

JOURNAL

Informasi Kesehatan Indonesia Tahun 2021



Volume 7 Nomer 1 Mei 2021
P-ISSN: 2460-0334

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI RSI UNISMA MALANG

Budi Susatia¹⁾, Kusbaryanto¹⁾, Sri Sundari¹⁾

¹⁾Magister Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
E - mail : budi_susatia@poltekkes-malang.ac.id

FACTORS AFFECTING THE IMPLEMENTATION OF PATIENT SAFETY CULTURE AT RSI UNISMA MALANG

ABSTRACT

Background: Patient safety culture is an important aspect in providing quality health services. However, in Indonesia, many hospitals have not yet reported data on patient safety incidents.

Subjects and Method: The purpose of this study was to determine the factors that influence the application of patient safety culture at RSI Unisma Malang. The research used is qualitative method. The population in this study were all General Practitioners and Specialists, Nursing Personnel, and Medical Support Personnel. The number of samples is 177 respondents.

Results: Factors that influence the application of patient safety culture at RSI Unisma Malang include: Feelings of anxiety and fear of reporting incidents, open communication and feedback from management as a result and so that improvements are made to the ongoing patient safety system are factors which is indicated to affect the application of patient safety culture at RSI Unisma Malang.

Conclusion: Feelings of fear and anxiety are one of the biggest factors that can influence the application of a safety culture, especially incident reporting. Fear of being blamed can be caused by a patient safety culture that has not become a habit and has not been maximally socialized.

Keywords: Patient Safety Culture, Patient Safety, Incident Reporting

ABSTRAK

Latar Belakang: Budaya keselamatan pasien merupakan aspek penting dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Namun, di Indonesia masih banyak rumah sakit yang belum melaporkan data insiden keselamatan pasien.

Subjek dan Metode: Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan budaya keselamatan pasien di RSI Unisma Malang. Penelitian yang digunakan adalah metode kualitatif. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Dokter Umum dan Spesialis, Tenaga Keperawatan, dan Tenaga Penunjang Medis. Jumlah sampel adalah 177 responden.

Hasil: Faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan budaya keselamatan pasien di RSI Unisma Malang antara lain: Perasaan cemas dan takut melaporkan insiden, komunikasi yang terbuka dan umpan balik dari manajemen sebagai hasilnya sehingga dilakukan perbaikan terhadap sistem keselamatan pasien yang sedang berjalan merupakan faktor-

faktor yang terindikasi mempengaruhi penerapan budaya keselamatan pasien di RSI Unisma Malang.

Kesimpulan: Perasaan takut dan cemas merupakan salah satu faktor terbesar yang dapat mempengaruhi penerapan budaya keselamatan, khususnya pelaporan insiden. Takut disalahkan dapat disebabkan oleh budaya keselamatan pasien yang belum menjadi kebiasaan dan belum disosialisasikan secara maksimal.

Kata kunci: Budaya Keselamatan Pasien, Keselamatan Pasien, Pelaporan Insiden

PENDAHULUAN

Sejak tahun 1990-an rumah sakit menjadi semakin sadar akan pentingnya untuk meningkatkan kualitas perawatan dan keselamatan pasien, akibatnya banyak yang telah menerapkan intervensi untuk mengurangi jumlah kejadian buruk dan WHO telah mengindikasikan keselamatan pasien sebagai prioritas dalam sistem pelayanan kesehatan (Stoyanova et al., 2012).

Berdasarkan hal tersebut, keselamatan pasien merupakan komponen inti dalam asuhan pasien. Namun sejumlah kesalahan medis masih sering terjadi di fasilitas kesehatan (Tigard, 2019) dan dianggap sebagai penyebab utama kematian secara global dan dianggap sebagai penyebab utama kematian ketiga di Amerika Serikat (Makary & Daniel, 2016). Sekitar 10% dari pasien yang dirawat di rumah sakit di negara-negara berpendapatan tinggi, mengalami Medical Error (ME) atau efek samping medis. Menurut laporan yang diterbitkan, ME adalah salah satu penyebab utama meningkatnya keluhan di rumah sakit.(Yeung et al., 2011, Cheragi et al., 2013)

Menurut beberapa penelitian, penyebab terjadinya ME adalah kurangnya pelatihan kerja dan pengalaman, kelelahan, stres, beban kerja

yang berat, dan kurangnya komunikasi di antara para profesional kesehatan, dengan kekurangan pengetahuan medis.(Tully et al., 2009, J Deane Waldman MD, 2012).

Seperti halnya yang terjadi di Eswatini, menurut WHO (2015), ESwatini adalah salah satu negara teratas dengan angka kematian dan morbiditas yang tinggi, sebanyak 464 pria dan 338 wanita per 1000 populasi. Dikarekan hal tersebut, keselamatan pasien menjadi perhatian utama di negara ini. Mayoritas dokter dan masyarakat percaya bahwa 5000 atau lebih kematian di rumah sakit setiap tahun disebabkan oleh kesalahan medis yang dapat dicegah (Blendon et al., 2002).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan bahwa puluhan juta pasien di seluruh dunia mengalami cedera atau kematian yang melumpuhkan setiap tahun yang dapat dikaitkan secara langsung dengan praktik dan perawatan medis yang tidak aman. Karyawan rumah sakit terutama perawat dan dokter memainkan peran penting dalam menjaga dan mempromosikan keselamatan pasien karena sifat pekerjaan mereka (Ammouri, Tailakh, Muliira, Geethakrishnan, & Al Kindi, 2015).

Dikutib dari IOM (Institute of Medicine) pada tahun 2000 Amerika Serikat melaporkan 2

penelitian tentang KTD di rumah sakit, “TO ERR IS HUMAN , Building a Safer Health System”. Ditemukan bahwa angka KTD sebesar 2,9% dan 3,7% dengan angka kematian 6,6% dan 13,6%. Dengan data ini kemudian dihitung dari jumlah pasien rawat inap di RS di Amerika Serikat sebesar 33.6 juta pertahun didapat angka kematian pasien rawat inap akibat KTD tersebut di seluruh Amerika Serikat berkisar 44.000 s/d 98.000 per tahun.

Diketahui bahwa National Patient Safety Agency, 2017 melaporkan dalam rentang waktu Januari—Desember 2016 angka kejadian keselamatan pasien yang dilaporkan dari negara Inggris sebanyak 1.879.822 kejadian. Ministry of Health Malaysia, 2013 melaporkan angka insiden keselamatan pasien dalam rentang waktu Januari—Desember sebanyak 2.769 kejadian.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Nurmalia & Nivalinda (2016) yang berjudul Fungsi Manajemen Keperawatan Dalam Aplikasi Mentoring Budaya Keselamatan Pasien menyatakan bahwa fungsi manajemen berada pada kategori kurang baik, yaitu pada fungsi perencanaan (53,1%), dan fungsi pengorganisasian (65,6%). Fungsi pengarahan berada pada kondisi stabil dan fungsi pengendalian dinilai baik (56,2%). Sedangkan untuk pelaksanaan mentoring, sebanyak 56,2% responden menyatakan bahwa mentoring yang sudah dilakukan dirasa kurang tertata dengan baik pelaksanaannya. Fungsi pengendalian mempunyai pengaruh paling kuat dalam pelaksanaan mentoring keselamatan pasien.

KPP RS tahun 2011 melaporkan bahwa kasus KTD sebesar 14,41% dan KNC sebesar 18,53% yang disebabkan karena proses atau prosedur klinik sebesar 9,26 %, medikasi sebesar 9,26%, dan Pasien jatuh sebesar 5,15%.

Dilaporkan bahwa jumlah rumah sakit yang melaporkan IKP ditahun 2015 masih rendah, hanya 14 rumah sakit, kemudian meningkat di tahun-tahun berikutnya dan mengalami peningkatan yang signifikan di tahun 2019, yaitu sebesar 334 rumah sakit. Tahun 2015, jumlah IKP yang dilaporkan sebesar 289 kasus, sedangkan tahun 2019 mengalami peningkatan yang signifikan sebesar 7465 kasus.

Berdasarkan laporan tahun RSI Unisma tahun 2012, diketahui bahwa kejadian pasien jatuh masih tinggi, yaitu menempati urutan ke empat dari seluruh KTD. Pada tahun 2013 belum dilakukan penyusunan suatu kebijakan atau program program manajemen pasien resiko jatuh termasuk SPO manajemen pencegahan pasien resiko jatuh.

Berdasarkan latar belakang, fenomena, dan masih kurangnya pelaporan data rumah sakit tentang patient safety, tujuan dari penelitian ini adalah mengkaji faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan budaya Pasien Safety di RSI Unisma Malang.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatif. Subjek dalam penelitian ini adalah Dokter Umum dan Spesialis, Tenaga Keperawatan, dan Tenaga Penunjang Medis yang ada di Rumah Sakit Islam Unisma Malang.

Jumlah populasi secara keseluruhan sebanyak 325 orang. Sampel dihitung dengan perangkat lunak RAOSOFT dengan margin kesalahan 0,05 dan interval kepercayaan 0,95. Setelah dihitung, jumlah sampel yang di dapat sebesar 177 responden. Teknik sampling menggunakan menggunakan metode probability sampling, sedangkan cara pengambilan sampel yang digunakan adalah simple random sampling.

Instrumen penelitian ini berupa kuisioner terdiri dari 12 dimensi HSOPSC dengan total 42 item pertanyaan yang ditranslate dari versi bahasa Inggris ke bahasa Indonesia. Wawancara terstruktur digunakan dalam penelitian ini untuk mendapatkan informasi secara langsung

melalui tanya-jawab dengan informan, sehingga mendapat informasi yang lebih jelas mengenai hambatan dalam melaksanakan budaya keselamatan pasien di RSI. Unisma Malang.

HASIL PENELITIAN

Rumah Sakit Islam Unisma ini didirikan dengan dilatar belakangi oleh pemikiran Pengurus Yayasan Universitas Islam Malang dan segenap alim ulama di wilayah Malang Raya atas tuntutan akan kebutuhan jasa pelayanan kesehatan bagi masyarakat pada umumnya. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan terhadap 177 orang responden didapatkan karakteristik responden sebagai berikut:

Tabel 1.1 Karakteristik responden

No	Karakteristik Responden	Frekuensi	
		n	Persentase (%)
Jenis Kelamin			
1	Laki-Laki	48	27,1
2	Perempuan	129	72,9
Klasifikasi Umur			
1	20-34	121	68,4
2	35-49	55	31
3	>50	1	0,6
Tingkat Pendidikan			
1	Kedokteran	2	1,13
2	S1	14	7,91
3	D4	15	8,47
4	D3	86	49,72
5	Lain-lain	60	32,77
Pengalaman Kerja			
1	1 - 3 tahun	41	23,3
2	3 - 5 tahun	56	31,8
3	5 - 10 tahun	42	23,9
4	>10 tahun	37	21

Berdasarkan tabel 1.1 proporsi terbanyak yaitu perempuan sebanyak 129 responden (72,9%). Untuk tingkat pendidikan, proporsi tertinggi yaitu D3 sebanyak 86 responden (49,72%) dan proporsi terendah yaitu S1 Kedokteran (1,13%). Pengalaman kerja, proporsi tertinggi yaitu 3 - 5 tahun sebanyak 56 (31,8%), dan terendah yaitu ≥ 10 tahun sebanyak 37 (21%).

Faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan budaya keselamatan pasien adalah sebagai berikut:

Perasaan cemas dan takut

Perasaan takut dan cemas berkaitan erat dengan adanya respon tidak menghakimi terhadap kesalahan.

Tema	Kuotasi
Timbulnya kekhawatiran dalam melaporkan insiden	“Biasanya masih ada kekhawatiran dari beberapa SDM untuk melaporkan.” (Informan C)” “Masih ada yang takut untuk lapor, perlu edukasi sih tentang pelaporan IKP harus terus ditingkatkan” (Informan F)
Kurangnya motivasi pegawai	“Kurangnya motivasi melapor dari pegawai untuk setiap insiden terutama bagi yg mengetahui. Mungkin takut begitu ” (Informan A) “Belum terlaksana maksimal kalau menurut saya. Ya karena tidak semua mau melaporkan kejadian. Dan tingkat kepeduliannya yang masih rendah” (Informan B)

Respon tidak menghakimi terhadap kesalahan adalah faktor terkuat yang mempengaruhi penerapan budaya keselamatan pasien di RSI. Unisma Malang. Berikut ini disajikan kuotasi tentang Respon tidak menghakimi terhadap kesalahan.

Berdasarkan hasil di atas dapat disimpulkan bahwa tenaga kesehatan masih merasa khawatir dan takut untuk melapor jika terjadi insiden keselamatan pasien, kemungkinan terbesar karena takut dihakimi ataupun dihukum oleh atasan atau pun pihak manajemen di RSI Unisma Malang.

Pelaporan terhadap insiden keselamatan pasien tidak semata-mata hanya berupa pelaporan insiden keselamatan, namun pelaporan tersebut hendaknya ditindaklanjuti guna memperbaiki kesalahan dan mencari akar permasalahan, tidak untuk menghukum yang melakukan kesalahan atau berpengaruh terhadap penilaian kinerjanya

Komunikasi

Berdasarkan hasil penelitian, petugas bebas mengungkapkan pendapat, bebas bertanya tentang keputusan ataupun tindakan yang akan diambil, namun masih merasa takut untuk bertanya jika ada insiden yang terjadi dalam pelayanan pasien. Hal tersebut di dukung oleh pernyataan dari informan sebagai berikut :

“Komunikasi kita cukup terbuka, saat ini memang sedang proses peningkatan. Tapi memang kalo mau tanya pas ada insiden memang rada takut. Mungkin takut atau gimana gitu” (Informan K)

Komunikasi dapat diaplikasikan pada waktu operan atau serah terima pasien, ronde keperawatan, dan briefing sebelum melakukan aktivitas. Pada saat serah terima tenaga kesehatan diharapkan mampu melakukan komunikasi secara terbuka dengan cara mengkomunikasikannya kepada tenaga kesehatan yang lain tentang faktor risiko terjadinya sebuah insiden.

Umpan Balik

Berdasarkan hasil penelitian, manajer memberikan umpan balik setiap terjadi insiden. Namun respon time dalam tindak lanjut masih dinilai cukup lama, yang dibuktikan dengan hasil respon yang kurang dari 75% mengenai hal tersebut. Hal tersebut menunjukkan bahwa umpan balik dan komunikasi terhadap kesalahan pada RSI Unisma Malang kurang berjalan optimal. Hal tersebut didukung oleh pernyataan dari informan sebagai berikut :

“Evaluasi berkala ya ada, cuma kalau untuk feedback ke kita nya itu agak lama” (Informan D)

Umpan balik dan komunikasi terhadap kesalahan merupakan hal yang terpenting setelah dilakukannya pelaporan

insiden keselamatan pasien. Salah satu dari prinsip inti dalam pelaporan kejadian menurut Manhajan (2011) adalah pelaporan hanya bisa memberi manfaat apabila direspons secara konstruktif. Paling tidak terdapat umpan balik dari analisis temuan. Idealnya terdapat rekomendasi untuk perubahan pada proses atau sistem.

PEMBAHASAN

Perasaan cemas dan takut

Perasaan takut dan cemas berkaitan erat dengan adanya respon tidak menghakimi terhadap kesalahan. Respon tidak menghakimi terhadap kesalahan adalah faktor terkuat yang mempengaruhi penerapan budaya keselamatan pasien di RSI. Unisma Malang. Staf menganggap bahwa kesalahan yang diperbuat terkait insiden keselamatan pasien akan tercatat dalam data kepegawaian sehingga timbul rasa kekhawatiran bagi tenaga kesehatan dalam melaporkan insiden. Padahal kesalahan yang tidak dilaporkan akan berdampak kepada hilangnya kesempatan bagi organisasi belajar, berubah dan berkembang dari masalah keselamatan pasien yang ada (Robson, 2005).

Ketika terjadi insiden, selayaknya tidak terfokus untuk mencari kesalahan individu tetapi lebih mempelajari secara sistem yang mengakibatkan terjadinya kesalahan. (Budihardjo, 2012). Takut disalahkan dapat disebabkan budaya keselamatan pasien belum menjadi

kebiasaan dan belum tersosialisasi secara maksimal di seluruh rumah sakit.

Komunikasi

Komunikasi mempunyai arti penting dalam keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan. Komunikasi merupakan suatu proses penyampaian pesan (informasi, ide, gagasan, pernyataan) dari staf tanpa rasa takut atau bebas mengungkapkan pendapat, baik mengenai tindakan yang diputuskan maupun jika melihat sesuatu yang berdampak negative yang dapat mempengaruhi pasien.

Organisasi dengan budaya keselamatan pasien yang positif mempunyai komunikasi yang saling terbuka dan percaya, persepsi yang sama mengenai pentingnya keselamatan pasien, dan pengukuran efektivitas suatu pencegahan.

Dewi (2012) mengatakan bahwa keselamatan pasien terlindungi melalui standar keselamatan pasien dan peningkatan penerapan keselamatan pasien oleh perawat dikarenakan adanya penerapan keselamatan diantaranya pengidentifikasian pasien, komunikasi efektif pada saat timbang terima, menghindari kesalahan pemberian obat, meniadakan kesalahan prosedur tindakan, mencegah infeksi nosokomial, serta pencegahan pasien jatuh.

Pemberian kesempatan untuk bertanya dapat menjadi penyebab positif

dan signifikannya pengaruh komunikasi diakibatkan karena pimpinan selalu memberikan kesempatan kepada staf untuk bertanya tentang permasalahan kerja yang memang dianggap benar-benar penting. Briefing merupakan salah satu cara untuk meningkatkan komunikasi untuk berbagi informasi seputar keselamatan pasien yang potensial terjadi dalam kegiatan sehari-hari di RSI. Unisma Malang.

Umpan Balik

Menurut Hamdani (2007), pelaporan hanya dapat memberi manfaat apabila direspon secara konstruktif. Respon yang berarti memberikan umpan balik dari pelaporan insiden dengan harapan ada tindakan perbaikan pada sistem keselamatan pasien yang sedang berjalan. Umpan balik dan komunikasi kepada seluruh staf setelah ada analisis dari pelaporan insiden merupakan hal yang sangat penting dilakukan oleh manajemen rumah sakit. Menurut Dignen (2014), ketiadaan umpan balik merupakan bukti kegagalan komunikasi. Umpan balik juga merupakan kesempatan untuk belajar dari hal sebelumnya yang dikomunikasikan.

Berdasarkan hasil wawancara, manajer memberikan umpan balik setiap terjadi insiden. Namun *respon time* dalam tindak lanjut masih dinilai cukup lama. Penelitian Abualrub et al., (2015) menunjukkan bahwa salah satu hambatan dalam menerapkan budaya keselamatan

pasien adalah terlambat memberikan umpan balik terhadap pelaporan.

PENUTUP

Faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan budaya keselamatan pasien di RSI Unisma Malang antara lain : Perasaan cemas dan takut untuk melaporkan insiden, komunikasi yang terbuka dan umpan balik dari manajemen sebagai hasil dan agar segera dilakukan perbaikan pada sistem keselamatan pasien yang sedang berjalan.

DAFTAR PUSTAKA

- AHRQ 2016. HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE USER'S GUIDE.
- AHRQ 2018. A Profile. Content last reviewed. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
- AITKEN, M. & GOROKHOVICH, L. J. A. A. S. 2012. Advancing the responsible use of medicines: applying levers for change.
- AK, J. 2018 Presentation at the "Patient Safety – A Grand Challenge for Healthcare Professionals and Policymakers Alike" a Roundtable at the Grand Challenges Meeting of the Bill & Melinda Gates Foundation, 18 October 2018
- AURAAEN, A., SLAWOMIRSKI, L. & KLAZINGA, N. 2018. The economics of patient safety in primary and ambulatory care: Flying blind.
- BAINBRIDGE, D., MARTIN, J., ARANGO, M., CHENG, D. & LANCET, E.-B. P.-O. C. O. R. G. J. T. 2012. Perioperative and anaesthetic-related mortality in developed and developing countries: a systematic review and meta-analysis. 380, 1075-1081.
- BARDAN, R. J. 2017. Analisis Penerapan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Inche Abdoel Moeis Tahun 2017.
- BEAUCHAMP, T. L. & CHILDRESS, J. F. 1994. Principles of Biomedical Ethics fourth New York. Basic Books.
- Budihardjo, A. (2012). Pentingnya Safety Culture DI Rumah Sakit Upaya Meminimalkan Adverse Events. International Research Journal of Business Studies, 1(1).
- Cahyono, J.B Suharjo B. Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktik Kedokteran. Yogyakarta : Kanisius. 2008.
- CHERAGI, M. A., MANOOCHERI, H., MOHAMMADNEJAD, E., EHSANI, S. R. J. I. J. O. N. & RESEARCH, M. 2013. Types and causes of medication errors from nurse's viewpoint. 18, 228.
- DE VRIES, E. N., RAMRATTAN, M. A., SMORENBURG, S. M., GOUMA, D. J., BOERMEESTER, M. A. J. B. Q. & SAFETY 2008. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. 17, 216-223.
- GHOZALI, I. J. A. A. M. D. P. I. S. 2016. Aplikasi Analisis Multivariate IBM SPSS 23, Badan Penerbit Universitas Diponegoro, Semarang. 2016. 23.
- Hasibuan, A. N. (2020). ANALISIS PENERAPAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN OLEH PERAWAT DALAM RUMAH SAKIT.

- HEADQUARTERS, W. 2018. Global Initiative on Radiation Safety in Healthcare Settings.
- J DEANE WALDMAN MD, M. J. T. J. O. M. P. M. M. 2012. Strategic planning to reduce medical errors: Part I-Diagnosis. 27, 230.
- JACKSON, T. J. T. C. S. I. 2009. One dollar in seven: Scoping the Economics of Patient Safety.
- JENITA, A., ARIEF, Y. S. & M.HAS, E. M. 2019. FUNDAMENTAL AND MANAGEMENT NURSING JOURNAL.
- JHA, A. K., LARIZGOITIA, I., AUDERA-LOPEZ, C., PRASOPA-PLAIZIER, N., WATERS, H. & BATES, D. W. J. B. Q. S. 2013. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. 22, 809-815.
- KHOO, E. M., LEE, W. K., SARARAKS, S., SAMAD, A. A., LIEW, S. M., CHEONG, A. T., IBRAHIM, M. Y., SU, S. H., HANAFIAH, A. N. M. & MASKON, K. J. B. F. P. 2012. Medical errors in primary care clinics—a cross sectional study. 13, 127.
- NAJJAR, S., NAFOURI, N., VANHAECHT, K. & EUWEMA, M. 2015. The relationship between patient safety culture and adverse events: a study in palestinian hospitals. *Safety in Health*, 1, 16.
- NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, E. & MEDICINE 2015. *Improving diagnosis in health care*, National Academies Press.
- NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, E. & MEDICINE 2018. *Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide*, National Academies Press.
- PERMENKES 2011 Permenkes Nomor 1691 Insiden Keselamatan Pasien.
- PERMENKES 2017. Peraturan Menteri Kesehatan Republic Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. Jakarta.
- SAFETY, W. P. & ORGANIZATION, W. H. 2009. *WHO guidelines for safe surgery: 2009: safe surgery saves lives*, World Health Organization.
- SCHREIBER, P. W., SAX, H., WOLFENSBERGER, A., CLACK, L., KUSTER, S. P. J. I. C. & EPIDEMIOLOGY, H. 2018. The preventable proportion of healthcare-associated infections 2005–2016: Systematic review and meta-analysis. 39, 1277-1295.
- SHAFIQ, J., BARTON, M., NOBLE, D., LEMER, C., DONALDSON, L. J. J. R. & ONCOLOGY 2009. An international review of patient safety measures in radiotherapy practice. 92, 15-21.
- SINGH, H., MEYER, A. N. & THOMAS, E. J. J. B. Q. S. 2014. The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. 23, 727-731.
- SINGH, H., SCHIFF, G. D., GRABER, M. L., ONAKPOYA, I. & THOMPSON, M. J. J. B. Q. S. 2017. The global burden of diagnostic errors in primary care. 26, 484-494.
- SLAWOMIRSKI, L., AURAAEN, A. & KLAZINGA, N. S. 2017. The economics of patient safety.
- SUGIYONO, P. 2017. Metode Penelitian Bisnis: Pendekatan Kuantitatif,

- Kualitatif, Kombinasi, dan R&D. Penerbit CV. Alfabeta: Bandung.
- TULLY, M. P., ASHCROFT, D. M., DORNAN, T., LEWIS, P. J., TAYLOR, D. & WASS, V. J. D. S. 2009. The causes of and factors associated with prescribing errors in hospital inpatients. 32, 819-836.
- UNDANG-UNDANG, R. J. D. K. R. 2009. Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
- WELLA, Y. 2008. Etika Penelitian Kesehatan. Fakultas Kedokteran Universitas Riau.
- WHO 2009. Global priorities for patient safety research.
- WHO 2011a. Patient safety in developing and transitional countries: new insights from Africa and the Eastern Mediterranean. World Health Organization.
- WHO 2011b. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide.
- WHO 2014. Quality of care: patient safety: report by the secretariat. 2002.
- WHO 2018. Fact sheet: Antimicrobial Resistance. Geneva: World Health Organization.
- WHO 2019. *Global status report on alcohol and health 2018*, World Health Organization.
- WHO, G. P. S. C. O. 2017. Medication without harm. Report for the World Health Organization, <http://apps.who.int/iris>
- WILSON, R. M., MICHEL, P., OLSEN, S., GIBBERD, R., VINCENT, C., EL-ASSADY, R., RASSLAN, O., QSOUS, S., MACHARIA, W. & SAHEL, A. J. B. 2012. Patient safety in developing countries: retrospective estimation of scale and nature of harm to patients in hospital. 344, e832.
- YASMI, Y. & THABRANY, H. J. J. A. R. S. I. 2018. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Karya Bhakti Pratiwi Bogor Tahun 2015. 4.
- YEUNG, C., KWOK, S. K. & MUI, H. J. I. J. O. E. B. M. 2011. An investigation of an RFID-based patient-tracking and mobile alert system. 3, 50-56.
- Yulia, Sri.2010, Pengaruh Pelatihan Keselamatan Pasien terhadap Pemahaman Perawat Pelaksana mengenai Penerapan Keselamatan pasien di RS Tugu Ibu. Tesis. Fakultas Ilmu Keperawatan-UI: Depok

EFEKTIVITAS METODE *PEER EDUCATOR* TERHADAP PENINGKATAN PENGETAHUAN KADER DALAM PENCEGAHAN *STUNTING* DI KOTA MALANG

Pudji Suryani, SKp, M.KM¹⁾, Handy Lala, SKM. MPH¹⁾

¹⁾ Prodi Sarjana Terapan Promosi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Malang
E - mail : pudjisuryani@gmail.com

ABSTRACT

Background: *Stunting* describes the existence of chronic nutritional problems, maternal/prospective maternal conditions, fetal period, and infancy, including diseases suffered during infancy. Specific nutrition interventions focused on 1,000 pregnant women, nursing mothers, and children 0-23 months because the most effective stunting countermeasures were carried out on 1,000 golden periods. Increasing volunteer knowledge through the effectiveness of peer educator is one of the media that can be used to disseminate information related to stunting.

Subjects and Method: This part comprises study design, study site, target population, sampling technique and size, dependent and independent variables of interest, method or instrument of variable measurement, as well as methods of data analysis.

Results: This part reports principal and important findings from data analysis. For a quantitative study, the statement on findings of an association or effect of variables, or group difference, must be supported by the relevant summary statistics written in bracket. These summary statistics include a measure of association (effect) or effect size, the interval estimate i.e. 95% Confidence Interval, and p-value. The p-value must be reported in a three-digit decimal, for example, $p=0,027$. For example: a particular interpretation of an association (OR= 4,56; CI 95%= 3,45 to 7,45; $p=0,027$).

Conclusion: This part contains 1-2 sentences of conclusion. It may include policy implication of the findings, i.e. the consequence of the findings to the current policy. The author is not allowed to provide suggestion or recommendation that is beyond his/her study (e.g. providing a recommendation of an intervention based on a study by another researcher).

Keywords: peer education, stunting

ABSTRAK

Latar Belakang: *Stunting* menggambarkan adanya masalah gizi kronis, dipengaruhi dari kondisi ibu/calon ibu, masa janin, dan masa bayi/balita, termasuk penyakit yang diderita selama masa balita. Upaya intervensi gizi spesifik difokuskan pada kelompok 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu ibu hamil, ibu menyusui, dan Anak 0-23 bulan, karena penanggulangan *stunting* yang paling efektif dilakukan pada 1.000 HPK. Peningkatan pengetahuan kader melalui *peer educator* merupakan salah satu media yang dapat digunakan untuk menyebarkan informasi yang berkaitan dengan *stunting*.

Subjek dan Metode: Metode yang digunakan pre dan post test, dengan jumlah sampel kader sejumlah 30 orang dari Kelurahan Dinoyo Kota Malang dan sasaran ibu hamil dan ibu menyusui sejumlah 30 orang. Pemilihan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan teknik *total sampling*, yaitu kader yang memenuhi kriteria inklusi

dan eksklusi dari 7 RW. Adapaun variabel independent adalah metode *peer educator* dan variabel dependen adalah peningkatan pengetahuan kader dalam pencegahan *stunting*.

Hasil: Hasil menunjukkan terjadinya peningkatan rata-rata (mean) pengetahuan kader sebelum intervensi, yaitu 69,77 dan sesudah intervensi, yaitu 89,97. berdasarkan uji Wilcoxon sebesar $<0,001$ artinya setelah diberikan intervensi, terdapat peningkatan pengetahuan kader tentang pencegahan *stunting* secara signifikan sebelum dengan sesudah diberikan intervensi. Adanya peningkatan rata-rata (mean) pengetahuan kelompok sasaran sebelum *peer educator* yaitu 70,67 dan sesudah *peer educator* yaitu 76,10. untuk pengetahuan berdasarkan uji Wilcoxon sebesar 0,016. artinya setelah diberikan *peer educator* terdapat peningkatan pengetahuan kelompok sasaran tentang pencegahan *stunting* secara signifikan sebelum dan sesudah diberikan *peer educator*.

Keseimpulan: Adanya peningkatan pengetahuan kelompok sasaran sebelum *peer educator* atau dengan kata lain *peer educator* efektif meningkatkan pengetahuan tentang pencegahan *stunting*.

Kata kunci: *stunting*, *peer educator*

PENDAHULUAN

Stunting menggambarkan adanya masalah gizi kronis, dipengaruhi dari kondisi ibu/calon ibu, masa janin, dan masa bayi/balita, termasuk penyakit yang diderita selama masa balita. Seperti masalah gizi lainnya, tidak hanya terkait masalah kesehatan, namun juga dipengaruhi berbagai kondisi lain yang secara tidak langsung mempengaruhi kesehatan (Kemenkes RI, 2016).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 diketahui bahwa prevalensi *stunting* secara nasional adalah 37,2%. Prevalensi status gizi balita berdasarkan indeks tinggi badan menurut umur (TB/U) di Jawa Timur tahun 2013 adalah 35,8% . Prevalensi *stunting* tersebut terdiri dari 16,8% sangat pendek dan 19% pendek.

Berbagai faktor dapat mempengaruhi terjadinya *stunting*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *stunting* dipengaruhi oleh faktor pendapatan keluarga, pengetahuan gizi ibu, pola asuh ibu, riwayat infeksi penyakit, riwayat

imunisasi, asupan protein, dan asupan ibu (Picauly, 2013). Upaya perbaikan yang diperlukan untuk mengatasi *stunting* harus meliputi upaya untuk mencegah dan mengurangi gangguan secara langsung (intervensi gizi spesifik) dan upaya untuk mencegah dan mengurangi gangguan secara tidak langsung (intervensi gizi sensitif). Upaya intervensi gizi spesifik difokuskan pada kelompok 1.000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), yaitu ibu hamil, ibu menyusui, dan Anak 0-23 bulan, karena penanggulangan *stunting* yang paling efektif dilakukan pada 1.000 HPK (periode emas atau periode kritis / *windows of opportunity*). (Kemenkes, 2016).

