



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 04, Nomor 03

Desember 2022

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



Table of Content

Research Articles

EPIDEMIOLOGY

- The Relationship Between House Sanitation and The Incidence of Acute Respiratory Infection in Children Under Five in The Work Area of City Health Center.....** 284-293

Maristela Pricilla Beo, Sigit Purnawan, Yuliana Radja Riwu

- Malaria Mapping Based on Patients' Characteristic, Mosquito Breeding Place and Insecticide-Treated Net Use in The Work Area of Radamata and Waimangura Health Center of Sumba Barat Daya District.....** 294-305

Merlin Nammu, Apris A. Adu, Honey Ivone Ndoen

- Factors Affecting Cervical Cancer in The Oncology Unit in Prof. Dr. W. Z. Johannes Public Hospital Kupang.....** 306-314

Maria Anggriyani Melandra Putri, Apris A. Adu, Sigit Purnawan

REPRODUCTIVE HEALTH AND NUTRITION

- Non MKJP Drugs and Devices Contraceptive In Couples Of Childbearing Age As Active Family Planning Acceptors In Oesao Health Center.....** 315-327

Rani Setyahadi Karno, Masrida Sinaga, Yuliana Radja Riwu, R. Pasifikus Christa Wijaya

- Factors Related to Exclusive Breastfeeding Behavior in Infants in The Camplong Community Health Center, Kupang Regency.....** 328-337

Apliana Dukka, Anna Henny Talahatu, Marselinus Laga Nur

HEALTH POLICY AND MANAGEMENT

- Description of Planning Functions in Puskesmas Waiklibang, Tanjung Bunga District, East Flores District.....** 338-351

Emilia Maria Imakulata De Class, Serlie K. A. Littik, Yoseph Kenjam

- Maternal Satisfaction with Delivery Care Services by Midwives in The Work Area of Naikliu Health Center.....** 352-358

Ariyani Dole, Masrida Sinaga, Yoseph Kenjam

- Utilization of Antenatal Care Service among Pregnant Mothers in Busalangga Health Center, Rote Ndao District.....** 359-367

Roslianti Fioneta Ballo, Rina Waty Sirait, Dominirsep Ovidius Dodo

- Literature Review: Is It True that Accreditation has An Impact on The Quality of Public Health Center Services?.....** 368-377

Retno Mariani, Chriswardani Suryawati, Ayun Sriatmi

- Factors Related to Compliance in Paying Contribution among BPJS Kesehatan Mandiri Members in Oesapa Village, Kupang City.....** 378-386

Selvia Konga Naha, Rina Waty Sirait, Yoseph Kenjam

ENVIRONMENTAL HEALTH

- Mapping The Spread of Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) Cases with Geographical Information System (GIS) Methods in Waingapu City Sub-District.....** 387-396

Yuyun Mallang, Tadeus A. L. Regaletha, Soleman Landi

- Health Condition of The Physical Environment in Class IIB Detention Center Kupang.....** 397-405

Jeams Peter Manafe, Jacob M. Ratu, Luh Putu Ruliati



Media Kesehatan Masyarakat

OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY

Knowledge, Attitude, and Action Related to Pesticide Usage in Rice Farmers in Uluwae Village, North Bajawa Sub-District, Ngada District.....	406-413
Viktorius Toli, Deviarbi Sakke Tira, Honey I. Ndoen	
Medical Solid Waste Management in Bajawa General Hospital.....	414-425
Maria Natalia Wula, Marylin S. Junias, Yuliana Radja Riwu	
Comparison of Hospital Emergency Room Management Regulations in Indonesia Before and During The COVID-19 Pandemic: Literature Study.....	426-436
Luckyta Ayu Puspita Sari, Inge Dhamanti	

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

Volume 04, Nomor 03

Desember 2022

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)
7. **Eryc Z. Haba Bunga, S.KM., M.Epid** (Universitas Nusa Cendana)
8. **Yudishinta Missa, S.KM, M.Si** (Universitas Nusa Cendana)
9. **Tasalina Yohana Parameswari Gustam, S.Si, M.Ked.Trop** (Universitas Nusa Cendana)



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 500.000,- 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 04, Nomor 03

Desember 2022

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

THE RELATIONSHIP BETWEEN HOUSE SANITATION AND THE INCIDENCE OF ACUTE RESPIRATORY INFECTION IN CHILDREN UNDER FIVE IN THE WORK AREA OF CITY HEALTH CENTER

Maristela Pricilla Beo^{1*}, Sigit Purnawan², Yuliana Radja Riwu³

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

²⁻³*Bagian Epidemiologi dan Biostatistika, FKM Universitas Nusa Cendana*

*Korespondensi: isnabeo@gmail.com

Abstract

Acute Respiratory Infections (ARI) was one of the leading causes of morbidity and mortality in children under five in Indonesia, particularly in East Nusa Tenggara. The research was aimed to find the relationship between physical sanitation of houses and ARI cases among children under five in the work area of City Health Center, Ngada Regency. The research was an analytical survey with a cross-sectional design. The population consisted of all children recorded in the register book of City Health Center (648 children). The sample was 241 children selected by applying simple random sampling. The study used a chi-square test. The results showed that room occupancy density (p -value=0.046), room temperature (p -value=0.000), wall type (p -value=0.000), and floor type (p -value=0.006) were associated with ARI incidence in children. The area of ventilation (p -value=0.323), indoor lighting (p -value=0.273), humidity in the room (p -value=0.667) were unrelated with ARI incidence. The Health Center needs to improve the health program focusing on promotive and preventive measures to help manage ARI cases in children.

Keywords: House, Physical Sanitation, Acute Respiratory Infections, Children Under Five.

Abstrak

Penyakit ISPA menjadi salah satu penyebab tertinggi kesakitan dan kematian pada balita di Indonesia khususnya di Nusa Tenggara Timur. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara sanitasi fisik rumah dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Kota, Kabupaten Ngada. Jenis penelitian yang digunakan yaitu penelitian survei analitik dengan desain *cross-sectional*. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh balita tertulis dalam buku register Puskesmas Kota sejumlah 648 balita dan yang menjadi sampelnya yaitu sebagian balita yang tertulis di dalam buku register Puskesmas Kota yang berjumlah 241 balita. *Simple random sampling* digunakan peneliti untuk mengambil sampel. Analisis ini menggunakan uji *Chi-square*. Hasil penelitiannya memperlihatkan ada hubungan antara kepadatan hunian kamar (p -value=0,046), suhu ruangan (p -value=0,000), jenis dinding (p -value=0,000), jenis lantai (p -value=0,006) dengan kasus ISPA pada balita. Tidak ada hubungan antara luas ventilasi (p -value=0,323), pencahayaan dalam ruangan (p -value=0,273), kelembapan dalam ruangan (p -value=0,667) dengan kasus ISPA pada balita. Bagi Puskesmas Kota diharapkan dapat menjadi bahan masukan dalam menjalankan program pengendalian ISPA pada balita seperti petugas puskesmas bagian promosi kesehatan agar lebih meningkatkan program yang bersifat promotif dan preventif.

Kata Kunci: Rumah, Sanitasi Fisik, Infeksi Saluran Pernafasan Akut, Balita.

Pendahuluan

Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) merupakan infeksi akut yang menyerang salah satu atau lebih bagian dari saluran pernapasan. Infeksi saluran pernapasan dimulai dari hidung sampai ke alveoli seperti sinus, rongga telinga bagian tengah dan pleura yang dapat berlangsung selama 14 hari. ISPA adalah salah satu penyakit yang paling sering diderita pada anak-anak dan juga balita. Program pemberantasan ISPA membagi penyakit ISPA dalam dua golongan yaitu pneumonia dan bukan pneumonia. Pneumonia dibagi atas derajat beratnya penyakit yaitu pneumonia berat dan pneumonia tidak berat. Penyakit batuk pilek seperti rhinitis, faringitis, tonsillitis dan penyakit jalan napas bagian atas lainnya digolongkan sebagai bukan pneumonia.¹

Penyakit ini paling banyak terjadi di negara-negara berkembang di dunia. Populasi penduduk yang terus bertambah dan tidak terkendali mengakibatkan kepadatan penduduk di suatu wilayah yang tidak tertata baik dari segi aspek sosial, budaya dan kesehatan. Kondisi ini akan bertambah buruk dengan status sosial ekonomi keluarga yang rendah atau berada di bawah garis kemiskinan karena tidak dapat memenuhi asupan gizi yang baik dan sehat untuk balita ditambah dengan kondisi fisik rumah yang tidak layak huni.² Pada tahun 2015 angka kematian yang diakibatkan oleh gangguan pernafasan sebanyak 920.136 jiwa, kejadian ini paling banyak terjadi di kawasan Asia Selatan dan Afrika. Kasus ISPA terbanyak yaitu terjadi di negara Bahamas (33%), Romania (27%), Timor Leste (21%), Afganistan (20%), Laos (19%), Madagascar (18%), Indonesia (16%) dan India (13%).³

Data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2016 menyatakan bahwa upaya pemberantasan penyakit infeksi saluran pernapasan akut lebih difokuskan pada penemuan dini dan tatalaksana kasus yang cepat dan tepat terhadap penderita ISPA balita yang ditemukan. Jumlah balita penderita ISPA di Indonesia yang dilaporkan pada tahun 2016 yaitu 12.087 balita atau 27,3% dari jumlah perkiraan kasus ISPA pada balita. ISPA menempati urutan pertama penyebab kematian bayi di Indonesia cakupan penemuan penderita ISPA tetap rendah. Hal ini disebabkan kurangnya tenaga terlatih dalam program MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit), keterbatasan pembiayaan, dan adanya anggapan bahwa ISPA merupakan pandemik yang dilupakan/tidak di prioritas padahal ISPA merupakan masalah multisektoral. Gejala ISPA sukar dikenali oleh orang awam maupun tenaga kesehatan yang terlatih.⁴

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, prevalensi ISPA secara nasional adalah 9,3%.⁵ *Period prevalence* lima provinsi di Indonesia dengan kasus ISPA tertinggi adalah Nusa Tenggara Timur (15,4%), Papua (13,1%), Papua Barat (12,3%), Banten (11,9%) dan Bengkulu (11,8%). Karakteristik penduduk dengan ISPA tertinggi di Indonesia terjadi pada kelompok umur 1-4 tahun (13,7%). Penyakit ini lebih banyak dialami pada kelompok masyarakat golongan menengah ke bawah.⁵

Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur (NTT) menyatakan bahwa kejadian ISPA di NTT selalu menempati urutan pertama dari 10 penyakit terbesar selama tiga tahun terakhir. Jumlah kasus ISPA pada tahun 2017 sebanyak 58.630 kasus, pada tahun 2018 sebanyak 65.844 kasus, dan pada tahun 2019 jumlah kasus ISPA sebanyak 60.862 kasus.⁶ Dinas Kesehatan Kabupaten Ngada menyatakan bahwa kasus ISPA masih terus menjadi masalah kesehatan yang sangat serius karena angka kesakitan semakin tinggi pada balita. Pada tahun 2017 sebanyak 25.183 kasus, sedangkan pada tahun 2018 mengalami peningkatan sebanyak 26.227 kasus.⁷

Puskesmas Kota Bajawa merupakan salah satu puskesmas di Kabupaten Ngada. Dari 14 Puskesmas yang berada di Kabupaten Ngada, kasus ISPA tertinggi pada tahun 2019 adalah Puskesmas Kota dengan jumlah kasus pada balita sebanyak 1680 kasus. Jumlah kasus terendah di Puskesmas Watumanu dengan jumlah kasus pada balita sebanyak 55 kasus. Data kasus ISPA yang diambil di Puskesmas Kota Bajawa Kabupaten Ngada, menunjukkan bahwa ISPA masih menjadi masalah kesehatan yang sangat serius dan selalu menempati urutan yang pertama dalam 10 penyakit terbanyak dari tahun 2017, 2018 dan 2019. Pada tahun 2019 ISPA menempati urutan pertama sebagai penyakit terbanyak di Puskesmas Kota. Selama tiga tahun terakhir ISPA pada balita mengalami kenaikan yakni pada tahun 2017 sebanyak 961 kasus, tahun 2018 sebanyak 989 kasus, sedangkan tahun 2019 sebanyak 1680 kasus.⁷

Sanitasi bangunan rumah sangat berkaitan dengan kualitas udara dari rumah tersebut dan mempengaruhi kesehatan penghuninya khususnya pada balita. Jika lingkungan rumah tidak sehat akan mempermudah timbulnya berbagai macam penyakit. Bakteri yang menyebabkan penyakit ISPA pada balita akan bertumbuh dan berkembangbiak pada kondisi rumah yang

mempunyai sanitasi fisik rumah yang tidak memenuhi syarat kesehatan. Luas ventilasi yang tersedia di rumah yang tidak memenuhi syarat kesehatan bisa mempengaruhi kelembapan udara dalam ruangan rumah tersebut. Begitu pula tingkat hunian rumah yang padat dapat menyebabkan penularannya penyakit berlangsung dengan cepat.⁸

Berdasarkan survei awal, masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Kota memiliki curah hujan yang cukup tinggi. Hal ini dapat menyebabkan kelembapan tinggi. Sebagian besar rumah penduduk berbentuk semi permanen. Hal ini dilihat dari bangunan rumah yang belum memenuhi kriteria rumah sehat, seperti ada yang dinding rumahnya masih terbuat dari bambu, lantainya masih tanah, ventilasi kurang memadai, dan kepadatan hunian yang tidak sesuai dalam syarat-syarat rumah sehat. Semua kondisi ini dapat menjadi faktor risiko timbulnya penyakit ISPA pada Balita. Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan antara sanitasi fisik rumah dengan kejadian ISPA pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Kabupaten Ngada.

Metode

Jenis penelitian yang digunakan adalah survei analitik menggunakan desain *cross-sectional*. Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Kota, Kabupaten Ngada dari bulan Mei sampai dengan bulan November 2021. Penelitian ini menggunakan populasi seluruh balita yang tertulis dalam buku register Puskesmas Kota Kabupaten Ngada sebanyak 648 balita. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 241 balita dengan menggunakan teknik *simple random sampling*. Variabel independen dalam penelitian ini adalah luas ventilasi, kepadatan hunian kamar, pencahayaan dalam ruangan, kelembapan ruangan, suhu ruangan, jenis lantai, jenis dinding, sedangkan variabel dependen dalam penelitian ini adalah kejadian ISPA. Luas ventilasi dikatakan memenuhi syarat apabila ventilasinya lebih dari 10% dari luas lantai dan dikatakan tidak memenuhi syarat jika ventilasinya kurang dari 10%. Kepadatan hunian kamar tidur dikatakan memenuhi syarat apabila jika luas lantai $\geq 10\text{m}^2/\text{orang}$ dan dikatakan tidak memenuhi syarat jika luas $>10\text{m}^2/\text{orang}$ dan dihuni lebih dari 2 orang dan anak usia di atas 5 tahun. Pencahayaan dalam ruangan dikatakan memenuhi syarat apabila intensitas cahaya dalam ruangan yaitu 60 lux dan dikatakan tidak memenuhi syarat apabila intensitas cahaya dalam ruangan <60 lux. Kelembaban dalam rumah dikatakan memenuhi syarat apabila tingkat kelembabannya berkisar antara 40%-70% dan dikatakan tidak memenuhi syarat apabila tingkat kelembabannya $<40\%$ atau $>60\%$. Suhu ruangan dikatakan memenuhi syarat jika tingkatan suhu dalam ruangan berkisar antara 18°C - 30°C dan dikatakan tidak memenuhi syarat apabila jika tingkatan suhu dalam ruangan $<18^{\circ}\text{C}$ dan $>30^{\circ}\text{C}$. Jenis lantai rumah dikatakan memenuhi syarat jika terbuat dari keramik, ubin, semen dan tidak berdebu dan dikatakan tidak memenuhi syarat jika sebagian/seluruh lantai terbuat dari tanah. Jenis dinding rumah dikatakan memenuhi syarat jika terbuat dari batu bata atau batako dan dikatakan tidak memenuhi syarat jika dinding terbuat dari kayu. Kejadian ISPA dikatakan ISPA jika mengalami batuk, pilek dan demam dan dikatakan tidak ISPA jika tidak mengalami batuk, pilek dan demam.

Pengumpulan data melalui angket, pengukuran luas ventilasi, pengukuran kepadatan hunian kamar, pengukuran pencahayaan dalam ruangan, pengukuran kelembapan dalam rumah, dan pengukuran suhu ruangan. Instrumen pengumpulan data yang digunakan yaitu kuesioner, *rool meter* untuk pengukuran luas ventilasi dan kepadatan hunian kamar, *lux meter* untuk pengukuran pencahayaan dalam ruangan, *hygrometer* untuk pengukuran kelembapan dalam rumah dan suhu ruangan. Dalam penelitian ini analisis datanya menggunakan *chi square* (X^2) dengan taraf kepercayaan 95% ($\alpha=0,05$). Penelitian ini sudah mendapat kelayakan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana dengan nomor: 20220225-KEPK Tahun 2020.

Hasil

Karakteristik responden berdasarkan ventilasi rumah, kepadatan hunian, pencahayaan dalam rumah, kelembaban dalam rumah, suhu ruangan, jenis lantai rumah, jenis dinding rumah dan kejadian ISPA dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Responden Berdasarkan Luas Ventilasi Rumah, Kepadatan Hunian Kamar, Pencahayaan Dalam Rumah, Kelembaban dalam Rumah, Suhu Ruangan, Jenis Lantai Rumah, Jenis Dinding Rumah di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Kabupaten Ngada Tahun 2020

Karakteristik Responden	Frekuensi (n=241)	Proporsi (%)
Luas Ventilasi		
Tidak Memenuhi Syarat	183	75,9
Memenuhi Syarat	58	24,1
Kepadatan Hunian Kamar		
Tidak Memenuhi Syarat	133	55,2
Memenuhi Syarat	108	44,8
Pencahayaan Dalam Ruangan		
Tidak Memenuhi Syarat	140	58,1
Memenuhi Syarat	101	41,9
Kelembaban Dalam Rumah		
Tidak Memenuhi Syarat	46	19,1
Memenuhi Syarat	195	80,9
Suhu Ruangan		
Tidak Memenuhi Syarat	93	39
Memenuhi Syarat	148	61
Jenis Dinding		
Tidak Memenuhi Syarat	101	41,9
Memenuhi Syarat	140	58,1
Jenis Lantai		
Tidak Memenuhi Syarat	133	55,2
Memenuhi Syarat	108	44,8
ISPA		
Tidak	132	54,8
Ya	109	45,2

Tabel 1 memperlihatkan bahwa dari 241 responden di wilayah kerja Puskesmas Kota Kabupaten Ngada, yang mengalami ISPA sebanyak 132 responden dan tidak mengalami ISPA sebanyak 109 responden. Mayoritas responden mempunyai: luas ventilasi, kepadatan hunian, pencahayaan dalam ruangan, dan jenis lantai yang tidak memenuhi syarat. Sementara dari sisi kelembaban dalam rumah, suhu ruangan dan jenis dinding, sebagian besarnya memenuhi syarat.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa kepadatan hunian kamar tidur, suhu ruangan, jenis dinding rumah, jenis lantai rumah mempunyai hubungan yang signifikan dengan kejadian ISPA pada balita. Sementara itu, luas ventilasi, pencahayaan ruangan, dan kelembapan dalam rumah tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan kejadian ISPA. Distribusi kejadian ISPA berdasarkan variabel-variabel independen dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2 Hubungan Antara Luas Lantai, Kepadatan Hunian Kamar Tidur, Pencahayaan Dalam Ruang, Kelembaban Dalam Rumah, Suhu Ruang, Jenis Dinding Rumah, Dan Jenis Lantai Rumah Dengan Kejadian ISPA di Wilayah Kerja Puskesmas Kota tahun 2020

Variabel Independen	Kejadian ISPA						<i>p-value</i>
	Ya		Tidak		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Luas Ventilasi							
Tidak Memenuhi Syarat	104	56,8	79	43,2	183	100	0,323
Memenuhi Syarat	28	48,3	30	51,7	58	100	
Kepadatan Hunian kamar Tidur							
Tidak Memenuhi Syarat	81	60,9	57	39,1	133	100	0,046
Memenuhi Syarat	51	47,2	52	52,8	108	100	
Pencahayaan dalam Ruang							
Tidak Memenuhi Syarat	72	51,4	68	48,6	140	100	0,273
Memenuhi Syarat	60	59,4	41	40,6	101	100	
Kelembaban dalam Rumah							
Tidak Memenuhi Syarat	27	58,7	19	41,3	46	100	0,667
Memenuhi Syarat	105	53,8	90	46,2	195	100	
Suhu Ruang							
Tidak Memenuhi Syarat	66	71,0	27	29,0	93	100	0,000
Memenuhi Syarat	66	44,6	82	55,4	148	100	
Jenis Dinding Rumah							
Tidak Memenuhi Syarat	84	83,2	17	16,8	101	100	0,000
Memenuhi Syarat	48	34,3	92	65,7	140	100	
Jenis Lantai Rumah							
Tidak Memenuhi Syarat	84	63,2	49	36,8	133	100	0,006
Memenuhi Syarat	48	44,4	55,6	108	133	100	

Pembahasan

Ventilasi adalah sarana bagi udara untuk keluar masuk. Setiap rumah minimal membutuhkan 10% luas lantai rumahnya untuk dijadikan ventilasi. Pembuatan jendela harus sesuai syarat yang ada yakni luas dan bersih. Lubang hawa minimal 1/10 dari luas lantai ruangan. Jendela harus luas dengan ketinggian minimal 1,95% dari permukaan lantai dan jendela yang ditempatkan di bawah langit-langit minimal 0,35% dari luas lantainya.¹⁰ Ventilasi bermanfaat untuk mempertahankan kesegaran udara yang ada di dalam rumah. Dengan begitu keseimbangan oksigen tetap terjaga, sebab minimnya oksigen dapat meningkatkan karbondioksida yang berpotensi menjadi racun. Fungsi lainnya adalah untuk meminimalisir bakteri di ruangan dan mempertahankan tingkat kelembaban yang optimal. Rumah yang mempunyai ventilasi baik akan mempermudah udara segar masuk sehingga dapat mengurangi risiko timbulnya penyakit ISPA.¹⁰ Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan antara ventilasi dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Kota. Mayoritas responden memiliki rumah dengan ventilasi yang baik yaitu >10% luas lantai. Hal ini juga didukung dengan kebiasaan responden membuka jendela setiap pagi sehingga pertukaran udara dalam ruangan menjadi baik. Temuan penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Desa Kalinget Timur yang menyatakan tidak mempunyai korelasi yang bermakna dengan kejadian ISPA pada balita.¹¹

Rumah dikatakan padat penghuni apabila perbandingan luas lantai seluruh ruangan dengan jumlah penghuni lebih kecil dari 10m²/org. Sementara, ukuran untuk kamar tidur

diperlukan luas lantai minimum $3\text{m}^2/\text{org}$. Untuk mencegah terjadinya penularan penyakit (misalnya penyakit pernapasan) maka jarak antara tepi tempat tidur yang satu dengan yang lain minimum 90 cm dan kamar tidur sebaiknya tidak dihuni lebih dari 2 orang, kecuali suami istri dan anak usia di bawah umur 5 tahun.¹² Tingkat hunian yang padat akan menyebabkan sirkulasi udaranya buruk dan berpotensi menimbulkan penyakit saluran pernafasan. Rumah dengan tingkat kepadatan hunian yang tinggi akan meningkatkan risiko penularan penyakit yang diakibatkan oleh polusi udara pada balita.¹³ Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara kepadatan hunian kamar tidur dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah Kerja Puskesmas Kota. Mayoritas responden mempunyai rumah dengan tingkat kepadatan yang tinggi. Kamar dengan luas $<8\text{ m}^2$ umumnya dihuni 2 orang dewasa dan 2 orang anak. Luas rumah yang sempit dengan jumlah anggota keluarga yang banyak akan menyebabkan kelembaban ruangan tinggi sehingga bibit penyakit dapat berkembang biak dan mempermudah terjadinya penularan penyakit baik secara langsung maupun tidak langsung. Oleh karena itu, untuk mencegah terjadinya ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Kota Bajawa maka masyarakat sebaiknya bisa mengatur ulang jumlah penghuni kamar tidur balita untuk mencegah terjadinya penyakit ISPA. Temuan penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Desa Kalinget Timur yang menyatakan adanya korelasi antara kepadatan hunian kamar balita dengan kejadian ISPA pada balita. Penelitian tersebut menemukan bahwa dalam satu rumah ada beberapa anggota keluarga dalam satu kamar tidur yang terdiri dari ayah ibu dan anak-anaknya.¹⁴

Cahaya alami yang menyinari ruangan bermanfaat untuk meminimalisir tingkat kelembapan udara dan membasmi mikroorganisme patogen. Bakteri dan mikroorganisme lain yang menyebabkan ISPA umumnya bisa hidup dengan baik dalam sengatan cahaya yang normal. Besaran cahaya alami yang dinilai baik apabila besaran cahayanya 60-120 lux dan jika $<60\text{ lux}$ ataupun $>120\text{ lux}$ dinilai buruk.¹⁵ Pemasangan jendela harus diusahakan supaya sinar matahari bisa langsung masuk ke dalam ruangan dan tidak tertutup oleh bangunan lainnya karena jendela berfungsi menjadi ventilasi dan tempat masuknya cahaya.¹⁵ Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan antara pencahayaan dalam ruangan rumah dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah Kerja Puskesmas Kota. Mayoritas responden memiliki pencahayaan yang cukup baik dan selalu membuka lebar jendelanya agar pencahayaan alami masuk ke dalam rumah. Penelitian ini sejalan dengan peneliti yang dilakukan di Desa Kalinget Timur yang menyimpulkan tidak terdapat korelasi antara pencahayaan dengan kejadian ISPA pada balita.¹⁵

Penurunan daya tahan tubuh dapat terjadi karena tingkat kelembapan rumah yang tinggi. Selain itu kelembapan yang tinggi juga berpotensi meningkatnya kerentanan tubuh terhadap penyakit khususnya penyakit infeksi. Daya tahan hidup bakteri juga dipengaruhi oleh tingkat kelembapan udara. Kelembapan udaranya sebesar 40-70% dinilai baik dan apabila $<40\%$ ataupun $>70\%$ kelembapannya dinilai buruk.¹⁶ Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan antara kelembapan dalam ruangan rumah dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah Kerja Puskesmas Kota. Mayoritas respondennya mempunyai rumah dengan tingkat kelembapan yang sesuai dengan persyaratan yang sudah ditentukan. Dalam riset ini, peneliti hanya melakukan pengukuran di satu titik saja seperti di ruang tamu, karena keterbatasan waktu sehingga tidak diperoleh data kelembapan rata-rata di setiap rumah balita. Temuan penelitian ini sejalan dengan peneliti yang dilakukan di Desa Kalinget Timur yang menyimpulkan tidak adanya korelasi antara pencahayaan dengan kejadian ISPA pada balita. Dalam penelitian tersebut, pengukuran tingkat kelembapan udara juga dilaksanakan pada satu titik yakni ruangan keluarga atau kamar tidur. Selain itu, penelitiannya dilaksanakan pada jam 08.00 – 15.00 WIB, jadi cahaya matahari masih begitu terang dalam menyinari.¹⁷

Salah satu syarat dari rumah sehat yaitu wajib mempunyai suhu yang dapat diatur supaya suhu badan dipertahankan. Dengan begitu tubuh tidak akan kehilangan panas. Suhu udara yang nyaman sekitar 18°C hingga 30°C.¹⁸ Hasil pengukuran terhadap suhu udara di dalam rumah menunjukkan bahwa sebagian responden mempunyai suhu udara di dalam rumah yang tidak sesuai dengan syarat rumah sehat. Umumnya suhu udara di rumah respondennya 31,8°C. Rumah dengan ventilasi yang memenuhi persyaratan rumah sehat seharusnya memiliki sirkulasi udara yang lancar dan suhu udara di dalam rumah tetap terjaga.¹⁸ Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara suhu dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah Kerja Puskesmas Kota. Mayoritas respondennya mempunyai rumah dengan suhu ruangnya tidak sesuai dengan syarat kesehatan karena rata-rata suhu ruangan lebih dari 30°C. Suhu udara di dalam rumah di wilayah kerja Puskesmas Kota cukup dingin. Siklus udara yang terhambat akan membuat ruangan terasa pengap. Suhu ruangan yang rendah dan kelembapan yang tinggi bisa menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan bakteri. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Kecamatan Balesang Kabupaten Dongala yang menyatakan terdapat hubungan yang signifikan antara suhu dengan kejadian ISPA pada balita.¹⁹

Tembok merupakan dinding rumah terbaik. Namun, di daerah tropis dinding rumah penduduk terutama yang ada di perdesaan lebih banyak yang mempergunakan papan, kayu dan bambu. Masyarakat perdesaan umumnya mempunyai tingkat perekonomian yang rendah sehingga kurang memiliki kemampuan untuk membuat rumah berdinding tembok. Rumah dengan dinding yang tidak rapat seperti dinding papan, kayu dan bambu dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit pernafasan berkelanjutan. Angin malam secara langsung masuk dapat ke dalam rumah. Penggunaan dinding ini sangat memberikan pengaruh terhadap timbulnya gejala ISPA. Jika dindingnya sulit untuk dibersihkan maka debunya akan menumpuk, sehingga menjadi tempat perkembangbiakan bakteri.²⁰ Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dinding dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah Kerja Puskesmas Kota. Sebagian besar jenis dinding rumah responden sudah memenuhi syarat seperti terbuat dari batako/bata. Yang paling banyak yang menderita ISPA adalah sebagian responden dengan rumah berdinding kayu. Pembuatan dinding rumah yang tidak permanen akan berakibat pada udara, bakteri atau virus dapat masuk ke dalam rumah melalui rongga-rongga dinding. Untuk meminimalisasi supaya dindingnya tidak menjadi media penularan penyakit, masyarakat perlu menjaga dindingnya supaya tidak mudah rusak. Dinding harus selalu dibersihkan setidaknya seminggu sekali. Dinding yang rutin dibersihkan akan dapat mencegah penularan penyakit sehingga kejadian penyakit ISPA pada balita dapat dikurangi. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian di Desa Pulung Merdiko, Ponorogo yang menyatakan terdapat korelasi antara jenis dinding dengan kasus ISPA pada Balita. Rumah yang dindingnya masih terbuat dari kayu dan bambu dan kondisi dinding yang kotor dan berdebu menyebabkan balita rentan untuk terkena penyakit ISPA.²¹

Lantai rumah harus kedap air dan mudah dibersihkan. Lantai yang basah dan berdebu dapat menimbulkan sarang penyakit.²² Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara lantai dengan kejadian ISPA pada balita di wilayah Kerja Puskesmas Kota. Di lokasi penelitian, sebagian besar jenis lantai rumah responden terbuat dari tanah, semen (lantai kasar) dan tidak kedap air dan juga berdebu. Kondisi seperti ini tidak memenuhi syarat kesehatan. Apabila lantai tersebut menjadi tempat bermain balita dan dilalui oleh orang. Risiko debu berterbangan lalu terhirup oleh balita sehingga akan memperbesar peluang terkena ISPA. Lantai yang baik adalah tidak berdebu pada musim kemarau dan tidak basah di musim hujan. Lantai yang tidak memenuhi syarat merupakan media perkembangbiakan bakteri dan virus penyebab ISPA. Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya di Kelurahan Sidorejo

Hilir Kecamatan Medan yang menyatakan ada hubungan yang signifikan antara jenis dinding dengan kejadian ISPA pada balita. Lantai rumah terbuat dari tanah yang berdebu akan memperbesar risiko Balita terkena ISPA.²³

Kesimpulan

Kejadian ISPA pada balita di wilayah kerja Puskesmas Kota Bajawa berhubungan dengan faktor lingkungan fisik rumah misalnya kepadatan hunian kamar tidur, suhu ruangan, jenis dinding, dan jenis lantai sedangkan faktor luas ventilasi, luas pencahayaan dalam rumah, dan kelembaban dalam rumah tidak memiliki hubungan dengan kejadian ISPA pada balita. Oleh karena itu, masyarakat perlu melakukan berbagai tindakan pencegahan kejadian ISPA pada Balita. Tindakan tersebut antara lain membatasi jumlah penghuni dalam kamar tidur balita, memperbaiki ventilasi rumah agar tidak menyebabkan perkembangbiaknya virus atau bakteri yang menyebabkan penyakit seperti ISPA. Selain itu, masyarakat perlu menjaga kebersihan rumah seperti menyapu lantai, mengepel lantai, dan membersihkan debu yang menempel pada dinding dan lantai rumah, agar tidak menjadi tempat perkembangbiakan kuman.

Ucapan Terimakasih

Ucapan terima kasih disampaikan kepada Kepala Puskesmas Kota, Kabupaten Ngada dan seluruh responden, serta pihak-pihak yang sudah berpartisipasi dalam penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Pemberantasan Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut untuk Penanggulangan Pneumonia Balita. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2012. 1–24 p.
2. Sumertha Gapar IG, Adiputra N, Pujaastawa IB. Hubungan Kualitas Sanitasi Rumah dengan Kejadian Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) di Wilayah Kerja Puskesmas IV Denpasar Selatan Kota Denpasar. *ECOTROPHIC J Ilmu Lingkung (Journal Environ Sci [Internet]*. 2015;9(2):41. Available from: <https://ojs.unud.ac.id/index.php/ECOTROPHIC/article/view/18133>
3. Suryati S, Natasha N, Id'ys N. Hubungan Faktor Lingkungan Fisik dan Sosial Ekonomi Keluarga terhadap Kejadian Pneumonia pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Tahtul Yaman Kota Jambi. *J Daur Lingkung [Internet]*. 2018;1(2):46. Available from: <http://daurling.unbari.ac.id/index.php/darling/article/download/10/12>
4. Kementerian Kesehatan Reublik Indonesia. Pedoman Pengendalian Infeksi Saluran Pernapasan Akut. Jakarta: Ditjen PP&PL; 2011.
5. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian RI [Internet]. 2018. Available from: http://kesmas.kemendes.go.id/assets/upload/dir/519d41d8cd98f00/files/Hsil-riskesdas-2018_1247.pdf
6. Dinas Kesehatan Provinsi NTT. Profil Kesehatan Provinsi NTT Tahun 2019. Kota Kupang.
7. Puskesmas Kota Kabupaten Ngada. Laporan Puskesmas Kota Kabupaten Ngada. Ngada: Puskesmas Kota Kabupaten Ngada; 2019.
8. Hamidah YA. Hubungan Kesehatan Lingkungan Rumah dengan Kejadian Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) pada Balita di Desa Pulung Merdiko Ponorogo [Internet]. *Stikes Bhakti Husada Mulia, Madiun*; 2018. Available from: <http://repository.stikes-bhm.ac.id/299/>
9. Putri AE. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian ISPA pada Orang Dewasa

- di Desa Besuk Kecamatan Bantaran Kabupaten Probolinggo. *J Ilm Kesehat Media Husada* [Internet]. 2017;6(1):1–10. Available from: <https://ojs.widyagamahusada.ac.id/index.php/JIK/article/view/49/36>
10. Eka Diah Kartiningrum. Faktor yang Mempengaruhi Kejadian ISPA pada Balita di Desa Kembang Sari Kecamatan Jati Banteng Kabupaten Situbondo. 2016; Available from: <http://ejournal.stikesmajapahit.ac.id/index.php/PRV/article/view/619?articlesBySameAuthorPage=2>
 11. Adhasari Agungnisia. Faktor Sanitasi Fisik Rumah yang Berpengaruh terhadap Kejadian ISPA pada Balita 1 Desa Kalinget Timur. 2017;
 12. Peraturan Menteri Kesehatan Indonesia No 1077/Menkes/PER/2011. Pedoman Penyehatan Udara dalam Ruang Rumah. 2011;11–32. Available from: http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK No. 1077 ttg Pedoman Penyehatan Udara Dalam Ruang Rumah.pdf
 13. Fatimah L. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Kampung Baru Kecamatan Medan Maimun Tahun 2017 [Internet]. Universitas Sumatera Utara; 2017. Available from: <http://repositori.usu.ac.id/handle/123456789/1565>
 14. Aziz L. Hubungan Lingkungan Fisik Rumah dengan Kejadian Penyakit ISPA Pada Balita di Desa Guyung Kecamatan Gerih Kabupaten Ngawi. *SKRIPSI*. 2019;
 15. Hayati, R Z. Kosentrasi PM10 dan Faktor Lingkungan dalam Rumah dengan Keluhan Infeksi Saluran Pernafasaan Akut (ISPA) pada Balita di Puskesmas Rawa Terate Kecamatan Cakung [Internet]. 2017. Available from: <http://journal.fkm.ui.ac.id/kesling/article/view/4238>
 16. Kasih, R.U L. Hubungan antara Sanitasi Fisik Rumah dengan Kejadian Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Wua-Wua Kecamatan Wua-Wua Kelurahan Anawai. *MIRACLE J Public Heal* [Internet]. 2020;3(1):76–84. Available from: <http://download.garuda.ristekdikti.go.id/article.php?article=1730953&val=13710&title=Hubungan Antara Sanitasi Fisik Rumah Dengan Kejadian Infeksi Saluran Pernapasan Akut Ispa Pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Wua-Wua Kecamatan Wua-Wua Kelurahan Anawa>
 17. Suryani I, Edison E, Nazar J. Hubungan Lingkungan Fisik dan Tindakan Penduduk dengan Kejadian ISPA pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk. *J Kesehat Andalas* [Internet]. 2015;4(1):157–67. Available from: <http://jurnal.fk.unand.ac.id/index.php/jka/article/view/215>
 18. Syam DM, Ronny R. Suhu, Kelembaban dan Pencahayaan Sebagai Faktor Risiko Kejadian Penyakit ISPA pada Balita di Kecamatan Balaesang Kabupaten Donggala. *Hig J Kesehat Lingkung* [Internet]. 2016;2(3):133–9. Available from: <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/higiene/article/download/1822/2232>
 19. Soolani DC, Umboh JML, Rahayu H. Akili. Hubunga antara Faktor Lingkungan Fisik Rumah dengan Kejadian ISPA pada Balita di Kelurahan Malalayang 1 Kota Manado. *Fakultas Kesehat Masy Univ Sam Ratulangi [Internet]. 2013; Available from: <https://fkm.unsrat.ac.id/wp-content/uploads/2015/02/JURNAL-Deflyn-Soolani-101511003.pdf>
 20. Mahendra IGAP, Farapti F. Relationship between Household Physical Condition with The Incedence of ARI on Todler at Surabaya. *J Berk Epidemiol* [Internet]. 2018;6(3):227. Available from: <https://e-journal.unair.ac.id/JBE/article/view/9364>
 21. Yunita Debora Hutabrata. Hubungan Kondisi Fisik Rumah dengan Penyakit ISPA di

- Kelurahan BP. Nauli Kecamatan Siantar [Internet]. 2017. Available from:
<http://repo.poltekkes-medan.ac.id/xmlui/handle/123456789/445>
22. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Kepmenkes RI No. 829/Menkes/SK/VII/1999 tentang Persyaratan Kesehatan perumahan [Internet]. 1999. p. 1–6. Available from:
https://peraturan.bkpm.go.id/jdih/userfiles/batang/KEPMENKES_829_1999.pdf
23. Wulandari W, Girsang E, Siagian M. Hubungan Ventilasi, Jenis Lantai, Kepadatan Hunian, dan Kebiasaan Merokok di Dalam Rumah dengan Kejadian ISPA pada Balita di Kelurahan Sidorejo Hilir Kecamatan Medan Tembung. *Media Univ Prima Indones* [Internet]. 2018;1–10. Available from:
<http://jurnal.unprimdn.ac.id/index.php/JKPI/article/view/557>

MALARIA MAPPING BASED ON PATIENTS' CHARACTERISTIC, MOSQUITO BREEDING PLACE AND INSECTICIDE-TREATED NET USE IN THE WORK AREA OF RADAMATA AND WAIMANGURA HEALTH CENTER OF SUMBA BARAT DAYA DISTRICT

Merlin Nammu^{1*}, Apris A. Adu², Honey Ivon Ndoen³

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

²⁻³*Bagian Epidemiologi dan Biostatistika, FKM Universitas Nusa Cendana*

*Korespondensi: merlinnammu1998@gmail.com

Abstract

Malaria is an infectious disease caused by the plasmodium parasite that lives and reproduces in human red blood cells. Sumba Barat Daya is one of the districts in Nusa Tenggara Timur Province with a high malaria endemic status. Factors influencing the high malaria rate in NTT include awareness of the importance of using and maintaining insecticide-treated nets and awareness of the existence of mosquito breeding places. This study aimed to know the distribution of malaria at Radamata and Waimangura Public Health Centers based on age, gender, occupation, presence of mosquito breeding sites, and the use and maintenance of insecticide-treated mosquito nets. The research was descriptive with a geographic information system approach. Total sampling was applied, with the highest cases of 154 in Radamata health center and the lowest cases of 15 in Waimangura. The mapping revealed that malaria was higher in the male group, working as students and at the age of 15-64. Breeding sites were not discovered in within 1 km of respondents' houses, and nearly all respondents used insecticide-treated nets with holes. Due to limited knowledge, all respondents washed the mosquito nets and never performed heat regeneration. While some had insecticide-treated mosquito nets, some respondents did not, either because they did not obtain them from public health centers or integrated health posts or because the nets were already ruined.

Keywords: Breeding Places, Insecticide, Net.

Abstrak

Malaria adalah penyakit menular yang disebabkan oleh parasit *Plasmodium* yang hidup dan berkembang biak dalam sel darah merah manusia. Kabupaten sumba barat daya merupakan salah satu kabupaten di Provinsi NTT yang masih dengan status endemis tinggi malaria. Faktor yang mempengaruhi tingginya angka malaria di Provinsi Nusa Tenggara Timur di antaranya kesadaran terhadap keberadaan tempat perindukan nyamuk, kesadaran akan pentingnya cara pemakaian dan perawatan kelambu berinsektisida yang baik dan benar. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui deskriptif sebaran malaria di wilayah kerja Puskesmas Radamata dan Puskesmas Waimangura berdasarkan umur, jenis kelamin, pekerjaan, keberadaan tempat perindukan nyamuk dan pemakaian serta perawatan kelambu berinsektisida. Jenis penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif, dengan pendekatan Sistem Informasi Geografis (SIG). Sampel dalam penelitian ini menggunakan teknik total sampling yaitu 154 kasus tertinggi di wilayah kerja Puskesmas Radamata dan 15 kasus terendah di wilayah kerja Puskesmas Waimangura. Pemetaan malaria berdasarkan umur lebih tinggi pada usia 15-64 tahun, jenis kelamin laki-laki dan pekerjaan sebagai pelajar, pemetaan berdasarkan keberadaan tempat perindukan nyamuk tidak banyak ditemukan di rumah responden dalam jarak 1 km, pemetaan berdasarkan penggunaan kelambu berinsektisida hampir semua responden menggunakan kelambu berinsektisida namun digunakan dalam kondisi berlubang, semua responden mencuci kelambu dan tidak pernah melakukan pemanasan *heat regeneration* karena tidak tahu. Alasan responden tidak memiliki kelambu berinsektisida karena tidak menerima dari puskesmas/posyandu dan sudah rusak.

Kata Kunci: Perindukan Nyamuk, Penggunaan Kelambu Berinsektisida.

Pendahuluan

Malaria merupakan penyakit yang disebabkan dan ditularkan oleh *Parasit Plasmodium*, yang hidup dan berkembang biak dalam sel darah manusia melalui gigitan nyamuk *Anopheles* betina. Pada umumnya spesies *Plasmodium* yang dapat menyebabkan malaria yaitu *Plasmodium Vivax*, *Plasmodium Falciparum*, *Plasmodium Malariae* *Plasmodium Ovale* dan *Plasmodium Knowlesi*. Penyakit ini menyerang semua golongan kelompok umur baik itu laki-laki ataupun perempuan juga bisa ditularkan dari ibu hamil ke janinnya dan melalui transfusi darah yang mengandung *Plasmodium* di dalamnya.¹ Malaria masih endemis di beberapa wilayah Indonesia. Berdasarkan data profil kesehatan Kabupaten/Kota, periode 2017-2019 API Provinsi NTT mengalami penurunan yang signifikan. Pada tahun 2017 API 3,77% pada tahun 2018 menurun menjadi 3,2% dan pada tahun 2019 menurun lagi menjadi 1,6%. Target minimal dalam Renstra Dinas Kesehatan Provinsi NTT sebesar 17,7%. Artinya, API Provinsi NTT tahun 2017-2019 telah mencapai target.²

Kabupaten Sumba Barat Daya merupakan salah satu Kabupaten di Provinsi NTT yang masih berstatus endemis tinggi malaria. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Barat Daya tahun 2020, wilayah kerja Puskesmas Radamata termasuk Puskesmas dengan kasus malaria yang tertinggi yaitu sebanyak 154 kasus dengan API 6,84% dan wilayah kerja Puskesmas Waimangura merupakan Puskesmas dengan kasus malaria terendah yaitu sebanyak 15 kasus dengan API 0,59%.³ Berdasarkan data dari Puskesmas Radamata dan Puskesmas Waimangura tahun 2020 jumlah pembagian kelambu yang dibagikan yaitu berjumlah 10.933 dan 12.663. Dengan adanya pembagian kelambu diharapkan makin tinggi juga angka penggunaan kelambu berinsektisida untuk mengurangi penularan malaria.⁴

Berdasarkan penelusuran berbagai literatur, belum pernah ada penelitian mengenai pemetaan berdasarkan karakteristik penderita, tempat perindukan nyamuk dan penggunaan kelambu berinsektisida di kedua wilayah tersebut. Ilmu epidemiologi menjelaskan bahwa faktor risiko kejadian malaria terdiri dari faktor *host*, *agent* dan *environment*. Penyakit malaria tidak akan terjadi jika ketiga faktor tersebut mampu menjaga keseimbangannya.⁵ Adanya tempat perindukan nyamuk yang jaraknya dekat dengan rumah bisa mengakibatkan manusia terkena gigitan nyamuk. Kemampuan terbang nyamuk *Anopheles sp.* dewasa tergantung dari spesies masing-masing. Misalnya untuk *An. barbirostris* mencapai 200-300 meter dan *An. sinensis* mencapai 200-800 m. Namun, beberapa hasil penelitian menemukan bahwa terdapat nyamuk yang dapat terbang mencapai 1-2 km.⁶

Pengendalian penyakit malaria selain dengan melakukan pengobatan dapat juga dilakukan dengan pencegahan. Salah satu pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan penggunaan kelambu berinsektisida. Pemetaan malaria dapat dijadikan sebagai bahan informasi untuk melihat bagaimana pola penyebaran penyakit malaria secara spasial (wilayah) yang akan digunakan sebagai bahan analisis sehingga dapat mencegah penularan penyakit dan menemukan cara penyelesaian masalah malaria berdasarkan luas wilayah.⁷ Secara khusus penelitian ini bertujuan untuk melakukan pemetaan penyakit malaria berdasarkan umur, jenis kelamin, pekerjaan, keberadaan tempat perindukan nyamuk, pemakaian dan perawatan kelambu berinsektisida. Dengan adanya pemetaan malaria ini program pemerintah dapat tepat sasaran dalam menangani persebaran penyakit malaria dan dapat dilakukan upaya pencegahan penularan malaria untuk mencapai program eliminasi malaria di Indonesia.⁸

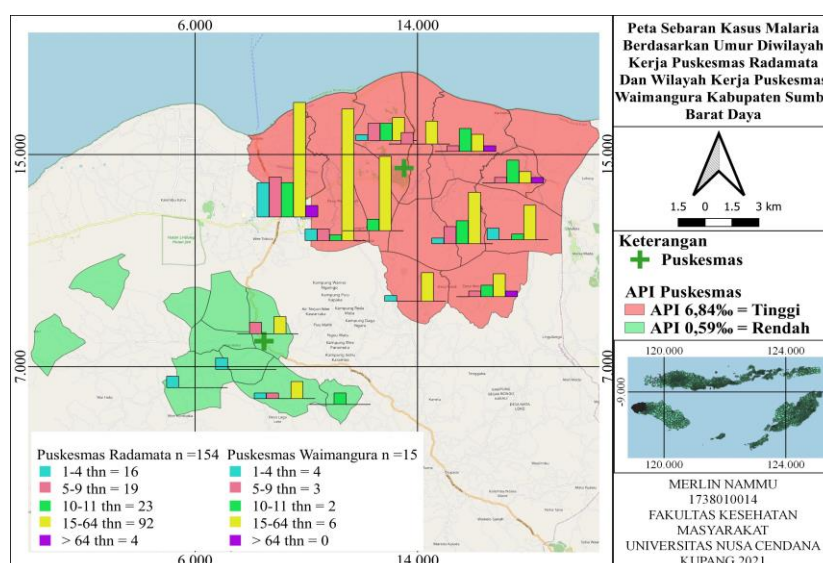
Metode

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif yaitu untuk melihat sebaran frekuensi penyakit secara spasial dengan pendekatan Sistem Informasi Geografis (SIG). Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Radamata dan Puskesmas Waimangura di

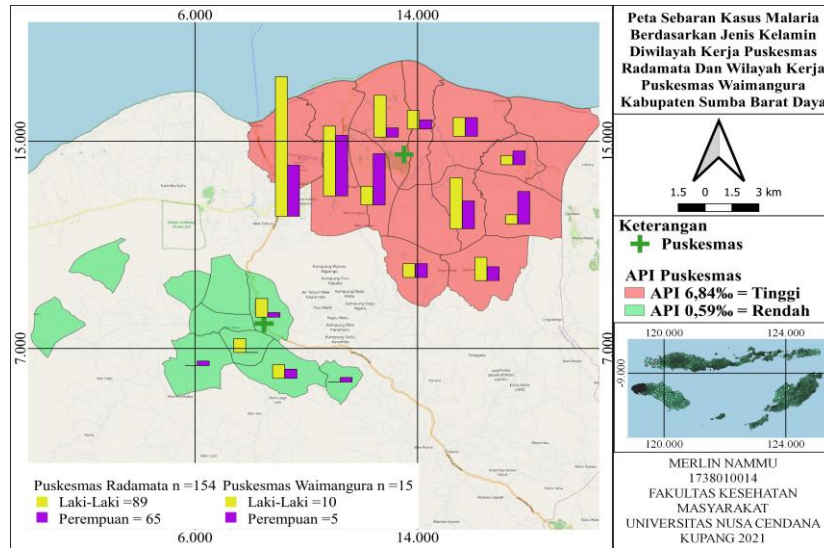
Kabupaten Sumba Barat Daya dari bulan November-Desember tahun 2021. Populasi dalam penelitian ini yaitu seluruh pasien kasus malaria yang tinggal di wilayah kerja Puskesmas Radamata sebanyak 154 orang dan Puskesmas Waimangura 15 orang yang diperoleh langsung dari laporan penderita positif malaria di Puskesmas. Sampel dalam penelitian ini yaitu total sampling berjumlah 169 orang. Variabel dalam penelitian ini yaitu umur 0->64 tahun, jenis kelamin perempuan dan laki-laki, Pekerjaan: PNS, wiraswasta, petani, pegawai swasta, pelajar, tidak bekerja, tempat perindukan nyamuk: tidak ada dan ada, pemakaian kelambu berinsektisida: tidak ada dan ada, perawatan kelambu berinsektisida: tidak pernah dan ya. Pengambilan data jumlah kasus malaria dilakukan di Puskesmas selanjutnya dilakukan observasi dan wawancara. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah aplikasi *Avenza Maps* dan didukung dengan pertanyaan tertutup. Pengolahan data dalam penelitian ini yaitu menggunakan program Quantum GIS. Data yang telah diolah dianalisis secara univariat selanjutnya disajikan dalam bentuk peta dan narasi. Penelitian ini telah mendapatkan kelayakan etik (*ethical clearance*) dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana dengan nomor: 2021185-KEPK.

Hasil

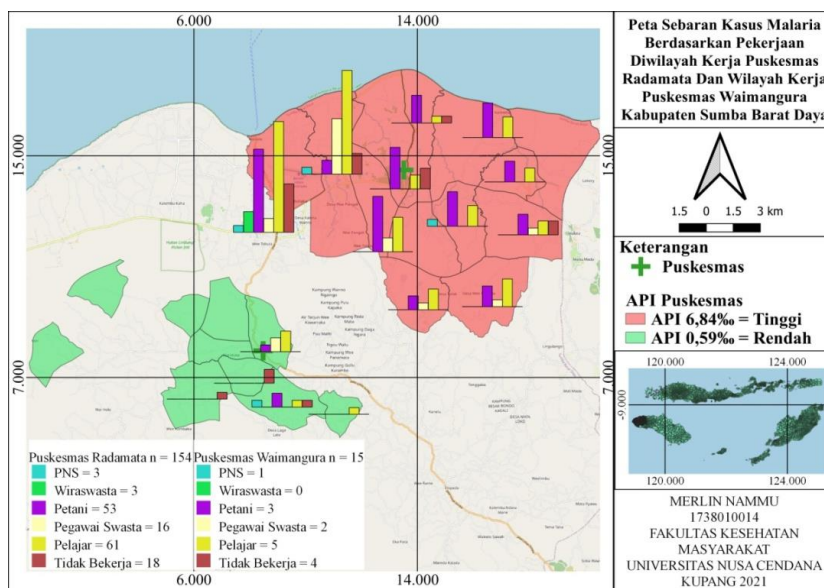
Pemetaan sebaran malaria berdasarkan umur, jenis kelamin dan pekerjaan di wilayah kerja Puskesmas Radamata dan Puskesmas Waimagura dapat dilihat pada gambar 1, 2 dan 3. Gambar 1 menunjukkan bahwa kasus malaria berdasarkan umur tertinggi di Puskesmas Radamata adalah umur 15-64 tahun sebanyak 92 orang dan terendah umur >64 tahun sebanyak 4 orang sedangkan di Puskesmas Waimangura kasus tertinggi umur 15-64 tahun sebanyak 6 orang dan terendah umur >64 tahun tidak ada kasus. Gambar 2 menunjukkan bahwa kasus malaria berdasarkan jenis kelamin tertinggi di Puskesmas Radamata adalah jenis kelamin laki-laki sebanyak 89 orang dan perempuan sebanyak 65 orang sedangkan di Puskesmas Waimangura laki-laki sebanyak 10 orang dan perempuan sebanyak 5 orang. Gambar 3 menunjukkan bahwa kasus malaria berdasarkan pekerjaan tertinggi di wilayah kerja Puskesmas Radamata adalah pelajar sebanyak 61 orang dan terendah yaitu PNS dan Wiraswasta sebanyak 3 orang sedangkan di Puskesmas Waimangura Pelajar sebanyak 5 orang, PNS 1 orang dan Wiraswasta tidak ada kasus.



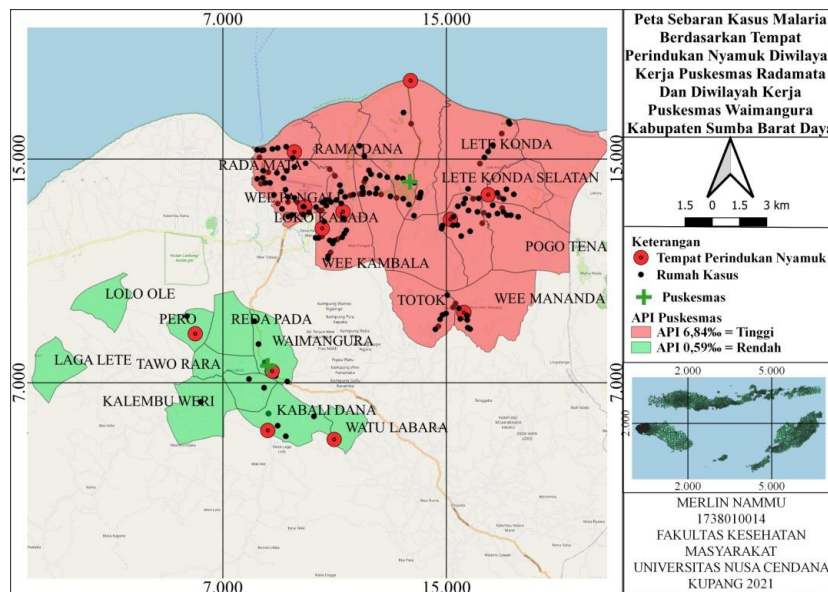
Gambar 1. Peta Sebaran Malaria Berdasarkan Umur di Wilayah Kerja Puskesmas Radamata dan Puskesmas Waimangura Tahun 2020.



Gambar 2. Peta Sebaran Malaria Berdasarkan Jenis Kelamin di Wilayah Kerja Puskesmas Radamata dan Wilayah Kerja Puskesmas Waimangura Tahun 2020.

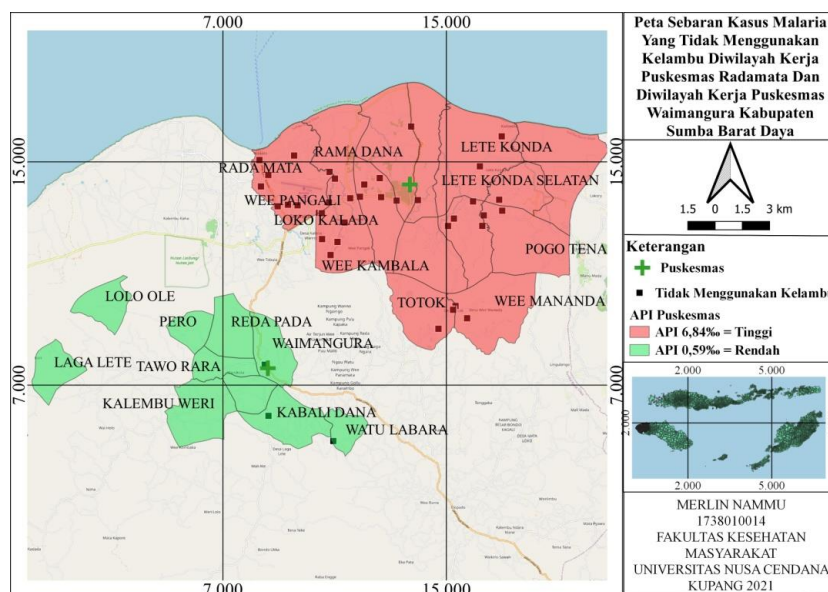


Gambar 3. Peta Sebaran Malaria Berdasarkan Pekerjaan di Wilayah Kerja Puskesmas Radamata dan di Wilayah Kerja Puskesmas Waimangura Tahun 2020.

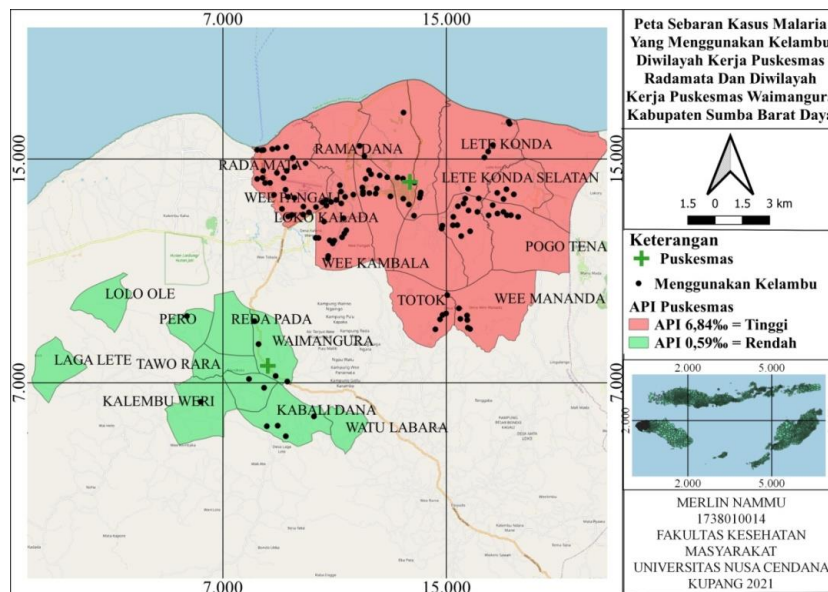


Gambar 4. Sebaran Keberadaan Tempat Perindukan Nyamuk di Wilayah Kerja Puskesmas Radamata dan Wilayah Kerja Puskesmas Waimangura Tahun 2020.

Gambar 4, menunjukkan titik lokasi rumah kasus malaria di wilayah kerja Puskesmas Radamata dan Puskesmas Waimangura ditemukan beberapa titik tempat perindukan nyamuk. Dari 154 (100%) responden di wilayah kerja Puskesmas Radamata sebanyak 8 (5,2%) responden yang tempat tinggalnya ditemukan tempat perindukan nyamuk dalam jarak 1 km sedangkan di Puskesmas Waimangura dari 15 (100%) responden terdapat sebanyak 4 (26,7%) responden yang tempat tinggalnya ditemukan tempat perindukan nyamuk.



Gambar 5. Peta Sebaran Kasus yang Tidak Menggunakan Kelambu Berinkstisida di Wilayah Kerja Puskesmas Radamata dan Wilayah Kerja Puskesmas Waimangura Tahun 2020.



Gambar 6. Peta Sebaran Kasus yang Menggunakan Kelambu Berinsektisida di Wilayah Kerja Puskesmas Radamata dan Wilayah Kerja Puskesmas Waimangura Tahun 2020.

Gambar 5 menunjukkan bahwa dari 154 (100%) responden di Puskesmas Radamata yang tidak menggunakan kelambu berinsektisida yaitu sebanyak 38 orang (24,7%), yang menggunakan kelambu berinsektisida yaitu sebanyak 116 orang (75,3%). Gambar 6, menunjukkan bahwa di Puskesmas Waimangura dari 15 (100%) responden kasus malaria yang tidak menggunakan kelambu berinsektisida yaitu sebanyak 3 (20,0%) orang dan yang menggunakan kelambu berinsektisida yaitu sebanyak 12 (80,0%) orang.

Tabel 1. Distribusi Pemakaian Kelambu Berinsektisida di Wilayah Kerja Puskesmas Radamata dan Puskesmas Waimangura Tahun 2020

Pemakaian Kelambu Berinsektisida	Puskesmas Radamata (n=116)		Puskesmas Waimangura (n=12)	
	n	%	n	%
Waktu mendapatkan kelambu berinsektisida				
1-3 tahun yang lalu	89	76,7	10	83,3
> 3 tahun yang lalu	27	23,3	2	16,7
Waktu mulai menggunakan kelambu berinsektisida				
1-3 tahun yang lalu	89	76,7	10	83,3
> 3 tahun yang lalu	27	23,3	2	16,7

Tabel 1 menunjukkan bahwa dari 154 (100%) responden di wilayah kerja Puskesmas Radamata terdapat 116 orang yang menggunakan kelambu berinsektisida dan dari 15 (100%) responden di wilayah kerja Puskesmas Waimangura terdapat 12 orang yang menggunakan kelambu berinsektisida. Waktu memperoleh kelambu dan memakai kelambu berinsektisida pada wilayah kerja Puskesmas Radamata paling tinggi yaitu dari 1-3 tahun yang lalu sebanyak 89 orang (76,7%) dan yang paling sedikit yaitu >3 tahun yang lalu sebanyak 27 orang (23,3%). Sedangkan di wilayah kerja Puskesmas Waimangura waktu memperoleh kelambu

berinsektisida 1-3 tahun yang lalu sebanyak 10 orang (83,3%) dan yang paling rendah yaitu >3 tahun yang lalu sebanyak 2 orang (16,7%).

Tabel 2. Distribusi Perawatan Kelambu Berinsektisida di Wilayah Kerja Puskesmas Radamata dan Puskesmas Waimangura Tahun 2020

Perawatan Kelambu Berinsektisida	Puskesmas Radamata (n=166)		Puskesmas Waimangura (n=12)	
	n	%	n	%
Mencuci kelambu berinsektisida secara rutin				
Ya	46	39,7	4	33,3
Kadang-kadang	70	60,3	8	66,7
Jadwal mencuci kelambu berinsektisida				
>1 x dalam 3 bulan	23	19,8	4	33,3
1 x dalam 3 bulan	54	46,6	2	16,7
1 x dalam 3 bulan-6 bulan	2	1,7	6	50
Tidak ada jadwal	37	31,9	-	-
Terakhir mencuci kelambu berinsektisida				
< 1 bulan yang lalu	22	19,0	5	41,7
1 sampai 3 bulan yang lalu	50	43,1	2	16,7
> 3 bulan yang lalu	44	37,9	5	41,7
Tindakan setelah mencuci kelambu berinsektisida				
Dijemur biasa	40	34,5	9	75,0
Diangin-anginkan	76	65,5	3	25,0
Tindakan pemanasan <i>heat regeneration</i>				
Tidak pernah	116	100	12	100
Alasan tidak melakukan pemanasan <i>heat regeneration</i>				
Tidak tahu	116	100	12	100
Kondisi kelambu berinsektisida				
Tidak terdapat lubang	35	30,2	4	33,3
Ada lubang	81	69,8	8	66,7

Tabel 2, menunjukkan bahwa semua responden melakukan pencucian pada kelambu berinsektisida di kedua wilayah kerja puskesmas. Tindakan rutin mencuci kelambu berinsektisida sebanyak 46 orang (39,7%), kadang-kadang sebanyak 70 orang (60,3%) di Puskesmas Radamata, sedangkan di Puskesmas Waimangura sebanyak 4 orang (33,3%) mencuci kelambu secara rutin dan kadang-kadang sebanyak 8 orang (66,7%). Jadwal mencuci kelambu berinsektisida paling banyak yaitu 1 x dalam 3 bulan sebanyak 54 orang (46,6%), dan yang paling sedikit yaitu 1x dalam 3-6 bulan sebanyak 2 orang (1,7%), di Puskesmas Radamata. Sementara di Puskesmas Waimangura jadwal pencucian kelambu berinsektisida paling banyak yaitu 1x dalam 3-6 bulan sebanyak 6 orang (50%) dan yang paling sedikit yaitu 1x dalam 3 bulan sebanyak 2 orang (16,7%). Terakhir kali mencuci kelambu berinsektisida paling banyak yaitu 1 sampai 3 bulan yang lalu sebanyak 50 orang (43,1%), dan yang paling sedikit < 1 bulan yang lalu sebanyak 22 orang (19,0%) di Puskesmas Radamata. Sementara di Puskesmas Waimangura terakhir kali kelambu berinsektisida dicuci paling banyak yaitu <1 bulan yang lalu sebanyak 5 orang (41,7%), >3 bulan yang lalu sebanyak 5 orang (41,7%) dan yang paling sedikit yaitu 1 sampai 3 bulan yang lalu sebanyak 2 orang (16,7%). Tindakan setelah mencuci

kelambu berinsektisida paling banyak diangin-anginkan sebanyak 76 orang (65,5%) di Puskesmas Radamata sedangkan di Puskesmas Waimangura dijemur biasa sebanyak 9 orang (75,0%). Tindakan pemanasan *heat regeneration* tidak pernah dilakukan oleh semua responden di kedua wilayah kerja puskesmas (100%) dengan alasan karena tidak tahu (100%). Di wilayah kerja Puskesmas Radamata terdapat 81 orang (69,8%) yang menggunakan kelambu berlubang sedangkan di Puskesmas Waimangura dari 12 (100%) terdapat sebanyak 8 orang (66,7%) yang menggunakan kelambu berlubang.

Tabel 3. Distribusi yang Tidak Menggunakan Kelambu Berinsektisida di Wilayah Kerja Puskesmas Radamata dan Puskesmas Waimangura Tahun 2020

Tidak Menggunakan Kelambu Berinsektisida	Puskesmas Radamata (n=38)		Puskesmas Waimangura (n=3)	
	n	%	n	%
Alasan tidak menggunakan kelambu berinsektisida				
Tidak mendapatkannya baik dari puskesmas, bidan maupun posyandu	16	42,1	1	33,3
Sudah rusak	22	57,9	2	66,7
Alat pencegahan nyamuk lain				
Anti nyamuk bakar	25	65,8	1	33,3
Anti nyamuk elektrik	5	13,2	1	33,3
Insektisida <i>lotion</i>	5	13,2	1	33,3
Tidak ada	3	7,9	-	-
Kerutinan penggunaan pencegahan nyamuk lain				
Ya	13	34,2	-	-
Tidak	25	65,8	3	100
Penyebab malaria				
Gigitan nyamuk malaria	38	100	3	100
Waktu malaria menggigit manusia				
Sepanjang hari	7	18,4	2	66,7
Tidak tahu	31	81,6	1	33,3
Mencegah malaria				
Menggunakan alat pencegahan nyamuk lain selain kelambu	29	76,3	2	66,7
Menggunakan kipas angin	5	13,2	1	33,3
Tidak melakukan apa-apa	4	10,5	-	-
Kegunaan kelambu berinsektisida				
Mencegah kontak dengan kutu, nyamuk ataupun serangga lain	38	100	3	100

Tabel 3 menunjukkan bahwa sebanyak 38 (100%) responden di wilayah kerja Puskesmas Radamata dan 3 (100%) responden di wilayah kerja Puskesmas Waimangura kebanyakan responden menjawab alasan tidak memiliki kelambu berinsektisida karena sudah rusak 22 orang (57,9%) di Puskesmas Radamata. Sementara di Puskesmas Waimangura sudah rusak 2 orang (66,7%). Alat pencegahan nyamuk lain yang paling banyak digunakan adalah obat nyamuk dibakar 25 orang (65,8 %) di Puskesmas Radamata. Sedangkan di Puskesmas Waimangura anti nyamuk bakar 1 (33,3%), anti nyamuk elektrik 1 orang (33,3%) dan insektisida *lotion* 1 orang (33,3%). Kebiasaan rutin penggunaan pencegahan nyamuk lain 13

orang (34,2%), tidak 25 orang (65,8%) di Puskesmas Radamata, sedangkan di Puskesmas Waimangura tidak rutin menggunakan pencegahan nyamuk lain 3 orang (100%). Penyebab malaria disebabkan oleh gigitan nyamuk malaria (100%) di kedua wilayah kerja puskesmas. Mengenai waktu nyamuk malaria menggigit manusia tidak tahu sebanyak 31 orang (81,6%) di Puskesmas Radamata. Sedangkan di Puskesmas Waimangura waktu nyamuk menggigit manusia pada sepanjang hari 2 orang (66,7%). Pencegahan malaria dengan menggunakan alat proteksi nyamuk selain kelambu sebanyak 29 orang (76,3%), memasang kipas angin sebanyak 5 orang (13,2%), tidak melakukan apa-apa sebanyak 4 orang (10,5%) di Puskesmas Radamata. Sedangkan di Puskesmas Waimangura menggunakan alat proteksi selain kelambu sebanyak 2 orang (66,7%) dan tidak melakukan apa-apa hanya 1 orang (33,3%). Kegunaan kelambu berinsektisida untuk mencegah kontak dengan kutu, nyamuk dan serangga lain (100%) di kedua wilayah kerja puskesmas.

Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa di wilayah kerja Puskesmas Radamata dan Puskesmas Waimangura penderita malaria lebih tinggi pada golongan umur 15-64 tahun. Kelompok umur ≥ 15 tahun lebih berisiko terkena penyakit malaria dibandingkan dengan umur yang lebih muda dikarenakan kelompok umur orang dewasa lebih banyak beraktivitas di luar rumah pada malam hari sehingga lebih besar peluang digigit nyamuk *Anopheles*.⁹ Hal ini sesuai dengan perilaku nyamuk yang beristirahat dan menggigit di luar rumah. Hasil penelitian penelitian di wilayah kerja Puskesmas Radamata dan Puskesmas Waimangura ditemukan bahwa responden dengan jenis kelamin laki-laki lebih banyak dari pada perempuan hal ini terjadi karena malaria tidak menyerang jenis kelamin tertentu. Malaria dapat menyerang laki-laki ataupun perempuan. Laki-laki mudah terkena malaria dikarenakan berkaitan dengan jenis pekerjaannya yang dominan pada laki-laki yaitu sebagai petani, peternak dan buruh perkebunan.¹⁰ Responden di wilayah kerja Puskesmas Radamata dan Puskesmas Waimangura lebih banyak dengan jenis pekerjaan sebagai pelajar. Pelajar dengan usia remaja merupakan usia yang mudah terinfeksi malaria, karena mempunyai aktivitas yang tinggi mulai dari siang hari hingga malam hari seperti kebiasaan nongkrong di pinggir jalan, di sekitar tempat ngopi, atau tempat keramaian lainnya yang dapat memungkinkan terkena gigitan nyamuk.

Keberadaan tempat perindukan nyamuk sebagai tempat untuk perkembangbiakan nyamuk hingga menjadi nyamuk dewasa dapat berpotensi sebagai faktor penular malaria. Sebagian besar wilayah kerja Puskesmas Radamata dan Puskesmas Waimangura merupakan daerah pedesaan yang rumah tempat tinggalnya dekat dengan kebun yang digunakan pada musim tanam. Pada saat wawancara, peneliti menemukan bahwa di wilayah kerja Puskesmas Radamata dan wilayah kerja Puskesmas Waimangura tidak banyak ditemukan keberadaan tempat perindukan nyamuk. Adapun penderita malaria yang ditemukan tinggal dekat dengan tempat perindukan nyamuk dalam jarak 1 km dari rumah responden merupakan jenis tempat perindukan seperti genangan air yang menjadi kubangan ternak seperti babi dan kerbau, bendungan, sawah dan tinggal dekat dengan area pantai. Penduduk yang rumah berdekatan dengan tempat perindukan nyamuk dan rumah penderita lebih berisiko tertularnya malaria.¹¹ Peneliti juga menemukan bahwa hampir sebagian di sekitar rumah responden terdapat rumput alang-alang dan semak belukar karena berada dekat dengan kebun. Kondisi fisik rumah responden hampir semua rumah tidak permanen. Atap rumah terbuat dari anyaman alang-alang. Dinding terbuat dari anyaman bambu dan lantai tanah atau dalam bentuk rumah panggung dengan alas bambu bulat. Selain itu, terdapat kandang ternak yang dekat dengan rumah responden kasus malaria. Peneliti beranggapan bahwa hal tersebut juga bisa menjadi faktor penularan malaria. Kondisi lingkungan sekitar seperti adanya tumbuh-tumbuhan yang menutup

cahaya sinar matahari dan kandang ternak yang berada dekat dengan lokasi tempat tinggal dapat mengakibatkan penularan malaria.¹²

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pemakaian kelambu berinsektisida sebagai upaya pencegahan malaria di wilayah kerja Puskesmas Radamata masih belum merata. Banyak responden yang belum memiliki kelambu berinsektisida dengan alasan bahwa mereka tidak memperoleh kelambu tersebut baik dari puskesmas maupun posyandu. Alasan lainnya karena sudah lama rusak. Sementara di wilayah kerja Puskesmas Waimangura hampir semua responden sudah memakai kelambu berinsektisida. Hasil penelitian di wilayah kerja Puskesmas Radamata ditemukan masih banyak responden yang menggunakan kelambu berinsektisida sudah >3 tahun yang lalu sedangkan di wilayah kerja Puskesmas Waimangura lebih sedikit ditemukan responden yang menggunakan kelambu berinsektisida >3 tahun yang lalu. Kelambu berinsektisida yang digunakan <3 tahun merupakan kelambu yang masih dianggap efektif dalam membunuh nyamuk dibanding dengan kelambu berinsektisida >3 tahun sudah tidak efektif lagi dalam membunuh nyamuk.¹³

Pemakaian kelambu berinsektisida akan lebih efektif jika didukung dengan perawatan kelambu berinsektisida yang baik. Hasil penelitian di wilayah kerja Puskesmas Radamata banyak ditemukan responden yang memakai kelambu berinsektisida sudah dalam kondisi berlubang sehingga memungkinkan nyamuk menggigit manusia. Hal yang sama juga ditemukan di wilayah kerja Puskesmas Waimangura. Beberapa responden tetap memakai kelambu berinsektisida meskipun sudah berlubang namun jumlahnya lebih sedikit dibandingkan dengan Puskesmas Radamata. Peneliti beranggapan bahwa nyamuk dapat masuk dan menggigit manusia pada saat tidur karena kondisi kelambu yang sudah berlubang. Penggunaan kelambu yang tidak berlubang dapat mencegah dan melindungi dari gigitan nyamuk *Anopheles sp.* selain menggunakan obat anti nyamuk.¹⁴

Pencucian kelambu berinsektisida yang sudah kotor karena debu dapat dicuci setiap 2-3 bulan sekali dan maksimal pencucian kelambu yaitu 20 kali dengan daya tahan kelambu berinsektisida selama 3 tahun.¹⁵ Hasil penelitian di wilayah kerja Puskesmas Radamata dan wilayah kerja Puskesmas Waimangura menemukan bahwa semua responden mencuci kelambu berinsektisida. Frekuensi pencucian kelambu berinsektisida 1x dalam 3 bulan merupakan frekuensi pencucian paling banyak dilakukan di wilayah Puskesmas Radamata sedangkan di wilayah kerja Puskesmas Waimangura frekuensi pencucian kelambu berinsektisida 1x dalam 3-6 bulan merupakan frekuensi pencucian paling banyak dilakukan. Dengan demikian, di wilayah kerja Puskesmas Radamata, kandungan insektisida pada kelambu dapat berkurang karena responden sering mencuci kelambu berinsektisida secara berulang. Hal ini dapat menurunkan efektivitas dibandingkan dengan di wilayah kerja Puskesmas Waimangura. Pencucian ulang kelambu berinsektisida dapat memberikan pengaruh terhadap aktivitas insektisida yang terdapat pada kelambu.¹⁶

Waktu terakhir mencuci kelambu yakni 1 sampai 3 bulan di wilayah kerja Puskesmas Radamata, sedangkan di wilayah kerja Puskesmas Waimangura <1 bulan yang lalu dan >3 bulan yang lalu. Di wilayah kerja Puskesmas Radamata, kebanyakan responden melakukan pengeringan kelambu dengan cara diangin-anginkan, sedangkan di wilayah kerja Puskesmas Waimangura kebanyakan responden menjemur kelambu di bawah panas matahari. Efektivitas kelambu terhadap nyamuk dapat berkurang jika kelambu dijemur langsung di bawah panas matahari.¹⁷ Hasil penelitian di wilayah kerja Puskesmas Radamata dan wilayah kerja Puskesmas Waimangura semua responden yang memakai kelambu berinsektisida tidak pernah melakukan pemanasan *heat regeneration* dengan alasan mereka tidak tahu tentang pemanasan *heat regeneration*. Pemanasan *heat regeneration* dilakukan guna mencegah hilangnya insektisida pada kelambu¹⁸. Berdasarkan hasil penelitian semua responden memasang kelambu

dengan cara diikat atau dipaku keempat ujung tali kelambu pada tiang atau tembok tempat tidur dan pada saat tidur ujung kelambu tersebut disisipkan ke bawah kasur atau tikar tempat tidur. Hasil penelitian 38 responden malaria yang tidak memiliki kelambu berinsektisida di wilayah kerja Puskesmas Radamata dan 3 kasus penderita malaria di wilayah kerja Puskesmas Waimangura mengatakan karena tidak mendapatkannya dari puskesmas/posyandu dan sudah rusak sehingga tidak layak dipakai lagi. Sebagai alat proteksi nyamuk lain, responden menggunakan obat nyamuk bakar, anti nyamuk elektrik (kipas angin), insektisida *lotion* namun tidak secara rutin digunakan. Bahkan ada beberapa responden yang mengatakan bahwa mereka tidak menggunakan alat pencegahan nyamuk sama sekali. Hampir semua responden mengetahui bahwa penyebab malaria disebabkan oleh gigitan nyamuk malaria dan kegunaan dari kelambu berinsektisida yaitu mencegah kontak nyamuk, kutu atau serangga lainnya.

Penelitian ini memiliki keterbatasan yaitu masih banyak variabel lain yang dapat mempengaruhi kejadian malaria dan peneliti berharap peneliti berikutnya dapat menambah variabel penelitian untuk mengetahui penyebab penularan penyakit malaria.

Kesimpulan

Sebaran kasus malaria di wilayah kerja Puskesmas Radamata dan Puskesmas Waimangura menunjukkan bahwa tidak banyak ditemukan keberadaan tempat perindukan nyamuk. Namun, diharapkan masyarakat dapat lebih lagi memperhatikan tempat-tempat yang berpotensi menjadi tempat perindukan nyamuk. Tidak semua masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Radamata dan Puskesmas Waimangura memiliki kelambu berinsektisida sehingga ada yang tidak menggunakan kelambu pada saat tidur. Pemerintah atau petugas kesehatan diharapkan dapat memantau penggunaan kelambu berinsektisida agar semua masyarakat memperoleh kelambu dan digunakan secara rutin.

Ucapan Terimakasih

Penulis berterima kasih kepada Bapak Agustinus Klarianus Tokan, AMAK selaku kepala sub bagian tata usaha Puskesmas Radamata dan Ibu Diana I. W. Wora, A.Md.Keb selaku kepala Puskesmas Waimangura yang sudah memberikan izin untuk dilakukan penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. Ndiki HTG, Adu AA, Limbu R. Survei Jentik Nyamuk Anopheles di Desa Maukeli Kecamatan Mauponggo. *J Kesehat Masy*. 2020;2(1):10.
<http://ejurnal.undana.ac.id/MKM/article/view/1948>
2. Dinas Kesehatan Provinsi NTT. Profil Kesehatan Provinsi NTT. Kupang: Dinas Kesehatan NTT; 2019.
3. Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Barat Daya. Profil Kesehatan Kabupaten Sumba Barat Daya. Kadula: Dinas Kesehatan Sumba Barat Daya; 2020.
4. Faradila, Ishak H, Manyullei S. Penggunaan Kelambu Berinsektisida terhadap Pengendalian Penyakit Malaria di Bonto Bahari Kabupaten Bulukamba. 2017;1–13.
<https://core.ac.uk/download/pdf/25495861.pdf>
5. Irwan. Epidemiologi Penyakit Menular. Yogyakarta: Cv. Absolute Media; 2017. 47–48 hal.
<https://repository.ung.ac.id/karyailmiah/show/irwan-buku-epidemiologi-penyakit-menular>
6. Ridwan, W., Ruliansyah, A., Kusnandar, A. J., & Pradani, F. Y. (2019). Pemetaan Tempat Perkembangbiakan Potensial Anopheles sp. di Tempat Wisata Pangandaran. *ASPIRATOR- Journal of Vector-borne Disease Studies*, 11(2), 81–90.
<https://ejournal2.litbang.kemkes.go.id/index.php/aspirator/article/view/1380>

7. Hayati F, Efendy I, Asriwati. Faktor yang Memengaruhi Perilaku Masyarakat terhadap Pemberantasan Malaria. *J Kesmas Prima Indones*. 2020;2(1):2.
<http://jurnal.unprimdn.ac.id/index.php/JKPI/article/view/889>
8. Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
9. Erawati D, Dwiranti F, Moge RA. Prevalansi Malaria di Puskesmas Sanggeng Kabupaten Manokwari Periode November sampai Desember 2019. *Biosaintropis*. 2021;6(2):72–7.
<http://biosaintropis.unisma.ac.id/index.php/biosaintropis/article/view/377>
10. Puasa R, H A, Kader A. Identifikasi Plasmodium Malaria di desa Beringin Jaya Kecamatan Oba Tengah Kota Tidore Kepulauan. *J Ris Kesehat*. 2018;7(1):22.
<http://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/jrk/article/view/3056>
11. Suyono R, Salmun JAR, Ndoen HI. Analisis Spasial Tempat Perindukan Nyamuk, Kepadatan Larva dan Indeks Habitat dengan Kejadian Malaria di Kecamatan Waigete Kabupaten Sikka. *Media Kesehat Masy Indones*. 2021;3(1):1–11.
<https://ejournal.undana.ac.id/MKM/article/view/3146>
12. Diaz GF. Hubungan Pengetahuan Persepsi Kepala Keluarga tentang Malaria terhadap Perilaku Pencegahan Penularan Penyakit Malaria di Wilayah Kerja Puskesmas Kori Kabupaten Sumba Barat Daya. *Skripsi*. 2017;2.
<http://repository.unair.ac.id/id/eprint/77575>
13. Supranelfy Y, Oktarina R. Gambaran Perilaku Pencegahan Penyakit Malaria di Sumatera Selatan (Analisis Lanjut Riskesdas 2018). *Balaba J Litbang Pengendali Penyakit Bersumber Binatang Banjarnegara*. 2021;19–28.
<http://ejournal2.litbang.kemkes.go.id/index.php/blb/article/view/3556>
14. Nur Hamdani N, Kartini MM. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Malaria di Wilayah Kerja Puskesmas Wandai Distrik Wandai Kabupaten Intan Jaya Papua. *J Promot Prev*. 2020;2:1–7.
<http://journal.unpacti.ac.id/index.php/JPP/article/view/163>
15. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Penggunaan Kelambu Berinsektisida Menuju Eliminasi Malaria. Jakarta:Kementerian Kesehatan RI; 2017. tersedia pada:
<https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/cegah-malaria-kelambu-berinsektisida/>
16. Sugiarto, Hadi UK, Soviana S, Hakim L. Efektivitas Kelambu Berinsektisida terhadap Nyamuk *Anopheles Sundaicus* (Diptera: Culicidae) dan Penggunaannya di Desa Sungai Nyamuk, Kalimantan Utara. *J Spirakel*. 2018;10(1):1–11.
17. Friskarini K, Ariati J. Pengetahuan dan Sikap Masyarakat terhadap Penggunaan Kelambu Berinsektisida Long Lasting Insecticidal Nets (Llins) di Kecamatan Mariat, Kabupaten Sorong, Provinsi Papua Barat. *J Ekol Kesehat*. 2017;16(1):18–26.
<http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/jek/article/view/6160>
18. Araujo Julita BP De. Gambaran Penggunaan Kelambu Insektisida pada Keluarga Penderita Malaria di Kelurahan Teunbaun Kecamatan Amarasi Barat Kabupaten Kupang. *Skripsi*. 2019;10–2.
<http://repository.poltekkeskupang.ac.id/id/eprint/1825>

FACTORS AFFECTING CERVICAL CANCER IN THE ONCOLOGY UNIT IN Prof. Dr. W. Z. JOHANNES PUBLIC HOSPITAL KUPANG

Maria A. Melandra Putri^{1*}, Apris A. Adu², Sigit Purnawan³

¹ Program Studi Kesehatan Masyarakat, FKM Universitas Nusa Cendana

²⁻³ Bagian Epidemiologi dan Biostatistika, FKM Universitas Nusa Cendana

*Korespondensi: anggimelandraputri@gmail.com

Abstract

Cervix cancer is the most frequent cancer in women. The cancer is caused by various factors such as multiparity, age when first having sex, smoking, hormonal contraception use, sexual diseases, nutritional factors, HPV infection, and unclean genital area. The purpose of this study was to analyze the factors influencing cervical cancer incidence in General Hospital Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang in 2021. This research was observational analytic with a case-control approach. The sample in this study amounted to 76 people consisting of 38 samples in the case group and 38 samples in the control group, with a ratio of 1:1. The technique used in the case group was total sampling, and an accidental sampling technique was applied in the control group. The results of statistical tests indicated that there were two variables affecting the cervix cancer, namely age during sexual intercourse with $p\text{-value} = 0.021$ OR = 3.322 (95% CI = 1.293-8.538) and parity with $p\text{-value} = 0.010$ OR = 3.980 (CI 95% = 1.049-6.827). However, the smoking variable, the use of hormonal contraceptives, and the history of abortion did not contribute to cervix cancer. Cervix cancer has a high mortality rate due to delays in early detection. Therefore, it is necessary to collaborate with various parties to increase women's knowledge and awareness of early detection.

Keywords: Cervical Cancer, Risk Factors.

Abstrak

Kanker serviks termasuk dalam penyakit yang paling sering menyerang perempuan. Kanker Serviks dipengaruhi oleh faktor – faktor seperti, multiparitas, umur ketika pertama kali berhubungan seks, merokok, penggunaan kontrasepsi hormonal, penyakit seksual, faktor nutrisi, infeksi HPV, tidak menjaga kebersihan area genital. Penelitian ini bertujuan menganalisis faktor yang memengaruhi kejadian Kanker Serviks di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Tahun 2021. Jenis penelitian ini adalah analitik observasional dengan pendekatan *case control*. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 76 orang yang terdiri dari 38 orang sampel kelompok kasus dan 38 orang sampel kelompok kontrol dengan perbandingan 1:1. Teknik pengambilan sampel pada kelompok kasus adalah *total sampling* sedangkan untuk sampel kelompok kontrol menggunakan teknik *accidental sampling*. Analisis data secara univariat dan bivariat dengan menggunakan uji *chi-square*, hasil uji statistik menunjukkan bahwa terdapat 2 variabel yang berpengaruh terhadap kejadian kanker serviks yaitu usia ketika berhubungan seksual dengan nilai $p\text{-value}=0,021$ OR=3,322 (CI95%=1,293-8,538) dan paritas dengan nilai $p\text{-value}=0,010$ OR=3,980 (CI95%=1,049-6,827). Sementara untuk variabel merokok, penggunaan alat kontrasepsi hormonal, dan riwayat abortus tidak berpengaruh terhadap kejadian kanker serviks. Kanker serviks memiliki angka kematian yang tinggi yang disebabkan oleh terlambatnya deteksi dini. Oleh karena itu diperlukan kerja sama berbagai pihak untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran wanita untuk melakukan deteksi dini.

Kata Kunci: Kanker Serviks, Faktor Risiko.

Pendahuluan

Kanker termasuk dalam jenis penyakit yang paling sering menyerang dan menggerogoti kehidupan tiap insan manusia. Kejadian kanker dipengaruhi oleh sel yang tidak normal. Kanker serviks termasuk dalam jenis kanker yang memiliki jumlah kasus terbesar bagi wanita dan merupakan penyakit yang berbahaya bagi wanita, dengan jumlah kasus sangat tinggi dan diperkirakan akan terus meningkat.¹

Menurut laporan WHO selama tahun 2018, angka mortalitas akibat kanker mencapai 9,6 juta kematian secara global. Tahun 2020 19.292.789 kanker baru ditemukan dengan korban jiwa sebesar 9.958.133, sedangkan di wilayah Asia peristiwa kanker mencapai 9.503.710 dan terdapat 5.809.431 orang meninggal akibat kanker.² Menurut laporan WHO, perempuan yang didiagnosis dengan kanker leher rahim sebanyak > 500.000. Kanker leher rahim (serviks) membunuh 200.000 (139.000-276.000) wanita pada negara berkembang, termasuk 46.000 (33.000-64.000) perempuan yang berusia 15-49, dengan prevalensi 59,4 per 100.000.³ Secara global, kasus baru kanker serviks sebanyak 604.127, dengan 341.831 kematian, sementara di wilayah Asia terdapat 351.720 kasus yang baru ditemukan pada tahun 2020, dengan mortalitas 199.902.⁴

Kejadian kanker leher rahim di Indonesia menempati urutan kedua dalam kategori penyakit teratas yang diderita perempuan Indonesia. Kanker serviks merupakan jenis kanker yang memberikan kontribusi paling besar terhadap prevalensi kanker pada wanita Indonesia. Kanker serviks memiliki angka kematian yang tinggi karena deteksi dini yang terlambat. Wanita yang menderita kanker serviks biasanya dikenali pada stadium akhir.⁵ Berdasarkan data laporan Globocan, terdapat 36.633 perempuan yang baru saja didiagnosis menderita kanker leher rahim di Indonesia pada tahun 2020 dan jumlah kematian sebanyak 21.003.⁶ Prevalensi penderita kanker di NTT adalah 1,7%. Berdasarkan hasil pengambilan data awal di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang jumlah kasus kanker serviks periode bulan Januari hingga Mei 2021 sebanyak 38 kasus. RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang merupakan sebuah sarana yang memfasilitasi pasien untuk pemeriksaan dan pengobatan kanker bagi pasien dari Kota Kupang maupun pasien rujukan dari Kabupaten. RSUD Prof. Dr. W. Z. Yohannes Kota Kupang telah mengembangkan fasilitas laboratorium patologi anatomi untuk pemeriksaan hispatologi dan sitopalologi sejak tahun 2015.⁷

Faktor – faktor yang dapat memengaruhi kanker serviks, seperti paritas yang banyak, melakukan hubungan seksual dengan beberapa orang, usia ketika pertama kali berhubungan seks, aktivitas merokok, lama pemakaian alat kontrasepsi hormonal, penyakit seksual, faktor nutrisi, HPV, dan kurang menjaga kebersihan genital.⁸ Berdasarkan sebuah penelitian yang dilakukan oleh Dibyo Pramono dan Dwi Putri diketahui bahwa risiko untuk terkena kanker serviks sebesar 2,41 bagi perempuan yang berhubungan intim sebelum menginjak usia 20 tahun. Sebuah studi yang dilakukan oleh Setyarini menemukan hubungan substansial antara pemakaian kontrasepsi selama lebih dari empat tahun dengan kejadian kanker serviks di rumah sakit Dr. Moewardi Surakarta.⁹ Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor – faktor yang memengaruhi kejadian Kanker Serviks di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Tahun 2022.

Metode

Jenis penelitian ini merupakan analitik observasional yang menggunakan pendekatan *case control* yaitu penelitian yang dilakukan dengan menganalisis hubungan sebuah kejadian atau risiko dengan faktor efek.¹⁰ Penelitian ini bertempat di unit pelayanan Onkologi RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang pada Juni-Juli 2022. Usia ketika pertama kali berhubungan seksual, paritas, aktivitas merokok, penggunaan alat kontrasepsi hormonal dan riwayat abortus merupakan variabel bebas yang diketahui melalui metode wawancara menggunakan kuesioner, variabel terikat dalam penelitian ini adalah kejadian kanker serviks.

Kriteria objektif untuk variabel usia ketika pertama kali berhubungan seksual adalah dikatakan berisiko untuk memengaruhi kejadian kanker serviks jika usia ketika pertama kali berhubungan seksual < 20 tahun, untuk variabel paritas dikatakan berisiko untuk memengaruhi kejadian kanker serviks jika jumlah kelahiran \geq tiga. Kriteria objektif untuk variabel aktivitas

merokok, dikatakan berisiko memengaruhi kejadian kanker serviks jika responden pernah merokok, variabel penggunaan alat kontrasepsi hormonal dikatakan berisiko memengaruhi kejadian kanker serviks jika lama penggunaannya ≥ 10 tahun. Kriteria objektif variabel riwayat abortus dikatakan berisiko memengaruhi kejadian kanker serviks jika responden memiliki riwayat abortus, sedangkan untuk variabel terikat kejadian kanker serviks berdasarkan data rekam medis. Populasi kontrol adalah semua wanita yang bukan penderita kanker serviks yang berkunjung ke unit pelayanan Onkologi RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang (dari bulan Januari hingga Mei 2021) sebesar 434 jiwa, sedangkan untuk populasi kasus adalah semua wanita yang menderita kanker serviks yang berkunjung ke unit pelayanan Onkologi RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang (dari bulan Januari hingga Mei 2021) sebesar 38 jiwa. Metode penentuan sampel kelompok kasus menggunakan metode *total sampling* sehingga jumlah sampel kelompok kasus adalah 38 sedangkan sampel kelompok kontrol menggunakan perbandingan 1:1 dengan sampel kasus sejumlah 38. Metode penentuan sampel pada kelompok kontrol menggunakan teknik *accidental sampling*. Data dikumpulkan melalui prosedur wawancara dengan instrumen kuesioner. Pengolahan data dalam penelitian ini melalui proses *editing, coding, entry, cleaning*, lalu dianalisis secara univariat dan bivariat dengan menggunakan uji *chi-square*. Penelitian ini telah lolos uji kaji etik oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana dengan Nomor: 2022124-KEPK.

Hasil

Tabel 1. Karakteristik Responden berdasarkan Usia, Pendidikan Terakhir, dan Status Pernikahan di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Tahun 2022

Karakteristik	Frekuensi (n=76)	Proporsi (%)
Usia		
≥ 35	69	91
< 35	7	9
Pendidikan		
SD	20	26
SMP	14	18
SMA	25	33
Perguruan Tinggi	17	23
Status Pernikahan		
Sudah Menikah	65	86
Belum Menikah	11	14

Tabel 1 menunjukkan bahwa mayoritas responden berumur ≥ 35 tahun (91%) dan berstatus sudah menikah (86%). Berdasarkan tingkat pendidikan, paling banyak dengan tingkat pendidikan SMA (33%) dan paling sedikit perguruan tinggi (23%).

Berdasarkan tabel 2 diketahui bahwa dari 76 responden yang melakukan hubungan seksual untuk pertama kali pada usia < 20 tahun sebanyak 41 orang (54%) yang merupakan penderita kanker serviks sebanyak 26 orang dan bukan penderita sebanyak 15 orang sedangkan untuk responden yang berhubungan seksual untuk pertama kali pada usia ≥ 20 tahun sebanyak 35 orang (46%) yang terdiri dari 12 orang penderita kanker serviks dan 23 orang bukan penderita kanker serviks. Faktor usia ketika pertama kali berhubungan seksual berpengaruh terhadap kanker serviks dengan *p-value* sebesar 0,021 nilai *OR* 3,322. Nilai *OR* menerangkan bahwa perempuan yang pertama kali berhubungan intim pada umur kurang dari

20 tahun memiliki risiko 3,322 kali untuk menderita kanker serviks jika dibandingkan dengan yang berhubungan seksual pada usia ≥ 20 tahun.

Tabel 2. Pengaruh Variabel Usia Ketika Pertama Kali Berhubungan Seksual, Paritas, Merokok, Penggunaan Alat Kontrasepsi Hormonal, dan Abortus terhadap Kejadian Kanker Serviks di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Tahun 2022

Variabel	Kejadian Kanker Serviks				OR	p-value
	Ya		Tidak			
	n	%*	n	%*		
Usia Pertama Kali Berhubungan Seksual						
< 20 tahun	26	68	15	39		
≥ 20 tahun	12	32	23	61	3,322	0,021
Paritas						
≥ 3	21	55	9	24		
< 3	17	45	29	76	3,980	0,010
Merokok						
Pernah merokok	5	13	5	13		
Tidak pernah merokok	33	87	33	87	1,00	1,00
Penggunaan Alat Kontrasepsi Hormonal						
≥ 10 tahun	5	13	7	18		
< 10 tahun	33	87	31	82	0,671	0,753
Riwayat Abortus						
Pernah	4	10	3	8		
Tidak pernah	34	90	35	92	1,373	1,00

Faktor risiko paritas dari 76 responden yang memiliki jumlah paritas >3 sebanyak 30 orang (39%), terdiri dari 21 orang penderita kanker serviks dan 9 orang bukan penderita, sedangkan untuk responden dengan jumlah paritas <3 sebanyak 46 orang (61%) yang terdiri dari 17 penderita kanker serviks dan 29 orang bukan penderita. Faktor Paritas juga berpengaruh terhadap kanker serviks dengan *p-value* sebesar 0,010 dan nilai OR = 3,980. Perempuan yang memiliki jumlah kelahiran lebih dari tiga memiliki risiko 3,980 lebih tinggi untuk menderita kanker leher rahim jika dibandingkan dengan perempuan yang jumlah kelahirannya kurang dari tiga. Aktivitas merokok tidak berpengaruh dengan kanker serviks. Berdasarkan hasil penelitian dari 76 responden yang merokok sebanyak 10 orang (13%) yang terdiri dari 5 orang penderita kanker serviks dan 5 orang bukan penderita, dan untuk responden yang tidak pernah merokok sebanyak 66 orang (87%) yang terdiri dari 33 orang penderita dan 33 orang bukan penderita dengan nilai *p-value* = 1,000.

Faktor risiko lama pemakaian alat kontrasepsi hormonal dari 76 responden yang menggunakan dalam jangka waktu ≥ 10 tahun sebanyak 12 orang (16%) yang terdiri dari 5 orang penderita dan 7 orang bukan penderita kanker serviks sedangkan untuk responden yang lama penggunaannya <10 tahun sebanyak 64 orang (84%) yang terdiri dari 33 orang penderita dan 31 orang bukan penderita, sehingga tidak ditemukan pengaruh yang signifikan antara lama pemakaian kontrasepsi hormonal dengan kanker leher rahim (serviks) dengan nilai *p-value* 0,753. Faktor riwayat abortus tidak memiliki pengaruh terhadap kejadian kanker serviks, berdasarkan tabel diketahui bahwa dari 76 responden yang memiliki riwayat abortus sebanyak 7 orang (9%) yang terdiri dari 4 orang penderita dan 3 orang bukan penderita kanker serviks.

Sedangkan untuk responden yang tidak memiliki riwayat abortus sebanyak 69 (91%) yang terdiri dari 34 orang penderita dan 35 orang bukan penderita dengan nilai p -value=1,000.

Pembahasan

Penelitian ini mengungkapkan bahwa usia ketika berhubungan intim berpengaruh pada kanker serviks di unit pelayanan onkologi RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Perempuan yang berhubungan intim untuk pertama kali di usia kurang dari 20 tahun, berisiko 3,322 kali lebih tinggi untuk mengidap kanker serviks dibandingkan yang berhubungan intim di usia lebih dari 20 tahun. Pada usia remaja, sel yang melapisi leher rahim belum berkembang secara sempurna, membuat serviks sangat sensitif terhadap rangsangan dan belum dapat menerima stimulus eksternal, termasuk paparan bahan kimiawi yang berada di cairan sperma. Kondisi serviks yang rapuh menyebabkan sel tersebut dapat berubah menjadi kanker. Ketika wanita berusia antara 12 dan 17 tahun, sel-sel serviks menjadi lebih aktif mengalami perubahan. Jika sel aktif sedang menjalani metaplasia, tidak boleh ada kontak eksternal termasuk penetrasi alat kelamin pria. Penetrasi atau kontak dengan sperma pada saat ini dapat memengaruhi perkembangan sel serviks ke arah yang tidak normal, yang berujung pada kanker serviks.³ Hal ini selaras dengan pendapat yang menerangkan bahwa wanita yang melakukan hubungan seksual sebelum berusia dua puluh tahun memiliki risiko 2,473 kali lipat terkena kanker serviks dibandingkan dengan wanita yang berusia 20 tahun saat berhubungan seksual.¹¹ Penelitian yang dilakukan di RSUD Dr. Kariadi Semarang juga mendapatkan hasil bahwa perempuan yang berhubungan intim di usia kurang dari dua puluh tahun lebih rentan terkena kanker serviks dibandingkan dengan perempuan yang melakukan hubungan intim pada umur lebih dari dua puluh tahun.¹² Usia muda dan kondisi serviks yang belum matang secara biologis adalah pemicu kanker serviks. Infeksi awal di leher rahim dengan *Human Papiloma Virus* kerap kali timbul setelah hubungan seks pertama, dan kondisi leher rahim yang belum sempurna meningkatkan risiko infeksi.¹³ Penelitian ini menyatakan bahwa mayoritas responden melakukan hubungan intim untuk kali pertama sebelum menginjak usia dua puluh tahun yang mana sangat berbahaya karena pada usia <20 tahun organ genital seorang wanita belum matang secara sempurna dan masih sangat rentan.

Paritas adalah salah satu faktor risiko yang memengaruhi kanker serviks. Selama persalinan janin melewati leher rahim sehingga menyebabkan luka di leher rahim. Luka akibat persalinan ini bergerak sebagai jejas sel dan berpotensi merusak sel serviks yang menyebabkan kerusakan lebih lanjut pada DNA di dalam sel dalam bentuk pemutusan rantai DNA langsung dan menghasilkan mutasi. Bahan kimia tertentu yang merusak DNA juga dilepaskan sebagai akibat dari kerusakan sel.³ Hasil penelitian ini menyatakan bahwa terdapat pengaruh antara jumlah paritas dengan peristiwa kanker leher rahim di unit pelayanan onkologi RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Perempuan dengan jumlah paritas ≥ 3 memiliki risiko 3,980 kali untuk menderita kanker serviks daripada wanita dengan jumlah paritas <3. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di RSUD Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar yang menemukan bahwa wanita dengan jumlah paritas tiga berisiko 10,317 kali untuk menderita kanker serviks dibandingkan wanita yang memiliki paritas kurang dari tiga.³ Sebuah penelitian yang dilakukan di Bandung menemukan bahwa melahirkan sebanyak tiga kali dikaitkan dengan meningkatnya risiko kanker serviks sebesar 6.395 kali lipat.¹⁴ Selain itu, penelitian yang dilakukan di RSUD Dr. M. Soewandhie menunjukkan bahwa jumlah paritas memengaruhi kejadian kanker serviks.¹⁵ Hasil penelitian yang dilakukan di unit pelayanan Onkologi RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang membuktikan bahwa ada pengaruh antara paritas dengan peristiwa kanker serviks. Hal ini dipengaruhi oleh trauma pada serviks dan juga keadaan *immunosuppression* ketika masa kehamilan yang memudahkan infeksi HPV.

Hasil penelitian ini menyatakan tidak terdapat pengaruh aktivitas merokok dan kanker serviks di unit pelayanan onkologi RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan di RSUD Dr. Sardjito Daerah Istimewa Yogyakarta bahwa merokok tidak berpengaruh kepada kejadian kanker serviks.⁹ Berdasarkan hasil riset sebelumnya diperoleh hasil berupa perempuan yang merokok tidak mempunyai risiko besar jika dibandingkan dengan perempuan yang belum pernah merokok.¹⁷ Selain itu, berdasarkan riset yang dilakukan di Rumah Sakit Dr. Pirngadi diketahui bahwa tidak ada pengaruh aktivitas merokok terhadap kanker leher rahim.¹⁸ Rokok merupakan olahan dari tembakau yang diproduksi dari beberapa tanaman seperti *nicotiana tabacum*, *nicotiana rustica*.¹⁶ Beberapa kandungan rokok adalah *nicotine*, *cotinine*, *tobacco nitrosamine specific* (TNS), amines, amides sedangkan asap rokok mengandung bahan karsinogen yaitu *polycyclic aromatic hydrocarbons* (tar). Zat berbahaya yang dikandung rokok masuk ke dalam tubuh dapat memicu kondisi Cervical neoplasia yang merupakan kondisi awal kelainan sebelum berubah menjadi kanker serviks. Faktor yang berperan penting dalam kejadian kanker serviks adalah jumlah banyaknya rokok yang dikonsumsi bukan tentang durasi aktivitas merokok berlangsung.⁸ Pada penelitian ini diketahui bahwa responden yang pernah merokok dan menderita kanker serviks memiliki jumlah yang sama dengan responden yang tidak pernah merokok. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa sebagian besar responden merupakan ibu rumah tangga yang tidak merokok namun memiliki anggota keluarga yang merokok. Meskipun dalam penelitian ini secara statistik tidak terdapat hubungan antara merokok dengan kejadian kanker serviks, namun wanita yang terkena paparan asap rokok (perokok pasif) memiliki risiko terkena kanker serviks.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan diketahui bahwa penggunaan alat kontrasepsi hormonal ≥ 10 tahun tidak memiliki pengaruh terhadap kejadian kanker serviks di unit pelayanan onkologi RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Hasil tersebut didukung oleh riset yang dilakukan di RSUD A. W. Sjahranie yang menjelaskan terkait penggunaan alat kontrasepsi dalam waktu panjang tidak berpengaruh terhadap peningkatan risiko menderita kanker serviks. Namun, banyak riset lain yang bertentangan dengan penelitian ini.²⁰ Seperti penelitian yang dilakukan di RSUD Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar perempuan yang memakai kontrasepsi hormonal ≥ 10 tahun berisiko dua kali lebih besar dari perempuan yang memakai kontrasepsi hormonal < 10 tahun.¹¹

Estrogen dan progesteron yang terkandung di dalam alat kontrasepsi hormonal mempunyai struktur dan sifat kimia yang berbeda namun sama fungsional. Hormon endogen yang dihasilkan tubuh yang mempunyai sifat fisiologis, sedangkan hormon eksogen dari tanaman tidak menjamin sifat fisik yang benar – benar aman dan penggunaannya diperkirakan meningkatkan risiko kanker.¹¹ Kontrasepsi hormonal dapat memicu neoplasia serviks yang menimbulkan hipersekresi kelenjar endoservikal serta proliferasi kelenjar endoservikal. Gestagen juga mendorong terjadinya metaplasia dan displasia epitel portio dan selaput lendir dari endoserviks. Alat kontrasepsi hormonal dapat menambahkan resiko kanker serviks bagi wanita yang memiliki HPV.¹⁹ Pada penelitian ini diketahui bahwa tidak terdapat pengaruh penggunaan alat kontrasepsi hormonal terhadap kejadian kanker serviks. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 38 orang kelompok kasus yang menggunakan alat kontrasepsi hormonal ≥ 10 tahun sebanyak lima orang sedangkan yang menggunakan alat kontrasepsi hormonal < 10 tahun sebanyak 33 orang. Sedangkan dari 38 orang kelompok kontrol yang menggunakan alat kontrasepsi hormonal ≥ 10 tahun sebanyak tujuh orang sedangkan untuk yang menggunakan alat kontrasepsi hormonal < 10 tahun sebanyak 31 orang. Sebagian besar responden yang menggunakan kontrasepsi hormonal dalam jangka waktu < 10 tahun mengatakan tidak cocok dan kurang nyaman menggunakan kontrasepsi hormonal. Selama

pemakaian alat kontrasepsi hormonal muncul beberapa gejala seperti, sakit kepala, pusing, dan gatal-gatal pada tubuh.

Keguguran (abortus) didefinisikan sebagai masa kehamilan yang berakhir sebelum *fetus* mampu hidup di luar kandungan atau dapat dikatakan saat masa kandungan ibu di bawah dua puluh minggu, dan fetus memiliki berat di bawah 500 gram baik secara induksi maupun spontan. Abortus dapat menimbulkan komplikasi seperti pendarahan, perforasi, infeksi, dan syok. Infeksi uterus biasanya muncul ketika seorang ibu mengalami abortus terutama pada abortus induksi (sengaja) yang menggunakan prosedur yang tepat. Hal ini dapat terjadi pada abortus, tetapi biasanya terjadi pada abortus *inkompletus* dan abortus buatan yang tidak memperhatikan aseptis dan antiseptis. Abortus dengan induksi (sengaja) mempunyai korelasi meningkatkan risiko kanker serviks dikarenakan saat melakukan abortus akan menimbulkan luka di rahim pada saat membersihkan sisa hasil konsepsi. Luka ini dapat terjadi pula pada serviks sehingga semakin tinggi frekuensi seorang wanita menjalani aborsi induksi makin tinggi pula peluang timbulnya kejadian kanker serviks sedangkan wanita yang tidak memiliki riwayat abortus memiliki peluang lebih kecil untuk terkena penyakit.²¹ Penelitian yang dilakukan di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang menunjukkan bahwa riwayat abortus tidak memiliki pengaruh terhadap kanker serviks. Berdasarkan pasal 75 Undang – Undang no. 36 tahun 2009 tentang kesehatan semua orang dilarang melakukan aborsi. Namun, pada pertimbangan tertentu seperti indikasi kedaruratan medis yang dideteksi sejak usia dini kehamilan, baik yang mengancam nyawa ibu dan/atau janin, yang menderita penyakit genetik berat dan/atau cacat bawaan, maupun yang tidak dapat diperbaiki sehingga menyulitkan bayi tersebut hidup di luar kandungan dan juga kehamilan akibat perkosaan yang dapat menyebabkan trauma psikologis bagi korban perkosaan tindakan aborsi dapat dilakukan setelah melalui konseling dengan tenaga medis.²² Hasil penelitian menyatakan bahwa perempuan yang memiliki kanker serviks maupun yang tidak memiliki kanker serviks sebagian besar tidak memiliki riwayat abortus. Hasil penelitian menyatakan bahwa perempuan yang memiliki kanker serviks maupun yang tidak memiliki kanker serviks sebagian besar tidak memiliki riwayat abortus. Hal ini bertentangan dengan riset yang mengatakan bahwa riwayat abortus dapat meningkatkan risiko menderita kanker serviks.²³

Berdasarkan hasil penelitian ini diperlukan adanya penyebaran informasi dalam bentuk promotif dan preventif oleh tenaga kesehatan. Tindakan promotif dapat dilakukan melalui sosialisasi dan juga penyebaran informasi melalui pamflet dan juga video pendek berisi edukasi mengenai kejadian kanker serviks, sehingga masyarakat terutama wanita dapat lebih mengetahui tentang kanker serviks dan rutin memeriksakan diri sebagai bentuk upaya deteksi dini. Beberapa keterbatasan dalam penelitian adalah dari segi metodologi yang digunakan yaitu *case control*, yang memungkinkan *recall* bias dari responden. Selain itu, penelitian ini tidak menganalisis pengaruh lama penggunaan alat kontrasepsi hormonal berdasarkan masing-masing jenisnya, dan juga peneliti cuma meneliti terkait usia ketika pertama kali berhubungan seksual saja tanpa meneliti jumlah pasangan seksual. Sehingga, saran bagi peneliti lain agar dapat meneliti lebih dalam lagi terkait faktor-faktor yang memengaruhi kejadian kanker serviks.

Kesimpulan

Faktor usia ketika pertama kali berhubungan seksual berpengaruh terhadap kejadian kanker serviks. Paritas juga berpengaruh terhadap kanker serviks, sedangkan merokok, penggunaan alat kontrasepsi hormonal, dan riwayat abortus tidak memiliki pengaruh terhadap kejadian kanker serviks.

Daftar Pustaka

1. Manullang Sri Melati. Hubungan Motivasi dan Sikap WUS dengan Deteksi Dini Kanker Serviks pada Pemeriksaan IVA di Puskesmas Medan Johor Kota Madya Medan Tahun 2018. 2018;151(2):10–7. Available from: <http://repo.poltekkes-medan.ac.id/>
2. Globocan. Cervix uteri Source: Globocan 2020. Int Agent Res Cervic Uteri. 2020;419:1–10. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers>
3. Pitriani. Faktor Risiko Kejadian Kanker Serviks pada Pasien Rawat INAP di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. 2013;66(1997):37–9. Available from: <https://journal.lppm-unasman.ac.id/index.php/jikm/index>
4. Globocan. The Global Cancer Observatory - All cancers. Int Agent Res Cancer - WHO. 2020;419:199–200. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers>
5. Kementerian Kesehatan RI. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019. Vol. 42, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2019. 97–119. Available from: <https://www.kemkes.go.id>
6. International Agency for Research on Cancer (IARC). Indonesia - Global Cancer Observatory. Globocan. 2020;858:1–2. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers>
7. Anggini. Gambaran Karakteristik Penderita Kanker di Laboratorium Patologi Anatomi RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Tahun 2015-2018 KARYA TULIS ILMIAH. Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang. 2019. Available from : <http://repository.poltekeskupang.ac.id/871/>
8. Iskandar J. Panduan Lengkap Kanker Serviks. 1st ed. Yogyakarta: Rapha Publishing; 2020
9. Ningsih, Putri. et al. Faktor- Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Kanker Serviks di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Ber Kedokt Masy. 2017;(3):2–7. Available from : <https://jurnal.ugm.ac.id/bkm/article/view/17160>
10. Ngoma, D., Adu, A., & Dodo D. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian Gizi Kurang pada Balita di Kelurahan Oesapa Kota Kupang. Media Kesehat Masy [Internet]. 2019;1(1):76–84. Available from: <https://ejurnal.undana.ac.id/MKM/>
11. Musfirah. Faktor Risiko Kejadian Kanker Serviks di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. J Kesehat Masy [Internet]. 2018;1(1):1–15. Available from: <http://www.fao.org/3/I8739EN/i8739en.pdf%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.01.003%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.10.007%0Ahttps://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2016.1224023%0Ahttp://pdx.sagepub.com/lookup/doi/10>
12. Aziyah D. Faktor Resiko yang Berhubungan dengan Kejadian Kanker Serviks; Studi Kasus di RSUP Dr. Kariadi Semarang. J Ris Kesehat. 2017;6(1):20.
13. Bramanuditya A. Hubungan antara Pernikahan Usia Muda dengan Kejadian Kanker Serviks di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Poltekes Yogyakarta [Internet]. 2018; Available from: <http://repository.unissula.ac.id/id/eprint/10663>
14. Irvianty A, Sukarya WS. Hubungan Karakteristik Pasien dengan Kejadian Kanker Serviks yang Dirawat Inap di Bagian Obstetri Ginekologi Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung Periode 1 Januari 2010 - 31 Desember 2010. Pros SNaPP Sains, Teknol. 2011;2(1):47–54.
15. Santoso EB. Hubungan Paritas dengan Kejadian Kanker Serviks di Poli Kandungan RSUD Dr. M. Soewandhie. Gema Wiralodra. 2021;12(2):260–8.
16. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 56 Tahun 2017. J Chem Inf Model. 2017;53(9):1689–99.
17. Septiana W. Hubungan antara Perilaku Merokok dan Personal Hygiene Organ

- Reproduksi dengan Kejadian Kanker Serviks di RSUD DR. Moewardi Kota Surakarta. Univ Muhammadiyah Surakarta [Internet]. 2018;16:11–2. Available from: eprints.ums.ac.id
18. Rhina LC. Faktor Risiko yang Mempengaruhi Kejadian Kanker Serviks pada Wanita di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Pirngadi di Kota Medan Tahun 2017. 2018;
 19. Prasistyami A. Hubungan Lama Penggunaan Kontrasepsi Hormonal dengan Kejadian Kanker Serviks di RSUP Dr. Sardjito. 2018; Available from: http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/1385/1/Naskah_Skripsi.pdf
 20. Istiqimah N dkk. Hubungan Penggunaan Kontrasepsi Hormonal dengan Kejadian Kanker Serviks di RSUD A.W. Sjahranie Tahun 2018. J Poltekkes Kemenkes Kaltim [Internet]. 2018; Available from: <http://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/id/eprint/821>
 21. Kurniati ID, Setiawan R, Rohmani A, Lahdji A, Tajally A, Ratnaningrum K, et al. Buku Ajar Perdarahan Pada Kehamilan Trimester 1. Fak Kedokt Univ lampung. 2018;67.
 22. DPR RI. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2009;111.
 23. Wulandari V. Hubungan Faktor Risiko Penggunaan Kontrasepsi Oral dan Aktivitas Seksual dengan Kejadian Kanker Serviks. J Berk Epidemiol. 2016;4(3):384–95. Available from: <https://jurnal.stikespantiwaluya.ac.id/index.php/JPW>

NON MKJP DRUGS AND DEVICES CONTRACEPTIVE IN COUPLES OF CHILDBEARING AGE AS ACTIVE FAMILY PLANNING ACCEPTORS IN OESAO HEALTH CENTER

Rani Setyahadi Karno^{1*}, Masrida Sinaga², Yuliana Radja Riwu³, R. Pasifikus Christa Wijaya⁴

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

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

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

⁴*Program Studi Psikologi, FKM Universitas Nusa Cendana*

*Korespondensi: ranisetyahadi@gmail.com

Abstract

The pattern of use of non-MKJP in the community is higher than MKJP contraception, both at the provincial and district/city levels in Indonesia. The use of non-MKJP contraception is prone to failure to prevent pregnancy and the rate of discontinuation. This study aims to examine the use of non-MKJP contraceptive devices and drugs on active family planning acceptors in the working area of the Oesao Health Center. This type of research is qualitative with a case study design. 10 participants were taken by purposive sampling technique. The research instrument was the researcher assisted by in-depth interview guidelines. The results of the interviews were analyzed using thematic study techniques. The results showed that there was a knowledge gap between MKJP and non-MKJP contraception, resulting in misinformation, and the use of non-MKJP contraception was only seen from a positive impact. Non-MKJP contraception facilities are fully available at Pustu and Oesao Health Center and are easily accessible. The remote location of the Oesao Health Center causes acceptors to choose to get non-MKJP contraception services at the Pustu. The cost of non-MKJP contraception is affordable. The decision that is in the hands of the wife makes them use non-MKJP contraception. The support of health workers has not had an impact because acceptors trust information from colleagues about family planning more. It is recommended that health workers actively provide counseling about family planning and involve role models so that mothers who are >35 years old and have >3 children want to use MKJP contraception.

Keywords: Family Planning, Non MKJP Contraception.

Abstrak

Pola penggunaan KB non MKJP pada masyarakat lebih tinggi dibandingkan KB MKJP baik pada tingkat Provinsi maupun Kabupaten/kota di Indonesia. Penggunaan kontrasepsi non MKJP rentan gagal untuk mencegah kehamilan dan tingkat putus pakai. Penelitian bertujuan untuk mengkaji penggunaan alat dan obat kontrasepsi non MKJP pada akseptor KB aktif di wilayah kerja Puskesmas Oesao. Jenis penelitian adalah kualitatif dengan desain studi kasus. Partisipan berjumlah 10 orang yang diambil dengan teknik purposive sampling. Instrumen penelitian adalah peneliti dibantu dengan pedoman wawancara mendalam. Hasil wawancara dianalisis dengan teknik kajian tematik. Hasil penelitian menunjukkan terdapat ketimpangan pengetahuan antara KB MKJP dan non MKJP, sehingga mengakibatkan misinformation dan penggunaan KB non MKJP hanya dipandang dari dampak positif. Sarana prasarana KB non MKJP tersedia lengkap di Pustu dan Puskesmas Oesao dan mudah diakses. Lokasi Puskesmas Oesao yang jauh mengakibatkan akseptor memilih mendapatkan pelayanan KB non MKJP di Pustu. Biaya pelayanan KB non MKJP terjangkau. Keputusan yang berada di tangan istri membuat mereka menggunakan KB non MKJP. Dukungan tenaga kesehatan belum berdampak karena akseptor lebih mempercayai informasi dari rekan mengenai KB. Disarankan tenaga kesehatan aktif memberikan penyuluhan tentang KB dan melibatkan role model sehingga ibu yang berusia >35 tahun dan memiliki anak >3 orang mau menggunakan KB MKJP.

Kata kunci: Keluarga Berencana, Kontrasepsi Non MKJP.

Pendahuluan

Keluarga Berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Program KB dapat terwujud melalui penggunaan alat dan obat kontrasepsi (alokon) sebagai cara merencanakan kelahiran.¹

Metode kontrasepsi dibedakan menjadi dua berdasarkan lama efektivitasnya yaitu Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) dan non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (non MKJP). MKJP adalah kontrasepsi yang sekali pemakaiannya bertahan selama 3 tahun sampai seumur hidup seperti IUD, implan, dan sterilisasi (MOW/MOP). Non MKJP adalah jenis kontrasepsi selain jangka panjang yang memiliki waktu pemakaian di bawah 3 tahun dan digunakan untuk menunda atau menjarangkan kehamilan seperti pil, suntik, dan kondom.²

Berdasarkan data profil kesehatan Indonesia, persentase peserta KB aktif dari tahun 2018-2020 cenderung fluktuatif. Cakupan peserta KB aktif di Indonesia pada tahun 2018 sebesar 63,27%. Persentase tersebut mengalami penurunan pada tahun 2019 menjadi 62,50%, dan kembali mengalami peningkatan pada tahun 2020 menjadi 67,6%. Terdapat 3 provinsi di Indonesia dengan persentase angka pemakaian kontrasepsi terendah yaitu Nusa Tenggara Timur (NTT), Papua Barat, dan Papua.³

Puskesmas Oesao merupakan bagian wilayah kerja Kabupaten Kupang, Provinsi NTT. Berdasarkan data kepesertaan KB di Puskesmas Oesao, cakupan peserta KB aktif pada tahun 2021 sebesar 34,9%, yang terdiri dari kepesertaan non MKJP sebesar 42,4% dan kepesertaan MKJP sebesar 37,5%.⁴ Hasil survei pra penelitian yang dilakukan pada akseptor KB di wilayah kerja Puskesmas Oesao menunjukkan bahwa dari 50 orang responden terdapat 38 responden yang sedang menggunakan KB non MKJP (76%). Berdasarkan proporsi umur, dari 38 akseptor terdapat 27 akseptor yang telah berusia lebih dari 35 tahun tetapi masih menggunakan KB non MKJP (52,9%). Berdasarkan jumlah anak, terdapat 15 responden yang telah memiliki anak lebih dari 3 orang tetapi masih menggunakan KB non MKJP (39,5%).

Penggunaan kontrasepsi non MKJP sangat rentan terhadap kegagalan dalam hal pencegahan kehamilan dan *drop out* yang cukup tinggi mencapai 23-39%, sementara MKJP hanya sekitar 0,5-10%.⁵ Kegagalan alat kontrasepsi akan meningkatkan risiko kematian ibu dan bayi yang secara tidak langsung menurunkan derajat kesehatan masyarakat suatu Negara.⁶

Keputusan akseptor KB terhadap pemilihan alat kontrasepsi tidak terlepas dari faktor perilaku yang dimiliki oleh masing-masing individu. Hasil penelitian terdahulu menemukan bahwa semakin baik pengetahuan akseptor KB, akan mendorong mereka untuk menggunakan alat kontrasepsi secara berkelanjutan dan mengatur kelahiran. Berdasarkan aspek sarana-prasarana, penggunaan kontrasepsi non MKJP dipengaruhi oleh keterbatasan dokter ahli untuk melakukan pelayanan KB MOW/MOP serta ketersediaan *Obgyn bed*, IUD KIT, dan ABPK yang belum merata di semua kabupaten/kota. Akseptor yang mendapatkan dukungan dari pasangan sangat membantu dalam memilih jenis alat kontrasepsi yang digunakan serta mengingatkan untuk menggunakan alat kontrasepsi non MKJP sesuai jadwal.⁷ Tujuan penelitian ini adalah untuk mengkaji penggunaan alat dan obat kontrasepsi non MKJP pada pasangan usia subur (PUS) akseptor KB aktif di wilayah kerja Puskesmas Oesao tahun 2022.

Metode

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan desain studi kasus untuk mengkaji secara mendalam alasan mendasar penggunaan KB non MKJP pada akseptor KB aktif. Penelitian dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Oesao, Kabupaten Kupang dari bulan Maret-Agustus tahun 2022. Definisi konsep penelitian ini adalah alasan penggunaan kontrasepsi non MKJP yang merupakan hal atau dasar bukti keputusan akseptor KB aktif dalam

memilih untuk menggunakan jenis kontrasepsi non MKJP sebagai upaya perencanaan keluarga. Partisipan berjumlah 10 orang, yang terdiri dari 8 orang akseptor KB Aktif dan 2 orang bidan. Partisipan ditentukan menggunakan teknik *purposive sampling*, dengan kriteria partisipan yaitu merupakan akseptor KB non MKJP yang berdomisili di wilayah kerja Puskesmas Oesao yang berusia >35 tahun, memiliki anak >3 orang, tidak berencana menambah anak, serta bersedia menjadi partisipan penelitian. Pengumpulan data dilakukan dengan teknik wawancara mendalam. Instrumen pengumpulan data adalah peneliti sebagai instrumen utama, yang dibantu dengan panduan wawancara. Data hasil penelitian dianalisis dengan menggunakan analisis kajian tematik Braun dan Clarke, yang meliputi tahap membaca transkrip secara berulang untuk memahami data dan menyusun kode, kemudian mencari dan meninjau tema potensial. Serangkaian tema yang ditemukan akan didefinisikan menjadi tema dan sub tema yang menjawab pertanyaan penelitian. Keabsahan data penelitian diperoleh menggunakan teknik triangulasi sumber dengan bidan dan *member check*. Penelitian ini telah mendapat kelayakan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana dengan nomor *Ethical Approval*: 20222120-KEPK.

Hasil

Deskripsi singkat mengenai karakteristik partisipan berdasarkan umur, pendidikan terakhir, jumlah anak, pekerjaan, dan status partisipan dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Partisipan Berdasarkan Umur, Pendidikan Terakhir, Jumlah Anak, Pekerjaan, dan Status Partisipan di Wilayah Kerja Puskesmas Oesao Tahun 2022

Inisial	Umur (Tahun)	Pendidikan Terakhir	Jumlah Anak	Pekerjaan	Status Partisipan
DA	42	SMP	5	Pedagang sayur	Akseptor KB non MKJP aktif
YF	45	SD	4	Ibu rumah tangga	Akseptor KB non MKJP aktif
IN	46	SMA	7	Ibu rumah tangga	Akseptor KB non MKJP aktif
NH	36	SMA	4	Ibu rumah tangga	Akseptor KB non MKJP aktif
NN	43	S1	4	Guru	Akseptor KB non MKJP aktif
MB	40	SMP	4	Ibu rumah tangga	Akseptor KB non MKJP aktif
AA	37	SMA	4	Ibu rumah tangga	Akseptor KB non MKJP aktif
ND	45	SMP	4	Ibu rumah tangga	Akseptor KB non MKJP aktif
AL	25	D3	-	Bidan	Bidan
TL	23	D3	-	Bidan	Bidan

Tabel 1 menunjukkan bahwa rentang usia akseptor adalah 36-46 tahun dan bidan adalah 23-25 tahun. Rata-rata pendidikan terakhir yang dimiliki oleh akseptor adalah pendidikan menengah baik SMP atau SMA. Rata-rata jumlah anak yang dimiliki akseptor adalah 4 orang. Akseptor KB kebanyakan bekerja sebagai ibu rumah tangga.

Penelitian ini menemukan 10 tema utama melalui analisis tematik, yang dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Ketimpangan pengetahuan tentang KB

Semua partisipan ditemukan mengetahui jenis KB non MKJP seperti pil dan suntik, sedangkan jenis KB MKJP yang paling banyak diketahui hanya implan dan IUD. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara partisipan (peserta KB aktif) sebagai berikut:

“Suntik 3 bulan, yang suntik 1 bulan itu kan lancar haid. Yang pil ju begitu. Pil tu untuk suburkan kandungan kalau mau cepat ada baby. Yang susuk ju begitu.” (IN)

“Mama tau tu yang suntik, terus yang semacam obat tu, abis susuk, dengan spiral.”
(MB)

Sebagian akseptor telah memiliki pengetahuan mengenai jenis KB yang lebih efektif untuk membatasi kehamilan. Empat dari delapan partisipan berpendapat bahwa, jenis KB MKJP baik digunakan karena memiliki jangka waktu pemakaian yang lebih panjang. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara partisipan (peserta KB aktif) sebagai berikut:

“Itu hari ibu bidan dong bilang pake susuk atau kalo sonde pake spiral tu cocok untuk suami istri yang memang sonde mau tambah anak le karna bisa cegah kehamilan untuk jangka panjang. B tau yang susuk tu bisa tahan sampe 3 tahun.” (ND)

“Dong bilang spiral tu bagus untuk ketong yang su lama pake KB karna tahan lama begitu. Bisa sampe 5 tahun. Kalo pake suntik begitu ke misalnya terlambat suntik lebih dari 1 minggu nah itu bisa hamil. Kalo minum obat KB apalagi. Itu lebih gampang hamil. Bilang itu langgar 1 hari sonde minum baru melakukan hubungan suami istri itu langsung hamil.” (MB)

2. Misinformasi tentang KB MKJP

Misinformasi yang utama adalah penggunaan KB MKJP yang dianggap dapat “bergeser/terlepas”, “mengganggu pekerjaan”, “menyulitkan aktivitas sehari-hari” dan “operasi angkat kandungan”. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara partisipan (peserta KB aktif) sebagai berikut:

“Kalau mama mau suntik saja. Kalau spiral katanya takut kalau hilang begitu kan carinya setengah mati. Itu spiral. Kalau susuk kan memang beta punya rencana juga tapi kan abis susuk langsung ini beta kan orangnya kerja to takut terpengaruh karna kalau jarum takeluar atau apa jadi itu juga takut itu.” (NN)

“Nah yang steril ju mama takut. Kan steril ni operasi angkat itu kandungan nanti ketong sonde subur.” (DA)

Temuan ini sejalan dengan pernyataan dari bidan. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara partisipan (bidan) sebagai berikut:

“Untuk KB implan dong beranggapan kalau yang dipasang ni jarum. Sebenarnya itu barang tu elastis jadi ketong mau beraktivitas, mau angkat tangan bagaimana juga bisa. Tapi disini ni beranggapan bahwa kalo yang ketong pasang tu dia semacam jarum. Itu yang pertama. Yang kedua, dong di sini beranggapan kalau implan itu kalau dipasang berarti kita tidak bisa kerja keras. Apalagi dong disini kebanyakan tarik air. Tidak bisa tarik air makanya itu alasan. KB IUD di sini memang ada cuma sedikit karna kebanyakan juga mama-mama dong bilang kurang nyaman kalo berhubungan badan dan dong juga takut pas pelepasan KB itu cari benangnya setengah mati.” (AL)

3. Bias konfirmasi penggunaan KB

Partisipan cenderung memandang KB non MKJP dari sisi positif yang mereka alami setelah menggunakan KB tersebut. Seluruh partisipan merasa penggunaan KB non MKJP tidak mengganggu siklus haid, menambah nafsu makan, tidak membutuhkan kedisiplinan minum obat, cepat mengembalikan kesuburan, sakit akibat injeksi tidak berkepanjangan, bukan “benda asing”, praktis, serta tidak mengganggu aktivitas, sedangkan penggunaan KB MKJP hanya

dipandang dari dampak negatif yang ditimbulkan oleh jenis KB tersebut. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara partisipan (akseptor KB aktif) sebagai berikut:

“Perut semakin besar dan gemuk. Ha itu lebih ke keuntungan. Baru suntik ni sakit son sampe 1 menit abis sudah kalau pake implan baru kerja berat ni b sonde bayangkan le kermana dia pung sakit.” (NN)

“Beta su coba yang implan punya ibu, tapi beta banyak keluhan disitu ibu. beta pernah pasang 3 tahun. Beta punya anak yang nomor ke 3 tu tapi payudara kiri tu tatikam terus ibu. begitu makanya saya berenti.” (AA)

Hal tersebut dipertegas oleh pernyataan bidan. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara partisipan (bidan) sebagai berikut:

“Awalnya dong su pake KB jangka panjang. Tapi karna sonde cocok na dong ganti ke KB pil atau suntik. Dong rasa cocok dan nyaman dimana na dong akan pake itu terus.” (AL)

Partisipan tidak menggunakan KB MKJP akibat efek samping yang pernah dideritanya ketika menggunakan KB tersebut, padahal jenis KB non MKJP juga memiliki efek samping yang dirasakan partisipan seperti tidak enak badan, nyeri pinggang, terganggunya siklus haid dan sakit kepala. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara partisipan (akseptor KB aktif) sebagai berikut:

“Pokoknya andia kalo yang KB suntik tu mama pung kepala sakit. Nah kalo yang pil tu sonde itu biasa-biasa sa. Hanya waktu ke mau haid tu na badan dong sakit, pinggang dong sakit, begitu-begitu.” (DA)

4. Merasa akan memasuki masa menopause

Dua dari delapan partisipan berpendapat bahwa beberapa tahun lagi mereka sudah memasuki masa menopause, sehingga memilih untuk tetap menggunakan KB non MKJP. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara partisipan (akseptor KB aktif) sebagai berikut:

“Baru-baru kan mau ganti susuk to. Ko b bilang ko lagi 4 tahun ko lagi berapa tahun ko masa pubertas habis sudah. Mama kan cocok jadi darah itu son ada. Kering. Jadi b bilang biar sa. Ko lagi berapa tahun su habis ketong pu masa puber jadi pelan-pelan.” (IN)

Pernyataan ini relevan dengan pernyataan yang dikemukakan oleh bidan. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara partisipan (bidan) sebagai berikut:

“Dong kalo su 35 tahun ke atas dong ju sonde mau lagi pake KB jangka panjang. Karena dong tau tu sedikit lagi dong su menopause. Su sonde haid lagi. Jadi dong mau pake yang 3 bulan. Karena 3 bulan tu abis 3 bulan misalkan dong pake sampe 3 bulan ini bulan selesai, jang sampe bulan berikutnya dong su sonde dapat le, berarti dong su sonde mau le. Dong mau barenti.” (AL)

5. Ketersediaan sarana prasarana KB non MKJP lengkap

Tema ini mengulas mengenai ketersediaan stok alat dan obat kontrasepsi dan fasilitas penunjang pemasangan KB di fasilitas layanan kesehatan. Tujuh dari delapan partisipan menyatakan stok alokon non MKJP selalu tersedia di Puskesmas Pembantu (Pustu) dan

Puskesmas Oesao. Stok alokon MKJP lebih terbatas, karena distribusi stok jenis KB disesuaikan dengan jumlah akseptor di wilayah kerja Puskesmas Oesao. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara partisipan (akseptor KB aktif) sebagai berikut:

“Son pernah habis. Kalau b ke ketong jalan itu pasti dong su siap obat. Kalau di Pustu itu dong selalu ada.” (IN)

“Iya selalu ada. Kalau di puskesmas tu selalu tersedia.” (MB)

Hal ini diperjelas oleh pernyataan dari bidan mengenai alokon non MKJP yang lebih mudah didapatkan langsung dari Puskesmas, sedangkan permintaan alokon MKJP harus dilakukan secara langsung ke BKKBN. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara partisipan (bidan) sebagai berikut:

“Kita ni selama ini untuk alat dan obat kontrasepsi itu kita mintanya dari BKKBN. Jadi tergantung. Kalau untuk Depo kita mintanya dari puskesmas. Jadi kalau belum pas tanggal untuk tutup buku untuk kita laporan permintaan obat di sana, berarti kita belum bisa dapat. Itu kalo su abis di Pustu. Tapi kalo ini kita KB suntik dan deponya itu ketong ambil di puskesmas, sedangkan kalau implan, beta kalau mau pasang, beta su dapat akseptor baru beta hubungi orang BKKBN untuk kasi beta dia punya implan. IUD juga seperti itu.” (AL)

Puskesmas Oesao hanya memiliki fasilitas penunjang untuk jenis pelayanan KB pil, suntik, implan dan IUD. Fasilitas pemasangan KB MKJP seperti implan sudah tersedia di seluruh Pustu, sedangkan fasilitas pemasangan IUD hanya tersedia pada gedung utama Puskesmas Oesao karena belum tersedianya tenaga ahli pemasangan IUD pada Pustu. Puskesmas Oesao tidak memiliki fasilitas penunjang KB MOW/MOP, sehingga calon akseptor akan dirujuk ke Rumah Sakit terdekat. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara partisipan (bidan) sebagai berikut:

“Saat ini di Puskesmas Oesao ni untuk KB itu ketong hanya melayani pil, suntik, implan dengan IUD. Tapi kalau di Pustu ketong hanya layani pil, suntik dengan implan. Kalau untuk sterilisasi ni sayang itu langsung di rumah sakit.” (AL)

6. KB non MKJP lebih dekat diakses

Rata-rata jarak yang harus ditempuh partisipan dari rumah ke Pustu berkisar 1-3 km yang dicapai dalam 10-45 menit tergantung jenis transportasi. Jarak ke Puskesmas Oesao lebih jauh yaitu berkisar 5-7 km dengan waktu tempuh 20-40 menit menggunakan sepeda motor. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara partisipan (akseptor KB aktif) sebagai berikut:

“Dari rumah sini turun ke bendungan itu su 1 kilo kalau ke Pustu mangkali sekitar 3 kilo lebih su ibu. Kalau ke puskesmas itu lebih jauh le. 7 kilo begitu.” (AA)

“Anak antar biasa cepet sa. Paling sonde sampai 15 menit su sampai. Kalau pi puskesmas kira-kira setengah jam lebih begitu. Puskesmas lumayan jauh sekitar setengah jam lebih baru jalan dong batu lepas begini ibu.” (AA)

Temuan ini dipertegas dengan pernyataan dari bidan bahwa masyarakat lebih banyak mengakses Pustu untuk berobat dan melakukan pemasangan KB. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara partisipan (bidan) sebagai berikut:

“Kalau mama-mama dong mau pasang IUD itu harus ke Puskesmas Oesao. Sedangkan dong kebanyakan kalau mau berobat atau pasang KB turun ke Pustu.” (TL)

7. Biaya alat dan obat KB non MKJP terjangkau

Ketersediaan biaya kontrasepsi ditinjau dari aspek ketersediaan dana untuk dapat memanfaatkan pelayanan kontrasepsi. Seluruh partisipan mengatakan bahwa mereka tidak memiliki kendala biaya untuk mengakses pelayanan KB non MKJP di Puskesmas Oesao, karena sudah memiliki BPJS. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara partisipan (akseptor KB aktif) sebagai berikut:

“Sonde bayar. B ada BPJS. Dulu pas belum urus BPJS tu yang bayar Rp. 15.000 tiap kali pi suntik tapi sekarang su ada jadi gratis.” (MB)

Hasil wawancara ini sejalan dengan pernyataan yang diberikan oleh bidan. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara partisipan (bidan) sebagai berikut:

“Kalau untuk pemasangan implan punya tu dia punya biaya 50. Kalau untuk pil dan suntik itu 15 ribu. Tapi gratis kalau ada kartu BPJS.” (TL)

8. Partisipasi suami dalam program KB terbatas

Partisipasi suami dapat dilakukan langsung dengan ber-KB maupun tidak langsung dengan memberikan dukungan kepada istri. Sebagian besar partisipan menganggap bahwa KB merupakan tugas seorang istri yang mengurus rumah tangga, sedangkan suami bertugas mencari nafkah sehingga wajar jika tidak mengikuti KB. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara partisipan (akseptor KB aktif) sebagai berikut:

“Bapa tua son pernah ikut. Baru bapa tua ju jarang di rumah to. Dia kan kerja pertukangan to jadi biasa keluar. Jadi son biasa di rumah jadi beta yang mengurus rumah na b yang ikut KB.” (ND)

Hal ini sesuai dengan pernyataan bidan. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara partisipan (bidan) sebagai berikut:

“Kalo dari yang beta tau itu dong masih anggap kalau KB ni urusan perempuan sebagai istri. Suami tu tugasnya kerja cari uang. Untuk KB laki-laki ju seperti kondom tu susah ketong tau. Mungkin ketong sonde tau a kak a otomatis diam-diam ada ju yang pi beli kondom ko dong pake. Ko ini barang ni sekarang orang su tau a. kondom di apotik ko di alfamart Oesao sini ada ju jadi tinggal beli ko pake.” (AL)

Seluruh suami partisipan menyerahkan keputusan sepenuhnya di tangan istri untuk menentukan jenis alokon yang akan digunakan. Partisipasi mereka dalam mengantarkan istri ke tempat pelayanan KB juga terbatas. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara partisipan (akseptor KB aktif) sebagai berikut:

“Sonde. Mama yang tentukan. Ketong pung laki dong sonde tau. Dong tau sa ketong iko KB ma son tau KB apa. Dong tau kerja cari uang sa untuk urusan KB begini ni anggap sa jadi tanggung jawabnya ma. Karna kan mama yang beranak bukan laki dong.” (DA)

“Sonde. Bapa ju sibuk kerja jadi sonde urusan dengan KB. Kalo untuk jadwal itu b su ingat jadi kalo pas tanggal na tinggal b ojek ke puskesmas sa.” (NN)

9. Penyuluhan tenaga kesehatan tentang KB

Penyuluhan tentang KB oleh tenaga kesehatan rutin dilakukan 1-2 kali dalam 1 bulan pada saat posyandu balita dan dilakukan secara personal setiap kali kunjungan ulang akseptor KB. Seluruh partisipan telah mendapatkan informasi mengenai KB MKJP maupun non MKJP, tetapi masih ragu untuk menggunakan KB MKJP karena merasa cocok menggunakan KB non MKJP, ketidakcocokan pemakaian KB sebelumnya, akan memasuki masa menopause, komitmen untuk menggunakan KB non MKJP, dan takut memakai KB MKJP. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara partisipan (akseptor KB aktif) sebagai berikut:

“Iya kalo penyuluhan KB begitu b pernah ikut 1 kali yang pas pi timbang bayi tu. Tapi lebih sering kalo ketong datang suntik begitu itu dong selalu kasi informasi tentang KB.” (YF)

“Pernah. Dong itu hari pernah tawar ko b pake susuk su. Cuma itu su b takut jadi b sonde mau. B bilang di ibu bidan dong tausah biar b tetap suntik sa ko sedikit le su sonde pubertas.” (IN)

Pernyataan tersebut sejalan dengan pernyataan bidan. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara partisipan (bidan) sebagai berikut:

“Ketong sering kasih tau apalagi jarak anak yang hanya satu satu tahun begitu atau anak su lebih dari 3 begitu tu ketong su anjurkan dong tu ke pake KB jangka panjang misal ke implan begitu. Abis itu apalagi. Kalo untuk IUD ketong sonde ini sih. Tapi kadang-kadang hanya itu. Dong pu alasan tu hanya takut kalo untuk implan tu dong takutnya copot. Dong bilang nanti dong pasang abis kerja tu dong takutnya langsung lari keluar.” (TL)

10. Pengaruh dan pengalaman rekan menggunakan KB MKJP

Dukungan sosial terhadap akseptor KB dapat diberikan oleh orang-orang terdekat seperti teman, saudara maupun tetangga yang berupa dukungan informatif seperti nasihat, petunjuk, saran, informasi maupun umpan balik. Tiga dari delapan partisipan mendapatkan saran dari tetangga mereka untuk mengikuti KB. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara partisipan (akseptor KB aktif) sebagai berikut:

“Ya ada juga. Ada saran dimana mereka juga punya saran bilang ikut KB juga mereka tidak pernah mengalami kondisi yang bagaimana juga. Artinya biasa-biasa saja.” (NN)

“Pas ketong melahirkan, dong bilang co masuk KB de bapa bilang bukan dong punya anak ko datang bantu kasi makan. Tapi lama-lama bapa bilang ketong cukup karna su 7 jadi sudah ketong barenti sampe ketong tua.” (IN)

Semua partisipan juga menerima informasi mengenai pengalaman rekan mereka dalam menggunakan berbagai jenis KB. Kebanyakan informasi cenderung mengarah ke hal yang negatif tentang KB MKJP, sehingga membuat partisipan menjadi takut untuk menggunakan KB MKJP. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara partisipan (akseptor KB aktif) sebagai berikut:

“Pernah. Tapi kebanyakan liat sendiri ju. Kan orang yang kalo sonde cocok pake KB tu kadang ada yang kurus sekali. Terus ada ju yang katanya tidak baik untuk kesehatan ju kalo pake yang spiral. Katanya spiral tu nanti kalau mau lepas, cari dia pu benang

setengah mati. Kalo steril ju itu katanya bahaya. Bisa hamil apa le yang di luar rahim tu.” (NH)

Hal tersebut sejalan dengan pernyataan yang diberikan oleh bidan. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara partisipan (bidan) sebagai berikut:

“Kalo dong dengar cerita dari mulut ke mulut, dong su takut. Mama-mama dong kalo pasang KB jangka panjang ke implan dong alasan koru na, tanam ini na. Dong takut sa. Nanti bilang dong sakit na atau dong takut it barang takeluar. Padahal ketong su jelaskan kasi dong kalo itu sonde akan takeluar, intinya setelah 1 minggu setelah ketong pasang tu mama dong jangan terlalu kerja berat. Istirahat dan minum obat. Ma sama sa dong lebih tau na.” (AL)

Pembahasan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu yang terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu.⁸ Ketimpangan pengetahuan akseptor mengakibatkan pengetahuan mereka mengenai jenis KB MKJP yang terbatas, sehingga referensi pilihan untuk menggunakan KB MKJP yang sesuai dengan daya minat juga lebih terbatas. Pengetahuan akseptor yang baik mengenai jenis-jenis KB non MKJP, mengakibatkan akseptor menetapkan pilihan mereka untuk menggunakan salah satu dari KB non MKJP yang tersedia. Terdapat alat dan obat kontrasepsi yang dianggap terbaik di setiap rentang usia dari berbagai jenis kontrasepsi yang tersedia. Pengetahuan yang terbatas mengenai KB mengakibatkan akseptor belum menggunakan alat kontrasepsi secara rasional, karena meskipun memiliki niat untuk membatasi kehamilan, akseptor masih menggunakan jenis KB non MKJP yang tidak efektif untuk tujuan tersebut.

