes/article/view/454>
2. Prayitono J, Widati S. Kajian Strategi Promosi Kesehatan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) di Kelurahan Kejawan Putih Tambak Kota Surabaya. *J Kesehat Lingkung* [Internet]. 2018;10(3):267–75. Available from: <http://repository.unair.ac.id/id/eprint/82542>
3. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Hasil Riskesdas 2013 [Internet]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta; 2013. Available from: https://www.kemkes.go.id/resources/download/general/Hasil_Riskesdas_2013.pdf
4. Badan Pusat Statistik Kabupaten Kupang. Kabupaten Kupang Dalam Angka 2019. BPS Kabupaten Kupang, editor. BPS Kabupaten Kupang. Kabupaten Kupang: BPS Kabupaten Kupang; 2019.
5. Puskesmas Tarus. Data Pelaksanaan STBM Tahun 2019. Kabupaten Kupang; 2019.
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 Tahun 2014 [Internet]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 3 Indonesia; 2014. Available from: https://peraturan.bkpm.go.id/jdih/userfiles/batang/Permenkes_3_2014.pdf
7. Gazali M, Marwanto A, Rahmawati U. Pelaksanaan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) terhadap Kejadian Infeksi Kecacingan pada Pekerja Penyadap Karet. *J Nurs Public Heal* [Internet]. 2018 Nov 5;6(2):67–79. Available from: <https://jurnal.unived.ac.id/index.php/jnph/article/view/639>
8. Da Silva NDC, Kumaladewi BR, Kurniawan Y, Rahmawansa D. Faktor-Faktor Sanitasi yang Berpengaruh terhadap Timbulnya Penyakit Diare di Desa Klopo Sepuluh Kecamatan Sukodono Kabupaten Sidoarjo [Internet]. Surabaya; 2008. Available from: <https://sainnazulfiqar.files.wordpress.com/2011/10/faktor-faktor-sanitasi-yang-berpengaruh-terhadap-timbulnya-penyakit-diare.pdf>
9. Raharjo S, Zulfan M, Ihsan T, Ruslinda Y. Perencanaan Sistem Reduce, Reuse dan Recycle Pengelolaan Sampah di Kampus Universitas Andalas Limau Manis Padang. *J Tek Lingkung UNAND* [Internet]. 2014;11(2):79–87. Available from: <http://jurnaldampak.ft.unand.ac.id/index.php/Dampak/article/view/36/21>
10. Faizah. Pengelolaan Sampah Rumah Tangga Berbasis Masyarakat (Studi Kasus di Kota Yogyakarta) [Internet]. Universitas Diponegoro; 2010. Available from: <http://eprints.undip.ac.id/17313/>

11. Maliga I, Darmin. Analisis Penilaian Risiko Kesehatan Lingkungan dengan Menggunakan Pendekatan Environmental Health Risk Assessment (EHRA) di Kecamatan Moyo Utara. *Media Ilm Tek Lingkung [Internet]*. 2020;5(1):16–26. Available from: [http://journal.umpalangkaraya.ac.id/index.php/mitl/article/view/1235](http://journal umpalangkaraya.ac.id/index.php/mitl/article/view/1235)