Kota dan Kabupaten Malang merupakan wilayah di Jawa Timur yang juga memprioritaskan program untuk mengatasi masalah 1000 HPK. Mengingat masalah gizi 1000 HPK merupakan masalah yang multifaktorial, maka program pengentasan

masalah 100 HPK harus bersifat sensitif dan spesifik dan harus diselesaikan secara integratif melalui koordinasi yang baik antar berbagai sektor terkait serta didasarkan akar masalah yang ada (BAPPEDA Kota Malang, 2014). Hasil penelitian di Kota dan Kabupaten Malang menunjukkan bahwa prevalensi masalah gizi pada subjek ibu hamil, menyusui, bayi dan baduta masih tergolong tinggi dan sedang. Sebanyak 18,9% ibu hamil kurus, serta penambahan BB/minggu kurang = 49,3%. Status gizi kurang pada ibu menyusui = 8,4%. Persentase pemberian ASI termasuk tinggi (94,4%), namun pemberian prelakteal dan MP ASI dini tinggi (52,8% dan 66,5%) dan ASI Eksklusif rendah (28,8%). (Rahmawati, et al ,2016). Keadaan tersebut merupakan masalah yang perlu untuk diatasi mengingat 1000 Hari Pertama Kehidupan merupakan periode emas dan *stunting* lebih efektif di masa tersebut.

Keadaan tersebut merupakan masalah yang perlu untuk diatasi mengingat 1000 Hari Pertama Kehidupan merupakan periode emas dan *stunting* lebih efektif di masa tersebut.

Penanganan masalah *stunting* dibutuhkan kerjasama dari berbagai pihak terkait yang ada di masyarakat utamanya keterlibatan peran kader di Posyandu. Posyandu sebagai salah satu bentuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat yang dikelola dari, untuk dan bersama masyarakat memiliki peran vital untuk memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar. Selain itu posyandu juga berperan dalam untuk

menumbuhkan dan mendidik masyarakat dalam hal-hal yang berkaitan dengan peningkatan derajat kesehatan (Kemenkes,2012). Kegiatan posyandu tidak terlepas dari peran kader posyandu yang memahami tugasnya. Seorang kader posyandu harus memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang mendukung tugasnya sebagai kader. Pengetahuan tersebut didapatkan oleh seorang kader melalui pendidikan kesehatan yang merupakan salah satu media yang dapat digunakan untuk menyebarkan informasi yang berkaitan dengan gizi dan kesehatan. Pemberian informasi melalui *peer educator* secara efektif diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan tentang gizi pada kader memberikan efek yang diharapkan menularkan pengetahuan yang didapatkannya kepada individu, keluarga dan masyarakat dengan tujuan akhir terjadinya perubahan perilaku sehat serta berperan aktif dalam mewujudkan derajat kesehatan yang optimal diantaranya adalah terjadinya peningkatan pengetahuan pencegahan *stunting* utamanya pada masa 1000 hari pertama kehidupan.

Penelitian yang dilakukan oleh Zaki, et al (2018) diperoleh bahwa terjadi peningkatan skor pengetahuan kader antara sebelum dan sesudah pemberian informasi pemantauan status gizi balita. Hal ini serupa dengan penelitian Evita, et al (2013) bahwa terdapat beda rerata skor peningkatan kelompok perlakuan antara *pre-test* dan *post-test* kedua pengetahuan pemantauan pertumbuhan balita dari 0,047 menjadi 0,364. Dari penelitian tersebut juga didapatkan

informasi bahwa peningkatan pengetahuan kader tersebut diantaranya didukung oleh antusiasme kader.

Hasil penelitian menunjukkan prevalensi *stunting* tertinggi di Kecamatan Dinoyo sebesar 17,42% (Sulastutik & Suwita, 2017). Di kota Malang terdapat 5 Kecamatan yang terdiri dari Kecamatan Kedungkandang, Sukun, Klojen, Blimbing, Lowokwaru dengan proyeksi total jumlah penduduk 866.118 (BPS Kota Malang, 2018). Kecamatan Lowokwaru terletak di sebelah utara wilayah Kota Malang memiliki 12 kelurahan diantaranya adalah Kelurahan Dinoyo. Adapun Kelurahan Dinoyo memiliki 7 RW (Rukun Warga) dan 51 RT (Rukun Tetangga), sehingga kelurahan tersebut memiliki sumber daya manusia yang potensial untuk dikembangkan. Kelurahan Dinoyo memiliki 7 posyandu dengan sejumlah kader aktif yang dapat diikutsertakan dalam pencegahan *stunting*.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan adalah *pre-experimental design*, yaitu *one group pre-test post-test*, yaitu sebuah desain penelitian yang digunakan dengan cara memberikan tes awal dan tes akhir terhadap kelompok tunggal.

Penelitian ini dilakukan dengan cara mengukur pengetahuan sebelum perlakuan (O_1), kemudian diberikan perlakuan dengan metode *peer educator* tentang *stunting* (X), setelah itu dilakukan pengukuran pengetahuan tentang pencegahan *stunting* (O_2). Pengukuran (*post-test*) dilakukan setelah diberikan peningkatan pengetahuan metode *peer educator* kepada kader

Posyandu. Evaluasi untuk mengukur efektifitas juga dilakukan kepada kelompok sasaran (ibu hamil, ibu menyusui dan ibu yang mempunyai balita sampai dengan umur 23 bulan) yang telah mendapatkan penjelasan dari kader Posyandu mengenai *stunting*.

Populasi target penelitian adalah seluruh kader aktif di wilayah Kelurahan Dinoyo Kecamatan Lowokwaru Kota Malang. Populasi terjangkau adalah kader aktif di wilayah Kelurahan Dinoyo yang tersebar di 7 RW.

Pemilihan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan teknik *total sampling*, yaitu kader yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi dari 7 RW. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah kader yang bersedia mengikuti penelitian dari awal hingga berakhirnya kegiatan penelitian, dapat membaca dan menulis. Kriteria eksklusi: kader yang tidak bersedia mengikuti penelitian dan yang tidak dapat baca tulis Sehingga didapatkan subjek penelitian kader sejumlah 30 orang

Pengukuran efektifitas metode *peer educator* evaluasi dilakukan pada kelompok sasaran (ibu hamil, ibu menyusui dan ibu yang mempunyai balita sampai dengan umur 23 bulan) di wilayah Kelurahan Dinoyo Kecamatan Lowokwaru Kota sejumlah 30 orang.

Pengumpulan data primer menggunakan instrumen kuesioner untuk kegiatan *pre-post* intervensi (perlakuan). Analisis data ini dilakukan dengan membandingkan nilai rata-rata *pre-test* dan *post-test*. Analisis yang digunakan uji Wilcoxon.

HASIL PENELITIAN

a. Karakteristik Subjek Penelitian

Tabel 1. Karakteristik Subjek Penelitian

Karakteristik	N(30)	%
Umur		
- Produktif	30	100
- Tidak produktif	0	0
Pendidikan		
-Pendidikan Dasar (SD,SMP)	2	6,7
-Pendidikan menengah ke atas (SMU,PT)	28	93,3

b. Distribusi Frekuensi Pengetahuan Kader Tentang Pencegahan Stunting

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Pengetahuan tentang Pencegahan Stunting

Variabel	Pengetahuan tentang Pencegahan Stunting Pretest		Posttest	
	n	%	n	%
Tingkat Pengetahuan Kader				
a. Baik	17	56,7	29	96,7
b. Kurang	13	43,3	1	3,3
N	30	100	30	100
Tingkat Pengetahuan Kelompok Sasaran				
a. Baik	12	40	21	70
b. Kurang	18	60	9	30
N	30	100	30	100

Tabel 3. Efektifitas Metode Peer Educator terhadap Peningkatan Pengetahuan Kader tentang Pencegahan Stunting

	N	Mean	IK 95%	p*
Pengetahuan Kader				
Sebelum	30	69,77	66,28-73,26	<0,001
Setelah	30	89,97	84,09-89,84	
Pengetahuan Kelompok Sasaran				
Sebelum	30	70,67	66,42-74,92	0,016
Setelah	30	76,10	71,62-80,58	

*Berdasarkan uji Wilcoxon

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa semua subjek penelitian berumur produktif (100%) dengan kisaran umur 36-59 tahun , untuk tingkat pendidikan sebagian besar kader berpendidikan menengah ke atas (93,3%) yaitu pendidikan SMU, D1, D3 maupun S1.

Dari tabel 2 diperoleh perbedaan tingkat pengetahuan sebelum (pre-test) pada kader tingkat pengetahuan baik 56,67% namun setelah dilaksanakan intervensi (*post-test*) terjadi peningkatan pengetahuan kader menjadi 96,7%. Adanya perbedaan tingkat pengetahuan sebelum (pre-test) pada kelompok sasaran tingkat pengetahuan baik 40% namun setelah dilaksanakan *peer educator* (*post-test*) terjadi peningkatan pengetahuan kelompok kader menjadi 70%.

Tabel3 menunjukkan terjadinya peningkatan rata-rata (mean) pengetahuan kader sebelum intervensi, yaitu 69,77 dan sesudah intervensi, yaitu 89,97. Nilai signifikasi untuk pengetahuan berdasarkan uji Wilcoxon sebesar <0,001 sehingga H0 ditolak, artinya setelah diberikan intervensi, terdapat peningkatan pengetahuan kader tentang pencegahan stunting secara signifikan sebelum dengan sesudah diberikan intervensi. Adanya peningkatan rata-rata (mean) pengetahuan kelompok sasaran sebelum *peer educator* yaitu 70,67 dan sesudah *peer educator* yaitu 76,10. Nilai signifikasi untuk pengetahuan berdasarkan uji Wilcoxon sebesar 0,016 sehingga H0 ditolak, artinya setelah diberikan *peer educator* terdapat peningkatan pengetahuan kelompok sasaran tentang pencegahan stunting

secara signifikan sebelum dan sesudah diberikan *peer educator* atau dengan kata lain *peer educator* efektif meningkatkan pengetahuan tentang pencegahan *stunting*.

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil kegiatan penelitian, penyampaian materi pengetahuan kader sebelum intervensi dan setelah intervensi dengan nilai rata-rata 69,77 menjadi 89,97, demikian juga pada kelompok sasaran sebelum dilakukan *peer educator* dengan nilai rata-rata 70,67 menjadi 76,10. Dari hasil penelitian tersebut diketahui bahwa dengan pendampingan kader tentang pencegahan *stunting* dapat meningkatkan pengetahuan kader sehingga dapat menyampaikan pada kelompok sasaran melalui *peer educator* dalam upaya pencegahan *stunting*. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang menyebutkan bahwa pendidikan kesehatan dengan pendekatan kelompok merupakan pilihan yang cukup efektif (Emilia, 2008). Pendekatan kelompok memberikan dukungan bagi anggotanya dalam memecahkan masalah dan mengambil keputusan untuk mengubah perilakunya serta memelihara perilaku yang sehat.

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa adanya nilai signifikansi, yaitu terdapat peningkatan pengetahuan kader tentang pencegahan *stunting* secara signifikan sebelum dengan sesudah diberikan intervensi. Adanya nilai signifikansi untuk pengetahuan kelompok sasaran tentang pencegahan *stunting* secara

signifikan sebelum dan sesudah diberikan *peer educator* atau dengan kata lain *peer educator* efektif meningkatkan pengetahuan tentang pencegahan *stunting*. Hal ini sejalan dengan paparan yang menyebutkan bahwa salah satu metode pendidikan kesehatan dengan pendekatan kelompok itu lebih dikenal dengan istilah *peer education*. Proses belajar *peer education* juga melibatkan peserta aktif sehingga pengetahuan yang diperoleh akan bertahan lebih lama. Metode ini dianggap cocok karena merupakan salah satu metode yang efektif untuk menyebarluaskan informasi. Pendidikan sebaya merupakan suatu proses KIE dengan pendekatan komunikasi yang dilakukan kalangan sebaya yaitu kelompok yang sama yang bertujuan untuk memberi perubahan pada yang lain dengan mencoba untuk mengubah pengetahuan, sikap, keyakinan atau perilaku. Pendidikan sebaya adalah bentuk dari rasa senasib sepenanggungan yang dapat dilakukan dalam bentuk dari rasa senasib sepenanggungan yang dapat dilakukan dalam bentuk komunikasi dua arah. Pendidik sebaya/*peer educator* dilatih dan didorong untuk menyebarluaskan pengetahuan sesuai masalah yang dihadapi (Yulizawati, et. al. 2016). Penelitian yang dilakukan oleh Hafess et al (2011) menemukan bahwa program pemberdayaan kader sebagai penghubung fasilitas kesehatan dengan masyarakat akan meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan dasar. Hasil yang diharapkan dari pendidikan kesehatan adalah adanya peningkatan pengetahuan dan sikap dan

tujuan akhir tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga, dan masyarakat dalam memelihara perilaku sehat serta berperan aktif dalam mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.

Metode *peer educator* diharapkan akan berdampak pada peningkatan pengetahuan kader mengenai stunting yang baik sehingga kemampuan yang dimiliki kader tersebut akan ditularkan pada sesama kader, keluarga dan masyarakat dalam penerapan kesehatan dan gizi status gizi dan stunting tidak terjadi.

Stunting merupakan masalah gizi kronis yang disebabkan oleh asupan gizi yang kurang dalam waktu cukup lama akibat pemberian makanan yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi (MCAI, 2016). Sejalan dengan hal tersebut, penelitian menunjukkan kejadian stunting merupakan suatu proses kumulatif sejak kehamilan. Oleh karena itu, faktor gizi ibu selama kehamilan merupakan penyebab tidak langsung yang berkontribusi terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin. Ibu hamil dengan gizi kurang akan menyebabkan janin mengalami *intrauterin growth retardation* (IUGR) sehingga bayi tersebut akan lahir dengan kurang gizi dan mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan. Kekurangan gizi pada usia dini meningkatkan angka kematian bayi dan anak, menyebabkan penderitanya mudah sakit, kurangnya kemampuan kognitif dan memiliki postur tubuh yang tidak maksimal saat dewasa.

Pengetahuan gizi membuat orang untuk belajar dalam menggunakan dan memilih makanan yang lebih baik untuk kesejahteraannya. Semakin tinggi tingkat pengetahuan gizi seseorang diharapkan semakin baik pula keadaan gizinya (Fajar , 2017). Hasil yang diharapkan dalam pendidikan kesehatan masyarakat adalah terjadinya perubahan sikap dan perilaku individu, keluarga, dan masyarakat untuk dapat menanamkan prinsip-prinsip hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari demi mencapai derajat kesehatan yang optimal.

Hal tersebut menunjukkan bahwa peningkatan pengetahuan ibu termasuk tentang gizi sangat penting agar ibu hamil lebih memperhatikan kondisinya saat hamil terutama makanan yang dikonsumsi untuk mencegah kejadian stunting. Selain tentang pemenuhan gizi saat hamil juga perlu mengetahui pentingnya ASI Eksklusif maupun tentang bagaimana penyiapan makanan dengan benar agar zat gizi dan kebersihannya terjaga dengan baik.

PENUTUP

Berdasarkan penelitian dapat disimpulkan bahwa *peer educator* efektif terhadap peningkatan pengetahuan kader Posyandu dalam upaya pencegahan stunting.

Hasil hasil penelitian dan beberapa keterbatasan penelitian ini, maka peneliti memberikan saran sebagai berikut: 1) perlu adanya metode *peer educator* untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam upaya pencegahan stunting, 2) adanya penelitian

lanjutan dengan sampel yang lebih banyak dan metode pendekatan yang berbeda sehingga hasilnya dapat dijadikan rujukan bagi penelitian

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2013. Riset Kesehatan Dasar. 2013. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta
- BAPPEDA Kota Malang. 2014. Buku Rencana Aksi Daerah Pangan dan Gizi Kota Malang: BAPPEDA kota Malang: 4-19
- Emilia O. 2008. Promosi Kesehatan dalam Lingkup Kesehatan Reproduksi. Yogyakarta: Pustaka Cendekia Pers
- Evita, D. et al., 2013. Pelatihan Meningkatkan Pengetahuan dan Keterampilan Kader Puskesmas Dalam Penerapan Standar Pemantauan Balita di Kota Bitung. Jurnal Gizi dan Dietetik Indonesia 1, 15-25
- Fajar, I., 2017. Model Penanganan Stunting Berdasarkan Analisis Faktor Pada Anak Balita di Kabupaten Malang. Poltekkes Kemenkes Malang
- Hafess, A., et al. 2011. The Role of Health Extension Workers Programme in Pakistan: Callenges, Achievements, and The Way Forward. J park med Assio: 61:210-5
- Kemenkes RI. 2012. Ayo ke Posyandu Setiap Bulan. Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan
- Kemenkes RI. 2016. Situasi balita pendek. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Millennium Challenge Account – Indonesia. Stunting dan Masa Depan Indonesia. Tersedia dari: <http://www.mca-indonesia.go.id> diunduh tanggal: 13 Oktober 2016.
- Picauly I dan Toy SM. 2013. Analisis Determinan dan Pengaruh Stunting Terhadap Prestasi Belajar Anak Sekolah di Kupang Timur NTT. Jurnal Gizi dan Pangan; 8(1):55-62
- Rahmawati. 2018. Gambaran Masalah Gizi pada 1000 HPK di Kota dan Kabupaten Malang, Indonesian Journal of Human Nutrition, Juni 2016, Vol.3 No.1 Suplemen: 20-31
- Suliastutik & Suwita, 2017. Analisis Faktor Kejadian Stunting Pada Balita Di Kota dan Kabupaten Malang. Poltekkes Kemenkes Malang
- Yulizawati. 2016. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Peer Education Mengenai Skrining Prakonsepsi Terhadap Pengetahuan dan Sikap Wanita Usia Subur di Wilayah Kabupaten Agam: FK UNAND
- Zaki et al. 2018. Peningkatan Kapasitas Kader Posyandu Melalui Pelatihan Pemantauan Status Gizi Balita. Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat, Vol.3, No.2, Maret 2018: 169-177

ANALISIS BED TURN OVER RUANG MINA RUMAH SAKIT HARAPAN DAN DOA KOTA BENGKULU

Nofri Heltiani¹⁾, Iin Desmiany Duri¹⁾, Endah Dwi Lestari¹⁾

¹⁾Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu, Indonesia

E-mail : nofrihelti11@gmail.com

THE ANALYSIS OF BED TURN OVER MINA ROOM HARAPAN HOSPITAL AND THE PRAYER OF BENGKULU CITY

ABSTRACT

Background: Bed Turn Over (BTO) is the average number of patients who use each bed in a certain period. The ideal BTO value is 40-50 times/year. Inpatient indicators related to BTO are very important to pay attention to in efforts to improve service quality. The high BTO has the potential to disrupt the balance of clinical aspects such as hospital nosocomial infections. Based on the initial survey, the BTO value for the last three years at the Bengkulu City Hope and Prayer Hospital has increased, namely in 2016 (58.23 times/year), 2017 (64-65 times year) and 2018 (65 times/year) . This shows that the change of patient beds is very fast so that the use of the bed exceeds the provisions, namely 40-50 times/year, meaning that 1 bed is used by more than 50 patients a year which can cause nosocomial infections.

Subjects and Method: The type of research used in this study was quantitative descriptive with a cross sectional approach. The population and sample were 2,060 inpatients in the Mina Room for the period 2019 with the sampling technique being the total population.

Results: The number of patients treated in the 2019 period in the Mina Room were 2,060 patients, with length of care (LD) of 7,435 days/year and an average of 3-4 days/year and the number of patients discharged (living or dead) in the Mina Room. 2,045 patients came out alive and 15 patients died, so that the BTO value in the Mina Room reached 93.58 times/year. The high BTO value in the Mina Room in the 2019 period resulted in a fairly high nosocomial infection of 12%. It is hoped that the hospital will add more beds in the Mina Room to prevent or reduce the occurrence of nosocomial infections.

Conclusion: Hospitals or health service agencies to make additional beds in the Mina Room to prevent or reduce the occurrence of nosocomial infections.

Keywords: Bed; Bed Trun Over; Patient In; Patient Out

ABSTRAK

Latar Belakang: Bed Turn Over (BTO) merupakan rerata jumlah pasien yang menggunakan setiap tempat tidur dalam periode tertentu. Nilai ideal BTO 40-50 kali/tahun. Indikator rawat inap terkait BTO sangat penting diperhatikan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan. Tingginya BTO berpotensi mengganggu keseimbangan aspek klinis seperti infeksi nosokomial rumah sakit. Berdasarkan survey awal, nilai BTO tiga tahun terakhir di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu mengalami peningkatan yaitu tahun 2016 (58,23 kali/tahun), tahun 2017 (64-65 kali/tahun) dan tahun 2018 (65 kali/tahun). Hal ini menunjukkan bahwa pergantian tempat tidur pasien yang sangat cepat sehingga pemakaian tempat tidur melebihi ketentuan yaitu 40-50 kali/tahun artinya 1

tempat tidur digunakan lebih dari 50 pasien dalam setahun yang dapat menyebabkan terjadinya infeksi nosokomial.

Subjek dan Metode: Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel penelitian dari penelitian ini menggunakan total populasi yaitu sebanyak 2.060.

Hasil: Jumlah pasien dirawat pada periode 2019 di Ruang Mina sebanyak 2.060 pasien, dengan Lama Dirawat (LD) sebesar 7.435 hari/tahun dan rata-rata 3-4 hari/tahun serta jumlah pasien keluar (hidup maupun mati) di Ruang Mina sebanyak 2.045 pasien keluar hidup dan 15 pasien keluar mati, sehingga nilai BTO di Ruang Mina mencapai 93,58 kali/tahun. Tingginya nilai BTO di Ruang Mina pada periode 2019 mengakibatkan infeksi nosokomial yang cukup tinggi yaitu sebesar 12%.

Kesimpulan: Pihak Rumah Sakit atau instansi pelayanan kesehatan untuk melakukan penambahan tempat tidur di Ruang Mina untuk mencegah atau mengurangi terjadinya infeksi nosokomial.

Kata kunci: *Bed Trun Over*; Pasien Masuk, Pasien Keluar: Tempat Tidur

PENDAHULUAN

Rumah sakit sebagai sarana pelayanan yang menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan baik Unit Rawat Jalan maupun Unit Rawat Inap yang dikelola oleh pemerintah maupun swasta. Penyelenggaraan rekam medis merupakan salah satu bagian pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Dalam rangka meningkatkan mutu dan pelayanan di rumah sakit, peran rekam medis sangat diperlukan dalam pengelolaan data rekam medis secara lengkap dan benar agar menghasilkan informasi yang akurat dan berkesinambungan (Rustiyanto, 2010).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 034/Birhub/1979 Tentang Perencanaan dan Pemeliharaan Rumah Sakit menjelaskan bahwa setiap rumah sakit harus melaksanakan statistik yang *up to date* yaitu tepat waktu, akurat dan sesuai kebutuhan. Pengelolaan data statistik dilakukan oleh petugas rekam medis pengolahan data khususnya bagian analisis dan

reporting guna dilakukan pelaporan (Departemen Kesehatan, 1993).

Statistik rumah sakit adalah statistik yang bersumber pada data rekam medis yang digunakan untuk menghasilkan berbagai informasi, fakta dan pengetahuan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan rumah sakit kepastian bagi praktisi kesehatan, manajemen dan tenaga medis dalam pengambilan keputusannya. Statistik rumah sakit dapat digunakan untuk menghitung berbagai indikator layanan kesehatan (Rustiyanto, 2010).

Indikator pelayanan rumah sakit yang dapat dipakai untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit yaitu *Bed Occupation Rate* (BOR), *Average Length Of Stay* (AvLOS), *Turn Over Interval* (TOI), dan *Bed Trun Over* (BTO) yang berfungsi untuk memantau kegiatan yang ada di unit rawat inap. Pelayanan rawat inap adalah pelayanan kepada pasien yang melakukan observasi, diagnosis, terapi atau rehabilitasi yang perlu menginap dan menggunakan tempat tidur serta mendapat makanan dan pelayanan perawat terus-menerus

(Rustiyanto, 2010). Untuk mengetahui tingkat pemanfaatan dan efisiensi penggunaan tempat tidur di rumah sakit dapat dilihat dari indikator BTO.

Bed Turn Over (BTO) merupakan rerata jumlah pasien yang menggunakan setiap Tempat Tidur (TT) dalam periode tertentu. Nilai BTO sangat membantu dalam meningkatkan tingkat penggunaan TT karena dalam dua periode bisa diperoleh angka BOR yang sama tetapi BTO berbeda. Indikator Rawat Inap terkait BTO sangat penting diperhatikan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan. Tingginya BTO berpotensi mengganggu keseimbangan aspek klinis (infeksi nosokomial) rumah sakit.

Indikator mutu pelayanan rumah sakit dipengaruhi oleh 4 aspek yaitu; aspek klinis, aspek efisiensi, efektifitas serta aspek keselamatan dan aspek kepuasan pasien (Sabarguna, 2007). BTO menggambarkan frekuensi pemakaian TT pada satu periode. Tingginya BTO memberikan hubungan yang cukup signifikan dengan mutu pelayanan (Syafharini, 2012).

Nilai ideal Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2005) sebesar 40-50 kali pertahun. Nilai ideal BTO minimal 40 pasien dalam periode 1 tahun. Artinya, 1 TT diharapkan digunakan 40 pasien dalam 1 tahun, berarti 1 pasien rata-rata dirawat selama 9 hari. Hal ini sejalan dengan nilai ideal AvLOS yakni 6-9 hari (Departemen Kesehatan, 2005a).

Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu merupakan salah satu rumah sakit yang didirikan oleh pemerintah Kota Bengkulu. Rumah

Sakit ini berdiri sejak tahun 2014 dengan jumlah pasien setiap tahun selalu mengalami peningkatan. Berdasarkan Laporan Tahunan Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan diperoleh data 3 tahun terakhir, yaitu pada tahun 2017 jumlah kunjungan pasien rawat inap sebanyak 5.840 orang dengan rata-rata kunjungan per-bulan 486 orang, tahun 2018 jumlah kunjungan pasien rawat inap mengalami peningkatan sebanyak 6.131 pasien (4,75%) dengan rata-rata kunjungan per-bulan 511 orang dan tahun 2019 jumlah kunjungan pasien rawat inap kembali mengalami peningkatan sebanyak 6.719 pasien (8,75%) dengan rata-rata kunjungan per-bulan 560 orang.

Berdasarkan survey awal yang dilakukan pada tanggal 18-25 Desember 2019 di RSHD Kota Bengkulu yang merupakan Rumah Sakit kelas C, memiliki kelas perawatan dan jumlah TT yaitu; Mina (kelas 1) 22 TT, Marwah (kelas 1 dan kelas 2) 22 TT dan Safa (kelas 3) 32 TT, VIP 15 TT, HCU 3 TT, Kebidanan 6 TT dan Perinatologi 5 TT sehingga total keseluruhan 105 TT. Hal ini sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/Menkes/Per/III/2010 Pasal 16 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit yang menyatakan bahwa Rumah Sakit Tipe C harus memiliki jumlah TT minimal 100 buah dengan perbandingan tenaga keperawatan dan tempat tidur adalah 2:3 dengan kualifikasi tenaga keperawatan sesuai dengan pelayanan di rumah sakit (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/Menkes/Per/III/2010, 2010).

Berdasarkan Laporan Tahunan Seksi Pelayanan Medik dan Keperawatan (2018) diketahui nilai BTO 3 tahun terakhir mengalami peningkatan, yaitu tahun 2016 (58,23 kali), tahun 2017 (64-65 kali) dan tahun 2018 (65 kali). Tingginya nilai BTO ini diiringi dengan nilai TOI yang rendah yaitu 0,2 sedangkan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2005) nilai ideal TOI adalah 1-3 hari. Hal ini menunjukkan bahwa jumlah pasien yang dirawat melebihi kapasitas tempat tidur yang ada, sehingga satu tempat tidur terlalu banyak digunakan oleh pasien secara berkali-kali, tanpa adanya waktu jeda. Capaian nilai BTO di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu terlalu tinggi dan belum ideal menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2005) (Departemen Kesehatan, 2005b).

Tingginya nilai BTO di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu disebabkan oleh jumlah pasien masuk, lama pasien dirawat, jenis penyakit diderita pasien serta belum adanya SOP Pasien Masuk, SOP Waktu Tunggu Penggunaan TT, SOP Perawatan TT dan SOP Mutu Pelayanan Pasien. Hal ini sejalan dengan Lestari (2014) dalam penelitiannya yang mengatakan bahwa penyebab tingginya BTO adalah jumlah pasien masuk setiap hari, pasien keluar hidup dan pasien keluar meninggal kurang atau lebih dari 48 jam, jenis penyakit dan lama perawatan pasien di ruang perawatan, dan Sarkowo (2016) dalam penelitiannya yang mengatakan bahwa tingginya nilai BTO disebabkan karena pemanfaatan tempat

tidur meningkat yang berarti banyaknya jumlah pasien yang menggunakan tempat tidur.

Menurut Indradi (2010), semakin tinggi nilai BTO maka semakin banyak pasien yang menggunakan TT secara bergantian, sehingga semakin sibuk dan semakin berat beban kerja tim medis. Akibatnya semakin rendah kinerja kualitas tim medis dan semakin tinggi angka kejadian infeksi nosokomial.

Tingginya nilai BTO di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu diikuti dengan tingginya nilai infeksi nosokomial, hal ini diperkuat dengan data Laporan Tahunan Pencegah Pengendali Infeksi (PPI) diketahui bahwa data infeksi nosokomial 2 tahun terakhir mengalami peningkatan persentase setiap tahunnya, yaitu pada tahun 2017 sebesar 70% dan tahun 2018 sebesar 71,72%.

Hal ini sejalan Sarwoko (2015) dalam penelitiannya yang mengatakan bahwa tingginya nilai BTO di rumah sakit jika dilihat dari aspek medis dapat berdampak kurang baik karena dapat mempengaruhi kesehatan pasien yang akan memicu terjadinya infeksi nosokomial, dan Lestari (2014) dalam penelitian mengatakan bahwa mutu pelayanan akan terganggu apabila ditemukan infeksi yang disebabkan oleh lingkungan, dimana TT merupakan salah satu lingkungan yang sangat berhubungan erat dengan pasien karena pasien yang mengalami perawatan dalam waktu lama memiliki risiko lebih besar terkena infeksi nosokomial.

Berdasarkan latar belakang di atas, melihat pentingnya BTO pada indikator mutu pelayanan rumah sakit maka pertanyaan penelitian yang dapat dirumuskan dalam penelitian ini yaitu berapakah nilai BTO di Ruang Mina Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu pada periode 2019. Penelitian ini bertujuan mengetahui nilai BTO di Ruang Mina Rumah Sakit Harapan Doa Kota Bengkulu periode 2019.

HASIL PENELITIAN

1. Jumlah Pasien Dirawat di Ruang Mina Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2019

Tabel 1 Jumlah Pasien Dirawat di Ruang Mina Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu Periode 2019

Periode	Ruang Mina		
	TT	Perawat	Pasien
Januari	22	13	201
Februari	22	13	183
Maret	22	13	173
April	22	13	167
Mei	22	13	157
Juni	22	13	158
Juli	22	13	155
Agustus	22	13	161
September	22	13	174
Oktober	22	13	187
November	22	13	206
Desember	22	13	138
Total Pasien			2.060

Sumber : Data Sekunder Terolah, 2020

Berdasarkan tabel 1 di atas dapat diketahui bahwa jumlah pasien dirawat di Ruang Mina pada periode 2019 adalah sebanyak 2.060 pasien dengan 22 TT dan perawat 13 orang.

2. Lama Dirawat Pasien di Ruang Mina Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu Periode 2019

Tabel 2. Lama Dirawat (LD) Pasien Periode 2019

Periode	LD	Rata-Rata LD	Jumlah Pasien
Januari	620	3	201
Februari	611	3	183
Maret	605	3	173
April	645	4	167
Mei	615	4	157
Juni	632	4	158
Juli	610	4	155
Agustus	636	4	161
September	600	3	174
Oktober	608	3	187
November	623	3	206
Desember	630	5	138
Total / Rata-Rata	7.435	4	2.060

Sumber: Data Sekunder Terolah, 2020

Berdasarkan tabel 2 di atas diketahui bahwa LD pasien di Ruang Mina periode 2019 adalah 7.345 hari dengan jumlah pasien 2.060 dan rata-rata LD 4 hari.

3. Jumlah Pasien Keluar (Hidup dan Mati) di Ruang Mina Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu Periode 2019

Tabel 3 Jumlah Pasien Keluar Hidup dan Mati Periode 2019

Periode	Pasien Keluar		
	Hidup	Mati	Total
Januari	201	0	201
Februari	180	3	183
Maret	172	1	173
April	166	1	167
Mei	156	1	157
Juni	157	1	158
Juli	152	3	155
Agustus	158	3	161
September	174	0	174
Oktober	187	0	187
November	205	1	206
Desember	137	1	138
Total	2.045	15	2.060

Sumber: Data Sekunder Terolah, 2020

Berdasarkan tabel 3 di atas diketahui bahwa jumlah pasien keluar di Ruang Mina periode 2019 sebanyak 2.060 orang yang terdiri dari keluar hidup sebanyak 2.045 orang dan keluar mati sebanyak 15 orang.