Ketimpangan pengetahuan tentang KB mengakibatkan akseptor mudah menerima informasi yang tidak benar. Misinformasi adalah sebuah informasi yang salah, namun orang yang menyebarkannya percaya bahwa informasi itu benar.⁹ Opini yang beredar di masyarakat merupakan informasi yang keliru karena implan sebenarnya merupakan kontrasepsi yang mengandung hormon progesteron sintetik yang dibungkus dalam kapsul silikon, sehingga bersifat elastis dan tidak mengganggu aktivitas sehari-hari.¹⁰ Terlepasnya alat KB implan dan IUD merupakan kasus yang sangat jarang terjadi jika posisi pemasangan alat kontrasepsi tepat. KB sterilisasi bukan metode pengangkatan rahim, melainkan merupakan metode kontrasepsi permanen yang dilakukan dengan pengikatan atau pemotongan saluran vas deferens pada pria atau saluran tuba falopii pada wanita.¹¹ Pemahaman keliru yang disebarkan dari mulut ke mulut mengakibatkan terbentuknya suatu opini menetap dan tidak benar. Penggunaan KB MKJP yang diyakini menimbulkan efek samping berat, menimbulkan ketakutan akseptor KB. Akseptor yang merasa takut mengakibatkan kemauan untuk menggunakan KB MKJP juga rendah.¹² Anggapan buruk tentang KB MKJP membuat akseptor memilih untuk menggunakan KB non MKJP yang diyakini lebih aman digunakan.

Misinformasi juga menyebabkan terjadinya bias konfirmasi. Bias konfirmasi adalah perilaku yang cenderung mendukung opini sendiri mengabaikan informasi yang benar dan tidak suka mendengarkan pendapat orang lain yang bertentangan dengannya. Akseptor KB cenderung mempercayai informasi yang sejalan dengan opini mereka mengenai penggunaan KB MKJP yang dianggap dapat menimbulkan efek samping yang berat. Ketika dihadapkan dengan bukti yang bertentangan mengenai dampak positif penggunaan KB MKJP dari segi kesehatan, maka mereka akan secara aktif mengabaikan atau menolaknya meskipun KB MKJP merupakan kontrasepsi yang rasional digunakan untuk ibu yang berusia >35 tahun. Hal ini mengakibatkan akseptor cenderung memandang KB MKJP dari dampak negatif atau efek

samping yang ditimbulkan oleh jenis KB tersebut, di sisi lain penggunaan KB non MKJP hanya dipandang dari dampak positif yang mereka alami setelah menggunakan KB tersebut. KB non MKJP juga memiliki dampak negatif yang dirasakan oleh akseptor seperti tidak enak badan, nyeri pada pinggang, siklus haid yang terganggu dan sakit kepala. Akseptor menafikan dampak negatif tersebut dan menganggap efek samping yang ditimbulkan KB non MKJP merupakan hal biasa. Bias konfirmasi berujung pada keputusan terhadap pemilihan dan penggunaan KB yang tidak objektif serta rasional sesuai dengan umur dan kondisi kesehatan akseptor. Penggunaan KB non MKJP yang diyakini banyak memiliki dampak positif membuat masyarakat lebih memilih menggunakan KB non MKJP dibanding KB MKJP.

Penelitian ini juga menemukan bahwa akseptor memilih untuk tetap menggunakan KB non MKJP karena beberapa tahun lagi mereka sudah memasuki masa menopause, sehingga mereka memandang bahwa mengganti metode KB merupakan hal yang tidak efektif dan belum tentu cocok jika digunakan. Menopause adalah haid terakhir atau saat terjadinya haid terakhir. Diagnosa menopause dibuat setelah terdapat keadaan tidak haid sekurang-kurangnya 1 tahun.¹³ Akseptor lebih mementingkan aspek kecocokan ketika menggunakan alat kontrasepsi, terlepas dari kontrasepsi yang tepat digunakan pada rentang usia tertentu. Penggunaan suatu alat kontrasepsi akan berkelanjutan sampai masa menopause, apabila tubuh akseptor cocok dengan jenis kontrasepsi yang digunakan. Penggunaan KB non MKJP yang sederhana dan tidak memerlukan bantuan tenaga ahli dalam proses penghentiannya membuat akseptor lebih memilih untuk menggunakan KB non MKJP dibanding KB MKJP.

Keberhasilan pelayanan KB ditentukan oleh beberapa unsur, salah satunya adalah sarana prasarana yang memenuhi standar baku pelayanan. Ketersediaan stok KB non MKJP selalu tersedia ketika akseptor mengunjungi fasilitas pelayanan kesehatan (Pustu dan Puskesmas Oesao), sedangkan stok KB MKJP lebih terbatas, karena disesuaikan dengan jumlah akseptor di wilayah kerja Puskesmas Oesao. Ketersediaan alokon non MKJP yang cukup dan mudah diakses, memberikan kesempatan kepada akseptor untuk menggunakan kontrasepsi sesuai dengan fisik dan kesehatannya, sehingga membuat pemakai layanan tersebut merasa puas.¹⁴ Hal ini didukung fasilitas penunjang pelayanan semua jenis KB non MKJP sudah lengkap baik di Pustu maupun Puskesmas Oesao memudahkan akses akseptor untuk mendapatkan pelayanan KB. Ketersediaan sarana prasarana KB non MKJP pada tempat pelayanan kesehatan yang lengkap dan mudah didapatkan jika dibandingkan dengan KB MKJP, mengakibatkan akseptor cenderung untuk memilih dan menggunakan KB non MKJP.

Lokasi Puskesmas Oesao yang jauh mengakibatkan hampir seluruh akseptor memilih mendapatkan pelayanan KB di Pustu terdekat. Berkaitan dengan penggunaan KB MKJP yang memerlukan tindakan medis dalam pemasangannya, sehingga dibutuhkan tenaga kesehatan yang terampil.¹⁵ Tenaga ahli pemasangan KB MKJP yang tidak tersedia pada pustu di wilayah Puskesmas Oesao dan distribusi tenaga ahli yang masih terbatas pada puskesmas dan rumah sakit, mengakibatkan masyarakat yang mendapat pelayanan KB di Pustu, lebih banyak menggunakan KB non MKJP yang lebih praktis dan tidak memerlukan bantuan tenaga ahli dalam pelayanannya. Akses pelayanan KB non MKJP yang mudah menjadikan akseptor dapat menggunakan kontrasepsi non MKJP secara konsisten dan berkelanjutan.

Aspek lain yang turut memengaruhi akses pelayanan kontrasepsi adalah ketersediaan biaya. Penelitian menemukan bahwa, akseptor tidak memiliki kendala biaya untuk mengakses pelayanan kontrasepsi di Puskesmas Oesao. Ketersediaan biaya akseptor termuat dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pelayanan KB MKJP maupun KB non MKJP di Puskesmas Oesao telah ditanggung oleh BPJS, sehingga pengguna pelayanan KB yang telah memiliki JKN tidak perlu lagi membayar ke fasilitas kesehatan. Sebagian besar akseptor KB di Puskesmas Oesao telah memiliki JKN terutama JKN PBI yang disubsidi oleh pemerintah,

namun penggunaan KB masih didominasi oleh KB non MKJP. Keringanan dalam mendapatkan alokan membuat akseptor tidak terlalu mempertimbangkan masalah biaya pemakaian.¹⁶ Penggunaan KB non MKJP yang tidak memerlukan biaya, lebih meringankan akseptor KB sehingga memotivasi mereka untuk konsisten menggunakan KB non MKJP.

Motivasi akseptor untuk menggunakan KB non MKJP dapat didorong oleh dukungan dari orang di sekitar seperti suami, tenaga kesehatan maupun rekan. Rendahnya dukungan pria dalam KB dipengaruhi oleh ketimpangan gender yaitu masalah KB adalah tugas dan tanggung jawab seorang istri yang mengurus rumah tangga, sedangkan suami bertugas mencari nafkah. Partisipasi suami masih dianggap belum atau tidak perlu dilakukan, sehingga keputusan yang berkaitan dengan KB diserahkan ke perempuan. Hal ini sejalan dengan penelitian di wilayah kerja Puskesmas Tanasitolo yang menunjukkan bahwa, kebiasaan masyarakat masih menganggap bahwa KB dan kesehatan reproduksi merupakan urusan perempuan yang hamil dan melahirkan, di sisi lain perempuan menerima perilaku sosial tersebut sebagai hal wajar.¹⁷ Keputusan pemilihan alat kontrasepsi yang berada di tangan istri mengakibatkan istri lebih memilih jenis alat kontrasepsi non MKJP yang diyakini cocok dan sesuai dengan minat mereka, sehingga pemakaian alat kontrasepsi non MKJP lebih konsisten.

Tenaga kesehatan memegang peranan penting dalam memberikan dukungan informasi tentang metode KB kepada pasangan usia subur serta mendukung peningkatan penggunaan kontrasepsi yang rasional. Informasi mengenai KB MKJP membantu masyarakat memperoleh gambaran tentang KB MKJP, lalu menghasilkan keputusan yang tepat atas pilihannya, namun keputusan dalam pemilihan KB MKJP berada di tangan PUS.¹⁸ Penolakan masyarakat terhadap saran dan dukungan informasi dari tenaga kesehatan juga didasari karena perilaku masyarakat yang cenderung mencari informasi tambahan tentang KB yang belum diketahui kebenarannya dari teman atau tetangga serta langsung mempercayai informasi tersebut tanpa verifikasi lanjut, sehingga penjelasan tenaga kesehatan mengenai jenis kontrasepsi yang sesuai dengan umur akseptor KB tidak sesuai dengan yang diinginkan.¹⁹ Paham sosial yang buruk tentang KB MKJP mengakibatkan informasi yang diberikan melalui penyuluhan dan pengarahan oleh tenaga kesehatan belum berdampak untuk memengaruhi keputusan masyarakat agar mau menggunakan KB MKJP, sehingga masyarakat lebih memilih untuk menggunakan KB non MKJP.

Bentuk dukungan lain yang didapatkan akseptor KB dapat berasal dari lingkungan sosial. Dukungan sosial terdiri atas informasi atau nasihat verbal atau non verbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran mereka dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima.²⁰ Paparan informasi dari rekan mengenai pengalaman pribadi mereka dalam menggunakan kontrasepsi dapat membentuk stereotip. Stereotip berupa sikap diskriminatif masyarakat sekitar mengenai KB MKJP yang diyakini tidak baik, membuat calon akseptor lebih memilih untuk menggunakan KB non MKJP. Kuatnya pengaruh lingkungan sosial mengakibatkan masyarakat lebih memilih mengikuti apa yang dilakukan oleh rekan mereka. Konseling perlu dilakukan untuk mengatasi informasi keliru mengenai KB MKJP yang ada di lingkungan masyarakat, sehingga akseptor dapat memahami penggunaan KB beserta efek samping yang ditimbulkan setiap jenis KB, serta dapat memilih metode KB yang rasional sesuai keadaan kesehatan akseptor.

Keterbatasan penelitian ini adalah suami dari akseptor KB non MKJP di wilayah kerja Puskesmas Oesao tidak dijadikan sebagai partisipan, sehingga tidak dapat menggali aspek dukungan suami terhadap penggunaan KB non MKJP lebih mendalam. Penelitian ini memerlukan riset lanjutan mengenai hubungan pengetahuan, sikap, dan kepercayaan terhadap mitos terhadap rendahnya penggunaan kontrasepsi MKJP.

Kesimpulan

Penggunaan KB non MKJP pada akseptor KB aktif dapat dilatarbelakangi oleh berbagai hal baik itu terkait pengetahuan dan sikap, akses ke fasilitas kesehatan, maupun dukungan lingkungan sekitar. Ketimpangan pengetahuan tentang KB membuat akseptor mudah mempercayai informasi keliru dan cenderung memandang dampak penggunaan KB dari satu sisi. Sarana prasarana KB non MKJP tersedia lengkap di layanan kesehatan sehingga lebih mudah diakses. Lokasi Puskesmas Oesao yang jauh mengakibatkan hampir seluruh akseptor memilih untuk mendapatkan pelayanan KB di Pustu terdekat. Seluruh akseptor tidak memiliki kendala biaya, karena pelayanan KB di tanggung oleh BPJS. Dukungan suami dalam ber-KB terbatas dan semua keputusan berada di tangan istri. Dukungan informasi yang diberikan tenaga kesehatan belum berdampak karena akseptor cenderung mempercayai informasi dari rekan mereka dalam menggunakan berbagai jenis KB. Tenaga kesehatan perlu berperan aktif dalam memberikan penyuluhan tentang KB serta melibatkan tokoh masyarakat yang dapat menjadi *role model* bagi akseptor KB, sehingga diharapkan ibu yang sudah berusia >35 tahun dan memiliki anak >3 orang mau menggunakan KB MKJP.

Daftar Pustaka

1. Syamsul, Bakri B, Limonu Stevany H. Penggunaan Alat KB pada Wanita Kawin di Perdesaan dan Perkotaan (Studi Hasil SDKI 2017 Provinsi Gorontalo). *J Kependud Indones* [Internet]. 2020;15(1):71–84. Available from: <https://ejurnal.kependudukan.lipi.go.id/index.php/jki/article/view/461>
2. BKKBN. Peraturan Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Nomor 24 Tahun 2017 Tentang Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran [Internet]. BKKBN, 24 Jakarta, Indonesia; 2017. Available from: [https://jdih.go.id/files/241/PERKA 24 2017 KB PPPK.pdf](https://jdih.go.id/files/241/PERKA%2024%202017%20KB%20PPPK.pdf)
3. Kementerian Kesehatan RI. Profil Kesehatan Indonesia 2020 [Internet]. Hardhana B, Sibuea F, Widiyanti W, editors. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2021. 480 p. Available from: <https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-Indonesia-Tahun-2020.pdf>
4. Puskesmas Oesao. Peserta KB Aktif Menurut Jenis Kontrasepsi, Kecamatan, dan Puskesmas Kecamatan Kupang Timur Tahun 2021. Oesao; 2021.
5. Triyanto L, Indriani D. Faktor yang Mempengaruhi Penggunaan Jenis Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) pada Wanita Menikah Usia Subur di Provinsi Jawa Timur. *Indones J Public Heal* [Internet]. 2018;13(2):244–55. Available from: <https://ejournal.unair.ac.id/IJPH/article/view/8174/pdf>
6. Simanjuntak SIR. Determinan Faktor Kejadian Drop Out Kontrasepsi Pil di Kelurahan Pekan Tanjung Morawa Kecamatan Tanjung Morawa Kabupaten Deli Serdang Tahun 2016 [Internet]. Universitas Sumatera Utara. Universitas Sumatera Utara; 2016. Available from: <https://repositori.usu.ac.id/handle/123456789/20062>
7. Simorangkir KV. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Efektivitas Penggunaan Kontrasepsi Hormonal pada Pasangan Usia Subur (PUS) Akseptor KB Aktif di Puskesmas Sikumana Tahun 2015. Universitas Nusa Cendana; 2015.
8. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. 3rd ed. Notoatmodjo S, editor. Jakarta: Rineka Cipta; 2018. 321 p.
9. Silalahi RR, Sevilla V. Rekonstruksi Makna Hoaks di Tengah Arus Informasi Digital. *Glob Komunika J Ilmu Sos dan Polit* [Internet]. 2020;1(1):8–17. Available from: <https://ejournal.upnvj.ac.id/index.php/GlobalKomunika/article/view/1722>

10. Priyanti S, Syalfina AD. Buku Ajar Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. 1st ed. Boangmanalu I, editor. Surakarta: Kekata Group; 2017.
11. Jitowiyono S, Rouf MA. Keluarga berencana (KB) dalam Perspektif Bidan. 1st ed. Yogyakarta: Pustaka Baru; 2019. 210 p.
12. Setiasih S, Widjanarko B, Istiarti T. Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemilihan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) pada Wanita Pasangan Usia Subur (PUS) di Kabupaten Kendal Tahun 2013. *J Promosi Kesehat Indones* [Internet]. 2016;11(2):32–46. Available from: <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jpki/article/view/19002>
13. Prawirohardjo S. Ilmu Kebidanan. 4th ed. Saifuddin AB, Rachimhadhi T, Wiknjastro GH, editors. Jakarta: Bina Pusaka Sarwono Prawirohardjo; 2016. 981 p.
14. Saputra A, Novianti L. Hubungan Ketersediaan Alat Kontrasepsi terhadap Penggunaan Alat Kontrasepsi pada Pasangan Usia Subur. *J Kesehat J Ilm Multi Sci* [Internet]. 2020;10(2):89–96. Available from: <https://jurnal.stik-sitikhadijah.ac.id/index.php/multiscience/article/view/290>
15. Alfiah ID. Faktor Faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang di Wilayah Kerja Puskesmas Kecamatan Kalideres Tahun 2015 [Internet]. UIN Syarif Hidayatullah. UIN Syarif Hidayatullah; 2015. Available from: <https://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/28900/1/ISMI DZALVA ALFIAH-FKIK.pdf>
16. Laurensia L, Mustikawati IS. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP). *Heal Publica J Kesehat Masy* [Internet]. 2020;1(1):34–43. Available from: <https://ejournal.esaunggul.ac.id/index.php/HealthPublica/article/view/3271>
17. Anitasari B, Sarmin. Faktor yang Berhubungan dengan Partisipasi Pria dalam Program Keluarga Berencana di Wilayah Kerja Puskesmas Tanasitolo. *J Ilmu Kedokt dan Kesehat Indones* [Internet]. 2021;1(3):73–83. Available from: <https://journal.amikveteran.ac.id/index.php/jikki/article/view/177>
18. Rahmi AA, Hadi EN. Determinan Pemilihan Implan pada Pasangan Usia Subur di Kecamatan Medan Petisah. *Perilaku dan Promosi Kesehat Indones J Heal Promot Behav* [Internet]. 2020;2(2):52–8. Available from: <https://journal.fkm.ui.ac.id/ppk/article/view/4144>
19. Ratnawati C. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kurangnya Penggunaan Alat Kontrasepsi Intra Uterine Device di Kecamatan Tinggi Moncong Kabupaten Gowa. UIN Alauddin Makassar; 2019.
20. Suyati. Pengaruh Dukungan Suami terhadap Ketepatan Kunjungan Ulang Akseptor KB Suntik. *Str J Ilm Kesehat* [Internet]. 2013;2(2):62–8. Available from: <https://sjik.org/index.php/sjik/article/view/56/60>

FACTORS RELATED TO EXCLUSIVE BREASTFEEDING BEHAVIOR IN INFANTS IN THE CAMPLONG COMMUNITY HEALTH CENTER, KUPANG REGENCY

Apliana Dukka¹, Anna Henny Talahatu², Marselinus Laga Nur³

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

²⁻³*Bagian Gizi Kesehatan Masyarakat, FKM Universitas Nusa Cendana*

*Korespondensi: aplianadukka89@gmail.com

Abstract

Exclusive breastfeeding is the process of breastfeeding for 6 months without any additional food or drink for the baby and is beneficial for the growth, development, and immune system of the baby. The study's purpose was to examine if certain factors in the Camplong Public Health Center's working area in Kupang Regency were associated to exclusive breastfeeding for newborns. In May and June of 2021, researchers conducted this research in the Camplong Health Center's operational region in Kupang Regency. A cross-sectional design was adopted in this quantitative investigation. All women with babies aged 6-11 months living in the Camplong Health Center's operational region in 2020, specifically Kuimasi Village and Oebola Village, were included in this study, totaling 150 people. The women in this study were recruited at random from a pool of 60 women with infants aged 6 to 11 months. Questionnaires are used to collect information. The Chi-Square test was used to look at univariate and bivariate data. According to the findings, maternal education (p -value=0.008), knowledge (p -value = 0.043), occupation (p -value=0.039), and family support (p -value=0.009) were all connected to exclusive breastfeeding. Meanwhile, there is no link between professional health-care help and exclusive breastfeeding (p -value=0.117). To strengthen mother's comprehension of exclusive breastfeeding, it is necessary to have family support, especially from partners, as well as thorough information about exclusive breastfeeding, especially from health care experts. Puskesmas was created with the goal of being able to promote exclusive breastfeeding through a range of health promotion media.

Keywords: Behavior, Exclusive Breastfeeding, Infants.

Abstrak

ASI Eksklusif adalah proses pemberian ASI selama 6 bulan tanpa adanya makanan atau minuman tambahan bagi bayi dan bermanfaat bagi pertumbuhan, perkembangan, dan daya tahan tubuh bayi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberian ASI Eksklusif pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Camplong Kabupaten Kupang. Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Camplong Kabupaten Kupang pada bulan Mei-Juni 2021. Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain *cross sectional study*. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh ibu yang memiliki bayi usia 6-11 bulan di wilayah kerja Puskesmas Camplong tahun 2020, khususnya Desa Kuimasi dan Desa Oebola sebanyak 150 orang. Besar sampel penelitian ini adalah 60 ibu yang memiliki bayi usia 6-11 bulan yang diambil dengan teknik *simple random sampling*. Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah kuesioner. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat menggunakan uji *Chi-Square*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan pendidikan ibu (p -value=0,008), pengetahuan ibu (p -value=0,043), pekerjaan ibu (p -value=0,039), dan dukungan keluarga (p -value=0,009) dengan pemberian ASI Eksklusif pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Camplong, sedangkan tidak ada hubungan dukungan petugas kesehatan (p -value=0,117) dengan pemberian ASI Eksklusif pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Camplong. Untuk mencapai keberhasilan pemberian ASI Eksklusif maka diperlukan dukungan keluarga terutama suami dan informasi yang lengkap terkait ASI Eksklusif khususnya dari petugas kesehatan sehingga pengetahuan ibu dapat meningkat. Puskesmas diharapkan dapat memanfaatkan berbagai media promosi kesehatan agar cakupan pemberian ASI Eksklusif dapat meningkat.

Kata Kunci: Perilaku, ASI Eksklusif, Bayi.

Pendahuluan

Air Susu Ibu (ASI) adalah air susu ibu yang diberikan kepada anak sejak lahir selama 6 bulan tanpa dilengkapi dengan makanan atau cairan lain, menurut *World Health Organization* (WHO). ASI menawarkan makronutrien seperti protein, lipid, dan karbohidrat, yang membantu bayi baru lahir hidup dan berkembang.¹ Bayi harus disusui secara eksklusif sampai mereka berusia enam bulan, pada saat itu makanan pendamping, baik semi padat atau padat, harus diperkenalkan. Salah satu tujuan pembangunan milenium (MDG) adalah untuk meminimalkan kematian anak dan meningkatkan kesehatan ibu.²

Menyusui non-eksklusif menjadi penyebab sekitar 15% dari semua kematian bayi di bawah usia lima tahun di negara berkembang, menurut data WHO dari tahun 2010. Perencanaan ke depan sangat penting, terutama untuk kelompok wanita yang belum menikah, karena masalah pemberian ASI eksklusif dapat dihindari. Perencanaan ini sangat penting bagi siswa perempuan. Kebutuhan nutrisi bayi tidak akan seimbang jika ibu tidak memiliki strategi keperawatan yang tepat. Ketimpangan gizi bayi berdampak negatif pada kualitas sumber daya manusia, terlihat dari bayi tidak tumbuh dan berkembang dengan baik.³

Data persentase bayi dari usia 0-6 bulan yang mendapat ASI Eksklusif di Indonesia tahun 2018 masih sangat rendah yaitu 35,73%.⁴ Hal ini menunjukkan bahwa persentase bayi yang mendapat ASI Eksklusif belum mencapai target yang ditetapkan yakni sebesar 50%.² Data Provinsi NTT tahun 2017 tercatat keseluruhan bayi usia 0-6 bulan berjumlah 90.610 bayi, dan tahun 2017 di Kabupaten Kupang jumlah bayi dari usia 0-6 bulan adalah 9.081 bayi. Bayi yang mendapat ASI Eksklusif berjumlah 2.877 bayi, sedangkan bayi yang tidak mendapatkan ASI Eksklusif berjumlah 6.204 bayi.⁵

Jumlah kematian balita di dunia cukup tinggi, hampir 10 juta balita meninggal setiap tahunnya. Beberapa faktor penyebab kematian pada balita harus ditekan dengan pemberian ASI eksklusif pada bayi 0-6 bulan, dimulai dengan inisiasi menyusui dini (IMD). Sampai saat ini cakupan ASI Eksklusif dan pelaksanaan IMD masih rendah, padahal program NASI dan IMD Eksklusif telah direkomendasikan oleh WHO dan UNICEF.⁶ Rendahnya cakupan ini disebabkan oleh banyak faktor antara lain masalah dalam proses menyusui, faktor ekonomi dan dukungan dari lingkungan sekitar, sosial budaya, perasaan malu, pekerjaan, dan pelayanan kesehatan, serta kurangnya atau rendahnya tingkat pengetahuan masyarakat tentang ASI eksklusif. Selain itu banyak kendala dalam pemberian ASI eksklusif bagi ibu bekerja seperti kebijakan perusahaan yang tidak mendukung, belum adanya ruang khusus menyusui/pojok laktasi.⁶

Secara internasional ada banyak faktor yang mempengaruhi rendahnya angka cakupan ASI eksklusif. Dari hasil penelitian teridentifikasi ada tujuh hambatan terbanyak dari lamanya ibu menyusui. Tujuh hambatan yang teridentifikasi adalah sebagai berikut: kurangnya pengetahuan ibu menyusui, masalah pada laktasi, sosial ekonomi dan kurangnya dukungan sosial, adanya norma sosial, rasa malu, pekerjaan dan anak dengan perawatan, serta layanan kesehatan.⁷ Secara umum terdapat berbagai faktor penyebab kegagalan praktek IMD dan ASI eksklusif seperti ibu bekerja, tidak dukungan keluarga, tidak adanya pendampingan dari bidan, rendahnya pengetahuan dan sikap ibu, budaya yang turun temurun, gencarnya promosi susu formula, kelainan puting susu ibu, dan lainnya. Namun, urutan faktor penyebabnya belum dapat ditentukan.⁸

Semakin baik tingkat pendidikan seseorang maka akan lebih mudah untuk menerima dan mengerti pesan-pesan yang disampaikan mengenai pentingnya ASI eksklusif yang berikan oleh petugas kesehatan, atau melalui media massa, sehingga diperkirakan ibu akan memberikan ASI eksklusif selama 6 bulan kepada anaknya tanpa diberi makanan tambahan. Pendidikan merupakan bentukan yang diberikan oleh individu, kelompok, atau masyarakat dalam rangka

mencapai kemampuan yang diharapkan. Pendidikan formal memberikan pengaruh besar dalam membuka wawasan terhadap nilai-nilai baru yang ada dalam lingkungannya. Seseorang dengan tingkat pendidikan tinggi akan lebih mudah untuk memahami perubahan yang terjadi dilingkungannya.⁹ Penelitian menyatakan ada hubungan tingkat pengetahuan dengan pemberian ASI Eksklusif.¹⁰ Pengetahuan yang cukup akan memperbesar kemungkinan ibu sukses memberi ASI kepada bayinya.¹¹ Kurangnya pengetahuan responden tentang ASI ada hubungan dengan pemberian ASI eksklusif pada bayinya, sesuai dengan teori Lawrence Green yang menyebutkan bahwa salah satu yang mempengaruhi perilaku seseorang adalah pengetahuan, di mana pengetahuan ini adalah faktor predisposisi seseorang untuk bertindak, yang dalam hal ini adalah pemberian ASI eksklusif.

Bentuk dukungan petugas kesehatan dalam pemberian ASI eksklusif, yaitu motivasi dalam bentuk selalu menyuruh ibu untuk menyusukan bayinya sesering mungkin. Petugas kesehatan juga memberi tahu pada ibu bahwa bayi usia 0-6 bulan hanya diberikan ASI saja tanpa boleh makanan lain seperti pisang, susu botol, atau nasi lembek pada saat umur 0-6 bulan. Petugas kesehatan juga memberikan bahan bacaan seperti buku untuk ibu baca dirumah, bahan bacaan yang diberikan petugas kesehatan yaitu seperti buku KIA. Petugas kesehatan sangat mendukung dalam pemberian ASI eksklusif melalui penyuluhan di posyandu, konseling menyusui kepada ibu-ibu hamil dan melahirkan dengan cara memberikan motivasi. Petugas kesehatan (bidan) juga memberikan penjelasan bagaimana cara pemerah ASI dengan cara bersihkan dulu susu dan putingnya lalu usap susunya dengan cara memutar sampai keputingnya kemudian keempat jari tangan dilipat lalu diurutkan dari atas susu turun keputing susu.¹² Hal ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang menyatakan dukungan petugas kesehatan sangat penting dalam mendorong tercapainya pemberian ASI Eksklusif.¹³ Petugas kesehatan harus meyakinkan serta menjelaskan serta bijaksana kepada ibu tentang manfaat menyusui. Petugas kesehatan dapat memberikan dukungan mulai dari masa kehamilan yakni ketika ibu memeriksakan kehamilannya.

Dukungan dari orang lain atau orang terdekat, sangatlah berperan dalam sukses tidaknya menyusui. Semakin besar dukungan yang didapatkan untuk terus menyusui maka akan semakin besar pula kemampuan untuk dapat bertahan terus untuk menyusui. Dukungan suami maupun keluarga sangat besar pengaruhnya, seorang ibu yang kurang mendapatkan dukungan suami, ibu, adik, atau bahkan ditakut-takuti, dipengaruhi untuk beralih ke susu formula.¹⁴ Sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya yang menunjukkan ada hubungan antara dukungan keluarga dengan pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan, sehingga perlu tindakan peningkatan kesadaran dan pemberian dukungan pada ibu bersalin untuk memberikan ASI eksklusif melalui melibatkan keluarga.¹⁵

Dari semua kondisi tersebut, tampak perlu adanya program edukasi untuk menyukseskan program ASI eksklusif melalui kerjasama lintas sektoral seperti perlunya regulasi di bidang pelayanan kesehatan dasar dan media sosial untuk membantu promosi ASI eksklusif. Hal tersebut dipandang baik untuk mendukung program praktik pemberian ASI eksklusif yang dapat dilakukan oleh semua ibu baik ibu bekerja maupun ibu tidak bekerja, baik dalam skala nasional maupun internasional.⁶

Profil Kesehatan Puskesmas Camplong mencatat pada tahun 2020 jumlah bayi sebanyak 241 bayi. Bayi yang mendapatkan ASI Eksklusif adalah 76 bayi, sedangkan yang tidak mendapatkan ASI Eksklusif sebanyak 165 bayi.¹⁶ Data tersebut menunjukkan bahwa jumlah bayi yang mendapatkan ASI Eksklusif di Puskesmas Camplong masih tergolong rendah dan belum mencapai target yang ditetapkan. Masih rendahnya cakupan pemberian ASI Eksklusif di Puskesmas Camplong terjadi karena beberapa alasan, yaitu ibu meninggal saat melahirkan, adanya penyakit pada ibu, seperti kanker payudara, ASI tidak keluar, dan lebih

banyak tidak memberikan ASI Eksklusif karena alasan bayi lapar atau haus sehingga diberikan makanan atau minuman selain ASI. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan pemberian ASI eksklusif pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Camplong Kabupaten Kupang.

Metode

Desain penelitian ini adalah *cross sectional* dengan jenis penelitian survei analitik. Penelitian ini dilaksanakan di wilayah operasional Puskesmas Camplong Kabupaten Kupang pada bulan Mei dan Juni 2021. Variabel yang diteliti yaitu pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, dukungan petugas kesehatan, dan dukungan keluarga. Pendidikan adalah pengalaman mengikuti pendidikan formal dinilai berdasarkan ijazah terakhir. Pengetahuan adalah Pemahaman informasi yang diperoleh ibu bayi tentang pemberian ASI Eksklusif. Pekerjaan merupakan aktivitas sehari-hari yang dilakukan ibu diluar pekerjaan rutin rumah tangga yang tujuannya untuk mencari nafkah dan membantu suami. Dukungan petugas kesehatan merupakan Dukungan yang di dapat oleh ibu dari petugas kesehatan untuk memberikan ASI Eksklusif. Dukungan keluarga merupakan Dukungan keluarga yaitu suami, orang tua dan saudara sangat mempengaruhi keberhasilan menyusui Wawancara dengan menggunakan kuesioner. Populasi penelitian yaitu seluruh ibu yang memiliki bayi usia 6-11 bulan di wilayah kerja Puskesmas Camplong pada tahun 2020 sebesar 150 orang, yang berasal dari Desa Kuimasi dan Desa Oebola. Sampel dalam penelitian ini adalah 60 ibu dengan bayi usia 6-11 bulan di wilayah kerja Puskesmas Camplong tahun 2020 yang dipilih dengan menggunakan teknik *simple random sampling*. Teknik pengumpulan data dilakukan menggunakan wawancara. Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner. Analisis data yang digunakan yaitu uji *Chi-Square* dengan $\alpha=0,05$ kemudian disajikan dalam bentuk tabel dan narasi. Penelitian ini telah mendapat kelayakan etik dari Komisi Etik Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana dengan nomor *Ethical Approval*: 2021019-KEPK Tahun 2021.

Hasil

Karakteristik responden berdasarkan pendidikan, pengetahuan, pekerjaan, dukungan petugas kesehatan, dukungan keluarga, dan pemberian ASI Eksklusif dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Responden Penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Camplong Kabupaten Kupang

Karakteristik	Frekuensi (n=60)	Proporsi (%)
Pendidikan Ibu		
Rendah	15	25,0
Tinggi	45	75,0
Pengetahuan Ibu		
Kurang	35	58,3
Baik	25	41,7
Pekerjaan Ibu		
Tidak Bekerja	32	53,5
Bekerja	28	46,7
Dukungan Petugas Kesehatan		
Kurang Mendukung	34	56,7
Mendukung	26	43,3

Karakteristik	Frekuensi (n=60)	Proporsi (%)
Dukungan Keluarga	29	48,3
Kurang	31	51,7
Baik		
Pemberian ASI	26	43,3
Tidak ASI Eksklusif	34	56,7
ASI Eksklusif		

Tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tingkat pendidikan tinggi (75%), pengetahuan kurang (58,3%), tidak bekerja (53,5%), petugas kesehatan kurang mendukung (56,7%), dukungan keluarga baik (51,7%), dan memberikan ASI eksklusif (56,7%).

Hubungan pendidikan ibu, pengetahuan ibu, pekerjaan ibu, dukungan petugas kesehatan, dukungan keluarga dengan pemberian ASI Eksklusif pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Camplong Kabupaten Kupang dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Hubungan Pendidikan Ibu, Pengetahuan Ibu, Pekerjaan Ibu, Dukungan Petugas Kesehatan, Dukungan Keluarga dengan Pemberian ASI Eksklusif pada Bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Camplong Kabupaten Kupang

Variabel	Pemberian ASI				OR	p-value
	Tidak Eksklusif		ASI Eksklusif			
	n	%	n	%		
Pendidikan Ibu						
Rendah	24	40,0	21	35,0	7,429	0,008
Tinggi	2	3,3	13	21,7		
Pengetahuan Ibu						
Kurang	19	31,7	16	26,7	3,054	0,043
Baik	7	11,7	18	30,0		
Pekerjaan Ibu						
Tidak Bekerja	18	30,0	14	23,3	3,214	0,039
Bekerja	8	13,3	20	33,4		
Dukungan Petugas Kesehatan						
Kurang Mendukung	18	30,0	16	26,7	2,531	0,117
Mendukung	8	13,3	18	30,0		
Dukungan Keluarga						
Kurang	18	30,0	11	18,3	4,705	0,009
Baik	8	13,3	23	38,3		

Tabel 2 menunjukkan bahwa variabel yang berhubungan dengan pemberian ASI Eksklusif pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Camplong, Kabupaten Kupang adalah pendidikan ibu (p -value= 0,008), pengetahuan ibu (p -value= 0,043), pekerjaan ibu (p -value= 0,039), dan dukungan keluarga (p -value= 0,009).

Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara pendidikan dengan pemberian ASI Eksklusif. Hasil observasi di lapangan ditemukan fakta bahwa sebagian besar ibu memiliki tingkat pendidikan yang rendah. Hal ini disebabkan oleh mayoritas ibu yang tidak sekolah, tamatan SD, SMP, dan SMA, sehingga ibu akan susah mencerna pesan atau informasi yang

berkaitan dengan pemberian ASI secara Eksklusif pada bayi. Orang-orang termotivasi untuk belajar dan memperoleh pengalaman melalui pendidikan, dan informasi yang mereka peroleh menjadi pengetahuan. Pengetahuan yang baru ditemukan akan mengarah pada pembentukan keyakinan tentang bagaimana bertindak. Ibu yang berpendidikan lebih tinggi lebih terbuka terhadap ide-ide baru dari pada yang berpendidikan lebih rendah, sehingga informasi dan pemasaran terkait ASI mudah diperoleh dan dijalankan.¹⁷ Orang yang berpendidikan lebih tinggi biasanya lebih sadar akan manfaat ASI eksklusif dibandingkan dengan mereka yang berpendidikan lebih rendah. Studi ini mendukung investigasi Angkut tentang hubungan antara ASI eksklusif dan pendidikan ibu. Gagasan bahwa seseorang dengan tingkat pendidikan tinggi lebih reseptif untuk belajar dan mencari sumber pengetahuan mendukung hal ini.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan dengan pemberian ASI Eksklusif. Hasil wawancara di lapangan ditemukan fakta bahwa banyak ibu-ibu yang belum paham tentang manfaat kolostrum dan mereka masih menganggap bahwa cairan yang pertama kali keluar adalah cairan yang kotor dari tubuh dan harus dibuang. Pemahaman merupakan komponen penting dalam merumuskan tindakan atau perilaku seseorang. Salah satu unsur predisposisi yang mempengaruhi perilaku seseorang adalah pemahamannya tentang kesehatan. Jika seorang ibu tidak mendapatkan pendidikan atau penyuluhan tentang perlunya pemberian ASI eksklusif selama kehamilannya, maka kebiasaan menyusunya akan berubah. Ibu yang berpengalaman akan memiliki peluang yang lebih baik untuk memberikan ASI eksklusif kepada anaknya. Sementara itu, ibu yang berpendidikan rendah akan lebih sulit memberikan ASI eksklusif kepada bayinya.¹⁸ Pengetahuan yang rendah tentang manfaat dan tujuan pemberian ASI Eksklusif bisa menjadi penyebab gagalnya pemberian ASI Eksklusif pada bayi. Kemungkinan penyebab kegagalan pemberian ASI Eksklusif dapat terjadi karena pada saat pemeriksaan kehamilan (*Antenatal Care*), ibu tidak memperoleh penyuluhan intensif tentang ASI Eksklusif, kandungan dan manfaat ASI, teknik menyusui, dan kerugian jika tidak memberikan ASI Eksklusif.¹⁹

Menurut penelitian tentang hubungan antara motivasi dan perilaku ibu dalam pemberian ASI eksklusif, ibu dengan pengetahuan yang kuat 13 kali lebih mungkin untuk memberikan ASI eksklusif dibandingkan ibu dengan pengetahuan yang kurang.²⁰ Memiliki pemahaman yang baik tentang nilai ASI Eksklusif dapat membantu menumbuhkan perilaku ibu yang positif. Meskipun tingkat pengetahuan wanita memiliki peran dalam pemberian ASI Eksklusif, mengetahuinya saja tidak menjamin bahwa ibu akan menindaklanjutinya. Dukungan keluarga dan kepercayaan ibu juga diperlukan. Ibu yang belum memahami membutuhkan informasi dan bantuan yang komprehensif berupa media promosi kesehatan agar pengetahuan tersebut dapat diingat kembali.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara pekerjaan responden dengan pemberian ASI Eksklusif. Dari hasil penelitian ditemukan fakta bahwa ibu yang aktif bekerja lebih memilih memberikan susu formula dari pada memberikan ASI kepada bayi. Hal ini terjadi karena sering kali ibu dihadapkan dengan waktu dan beban kerja yang banyak. Terkadang ibu berpikir tentang penampilan dan sebagian besar tempat kerja juga belum menyiapkan tempat penitipan bayi atau pojok laktasi bagi ibu untuk menyusui. ASI Eksklusif sangat sulit untuk dicapai tren prevalensinya bahkan masih jauh dari target. Salah satu penyebab masih rendahnya cakupan ASI Eksklusif adalah pada ibu yang aktif bekerja.²¹ Upaya pemberian ASI Eksklusif seringkali mengalami hambatan meski itu bukan satu-satunya faktor penyebab kegagalan serta genjarnya promosi produk susu formula dikalangan masyarakat. Penelitian ini sejalan dengan penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa terdapat hubungan bermakna antara status pekerjaan ibu dengan pemberian ASI Eksklusif dengan nilai *p-value* (0,018).²² Ibu yang bekerja mempunyai risiko 4 kali untuk menghentikan pemberian ASI Eksklusif dibandingkan dengan

ibu yang tidak bekerja. Kecenderungan ibu-ibu tidak memberikan ASI Eksklusif dikarenakan banyaknya ibu-ibu yang bekerja. Selain itu, kecenderungan ini juga terjadi dikarenakan bagi pekerja wanita yang melahirkan, memberikan ASI Eksklusif merupakan suatu dilema, karena masa cuti terlalu singkat dibandingkan masa menyusui, sehingga mereka akan memberikan susu formula sebagai pengganti ASI Eksklusif. Wanita yang bekerja tidak harus berhenti menyusui. Bayi dapat dibawa bekerja atau ibu dapat pulang dan menyusui anaknya, dan ibu juga dapat menggunakan pilihan alternatif seperti memompa ASI atau memompa ASI. Sebelum berangkat kerja, ASI disimpan dalam keadaan dingin atau beku dan dapat diberikan kepada bayi saat ia haus atau lapar.

Temuan penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan pendampingan tenaga kesehatan. Menurut penelitian, tenaga kesehatan sangat penting dalam menyebarkan pengetahuan tentang ASI eksklusif, tetapi masih diperlukan untuk membantu ibu secara langsung dalam kehidupan sehari-hari. Perilaku seseorang diprediksi berdasarkan posisinya. Peran adalah kombinasi tindakan, keyakinan, nilai, dan sikap yang dirancang untuk mewakili perilaku yang harus ditunjukkan oleh orang yang memainkan peran dalam situasi tertentu.²³ Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri di bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan keterampilan yang diperoleh melalui pendidikan di bidang kesehatan untuk jenis-jenis tertentu yang memerlukan kewenangan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan.²⁴ Dengan demikian, peran tenaga kesehatan didefinisikan sebagai perilaku atau sikapnya dalam memberikan informasi, edukasi, dan tindakan yang tepat kepada pasien.²⁵ Menurut data yang terkumpul, tenaga kesehatan sangat menentukan keberhasilan pemberian ASI eksklusif. Mayoritas responden mengetahui tentang pemberian ASI eksklusif, yang didefinisikan sebagai pemberian ASI saja. Hal ini sesuai dengan rekomendasi WHO, yang menetapkan bahwa bayi baru lahir hanya boleh disusui selama enam bulan pertama kehidupannya tanpa penambahan cairan atau makanan lain, dan kemudian selama dua tahun berikutnya.²⁶ Penelitian lain menemukan adanya hubungan yang signifikan antara dukungan tenaga kesehatan dengan pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Darussalam, Kecamatan Medan.²⁷ Dukungan petugas kesehatan sangat berperan dalam keberhasilan pemberian ASI eksklusif, yaitu dengan memberikan konseling sejak pemeriksaan kehamilan sampai pada masa menyusui.²⁸

Suami atau pasangan adalah pihak yang paling berpengaruh atas keputusan ibu. Karena jadwal yang padat dan rasa malu, suami tidak menemani istri ke posyandu. Sementara itu, keyakinan buruk tentang menyusui dan menyusui eksklusif di rumah mungkin menjadi penyebab ibu mendapatkan dukungan yang cukup dari keluarga tetapi tidak memberikan ASI eksklusif. Dukungan keluarga yang baik untuk pemberian ASI eksklusif, seperti informasi, penilaian, dukungan instrumental, dan dukungan emosional, memotivasi ibu untuk selalu menyusui bayinya secara eksklusif. Bentuk dukungan keluarga ini akan memungkinkan ibu untuk menyusui anaknya secara eksklusif. Misalnya, keluarga ibu atau suami harus selalu memberi tahu ibu tentang perlunya memberikan ASI eksklusif kepada anaknya. Suami juga harus mengingatkan istri mereka untuk menawarkan bayinya ASI eksklusif secara teratur atau untuk selalu mengawasi ibu saat memberikan ASI kepada bayinya.²⁹ Elemen eksternal utama yang mempengaruhi efektivitas pemberian ASI eksklusif adalah dukungan keluarga.³⁰ Adanya dukungan keluarga terutama dari pasangan akan mempengaruhi apakah seorang ibu merasa lebih percaya diri atau termotivasi untuk menyusui. Dukungan suami maupun keluarga sangat besar pengaruhnya. Seorang ibu yang kurang mendapatkan dukungan oleh suami dan keluarga bahkan ditakut-takuti dan dipengaruhi untuk beralih ke susu formula.¹⁴ Keberhasilan pemberian ASI Eksklusif dapat terjadi apabila ibu mendapat dukungan keluarga terutama dari suami sebagai orang terdekat yang dapat memotivasi ibu untuk memberikan ASI Eksklusif. Keluarga

khususnya suami perlu memiliki pengetahuan yang baik terkait ASI Eksklusif dan komitmen untuk mendukung ibu menyusui secara eksklusif.³¹

Keterbatasan penelitian ini yaitu masih banyak faktor yang mempengaruhi pemberian ASI Eksklusif yang belum diteliti dalam penelitian ini yaitu sikap, sosial budaya, dan pelayanan kesehatan. Peneliti berharap agar peneliti lain dapat melakukan penelitian lebih lanjut dengan menggunakan jenis penelitian atau desain penelitian yang berbeda dengan penelitian ini.

Kesimpulan

Faktor yang berhubungan terhadap pemberian ASI Eksklusif pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Camplong Kabupaten Kupang adalah pendidikan ibu, pengetahuan ibu, pekerjaan ibu, dan dukungan keluarga, sedangkan faktor yang tidak berhubungan dengan pemberian ASI Eksklusif adalah dukungan petugas kesehatan. Petugas kesehatan perlu memberikan penjelasan lengkap terkait ASI Eksklusif dan meningkatkan frekuensi penyuluhan dengan memanfaatkan berbagai media promosi kesehatan seperti leaflet untuk membantu ibu mengingat berbagai informasi yang disampaikan. Ibu juga dapat berperan aktif dalam mencari informasi terkait ASI Eksklusif dari berbagai sumber sehingga ibu memahami pentingnya pemberian ASI Eksklusif, baik bagi bayi maupun ibu, serta membantu menghilangkan berbagai anggapan negatif yang dapat menyebabkan terjadinya kegagalan pemberian ASI Eksklusif. Ibu juga sebaiknya lebih rutin mengunjungi fasilitas kesehatan untuk melakukan konsultasi dengan petugas kesehatan terkait berbagai keluhan yang dihadapi selama menyusui.

Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia. KIA IDBG dan, editor. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2013.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2015.
3. Bahriyah F. Hubungan Pekerjaan Ibu Terhadap Pemberian ASI Eksklusif Pada Bayi Di Wilayah Kerja Puskesmas Sipayung. *J Endur* [Internet]. 2017;2(2):113–8. Available from: https://www.researchgate.net/publication/318401010_hubungan_pekerjaan_ibu_terhadap_pemberian_asi_eksklusif_pada_bayi_di_wilayah_kerja_puskesmas_sipayung/link/59678476aca2728ca6730411/download
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Kesehatan Indonesia 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2018. 207 p.
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Profil Keluarga Sehat Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2018 [Internet]. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI dr. IP, MARS, Dwi Asih Kartikaningrum S, editors. Jakarta: Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan SDM Kesehatan Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan RI; 2018. 1–102 p. Available from: http://202.70.136.161:8107/114/2/Profil_KS_Provinsi_NTT_Tahun_2018.pdf
6. Suciati S, Wulandari S. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemberian ASI Eksklusif: Literature Review Tinjauan Pustaka Tujuan Penelitian. *J Kebidanan* [Internet]. 2020;10(2):1–6. Available from: <https://journal.unita.ac.id/index.php/bidan/article/view/406>
7. US Department of Health and Human Services (USDHHS). The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding. 2011.
8. Sinaga HT, Siregar M. Literatur Review: Faktor Penyebab Rendahnya Cakupan Inisiasi Menyusu Dini dan Pemberian ASI Eksklusif. *AcTion Aceh Nutr J* [Internet].

- 2020;5(2):164. Available from:
<https://ejournal.poltekkesaceh.ac.id/index.php/an/article/download/316/182>
9. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2010. 36 p.
 10. Ibrahim F, Rahayu B. Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Pemberian ASI Eksklusif. *J Ilmu Kesehat Sandi Husada* [Internet]. 2021;10(1):18–24. Available from: <https://akper-sandikarsa.e-journal.id/JIKSH/article/download/497/354>
 11. Damayanti, R. A., Muniroh, L. F. Perbedaan Tingkat Kecukupan Zat Gizi dan Riwayat Pemberian ASI Eksklusif pada Balita Stunting dan Non Stunting. *J Meia Gizi Indones* [Internet]. 2016;11:61–69. Available from: <https://e-journal.unair.ac.id/MGI/article/view/4393>
 12. Rahmi F, Qariati NI, Dhew S. Hubungan Pengetahuan Ibu, Dukungan Suami dan Dukungan Petugas Kesehatan Dengan Pemberian Asi Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Kasarangan. *ePRINTS UNISKA* [Internet]. 2021;1–9. Available from: <http://eprints.uniska-bjm.ac.id/4225/%0Ahttp://eprints.uniska-bjm.ac.id/4225/1/JurnalFaulia.pdf>
 13. Sholikhah BM. Hubungan Penolong Persalinan, Inisiasi Menyusu Dini dan Dukungan Petugas Kesehatan dengan Perilaku Ibu Dalam Pemberian ASI Eksklusif. *J Keperawatan Muhammadiyah* [Internet]. 2018;3(2):6–12. Available from: <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/1755>
 14. Proverawati, A. & ER. Kapita Selekta Asi dan Menyusui. Yogyakarta: Nuha Medika; 2010.
 15. Hamidah S. Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Pemberian Asi Eksklusif Pada Bayi Usia 0-6 Bulan. *J Kebidanan* [Internet]. 2016;8(1):9. Available from: <https://jurnalkesehatan.unisla.ac.id/index.php/midpro/article/view/2>
 16. Puskesmas Camplong. Profil Kesehatan Puskesmas Camplong. Kabupaten Kupang: Puskesmas Camplong; 2019.
 17. Haryono & Setianingsi. Manfaat ASI Eksklusif Untuk Buah Hati Anda. Sumedang: Gosyen Publishing; 2014.
 18. Notoatmodjo S. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2014.
 19. Wahyuningsih. Hubungan Pengetahuan Ibu Bersalin tentang Inisiasi Menyusu Dini dengan Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini di Bidan Praktek Swasta Benis Jayanto Ceper Klaten. *J Komun Kesehat* [Internet]. 2012;3(1). Available from: <http://e-journal.akbid-purworejo.ac.id/index.php/jkk4/article/view/29/42>
 20. Nurleli. Hubungan Antara Motivasi Dengan Perilaku Ibu dalam Pemberian ASI Eksklusif. *J Kesehat Masy* [Internet]. 2017;4(6). Available from: <https://jurnal.kesdammedan.ac.id/index.php/jurhesti/article/view/16>
 21. Djitowiyono S & Weni K. Asuhan Keperawatan Neonatus dan Anak. Yogyakarta: Nuha Medika; 2010.
 22. Bahriyah F dkk. Hubungan Pekerjaan Ibu Terhadap Pemberian ASI Eksklusif Pada Bayi. *J Endur* [Internet]. 2017;2(2):113–8. Available from: https://www.researchgate.net/publication/318401010_hubungan_pekerjaan_ibu_terhadap_pemberian_asi_eksklusif_pada_bayi_di_wilayah_kerja_puskesmas_sipayung/link/59678476aca2728ca6730411/download
 23. Sarwono SW. Psikologi Remaja. Jakarta: Rajagrafindo Persada; 2011.
 24. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan. 2014;1–78. Available from: <https://ipkindonesia.or.id/media/2017/12/UU-No.-36-Th-2014-ttg-Tenaga-Kesehatan.pdf>

25. Dewi, A. S., Gustiwarni, A., & Wahyuni RS. Hubungan Peran Petugas Kesehatan dan Promosi Susu Formula Terhadap Pemberian ASI Eksklusif pada Ibu Menyusui di Wilayah Kerja Puskesmas Harapan Raya Kota Pekan Baru 2018 photon. *J Sain Dan Kesehat* [Internet]. 2019;9(2):65–74. Available from: <https://ejournal.umri.ac.id/index.php/photon/article/view/1097>
26. Sabati & Nuryanto. Peran Petugas Kesehatan Terhadap Keberhasilan Pemberian ASI Eksklusif (Study Kualitatif di Wilayah Puskesmas). *J Nutr Coll* [Internet]. 2015;4(2):526–33. Available from: <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jnc/article/view/10158>
27. Juliani, S., dan Arma N. Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Dukungan Tenaga Kesehatan dengan Keberhasilan ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Darussalam Kecamatan Medan Petisah. *J Bidan Komunitas* [Internet]. 2018;1(3):115–24. Available from: <http://ejournal.helvetia.ac.id/index.php/jbk/article/view/3979>
28. Angkut C. Pendidikan Ibu Berhubungan dengan Pemberian ASI Eksklusif. *J Kebidanan Malahayati* [Internet]. 2020;6(3):357–60. Available from: <http://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/kebidanan/article/view/2795>
29. Tjung KM, Picauly I, Riwu RR. Exclusive Breastfeeding Determinants of Non-working Mothers. *Lontar J Community Heal* [Internet]. 2020;2(1):1–11. Available from: <https://ejournal.undana.ac.id/LJCH/citationstylelanguage/get/acm-sig-proceedings?submissionId=2207>
30. Roesli U. *Inisiasi Menyusui Dini Plus ASI Eksklusif*. Jakarta: Bunda pustaka; 2014.
31. Siswono D. *Tujuan dan Manfaat Pemberian ASI Eksklusif*. 2014;

DESCRIPTION OF PLANNING FUNCTIONS IN PUSKESMAS WAIKLIBANG, TANJUNG BUNGA DISTRICT, EAST FLORES DISTRICT

Emilia Maria Imakulata De Class^{1*}, Serlie K. A. Littik², Yoseph Kenjam³

¹ Program Studi Kesehatan Masyarakat, FKM Universitas Nusa Cendana

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

*Korespondensi: yosefinafalen@gmail.com

Abstract

Planning is a management function that determines the success or failure of other management functions. The MSS performance at Waiklibang Health Center in 2017-2019 fluctuated and even declined, demonstrating the need for better management from the government, especially during the planning stage. The purpose of this study was to describe the planning at Waiklibang Health Center, Tanjung Bunga District, East Flores Regency. This research was qualitative descriptive research with a case study approach. A total of 10 informants was interviewed. Data triangulation was carried out by interviewing the sub-district head and five village leaders. The results of this study indicated that the planning at Waiklibang Health Center was carried out but needed to thoroughly follow the guidelines of the Minister of Health Regulation 44 of 2016. No puskesmas management team was formed. The program manager carried out the planning. Several stages in the situation analysis were conducted by comparing the achievement with the target, but the problem statement was not formed. While the Proposed Activity Plan (RUK) was prepared, planning for the routine activity or facilities/infrastructure needs was omitted. The resulting document was still a Work Plan and Budget (RKA) for Non-Physical Special Allocation Funds (DAK). The Activity Implementation Plan (RPK) preparation was based on the RUK. Although cross-sectoral support was available, it was not maximized to its full potential because not all sectors were involved in handling health problems. Waiklibang Health Center needs to improve the planning at the Puskesmas.

Keywords: Health Center Planning, Cross-Sector Support.

Abstrak

Perencanaan merupakan fungsi manajemen yang menentukan berhasil tidaknya fungsi manajemen lainnya. Di Puskesmas Waiklibang, data capaian kinerja SPM tahun 2017-2019 yang berfluktuasi, bahkan cenderung menurun menunjukkan belum baiknya tata kelola manajemen, terutama pada tahapan perencanaan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan perencanaan pada Puskesmas Waiklibang Kecamatan Tanjung Bunga Kabupaten Flores Timur. Penelitian ini adalah penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Sebanyak 10 orang informan telah diwawancarai. Triangulasi data dilakukan dengan camat dan lima kepala desa. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perencanaan di Puskesmas Waiklibang telah dilaksanakan, namun belum sepenuhnya mengikuti pedoman Peraturan Menteri Kesehatan No. 44 Tahun 2016. Belum ada tim manajemen puskesmas yang dibentuk. Perencanaan dilakukan oleh pengelola program. Beberapa tahapan dalam analisis situasi sudah dilakukan yaitu dengan membandingkan capaian dengan target namun perumusan masalah tidak dilaksanakan. Tahapan penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK) sudah dilakukan namun belum mencakupi perencanaan kegiatan rutin, perencanaan kebutuhan sarana/prasarana, serta dokumen yang dihasilkan masih berupa Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) Dana Alokasi Khusus (DAK) Non Fisik. Penyusunan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK) sudah dilakukan berdasarkan RUK yang sudah disusun. Dukungan lintas sektor sudah tampak namun belum maksimal karena tidak semua sektor aktif terlibat dalam penanganan masalah kesehatan. Puskesmas Waiklibang perlu memperbaiki perencanaan puskesmas.

Kata Kunci: Perencanaan Puskesmas, Dukungan Lintas Sektor.

Pendahuluan

Puskesmas mengupayakan kesehatan masyarakat juga pelayanan kesehatan perorangan pada lapisan pertama lewat usaha promotif dan preventif di area kerjanya.¹ Dengan demikian, kegiatan di puskesmas lebih kepada menumbuhkan kesadaran masyarakat untuk mengetahui dan mau hidup sehat, menjaga kesehatannya atau memberdayakan masyarakat di bidang kesehatan. Puskesmas sebagai pusat pembangunan dengan wawasan kesehatan, sentra memberdayakan masyarakat, memberikan dan mengadakan pelayanan kesehatan yang bermutu guna mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional yaitu terciptanya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat.² Untuk itu diperlukan tata kelola atau manajemen puskesmas yang baik.

Manajemen sebagai rangkaian kegiatan meliputi perancangan, pengorganisasian, implementasi, dan pengendalian (*Planning, Organizing, Actuating, Controlling*) sampai memperoleh maksud dengan efektif dan efisien. Efektif artinya rangkaian pelaksanaan dilakukan pada situasi yang seharusnya menurut aturan yang berlaku serta berkualitas baik, sesuai hasil penjabaran situasional yang ditunjang oleh data dan informasi berbasis bukti. Efisien berarti cara puskesmas menggunakan potensi yang dimiliki dalam melakukan usaha kesehatan yang dilakukan pada situasi yang seharusnya menurut aturan yang berlaku, demi tercapainya target yang diinginkan. Pengelolaan puskesmas meliputi Perancangan (P1); Mobilisasi dan Implementasi (P2); Pemantauan, pengendalian dan penilaian pencapaian (P3); dan sokongan dari dinas kesehatan kabupaten/kota.³

Perencanaan merupakan inti dari kegiatan manajemen, karena semua kegiatan manajemen dipandu oleh perencanaan.⁴ Perencanaan merupakan bagian dari manajemen puskesmas yang harus dilaksanakan dengan baik. Kedudukan perencanaan dalam manajemen menentukan fungsi manajemen lainnya.⁵ Perencanaan selalu menjadi landasan utama dalam pelaksanaan kegiatan untuk memperoleh hasil yang telah ditentukan.⁶ Perancangan yang baik adalah perancangan yang mampu menetapkan tujuan dari suatu kegiatan. Tujuan kegiatan yang disusun dalam perencanaan harus mampu menjawab masalah yang sedang dihadapi. Perencanaan dibidang kesehatan sebaiknya menggunakan pendekatan pemecahan masalah.⁷

Puskesmas Waiklibang merupakan salah satu puskesmas perawatan di Kabupaten Flores Timur dengan wilayah kerja meliputi 16 desa dengan jangkauan yang masih sulit. Wilayah kerjanya meliputi beberapa desa yang terletak di pinggiran pantai dan di daerah perbukitan. Dengan wilayah kerja yang besar dan jangkauan yang masih sulit tentulah tidak mudah dalam melaksanakan kegiatan upaya kesehatan masyarakat. Agar mampu melaksanakan fungsi manajemen dengan baik sehingga mencapai tujuan kegiatan yang diinginkan dibutuhkan perencanaan yang matang.

Pengumpulan data awal terkait capaian kinerja tahun 2018 dan tahun 2019 menunjukkan masih banyak target kinerja yang belum mencapai target. Misalnya di bidang Promosi Kesehatan tahun 2018 target rumah tangga yang di survei PHBS hanya mencapai 59% dari target 80% dan di tahun 2019 hanya mencapai 79% dari target 90%. Di bidang Penyehatan Lingkungan, Pemeriksaan Penyehatan Lingkungan baru mencapai 59% pada tahun 2018 dan di tahun 2019 baru mencapai 86% dari target yang sama yakni 100%. Di bidang Kesehatan Ibu dan Anak untuk Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil (K4) baru mencapai 37% pada tahun 2018 dan di tahun 2019 baru mencapai 60% dari target yang sama yakni 94%.^{8,9} Target SPM yang tercapai dari tahun 2017 hingga 2019 hanya 8,3%. Sedangkan yang masih fluktuatif sebesar 91,7%.^{10,8,9} Target kinerja yang masih belum tercapai bahkan ada yang menurun menunjukkan masih belum baiknya tata kelola manajemen yang ada di Puskesmas Waiklibang. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan perencanaan Puskesmas Waiklibang, Kecamatan Tanjung Bunga, Kabupaten Flores Timur.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. yang dilakukan di Puskesmas Waiklibang, Kecamatan Tanjung Bunga, Kabupaten Flores Timur. Pengambilan data dilakukan bulan Desember 2020 – Januari 2021. Informan dalam penelitian ini berjumlah 10 orang yang diseleksi dengan teknik *purposive*. Triangulasi data dilakukan dengan camat dan lima kepala desa. Hasil wawancara diolah berdasarkan variabel yang diteliti. Analisis dilakukan dengan menarik kesimpulan kemudian membandingkan temuan dan teori serta literatur lain lalu dinarasikan. Penelitian ini telah mendapat persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana dengan nomor: 2020193 – KEPK 2020.

Hasil

Tahapan Persiapan

Tahap persiapan adalah tahapan penting dalam proses perencanaan. Tahapan ini seharusnya diawali dengan pembentukan tim manajemen puskesmas, yang diketuai oleh kepala puskesmas dengan beranggotakan tim pembina wilayah, tim pembina keluarga, tim akreditasi puskesmas, dan tim sistem informasi puskesmas. Namun hasil wawancara menunjukkan bahwa tim ini belum dibentuk. Hasil wawancara tahapan persiapan dalam perencanaan tingkat puskesmas di Puskesmas Waiklibang yang dijelaskan oleh informan sebagai berikut

“Di Puskesmas Waiklibang belum mempunyai tim manajemen puskesmas yang lengkap. Kami hanya mempunyai tim mutu dan tim akreditasi puskesmas.” (SD 10)

“Setelah pulang pelatihan, Kapus dan KTU mengajak kami untuk membuat perencanaan sesuai dengan hasil pelatihan tetapi tidak membentuk tim perencanaan. Kalau ada itu lebih bekerja untuk JKN.” (SD 3)

Perencanaan dilakukan oleh masing-masing program sesuai dengan pengetahuan dan kemampuan masing-masing. Belum ada penjelasan terkait perencanaan dari kepala puskesmas. Hal ini ditunjukkan oleh hasil wawancara berikut:

“Biasanya kami kumpul perencanaan yang kami buat di masing-masing program lalu kami setor ke KTU atau Bendahara. Jadi kayaknya belum ada tim perencanaan ya.” (SD 8)

“Kami tidak mendapat penjelasan tentang pedoman manajemen puskesmas.” (SD 2)

“Tidak ada penjelasan tentang pedoman manajemen karena kami disuruh langsung masukkan RKA program ke KTU.” (SD 6)

“Saya terlibat dalam pemantauan dan pengontrolan apakah semua program sudah memasukkan program kegiatannya dan mengoordinir pelaksanaan kegiatan baik perencanaan Dana DAK Non Fisik maupun dana kapitasi puskesmas. Tim yang saya bentuk adalah tim perencanaan, tim belanja dan tim pemeriksa yang mana tim ini bekerja pada saat akan melakukan pembelanjaan Dana JKN.” (SD 1)

Ini menunjukkan bahwa pembentukan tim perencanaan dan penjelasan terkait mekanisme perencanaan belum dilakukan oleh kepala Puskesmas Waiklibang.

Tahapan Analisis Situasi

Tahapan analisis situasi dilakukan secara sederhana oleh masing-masing pengelola program dengan memperhatikan capaian bulanan, SMD, PIS PK dan kotak saran (pada beberapa desa), seperti hasil wawancara berikut:

“Tahap-tahap perencanaan tidak dilakukan mendetail. Untuk analisis situasi dibuat di masing-masing ruangan dengan melihat dari cakupan bulanan yang masih rendah-rendah itu yang kami jadikan bahan pertimbangan untuk membuat perencanaan berikutnya. Selain itu kami juga melakukan SMD/MMD walaupun belum semua desa dilakukan SMD/MMD dan PIS-PK, dan membuka kotak saran dari masyarakat yang disiapkan di tiap ruangan sehingga kami sudah tahu dia punya penyebabnya apa dan bisa mengantisipasi untuk jalan keluarnya.” (SD 3)

“Proses perencanaan di Puskesmas Waiklibang dari program gizi itu, kami menyusun rencana kegiatan lalu dimasukkan ke bendahara DAK Non Fisik untuk membuat ke RKA. Kadang ikut pertemuan penyusunan RKA. Tahap-tahap penyusunan kurang tahu le kaca, kami dari ruang sudah bawa program yang ini kita kerjakan ditahun berikutnya. Macam torang yang di ruang itu, torang ada beberapa orang tenaga gizi tu, torang lihat dulu program yang torang so jalankan tu apa jo tingkat keberhasilannya sampai dimana. Kadang program-program yang sudah dimasukkan di perencanaan tahun lalu tetapi tahun ini tapi tidak dijalankan itu juga kami masukkan di perencanaan tahun berikutnya lagi. Kadang torang juga melihat kejadian di masyarakat seperti tingginya angka kejadian seperti kasus gizi buruk. Hal-hal seperti itu yang torang bawa ke perencanaan tahun berikutnya dengan melihat terkait hasil capaian program baru torang merumuskan dengan teman-teman jo torang jadi tau oh ternyata ini yang torang prioritaskan untuk tahun depan.” (SD 8)

Ini menunjukkan bahwa sebagian besar pengelola program melakukan analisis situasi dengan membandingkan hasil capaian bulan sebelumnya. Ada juga beberapa program yang sudah menggunakan hasil penjabaran persoalan dari sudut persepsi masyarakat, lewat survei. Namun, analisis ini belum sepenuhnya menggambarkan keadaan keseluruhan di wilayah kerja puskesmas karena belum ada penentuan prioritas masalah, penyebab masalah, dan alternatif solusi untuk masalah yang ada.