4. Nilai BTO di Ruang Mina Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu Periode 2019

Tabel 4. Nilai BTO Periode 2019

Ruang	Nilai BTO (kali)
Mina	93,58

Sumber: Data Sekunder Terolah, 2020

Berdasarkan tabel 4 di atas diketahui bahwa nilai BTO di Ruang Mina pada periode 2019 adalah sebesar 93,58 kali.

5. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial di Ruang Mina Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu Periode 2019

Tabel 5. Angka Kejadian Infeksi Nosokomial Periode 2019

Periode	Jumlah
Januari	26
Februari	15
Maret	21
April	22
Mei	21
Juni	27
Juli	13
Agustus	14
September	12
Oktober	13
November	20
Desember	35
Total Jumlah	239

Sumber: Data Sekunder Terolah, 2020

Berdasarkan tabel 5 di atas diketahui bahwa kejadian infeksi nosokomial di Ruang Mina periode 2019 adalah sebanyak 239 (12%) kasus.

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Jumlah Pasien Dirawat di Ruang Mina Periode 2019

Menurut Indradi (2010), pasien dirawat merupakan pasien yang memperoleh pelayanan kesehatan menginap dan dirawat di rumah sakit. Dari hasil perhitungan di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu diketahui bahwa jumlah kunjungan pasien rawat inap pada periode tahun 2019 di Ruang Mina sebanyak 2.060 pasien dengan 22 TT (Tempat Tidur) dan perawat 13 orang dan 22 TT (Tempat Tidur). Hal ini menunjukkan bahwa Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu sudah melaksanakan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/Menkes/Per/III/2010 Pasal 16 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit yang menyatakan bahwa Rumah Sakit Tipe C harus memiliki jumlah TT minimal 100 buah dengan perbandingan tenaga keperawatan dan tempat tidur adalah 2:3 (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 034/Birhub/1979, 1979).

Jumlah pasien yang di rawat di ruang Mina Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu pada periode tahun 2019 sudah relatif tinggi. Hal ini disebabkan jenis penyakit yang diderita pasien dipengaruhi oleh musim yang terjadi, yaitu musim panas, hujan maupun

pancaroba yang sangat mempengaruhi kesehatan.

Tinggi jumlah pasien rawat inap di ruang Mina Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu akan mempengaruhi tingkat kepuasan dan keselamatan pasien itu sendiri, dikarenakan semakin sibuk dan semakin berat beban kerja tim medis. Hal ini sejalan dengan Indradi (2010) yang menyatakan bahwa semakin tinggi jumlah pasien berdampak pada tingkat kepuasan dan keselamatan pasien dikarenakan semakin sibuk dan semakin berat beban kerja tim medis sehingga semakin rendah kinerja kualitas tim medis, yang menyebabkan semakin tinggi angka ketidakpuasan pasien dan mengancam keselamatan pasien dikarenakan semakin tinggi jumlah TT (Tempat Tidur) yang tidak sempat dibersihkan dan kemungkinan infeksi nosokomial meningkat.

Sejalan dengan penelitian Sabarguna (2004) dan Lestari (2014) mengatakan bahwa indikator mutu pelayanan rumah sakit dipengaruhi oleh 4 aspek yaitu, aspek Klinis (menyangkut pelayanan dokter, perawat dan terkait dengan teknis medis), aspek efisiensi dan efektifitas (pelayanan yang murah, tepat guna, tak ada diagnosa dan terapi berlebihan), aspek keselamatan (upaya perlindungan terhadap pasien) dan aspek kepuasan pasien (yang berhubungan dengan kenyamanan, keramahan dan kecepatan pelayanan (Sabarguna, 2007).

Menurut Supriyanto dan Wulandari (2011), mutu merupakan gambaran dan karakteristik menyeluruh dari barang atau jasa yang menunjukkan kemampuannya dalam memuaskan kebutuhan pelanggannya. Peningkatan mutu pelayanan rawat inap terkait aspek keselamatan dan kepuasan pasien yaitu dengan menggunakan perbandingan tenaga keperawatan dan tempat tidur (Lestari, 2014).

2. Lama Dirawat Pasien di Ruang Mina Periode 2019

Lama Dirawat (LD) adalah jumlah hari kalender di mana pasien mendapatkan perawatan rawat inap di rumah sakit, sejak tercatat sebagai pasien rawat inap hingga keluar dari rumah sakit (Indradi, 2010). LD dapat dihitung dengan cara, jika tanggal masuk serta tanggal keluar berada dalam bulan yang sama, maka lama dirawat dihitung dengan cara mengurangi tanggal pasien keluar perawatan dengan tanggal masuk perawatan. Sedangkan jika tanggal pasien masuk dan tanggal keluar berada dalam bulan yang berbeda, maka dihitung dengan cara mengurangi tanggal terakhir bulan masuk dengan tanggal masuk lalu ditambah dengan tanggal keluar. Jika ada bulan diantara bulan masuk dan bulan keluar, maka jumlah hari dari “bulan antara” tersebut juga ditambahkan (Rustiyanto, 2010).

Berdasarkan hasil perhitungan pada ruang Mina didapatkan lama dirawat pada ruang marwah sebesar 7.435 hari dalam setahun dengan rata-rata lama dirawat setiap

pasien selama 3 dan 4 hari. Sedangkan satu tahun memiliki 365 hari dari sini dapat dilihat bahwa lama dirawat pada ruang Mina cukup tinggi dalam setahun. Maka cukup tingginya lama dirawat pasien dalam setahun dapat berdampak pada frekuensi penggunaan TT (Tempat Tidur) dalam hal ini adalah BTO.

3. Jumlah Pasien Keluar (Hidup dan Mati) di Ruang Mina Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu Periode 2019

Menurut Indradi (2010), pasien keluar merupakan pasien yang keluar dari rumah sakit setelah mendapatkan perawatan baik keluar sembuh, maupun meninggal. Dari hasil perhitungan di Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu diketahui jumlah kunjungan pasien rawat inap periode tahun 2019 di Ruang Mina sebanyak 2.060 pasien dengan jumlah pasien sembuh 2.045 pasien dan meninggal 15 pasien.

Dari data di atas dapat dilihat bahwa jumlah pasien meninggal yang dirawat di Ruang Mina Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu periode tahun 2019 lebih sedikit. Hal ini dikarenakan oleh faktor resiko yang mempengaruhi kondisi pasien keluar (*discharge status*) disebabkan oleh *multiple factor*. Faktor tersebut meliputi keadaan demografi pasien, karakteristik psikososial (umur, jenis kelamin dan status penyakit), status kesehatan, dan faktor pemicu kematian. Faktor tersebut merupakan hal yang penting

dan dibandingkan pada status pasien sebelum meninggalkan rumah sakit.

Hal ini sejalan dengan penelitian Lestari (2014) yang mengatakan bahwa semakin lama perawatan pasien di rumah sakit maka semakin kecil presentase pasien tersebut keluar rumah sakit dalam kondisi sembuh. Variabel jenis penyakit, lama sakit dan lama perawatan. Pasien dengan penyakit akut memiliki persentase sembuh lebih banyak dari pasien dengan penyakit kronik maupun akut-kronik. Pasien dengan perawatan lama atau pendek berhubungan dengan kondisi yang didapat ketika keluar rumah sakit (Lestari, 2014).

Rendahnya angka kematian di Ruang Mina Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu tentunya merupakan nilai plus bagi rumah sakit itu sendiri. Hal ini dikarenakan rumah sakit telah memberikan pelayanan yang terbaik untuk pasiennya.

4. Nilai BTO di Ruang Mina Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2019.

Bed Turn Over (BTO) merupakan rerata jumlah pasien yang menggunakan setiap Tempat Tidur (TT) dalam periode tertentu. Nilai BTO sangat membantu dalam meningkatkan tingkat penggunaan TT karena dalam dua periode bisa diperoleh angka BOR yang sama tetapi BTO berbeda (Susanti, 2013).

Berdasarkan sumber data yang digunakan untuk menghitung nilai BTO di Ruang Mina periode tahun 2019 adalah laporan

kunjungan pasien rawat inap Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu, dengan nilai ideal BTO mengacu pada standar Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2005) 40-50 kali/tahun, diperoleh nilai BTO di Ruang Mina 93,58 kali/tahun yang artinya nilai BTO pada ruang tersebut tidak sesuai standar Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2005). Hal ini disebabkan karena Ruang Mina merupakan ruang perawatan kelas I maka dari itu banyak pasien yang meminta untuk naik kelas perawatan untuk mendapatkan ruang perawatan yang lebih maksimal dari pada kelas III yang memiliki fasilitas yang lebih cukup baik di bandingkan dengan ruang perawatan kelas III.

Tingginya biaya kesehatan semakin menyulitkan masyarakat untuk memperoleh layanan kesehatan. Salah satu metode yang dapat digunakan dalam meringankan beban pembiayaan kesehatan dengan menggunakan asuransi kesehatan, salah satunya adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, dengan adanya BPJS-Kesehatan maka semua pembiayaan akan lebih mudah, sejak diluncurkannya program BPJS-Kesehatan oleh pemerintah pada bulan Januari 2014 dengan sistem berjenjang maka setiap rumah sakit memiliki kesempatan untuk mendapatkan rujukan pasien BPJS sehingga bisa meningkatkan angka kunjungan pasien. Akan tetapi hal tersebut tentunya harus didukung dengan jumlah TT dan tenaga medis khususnya perawat sesuai dengan tipe rumah

sakit dan angka kunjungan pasien setiap periode, baik periode bulan maupun periode tahun (Askes, 2014).

Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu adalah salah satu rumah sakit tipe C yang memiliki kesempatan tersebut. Dengan adanya BPJS-Kesehatan menyebabkan jumlah kunjungan pasien BPJS rawat inap meningkat. Peningkatan inilah yang dapat menyebabkan tingginya nilai BTO dikarenakan pemanfaatan tempat tidur secara terus-menerus yang berarti banyaknya jumlah pasien yang menggunakan tempat tidur dalam waktu yang singkat, sebab pasien BPJS rata-rata hanya bisa dirawat inap selama 3 hari.

Hal ini didukung oleh dengan hasil penelitian Ekawati (2015), yang menyatakan bahwa semakin lama pasien dirawat tidak menambah paket biaya pasien BPJS walaupun sesuai INA CBG's akan tetapi hal ini akan menimbulkan kerugian bagi rumah sakit. Selain itu kebijakan dari BPJS itu sendiri mengatakan bahwa jika kamar pasien BPJS yang sesuai haknya penuh, maka rumah sakit membuat kebijakan pasien bisa naik kelas sampai dengan 3 hari tanpa penambahan biaya. Hal ini menunjukkan frekuensi atau pergantian pasien yang sangat cepat sehingga pergantian tempat tidur melebihi ketentuan. Banyaknya jumlah pasien yang dilayani berpengaruh pada beban kerja petugas kesehatan di pelayanan rawat inap (Ekawati, 2015).

Tingginya nilai BTO di Ruang Mina Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu

diikuti dengan tingginya nilai infeksi nosokomial, yaitu sebesar 12%. Hal ini sejalan Indradi (2010) yang menyatakan bahwa semakin banyak pasien yang dilayani semakin sibuk dan semakin berat beban kerja petugas kesehatan di unit tersebut. Akibatnya pasien bisa kurang mendapat perhatian yang dibutuhkan dan kemungkinan infeksi nosokomial juga meningkat.

Dari hasil penelitian ini dapat diketahui bahwa ketiga ruangan ini memiliki nilai BTO yang tidak ideal sedangkan nilai ideal BTO menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2005) adalah 40-50 kali/tahun. Artinya 1 TT dalam satu tahun digunakan lebih dari 50 pasien, hal ini melebihi standar ideal menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2005) capaian BTO ini menunjukkan bahwa jumlah pasien yang dirawat melebihi kapasitas tempat tidur yang ada, sehingga satu tempat tidur digunakan oleh pasien secara berkali-kali, tanpa adanya waktu jeda.

Sejalan dengan penelitian Sarwoko (2015) tingginya penggunaan tempat tidur disebabkan karena terbatasnya tempat tidur yang tersedia sedangkan jumlah pasien yang banyak. Dari hasil perhitungan BTO dapat diketahui bahwa tempat tidur yang digunakan secara terus-menerus tanpa adanya waktu jeda dapat menyebabkan infeksi nosokomial yang didapatkan pasien selama masa perawatan dan Lestari (2014) dalam penelitian mengatakan bahwa mutu pelayanan akan terganggu apabila

ditemukan infeksi yang disebabkan oleh lingkungan, dimana TT merupakan salah satu lingkungan yang sangat berhubungan erat dengan pasien karena pasien yang mengalami perawatan dalam waktu lama memiliki risiko lebih besar terkena infeksi nosokomial (Sarwoko, 2016).

Adapun unsur manajemen yang sangat berpengaruh dengan tingginya nilai BTO ini adalah yang pertama unsur *man*; *man* merupakan pasien yang dirawat di Ruang Mina sebab banyaknya jumlah pasien yang dirawat akan berdampak pada penggunaan tempat tidur, yang kedua unsur *materials*; *materials* ini merupakan alat yang digunakan yaitu tempat tidur yang dipakai pasien selama masa perawatan artinya semakin lama pasien menggunakan tempat tidur maka semakin banyak bakteri atau infeksi nosokomial yang ditimbulkan kepada pasien lain yang akan menggunakan tempat tidur tersebut tanpa adanya waktu jeda. Metode atau metode merupakan SOP yang digunakan setiap ruang perawatan dalam melakukan pembersihan tempat tidur yang bertujuan untuk mencegah infeksi nosokomial yang mungkin terjadi. Dalam hal ini Rumah Sakit Harapan dan Doa Kota Bengkulu belum adanya SOP tentang pembersihan tempat tidur. Meskipun demikian perlunya perelokasian tempat tidur dan SOP tentang pembersihan tempat tidur pada setiap ruangan agar nilai frekuensi penggunaan tempat tidur (BTO) dapat mencapai standar.

5. Jumlah Infeksi Nosokomial di Ruang Mina Tahun 2019.

Infeksi nosokomial adalah infeksi yang didapat seseorang dalam waktu 3x24 jam sejak mereka masuk rumah sakit (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2003). Berdasarkan hasil perhitungan dengan menggunakan rumus indikator infeksi nosokomial diketahui sebanyak 239 (12%) kasus infeksi nosokomial terjadi di Ruang Mina. Hal ini dikarenakan belum adanya SOP tentang pembersihan tempat tidur, yang merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya infeksi nosokomial, sedangkan faktor lain yang dapat memicu terjadinya infeksi nosokomial adalah lama pasien di rawat di rumah sakit yang tentu saja akan semakin lama menggunakan tempat tidur.

Sejalan dengan penelitian Marbun (2018) yang mengatakan secara umum faktor-faktor yang dapat menyebabkan infeksi nosokomial terdiri dari dua bagian yaitu faktor endogen dan faktor eksogen. Faktor endogen meliputi umur, jenis kelamin, riwayat penyakit, daya tahan tubuh dan kondisi kondisi tertentu. Sedangkan faktor eksogen meliputi lama penderita dirawat, kelompok yang merawat, alat medis serta lingkungan. Faktor kurangnya pengetahuan perawat, sikap atau perilaku yang tidak baik, fasilitas perawatan, dan pengawasan perawat juga dapat menjadi salah satu media penularan infeksi nosokomial (Sudra, 2012).

Untuk mengendalikan ataupun mengurangi terjadinya infeksi nosokomial dapat dilakukan dengan cara pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial yang merupakan upaya penting dalam meningkatkan mutu pelayanan medis di rumah sakit. Program pengendalian infeksi ini dapat dikelompokkan dalam tiga kelompok yaitu tindakan standar operasional prosedur, tindakan organisasi, dan tindakan struktural. Tindakan operasional mencakup kewaspadaan standar dan kewaspadaan berdasarkan penularan/transmisi.

Kewaspadaan Standar pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial dalam standar operasional prosedur mencakup kegiatan meliputi: mencuci tangan, menggunakan alat pelindung diri/APD (sarung tangan, masker, pelindung wajah, kacamata dan apron pelindung), praktik keselamatan kerja, perawatan pasien serta penggunaan antiseptik, penanganan peralatan dalam perawatan pasien dan kebersihan lingkungan. Sedangkan kewaspadaan berdasarkan penularan/transmisi diterapkan pada pasien yang menunjukkan gejala, dicurigai terinfeksi atau mengalami kolonisasi dengan kuman yang sangat mudah menular. Kewaspadaan berdasarkan transmisi perlu dilakukan sebagai tambahan kewaspadaan standar. Kewaspadaan berdasarkan transmisi meliputi: penanganan pakaian kotor (selimut, sarung bantal dan spray) serta penanganan peralatan makan pasien.

PENUTUP

Nilai BTO pada periode 2019 di Ruang Ruang Mina 93,58 kali dengan angka kejadian infeksi nosokomial sebesar 239 (12%) kasus. Hal ini menunjukkan bahwa jumlah pasien yang dirawat melebihi kapasitas tempat tidur yang ada sehingga satu tempat tidur terlalu banyak digunakan oleh pasien secara berkali-kali tanpa adanya waktu jeda. Sehingga diharapkan dilakukan penambahan tempat tidur di Ruang Mina untuk mencegah atau mengurangi terjadinya infeksi nosokomial, serta adanya SOP Pasien Masuk, SOP Waktu Tunggu Penggunaan TT, SOP Perawatan TT dan SOP Mutu Pelayanan Pasien.

DAFTAR PUSTAKA

Askes (2014) *Pedoman Pelayanan BPJS per 1 Januari 2014*.

Departemen Kesehatan (1993) 'Pengukuran Kinerja Rumah Sakit di Indonesia', *Departemen Kesehatan Republik Indonesia*.

Departemen Kesehatan (2005a) *Buku Petunjuk Pengisian, Pengolahan dan Penyajian Data Rumah Sakit*. Edited by Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.

Departemen Kesehatan (2005b) *Buku Petunjuk Pengisian, Pengolahan dan Penyajian Data Rumah Sakit*. Jakarta: Departemen Kesehatan.

Ekawati, A. (2015) 'Hubungan Antara Lama Hari Rawat Dengan Antrian Masuk Rumah Sakit

Pada Pasien Bpjs Di RS. Islam Jemursari Surabaya', *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 18, pp. 97–103.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 034/Birhub/1979 (1979) *Perencanaan dan Pemeliharaan Rumah Sakit*.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/Menkes/Per/III/ 2010 (2010) *Klasifikasi Rumah Sakit*.

Lestari, N. (2014) 'Penyebab Bed Turn Over (BTO) di Instalasi Rawat Inap dr. M. Soewandhie Surabaya', *Administrasi Kesehatan Indonesia*, 2(3).

Rustiyanto, E. (2010) *Statistik Rumah Sakit Untuk Pengambilan Keputusan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Sabarguna, S. (2007) *Quality Assurance Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta: Sagung Seto.

Sarwoko, A. (2016) *Analisis Deskriptif Bed Turn Over Bangsal Anak Di RSU Sarila Husada Sragen Per Triwulan Tahun 2013-2015*. STIKES Mitra Husada.

Sudra, R. (2012) *Statistik Rumah Sakit (dari sensus pasien dan grafik Barber Jhonson hingga statistik kematian dan otopsi)*.

- Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Susanti, E. (2013) *Analisis Deskriptif Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Nilai BTO di RSUD Sunan Kalijaga Demak Tahun 2013*. Demak.
- Syafharini, A. (2012) *Analisis Pelaksanaan Manajemen Mutu Pelayanan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Islam Malahayati Medan*. Available at: <http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/32843>.

GAMBARAN UMUM KEPUASAN PASIEN RAWAT INAP JKN DI RUMAH SAKIT ISLAM AISYIYAH MALANG

Angelia Sukma Bawanti¹⁾ dan Rizki Mustika Riswari¹⁾

*¹⁾Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
E - mail : angeliasukma02@gmail.com*

GENERAL DESCRIPTION OF JKN INPATIENT SATISFACTION AT ISLAMIC HOSPITAL AISYIYAH MALANG

ABSTRACT

Background: Patient satisfaction is a key indicator of the standard of a health facility and the low quality of service satisfaction will have an impact on the number of visits that will affect the profitability and health facilities. Measurement of patient satisfaction is an important element in providing better, more efficient and more effective services. The level of patient satisfaction with services is an important factor that develops a service provider system that is responsive to patient complaints, minimizes costs and time and maximizes the impact of services on patients.

Subjects and Method: The purpose of this study was to determine the general picture of patient satisfaction in terms of the servqual method using five indicators namely responsiveness, assurance, physical evidence, attention, and reliability as well as the level of quality of service at Aisyiyah Islamic Hospital Malang. Case study approach through questionnaire. Subjects were JKN hospitalized patients, a sample of 30 respondents who were determined by the Purposive Sampling method. Data that has been analyzed are presented in tabular form and accompanied by an explanation.

Results: Based on the research, it was found that JKN hospitalized patients at Aisyiyah Islamic Hospital Malang were quite satisfied with the services provided with an average satisfaction rating of 84.5%. With an assessment using five indicators, the average value of respondents' answers shows the average value of respondents' answers to responsiveness indicators of 82.5%, guarantee indicators 85.667%, indicators of physical evidence by 84%, indicators of concern by 84.667%, and indicators of reliability by 85.5%.

Conclusion: From this study it can be concluded that although the satisfaction rate is still 84.46%, JKN hospitalized patients are quite satisfied with the services provided by hospital staff both by doctors, nurses, and also hospital staff.

Keywords: Quality, Satisfaction, Hospital, JKN inpatients

ABSTRAK

Latar Belakang: Kepuasan pasien merupakan indikator utama dari standar suatu fasilitas kesehatan dan mutu pelayanan kepuasan yang rendah akan berdampak terhadap jumlah kunjungan yang akan mempengaruhi profitabilitas dan fasilitas kesehatan tersebut. Pengukuran kepuasan pasien merupakan elemen penting dalam menyediakan pelayanan yang lebih baik, efisien dan lebih efektif. Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan merupakan faktor penting yang mengembangkan suatu sistem penyedia pelayanan yang tanggap terhadap keluhan pasien, meminimalkan biaya dan waktu serta memaksimalkan dampak pelayanan terhadap pasien.

Subjek dan Metode: Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran umum kepuasan pasien ditinjau dari metode servqual menggunakan lima indikator yaitu daya tanggap, jaminan, bukti fisik, perhatian, dan keandalan serta tingkat kualitas pelayanan di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif dengan pendekatan studi kasus melalui kuesioner. Subyek yaitu pasien rawat inap JKN, sampel 30 responden yang ditentukan dengan metode Purposive Sampling. Data yang sudah dianalisis disajikan dalam bentuk tabel dan disertai dengan penjelasan.

Hasil: Berdasarkan penelitian didapatkan hasil bahwa pasien rawat inap JKN di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang cukup puas dengan pelayanan yang telah diberikan dengan rata-rata nilai kepuasan 84,5%. Dengan penilaian menggunakan lima indikator, rata-rata nilai jawaban responden menunjukkan nilai rata-rata jawaban responden untuk indikator daya tanggap sebesar 82,5%, indikator jaminan 85,667%, indikator bukti fisik sebesar 84%, indikator perhatian sebesar 84,667%, dan indikator keandalan sebesar 85,5%.

Kesimpulan: Dari penelitian ini dapat ditarik kesimpulan meskipun angka kepuasan masih 84,46% tetapi pasien rawat inap JKN merasa cukup puas dengan pelayanan yang diberikan oleh petugas rumah sakit baik oleh dokter, perawat, dan juga staf rumah sakit.

Kata kunci: Kualitas, Kepuasan, Rumah Sakit, Pasien rawat inap JKN

PENDAHULUAN

Ketatnya persaingan antar rumah sakit serta semakin selektifnya pasien dalam memilih mengharuskan rumah sakit sebagai penyedia layanan kesehatan selalu meningkatkan kualitas pelayanannya. Untuk mengetahui kualitas pelayanan dapat dilakukan dengan cara membandingkan pelayanan yang diberikan kepada pasien dengan pelayanan yang diharapkan oleh pasien. Terciptanya kepuasan pelanggan dapat memberikan manfaat diantaranya hubungan perusahaan dengan pelanggannya menjadi harmonis, memberikan dasar yang baik bagi pembelian ulang, mendorong terciptanya loyalitas pelanggan, membentuk suatu rekomendasi dari mulut ke mulut (word of mouth) yang menguntungkan bagi perusahaan, reputasi perusahaan menjadi semakin baik, serta laba yang diperoleh akan meningkat (Junistyaningrum, 2016:3).

Dimensi mutu dan kualitas layanan (service quality) belum disajikan secara baik oleh penyelenggara layanan kesehatan. Dalam suatu Studi yang memakai metode kualitatif malah menemukan betapa sukarnya menjumpai “secercah senyum pemberi layanan kesehatan (Widyamoko, A 2011). Menurut penelitian Fahrozy tahun 2017 mengungkapkan bahwa ada hubungan kausalitas antara tingginya tingkat kepuasan pasien pengguna BPJS dengan sistem pelayanan rumah sakit. Sehingga perlu adanya analisis kepuasan untuk pelayanan kesehatan yang berkelanjutan.

Berdasarkan hasil penelitian terdahulu oleh ST. Nurul Aliah Alwy yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Kota Makassar Tahun 2018 tentang Analisis Kepuasan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Pemerintah diperoleh perhitungan statistik mengenai kepuasan (Servqual) menunjukkan sebanyak 38,3% responden yang menyatakan puas terhadap

pelayanan yang di berikan oleh perawat yang ada di Rumah sakit Haji Makassar dan sebanyak 61,2 % yang menyatakan tidak puas dengan perawat yang ada dan memberikan pelayanan langsung yang dirasakan oleh pasien. Hasil yang didapat sungguh mengejutkan bagi penyedia pelayanan kesehatan negeri. Tetapi hasil berbeda pada penelitian Analisis Kepuasan Pasien Peserta BPJS Pada Instalasi Rawat Jalan Poliklinik Bedah Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang, dengan hasil 77,8% responden pasien cukup puas dengan pelayanannya. Penelitian berikutnya analisis kepuasan di RSUD Kota Semarang yang dilakukan oleh Indriani, Larasati dan Lestari tahun 2015, penelitian ini membagi beberapa kriteria umum dalam pelayanan kesehatan. Tetapi belum melibatkan asuransi kesehatan dalam penelitiannya.

Untuk fasilitas kesehatan swasta ditunjukkan oleh penelitian Rivaldi, 2019 mengenai analisis tingkat kepuasan pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit Ibnu Sina Makasar. Menunjukkan hasil 42,5% sangat puas terhadap pelayanan secara umum, 52,5% puas terhadap pelayanan secara umum, dan 5% merasakan cukup puas. Tetapi penelitian ini semua jenjang kelas perawatan tanpa diketahui apakah melakukan pembiayaan kesehatan pihak ketiga atau tidak.

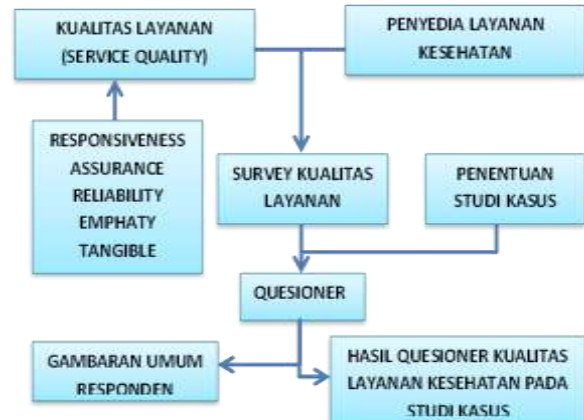
Sedangkan untuk penelitian berikutnya adalah penelitian Dewi Mustika dan Kurnia Sari tahun 2019, tentang kepuasan pasien terhadap pelayanan Rawat Inap RSUD Jagakarsa tahun 2017/2018. Penelitian ini langsung menyasar

pasien rawat inap dan variabel hanya untuk rawat inap saja. Berdasarkan hal tersebut perlu analisis jika pelayanan menggunakan asuransi pihak ketiga contohnya JKN sebagai Jaring Kesehatan Nasional.

METODE PENELITIAN

Metode penelitian ini menggunakan metode deskriptif kuantitatif dengan pendekatan survei. Pada bagian analisis data akan dibahas secara deskriptif tentang gambaran kepuasan pasien rawat inap JKN di RS Islam Aisyiyah Malang. Analisis didasarkan pada hasil kuesioner yang diberikan kepada pasien. Analisis hasil pengolahan kuesioner akan disajikan dalam bentuk tabel nilai.

Runtutan penelitian dijelaskan seperti Gambar.1 sebagai berikut:



Gambar.1 Kerangka Penelitian

Indikator yang diukur dalam kualitas layanan ada lima kriteria yaitu responsiveness, assurance, reliability, empathy dan tangible. Sedangkan untuk Studi kasus adalah Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang.

HASIL PENELITIAN

Responden bisa di kelompokkan menjadi beberapa gambaran umum sebagai berikut :

Tabel 1 Gambaran Umum Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.

Jenis Kelamin	Frekuensi (orang)	Presentase (%)
Laki-Laki	9	30
Perempuan	21	70
Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel 1, menunjukkan bahwa dari 30 responden sebagian besar berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 21 orang (70%) sedangkan sisanya berjenis kelamin laki-laki sebanyak 9 orang (30%).

Tabel 2 Gambaran Umum Responden Usia

Usia	Frekuensi (orang)	Persentase (%)
≤50	22	73
>50	8	27
Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel 2, menunjukkan bahwa sebagian besar responden berusia dibawah 50 tahun, yaitu sebanyak 22 orang (73%) dan sisanya adalah responden yaanyng berusia diatas 50 tahun yaitu sebanyak 8 orang (27%).

Berdasarkan tabel 3, menunjukkan bahwa sebagian besar responden penelitian ini merupakan ibu rumah tangga yaitu sebanyak 11 orang (36%). Sedangkan responden lainna berasal dari swasta sebanyak 8 orang (26%), lain-lain sebanyak 3 orang (10%), wiraswasta

sebanyak 2 orang (6%), PNS sebanyak 1 orang (3%) dan ABRI/POLRI sebanyak 1 orang (3%).

Tabel 3 Gambaran Umum Responden Berdasarkan Jenis pekerjaan

	Jenis Pekerjaan	Frekuensi (orang)	Presentase (%)
1	PNS	1	3
2	Swasta	8	26
3	ABRI/POLRI	1	3
4	Wiraswasta	2	6
5	IRT	11	36
6	Sopir	2	6
7	Petani	-	-
8	Lain - lain	3	10
	JUMLAH	30	100

Berdasarkan tabel 4, menunjukkan bahwa responden yang mendominasi adalah responden yang memiliki pendidikan SMA sebanyak 11 orang (36%) dan akademik atau sarjana sebanyak 10 orang (33%). Sedangkan responden lainnya memiliki pedidikan SMP dan SD sebanyak masing-masing 4 orang (13%) dan tidak bersekolah sebanyak 1 orang (3%).

Tabel 4 Gambaran Umum Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir.

No	Jenis Pendidikan	Frekuensi (orang)	Presentase (%)
1.	Tidak Sekolah	1	3
2.	SD	4	13
3.	SMP	4	13
4.	SMA	11	36
5.	Akademik/Sarjana	10	33
	Jumlah	30	100

Kualitas layanan (*Service Quality*) memiliki lima dimensi yang mewakili kualitas

layanan yang terdiri dari *tangible*, *empathy*, *reliability*, *responsiveness* dan *assurance* (Parasuraman,dkk: 1988). Sedangkan hasil penelitian (Alaan, 2016) *Service quality* berpengaruh terhadap *customer satisfaction* di Hotel Serela Bandung. Dari dua penelitian diatas maka service quality yang diteliti berdasarkan lima indikator dalam layanan kesehatan.

Untuk hasil kuesioner yang diisi oleh pasien mencakup lima bagian dari kualitas layanan, sebagai berikut:

1. Daya Tanggap (*Responsiveness*)

Tabel 5 Hasil Kuesioner Daya Tanggap

Indikator	Puas	Tidak Puas	Persentase
Responsiveness	30	0	100%
Total	30	0	100%

Responsiveness merupakan bagian penting dalam sistem pelayanan kesehatan karena sangat berhubungan dengan derajat kesejahteraan pasien dan untuk mengevaluasi sistem pelayanan kesehatan dengan memperbaiki dan memelihara kesehatan masyarakat.

2. Jaminan (*Assurance*)

Tabel 6 Hasil Kuesioner Jaminan

Indikator	Puas	Tidak Puas	Persentase
Assurance	30	0	100%
Total	30	0	100%

Assurance merupakan pengetahuan terhadap produk secara tepat, kesopan santunan karyawan dalam memberi pelayanan, ketrampilan dalam memberikan informasi, kemampuan dalam memberikan keamanan dan kemampuan dalam

menanamkan kepercayaan dan keyakinan pasien terhadap rumah sakit.

3. Bukti Fisik (*Tangibles*)

Tabel 7 Hasil Kuesioner Bukti Fisik

Indikator	Puas	Tidak Puas	Persentase
Tangibles	30	0	100%
Total	30	0	100%

Aspek penampilan fisik adalah suatu bukti langsung yang meliputi fasilitas fisik, perlengkapan dan kebersihan alat untuk tindakan keperawatan, penampilan fisik perawat yang selalu menggunakan seragam dengan rapi, bersih dan lengkap.

4. Perhatian (*Emphaty*)

Tabel 8 Hasil Kuesioner Perhatian

Indikator	Puas	Tidak Puas	Persentase
Emphaty	30	0	100%
Total	30	0	100%

Aspek *emphaty* adalah kemudahan dalam melakukan hubungan komunikasi yang baik, perhatian pribadi dan memahami kebutuhan pasien sebagai pelanggan dan bertindak demi kepentingan pasien. Perawat diharapkan bisa memahami kesulitan-kesulitan pribadi masing-masing pasien dan membantu mereka keluar dari kesulitannya. Pasien akan merasa diperhatikan oleh perawat jika apa yang dibutuhkan dan dikeluhkannya ditanggapi secara baik oleh pihak perawat, dan sikap yang tulus dan berifat individual atau pribadi yang diberikan perawat kepada pasien seperti kemudahan untuk menghubungi perawat, kemampuan perawat untuk berkomunikasi dengan pasien dan keluarga pasien.

5. Kehandalan (*Reliability*)

Tabel 9 Hasil Kuesioner Kehandalan

Indikator	Puas	Tidak Puas	Persentase
Tangibles	30	0	100%
Total	30	0	100%

Pada dasarnya Seorang perawat dituntut dengan hasil kinerja yang harus sesuai dengan harapan pasien yang berarti ketepatan waktu, pelayanan yang sama untuk semua pasien tanpa kesalahan, sikap yang simpatik, dan dengan akurasi yang tinggi sehingga nantinya akan melahirkan rasa kepuasan dalam diri pasien itu sendiri. Semakin baik persepsi pasien terhadap kehandalan (*reliability*) maka kepuasan pasien akan semakin tinggi. Dan jika persepsi pasien terhadap kehandalan (*reliability*) buruk, maka kepuasan pasien akan semakin rendah.

PEMBAHASAN

Dari hasil penelitian maka pembahasan dari lima bagian dari kualitas layanan dari Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang adalah sebagai berikut:

1. Daya Tanggap (*Responsiveness*)

Berdasarkan hasil penelitian yang digambarkan pada Tabel 5. diatas menunjukkan bahwa seluruh responden merasa puas dengan pelayanan di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang berdasarkan indikator daya tanggap (*responsiveness*). Hal ini berarti responden merasa puas dengan daya tanggap petugas dalam menghadapi keluhan pasien, petugas tanggap dan cepat bilah dibutuhkan sehingga tidak membuat

responden menunggu lama untuk mendapatkan pelayanan, dan juga petugas tanggap terhadap kebutuhan pasien.

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fathiah Azzahra tahun 2015 mengenai Faktor-Faktor yang mempengaruhi minat masyarakat dalam penggunaan layanan Kesehatan di Rumah Sakit Nasional Diponegoro menyebutkan bahwa 55% dari jumlah sample penelitian mengaku tidak tertarik dalam menggunakan pelayanan kesehatan di Rumah sakit Diponegoro dan hal ini dipengaruhi oleh persepsi masyarakat mengenai akses ke RSND, persepsi masyarakat mengenai pemasaran RSND, dan persepsi masyarakat mengenai pelayanan kesehatan yang diberikan oleh provider di RSND.

2. Jaminan (*Assurance*)

Berdasarkan hasil penelitian yang digambarkan pada Tabel 6 di atas seluruh responden merasa puas dengan pelayanan di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang berdasarkan indikator jaminan (*assurance*) yang berarti responden merasa jaminan yang diberikan rumah sakit cukup baik dari keramahan perawat, kesopanan perawat, kepedulian perawat terhadap pasien baik sehingga rasa kepuasan itu dialami oleh pasien sehingga banyak pasien yang senang untuk menggunakan jasa di RS Islam Aisyiyah Malang karena apa yang mereka dapatkan dari perawat, dokter maupun staff

rumah sakit sesuai dengan apa yang mereka harapkan.

Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Alwy tahun 2018 di RS Haji Makassar, bahwasannya 74,4% dari 250 responden menyatakan bahwa jaminan yang diberikan perawat kepada pasien tidak baik sehingga banyak pasien mengeluh untuk menggunakan jasa di RS Haji Makassar karena apa yang mereka dapat tidak sesuai dengan apa yang mereka inginkan.

3. Bukti fisik (*Tangible*)

Berdasarkan hasil penelitian yang digambarkan pada Tabel 7. di atas seluruh responden merasa puas dengan pelayanan di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang berdasarkan bukti fisik (*tangibles*). hal ini berarti responden merasa bahwa penampilan fisik di rumah sakit ini baik dari segi kebersihan ruangan, tempat tidur yang di siapakan, kebersihan kamar mandi, fasilitas seperti kipas angin masih tampak baik dan berfungsi serta ketersediaan tempat sampah yang memadai.

Semakin baik persepsi pasien terhadap bukti fisik (*tangible*) maka kepuasan pasien akan semakin tinggi. Dan jika persepsi pasien terhadap bukti fisik (*tangible*) buruk, maka kepuasan pasien semakin rendah. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Arlina Nurbaity Lubis dan Martin (2009) menyebutkan bahwa variabel bukti fisik berpengaruh positif terhadap kepuasan pasien. Kenyamanan berkaitan dengan

pelayanan kesehatan yang tidak berhubungan langsung dengan efektifitas klinis, tetapi dapat mempengaruhi kepuasan pasien dan bersedianya untuk kembali ke fasilitas kesehatan untuk memperoleh pelayanan berikutnya.

4. Perhatian (*Empaty*)

Berdasarkan hasil penelitian yang digambarkan pada Tabel 8 di atas seluruh responden merasa puas dengan pelayanan di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang berdasarkan indikator perhatian (*emphaty*). Hal ini menunjukkan bahwa *empathy* atau rasa perhatian dan sikap perhatian yang ditunjukkan oleh petugas sangat mempengaruhi kepuasan pasien untuk bisa merasakan apa yang di harapkan untuk sembuh dan kembali. Dari penelitian Wijaksono (2013) menyatakakan bahwa sentuhan psikologis yang bisa disampaikan perawat, dan tim medis lainnya kepada pasien akan mengurangi stress yang dialaminya pada masa sakit, dan ternyata kelelahan psikis berkontribusi terhadap penyakit yang diderita pasien semakin parah. Motivasi dari tim medis bisa menurunkan kecemasan dengan memberikan dukungan-dukungan emosional berupa kesabaran, perhatian, motivasi supaya pasien akan sembuh lebih cepat.

5. Kehandalan (*Reliability*)

Berdasarkan hasil penelitian yang digambarkan pada Tabel 9 di atas seluruh responden merasa puas dengan pelayanan di

Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang berdasarkan indikator kehandalan (reliability) hal ini menunjukkan bahwa pasien merasa cukup puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh petugas di RSI Aisyiyah Malang baik oleh dokter, perawat maupun staff rumah sakit yang ada dan memberikan pelayanan langsung yang dirasakan oleh pasien.

Sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan Atmawati dan Wahyudin (2007) dan Hardiyati (2010) menyebutkan bahwa variabel kehandalan (reliability) berpengaruh positif terhadap kepuasan pasien. Hal tersebut mendukung penelitian yang dilakukan oleh Dahlan (2012) bahwa Jika jasa layanan yang diterima melampaui harapan pelanggan, maka kualitas jasa dipresepsikan sebagai kualitas yang ideal. Sebaliknya jika jasa layanan yang diterima lebih rendah dari yang diharapkan, maka kualitas jasa dipersepsikan buruk. Dengan demikian baik tidaknya kualitas jasa tergantung pada kemampuan penyedia jasa dalam memenuhi harapan pelanggannya secara konsisten.

PENUTUP

Berdasarkan uraian yang telah dijelaskan, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa pasien rawat inap JKN di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang cukup puas dengan pelayanan yang telah diberikan. Dengan penilaian menggunakan lima indikator, rata-rata nilai jawaban responden

menunjukkan nilai rata-rata jawaban responden untuk indikator daya tanggap sebesar 82,5% , indikator jaminan 85,667%, indikator bukti fisik sebesar 84%, indikator perhatian sebesar 84,667%, dan indikator kehandalan sebesar 85,5%. Dari data tersebut dapat diketahui bahwa responden merasa cukup puas dengan pelayanan yang diberikan oleh petugas Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang. Dalam hal ini maka peneliti memberikan saran bahwa dari lima indikator penilaian kepuasan yaitu daya tanggap, jaminan, bukti fisik, perhatian, dan kehandalan masih dapat ditingkatkan lagi agar nilai kepuasan bisa mencapai 100%.

DAFTAR PUSTAKA

- A Parasuraman, Valarie A. Zeithaml, and Leonard L. Berry. 1988. Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, Volume 64, Pp 12-40.
- Aalan, Yunus. 2016. Pengaruh service quality (tangible, empathy, reliability, Responsiveness dan assurance) terhadap Customer satisfaction: penelitian pada hotel Serela Bandung. *Jurnal Manajemen Maranatha* Vol.15, No.2, Mei 2016
- Alwy, S. N. A. (2018). Analisis Kepuasan Pasien Rawat Inap Dirumah Sakit Pemerintah (RSUD Haji Makassar). Universitas Hasanuddin.
- Atmawati, R dan M, Wahyudin. 2007. Analisis Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Konsumen Pada Matahari Departement Store Di Solo Grand Mall.Surakarta: Jurnal Daya Saing, Program MM-UMS.
- Azzahra, F. 2015. Analisis minat masyarakat

- terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan rumah sakit nasional diponegoro (vol. 2501011113). Universitas diponegoro.
- Dahlan, Muhammad Sopiudin. 2012. Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan.
- Fahrozy, Andry. 2017. Hubungan Kualitas Pelayanan Rumah Sakit Dengan Kepuasan Pasien Pengguna BPJS Kesehatan. Jurnal Ilmiah psikologi/2019.
- Indriani, Ela; Larasati, Endang dan Lestari, Hesti. 2015. Analisis Kepuasan Atas Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Semarang. Journal Of Public Policy And Management, Review Volume 4, Nomor 3, Tahun 2015 Jakarta: Salemba medika.
- Junistyaningrum.2016.Pengaruh Implementasi Relationship Marketing Terhadap Customer Loyalty Dengan Customer Satisfaction Sebagai Varabel Intervening.
- Mustika, Dewi dan Sari, Kurnia. 2019. Kepuasan Pasien Terhadap Layanan Rawat Inap RSUD Jagakarsa Tahun 2017/2018. Jurnal ARSI/Juni 2019.
- Nurbaity L, dan Martin. 2009. Pengaruh Harga (Price) dan Kualitas Pelayanan (Service Quality) terhadap kepausan pasien rawat inap di RSU Deli Medan. Jurnal Majalah Manajemen Bisnis, Volume 2, No. 1, Januari 2009 : 21 - 24.
- Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasionan Republik Indonesia.
- Ratih,Hardiyati., 2010, Analisis Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Konsumen Menggunakan Jasa Penginapan (Villa) Agrowisata Kebun The Pagilaran. Skripsi tidak dipublikasikan Universitas Diponegoro Semarang
- Rivaldi, Pasca Muhammad. 2019. Analisis Tingkat Kepuasan Pelayanan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar Tahun 2018. UMI Medical Journal : Jurnal Kedokteran, Vol. 4 No. 1 (Juni, 2019)
- ST. Nurul Aliah Alwy . 2018.Analisis Kepuasan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Pemerintah (RSUD HAJI MAKASSAR).
- Zilvia, Yolandafitri dan Yulisa, Indry Putri. 2019. Analisis Kepuasan Pasien Peserta BPJS Pada InstalasiRawat Jalan Poliklinik Bedah Rumah Sakit Umum PusatDr. M. Djamil Padang. Economac: Jurnal Ilmiah Ilmu Ekonomi Volume 3 Issue 2 (Oktober, 2019).

PENGARUH VARIASI KONSENTRASI HPMC TERHADAP SIFAT FISIK GEL *HAND SANITIZER* EKSTRAK DAUN PEPAYA (*Carica papaya* L.)

Mikhania Christiningtyas Eryani¹⁾, Siti Nur Azizah¹⁾, Shella Rosita Fanani¹⁾

¹⁾Akademi Farmasi Jember
E - mail : mikhaniachristi@gmail.com

VARIATION CONCENTRATION EFFECT OF HPMC TO PHYSICAL PROPERTIES PAPAYA LEAVES (*Carica papaya* L.) HANDSANITIZER GEL

ABSTRACT

Background: The aims of this research was to understand the effect of variations concentrations HPMC as gelling agent to the physical characteristic hand sanitizer gel of papaya leaves (*Carica papaya* L.).

Subjects and Method: Gel was formulated with variation concentration of the HPMC 2% (F1), 2.5% (F2) , and 3% (F3). The active ingredient was papaya leaves extract. The ingredient use were HPMC as gelling agent, propilenglikol as humectant, methylparaben as preservative, oleum rosae as corigen odoris and aquadest as a solvent.

Results: organoleptic test showed difference in consistency of gel but there were no difference in smell and color. Homogeneity test showed homogeneous result in all formulas. Viscosity test, pH, and spreadability were in accordance with the requirements. The statistic result for One Way Anova showed the significancy value for viscosity was 0.000, pH was 0.003 while spreadability was 0.634. **Conclusion:** variations concentrations HPMC as gelling agent affect consistency of gel, pH and gel viscosity but didn't affect smell, color, homogeneity and the spreadability of gel.

Keywords: Papaya leaves, HPMC, Gel, physical properties

ABSTRAK

Latar Belakang: Salah satu bentuk penyebaran mikroorganisme pada manusia adalah melalui tangan. Hand sanitizer merupakan antiseptik pembersih tangan yang telah umum digunakan oleh masyarakat. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh variasi konsentrasi HPMC terhadap sifat fisik gel hand sanitizer ekstrak daun pepaya.

Subjek dan Metode: Gel dibuat dalam 3 formula dengan variasi konsentrasi HPMC sebesar 2% (F1), 2.5% (F2) dan 3% (F3). Bahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah HPMC sebagai gelling agent, propilenglikol sebagai pembasah, metilparaben sebagai pengawet, oleum rosae sebagai corigen odoris dan aquades sebagai pelarut. Pengujian yang dilakukan meliputi organoleptis, homogenitas, viskositas, pH dan daya sebar gel.

Hasil: Hasil pengujian organoleptis menunjukkan bahwa variasi konsentrasi HPMC memberikan perbedaan pada bentuk gel namun tidak memberikan perbedaan pada bau dan warna gel. Hasil pengujian homogenitas menunjukkan bahwa seluruh sediaan homogen. Hasil pengujian untuk viskositas, pH dan daya sebar seluruh formula memenuhi persyaratan. Hasil pengujian statistik menggunakan One Way Anova menunjukkan nilai signifikansi untuk viskositas adalah 0.000, pH adalah 0.003 dan daya sebar gel adalah 0.634

Kesimpulan: variasi konsentrasi HPMC sebagai gelling agent mempengaruhi bentuk, pH dan viskositas gel namun tidak mempengaruhi bau, warna, homogenitas dan daya sebar gel

Kata kunci: pepaya, HPMC, gel, sifat fisik

PENDAHULUAN

Pemanfaatan tumbuhan pepaya telah banyak digunakan oleh masyarakat Indonesia sebagai obat tradisional karena mempunyai banyak manfaat. Dari beberapa kandungan yang ada pada daun pepaya tersebut mengandung enzim papain dan kandungan senyawa antibakteri dalam daun pepaya diantaranya tanin, alkaloid, flavonoid, terpenoid, polifenol, dan saponin (Duke, 2009 dalam Tuntun, 2016). Penelitian yang dilakukan oleh Tuntun (2016) menunjukkan bahwa ekstrak etanol daun pepaya pada konsentrasi 30% memiliki aktivitas antibakteri terhadap *Staphylococcus aureus* dan *Escherichia coli*. Pada konsentrasi tersebut ekstrak etanol daun pepaya mampu menghambat pertumbuhan bakteri pada zona hambat yaitu 7,9 mm dan 7 mm dengan kategori sedang.

Staphylococcus aureus merupakan bakteri coccus gram positif yang ditemukan sebagai hewan mikroba pada kulit dan selaput lendir manusia. *Staphylococcus aureus* dapat menyebabkan penyakit infeksi nosokomial, keracunan makanan, dan sindroma syok toksik, impetigo, dan keracunan makanan dengan gejala seperti mual, muntah, dan diare (Wikananda, 2019).

Salah satu bentuk penyebaran mikroorganisme pada manusia adalah melalui tangan. Tangan merupakan alat transmisi utama

dari mikroorganisme pada saluran pernafasan dan pencernaan. Cara memutus penyebaran kuman masih menjadi tantangan bagi masyarakat. Salah satu cara yang sederhana untuk memutuskan penyebaran kuman adalah dengan mencuci tangan. Cuci tangan merupakan pertahanan awal untuk mencegah penyebaran kuman, namun terkadang keberadaan sabun dan air tidak sesuai dengan yang diinginkan (Desiyanto dan Djannah, 2013).

Hand sanitizer merupakan antiseptik pembersih tangan yang telah umum digunakan oleh masyarakat sebagai jalan keluar dari permasalahan tersebut. Penggunaan antiseptik tangan dapat mengendalikan membunuh kuman yang ada di tangan (Desiyanto dan Djannah, 2013). *Hand sanitizer* dalam bentuk gel sangat praktis digunakan, cara pemakaiannya adalah dengan diteteskan pada telapak tangan kemudian diratakan pada permukaan tangan tanpa dibilas dengan air (Sari dkk., 2006).

Gel mempunyai potensi yang lebih baik sebagai sarana untuk mengelola obat topikal dibandingkan dengan sediaan salep, karena formulasi gel lebih mudah, stabil, dan mempunyai nilai estetika yang bagus. Sediaan gel yang baik dapat diperoleh dengan cara memformulasikan beberapa jenis bahan pembentuk gel, namun yang paling penting untuk diperhatikan adalah pemilihan *gelling agent*.

Salah satu bahan *gelling agent* adalah hidroksi propil metil selulosa (HPMC) (Madan dan Singh, 2010).

Penelitian ini bertujuan untuk membuat sediaan gel *hand sanitizer* ekstrak daun pepaya dengan memvariasikan konsentrasi *gelling agent* (HPMC) dan melihat pengaruhnya terhadap sifat fisik gel. Pengujian yang dilakukan meliputi uji organoleptis, homogenitas, viskositas, pH dan daya sebar gel.

METODE PENELITIAN

Pembuatan ekstrak

Pembuatan ekstrak daun pepaya dilakukan dengan cara remaserasi. Serbuk simplisia daun pepaya di masukkan ke dalam toples kaca. Serbuk dimaserasi dengan penambahan alkohol 96%, selanjutnya didiamkan selama 3x24 jam dalam wadah tertutup rapat pada suhu ruang. Pelarut diganti setiap hari. Hasil ekstraksi disaring menggunakan corong kaca yang dilapisi kertas saring dan filtratnya ditampung didalam erlenmeyer. Filtrat yang diperoleh kemudian dipekatkan menggunakan *rotary evaporator* pada suhu 60°C (Syafriana, 2016).

Uji alkaloid

Ekstrak daun pepaya diuapkan di atas cawan porselin. Residu yang dihasilkan kemudian dilarutkan dengan 5 mL HCl 2N. Larutan yang diperoleh ditambahkan dengan 3 tetes pereaksi Wagner. Terbentuknya endapan berwarna merah kecoklatan menunjukkan adanya alkaloid (Farnsworth, 1966).

Uji tanin

Ekstrak daun pepaya ditambahkan FeCl_3 dan etanol 96%. Terbentuknya warna biru tua atau hitam kehijauan menunjukkan adanya senyawa tanin.

Formulasi gel

Gel dibuat dengan mengembangkan HPMC ke dalam aquades hingga mengembang. Kemudian metil paraben dilarutkan dalam propilenglikol lalu ditambahkan pada ekstrak daun pepaya. Campuran ini lalu ditambah dengan HPMC, oleum rosae dan digenapkan dengan aquades. Formula gel dapat dilihat pada Tabel 1.

Pengujian organoleptis

Gel diamati secara visual dari setiap formula meliputi bentuk, warna dan bau gel.

Pengujian homogenitas

Sebanyak 0,1 gram sampel gel dioleskan pada kaca preparat lalu diamati adanya warna yang merata atau tidak merata. Pengujian dilakukan sebanyak 3 kali.

Pengujian viskositas

Pengujian viskositas dilakukan dengan menggunakan viscometer Brookfield (RION VT-04F). Sampel dimasukkan dalam alat pengukur hingga terendam dan alat dijalankan. Viskositas gel akan terbaca. Pengujian dilakukan sebanyak 3 kali.

Pengujian pH

Pengujian pH dilakukan dengan memasukkan 10 ml gel ke dalam beaker glass dan diamati pHnya menggunakan pH meter. Pengujian dilakukan sebanyak 3 kali.

Pengujian daya sebar gel

Daya sebar gel diukur dengan meletakkan 0,5 gram gel pada lempengan kaca berukuran 15 cm x 15 cm dengan alas kertas grafik. Kemudian ditutup dengan kaca berukuran sama dan diberi beban 150 gram selama 1 menit. Pengujian dilakukan sebanyak 3 kali.

Tabel 1. Formula Gel

Bahan	F1 (g)	F2 (g)	F3 (g)
Ekstrak daun pepaya	30	30	30
HPMC	2	2,5	3
Propilenglikol	15	15	15
Metil paraben	0,2	0,2	0,2
Oleum rosae	0,1	0,1	0,1
Aquades	52,7	52,2	51,7

HASIL PENELITIAN

Pengujian skrining fitokimia bertujuan untuk mengetahui kandungan fitokimia ekstrak. Hasil pengujian skrining fitokimia (alkaloid dan tanin) dapat dilihat pada tabel 2 berikut ini :

Tabel 2. Hasil uji skrining fitokimia

Uji	Reference	Hasil	Kesimpulan
Alkaloid	Merah	Merah	Positif
	kecoklatan	kecoklatan	
Tanin	Hitam	Hitam	positif
	kehijauan	kehijauan	

Pengujian organoleptis bertujuan untuk mengetahui sifat organoleptis gel meliputi bentuk, bau, dan warna gel. Hasil pengujian organoleptis dapat dilihat pada tabel 3 berikut ini:

Tabel 3. Hasil uji organoleptis

Kriteria	F1	F2	F3
Bentuk	Sedikit kental	Kental	Sangat kental
Bau	Bau pepaya menyengat	Bau pepaya menyengat	Bau pepaya menyengat
Warna	Hijau tua	Hijau tua	Hijau tua

Pengujian homogenitas gel bertujuan untuk mengetahui ketercampuran seluruh bahan penyusun gel. Hasil pengujian homogenitas gel dapat dilihat pada tabel 4 berikut ini :

Tabel 4. Hasil Homogenitas

Formula	Hasil	Kesimpulan
F1	Homogen	Memenuhi syarat
F2	Homogen	Memenuhi syarat
F3	Homogen	Memenuhi syarat

Pengujian viskositas bertujuan untuk mengetahui kekentalan gel. Hasil pengujian viskositas gel dapat dilihat pada tabel 5 berikut ini :

Tabel 5. Hasil uji viskositas

Formula	Viskositas (dPa.S)
F1	150 ± 0
F2	250 ± 0
F3	300 ± 0

Pengujian pH bertujuan untuk mengetahui pH gel. Hasil uji pH gel dapat dilihat pada tabel 6 berikut ini :

Tabel 6. Hasil uji pH

Formula	pH
F1	5,8 ± 0,1
F2	5,7 ± 0,05
F3	5,4 ± 0,05

Pengujian daya sebar gel bertujuan untuk mengetahui kemampuan penyebaran gel. Hasil uji daya sebar gel dapat dilihat pada tabel 7 berikut ini :

Tabel 7. Hasil uji daya sebar

Formula	Daya sebar (cm)
F1	5,9 ± 0,1
F2	5,3 ± 0,1
F3	5,1 ± 0,1

Pengujian statistik bertujuan untuk mengetahui perbedaan dari setiap formula gel. Hasil pengujian statistik dapat dilihat pada tabel 8 berikut ini :

Tabel 8. Hasil uji statisitik

Pengujian	Signifikansi	Kesimpulan
Viskositas	0,000	Ada perbedaan
pH	0,003	Ada perbedaan
Daya sebar	0,634	Tidak ada perbedaan

PEMBAHASAN

Berdasarkan uji skrining fitokimia didapatkan bahwa daun pepaya mengandung alkaloid dan tanin. Hal ini dibuktikan ketika mereaksikan ekstrak dengan masing-masing reagen spesifik untuk alkaloid dan tanin terbentuk suatu warna spesifik dimana warna merah kecoklatan menunjukkan ekstrak mengandung alkaloid dan warna hijau kehitaman menunjukkan ekstrak mengandung tanin.

Uji sifat fisik organoleptis bertujuan untuk mengetahui tampilan sediaan gel karena berkaitan dengan kenyamanan pemakaian sebagai sediaan topikal (Afianti dkk., 2015). Hasil pengamatan uji organoleptis bau dan warna pada formula 1, formula 2, dan formula 3 adalah berbau daun pepaya menyengat dan berwarna hijau tua. Sedangkan pengamatan visual uji organoleptis bentuk pada formula 1 adalah sedikit kental, formula 2 kental, dan formula 3 sangat kental. Dari hasil uji organoleptis dapat dilihat bahwa semakin tinggi konsentrasi HPMC maka dapat mempengaruhi bentuk dari sediaan gel *hand sanitizer* , yaitu dapat meningkatkan kekentalan suatu gel akan tetapi warna dan bau

tidak mempengaruhi. Menurut Sayuti (2015), semakin tinggi konsentrasi HPMC maka semakin kental bentuk sediaan suatu gel. Hal ini disebabkan karena HPMC dapat mengabsorpsi pelarut sehingga cairan tersebut tertahan dan dapat meningkatkan tahanan cairan dengan membentuk masa cairan yang kompak. Semakin banyak HPMC yang terlarut maka semakin banyak cairan yang tertahan diikat oleh komponen *agen* pembentuk gel, sehingga bentuk akan semakin kental.

Pengujian homogenitas bertujuan untuk mengetahui apakah komponen dalam formula tersebut benar-benar tercampur merata atau tidak (Afianti dkk., 2015). Berdasarkan uji sifat fisik homogenitas ketiga formula gel *hand sanitizer* ekstrak daun pepaya dinyatakan homogen karena tidak terlihat adanya butiran kasar dan terdapat warna yang tersebar merata.

Viskositas merupakan suatu pernyataan tahanan dari suatu cairan untuk mengalir (Martin dkk., 2008). Viskositas yang sesuai berkisar antara 150 dPa.S sampai 350 dPa.S (Kurniawan, 2013). Dari hasil pengujian viskositas dapat diketahui bahwa semakin tinggi konsentrasi HPMC maka tingkat kekentalan gel akan semakin tinggi. Semakin banyak HPMC yang terlarut maka semakin banyak juga cairan yang tertahan dan diikat oleh komponen *agen* pembentuk gel sehingga sediaan akan semakin kental (Martin dkk., 2008). Berdasarkan data hasil statistik sifat fisik viskositas menunjukkan bahwa nilai signifikansinya adalah 0,000

($p_{value} < 0,05$) diartikan ada perbedaan bermakna antara ketiga formula tersebut.

Uji sifat fisik pH bertujuan untuk mengetahui apakah pH suatu sediaan gel sesuai dengan pH kulit. Pada pengujian pH dilakukan 3 kali replikasi dan didapatkan rata-rata pH untuk formula 1, formula 2, dan formula 3 berturut-turut adalah 5,8, 5,7, dan 5,4. Hasil penelitian sifat fisik pH telah memenuhi persyaratan rentang pH normal kulit manusia yaitu berada pada rentang 4,5-6,5 (Tranggono dkk., 2007). Berdasarkan data hasil statistik sifat fisik pH menunjukkan bahwa nilai signifikansinya adalah 0,003 ($p_{value} < 0,05$) diartikan ada perbedaan bermakna antara ketiga formula tersebut.

Daya sebar adalah kemampuan sediaan topikal untuk menyebar pada permukaan kulit (Vats dkk., 2012). Daya sebar 5– 7 cm menunjukkan konsistensi semisolid yang sangat nyaman dalam penggunaan (Garg dkk., 2002). Pengujian daya sebar dilakukan dengan menggunakan bantuan beban 150 g sebagai gambaran tekanan yang diberikan ketika sediaan gel digunakan pada kulit. Dari hasil penelitian dapat dilihat bahwa semakin rendah konsentrasi HPMC maka daya sebar suatu gel akan meningkat. Sedangkan semakin tinggi konsentrasi HPMC maka daya sebar gel akan semakin menurun. Sediaan yang memiliki viskositas rendah dapat menghasilkan diameter penyebaran yang lebih luas karena lebih mudah mengalir (Aponno dkk., 2014). Suatu sediaan yang baik dan lebih disukai bila dapat menyebar

dengan mudah di kulit dan nyaman digunakan (Fulviana, 2013). Berdasarkan data hasil statistik sifat fisik daya sebar menunjukkan bahwa nilai signifikansinya adalah 0,634 ($p_{value} > 0,05$) diartikan ada tidak perbedaan bermakna antara ketiga formula tersebut.

PENUTUP

Dari seluruh data hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa variasi konsentrasi HPMC berpengaruh terhadap sifat fisik organoleptis bentuk, pH dan viskositas gel *hand sanitizer* ekstrak daun pepaya. Namun variasi konsentrasi HPMC tidak berpengaruh terhadap organoleptis warna dan bau, homogenitas dan daya sebar.

DAFTAR PUSTAKA

- Afianti, H.P., Murukmihadi, M. 2015. Pengaruh Variasi Kadar Gelling Agent HPMC Terhadap Sifat Fisik Dan Aktivitas Antibakteri Sediaan Gel Ekstrak Etanolik Daun Kemangi (*Ocimum basilicum* L. *Forma citratum* Back). *Skripsi*. Fakultas Farmasi Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Aponno, Jeanly, V., Paulina, Hamidah. 2014. Uji efektifitas Sediaan Gel Ekstrak Etanol Daun Jambu Biji (*Psidium guajava* L.) Terhadap Penyembuhan Luka Yang Terinfeksi Bakteri *Staphylococcus aureus*. *Jurnal Ilmiah Farmasi* vol (3): 283.
- Desiyanto, F.A. , Djannah, S.N. 2013. Efektivitas Mencuci Tangan Menggunakan Cairan Pembersih Tangan Antiseptik (*Hand Sanitizer*) Terhadap Jumlah Angka Kuman. *Kesmas* Vol. 7 (2) : 75 – 82.
- Farnsworth, N.R. 1966. Biological and Phytochemical Screening of Plants. *Journal of Pharmaceutical Sciences*. Vol 55 : 216-217

- Fulviana, M. 2013. Formulasi Sediaan Gel Antibakteri Ekstrak Etanol Herba Patikan Kebo (*Euphorbia hirta* L.) dan Uji Aktivitas secara In Vitro Terhadap *Pseudomonas aeruginosa*. *Naskah Publikasi*. Fakultas Farmasi Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Garg, A., Deepika, A., Sanjay, G., dan Anil, K. S. 2002. *Spreading of semisolid Formulation: An Update*. Pharmaceutical Technology. USA.
- Kurniawan, F.W. 2013. Optimasi Natrium Alginat dan Na CMC sebagai *Gelling agent* pada sediaan gel Antiinflamasi Ekstrak Daun Petai Cina (*Leucaena Leucocephala* (Lam) de wit) dengan Aplikasi Desain Faktorial. Skripsi. Fakultas Farmasi Sanata Dharma. Yogyakarta.
- Madan, J., dan Singh, R. 2010. Formulation and Evaluation of Aloe Vera Topical Gels. *International Journal Of Physical Scienses* vol 2 : 551-555.
- Martin, A., Swarbrick, J. dan Cammarta, A. 2008. *Farmasi fisik*, Edisi ketiga Jilid II. UI Press. Jakarta.
- Sari, R., dan Isadiartuti, D. 2006. Studi Efektivitas Sediaan Gel Antiseptik Tangan Ekstrak Daun Sirih (*Piper Betle* L.). *Majalah Farmasi Indonesia*, 163-169.
- Sayuti, N.A. 2015. Formulasi dan Uji Stabilitas Fisik Sediaan Gel Ekstrak Daun Ketapang Cina (*Cassia alata* L.). *Jurnal Kefarmasian Indonesia*. Poltekes Kemenkes Surakarta vol 5 (2) : 74-82.
- Syafriana, R.D. 2016. Uji Aktivitas Antibakteri Ekstrak Etanol Daun dan Biji Pepaya (*Carica papaya* L.) Terhadap *Streptococcus Agalactiae*. *Journal Nasional*. 2086-7816
- Tranggono, R.I. Latifah, F. 2007. *Buku Pegangan Ilmu Pengetahuan Kosmetik*. PT. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Tuntun, Maria. 2016. Uji Efektivitas Ekstrak Daun Pepaya (*Carica papaya* L.) terhadap Pertumbuhan Bakteri *Escherichia coli* dan *Staphylococcus aureus*. *Jurnal Kesehatan*. VII (3) : 497 – 502.
- Vats, A. Sharma, P. 2012. Formulation and Evaluation of Topical Anti Acne Formulation Of Coriander Oil,. *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Science Research* vol 2 (3) : 61-66.
- Wikananda, I Dewa Ayu Rayna Naresawari, Hendrayana, M.A. , Pinatih, K.J.P. 2019. Efek Antibakteri Ekstrak Ethanol Kulit Batang Tanaman Cempaka Kuning (*M. Champaca* L.) Terhadap Pertumbuhan *Staphylococcus aureus*. *E-jurnal Medika* vol. 8 (5).