Tahapan Perumusan Masalah

Hasil analisis situasi sederhana yang dilakukan selanjutnya langsung dirumuskan ke dalam rencana kegiatan lalu diserahkan kepada bendahara untuk dibuatkan RAK tanpa melalui perumusan masalah. Hal ini ditunjukkan dari hasil wawancara berikut:

“Tidak buat perumusan masalah. Kami duduk satu hari untuk bahas perencanaan yang sudah disusun di program dengan melihat anggaran. Tiap program memasukkan perencanaannya. Biasanya diurut mulai dari KIA, Gizi, Promkes, Kesling, PTM, Penyakit menular dan Imunisasi, dan program lainnya. Setelah semua program masuk kita menghitung pagu. Jadi kalau pagunya kurang, kita cari kegiatan lain yang ada di masing-masing program untuk ditambahkan tapi bila kegiatan sudah melebihi pagu maka ada beberapa kegiatan yang harus dikeluarkan. Biasanya kita ambil dari kegiatan yang berdampak rendah. Misalnya untuk survei-survei, itu kita kurangi volumenya.” (SD 3)

“Untuk imunisasi tidak dibuat perumusan masalah lagi karena sudah baku mengikuti jadwal nasional.” (SD 6)

“Kami tidak membuat perumusan masalah lagi karena semua program kami harus mencapai target 100%.” (SD 10)

Puskesmas Waiklibang tidak membuat perumusan masalah dalam perencanaan dengan alasan antara lain ada yang sudah baku (seperti jadwal imunisasi). Semua program dalam SPM harus mencapai target 100%. Kegiatan yang diusulkan oleh masing-masing pengelola program didiskusikan untuk menyesuaikan dengan pagu anggaran.

Proses Pembuatan Rencana Usulan Kegiatan (RUK)

Rencana usulan kegiatan biasanya dilakukan pada bulan Januari untuk tahun mendatang. RUK penting sekali karena memuat detail pelaksanaan kegiatan hingga anggarannya. Setelah diperoleh kesepakatan tentang kegiatan yang diusulkan serta anggarannya dalam bentuk matriks maka bendahara puskesmas akan membuat Rencana Kerja dan Anggaran (RKA) untuk dikonsultasikan kepada dinas kesehatan. Hasil wawancara pada proses pembuatan Rencana Usulan Kegiatan di Puskesmas Waiklibang dijelaskan oleh informan sebagai berikut:

“Pada saat pembuatan RUK itu kami hanya masukkan bahan ke Bendahara tapi kami juga kawal di situ pada waktu pertemuan penyusunan RKA tu karena pada waktu itu semua program memasukkan kegiatannya. Jadi torang harus kawal jangan sampe ada torang pung kegiatan yang tanpa torang ketahui dikeluarkan karena ada program lain yang juga penting tapi terbatas dana. Bisa jadi ada kemungkinan torang program yang dikeluarkan dari RKA itu. Kalau ada kegiatan dari program lain yang penting torang bisa kasi keluar kegiatan yang tidak terlalu penting dari torang pung program sehingga torang pung nanti bisa masuk di perubahan anggaran. Kalau dalam survey ada hal-hal menyangkut masalah gizi akan disampaikan dalam pertemuan minilok.” (SD 8).

“Dari hasil rembuk bersama dibuat matriks RKA untuk kegiatan dana DAK Non Fisik. Dokumen hanya matriks RUK dan jadinya lebih kepada RKA DAK Non Fisik. dari RKA DAK Non Fisik yang disepakati, lalu kapus dan bendahara DAK Non Fisik ke Dinas untuk konsul lagi apa sudah sesuai pagu, juknis DAK Non Fisik. Bila ada kegiatan yang dicoret karena seharusnya lebih ada program yang diprioritas maka pulangnya kita bahas lagi dalam pertemuan intern puskesmas. Kadang-kadang ada kegiatan di “cut” karena masalah keterbatasan anggaran. Ada program yang lebih prioritas jadi ada yang tidak bisa masuk dalam perencanaan. Misalnya prioritasnya adalah stunting jadi ada kegiatan yang diusulkan, dananya di-over ke program gizi terutama stunting.” (SD 3)

“RUK itu sebenarnya disusun dalam pertemuan khusus untuk membahas rencana kegiatan tahunan, tetapi karena banyak peserta yang tidak hadir, biasanya di saat minilok, kita sempurnakan lagi. Perencanaan untuk kegiatan yang tidak ada biayanya direncanakan tapi disesuaikan dengan Juknis DAK Non Fisik dan berkonsultasi dengan dinas.” (SD 5)

“Perencanaan dibuat di masing-masing ruangan lalu kami berkumpul satu hari untuk membahas untuk dimasukkan dalam RKA DAK Non Fisik sesuai kuota dana DAK Non Fisik untuk Puskesmas Waiklibang. Biasanya diurut dari program KIA sesuai juknisnya.” (SD 10)

Penyusunan RUK sudah dilaksanakan, meskipun draf RUK yang dihasilkan masih berupa RKA DAK Non Fisik.

Proses Pembuatan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)

Setelah RUK disetujui, maka dilanjutkan dengan pembuatan RPK tahunan seperti hasil wawancara proses pembuatan Rencana Pelaksanaan Kegiatan di Puskesmas Waiklibang berikut:

“Dari RKA yang disetujui baru kita buat dalam RPK bulanan. Dalam RPK itu kita bisa tau siapa saja yang jalan sehingga tidak terjadi tumpang tindih pekerjaan, alat apa saja yang dibawa.” (SD 3)

“Tidak ada dana untuk kegiatan yang direncanakan selain dari BOK. RUK jadi dulu baru buat RPK tahunan baru dibuat RPK bulanan.” (SD 9)

“Perencanaan kegiatan tidak semua yang direncanakan masuk dalam RKA. Ada kegiatan yang dipotong untuk memenuhi kegiatan yang prioritas sehingga kegiatan kami dipotong agar tidak melebihi Pagu. RKA disetujui baru Buat RPK tahunan dan RPK Bulanan.” (SD 4)

“Nanti kalau RKA sudah disetujui baru dibuat RPK bulanan yang disusun di minilok.” (SD 5)

Penyusunan RPK dilakukan setelah RKA DAK Non Fisik disetujui oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Flores Timur. RPK tahunan tersebut ditindaklanjuti dengan pembuatan RPK bulanan agar waktu, sumber daya kesehatan, dan penggunaan alat lebih terorganisir.

Dukungan Lintas Sektor di Puskesmas Waiklibang

Keterbatasan pembiayaan dan sumber daya kesehatan menyebabkan pelaksanaan kegiatan di puskesmas memerlukan dukungan dari sektor lain. Dalam upaya mendapatkan dukungan dan masukkan dari lintas sektor, maka puskesmas melakukan beberapa hal seperti lokakarya mini lintas sektor, maupun menghadiri musyawarah perencanaan pembangunan (Musrenbang) tingkat kecamatan. Hasil wawancara tahapan dukungan lintas sektor dalam perencanaan di Puskesmas Waiklibang dijelaskan oleh informan sebagai berikut:

“Untuk dukungan lintas sektor didapat melalui pertemuan lintas sektor terutama lintas sektor pertama. Di situ, selain menyampaikan kinerja juga menyampaikan masalah yang kami hadapi misalnya masalah stunting. Selain itu, dalam musrenbang kami menyampaikan tentang kebutuhan-kebutuhan yang tidak ada anggarannya seperti perbaikan gedung.” (SD 1)

“Dukungan linsek untuk perencanaan itu dengan musrenbang. Musrenbang dan pertemuan lintas sektor. Itu pun peserta banyak yang tidak hadir. Kadang-kadang yang datang bukan kades tapi diwakilkan ke KAUR, dari sektor lain seperti pertanian, KB dan Pendidik pun tidak terlalu aktif. Dalam linsek, kita menyampaikan target dan kendala yang dihadapi lalu dibuatkan RCTL. Contoh untuk perencanaan dalam bentuk bantuan dukungan akreditasi. Pembuatan jalan masuk puskesmas. Namun pada jalannya nanti ada kendala sehingga hasil RCTL-nya tidak terlaksana.” (SD 3)

“Dukungan lintas sektor untuk program gizi berupa ada dana PMT (Pemberian Makanan Tambahan) dari desa untuk ibu hamil dan bayi balita, ada kebun contoh yang dibangun di posyandu. Semua ini kami dapat dengan menyampaikan dalam pertemuan lintas sektor, kemudian dibuat RCTL sehingga ada dana yang dialokasikan untuk menunjang sektor kesehatan.” (SD 8)

“Dukungan lintas sektor terkait perencanaan itu bahwa hasil-hasil perencanaan dibawa ke linsek Pertama Bulan Februari, kemudian dibawa ke musrenbang sehingga dengan beberapa sektor-sektor terkait itu kita menyampaikan kebutuhan kita apa dan kebutuhan mereka apa supaya kita padukan dan kita cari solusi sehingga dapat, dan beberapa sektor terkait dan berembuk sehingga mencari solusi sehingga kebutuhan kita atau masalah bisa ada jalan keluarnya. Untuk musrenbang, biasanya tergantung desa biasanya mereka mengundang tenaga kesehatan yang ada di desa masing-masing. Dukungan dari desa berupa materi seperti PMT Ibu hamil dan Bayi balita, sedangkan dukungan non Materi berupa himbuan dan ajakan untuk berperan aktif dalam kegiatan puskesmas yang dilaksanakan di desa mereka.” (SD 9).

“Puskesmas dilibatkan dalam perencanaan di kecamatan melalui musrenbang dan memastikan apakah kegiatan-kegiatan puskesmas itu masuk tidak dalam perencanaan dana desa untuk bidang kesehatan sehingga kegiatan puskesmas itu mana yang bisa dibiayai dan mana yang tidak bisa dibiayai. Memang untuk kehadiran sektor pertanian

dan KB masih belum terlalu aktif sehingga dukungan dari pertanian dan KB belum tampak dalam mengatasi masalah kesehatan di Tanjung Bunga. Mungkin karena tidak ada forum diskusi sebelumnya antar sektor sehingga dalam pertemuan Lintas sektor itu yang tersampaikan hanyalah masalah-masalah dan capaian dari kinerja puskesmas. sedangkan kegiatan instansi lain yang terkait kesehatan tidak dipaparkan. Jadi mereka hanya mengikuti apa yang dipaparkan puskesmas sedangkan kegiatan apa yang berhubungan dengan kesehatan yang ada dalam perencanaan kerja mereka tidak disampaikan sehingga kegiatan yang dapat dikolaborasikan dalam rencana kerja mereka tidak diketahui. Padahal di sektor lain ada rencana kerja yang mana di situ ada program kegiatan yang ada kaitan dengan bidang kesehatan.” (SD 11)

“Perencanaan di puskesmas memang perlu mendapat dukungan dari lintas sektor. Misalnya dari desa dengan menganggarkan dana desa untuk program gizi. Selain itu, dalam RKTL menyangkut kebutuhan kami akan ambulance desa masih belum terpenuhi.” (SD 13)

Perencanaan Puskesmas Waiklibang sudah dipaparkan dalam kegiatan lokakarya lintas sector dan musrenbangcam serta mendapat dukungan dari pihak kecamatan maupun desa.

Pembahasan

Tahapan Persiapan

Langkah awal melakukan perencanaan di puskesmas berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 44 tahun 2016 adalah pembentukan tim manajemen puskesmas, yang diketuai oleh kepala puskesmas dengan beranggotakan tim pembina wilayah, tim pembina keluarga, tim akreditasi puskesmas, dan tim sistem informasi puskesmas. Kepala puskesmas adalah penanggung jawab seluruh kegiatan di puskesmas, pembinaan kepegawaian di unit kerja, pengelolaan keuangan, dan gedung, serta prasarana, dan peralatan.¹ Kepala puskesmas sebagai ketua tim harus menjelaskan mekanisme perencanaan dan pedoman perencanaan yang akan dilakukan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada tim manajemen yang dibentuk di Puskesmas Waiklibang sesuai.¹¹ Ini menunjukkan bahwa kepala puskesmas belum sepenuhnya melaksanakan tanggung jawabnya.

Perencanaan merupakan suatu tahap yang krusial, karena merupakan proses penentuan tujuan atau sasaran yang ingin dicapai serta menentukan jalur dan sumber daya yang diperlukan untuk mencapai tujuan tersebut seefisien dan seefektif mungkin.¹² Ini juga terjadi di puskesmas Pejagoan Kabupaten Kebumen berdasarkan penelitian yang mengatakan bahwa kepala puskesmas hanya membentuk tim akreditasi tetapi tim yang dibentuk tidak dilibatkan dalam perencanaan.¹³ Ini ditegaskan dalam hasil penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa keterlibatan kepemimpinan di bidang kesehatan untuk melibatkan masyarakat khususnya program desa siaga adalah menyiarkan informasi, memberi contoh, menyadarkan, memotivasi, membimbing, menggerakkan sasaran dan masyarakat, memfasilitasi dan menentukan sumber daya.¹⁴ Terkait dengan kepemimpinan bahwa dalam memimpin sebuah organisasi sebagai seorang pemimpin seharusnya bisa memberikan waktunya untuk memimpin, membimbing, menyebarkan informasi dan menggerakkan bawahannya agar tujuan yang ditetapkan bersama dapat tercapai.

Keberadaan sebuah tim sangat membantu berjalannya sebuah kegiatan. Tim adalah sekelompok individu yang memiliki tujuan bersama.¹⁵ Pentingnya sebuah tim didasarkan pada faktor-faktor berikut: berpikir dua orang atau lebih, lebih baik dari satu orang, hasil yang dikerjakan dalam tim jauh lebih baik, ada interaksi dan komunikasi yang baik antar anggota. Banyak pendapat yang menjelaskan mengapa harus dibentuk tim kerja dalam suatu organisasi. Pembentukan tim di perusahaan merupakan salah satu keikutsertaan proses manusia yang dapat

mendukung kelancaran strategi perusahaan.¹⁶ Organisasi perlu menanamkan budaya kerja tim karena berbagai alasan berbeda, yaitu untuk mendapatkan kebutuhan pelanggan, meningkatkan inovasi, dan menaikkan produktivitas organisasi.¹⁷ Kelompok atau tim kerja merupakan penopang organisasi. Dengan adanya kelompok atau tim ini akan menghasilkan produk dan pemecahan masalah yang lebih baik dari pada dilakukan sendiri-sendiri.¹⁸

Dalam penelitian di Padang Pariaman ditemukan bahwa proses perencanaan menjadi efektif, memerlukan organisasi atau tim fungsional yang di banyak negara dikenal sebagai *District Health Management Team* yang merupakan kelompok sasaran untuk penguatan manajemen kesehatan.⁴ Di tingkat kabupaten/kota terdiri dari penanggung jawab yakni penanggung jawab program kesehatan dan penanggung jawab administrasi. Oleh karena itu, kebutuhan akan adanya tim manajemen yang bekerja untuk perencanaan sangat diperlukan. Selain itu, peran pemimpin dalam hal ini peran kepala puskesmas menjadi titik sentral dalam tahapan persiapan perencanaan ini.

Tahapan Analisis Situasi

Tahapan analisis situasi sangat penting untuk memperoleh deskripsi masalah kesehatan yang terjadi di dalam masyarakat, kinerja sistem pelayanan atau kesehatan hingga saat ini, faktor risiko lingkungan, dan faktor risiko perilaku.¹⁹ Deskripsi masalah kesehatan diidentifikasi dengan prinsip dan metode epidemiologi yang menghasilkan besaran masalah kesehatan, distribusi kelompok masalah kesehatan, dan kemungkinan sumber masalah kesehatan. Untuk melakukan deskripsi masalah, pengambil kebijakan dapat menganalisis data primer yang dikumpulkan dengan survei atau data sekunder yang dikumpulkan dari laporan puskesmas, laporan rumah sakit, laporan program, survei demografi dan kesehatan Indonesia, Survei Sosial Ekonomi Sosial (Susenas), dan lain-lain.

Analisis situasi adalah bagaimana kita mengurai suatu masalah kesehatan yang ada pada kelompok masyarakat tertentu dan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi masalah kesehatan tersebut, usaha-usaha yang telah dilakukan, bagaimana ketersediaan sumber daya yang dapat mendukung penyelesaian dan hasil yang didapat juga hambatan yang dihadapi serta hal-hal yang mendukung upaya ini.²⁰ Besarnya peran indikator yang membentuknya sangat mempengaruhi peningkatan perencanaan yang dihasilkan. Adapun indikator tersebut adalah (a) menentukan tujuan organisasi yang jelas, (b) memberi definisi situasi saat ini untuk mencapai keberhasilan, (c) mengenali dukungan dan hambatan untuk mengatasi masalah pekerjaan, (d) mengembangkan dasar pemikiran perencanaan dengan membuat rencana peramalan, (e) mengembangkan metode efektif untuk memantau operasi rencana. Semua indikator ini dapat diberdayakan secara maksimal untuk mendukung peningkatan kinerja pegawai di waktu yang akan datang.²¹

Analisis situasi tidak dilakukan oleh Tim. Sebagian besar pengelola program melakukan analisis situasi dengan membandingkan hasil capaian tahun lalu dan tahun berjalan dan menggunakan hasil penjabaran problem dari persepsi masyarakat, yang dilakukan melalui SMD/MMD. Ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang mengemukakan bahwa Puskesmas Matiti, Kecamatan Doloksanggul, Kabupaten Humbang Hasundutan melakukan pengumpulan data kinerja puskesmas, membuat analisis data dan melakukan analisis masalah dari sisi masyarakat dengan Survei Wawasan Diri (SMD) yang mengacu pada pedoman Peraturan Menteri Kesehatan No. 44 Tahun 2016.²²

Perencanaan pembangunan partisipatif adalah model perencanaan pembangunan yang melibatkan masyarakat dan masyarakat secara aktif terlibat dalam mengidentifikasi masalah, merumuskan masalah, mencari alternatif pemecahan masalah. Dengan demikian, partisipasi masyarakat merupakan salah satu alternatif untuk memberikan informasi dan mengidentifikasi

program prioritas sendiri untuk melaksanakan pembangunan. Di sini masyarakat sebagai pedoman dasar program prioritas daerah.²³ Analisis masalah dalam perencanaan kesehatan mempunyai peran penting di dalam mendata ketersediaan daya dukung dan ketersediaan potensi dan juga merangkaikan kebutuhan dan daya dukung masyarakat dalam program kesehatan agar program kesehatan yang direncanakan tepat sasaran, tepat solusi, dan tepat hasil.

Tahapan Perumusan Masalah

Di Puskesmas Waiklibang, tahapan perumusan masalah tidak dilakukan karena masing-masing program merencanakan kegiatan berdasarkan RKA tahun lalu, kemudian menambahkan volume atau mengurangi volume berdasarkan pagu yang tersedia. Setelah itu, rencana kegiatan yang sudah selesai dibuatkan langsung diserahkan ke bendahara atau KTU sehingga perencanaan terkesan “*copy paste*” dari perencanaan sebelumnya. Ini tidak sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 44 Tahun 2016 yang mana salah satu tahapan perencanaan di tingkat puskesmas adalah tahapan perumusan masalah. Perumusan masalah tidak dilakukan karena tidak mengetahui tahapan perencanaan juga pemahaman tentang tahapan perumusan masalah masih kurang. Tahapan perumusan masalah dalam sebuah perencanaan sangat penting karena dengan merumuskan sebuah masalah, dapat dibuat prioritas masalah dan mencari pemecahannya berdasarkan kemampuan daya dukung sumber daya dan waktu pelaksanaannya.

Penentuan prioritas dalam masalah kesehatan dan penetapan prioritas dalam program intervensi yang dilaksanakan menjadi penting mengingat keterbatasan sumber daya manusia dan dana. Metode penentuan prioritas masalah kesehatan berdasarkan capaian program tahunan yang dilakukan dengan membandingkan target yang ditentukan untuk masing-masing program dengan hasil pencapaian selama setahun. Prioritas persoalan kesehatan seperti ini sering dipakai oleh pemegang program atau pelaksana program kesehatan di tingkat puskesmas dan kabupaten/kota di era desentralisasi saat ini.²⁴

Merumuskan masalah adalah tindakan yang paling mendasar. Dengan perumusan masalah maka dapat menentukan kebijakan dengan baik. Masalah publik harus dikenali dengan baik. Oleh karena itu, langkah ini harus dilakukan dengan hati-hati karena setiap kesalahan yang dilakukan dalam perumusan masalah (isu) akan mengakibatkan kebijakan yang dikeluarkan akan salah. Namun, yang sering ditemukan adalah sering kali gagal menemukan solusi yang tepat dari masalah dibandingkan dengan menemukan masalah yang tepat.²⁵ Syarat agar masalah dapat diidentifikasi sebagai isu kebijakan, antara lain: disepakati oleh banyak pihak, memiliki prospek solusi, sejalan dengan pertimbangan politik, dan tidak bertentangan dengan ideologi.²⁶

Selain tidak mempunyai tim, kelengkapan data juga bisa menjadi salah satu faktor tidak berjalannya perumusan masalah. Data diperlukan untuk mendukung pembuatan rencana yang baik. Ketiadaan data akan sangat sulit meyakinkan eksekutif dan legislatif tentang perlunya penganggaran kesehatan. Dalam penyusunan perencanaan kesehatan harus didasarkan pada data. Untuk itu diperlukan sistem basis data yang memadai demi kelancaran proses pengumpulan, pengolahan dan analisis data.⁴

Identifikasi kegiatan dalam prosesnya terbagi dalam pelayanan personal, pengabdian masyarakat, kegiatan pengelolaan dan kegiatan pembangunan. Perencanaan yang baik dapat mengidentifikasi kegiatan yang akan dibiayai.¹⁹ Identifikasi kegiatan sangat penting dilakukan karena berkaitan erat dengan perhitungan kebutuhan anggaran.²⁷ Hasil wawancara menunjukkan, bahwa tidak semua tenaga kesehatan di puskesmas terlibat dalam mengidentifikasi kegiatan saat penyusunan program. Proses penyusunan kegiatan dilakukan oleh kepala puskesmas, bendahara dan penanggung jawab program. Ini dikarenakan tidak

adanya pelatihan khusus mengenai proses perencanaan puskesmas, terutama mengenai identifikasi kegiatan.

Dalam perumusan masalah, penentuan prioritas masalah sangat dipengaruhi oleh keputusan tentang penting dan mendesak. Masalah dalam bidang kesehatan biasanya membutuhkan pertimbangan penting dan mendesak. Kunci sukses bagi manusia yang sangat efektif adalah bagaimana mengutamakan segala sesuatunya. Kedua hal ini membentuk empat kuadran dengan karakteristiknya sebagai berikut: kuadran I berurusan dengan hal-hal penting dan mendesak; kuadran II mengenai hal-hal yang penting tetapi tidak mendesak; kuadran III memuat hal-hal yang tidak penting tetapi mendesak; dan kuadran IV terkait hal-hal yang tidak penting dan tidak mendesak.²⁸ Ini adalah konsep manajemen waktu manajemen generasi keempat, yang pada dasarnya berfokus pada penggunaan waktu pada salah satu dari empat kondisi.²⁹

Dalam perencanaan kesehatan, perumusan masalah kesehatan harus mempertimbangkan prinsip penting dan mendesak sebagai tolak ukur dalam pengambilan langkah tindak lanjut. Oleh karena itu, perumusan masalah dalam perencanaan kesehatan harus dilakukan dan harus dibuat berdasarkan pertimbangan yang telah disusun dalam analisis situasi. Jadi ada kesinambungan antara analisis situasi dengan perumusan masalah dalam perencanaan puskesmas.

Proses Pembuatan Rencana Usulan Kegiatan (RUK)

Di Puskesmas Waiklibang, Tahapan penyusunan RUK dilakukan dengan mengumpulkan pengelola program pada bulan Oktober atau November tahun berjalan untuk menyusun RUK tahun berikutnya. Dari sini dapat disampaikan bahwa, tahapan penyusunan RUK sudah dilakukan secara bersama-sama untuk merencanakan kegiatan satu tahun ke depan. Namun waktu perencanaan yang tidak dimulai dari awal tahun berjalan sehingga kesempatan untuk menyesuaikan dengan hasil musrenbangdes, musrenbangcam, dan musrenbangkab terlewat. Artinya bahwa perencanaan di Puskesmas Waiklibang belum terintegrasi dalam perencanaan kabupaten. Hal ini dikarenakan perencanaan tidak dilakukan oleh tim sehingga perencanaan tidak dipersiapkan dengan baik sehingga konsep perencanaan yang meliputi apa yang akan direncanakan, siapa saja yang terlibat, mengapa perlu diadakan perencanaan, kapan waktu yang tepat memulai perencanaan, di mana sebaiknya perencanaan itu dilaksanakan dan bagaimana proses perencanaan itu dilaksanakan belum dipahami. Karena perencanaan puskesmas tidak disinkronkan dengan perencanaan dinas kesehatan kabupaten sehingga ketika konsultasi RKA DAK Non Fisik, penentuan prioritas kegiatan menjadi berbeda oleh pihak puskesmas dan pihak dinas kesehatan kabupaten. Yang terjadi adalah beberapa kegiatan yang diusulkan oleh puskesmas akan dikeluarkan oleh dinas kesehatan karena lebih memprioritaskan program yang menurut dinas merupakan program kerja daerah. Ini berarti kegiatan yang disetujui merupakan kegiatan yang diprioritaskan berdasarkan perencanaan wilayah. Ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa kendala yang dihadapi tidak semua usulan dapat direalisasikan, tetapi hanya yang diprioritaskan.³⁰

Draf RUK yang dihasilkan dari perencanaan ini masih berupa RKA DAK Non Fisik sehingga draf RUK ini belum memuat perencanaan kegiatan rutin, perencanaan kebutuhan sarana/prasarana dan perencanaan kebutuhan operasional. Adapun item kegiatan yang disusun dalam RUK meliputi aktivitas rutin, kebutuhan sarana/prasarana, daya dukung operasional dan program lain dari hasil analisis masalah, melihat ketersediaan daya dukung sesuai ketersediaan pada tahun berjalan.³¹ Ini bisa terjadi karena petugas Puskesmas Waiklibang tidak memahami proses perencanaan yakni tahapan-tahapan dalam perencanaan yang diawali dari tahapan persiapan, tahapan analisis situasi, tahapan perumusan masalah juga apa saja yang harus

direncanakan tidak diketahui. Di sini pentingnya penjelasan terkait mekanisme manajemen terutama perencanaan oleh kepala puskesmas sehingga draf RUK yang disusun sudah mencakup semua hal yang dibutuhkan. Bila kita melihat dengan ketersediaan tenaga di puskesmas berdasarkan standar Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2019 maka di Puskesmas Waiklibang masih belum memiliki tenaga non kesehatan untuk tenaga sistem informasi kesehatan dan tenaga keuangan. Kekurangan tenaga ini seharusnya bisa dimasukkan dalam rencana usulan kegiatan. Ini senada dengan penelitian sebelumnya menyebutkan Pada tahapan usulan rencana kegiatan (RUK) di Puskesmas Tamamaung, Kota Makassar belum dapat mengakomodir kebutuhan untuk mengatasi permasalahan yang ada di Puskesmas Tamamaung.³²

Penyusunan RUK Puskesmas Waiklibang dapat mengikuti contoh Penyusunan RUK Puskesmas Denpasar Barat 2019 dibuat sesuai prioritas program di PTP 2018. Target kinerja capaian program dan permasalahan yang diperoleh dari *feedback*, hasil survei dan keterlibatan lintas sektor.³³ Kinerja merupakan gambaran tingkat pencapaian suatu kegiatan, pelaksanaan program, kebijakan dalam mencapai tujuan, sasaran, misi, dan visi yang dituangkan dalam perencanaan strategi organisasi.³⁴ Pelaksanaan penyusunan RKPD Kabupaten Pasuruan tahun 2012 dilakukan dengan melihat hasil penyaringan aspirasi masyarakat lewat musrenbang tahunan. Musrenbang tahunan diawali dari musrenbang desa/kelurahan pada bulan Januari, musrenbang kecamatan pada bulan Februari, dan musrenbang kabupaten pada bulan Maret. Berdasarkan hasil Musrenbang ini, didapat usulan-usulan kegiatan pembangunan.³⁵

Proses Pembuatan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK)

Di Puskesmas Waiklibang, Tahapan penyusunan RPK, dilakukan setelah RKA DAK Non Fisik sudah disetujui. Setelah RKA DAK Non Fisik disetujui, kemudian setiap bulannya dibuat RPK untuk kegiatan bulan berikutnya dengan membuat perencanaan secara terperinci dari waktu, jumlah tenaga alat dan bahan yang dibutuhkan. Dalam proses pembuatan Rencana Pelaksanaan Kegiatan (RPK), dengan melihat RUK yang disusun pada bulan Maret tahun sebelumnya. Dari RUK ini, kemudian dibuatkan RPK tahunan dan RPK bulanan yang mulai dilaksanakan pada bulan Desember tahun sebelumnya sehingga pada akhir tahun sebelumnya sudah ada RPK tahun depannya. Mengingat RPK mengacu juga pada alokasi biaya maka, penyusunan RPK perlu menunggu ketetapan tentang penggunaan anggaran atau DPA.

Puskesmas dalam proses RPK ini mengkaji RUK yang telah disetujui untuk mempelajari perincian kegiatan dan alokasi biaya yang telah disetujui, membandingkan perincian kegiatan yang disetujui dengan RUK yang diusulkan dan situasi ketika penyusunan RUK. Tahapan dalam proses penyusunan RPK ini meliputi; mempelajari perincian kegiatan dan biaya yang telah disetujui, membandingkan perincian kegiatan yang disetujui ketika penyusunan RPK, menyusun draf awal, mengadakan mini *workshop* bulanan pertama, dan membuat RPK tahunan dalam bentuk matriks. RPK dirinci menjadi RPK bulanan beserta target pencapaiannya.³

Perencanaan puskesmas akan mengikuti alur perencanaan pembangunan daerah, dari tingkat desa/kelurahan, kemudian di tingkat kecamatan dan diusulkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota. Dalam perencanaan puskesmas, dibutuhkan terintegrasi dengan lintas sektoral kecamatan, yang akan diusulkan melalui kecamatan kepada pemerintah kabupaten/kota.³⁵

Dukungan Lintas Sektor di Puskesmas Waiklibang

Dalam tahap dukungan lintas sektor di Puskesmas Waiklibang, berdasarkan hasil wawancara dapat dilihat hampir semua responden menyampaikan bahwa ada dukungan lintas sektor dalam perencanaan puskesmas. Ini dapat dilihat dari teralokasinya dana desa dari 16 desa

yang ada di Kecamatan Tanung Bunga untuk bidang kesehatan untuk membiayai kegiatan yang mendukung program gizi terutama untuk menangani stunting dan gizi buruk, juga untuk program kesehatan lingkungan dalam hal STBM. Dukungan lain dari UPTD Dinas Pendidikan, Kepemudaan, dan Olahraga berupa dukungan fasilitasi kegiatan imunisasi dan UKS. Dukungan dari UPTD Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak yang memfasilitasi kegiatan sehingga mendukung kegiatan program KB dari puskesmas. Kerja sama sektoral ini penting karena masalah kesehatan masyarakat itu bersumber dari berbagai sektor pembangunan seperti industri, transportasi, dan sebagainya sehingga masalah kesehatan merupakan tanggung jawab semua pihak.³⁶ Penelitian yang dilaksanakan di Puskesmas Tamamaung juga memperlihatkan bahwa tahap proses pembuatan rencana pelaksanaan kegiatan (RPK) di puskesmas tersebut tidak sesuai pedoman karena belum mengikutsertakan kerja sama lintas sektor untuk mendukung dan memadukan pelaksanaan program di Puskesmas Tamamaung itu, sehingga hasil keluaran pelayanannya kurang optimal.

Kesimpulan

Perencanaan di tingkat Puskesmas Waiklibang belum berpedoman pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 44 Tahun 2016. Dalam tahap persiapan seharusnya diawali dengan pembentukan tim manajemen dan tim manajemen inilah yang akan membuat perencanaan. Namun karena tim ini tidak dibentuk, maka perencanaan langsung diusulkan oleh masing-masing pemegang program dengan kepala puskesmas sebagai pemantau dan pengontrol. Belum semua tahapan dalam analisis situasi dilakukan sehingga hasilnya masih belum maksimal. Tahapan perumusan masalah juga belum dilakukan. Pada tahapan penyusunan RUK, waktu pelaksanaan belum dimulai dari awal tahun dan draf RUK masih dalam bentuk matriks untuk dibuat RKA oleh bendahara puskesmas. Penyusunan RPK sudah mengikuti mekanisme karena disusun setelah ada penetapan DPA. Dukungan lintas sektor sudah berjalan walaupun belum semua sektor terlibat. Mengingat pentingnya tim dalam perencanaan puskesmas maka sebaiknya kepala Puskesmas Waiklibang segera membentuk tim manajemen sesuai yang diamanatkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 44 Tahun 2016 agar proses perencanaan berlangsung dengan baik.

Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 tahun 2019 tentang Puskesmas. Indonesia; 2019 p. 1–159.
2. Herlambang S. Manajemen pelayanan kesehatan rumah sakit. Yogyakarta Gosyen Publ. 2016;
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 44 Tahun 2016. Indonesia; 2016 p. 1–88.
4. Yunita J. The Sources of Health in Implementation of Planning at Dinas Kesehatan Kabupaten Padang Pariaman. *J Kesehat Komunitas*. 2011;1(2):76.
5. Munijaya AA. Gde.(2013). 3rd ed. Manajemen Kesehatan. Jakarta: Penerbit buku Kedokteran EGC; 2013. 1–73 p.
6. Ramsar Ulfayani, Darmawansyah N. Penerapan Fungsi Manajemen di Puskesmas Upa Kota Makassar Tahun 2012. *MKMI Unhas*. 2012;3(1):1–9.
7. Dedy A. Manajemen Pelayanan Kesehatan. Tahun 2011. Yogyakarta: Nuha Medika: Yogyakarta: Nuha Medika;
8. Puskesmas Waiklibang, Profil Puskesmas Waiklibang. 2018;
9. Puskesmas Waiklibang, Profil Puskesmas Waiklibang. 2019;
10. Puskesmas Waiklibang, Profil Puskesmas Waiklibang. 2017;

11. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Manajemen Puskesmas. 2016.
12. Amir A, Noerjoedianto D, Herwansyah H. Studi Kualitatif Tentang Peran Kepala Puskesmas di Kabupaten Tanjung Jabung Barat Terhadap Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan. *J Kesmas Jambi*. 2019;3(1):55–61.
13. Sulistyawati D, Manajemen M, Widya S, Yogyakarta W. Evaluasi Implementasi Manajemen Puskesmas di UPTD Puskesmas Pejagoan Kabupaten Kebumen Tahun 2016-2018. 2018;
14. Siregar Ratna Sari Dewi. Peran Kepemimpinan Kepala Puskesmas Dalam Upaya Persiapan Puskesmas Binjai Estate Menuju Akreditasi Tahun 2017. Universitas Sumatera Utara; 2018.
15. Rahmawati Salma Nur Azizah SA. Pentingnya Kepemimpinan dan Kerjasama Tim dalam Implementasi Manajemen Mutu Terpadu. *J Din Manaj Pendidik*. 2020;5(1):1–9.
16. Christopher G. Worley TGC. *Organization Development and Change*. 8th ed. Cengage South-Western; 2004. 720 p.
17. Eby LT, Adams DM, Russell JEA, Gaby SH. Perceptions of Organizational Readiness for Change: Factors Related to Employees' Reactions to the Implementation of Team-Based Selling. *Hum Relations*. 2000 Mar;53(3):419–42.
18. Bachroni M. Pelatihan Pembentukan Tim untuk Meningkatkan Kohesivitas Tim pada Kopertis V Yogyakarta. *J Psikol UGM Yogyakarta*. 2011;38(1):40–51.
19. Ascobat Gani. Modul Pelatihan Perencanaan dan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT). Jakarta: PT.Nisarindo Jaya Abadi; 2022.
20. Sudirman. Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan. Univ Muhammadiyah Purwokerto. 2016;1–55.
21. As'ad A. Pengaruh Perencanaan Kerja dan Komunikasi terhadap Kinerja Karyawan Pada PT. Titipan Mas Area V Makassar. *Parad J Ilmu Ekon Pus Pnb dan Publ Ilm Fak Ekon Univ Muslim Indones*. 2018;1(1):179.
22. Bintang Duma A. Analisis Penyusunan Perencanaan Tingkat Puskesmas di Puskesmas Matiti Kecamatan Doloksanggul Kabupaten Humbang Hasundutan Tahun 2017. Repositori Institusi Universitas Sumatera Utara (RI-USU). Universitas Sumatera Utara; 2019.
23. Soares A, Nurpratiwi R, Makmur M. Peranan Pemerintah Daerah Dalam Perencanaan Pembangunan Daerah. *J Ilmu Sos dan Ilmu Polit Univ Tribhuwana Tungadewi*. 2015;4(2):42401.
24. Symond D. Penentuan Prioritas Masalah Kesehatan dan Prioritas Jenis Intervensi Kegiatan Dalam Pelayanan Kesehatan Di Suatu Wilayah. *Kesehat Masy*. 2013;7(2):94–100.
25. Budi Winarno. Implementasi Konsep “Reinventing Government” dalam Pelaksanaan Otonomi Daerah. 2004.
26. Amirudin Ja'far, Supiana ZQY. Perumusan Masalah Kebijakan. *Adm Manaj Pendidik Adm Pendidik FKIP UM Palembang*. 2021;4(1):25–43.
27. Yoku Nick Albertho, Pasinringi Syahrir A. AAZ. Proses Perencanaan Program Upaya Kesehatan Wajib (Basic Six) pada Puskesmas di Kabupaten Keerom Propinsi Papua. *FKM Unhas*. 2014;1–11.
28. S. R. Covey. *The 7 Habits of Highly Effective People*. New York: Free Press; 2004.
29. Gea AA. *Time Management : Menggunakan Waktu Secara Efektif dan Efisien*. Humaniora. 2014;5(2):777–85.
30. Dhewi Shiska Buwana, BZ Hedy F. Analisis Perencanaan Tingkat Puskesmas di Kota

- Medan Tahun 2012. *J USU*. 2013;1–7.
31. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Modul Kumpulan Materi Pelatihan Manajemen Puskesmas. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2017. 114–134 p.
 32. Arifin Radila Tunjungsi, Darmawansyah N. Analisis Pelaksanaan Perencanaan Tingkat Puskesmas di Puskesmas Tamamaung Kota Makassar. *J UNHAS*. 2015;1.
 33. Denpasar Barat PI. Laporan Perencanaan Tingkat Puskesmas I Denpasar Barat Tahun 2018. 2018.
 34. Lestari Tri Rini Puji. Analisis Ketersediaan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Kota Mamuju Provinsi Sulawesi Barat Tahun 2014. *Kajian*. 2016;21(1):75–88.
 35. Wahyu WA, Khairul MMR, Nurpratiwi R. Perencanaan Anggaran Berbasis Kinerja di Kabupaten Pasuruan. *Wacana*. 2012;15(3):10–7.
 36. Manalu HSP, Prasajo RS, Sukowati S, Suharjo. Peran Tenaga Kesehatan dan Kerjasama Lintas Sektor Dalam Pengendalian Malaria. *J Ekol Kesehat*. 2014;13(1):50–8.

MATERNAL SATISFACTION WITH DELIVERY CARE SERVICES BY MIDWIVES IN THE WORK AREA OF NAIKLIU HEALTH CENTER

Ariyani Dole^{1*}, Masrida Sinaga², Yoseph Kenjam³

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

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

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

*Korespondensi: doleariyani@gmail.com

Abstract

Patient satisfaction is an indicator of the success of providing health services to the community. Tangibility, reliability, responsiveness, assurance, and empathy dimension can be used to measure the quality of health services. This study aims to describe maternal satisfaction with delivery assistance services by midwives. This research was descriptive. The study population was all mothers who gave birth in the work area of Naikliu Health Center from December 2019 to October 2020, totaling 133 people. The sample size was 57 mothers taken by a simple random sampling technique. The results showed that more than half of the mothers were satisfied with delivery assistance services based on the dimension of tangibility (57.9%) and assurance (52.6%). However, mothers were also dissatisfied with delivery assistance services in terms of reliability (57.9%), responsiveness (52.6%), and attention dimensions (54.4%). Service improvement on the dimensions of reliability, responsiveness, and attention is needed to improve the quality of delivery services.

Keywords: Tangibility, Reliability, Responsiveness, Assurance, Empathy.

Abstrak

Kepuasan pasien merupakan salah satu indikator keberhasilan pemberian pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Kualitas pelayanan kesehatan dapat diukur melalui dimensi bukti langsung, kehandalan, ketanggapan, jaminan dan empati. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kepuasan ibu terhadap layanan pertolongan persalinan oleh bidan. Penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Populasi penelitian adalah semua ibu bersalin di wilayah kerja Puskesmas Naikliu dari bulan Desember 2019 sampai bulan Oktober 2020 yang berjumlah 133 orang. Besar sampel sebanyak 57 orang yang diambil dengan teknik simple random sampling. Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari separuh ibu bersalin merasa puas terhadap layanan pertolongan persalinan dilihat dari dimensi bukti langsung (57,9%) dan dimensi jaminan (52,6%). Ibu bersalin lebih banyak ditemukan tidak puas terhadap layanan pertolongan persalinan dilihat dari dimensi kehandalan (57,9%), dimensi ketanggapan (52,6%), dan dimensi perhatian (54,4%). Perbaikan pelayanan pada dimensi kehandalan, daya tanggap, dan perhatian diperlukan untuk meningkatkan kualitas pelayanan persalinan.

Kata Kunci: Bukti Langsung, Kehandalan, Ketanggapan, Jaminan, Empati.

Pendahuluan

Kepuasan merupakan respons penilaian setiap orang setelah menggolongkan antara hasil yang dirasakannya sesuai dengan harapannya.¹ Umumnya, kenyamanan yang dirasakan konsumen ketika menerima pelayanan kesehatan dapat dilihat dari fasilitas fisik seperti kondisi peralatan, personel dan media komunikasi. Namun, kenyamanan bukan hanya dilihat dari fasilitas fisik yang diberikan, tetapi dari tindakan atau sikap penyedia layanan saat memberikan pelayanan kesehatan.²

Kepuasan konsumen merupakan salah satu indikator utama dalam mengukur suatu mutu pelayanan. Aspek kepuasan konsumen sangat penting. Apabila pasien puas dengan layanan yang diterima maka peluang pasien untuk menggunakan kembali layanan kesehatan tersebut menjadi lebih besar. Akan tetapi bila yang terjadi pasien tidak puas terhadap pelayanan yang diterima maka pengalaman buruk yang akan disampaikan kepada orang lain.³ Untuk menciptakan kepuasan pasien, bidan sebagai salah satu penyedia pelayanan harus mampu

memberikan kenyamanan kepada pasien. Kemampuan ini harus dimiliki oleh seorang bidan sebagai tenaga kesehatan, agar jumlah ibu bersalin yang ingin ditolong oleh bidan semakin meningkat. Kepuasan pasien ini juga akan menjadi umpan balik bagi bidan sebagai tenaga kesehatan untuk menilai keberhasilan program persalinan.⁴

Penilaian pasien terhadap penggunaan pelayanan persalinan merupakan salah satu komponen utama keberhasilan program persalinan sekaligus menjadi ukuran paling penting bagi kualitas pelayanan.⁵ Secara umum, kualitas pelayanan kesehatan dapat diukur melalui dimensi bukti langsung (*tangibles*) yang meliputi fasilitas fisik, peralatan dan sarana komunikasi; kehandalan (*reliability*) yaitu kemampuan untuk memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera dan memuaskan; daya tanggap (*responsiveness*) yaitu kesediaan dan kemampuan pemberi layanan untuk membantu pasien dan memberikan pelayanan dengan respons yang cepat; jaminan (*assurance*) yang meliputi kemampuan, kesiapan, kesopanan, dan sifat yang dapat diyakini dan dimiliki oleh staf; dan perhatian (*empathy*) ialah suatu hubungan dalam membangun percakapan yang baik dan kebutuhan pelanggan.⁶

Pada tahun 2018, di Kabupaten Kupang tercatat hanya sebesar 66,2% populasi sasaran (ibu hamil) yang memanfaatkan fasilitas pelayanan persalinan di Puskesmas. Sisanya sebanyak 33,8% tidak memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk pelayanan persalinan.⁷ Secara spesifik, di wilayah kerja Puskesmas Naikliu, Kecamatan Amfoang Utara diketahui bahwa cakupan pemanfaatan fasilitas kesehatan untuk pertolongan persalinan hanya sebesar 52,6%. Rendahnya cakupan ini disebabkan oleh infrastruktur jalan yang tidak memadai untuk mengakses puskesmas. Kondisi jalan berbatu dan licin pada musim hujan, serta terdapat lubang pada jembatan kayu mengakibatkan kondisi jalan dan transportasi kurang kondusif bagi mobilitas ibu bersalin. Di sisi lain, pemanfaatan mobil *ambulance* puskesmas masih terbatas karena belum ada tenaga yang mahir mengemudi. Upaya penjemputan ibu hamil sebelum waktu persalinan ke puskesmas belum bisa dilakukan secara maksimal. Implikasinya, banyak ibu hamil yang tinggal jauh dari puskesmas bersalin di rumah dengan pertolongan bidan. Penelitian ini secara khusus bertujuan untuk melihat gambaran kepuasan ibu bersalin terhadap layanan pertolongan persalinan di wilayah kerja Puskesmas Naikliu.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif bersifat deskriptif. Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Naikliu dari bulan Januari sampai Februari 2021. Populasi penelitian adalah semua ibu bersalin yang mendapat pelayanan pertolongan persalinan di wilayah kerja Puskesmas Naikliu selama bulan Desember 2019 sampai dengan Oktober 2020 yang berjumlah 133 orang. Besar sampel sebanyak 57 orang yang dicuplik dengan dengan teknik *simple random sampling*. Variabel dalam penelitian ini ialah dimensi *tangible* (bukti langsung) yaitu ketersediaan sarana pendukung layanan persalinan, meliputi; ruang bersalin bersih, ruang perawatan nyaman dan bersih⁸, alat-alat yang digunakan selama proses persalinan bersih, tersedianya papan informasi biaya secara lengkap, dan petugas menyampaikan prosedur pelayanan persalinan secara rinci dan lengkap.⁹ Dimensi *reliability* (kehandalan) dalam pelayanan persalinan meliputi: pelayanan persalinan cepat dan tepat sesuai dengan jadwal yang ada di papan informasi, selama proses persalinan petugas memberitahukan biaya pelayanan sesuai dengan yang ada di papan tulis, petugas memberitahukan prosedur pelayanan sederhana dan tidak berbelit-belit, dan petugas menyampaikan persyaratan administrasi dengan jelas dan mudah.⁹ Dimensi *responsiveness* (ketanggapan) dalam pelayanan persalinan meliputi: bidan cepat menanggapi selama proses persalinan, selama proses persalinan bidan bertindak cepat dan tepat dalam memberikan pertolongan persalinan, bidan siap membantu saat dibutuhkan, dan bidan tepat dalam melakukan observasi untuk melahirkan.⁹ Dimensi jaminan ialah perilaku

yang mampu menumbuhkan kepercayaan oleh bidan kepada ibu, sehingga menciptakan rasa aman bagi ibu pasca persalinan yang meliputi: bidan mengantarkan ibu menggunakan ambulance ke rumah sakit apabila ibu terjadi komplikasi pada saat persalinan, bidan menjelaskan prosedur pelayanan persalinan, dan petugas selalu memeriksa keadaan umum pasien (tekanan darah). Dimensi perhatian yaitu memahami kebutuhan ibu dalam persalinan seperti: pelayanan yang diberikan sopan dan ramah, mendengarkan keluhan ibu dan keluarga, dan petugas sabar dalam menolong persalinan,¹⁰ petugas tidak membedakan golongan atau status pasien, dan biaya pelayanan persalinan dapat dijangkau atau tidak mahal.⁹ Skor kriteria objektif dalam penelitian ini yaitu variabel dimensi *tangible*, dimensi *reliability*, dimensi *responsiveness*, dimensi *assurance*, dimensi *emphaty* masing-masing memiliki dua tingkatan ialah kurang puas jika nilai <65% dan puas jika nilai kesesuaian $\geq 65\%$. Pengambilan data dilakukan dengan mengunjungi rumah ibu bersalin dan melakukan wawancara dengan lembar kuesioner. Data dianalisis secara deskriptif dan disajikan dalam bentuk tabel dan narasi. Penelitian ini mendapatkan kelayakan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana dengan nomor: 2020215-KEPK.

Hasil

Distribusi responden berdasarkan dimensi kepuasan pelayanan pertolongan persalinan di wilayah kerja Puskesmas Naikliu disajikan selengkapnya dalam Tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Dimensi Kepuasan dalam Pelayanan Pertolongan Persalinan oleh Bidan di Wilayah Kerja Puskesmas Naikliu Tahun 2020

Variabel	Frekuensi (n=57)	Proporsi (%)
Bukti Langsung		
Kurang puas	24	42,1
Puas	33	57,9
Kehandalan		
Kurang puas	33	57,9
Puas	24	42,1
Ketanggapan		
Kurang puas	30	52,6
Puas	27	47,4
Jaminan		
Kurang puas	27	47,4
Puas	30	52,6
Perhatian		
Kurang puas	31	54,4
Puas	26	45,6

Tabel di atas menunjukkan bahwa ibu bersalin lebih banyak yang merasa puas terhadap pelayanan pertolongan persalinan dilihat dari variabel bukti langsung (57,9%) dan variabel jaminan (52,6%). Ibu bersalin lebih banyak yang tidak puas terhadap pelayanan pertolongan persalinan dilihat dari variabel kehandalan (57,9%), variabel ketanggapan (52,6%), dan variabel perhatian (54,4%).

Pembahasan

Dimensi bukti langsung (*tangible*) berkaitan dengan ketersediaan sarana atau fasilitas fisik yang dapat langsung dirasakan oleh pasien yang mencakup kemutakhiran peralatan yang digunakan, kondisi sarana, dan keselarasan antara fasilitas dengan jasa yang diberikan.¹¹ Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar pasien puas terhadap dimensi bukti langsung. Hal ini dibuktikan berdasarkan pernyataan dari ibu bersalin yang mengatakan bahwa ruangan bersalinnya bersih, alat-alat yang digunakan juga bersih dan petugas yang melayani berpakaian bersih dan rapi. Namun, sebagian responden tidak puas disebabkan karena ketidaknyamanan yang dialami ibu bersalin selama menerima pelayanan persalinan, mulai dari rasa panas dalam ruangan dan belum ada papan informasi lengkap untuk memudahkan ibu dalam memahami total biaya persalinan normal maupun biaya rujukan apabila mengalami gangguan sebelum dan selama proses persalinan. Temuan penelitian ini mendukung hasil penelitian tingkat kepuasan ibu postpartum di Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh yang menunjukkan bahwa ibu merasa puas dengan pelayanan kesehatan yang sesuai standar yaitu perlengkapan dan fasilitas alat medis sudah memadai.¹²

Upaya untuk meningkatkan mutu dan memaksimalkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Naikliu dapat dilakukan dengan menyediakan papan informasi agar masyarakat mudah memperoleh informasi pelayanan kesehatan, termasuk dalam hal pembiayaan. Selain pelayanan persalinan yang gratis, pelayanannya juga harus diperhatikan agar melayani dengan tulus sehingga pasien merasa puas terhadap pelayanan. Diharapkan dengan adanya peningkatan dalam upaya menjaga mutu pelayanan kebidanan dapat memenuhi kepuasan pasien atau masyarakat.

Dimensi *reability* berkaitan dengan kemampuan dalam memberikan pelayanan sesuai dengan perjanjiannya secara tepat dan terpercaya antara lain ketepatan melayani pasien, pemberian obat/suntikan sesuai jadwal dan menghindari kesalahan dalam menepati janji sesuai dengan pelayanan yang telah dijanjikan.¹³ Hasil penelitian menunjukkan paling banyak ibu merasa tidak puas terhadap pelayanan pertolongan persalinan oleh bidan di wilayah kerja Puskesmas Naikliu karena informasi mengenai kelengkapan administrasi untuk keperluan rujukan dari puskesmas ke rumah sakit tidak disampaikan secara lengkap oleh petugas kesehatan. Selain itu, adanya kendala selama proses persalinan di rumah disebabkan karena kesalahan dalam mendiagnosis ibu bersalin, misalnya penyampaian yang tidak akurat dari bidan kepada ibu bahwa dalam persalinannya nanti akan mengalami kendala saat proses persalinan (melahirkan melalui operasi caesar). Akibatnya proses persalinan berjalan kurang baik. Meskipun demikian, terdapat sebagian juga responden juga yang tetap merasa puas berkaitan dengan dimensi *kehandalan*. Hasil wawancara mengatakan selama dilayani bidan bersikap ramah dan memberitahukan langkah pelayanan yang sederhana dan tidak berliku-liku.

Temuan penelitian ini tidak mendukung dengan temuan penelitian sebelumnya tentang hubungan mutu pelayanan persalinan normal oleh bidan desa dengan kepuasan ibu bersalin di Kabupaten Luwu Sulawesi Selatan. Dalam penelitian tersebut, pasien merasa puas dengan pelayanan bida karena bidan dapat memberikan alternatif posisi melahirkan yang nyaman, serta memantau kemajuan persalinan setiap saat.¹⁴ Untuk memperbaiki dan memaksimalkan pelayanan persalinan pada dimensi *reability* dapat dilakukan dengan penyampaian lisan setiap kunjungan agar ibu mampu mengingat tanda dan gejala waktu melahirkan.

Dimensi ketanggapan berkaitan dengan kemampuan petugas memberikan pelayanan kepada konsumen dengan cepat. Petugas yang tanggap serta memberikan perhatian dengan suasana yang bersahabat, serta berusaha mengetahui keinginan klien, akan membuat mereka dihargai dan dihormati.¹⁵ Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden lebih banyak merasa kurang puas terhadap ketanggapan pelayanan persalinan oleh bidan di wilayah Puskesmas

Naikliu (52,6%). Hal yang membuat responden merasa tidak puas adalah bidan dianggap bertindak lamban dan kurang tepat selama proses persalinan. Cara penyampaian informasi oleh bidan yang dianggap kasar diiringi volume suara yang tinggi. Hal ini dianggap ibu sebagai tindakan yang membuat ketidaknyamanan. Hal lain yang dikeluhkan misalnya pada kunjungan keempat (K4) pada trimester ketiga, petugas kesehatan tidak menginformasikan dengan baik dan jelas mengenai: tanda dan gejala menjelang persalinan, kelengkapan berkas yang harus disiapkan ibu dan keluarga pada saat persalinan, dan alat transportasi yang harus disiapkan keluarga. Keterlambatan pasien dalam mengenal tanda bahaya persalinan terjadi karena minimnya pengetahuan ibu akan tanda dan gejala menjelang persalinan. Hal ini terjadi karena buku KIA hanya diberikan tetapi tidak dijelaskan secara lisan pada saat ibu melakukan kunjungan *antenatal care*. Akibatnya bidan terlambat dalam menangani ibu pada saat proses persalinan.

Temuan ini menunjukkan bahwa *responsiveness* (ketanggapan) petugas kesehatan dalam menolong pasien dan memberikan jasa kebidanan belum tepat dan cepat.¹⁶ Hasil penelitian ini mendukung dengan temuan penelitian sebelumnya tentang hubungan kualitas pelayanan persalinan dengan kepuasan ibu bersalin yang menyatakan bahwa sebagian responden kurang puas terhadap ketanggapan (50,6%). Penyebab ketidakpuasan yaitu kurangnya kecepatan dan ketepatan penerimaan pasien, kurang cepatnya penjelasan dan pengamatan yang diberikan oleh bidan.¹⁷

Dimensi jaminan (*assurance*) berkaitan dengan tanggapan pasien terhadap kapabilitas atau kemampuan pengetahuan petugas kesehatan yang ada sehingga pasien merasa yakin dalam berobat serta adanya kenyamanan ketika menerima layanan yang disediakan oleh petugas.⁸ Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden lebih banyak yang merasa puas terhadap jaminan pelayanan persalinan oleh bidan. Responden merasa puas karena bidan menjelaskan prosedur pelayanan persalinan, memeriksakan keadaan ibu mulai dari tekanan darah, nadi, pernafasan, dan suhu tubuh, dan menjelaskan kepada ibu tentang perawatan bayi setelah pulang ke rumah serta biaya pelayanan persalinan dapat dijangkau atau tidak mahal. Namun, masih ada juga responden yang kurang puas terhadap dimensi jaminan karena informasi yang dijelaskan bidan kurang dipahami pasien, khususnya mengenai komplikasi saat persalinan sehingga ibu harus dirujuk (47,4%). Akibat kurangnya informasi yang diberikan oleh bidan, menyebabkan pengetahuan ibu tentang tempat persalinan yang aman dan bersih juga rendah. Hal ini berdampak pada rasa ingin tahu ibu mengenai risiko atau komplikasi tentang persalinan di rumah dan dampak yang ditimbulkan juga semakin tinggi.¹⁰

Temuan penelitian ini mendukung dengan penelitian sebelumnya tentang tingkat kepuasan ibu bersalin pengguna jampersal dalam asuhan persalinan normal di RSUD Kota Surakarta Tahun 2012 yang menyatakan bahwa sebagian responden puas terhadap jaminan layanan persalinan (72%) karena bidan mempunyai ketrampilan yang bagus dan cepat dalam bekerja, sikap tidak membeda-bedakan pasien, alat-alat selalu disterilkan, dan memiliki surat ijin praktik bidan di ruangan praktik.¹⁸

Dimensi empati (*emphaty*) berkaitan dengan kesediaan untuk peduli dan memberikan perhatian yang tulus dan bersifat pribadi kepada konsumen (pengguna jasa). Indikator empati ini meliputi: keramahan/kesopanan melayani pasien, kesabaran melayani pasien, kemampuan menyelesaikan keluhan pasien, perhatian dengan tulus terhadap kebutuhan pasien.¹⁹ Manfaat dari adanya empati dalam pelayanan ialah terbangunnya hubungan/interaksi yang baik dengan pasien sehingga petugas dapat memberikan pelayanan yang baik kepada pasien sesuai dengan keadaan pasien.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden lebih banyak merasa kurang puas terhadap perhatian pelayanan persalinan oleh bidan di wilayah Puskesmas Naikliu. Responden

kurang puas terhadap dimensi *empathy* karena bidan kurang mendengarkan keluhan, kurang berkomunikasi, dan kurang berempati terhadap keadaan yang diderita atau dialami oleh pasien. Ada juga responden yang merasa puas karena bidan melayani ibu dengan sopan dan ramah, serta tidak membedakan golongan atau status pasien (45,6%). Penelitian ini mendukung temuan penelitian terdahulu yang menyatakan bahwa ketidakpuasan pasien sering kali ditemukan berkaitan dengan sikap dan perilaku petugas, keterlambatan pelayanan, petugas kurang komunikatif dan informatif, petugas kurang ramah dan tanggap terhadap kebutuhan pasien, dan lamanya proses pelayanan.¹⁶

Kesimpulan

Kepuasan ibu bersalin terhadap pelayanan pertolongan persalinan oleh bidan di wilayah kerja Puskesmas Naikliu lebih banyak ditemukan pada dimensi bukti langsung dan jaminan. Sementara ketidakpuasan ibu bersalin lebih banyak ditemukan dalam dimensi kehandalan, ketanggapan, dan perhatian. Petugas kesehatan perlu untuk menyediakan media papan informasi di puskesmas untuk mencantumkan persyaratan administrasi yang perlu disiapkan ibu hamil dan keluarga menjelang persalinan.

Daftar Pustaka

1. Aminah A. Hubungan Pelaksanaan Program dan Kebijakan Teknis Pelayanan oleh Bidan Desa dengan Kepuasan Ibu Nifas di Wilayah Kerja Puskesmas Tanah Jawa. *J Ilm Kebidanan Imelda* [Internet]. 2018;3(1):233–9. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/288016739.pdf>
2. Putri A, Herawati S, Mustika DN. Gambaran Tingkat Kepuasan Ibu Bersalin tentang Pelayanan Persalinan Program Jampersal di BPM Yulia Kota Semarang. *J Kebidanan* [Internet]. 2013;2(1):14. Available From: <https://jurnal.unimus.ac.id>
3. Yun DC, Hakim L, Sembiring R. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pelayanan Kebidanan terhadap Kepuasan Ibu Nifas di Rumah Sakit Islam Malahayati Medan Tahun 2017. *J Ilm Kohesi* [Internet]. 2017;1(3):86–99. Available from: <https://sciencemakarioz.org/jurnal/index.php/KOHESI/article/view/165>
4. Hayati SN. Gambaran Tingkat Kepuasan Ibu yang Bersalin pada Bidan dan Dukun Bayi di Wilayah Kerja Puskesmas Arjasari. *J keperawatan komprehensif* [Internet]. 3 No.1:34–44. Available from: <http://journal.stikep-ppnijabar.ac.id/index.php/jkk/article/view/82>
5. Elliana D, Kurniawati T. Dimensi Mutu Layanan Persalinan Normal dan Kepuasan Ibu Bersalin di Bidan Praktek Swasta (BPS). *J Promosi Kesehat Indones* [Internet]. 2018;5(2):156–63. Available from: <https://ejournal.undip.ac.id/index.php/jpki/article/view/18700>
6. Marlisman DP. Gambaran Mutu Pelayanan Antenatal Care di Puskesmas Ciputat Timur tahun 2017 [Internet]. 2017. 226 p. Available from: <http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/handle/123456789/36622>
7. Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang. Profil Dinas Kesehatan Kabupaten Kupang 2018. Dinkes Kabupaten Kupang; 2018.
8. Susana E. Gambaran Kepuasan Pasien Bersalin terhadap Pelayanan di Ruang Kebidanan RSUD Kabupaten Karimun Tahun 2012 Skripsi. 2012;64. Available from: [lib.ui.ac.id/file?file=digital/20319753-S-PDF-Emi Susana.pdf](lib.ui.ac.id/file?file=digital/20319753-S-PDF-Emi%20Susana.pdf)
9. Tikasari S. Hubungan antara Kinerja Bidan dengan Kepuasan Pasien Bersalin di Wilayah Puskesmas Boyolangu Kabupaten Tulungangu 2016. 2016;106(1):6465–89. Available from: <http://www.bssaonline.org/content/95/6/2373%5Cnhttp://www.bssaonline.org/content/95>

- /6/2373.short%0Ahttp://www.bssaonline.org/cgi/doi/10.1785/0120110286%0Ahttp://gji.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/gji/ggv142%0Ahttp://link.springer.com/10.1007/s00024-013-0646
10. Gea AR. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemilihan tempat Persalinan pada Ibu Hamil Trimester III di Wilayah Kerja Puskesmas Tuhemberua Kabupaten Nias Utara Tahun 2018 [Internet]. 2020. Available from: <https://repository.helvetia.ac.id/id/eprint/229>
 11. Fitriyani I. Gambaran Kepuasan Ibu Hamil pada pelayanan Antenatal Care di Puskesmas Somba Opu [Internet]. Makasar; 2019. Available from: <http://repositori.uin-alauddin.ac.id>
 12. Nazariah, M D. Tingkat Kepuasan Ibu Post Partum Rumah Sakit Umum Daerah Meuraxa Kota Banda Aceh. 2016;1(1):1–7. Available from: <http://ejournal.unmuha.ac.id/index.php/JKMA/article/download/546/28>
 13. Kurniasih H, Utami VN, Sumiyati, Zakiyya A. Analisis Kepuasan Ibu Bersalin di Ruang Kebidanan. *J sains kebidanan* [Internet]. 2020;02(01):3. Available from: <https://ejurnal.poleteks-smg.ac.id>
 14. Hikma, Kartasurya MI, Mawarni A. Hubungan Mutu Pelayanan Persalinan Normal oleh Bidan Desa dengan Kepuasan Ibu Bersalin di Kabupaten Luwu Sulawesi Selatan. 2014;02(01). Available from: <http://ejournal.undip.ac.id>
 15. Herwanto H. Pengaruh Kualitas Pelayanan Kesehatan terhadap Kepuasan Pasien di Puskesmas Simeulue Timur. *J Manaj dan Terap* [Internet]. 2015;6(4):1621–34. Available from: <http://repository.ut.ac.id>
 16. Nurasi, N E, Atin. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tingkat Kepuasan Ibu Bersalin terhadap Pertolongan Persalinan oleh Bidan di Puskesmas Poned Ujungjaya Tahun 2013. 2014;2(3):25–30. Available from: <https://jurnal.unitri.ac.id/index.php/care/article/view/215>
 17. Ndruru DLP, Wau H, Manalu P. Hubungan Kualitas Pelayanan Persalinan dengan Kepuasan Ibu Bersalin di Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) Sriratu Medan Tahun 2019. *Prev Indones J Public Heal* [Internet]. 2019 Dec 30;4(2):99. Available from: <http://journal2.um.ac.id/index.php/preventia/article/view/12183>
 18. Nugraheni A, Shifa B, Insani. Tingkat Kepuasan Ibu Bersalin Pengguna RSUD Kota Surakarta Tahun 2012 [Internet]. Available from: <https://jurnal.stikesmus.ac.id/index.php/JKebIn/article/viewFile/69/67>
 19. Nugraheni A, Sifa B, Insani. Tingkat Kepuasan Ibu Bersalin Pengguna Jampersal dalam Asuhan Persalinan Normal di RSUD Kota Surakarta Tahun 2012. 2012;22–38. Available from: <https://jurnal.stikesmus.ac.id/index.php/JKebIn/article/viewFile/69/67>

UTILIZATION OF ANTENATAL CARE SERVICE AMONG PREGNANT MOTHERS IN BUSALANGGA HEALTH CENTER ROTE NDAO DISTRICT

Roslianti Fioneta Ballo^{1*}, Rina Waty Sirait², Dominirsep O. Dodo³

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

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

*Korespondensi: rosliantib@gmail.com

Abstract

Maternal mortality remains a global health problem. A total of 4,627 maternal deaths were recorded in Indonesia in 2020. The government implements the Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS) program to reduce maternal mortality including antenatal care services. The coverage of the fourth visit (K4) only reached 61.74% in 2017, which decreased to 42.60% and 31.48% in 2018 and 2019, respectively. This implies that the minimum service standard in the health sector has not reached 100%. This study aimed to determine the factors associated with antenatal care use at Busalangga Health Center in 2021. The type of this study was observational analytic using a cross-sectional design. The population consisted of 89 pregnant women. The sample of 47 people was selected using a simple random technique. Data were collected from interviews with a questionnaire and were analyzed with univariate and bivariate analysis with a chi-square test. Hypothesis testing with $\alpha=0,05$ was applied. The results showed that family support ($p=0.020$), accessibility ($p=0.041$), and perceptions of service quality ($p=0.014$) were related to the use of antenatal care. On the other hand, age ($p=0.415$), marital status ($p=1,000$), education ($p=0.803$), and occupation ($p=0.119$) were found unrelated to the use of antenatal care. The health center needs to provide regular counseling for pregnant women and other family members.

Keywords: Antenatal Care, Pregnant Women, Health Center.

Abstrak

Kematian ibu masih menjadi masalah kesehatan global. Jumlah Kematian Ibu di Indonesia pada tahun 2020 sebesar 4.627 kasus. Untuk mengurangi Angka Kematian Ibu maka pemerintah melaksanakan program Expanding Maternal and Neonatal Survival (EMAS). Salah satu bagian dari program EMAS adalah pelayanan antenatal. Di Puskesmas Busalangga pada tahun 2017 cakupan K4 sebanyak 61,74% mengalami penurunan pada tahun 2018 menjadi 42,60% dan pada tahun 2019 menjadi 31,48% sehingga belum mencapai standar pelayanan minimal bidang kesehatan yaitu sebesar 100%. Cakupan yang rendah menunjukkan pemanfaatan layanan ANC yang rendah. Faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan menurut Andersen adalah faktor predisposisi, faktor kemampuan dan faktor kebutuhan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan antenatal di Puskesmas Busalangga tahun 2021. Jenis penelitian ini adalah analitik observasional dengan menggunakan rancangan cross-sectional. Populasi pada penelitian ini sebanyak 89 ibu hamil. Besar sampel dalam penelitian ini sebanyak 47 orang yang dicuplik menggunakan teknik acak sederhana. Pengumpulan data menggunakan metode wawancara dengan instrumen kuesioner. Analisis data menggunakan analisis univariat dan analisis bivariat dengan uji chi square. Pengujian hipotesis dengan $\alpha=0,05$. Hasil penelitian menunjukkan dukungan keluarga ($p=0,020$), aksesibilitas ($p=0,041$), dan persepsi tentang mutu pelayanan ($p=0,014$) berhubungan dengan pemanfaatan antenatal care, sebaliknya faktor umur ($p=0,415$), status perkawinan ($p=1,000$), pendidikan ($p=0,803$), dan pekerjaan ($p=0,119$) tidak berhubungan dengan pemanfaatan antenatal care. Diharapkan pada puskesmas agar dapat memberikan penyuluhan tentang pentingnya antenatal care secara berkala tidak terbatas kepada ibu hamil saja namun kepada anggota keluarga lainnya.

Kata Kunci: Antenatal Care, Ibu Hamil, Puskesmas.

Pendahuluan

Tingginya angka kematian pada ibu hamil hingga sekarang masih menjadi persoalan global bidang kesehatan. Angka Kematian Ibu (AKI) adalah indikator penting program kesehatan ibu dan saat ini masih digunakan sebagai salah satu acuan untuk menggambarkan tingkatan kesehatan masyarakat secara umum. Pada tahun 2020, jumlah kematian ibu di Indonesia sebesar 4.627 kasus.¹ Pemerintah telah berupaya untuk menekan AKI, salah satunya dengan menjamin agar setiap ibu hamil menerima pelayanan berkualitas termasuk mendapat pelayanan antenatal terpadu sesuai kriteria. Pelayanan antenatal terpadu ini setidaknya dilakukan 4 kali selama masa kehamilan.

Berdasarkan data Profil Kesehatan Provinsi NTT tahun 2019, cakupan kunjungan pertama ibu hamil pada trimester pertama (Cakupan K1) dan cakupan kunjungan keempat ibu hamil pada trimester ketiga (Cakupan K4) terlihat mengalami penurunan yang signifikan bila dibandingkan dengan kondisi pada tahun sebelumnya. Cakupan K1 pada tahun 2018 sebesar 74,88%. Angka tersebut mengalami penurunan pada tahun 2019 menjadi 63,44%. Cakupan K4 pada tahun 2018 sebesar 48,12% dan mengalami penurunan pada tahun 2019 menjadi 38,54%. Hal ini menunjukkan bahwa tidak semua ibu hamil mendapatkan pelayanan kehamilan yang terpadu baik di posyandu maupun di puskesmas/puskesmas pembantu. Salah satu penyebabnya adalah kurangnya keinginan ibu hamil untuk memanfaatkan pelayanan antenatal di posyandu/puskesmas pembantu/puskesmas. Selain itu, tingkat keaktifan petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan antenatal juga menjadi faktor yang berpengaruh dengan beberapa faktor lainnya.²

Fenomena yang sama juga ditemukan di wilayah kerja Puskesmas Busalangga, Kabupaten Rote Ndao. Sejak tahun 2017 sampai dengan tahun 2019, ada kecenderungan penurunan angka pemanfaatan pelayanan antenatal terjadi di Puskesmas Busalangga. Berdasarkan data Profil Kesehatan Kabupaten Rote Ndao, cakupan kunjungan keempat (Cakupan K4) di tahun 2017 sebesar 61,74%. Angka ini yang mengalami penurunan di tahun 2018 menjadi 42,60%, bahkan terus menurun di tahun 2019 menjadi 31,47%.