HUBUNGAN KELENGKAPAN ANAMNESIS FORMULIR GAWAT DARURAT DENGAN KETEPATAN KODE SEBAB EKSTERNAL KASUS KECELAKAAN

Arief Setiyoargo¹⁾, Rea Ariyanti²⁾, Richard One Maxelly³⁾

¹⁾²⁾³⁾Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan
STIKes Panti Waluya Malang
E - mail : setiyoargoarief@gmail.com

RELATIONSHIP OF ANAMNESIS COMPLETENESS EMERGENCY FORM WITH ACCURACY OF EXTERNAL CAUSE CODE FOR ACCIDENT CASES

ABSTRACT

Background: The medical recorder of work as a coder has a responsibility of the accuracy of the diagnosis code that has been determined by the doctor. The coder often ignores the use of the fifth character associated with the scene and the patient's activities in the external cause diagnostic code. The purpose of this study was to find a relationship between the completeness of the anamnesis and the accuracy of the ICD 10 code for external causes of accidents.

Subjects and Method: This study uses secondary data totaling 44 samples from medical records of accident at Panti Nirmala Hospital Malang with a cross sectional approach using Rank Spearman analysis.

Results: The results showed that the completeness of the anamnesis was 22.73% and the accuracy of the external cause code was 13.64%. From the results of the bivariate analysis, it was explained that there was a relationship between the completeness of anamnesis and the accuracy of the ICD 10 code for external causes of accidents ($p < 0.05$).

Conclusion: If the anamnesis is complete, the external cause code generated will also be more accurate. Inaccurate external cause codes will impact the health assurance systems, health education and research, health statistics, hospital quality, hospital reporting and hospital accreditation.

Keywords: anamnesis, coder, external cause

ABSTRAK

Latar Belakang: Seorang perekam medis dalam hal pekerjaannya sebagai coder mempunyai tanggung jawab dalam hal keakuratan kode dari diagnosis yang sudah ditetapkan oleh dokter yang menangani pasien. Seorang coder sering mengabaikan penggunaan karakter ke-lima yang berkaitan dengan tempat kejadian dan aktivitas yang dilakukan pasien dalam kode diagnosa sebab eksternal. Tujuan penelitian ini menemukan adanya hubungan kelengkapan anamnesa formulir gawat darurat dengan ketepatan kode ICD 10 sebab eksternal kasus kecelakaan.

Subjek dan Metode: Penelitian ini menggunakan data sekunder berjumlah 44 sampel dari rekam medis pasien kasus kecelakaan di RS Panti Nirmala Malang dengan pendekatan *cross sectional* menggunakan analisa *Rank Spearman*.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan kelengkapan anamnesa sebesar 22,73% dan keakuratan kode sebab eksternal sebesar 13,64%. Dari hasil analisa bivariat menjelaskan

bahwa ada hubungan antara kelengkapan anamnesa dengan keakuratan kode ICD 10 sebab eksternal kasus kecelakaan ($p < 0,05$).

Kesimpulan: Jika anamnesa dalam suatu formulir gawat darurat tersebut lengkap maka kode sebab eksternal yang dihasilkan juga akan semakin akurat. Kode sebab eksternal yang tidak akurat akan berdampak pada beberapa hal diantaranya sistem penjaminan kesehatan, pendidikan dan penelitian kesehatan, statistik kesehatan, mutu rumah sakit, pelaporan rumah sakit dan akreditasi rumah sakit.

Kata kunci: Anamnesa, *Coder*, Sebab Eksternal

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang menjalankan pelayanan medis rujukan yang memiliki fungsi utama dalam hal pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan medis dan penunjang medis. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit dituntut untuk selalu memberikan mutu pelayanan yang baik dan berkualitas. Mutu pelayanan rumah sakit ditentukan dari peningkatan mutu klinis dan pelayanan yang berorientasi kepada kepuasan pelanggan. Hal tersebut dapat diketahui dari kelengkapan pengisian rekam medis.

Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Manfaat rekam medis dapat digunakan sebagai bukti tentang pengobatan pasien, bukti dalam proses penegakan hukum, keperluan pendidikan dan penelitian, dasar pembiayaan pelayanan kesehatan dan data statistik kesehatan. (Depkes RI, 2008). Manfaat dari rekam medis dapat dirasakan jika mutu rekam medis dapat terjaga yang meliputi lengkap, akurat dan terintegrasi. Salah satu indikator kelengkapan rekam medis dalam analisa kuantitatif rekam

medis yaitu adalah kelengkapan anamnesa pasien (Hatta, 2013).

Menurut (Redhono, 2012) anamnesa merupakan suatu kegiatan wawancara antara pasien/keluarga pasien dengan dokter atau tenaga kesehatan lainnya yang berwenang untuk memperoleh keterangan-keterangan tentang keluhan dan riwayat penyakit yang diderita pasien. Tujuan dalam kegiatan anamnesa adalah untuk memperoleh informasi tentang permasalahan yang dialami oleh pasien. Jika anamnesa dilakukan dengan detail maka akan didapatkan informasi yang benar-benar dibutuhkan dalam pelayanan kesehatan tersebut. Oleh karena itu, tenaga medis atau dokter yang menangani pasien harus menuliskan anamnesa secara lengkap agar diperoleh informasi yang tepat dalam penegakan suatu diagnosa.

Menurut (KEMENKES, 2020) tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan disebutkan salah satu kompetensi yang harus dimiliki oleh seorang perekam medis adalah keterampilan klasifikasi klinis, kodefikasi penyakit dan masalah kesehatan lainnya serta prosedur klinis. Oleh karena itu, seorang perekam medis dalam hal pekerjaannya sebagai *coder* mempunyai tanggung jawab dalam hal

keakuratan kode dari diagnosis yang sudah ditetapkan oleh dokter yang menangani pasien. Mutu data statistik penyakit sangat ditentukan oleh keakuratan kode diagnosa yang dibuat oleh seorang perekam medis.

Menurut hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Manggandhi, 2010), diketahui ketidakakuratan kode diagnosa utama pasien rawat inap kasus kecelakaan sebesar 39% karena disebabkan coder belum menentukan kode sebab eksternal dari tempat kejadian dan aktivitas yang dilakukan serta mengabaikan penggunaan karakter ke-lima dalam kode sebab eksternal tersebut. Sedangkan berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Sasmita, 2011), dikatakan bahwa ada hubungan antara kelengkapan anamnesa dengan keakuratan kode diagnosa utama kasus kecelakaan.

Dari data-data diatas, peneliti bermaksud untuk meneliti adanya hubungan kelengkapan anamnesa formulir gawat darurat dengan ketepatan kode ICD 10 sebab eksternal kasus kecelakaan di RS Panti Nirmala sebagai rumah sakit rekanan dari STIKes Panti Waluya Malang.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*, dengan pengambilan data sekunder dari rekam medis pasien kasus kecelakaan RS Panti Nirmala Malang. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah keakuratan kode diagnosa sebab eksternal dengan variable independen yaitu kelengkapan anamnesa formulir gawat darurat. Populasi dalam penelitian ini adalah rekam medis

gawat darurat kasus kecelakaan di RS Panti Nirmala Malang dengan sampel 44 berkas rekam medis. Analisa dalam penelitian ini menggunakan analisis korelasi *Rank Spearman*.

HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Kelengkapan Anamnesa

Kelengkapan Anamnesa	N	%
Lengkap	10	22,73
Cukup Lengkap	23	52,27
Tidak Lengkap	11	25
	44	100

Dari tabel 1 diperoleh data mengenai persentase kelengkapan penulisan anamnesa yang dikategorikan menjadi 3 diantaranya yaitu kategori lengkap sejumlah 10 berkas rekam medis. Kategori cukup lengkap sejumlah 23 berkas rekam medis dan kategori tidak lengkap sejumlah 11 berkas rekam medis.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Keakuratan Kode Diagnosa Sebab Eksternal

Keakuratan Kode	N	%
Akurat	6	13,64
Cukup Akurat	31	70,46
Tidak Akurat	7	15,9
	44	100

Dari tabel 2 diperoleh data mengenai persentase keakuratan kode diagnosa sebab eksternal yang dikategorikan menjadi 3 diantaranya yaitu kategori akurat sejumlah 6 berkas rekam medis. Kategori cukup akurat sejumlah 31 berkas rekam medis dan kategori tidak akurat sejumlah 77 berkas rekam medis.

Tabel 3. Analisa Data Hubungan Kelengkapan Anamnesa dengan Keakuratan Kode ICD 10 Sebab Eksternal Kasus Kecelakaan

		Kelengkapan Anamnesa	Keakuratan Kode
Kelengkapan Anamnesa	Correlation	1,000	0,610**
	Coefficient	.	0,000
	Sig (p)		
Keakuratan Kode	Correlation	0,610**	1,000
	Coefficient	0,000	.
	Sig (p)		

Dari hasil uji analisa korelasi Rank Spearman pada tabel 3 dapat diketahui bahwa nilai sig (p) adalah sebesar 0,000 sehingga nilai sig (p) < 0,05. Dari hasil tersebut menjelaskan bahwa ada hubungan antara kelengkapan anamnesa dengan keakuratan kode ICD 10 sebab eksternal kasus kecelakaan pada RS Panti Nirmala Malang tahun 2020. Jika anamnesa dalam suatu formulir gawat darurat tersebut lengkap maka kode sebab eksternal yang dihasilkan juga akan semakin akurat.

PEMBAHASAN

Kelengkapan anamnesa formulir gawat darurat pada penelitian ini terdapat sebanyak 10 berkas rekam medis dengan kategori lengkap, 23 berkas rekam medis dengan kategori cukup lengkap dan sebanyak 11 berkas rekam medis dengan kategori tidak lengkap. Kelengkapan penulisan anamnesa pada setiap formulir rekam medis gawat darurat memiliki peranan yang penting dalam menentukan kode sebab eksternal yang akurat melalui diagnosa yang ditetapkan oleh dokter. Sesuai dengan yang disampaikan

oleh (Rohman H, Hariyono W, 2011) bahwa kode yang akurat didapatkan salah satunya dengan memperhatikan informasi pendukung yang mempengaruhi penulisan diagnosa oleh dokter. Selain itu, menurut (Hatta, 2013) bahwa kelengkapan pengisian berkas rekam medis oleh tenaga kesehatan akan memudahkan tenaga kesehatan yang lainnya dalam menentukan atau memberikan tindakan atau terapi selanjutnya kepada pasien. Berkas rekam medis yang informasinya lengkap akan berguna bagi pihak manajemen dalam menentukan langkah-langkah strategis untuk pengembangan pelayanan kesehatan.

Ketidaklengkapan dalam penulisan anamnesa suatu formulir rekam medis dapat mempengaruhi penulisan diagnosa yang berdampak pada komunikasi antara dokter dan perawat, hubungan terkait masalah hukum, pendidikan dan penelitian, asuransi kesehatan serta statistik kesehatan (Redhono, 2012). Contohnya dalam sebuah kasus kecelakaan, jika dokter atau tenaga kesehatan tidak menuliskan secara lengkap anamnesa pasien seperti jenis cedera yang dialami dan penyebab luar terjadinya kecelakaan (*external causes*) maka dihasilkan diagnosa yang tidak lengkap, bila dokter tidak menuliskan diagnosa dengan lengkap akan berakibat pada terputusnya komunikasi dengan dokter lain atau perawat sehingga informasi medis yang terkandung menjadi tidak akurat dan tidak dapat digunakan dalam proses penegakan hukum.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, keakuratan kode diagnosa sebab eksternal berkas rekam medis terdapat 6 berkas rekam medis dengan kategori akurat, 31 berkas rekam medis dengan kategori cukup lengkap dan 7 berkas rekam medis dengan kategori tidak lengkap. Keakuratan dalam pemberian kode diagnosa merupakan hal yang harus diperhatikan oleh tenaga perekam medis, ketepatan data diagnosis sangat penting dalam pengelolaan manajemen data klinis, penagihan kembali biaya (*reimbursement*), beserta hal-hal lain yang berkaitan dalam asuhan dan pelayanan kesehatan (Kasim, 2011). Adapun cara dalam memperoleh kode diagnosa yang akurat adalah dengan memperhatikan informasi yang mendukung atau penyebab lain yang mempengaruhi kode diagnosa utama ataupun kode sebab eksternal (Sugiarsi S, 2013).

Berdasarkan hasil penelitian ini, adapun faktor-faktor yang mempengaruhi keakuratan kode diagnosis sebab eksternal kasus kecelakaan, yaitu:

1. Ketidakesesuaian pemberian kode pada diagnosa sebab eksternal.

Pada kasus ini, dokter sudah memberikan diagnosa dengan benar, namun dalam hal ini *coder* melakukan kesalahan dalam memberikan kode diagnosa sehingga menghasilkan kode yang tidak akurat. Selain itu, karena informasi yang terdapat pada anamnesa formulir gawat darurat tidak lengkap dan tidak jelas sehingga *coder* salah memberikan kode diagnosa.

2. Kesalahan dan ketidaklengkapan dalam memberikan kode tambahan untuk keterangan aktivitas dan tempat kejadian.

Pada kasus ini disebabkan oleh ketidaktelitian dan ketidaktahuan beberapa *coder* dalam menentukan penggunaan karakter keempat dan kelima pada kode sebab eksternal. Selanjutnya, beberapa kasus kecelakaan terdapat tambahan kode berupa keterangan terjadinya kecelakaan tersebut. Dokter atau perawat terkadang juga menuliskan diagnosa atau anamnesa yang utama saja, namun faktor penyebab eksternal nya tidak dicantumkan secara rinci.

Pada ICD 10 bab XX, di awal bab berisi keterangan tambahan yang diapaki untuk melengkapi karakter keempat dan kelima. Keterangan ini melengkapi diagnosa utama kasus cedera atau kecelakaan yang terjadi akibat dari kecelakaan transportasi ataupun lainnya, seperti berikut (World Health Organization, 2016):

- a. Jenis Transportasi

Terdapat *Table of Land Transport Accidents* yang merupakan tabel jenis kecelakaan transportasi berdasarkan tipe kendaraanya.

- b. Posisi Korban

Pada masing-masing blok kategori kode ICD 10 V01-V99 pada bagian awal terdapat karakter keempat yang harus ditentukan agar diketahui posisi korban sebagai penumpang atau pengendara.

c. Lokasi Kejadian

Pada bagian awal bab XX ICD 10 terdapat kode lokasi kejadian yang bisa ditambahkan pada digit keempat untuk kode W00-Y34 untuk menunjukkan dimana sebab eksternal tersebut terjadi.

d. Aktivitas Korban

Pada bagian awal bab XX ICD 10 terdapat kode aktivitas korban yang bisa ditambahkan pada digit kelima untuk kode V01-Y34 untuk menunjukkan aktivitas korban saat kejadian cedera atau kecelakaan terjadi.

3. Tidak mencantumkan kode sebab eksternal pada diagnosa sebab eksternal yang ada.

Pada kasus ini, disebabkan oleh kurang telitnya *coder* atau lalai dalam memberikan kode diagnosa sebab eksternal meskipun dokter sudah menuliskan diagnosa dan anamnesa dengan jelas dan lengkap. Selain itu juga dapat disebabkan oleh ketidaktelitian *coder* dalam menganalisa lembaran-lembaran berkas rekam medis karena hanya berfokus pada formulir gawat darurat saja, karena terkadang perawat atau dokter dapat juga menuliskan keterangan sebab eksternal tersebut pada formulir-formulir lain pada berkas rekam medis kasus kecelakaan yang juga dapat menjadi sumber atau dasar bagi *coder* dalam memberikan kode diagnosa sebab eksternal. Adapun sebab lain dari diagnosa yang tidak diberi kode yaitu *coder* tidak bisa atau kurang mengerti untuk membaca tulisan diagnosa ataupun anamnesa

dari perawat tersebut, sehingga informasi yang didapat juga kurang atau tidak lengkap.

Tenaga perekam medis dan informasi kesehatan sebagai tenaga medis yang bertanggungjawab memberikan dan menjamin keakuratan kode diagnosa, sudah seharusnya dapat mengkomunikasikan segala sesuatu informasi yang dirasa kurang jelas atau tidak lengkap sebelum menetapkan kode diagnosa kepada dokter yang membuat daignosa tersebut (Rustiyanto, 2012).

Berdasarkan hasil uji statistik hubungan antara kelengkapan anamnesa formulir gawat darurat dengan keakuratan kode diagnosa sebab eksternal dengan menggunakan uji statistik *Rank Spearman* diperoleh nilai sig (p) sebesar 0,000 ($<0,05$). Hal ini menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara kelengkapan anamnesa formulir gawat darurat dengan keakuratan kode diagnosa sebab eksternal. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Wariyanti, 2014) dan (Maryati, Warsi, 2018) bahwa kelengkapan informasi medis mempunyai hubungan dengan keakuratan kode diagnosa.

Berdasarkan hasil tersebut, dapat diketahui bahwa kelengkapan anamnesa formulir gawat darurat dan keakuratan kode diagnosa sebab eksternal sangatlah penting dan berhubungan. Jika anamnesa dalam suatu formulir gawat darurat tersebut lengkap maka kode sebab eksternal yang dihasilkan juga akan semakin akurat. Kode sebab eksternal yang tidak akurat akan berdampak pada beberapa hal diantaranya

sistem penjaminan kesehatan, pendidikan dan penelitian kesehatan, statistik kesehatan, mutu rumah sakit, pelaporan rumah sakit dan akreditasi rumah sakit. Kode diagnosa sebab eksternal yang tidak akurat akan berpengaruh terhadap penjaminan kesehatan pasien jika hal tersebut menyangkut kondisi korban cedera/kecelakaan. Jika suatu sebab eksternal terjadinya kecelakaan ini tidak akurat juga akan menimbulkan kesalahan data dalam suatu penelitian terkait kasus kecelakaan. Dalam statistik rumah sakit jika data sebab eksternal ini tidak akurat juga akan mempengaruhi suatu pengambilan keputusan terkait rencana-rencana strategis yang akan dilaksanakan dan berpengaruh terhadap mutu rumah sakit. Pada penyelenggaraan akreditasi rumah sakit, juga akan mengurangi nilai akreditasi karena data yang ditampilkan terkait laporan rumah sakit juga tidak tepat dan tidak relevan. Hal ini sesuai dengan pernyataan (Anggraini., 2013) bahwa tujuan koding salah satunya adalah menyediakan informasi diagnosis dan tindakan bagi riset, edukasi dan kajian asessment kualitas keluaran atau outcome (legal dan otentik).

PENUTUP

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kelengkapan anamnesa formulir gawat darurat dengan keakuratan kode ICD 10 sebab eksternal kasus kecelakaan di RS Panti Nirmala Malang. Penelitian selanjutnya diharapkan dapat menggali lebih lanjut mengenai faktor-faktor lain yang

dapat mempengaruhi keakuratan dalam menentukan kode diagnosa oleh para *coder*.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini., dr. M. (2013). *Audit coding diagnosis* (Vol. 18). Universitas Esa Unggul.
- Depkes RI. (2008). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 269/MEN.KES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis*.
- Hatta, G. (2013). *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Penerbit Universitas Indonesia.
- Kasim, F. (2011). *Sistem klasifikasi Utama Morbiditas dan Mortalitas*. Dalam Hatta, G, Editor. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. UI Press.
- KEMENKES. (2020). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: HK.01.07/MENKES/312/2020, Tentang Standar Profesi Perekam Medis dan Informasi Kesehatan*.
- Manggandhi, Y. (2010). Analisis Akurasi Kode Diagnosis Utama External Causes Berdasarkan ICD 10 Pada Pasienn Rawat Inap Di Rumah Sakit Ortopedi Prof.Dr.R. Soeharso Triwulan I Tahun 2010. *Akademi Perekam Medik Dan Informasi Kesehatan Mitra Husada Karanganyar*.
- Maryati, Warsi, dkk. (2018). Hubungan Kelengkapan Informasi Medis dan Keakuratan Kode Diagnosis Diabetes Mellitus. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 1(No. 2).
- Redhono, dkk. (2012). *History Taking – Anamnesis*. Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Rohman H, Hariyono W, R. (2011). Kebijakan

Pengisian Diagnosa Utama dan Keakuratan Kode Diagnosa Pada Rekam Medis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Jurnal Kesmas Universitas Ahmad Dahlan*.

Rustiyanto, E. (2012). *Etika Profesi Perekam Medis & Informasi Kesehatan*. Graha Ilmu.

Sasmita, B. (2011). Hubungan Kelengkapan Anamnesa Dengan Keakuratan Kode Diagnosis Kasus Kecelakaan Berdasarkan ICD 10 Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Universitas Muhammadiyah Surakarta*.

Sugiarsi S, N. (2013). Pengaruh Beban Kerja

Coder dan Ketepatan Terminologi Medis Terhadap Keakuratan Kode Diagnosis Utama Penyakit. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 2(No.1), ISSN:2337-585X.

Wariyanti, A. . (2014). Hubungan Antara Kelengkapan Informasi Medis Dengan Keakuratan Kode Diagnosa Pada Dokumen Rekam Medis Rawat Inap di RSUD Kabupaten Karanganyar. *Artikel Publikasi Ilmiah Universitas Muhammadiyah Surakarta*.

World Health Organization. (2016). *ICD-10, Volume 1: Tabular List*.

PERILAKU MASYARAKAT JABODETABEK DALAM PENYEBARAN INFORMASI TENTANG KASUS COVID-19

Herman Hendrik¹⁾, Christy Lavenia²⁾, Defi Sulistyoningih²⁾, Fina Melinda Purba²⁾

¹⁾Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi

²⁾Kelompok Studi Mahasiswa Eka Prasetya Universitas Indonesia

E-mail: herman.hendrik2003@gmail.com

THE BEHAVIOR OF JABODETABEK RESIDENTS IN SPREADING INFORMATION ON COVID-19 CASES

ABSTRACT

Background: COVID-19 has been an issue not only in term of medical affairs but also in term of social affairs. Among the social impacts of the pandemic are stigmatization and discrimination towards the people associated with COVID-19; which is to some extent related to the spread of hoaxes and misinformation. The impact is felt more in the micro level, the neighborhood, in which people should face COVID-19 case directly. Accordingly, this article aims at describing the behavior of Jabodetabek residents in spreading information on COVID-19 cases in their neighborhood.

Subjects and Method: This article is based on an online survey conducted by Kelompok Studi Mahasiswa Eka Prasetya Universitas Indonesia (KSM EP UI) from late May until late June, 2020. The survey targetted the residents of Jabodetabek, applied accidental sampling, and collected 254 responds. The online questionnaire investigated the behavior of the respondents in spreading news on COVID-19. The data are then processed with descriptive statistic, as the data distribution is not normal.

Results: The survey result shows that in real situation the respondents tend to be passive in spreading information; while in hypothetical situation they tend to be active. The respondents prefer private channel such as family; and they avoid the social media. Furthermore, the more "formal" channel, which is RT/RW, is not a choice in real situation.

Conclusion: This study conclude that the behavior of the respondents in spreading news on COVID-19 in their neighborhood varies depending whether they are in real or hypothetical situation.

Keywords: COVID-19, information, Jabodetabek, pandemic, corona

ABSTRAK

LatarBelakang: Salah satu dampak sosial dari pandemi COVID-19 yaitu adanya stigmatisasi dan diskriminasi terhadap orang yang tertular atau diduga tertular penyakit tersebut; yang terkait dengan persebaran hoaks dan informasi yang salah atau tidak lengkap. Contoh kasusnya yaitu diskriminasi yang dialami oleh tenaga kesehatan oleh pemilik rumah kontrakannya. Dampak dari masalah itu lebih terasa dalam level mikro, yaitu di lingkungan permukiman, di mana warga harus menyikapi adanya kasus COVID-19 yang ada di hadapan mereka. Sehubungan dengan itu, tulisan ini bertujuan untuk

memaparkan perilaku masyarakat Jabodetabek dalam penyebaran informasi mengenai kasus COVID-19 di lingkungan tempat tinggal mereka.

Subjek dan Metode: Tulisan ini dibuat berdasarkan suatu penelitian survei yang dilakukan secara *online* oleh Kelompok Studi Mahasiswa Eka Prasetya Universitas Indonesia (KSM EP UI) dari akhir Mei hingga akhir Juni 2020. Survei tersebut menyasar warga Jabodetabek, menerapkan teknik *accidental sampling*, dan berhasil mengumpulkan 254 respon. Kuesioner *online* yang digunakan menggali data tentang pola dan kecenderungan perilaku berinformasi masyarakat dalam penyebaran informasi tentang COVID-19. Data yang terkumpul kemudian diolah secara statistik deskriptif, mengingat data tidak terdistribusi secara normal.

Hasil: Hasil survei menunjukkan bahwa dalam kondisi riil atau nyata responden cenderung pasif dalam penyebaran informasi; tetapi dalam kondisi hipotetis atau pengandaian, mereka cenderung aktif. Saluran penyebaran informasi yang dipilih responden yang utama yaitu saluran yang lebih pribadi, dalam hal ini keluarga; dan mereka menghindari penyebaran informasi melalui medsos. Adapun saluran yang dapat dianggap “formal”, yaitu ketua/pengurus RT/RW, cenderung tidak menjadi pilihan dalam kondisi riil.

Keseimpulan: Kajian ini menyimpulkan bahwa perilaku responden dalam penyebaran informasi tentang kasus COVID-19 di lingkungan tempat tinggal mereka bervariasi tergantung pada situasi riil atau hipotetis.

Kata kunci: COVID-19, informasi, Jabodetabek, pandemi, corona

PENDAHULUAN

Pendahuluan meliputi latar belakang masalah, rumusan masalah serta tujuan penelitian, rangkuman kajian teoritik yang berkaitan dengan masalah yang diteliti, dan terkadang dicantumkan harapan akan hasil dan manfaat penelitian. Panjang pendahuluan sekitar 2-3 halaman. Diketik dalam 1,5 spasi, font Times New Roman 11pt.

COVID-19 di Indonesia terdeteksi sejak awal Maret 2020 yang ditandai dengan diumumkannya kasus pertama dan kedua yang teridentifikasi sebagai dua orang wanita berusia 31 tahun dan 64 tahun yang berdomisili di Kota Depok, Jawa Barat (Kompas.com, 2020). Meskipun kasus pertama dan kedua kemudian dinyatakan sembuh, sejak saat itu jumlah kasus COVID-19 di Indonesia terus bertambah. Pada awalnya, kasus COVID-19 hanya teridentifikasi

di wilayah Jabodetabek, tetapi kemudian merambah ke seluruh provinsi yang ada di Indonesia. Sehubungan dengan itu, pemerintah mengambil beberapa langkah penanganan wabah tersebut (Mansoor, 2020; Saputra & Salma, 2020; Syafrida & Hartati, 2020).

Terlepas dari upaya sosialisasi mengenai COVID-19 yang dilakukan oleh pemerintah, masih terdapat kesalahpahaman atau resistensi di kalangan masyarakat tentang hal tersebut (Susanti & Zainiyah, 2020). Hal itu tampak pada adanya kasus penolakan jenazah pengidap atau terduga pengidap COVID-19 serta pengusiran tenaga kesehatan yang bertugas di fasilitas kesehatan yang menangani pasien COVID-19 oleh masyarakat yang merasa khawatir tertular COVID-19 (Merdeka.com, 2020; Sindonews.com, 2020). Selain itu, terjadi pula pengucilan terhadap orang yang diduga tertular

atau menularkan COVID-19 (King & Ardhani, 2020). Kasus pengucilan itu terjadi di beberapa daerah; misalnya yang terjadi terhadap seorang wanita pemandi jenazah di Sukabumi, empat orang pengurus asosiasi profesi di Cianjur, dan seorang warga di Salatiga (Detikcom, 2020a, 2020b; KRJogja.com, 2020).

Pengucilan terhadap para pengidap penyakit menular terkait dengan adanya stigmatisasi dan diskriminasi terhadap mereka. Sebagai contoh, beberapa literatur telah mengungkapkan adanya stigmatisasi dan diskriminasi terhadap orang dengan HIV/AIDS (ODHA). Adanya stigmatisasi dan diskriminasi itu mengimplikasikan pentingnya sosialisasi lebih lanjut tentang HIV AIDS agar pemahaman masyarakat menjadi menyeluruh (Carsita, 2017; Shaluhiah, Musthofa, & Widjanarko, 2015). Stigmatisasi juga terjadi terhadap seseorang atau kelompok orang yang memiliki gejala COVID-19, menyandang penyakit yang memiliki gejala yang sama dengan penderita COVID-19, dan yang berhubungan dengan COVID-19 (Dai, 2020). Lebih jauh lagi, stigma negatif dapat berlanjut kepada pengucilan dan penghindaran kontak terhadap pengidap atau terduga pengidap COVID-19 oleh masyarakat (Abdillah, 2020).

Adanya stigmatisasi dan diskriminasi terhadap pengidap atau terduga pengidap COVID-19 menunjukkan bahwa ada masalah dalam aspek komunikasi penanganan dampak sosial wabah COVID-19. Mengenai hal tersebut, telah ada beberapa literatur yang membahasnya. Masalah pertama dalam aspek komunikasi

tersebut yaitu soal transparansi kasus COVID-19 (Al Farizi & Harmawan, 2020). Sementara masalah lainnya yaitu banyaknya masyarakat yang justru menerima informasi yang salah atau hoaks (Alvian & Laudry, 2020). Pada periode Januari hingga Maret 2020, setidaknya telah beredar 50 hoaks dengan topik yang bervariasi meliputi pengobatan dan pencegahan COVID-19, serta perilaku masyarakat dalam menghadapi COVID-19 (Rahayu & Sensusiyati, 2020). Sehubungan dengan adanya masalah dalam aspek komunikasi, penyebaran informasi mengenai COVID-19 yang faktual serta terbuka menjadi hal yang sangat penting (Bhatia, 2020; Sampurno, Kusumandyoko, & Islam, 2020).

Peran serta masyarakat dalam penanganan wabah COVID-19 sangatlah penting, yaitu dengan cara mengikuti protokol kesehatan yang telah ditetapkan oleh pemerintah seperti mempraktikkan *social distancing*, menghindari kerumunan, dan menjaga kebersihan (Ebrahim, Ahmed, Gozzer, Schlagenhauf, & Memish, 2020). Lebih jauh lagi, peran serta masyarakat tidak hanya dalam lingkup pribadi saja, tetapi juga dalam mengimplementasikan regulasi terkait COVID-19 dalam lingkup yang lebih luas, seperti level RT dan RW (Hadi, 2020; Media & Afriyani, 2020). Kerjasama dan upaya warga dalam menjaga lingkungan mereka dari celah-celah masuknya COVID-19 akan berkontribusi positif terhadap pemutusan rantai penyebaran wabah tersebut (Arditama & Lestari, 2020).

Uraian di atas telah menunjukkan dampak sosial dari wabah COVID-19 yang diduga terkait

dengan adanya peredaran informasi yang tidak benar atau tidak menyeluruh. Telah pula diuraikan urgensi peran serta masyarakat dalam penanganan wabah COVID-19. Menarik untuk mengetahui sikap masyarakat menghadapi kasus COVID-19 yang ada di lingkungan tempat tinggal mereka, dalam konteks kurang transparannya pemerintah perihal kasus COVID-19 serta maraknya hoaks mengenai wabah tersebut. Sehubungan dengan itu, tulisan ini bertujuan untuk menggambarkan perilaku masyarakat Jakarta, Bogor, Depok, Tangerang, dan Bekasi (Jabodetabek) dalam pemberian informasi terkait kasus COVID-19 yang ada di lingkungan tempat tinggal mereka. Jabodetabek dipilih sebagai lokus karena pada masa awal perkembangan wabah COVID-19 di Indonesia, wilayah tersebut merupakan episentrum penyebaran.

METODE PENELITIAN

Tulisan ini didasarkan pada sebuah penelitian kuantitatif. Pengumpulan data dilakukan dengan metode survei secara dalam jaringan (daring, *online*) dengan memanfaatkan aplikasi Google Form, selama kurang lebih satu bulan dari akhir Mei hingga akhir Juni 2020. Survei tersebut dilakukan oleh Kelompok Studi Mahasiswa Eka Prasetya Universitas Indonesia (KSM EP UI). Responden dalam survei tersebut yaitu warga yang tinggal di wilayah Jabodetabek yang berusia dewasa (17 tahun ke atas) atau telah menikah. Sampel penelitian ditentukan dengan metode *accidental sampling*, yaitu dengan cara

menyebarkan link kuesioner daring ke sebanyak mungkin orang melalui berbagai media sosial seperti Whatsapp dan Instagram. Kuesioner penelitian ini berisi pertanyaan mengenai data diri responden, status kesehatan responden terkait COVID-19, pengalaman menjadi ODP/PDP/positif COVID-19, dan perilaku berinformasi terkait dengan COVID-19. Survei tersebut berhasil menjaring sebanyak 254 orang responden. Data yang terkumpul kemudian diolah secara statistik deskriptif dan tes nonparametrik dengan menggunakan program SPSS dan MS Excell. Tes nonparametrik dipilih karena data yang ada tidak terdistribusi secara normal.

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan hasil perhitungan distribusi frekuensi terhadap 254 data yang terkumpul, ditemukan bahwa usia responden merentang dari 17 hingga 62 tahun. Hasil perhitungan menemukan pula bahwa responden terbanyak berusia 17 hingga 25 tahun; sedangkan mereka yang berusia 45 tahun ke atas merupakan yang paling sedikit jumlahnya. Dari segi jenis kelamin, ditemukan bahwa responden perempuan lebih banyak dibandingkan dengan responden laki-laki; dengan proporsi masing-masing 66,93% dan 33,07%. Berdasarkan pendidikan formal yang ditamatkan, ditemukan bahwa responden terbanyak menamatkan pendidikan SMA/ sederajat, jumlah mereka yaitu 145 orang atau 57%; sementara lulusan D1 atau D2 merupakan responden yang paling sedikit,

dengan jumlah hanya 1 orang atau 0,39%. Responden yang berpendidikan terakhir D3, D4, atau S1 juga termasuk cukup besar, yaitu sebanyak 80 orang atau 31,5%. Sementara itu, dari aspek pekerjaan, ditemukan bahwa kebanyakan responden merupakan pelajar dan/atau mahasiswa, dengan proporsi sebesar 53,54%. Selain itu, proporsi besar lain terdiri atas mereka yang bekerja sebagai karyawan swasta (12,60%), PNS (11,02%), dan ibu rumah tangga (8,66%). Ada 11 orang responden (1,18%) yang pekerjaannya tidak terkategori atau mereka yang mengaku sedang mencari pekerjaan. Adapun berdasarkan domisili atau tempat tinggal, responden yang paling banyak yaitu yang tinggal di wilayah DKI Jakarta, yaitu sebesar 38,49%. Menyusul kemudian yaitu responden yang tinggal di wilayah Kota Depok, yaitu sebanyak 21,43%. Sementara Kota dan Kabupaten Tangerang merupakan yang paling sedikit perwakilannya, yaitu masing-masing 1,59% dan 1,98%. Temuan survei mengenai karakteristik responden itu disajikan dalam Tabel 1.

Hasil perhitungan lebih lanjut menunjukkan bahwa dari 254 orang responden tersebut, sebagian besar menyatakan bahwa mereka sehat; dalam pengertian mereka tidak berstatus positif, pasien dalam pengawasan (PDP), maupun orang dalam pemantauan (ODP) terkait COVID-19. Hanya ada enam orang responden yang menyatakan bahwa mereka sedang melakukan isolasi mandiri. Hal tersebut karena mereka secara pribadi memiliki dugaan bahwa ada kemungkinan mereka tertular

COVID-19 meskipun tidak pernah konsultasi kepada tenaga kesehatan.

Tabel 1. Karakteristik Responden

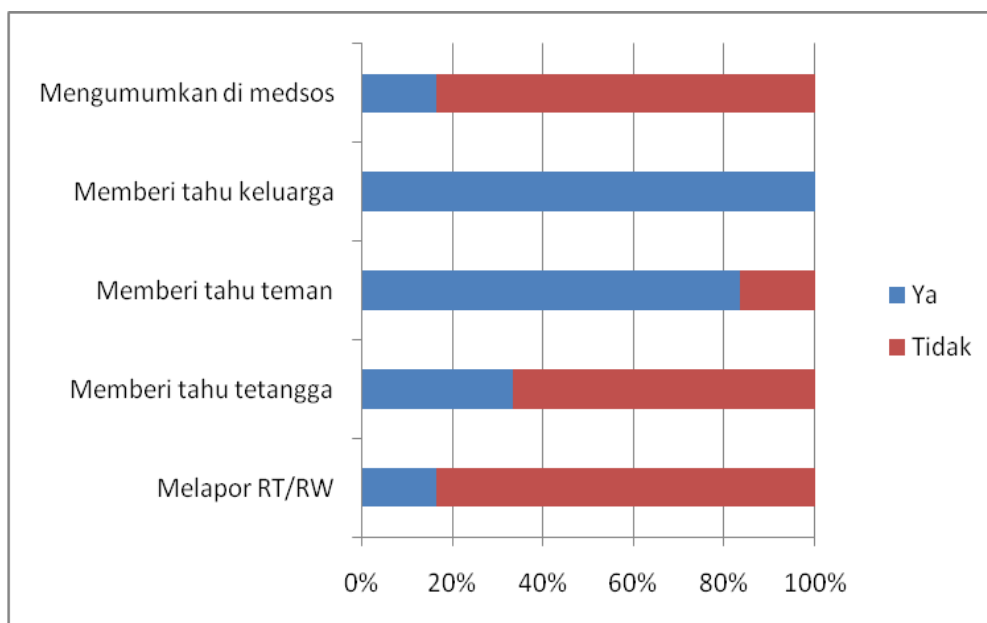
Karakteristik	n=254	%
Usia (tahun)		
17-25	161	63,39%
26-35	47	18,50%
36-45	33	12,99%
46-62	13	5,12%
Jenis Kelamin		
Perempuan	170	66,93%
Laki-laki	84	33,07%
Pendidikan Terakhir		
Tamat S2 atau S3	24	9,55%
Tamat D3, D4, atau S1	80	31,50%
Tamat D1 atau D2	1	0,39%
Tamat SMA/ sederajat	145	57,09%
Tamat SMP/ sederajat atau lebih rendah	2	0,79%
Tidak tamat SD/ sederajat	2	0,79%
Pekerjaan		
Dosen/guru/peneliti	17	6,69%
PNS selain dosen/guru/peneliti	28	11,02%
Karyawan swasta	32	12,60%
Wirausaha	6	2,36%
LSM/ lembaga internasional	2	0,79%
Pelajar/ mahasiswa	136	53,54%
Ibu rumah tangga	22	8,66%
Lainnya	11	4,33%
Domisili		
Kota Tangerang	4	1,59%
Kabupaten Tangerang	5	1,98%
Kabupaten Bekasi	10	3,97%
Kota Bogor	10	3,97%
Kota Tangerang Selatan	20	7,94%
Kota Bekasi	24	9,52%
Kabupaten Bogor	30	11,90%
Kota Depok	54	21,43%
DKI Jakarta	97	38,49%

Sumber: hasil olah data oleh penulis.

Perilaku responden yang melakukan isolasi mandiri dalam penyebaran informasi mengenai

kondisi kesehatan mereka dituangkan dalam Gambar 1. Gambar tersebut menunjukkan bahwa semua responden yang melakukan isolasi mandiri itu menyatakan bahwa mereka memberi tahu keluarga mereka—yang tidak tinggal bersama mereka—tentang kondisi kesehatan mereka terkait COVID-19. Selain itu, sebagian besar dari mereka juga menyatakan bahwa mereka memberi tahu teman mereka—yang tinggal di

luar lingkungan mereka—tentang kondisi kesehatan mereka terkait COVID-19. Sementara itu, hanya sedikit dari para responden yang melakukan isolasi mandiri itu yang melapor kepada ketua dan/atau pengurus RT/RW mengenai kondisi kesehatan mereka; demikian pula dengan responden yang membuat pengumuman di media sosial (medsos).



Gambar 1. Perilaku Penyebaran Informasi Ketika Isolasi Mandiri

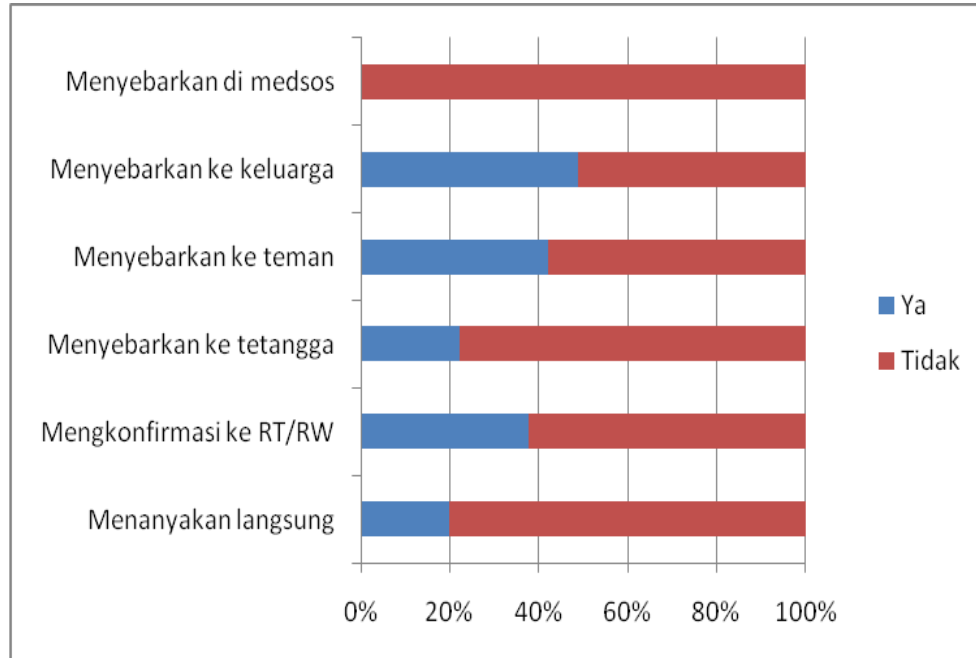
Seperti telah dikemukakan di atas, hanya ada enam orang responden yang menyatakan sedang melakukan isolasi mandiri. Hal itu berarti bahwa 248 responden lainnya menyatakan bahwa mereka sehat. Terhadap 248 orang responden tersebut kemudian diajukan pertanyaan apakah di lingkungan tempat tinggal mereka ada yang tertular/diduga tertular COVID-19. Hasilnya yaitu 45 orang dari 248 responden, atau 18%

responden, tadi menyatakan bahwa ada tetangga mereka yang tertular/diduga tertular COVID-19.

Perilaku responden dalam penyebaran informasi mengenai kasus COVID-19 yang ada di lingkungan mereka ditampilkan dalam Gambar 2. Gambar tersebut memperlihatkan bahwa para responden cenderung pasif dalam penyebaran informasi tentang adanya kasus COVID-19 di lingkungan mereka; yang ditunjukkan dengan dominannya jawaban “tidak”. Keluarga

merupakan saluran penyebaran informasi yang paling banyak dipilih; itu pun hanya dipilih oleh sekitar separuh dari total responden. Selebihnya,

proporsi saluran informasi yang dipilih responden tidak sampai 50%; bahkan ada yang tidak dipilih, yaitu media sosial.

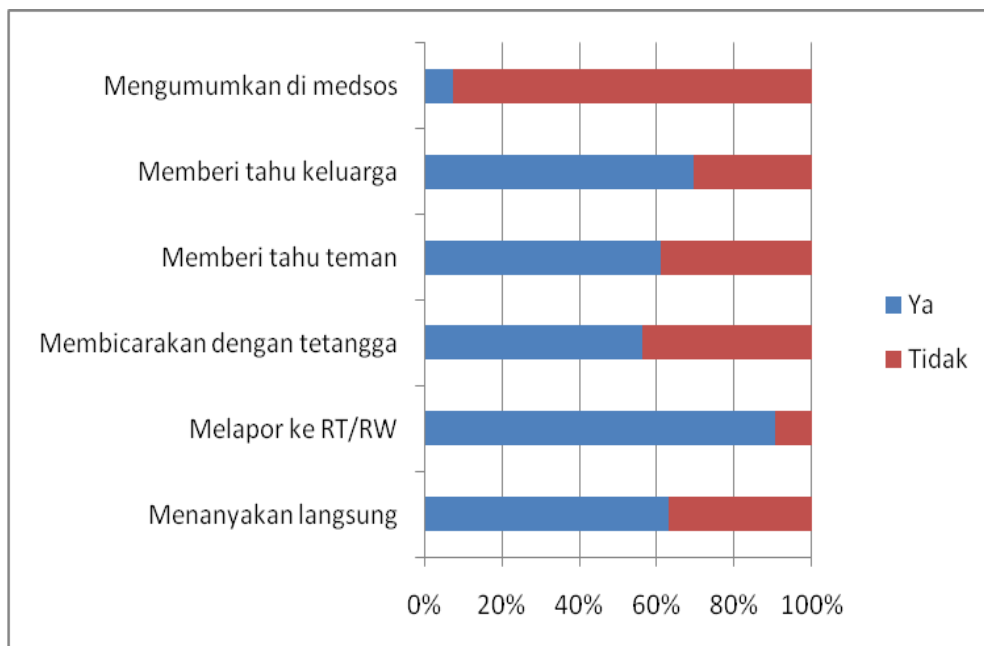


Gambar 2. Perilaku Penyebaran Informasi Ketika ada Kasus COVID-19

Sebagian besar responden menyatakan bahwa kondisi mereka sehat dan tidak ada kasus COVID-19 di lingkungan tempat tinggal mereka. Jumlah responden yang demikian itu adalah 203 orang. Terhadap mereka, diajukan pertanyaan hipotetis atau pengandaian mengenai perilaku penyebaran informasi jika ada kasus COVID-19 di lingkungan tempat tinggal mereka. Hasilnya disajikan dalam Gambar 3.

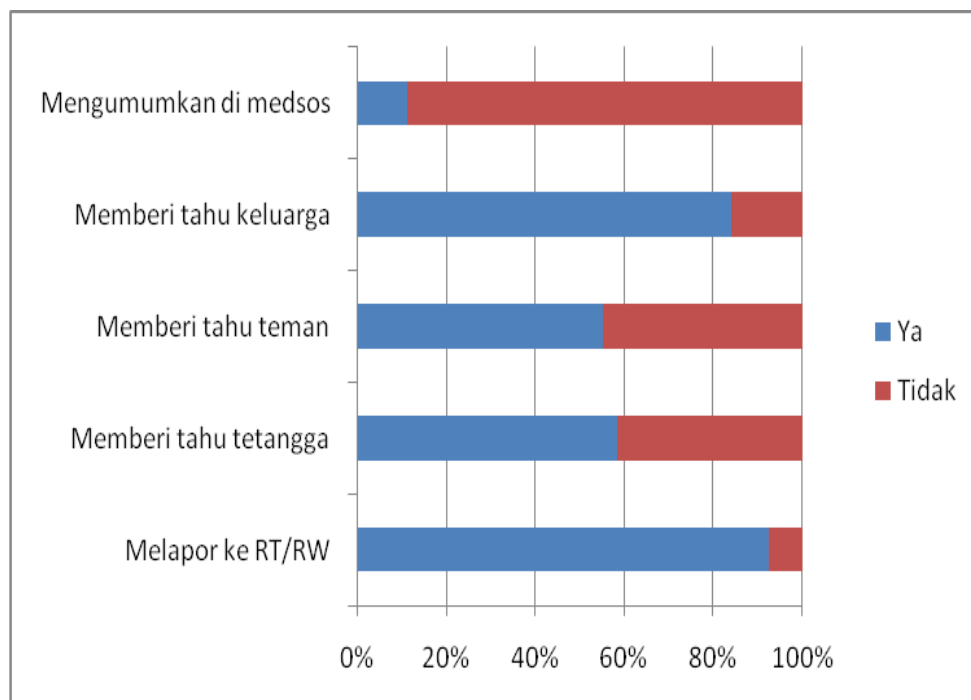
Berdasarkan gambar tersebut, dapat diketahui bahwa—dalam kondisi yang

hipotetis—para responden cenderung aktif dalam penyebaran informasi seandainya ada kasus COVID-19 di lingkungan tempat tinggal mereka. Hal tersebut ditunjukkan dengan dominannya responden yang menjawab “ya”. Responden cenderung bertukar informasi dengan ketua/pengurus RT/RW serta keluarga—yang tidak tinggal bersama responden—dalam kondisi hipotetis seperti itu. Hanya opsi penyebaran informasi melalui medsos saja yang dipilih oleh sedikit responden.



Gambar 3. Perilaku Penyebaran Informasi Jika Ada Kasus COVID-19

Semua responden yang menyatakan mengenai perilaku penyebaran informasi dalam kondisi sehat, yaitu sebanyak 248 orang, seandainya mereka tertular atau diduga tertular diberikan pertanyaan hipotetis atau pengandaian COVID-19. Hasilnya disajikan dalam Gambar 4.



Gambar 4. Perilaku Penyebaran Informasi Jika Tertular COVID-19

Gambar tersebut memperlihatkan bahwa, dalam kondisi hipotetis, para responden cenderung aktif dalam penyebaran informasi seandainya mereka tertular atau diduga tertular COVID-19. Hal tersebut tampak dari dominannya responden yang mengkonfirmasi jawaban “ya”. Jika dihadapkan pada kondisi pengandaian seperti itu, melapor kepada ketua/pengurus RT/RW dan memberi tahu keluarga—yang tidak tinggal bersama dengan responden—merupakan dua perilaku berinformasi yang paling banyak dipilih oleh responden. Adapun medsos merupakan saluran yang paling sedikit dipilih oleh responden dalam kondisi hipotetis tersebut.

Data yang didapat dari survei sebetulnya tidak hanya diolah dengan statistik deskriptif, tetapi juga dengan tes statistik nonparametrik. Tes nonparametrik dipilih karena data yang ada tidak terdistribusi secara normal. Namun, hasil olah data menunjukkan tidak adanya hasil yang signifikan dalam hubungan antara perilaku penyebaran informasi dengan karakteristik responden. Hal tersebut dapat disebabkan oleh tidak memadainya sampel dan/atau data yang tidak terdistribusi secara normal.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menguraikan temuan survei perilaku masyarakat Jabodetabek dalam penyebaran informasi mengenai kasus COVID-19 di lingkungan tempat tinggal mereka. Perilaku penyebaran informasi itu dibagi ke dalam empat kategori kondisi. Kondisi pertama yaitu

responden sebagai orang yang tertular atau diduga tertular COVID-19. Kondisi kedua yaitu responden dalam keadaan sehat—tidak tertular atau diduga tertular COVID-19—tetapi ada kasus COVID-19 di lingkungan mereka. Kondisi ketiga yaitu responden dalam keadaan sehat dan diandaikan ada kasus COVID-19 di lingkungan tempat tinggalnya. Kondisi keempat yaitu responden dalam keadaan sehat dan diandaikan dirinya atau orang yang tinggal bersamanya tertular atau diduga tertular COVID-19. Kondisi pertama dan kedua merupakan kondisi riil atau kondisi yang nyata dialami oleh responden; sementara kondisi ketiga dan keempat merupakan kondisi hipotetis atau pengandaian, tidak dialami oleh responden.

Perilaku berinformasi responden itu dapat dikategorikan lebih lanjut menjadi aktif dan pasif. Perilaku berinformasi yang aktif ditandai dengan dominannya respon “ya” terhadap pertanyaan yang diajukan dalam kuesioner; sementara perilaku berinformasi yang pasif ditandai dengan dominannya respon “tidak”. Kategori perilaku berinformasi yang aktif diasosiasikan dengan keterbukaan dan kategori pasif diasosiasikan dengan ketertutupan. Hal tersebut karena dengan menyebarkan informasi secara aktif responden cenderung lebih terbuka tentang kasus COVID-19 yang ada di lingkungan tempat tinggalnya, dan sebaliknya.

Berdasarkan uraian pada bagian hasil, dapat dilihat bahwa ada empat temuan utama. Pertama, responden cenderung pasif dalam penyebaran informasi mengenai kasus COVID-

19 ketika itu merupakan kondisi riil atau nyata; tetapi ketika itu merupakan kondisi hipotetis atau pengandaian, mereka cenderung aktif. Kedua, keluarga tampaknya merupakan saluran penyebaran informasi mengenai kasus COVID-19 yang paling nyaman bagi responden baik dalam kondisi riil maupun hipotetis. Ketiga, medsos tampaknya merupakan saluran penyebaran informasi mengenai COVID-19 yang paling tidak nyaman bagi responden baik dalam kondisi riil maupun hipotetis. Keempat, dalam kondisi riil, melapor kepada ketua/pengurus RT/RW bukan merupakan pilihan yang nyaman bagi responden dalam penyebaran informasi mengenai COVID-19; sebaliknya, dalam kondisi hipotetis hal itu merupakan pilihan nyaman.

Responden cenderung pasif atau tertutup dalam penyebaran informasi mengenai COVID-19 di lingkungan tempat tinggal mereka, dalam kondisi riil. Jikapun responden menyebarkan informasi mengenai hal tersebut, saluran yang dipilih cenderung saluran yang lebih pribadi atau intim, yaitu keluarga. Ada rasa keengganan untuk lebih terbuka dalam penyebaran informasi seperti itu. Hal tersebut tampaknya karena ada kekhawatiran-kekhawatiran terkait stigma negatif yang biasa dilekatkan pada penderita penyakit menular, sebagaimana dikemukakan juga oleh Abdillah (2020). Hal tersebut dapat dianggap positif mengingat informasi mengenai COVID-19 yang beredar di masyarakat seharusnya yaitu informasi yang faktual, seperti diungkapkan oleh Bhatia (2020). Informasi yang faktual diasumsikan berasal dari pihak-pihak yang

berwenang, bukan berasal dari sembarangan anggota masyarakat, yang berpotensi menjadi hoaks; yang mana banyak beredar di masa pandemi COVID-19 ini, sebagaimana ditemukan oleh Rahayu dan Sensusiyati (2020).

PENUTUP

Tulisan ini telah menguraikan bahwa perilaku masyarakat Jabodetabek dalam penyebaran informasi mengenai kasus COVID-19 di lingkungan tempat tinggal mereka dapat dikelompokkan menjadi kategori aktif dan pasif. Survei menunjukkan bahwa dalam kondisi riil responden cenderung pasif; tetapi dalam kondisi hipotetis, mereka cenderung aktif. Saluran penyebaran informasi yang dipilih responden yang utama yaitu saluran yang lebih pribadi, dalam hal ini keluarga; dan mereka menghindari penyebaran informasi melalui medsos baik dalam kondisi riil maupun hipotetis. Adapun saluran yang dapat dianggap “formal”, yaitu ketua/pengurus RT/RW, cenderung tidak menjadi pilihan dalam kondisi riil. Sehubungan dengan hal tersebut, dalam ranah praktis, tulisan ini menyarankan agar ada penguatan peran RT/RW dalam penyebaran informasi mengenai kasus COVID-19 dalam lingkup lokal. Hal itu penting untuk mengantisipasi beredarnya hoaks dan informasi yang tidak komprehensif yang dapat menimbulkan stigmatisasi dan diskriminasi terhadap warga yang tertular atau diduga tertular COVID-19. Lebih jauh lagi, dalam ranah akumulasi pengetahuan tentang aspek sosial dari pandemi COVID-19, diperlukan penelitian

lanjutan dengan lokus yang lebih luas dan sampel yang lebih besar serta mencari korelasi antara pola perilaku penyebaran informasi dengan karakteristik masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdillah, L. (2020). Stigma terhadap Orang Positif COVID-19. In T. Limbong (Ed.), *Pandemik COVID-19: Persoalan dan Refleksi di Indonesia* (pp. 11–24). Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Al Farizi, S., & Harmawan, B. N. (2020). Data Transparency and Information Sharing: Coronavirus Prevention Problems in Indonesia. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 8(0), 35–50. <https://doi.org/10.20473/jaki.v8i2.2020.35-50>
- Alvian, Y., & Laudry, S. (2020). Propaganda Covid-19 terhadap Awareness Masyarakat Surabaya untuk Mengikuti Program Kerja Pemerintah. *Jurnal Komunikasi Profesional*, 4(1), 27–41. <https://doi.org/10.25139/jkp.v4i1.2569>
- Arditama, E., & Lestari, P. (2020). Jogo Tonggo: Membangkitkan Kesadaran dan Ketaatan Warga Berbasis Kearifan Lokal pada Masa Pandemi Covid-19 di Jawa Tengah. *Jurnal Pendidikan Kewarganegaraan Undiksha*, 8(2), 157–167. Retrieved from <https://ejournal.undiksha.ac.id/index.php/JJPP>
- Bhatia, R. (2020). Public Engagement is The Key for Containing COVID-19 Pandemic. *Indian Journal of Medical Research*, 151(February & March), 118–120. <https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR>
- Carsita, W. N. (2017). Pengalaman Odha Dalam Menghadapi Stigma Dan Diskriminasi Terkait Penyakitnya. *The Indonesian Journal of Health Science*, 8(2), 156–164.
- Dai, N. F. (2020). Stigma Masyarakat terhadap Pandemi Covid-19. In A. Upe & A. Tunda (Eds.), *Prosiding Seminar Nasional Problematika Sosial Pandemi Covid-19: Membangun Optimisme di Tengah Pandemi Covid-19* (pp. 66–73). Kendari. Retrieved from <https://ojs.literacyinstitute.org/index.php/prosiding-covid19/issue/view/semineal-2020>
- Detikcom. (2020a, March 28). Sempat Dikucilkan, 4 Pengurus Hipmi Cianjur Negatif Corona. Retrieved May 4, 2020, from <https://news.detik.com/berita-jawa-barat/d-4956471/sempat-dikucilkan-4-pengurus-hipmi-cianjur-negatif-corona>
- Detikcom. (2020b, April 28). Kisah Pemandi Jenazah Dikucilkan Warga Usai Eks Menantu Positif Corona. Retrieved May 4, 2020, from detikNews website: <https://news.detik.com/berita-jawa-barat/d-4994376/kisah-pemandi-jenazah-dikucilkan-warga-usai-eks-menantu-positif-corona>
- Ebrahim, S. H., Ahmed, Q. A., Gozzer, E., Schlegelhauf, P., & Memish, Z. A. (2020). Covid-19 and Community Mitigation Strategies in A Pandemic. *The BMJ: The British Medical Journal*, 368(March), 1–2. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1066>
- Hadi, S. (2020). Pengurangan Risiko Pandemi Covid-19 Secara Partisipatif: Suatu Tinjauan Ketahanan Nasional terhadap Bencana. *Jurnal Perencanaan Pembangunan: The Indonesian Journal of Development Planning*, 4(2), 177–190. <https://doi.org/10.36574/jpp.v4i2.109>
- King, L., & Ardhani, A. D. (2020). *Melawan Corona: Rekapitulasi Tragedi Stigmatisasi*. Yogyakarta: Badan Eksekutif Mahasiswa Universitas Sanata Dharma.
- Kompas.com. (2020, March 3). Fakta Lengkap Kasus Pertama Virus Corona di Indonesia Halaman all - Kompas.com. Retrieved May 4, 2020, from Kompas.com website:

- <https://nasional.kompas.com/read/2020/03/03/06314981/fakta-lengkap-kasus-pertama-virus-corona-di-indonesia?page=all>
- KRJogja.com. (2020, April 15). Ada Warga Dikucilkan Karena PDP Corona, Ini Reaksi Walikota Salatiga – KRJOGJA. Retrieved May 4, 2020, from <https://www.krjogja.com/berita-lokal/jateng/semarang/ada-warga-dikucilkan-karena-pdp-corona-ini-reaksi-walikota-salatiga/>
- Mansoor, A. Z. (2020). Kajian Narasi Pemerintah RI melalui Konten Grafis tentang Pandemi COVID-19 pada Kanal Twitter Kementerian Kesehatan RI. *Jurnal Komunikasi Visual Wimba*, 11(1), 29–44.
- Media, Y., & Afriyani. (2020). Pengetahuan, Persepsi, dan Sikap Masyarakat Sumatera Barat terhadap COVID-19. *Inovasi*, 19(2), 129–139.
- Merdeka.com. (2020, May 12). Tersangka Penolakan Jenazah Covid-19 di Banyumas Jadi 7 Orang, 1 Ditahan | merdeka.com. Retrieved July 8, 2020, from Merdeka.com website: <https://www.merdeka.com/peristiwa/tersangka-penolakan-jenazah-covid-19-di-banyumas-jadi-7-orang-1-ditahan.html>
- Rahayu, R. N., & Sensusiyati. (2020). Analisis Berita Hoax Covid-19 di Media Sosial di Indonesia. *Intelektiva: Jurnal Ekonomi, Sosial, & Humaniora*, 01(09), 60–73.
- Sampurno, M. B. T., Kusumandyoko, T. C., & Islam, M. A. (2020). Budaya Media Sosial, Edukasi Masyarakat dan Pandemi. *Salam: Jurnal Sosial Dan Budaya Syar'i*, 7(6), 495–508. <https://doi.org/10.15408/sjsbs.v7i6.15325>
- Saputra, H., & Salma, N. (2020). Dampak PSBB dan PSBB Transisi di DKI Jakarta dalam Pengendalian COVID- 19. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 16(3), 282–292. <https://doi.org/10.30597/mkmi.v16i3.11042>
- Shaluhiah, Z., Musthofa, S. B., & Widjanarko, B. (2015). Stigma Masyarakat terhadap Orang dengan HIV/AIDS. *Kesmas: National Public Health Journal*, 9(4), 333–339. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v9i4.740>
- Sindonews.com. (2020, April 27). Cerita Perawat RSUD Bung Karno Solo yang diusir dari Kosnya. Retrieved July 8, 2020, from Sindonews.com website: <https://daerah.sindonews.com/read/9483/707/cerita-perawat-rsud-bung-karno-solo-yang-diusir-dari-kosnya-1587999892>
- Susanti, E., & Zainiyah, Z. (2020). Kecemasan, Pelayanan Kebidanan, dan Pemberian Informasi tentang Virus Corona (COVID-19) oleh Bidan di Wilayah Madura. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 16(3), 367–374. <https://doi.org/10.30597/mkmi.v16i3.9953>
- Syafrida, & Hartati, R. (2020). Bersama Melawan Virus Covid 19 di Indonesia. *Salam: Jurnal Sosial Dan Budaya Syar'i*, 7(6), 495–508. <https://doi.org/10.15408/sjsbs.v7i6.15325>

PENYELENGGARAAN PELAYANAN KB BERGERAK WILAYAH PERBATASAN DAN KEPULAUAN DI 34 PROVINSI TAHUN 2019

Lidya Dwijayani¹, Tuty Sahara²

¹ Mahasiswa Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

² Penata Kependudukan dan KB Ahli Madya BKKBN

E-mail: lidy.edogawa@gmail.com, Phone: +62 819-0848-1987

IMPLEMENTATION MOBILE FAMILY PLANNING IN BORDER AREAS AND ARCHIPELAGO IN 34 PROVINCE IN 2019

ABSTRACT

Background: The implementation of family planning services in border and island areas is not only about the low contribution of the two regions to national level achievements. However, as one of the government's efforts to provide equal access to health services, family planning services are one of the reproductive rights of each individual.

Result: There are 33 (97,1%) provinces have provided mobile family planning services in border areas, 20 (60,6%) provinces have also implemented its services in the archipelago. 31 (91,2%) provinces use health facilities as a means of providing mobile family planning services, 33 (97,1%) provinces use MUYAN KB. 23 (67,6%) provinces have involved partners from FKRTL, 34 (100%) involved TNI and 28 (82,4%) involved partners from FKTP.

Discussion: The implementation of mobile planning services actually needs to pay attention to various factors, including environmental factors and norms in the local area, the support of government policies, and the availability of public information about the benefits of family planning to the availability of access to mobile family planning services, both geographically and economically.