Teori pemanfaatan layanan kesehatan Andersen menyatakan bahwa banyak faktor yang menyebabkan rendah ataupun tingginya pemanfaatan layanan kesehatan. Faktor-faktor tersebut antara lain faktor *predisposisi* (kelamin, usia, status pernikahan, pekerjaan, pendidikan, perilaku, dan kepercayaan), faktor *supportive* (sumber daya masyarakat seperti rasio tenaga kesehatan, sumber daya keluarga seperti dukungan sosial dan keuangan), serta faktor kebutuhan (penilaian diri sendiri dan penilaian klinis dari masalah kesehatan).³ Hasil riset sebelumnya di Puskesmas Tempurejo menunjukkan bahwa ada hubungan antara faktor perilaku, pelayanan 10T, pengetahuan, aksesibilitas, dan kemampuan pelayanan petugas kesehatan, serta dukungan moral keluarga pasien.⁴ Hasil riset lainnya yang dilakukan di Puskesmas Wilayah Jakarta Timur juga menunjukkan adanya korelasi antara pendidikan ($p=0,0038$), paritas ($p=0,005$), pengetahuan ($p=0,001$), pendapatan ($p=0,02$), serta dukungan dari keluarga ($p=0,017$) dengan penggunaan layanan antenatal.⁵

Menurunnya angka kunjungan *antenatal care* (ANC) setiap tahunnya di wilayah kerja Puskesmas Busalangga dan belum tercapainya standar pelayanan minimal bidang kesehatan tingkat puskesmas menjadi alasan mengapa penelitian ini dilakukan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis beberapa faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan ANC oleh ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Busalangga, Kabupaten Rote Ndao.

Metode

Penelitian menggunakan desain *cross-sectional*. Pengumpulan data primer dilakukan pada bulan September sampai Oktober 2021. Populasi penelitian sebanyak 89 ibu hamil dari

wilayah kerja Puskesmas Busalangga. Besar sampel dihitung dengan rumus *Lemeshow* sejumlah 47 orang. Pencuplikan menggunakan teknik acak sederhana. Pemanfaatan ANC merupakan variabel dependen sedangkan usia ibu hamil, status pernikahan, pendidikan ibu hamil, pekerjaan, dukungan keluarga, aksesibilitas, dan persepsi tentang mutu pelayanan merupakan variabel independen.

Usia ibu hamil adalah umur ibu saat memasuki kehamilannya. Ibu hamil dikategorikan berisiko dari sisi usia jika berusia > 35 tahun dan < 20 tahun dan tidak berisiko jika berusia 20-35 tahun. Status pernikahan adalah ikatan antara seorang wanita dan seorang pria yang disahkan oleh publik dan hukum yang berlaku dengan berdasarkan atas peraturan pernikahan. Pernikahan dikategorikan sebagai telah menikah dan belum menikah. Pendidikan adalah tahapan pembelajaran formal terakhir yang dijalani oleh responden. Pendidikan dinyatakan rendah jika jenjang formal yang ditamatkan hanya SMP dan dinyatakan tinggi apabila telah menyelesaikan SMA dan Perguruan Tinggi. Pekerjaan adalah status responden melakukan kegiatan untuk mendapatkan penghasilan minimal yang dilakukan 7 jam per hari. Dinyatakan bekerja tetap apabila bekerja sebagai PNS dan tidak tetap apabila bekerja sebagai ibu rumah tangga. Dukungan keluarga yaitu suatu sikap atau tindakan yang dilakukan oleh keluarga berupa memberikan informasi, nasihat, bantuan nyata, kehadiran, dan dorongan agar dapat meningkatkan kepatuhan ibu dalam memanfaatkan pelayanan antenatal. Dukungan ini disebut kurang apabila skor jawaban <50% dan dianggap mendukung apabila skor jawaban >50%. Aksesibilitas yaitu tingkat kemudahan untuk menjangkau puskesmas dilihat dari waktu tempuh dan jarak tempuh. Aksesibilitas dinyatakan mudah apabila <5 km dan <30 menit. Sedangkan, aksesibilitas dianggap sulit jika >5km dan >30 menit. Persepsi tentang mutu pelayanan yaitu mutu pelayanan yang dipersepsikan oleh responden berdasarkan 5 dimensi mutu yaitu *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *emphaty* dan *tangible*. Persepsi ini dinyatakan kurang apabila skor $\leq 62,5\%$ dan dinyatakan baik apabila skor $\geq 62,5\%$. Pemanfaatan ANC yaitu tindakan ibu dalam melakukan kunjungan untuk pemeriksaan sesuai usia kehamilan secara teratur ke puskesmas. Indikator ini dinyatakan kurang apabila tidak melakukan kunjungan secara teratur sesuai usia kehamilan dan dinyatakan memenuhi apabila melakukan kunjungan secara teratur sesuai usia kehamilan.

Data dikumpulkan dengan instrumen angket disertai dengan wawancara. Analisis data dilakukan secara bivariat dan univariat dengan uji statistik *chi-square*. Riset ini telah mendapatkan persetujuan etik (*ethical approval*) dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana dengan Nomor: 2021128- KEPK.

Hasil

1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini didasarkan pada usia ibu hamil, tingkat pendidikan ibu hamil, dan pekerjaan. Tabel 1 menunjukkan mayoritas responden adalah kelompok dengan usia 20-35 tahun (68,09%). Tingkat pendidikan terakhir paling banyak berada pada tingkat tamat SMP (40,43%), dan jenis pekerjaan paling banyak berada pada jenis pekerjaan sebagai Ibu Rumah Tangga (85,11%)

Hubungan variabel independen dengan pemanfaatan antenatal care disajikan dalam Tabel 2. Tabel 2. menunjukkan bahwa variabel yang berkorelasi dengan pemanfaatan ANC oleh ibu hamil ($p\text{-value} \leq 0,005$) adalah dukungan keluarga, aksesibilitas, dan persepsi tentang mutu pelayanan. Variabel yang tidak berkorelasi ($p\text{-value} > 0,005$) adalah usia, status pernikahan, pendidikan, dan pekerjaan.

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik	Frekuensi (n=47)	Proporsi (%)
Usia Ibu Hamil		
< 20	1	2,1
20-35	32	68,1
> 35	15	32,9
Tingkat Pendidikan Ibu Hamil		
Tamat SD	9	19,2
Tamat SMP	19	40,4
Tamat SMA	12	25,5
Akademi/PT	7	14,9
Pekerjaan		
PNS	5	10,6
Ibu Rumah Tangga	40	85,1
Lainnya	2	4,3

2. Analisis Hubungan Variabel Dependen dengan Variabel Independen

Tabel 2. Hubungan Pemanfaatan Pelayanan *Antenatal Care* oleh Ibu Hamil dengan Variabel Independen pada Wilayah Kerja Puskesmas Busalangga Tahun 2021

Variabel	Pemanfaatan <i>Antenatal Care</i>				Total		<i>p-value</i>
	Ya		Tidak		n	%	
	n	%	n	%			
Usia							
Berisiko	15	48,4	16	51,6	31	100	0,415
Tidak Berisiko	5	31,36	11	68,8	16		
Pernikahan							
Menikah	19	40,4	25	56,8	44	100	1.000
Belum Menikah	1	2,1	2	66,7	3		
Tingkat Pendidikan							
Tinggi	9	47,4	10	52,6	19	100	0,803
Rendah	11	39,3	17	60,7	28		
Pekerjaan							
Bekerja Tetap	5	71,4	2	28,6	7	100	0,119
Tidak Bekerja	15	37,5	25	62,5	40		
Dukungan Keluarga							
Mendukung	12	66,7	6	33,3	18	100	0,020
Kurang Mendukung	8	27,6	21	72,4	29		
Aksesibilitas							
Mudah	15	57,7	11	42,3	26	100	0,041
Sulit	5	27,6	16	76,2	21		
Persepsi							
Baik	19	52,8	17	47,2	36	100	0,014
Kurang Baik	1	9,1	10	90,9	11		

Pembahasan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan keluarga, aksesibilitas dan persepsi tentang mutu pelayanan mempunyai hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan *antenatal*

care oleh ibu hamil. Riset ini menemukan bahwa usia tidak terkait secara signifikan dengan pemanfaatan ANC. Ibu hamil dengan umur berisiko masih kurang memanfaatkan pelayanan antenatal dikarenakan akses yang sulit menuju fasilitas kesehatan. Akses yang sulit ini membuat ibu hamil merasa akan lelah dalam menempuh perjalanan. Akhirnya ibu hamil malas untuk memeriksakan kehamilannya. Temuan ini mengkoroborasi hasil penelitian sebelumnya di Puskesmas Pegandan, Kota Semarang dan di Puskesmas Cibungbulang yang menjelaskan bahwa tidak ditemukan hubungan antara usia ibu hamil dan jumlah kunjungan ANC.^{3,7}

Status pernikahan adalah salah satu elemen yang berpengaruh pada seseorang dalam proses pengobatan atau perawatan kehamilan. Namun, status pernikahan bukanlah satu satunya faktor yang mempengaruhi pemanfaatan *antenatal care* karena pemanfaatan *antenatal care* memiliki banyak faktor dan saling berkaitan. Salah satunya adalah dukungan keluarga. Penelitian ini ditemukan bahwa ibu hamil dengan status kawin justru kurang mendapat dukungan dari keluarga sehingga ibu hamil kurang termotivasi untuk memeriksakan kehamilannya. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ditemukan korelasi antara status perkawinan ibu hamil dengan pemanfaatan ANC. Temuan ini sejalan dengan temuan penelitian sebelumnya di Bantul yang juga menyatakan tidak ada hubungan antara status pernikahan dan pemanfaatan ANC.

Pendidikan adalah proses pengajaran, pelatihan, perbuatan, dan tata cara mendidik sebagai upaya perubahan sikap dan perilaku individu dalam usaha pendewasaan individu ataupun kelompok.¹² Penelitian ini menemukan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan ibu hamil dengan pemanfaatan ANC. Ibu hamil yang berpendidikan tinggi justru lebih banyak yang tidak rutin memanfaatkan ANC. Hal ini disebabkan karena akses yang jauh. Ibu beranggapan bahwa meskipun ibu mengalami keluhan namun jika keluhan tersebut tidak mengganggu aktifitas sehari hari maka ibu tidak perlu untuk memeriksakan kehamilan. Hasil pendidikan formal umumnya mempengaruhi pengetahuan, sikap dan tindakan seseorang. Akan tetapi, pada sebagian individu perubahan sikap dan tindakan tersebut tidak selalu dipengaruhi tingkat pendidikannya karena banyak variabel lain yang mendeterminasi suatu tindakan.¹³ Hasil penelitian ini konsisten dengan hasil penelitian sebelumnya di wilayah Kecamatan Pemalang dan Padang yang menyatakan bahwa tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan pemanfaatan ANC.^{14,15}

Status pekerjaan tetap yang dimiliki ibu hamil sebenarnya memberikan peluang yang besar untuk mengakses informasi kesehatan yang lebih banyak. Informasi mengenai kesehatan dapat berasal dari rekan kerja dan media seperti dari surat kabar, majalah, dan internet. Ibu hamil yang memiliki pekerjaan sendiri juga memiliki pendapatan mandiri dan meningkatkan kemampuan finansial keluarga sehingga memungkinkan mereka untuk memiliki kestabilan ekonomi yang lebih baik dan dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia. Hasil uji statistik menemukan tidak ada hubungan antara pekerjaan dan pemanfaatan ANC. Ibu hamil yang memiliki pekerjaan tetap masih memanfaatkan layanan antenatal karena kesadaran akan pentingnya menjaga kesehatan kehamilan. Hasil penelitian sebelumnya di Puskesmas Ranotana, Kota Manado dan di Maros Baru juga menyatakan bahwa tidak ada keterkaitan antara status pekerjaan dengan penggunaan ANC.^{16,17}

Dukungan adalah suatu usaha yang dilakukan oleh orang lain, yakni untuk mendorong seseorang dalam melakukan kegiatannya baik materi maupun moral. Ibu yang mendapat dukungan keluarga akan lebih sering untuk memeriksakan kehamilannya. Dukungan keluarga untuk ibu hamil ditunjukkan dengan perilaku seperti mengingatkan ibu hamil tentang jadwal pemeriksaan kandungan, mendampingi ketika pemeriksaan kandungan, mengingatkan untuk selalu mengonsumsi makanan dengan gizi baik dan meminum tablet penambah darah, serta menyiapkan dana untuk pemeriksaan kehamilan. Dukungan dari suami dan keluarga besar

cenderung membuat ibu hamil dapat memahami dan mengikuti anjuran dari petugas layanan kesehatan.¹⁹ Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada korelasi yang signifikan antara dukungan keluarga dengan pemanfaatan ANC. Ibu hamil yang memperoleh dukungan keluarga dalam pemeriksaan kehamilan akan mendorong peningkatan pemanfaatan ANC. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya di Puskesmas Dungkai Kabupaten Mamuju yang juga menemukan bahwa ada korelasi antara dukungan keluarga dengan pemanfaatan ANC.²⁰ Jumlah ibu hamil yang mendapatkan dorongan keluarga dan menggunakan ANC cukup tinggi yaitu sebesar 75%. Riset lain yang dilakukan di Puskesmas Antang juga menjelaskan hal yang serupa yakni ada korelasi antara dukungan kepada ibu hamil dengan pemanfaatan ANC di fasilitas kesehatan tersebut.²¹

Berdasarkan aksesibilitas diperoleh hasil bahwa terdapat keterkaitan antara aksesibilitas layanan dengan penggunaan ANC. Sebagian besar ibu hamil yang tinggal cukup jauh dari fasilitas perawatan kesehatan jarang menggunakan pelayanan ANC. Hal ini disebabkan oleh sulitnya akses seperti jarak yang jauh dan minimnya akses transportasi ke fasilitas kesehatan sehingga menyebabkan ibu hamil mengurungkan niatnya untuk memeriksakan kehamilannya ke fasilitas kesehatan secara konsisten. Akses yang buruk ke fasilitas perawatan kesehatan, khususnya layanan darurat, merupakan penyebab utama kematian ibu hamil. Hal ini dapat disebabkan oleh tiga “terlambat”, di antaranya terlambat mengenali munculnya keadaan darurat dan mengambil keputusan, terlambat tiba di fasilitas kesehatan, dan terlambat menerima tindakan.²³ Waktu tempuh yang lama, tempat fasilitas kesehatan yang sulit dijangkau, dan jarak yang jauh, serta fasilitas yang tidak memadai mempersulit akses bagi ibu hamil untuk bisa memanfaatkan ANC secara rutin. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada korelasi antara aksesibilitas dengan pemanfaatan ANC. Sebagian besar ibu hamil yang tinggal cukup jauh dari fasilitas perawatan kesehatan jarang menggunakan pelayanan ANC. Hal ini disebabkan oleh sulitnya akses seperti jarak yang jauh dan minimnya akses ke fasilitas kesehatan sehingga menyebabkan ibu hamil mengurungkan niatnya untuk memeriksakan kehamilannya ke fasilitas kesehatan secara konsisten. Kurangnya pemeriksaan kehamilan ini juga diperparah oleh keluarga yang hanya memiliki satu kendaraan pribadi yang digunakan bergantian untuk berbagai keperluan sehingga kesempatan untuk memeriksakan kehamilan sangat kecil. Selain transportasi, faktor penting lain dalam pemanfaatan ANC adalah jarak ke fasilitas kesehatan. Ibu hamil akan mengunjungi fasilitas kesehatan lebih sering jika tempat tinggalnya dekat dengan fasilitas kesehatan. Tidak semua kehamilan masuk dalam kondisi yang optimal, dan tidak semua ibu hamil mengalami kategori normal selama kehamilan. Seorang ibu hamil akan mempertimbangkan jarak tempuh saat menjadwalkan ANC dan jika jarak tempuh terlalu jauh maka ibu hamil akan terbayang letihnya perjalanan yang dirasakannya saat melakukan kunjungan ke fasilitas kesehatan tersebut. Kecemasan tentang keadaan kehamilannya jika memaksakan untuk memanfaatkan ANC pada layanan kesehatan akan muncul dan akan mendorong ibu hamil tidak menjalani pemeriksaan kehamilan. Hal ini sesuai riset yang telah dilakukan di Puskesmas Kecamatan Wolo yang menyatakan bahwa jarak tempuh menuju tempat pelayanan kesehatan berkaitan dengan pemanfaatan ANC.²⁴

Berdasarkan persepsi tentang mutu pelayanan kesehatan, didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang signifikan dengan pemanfaatan *antenatal care*. Mutu pelayanan kesehatan tidak terlepas dari kecepatan pelayanan yang didapatkan, kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diterima, kesembuhan penyakit, peningkatan status kesehatan, tempat pengobatan yang nyaman, petugas yang ramah, prosedur pengobatan yang mudah, obat-obatan dan peralatan yang lengkap, serta biaya yang rendah. Meskipun kualitas pelayanan kesehatan yang didasarkan pada pasien bersifat subyektif, masih terdapat landasan objektif yaitu didasarkan pada pengalaman pasien sebelumnya, pendidikan, keadaan psikologis pada saat

pelayanan, dan pengaruh lingkungan. Secara khusus, ketika pasien mengevaluasi mutu pelayanan pelaksana jasa kesehatan, terdapat dua acuan yang dipertimbangkan yaitu teknis medis dan hubungan interpersonal. Teknis medis dapat berupa pemaparan medis kepada pasien serta memutuskan dengan pasien tentang tindakan yang akan dilakukan kepada dirinya. Sedangkan hubungan interpersonal adalah tentang penyampaian empati, informasi, sikap jujur, ketulusan, kepekaan, dan kepercayaan sehubungan dengan privasi pasien. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada korelasi antara persepsi tentang mutu pelayanan dengan pemanfaatan ANC. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian di Puskesmas Padangsari yang menemukan bahwa ada korelasi antara persepsi tentang mutu pelayanan dengan kunjungan ANC.²⁵ Mutu pelayanan yang dianggap kurang baik dalam riset ini adalah adanya kesan keterlambatan petugas dalam melakukan pelayanan kesehatan. Akhirnya ibu hamil mengeluh karena waktu menunggu untuk pemeriksaan yang terlalu lama. Padahal, salah satu komponen dalam mutu pelayanan adalah memberikan pelayanan sesuai dengan waktu yang diperlukan sebagaimana telah diatur pada pelayanan standar. Idealnya, petugas harus memberikan pelayanan dengan cara yang seefisien mungkin. Waktu pelayanan diharapkan tidak boleh terlalu lama ataupun terlalu cepat. Pemeriksaan atau pelayanan yang terlalu lambat cenderung membuat pasien jenuh dan memunculkan kesan bahwa petugas layanan kesehatan tidak profesional. Sementara itu, petugas kesehatan yang memberikan pelayanan terlalu cepat juga menimbulkan kesan ceroboh, tergesa-gesa, dan tidak profesional. Berdasarkan distribusi tanggapan responden, terlihat juga bahwa sebagian petugas layanan kesehatan masih belum memiliki kemampuan melayani dengan baik. Misalnya sikap ramah dan senyum tulus saat membantu pasien belum banyak ditunjukkan. Selain itu, pola komunikasi petugas kesehatan juga masih kurang baik. Diharapkan pada masa mendatang pelayanan Puskesmas akan lebih efisien, efektif, dan produktif.

Kesimpulan

Faktor yang berkaitan dengan pemanfaatan ANC oleh ibu hamil di Puskesmas Busalangga, Kabupaten Rote Ndao adalah dukungan keluarga, aksesibilitas, dan persepsi tentang mutu pelayanan. Sementara itu, faktor yang tidak berkaitan dengan pemanfaatan ANC adalah usia, status pernikahan, pendidikan, dan pekerjaan. Puskesmas perlu melakukan banyak penyuluhan secara berkala, baik secara langsung maupun melalui media informasi yang ada, karena makin banyak informasi yang diperoleh ibu hamil maka akan meningkatkan partisipasi mereka pada pemanfaatan ANC di puskesmas secara baik.

Daftar Pustaka

1. Badan Pusat Statistik. Profil Penduduk Indonesia Hasil SUPAS 2015 [Internet]. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2016. 1–131 p. Available from: <https://www.bps.go.id/publication/2016/11/30/63daa471092bb2cb7c1fada6/profil-penduduk-indonesia-hasil-supas-2015.html>
2. Dinas Kesehatan Kabupaten Rote Ndao. Profil Kesehatan Kabupaten Rote Ndao 2019. Loyalain: Dinas Kesehatan Kabupaten Rote Ndao; 2019.
3. David PR. Health Care Utilization: Understanding and applying theories and models of health care seeking behaviour. 2013; Available from: <https://ci.nii.ac.jp/naid/20001561745/>
4. Mardiyah UL, Herawati YT, Witcahyo E. Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal oleh Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Tempurejo Kabupaten Jember Tahun 2013 (Correlated Factors of Antenatal Services Utilization by Pregnant Women at Community Health Center of Tempurejo. Pustaka Kesehat [Internet].

- 2013;2(1):58–65. Available from:
<https://jurnal.unej.ac.id/index.php/JPK/article/view/597/425>
5. Sari GNSN, Fitriana S, Anggraini DH. Faktor Pendidikan, Pengetahuan, Paritas, Dukungan Keluarga dan Penghasilan Keluarga yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal. *J Ilmu dan Teknol Kesehat* [Internet]. 2015;2(2):77–82. Available from: <http://www.ejurnal.poltekkesjakarta3.ac.id/index.php/jitek/article/download/93/72>
 6. Dinas Kesehatan Kabupaten Rote Ndao. Profil Kesehatan Kabupaten Rote Ndao Tahun 2018. 2018.
 7. Sari MM, Nurkamila N, Mawati ED. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Ibu Hamil dalam Melakukan Pemeriksaan Kehamilan di Puskesmas Cibungbulang Kabupaten Bogor Provinsi Jawa Barat tahun 2018. *PROMOTOR* [Internet]. 2018;1(2):96–104. Available from: <http://ejournal.uika-bogor.ac.id/index.php/PROMOTOR/article/view/1595>
 8. Nurmawati, Indrawati F. Cakupan Kunjungan Antenatal Care pada Ibu Hamil. *HIGEIA (Journal Public Heal Res Dev* [Internet]. 2018;2(1):113–24. Available from: <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia/article/view/18317/10485>
 9. Burhan R. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Perempuan Terinfeksi HIV/AIDS. *Kesmas J Kesehat Masy Nas (National Public Heal Journal)* [Internet]. 2013;8(1):33–8. Available from: <http://journal.fkm.ui.ac.id/kesmas/article/view/339>
 10. Suratno. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Poyandu Lansia di Dusun Krekah Gilangharjo Pandak Bantul [Internet]. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jenderal Achmad Yani Yogyakarta; 2016. Available from: http://repository.unjaya.ac.id/2511/1/Suratno_2212270_nonfull.pdf
 11. Notoatmodjo S. Ilmu Perilaku Kesehatan. cetakan 1. Jakarta: Rineka Cipta; 2010. 1–174 p.
 12. Wulandari SE. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemeriksaan Antenatal Care Kunjungan Pertama (K1) pada Ibu Hamil di Wilayah Kerja Puskesmas Pisangan Kota Tangerang Selatan [Internet]. Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta; 2016. Available from: <https://repository.uinjkt.ac.id/dspace/handle/123456789/33037>
 13. Murniati. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal oleh Ibu Hamil di Kabupaten Aceh Tenggara [Internet]. Universitas Sumatera Utara; 2007. Available from: <https://repositori.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/36069/057012021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 14. Mariyana K, Jati SP, Purnami CT. Faktor yang Berpengaruh terhadap Kepatuhan Ibu Hamil Preeklamsia dalam Pemanfaatan Layanan ANC. *Unnes J Public Heal* [Internet]. 2017;6(4):237–44. Available from: <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/ujph/article/view/17736>
 15. Nurul A. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kunjungan Antenatal Care di Wilayah Kerja Puskesmas Seberang Padang Tahun 2016 [Internet]. UNIVERSITAS ANDALAS; 2016. Available from: <http://scholar.unand.ac.id/21805/>
 16. Lumempouw VJR, Kundre R, Bataha Y. Hubungan Faktor Sosial Ekonomi Ibu Hamil Dengan Keteraturan Pemeriksaan Antenatal Care (Anc) Di Puskesmas Ranotana Weru Kecamatan Wanea Kota Manado. *J Keperawatan* [Internet]. 2016;4(2). Available from: <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/jkp/article/view/14075>
 17. Irwana I. Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal Care

- (Anc) di Wilayah Kerja Puskesmas Maros Baru [Internet]. Universitas Hasanudin; 2019. Available from: <https://bit.ly/3381nHo>
18. Vitriyani E, Kirwono B, Firnawati AF. Faktor- Faktor yang Berhubungan Dengan Pemeriksaan Antenatal Care (ANC) K1 Ibu Hamil di Kecamatan Polokarto Kabupaten Sukoharjo [Internet]. Vol. Vol. 5, No, Jurnal Kesehatan. Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2012. p. 149–56. Available from: <http://eprints.ums.ac.id/id/eprint/22065>
 19. Sarminah. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kunjungan Antenatal Care di Provinsi Papua Tahun 2010 (Analisis Data Sekunder Riskesdas 2010) [Internet]. Universitas Indonesia. Universitas Indonesia; 2012. Available from: <http://lontar.ui.ac.id/file?file=digital/20296280-S-Sarminah.pdf>
 20. Nurlaelah, Salmah U, Ikhsan M. Faktor yang Berhubungan dengan Kunjungan Antenatal Care di Wilayah Kerja Puskesmas Dungkai Kabupaten Mamuju. J Kesehat Masy [Internet]. 2014;1–13. Available from: <http://repository.unhas.ac.id/handle/123456789/11503>
 21. Reskiani NM, Balqis N. Hubungan Perilaku Ibu Hamil dengan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal Care di Puskesmas Antang. 2016; Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/25495756.pdf>
 22. Goddard M. Access to health care services—an English policy perspective. Heal Econ Policy Law [Internet]. 2009;4(2):195–208. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19187570/>
 23. Padila. Buku Ajar Keperawatan Maternal. Yogyakarta: Nuha Medika; 2014.
 24. Karamelka W. Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Antenatal Care di Wilayah Kerja Puskesmas Kec.Wolo Kabupaten Kolaka Tahun 2015 [Internet]. Universitas Halu Oleo; 2015. Available from: <https://adoc.pub/queue/faktor-yang-mempengaruhi-pemanfaatan-pelayanan-antenatal-car.html>
 25. Anggraeni VF, Suparwati A, Sriatmi A. Hubungan Persepsi Ibu tentang Mutu Pelayanan dengan Minat Pemanfaatan Antenatal Care di Puskesmas Padangsari. J Kesehat Masy [Internet]. 2017;5(1):126–32. Available from: <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jkm>

LITERATURE REVIEW: IS IT TRUE THAT ACCREDITATION HAS AN IMPACT ON THE QUALITY OF PUBLIC HEALTH CENTER SERVICES?

Retno Mariani^{1*}, Chriswardani Suryawati², Ayun Sriatmi³
^{1,2,3} *Magister Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro Semarang*
*Korespondensi: marianiretno@gmail.com

Abstract

Puskesmas are required to carry out quality services that can be measured from the aspect of users through the use of patients and service providers. The implementation of Puskesmas accreditation is expected to be able to improve the quality of one of which is patient satisfaction, but there is a phenomenon of a decrease in the Community Satisfaction Index after Public Health Center accreditation. The purpose of this study is to illustrate the impact of accreditation on the quality of The Public Health Center. This research was a literature review. A total of 212 articles were found, but only 12 articles met the inclusion criteria. The results show that there are variations in the impact of accreditation on the quality of Public Health Center services. A total of 33.33% reported that accreditation had no impact on improving the quality of service. A total of 33.33% reported that accreditation had no impact on improving the quality of service. The impact of accreditation on quality improvement can be influenced by the organization's ability and willingness to change as well as the consistency and sustainability of the implementation of accreditation guidelines post-accreditation assessment which is influenced by strong management and leadership support.

Key Words: Accreditation, Impact, Public Health Center, Quality.

Abstrak

Puskesmas wajib melaksanakan pelayanan berkualitas yang dapat diukur dari aspek pengguna berupa kepuasan pasien maupun aspek pemberi pelayanan. Pelaksanaan akreditasi Puskesmas diharapkan mampu meningkatkan kualitas salah satunya kepuasan pasien. Namun terdapat fenomena adanya penurunan Indeks Kepuasan Masyarakat pasca akreditasi Puskesmas. Tujuan penelitian ini adalah menggambarkan dampak akreditasi terhadap kualitas Puskesmas. Penelitian ini merupakan *literature review*. Telusur artikel dilakukan melalui Google Scholar dengan kata kunci "Kualitas Puskesmas" OR "Mutu Puskesmas" OR "Pengaruh Akreditasi" OR "Dampak Akreditasi" OR "Status Akreditasi" AND "Akreditasi Puskesmas". Sebanyak 212 artikel ditemukan, tetapi hanya 12 artikel yang memenuhi kriteria inklusi. Hasil menunjukkan terdapat variasi dampak akreditasi terhadap kualitas pelayanan Puskesmas. Sejumlah 33,33% artikel melaporkan bahwa akreditasi tidak berdampak pada peningkatan kualitas layanan. Dampak akreditasi terhadap peningkatan kualitas dapat dipengaruhi oleh kemampuan dan kemauan organisasi untuk berubah serta konsistensi dan keberlanjutan pelaksanaan panduan akreditasi pasca penilaian akreditasi yang dipengaruhi oleh dukungan manajemen dan kepemimpinan yang kuat.

Kata Kunci: Akreditasi, Dampak, Puskesmas, Kualitas.

Pendahuluan

Puskesmas sebagai penyedia layanan kesehatan menyediakan pelayanan komprehensif dan berperan sebagai *gate keeper*.^{1,2} Hal ini menjadikan kedudukan Puskesmas dalam pelayanan langsung kepada masyarakat menjadi penting, sehingga pemerintah mewajibkan penyelenggaraan Puskesmas yang berkualitas.¹ Penedeapan kualitas pelayanan harus diupayakan menjadi budaya di Puskesmas.^{3,4} Layanan kesehatan berkualitas menjadi kebutuhan pasien yang harus diupayakan pemenuhannya.⁵ Dukungan regulasi nasional terhadap peningkatan kualitas layanan disarankan oleh Badan Kesehatan Dunia dalam menghadapi isu kualitas layanan di berbagai negara.⁶ Akreditasi Puskesmas ditetapkan sebagai dukungan terwujudnya peningkatan kualitas layanan kesehatan dasar di Indonesia.

Kualitas pelayanan dapat digambarkan dalam berbagai perspektif baik pengguna dan penyedia pelayanan.⁷ Kualitas pelayanan Puskesmas dari perspektif pengguna dapat diukur melalui kepuasan pasien. Kepuasan pasien berkaitan dengan harapan pribadi yang terbentuk sebelum pelayanan dibandingkan dengan pelayanan yang akhirnya dirasakan oleh pasien.⁸ Kepuasan pasien sering digunakan sebagai tolak ukur menilai kualitas layanan kesehatan.⁹ Salah satu upaya pemerintah meningkatkan kualitas layanan adalah menetapkan regulasi akreditasi Puskesmas.^{3,10} Pelaksanaan akreditasi Puskesmas mengharuskan terjadinya perubahan dalam pelayanan yang dapat berdampak pada penilaian masyarakat terhadap layanan Puskesmas.¹¹ Penilaian layanan Puskesmas oleh masyarakat diharapkan terjadi secara positif pasca dilaksanakannya akreditasi. Kajian pada penelitian terdahulu menunjukkan fenomena masih adanya permasalahan kualitas pada organisasi dengan pencapaian akreditasi yang tinggi.¹² Fenomena lainnya adalah terjadi penurunan Indeks Kepuasan Masyarakat setelah penilaian akreditasi Puskesmas.¹³

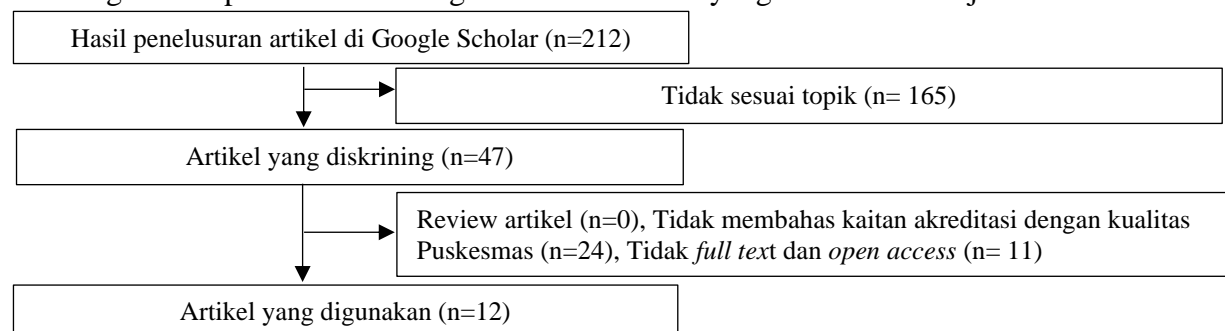
Pengukuran kualitas Puskesmas juga dapat dilihat dari perspektif penyelenggara pelayanan, ketercapaian program dan indikator yang telah ditetapkan.¹⁴ Studi pendahuluan terhadap penelitian mengenai akreditasi Puskesmas memberikan gambaran bahwa pertumbuhan dan pembelajaran Puskesmas terakreditasi tidak lebih baik dibandingkan pembelajaran Puskesmas yang terimplementasi ISO.¹⁵ Hal ini berbanding terbalik dengan tujuan akreditasi yaitu peningkatan mutu berkelanjutan yang mendorong Puskesmas menjadi organisasi pembelajar. Hal tersebut mendorong dilakukannya *literature review* untuk menggambarkan dampak pelaksanaan akreditasi pada kualitas Puskesmas.

Metode

Penelitian ini merupakan *literature review*. Pencarian artikel dilakukan melalui Google Scholar. Peneliti menetapkan kata kunci “Kualitas Puskesmas” OR “Mutu Puskesmas” OR “Pengaruh Akreditasi” OR “Dampak Akreditasi” OR “Status Akreditasi” AND “Akreditasi Puskesmas”. Artikel kemudian diskroning menggunakan kriteria inklusi meliputi artikel *original research*, membahas kualitas Puskesmas sebagai dampak akreditasi, dan dapat diunduh *full text* serta *free access*.

Hasil

Penelusuran melalui Google Scholar memperoleh 212 artikel yang terbit sejak tahun 2018. Skrining terhadap 212 artikel menghasilkan 12 artikel yang kemudian dikaji.



Bagan 1. *Flowchart* Skrining Artikel

Gambaran 12 artikel yang akan dikaji meliputi peneliti, desain, lokasi, serta hasil disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 1. Sintesis Hasil Penelitian

No.	Peneliti, Tahun	Study design	Lokasi Penelitian	Hasil
1.	Anggraini A (2022)	<i>Cross-sectional</i>	20 Puskesmas di Kota Bekasi	Pelaksanaan akreditasi tidak berhubungan dengan pemanfaatan anggaran yang efektif, namun berhubungan dengan kinerja staf secara positif dan mutu layanan. ¹⁶
2.	Dawanson (2021)	Kuantitatif, pendekatan komparatif.	Puskesmas Telang Siong, Kec. Paju Epat, Kab. Barito Timur	Pasca akreditasi, terjadi peningkatan beberapa dimensi mutu yaitu kompetensi teknis (3,54%), akses (11,01%), efisiensi (20,88%), kesinambungan pelayanan (13,58%), keamanan (49,04%), kenyamanan (20,82%), informasi (5,97%), ketepatan waktu (64,23%) dan hubungan antar manusia (19,65%), sedangkan dimensi efektifitas pasca akreditasi mengalami penurunan sebanyak 2,41%. ¹⁷
3.	Ariyanti & Arofi (2021)	Kuantitatif, <i>comparison cross-sectional</i> dan kualitatif <i>case study</i>	Puskesmas Sidorejo dan Puskesmas Priuk Kota Lubuk Linggau	Kepuasan pasien berdasarkan dimensi keadaan fisik pada Puskesmas terakreditasi sebesar 96,3% sedangkan pada Puskesmas tidak terakreditasi hanya sebesar 40,7%. Mayoritas pasien puas pada dimensi keandalan, ketanggapan, jaminan dan empati dengan presentasi kepuasan lebih tinggi pada puskesmas terakreditasi. Hasil observasi juga menunjukkan perbedaan dimensi mutu Puskesmas terakreditasi dan tidak, hanya tampak pada keadaan fisik. ¹⁸
4.	Sulaiman dkk., (2021)	Kualitatif deskriptif	Puskesmas Praya Kab. Lombok Tengah	Penampilan fisik, sarana, kecepatan pelayanan, perilaku dan kenyamanan menjadi lebih baik pasca akreditasi. ¹⁹
5.	Faridah & Arifin (2021)	Kuantitatif, pendekatan komparatif	Puskesmas Ampah, Kec. Dusun Tengah, Kab. Barito Timur	Ada perbedaan kualitas pelayanan Puskesmas sebelum dan sesudah akreditasi. ²⁰
6.	Nurcholis M & Sureskiarti E (2020)	<i>Cross-Sectional</i>	Puskesmas Pasundan Samarinda	Akreditasi Puskesmas tidak berhubungan dengan kualitas layanan. ²¹
7.	Miseyani & Jauhar (2020)	Deskriptif kuantitatif	Puskesmas Tampa, Kec. Paku, Kab. Barito Timur	Mutu pelayanan Puskesmas berbeda sebelum dan sesudah akreditasi. ²²
8.	Wulandari dkk., (2019)	<i>Cross-Sectional</i>	Puskesmas di Kota Surabaya	Dimensi <i>responsiveness, competence, credibility, communication, access, security, tangibles</i> , dan <i>courtesy</i> berbeda pada Puskesmas terakreditasi

No.	Peneliti, Tahun	Study design	Lokasi Penelitian	Hasil
				dan tidak, sedangkan <i>understanding customer</i> mengalami penurunan dan <i>reliability</i> tidak terdapat perbedaan pasca akreditasi Puskesmas. ¹³
9.	Batubara dkk., (2019)	Case-control	Puskesmas Tiga Dolok dan Huta Bayu Kab. Simalungun	Dimensi <i>empathy</i> tidak berhubungan dengan pelaksanaan akreditasi, tetapi dimensi <i>tangibles, assurance, reliability, responsiveness</i> berhubungan dengan pelaksanaan akreditasi ²³
10.	Putri dkk., (2018)	Cross-sectional	Puskesmas terakreditasi dan tidak terakreditasi di Kab. Kolaka Utara	Ada perbedaan mutu pada Puskesmas terakreditasi dan tidak, mutu pelayanan Puskesmas terakreditasi lebih tinggi. ²⁴
11.	Maulinna, dkk., (2018)	Kualitatif	Puskesmas Bulu Lor, Tambakaji, Bandarharjo, Candilama	Perbedaan input dan proses pelayanan <i>antenatal care</i> antara Puskesmas terakreditasi dan tidak terakreditasi hanya terletak pada sarana dan prasarana, ketersediaan SOP pelayanan dan pengawasannya. Tidak terdapat perbedaan aspek tenaga, dana, perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan pelayanan antenatal. ²⁵
12.	Seha, dkk., (2018)	Cross-Sectional	25 Puskesmas di Yogyakarta	Status akreditasi tidak berdampak pada kelengkapan pengisian rekam medis, persentase kelengkapan sebesar 12% ditemukan pada Puskesmas tidak terakreditasi dan paripurna. ²⁶

Hasil sintesis penelitian menunjukkan adanya variasi dampak akreditasi terhadap kualitas pelayanan Puskesmas. Sejumlah delapan artikel (66,67%) melaporkan adanya peningkatan kualitas pelayanan sebagai dampak pelaksanaan akreditasi sedangkan empat artikel (33,33%) melaporkan bahwa akreditasi tidak berdampak pada peningkatan kualitas pelayanan Puskesmas.

Pembahasan

Hasil kajian terhadap 12 artikel terpilih menunjukkan bahwa umumnya terdapat peningkatan kualitas pelayanan Puskesmas sebagai dampak dilaksanakannya akreditasi (66,67%), meskipun terdapat Puskesmas yang tidak mengalami peningkatan kualitas pasca dilaksanakannya akreditasi.

Kualitas Pelayanan Puskesmas Meningkat Pasca Akreditasi

Kepuasan pasien Puskesmas terakreditasi lebih tinggi dibandingkan Puskesmas yang tidak terakreditasi. Penelitian di Puskesmas Sidorejo dan Simpang Priuk menunjukkan adanya peningkatan kepuasan pada layanan Puskesmas pasca akreditasi.¹⁸ Hal ini sejalan dengan penelitian di Lampung Utara bahwa akreditasi berpengaruh kuat secara kontekstual terhadap kepuasan pasien.²⁷ Penelitian di Puskesmas Srio dan Ranotana Weru Kota Manado juga melaporkan bahwa kepuasan pasien lebih baik pada Puskesmas dengan pencapaian status akreditasi yang lebih tinggi.²⁸ Peningkatan kepuasan pasien sebagai dampak pelaksanaan akreditasi dapat dikarenakan akreditasi mendorong Puskesmas untuk melakukan pelayannya sesuai dengan peraturan-peraturan yang telah diterbitkan sebelumnya. Akreditasi menjadi

mekanisme kontrol yang akan menilai kesesuaian pelayanan terhadap standar.¹⁰ Standar dalam akreditasi Puskesmas secara komprehensif mengatur bagaimana peningkatan mutu berkelanjutan dilaksanakan.¹⁰ Telusur yang diterapkan dalam pelaksanaan penilaian akreditasi dapat mendorong perbaikan secara nyata dilaksanakan di Puskesmas yang dapat berdampak pada meningkatnya kepuasan pasien.

Peningkatan kepuasan pasien dapat berkaitan dengan kualitas layanan. Penelitian di Kota Denpasar menunjukkan bahwa kualitas pelayanan berhubungan dengan kepuasan pasien yang dapat dimediasi oleh pelaksanaan akreditasi.⁴ Kualitas layanan dari perspektif pengguna juga dapat dinilai dari dimensi mutu layanan. Dimensi mutu yang menjadi pembeda kuat kepuasan sebelum dan sesudah pelayanan akreditasi Puskesmas adalah *tangibles*. Kepuasan pasien dari dimensi *tangibles* pada Puskesmas terakreditasi dua kali lipat dibandingkan Puskesmas yang belum terakreditasi.¹⁸ Observasi yang dilakukan pada Puskesmas Priuk dan Sidorejo juga menunjukkan bahwa kondisi fisik Puskesmas terakreditasi lebih baik dari Puskesmas yang belum terakreditasi.¹⁸ Hal ini dapat dijelaskan bahwa pelaksanaan akreditasi menuntut adanya perubahan dalam pelayanan kesehatan.¹³ Puskesmas wajib menyediakan fasilitas yang aman bagi lansia, anak-anak, dan orang dengan kebutuhan khusus.¹⁰ Sejalan dengan penelitian di Puskesmas Pasir Panjang bahwa Puskesmas terakreditasi berusaha menciptakan kelengkapan fisik pada media informasi layanan.²⁹ Penyediaan kamar mandi khusus dan pemasangan *hand rail* menjadi salah satu contoh nyata dalam perubahan fisik Puskesmas pasca akreditasi. Pengaturan terkait penampilan fisik Puskesmas banyak diatur dalam standar kepemimpinan dan manajemen Puskesmas.¹³

Responsiveness menjadi dimensi mutu lainnya yang dominan sebagai pembeda kepuasan pasien terkait akreditasi.³⁰ *Responsiveness* berkaitan dengan kesejahteraan pasien dan dapat digunakan mengevaluasi layanan kesehatan.³¹ *Responsiveness* pada Puskesmas terakreditasi 12,8 kali lebih baik dibandingkan pada Puskesmas yang belum terakreditasi.³⁰ Adanya elemen penilaian akreditasi Puskesmas mengenai pengelolaan keluhan pasien dapat mendorong terciptanya *responsiveness* yang lebih baik dalam pelayanan kesehatan Puskesmas. Penelitian di Kota Surabaya menunjukkan bahwa pengaturan peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien akan berpengaruh pada perbaikan dimensi *responsiveness*.¹³

Peningkatan dimensi *reliability* sejalan dengan penelitian di Kabupaten Simalungun bahwa nilai dimensi ini lebih tinggi pada Puskesmas terakreditasi.³² Hal ini dimungkinkan dengan adanya mekanisme pemantauan indikator mutu terkait ketepatan pelayanan yang diatur dalam standar akreditasi.

Dampak akreditasi terhadap kualitas dapat pula dilihat dari perspektif pelaksana layanan. Penelitian pada 103 Puskesmas terakreditasi di Indonesia menunjukkan bahwa kualitas input dan proses pada *antenatal care* antara Puskesmas terakreditasi dan tidak terakreditasi tampak pada kelengkapan sarana prasarana, tersedianya prosedur layanan dan pengawasan.³³ Adanya panduan layanan dapat mendukung kesuksesan inisiasi peningkatan kualitas.³⁴ Kelengkapan sarana prasarana layanan *antenatal care* dalam akreditasi diatur melalui elemen penilaian kelengkapan fasilitas pada standar kepemimpinan dan manajemen.¹⁰ Kelengkapan prosedur pelayanan serta pengawasan di Puskesmas terakreditasi dapat dikarenakan adanya kewajiban kepemilikan kebijakan termasuk prosedur dalam pelayanan pada standar akreditasi.¹⁰

Kualitas Pelayanan Puskesmas Tidak Meningkat Pasca Akreditasi

Sebesar 33,33% artikel menunjukkan adanya fenomena bahwa akreditasi tidak berdampak pada meningkatnya kualitas layanan Puskesmas. Penelitian di Puskesmas Pasundan menunjukkan bahwa tidak ada hubungan kualitas dengan akreditasi Puskesmas.²¹ Hasil tersebut sejalan dengan penelitian pada 103 Puskesmas terakreditasi di Indonesia bahwa tidak terdapat

perbedaan kualitas input dan proses selain ketersediaan SOP, sarana prasarana, dan pengawasan antara pada Puskesmas yang terakreditasi maupun tidak terakreditasi.³³ Penelitian pada 25 Puskesmas di Yogyakarta juga melaporkan bahwa akreditasi tidak berhubungan dengan kelengkapan pengisian status rekam medis pasien.²⁶ Tidak berdampaknya akreditasi pada proses layanan Puskesmas juga dilaporkan di Puskesmas Kota Bekasi bahwa keefektifan pemanfaatan anggaran tidak secara signifikan berhubungan dengan pelaksanaan akreditasi.¹⁶

Fenomena akreditasi yang tidak berdampak terhadap peningkatan kualitas pelayanan di beberapa Puskesmas dapat disebabkan beberapa faktor. Akreditasi Puskesmas mengatur bagaimana pelayanan Puskesmas harus diselenggarakan, tetapi pelaksanaannya bergantung pada karakteristik organisasi, diantaranya kemauan dan kemampuan organisasi untuk berubah sesuai standar akreditasi. Resistensi organisasi untuk berubah merupakan salah satu kelemahan yang dapat mempengaruhi pelaksanaan akreditasi.³⁵ Hal tersebut sejalan dengan penelitian pada Puskesmas Gayungan, Surabaya yang menunjukkan bahwa kemampuan organisasi untuk belajar berperan penting dalam meningkatkan kinerja organisasi.³⁶ Kinerja organisasi dapat mencerminkan kualitas layanan dari aspek provider sebagai dampak akreditasi Puskesmas. Puskesmas yang berubah dan belajar dapat memenuhi standar akreditasi sehingga mampu meningkatkan kualitas pelayanan.

Resistensi organisasi terhadap perubahan terkait akreditasi dapat pula berkaitan dengan ketersediaan pelaksana. Penelitian di Iran menunjukkan kecukupan staf masih menjadi tantangan dalam keberhasilan akreditasi dalam memenuhi standar akreditasi yang ditetapkan.³⁷ Hal ini sejalan dengan penelitian di Lumajang bahwa beban rangkap akibat ketidakcukupan staf menjadi penghambat keberlanjutan pelaksanaan program pasca penilaian.³⁸ Ketersediaan staf Puskesmas baik jumlah maupun kompetensinya dilaporkan masih menjadi kendala dalam pelaksanaan akreditasi.³⁹ Ketersediaan staf yang mencukupi baik jumlah maupun kompetensinya dapat memudahkan Puskesmas memenuhi standar akreditasi sehingga peningkatan kualitas pelayanan sebagai dampak akreditasi Puskesmas.

Dampak akreditasi terhadap peningkatan kualitas layanan juga dapat terjadi apabila terdapat konsistensi dan keberlanjutan kegiatan pasca akreditasi. Hasil penelitian pada Puskesmas di Kota Surabaya menunjukkan bahwa penilaian akreditasi Puskesmas bermanfaat meningkatkan kualitas apabila panduan dilaksanakan secara konsisten dan berkelanjutan.³ Hal ini juga sejalan dengan penelitian dampak akreditasi pada rumah sakit bahwa kepatuhan terhadap standar akreditasi dapat meningkatkan kinerja.⁴⁰ Kepatuhan terhadap standar akreditasi secara positif berkorelasi dengan kinerja organisasi dalam beberapa aspek termasuk kinerja pemberi layanan kesehatan.⁴¹

Kepatuhan dan keberlanjutan sebagai bentuk pencapaian kegiatan pasca akreditasi dapat dipengaruhi oleh komitmen pimpinan.⁴² Sejalan dengan penelitian pada Puskesmas di Bojonegoro yang menyatakan komitmen pimpinan berpengaruh pada pencapaian kegiatan pasca akreditasi.⁴² Penelitian di Lebanon dan Jordan juga menyatakan bahwa peningkatan kualitas dan keberhasilan akreditasi memerlukan dukungan manajemen dan kepemimpinan yang kuat.⁴³ Dukungan manajemen dapat dilakukan melalui pengintegrasian elemen dalam akreditasi pada target dan proses program dinas kesehatan sebagai bahan monitoring serta evaluasi untuk mendorong keberlanjutan akreditasi pasca penilaian.³⁸

Kesimpulan

Pelaksanaan akreditasi memberikan dampak yang bervariasi terhadap kualitas pelayanan Puskesmas. Sebagian besar penelitian menyatakan akreditasi berdampak pada peningkatan kualitas pelayanan Puskesmas, namun terdapat pula penelitian yang menyatakan bahwa akreditasi tidak berdampak pada meningkatnya kualitas layanan Puskesmas. Dampak

akreditasi terhadap peningkatan kualitas dapat dipengaruhi oleh kemampuan dan kemauan organisasi untuk berubah serta konsistensi dan keberlanjutan pelaksanaan panduan akreditasi pasca penilaian yang dipengaruhi oleh dukungan manajemen dan kepemimpinan yang kuat. Puskesmas perlu menjaga konsistensi dan keberlanjutan pelaksanaan panduan yang diatur dalam akreditasi dengan dukungan manajemen yang kuat untuk dapat menjaga kualitas setelah penilaian akreditasi.

Terbatasnya referensi mengenai faktor efektivitas elemen akreditasi Puskesmas terhadap peningkatan kualitas pelayanan menjadi keterbatasan dalam penelitian ini. Kajian mengenai faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan pasca akreditasi dapat menjadi fokus peneliti selanjutnya.

Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Puskesmas [Internet]. [cited 2022 Oct 7]. Available from: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Search?filter=0&search=peraturan+menteri+kesehatan+43+tahun+2019>
2. Rahma A, Pawelas Arso S, Suparwati Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan A, Kesehatan Masyarakat F. Implementasi Fungsi Pokok Pelayanan Primer Puskesmas Sebagai Gatekeeper dalam Program JKN (Studi di Puskesmas Juwana Kabupaten Pati) [Internet]. Vol. 3. 2015. Available from: <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jkm>
3. Misnaniarti M, Destari PK. Aspek Penting Akreditasi Puskesmas dalam Mendukung Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan* [Internet]. 2018 Apr 26 [cited 2022 Aug 10];10–6. Available from: <https://ejournal2.litbang.kemkes.go.id/index.php/jpppk/article/view/35>
4. Reganata GP, Wirajaya KM. Akreditasi Puskesmas Sebagai Intervening Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien. *BHJ* [Internet]. 2020;4(2):89–97. Available from: <http://ejournal.unbi.ac.id/index.php/BHJ>
5. Pohan I. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan: Dasar-Dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta: EGC; 2015.
6. World Health Organization. Quality of Care: Key Message [Internet]. [cited 2022 Aug 10]. Available from: https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_3
7. Supriyanto S, Wulandari RD. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Health Advocacy; 2011.
8. Husain Akbar F, Pasiga B. Patient Satisfaction Level with Health Care Quality at Dental Hospital of Hasanuddin University. In 2018 [cited 2022 Aug 10]. p. 253–8. Available from: <https://www.mendeley.com/catalogue/eea1fb7d-7e61-38c9-b7c1-c9641f2665fc/>
9. Karunarathne HMLP, Gunawardhana WHT, Edirisinghe J. Analysis of Public Satisfaction on Services Quality of Urban Local Authorities in Sri Lanka. *SSRN Electronic Journal* [Internet]. 2015 [cited 2022 Aug 10]; Available from: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2699879
10. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 46 Tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi [Internet]. [cited 2022 Oct 7]. Available from: http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No._46_ttg_Akreditasi_Puskesmas,_Klinik_Pratama,_Tempat_Praktik_Mandiri_Dokter_dan_Dokter_Gigi_.pdf
11. Ketut ON, Darmini S, Oka AAN, Gorda S. Menyigi Kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas pada Era Pandemi. Available from: <http://ejournal.binawakya.or.id/index.php/MBI>

12. Daneshkohan A, Zarei E, Mansouri T, Maajani K, Ghasemi MS iyahat, Rezaeian M. Factors affecting job motivation among health workers: a study from Iran. *Glob J Health Sci* [Internet]. 2015 [cited 2022 Aug 10];7(3). Available from: <https://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/40031>
13. Wulandari RD, Ridho IA, Supriyanto S, Qomaruddin MB, Damayanti NA, Laksono AD, et al. Pengaruh Pelaksanaan Akreditasi Puskesmas terhadap Kepuasan Pasien. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia* [Internet]. 2019 Sep 7 [cited 2022 Aug 10];15(3):228–36. Available from: <http://journal.unhas.ac.id/index.php/mkmi/article/view/6195>
14. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 [Internet]. [cited 2022 Sep 10]. Available from: http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No._44_ttg_Pedoman_Manajemen_Puskesmas_.pdf
15. Faryanti D, Saputra H, Putri A. Comparative Study Kinerja Dengan Balanced Scorecard Puskesmas Terakreditasi & Terimplementasi Iso 9001: 2008 di Puskesmas Cilandak Timur & Pejaten Barat III. *Jurnal Health Sains* [Internet]. 2022;3(2). Available from: <https://doi.org/10.46799/jhs.v3i2.417>
16. Anggraini A. The Effect Of Implementation Of Permenkes No 46 Of 2015 Regarding Accreditation Of Puskesmas, Primary Clinics, Places Of Mandiri Doctor Practices, And Mandiri Medical Practices On The Performance Of Human Resources And The Effectiveness Of Using The Use O. *Science Midwifery*. 2022 Apr 30;10(2):1952–8.
17. Dawanson D, Arifin J. Analisis Perbedaan Kualitas Pelayanan Sebelum dan Sesudah Akreditasi di UPTD Puskesmas Telang Siong Kecamatan Paju Epat Kabupaten Barito Timur. *JAPB* [Internet]. 2021 [cited 2022 Aug 10];4(1). Available from: <http://jurnal.stiatabalong.ac.id/index.php/JAPB/article/view/492/399>
18. Ariyanti F, Arofi SP. Studi Mutu (ServQual) dan Kepuasan Pasien Berdasarkan Akreditasi Puskesmas. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat* [Internet]. 2021 Sep 1 [cited 2022 Aug 10];10(03):180–90. Available from: <https://journals.stikim.ac.id/index.php/jikm/article/view/509>
19. Sulaiman L, Kamariyah Sani S, Tasim M. Perbedaan Persepsi Pasien Tentang Mutu Pelayanan Sebelum dan Sesudah Akreditasi di Puskemas Praya Kabupaten Lombok Tengah. [cited 2022 Aug 10]; Available from: <https://jkqh.uniqlhba.ac.id/index.php/kesehatan/article/view/241>
20. Faridah F, Arifin J. Analisis Perbedaan Kualitas Pelayanan Sebelum dan Sesudah Akreditasi di UPTD Puskesmas Ampah Kecamatan Dusun Tengah Kabupaten Barito Timur. *JAPB*. 2021;
21. Nurcholis M, Sureskiarti E. Hubungan Akreditasi terhadap Kualitas Pelayanan di Pukesmas Pasundan Samarinda. *Borneo Student Research* [Internet]. [cited 2022 Aug 21];1:2020. Available from: <https://journals.umkt.ac.id/index.php/bsr/article/view/920/594>
22. Miseyani M, Arifin J. Analisis Perbedaan Kualitas Pelayanan Sebelum dan Sesudah Akreditasi Di UPTD Puskesmas Tampa Kecamatan Paku Kabupaten Barito Timur. *JAPB*. 2020;
23. Ariyani Damayanti N, Patria Jati S, Yunila Fatmasari Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan E, Kesehatan Masyarakat F. Analisis Perbedaan Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Mutu Pelayanan Rawat Jalan Puskesmas Berstatus Akreditasi Utama dan Paripurna di Kota Semarang. *JKM* [Internet]. 2018;6(5):2356–3346. Available from: <http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm>

24. Kasmiasi P, Muhammad R, Andi Yusuf. Perbedaan Mutu Pelayanan Kesehatan Terhadap Puskesmas Terakreditasi Puskesmas Dan Puskesmas Tidak Terakreditasi Di Kabupaten Kolaka Utara Tahun 2021. *NersMid Jurnal Keperawatan dan Kebidanan* [Internet]. 2021 [cited 2022 Aug 10];9(1). Available from: <http://nersmid.unmerbaya.ac.id/index.php/nersmid/article/view/101>
25. Maulinna I, Sriatmi A, Jati SP. Perbandingan Kualitas Input Dan Proses Pelayanan Antenatal Yang Berkualitas Oleh Bidan di Puskesmas Kota Semarang Berdasarkan Status Akreditasi. *[Internet]. 2018 [cited 2022 Aug 10];6(1). Available from: <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/19829>*
26. Seha HN, Tamtomo D, Sulaeman ES. Does Accreditation Status Affect Job Performance of the Electronic Medical Record Clerks at Community Health Center? *Journal of Health Policy and Management* [Internet]. 2018 [cited 2022 Aug 11];3(1):56–62. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/229578008.pdf>
27. Widayati MY, Tamtomo D, Adriani RB. Factors Affecting Quality of Health Service and Patient Satisfaction in Community Health Centers in North Lampung, Sumatera. *Journal of Health Policy and Management*. 2017;02(02):165–75.
28. Mokobimbing VM, Mandagi CKF, Korompis GEC, Kesehatan F, Universitas M, Ratulangi S, et al. Analisis Tingkat Kepuasan Pasien di Tinjau Dari Perbedaan Status Akreditasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas Sario dan Puskesmas Ranotana Weru Kota Manado. Vol. 8, *Jurnal KESMAS*. 2019.
29. Fernandez LDI, Kenjam Y, Dodo DO. Mutu Pelayanan Kesehatan Puskesmas Pasir Panjang Pasca Akreditasi. *Media Kesehatan Masyarakat*. 2021 Dec 4;3(3):276–85.
30. Marlina S, Silalahi N, Insani SD, Tarigan HN, Sitorus FE. Hubungan Status Akreditasi Puskesmas Dengan Mutu Pelayanan Di Kabupaten Simalungun. *Jurnal Penelitian Keperawatan Medik* [Internet]. 2020 Apr 30 [cited 2022 Aug 9];2(2):45–53. Available from: <http://ejournal.delihusada.ac.id/index.php/JPKM/article/view/239>
31. Dian H, Arso SP, Wigati PA. Analisis Responsiveness Pelayanan Kesehatan Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Nasional Diponegoro Semarang. [cited 2022 Aug 11]; Available from: <https://media.neliti.com/media/publications/107986-ID-analisis-responsiveness-pelayanan-keseha.pdf>
32. Batubara S, Roswitha Napitupulu L, Kasim F, Dame Manalu E, Jauhari W. Hubungan Status Akreditasi Puskesmas dengan Mutu Pelayanan di Kabupaten Simalungun. *Wahana Inovasi*. 2019;8(1).
33. Harso AD, Siswanto H, Syarif AK. Hubungan Status Akreditasi Puskesmas dengan Capaian Program Antenatal Care. *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. 2020 Sep 30;30(3).
34. Valier ARS. Looking to Improve Your Practice? Consider the Science of Quality Improvement to Get Started. *J Athl Train* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2022 Aug 24];55(11):1137–41. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7709208/pdf/i11062-6050-55-11-1137.pdf>
35. Ng GK, Leung GK, Johnston JM, Cowling BJ. Factors affecting implementation of accreditation programmes and the impact of the accreditation process on quality improvement in hospitals: a SWOT analysis. *Hong Kong Medical Journal*. 2013 Oct 1;19(5):434–46.
36. Sara R, Dwi Wulandari R, Laksono A. The Organizational Learning Implementation to Improve Accreditation Performance at the Gayungan Health Center, Surabaya, Indonesia. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology* [Internet]. 2020 Oct 7 [cited 2022

- Aug 24]; Available from: https://www.researchgate.net/profile/Agung-Laksono-2/publication/344623497_The_Organizational_Learning_Implementation_to_Improve_Accreditation_Performance_at_the_Gayungan_Health_Center_Surabaya_Indonesia/links/5fc278dba6fdcc6cc678c147/The-Organizational-Learning-Implementation-to-Improve-Accreditation-Performance-at-the-Gayungan-Health-Center-Surabaya-Indonesia.pdf
37. Tashayoei N, Raeissi P, Nasiripour AA. Challenges of implementation of hospital accreditation in Iran: an exploratory factor analysis. *Journal of the Egyptian Public Health Association*. 2020 Dec 18;95(1):5.
 38. Daeyani R. Keberlanjutan Implementasi Program Akreditasi Puskesmas Pasca Terakreditasi Di Kabupaten Lumajang [Internet]. [Yogyakarta]: Universitas Gadjah Mada; 2018 [cited 2022 Jul 24]. Available from: <http://etd.repository.ugm.ac.id/penelitian/detail/163120?msclkid=edb58d11c47b11ec9d5f93910f441f47>
 39. Stevani J. Proses Persiapan Akreditasi Puskesmas Kertek II. HIGEA: HIGEIA JOURNAL OF PUBLIC HEALTH RESEARCH AND DEVELOPMENT [Internet]. 2019 [cited 2022 Jul 23];3(1). Available from: <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia>
 40. Hussein M, Pavlova M, Ghalwash M, Groot W. The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 2021 Dec 6;21(1):1057.
 41. Althumairi A, Alzahrani A, Alanzi T, al Wahabi S, Alrowaie S, Aljaffary A, et al. Factors affecting compliance with national accreditation essential safety standards in the Kingdom of Saudi Arabia. *Sci Rep*. 2022 Dec 9;12(1):7562.
 42. Suprihadi S, Siyoto S, Suprpto SI. Analysis Commitment Leadership of Community Health Center Inpatient to Achievement Performance Evaluation after Accreditation Status. In: *Strata International Conference Health* [Internet]. 2020 [cited 2022 Aug 24]. p. 2–1. Available from: <https://thesich.org/sich2/index.php/sich2/article/view/34/27>
 43. El-Jardali F, Hemadeh R, Jaafar M, Sagherian L, El-Skaff R, Mdeihly R, et al. The impact of accreditation of primary healthcare centers: successes, challenges and policy implications as perceived by healthcare providers and directors in Lebanon. *BMC Health Serv Res*. 2014 Dec 25;14(1):86.

FACTORS RELATED TO COMPLIANCE IN PAYING CONTRIBUTION AMONG NATIONAL HEALTH INSURANCE MANDIRI MEMBERS IN OESAPA VILLAGE, KUPANG CITY

Selvia Konga Naha^{1*}, Rina Waty Sirait², Yoseph Kenjam³

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

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

*Korespondensi: selvikonga@gmail.com

Abstract

Compliance for national health insurance mandiri members to pay contributions is important to facilitate health service use. Low of the education, knowledge, insufficient income, and a lack of motivation are factors causing compliance in paying contributions. The aim of this research was to determine of the factor related to the compliance of national health insurance mandiri members in paying contribution in Oesapa Village, Kupang City, in 2022. This research is quantitative using a cross-sectional study. The population in this study was 4.323 people. The sample is 94 people selected by a simple random sampling technique. Data analysis was carried out by univariate and bivariate, with chi-square statistical test. The result showed there was a relationship between education (0.012), income (0.000), knowledge (0.001), travel time (0.005), perception (0.000), and motivation (0.001) with compliance of members in paying contribution. Work (0.839) was not related with compliance of national health insurance mandiri members in paying contribution. National health insurance is expected to further improve information and socialization to members regarding the insurance program to encourage the public to be more compliant in paying contributions.

Keywords: BPJS Kesehatan, Compliance, Contribution.

Abstrak

Kepatuhan bagi peserta jaminan kesehatan mandiri untuk membayar iuran adalah hal penting untuk memudahkan dalam penggunaan layanan kesehatan. Rendahnya pendidikan, pengetahuan, pendapatan yang tidak cukup, dan kurangnya motivasi merupakan faktor penyebab terjadinya tunggakan dalam melakukan pembayaran iuran. Tujuan dari penelitian ini yaitu mengetahui faktor-faktor yang berkaitan dengan kepatuhan peserta jaminan kesehatan mandiri dalam membayar iuran di Kelurahan Oesapa, Kota Kupang tahun 2022. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yang menggunakan studi *cross-sectional*. Populasi dalam penelitian ini sebanyak 4.323 jiwa. Sampel penelitian berjumlah 94 orang yang dipilih menggunakan teknik *simple random sampling*. Pada analisis data secara univariat dan bivariat, dengan uji statistik *chi square*. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara tingkat pendidikan (0,012), tingkat pendapatan (0,000), tingkat pengetahuan (0,001), waktu tempuh (0,005), persepsi (0,000), dan motivasi (0,001) dengan kepatuhan peserta jaminan kesehatan mandiri dalam membayar iuran. Pekerjaan (0,839) tidak berhubungan dengan kepatuhan peserta jaminan kesehatan mandiri dalam membayar iuran. BPJS Kesehatan diharapkan lebih meningkatkan informasi dan sosialisasi pada peserta mengenai program jaminan kesehatan nasional supaya masyarakat mempunyai motivasi untuk lebih taat dalam pembayaran iuran.

Kata kunci: BPJS Kesehatan, Kepatuhan, Iuran.

Pendahuluan

Jaminan kesehatan merupakan jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta mendapatkan manfaat perlindungan dan pemeliharaan kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau yang iurannya telah dibayarkan oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah.¹ Badan hukum yang dibentuk untuk melaksanakan program jaminan kesehatan adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.²

Masyarakat yang berpartisipasi menjadi peserta jaminan kesehatan khususnya peserta mandiri terus meningkat, tapi tidak sejalan dengan kepatuhan dalam pembayaran iuran.³

Kepatuhan bagi peserta mandiri untuk membayar iuran adalah hal penting untuk memudahkan dalam penggunaan layanan kesehatan. Rendahnya tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, pendapatan yang tidak cukup, dan kurangnya motivasi dari peserta merupakan faktor penyebab terjadinya tunggakan dalam melakukan pembayaran iuran.⁴

Jumlah penduduk di Indonesia yang sudah terdaftar sebagai peserta jaminan kesehatan hingga 30 November 2021 telah mencapai 229.514.068 jiwa dengan jumlah peserta mandiri sebanyak 30.925.140 jiwa (13,4%).⁵ Di Provinsi Nusa Tenggara Timur, masyarakat yang sudah terdaftar sebagai peserta jaminan kesehatan sebanyak 4.268.780 jiwa dengan jumlah peserta mandiri sebanyak 220.796 jiwa (5,1%).⁶ Di Kota Kupang, penduduk yang sudah terdaftar sebagai peserta jaminan kesehatan sebanyak 330.327 jiwa dengan jumlah peserta mandiri sebanyak 62.339 jiwa (18,8%) dan tunggakan sampai dengan bulan Maret 2022 sebanyak 42.700 jiwa (68,5%). Data BPJS Kesehatan menyatakan bahwa kelurahan dengan tunggakan paling tinggi di seluruh kelurahan di Kota Kupang adalah Kelurahan Oesapa. Kelurahan Oesapa berada di Kecamatan Kelapa Lima. Jumlah peserta jaminan kesehatan mandiri di Kecamatan Kelapa Lima sebanyak 11.115 jiwa dengan jumlah peserta menunggak sebanyak 7.925 jiwa (71,3%). Sementara itu, di Kelurahan Oesapa jumlah peserta yang menunggak sebanyak 3.241 jiwa atau setara dengan 75% dari jumlah peserta jaminan kesehatan mandiri yaitu sebanyak 4.323 jiwa.⁷

Hasil penelitian di Rumah Sakit Labuang Baji menyebutkan bahwa kepatuhan dalam membayar iuran bagi peserta dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, tingkat pengetahuan, jenis pekerjaan, tingkat pendapatan, motivasi dan persepsi.⁸ Penelitian lain yang sejalan yaitu di Kota Depok juga menyatakan kepatuhan membayar dipengaruhi oleh umur peserta, mutu pelayanan kesehatan, tarif iuran, cara membayar, jenis kelamin peserta, kemudahan informasi dan dukungan anggota keluarga.⁹ Penelitian yang dilakukan di Kota Solok juga menyebutkan bahwa ketaatan peserta dalam membayar iuran dipengaruhi oleh jarak menuju tempat pembayaran, banyaknya anggota keluarga yang ditanggung, persepsi pada layanan kesehatan, serta persepsi terhadap risiko.¹⁰

Berdasarkan survei pendahuluan, beberapa peserta jaminan kesehatan mandiri di Kelurahan Oesapa mengeluhkan bahwa alasan mereka tidak patuh membayar iuran jaminan kesehatan adalah tidak cukupnya pendapatan yang diperoleh untuk pemenuhan kebutuhan apalagi untuk membayar iuran. Peserta menyatakan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan kurang maksimal padahal sudah membayar iuran ditambah lagi waktu tempuh menuju tempat pembayaran dan waktu tunggu ketika melakukan pembayaran di bank yang memakan waktu cukup lama. Selain itu, peserta beranggapan bahwa mereka tidak sakit sehingga tidak perlu melakukan pembayaran dan ketika sakit serta membutuhkan pengobatan barulah melakukan pembayaran iuran. Keluhan lain yang menyebabkan ketidakpatuhan yaitu peserta menyatakan kurang mendapatkan sosialisasi dan informasi dari BPJS Kesehatan terkait pembayaran iuran sehingga pemahaman mereka terbatas tentang manfaat jika melakukan pembayaran iuran. Tujuan dalam penelitian ini untuk memahami faktor-faktor yang berkaitan dengan kepatuhan membayar iuran pada peserta jaminan kesehatan mandiri di Kelurahan Oesapa.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yang menggunakan studi potong lintang (*cross-sectional*) dengan metode *survey analitik*. Penelitian dilaksanakan di wilayah Kelurahan Oesapa, Kecamatan Kelapa Lima, Kota Kupang. Penelitian dilaksanakan dari bulan Maret hingga bulan September 2022. Populasi dalam penelitian ini merupakan semua peserta jaminan kesehatan mandiri di Kelurahan Oesapa sebanyak 4.323 jiwa dan jumlah

sampel sebanyak 94 orang. Pengambilan sampel yang digunakan ialah teknik *simple random sampling*. Variabel dependen pada studi ini ialah kepatuhan membayar iuran, sedangkan variabel independennya yaitu tingkat pendidikan, pekerjaan, tingkat pendapatan, tingkat pengetahuan, waktu tempuh, persepsi, dan motivasi. Kepatuhan membayar iuran merupakan tindakan yang dilaksanakan masyarakat dalam membayar iuran berdasarkan waktu yang ditentukan dengan kriteria objektif yaitu patuh jika dilakukan setiap tanggal ≤ 10 , tidak patuh jika tidak membayar iuran atau membayar lebih dari tanggal > 10 . Tingkat pendidikan tinggi apabila \geq SMA, dan rendah apabila \leq SMP. Bekerja apabila responden memiliki pekerjaan, tidak bekerja apabila responden tidak memiliki pekerjaan. Tingkat pendapatan cukup apabila pendapatan keluarga dengan UMR Kota Kupang tahun 2021 \geq Rp2.039.500, dan kurang apabila pendapatan keluarga dengan UMR Kota Kupang tahun 2021 $<$ Rp2.039.500. Tingkat pengetahuan rendah apabila skor 0-4, tinggi apabila skor 5-8. Waktu tempuh lama apabila ≥ 15 menit, cepat apabila < 15 menit. Persepsi positif apabila total jawaban sampel $\geq 62,5\%$, negatif apabila total jawaban sampel $< 62,5\%$. Motivasi rendah apabila skor $0 \leq - \leq 3$, tinggi apabila skor $4 \leq - \leq 6$.