Conclusion: Fulfillment of factors that affect the accessibility of mobile family planning services in border areas and islands requires collaboration from various parties, including local governments through APBD support to collaboration with the private sector through funding that involves empowering local communities.

Key words: mobile family planning, border areas and islands, accessibility

ABSTRAK

Latar Belakang: Penyelenggaraan pelayanan KB di wilayah perbatasan dan kepulauan bukan hanya mengenai rendahnya kontribusi kedua wilayah tersebut terhadap pencapaian tingkat nasional. Namun sebagai salah satu upaya pemerintah dalam menyediakan pemerataan akses pelayanan kesehatan dimana pelayanan KB merupakan salah satu hak reproduksi tiap individu.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian analitik deskriptif dengan metode potong lintang atau cross sectional. Jenis data yang digunakan yaitu data sekunder berupa data agregat pencapaian di tingkat provinsi. Sampel penelitian yaitu seluruh populasi studi berjumlah 34 provinsi dan analisis data yang digunakan yaitu analisis univariat menggunakan SPSS 20.

Hasil: Hasil analisis univariat didapatkan sebanyak 33 (97,1%) provinsi telah menyelenggarakan pelayanan KB Bergerak di wilayah perbatasan 20 (60,6%) provinsi telah melaksanakan pula di wilayah kepulauan. Sebanyak 31 (91,2%) provinsi

memanfaatkan faskes statis sebagai sarana penyelenggaraan pelayanan KB Bergerak dan 33 (97,1%) provinsi menggunakan sarana MUYAN KB. Selanjutnya, 23 (67,6%) provinsi telah melibatkan mitra kerja dari FKRTL, 34 (100%) melibatkan mitra kerja TNI dan 28 (82,4%) melibatkan mitra kerja dari FKTP.

Pembahasan: Penyelenggaraan pelayanan KB Bergerak nyatanya perlu memperhatikan berbagai faktor, diantaranya faktor lingkungan dan norma di wilayah setempat, adanya dukungan kebijakan pemerintah, ketersediaan informasi publik mengenai manfaat KB hingga ketersediaan akses menjangkau pelayanan KB Bergerak, baik akses secara geografis maupun ekonomi.

Kesimpulan: Pemenuhan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap aksesibilitas pelayanan KB Bergerak di wilayah perbatasan dan kepulauan membutuhkan kolaborasi berbagai pihak, diantaranya pemerintah daerah melalui dukungan APBD hingga kolaborasi dengan pihak swasta melalui pendanaan yang melibatkan pemberdayaan masyarakat setempat.

Kata kunci: pelayanan KB bergerak, wilayah perbatasan dan kepulauan, aksesibilitas

PENDAHULUAN

Amanat Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan pasal 5 menyatakan bahwa tiap warganegara Indonesia berhak memperoleh akses dan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau. Hal ini merupakan tanggung jawab pemerintah untuk mengatur, menyelenggarakan, membina dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan yang merata dan terjangkau oleh masyarakat (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, 2009). Tanggung jawab tersebut tidak terkecuali bagi upaya pemenuhan pelayanan kesehatan di wilayah perbatasan dan wilayah kepulauan, salah satunya yaitu pelayanan kesehatan dasar keluarga berencana dan kesehatan reproduksi.

Wilayah perbatasan yang dimaksud merupakan wilayah (desa/kelurahan, kecamatan, kabupaten/kota) dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI) yang berbatasan langsung dengan wilayah kedaulatan negara tetangga, baik perbatasan darat dan laut. Selain

itu, meliputi pula wilayah administrasi yang saling berbatasan dengan wilayah administrasi lainnya dan berada di dalam kerangka wilayah NKRI (Budianta, 2010). Sedangkan Wilayah kepulauan adalah suatu gugus pulau, termasuk bagian pulau dan perairan di antara pulau-pulau tersebut, dan lain-lain wujud alamiah yang hubungannya satu sama lain demikian erat (BKKBN, 2014).

Laporan statistik rutin BKKBN Pusat Tahun 2018 menyatakan bahwa pencapaian peserta KB baru (PB) kontrasepsi *mix methode* di wilayah perbatasan sebesar 1,57% atau sekitar 93.511, sedangkan pencapaian PB di wilayah kepulauan sebesar 3,14% atau sekitar 186.475 terhadap pencapaian PB Nasional 5.937.351. Penggarapan program KB di wilayah khusus seperti wilayah perbatasan dan kepulauan bukan hanya mengenai pengendalian jumlah penduduk. Namun sebagai salah satu upaya pemerintah dalam pemenuhan akses para Pasangan Usia Subur (PUS) di wilayah tersebut dan hal ini sesuai dengan komitmen pemerintah Indonesia

terhadap hasil *International Conference for Population & Development* (ICPD) 1994, dimana ketersediaan informasi dan pelayanan kontrasepsi merupakan salah satu hak reproduksi tiap individu (WHO, 2014).

Upaya pemerataan akses di wilayah perbatasan dan kepulauan menjadi tantangan tersendiri bagi para pengelola program, baik di tingkat pemerintah pusat maupun daerah. Hal tersebut dapat disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya keterbatasan akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar akibat kondisi geografis maupun kondisi sosial ekonomi masyarakat setempat hingga ketersediaan fasilitas kesehatan (faskes) maupun tenaga kesehatan yang berkompeten untuk melakukan pelayanan KB yang aman dan berkualitas (Megatsari et al., 2019).

Sekaitan hal tersebut, upaya yang dilakukan oleh pihak pemerintah pusat yaitu melalui inovasi pelayanan KB Bergerak yang telah memiliki dasar hukum pelaksanaannya melalui Peraturan Kepala BKKBN Nomor 10 Tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Pelayanan KB Bergerak, serta telah memiliki panduan mekanisme pelaksanaan sebagai tindak lanjut dari pemberlakuan peraturan tersebut di seluruh wilayah Indonesia (BKKBN, 2019).

Dijelaskan di dalam peraturan tersebut bahwa pelaksanaan pelayanan KB Bergerak dapat dilakukan di faskes terdekat dan/atau menggunakan Mobil Unit Pelayanan (MUYAN) KB. Pelayanan KB Bergerak yang dilaksanakan di faskes merupakan pelayanan KB bagi para

calon akseptor yang digerakkan oleh petugas lapangan dan selanjutnya dibawa dengan mobil antar-jemput akseptor ke faskes terdekat yang memiliki sarana dan tenaga medis untuk menyelenggarakan pelayanan KB. Sedangkan pelayanan KB Bergerak di MUYAN KB merupakan tindakan pemberian layanan kontrasepsi yang dilakukan di dalam bus yang didesain agar dapat melakukan tindakan Vasektomi, pemasangan dan pencabutan implan serta IUD (BKKBN, 2019).

Munculnya inovasi pelayanan KB Bergerak tersebut diharapkan dapat mencapai sasaran strategis BKKBN dalam mendukung pencapaian RPJMN 2020-2024, antara lain: peningkatan angka prevalensi pemakaian kontrasepsi modern (mCPR) sebesar 61,78% serta penurunan angka *unmet need* menjadi 8,6% di tahun 2020 sehingga dapat mencapai target di akhir pelaksanaan RPJMN yaitu sebesar 63,41% untuk pencapaian mCPR dan 7,4% untuk angka *unmet need* nya (BKKBN, 2020).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian analitik deskriptif dengan pendekatan potong lintang atau *cross sectional*. Jenis data yang digunakan merupakan data sekunder dan bersifat data agregat berupa laporan hasil penyelenggaraan pelayanan KB Bergerak di wilayah perbatasan dan kepulauan yang diselenggarakan di 34 provinsi tahun 2019 milik Direktorat Bina Pelayanan KB Wilayah Khusus (Dityansus) BKKBN Pusat.

Populasi studi penelitian ini terdiri dari 34 provinsi sedangkan sampel yang digunakan yaitu seluruh populasi studi yang menggunakan metode *non probability sampling* dengan teknik pengambilan sampel *purposive sampling* berdasarkan kriteria populasi studi yang telah ditetapkan. Analisis data yang digunakan adalah analisis *univariat* dan menggunakan program SPSS 20.

HASIL PENELITIAN

Diperoleh hasil pada Tabel 1 bahwa sebanyak 33 (97,1%) provinsi telah menyelenggarakan pelayanan KB Bergerak di wilayah perbatasan dan 20 (60,6%) provinsi telah menyelenggarakan pelayanan KB Bergerak di wilayah kepulauan pada tahun 2019. Selanjutnya, sebanyak 31 (91,2%) provinsi melaporkan telah memanfaatkan fasilitas kesehatan (faskes)

sebagai salah satu sarana pelayanan KB Bergerak. Artinya, sebagian besar provinsi telah melibatkan faskes statis sebagai tempat diberikannya pelayanan KB berupa KIE dan pemasangan kontrasepsi yang dibutuhkan oleh para PUS di wilayah tersebut. Adapun pemanfaatan MUYAN KB dalam penyelenggaraan pelayanan KB Bergerak telah digunakan di 33 (97,1%) provinsi. Hal tersebut menunjukkan bahwa spesifikasi MUYAN KB yang dimiliki oleh perwakilan BKKBN Provinsi dapat dimanfaatkan optimal untuk pemasangan kontrasepsi selama penyelenggaraan pelayanan KB Bergerak.

Tabel 1. Analisis Univariat Penyelenggaraan Pelayanan KB Bergerak

Variabel	Frekuensi	%
Pelayanan KB Bergerak	34	100
Pelayanan KB Bergerak di Wilayah Perbatasan	33	97,1
Pelayanan KB Bergerak di Wilayah Kepulauan	20	58,8
Pemanfaatan faskes sebagai sarana pelayanan KB Bergerak	31	91,2
Pemanfaatan MUYAN KB sebagai sarana pelayanan KB Bergerak	33	97,1
Kesertaan mitra kerja FKRTL	23	67,6
Kesertaan mitra kerja TNI	34	100
Kesertaan mitra kerja FKTP	28	82,4

Keberhasilan program yang diselenggarakan tidak akan terlepas dari kontribusi berbagai pihak yang terlibat. Berdasarkan tabel 1 didapatkan bahwa sebanyak 23 (67,6%) provinsi telah menyelenggarakan pelayanan KB Bergerak dengan menyertakan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL), 34 (100%) provinsi telah berkolaborasi dengan TNI serta 28 (82,4%) provinsi telah berkolaborasi dengan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) terdekat sebagai mitra kerja dalam penyelenggaraan pelayanan KB Bergerak pada tahun 2019.

PEMBAHASAN

Ketersediaan fasilitas kesehatan beserta sarana pendukungnya merupakan hal pertama yang harus terpenuhi dalam rangka peningkatan akses pelayanan kesehatan dasar di wilayah perbatasan dan kepulauan. Hal ini sejalan dengan pedoman peningkatan akses pelayanan kesehatan di Daerah Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan (Kemenkes RI, 2012). Pentingnya ketersediaan sarana dan prasarana tersebut dapat menjadi faktor kepercayaan masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan, salah satunya pelayanan kontrasepsi dan kesehatan reproduksi (Laksmiarti *et al.*, 2015); (Suharmiati, Lestari Handayani, 2012).

Oleh karena itulah, salah satu upaya yang dilakukan oleh BKKBN dalam mendekatkan pelayanan kontrasepsi dan kesehatan reproduksi bagi masyarakat di wilayah perbatasan dan kepulauan dilakukan melalui dua cara, yaitu: 1)

Melakukan penjemputan calon akseptor KB dengan menggunakan Mobil Antar Jemput Akseptor menuju faskes terdekat; atau 2) Mendekatkan MUYAN KB ke lokasi terdekat dengan faskes yang terjangkau oleh masyarakat setempat (BKKBN, 2019).

Penyelenggaraan pelayanan KB Bergerak di wilayah perbatasan dan kepulauan sebaiknya dapat mempertimbangkan faktor-faktor lain yang sekiranya berperan terhadap keputusan seseorang untuk menggunakan atau melanjutkan pemakaian suatu alat/metode kontrasepsi yang digunakan. Teori *Family Planning Decision Making* menyatakan bahwa terdapat faktor langsung dan faktor tidak langsung yang dapat mempengaruhi pengambilan keputusan seseorang menggunakan KB, diantaranya faktor lingkungan dan norma setempat sebagai faktor langsung serta adanya kebijakan pemerintah, ketersediaan informasi publik dan akses terhadap pelayanan KB sebagai faktor tidak langsung (Upadhyay, 2018).

Pentingnya pendekatan berbasis norma dan sosial budaya yang berlaku di wilayah setempat merupakan salah satu rangkaian persiapan penyelenggaraan pelayanan KB Bergerak. Hal ini dimaksudkan agar dapat melakukan pemetaan sasaran pelayanan sehingga diharapkan penyelenggaraan KB Bergerak dapat mengatasi hambatan sosial budaya dalam masyarakat untuk memutuskan menjadi akseptor KB yang sesuai dengan kebutuhan dan kondisi kesehatannya (BKKBN, 2019). Selain itu, pelayanan kesehatan berbasis budaya setempat diyakini dapat

meningkatkan tingkat keyakinan dan kepatuhan seseorang terhadap suatu pelayanan kesehatan (Opie et al., 2019).

Faktor selanjutnya yang perlu menjadi perhatian dalam penyelenggaraan pelayanan KB Bergerak di wilayah perbatasan dan kepulauan yaitu adanya kebijakan pemerintah yang dapat menjadi payung hukum dalam proses pelaksanaannya. Kebijakan yang dimaksud telah dimiliki oleh BKKBN Pusat sebagai pengelola program KB nasional yaitu melalui penerbitan Peraturan Kepala BKKBN Nomor 10 Tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Pelayanan KB Bergerak. Peraturan tersebut membahas mengenai pembagian tugas antara perwakilan pengelola KB di tingkat pusat, provinsi hingga kabupaten/kota serta tahapan mekanisme penyelenggaraan pelayanan KB Bergerak, mulai dari ketersediaan tim pelayanan yang terdiri dari tenaga medis, tenaga non medis dan tenaga pendukung, kebutuhan alat dan kontrasepsi hingga kebijakan pendanaan yang melibatkan pemerintah pusat dan daerah (BKKBN, 2019).

Hal selanjutnya yang perlu dipersiapkan dalam penyelenggaraan pelayanan KB Bergerak di wilayah perbatasan dan kepulauan, yaitu ketersediaan informasi publik bagi para PUS di wilayah tersebut, khususnya mengenai manfaat tiap jenis kontrasepsi. Penelitian di kabupaten Semarang menyatakan bahwa adanya Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) diyakini berperan terhadap upaya peningkatan kesertaan KB, khususnya KB MKJP (Nur Mahmudah, 2015).

Mengingat ketersediaan informasi mengenai manfaat pelayanan KB menjadi salah satu hak reproduksi bagi tiap individu maka kecukupan jumlah dan kompetensi para penyuluh KB di wilayah perbatasan dan kepulauan perlu menjadi perhatian para pengelola program. Standarisasi ketersediaan penyuluh KB telah ditetapkan oleh BKKBN dimana 1 orang memiliki wilayah kerja maksimal 2 desa (Ansanoor, 2017). Penelitian di provinsi Jawa Tengah menyatakan bahwa kurangnya jumlah penyuluh KB dalam mensosialisasikan mengenai manfaat ber-KB berpengaruh terhadap peningkatan kesertaan KB, khususnya berkaitan dengan minat masyarakat untuk menggunakan suatu alat/metode kontrasepsi (Christiani et al., 2013).

Hal penting berikutnya yang menjadi perhatian dalam penyelenggaraan pelayanan KB Bergerak di wilayah perbatasan dan kepulauan yaitu berkaitan dengan ketersediaan akses pelayanan kontrasepsi di wilayah perbatasan dan kepulauan, salah satunya dipengaruhi oleh ketersediaan akses secara geografis dan ekonomi. Akses geografis berkaitan dengan kemudahan masyarakat menuju sarana pelayanan kesehatan yang diukur dengan jarak, lama perjalanan, jenis transportasi dan infrastruktur jalan. Kemudahan akses secara geografis dapat menjadi salah satu komponen perhitungan biaya kesehatan bagi masyarakat di wilayah perbatasan, disebabkan oleh biaya transportasi yang harus dikeluarkan untuk menjangkau fasilitas kesehatan terdekat (Mohanty, S.K, Rockli Kim, 2018). Selain itu,

teori Bertrand (1980) pun menyatakan bahwa jarak ke pusat pelayanan menjadi faktor yang mempengaruhi penggunaan suatu alat/metode kontrasepsi (Rutenberg, 1996).

Selain akses geografis, dimensi akses yang berperan terhadap kebutuhan seseorang terhadap pelayanan kesehatan dasar seperti pelayanan KB, yaitu akses ekonomi yang dikaitkan dengan kemampuan masyarakat setempat untuk mengalokasikan kemampuan finansialnya untuk menjangkau pelayanan kesehatan (Laksono & Sukoco, 2016). Penelitian di wilayah perbatasan Thailand dan Burma menyatakan bahwa kondisi ekonomi masyarakat setempat menjadi salah satu faktor terhambatnya penggunaan alat kontrasepsi IUD di wilayah tersebut (Gedeon et al., 2015).

Keberhasilan penyelenggaraan pelayanan KB Bergerak di wilayah perbatasan dan kepulauan tidak dapat terlepas dari adanya kemitraan antara BKKBN dengan berbagai pihak terkait, baik pihak pemerintah daerah maupun pihak swasta. Keterlibatan pemerintah daerah dalam program KB sebenarnya telah sesuai dengan amanah Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah dimana urusan pengendalian penduduk dan Keluarga Berencana menjadi salah satu urusan wajib pemerintahan yang tidak berkaitan dengan pelayanan dasar. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat peran pemerintah daerah, baik berupa dukungan kebijakan, anggaran maupun sarana penunjang lainnya dalam meningkatkan peran program Keluarga Berencana sebagai salah satu upaya mencapai tujuan pembangunan nasional,

yaitu mewujudkan SDM Indonesia yang berkualitas dan mampu berdaya saing (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah, 2016); (Kementerian PPN/Bappenas, 2014).

Penelitian kualitatif di provinsi Kalimantan Tengah menyatakan bahwa adanya resistensi pemerintah daerah terhadap program KB Nasional dapat menjadi penyebab sulitnya perkembangan program KB di wilayah tersebut. Pentingnya kemitraan di dalam pelaksanaan program kesehatan bagi wilayah dan masyarakat termarginalkan nyatanya dapat berdampak positif terhadap kemajuan program kesehatan di wilayah tersebut (Wu, Yanyan, Olivia Uchima, Colette Browne, 2017); (Field et al., 2018); (Bunu, 2018); (Opie et al., 2019).

Faktor terakhir yang harus diperhatikan dalam pelaksanaan pelayanan KB Bergerak di wilayah perbatasan dan kepulauan, yaitu adanya perencanaan mekanisme pola rujukan yang terintegrasi. Pola rujukan tersebut sebaiknya menggunakan pendekatan wilayah administratif dan pendekatan wilayah cakupan rujukan, namun dalam penunjukan FKTP atau FKRTL rujukan sebaiknya memperhatikan beberapa hal, antara lain: kecepatan waktu mendapatkan pelayanan rujukan, SDM dan kemampuan pra dan sarana FKTP atau FKRTL rujukan tersebut (Kemenkes RI, 2012).

Oleh karena itu, diperlukan jaringan kemitraan lintas sektor yang kuat dalam membangun pola rujukan tersebut, salah satunya melalui keterlibatan partisipasi masyarakat

setempat dan kemitraan pihak swasta sehingga dapat saling berintegrasi untuk menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan yang dapat memberikan pelayanan kesehatan dasar, termasuk pelayanan KB berkualitas bagi masyarakat di wilayah terpencil, seperti wilayah perbatasan dan kepulauan (Luti et al., 2012).

PENUTUP

Sebagai salah satu pelayanan kesehatan dasar, pemenuhan aksesibilitas terhadap pelayanan kontrasepsi dan kesehatan reproduksi di wilayah perbatasan dan kepulauan, salah satunya melalui pelayanan KB Bergerak nyatanya dipengaruhi oleh berbagai faktor. Oleh karena itu, diperlukan kolaborasi antara berbagai pihak sehingga pemenuhan hak reproduksi masyarakat di wilayah tersebut dapat terpenuhi. Kolaborasi dengan pihak pemerintah daerah melalui dukungan kebijakan anggaran program KB di dalam APBD tingkat provinsi hingga kabupaten/kota hingga kolaborasi dengan pihak swasta, salah satunya yaitu penyediaan fasilitas kesehatan yang dapat memberikan pelayanan KB berkualitas bagi para PUS di wilayah perbatasan dan kepulauan hingga bantuan pendanaan bagi pemberdayaan masyarakat, khususnya yang sudah ber-KB dalam meningkatkan kesejahteraannya.

DAFTAR PUSTAKA

Ansanoor, S. H. (2017). Tinjauan Yuridis Kebijakan Penyuluhan Keluarga Berencana di Provinsi Kepulauan Riau. *Jurnal Sehat*, 4(2), 190–204.

BKKBN. (2019). *Panduan Penyelenggaraan Pelayanan KB Bergerak*.

BKKBN. (2020). *Rencana Strategis BKKBN 2020-2024*. 1–71.

BKKBN, B. (2014). *Tata Cara Pelaksanaan Pencatatan dan Pelaporan Pelayanan Kontrasepsi Program Kependudukan Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga Nasional*.

Budianta, A. (2010). Pengembangan wilayah perbatasan sebagai upaya pemerataan pembangunan wilayah di Indonesia. *Jurnal SMARTek*, 8(1), 72–82. <http://jurnal.untad.ac.id/jurnal/index.php/SMARTEK/article/view/628/546>

Bunu, H. Y. (2018). Resistensi Daerah Terhadap Program Keluarga Berencana. *Piramida*, XIV(1), 1–15.

Christiani, C., Diah, C., & Bambang, W. (2013). faktor-faktor yang mempengaruhi metode pemakaian metode Jenis- Jenis Kontrasepsi. *Serat Acitya-Jurnal Ilmiah*, 74–84.

Field, E., Abo, D., Samiak, L., Vila, M., Dove, G., Rosewell, A., & Nathan, S. (2018). A partnership model for improving service delivery in remote Papua New Guinea: A mixed methods evaluation. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(10), 923–933. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.50>

Gedeon, J., Hsue, S. N., Walsh, M., Sietstra, C., Marsan, H., & Foster, A. M. (2015). Assessing the experiences of intra-uterine device users in a long-term conflict setting: A qualitative study on the Thailand-Burma border. *Conflict and Health*, 9(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s13031-015-0034-9>

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, (2009).

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah, Pub. L. No. 18, III 2016 (2016). <https://www.bkn.go.id/wp-content/uploads/2016/10/PP-NOMOR-18-TAHUN-2016->

PERANGKAT-DAERAH.pdf

- Kemenkes RI. (2012). *Pedoman Peningkatan Akses Pelayanan Kesehatan Dasar Di Dtpk*.
- Kementerian PPN/Bappenas. (2014). Rancangan Teknokratik Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015-2019. In *BUKU I Agenda Pembangunan Nasional* (Vol. 1, Issue 1, pp. 1–324).
- Laksmiarti, T., Budisuari, M., & Ardani, I. (2015). People's Health Service Preference at the State Borders [A Policy Analysis]. *People's Health Service Preference at the State Borders [A Policy Analysis]*, 17(4), 353–362.
<https://doi.org/10.22435/bpsk.v17i4>
- Laksono, A. D., & Sukoco, N. E. (2016). Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia (Healthcare Accessibility in Indonesia). In *PT Kanisius* (Issue January).
https://www.researchgate.net/publication/315892278_Aksesibilitas_Pelayanan_Kesehatan_di_Indonesia
- Luti, I., Hasanbasri, M., & Lazuardi, L. (2012). Kebijakan Pemerintah Daerah Dalam Meningkatkan Sistem Rujukan Kesehatan Daerah Kepulauan Di Kabupaten Lingga Provinsi Kepulauan Riau. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 01(01), 24–35.
- Megatsari, H., Laksono, A. D., Ridlo, I. A., Yoto, M., & Azizah, A. N. (2019). Perspektif Masyarakat Tentang Akses Pelayanan Kesehatan. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 21(4), 247–253. <https://doi.org/10.22435/hsr.v21i4.231>
- Mohanty, S.K, Rockli Kim, P. K. K. and S. V. S. (2018). Geographic Variation in Household and Catastrophic Health Spending in India: Assessing the Relative Importance of Villages, Districts and States 2011-2012. *The Milbank Quarterly*, 95(1), 167–208.
- Nur Mahmudah, L. T. I. (2015). Analisis Faktor

Yang Berhubungan Dengan Pemilihan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (Mkjp) Pada Akseptor Kb Wanita Di Kecamatan Banyubiru Kabupaten Semarang. *Unnes Journal of Public Health*, 4(3), 76–85.
<https://doi.org/10.15294/ujph.v4i3.7222>

- Opie, C. A., Gibson-Thorpe, B., Lees, C., & Haines, H. M. (2019). “Believe in me and i will believe in myself”, a rural Australian health service learns how to mangan dunguludja ngatan (build strong employment) for Aboriginal and Torres Strait Islander people: A qualitative study. *Human Resources for Health*, 17(1), 1–14.
<https://doi.org/10.1186/s12960-019-0384-2>
- Rutenberg, B. M. (1996). *E VA L U A T I N G F A M I L Y P L A N N I N G F A M I L Y P L A N N I N G*.
- Suharmiati, Lestari Handayani, L. K. (2012). perbatasan di kabupaten sambas (Studi Kasus di Puskesmas Sajingan Besar) (Factors In fl uence Accesibility of Health Services at a Remote and Border Health Service in Sambas District). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 15(3), 223–231.
- Upadhyay, U. D. (2018). Informed Choice in Family Planning. Helping People Decide. *ResearchGate, February 2001*.
- WHO. (2014). *Ensuring human rights within contraceptive programmes*. 50.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126799/1/9789241507493_eng.pdf?ua=1
- Wu, Yanyan, Olivia Uchima, Colette Browne, K. B. (2017). Healthy Life Expectancy in 2010 for Native Hawaiian, White, Filipino, Japanese and Chinese Americans Living in Hawai'i. *HHS Public Access*, 31(7), 659–670.
<https://doi.org/10.1177/1010539519875614>.Healthy

PERENCANAAN KEBUTUHAN TENAGA REKAM MEDIS DI PUSKESMAS KENDALKEREP

Novella Arie Ellanda, Tsalits Maulidah
¹Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
E-mail: novellandaa@gmail.com, tsalitshariez@gmail.com

ANALYSIS OF THE NEEDS OF MEDICAL RECORD BASED ON WORKLOAD ANALYSIS IN KENDALKEREP HEALTH CENTERS

ABSTRACT

Background: Planning for the need for medical record personnel has not yet been made so that the policy in planning the need for personnel in the medical record department is still unclear. In addition, there are also medical record officers who double as registration officers and coding officers. This study aims to determine the amount of medical record human resources needed at the Kendalkerep Health Center using the WISN..

Subjects and Method: This research is a non-experimental descriptive research conducted by observation and interviews. This research was conducted at Kendalkerep Public Health Center. The variables used are medical record job descriptions, workload standards, allowance standards, and available working time.

Results: Available working time is 91,392 minutes/year, standard workload is 7,550,419 minutes/year, leeway time is 0.27 then the human resource needs in the medical record unit are 6 workers.

Conclusion: Kendalkerep Health Center requires 6 workers so it is necessary to add 1 medical record worker to overcome this problem

Keywords: Medical Record unit, WISN

ABSTRAK

Latar Belakang: Perencanaan kebutuhan tenaga rekam medis masih belum dibuat sehingga kebijakan dalam perencanaan kebutuhan tenaga di bagian rekam medis masih belum jelas. Selain itu petugas rekam medis juga masih ada yang merangkap sebagai petugas pendaftaran dan petugas koding. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui jumlah kebutuhan sumber daya manusia rekam medis yang dibutuhkan di Puskesmas Kendalkerep menggunakan metode WISN

Subjek dan Metode: Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif non-eksperimental yang dilakukan secara observasi dan wawancara. Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Kendalkerep. Variabel yang digunakan adalah uraian tugas rekam medis, standar beban kerja, standar kelonggaran, dan waktu kerja tersedia.

Hasil: Waktu kerja tersedia sebanyak 91.392 menit/tahun, standar beban kerja sebanyak 7.550.419 menit/tahun, waktu kelonggaran sebanyak 0,27 kemudian didapatkan kebutuhan sumber daya manusia di unit rekam medis sebanyak 6 orang tenaga kerja

Kesimpulan: Puskesmas Kendalkerep membutuhkan 6 orang tenaga kerja sehingga perlu menambah 1 orang tenaga rekam medis untuk mengatasi permasalahan tersebut

Kata kunci: Unit rekam medis, WISN

PENDAHULUAN

Menurut Kepmenkes RI No. 81/Menkes/SK/I/2004 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan di Tingkat Propinsi, Kabupaten/Kota serta Rumah Sakit merupakan pedoman yang digunakan untuk penyusunan rencana penyediaan dan SDM di institusi pelayanan kesehatan (rumah sakit, puskesmas). Pedoman tersebut menggunakan metode Workload Indicators of Staffing Need (WISN), dimana metode tersebut merupakan indikator yang menunjukkan besarnya kebutuhan tenaga pada sarana kesehatan berdasarkan beban kerja. Metode WISN adalah metode yang mudah dioperasikan, mudah digunakan, secara teknis mudah diterapkan, komperhensif, dan realistis.

Menurut Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 12 tahun 2008 tentang Pedoman Analisis Beban Kerja di Lingkungan Departemen Dalam Negeri dan Pemerintah Daerah, analisis beban kerja dilaksanakan untuk mengukur dan menghitung beban kerja setiap jabatan atau unit kerja dalam rangka efisiensi dan efektivitas pelaksanaan tugas dan meningkatkan kapasitas organisasi yang profesional, transparan, proporsional, dan rasional. Adisasmito (2006) juga menerangkan bahwa kelebihan menggunakan metode WISN adalah lebih fokus pada perhitungan kebutuhan tenaga kesehatan serta menyesuaikan dengan uraian pekerjaan yang ada pada unit kerja yang akan diteliti

sehingga diperoleh hasil yang sesuai dengan beban kerja berdasarkan uraian pekerjaannya.

Dari hasil observasi di Puskesmas Kendalkerep, perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan khususnya rekam medis masih belum dibuat sehingga kebijakan dalam perencanaan kebutuhan tenaga di bagian rekam medis masih belum jelas. Dampak dari kurangnya tenaga rekam medis dapat menyebabkan beban kerja berlebih sehingga kegiatan di unit rekam medis tidak dilaksanakan dengan maksimal.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan deskriptif non-eksperimental dengan observasi dan wawancara. Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Kendalkerep. Variabel yang digunakan adalah uraian tugas rekam medis, standar beban kerja, standar kelonggaran, dan waktu kerja tersedia.

HASIL PENELITIAN

Langkah-langkah dalam menghitung tenaga kerja menggunakan metode WISN yaitu

1. Menetapkan Waktu Kerja Tersedia

Tabel 1 Waktu Kerja Tersedia

Kode	Faktor	Jumlah	Ket
A	Hari Kerja	313	Hari/Tahun
B	Cuti Tahunan	12	Hari/Tahun
C	Pendidikan dan Pelatihan	0	-
D	Hari Libur Nasional	13	Hari/Tahun
E	Ketidakhadiran Kerja	12	Hari/Tahun
F	Waktu Kerja	5,6	Jam/Hari
	Hari Kerja Tersedia	272	Hari/Tahun
	Waktu Kerja tersedia	1523,2	Jam/Tahun
		91392	Menit/Tahun

2. Menetapkan Unit Kerja dan Kategori SDM

Berikut ini adalah uraian kategori SDM rekam medis yang ada di Puskesmas Kendalkerep:

Tabel 2 Kategori SDM Rekam Medis

Jabatan	Pendidikan	JK	Usia	Lama Bekerja
Rekam Medis	D3 PMK	L	25th	5 th
Rekam Medis	D3 PMIK	P	22th	1 th
Pembantu Umum	SMA	P	52th	30 th
Pembantu Umum	SMA	P	52th	30 th
Pembantu Umum	SMA	L	48th	28 th

3. Menetapkan Standar Beban Kerja

Uraian tugas didapatkan dari hasil observasi oleh peneliti terhadap kegiatan yang dilakukan tenaga rekam medis selama jam kerja.