Pengumpulan data melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner. Analisis data dilakukan secara univariat dan bivariat dengan melakukan uji statistik *chi square*. Studi ini telah memperoleh persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana dengan nomor *ethical approval*: 2022145-KEPK.

Hasil

Karakteristik umum responden berdasarkan umur, tarif iuran, dan jenis kelamin di Kelurahan Oesapa, Kota Kupang dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Umum Responden Menurut Umur, Tarif Iuran, dan Jenis Kelamin di Kelurahan Oesapa Tahun 2022

Karakteristik	Frekuensi (n=94)	Proporsi (%)
Umur		
≤ 35 tahun	34	36,2
36-50 tahun	43	45,7
51-65 tahun	11	11,7
> 65 tahun	6	6,4
Jenis Kelamin		
Laki-laki	54	57,4
Perempuan	40	42,6
Tarif Iuran		
Kelas 1	4	4,3
Kelas 2	24	25,5
Kelas 3	66	70,2

Tabel 1 menunjukkan bahwa proporsi umur terbesar terdapat dalam kategori umur 36-50 tahun (45,7%), berjenis kelamin laki-laki (57,4%), dan mempunyai tarif iuran kelas tiga (70,2%). Distribusi responden berdasarkan kepatuhan membayar, tingkat pendidikan, pekerjaan, tingkat pendapatan, tingkat pengetahuan, waktu tempuh, persepsi dan motivasi di Kelurahan Oesapa, Kota Kupang dapat dilihat pada tabel 2. Responden paling banyak tidak patuh dalam membayar iuran jaminan kesehatan (59,6%) dan memiliki tingkat pendapatan kurang (61,7%).

Tabel 2. Distribusi Responden Menurut Kepatuhan Membayar, Tingkat Pendidikan, Pekerjaan, Tingkat Pendapatan, Tingkat Pengetahuan, Waktu Tempuh, Persepsi dan Motivasi di Kelurahan Oesapa, Kota Kupang Tahun 2022

Karakteristik	Frekuensi (n=94)	Proporsi (%)
Kepatuhan Membayar		
Tidak Patuh	56	59,6
Patuh	38	40,4
Tingkat Pendidikan		
Rendah	21	22,3
Tinggi	73	77,7
Pekerjaan		
Tidak Bekerja	17	18,1
Bekerja	77	81,9
Tingkat Pendapatan		
Kurang	58	61,7
Cukup	36	38,3
Tingkat Pengetahuan		
Rendah	43	45,7
Tinggi	51	54,3
Waktu Tempuh		
Lama	29	30,9
Cepat	65	69,1
Persepsi		
Negatif	40	42,6
Positif	54	57,4
Motivasi		
Rendah	37	39,4
Tinggi	57	60,6

Responden yang memiliki tingkat pendidikan tinggi paling banyak tidak patuh membayar iuran jaminan kesehatan, sedangkan yang memiliki tingkat pendidikan rendah paling banyak tidak patuh membayar iuran jaminan kesehatan. Responden yang bekerja paling banyak tidak patuh membayar iuran, sedangkan yang tidak bekerja paling banyak tidak patuh membayar iuran. Responden yang memiliki tingkat pendapatan cukup paling banyak patuh membayar iuran, sedangkan yang memiliki pendapatan kurang paling banyak tidak patuh membayar iuran. Responden yang memiliki tingkat pengetahuan tinggi paling banyak patuh membayar iuran, sedangkan yang memiliki tingkat pengetahuan rendah paling banyak tidak patuh membayar iuran. Responden yang memiliki waktu tempuh cepat paling banyak patuh membayar iuran, sedangkan yang memiliki waktu tempuh lama paling banyak tidak patuh membayar iuran. Responden yang memiliki persepsi positif paling banyak patuh membayar iuran, sedangkan yang memiliki persepsi negatif paling banyak tidak patuh membayar iuran. Responden yang memiliki motivasi tinggi paling banyak patuh membayar iuran, sedangkan yang memiliki motivasi rendah paling banyak tidak patuh membayar iuran. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan (0,012), tingkat pendapatan (0,000), tingkat pengetahuan (0,001), waktu tempuh (0,005), persepsi (0,000), dan motivasi (0,001) dengan kepatuhan peserta jaminan kesehatan mandiri membayar iuran. Pekerjaan (0,839) tidak berhubungan dengan kepatuhan membayar

iuran jaminan kesehatan di Kelurahan Oesapa Kota Kupang. Selengkapnya dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 3. Hubungan Tingkat Pendidikan, Pekerjaan, Tingkat Pendapatan, Tingkat Pengetahuan, Persepsi, Waktu Tempuh dan Motivasi terhadap Kepatuhan dalam Membayar Iuran di Kelurahan Oesapa, Kota Kupang Tahun 2022

Variabel	Kepatuhan Membayar				Total		<i>p-value</i>
	Tidak Patuh		Patuh		n	%	
	n	%	n	%			
Tingkat Pendidikan							
Rendah	18	85,7	3	14,3	21	100	0,012
Tinggi	38	52,1	35	47,9	73	100	
Pekerjaan							
Tidak Bekerja	11	64,7	6	35,3	17	100	0,839
Bekerja	45	58,4	32	41,6	77	100	
Tingkat Pendapatan							
Kurang	46	80,4	12	19,6	58	100	0.000
Cukup	10	34,9	26	65,1	36	100	
Tingkat Pengetahuan							
Rendah	34	79,1	9	20,9	43	100	0,001
Tinggi	22	43,1	29	56,9	51	100	
Waktu Tempuh							
Lama	24	82,8	5	17,2	28	100	0,005
Cepat	32	49,2	33	50,8	65	100	
Persepsi							
Negatif	36	90	4	10	40	100	0.000
Positif	20	37	34	63	54	100	
Motivasi							
Rendah	30	81,1	7	18,9	37	100	0,001
Tinggi	26	45,6	31	54,4	57	100	

Pembahasan

Tingkat pendidikan merupakan jenjang pendidikan tingkat formal yang pernah digapai seseorang serta dibuktikan melalui ijazah.⁸ Pendidikan masyarakat berperan penting pada pengambilan keputusan dan menjadikan masyarakat kritis pada suatu hal. Masyarakat dengan tingkat pendidikan tinggi memiliki pengetahuan yang lebih luas daripada yang berpendidikan rendah.¹⁰ Hasil dalam penelitian ini menyatakan bahwa tingkat pendidikan berhubungan terhadap kepatuhan peserta dalam pembayaran iuran. Seseorang yang memiliki tingkat pendidikan tinggi, lebih memahami kebutuhan yang dianggap penting misalnya kebutuhan akan pelayanan kesehatan yaitu dengan cara membayar iuran jaminan kesehatan. Tingkat pendidikan yang semakin tinggi menyebabkan kepatuhan peserta dalam membayar iuran semakin meningkat karena peserta jaminan kesehatan mandiri memiliki pemahaman dan informasi yang baik mengenai pentingnya jaminan kesehatan. Responden yang mempunyai tingkat pendidikan rendah akan mempunyai pemahaman yang rendah pula terhadap pentingnya jaminan kesehatan sehingga menyebabkan ketidakpatuhan dalam membayar iuran.¹¹ Hasil dari studi ini sejalan dengan beberapa penelitian lainnya, seperti penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Labuang Baji Kota Makassar yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat pendidikan dengan kepatuhan membayar iuran.⁸ Penelitian

lain yang dilakukan di Kabupaten Kudus juga menunjukkan bahwa pendidikan memengaruhi kepatuhan dalam membayar iuran, tingkat pendidikan yang tinggi mempunyai kemungkinan peserta untuk bersedia membayar iuran jaminan kesehatan lebih tinggi dibandingkan yang mempunyai tingkat pendidikan rendah.¹²

Pekerjaan dibutuhkan seseorang untuk memperoleh penghasilan.⁸ Penghasilan diperoleh peserta berdasarkan bentuk pekerjaan yang dilakukan. Uang hasil bekerja bisa dipergunakan dalam pemenuhan kebutuhan dan bisa juga digunakan untuk melakukan pembayaran iuran.¹³ Hasil penelitian menemukan bahwa pekerjaan tidak berhubungan dengan kepatuhan untuk membayar iuran pada peserta mandiri. Hal ini disebabkan karena pekerjaan responden sebagai karyawan swasta, wiraswasta, tenaga ahli pekerja bebas cenderung lebih fokus pada pekerjaan yang dilakukan dan tidak memiliki kesempatan untuk melakukan pembayaran iuran jaminan kesehatan. Hasil dari studi ini didukung dengan beberapa studi lainnya, yang menyatakan bahwa kepatuhan dalam membayar iuran di RSUD Mamuju tidak berhubungan dengan pekerjaan. Penyebabnya karena jenis pekerjaan tidak menentukan kepatuhan dalam membayar iuran.¹³ Studi ini juga didukung dengan penelitian di Kelurahan Bontomanai, Kabupaten Gowa yang menunjukkan bahwa pekerjaan tidak mempunyai pengaruh terhadap kepatuhan untuk melakukan pembayaran iuran.¹⁴

Pendapatan merupakan upah yang diperoleh dari kegiatan seseorang yang didapatkan dalam jangka waktu tertentu.¹³ Hasil dalam studi ini menemukan bahwa tingkat pendapatan berhubungan terhadap kepatuhan peserta jaminan kesehatan dalam membayar iuran. Hal ini disebabkan karena masyarakat yang berpendapatan tinggi, memiliki kemampuan yang lebih tinggi dalam melakukan pembayaran iuran jaminan kesehatan. Masyarakat yang berpendapatan rendah memiliki kemampuan membayar iuran yang rendah, karena banyaknya kebutuhan hidup yang harus dipenuhi.⁸ Hasil dari studi ini didukung dengan beberapa studi lainnya, yakni di instalasi rawat inap RSUD Sidoarjo bahwa kepatuhan dalam pembayaran iuran bagi peserta mandiri dipengaruhi oleh tingkat pendapatan. Pendapatan rendah yang diperoleh responden biasanya digunakan untuk pemenuhan kebutuhan primer saja. Akibatnya, responden kesulitan untuk menyisihkan pendapatan untuk membayar iuran jaminan kesehatan sehingga menyebabkan terjadinya tunggakan.¹⁵ Berdasarkan penelitian di Kelurahan Pacitan, tingkat pendapatan juga berhubungan terhadap kepatuhan dalam pembayaran iuran. Semakin tinggi jumlah pendapatan peserta, maka kesadaran untuk membayar iuran secara teratur akan meningkat. Sebaliknya, peserta yang memiliki pendapatan rendah maka kesadaran untuk membayar iuran akan rendah.¹⁶

Pengetahuan adalah informasi yang diperoleh seseorang yang mampu menambah pemahaman terhadap informasi yang didapatkan.¹⁷ Pengetahuan yang cukup tentang jaminan kesehatan akan memengaruhi keteraturan dalam membayar iuran sedangkan pengetahuan peserta yang kurang mengenai jaminan kesehatan dapat berakibat terhadap perilaku peserta untuk tidak teratur melakukan pembayaran iuran.¹⁸ Hasil dalam studi ini menemukan bahwa tingkat pengetahuan berhubungan dengan kepatuhan peserta dalam pembayaran iuran jaminan kesehatan. Faktor penghambat keberlanjutan untuk membayar pada peserta jaminan kesehatan mandiri adalah kurangnya pengetahuan tentang manfaat dan akibat yang diperoleh jika tidak patuh membayar iuran.⁸ Hasil studi ini didukung oleh beberapa penelitian lainnya, yakni hasil penelitian di Puskesmas Tamamaung yang menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan berpengaruh pada keteraturan peserta mandiri untuk melakukan pembayaran. Pengetahuan peserta dapat membuat mereka melakukan pertimbangan untuk taat membayar serta dapat terhindar dari denda.¹⁹ Hasil penelitian di Kota Jambi juga menunjukkan ketaatan dalam membayar pada peserta mandiri berhubungan erat dengan tingkat pengetahuan peserta. Peserta yang memiliki pengetahuan tinggi mempunyai informasi yang baik tentang manfaat

membayar maka timbul keinginan untuk melakukan pembayaran, sedangkan peserta yang berpengetahuan rendah dapat tidak taat dalam membayar disebabkan minimnya informasi tentang manfaat berasuransi dan kurang tahu tentang denda apabila terlambat membayar.²⁰

Temuan lain dalam penelitian ini adalah bahwa terdapat hubungan antara waktu tempuh dengan keteraturan dalam pembayaran iuran bagi peserta jaminan kesehatan mandiri. Waktu tempuh yang digunakan adalah penentu bagi peserta dalam meningkatkan keteraturannya membayar iuran. Waktu tempuh yang cepat maka peserta akan taat untuk melakukan pembayaran, sedangkan apabila waktu tempuh yang lama maka terjadi penurunan ketaatan peserta untuk melakukan pembayaran.²¹ Hasil dari studi ini didukung dengan beberapa studi lainnya, yaitu yang dilakukan di Kabupaten Pacitan menunjukkan bahwa waktu tempuh berhubungan terhadap keteraturan dalam melakukan pembayaran iuran. Waktu tempuh yang lama menyebabkan peserta malas untuk melakukan pembayaran iuran.²¹ Hasil penelitian di Kelurahan Cempaka Putih juga menunjukkan terdapat hubungan antara waktu tempuh dengan kepatuhan dalam membayar iuran. Waktu tempuh yang cepat akan membuat peserta patuh daripada yang memiliki waktu tempuh yang lama.²²

Persepsi terhadap pelayanan kesehatan adalah perbandingan antara harapan peserta mandiri mengenai pelayanan kesehatan dengan kenyataan yang diperoleh.²³ Informasi yang diperoleh pertama kali merupakan hal yang menyebabkan terbentuknya persepsi peserta.¹⁰ Hasil dalam studi ini menyatakan bahwa persepsi berhubungan terhadap kepatuhan peserta dalam pembayaran iuran jaminan kesehatan. Hal ini disebabkan karena responden menyadari bahwa dengan membayar iuran yang nominalnya relatif kecil, mereka dapat memperoleh perlindungan dari risiko sakit terutama untuk perawatan rawat inap dan tindakan medis yang memerlukan biaya tinggi. Hasil studi ini didukung dengan beberapa studi lainnya, yakni hasil penelitian di Desa Puger Kulon, Kecamatan Puger menyatakan terdapat hubungan antara persepsi terhadap keteraturan dalam melakukan pembayaran iuran. Peserta yang memiliki persepsi positif akan lebih mempunyai peluang untuk patuh dalam membayar.²³ Hasil penelitian di Puskesmas Tamamaung juga menunjukkan bahwa ketaatan dalam membayar iuran berhubungan dengan persepsi peserta. Pengalaman pertama yang menyenangkan maupun tidak menyenangkan yang diperoleh oleh peserta memiliki pengaruh pada terbentuknya persepsi untuk taat dalam melakukan pembayaran iuran.¹⁹

Motivasi adalah tindakan dan sikap seseorang yang terbentuk akibat adanya dorongan dalam diri individu sendiri maupun dari orang lain.²⁴ Definisi lain dari motivasi yaitu hubungan antara sikap individu dengan lingkungannya yang dapat membuat terjadinya peningkatan atau penurunan sikap pada individu.¹³ Hasil dalam studi ini menemukan bahwa motivasi berhubungan terhadap kepatuhan peserta dalam pembayaran iuran. Hal ini disebabkan keinginan untuk membayar iuran jaminan kesehatan sangat dipengaruhi oleh motivasi yang dimiliki oleh setiap orang. Peserta yang memiliki motivasi tinggi akan lebih patuh dalam membayar iuran jaminan kesehatan dibandingkan yang memiliki motivasi rendah. Hasil dari studi ini didukung dengan beberapa studi lainnya, yakni di Puskesmas Bajeng yang menyebutkan bahwa keteraturan peserta dalam membayar iuran berhubungan dengan motivasi. Motivasi tinggi bisa meningkatkan keteraturan untuk melakukan pembayaran, sedangkan jika memiliki motivasi rendah maka kesadaran dalam membayar iuran akan rendah pula.¹⁸ Hasil penelitian di Puskesmas Lubuk Basung juga menunjukkan bahwa motivasi memengaruhi keteraturan peserta untuk melakukan pembayaran iuran. Motivasi dari lingkungan terdekat seperti tetangga, keluarga dan teman memengaruhi kepatuhan peserta dalam membayar iuran.²⁵

Kesimpulan

Tingkat pendidikan, tingkat pendapatan, tingkat pengetahuan, waktu tempuh, persepsi dan motivasi merupakan faktor-faktor yang memiliki hubungan terhadap kepatuhan dalam membayar iuran jaminan kesehatan di Kelurahan Oesapa sedangkan faktor yang tidak berhubungan adalah pekerjaan. BPJS Kesehatan perlu meningkatkan hal terkait informasi dan sosialisasi pada peserta mengenai program jaminan kesehatan seperti cara menggunakan, cara pembayaran, dan sanksi yang diberikan apabila menunggak membayar agar peserta lebih termotivasi untuk taat dalam melakukan pembayaran iuran jaminan kesehatan. Selain itu, pihak Kelurahan Oesapa perlu mendata anggota masyarakat yang termasuk dalam golongan kurang mampu untuk diakomodasi dalam mendapatkan bantuan pembiayaan kesehatan sebagai penerima bantuan iuran jaminan kesehatan.

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih disampaikan kepada pihak Kelurahan Oesapa dan semua responden yang telah berkontribusi dalam penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. Presiden RI. Peraturan Presiden Nomor 64 tahun 2020 Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan [Internet]. Jakarta; 2020. Available from: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/136650/perpres-no-64-tahun-2020>
2. Presiden RI. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2020 Tentang Tata Kelola Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Jakarta; 2020. p. 1–15.
3. Ahmad M, Muchlis N, Haeruddin. Studi Ketidapatuhan Pembayaran Iuran BPJS Kesehatan Mandiri di Kelurahan Tamalanrea Jaya Kota Makassar. *Wind Public Heal J.* 2021;01(05):502–11.
4. Risdianti, Batara AS. Faktor yang Berhubungan dengan Penunggakan Pembayaran Iuran BPJS Kesehatan Mandiri di Kecamatan Tallo Kota Makassar. *Wind Public Heal J.* 2021;2(3):1306–17.
5. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. Laporan Jumlah Peserta BPJS Kesehatan di Indonesia. Jakarta; 2021.
6. Dinas Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur. Profil Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2020. Kupang; 2020.
7. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. Laporan Pengelolaan Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Kupang. Kupang; 2022.
8. Widyanti N. Faktor Yang Berhubungan dengan Kepatuhan Membayar Iuran BPJS Mandiri pada Pasien di RSUD Labuang Baji Kota Makassar [Internet]. Universitas Hasanuddin Makassar; 2018. Available from: http://digilib.unhas.ac.id/uploaded_files/temporary/DigitalCollection/NTVkyZIxMDYzMTI0YTViYTgzOGZlYzgwNjI3OWQ1OTE0N2M2ZTRkMw==.pdf
9. Adani J, Permatasari P, Pulungan RM, Setiawati ME. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Pembayaran Iuran JKN pada Peserta Mandiri di Kota Depok Tahun 2019. *J Ilm Kesehat Masy.* 2019;11(4):287–95.
10. Wulandari A, Syah NA, Ernawati T. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Peserta Mandiri dalam Pembayaran Iuran Program Jaminan Kesehatan Nasional di Kota Solok. *J Kesehat Andalas.* 2020;9(1):7–17.
11. A NL, Nabila W, Fajrini F. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kepatuhan Peserta Mandiri Membayar Iuran BPJS di Kelurahan Benda Baru. *J Kedokt dan Kesehat.* 2020;16(2):84–

- 92.
12. Prakoso AD, Sudasman FH. Hubungan Antara Usia, Jenis Kelamin, dan Tingkat Pendidikan Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dengan Kesiapan Membayar Iuran BPJS Kesehatan di Kabupaten Kudus. *J Public Heal Innov.* 2020;1(1):1–12.
 13. Zain SF, Batara AS. Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Membayar Iuran BPJS Mandiri di RSUD Mamuju. *Wind Public Heal J [Internet].* 2021;2(2):1068–77. Available from: <http://jurnal.fkm.umi.ac.id/index.php/woph/article/view/woph2213>
 14. Nurjannah S, Batara AS, Haeruddin. Faktor yang Berhubungan dengan Penunggakan Pembayaran Iuran BPJS Kesehatan Mandiri di Kecamatan Tallo Kota Makassar. *Wind Public Heal J.* 2021;2(3):1145–53.
 15. Fardiansyah A, Yuniarti AM, Agnestri P. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Membayar Iuran JKN pada Peserta Mandiri di Instalasi Rawat Inap RSUD Sidoarjo. *Hosp Majapahit (Jurnal Ilm Kesehat Politek Kesehat Majapahit Mojokerto) [Internet].* 2021;13(2):92–103. Available from: <http://ejournal.stikesmajapahit.ac.id/index.php/HM/article/view/736>
 16. Simbareja I, Dewiyani AAIC. Korelasi Pendapatan dengan Tingkat Kepatuhan Peserta JKN Mandiri dalam Membayar Iuran JKN di Kelurahan Pacitan. *J Pendidik Kesehat.* 2020;9(2):109.
 17. Yunita S, Fahira R. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Peserta Mandiri Membayar Iuran BPJS di Kelurahan Cipocok Jaya. *J JOUBAHS.* 2021;1(2):191–201.
 18. Malik NA. Kepatuhan Peserta BPJS Kesehatan Mandiri Membayar Iuran di Masa Pandemi COVID-19 Pada Wilayah Kerja Puskesmas Bajeng Kabupaten Gowa Tahun 2021 [Internet]. UIN Alauddin Makassar; 2021. Available from: http://www.ejournal.its.ac.id/index.php/sains_seni/article/view/10544%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.jfca.2019.103237
 19. Hasan N, Batara AS. Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Membayar Iuran BPJS pada Peserta Mandiri di Wilayah Kerja Puskesmas Tamamaung Kota Makassar Tahun 2020. *Wind Public Heal J.* 2021;1(4):382–93.
 20. Istamayu AA, Solida A, Wardiah R. Determinan Kemauan Membayar (Willingness to Pay) Iuran Jaminan Kesehatan Nasional pada Peserta Mandiri di Kota Jambi Tahun 2021. 2021;4(2):10–21.
 21. Mardika DT. Faktor Predisposisi, Pendukung, dan Pendorong yang Mempengaruhi Perilaku Terhadap Kepatuhan Pembayaran Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) di Kabupaten Pacitan Tahun 2018. *Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun;* 2018.
 22. Fajrini F, Latifah N, Hermansyah D, Firda N. Studi Ketidapatuhan Membayar Iuran BPJS Kesehatan Peserta Non PBI Bukan Penerima Upah di Kelurahan Cempaka Putih Tahun 2018. *Muhammadiyah Public Health J.* 2021;1(2):129–38.
 23. Ramadani LA, Asih SW, Suryaningsih Y. Hubungan Persepsi Tentang BPJS Kesehatan dengan Keteraturan Pembayaran Iuran pada Nelayan di Dusun Manggaran 1 Desa Puger Kulon Kecamatan Puger. 2019;3(1):1–6.
 24. Notoatmodjo S. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan.* Jakarta: Rineka Cipta; 2012.
 25. Novita M, Handayani S, Yulia DI, Edison. Faktor - Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Membayar Iuran BPJS Kesehatan Mandiri pada Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Lubuk Basung. *J Kesehat Med Sainika.* 2022;13(1):11–24.

MAPPING THE SPREAD OF DENGUE HEMORRHAGIC FEVER (DHF) CASES WITH GEOGRAPHICAL INFORMATION SYSTEM (GIS) METHODS IN WAINGAPU CITY SUB-DISTRICT

Yuyun Mallang^{*}, Tadeus A. L. Regaletha², Soleman Landi³

¹Program Studi Kesehatan Masyarakat, FKM Universitas Nusa Cendana

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

³Bagian Epidemiologi dan Biostatistika, FKM Universitas Nusa Cendana

*Korespondensi: yuyunmallang3@gmail.com

Abstract

Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is a disease caused by the dengue virus that belongs to group B Arthropod-Borne Virus or known as genus Flavivirus. There was an increase in cases for the last four years. In 2017, the cases reached 57 with the number of deaths of 1 person, 70 cases in 2018, and 228 cases in 2019 claiming the lives of 8 people. In January-May 2020, 58 cases were reported. Disease mapping is necessary to help health workers design disease prevention and solutions to health problems. This study aims to find out dengue cases based on age, gender, a pattern of spread of dengue cases, and mapping the distribution of DHF cases based on population density and the larvae free rate in Waingapu City Subdistrict in 2020. This study was descriptive. The population consisted of all 58 dengue patients in Waingapu City Subdistrict. The sample used a total sampling technique of 58 cases of dengue. The research instrument used plotting observation tables and GPS Essential. The results showed that the distribution of dengue cases was mostly in women and the age group of 0-4 years. The pattern of spread of dengue cases was clustered with an NNI value of $0.35 < 1$. The population density was very dense in all villages in Waingapu City Subdistrict and the number of free larvae was $< 95\%$ in Kambajawa, Kamalapati, Hambala, and Mbatakapi villages. Intervention programs such as eradicating 3M plus mosquito nets should be promoted around the area of dengue incident sites to prevent outbreaks, particularly in the areas with the highest cases.

Keywords: DHF, Larva Free Rate, Population Density, Geographical Information System.

Abstrak

Demam berdarah dengue adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang termasuk dalam kelompok *B Arthropod Borne Virus* atau yang dikenal sebagai genus Flavivirus. Berdasarkan data DBD 4 tahun terakhir menunjukkan peningkatan kasus, tahun 2017 kasus demam berdarah dengue sebanyak 57 kasus dengan jumlah kematian 1 orang, tahun 2018 sebanyak 70 kasus, tahun 2019 sebanyak 228 kasus dengan jumlah kematian 8 orang, dan pada bulan Januari-Mei tahun 2020 sebanyak 58 kasus DBD. Pemetaan penyakit perlu dilakukan untuk mempermudah petugas kesehatan dalam melakukan pencegahan penyakit dan penyelesaian masalah kesehatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kasus DBD berdasarkan umur, jenis kelamin, pola penyebaran kasus DBD, pemetaan sebaran kasus dbd berdasarkan kepadatan penduduk dan pemetaan sebaran kasus DBD berdasarkan angka bebas jentik di Kecamatan Kota Waingapu tahun 2020. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif. Populasi penelitian ini yaitu seluruh penderita DBD di Kecamatan Kota Waingapu yaitu 58 kasus DBD. Sampel penelitian ini menggunakan teknik *total sampling* yaitu 58 kasus DBD. Instrumen penelitian menggunakan tabel observasi *plotting* dan *GPS Essential*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa distribusi kasus DBD paling banyak diderita perempuan dan kelompok umur 0-4 tahun. Pola penyebaran kasus DBD di Kecamatan Kota Waingapu berpola kelompok/*clustered* dengan nilai NNI $0,35 < 1$. Kepadatan penduduk sangat padat pada seluruh Kelurahan di Kecamatan Kota Waingapu dan angka bebas jentik $< 95\%$ pada Kelurahan Kambajawa, Kamalapati, Hambala, dan Desa Mbatakapi. Program intervensi seperti melakukan pemberantasan sarang nyamuk 3M plus perlu ditingkatkan di sekitar wilayah penyebaran lokasi kejadian DBD, khususnya pada wilayah yang kejadian paling banyak untuk mencegah kejadian luar biasa.

Kata Kunci: DBD, Angka Bebas Jentik, Kepadatan Penduduk, *Geographical Information System*.

Pendahuluan

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit akibat virus dengue dan merupakan masalah kesehatan. Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* atau *Aedes Albopictus* dapat muncul sepanjang tahun dan dapat menyerang seluruh kelompok umur.¹ DBD adalah penyakit yang ditandai dengan beberapa gejala klinis seperti demam tinggi mendadak tanpa sebab yang jelas dan berlangsung terus menerus selama 2-7 hari, terjadi manifestasi perdarahan, peningkatan hematokrit 20%. Apabila status lanjut dapat disertai pembesaran hati. Manusia adalah pejamu utama yang dikenai virus, meskipun beberapa studi menunjukkan bahwa monyet pada beberapa bagian dunia dapat terinfeksi dan mungkin bertindak sebagai sumber virus untuk nyamuk penggigit. Virus bersirkulasi dalam darah manusia terinfeksi kurang lebih waktu ketika mereka mengalami demam. Nyamuk yang tak terinfeksi mungkin mendapatkan virus bila menggigit individu saat dalam keadaan viremia. Virus kemudian berkembang di dalam nyamuk selama periode 8-10 hari. Sebelum fase ini dapat ditularkan ke manusia lain selama menggigit atau menghisap darah berikutnya. Lama waktu yang diperlukan untuk inkubasi ekstrinsik ini tergantung pada kondisi lingkungan, khususnya suhu sekitar. Penyakit ini berhubungan dengan lingkungan, iklim, mobilitas tinggi, kepadatan penduduk, perluasan perumahan dan perilaku masyarakat.²

Jumlah kasus DBD di Indonesia cenderung meningkat. Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan pada tahun 2019 jumlah penderita DBD sebesar 138.127 orang dengan jumlah kabupaten/kota yang terjangkit sebanyak 481 dari 34 provinsi.³ Penyakit DBD di Provinsi Nusa Tenggara Timur masih menjadi masalah kesehatan yang serius. Berdasarkan data profil kesehatan di Provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2017 terdapat 542 kasus dan meningkat pada tahun 2018 menjadi 1.603 kasus. *Incidence rate* (IR) atau angka kesakitan DBD juga mengalami peningkatan dari 2017-2018 yaitu 10,3 per 100.000 penduduk menjadi 29,8 per 100.000 penduduk. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Timur selama 4 (empat) tahun terakhir, kasus DBD pada tahun 2017 sebanyak 139 kasus dengan jumlah kematian 1 orang. Pada tahun 2018 sebanyak 189 kasus dengan jumlah kematian 4 orang. Tahun 2019 berjumlah 895 kasus dengan kematian sebanyak 18 orang, dan pada bulan Januari-Mei 2020 berjumlah 136 kasus. Secara khusus, Kecamatan Kota Waingapu pada tahun 2017 berada pada peringkat pertama kasus DBD untuk Kabupaten Sumba Timur dengan jumlah kasus sebanyak 57 dan jumlah kematian 1 orang. Tahun 2018 sebanyak 70 kasus. Tahun 2019 sebanyak 228 kasus dengan jumlah kematian 8 orang, dan pada bulan Januari-Mei tahun 2020 sebanyak 58 kasus.

Analisis spasial dengan menggunakan *Geographical Information System* (GIS) merupakan salah satu metode penting untuk surveilans dan monitoring kesehatan masyarakat. Hal ini karena fungsi GIS dalam bidang kesehatan yang dapat menghasilkan gambaran spasial dari peristiwa kesehatan, menganalisis hubungan antar lokasi, lingkungan dan kejadian penyakit.⁴ GIS juga bisa digunakan untuk memantau perkembangan demam berdarah yang memerlukan pengendalian khusus dan cepat.⁵ Analisis spasial berfungsi sebagai penunjuk pola penularan penyakit berbasis lingkungan di desa yang berbeda di setiap kecamatan, sehingga peta yang terbentuk dapat digunakan sebagai dokumen pengambilan keputusan dan kebijakan untuk menanggulangi DBD.⁶ Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kasus DBD berdasarkan umur, jenis kelamin, pola penyebaran kasus DBD, pemetaan kasus DBD berdasarkan kepadatan penduduk dan angka bebas jentik di Kecamatan Kota Waingapu tahun 2020.

Metode

Jenis penelitian yang digunakan yaitu penelitian deskriptif. Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Kota Waingapu pada bulan November hingga Desember 2020. Sampel untuk penelitian ini terdiri dari penderita demam berdarah yang tercatat dan dilaporkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sumba Timur di Kecamatan Kota Waingapu dari Januari-Mei 2020 berjumlah 58 kejadian DBD. Sampel dalam penelitian ini adalah total populasi. Variabel penelitian meliputi umur, jenis kelamin, pola penyebaran kejadian DBD, pemetaan sebaran kasus DBD berdasarkan kepadatan penduduk, dan pemetaan sebaran kasus DBD berdasarkan kepadatan jentik. Umur yaitu lamanya tahun kehidupan penderita DBD dengan kriteria objektif: 0-4 tahun, 5-14 tahun, 15-24 tahun, 25-49 tahun, ≥ 50 tahun. Jenis kelamin yaitu karakteristik identitas berupa jenis kelamin penderita DBD dengan kriteria objektif: laki-laki dan perempuan. Pola penyebaran kejadian DBD yaitu distribusi kejadian DBD secara berkerumunan, acak, dan menyebar berdasarkan titik koordinat dengan kriteria objektif: $NNI < 1$ berpola kelompok, $NNI = 1$ berpola acak, $NNI > 1$ berpola menyebar. Pemetaan sebaran kasus DBD berdasarkan kepadatan penduduk yaitu ukuran jumlah penduduk dibagi luas wilayah dengan kriteria objektif: sangat padat bila > 400 Jiwa/Km² gradasi berwarna merah pada peta, tinggi bila 201-400 Jiwa/Km² gradasi berwarna kuning pada peta, sedang bila 151-200 Jiwa/Km² gradasi berwarna biru pada peta, rendah bila ≤ 150 Jiwa/Km² gradasi berwarna hijau pada peta. Pemetaan sebaran kasus DBD berdasarkan kepadatan jentik yaitu persentase jumlah vektor penular yang diambil dari nilai Angka Bebas Jentik (ABJ) dengan kriteria objektif: tinggi bila $> 95\%$ gradasi hijau pada peta dan rendah bila $< 95\%$ gradasi merah pada peta. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini ialah tabel observasi *plotting* kejadian DBD dan aplikasi *GPS Essentials*. Pengolahan data menggunakan *Quantum GIS* versi 2.18.20 dan *GPS Essentials*. Penelitian ini telah mendapat kelayakan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan, FKM Universitas Nusa Cendana dengan nomor: 2020183-KEPK.

Hasil

Jumlah kejadian DBD di Kecamatan Kota Waingapu berdasarkan jenis kelamin dan kelompok umur disajikan dalam tabel 1.

Tabel 1. Distribusi Kasus DBD Berdasarkan Jenis Kelamin dan Kelompok Umur di Kecamatan Kota Waingapu Januari-Mei 2020

Variabel	Frekuensi (n=58)	Proporsi (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	27	46,55
Perempuan	31	53,45
Kelompok Umur		
0-4 tahun	22	37,93
5-14 tahun	17	29,31
15-24 tahun	12	20,69
25-49 tahun	5	8,62
≥ 50 tahun	2	3,45

Sumber: Dinas Kesehatan Kota Waingapu bulan Januari -Mei 2020

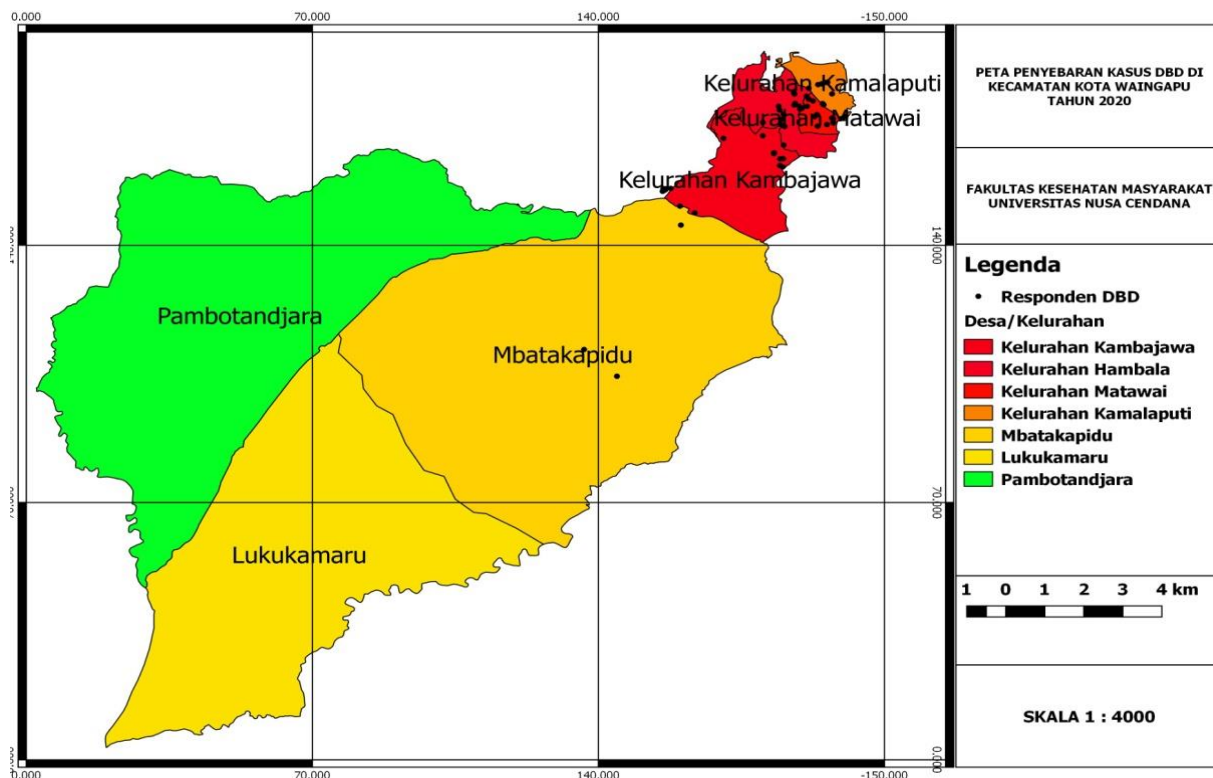
Tabel 1 menunjukkan bahwa pada bulan Januari-Mei 2020, kejadian penyakit DBD paling banyak diderita oleh perempuan. Kejadian DBD pada setiap kelompok umur paling tinggi terjadi pada kelompok umur 0-4 tahun.

Analisis Pola Penyebaran kejadian DBD di Kecamatan Kota Waingapu tahun 2020 diketahui dengan menghitung *Nearest Neighbor Index* menggunakan *Software Quantum GIS* dan dapat dilihat pada tabel 2.

Tabel 2. Hasil Perhitungan Nearest Neighbor Analysis

<i>Nearest Neighbor Index</i>	
<i>Observed Mean Distance</i>	: 0,0015929440133
<i>Expected Mean Distance</i>	: 0,00449798888096
<i>Nearest Neighbor Index</i>	: 0,354145831718
<i>Number Of Points</i>	: 56
<i>Z-Score</i>	: -9,24611654244

Tabel 2 menunjukkan hasil perhitungan dengan nilai NNI $0,35 < 1$ sehingga bisa disimpulkan bahwa pola penyebaran kejadian DBD di Kecamatan Kota Waingapu tahun 2020 adalah berkelompok atau *Clustered*. Peta penyebaran kejadian DBD di Kecamatan Kota Waingapu bisa dilihat pada gambar 1.



Gambar 1. Peta Sebaran Kasus DBD di Kecamatan Kota Waingapu Tahun 2020.

Sebaran kasus DBD pada gambar 1 disimbolkan dengan titik warna hitam. Kelurahan Kambajawa mempunyai titik sebaran kasus terbanyak yaitu sebanyak 16 kasus dan terendah pada Desa Mbatakapidu dengan titik sebaran kasus yaitu 4 kasus.

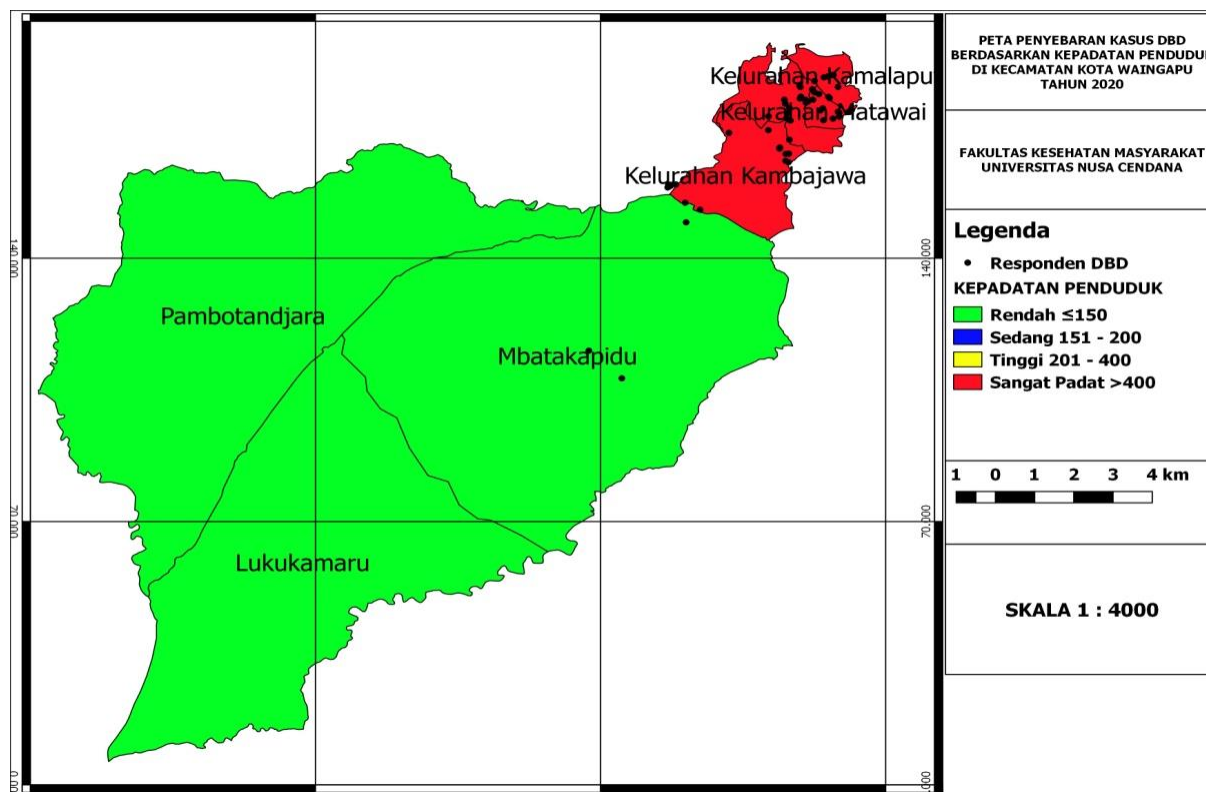
Desa/kelurahan di Kecamatan Kota Waingapu tahun 2020 memiliki kepadatan penduduk yang bervariasi. Kepadatan penduduk di Kecamatan Kota Waingapu bisa dilihat pada tabel 3.

Tabel 3. Jumlah Kepadatan Penduduk di Kecamatan Kota Waingapu Tahun 2020

Kelurahan	Luas (Km ²)	Jumlah Penduduk	Kepadatan (Jiwa/Km ²)
Kamalaputi	1,2	8936	7447
Matawai	1,4	5601	4001
Hambala	2,4	8854	3689
Kambajawa	2,7	11860	4393
Mbatakapi	25,9	1950	72
Pambotanjara	17,9	2181	122
Lukukamaru	22,3	756	36
Total	73,8	40138	543,87

Sumber: Kecamatan Kota Waingapu Dalam Angka 2020

Tabel 3 menunjukkan bahwa Kelurahan Kamalaputi memiliki kepadatan penduduk tertinggi yaitu 7447 jiwa/Km², dan Desa Lukukamaru memiliki kepadatan penduduk terendah yaitu 36 jiwa/Km². Tingkat Kepadatan Penduduk dengan sebaran penderita DBD tahun 2020 ditunjukkan pada gambar 2.



Gambar 2. Peta Sebaran Kasus DBD Berdasarkan Kepadatan Penduduk di Kecamatan Kota Waingapu Tahun 2020.

Gambar 2 menunjukkan kepadatan penduduk pada tahun 2020 sangat padat (>400 jiwa/km²) ditandai dengan warna merah dan sebaran kasus DBD ditandai dengan titik berwarna hitam. Sebaran kasus tinggi pada Kelurahan Kambajawa sebanyak 16 kasus dan rendah pada Desa Mbatakapi sebanyak 4 kasus.

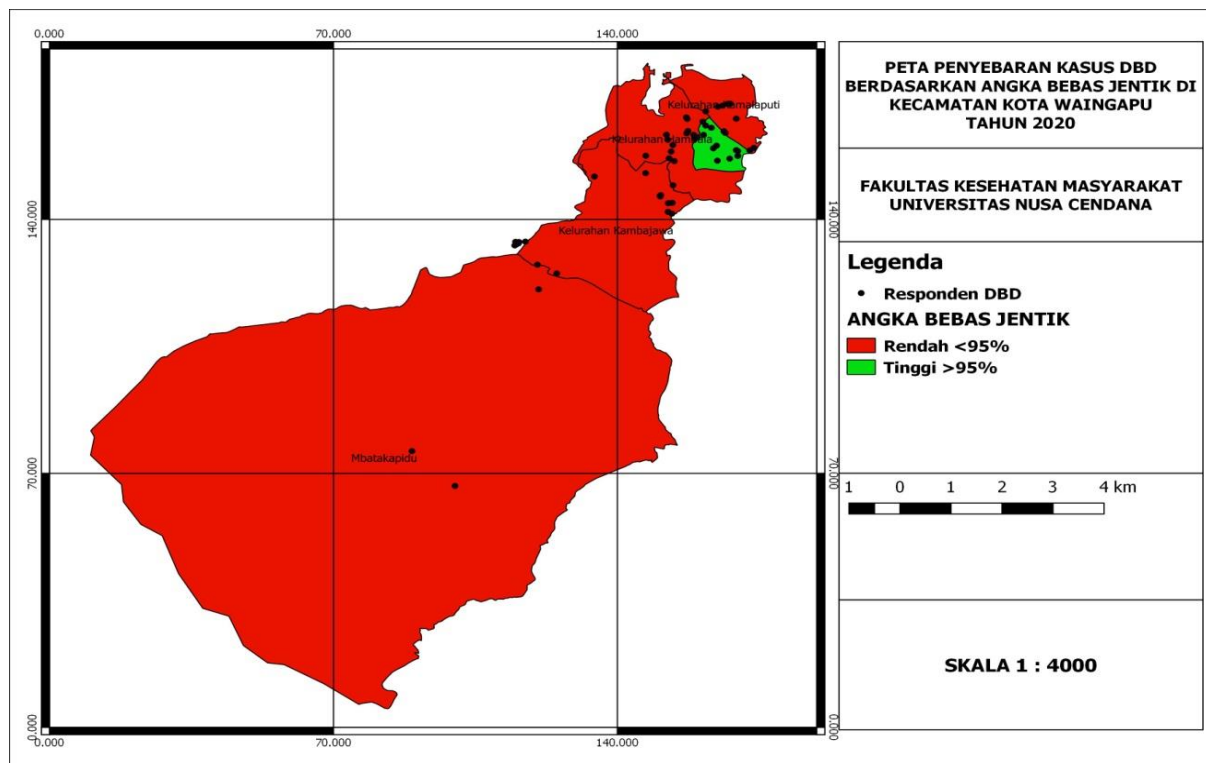
Kepadatan jentik umumnya dinyatakan oleh Angka Bebas Jentik (ABJ). Berikut ini merupakan tabel ABJ di Kecamatan Kota Waingapu tahun 2020:

Tabel 4. Angka Bebas Jentik di Kecamatan Kota Waingapu Tahun 2020

Desa/Kelurahan	Jumlah rumah	Jumlah rumah diperiksa	Jumlah rumah bebas jentik	Angka Bebas Jentik (%)
Kamalaputi	299	299	155	51,8
Matawai	91	91	90	98
Hambala	125	125	92	73,6
Kambajawa	201	201	160	79,6
Mbatakapidu	90	90	52	57,7

Sumber: Puskesmas Kota Waingapu Tahun 2020

Tabel 4 menunjukkan bahwa Wilayah Kecamatan Kota Waingapu yang memiliki Angka Bebas Jentik (ABJ) tinggi yaitu Kelurahan Matawai dengan nilai ABJ >95%, sedangkan ABJ rendah yaitu Kelurahan Kamalaputi, Kambajawa, Hambala, dan Mbatakapidu. Penyebaran kasus DBD berdasarkan angka bebas jentik di Kecamatan Kota Waingapu ditunjukkan pada gambar 3.



Gambar 3. Peta Sebaran Kasus DBD Berdasarkan Angka Bebas Jentik di Kecamatan Kota Waingapu Tahun 2020.

Gambar 3 menunjukkan bahwa pada tahun 2020 Kelurahan Hambala, Kambajawa, Kamalaputi angka bebas jentik rendah (<95%) ditandai dengan warna merah pada peta dan Kelurahan Matawai dengan angka bebas jentik tinggi (>95%) ditandai dengan warna hijau.

Pembahasan

Hasil penelitian di wilayah Kecamatan Kota Waingapu menunjukkan bahwa kejadian DBD lebih banyak terjadi pada jenis kelamin perempuan (53,45%). Jenis kelamin perempuan memiliki peluang 3,333 kali lebih besar menderita DBD dibanding laki-laki dikarenakan

rendahnya estrogen pada perempuan menyebabkan leptin yang dihasilkan oleh sel lemak dalam tubuh masih sedikit. Leptin merupakan protein hormon yang mengatur berat badan sehingga anak perempuan cenderung memiliki berat badan kurang dengan imunitas rendah akan rentan terhadap penyakit.⁷ Dari Januari hingga Mei, kejadian DBD di Kecamatan Kota Waingapu terutama terjadi pada anak-anak berusia 0-4 tahun. Hal ini disebabkan karena sistem kekebalan tubuh pada balita masih kurang sehingga rentan terhadap penyakit.

Penyakit DBD dapat ditularkan oleh nyamuk di wilayah dengan karakteristik tertentu. Spesies nyamuk DBD dapat ditemukan di wilayah dengan ketinggian tidak lebih dari 1000m di atas permukaan laut (dpl).⁸⁹ Oleh karena itu, daerah yang berada di bawah 1000m dpl merupakan daerah subur bagi *Aedes aegypti*, karena *Aedes aegypti* berkembang biak dengan baik maka merupakan daerah yang berisiko tertular penyakit DBD.¹⁰ Pemetaan penyakit dapat memberikan informasi penyakit berdasarkan fenomena geografis.¹⁰ Sebagaimana penelitian sebelumnya dengan pemanfaatan analisis spasial di Kelurahan Pademangan Barat, diketahui bahwa tampilan titik sebaran kejadian DBD dapat menggambarkan kejadian DBD secara geografis di lapangan. Sebaran kejadian dapat diidentifikasi dengan karakteristik keadaan geografis di sekitar titik kejadian.¹¹ Hasil analisis spasial menunjukkan nilai NNI sebesar 0,35 kurang dari 1 berarti pola penyebaran kejadian DBD di Kecamatan Kota Waingapu berpola *Clustered* atau berkelompok. Model distribusi kasus yang dikelompokkan sebagai parameter menunjukkan habitat yang berfokus pada vektor, yang meningkatkan kemungkinan lokal.¹² Pola wabah DBD di Kecamatan Kota Waingapu adalah berkelompok/*clustered* yakni menumpuk dalam suatu desa/kelurahan. Hal ini terlihat dari koordinat lokasi tempat tinggal responden di lapangan menggunakan aplikasi GPS Essentials yang menunjukkan bahwa kejadian DBD tertinggi di wilayah Kota Waingapu berada 16 titik di Kelurahan Kambajawa. Tingginya kasus DBD di Kelurahan Kambajawa dikarenakan kondisi lingkungan yang berpotensi menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes* seperti tempat penampungan air, kaleng-kaleng kosong yang dibuang sembarangan, ban bekas, vas bunga.

Penyakit DBD adalah penyakit menular yang dapat ditangani oleh manajemen penyakit berbasis wilayah. Penanganan penyakit DBD yang berbasis wilayah bisa ditinjau dari segi lingkungan sosial seperti arus urbanisasi penduduk yang dapat menimbulkan kepadatan penduduk. Kepadatan penduduk di suatu wilayah dapat berdampak pada penyebaran penyakit DBD.¹³ Hasil penelitian menunjukkan bahwa kasus tersebar di seluruh wilayah Kecamatan Kota Waingapu yang berada pada tingkat kepadatan penduduk sangat padat. Hal ini ditunjukkan dengan warna merah pada peta dengan sebaran kasus tinggi pada Kelurahan Kambajawa sebanyak 16 kasus dan rendah pada Desa Mbatakapidu sebanyak 4 kasus. Kepadatan penduduk yang sangat padat ditandai dengan jarak bangunan yang berdekatan sehingga penyebaran atau penularan penyakit DBD lebih cepat serta memudahkan vektor nyamuk untuk menularkan virus dengue.¹⁴ Analisis spasial pada Gambar 2 menunjukkan bahwa kecamatan yang mempunyai kepadatan penduduk sangat padat mempunyai sebaran kasus yang tinggi pula. Tingginya insiden pada daerah yang sangat padat penduduk tidak terlepas dari peran nyamuk *Aedes* sebagai vektor DBD dengan padatnya penduduk. Kondisi ini akan memberi peluang nyamuk infektif menggigit manusia lalu menyebarkan DBD pada populasi di daerah tersebut. Tingkat kepadatan penduduk di Kecamatan Kota Waingapu yang terus bertambah dan transportasi yang semakin baik meningkatkan kerawanan terjadinya penularan DBD jika tidak disertai dengan pencegahan.

Hasil penelitian ini mendukung temuan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa daerah yang terjangkit DBD pada umumnya adalah kota/wilayah yang padat penduduk. Kepadatan penduduk sangat padat dan urbanisasi mempunyai peran terhadap peningkatan tempat perindukan nyamuk seperti tempat penyimpanan air, ban bekas dan tempat sampah.

Kepadatan penduduk sangat padat cenderung akan menyebabkan tingginya kepadatan rumah sehingga dapat menyebabkan kejadian DBD yang tinggi dikarenakan nyamuk *Aedes* merupakan nyamuk yang jarak terbangnya yaitu 100 meter.¹⁵ Rumah penduduk yang saling berdekatan memudahkan nyamuk berpindah dari satu rumah ke rumah yang lain sehingga tetangga yang paling dekat memiliki risiko lebih besar untuk tertular penyakit DBD. Daerah yang terjangkit DBD pada umumnya adalah desa/kelurahan yang padat penduduknya dan jarak antar rumah yang saling berdekatan memudahkan penularan penyakit.¹⁶

Kepadatan jentik di suatu wilayah dapat diukur dengan rata-rata jumlah Angka Bebas Jentik (ABJ) yang didapat dari kegiatan pemantauan jentik berkala oleh petugas kesehatan. Nilai ABJ rendah (<95%) mengindikasikan kepadatan jentik tinggi dan nilai ABJ tinggi (>95%) mengindikasikan kepadatan jentik rendah.¹⁷ Dari hasil penelitian yang dilakukan, angka bebas jentik di Kecamatan Kota Waingapu berada pada kategori rendah (<95%) yakni di Kelurahan Kamalapati, Hambala, Kambajawa, dan Desa Mbatakapidu. Hal ini mengindikasikan kepadatan jentik tinggi. Dari hasil analisis spasial telah dilakukan terlihat bahwa pola penyebaran DBD di Kecamatan Kota Waingapu adalah pola penyebaran berkelompok. Pola penyebaran berkelompok menunjukkan indikasi adanya konsentrasi habitat vektor sehingga terjadi penularan setempat.¹⁸

Kejadian DBD pada setiap desa/kelurahan tidak terlepas dari perkembangbiakan nyamuk *Aedes*. Semakin tinggi ABJ pada suatu wilayah maka semakin rendah kasus DBD yang terjadi, begitu juga sebaliknya. Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan vektor perantara merupakan salah satu faktor penularan virus dengue.¹⁹ Angka kejadian DBD di Kecamatan Kota Waingapu masih tinggi. Hal disebabkan kepadatan jentik vektor tinggi dengan nilai ABJ <95%. Di wilayah tersebut, ditemukan masih banyak lokasi yang menjadi tempat perkembangbiakan nyamuk *Aedes* seperti bak mandi, tempayan, air drum yang tidak tertutup, tempat minum burung, vas bunga, ban bekas, kaleng, botol, dan barang bekas lainnya. Analisis spasial pada Gambar 3 menunjukkan bahwa pada penyebaran kasus DBD dapat terjadi hampir menyeluruh tidak hanya pada Desa/Kelurahan yang tergolong memiliki ABJ rendah tetapi juga pada kelurahan lainnya dengan nilai ABJ tinggi yaitu Kelurahan Matawai. Penularan pada wilayah-wilayah yang memiliki nilai ABJ tergolong tinggi umumnya disebabkan oleh penularan kasus DBD dari wilayah lain di sekitarnya.

ABJ merupakan salah satu faktor penting yang dapat mempengaruhi morbiditas dan mortalitas. Strategi program DBD dapat mempengaruhi ABJ suatu wilayah. Strategi DBD tersebut di antaranya penyemprotan fokus pada lokasi ditemui kasus, penyuluhan gerakan masyarakat dalam PSN DBD, abatesasi selektif, dan kerja bakti melakukan kegiatan 3M.¹⁹ Membunuh nyamuk memang belum bisa dilakukan selama masih terdapat jentik-jentik yang hidup. Pembasmian jentik-jentik nyamuk merupakan upaya yang paling tepat dalam pencegahan DBD. Oleh karena itu, pemantauan kepadatan nyamuk sangat penting untuk dilakukan secara kontinu. Pemantauan sebaiknya tidak hanya dilakukan oleh juru pemantau jentik (jumantik) dan petugas kesehatan saja, tetapi dapat dilakukan juga oleh masyarakat. Selama jentik yang ada di tempat perindukan tidak diberantas maka kemungkinan besar akan muncul nyamuk baru yang menetas. Jika nyamuk terinfeksi virus dengue maka penularan akan terulang kembali.¹⁹

Kesimpulan

Kejadian DBD adalah ditemukan lebih banyak terjadi pada perempuan dan kelompok usia 0-4 tahun. Pola penyebaran kasus DBD di Kecamatan Kota Waingapu tahun 2020 adalah berkelompok/*clustered* dengan nilai NNI 0.35. Pemetaan kasus DBD berdasarkan kepadatan penduduk di Kecamatan Kota Waingapu berada pada tingkat kepadatan penduduk sangat padat

(>400 jiwa/Km²) dengan sebaran kasus tinggi pada Kelurahan Kambajawa. Pemetaan kasus DBD berdasarkan kepadatan jentik di Kecamatan Kota Waingapu angka bebas jentik rendah (<95%) yaitu Desa Mbatakpidu, Kelurahan Kambajawa, Kelurahan Kamalapati, dan Kelurahan Hambala. Program intervensi seperti melakukan pemberantasan sarang nyamuk 3M plus perlu ditingkatkan di sekitar wilayah penyebaran lokasi kejadian DBD, khususnya pada wilayah yang kejadian paling banyak terjadi untuk mencegah kejadian luar biasa.

Daftar Pustaka

1. Fajriatin Wahyuningsih. Analisis Kejadian Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Bekasi Tahun 2011-2013. Naskah Publ [Internet]. 2014;1-87. Available from: [http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/25541/1/Fajriatin Wahyuningsih - fkik.pdf](http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bitstream/123456789/25541/1/Fajriatin%20Wahyuningsih%20-%20fkik.pdf)
2. Kementerian Kesehatan RI. Profil Kesehatan Indonesia 2018 [Indonesia Health Profile 2018] [Internet]. 2019 p. 207. Available from: http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Data-dan-Informasi_Profil-Kesehatan-Indonesia-2018.pdf
3. Kementerian Kesehatan RI. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019 [Internet]. 2019. Available from: <https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-indonesia-2019.pdf>
4. Irwansyah E. Sistem Informasi Geografis: Prinsip Dasar dan Pengembangan Aplikasi. Digibooks [Internet]. 2013;(June 2013):237. Available from: https://www.researchgate.net/publication/306110317_Sistem_Informasi_GeografisPrinsip_Dasar_dan_Pengembangan_Aplikasi
5. Achmadi UF. Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah. J Kesehat Masy Nas [Internet]. 2009;3:147-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.21109/kesmas.v3i4.217>
6. Musyarifatun Farahiyah, Nurjazuli, Setiani O. Spatial Analysis of Demography Factor and the Incidence of Dhf in Demak. Bul Penelit Kesehat [Internet]. 2014;42(1):25-36. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/301543432>
7. Permatasari DY, Ramaningrum G, Novitasari A. Hubungan status Gizi, Umur, dan Jenis Kelamin dengan Derajat Infeksi Dengue Pada Anak. J Kedokt Muhammadiyah [Internet]. 2015;2(1):24-8. Available from: <http://repository.unimus.ac.id/id/eprint/1229>
8. Dinas Kesehatan Provinsi NTT. Profil Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2018 [Internet]. Kupang; 2018. Available from: <https://dinkes.nttprov.go.id/index.php/publikasi/publikasi-data-dan-informasi?download=17:profil-kesehatan-tahun-2018>
9. Ayu MS, Majid R, Ibrahim K. Studi Spasial Persebaran Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) di Wilayah Kerja Puskesmas Lepo-Lepo Kota Kendari Tahun 2013-2016. J Ilm Mhs Kesehat Masy [Internet]. 2016;1:1-10. Available from: <http://dx.doi.org/10.37887/jimkesmas.v1i3.1360>
10. Lai PC, So FM, Ka Wing Chan. Spatial Epidemiological Approaches in Disease Mapping and Analysis [Internet]. 1384. 1-206 p. Available from: https://www.researchgate.net/publication/329319740_Spatial_Epidemiological_Approaches_in_Disease_Mapping_and_Analysis
11. Widyawati, Nitya IF, Syaikat S, Tambunan RP, Soesilo TEB. Penggunaan Sistem Informasi Geografis Efektif Memprediksi Potensi Demam Berdarah di Kelurahan Endemik. Makara, Kesehat [Internet]. 2011;15(1):21-30. Available from: <http://journal.ui.ac.id/index.php/health/article/view/794/756>
12. Ruliansyah A, Yuliasih Y, Ridwan W, Kusnandar AJ. Analisis Spasial Sebaran Demam

- Berdarah Dengue di Kota Tasikmalaya Tahun 2011 – 2015. 2017;9(April):85–90.
Available from: <http://dx.doi.org/10.22435/aspirator.v9i2.6474.85-90>
13. Daud O. Studi Epidemiologi Kejadian Penyakit DBD dengan Pendekatan Spasial Sistem Geografis di Kecamatan Palu Selatan Kota Palu. 2005; Available from: <http://etd.repository.ugm.ac.id/penelitian/detail/37999>
 14. Riyanto S. Hubungan Kepadatan Penduduk dengan Kejadian Demam Berdarah Dengue di Kabupaten Sleman. Skripsi [Internet]. 2017; Available from: <http://repository.umy.ac.id/handle/123456789/12625>
 15. Kasman K, Ishak NI. Analisis Penyebaran Penyakit Demam Berdarah Dengue di Kota Banjarmasin Tahun 2012-2016. MPPKI (Media Publ Promosi Kesehat Indones Indones J Heal Promot [Internet]. 2018;1(2):32–9. Available from: <https://doi.org/10.31934/mppki.v1i2.176>
 16. Suryaningtyas NH, Salim M, Margarethy I. Pemetaan Karakteristik Wilayah Demam Berdarah Dengue di Kabupaten Gunung Kidul, Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, Tahun 2011-2015. Bul Penelit Kesehat [Internet]. 2019;47(3):143–52. Available from: <https://doi.org/10.22435/bpk.v47i3.1448>
 17. Rika Kurniawati, Dwi Martiana Wati YA. Analisis Spasial Sebaran Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) di Kabupaten Jember Tahun 2014 Spatial Analysis of Dengue Hemorrhagic Fever Distribution in Jember 2014. Artik Ilm Has [Internet]. 2015;1–7. Available from: http://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/69208/Rika_Kurniawati.pdf?sequence=1
 18. Damar BT, Ristiyanto, Widiarti, Widyatuti Umi. Distribusi Spasial Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD), Analisis Indeks Jarak dan Alternatif Pengendalian Vektor di Kota Samarinda Provinsi Kalimantan Timur. Anal Standar Pelayanan Minimal pada Instal Rawat Jalan di RSUD Kota Semarang [Internet]. 2015;3(5):103–11. Available from: <https://www.neliti.com/publications/20789/distribusi-spasial-kasus-demam-berdarah-dengue-dbd-analisis-indeks-jarak-dan-alt>
 19. Irianto K. Epidemiologi Penyakit Menular dan Tidak Menular. Jakarta: Rineka Cipta; 2014. 149–153.

HEALTH CONDITION OF THE PHYSICAL ENVIRONMENT IN CLASS IIB DETENTION CENTER KUPANG

Jeams Peter Manafe^{1*}, Jacob M. Ratu², Luh Putu Ruliati³
^{1,2,3} *Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana*

*Korespondensi: ratu.jacob@staf.undana.ac.id

Abstract

Several environmental-based diseases often occur in Indonesia, including malaria, tuberculosis, diarrhoea, Acute Respiratory Infections (ARI), and skin diseases. In Indonesia, almost all detention centres experience excess capacity. The number of occupants exceeding the available shelters can hamper health services in detention centres and create an unhealthy environment. This study aimed to examine the physical environment's health in the residential block of the jail in Kupang. This research was descriptive and conducted in August 2020. The sample was 68 respondents in 19 residential rooms. The data were analyzed by looking at the values for a single variable (univariate). The results showed that most occupancy rooms in the jail did not meet the health requirements of occupancy density (89.48%), temperature (73.69%), and lighting (89.48%). In comparison, the humidity and ventilation of all rooms met the requirements (100%). The results showed that 100% of respondents had access to clean water, and most bedding types met health requirements (89.71%). However, 33.82% experienced early symptoms of scabies. Parole can be given to prisoners to reduce the occupancy density. Counselling from the detention centre for prisoners regarding the prevention and causes of infectious diseases such as scabies is also necessary.

Keywords: Physical Environmental Health, Scabies.

Abstrak

Beberapa penyakit berbasis lingkungan yang sering terjadi di antaranya adalah, malaria, TBC, diare, ISPA dan penyakit kulit. Di Indonesia hampir seluruh Rutan mengalami kelebihan kapasitas. Jumlah penghuni yang melampaui tempat penampungan yang tersedia tentu dapat menghambat pelayanan kesehatan di Rutan, serta dapat menciptakan lingkungan yang tidak sehat. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengkaji kesehatan lingkungan fisik di blok hunian Rutan Kupang. Jenis penelitian ini termasuk dalam penelitian deskriptif. Sampel sebanyak 68 responden dengan 19 kamar hunian. Penelitian dilakukan pada bulan Agustus 2020. Analisa data yang dilakukan adalah analisis univariat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari sebagian besar kamar hunian Rutan Kupang memiliki kepadatan hunian tidak memenuhi syarat (89,48%), sebagian besar suhu (73,69%) dan pencahayaan (89,48%) kamar hunian memenuhi syarat kesehatan, kelembaban dan ventilasi pada semua kamar memenuhi syarat kesehatan (100%). Hasil wawancara terhadap responden menunjukkan bahwa 100% memiliki akses terhadap air bersih, sebagian besar jenis alas tidur yang digunakan telah memenuhi syarat kesehatan (89,71%), dan sebesar 33,82% responden mengalami gejala awal skabies. Disarankan kepada pihak Rutan agar terus meningkatkan pelayanan tahanan berupa cuti dan bebas bersyarat, agar dapat mengurangi kepadatan hunian. Serta perlu ada penyuluhan dari pihak Rutan terhadap tahanan berkaitan dengan pencegahan dan penyebab penyakit menular seperti skabies.

Kata Kunci: Kesehatan Lingkungan Fisik, Skabies.

Pendahuluan

Lingkungan telah menjadi faktor yang sangat mempengaruhi kesehatan karena di lingkungan terjadi interaksi baik melalui lingkungan fisik, psikologis, sosial budaya, dan ekonomi.¹ Di lingkungan sendiri terdapat beberapa faktor-faktor yang jika pengelolannya buruk maka dapat menimbulkan dan memudahkan terjangkitnya penyakit seperti ISPA, diare, demam berdarah dengue, malaria, dan penyakit kulit.²

Penyakit yang berbasis lingkungan yang sering ditemukan di iklim tropis adalah penyakit kulit skabies.³ Penyakit ini masih sangat sering dijumpai dan masih menjadi masalah

kesehatan masyarakat di Indonesia.⁴ Skabies adalah penyakit yang disebabkan oleh tungau *Sarcoptes scabiei* pada kulit yang ditandai dengan gejala gatal-gatal di kulit.⁵ Masalah kesehatan yang dapat timbul apabila lingkungan fisik tidak diperhatikan dengan baik adalah kejadian penyakit skabies.

Rutan yang disebut sebagai rumah tahanan negara adalah tempat tersangka atau terdakwa ditahan selama mengikuti proses pengadilan.⁶ Hampir seluruh Rutan di Indonesia memiliki masalah yang sama yaitu, *over capacity*.⁷ Kamar hunian yang sebelumnya didesain hanya untuk ditempati 7 atau 8 orang dapat dihuni hingga dua kali lipat dari jumlah tersebut. Hunian yang melebihi daya tampung dapat mempersulit baik dari segi pembinaan dan pengawasan terhadap tahanan dan narapidana, dan juga dapat menimbulkan masalah-masalah lain di antaranya masalah kesehatan.⁸

Jumlah tahanan dan narapidana yang kian hari terus meningkat, tentu dapat memberikan tekanan pada sistem yang sebelumnya sudah dibangun. Segala macam fasilitas yang sebelumnya sudah dirancang untuk digunakan untuk hanya beberapa orang, mengalami kelebihan sampai berkali-kali lipat. Hal ini sangat berdampak pada kebutuhan-kebutuhan dasar yang sebelumnya cukup justru menjadi tidak cukup.⁹ Dalam kamar hunian narapidana dan tahanan yang *overcrowded* membuat sirkulasi udara di ruangan tersebut menjadi tidak sehat, dan semakin sulit untuk mendapatkan udara segar. Selain itu, narapidana dan tahanan yang harus menghabiskan sebagian masa tahananannya dalam ruangan sehingga akses ke ruang terbuka menjadi sangat minim. Keterbatasan semua itu tentu saja dapat memberikan dampak yang buruk bagi kesehatan narapidana dan tahanan.¹⁰ Jumlah penghuni yang melebihi daya tampung dalam suatu kamar hunian dapat mengakibatkan berbagai masalah mulai dari gangguan keamanan dan ketertiban sampai dengan permasalahan kesehatan. Terdapat beberapa faktor yang menyebabkan masalah kesehatan pada tahanan dan narapidana, di antaranya kelebihan kapasitas yang meningkatkan risiko penyakit menular, keterlambatan deteksi penyakit, kurangnya ruangan isolasi, dan ketidak-tepatan pengobatan.¹¹

Rutan Kupang merupakan salah satu unit pelaksanaan teknis dari Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia kantor wilayah Nusa Tenggara Timur. Survei awal yang dilakukan ditemukan Rutan Kupang memiliki kemampuan daya tampung sebanyak 169 namun sesuai dengan sistem *database* pelayanannya pada bulan Mei 2020, Rutan Kupang mengalami *over capacity* 54% dari daya tampung yaitu sebanyak 230 warga binaan pelayanannya. Jumlah penghuni yang berlebihan tersebut berujung pada *overcrowded*. Selain itu, lingkungan fisik seperti pencahayaan dan keberadaan ventilasi dapat berpengaruh pada suhu dan kelembaban dalam kamar hunian.¹² Tentu hal ini dapat berdampak secara signifikan pada kesehatan para penghuni, karena mungkin terdapat penghuni yang sebelum menjalani masa tahanan telah mengidap suatu penyakit menular ataupun terpapar suatu penyakit saat mulai menjalani masa tahanan.¹³ Kemudian ditemukan bahwa ada beberapa penghuni yang mengalami penyakit kulit yang muncul setelah mulai melaksanakan masa tahanan di Rutan Kupang. Dalam penelitian yang dilakukan sebelumnya dijelaskan bahwa pencahayaan ruangan yang buruk juga membuat risiko terjadinya penyakit kulit semakin tinggi.¹⁴ Kepadatan hunian, suhu dan kelembaban yang meningkat di setiap kamar hunian juga mempengaruhi proses penularan penyakit kulit antar penghuni.¹⁵ Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji kesehatan lingkungan fisik di Blok Hunian Rumah Tahanan Negara (Rutan) Kelas II B Kupang.

Metode

Jenis penelitian ini termasuk dalam penelitian deskriptif. Lokasi penelitian dilaksanakan di Rutan Kupang. Penelitian dilakukan pada bulan Juli 2020. Sampel sebesar 68 responden dan 19 kamar hunian dengan menggunakan *disproportionate stratified random sampling* pada

pengambilan sampel. Pengambilan data dengan cara observasi lingkungan fisik menggunakan *lux meter*, *thermohygrometer*, dan *roll meter*, kemudian dilakukan wawancara berdasarkan lembar kuesioner. Analisis data yang digunakan adalah analisis univariat terhadap variabel kepadatan hunian, suhu, kelembaban, ventilasi, jenis alas tidur, pencahayaan, akses terhadap air bersih, dan gejala awal skabies yang muncul. Penelitian ini telah disetujui oleh Komisi Etik Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana dengan nomor persetujuan etik UN2020-1382 Tahun 2020.

Hasil

Distribusi kamar hunian Rutan berdasarkan kondisi fisik lingkungan dapat dilihat pada Tabel 1, dan distribusi responden berdasarkan penilaian terhadap kondisi fisik lingkungan Rutan dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 1. Distribusi Kamar Berdasarkan Kondisi Lingkungan Fisik di Blok Hunian Rutan Kelas II B Kupang Tahun 2020

Variabel	Frekuensi (n=68)	Proporsi (%)
Kepadatan Hunian		
Tidak Memenuhi Syarat jika kurang dari 8m ² untuk 2 orang penghuni	17	89,48
Memenuhi Syarat jika berukuran 8m ² untuk 2 orang penghuni	2	10,52
Suhu		
Tidak Memenuhi Syarat jika kurang dari 18°C dan lebih dari 30°C	5	26,31
Memenuhi Syarat jika berada di kisaran 18°C - 30°C	14	73,69
Kelembaban		
Tidak Memenuhi Syarat jika kurang dari 40% dan lebih dari 60%	0	0
Memenuhi Syarat jika berada di antara 40% - 60%	19	100
Ventilasi		
Tidak Memenuhi Syarat kurang 10% luas lantai	0	0
Memenuhi Syarat lebih atau sama dengan 10% luas lantai	19	100
Pencahayaan		
Tidak Memenuhi Syarat jika kurang dari 60 lux atau lebih dari 120 lux	2	10,52
Memenuhi Syarat jika di antara 60 lux – 120 lux	17	89,48

Tabel 1 menunjukkan sebagian besar kamar hunian Rutan dengan kepadatan hunian yang tidak memenuhi syarat (89,48%). Sebagian besar kamar hunian memiliki suhu (73,69%) dan pencahayaan (89,48%) yang memenuhi syarat kesehatan, serta semua kamar hunian dengan kelembaban dan ventilasi memenuhi syarat kesehatan (100%).

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Penilaian Terhadap Kondisi Lingkungan Fisik di Blok Hunian Rutan Kelas II B Kupang Tahun 2020

Variabel	Frekuensi (n=68)	Proporsi (%)
Akses terhadap air bersih		
Tidak Memenuhi Syarat jika tidak memiliki akses 60L/orang/hari	0	0
Memenuhi Syarat jika memiliki akses 60L/orang/hari	68	100
Jenis Alas Tidur		
Tidak Memenuhi Syarat jika tidak memiliki alas tidur atau hanya menggunakan kain	7	10,29
Memenuhi Syarat jika menggunakan kasur yang dilapisi perlak yang berbahan plastik	61	89,71
Gejala Skabies		
Tidak memiliki gejala awal skabies	45	66,18
Memiliki gejala awal penyakit scabies	23	33,82

Tabel 2 menunjukkan seluruh responden memiliki akses terhadap air bersih (100%), sebagian besar alas tidur yang digunakan responden telah memenuhi syarat kesehatan (89,71%). Berdasarkan hasil wawancara, sebagian besar responden memiliki gejala awal dari penyakit kulit skabies (66,18%).

Pembahasan

Berdasarkan hasil observasi di Rutan Kupang, mayoritas kamar hunian termasuk dalam kategori tidak memenuhi syarat dalam kepadatan hunian, dan hanya dua kamar yang termasuk dalam kategori memenuhi syarat. Agar dapat tercipta ruangan atau bangunan yang sehat maka luas lantainya harus sesuai dengan daya tampung yang telah ditentukan.¹⁶ Sebuah kamar hunian yang sehat harus berukuran minimal 8 m² dan tidak digunakan lebih dari dua orang.¹⁷ Artinya, setiap masing-masing penghuni harus memiliki area sekitar 4 m² dalam sebuah kamar. Dari hasil penelitian ditemukan bahwa kamar hunian yang tidak memenuhi syarat tersebut menampung penghuni melebihi syarat kesehatan yang berlaku. Jumlah penghuni kamar hunian berada di kisaran 11 sampai dengan 16 orang untuk kamar dengan luas 36 m². Ruang yang memiliki kepadatan hunian yang tidak memenuhi syarat, sangat berkemungkinan besar mengakibatkan masalah kesehatan pada penghuninya.¹⁸ Hunian yang padat jika ditambah dengan sirkulasi udara yang tidak lancar dalam ruangan tentu meningkatkan kadar karbon dioksida dalam ruangan tersebut.¹²

Penelitian yang dilakukan pada tahun 2018 mengemukakan bahwa kepadatan hunian dalam suatu ruangan memiliki keterkaitan dengan kejadian penyakit infeksi saluran pernapasan.¹⁹ Salah satu penyakit yang penularannya melalui lingkungan yaitu skabies dapat menular dengan sangat cepat di ruangan yang padat penghuni. Hal ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti lain sebelumnya yang menemukan keterkaitan antara kepadatan hunian dan kejadian penyakit skabies.²⁰

Berdasarkan hasil observasi pada kamar hunian Rutan Kupang terdapat 14 kamar yang memiliki suhu sesuai dengan syarat kesehatan, dengan suhu di antara 27 sampai 29 derajat Celsius. Namun masih terdapat 5 kamar hunian yang memiliki suhu kamar yang tidak memenuhi syarat kesehatan yakni berada pada kisaran 32 sampai 34 derajat Celsius. Standar kesehatan untuk suhu dalam sebuah ruangan harus berada di antara 18 sampai dengan 30 derajat Celsius agar bisa dikategorikan sehat. Suhu dalam suatu ruangan tentu saja harus tetap dijaga

agar selalu optimal dan sesuai dengan syarat kesehatan.²¹ Keadaan ruang hunian yang sempit dan juga jumlah tahanan dan narapidana yang melampaui kapasitas yang telah ditentukan, akan memengaruhi suhu ruangan hunian. Suhu ruangan yang rendah dapat menimbulkan masalah kesehatan. Paparan udara dingin yang terus menerus menimbulkan penurunan suhu tubuh, sehingga dapat mengganggu fungsi dari organ-organ tubuh. Begitu pula suhu ruangan yang tinggi dapat berdampak pada peningkatan suhu tubuh secara drastis dari penghuninya. Peningkatan suhu tubuh tersebut dapat membuat penderitanya menjadi pusing dan lemas.²²

Suhu yang tidak optimal dalam suatu ruangan dapat juga meningkatkan daya hidup dari beberapa bakteri di antaranya, *Escherichia coli*. Sesuai dalam penelitian tahun 2017, temperatur 37°C memiliki nilai absorbansi yang paling tinggi yaitu 0.227 nm yang menandakan banyaknya pertumbuhan bakteri *Escherichia coli* pada temperatur tersebut.²³ Penelitian sebelumnya yang dilakukan tahun 2018 menunjukkan adanya hubungan positif antara suhu dengan keberadaan *Mycobacterium tuberculosis*, berujung pada keadaan yang optimal bagi bakteri tersebut untuk berkembang dan meningkatkan risiko penularan penyakit tuberkulosis.²⁴

Berdasarkan hasil observasi di Rutan Kupang, semua kamar hunian dengan jumlah 19 memiliki kelembaban sesuai dengan syarat kesehatan, dengan kelembaban di antara 50% sampai 56%. Standar kesehatan kelembaban dalam sebuah ruangan harus berada di antara 40% sampai 60% agar bisa dikategorikan sehat. Kelembaban udara suatu ruangan yang buruk akan sangat mempengaruhi pertumbuhan bakteri dalam ruangan tersebut. Hal ini sangat berdampak pada peningkatan risiko terkena penyakit pada penghuninya.²⁵ Kelembaban udara yang rendah dalam suatu ruangan memiliki pengaruh terhadap kesehatan penghuninya, di antaranya dapat meningkatkan risiko terkena flu dan juga dapat membuat kulit menjadi sering kering. Begitu pula ruangan yang memiliki kelembaban udara yang tinggi dapat membuat pertumbuhan patogen di ruangan tersebut menjadi lebih cepat. Serangga tertentu yang menyebabkan penyakit dapat bertumbuh dan berkembang biak dengan baik dalam ruangan yang sangat lembab.²⁶ Pada penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti lain sebelumnya, ditemukan keterkaitan yang signifikan antara kejadian penyakit kulit skabies dengan kelembaban udara yang buruk pada ruangan penguninya.²⁷

Berdasarkan hasil observasi di Rutan Kupang, semua kamar hunian dengan jumlah 19 memiliki ventilasi sesuai dengan syarat kesehatan. Ventilasi yang sehat harus memiliki luas lebih atau sama dengan 10% luas lantai kamar hunian tersebut. Luas lantai pada setiap kamar hunian di Rutan dibagi menjadi dua yaitu, luas lantai 36 m² dengan semua luas ventilasi berada pada 3,64 m² dan luas lantai 16 m² dengan semua luas ventilasi berada pada 2,74 m². Ventilasi dibuat agar lalu lintas udara dari dalam ke luar maupun sebaliknya dalam suatu ruangan dapat terjadi. Selain itu, ventilasi sangat berperan besar membuat sebuah ruangan memiliki aliran udara yang sehat dan mendapatkan pencahayaan alami dari luar.²⁸

Sebuah ruangan jika tidak memiliki saluran ventilasi yang memadai tentu membuat semua jenis polusi udara yang masuk ataupun yang dihasilkan dalam ruangan seperti asap rokok misalnya, menjadi terperangkap dan semakin sulit tersalurkan keluar. Dari hasil observasi juga ditemukan banyak tahanan dan narapidana yang memiliki kebiasaan merokok dan kebiasaan tersebut hampir setiap saat mereka lakukan dalam kamar hunian mereka. Kebiasaan tersebut tentu memperburuk kualitas udara kamar hunian mereka.

Luas ventilasi sangat mempengaruhi kesehatan suatu ruangan hunian. Luas ventilasi yang tidak sesuai dengan ukuran ruangan jika dihuni oleh jumlah orang yang banyak, tentu dapat meningkatkan kadar karbon dioksida di ruangan tersebut dan berkemungkinan menimbulkan gangguan pernapasan.¹⁷ Hal ini serupa dengan penelitian sebelumnya yang menemukan adanya kaitan penyakit infeksi saluran pernapasan dengan ukuran ventilasi ruangan.²⁹ Selain penyakit infeksi saluran pernapasan, pada penelitian terdahulu juga

menunjukkan rumah yang memiliki ukuran ventilasi yang tidak memadai dapat meningkatkan kemungkinan kejadian TB paru pada penghuninya.³⁰

Berdasarkan hasil observasi terhadap responden di Rutan Kupang menunjukkan bahwa semua responden memiliki akses yang sama terhadap air bersih. Setiap kamar hunian dari responden memiliki instalasi air bersih sendiri sehingga memudahkan mereka. Air yang tersedia juga selalu dalam keadaan cukup yaitu masing-masing mendapatkan sekitar 60 liter per hari untuk penggunaan sehari-hari. Pemenuhan kebutuhan air bersih bagi tahanan dan narapidana memang sangat penting untuk keperluan aktivitas dan higiene. Air yang tersedia untuk para responden biasanya digunakan untuk keperluan seperti mandi, mencuci pakaian, mencuci alat makan, keperluan ibadah, mencuci alas tidur, dan membersihkan kamar hunian mereka.³¹

Air bersih yang tersedia dengan cukup dapat digunakan untuk membersihkan tubuh dan alat-alat yang mereka gunakan untuk aktivitas mereka dari kotoran sehingga dapat mengurangi penularan penyakit, misalnya penyakit kulit. Pada dasarnya, alas dan alat makan minum yang tersedia semuanya merupakan peninggalan dari narapidana sebelumnya sehingga peran ketersediaan air sangat penting. Diare merupakan penyakit yang bisa disebabkan karena air konsumsi yang tercemar. Pada penelitian-penelitian terdahulu ditemukan bahwa kualitas air yang baik sangat efektif untuk menurunkan tingkat kejadian penyakit diare.³²

Berdasarkan hasil observasi di Rutan Kupang masih terdapat tahanan maupun narapidana yang menggunakan alas tidur yang tidak memenuhi syarat kesehatan. Sebagian besar tahanan dan narapidana sudah memiliki alas tidurnya sendiri. Namun, terdapat juga yang terpaksa harus saling berbagi alas tidur karena keterbatasan jumlah alas tidur yang tersedia. Keadaan kamar hunian yang sempit juga mengharuskan para tahanan tidur berimpitan juga bisa meningkatkan risiko penularan penyakit. Alas tidur yang digunakan juga merupakan peninggalan dari narapidana yang sebelumnya sudah bebas, yang mungkin saja narapidana tersebut sebelumnya telah mengidap suatu penyakit menular tertentu dan dapat menularkannya. Penggunaan alas tidur secara bersama-sama dan bergantian seperti ini tentu saja meningkatkan kemungkinan penularan penyakit kulit seperti skabies. Kebersihan alas tidur sangat berpengaruh terhadap kejadian penyakit, ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan sebelumnya yang menunjukkan alas tidur yang kurang bersih memiliki keterkaitan dengan kejadian Skabies.²⁷

Berdasarkan hasil observasi pada kamar hunian Rutan Kupang terdapat 17 kamar yang memiliki tingkat pencahayaan sesuai dengan syarat kesehatan, dengan pencahayaan di antara 82 lux sampai 120 lux. Namun, masih terdapat 2 kamar hunian yang memiliki tingkat pencahayaan yang tidak memenuhi syarat kesehatan yang melebihi dari 120 lux saat dilakukan pengukuran. Pencahayaan alami yang cukup memiliki dampak yang cukup baik terhadap kesehatan suatu ruangan.³³ Pencahayaan harus optimal dalam suatu ruangan sehingga tidak terlalu terang karena dapat menimbulkan kegerahan pada pengguna ruangan tersebut, juga tidak boleh terlalu redup karena dapat berdampak pada kesehatan penglihatan.²¹ Pencahayaan yang optimal dalam suatu ruangan harus berada di kisaran 60-120 jika diukur menggunakan *luxmeter*.¹⁷

Pencahayaan bisa berperan dalam kejadian dan penularan penyakit tertentu, di antaranya TB dan penyakit kulit skabies. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan peneliti lain sebelumnya, ditemukan pencahayaan suatu ruangan memiliki keterkaitan dengan kejadian penyakit tuberkulosis paru.³⁴ Hal serupa juga diungkapkan oleh peneliti lainnya yang menemukan bahwa pencahayaan suatu ruangan aktivitas yang buruk berdampak pada peningkatan risiko kejadian penyakit skabies.³⁵

Skabies merupakan penyakit yang kemungkinan penularannya cukup tinggi, dan kutu *Sarcoptes scabiei* merupakan penyebab utama dari penyakit ini.³⁶ Setelah terjadi infeksi dari kutu tersebut maka akan timbul gatal-gatal di permukaan kulit, sehingga menimbulkan rasa tidak nyaman dan dapat berdampak pada kegiatan dan aktivitas si penderita.³⁷ Hasil wawancara peneliti pada Tahanan dan Narapidana di Rutan Kupang, didapatkan responden yang memiliki gejala awal penyakit skabies sebanyak 23 orang (33,82%) sedangkan yang tidak memiliki gejala sebanyak 45 orang (66,18%).

Keluhan gatal-gatal yang muncul pada Warga Binaan Pemasyarakatan (WBP) berdasarkan hasil penelitian beragam sangat mulai dari gatal di bagian tangan, kaki, sela-sela jari, pinggang dan juga pada area sekitar kemaluan. Penggunaan alas tidur yang bergantian dari penghuni lama maupun bebas kepada penghuni baru dan juga situasi *overcrowded* pada hampir seluruh kamar hunian di Rutan Kelas II B Kupang menurut peneliti semakin memperburuk tingkat penularan penyakit ini. Skabies merupakan penyakit kulit menular yang sangat cepat proses penularannya. Sesuai dengan penelitian di tahun 2015 yang didapatkan bahwa kondisi fisik lingkungan seperti kepadatan hunian dan ketersediaan air bersih berhubungan dengan kejadian penyakit skabies. Masih dari penelitian yang sama juga ditemukan bahwa *hygiene* perorangan juga berperan dalam kejadian penyakit skabies.²⁶

Kesimpulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari sebagian besar kamar hunian Rutan Kupang memiliki kepadatan hunian yang tidak memenuhi syarat kesehatan (89,48%), sebagian besar suhu (73,69%) dan pencahayaan (89,48%) kamar hunian telah memenuhi syarat kesehatan, serta semua kamar hunian dengan kelembaban dan ventilasi yang memenuhi syarat kesehatan (100%). Hasil wawancara terhadap responden menunjukkan bahwa 100% responden memiliki akses terhadap air bersih, sebagian besar jenis alas tidur yang digunakan telah memenuhi syarat kesehatan (89,71%), serta sebanyak 33,82% responden mengalami gejala awal skabies.

Daftar Pustaka

1. Sumantri, Arif, Kesehatan Lingkungan - Edisi Revisi. Kencana. 2017.
2. Ikhtiar, Muhammad. Pengantar Kesehatan Lingkungan. 2018. 63 p.
3. M SY, Gustia R, Anas E. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Skabies di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang Tahun 2015. J Kesehat Andalas. 2018;
4. Mading M, Indriaty I. Kajian Aspek Epidemiologi Skabies pada Manusia. J Penyakit Bersumber Binatang. 2015;
5. Nur Muafidah, Imam Santoso, Darmiah. Hubungan Personal Higiene dengan Kejadian Skabies pada Santri Pondok Pesantren Al Falah Putera Kecamatan Liang Anggang Tahun 2016. Januari. 2017;
6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 58 Tahun 2010 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 27 Tahun 1983 tentang Pelaksanaan Kitab Undang-Undang Hukum Acara Pidana. 2010;
7. Hamonangan AP, Nurmaini. Hubungan Sanitasi Lingkungan dan Higiene Perseorangan dengan Kejadian Skabies di Rutan cabang Sibuhuan Kabupaten Padang Lawas tahun 2013. Lingkungan dan Keselam Kerja. 2013;
8. Simpson PL, Simpson M, Adily A, Grant L, Butler T. Prison Cell Spatial Density and Infectious and Communicable Diseases: A Systematic Review. BMJ Open. 2019;9(7):1–10.
9. UNODC. Panduan Tentang Strategi untuk Mengurangi Kepadatan dalam Penjara.

- 2013;14. Available from: https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/HB_on_Prison_Overcrowding_Indonesian.pdf
10. Napitupulu, Erasmus A T; Novian, Rully; Eddyono SW. Strategi Menangani Overcrowding di Indonesia. 2018. 109 p.
 11. Nur, Arif Dwi Humananda; Siswanto, Yuliaji; Pranowowati P. JGK-vol.7, no.13 2015. 2015;7(13):138–44.
 12. Rosdiana D, Hermawati E. Hubungan Kualitas Mikrobiologi Udara dalam Rumah dengan Kejadian Infeksi Saluran Pernapasan Akut pada Balita. *Hub* 2015;35(2):83–96.
 13. Erna, Dkk. Hubungan Sanitasi Lingkungan dan Personal Hygiene dengan Kejadian Penyakit Skabies pada Warga Binaan Pemasarakatan di Lembaga Pemasarakatan Klas Iia Jambi Tahun 2013. *Sci J*. 2013;
 14. Izzati S, Basyar M, Nazar J. Faktor Risiko yang Berhubungan dengan Kejadian Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Andalas Tahun 2013. *J Kesehat Andalas*. 2015;
 15. Majid R, Dewi Indi Astuti R, Fitriyana S. Hubungan *Personal Hygiene* dengan Kejadian Skabies pada Santri di Pesantren Kabupaten Bandung. *J Integr Kesehat Sains*. 2020;
 16. Ridwan A, Sahrudin S, Ibrahim K. Hubungan Pengetahuan, Personal Hygiene, dan Kepadatan Hunian dengan Gejala Penyakit Skabies pada Santri di Pondok Pesantren Darul Muklisin Kota Kendari 2017. *J Ilm Mhs Kesehat Masy Unsyiah*. 2017;
 17. Ministry of Health Republic of Indonesia. Kepmenkes RI No.829/Menkes/SK/VII/1999. Lampiran. 1999;
 18. Dongky P, Kadrianti K. Faktor Risiko Lingkungan Fisik Rumah dengan Kejadian ISPA Balita di Kelurahan Takatidung Polewali Mandar. *Unnes J Public Heal*. 2016;5(4):324.
 19. Zairinayati Z, Putri DH. Hubungan Kepadatan Hunian Dan Luas Ventilasi Dengan Kejadian Ispa Pada Rumah Susun Palembang. *Indones J Heal Sci*. 2020;4(2):121.
 20. Nilam NS. Hubungan Personal Hygiene dan Kepadatan Hunian dengan Kejadian Skabies Pada Santri di Pondok Pesantren Yayasan Islam Daud Kholifa Semen Magetan. Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Stikes Bhakti Husada Mulia Madiun. 2017;4:9–15.
 21. Hapsari NIW. Hubungan Karakteristik, Faktor Lingkungan dan Perilaku dengan Kejadian Skabies di Pondok Pesantren Darul Amanah Desa Kabunan Kecamatan Sukorejo Kabupaten Kendal. *Univ Dian Nuswantoro*. 2014;
 22. Makranz C, Heled Y, Moran DS. Hypothermia Following Exertional Heat Stroke Treatment. *Eur J Appl Physiol*. 2011;
 23. Arivo D, Annisatussholeh N. Pengaruh Tekanan Osmotik pH, dan Suhu terhadap Pertumbuhan Bakteri Escherichia Coli. *J Ilmu Kedokt dan Kesehat*. 2017;4(3):153–60.
 24. Lestari Muslimah DD. Physical Environmental Factors and Its Association with the Existence of Mycobacterium Tuberculosis: A Study in The Working Region of Perak Timur Public Health Center. *J Kesehat Lingkung*. 2019;11(1):26.
 25. Yasir Y. Bakteri dan Kesehatan Manusia. *Pros Semin Nas Mikrobiol Kesehat dan Lingkung*. 2015;
 26. Prabowo M, Mutiara H, Sukohar A. Hubungan Kebersihan Diri dan Pengetahuan dengan Kejadian Penyakit Skabies di Salah Satu Panti Asuhan di Kecamatan Kemiling Kota Bandar Lampung Lampung. *Majority*. 2018;
 27. Nur Sadidah H. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Penyakit Kulit Skabies pada Santri MTS Pondok Pesantren Ibnu Ajhari Kecamatan Tambelang Kabupaten Bekasi Tahun 2019. 2019;13.
 28. Samosir K, Sitanggang HD, MF MY. Hubungan Personal Hygiene dengan Kejadian Skabies di Pondok Pesantren Madani Unggulan, Kabupaten Bintan. *J Ilmu Kesehat*

- Masy. 2020;
29. Juniartha SK, Hadi HMC, Notes N. Kejadian ISPA Penghuni Rumah Di Wilayah Puskesmas Bangli Utara Tahun 2012. *J Kesehat Lingkung*. 2014;4(829):169–74.
 30. Effendi, Santoso Ujang; Khairani NI. Hubungan Kepadatan Hunian dan Ventilasi Rumah dengan Kejadian TB Paru pada Pasien Dewasa yang Berkunjung ke Puskesmas Karang Jaya Kabupaten Musi Rawas Utara. 2020;4(April):0–7.
 31. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2017 tentang Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan dan Persyaratan Kesehatan Air untuk Keperluan Higiene Sanitasi, Kolam Renang, Solus Per Aqua dan Pemandian Umum. *Peratur Menteri Kesehat Republik Indones*. 2017;1–20.
 32. Utami S, Handayani SK. Ketersediaan Air Bersih untuk Kesehatan: Kasus dalam Pencegahan Diare pada Anak. *Optim Peran Sains dan Teknol untuk Mewujudkan Smart City [Internet]*. 2017;(October):211–35. Available from: <http://repository.ut.ac.id/7078/1/UTFMIPA2017-09-utami.pdf>
 33. Putri Marminingrum P. Analisis Faktor Skabies pada Santri Laki-Laki di Pondok Pesantren Al-Hasan Ponorogo. Skripsi. 2018;
 34. H, Kandau GD, Posangi J. Hubungan Kualitas Lingkungan Fisik Rumah dengan Kejadian Tuberkulosis Paru di Wilayah Kerja Puskesmas Perawatan Siko Kecamatan Ternate Utara Kota Ternate Provinsi Maluku Utara. *J e-Biomedik*. 2015;3(3).
 35. Hapsari NIW. Hubungan Karakteristik, Faktor Lingkungan dan Perilaku dengan Kejadian Skabies di Pondok Pesantren Darul Amanah Desa Kabunan Kecamatan Sukorejo Kabupaten Kendal. *Univ Dian Nuswantoro*. 2014;1–13.
 36. Ratnasari AF, Sungkar S. Prevalensi Skabies dan Faktor-faktor yang Berhubungan di Pesantren X, Jakarta Timur. *eJournal Kedokt Indones*. 2014;
 37. Afienna H. Hubungan Personal Hygiene dan Sanitasi Lingkungan dengan Kejadian Skabies di Pondok Pesantren Marifatul Ulum Bringin Kabupaten Ngawi. *International Reviews of Immunology*. 2018.

KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND ACTION RELATED TO PESTICIDE USAGE IN RICE FARMERS IN ULUWAE VILLAGE, NORTH BAJAWA SUB-DISTRICT, NGADA DISTRICT

Viktorius Toli^{1*}, Deviarbi Sakke Tira², Honey Ivon Ndoen³

¹Program Studi Kesehatan Masyarakat, FKM Universitas Nusa Cendana

^{2,3}Bagian Epidemiologi dan Biostatistika, FKM Universitas Nusa Cendana

*Korespondensi: toliito172@gmail.com

Abstract

Pesticides are chemicals used to eradicate pests or plant diseases in agriculture. The types of pests are insects, mites, nuisance plants, plant diseases usually caused by fungi (mushrooms), bacteria, viruses, nematodes, snails, rats, birds, and other animals considered harmful. This study aims to describe the knowledge, attitudes, and actions of rice farmers on the use of pesticides in Uluwae Village, North Bajawa Sub district, Ngada District. This type of research used a descriptive survey method with a population of 350 rice farmers in Uluwae Village. The sample in this study was 186 farmers. Simple random sampling was applied to select the sample. Data were collected from interviews using a questionnaire. The data were analysed descriptively. The study indicated that the farmers in Uluwae Village had a good level of knowledge (95%), positive attitude (96%), and used pesticides (97%). Information related to how to use pesticides, methods of mixing pesticides, the frequency of spraying, spraying methods, symptoms of poisoning, the first aid measures when being poisoned, and the use of personal protection equipment is necessary.

Keywords: Pesticide, Knowledge, Attitude, Action.

Abstrak

Pestisida merupakan bahan kimia yang dipakai dalam membasmi jenis hama atau penyakit tanaman dalam bidang pertanian. Jenis hama yang dimaksud berupa serangga, tungau, tumbuhan pengganggu, penyakit tanaman yang biasa disebabkan oleh fungi (jamur), bakteri, virus, nematoda, siput, tikus, burung, dan hewan lain yang dianggap merugikan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pengetahuan, sikap, dan tindakan petani padi pada penggunaan pestisida di Desa Uluwae, Kecamatan Bajawa Utara, Kabupaten Ngada. Jenis penelitian ini menggunakan metode survei deskriptif dengan populasi semua petani padi yang berada di Desa Uluwae sejumlah 350 orang petani. Sampel dalam penelitian ini yaitu 186 orang petani. Pengambilan sampel yaitu teknik *simple random sampling* dengan menggunakan aplikasi *statistics and sample size*. Cara pengumpulan data melalui wawancara dengan menggunakan kuesioner. Data dianalisis secara deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki pengetahuan yang baik (94,62%), sikap yang baik (95,70%), dan tindakan yang baik (97,31%) terkait penggunaan pestisida. Penyuluh pertanian harus tetap memberikan informasi penyuluhan tentang cara penggunaan, metode pencampuran pestisida, frekuensi penyemprotan, tindakan penyemprotan pada arah angin, gejala-gejala keracunan, tindakan pertama saat keracunan, dan penerapan penggunaan alat pelindung diri saat penyemprotan pestisida.

Kata kunci: Pestisida, Pengetahuan, Sikap, Tindakan.

Pendahuluan

Pestisida merupakan jenis bahan kimia yang digunakan dalam membasmi berbagai jenis hama atau penyakit tanaman dalam bidang pertanian. Jenis hama yang dimaksud dapat berupa tungau, serangga, dan tumbuhan pengganggu jenis penyakit tanaman yang biasa terjadi karena adanya fungi (jamur), bakteri, virus, nematoda, siput, tikus, burung dan hewan lainnya yang dinilai memberikan kerugian.¹

Penggunaan pestisida adalah teknik pengendalian hama dan penyakit yang paling banyak dilakukan petani. Pemakaian pestisida secara berlebihan memiliki dampak secara ekonomi, ekologi dan sosial.² Dampak secara ekonomi adalah ketergantungan rumah tangga

petani terhadap pestisida, dan secara nasional ketergantungan negara terhadap luar negeri karena 100% bahan aktif pestisida diperoleh melalui impor. Secara ekologi penggunaan pestisida menimbulkan pencemaran tanah, air, residu pada produk, kematian organisme berguna, resistensi hama dan penyakit, serta terjadinya hama sekunder. Dampak sosial yang timbul adalah adanya keracunan pestisida oleh petani pengguna, maupun penyakit-penyakit terkait dengan keracunan pestisida.³

Selain bermanfaat untuk membasmi hama dan penyakit pada tanaman, penggunaan pestisida mempunyai potensi bahaya yang tinggi baik pada manusia, hewan ataupun lingkungan apabila tidak digunakan dengan bijaksana atau sesuai prosedur. Bahaya yang ditimbulkan dari pestisida di antaranya gangguan kesehatan, keracunan, kebakaran, dan pencemaran lingkungan hidup. Kontaminasi pestisida yang masuk dalam tubuh bisa menyebabkan gejala sakit kepala, mual atau rasa penuh di perut, muntah, rasa lemas, sakit kepala, keringat berlebihan, serta penglihatan terganggu.⁹

Indonesia adalah negara agraris yang mayoritas penduduknya bermata pencaharian pada sektor pertanian. Hasil sensus pertanian pada tahun 2013 menjelaskan bahwa sebanyak 62.827.750 rumah tangga bekerja di sektor pertanian. Peningkatan sektor pertanian dalam praktik budidaya tanaman pangan biasanya diikuti oleh penggunaan pestisida sebagai andalan dalam menjaga hasil panen dari serangan hama dan penyakit. Penggunaan pestisida di Indonesia cukup besar. Pada tahun 2010 terdapat sebanyak 2.628 jumlah pestisida yang terdaftar.⁷

Semakin lama pemakaian pestisida semakin tinggi, khususnya di berbagai negara yang sedang berkembang, termasuk Indonesia. Walaupun negara-negara tersebut hanya memakai 25% dari total pemakaian pestisida di seluruh dunia, namun kematian yang ditimbulkan karena pestisida mencapai 99%.⁴ *World Health Organization* (WHO) memprediksi setiap tahun muncul sekitar 1 sampai 5 juta kasus keracunan yang diakibatkan karena pestisida pada pekerja pertanian dengan tingkat kematian sekitar 220.000 korban jiwa dan sebanyak 80% di antaranya terjadi di berbagai negara berkembang.⁵ Hal tersebut dipengaruhi oleh pemahaman petani yang rendah. Rendahnya pengetahuan ini menyebabkan penggunaan pestisida cenderung tidak aman ataupun tidak sesuai dengan ketentuan yang dianjurkan. Di samping itu, 80% petani menggunakan pestisida dengan metode penyemprotan. Metode ini dianggap paling banyak menyebabkan kontaminasi melalui kulit maupun bagian tubuh yang lain.⁶

Data dari Kementerian Pertanian menunjukkan pestisida yang tercatat pada tahun 2014 sebanyak 3.005 dan di tahun 2016 meningkat menjadi 3.207. Hal tersebut sejalan dengan tingginya penggunaan pestisida yang dilakukan petani. Dilihat dari sisi merek dagang, terdapat sebanyak 26 merek golongan piretroid yang banyak dipakai oleh petani. Selanjutnya, golongan organofosfat sebanyak 10 merek dagang, karbanat sebanyak 6 merek dagang, neristoksin sebanyak 2 merek dagang, dan merek pirol dan avertmetin masing-masing 1 merek dagang.⁸

Kabupaten Ngada adalah salah satu kabupaten yang ada di Provinsi Nusa Tenggara Timur yang juga mempunyai mata pencaharian terbesar di bidang pertanian. Dari 11 kecamatan, terdapat 3 kecamatan sebagai penghasil padi terbesar di Kabupaten Ngada yakni Kecamatan Soa, Kecamatan Wolomeze, dan Kecamatan Bajawa Utara. Data dari Puskesmas Watakupu menunjukkan bahwa kasus keracunan tertinggi terjadi di wilayah kerja Puskesmas Watukapu, Kecamatan Bajawa Utara, dengan jumlah kasus keracunan di tahun 2016 sebanyak 50 kasus, tahun 2017 sebanyak 45 kasus, dan tahun 2018 meningkat menjadi 70 kasus bahkan terdapat 2 orang petani yang mengalami keracunan pestisida ringan (pingsan) saat melakukan penyemprotan.¹⁰ Desa Uluwae adalah salah satu desa dengan lahan pertaniannya yang sangat

luas yakni 318 Ha. Jumlah petani sebanyak 350 orang dan merupakan desa dengan kasus keracunan tertinggi di Kecamatan Bajawa Utara.

Hasil survei pendahuluan yang dilakukan dengan metode observasi langsung di Desa Uluwae memperlihatkan bahwa sebagian tingkah laku petani pada pemakaian hama pestisida masih kurang tepat, baik sebelum menyemprot, pada saat menyemprot, ataupun sesudah menyemprot. Umumnya petani di Desa Uluwae tidak memperhitungkan dosis dan ukuran yang ditentukan dari penggunaan pestisida. Di samping itu, dalam proses pengadukannya petani hanya memakai tangan jika tidak menemukan kayu di sekitarnya. Sebagian petani mengaku dengan sengaja melebihkan ukuran pestisida supaya lebih efektif dan efisien dalam membasmi hamanya. Petani juga tidak memakai APD yang lengkap pada waktu menyemprot. Beberapa petani dalam melakukan penyemprotan pestisida hanya memakai pakaian lengan panjang. Terkadang juga menggunakan lengan pendek dan tidak memakai masker, topi dan sepatu. Petani juga tidak mempertimbangkan arah angin saat penyemprotan. Sesudah penyemprotan beberapa petani tidak langsung mandi sebab penyemprotan umumnya dilaksanakan pagi hari dan sesudah penyemprotan mereka masih menyiangi tanaman ataupun aktivitas yang lainnya. Sebelum meneruskan pekerjaannya, umumnya petani hanya sekedar mencuci tangan dan selanjutnya istirahat sebentar sambil menghisap rokok dan bercerita di sekitar lahan pertanian. Kebanyakan petani membersihkan badan (mandi) di waktu sore hari sesudah semua pekerjaan sawah selesai. Hasil wawancara dari beberapa petani menyatakan bahwa mereka sering merasakan gatal di kulit, pusing, dan mual setelah selesai melakukan penyemprotan. Akan tetapi karena gejala tersebut tidak begitu mengganggu mereka, maka biasanya mereka tidak terlalu mempermasalahkannya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pengetahuan, sikap dan tindakan petani padi pada penggunaan pestisida di Desa Uluwae, Kecamatan Bajawa Utara, Kabupaten Ngada.

Metode

Jenis penelitian ini adalah survei deskriptif. Penelitian ini dilaksanakan di Desa Uluwae, Kecamatan Bajawa Utara pada bulan Juli-September 2020. Populasi dalam penelitian ini adalah semua petani padi yang berada di Desa Uluwae sebanyak 350 orang dan besar sampel sebanyak 186 orang. Pengambilan sampel menggunakan *simple random sampling* dan menggunakan aplikasi *statistics and sample size*. Ada tiga variabel dalam penelitian ini yaitu tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan petani. Yang dimaksud dengan tingkat pengetahuan adalah semua yang diketahui petani tentang dampak penggunaan pestisida yang ditimbulkan dan upaya pencegahan seperti penyimpanan pestisida harus di ruang khusus dan jangkauan dari anak-anak (dampak, dosis, dan volume penyemprotan yang tepat). Dinyatakan kurang baik, jika persentase jawaban benar responden <50% dan dinyatakan baik, jika persentase jawaban benar responden \geq 50%. Yang dimaksud dengan sikap adalah reaksi atau respons positif petani terhadap penggunaan pestisida pada tanaman padi. Dinyatakan kurang baik, jika persentase jawaban responden <50% dan dinyatakan baik, jika persentase jawaban responden \geq 50%. Yang dimaksud dengan tindakan adalah cara atau kebiasaan petani dalam penggunaan/pengaplikasian pestisida. Dinyatakan kurang baik, jika persentase jawaban responden <50% dan dinyatakan baik, jika persentase jawaban responden \geq 50%. Teknik pengumpulan data melalui wawancara dengan menggunakan instrumen berupa kuesioner. Data kemudian diolah dan dianalisis dengan menggunakan analisis deskriptif yang bertujuan untuk menggambarkan kondisi fenomena yang terjadi. Penelitian ini sudah mendapatkan kelayakan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana dengan Nomor *ethical approval*: 2020153-KEPK Tahun 2020.

Hasil

1. Karakteristik Responden

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Umur, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Masa Kerja Petani Padi di Desa Uluwae, Kecamatan Bajawa Utara, Kabupaten Ngada Tahun 2020

Karakteristik	Kategori	Frekuensi (n =186)	Proporsi (%)
Umur	25-29	26	13,98
	30-34	8	4,30
	35-39	29	15,59
	40-44	38	20,43
	45-49	44	23,66
	50-54	24	12,90
	55-59	8	4,30
	60+	9	4,84
Jenis Kelamin	Perempuan	54	29,03
	Laki-laki	132	70,97
Tingkat Pendidikan	SD	113	60,75
	SLTP	47	25,27
	SLTA	21	11,29
	Akademik/Sarjana	5	2,69
Masa Kerja	<10 Tahun	36	19,35
	≥10 Tahun	150	80,65

Tabel 1 menunjukkan bahwa responden paling banyak berumur 45-49 tahun (23,66%), dan paling banyak berjenis kelamin laki-laki (70,97%), tingkat pendidikan paling banyak adalah SD (60,75%) dengan masa kerja yang paling banyak adalah masa kerja ≥10 tahun (80,65%).

2. Analisis Univariat

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Petani Padi dalam Penggunaan Pestisida di Desa Uluwae, Kecamatan Bajawa Utara, Kabupaten Ngada Tahun 2020

Variabel	Frekuensi (n=186)	Proporsi (%)
Tingkat Pengetahuan		
Baik	176	94,62
Kurang Baik	10	5,38
Sikap		
Baik	178	95,70
Kurang Baik	8	4,30
Tindakan		
Baik	181	97,31
Kurang Baik	5	2,69

Tabel 2 menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki pengetahuan yang baik (94,62%), sikap yang baik (95,70%), dan tindakan yang baik (97,31%) terkait penggunaan pestisida.

Pembahasan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, yang terjadi sesudah mengadakan pengindraan pada sebuah obyek tertentu. Tanpa pengetahuan manusia tidak memiliki landasan dalam menentukan sebuah keputusan serta tindakan pada permasalahan yang dihadapi.¹¹ Pengetahuan ataupun kognitif adalah domain yang sangat penting guna terciptanya sebuah perilaku manusia. Perubahan tingkah laku baru ialah sebuah proses yang kompleks dan membutuhkan waktu yang relatif panjang. Tahap yang pertama yaitu pengetahuan, sebelum manusia mengadopsi tingkah laku baru harus tahu lebih dulu apa makna ataupun manfaat dari tindakannya itu. Dengan begitu, tindakan dari manusia sangat disebabkan oleh tingkat pengetahuan, apabila pengetahuan yang dimiliki sudah baik maka diharapkan akan diterapkan perilaku sehari-hari.¹²

Hasil penelitian yang dilakukan di Desa Uluwae menunjukkan sebagian besar petani memiliki pengetahuan baik tentang penggunaan pestisida (94,62%), khususnya mengenai bahaya penggunaan pestisida terhadap kesehatan. Penelitian sebelumnya menyimpulkan bahwa pengetahuan memiliki pengaruh terhadap penggunaan pestisida petani. Pengetahuan mengenai spesifikasi akan berdampak pada pemakaian yang bijak. Jika petani memahami pengaruh dari penggunaan pestisida berspektrum luas, maka diharapkan petani akan lebih cenderung menggunakan pestisida dengan aturan yang tertera dalam label pestisida.¹⁴ Sebagian besar petani juga mengaku melakukan teknik menyemprot sesuai dengan arah angin yang bertiup (82,5%). Hasil penelitian ini mendukung temuan penelitian sebelumnya yang menyimpulkan bahwa perilaku penyemprotan yang baik adalah petani menghadap sesuai dengan arah angin ketika menyemprot. Petani yang melakukan penyemprotan melawan arah angin akan terkena paparan pestisida yang banyak sehingga lebih mudah mengalami keracunan terlebih. Apalagi jika tanaman yang disemprot jauh lebih tinggi.¹³

Temuan lainnya adalah bahwa sebagian dari jumlah responden (54,30%) mengaku belum paham mengenai manfaat menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) pada saat melakukan penyemprotan. Sebagian besar petani di Desa Uluwae menyatakan bahwa kegunaan dari APD hanya untuk menjaga/menghindari sengatan sinar matahari. Petani menilai jika penggunaan APD dapat mengganggu serta kurang nyaman bila dipakai saat bekerja. Selain hal tersebut, petani juga menilai jika APD tidak begitu penting sebab selama ini merasa tidak ada gangguan meskipun tidak memakai APD. Hasil penelitian ini juga sama dengan penelitian sebelumnya yang menyimpulkan bahwa penyebab sering terjadinya keracunan karena petani merasa sudah biasa dan aman saat melakukan penyemprotan tanpa menggunakan alat pelindung diri.⁴ Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa secara umum pengetahuan petani di Desa Uluwae berada pada kategori baik. Oleh karena itu diharapkan dari dinas penyuluhan pertanian tetap memberikan informasi dan melakukan penyuluhan di masyarakat tentang dampak dari penyemprotan pestisida tersebut.

Sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap suatu stimulasi atau objek, baik yang bersifat internal maupun eksternal sehingga manifestasinya tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup tersebut. Sikap secara realitas menunjukkan adanya kesesuaian respons terhadap stimulus tertentu. Tingkat sikap adalah menerima, merespons, menghargai dan bertanggung jawab.¹⁶ Sikap dalam predisposisi untuk melaksanakan ataupun tidak melaksanakan sebuah tingkah laku tertentu, lebih pada sebuah proses kesadaran yang personal. Sikap belum otomatis terbentuk dalam sebuah tindakan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai sikap baik (95,70%). Petani tahu tentang waktu penyemprotan pestisida yang tepat. Responden lebih banyak menyatakan sikap sangat setuju bila waktu penyemprotan yang baik dilakukan pada pagi dan sore (64,51%). Petani di Desa Uluwae pada umumnya menyemprot di mulai pada pagi

hari pukul 07.00-10.00 WITA dan sore hari pukul 15.00-18.00 WITA. Hasil penelitian ini sama dengan penelitian sebelumnya yang menyimpulkan jika waktu yang baik dalam menyemprot yaitu pagi hari jam 07.00-10.00 WITA dan sore hari jam 15.00-18 WITA. Jika dilakukan penyemprotan pada siang hari jam 11.00-14.00 WITA maka risiko terjadinya keracunan pestisida lebih besar karena cuaca yang panas mengakibatkan petani mudah berkeringat dan akan masuknya pestisida melalui kulit yang mengakibatkan timbulnya gejala keracunan.¹⁵

Responden juga lebih banyak menyatakan sangat tidak setuju dengan dosis yang tertera dalam label kemasan pestisida (64,51%). Dosis yang digunakan oleh petani di Desa Uluwae lebih banyak disesuaikan dengan pertimbangan pribadi dan tidak mengikuti rekomendasi yang tertera pada label. Hasil penelitian sebelumnya menyatakan bahwa dosis penggunaan pestisida yang sangat tinggi akan menyebabkan tingginya residu pestisida pada tanaman. Selain itu, penggunaan yang melebihi dosis yang ditentukan juga dapat menyebabkan hama menjadi resisten terhadap pestisida.⁵ Hasil penelitian ini juga mendukung temuan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa sikap petani beragam dalam menggunakan dosis pestisida kimia. Sebagian besar petani tidak setuju menggunakan pestisida di luar dosis anjuran karena akan berdampak pada ledakan hama sekunder atau hama lain yang lebih tahan atau resisten terhadap pestisida kimia bila digunakan pada dosis tinggi yang tidak sesuai anjuran. Ada juga sikap petani yang setuju dengan alasan intensitas serangan hama yang lebih tinggi serta tahan terhadap dosis rendah yang memicu petani untuk menggunakan pestisida melebihi anjuran penggunaan (ambang batas).¹⁸ Secara umum sikap petani padi di Desa Uluwae berada pada kategori baik. Diharapkan dinas pertanian terus memberikan informasi dan penyuluhan kepada petani tentang dampak dan dosis penggunaan pestisida yang mereka lakukan.

Tindakan merupakan gerakan ataupun tindakan dari tubuh sesudah mendapatkan stimulasi ataupun adaptasi dari dalam ataupun luar tubuh sebuah lingkungan. Tindakan seseorang pada stimulasi tertentu akan banyak dipengaruhi oleh kepercayaan dan perasaannya pada stimulasinya. Untuk terwujudnya sikap agar menjadi suatu tindakan yang nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi fasilitas yang memungkinkan.¹¹

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tindakan yang baik dalam penggunaan pestisida (97,31%). Sebagian besar responden melakukan metode pengeceran pestisida mengikuti petunjuk dari label kemasan pestisida (76,34%). Sebagian besar petani memiliki tindakan yang baik, yaitu setelah selesai penyemprotan biasanya mandi dengan memakai sabun dan ganti baju. Pada saat penyemprotan jika terkena bagian wajah responden selalu mencuci tangan dengan air mengalir. Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa setelah selesai penyemprotan petani mengganti pakaian, agar tidak terjadi kontaminasi dengan keracunan pestisida.¹⁹ Salah satu faktor yang berpengaruh terhadap perilaku petani yang kurang terkontrol dalam memakai pestisida ialah kecemasan. Petani sangat cemas apabila mengalami kegagalan panen yang menyebabkan nilai investasi yang tak kembali. Faktor lainnya adalah *forecasting* yakni kurangnya kemampuan petani untuk memprediksi serangan hama dan penyakit ke depan selama musim tanam dan kurangnya kesadaran petani dalam penggunaan PHT (Penggangu Hama Tanaman). Hal tersebut didorong oleh minimnya pengolahan dan pengontrolan berkelanjutan oleh pegawai penyuluh lapangan. *Internal conflict* yang menjadi faktor internal yang sangat mempengaruhi, yakni antara pemenuhan kebutuhan serta hambatan usaha, ketakutan akan gangguan Organisme Pengganggu Tanaman (OPT) yang mendorong petani bertindak tidak teratur dalam pemakaian pestisida.²⁰ Secara umum tindakan petani di Desa Uluwae berada pada kategori baik dalam penyemprotan pestisida. Diharapkan kepada dinas pertanian untuk selalu memberikan informasi dan penyuluhan di petani tentang penggunaan pestisida, dan dosis pestisida.

Kesimpulan

Mayoritas petani di Desa Uluwae memiliki pengetahuan, sikap, dan tindakan yang baik terkait penggunaan pestisida dan untuk mempertahankannya dan meningkatkannya maka diperlukan penyuluhan dan pendampingan dari BP3K Pertanian tentang penggunaan pestisida, metode pencampuran pestisida, frekuensi penyemprotan serta tindakan penyemprotan pada arah angin, pemahaman tentang gejala-gejala keracunan, tindakan pertama saat keracunan, dan penerapan penggunaan APD.

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih disampaikan kepada Kepala Dinas Pertanian Kabupaten Ngada, dan seluruh responden yang telah meluangkan waktunya untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, serta kedua dosen pembimbing yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing peneliti hingga penelitian ini dapat terselesaikan dengan baik.

Daftar Pustaka

1. Agrindo. Apa Itu Pestisida [Internet]. 2015 [cited 2020 Jul 26]. Available from: <http://www.biotis.htm>
2. Hidayat F, Khamidi T WS. Pengetahuan, Sikap dan Tindakan Petani di Kabupaten Tegal dalam Penggunaan Pestisida dan Kaitannya dengan Tingkat Keracunan terhadap Pestisida. *J Bumi Lestari* [Internet]. 2010;10 (1) : 1-12. Available from: <https://ojsunud.acid/index.php/blje/article/view/99>
3. Fadilah Z. Efek Neurobehavioral dan Faktor Determinan pada Petani Penyemprot Tanaman Sayur dengan Pestisida di Desa Perbawati Kabupaten Sukabumi. Skripsi. Jakarta. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta: 2013.
4. Sularti. Tingkat Pengetahuan Bahaya Pestisida dan Kebiasaan Pemakaian Alat Pelindung Diri Dilihat dari Munculnya Tanda dan Gejala Keracunan pada Kelompok Tani di Karanganyar [Internet]. Universitas Muhammadiyah Surakarta: 2012 Available from: http://epirints.ums.ac.id/20155/9NASKAH_PUBLIKASI.pdf
5. Suparti S, Anies Setiani O. Beberapa Faktor Risiko yang Berpengaruh terhadap Kejadian Keracunan Pestisida pada Petani. *J Pena Med* [Internet]. 2016;6(2):125–38. Available from: <https://jurnal.unikal.ac.id/index.php/medika/article/view/397>
6. Lali S. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kejadian Keracunan Pestisida Akut pada Petani Penggunaan Pestisida di Desa Mata Air Kecamatan Kupang Tengah Kabupaten Kupang. Universitas Nusa Cendana Kupang: 2016.
7. Kementerian Pertanian. Pedoman Pembina Penggunaan Pestisida. Direktorat Pupuk dan pestisida Kementerian Pertanian: 2011.
8. Kementerian Pertanian RI. Pestisida Pertanian dan Kehutanan [Internet]. Jakarta: Direktorat Pupuk dan pestisida Kementerian Pertanian; 2016. Available from: <http://pvtp.p.setjen.pertanian.go.id/cms/wp-content/uploads/2017/09/532-SK-Periode-II-Pestisida.pdf>
9. Muhlisin. Tingkat Pengetahuan Bahaya Pestisida dan Kebiasaan Memakai Alat Pelindung Diri Dilihat dari Munculnya Tanda Gejala Keracunan Pada Kelompok Tani di Karanganyar [Internet]. Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2012. Available from: https://publikasi.ilmiah.ums.ac.id/bitstream/handle/11617/3671/Sularti-Abi_Muhlisin_Fixbgt.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Puskesmas Watukupu. Data Kasus Keracunan Pestisida. Puskesmas Watukupu Kecamatan Bajawa Utara; 2019.

11. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Rineka Cipta. Jakarta; 2010.
12. Catur Yuantri BW. Tingkat Pengetahuan Petani dalam Menggunakan Pestisida di Desa Curut Kecamatan Penawangan Kabupaten Grobogan. J Study Ilmu Lingkung Universitas Diponegoro Semarang Indonesia [Internet]. 2013: Available from: <http://eprints.undip.ac.id> (diakses 3 Januari 2021)
13. Siahaan S. Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Keracunan Pestisida pada Petani Sayur dan Palawija di Desa Selat Kecamatan Pelayung Kabupaten Batang Hari Tahun 2018. J Ilm Universitas Batanghari Jambi [Internet]. 2020;20(3):1079–85. Available from: <http://ejournal//10.0.129.63/jiubj.v20i3.1099>
14. Affandi A, Sinaga A, Arifatus S A. Hubungan Pengetahuan dan Persepsi Harga dengan Penggunaan Pestisida dalam Usaha Tani. J Agribisnis Indonesia [Internet]. 2017;2(2):93. Available from: <https://journal.ipb.ac.id/index.php/jagbi/article/view/1566>
15. Nurmansyah. Pengaruh Interval Aplikasi dan Waktu Penyemprotan Pestisida Nabati Seraiwangi terhadap Hama Helopeltis Antonii pada Tanaman Kakao. Bul Penelitian Tanaman Rempah dan Obat [Internet]. 2016;25(1):53. Available from: <http://ejurnal.litbang.pertanian.go.id/index.php/bultro/article/download/3287/2804>
16. Notoadmodjo S. Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2013.
17. Notoatmodjo S. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2014. 20–32 p.
18. Tatuhey RR, Pattiselanno AE, Sahusilawane AM. Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Petani terhadap Penggunaan Pestisida Kimia di Kota Ambon. AGRILAN J Agribisnis Kepul [Internet]. 2020;8(1):1–13. Available from: <https://ojs.unpatti.ac.id/index.php/agrilan/article/download/945/506>
19. Zauraida. Faktor yang Berhubungan dengan Tingkat Keracunan Pestisida pada Petani di Desa Siramahi Tambun Utara Bekasi Tahun 2011 [Internet]. Universitas Indonesia; 2012. Available from: <http://lontar.ui.ac.id/detail?id=20318363&lokasi=lokal>
20. Sulistiyono L. Pengetahuan Sikap dan Tindakan Petani Bawang Merah dalam Penggunaan Pestisida (Studi Kasus di Kabupaten Nganjuk Provinsi Jawa Timur). J Agrolan [Internet]. 2010;15(1):12–7. Available from: <http://jurnal.untad.ac.id/jurnal/index.php/AGROLAND/article/view/37>
21. Wahyuni S. Perilaku Petani Bawang Merah dalam Penggunaan dan Penanganan Pestisida serta Dampaknya terhadap Lingkungan (Studi Kasus di Desa Kemukten, Kecamatan Kersana, Kabupaten Brebes) [Internet]. Universitas Diponegoro; 2010. Available from: <http://eprints.undip.ac.id/24759/>

MEDICAL SOLID WASTE MANAGEMENT IN BAJAWA GENERAL HOSPITAL

Maria Natalia Wula^{1*}, Marylin S. Junias², Yuliana Radja Riwu³

¹*Program Studi 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: arlin.wula97@gmail.com

Abstract

Hospital activities generate waste in the form of liquid, solid, and gas. Medical Solid Waste (MSW) is a serious problem because of the negative consequences that can result if it is not properly managed. Minimization, separation, shelter, transportation, culling, and final disposal are the steps to process the medical solid waste. The study is aimed at describing the management of MSW at Bajawa Public Hospital. The research was conducted from September to December 2020. This research was descriptive. Data were collected using interview and observation methods. The research population was MSW management unit and the sample was all hospital rooms that produced solid medical waste. The results showed that MSW management at the hospital did not meet the requirements of the Minister of Health of the Republic of Indonesia number 1204/Menkes/SK/X/2004. MSW was mixed with non-medical waste due to a lack of human resources and training for MSW staff. The hospital should train its staff on waste minimization phases, supply plastic bags for medical waste, provide carts to transport medical waste, use needle shredder machines, and coordinate with the Sanitation Office for final waste disposal.

Keywords: Hospital, Management, Medical Solid Waste.

Abstrak

Kegiatan rumah sakit menghasilkan berbagai macam limbah yaitu cair, padat, dan gas. Pengelolaan limbah medis padat rumah sakit merupakan isu serius karena dapat menimbulkan dampak negatif jika tidak dikelola dengan tepat. Berapa langkah pengelolaan limbah medis padat meliputi: minimasi, pemisahan, penampungan, pengangkutan, pemusnahan, dan pembuangan akhir. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menggambarkan proses pengelolaan limbah medis padat di RSUD Bajawa. Penelitian ini dilakukan dari bulan September sampai Desember 2020. Metode yang digunakan dalam penelitian ini ialah survei deskriptif. Populasi pada penelitian ini yaitu unit pengolahan limbah medis padat dan sampel dalam penelitian ini adalah semua ruangan yang menghasilkan limbah medis padat. Pengumpulan data menggunakan wawancara dan observasi. Data yang diperoleh dianalisis secara deskriptif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses pengelolaan limbah medis padat di RSUD Bajawa secara umum belum memenuhi syarat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1204/MENKES/SK/X/2004. Pencampuran limbah padat medis dan non medis ditemukan terjadi karena kurangnya sumber daya manusia dan tidak adanya pelatihan bagi petugas pelaksana pengelola limbah medis padat. Rumah sakit perlu mengadakan pelatihan khusus untuk petugas tentang tahapan minimasi pada pengelolaan limbah, memperhatikan penyediaan kantong plastik untuk limbah medis, penyediaan gerobak khusus untuk pengangkutan limbah medis, menggunakan mesin penghancur jarum suntik, dan bekerja sama dengan dinas kebersihan untuk pembuangan akhir limbah.

Kata Kunci: Rumah Sakit, Manajemen, Limbah Medis Padat.

Pendahuluan

Rumah sakit merupakan instansi yang melakukan pelayanan kesehatan untuk semua orang secara lengkap serta menyediakan tempat bagi rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.¹ Penggunaan jarum suntik sekali pakai akan menyebabkan peningkatan jumlah limbah. Limbah jika tidak dikelola dengan baik maka akan menyebabkan masalah bagi kesehatan seperti infeksi luka operasi, infeksi saluran kencing dan infeksi saluran napas.² Rumah sakit diharapkan

menyediakan fasilitas kesehatan serta pemakaiannya yang aman seperti penggunaan jarum suntik hanya sekali pakai.³

Limbah layanan kesehatan terdiri dari berbagai macam bentuk yaitu padat, cair dan gas yang didalamnya terdapat organisme *patogen* yang bersifat infeksi, toksik, dan radiokatif.⁴ Jenis limbah padat yaitu limbah infeksi, limbah jaringan tubuh, limbah benda tajam, limbah kimia, limbah sitotoksik, limbah toksik, limbah radioaktifitas, limbah kontainer bertekanan dan limbah dengan kandungan logam yang tinggi.⁵ Jika tidak diperhatikan secara serius maka limbah tersebut akan menularkan penyakit bagi petugas, pasien, keluarga pasien maupun masyarakat disekitar rumah sakit. Limbah benda tajam walaupun digunakan dalam jumlah sedikit namun akan menyebabkan risiko yang begitu besar pada kesehatan seperti luka robek akibat tusukan ataupun *vulnus punctum* jika bendanya terinfeksi oleh mikroorganisme parasit.⁶ *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa infeksi yang disebabkan oleh limbah benda tajam yang tercemar dapat menyebabkan infeksi Hepatitis B Virus (HBV) berjumlah 21 juta (3% pada infeksi terbaru), infeksi Hepatitis C Virus (HCV) berjumlah 2 Juta (40% dari semua kontaminasi baru), dan terkontaminasi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) berjumlah 260 juta (5% dari semua kontaminasi baru).

Data Kementerian Lingkungan Hidup dan Kehutanan pada tahun 2015 menyatakan bahwa ada 95 rumah sakit yang memiliki *incinerator* yang sudah mempunyai izin penampungan 45 ton/hari dan ada 43% pelayanan kesehatan yang pengelolaan limbah padatnya sudah memenuhi syarat, 83% pelayanan kesehatan menerapkan pemilihan limbah serta 96% pelayanan surat lingkungan dan masih banyak pelayanan kesehatan seperti rumah sakit yang belum memiliki surat izin penggunaan *incinerator*.⁷ Limbah layanan kesehatan terdiri dari berbagai macam bentuk yaitu limbah infeksius, limbah bahan beracun, limbah domestik, limbah medis padat, limbah kimiawi, limbah patologi, limbah farmasi, limbah radioaktif dan limbah benda tajam.⁸ Berdasarkan karakteristiknya limbah medis padat dibagi menjadi beberapa jenis yaitu jarum suntik, infeksius, patologi, farmasi, sitotoksik, kontainer bertekanan, kandungan logam berat, kimiawi, dan radioaktif.⁹

Proses pengolahan limbah di rumah sakit adalah rangkaian atau kegiatan yang mencakup pemilahan, penampungan, pengangkutan, penampungan sementara, pemusnahan dan pembuangan akhir. Proses tersebut digunakan secara khusus serta disimpan pada wadah yang memenuhi syarat kesehatan seperti wadah anti karat dan bocor. Pada proses pemusnahan limbah padat harus menggunakan *incinerator* dengan suhu sekitar 1.200°C dan residunya dibuang pada *landfill*. *World Health Organization* (WHO) telah membuat panduan tentang pengelolaan limbah layanan kesehatan secara aman. Indonesia melalui Peraturan Perundang-Undangan telah membuat batasan. Menurut Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan No 56 Tahun 2015 bahwa limbah yang diperoleh rumah sakit wajib dilakukan pengelolaan.¹⁰

Seluruh limbah yang dihasilkan berjumlah 75-90% berupa limbah domestik atau biasa disebut limbah tidak berbahaya sedangkan 10-25% adalah limbah berbahaya termasuk di dalamnya adalah limbah medis padat rumah sakit. Dilihat dari jumlah semua limbah layanan kesehatan di negara berpendapatan menengah diketahui sebesar 0,8-6,0 kg/orang. Pelayanan limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) adalah sebesar 0,3-0,4 kg/orang. Pemakaian alat suntik untuk mengobati ataupun imunisasi lebih baik menggunakan jarum suntik yang sudah dilakukan perebusan secara terus menerus sehingga tidak terjadi peningkatan limbah benda tajam. Dalam perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi petugas kesehatan memakai alat suntik satu kali pakai yang berimplikasi pada penumpukan limbah benda tajam.¹¹

Berdasarkan Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan Republik Indonesia No 56 Tahun 2015, pengelolaan limbah medis padat di rumah sakit jika belum tepat akan

berisiko terhadap kesehatan masyarakat. Hal ini dikarenakan adanya kandungan virus dan kuman dari kegiatan medis di instansi kesehatan. Limbah tersebut menjadi perantara penyebaran terhadap kesehatan petugas dan masyarakat. Limbah medis bisa menimbulkan pencemaran lingkungan dan mengakibatkan tertularnya penyakit infeksi nosokomial. Infeksi nosokomial merupakan infeksi yang didapatkan di rumah sakit. Penyakit infeksi nosokomial seperti infeksi pada bekas operasi, saluran kencing, saluran napas dan bakteremia. Proporsi kejadian infeksi nosokomial kurang lebih sebanyak 9% dari 1,4 juta pasien rawat inap. Pada negara modern terjadinya infeksi nosokomial menjadi sebuah tolak ukur kualitas layanan rumah sakit. Oleh karena itu, perlu dilakukan pencegahan agar dapat meminimalisir risiko infeksi nosokomial.¹²

Rumah Sakit Umum Daerah Bajawa adalah rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Ngada yang melayani masyarakat umum dan peserta jaminan kesehatan yang dikelola Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). RSUD Bajawa didirikan pada masa pemerintahan Belanda, bertempat di Jalan Gajah Mada (sekarang kantor Dinas Kesehatan dan kantor Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Kabupaten Ngada/Bappeda). Rumah Sakit ini juga memberikan pelayanan di Kabupaten Manggarai dan Ende. Pada tahun 1958 RSUD Bajawa diresmikan bersamaan dengan pembentukan Kabupaten Ngada. Pada bulan November tahun 1987, RSUD Bajawa (nama saat itu) dipindahkan lokasinya di Jalan Diponegoro dengan nama RSUD Bajawa. Lahan RSUD Bajawa merupakan bekas dari Kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Ngada dengan luas tanahnya sebesar 10.650 m². RSUD Bajawa dalam melakukan pelayanannya akan menghasilkan jenis limbah seperti limbah padat, cair dan gas.¹³

Hasil observasi pendahuluan ditemukan bahwa pengelolaan limbah tidak berjalan sesuai dengan syarat kesehatan. Hal ini dikarenakan proses pemusnahan limbah medis padat seperti kasa bekas perawatan, jarum suntik, botol infus tidak menggunakan *incinerator* dan masih menumpuk di sekitar area *incinerator*. Proses pemilahan sudah berdasarkan kategori limbah. Tahap pengangkutan masih menggunakan jalur umum. Pemusnahan limbah tidak menggunakan *incinerator* melainkan dibakar di dalam kontainer. Hal ini dikeluhkan masyarakat ketika petugas membakar limbah padat menggunakan *incinerator* di rumah sakit. Limbah dari proses pembakaran tersebut akan mencemari udara. Informan juga mengatakan bahwa pihak rumah sakit telah mengajukan masalah ini untuk ditindak lanjuti tetapi belum ada umpan balik dari pemerintah. Limbah medis cair di RSUD Bajawa proses pengelolannya sudah menggunakan Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tahapan pengelolaan limbah medis padat di RSUD Bajawa.

Metode

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah survei deskriptif. Pengumpulan data dilakukan di RSUD Bajawa sejak bulan September hingga bulan Desember 2020. Populasi dalam penelitian ini adalah unit pengelolaan limbah medis padat dan sampel dalam penelitian ini adalah semua ruangan yang menghasilkan limbah medis padat, seperti ruangan perawatan, poliklinik, ruangan Unit Gawat Darurat (UGD), ICU/ICCU, bedah sentral/kamar bedah, radiologi, laboratorium, ruangan fisioterapi, ruangan laboratorium, dan ruangan pelayanan farmasi/apotek, ruangan persalinan, ruangan instalasi gizi. Jumlah informan sebanyak 7 orang yang bekerja di RSUD Bajawa, yang terdiri dari Kepala Instalasi Limbah, Petugas Pengelola Limbah, Perawat Unit Gawat Darurat, Kepala Ruangan Laboratorium, Kepala Ruangan Poli Gigi, Kepala Ruangan Bersalin dan Nifas. Teknik pengumpulan data menggunakan instrumen kuesioner dan observasi. Pengolahan dan teknik analisis data menggunakan reduksi data, dan disajikan penyajian dalam bentuk narasi. Analisis data dilakukan secara deskriptif. Penelitian ini telah mendapat kelayakan etik (*ethical approval*) dari

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana dengan nomor persetujuan etik: 2020146 - KEPK Tahun 2020.

Hasil

RSUD Bajawa mempunyai bagian sanitasi tersendiri yaitu bagian pengelolaan limbah, bagian pengolah Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL), penyediaan air bersih, penanganan hewan yang menjadi perantara penularan penyakit, sanitasi ruang bangunan dan bahan non medis. RSUD Bajawa memiliki 15 pegawai unit sanitasi, 5 orang petugas limbah padat, 6 orang petugas untuk membuang limbah ke TPS dan 25 orang tenaga kontrak.

1. Pemilahan Limbah Medis Padat di Rumah Sakit Bajawa

Cara memilah limbah medis dan non medis harus berdasarkan warna kantong plastik dan pelabelan. Warna hitam pada plastik diperuntukan bagi jenis limbah non medis dari limbah dapur, halaman dan sejenisnya. Warna kantong plastik limbah medis dibedakan menjadi beberapa warna yaitu: kuning untuk limbah infeksius dan patologi, coklat untuk limbah farmasi seperti obat-obatan yang sudah kadaluwarsa, ungu untuk limbah sitotoksik yang berasal dari aktivitas kemoterapi pada pasien dan warna merah untuk limbah radioaktif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi pemilahan limbah medis padat di dalam ruangan tindakan sebelum dilakukan proses pembakaran. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara dengan informan sebagai berikut.

“Kalau untuk pelabelan kita disini bedakan pakai nama, pemisahan tempat sampah medis nonmedis sudah dipisahkan, kalau berdasarkan nama kita tidak ada, kantong plastik juga ada menurut standar. Yah, semua memang belum sesuai SOP ni, kita begini sudah, apa adanya. Kembali lagi ke dana atau uang begitu.” (ML)

Dari hasil observasi dan hasil wawancara diketahui bahwa RSUD Bajawa telah menempatkan wadah di tiap unit ruangan pelayanan dan sudah memberi pelabelan pada limbah medis dan non medis tetapi tidak memilah berdasarkan warna. Tenaga kesehatan membuang limbah bekas kegiatan perawatan di tempat sampah yang tersedia. Tempat sampah di RSUD Bajawa terbuat dari bahan plastik, tebal, tidak korosif, sebagian mempunyai penutup, kedap air, dibuka dengan cara dipijak dan setiap penutup wadah limbah diberi label dengan jelas. Pemisahan sampah medis padat dilakukan ketika terjadi kegiatan medis di tiap unit pelayanan di RSUD Bajawa. Pemilahan dilakukan setelah selesai melakukan perawatan dan pelayanan kepada pasien.

2. Pengumpulan

Proses selanjutnya ialah melakukan pengumpulan di tiap unit pelayanan di suatu tempat tertutup. Kegiatan pengumpulan dilakukan tiap harinya oleh tenaga kesehatan. Limbah yang berada di setiap ruangan dikumpulkan lalu dibawa ke tempat penampungan sementara. Pengumpulan limbah medis padat dilakukan berdasarkan jenis limbah medis yang ada. Pengumpulan limbah tersebut dilakukan pada jam yang berbeda serta menggunakan *trolley* dengan karakteristik seperti terbuat dari bahan plastik, kuat, tidak bocor, berukuran besar, mudah dibawa, tertutup rapat dan diberi label sesuai dengan jenis limbahnya. Petugas memakai alat pelindung diri seperti sarung tangan, sepatu boot, masker, apron dan celemek pada saat mengumpulkan limbah. Limbah padat diangkut setiap hari dan proses pengumpulan limbah disimpan berdasarkan wadahnya. Pengumpulan limbah medis seperti jarum suntik, tisu, verban dilakukan secara manual. Limbah di ambil lalu dikumpulkan dari tiap unit penghasil limbah medis yang sudah dibungkus dengan kantong plastik lalu diantar ke tempat penampungan sementara. Limbah jaringan tubuh dikuburkan pada lokasi yang disediakan oleh rumah sakit

atau dibawa pulang oleh pihak keluarga. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara dengan informan sebagai berikut.

“Proses pengumpulan langsung di ruangan tindakan, setelah itu diangkut ke Tempat Penyimpanan Sementara (TPS), seharusnya itu tugasnya cleaning service, hanya kita ni, cleaning service cuma datang sapu pel saja.” (EN)

“Kami hanya pakai sarung tangan dan masker saja saat mengumpulkan limbah, sepatu boot tidak ada.” (JB)

Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan di RSUD Bajawa, limbah medis yang sudah dipisahkan akan dikumpulkan. Tidak ada proses pengumpulan dari tiap-tiap unit. Pengumpulan dilakukan di masing-masing unit dan siap diangkut ke tempat penyimpanan sementara. Para petugas melakukan pengumpulan limbah medis padat setelah selesai melakukan tindakan terhadap pasien. Kegiatan pengumpulan limbah menggunakan alat pelindung diri seperti masker dan sarung tangan.

3. Pengangkutan

Hasil penelitian mengungkapkan bahwa jadwal pengangkutan limbah medis padat dilakukan dua shift setiap hari yaitu pukul 7.30 WITA dan pukul 15.30 WITA. Pengangkutan limbah medis padat dilakukan dengan cara manual, tanpa penggunaan alat khusus, dan tidak ada jalur khusus yang akan dilewati. Pengangkutan limbah dilakukan dari sumber pengumpulan menuju TPS dan dilakukan tiap harinya. Petugas membawanya menggunakan tempat sampah, tanpa kontainer dan jalur khusus. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara dengan informan sebagai berikut.

“Kalau untuk pengangkutan, kita start dari masing-masing unit bisa tiap hari dua kali pengangkutan atau bisa tunggu penuh dulu baru di buang. Proses pengangkutan limbah kami menggunakan jalur umum. Setelah diangkut kemudian ditaruh di penyimpanan sementara, seminggu dua kali baru di bakar sampah-sampah itu.” (NW)

“Limbah yang kami ambil tiap unit kadang tercampur, dan pada saat kami mengangkut limbah kami memakai alat seadanya saja.” (IR)

Dari hasil wawancara dengan informan diketahui bahwa proses pengangkutan limbah yang dilakukan setiap hari tersebut menggunakan jalur umum. Masalah utama yang sering ditemukan pada tahap pengangkutan adalah masih menggunakan jalur umum. Jalur umum tersebut juga biasa dilewati oleh petugas rumah sakit, pasien dan keluarga pasien. Jalur umum yang dilewati ini dapat menjadi sumber penularan penyakit apabila ada limbah yang berceceran.

4. Tempat Penyimpanan Sementara

Apabila limbah sudah dikumpulkan maka langkah selanjutnya adalah diantarkan langsung oleh petugas kesehatan ke TPS yang dimiliki RSUD Bajawa. Limbah medis padat akan dikumpulkan dulu di tempat penyimpanan sementara sebelum dimusnahkan. Tempat penyimpanan sementara RSUD Bajawa adalah di *incinerator* yang berada di belakang rumah sakit. Posisinya berdekatan dengan ruangan pengolahan makanan untuk pasien dan ruangan administrasi. Di dalam TPS, limbah medis padat diletakkan terpisah dari limbah nonmedis dan Bahan Berbahaya Beracun (B3). Limbah medis padat dan limbah B3 diletakkan di area *incinerator* sedangkan limbah non medis dibuang ke kontainer milik umum yang berada di samping rumah sakit. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara dengan informan sebagai berikut.

“Kami disini tidak ada tempat penyimpanan sementara. Kami menggunakan incinerator sebagai tempat untuk menyimpan limbah, karena incinerator tersebut tidak digunakan sedangkan untuk limbah nonmedis kami langsung membuang ke kontainer milik umum yang berada di samping rumah sakit. Kami disini belum ada tempat khusus untuk menyimpan limbah medis dan nonmedis. Seringkali limbah medis dan non medis tercampur.” (YK)

“Limbah yang ada di incinerator ditumpuk begitu saja, limbah dibalut dengan plastik hitam besar dan disimpan di sekitar area incinerator sampai satu atau dua bulan.” (ID)

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa proses penyimpanan sementara untuk limbah medis padat di Tempat Penyimpanan Sementara ditumpuk begitu saja tanpa ada tindak lanjut. Jika sudah terlalu penuh maka dilakukan proses pembakaran secara manual.

5. Pemusnahan

Berdasarkan wawancara dan pengamatan, langkah selanjutnya ialah proses pemusnahan akhir. Setelah pengamatan dilakukan ditemukan bahwa RSUD Bajawa melakukan proses pengolahan atau pemusnahan akhir dengan pembakaran biasa. Dari tahap pemindahan menuju tempat penyimpanan sementara selama 3-4 hari, hingga penyimpanan bisa berlangsung selama satu bulan. Jika penyimpanan limbah padat sudah terisi penuh maka akan dilakukan pemusnahan. Setiap minggu dilakukan pembakaran limbah sebanyak dua kali oleh petugas pengolahan limbah. Sisa abu dari proses pembakaran dibiarkan begitu saja didalam bak tersebut. Hal ini dibuktikan dari hasil wawancara dengan informan sebagai berikut.

“Pemusnahan limbah medis padat disini tidak menggunakan incinerator melainkan dibakar ditempat penyimpanan sementara yaitu bak manual yang berukuran 1,5 meter dan ketinggian 2 m. sisa abu dari pembakaran dibiarkan begitu saja tanpa dikubur. Kadang limbah dibiarkan menumpuk di incinerator.” (EB)

Pembahasan

Proses pengolahan limbah medis padat mewajibkan adanya pemilahan limbah berdasarkan jenisnya dan menyimpannya di dalam kantong plastik yang berbeda-beda menurut karakteristik atau jenis limbahnya.¹⁴ Limbah umum dimasukkan ke dalam plastik berwarna hitam, limbah kimia dan farmasi ke dalam plastik berwarna coklat, limbah radioaktif ke dalam kantong warna merah, sementara limbah infeksius dan limbah sitotoksik dimasukan ke dalam plastik berwarna kuning. Pemisahan ini merupakan langkah awal memperkecil kontaminasi limbah non medis.

Hasil penelitian yang dilakukan di RSUD Bajawa menunjukkan bahwa pemisahan limbah medis padat telah dilaksanakan dengan melakukan pemisahan limbah medis maupun limbah nonmedis. Sudah ada label untuk tempat sampah. Namun tidak tersedia kantong plastik pada tempat sampah. Pemilahan tersebut dilakukan oleh tenaga kesehatan saat pelayanan atau setelah selesai melakukan tindakan perawatan yang berlangsung di unit pelayanan RSUD Bajawa sedangkan limbah benda tajam di rumah sakit dimasukan ke dalam *safety box*. Petugas pengelola limbah perlu melakukan proses pemilahan agar tidak menjadi sarang kuman dan *vector* penular penyakit. Jika limbah medis padat tidak diberi kantong plastik maka akan mengakibatkan kebocoran dan memperbesar kontaminasi dengan *patogen*. Hasil penelitian ini mendukung temuan penelitian sebelumnya di Kabupaten Pati yang menyatakan bahwa tempat sampah medis dan nonmedis sudah menggunakan pelabelan, namun pemisahan warna kantong plastik belum digunakan sesuai standar yang sudah ditentukan.¹⁵

Menurut Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan No. P56 Tahun 2015, limbah hasil kegiatan fasilitas pelayanan kesehatan harus dilakukan pengelolaan sesuai karakteristiknya. Tindakan penempatan limbah medis tanpa kantong plastik tidak memenuhi standar kesehatan. Wadah limbah medis harus terbuat dari bahan plastik yang kuat, tebal, ringan, tahan karat, kedap air, dibuka dengan cara dipijak dan permukaan dalamnya halus.¹⁶ Limbah medis padat yang tidak diberi kantong plastik berpotensi mengakibatkan kebocoran dan memperbesar resiko kontaminasi. Oleh karena itu, petugas pengelolaan limbah perlu melakukan proses pemilahan diantaranya wadah harus anti bocor, kuat, tahan karat, ringan, kedap air, memiliki penutup, kantong plastik dan desinfektan agar tidak terjadi sarang kuman dan *vector* penular penyakit. Diharapkan kepada pihak rumah sakit agar memperhatikan proses pengelolaan limbah seperti menyediakan wadah limbah berdasarkan jenis, dan menyediakan plastik berdasarkan syarat-syarat yang ditetapkan.

Setelah limbah medis dipisahkan, selanjutnya akan dilakukan pengumpulan limbah di setiap unit pelayanan menggunakan *trolley*. *Trolley* tersebut harus memiliki penutup dan tenaga pengolah limbah harus menggunakan APD. Hal ini bertujuan untuk mengurangi risiko terjadi kontaminasi serta kecelakaan pada tenaga yang bertugas. Alat pelindung diri yang digunakan petugas pengelola limbah adalah helm/topi, pakaian tertutup, sepatu boot, masker, sarung tangan dan lainnya.¹⁷ Limbah yang sudah terisi penuh dengan maksimal 2/3 bak harus segera diangkut dan tiap harinya limbah wajib dikumpulkan agar diangkut ke TPS yang sudah tersedia. Di tiap tempat penghasil limbah harus disediakan kontainer dan kantong plastik. Pengumpulan limbah tersebut dilakukan di tiap unit pada tempat tertutup dan tenaga kesehatan melakukan pengumpulan limbah setiap harinya.¹⁷

Hasil penelitian menemukan bahwa pengumpulan dilakukan di tiap unit tindakan pelayanan. Sarana pengumpulan limbah tersebut adalah tempat sampah berbahan plastik, ringan, tidak karat, kedap terhadap air, dan memiliki penutup yang bisa di buka tutup. Pengangkutan limbah menuju TPS dijadwalkan pada dua shift setiap hari yaitu pukul 7.30 WITA dan pukul 15.30 WITA. Pengumpulan dilakukan oleh petugas kesehatan pada saat selesai melakukan tindakan medis. Hal ini dikarenakan tenaga *cleaning service* tidak ditugaskan untuk ikut mengelolah limbah rumah sakit. Limbah tersebut langsung di angkut menggunakan wadah tempat sampah menuju TPS. Hasil penelitian ini mendukung temuan penelitian sebelumnya di bagian rawat inap RSUD Kabupaten Purworejo yang menyatakan proses pengumpulan limbah medis padat dilakukan di masing-masing ruangan suatu tempat tertutup.

Berdasarkan Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan No. P56 tahun 2015, petugas yang secara langsung menangani limbah harus memperhatikan hal berikut yakni: limbah harus dikumpulkan kurang lebih setiap hari ataupun sesuai dengan kebutuhan; limbah tersebut kemudian dipindahkan ke tempat pengumpulan; dan adanya simbol dan tabel di setiap kantong limbah sesuai karakteristik limbah, termasuk penjelasan tentang sumber limbah. Setelah selesai pemindahan atau pengangkutan, maka kantong harus segera di ganti dengan yang baru yang sama jenisnya, dan kantong tersebut ditempatkan di tiap lokasi sumber limbah.¹⁸

Limbah medis dapat menimbulkan gangguan ketentraman dan estetika, misalnya yang berwujud warna dari larutan, sedimen, bau *phenol*, dan rasa material kimia berbahan organik. Limbah medis juga dapat merusak harta benda akibat korosif air berlumpur yang mampu menurunkan kualitas bangunan rumah sakit. Selain itu dapat juga merusak tanaman serta binatang karena virus, bahan kimia, pestisida dan senyawa nitrat, limbah medis dapat pula menimbulkan gangguan kesehatan perorangan karena terdapat bakteri dan virus serta senyawa kimiawi, pestisida, logam merkuri, timbal dan kadmium dari kegiatan bidang kedokteran gigi.¹⁹

Mekanisme gangguan memang belum sepenuhnya diketahui secara pasti namun beberapa senyawa dapat menyebabkan gangguan atau kerusakan genetik dan sistem reproduksi manusia misalnya bahan radioaktif.²⁰ Pihak rumah sakit diharapkan agar dapat menyediakan *trolley* untuk limbah medis dan non medis agar pada saat pengumpulan limbah tidak terjadi kontaminasi akibat petugas langsung yang menggunakan tangan dalam proses pengumpulan limbah ke TPS. Pihak rumah sakit juga perlu menyediakan alat pelindung diri untuk petugas pengelola limbah.

Secara normatif, limbah padat domestik dari ruangan diangkut ke Tempat Penyimpanan Sementara secara periodik menggunakan *trolley* khusus. Kondisi limbah tetap terbungkus kantong plastik hitam. *Trolley* pengangkut limbah harus terbuat dari bahan yang kuat, kedap air dan tidak berkarat permukaannya mudah di bersihkan, serta di lengkapi penutup dan ditempel tulisan "*trolley* pengangkut limbah non medis". Penentuan jalur pengangkutan limbah medis dan non medis ke Tempat Penyimpanan Sementara (TPS) tidak melalui ruangan pelayanan atau ruang kerja yang padat dengan pasien, pengunjung dan karyawan rumah sakit. Setelah dilakukan pengumpulan limbah maka limbah segera di pindahkan dan diangkut menuju tempat penyimpanan sementara. Limbah yang diangkut harus menggunakan *trolley* sesuai standar yang ditentukan. Petugas pengangkut limbah diwajibkan menggunakan APD. Ada perbedaan antara jalur pasien dengan jalur pengangkutan limbahnya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa jadwal pengangkutan limbah medis padat dilakukan dua shift setiap hari yaitu pukul 7.30 WIB dan pukul 15.30 WIB. Pengangkutan limbah medis padat dilakukan dengan cara manual, tanpa penggunaan alat khusus, dan tidak ada jalur khusus yang akan dilewati. Pengangkutan limbah dilakukan dari sumber pengumpulan menuju TPS dan dilakukan tiap hari. Petugas membawanya dengan menggunakan tempat sampah, tanpa kontainer dan jalur khusus.²¹ Temuan penelitian ini mendukung hasil penelitian sebelumnya di Rumah Sakit Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar yang menyatakan bahwa proses pengangkutan belum memenuhi syarat yakni *trolley* pengangkutannya sulit untuk dipindahkan ke TPS.

Pengangkutan dibedakan menjadi dua yaitu pengangkutan internal dan eksternal. Pengangkutan internal berawal dari titik penampungan awal ke tempat pembuangan atau ke *incinerator* (pengolahan *on-site*). Dalam pengangkutan internal biasanya digunakan kereta dorong yang sudah diberi label, dibersihkan secara berkala dan petugas pelaksana dilengkapi dengan alat proteksi dan pakaian kerja khusus. Pengangkutan eksternal yaitu pengangkutan sampah medis ke tempat pembuangan di luar (*off-site*). Pengangkutan eksternal memerlukan prosedur pelaksanaan yang tepat dan harus dipatuhi petugas yang terlibat. Prosedur tersebut termasuk memenuhi peraturan angkutan lokal. Syarat-syarat *trolley* yang baik dalam pengangkutan limbah, yaitu kereta atau *trolley* yang digunakan untuk pengangkutan limbah medis harus didesain sedemikian rupa sehingga permukaan harus licin, rata, tidak tembus, tidak akan menjadi sarang serangga, mudah dibersihkan, dikeringkan, sampah tidak menempel pada alat angkut, sampah mudah diisikan, diikat, dan dituang kembali. Bila tidak tersedia sarana setempat dan limbah medis harus diangkut ke tempat lain maka harus disediakan bak terpisah dari sampah biasa dalam alat truk pengangkut.²² Penelitian ini mendukung temuan penelitian sebelumnya di Puskesmas Perawatan Kabupaten Merangin yang menyatakan bahwa 7 puskesmas (70%) menggunakan tempat sampah dalam tahap pengangkutan sampah medisnya. Tahap pengangkutan di Puskesmas ini belum menggunakan alat pengangkut sampah medis sesuai dengan aturan Departemen Kesehatan RI tahun 2002 tentang persyaratan alat angkut.²³ Diharapkan pihak rumah sakit agar melakukan upaya pengendalian dan perbaikan jalur pengangkutan limbah. Proses pengangkutannya harus menggunakan *trolley* khusus sehingga tidak melukai petugas saat proses pengangkutan. Petugas juga harus memakai alat pelindung diri yang lengkap agar tidak terkontaminasi dengan limbah.

Limbah medis padat akan dikumpulkan dulu di tempat penyimpanan sementara sebelum dimusnahkan. Tempat penampungan sementara sebaiknya berada di sekitar lingkungan rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tempat penyimpanan sementara untuk limbah medis padat adalah di *incinerator* yang berada tepat di belakang ruangan dapur/lokasi penyedia makanan dengan keadaan limbah medis dan non medis sering disatukan. Dalam sehari limbah medis padat diangkut oleh petugas kesehatan dari tiap ruangan, kemudian dibawa dan diletakan di sekitar *incinerator*. Penyimpanan dilakukan selama tiga sampai empat hari untuk selanjutnya dimusnahkan. Keadaan tempat *incinerator* tersebut sering kali terisi penuh oleh kumpulan limbah sehingga terdapat limbah yang tercecer di area penampungan. Untuk limbah nonmedis dikumpulkan dan dibuang ke kontainer milik umum yang berada di samping rumah sakit tepatnya di jalan raya. Peneliti menemukan bahwa terjadi penggabungan antara limbah medis dan nonmedis di tempat penampungan sementara sebelum di lakukan pemusnahan akhir. Rumah sakit tidak memiliki TPS sehingga limbah non medis di simpan di TPS milik umum yang berada di samping rumah sakit tepatnya di jalan raya. Kondisi TPS tersebut terisi penuh dan terbuka yang akan menimbulkan bau tidak sedap.

Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan No. P56 tahun 2015 merekomendasikan agar fasilitas penampungan sementara adalah lantai beton kedap air yang dilengkapi dengan drainase maksimal, mudah untuk dibersihkan, mudah untuk disinfeksi, memiliki sumber air atau keran air yang mudah diakses, dan dapat di kunci agar terhindar akses pihak yang tidak ada kepentingan. Fasilitas kesehatan tersebut harus mudah dijangkau kendaraan yang mengumpulkan limbah medis. Selain itu, tempat penampungan tersebut harus terlindung dari sinar matahari, angin yang kencang, hujan, banjir dan faktor lainnya yang bisa menyebabkan kecelakaan kerja. Fasilitas penampung juga dianjurkan tidak mudah diakses oleh hewan burung, serangga dan harus di lengkapi dengan ventilasi dan pencahayaan yang maksimal dan memadai.¹⁸ Selain itu, juga harus jauh dari dapur atau lokasi penyediaan makanan. Alat pembersihan, pakaian pelindung, dan kantong atau wadah limbah harus ditempatkan sedekat mungkin dengan tempat penyimpanan sementara.¹⁹

Hasil penelitian ini mendukung temuan penelitian sebelumnya yang mengemukakan bahwa limbah medis hanya ditimbun dan limbah akan di simpan 2-7 minggu baru dilakukan pengolahan padahal sampah tersebut sudah terinfeksi oleh berbagai macam *patogen* sehingga terjadi infeksi nosokomial. Penelitian lainnya di Rumah Sakit Labuang Baji Makasar ditemukan tempat penyimpanan sementara digunakan bersama dengan masyarakat untuk membuang limbah medis.¹⁹ Proses penyimpanan sementara diharapkan tidak menampung limbah lebih lama, karena bisa menyebabkan tempat penyimpanan yang berantakan, tidak beraturan serta dapat menimbulkan infeksi. Mikroorganisme *patogen* merupakan salah satu kandungan dari limbah infeksius.²⁴ *Patogen* akan mudah memasuki tubuh manusia melalui area akibat luka di kulit, bekas tusukan, lecet, melewati membran mukosa, melewati saluran pernapasan dan ingesti. Limbah benda tajam yang menyebabkan luka gores atau tusukan bisa menginfeksi luka jika sudah terkontaminasi dengan *patogen*. Karena kedua hal ini maka benda tajam digolongkan menjadi kelompok limbah kategori sangat berbahaya. Oleh karena itu, pihak rumah sakit diharapkan melakukan upaya pengendalian dan perbaikan fasilitas penampungan sementara diantaranya menggunakan ruangan tersendiri untuk menyimpan limbah karena jika digabungkan akan berdampak bagi kesehatan seperti sumber penularan penyakit infeksi nosokomial.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 27 Tahun 2017, limbah infeksius dimusnahkan menggunakan *incinerator*, limbah non-infeksius dapat dikubur, dibakar ataupun diangkut ke Tempat Pembuangan Akhir (TPA), limbah benda tajam dimusnahkan melalui *incinerator* dan limbah cair dibuang ke selokan limbah *feces*, urin, darah dibuang ke

tempat pembuangan/pojok limbah (*spoelhoek*).²⁵ Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemusnahan limbah medis padat di RSUD Bajawa tidak menggunakan *incinerator*, melainkan menggunakan teknik pembakaran di tempat penyimpanan sementara yaitu bak manual yang berukuran 1,5 meter dan ketinggian 2 m. Sisa abu dari proses pembakaran ditanam ke dalam tanah galian. Tidak semua sisa limbah tersebut dapat terurai di dalam tanah. Seringkali terjadi penggabungan limbah medis ataupun nonmedis pada proses pembakaran dan mengakibatkan masih banyak limbah yang masih berserakan di sekitar bak penampungan, seperti botol infuse, kapas dan masker. Limbah medis benda tajam akan dikuburkan dalam tanah dengan kedalaman satu meter. Setelah selesai pembakaran, limbah medis dan nonmedis yang belum musnah dibiarkan begitu saja sampai dilakukan pembakaran selanjutnya. Hal ini disebabkan karena belum adanya tempat pembuangan akhir limbah untuk RSUD Bajawa dan untuk limbah non medis rumah sakit bekerja sama dengan pihak ketiga yaitu Dinas Lingkungan Hidup untuk mengangkut limbah tersebut setiap hari. Penelitian ini sejalan dengan penelitian lain di Kabupaten Pati. Petugas melakukan pemusnahan akhir limbah medis padat di Tempat Penyimpanan Sementara. Hasil dari proses pembakaran di tanam di tanah yang berukuran 4x3 meter pada kedalaman tanah dua meter. Petugas akan menggali tanah baru ketika tempat pembuangan tersebut sudah penuh.²⁵

Limbah hasil dari kegiatan medis di rumah sakit memberikan dampak yang sangat berbahaya terhadap makhluk hidup dan alam di sekitar. Jika tidak dilakukan pemusnahan dengan *incinerator* maka akan menyebabkan penularan penyakit seperti infeksi nosokomial dan asap dari proses pembakaran tersebut akan menjadi polusi udara bagi petugas, pasien, keluarga pasien maupun masyarakat setempat. Proses pembakaran dapat menyebabkan munculnya polusi udara. Asap hasil pembakaran tersebut bisa dihirup oleh pasien, keluarga yang berkunjung, maupun tenaga pelayanan yang berada di rumah sakit, atau warga yang tinggal di sekitar rumah sakit. Pembakaran limbah belum tentu bisa menghancurkan atau memusnahkan secara lengkap karena limbah masih tersisa di atas maupun di dalam tanah. Bahaya lain yang akan ditimbulkan dari masalah ini adalah tanah yang subur menjadi kering, munculnya bau yang tidak enak, khususnya daerah yang digunakan untuk pembakaran jika lokasinya berdekatan dengan tempat penyimpanan makanan pasien serta rumah-rumah warga di sekitar rumah sakit.

Diharapkan kepada pihak rumah sakit perlu memperhatikan apabila *incinerator* akan digunakan di rumah sakit terutama ukuran, desain, dan kapasitas yang disesuaikan dengan volume limbah medis yang akan dibakar. Selain itu disesuaikan juga dengan pengaturan pengendalian pencemaran udara, penempatan lokasi yang berkaitan dengan jalur pengangkutan limbah dalam kompleks rumah sakit dan jalur pembuangan abu, serta perangkat untuk melindungi *incinerator* dari bahaya kebakaran.²⁶

Kesimpulan

Hasil penelitian menunjukkan pada tahap pemilahan sudah dilakukan pemisahan antara limbah medis dan nonmedis, pengumpulan dilakukan di setiap ruangan tindakan, pada tahap pengangkutan tidak tersedia alat khusus sesuai standar, dan pada tahap pemusnahan akhir dilakukan pembakaran karena tidak menggunakan *incinerator*. Disarankan kepada pihak RSUD Bajawa agar dapat menyediakan alat khusus untuk pengangkutan limbah, tempat penampungan sementara yang sesuai standar dan tempat pembuangan akhir limbah (TPA) yang tidak menimbulkan risiko terhadap kesehatan masyarakat dan lingkungan di sekitar rumah sakit.

Ucapan Terima Kasih

Terimakasih disampaikan kepada Kepala RSUD Bajawa dan semua staf yang telah membantu dalam penelitian ini.

Daftar Pustaka

1. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit [Internet]. Kementerian Kesehatan RI, editor. Jakarta; 2020. 1–80 p. Available from: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/152506/permenkes-no-3-tahun-2020>
2. Chandra B. Pengaturan Kesehatan Lingkungan. Jakarta: EGC; 2006.
3. Rahmat B. Studi Karakteristik dan Kualitas BOD dan COD Limbah Cair Rumah Sakit Umum Daerah Lanto DG Pasewang Kabupaten Jeneponto. J Nas Ilmu Kesehat [Internet]. 2018;1. Available from: <https://journal.unhas.ac.id/index.php/jnik/article/view/4285>
4. Verawaty Simarmata. Model Pengelolaan Limbah Padat Medis Rumah Sakit di Kota Medan [Internet]. Disertasi. Universitas Sumatera Utara Medan; 2018. Available from: <http://repositori.usu.ac.id/handle/123456789/4996>
5. Bella Mia. Analisis Pengelolaan Limbah Medis Padat di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Prabumulih pada Tahun 2017 [Internet]. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya; 2017. Available from: https://repository.unsri.ac.id/12917/2/RAMA_13201_10011381320038_0021066404_8846630017_01_front_ref.pdf
6. Ismayanti A, Amelia AR RA. Pengelolaan Limbah Medis Padat di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju Provinsi Sulawesi Barat. J Kesehat [Internet]. 2020;3:73–85. Available from: <https://jurnal.fkmumi.ac.id/index.php/woh/article/view/255>
7. Kementerian Lingkungan Hidup. Pedoman Tata Cara Inventarisasi Pengakuan Keberadaan Masyarakat Hukum Adat, Kearifan Lokal, dan Hak Masyarakat Hukum Adat yang Terkait dengan Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup [Internet]. Jakarta: Deputi Bidang Komunikasi Lingkungan dan Pemberdayaan Masyarakat, Tahun : 2011; 2018. Available from: <https://nebulasolution.net/pustaka/home/index.php?page=ebook&code=plh&view=yes&id=910>
8. Asmadi. Pengelolaan Limbah Medis Rumah Sakit. Yogyakarta: Goysen Publishing; 2013.
9. Lagimpe SHA, Miswan M, Jufri M. Sistem Pengolahan Sampah Medis dan Non Medis di Rumah Sakit Umum Daerah Poso. J Kolaboratif Sains [Internet]. 2018;1. Available from: <https://jurnal.unismuhpalu.ac.id/index.php/jom/article/view/450>
10. Peraturan Menteri Kesehatan RI. Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit. 2019. 1–110 p.
11. Adisasmito W. Sistem Manajemen Lingkungan Rumah Sakit. Jakarta: Rajawali Pers; 2014. 2–101 p.
12. Hossain, M.S., Santhanam, A., Nik, N. A. & OA. Clinical Solid Waste Management Practices and Its Impact on Human Health and Environment [Internet]. Jakarta: Waste Manag; 2011. 31:174-66. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21186116/>
13. Ngada DKK. Profil Rumah Sakit Umum Daerah Bajawa. Dinkes Kabupaten Ngada; 2020.
14. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1204/Menkes/SK/X/2004. Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit [Internet]. Menteri Kesehatan RI; 2004. 1–64 p. Available from: <https://persi.or.id/wp-content/uploads/2020/11/kmk12042004.pdf>
15. Dyah Pratiwi F CM. Pengelolaan Limbah Medis Padat pada Puskesmas Kabupaten Pati.

- KESMAS - J Kesehat Masy [Internet]. 2013;9:74–84. Available from: <https://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas/article/download/2833/2886>
16. Pratiwi, D., & Maharani C. Pengelolaan Limbah Medis Padat pada Puskesmas Kabupaten Pati. J Kesehat Masy [Internet]. 2013;9:74–84. Available from: <https://journal.unnes.ac.id/nju/index.php/kemas/article/view/2833/2886>
 17. Salam SH. Gambaran Pengelolaan Limbah Medis Padat di Rumah Sakit Dr. Tadjuddin Chalid Kota Makassar [Internet]. Skripsi. Universitas Islam Negeri Alauddin; 2013. Available from: [http://repositori.uin-alauddin.ac.id/3108/1/St. Hadianty Salam.pdf](http://repositori.uin-alauddin.ac.id/3108/1/St._Hadianty_Salam.pdf)
 18. Mirawati, Budiman, Tasya Z. Analisis Sistem Pengelolaan Limbah Medis Padat di Puskesmas Pangi Kabupaten Parigi Moutong. J Kalaboratif Sains [Internet]. 2019;1:1–8. Available from: <http://jurnal.unismuhpalu.ac.id/index.php/jom/article/view/840>
 19. Palallo VC. Evaluasi Perbandingan Pengelolaan Limbah Medis Padat Rumah Sakit Milik Pemerintah dan Rumah Sakit Swasta di Kota Makassar [Internet]. Universitas Hasanuddin; 2017. Available from: http://digilib.unhas.ac.id/uploaded_files/temporary/DigitalCollection/YWixY2YwODk5MmFhYTNkN2Y4OTgwOGJmMDdhMTZjMDgzZTY3ZDBkYg==.pdf
 20. Bistaria Phuri Siswanto. Analisis Pengelolaan Limbah Medis Padat Puskesmas Rawat Inap di Kabupaten Purworejo Tahun 2016. Ekp [Internet]. 2017;13:1576–80. Available from: http://eprints.ums.ac.id/55972/26/halaman_depan.pdf
 21. Sirait AAFD, Mulyadi A NE. Analisis Pengelolaan Limbah Medis di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Gunungtua Kabupaten Padang Lawas Utara Propinsi Sumatera Utara. J Ilmu Lingkung. 2015;2:193–201.
 22. Andi E. Studi tentang Sistem Pengelolaan Sampah Perjan Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar tahun 2003. [Makassar]; 2003.
 23. Romaningsih, Asparian. Analisis Sistem Pengelolaan Sampah Medis Puskesmas Perawatan di Kabupaten Merangin. J Kesmas Jambi [Internet]. 2017;1:35–45. Available from: <https://online-journal.unja.ac.id/jkmj/article/view/6528>
 24. Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan Republik Indonesia Nomor : P.56/Menlhk-Setjen/2015 tentang Tata Cara dan Persyaratan Teknis Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan [Internet]. 2015. 1–122 p. Available from: <https://www.enviromeditech.com/wp-content/uploads/2017/11/PERMEN~1.PDF>
 25. Menteri Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan [Internet]. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2017. 1–172 p. Available from: http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No._27_ttg_Pedoman_Pencegahan_dan_Pengendalian_Infeksi_di_FASYANKES_.pdf
 26. Purwanti AA. Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun Rumah Sakit di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. J Kesehat Lingkung [Internet]. 2018;10:291–298. Available from: <https://e-journal.unair.ac.id/JKL/article/download/6721/5777>

COMPARISON OF HOSPITAL EMERGENCY ROOM MANAGEMENT REGULATIONS IN INDONESIA BEFORE AND DURING THE COVID-19 PANDEMIC: LITERATURE STUDY

Luckyta Ayu Puspita Sari^{1*}, Inge Dhamanti^{1,2,3},

¹*Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga*

²*School of Psychology and Public Health, La Trobe University, Victoria, Australia*

³*Pusat Keselamatan Pasien, Universitas Airlangga*

*Korespondensi: luckyta.ayu.puspita-2018@fkm.unair.ac.id

Abstract

The emergency room is the main gateway for the spread of viruses and diseases, both between patients and between patients and medical personnel. WHO said that in the era of the COVID-19 pandemic, the highest risk of spreading COVID-19 was in the emergency room due to the high mobility of the emergency room, but the patient's disease had not been fully detected, so that the prevention of this disease was carried out through efforts to change the management of the hospital's emergency room. This research was conducted in order to find out the efforts made by the government through a comparison was made between the policy settings for hospital emergency rooms before during the COVID-19 pandemic which included entry flows, service procedures, zone mapping, and the distribution of health human resources in hospital emergency rooms. The new regulations for hospital emergency rooms during the COVID-19 pandemic regulate facilities and infrastructure in the emergency room as well as management of health human resources that adapt to the conditions of the COVID-19 pandemic in Indonesia. The new regulation also requires health screening and the application of health protocols, supporting examinations (swab tests), and the flow of patient examinations in the emergency room which refers to the guidelines of the Ministry of Health of the Republic of Indonesia and guidelines from the CDC. The implementation of the new regulations is a form of responsive and adaptive attitude of hospitals in Indonesia to the conditions of the COVID-19 pandemic.

Keywords: Emergency Room, Hospital, Management, Pandemic, COVID-19.

Abstrak

Ruang gawat darurat adalah pintu gerbang utama penyebaran virus dan penyakit, baik antar pasien maupun antara pasien dengan tenaga medis. WHO mengatakan bahwa di era pandemi COVID-19 ini risiko penyebaran COVID-19 paling tinggi ada di ruang gawat darurat yang disebabkan oleh tingginya mobilitas IGD, namun penyakit pasien belum sepenuhnya terdeteksi, sehingga untuk pencegahan penyakit ini dilakukan melalui upaya perubahan tata kelola ruang gawat darurat rumah sakit. Penelitian ini dilakukan agar dapat mengetahui upaya yang telah dilakukan pemerintah melalui perbandingan antara pengaturan kebijakan ruang gawat darurat rumah sakit sebelum pandemi COVID-19 dan selama pandemi COVID-19 yang memuat alur masuk, prosedur pelayanan, pemetaan zona, dan sebaran sumber daya manusia kesehatan di ruang gawat darurat rumah sakit. Regulasi baru pada IGD rumah sakit selama pandemi COVID-19 mengatur tentang sarana dan prasarana dalam ruang IGD serta manajemen sumber daya manusia kesehatan yang menyesuaikan dengan kondisi pandemi COVID-19 di Indonesia. Regulasi baru juga mengharuskan adanya skrining kesehatan dan penerapan protokol kesehatan, pemeriksaan penunjang (*swab test*), serta alur pemeriksaan pasien di IGD yang mengacu pada pedoman Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan *guideline* dari CDC. Penerapan regulasi baru adalah sebagai bentuk sikap responsif dan adaptif rumah sakit di Indonesia terhadap kondisi pandemi COVID-19.

Kata kunci: IGD, Rumah Sakit, Tata Kelola, Pandemi, COVID-19.

Pendahuluan

COVID-19 menjadi masalah kesehatan di seluruh dunia. Keadaan ini mengharuskan seluruh negara di dunia untuk beradaptasi dengan pemberlakuan kebijakan-kebijakan baru

terhadap segala aspek yang menyangkut kehidupan bermasyarakat. Hal ini dikarenakan COVID-19 merupakan jenis infeksi baru yang dapat secara cepat menginfeksi tubuh manusia dengan risiko kematian yang tinggi. Infeksi ini sangat mudah ditularkan melalui kontak fisik atau melalui droplet (sekresi) yang dikeluarkan melalui mulut atau hidung dari tubuh penderita.¹ COVID-19 pertama kali diidentifikasi sebagai wabah penyakit pernapasan menular di Wuhan, Tiongkok pada 31 Desember 2019.² Kasus positif COVID-19 dideteksi telah masuk di Indonesia pada Maret 2020, hingga sebulan terakhir didapatkan 3.654 kasus terkonfirmasi COVID-19 di Indonesia (22 Mei – 4 Juni).

Direktur Eksekutif Kesehatan WHO menyarankan agar Indonesia memiliki strategi yang komprehensif termasuk penguatan sistem kesehatan. Tuntutan sistem kesehatan ini cenderung tumbuh sejak jumlah kasus terkonfirmasi COVID-19 kemungkinan akan meningkat. Dengan begitu, rumah sakit memiliki pengaruh besar dalam pandemi COVID-19 yaitu sebagai penyedia pelayanan komprehensif kepada masyarakat,³ serta berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan pada bencana sesuai dengan kemampuan pelayanannya termasuk pada kasus COVID-19 ini.⁴ Kesiapan fasilitas pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit menjadi fokus utama dalam menghadapi lonjakan pasien selama pandemi COVID-19 dikarenakan rumah sakit merupakan tempat bertemunya pasien terinfeksi COVID-19 dengan pasien umum. Selain itu, meminimalkan risiko infeksi pada petugas medis juga menjadi hal penting yang dapat dilakukan untuk mengendalikan penularan infeksi COVID-19 di rumah sakit.

Pemberian pelayanan kesehatan di rumah sakit pada masa pandemi COVID-19 menjadi tantangan baru dalam proses pelayanan kepada pasien di rumah sakit tidak terkecuali pada Instalasi Gawat Darurat (IGD). IGD menjadi garda terdepan untuk perawatan bagi masyarakat melalui triase IGD. Prinsip proses triase adalah penanganan kegawatdaruratan pasien dengan tindakan identifikasi pasien yang memerlukan intervensi medis segera, yang dapat menunggu, dan yang mungkin perlu dirujuk ke fasilitas kesehatan tertentu berdasarkan pada kondisi klinis. Situasi tersebut mengakibatkan kerentanan yang tinggi akan penyebaran COVID-19 antara pasien dengan pasien lain maupun antara pasien dengan petugas medis,⁵ yang disebabkan karena IGD menjadi tempat kontak pertama antara pasien dengan petugas medis rumah sakit. Terlebih kunjungan IGD menjadi ramai pada saat adanya pandemi COVID-19, seperti yang terjadi pada IGD di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta dengan kunjungan pasien sebanyak 24.594 pasien pada tahun 2019.⁶ Dibandingkan pada tahun 2018 sebelum adanya COVID-19, angka kunjungan pasien gawat darurat adalah sebanyak 22.428 pasien.⁶ Besarnya kesenjangan angka kunjungan pasien gawat darurat sebelum dan setelah muncul COVID-19 serta kondisi pasien gawat darurat (pasien COVID-19 dan pasien non COVID-19) di rumah sakit, menjadi isu penting untuk mengetahui strategi pengelolaan IGD rumah sakit di Indonesia sebelum pandemi dan saat menghadapi pandemi COVID-19.

IGD yang berada di garis depan dalam pemberian perawatan medis pada masyarakat juga harus mengalami penyesuaian terhadap situasi pandemi COVID-19 yang sedang terjadi di Indonesia. Upaya tersebut dilakukan untuk menjamin penanganan gawat darurat dengan *response time* yang cepat dan tepat berdasarkan standar sesuai dengan kompetensi dan kemampuannya. Sampai dengan tahun 2020, tercatat 2.983 rumah sakit di Indonesia dan 132 di antaranya telah ditetapkan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia sebagai rumah sakit rujukan COVID-19.⁷ Namun, seiring bertambahnya pasien terkonfirmasi positif COVID-19, seluruh rumah sakit di Indonesia wajib menerima pasien dengan dugaan kasus positif COVID-19.

Pasien terinfeksi COVID-19 dengan pasien non COVID-19 akan sulit dibedakan hingga hasil tes penunjang (*swab test*) diketahui, dan pada saat itu pula, petugas kesehatan yang merawat pasien di IGD akan terus terpapar COVID-19. Maka dari itu, terdapat banyak laporan

mengenai IGD rumah sakit yang tutup karena petugas kesehatan terpapar COVID-19.⁸ Kejadian tersebut akan dapat merugikan rumah sakit apabila petugas kesehatan yang terpapar COVID-19 semakin bertambah yang dikarenakan tidak adanya pengelolaan IGD secara tepat selama pandemi. Oleh karena itu, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia di tahun 2020 mengeluarkan pedoman khusus yang mengatur mengenai prosedur pelayanan kesehatan selama masa pandemi COVID-19 untuk diterapkan di seluruh rumah sakit di Indonesia. Artikel ini bertujuan untuk mendeskripsikan perbedaan kebijakan pengelolaan IGD rumah sakit di Indonesia sebelum dan setelah adanya pandemi COVID-19 agar dapat menambah wawasan pembaca terkait upaya pemberian pelayanan kegawatdaruratan selama pandemi COVID-19 sehingga ikut serta mendukung upaya pemerintah dalam memutus rantai penularan COVID-19 melalui kepatuhan dalam melaksanakan regulasi baru di unit gawat darurat rumah sakit.

Metode

Artikel ini menggunakan metode *narrative review*. Tahapan dalam pengumpulan data utama yaitu dengan menganalisis peraturan atau panduan resmi yang dikeluarkan pada *website* resmi yang dikelola Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peninjauan pengelolaan IGD rumah sakit sebelum pandemi mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan, sedangkan peninjauan kebijakan yang diterapkan pada IGD rumah sakit saat pandemi mengacu pada Panduan Teknis Pelayanan RS Pada Masa Adaptasi Kebiasaan Baru Edisi Revisi 1. Hasil dari peninjauan *narrative review* ini dijabarkan dalam bentuk tabel perbandingan. Kerangka perbandingan ditulis secara kronologis yaitu sebelum adanya pandemi COVID-19 dan saat pandemi COVID-19 yang berkaitan dengan tata kelola baru dan penambahan regulasi.

Hasil

Berdasarkan kajian peninjauan regulasi sebelum adanya COVID-19 dan saat COVID-19, penulis menemukan regulasi atau peraturan yang dapat dilihat pada tabel perbandingan berikut. Regulasi yang dibandingkan pada tabel ini adalah regulasi yang diterapkan secara resmi oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia saat sebelum pandemi COVID-19 dan selama pandemi COVID-19.^{9,10} Regulasi yang dibandingkan yaitu terkait alur masuk, pelayanan (skrining, triase, pemeriksaan penunjang), pemetaan area IGD, dan sumber daya manusia kesehatan.

Tabel 1. Hasil Perbandingan Regulasi

Hal yang dibandingkan	Pengelolaan IGD RS	
	Sebelum Pandemi COVID-19	Selama Pandemi COVID-19
Alur masuk pasien	Pasien atau pengunjung yang datang ke rumah sakit, akan langsung diterima oleh tenaga kesehatan di IGD Rumah Sakit untuk segera memperoleh tindakan medis.	a. Pasien diarahkan ke bilik tersendiri khusus di ruang tunggu. b. Pada ruang tunggu, terdapat beberapa bilik individu yang berbeda dengan pintu masuk dan pintu keluar (terbuka untuk memungkinkan ventilasi alami yang baik) yang dilengkapi toilet khusus. c. Proses skrining dilakukan di balik triase individu dengan

Hal yang dibandingkan	Pengelolaan IGD RS	
	Sebelum Pandemi COVID-19	Selama Pandemi COVID-19
Skrining	Tidak ditemukan regulasi yang mengatur mengenai skrining pada IGD RS sebelum adanya pandemi COVID-19.	<p>adanya pagar (jarak 2m dan tinggi 1,2m) antara petugas dan pasien.</p> <p>d. Jika ada kasus dugaan maka pasien langsung dipindahkan ke ruang isolasi. Sedangkan jika tidak ada dugaan kasus, pasien diarahkan ke fasilitas kesehatan.</p> <p>a. Skrining pasien dan pengunjung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diwajibkan untuk mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir selama 40 s/d 60 detik atau dengan <i>hand sanitizer</i> selama 20 s/d 30 detik. - Wajib untuk menggunakan masker. - Dilakukan <i>quick assessment</i> COVID-19 yaitu; pengecekan suhu badan, pertanyaan mengenai gejala klinis dan riwayat epidemiologis dalam 14 hari sebelum timbul gejala klinis, serta riwayat pemeriksaan tes COVID-19 sebelumnya (jika ada). - Apabila pasien dalam keadaan gawatdarurat (tidak memungkinkan dilakukan skrining), akan dikelompokkan pasien suspek COVID-19 sampai dibuktikan negatif. <p>b. Skrining petugas rumah sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diwajibkan untuk mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir selama 40 s/d 60 detik atau dengan <i>hand sanitizer</i> selama 20 s/d 30 detik. - Wajib untuk menggunakan masker. Dilakukan <i>quick assessment</i> COVID-19 yaitu; pengecekan suhu badan dan pengisian kajian mandiri. - Proses skrining tetap memperhatikan jarak individu.

Hal yang dibandingkan	Pengelolaan IGD RS	
	Sebelum Pandemi COVID-19	Selama Pandemi COVID-19
Prosedur Triase	<p>a. Dilakukan pemeriksaan singkat dan cepat untuk menentukan derajat kegawatdaruratan pasien melalui penilaian; tanda vital dan kondisi umum pasien, kebutuhan medis, kemungkinan bertahan hidup dan bantuan yang memungkinkan, serta memprioritaskan penanganan definitif.</p> <p>b. Jika jumlah pasien > 50 orang, triase dapat dilakukan di luar ruang triase.</p>	<p>Triase IGD khusus COVID-19 tidak hanya menangani kegawatdaruratan pasien, tetapi juga menentukan derajat infeksi dengan melalui beberapa tahap pemeriksaan (fisik dan penunjang lainnya) serta anamnesis lengkap, sesuai Pedoman Pencegahan dan Pengendalian COVID-19.</p>
Area IGD RS	<p>Tidak ditemukan regulasi yang mengatur peraturan khusus untuk pasien maupun petugas di area IGD RS sebelum adanya COVID-19.</p>	<p>a. Area IGD RS untuk pasien non COVID-19 tetap harus menerapkan protokol pencegahan COVID-19 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengenakan masker (pasien, pengunjung dan petugas). - Rajin mencuci tangan dengan sabun di air mengalir atau menggunakan <i>hand sanitizer</i>. - Menjaga jarak individu >1m. <p>b. Area IGD RS untuk pasien COVID-19 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Area ini terpisah dengan area IGD non COVID-19 melalui batas permanen atau sementara. - Pasien yang berada di area ini, tidak diperkenankan ke area IGD non COVID-19. - Petugas IGD hanya diperbolehkan masuk atau keluar melalui ruang ganti (<i>donning/doffing</i>). - Diadakan tindakan dekontaminasi dan sterilisasi secara keseluruhan setelah pemberian pelayanan kepada pasien COVID-19 sesuai aturan yang berlaku.

Hal yang dibandingkan	Pengelolaan IGD RS	
	Sebelum Pandemi COVID-19	Selama Pandemi COVID-19
Pemeriksaan Penunjang di IGD RS	Tidak diperlukan pemeriksaan penunjang (<i>swab test/rontgen</i>) untuk pasien yang berada di ruang IGD RS (penanganan kegawatdaruratan meliputi pelayanan kegawatdaruratan level 1 sampai level 4).	IGD khusus COVID-19 dilakukan pemeriksaan penunjang (<i>swab test/rontgen</i>) bagi pasien bergejala COVID-19 atau memiliki riwayat kontak dengan penderita.
Sumber Daya Manusia Kesehatan	<p>a. Jumlah dan jenis kualifikasi tenaga di IGD RS disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan.</p> <p>b. Tenaga medis (dokter, dokter spesialis, dokter sub spesialis atau konsultan dan perawat) ditetapkan harus <i>on site</i> 24 Jam kecuali untuk dokter spesialis di pelayanan gawat darurat level I (<i>on call</i>) dan dokter subspecialis di pelayanan gawat darurat level I, II, III, serta perawat di pelayanan gawat darurat level I pada layanan <i>on call</i>.</p>	Rumah sakit yang memiliki jumlah SDM mencukupi dapat dibagi menjadi petugas di zona pelayanan COVID-19 dan non COVID-19. Namun, rumah sakit yang tidak memiliki SDM yang cukup dapat melakukan pembagian jam <i>shift</i> untuk layanan atau hari layanan dengan layanan biasa maupun layanan khusus COVID-19.

Pembahasan

Apabila dibandingkan dengan sebelum munculnya pandemi COVID-19 di Indonesia, alur masuk rumah sakit khususnya di IGD di masa pandemi COVID-19 terlihat sangat berbeda, terutama pada awal penerimaan pasien di IGD yaitu adanya skrining pasien. Pasien atau pengunjung dan petugas rumah sakit tidak begitu saja masuk melewati jalur IGD, melainkan harus melewati proses skrining terlebih dahulu. Berdasarkan hal tersebut, RSUD Dr. M. Zein Painan menetapkan skrining pasien IGD pada kontak pertama yaitu di bagian pendaftaran. Tindakan skrining yang dilakukan telah mengikuti ketentuan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yaitu area skrining harus terbuka, luas, dan ventilasi yang terjamin.¹¹ Bagi rumah sakit yang tidak memiliki area IGD yang luas, dapat tetap melaksanakan skrining di luar gedung IGD seperti yang diterapkan oleh RSUD Mamuju. RSUD Mamuju mewajibkan setiap pasien yang akan masuk ke ruang IGD untuk melakukan pemeriksaan *swab test* yang dilakukan di luar gedung IGD.¹² Hal tersebut dilakukan agar pasien yang tidak memiliki risiko parah dan tidak memerlukan pengobatan tidak perlu memasuki ruang perawatan, melainkan dapat langsung dipulangkan dengan instruksi isolasi dengan dibekali informasi tes virus secara mandiri.¹³ Hal yang sama dilakukan oleh RSUD Prof. dr. Soekandar, Kabupaten Mojokerto dengan membangun tenda triase di depan bangunan IGD rumah sakit sebagai jalur masuk utama pasien dan pengunjung semua pasien dan pengunjung mengukur suhu dan mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir atau menggunakan *hand sanitizer* yang telah disediakan di area skrining.¹⁴ Upaya tersebut membuktikan bahwa keterbatasan bangunan fisik IGD (tidak memiliki area yang luas tidak menghambat pemberlakuan skrining pasien oleh tenaga kesehatan. Sikap *responsive* ini ditunjukkan oleh rumah sakit di Indonesia terhadap adanya regulasi baru mengenai tata kelola IGD rumah sakit dalam menghadapi pandemi COVID-19.

Regulasi terkait skrining juga ditemukan pada penelitian mengenai manajemen klinis yang dilakukan di IGD Rumah Sakit Siaga Raya, yaitu melakukan skrining awal pasien sebelum memasuki ruang IGD dengan memeriksa suhu menggunakan *thermal gun*, pemeriksaan saturasi oksigen menggunakan *pulse oxymeter*, serta mengajukan beberapa pertanyaan singkat yang merujuk pada gejala klinis COVID-19.¹⁵ Selain itu, penelitian di Singapura menyatakan bahwa skrining pasien dilakukan agar dapat masuk ke area IGD rumah sakit, baik pemeriksaan fisik (pemeriksaan suhu) maupun pengisian *checklist* skrining COVID (demografi dan kontak keterangan, gejala dan perjalanan dan riwayat kontak).¹⁶ Dari proses skrining akan dapat diketahui apakah pasien atau pengunjung serta petugas rumah sakit yang akan menuju IGD mempunyai dugaan kasus COVID-19 atau tidak, sehingga akan meminimalisasi adanya penularan infeksi di dalam IGD. Kebijakan skrining ini sebelumnya tidak diatur dalam regulasi mengenai pelayanan kegawatdaruratan sebelum pandemi COVID-19.

Tidak hanya pada alur masuk IGD saja, kebijakan baru selama pandemi COVID-19 juga berlaku pada segi bangunan fisik IGD. RSUD Bendan menjadi rumah sakit pertama di Kota Pekalongan yang telah menerapkan pemisahan antara IGD COVID dengan IGD non COVID. Pemisahan pasien dilakukan berdasarkan hasil skrining pasien yang telah dilakukan saat akan masuk ke ruang IGD (pemeriksaan oksimetri dan keluhan) serta skrining lanjutan melalui tes antigen di laboratorium dan upaya ini juga telah diterapkan pada RSUD Kabupaten Tangerang yaitu apabila pasien yang datang dengan membawa hasil *swab test* negatif, maka pasien tersebut akan langsung diarahkan menuju IGD non COVID/sistemik, sedangkan apabila pasien terindikasi menderita COVID-19, maka akan langsung diarahkan menuju IGD COVID.¹⁷ Hal ini telah sesuai dengan ketetapan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia untuk memisahkan area IGD menjadi area IGD khusus COVID dan area IGD non COVID baik dengan batas permanen maupun sementara (untuk rumah sakit dengan keterbatasan ruangan). Pengaturan jarak antar massa bangunan rumah sakit saat pandemi COVID-19 juga telah diatur dalam tatanan ruang-ruang pelayanan infeksi *emerging* di rumah sakit pada masa pandemi, yaitu disarankan jarak minimal bangunan untuk pelayanan pasien COVID-19 dan non COVID-19 adalah 8m (menggunakan sistem tata udara *hepa filter*) dan 20m (menggunakan ventilasi alami), serta tidak boleh menghalangi sinar matahari pada ruangan untuk pelayanan pasien COVID-19.¹⁸ Pemberlakuan pemisahan area IGD ini disebabkan karena proses penularan infeksi COVID-19 tidak hanya melalui kontak langsung dengan penderita, tetapi juga melalui permukaan benda yang terkontaminasi dengan *droplet* dari penderita. Oleh karena itu, penanganan pasien COVID dan non COVID harus dilakukan secara terpisah untuk memaksimalkan upaya penekanan penyebaran COVID-19 di kluster rumah sakit utamanya di IGD.

Centers for Disease Control (CDC) telah membuat *guidelines* mengenai pengelolaan IGD selama pandemi COVID-19 yang dituliskan dalam *Standard Operating Procedure (SOP) for Triage of Suspected COVID-19 Patients in non-US Healthcare Settings*. *Guidelines* tersebut menyebutkan bahwa pada bagian registrasi IGD harus memiliki informasi mengenai alur masuk pasien yang ditempatkan secara strategis di ruang IGD. Selain itu, beberapa *starter pack* yang harus tersedia di meja registrasi yaitu masker medis, *hand sanitizer* dan tempat sampah tertutup, serta penghalang fisik (layar plastik atau kaca) antara petugas registrasi dengan pasien. Hal ini sesuai dengan penelitian Ngesti (2021) mengenai manajemen pelayanan pendaftaran pasien TPPGD dalam rangka pencegahan penularan COVID-19 di RS X, yaitu adanya SOP dalam mengatur pelayanan pendaftaran pasien agar petugas kesehatan diharuskan mengenakan alat pelindung diri berupa memakai masker, sarung kepala, dan rajin mencuci tangan atau menggunakan *hand sanitizer* yang telah disediakan di setiap ujung meja pendaftaran, serta

pembersihan pada ruangan menggunakan disinfektan apabila telah selesai melakukan pelayanan.¹⁹ Peraturan tersebut sejalan dengan *guideline* CDC mengenai desinfeksi area triase IGD. Desinfeksi area triase IGD juga termasuk untuk ruang tunggu yang dilakukan minimal dua kali sehari menggunakan klorin 0,1% (1000 ppm) atau alkohol 70% (untuk permukaan yang tidak tahan dengan klorin) dan lebih berfokus pada permukaan yang sering disentuh.²⁰

Tenaga medis IGD rumah sakit juga berpotensi tinggi terinfeksi COVID-19 yang ditularkan lewat kontak langsung dengan penderita, sehingga perlu adanya pemberian informasi serta pelatihan Alat Pelindung Diri (APD) saat sedang menjalankan tugas sebagai upaya pemeliharaan kompetensi sumber daya manusia kesehatan di IGD rumah sakit.²¹ RSUD Dr. Iskak Tulungagung telah menerapkan upaya memakai Alat Pelindung Diri (APD) level tiga untuk seluruh tenaga kesehatan di IGD serta tenaga kesehatan yang berada di ruang transit intensif (ruang tunggu pemeriksaan penunjang di IGD) dengan tujuan mencegah risiko penularan penyakit. Hal ini telah sesuai dengan panduan perlindungan bagi pekerja di fasilitas kesehatan dalam masa pandemi COVID-19 oleh Perhimpunan Spesialis Kedokteran Okupasi Indonesia (PERDOKI) yaitu diadakan pelatihan serta edukasi mengenai pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) tidak terkecuali penggunaan APD (*fit test* dan *seal check*, pemakaian dan pelepasan) pada petugas IGD rumah sakit.²² Selain itu, IGD RSUD Benda Kota Pekalongan telah menempatkan dokter dan perawat yang berbeda antara IGD COVID dengan IGD non COVID.²³ Kebijakan ini telah sesuai dengan pedoman baru pengelolaan IGD pada masa pandemi COVID-19 yaitu tenaga medis yang berada di area IGD khusus COVID hanya diperbolehkan menangani pasien COVID, begitupun juga tenaga medis yang berada di area IGD non COVID hanya diperbolehkan untuk menangani pasien tanpa dugaan kasus COVID. Di Indonesia, beberapa RSU kelas D di Provinsi Maluku (30%) dan Maluku Utara (11%) tidak memiliki dokter umum dari total 1.905 RSU (657 milik pemerintah, 1.097 milik swasta dan 151 milik TNI-POLRI).²⁴ Berdasarkan kondisi tersebut, rumah sakit yang memiliki keterbatasan sumber daya manusia kesehatan (tenaga medis) dapat melakukan pembagian jam shift layanan biasa maupun layanan khusus COVID-19 agar pelayanan kepada pasien tetap berjalan tanpa menimbulkan *workload* berlebih pada petugas medis.

Pemantauan kondisi pasien terhadap dugaan kasus COVID-19 pun terus dilakukan hingga pada triase IGD dan saat pemeriksaan di ruang IGD. Petugas triase akan melakukan beberapa pemeriksaan untuk semua pasien yang akan memasuki IGD RSUD Kabupaten Tangerang saat masa pandemi COVID-19 yakni anamnesis, pemeriksaan fisik pasien, radiologi dan pemeriksaan laboratorium serta akan dilakukan *swab test* dan juga tes darah perifer lengkap (hemoglobin, leukosit, hematokrit, trombosit, dan hitung jenis). Hal tersebut dilakukan untuk dapat menentukan tindakan selanjutnya pada pasien di IGD sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien.¹⁷ Pemeriksaan *swab Polymerase Chain Reaction* (PCR) juga dilakukan di IGD RSUD Dr. Iskak Tulungagung setelah pasien ditempatkan pada zona triase IGD berdasarkan tingkat kegawatdaruratannya. Tujuan pemeriksaan tersebut adalah agar dapat memastikan pemisahan pasien COVID-19 dengan non COVID-19 sebelum dilakukan perawatan selanjutnya.²⁵ Pengelolaan IGD selama pandemi COVID-19 mewajibkan pasien IGD melakukan pemeriksaan *swab test* atau *rontgen* sebagai deteksi dini terhadap COVID-19. Hal ini dikarenakan *swab test* (*rapid test* antibodi) memiliki sensitivitas 88,66% dan spesifitasnya 90,63% serta akurasi sebesar 89,1% dalam menyatakan pasien tersebut positif atau negatif COVID-19.²⁶ Penerapan berbagai pemeriksaan COVID-19 yang dilakukan bagi pasien yang akan masuk ke IGD rumah sakit adalah sebagai bentuk langkah responsif dan preventif pihak rumah sakit terhadap pandemi COVID-19 yang terjadi di Indonesia, yang bertujuan untuk memutus penyebaran penularan COVID-19 antar sesama pasien IGD ataupun pasien dengan petugas kesehatan.

Kesimpulan

Terdapat perbedaan regulasi pada IGD RS saat pandemi COVID-19 mulai dari persiapan, sebelum triase, dan saat triase. Regulasi baru pada persiapan yang dimaksudkan meliputi sarana dan prasarana IGD dan manajemen sumber daya manusia kesehatan pada IGD RS. Regulasi baru sebelum triase yaitu adanya skrining, penerapan protokol kesehatan dan pemeriksaan penunjang (*swab test*). Regulasi baru saat triase meliputi alur pemeriksaan pasien IGD. Upaya penerapan regulasi baru adalah sebagai bentuk sikap responsif dan adaptif rumah sakit di Indonesia terhadap kondisi pandemi COVID-19.

Daftar Pustaka

1. Aydin O, Emon B, Cheng S, Hong L, Chamorro LP, Saif MTA. Performance of fabrics for home-made masks against the spread of COVID-19 through droplets: A quantitative mechanistic study. *Extrem Mech Lett* [Internet]. 2020;40:100924. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eml.2020.100924>
2. Yuliana. Corona Virus Diseases (Covid-19): Sebuah Tinjauan Literatur. *Wellness Heal Mag* [Internet]. 2020;2(1):187–92. Available from: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjKovjR-c36AhWhCbcAHW6tAgwQFnoECAgQAQ&url=https%3A%2F%2Fwellness.journalpress.id%2Fwellness%2Farticle%2Fdownload%2F21026%2Fpdf&usg=AOvVaw1-qcns-6cZ6xe7UIIAZJyZ>
3. World Health Organisation. Hospital Preparedness for Epidemics [Internet]. Switzerland: World Health Organization Press; 2014. p. 2. Available from: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjS373f-836AhWy7nMBHTVKAjIQFnoECA8QAQ&url=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2Fhandle%2F10665%2F151281%2F9789241548939_eng.pdf&usg=AOvVaw377Nkr0adT5_jlKDGci
4. Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia. Undang-Undang RI No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit [Internet]. Badan Pemeriksa Keuangan, 44 Indonesia; 2009 p. 20. Available from: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/38789/uu-no-44-tahun-2009>
5. Whiteside T, Kane E, Aljohani B, Alsamman M, Pourmand A. Redesigning Emergency Department Operations Amidst a Viral Pandemic. *Am J Emerg Med* [Internet]. 2020;38(7):1448–53. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7156950/pdf/main.pdf>
6. Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito Yogyakarta. Laporan Kinerja RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Tahun 2020 [Internet]. Yogyakarta; 2020. Available from: <https://e-renggar.kemkes.go.id/file2018/e-performance/1-415582-4tahunan-416.pdf>
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penanggulangan Penyakit Infeksi Emerging Tertentu [Internet]. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, HK.01.07 Indonesia; 2020 p. 5–19. Available from: https://covid19.kemkes.go.id/download/KEPMENKES_169_2020_Penetapan_RS_Rujukan_Penanggulangan_Penyakit_Infeksi_Emerging_Tertentu.pdf.pdf
8. Adhyka N, Aisyiah IK. Gambaran Kepatuhan Petugas Igd Rsud X Terhadap Protokol Kesehatan. *J Menara Med* [Internet]. 2021;4(1):6–7. Available from: <https://jurnal.umsb.ac.id/index.php/menaramedika/article/view/2798>
9. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien

- [Internet]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 4 Indonesia; 2018. Available from: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/111761/permenkes-no-4-tahun-2018>
10. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Pelayanan Rumah Sakit Pada Masa Pandemi Covid-19 [Internet]. Revisi 1. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2021. 5–29 p. Available from: https://www.kemkes.go.id/downloads/resources/download/info-terkini/COVID-19/Pedoman-Pelayanan-Rumah-Sakit-Pada-Masa-Pandemi-COVID-19_edisi-revisi-1.pdf
 11. RSUD Dr. M. Zein Painan. SPO Skrining Pasien di IGD RSUD Dr. M. Zein Painan [Internet]. Kabupaten Pesisir Selatan, Sumatera Barat: RSUD Dr. M. zein Painan; 2019. Available from: file:///C:/Users/admin/Downloads/spo_skrining_pasien_di_igd_tahun_2019.pdf
 12. RSUD Mamuju. Prosedur Skrining COVID-19 RSUD Mamuju [Internet]. RSUD Mamuju. 2022 [cited 2022 Nov 21]. Available from: <https://rsud.mamujukab.go.id/prosedur-skrining-covid-19-rsud-mamuju/>
 13. Schreyer KE, Del Portal DA, King LJJ, Blome A, DeAngelis M, Stauffer K, et al. EMERGENCY DEPARTEMENT MANAGEMENT OF THE COVID-19 PANDEMIC. 2020;(January).
 14. RSUD Prof. Dr. Soekandar Kabupaten Mojokerto. Disaster Plan RSUD Prof.Dr. Soekandar Kabupaten Mojokerto [Internet]. RSUD Prof. Dr. Soekandar Kabupaten Mojokerto. Mojokerto: RSUD Prof. Dr. Soekandar Kabupaten Mojokerto; 2020. p. 12–8. Available from: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiGtbvRyM76AhWkTmwGHY6nAI4QFnoECA4QAQ&url=http%3A%2F%2Frsudsoekandar.mojokertokab.go.id%2Ffiles%2Fdownloads%2F1591776803-7452.pdf&usq=AOvVaw1YWfmDdWaOBy58_aB8srpi
 15. Akbar A, Indrawati L, Sumijatun S. Pelaksanaan Manajemen Klinis di Instalasi Gawat Darurat di RS Siaga Raya Pada Masa Pandemi COVID-19. *J Manaj dan Adm Rumah Sakit Indones* [Internet]. 2021;5(1):32–8. Available from: <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://ejournal.urindo.ac.id/index.php/MARS/article/viewFile/1293/793>
 16. Quah LJJ, Tan BKK, Fua TP, Wee CPJ, Lim CS, Nadarajan G, et al. Reorganising The Emergency Department To Manage The COVID-19 Outbreak. *Int J Emerg Med* [Internet]. 2020;13(1). Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7298444/pdf/12245_2020_Article_294.pdf
 17. Sawitri TM, Pujiyanto. Rapid Assesmen Manajemen Instalasi Gawat Darurat RSUT Pada Pandemi COVID-19. *J Heal Sains* [Internet]. 2021;2(8). Available from: <https://jurnal.healthsains.co.id/index.php/jhs/article/view/255/349>
 18. Saguni A. Tatanan Ruang-Ruang Pelayanan Infeksi Emerging di Rumah Sakit Pada Masa Pandemi [Internet]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2020. p. 1–21. Available from: https://persi.or.id/wp-content/uploads/2020/09/materi_drandsaguni_web120920.pdf
 19. Wahyuni N, Setijaningsih RA. Manajemen Pelayanan Pendaftaran Pasien TPPGD Dalam Rangka Pencegahan Penularan Covid-19 di RS X Tahun 2021. In: *Inovasi dan Teknologi Informasi untuk Mendukung Kinerja PMIK dalam Masa Pandemi Covid 19* [Internet]. 2021. p. 63–73. Available from: <https://publikasi.apfirmik.or.id/index.php/prosidingdiskusiilmiahhyogya/article/view/223>
 20. Centers for Disease Control and Prevention. Standard Operating Procedure (SOP) for

- Triage of Suspected COVID19 Patients in non-US Healthcare Settings [Internet]. Centers for Disease Control (CDC); 2020. p. 1–29. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/hcp/non-us-settings/SOP-triage-suspected-covid.pdf>
21. Rojek AM, Dutch M, Camilleri D, Gardiner E, Smith E, Marshall C, et al. Early Clinical Response To a High Consequence Infectious Disease Outbreak: Insights From COVID-19. *Med J Aust* [Internet]. 2020;212(10):447–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32415678/>
 22. Sulistomo AW, Wilar YAC, Savitri R, Herdian MA, Ariningsih, Perdini FT, et al. Panduan Perlindungan Bagi Pekerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Masa Pandemi Covid 19 [Internet]. Wilar YA., Safitri R, editors. Perhimpunan Spesialis Kedokteran Okupasi Indonesia (PERDOKI). Jakarta: Perhimpunan Spesialis Kedokteran Okupasi Indonesia (PERDOKI); 2020. 1–84 p. Available from: [https://dinkes.jatimprov.go.id/userimage/dokumen/panduan perlindungan bagi pekerja di fasilitas pelayanan kesehatan dalam masa pandemi covid 19 - 4 april 2020.pdf](https://dinkes.jatimprov.go.id/userimage/dokumen/panduan%20perlindungan%20bagi%20pekerja%20di%20fasilitas%20pelayanan%20kesehatan%20dalam%20masa%20pandemi%20covid%2019%20-%204%20april%202020.pdf)
 23. RSUD Bendan Kota Pekalongan. Buka Layanan IGD Non Covid-19, Jangan Takut Berobat Ke RS [Internet]. RSUD Bendan. 2021 [cited 2022 Nov 21]. Available from: <https://pekalongankota.go.id/berita/buka-layanan-igd-non-covid19-jangan-takut-berobat-ke-rs.html>
 24. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional Republik Indonesia/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. Sumber Daya Manusia Kesehatan. In: Siahaan RGM, Ariteja S, Ali PB, Gani A, editors. *Kajian Sektor Kesehatan* [Internet]. Jakarta: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat; 2019. p. 1–44. Available from: <https://123dok.com/document/yd7pkm5e-kajian-sektor-kesehatan-sumber-daya-manusia-kesehatan.html>
 25. RSUD Dr. Iskak. Cegah Tercampurnya Pasien COVID-19 dan Non-COVID-19. *Beginilah Alur Masuk IGD RSUD dr. Iskak* [Internet]. RSUD Dr. Iskak. 2021 [cited 2022 Nov 21]. Available from: <https://rsud.tulungagung.go.id/cegah-tercampurnya-pasien-covid-19-dan-non-covid-19-beginilah-alur-masuk-igd-rsud-dr-iskak/>
 26. Li Z, Yi Y, Luo X, Xiong N, Liu Y, Li S, et al. Development and Clinical Application of a Rapid IgM-IgG Combined Antibody Test For SARS-CoV-2 Infection Diagnosis. *J Med Virol* [Internet]. 2020;92(9):1518–24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7228300/pdf/JMV-92-1518.pdf>