Tabel 3 Standar Beban Kerja

No	Uraian Tugas	Rata-rata Waktu (Menit)	WKT (Menit)	Standar Beban Kerja (Menit)
1	2	3	4	5(4/3)
1	Petugas mengambil nomor antrian pasien dengan ketentuan: Kotak warna Merah untuk lansia dan ibu hamil Kotak warna Hijau untuk pasien umum	0,08	91.392	1.142.400
2	Petugas mengutamakan nomor antrian pada kotak warna merah	0,08	91.392	1.142.400
3	Pasien Baru			
A	Petugas mengarahkan pasien atau keluarga untuk mengisi formulir identitas yang disediakan dan meletakkan pada	0,16	91.392	571.200

	kotak pasien baru yang telah disediakan			
B	Petugas memanggil pasien sesuai antrian	0,08	91.392	1.142.400
C	Petugas mengoreksi data pasien	0,16	91.392	571.200
D	Petugas menanyakan apakah pasien tersebut peserta JKN	0,25	91.392	365.568
E	Petugas meminta fotocopy identitas berupa KTP, KK, kartu JKN (jika ada)	0,11	91.392	830.836
F	Petugas membuat rekam medis dan kartu berobat baru	1,2	91.392	76.160
G	Petugas mengentri data kunjungan pasien	2,5	91.392	36.557
4	Pasien Lama			
A	Petugas membuat tracer dan mengentri data kunjungan pasien	0,75	91.392	121.856
B	Petugas memasukkan data pasien JKN ke P-Care	0,5	91.392	182.784
C	Petugas mencari dokumen rekam medis pasien pada rak filing	0,81	91.392	112.830
D	Petugas meletakkan rekam medis pada kotak poli yang disediakan	0,25	91.392	365.568
5	Setelah selesai pelayanan, dokumen rekam medis dikembalikan pada unit rekam medis kemudian petugas melakukan assembling	0,5	91.392	182.784
6	Petugas memberikan kodefikasi pada penyakit pasien sesuai dengan ICD 10	1,25	91.392	73.114
7	Petugas mengentri kodefikasi penyakit pada kunjungan pasien	0,25	91.392	365.568
8	Petugas mengembalikan dokumen rekam medis pasien pada rak filing	0,71	91.392	128.721
				7.411.946
				Menit
				123.532,5
				Jam

4. Menyusun Standar Kelonggaran

Tabel 4 Standar Kelonggaran

Faktor Kelonggaran	Rata-rata Waktu	Waktu / tahun	WKT (Jam)	Standar Kelonggaran
1	2	3	4	5(3/4)
Olahraga rutin mingguan	1 Jam/minggu	45 Jam	1523,2	0,02
Rapat rutin	2 Jam/minggu	90 Jam	1523,2	0,05
Istirahat	1 Jam/hari	313 Jam	1523,2	0,20
Jumlah				0,27

5. Menghitung Kebutuhan Tenaga Rekam Medis di Puskesmas Kendalkerep

Tabel 5 Kebutuhan Tenaga Rekam Medis

Uraian Tugas	KKP	SBK	SK	Kebutuhan SDM (orang)
1	2	3	4	5[(2/3)+4]
1	32.096	1.142.400	0,27	0,29
2	32.096	1.142.400	0,27	0,29
3 A	6.256	571.200	0,27	0,28
3 B	6.256	1.142.400	0,27	0,27
3 C	6.256	571.200	0,27	0,28
3 D	6.256	365.568	0,27	0,28
3 E	6.256	830.836	0,27	0,27
3 F	6.256	76.160	0,27	0,35
3 G	6.256	36.557	0,27	0,44
4 A	25.840	121.856	0,27	0,48
4 B	25.840	182.784	0,27	0,41
4 C	25.840	112.830	0,27	0,49
4 D	25.840	365.568	0,27	0,34
5	32.096	182.784	0,27	0,44
6	32.096	73.114	0,27	0,70
7	32.096	365.568	0,27	0,35
8	32.096	128.721	0,27	0,51
Jumlah				6,47
Dibulatkan				6

Keterangan:

KKP : Kuantitas Kegiatan Pokok

SBK : Standar Beban Kerja

SK : Standar Kelonggaran

Berdasarkan data pada bulan November 2019 diperoleh data kunjungan per hari sebanyak 118 pasien, kemudian dari kunjungan pasien dikalikan dengan jumlah hari kerja dalam satu tahun, dan didapatkan kuantitas kegiatan pokok:

- Pasien Baru: $23 \times 272 = 6.256$ dokumen
- Pasien Lama: $95 \times 272 = 25.840$ dokumen
- Jumlah pasien lama dan baru = 32.096 dokumen

Jika Puskesmas Kendalkerep memperoleh tambahan tenaga kerja maka dapat ditempatkan pada posisi sebagai berikut:

Tabel 6 Penambahan Tenaga Kerja

Jabatan	Pendidikan	Uraian Tugas
Rekam Medis	D3 PMIK	Pendaftaran Pasien
Rekam Medis	D3 PMIK	Pendaftaran Pasien
Rekam Medis	D3 PMIK	Koding
Pembantu Umum	SMA	Filing
Pembantu Umum	SMA	Filing
Pembantu Umum	SMA	Filing

PEMBAHASAN

Menurut Depkes tahun 2004 langkah-langkah dalam menghitung tenaga kerja menggunakan metode WISN yaitu:

- Menetapkan Waktu Kerja Tersedia
Rumus Waktu Kerja Tersedia yaitu:
 $WKT = [A - (B + C + D + E)] \times F$

Keterangan:

A : Hari Kerja

B : Cuti tahunan

C : Pendidikan dan Pelatihan

D : Hari Libur Nasional

E : Ketidakhadiran Kerja

F : Waktu Kerja

Berdasarkan Tabel 1 hari kerja tersedia diperoleh dari kalender tahun 2019 dan diperoleh sebanyak 313 hari dengan kategori 6 hari kerja. Cuti tahunan diperoleh sebanyak 12 hari berdasarkan peraturan UU No. 13 tahun 2003 Pasal 79 ayat (2), yaitu tenaga kerja yang berhak mendapat cuti tahunan dua belas hari dalam setahun adalah tenaga kerja yang sudah bekerja sekurang-kurangnya selama satu tahun atau dua belas bulan penuh.

2. Menetapkan Unit Kerja dan Kategori SDM

3. Menetapkan Standar Beban Kerja

Rumus yang digunakan untuk menghitung standar beban kerja adalah:

$$\text{Standar Beban Kerja} = \frac{\text{Waktu Kerja Tersedia}}{\text{Rata-rata waktu peraturan tiap Kegiatan pokok}}$$

Menghitung standar beban kerja yang diperlukan adalah waktu kerja tersedia pada Tabel 1 dibagi dengan rata-rata waktu yang diperoleh dari hasil observasi menggunakan alat bantu timer.

4. Menyusun Standar Kelonggaran

Waktu kelonggaran adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan lain yang tidak berhubungan langsung tetapi tetap bermanfaat bagi personil yang ada. Penyusunan standar kelonggaran bertujuan untuk memperoleh faktor kelonggaran tiap kategori SDM meliputi jenis kegiatan dan kebutuhan waktu untuk menyelesaikan suatu kegiatan yang tidak terkait langsung dengan uraian tugas yang ada. Rumus standar kelonggaran yaitu:

$$\text{Standar Kelonggaran} = \frac{\text{Rata-rata waktu}}{\text{Waktu Kerja Tersedia}}$$

Kegiatan yang termasuk pada perhitungan standar kelonggaran adalah olahraga rutin mingguan, rapat rutin mingguan, dan waktu istirahat.

5. Menghitung Kebutuhan Tenaga Rekam Medis di Puskesmas Kendalkerep

Perhitungan kebutuhan tenaga di unit rekam medis Puskesmas Kendalkerep dihitung berdasarkan setiap kegiatan pokok yang dilakukan selama kegiatan pengamatan berlangsung. Kemudian kebutuhan tenaga dari setiap uraian tugas di unit rekam medis. Menghitung kebutuhan Tenaga dengan menggunakan metode WISN dapat diperoleh dengan menggunakan rumus berikut:

$$\text{Kebutuhan SDM} = \frac{\text{Kuantitas Kegiatan Pokok}}{\text{Standar Kelongara}} + \text{Standar Beban Kerja}$$

Menurut Permenkes Nomor 81/MENKES/SK/I/2004 kuantitas kegiatan pokok disusun berdasarkan berbagai kegiatan pelayanan yang telah dilaksanakan di tiap unit kerja RS. Kuantitas kegiatan pokok diperoleh dari banyaknya rekam medis yang dikerjakan per-hari.

Berdasarkan perhitungan kebutuhan tenaga kerja menggunakan metode WISN didapatkan total kebutuhan tenaga di unit rekam medis Puskesmas Kendalkerep sebanyak 6,47 orang sesuai petunjuk pembulatan perhitungan WISN oleh Depkes (2004) kemudian dibulatkan menjadi 6 orang.

Saat ini di Puskesmas Kendalkerep hanya ada 5 orang tenaga rekam medis, sehingga dengan perhitungan yang ada membutuhkan penambahan tenaga rekam medis sebanyak 1 orang. Penambahan tenaga rekam medis bisa diajukan ke Dinas Kesehatan Kota Malang dengan proses rekrutmen tenaga rekam medis dengan kualifikasi pendidikan minimal DIII-Perekam Medis dan Informasi Kesehatan.

PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian di unit rekam medis Puskesmas Kendalkerep dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Jumlah dan kualifikasi SDM unit rekam medis di Puskesmas Kendalkerep adalah lulusan D3 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan sebanyak 2 orang tenaga, dan lulusan SMA sebanyak 3 orang tenaga.
2. Uraian tugas tenaga rekam medis di Puskesmas Kendalkerep sesuai dengan Permenkes No. 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis. Sesuai pada Bab VI Pasal 15 tentang Pengorganisasian yaitu pengelolaan rekam medis dilaksanakan sesuai dengan organisasi dan tata kerja sarana pelayanan kesehatan.
3. Waktu kerja efektif di unit rekam medis Puskesmas Kendalkerep tahun 2019 dalam 1 tahun adalah 272 hari atau 1.523,3 jam atau 91.392 menit. Standar beban kerja unit rekam medis di Puskesmas Kendalkerep tahun 2019 dihitung berdasarkan waktu per-kegiatan pokok, kemudian jumlahnya diperoleh sebesar 7.411.946 menit atau 123.532,5 jam. Sedangkan waktu kelonggaran tenaga rekam medis dipengaruhi oleh waktu rapat 2 jam/minggu, waktu olahraga rutin 1 jam/minggu dan waktu istirahat 1 jam/hari. Berdasarkan perhitungan standar kelonggaran di unit rekam medis Puskesmas Kendalkerep tahun 2019 diperoleh yaitu 0,27.
4. Kebutuhan ideal SDM rekam medis berdasarkan perhitungan WISN di Puskesmas Kendalkerep yaitu sebanyak 6 orang tenaga, saat ini sudah ada 5 tenaga rekam medis sehingga Puskesmas Kendalkerep

membutuhkan tambahan tenaga rekam medis sebanyak 1 orang.

5. Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan pertimbangan penambahan tenaga rekam medis sesuai dengan perhitungan analisis beban kerja, yaitu sebanyak 1 orang, agar beban kerja tenaga rekam medis tidak menumpuk.
6. Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi acuan untuk mengadakan analisis beban kerja di unit lain sebagai evaluasi atas ketersediaan sumber daya manusia yang dimiliki dan dilakukan berkala guna mendapatkan jumlah kebutuhan tenaga yang rasional serta memantau kegiatan kerja di unit tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2008. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2004. Pedoman Pengelolaan Penyusunan Perencanaan Sumber Daya Manusia. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2009. Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Fadila, Rizki. 2019. Analisis Kebutuhan Sumber Daya Manusia Rekam Medis di Unit Filing. Malang: Poltekkes Kemenkes Malang
- Suharyono M.W. dan Adisasmito Wiku. 2006. Analisis Jumlah Kebutuhan Tenaga Pekarya Dengan Workload Sampling Di Unit Layanan Gizi Pelayanan Kesehatan. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. Diakses dari <https://scholar.google.co.id> tanggal 06 Agustus 2019

HUBUNGAN KADAR ASAM URAT DENGAN KADAR GULA DARAH PADA WANITA USIA SUBUR PREDIABETES

Santy Irene Putri¹⁾, Asruria Sani Fajriah²⁾, Prima Soultani Akbar³⁾, Aris Widiyanto⁴⁾,
Joko Triatmojo⁵⁾

¹⁾Program Studi Kebidanan, Universitas Tribhuwana Tunggaladewi Malang

²⁾Program Studi Kebidanan, IIK STRADA Indonesia Kediri

³⁾Program Studi Rekam Medik, Poltekkes Kemenkes Malang

^{4,5)}Program Studi Keperawatan, STIKES Mamba'ul 'Ulum Surakarta

E-mail: santyirene@gmail.com

RELATIONSHIP BETWEEN URIC ACID LEVELS AND BLOOD SUGAR LEVELS IN PREDIABETIC WOMEN OF CHILDBEARING AGE

ABSTRACT

Background: Uric acid is the end product of purine metabolism. In conditions of high levels, uric acid enters cells and acts as an oxidant, and acts as an independent risk factor and predicts the incidence of type 2 diabetes mellitus. This study aimed to analyze the relationship between uric acid levels and blood sugar levels in women of childbearing age prediabetes.

Subjects and Method: This was an observational analytic study with a cross-sectional design. This study was conducted in Malang City. A sample size of 100 women of childbearing age were selected using simple random sampling technique. The dependent variable was blood sugar levels women of childbearing age prediabetes. The independent variable is uric acid levels. The data were collected by examining uric acid levels and fasting blood sugar levels in the study subjects. Data were analyzed using Pearson correlation.

Results: Based on the study results, it was found that uric acid levels were associated with blood sugar levels in prediabetic women of childbearing age ($r = 0.21$, $p = 0.039$) and were statistically significant.

Conclusion: There is a relationship between uric acid levels and blood sugar levels in prediabetic women of childbearing age.

Keywords: uric acid levels, fasting blood sugar, women of childbearing age, prediabetes

ABSTRAK

Latar Belakang: Asam urat merupakan hasil akhir dari metabolisme purin. Pada kondisi kadar tinggi, asam urat masuk ke dalam sel dan bertindak sebagai oksidan, serta berperan sebagai faktor risiko independen dan memprediksi kejadian diabetes melitus tipe 2. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan kadar asam urat dengan kadar gula darah pada wanita usia subur prediabetes.

Subjek dan Metode: Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan pendekatan cross-sectional. Lokasi penelitian di Kota Malang. Besar sampel sebesar 100 wanita usia subur dipilih menggunakan teknik simple random sampling. Variabel dependen adalah kadar gula darah wanita usia subur prediabetes. Variabel independent adalah kadar asam urat. Pengumpulan data dilakukan dengan pemeriksaan kadar asam urat dan kadar gula darah puasa pada subjek penelitian. Data dianalisis menggunakan korelasi pearson.

Hasil: Berdasarkan hasil penelitian diperoleh bahwa kadar asam urat berhubungan dengan kadar gula darah pada wanita usia subur prediabetes ($r=0.21$, $p=0.039$) dan secara statistic signifikan.

Kesimpulan: Terdapat hubungan antara kadar asam urat dengan kadar gula darah pada wanita usia subur prediabetes.

Kata kunci: kadar asam urat, gula darah puasa, wanita usia subur, prediabetes

PENDAHULUAN

Asam urat merupakan produk akhir katabolisme adenine dan guanine yang berasal dari katabolisme nukleotida purin. Asam urat dihasilkan sel yang mengandung xanthine oksidase terutama hepar. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa peningkatan kadar asam urat dalam darah terkait erat dengan penyakit kardiovaskular, sindrom metabolisme, resistensi insulin, dan diabetes (Xiong et al., 2019) (Andrade et al., 2014). Hal tersebut sejalan dengan studi terbaru yang menyebutkan bahwa asam urat serum (Uric Acid) sebagai faktor risiko potensial berkembangnya penyakit diabetes, hipertensi, stroke, dan penyakit kardiovaskular (Xu et al., 2016). Meskipun nilai peningkatan kadar asam urat dalam serum sebagai risiko dalam perkembangan diabetes, namun hal tersebut masih diperlukan penelitian yang lebih lanjut. Data terbaru menunjukkan bahwa asam urat berkorelasi dengan meningkatnya resistensi insulin dan asam urat sebagai penanda prediabetes (Causevic, 2010). Beberapa penelitian melaporkan bahwa terdapat hubungan yang positif antara kadar asam urat serum yang tinggi dan diabetes, sedangkan penelitian lain melaporkan tidak ada hubungan, atau hubungan terbalik (Bandaru & Shankar, 2011) (Bhole, 2011).

Gout yang disebabkan oleh peningkatan serum asam urat, menjadi salah satu penyakit yang paling umum disebabkan oleh gaya hidup (Kushiyama et al., 2014). Meskipun hiperurisemia telah dikaitkan dengan resistensi insulin, namun ada beberapa studi yang mengaitkan hiperurisemia-resistensi insulin dan fungsi sel beta (Gonz & Mart, 2011) (Widiyanto et al., 2021). Diketahui bahwa klirens asam urat berkorelasi terbalik dengan resistensi insulin, yang merupakan patofisiologis utama faktor dari semua komponen sindrom metabolik. Ada beberapa kesepakatan bahwa tingkat kadar asam urat harus diketahui pada pasien sindrom metabolik karena terdapat hubungan dengan risiko kardiovaskular, khususnya pada wanita (Jasna Vučak, Milica Katić, Ivan Bielen, Davorka Vrdoljak, Dragica Ivezić Lalić & Marković, 2012).

Hasil dari analisis menunjukkan bahwa asam urat terkait secara signifikan dengan gula darah puasa; yaitu peningkatan kadar asam urat akan meningkatkan kadar gula darah puasa. Efek asam urat dapat dimediasi secara langsung dan tidak langsung melalui waist circumference. Namun, efek tidak langsungnya minimal jika dibandingkan dengan efek langsung. Oleh karena itu, asam urat berpengaruh pada kadar gula darah puasa terutama jika dijelaskan oleh efek

langsung. Asam urat juga secara signifikan dikaitkan dengan HbA1c melalui lingkaran pinggang. Hasil ini menunjukkan bahwa hal tersebut menurunkan kadar asam urat serum yang dapat meningkatkan parameter glikemik dan mungkin menurunkan risiko diabetes melitus tipe 2 pada pasien prediabetes (Anothaisintawee *et al.*, 2017).

Sebagian besar dari kasus prediabetes memiliki potensi menjadi sindrom metabolik. Prediabetes berpotensi hampir dua kali lebih tinggi mengalami risiko kardiovaskuler dibandingkan yang tanpa gula darah puasa terganggu dan prediabetes. Pada wanita prediabetes yang konversi menjadi diabetes memiliki risiko kejadian kardiovaskuler 3 kali lebih sering dibanding mereka yang menetap sebagai prediabetes (Tuso, 2014). Peningkatan asam urat pada prediabetes disebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi hormone insulin. Deteksi dini peningkatan kadar asam urat (hiperurisemia) merupakan salah satu pemeriksaan sederhana sebagai prognosis prediabetes (Flores *et al.*, 2020). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan kadar asam urat dengan kadar glukosa darah pada wanita usia subur prediabetes.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian analitik dengan desain studi cross-sectional yang dilakukan di Kota Malang bulan Februari 2021. Teknik sampel yang digunakan dalam pengambilan sampel yakni simple random sampling. Jumlah sampel dalam penelitian ini

adalah 100 responden. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kadar glukosa darah. Variabel independen yakni kadar asam urat. Instrumen pengambilan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi. Data yang terkumpul kemudian dianalisis menggunakan korelasi pearson.

Tahapan penelitian meliputi:

a. Penyampaian kuesioner dan inform consent.

Pengambilan data kuesioner melalui wawancara langsung dengan responden. Sedangkan inform consent ditanda tangani oleh responden yang memenuhi kriteria dan bersedia menjadi responden.

b. Persiapan pasien.

Sebelum dilakukan pengambilan sampel darah maka pasien puasa selama 8-12 jam, menghindari makanan yang mengandung purin dan menghindari obat yang dapat mempengaruhi hasil pemeriksaan.

c. Pengambilan sampel darah kapiler.

Pengambilan darah kapiler dilakukan pada ujung jari kedua, ketiga atau keempat. Pengambilan darah dilakukan setelah instrument untuk pemeriksaan glukosa dan asam urat telah siap.

d. Pemeriksaan glukosa darah.

Setelah instrument disiapkan, dilakukan pengambilan darah kapiler. Stik disentuhkan pada tetapan darah kapiler, kemudian stik akan membaca kadar glukosa darah secara otomatis

e. Pemeriksaan asam urat darah.

Setelah instrument disiapkan, dilakukan pengambilan darah kapiler. Stik disentuhkan

pada tetesan darah kapiler, stik akan membaca kadar asam urat darah secara otomatis.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Tingkat Pendidikan, Tingkat pekerjaan dan Tingkat Pendapatan

Berdasarkan Tabel 1 dapat diketahui sebagian besar responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini yakni berusia 36-45 sebanyak 52 responden (52%). Tingkat pendidikan terakhir responden yang mendominasi dalam penelitian ini yakni SMA sebesar 69 responden (69%). Sebagian besar jenis pekerjaan dalam penelitian ini didominasi oleh ibu rumah tangga yakni sebesar 63 responden (63%) dengan tingkat pendapatan sebagian besar <UMR sebanyak 69 responden (69%).

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik	Kriteria	n	%
Usia	26-35 tahun	6	6
	36-45 tahun	52	52
	46-55 tahun	36	36
	56-65 tahun	6	6
Pendidikan	SD	11	11
	SMP	7	7
	SMA	69	69
	Diploma	1	1
	S1	11	11
Pekerjaan	S2	1	1
	Ibu Rumah Tangga	63	63
	Petani	2	2
	PNS	4	4
	Swasta	17	17
Pendapatan	Wiraswasta	14	14
	< UMR	69	69
	≥ UMR	31	31

Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis yang digunakan untuk menguji ada atau tidaknya hubungan antara variable independen yakni kadar asam urat dengan variabel dependen yakni kadar gula darah wanita usia subur prediabetes.

Berdasarkan data analisis terhadap variabel tersebut dapat diketahui bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kadar asam urat dengan kadar gula darah dibuktikan dengan $p=0.039$ ($p<0.005$).

Tabel 2. Uji korelasi Pearson kadar asam urat dengan kadar gula darah

Variabel Independen	r	p
Kadar asam urat	0.21	0.039

PEMBAHASAN

Telah dilakukan penelitian terhadap 100 wanita usia subur dan hasil dari penelitian ini menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara kadar asam urat dengan kadar gula darah dibuktikan dengan nilai $p=0.039$ ($p<0.005$). Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Pertiwi, et al. (2014) yang menyatakan bahwa tidak terdapat korelasi antara asam urat dengan kadar gula darah puasa. Hal ini dapat diakibatkan oleh adanya intake obat penurun kadar asam urat yang dikonsumsi oleh penderita diabetes mellitus.

Kelainan metabolik berupa diabetes mellitus sering kali dihubungkan dengan kadar asam urat yang meningkat. Hal ini karena munculnya gejala inflamasi sebagai predictor komplikasi metabolic pada penderita diabetes

mellitus (Pertiwi *et al.*, 2014). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Siregar & Nurkhalis (2017), yang menyatakan bahwa korelasi antara kadar gula darah dengan kadar asam urat didapatkan arah korelasi positif ($r = 0,652$, $p < 0,0001$) dan hasil uji regresi linier juga menyebutkan bahwa kadar gula darah menjadi prediktor utama terhadap kadar asam urat dengan pengaruh sebesar 42,5% ($R^2 0,425$, $IK_{95\%} 0,013 - 0,036$, $p < 0,0001$). Namun, korelasi antara asam urat dan kadar gula darah tidak memiliki hubungan yang signifikan. Lebih lanjut dikatakan bahwa kadar asam urat dapat menjadi biomarker terjadinya gula darah puasa terganggu (GDPT). Diduga kadar asam urat di atas 6,35 mg/dl memiliki sensitivitas 80% dan spesifisitas 70% dalam menentukan akan terjadinya DM tipe 2 di kemudian hari. Sedangkan pada kadar asam urat di bawah 5,35 mg/dl probabilitas DM tipe 2 di kemudian hari bernilai negatif. Peningkatan kadar asam urat berhubungan dengan hiperinsulinemia pada pasien DM sehingga dapat memicu munculnya komplikasi hiperurisemia serta penyakit kardiovaskuler lainnya sehingga dibutuhkan pengetahuan tentang efek peningkatan kadar asam urat terhadap tubuh.

Asam urat adalah produk akhir dari oksidasi katabolisme purin dan merupakan penanda penting untuk resistensi insulin dan perkembangan sindrom metabolik di masa depan. Prevalensi DM pada kehamilan meningkat di seluruh dunia. Prevalensi DM pada kehamilan sangat bervariasi di antara populasi dan kegiatan skrining yang baik dapat mengurangi risiko DM

pada kehamilan. Penelitian Aker *et al.* (2016) melihat bahwa kadar asam urat trimester pertama memiliki asosiasi linier dengan perkembangan kondisi DM pada kehamilan. Kadar asam urat serum trimester pertama bersama dengan parameter lain seperti globulin pengikat hormon seks, protein reaktif C yang sensitif tinggi, dan adiponectin dapat dimasukkan ke dalam model risiko untuk menilai kebutuhan GCT (glucose challenge test) oral di kemudian hari pada kehamilan.

Sejalan dengan penelitian Li *et al.*, (2020) yang merupakan studi kohort retrospektif dengan tujuan menyelidiki faktor risiko DM dalam kehamilan, penelitian tersebut mengamati bahwa wanita hamil dengan peningkatan kadar asam urat dan USG (urine specific gravity) selama minggu ke-16-18 kehamilan menunjukkan risiko lebih tinggi terkena GDM. Peningkatan kadar asam urat mungkin menginduksi produksi ROS (*reactive oxygen species*), yang mengarah pada resistensi insulin dan penurunan penyerapan glukosa. Selain itu, disfungsi sel endotel yang dimediasi asam urat mengurangi produksi oksida nitrat (NO). Selama kehamilan normal, konsentrasi asam urat ditemukan menurun secara signifikan pada minggu ke-8 kehamilan, dibandingkan dengan tingkat pra-kehamilan, dan tingkat yang berkurang ini dipertahankan sampai sekitar 24 minggu kehamilan. Tingkat serum asam urat yang meningkat pada kehamilan awal dikaitkan dengan risiko DM pada kehamilan pada trimester kedua yang lebih tinggi di antara wanita hamil.

Asam urat adalah produk utama metabolisme purin yang dihasilkan di hati. Nukleotida purin terurai pada hipoktanthine dan guanine, beberapa di antaranya dapat didaur ulang dan fosforilasi menjadi nukleotida hipoktanthine, sementara bagian yang tersisa dimetabolisme oleh xanthine dehydrogenase / oxidase (XDH / XO). XDH / XO akan diekspresikan dalam sel parenkim hati dan usus kecil. XDH memiliki reaktivitas rendah dan dapat dikonversi ke XO. Produksi asam urat tergantung pada jumlah substrat dan aktivitas XO. Ginjal juga memainkan peran penting dalam pengaturan kadar asam urat dalam darah. Asam urat yang beredar mudah disaring dari glomeruli ke dalam tubule ginjal. Sekitar 90% asam urat yang disaring diserap kembali oleh tubulus proksimal terutama oleh urate transporter 1 (URAT1) dan transporter glukosa 9 (GLUT9), dan sisanya diekskresikan 10%. Jika tubuh memproduksi terlalu banyak asam urat atau mekanisme ekskresi terdegradasi, tubuh akan mempertahankan asam urat yang berlebihan. Hiperurisemia didefinisikan sebagai kadar asam urat yang beredar lebih dari 5,7 mg/dl untuk wanita dan 7,0 mg/dl untuk pria. Ketika konsentrasi asam urat darah melebihi normal, cairan tubuh manusia menjadi asam, yang mempengaruhi fungsi normal sel-sel manusia, kemudian menyebabkan penyakit metabolisme dalam jangka panjang (Xiong et al., 2019).

PENUTUP

Kadar asam urat berkorelasi positif dan secara statistik signifikan dengan kadar gula darah. Diharapkan melalui hasil penelitian ini, masyarakat dapat mengendalikan kadar asam urat serta kadar gula darah melalui pola nutrisi, aktivitas fisik, serta pemeriksaan kesehatan secara rutin sehingga dapat meminimalisir risiko serta mencegah timbulnya komplikasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Aker, S. Ş., Yüce, T., Kalafat, E., Seval, M., & Söylemez, F. (2016). İlk Trimester Ürik Asit Yüksekliğinin Gestasyonel Diabetes Mellitus ile İlişkisi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Dernegi Dergisi*, 13(2), 71–74. <https://doi.org/10.4274/tjod.69376>
- Andrade, J. A. M., Kang, H. C., Greffin, S., Rosa, M. L. G., & Lugon, J. R. (2014). Serum uric acid and disorders of glucose metabolism : the role of glycosuria. 47, 917–923.
- Anothaisintawee, T., Lertrattananon, D., Thamakaisorn, S., Reutrakul, S., Ongphiphadhanakul, B., & Thakkinstian, A. (2017). Direct and Indirect Effects of Serum Uric Acid on Blood Sugar Levels in Patients with Prediabetes : A Mediation Analysis. 2017. <https://doi.org/10.1155/2017/6830671>
- Bandaru, P., & Shankar, A. (2011). Association between Serum Uric Acid Levels and Diabetes Mellitus. 2011. <https://doi.org/10.1155/2011/604715>
- Bhole, V. (2011). Serum Uric Acid Levels and the Risk of Type 2 Diabetes: A Prospective Study. *The American Journal of Medicine*, 123(10), 957–961. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2010.03.027>. Serum
- Causevic, A. (2010). Abstract Recent studies have introduced serum uric acid (UA) as a potential risk factor for developing diabetes,

- hypertension, stroke, and cardiovascular diseases. R e value of elevated levels of UA in serum as a risk factor for diabetes development is st. BOSNIAN JOURNAL OF BASIC MEDICAL SCIENCES, 10(1), 54–59.
- Flores, Y. N., Toth, S., Crespi, C. M., Ramírez-Palacios, P., McCarthy, W. J., Briseño-Pérez, A., Granados-García, V., & Salmerón, J. (2020). Risk of developing pre-diabetes or diabetes over time in a cohort of Mexican health workers. PLoS ONE, 15(3), 1–21. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229403>
- Gonz, M., & Mart, E. (2011). Relationship between Serum Concentration of Uric Acid and Insulin Secretion among Adults with Type 2 Diabetes Mellitus. 2011, 10–13. <https://doi.org/10.1155/2011/107904>
- Jasna Vučak, Milica Katić, Ivan Bielen, Davorka Vrdoljak, Dragica Ivezić Lalić, K. K., & Marković, and B. B. (2012). Association between hyperuricemia, prediabetes, and prehypertension in the Croatian adult population - a cross-sectional study. BMC Cardiovascular Disorders, 12(117).
- Kushiyama, A., Tanaka, K., Hara, S., & Kawazu, S. (2014). Linking uric acid metabolism to diabetic complications. 5(6), 787–795. <https://doi.org/10.4239/wjd.v5.i6.787>
- Li, Y., Yu, T., Liu, Z., Chen, H., Liu, Y., Wei, Y., Sun, R., Zhang, H., Wang, W., Lu, Y., Zhou, Y., Deng, G., & Zhang, Z. (2020). Association of serum uric acid, urea nitrogen, and urine specific gravity levels at 16–18 weeks of gestation with the risk of gestational diabetes mellitus. Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy, 13, 4689–4697. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S282403>
- Pertiwi, D., Almurdi, A., & Sy, E. (2014). Hubungan Asam Urat Dengan Gula Darah Pada Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Yang Mengalami Obesitas. Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas, 8(2), 79. <https://doi.org/10.24893/jkma.8.2.79-84.2014>
- Siregar, M. L., & Nurkhalis. (2017). Korelasi antara kadar gula darah dengan kadar asam urat pasien diabetes mellitus tipe 2. VI(3), 27–33. <https://doi.org/https://doi.org/10.52199/inj.v6i3.6788>
- Tuso, P. (2014). Prediabetes and lifestyle modification: time to prevent a preventable disease. The Permanente Journal, 18(3), 88–93. <https://doi.org/10.7812/TPP/14-002>
- Widiyanto, A., Putri, S. I., Atmojo, J. T., & Akbar, P. S. (2021). Examination Of Uric Acid Levels And Counseling In Ngaglik Village Batu City , East Java. 2(1), 1–7.
- Xiong, Q., Liu, J., & Xu, Y. (2019). Effects of Uric Acid on Diabetes Mellitus and Its Chronic Complications. International Journal of Endocrinology, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/9691345>
- Xu, Y., Xu, K., Bai, J., Liu, Y., & Yu, R. (2016). Elevation of serum uric acid and incidence of type 2 diabetes : A systematic review and meta-analysis. 2, 81–91. <https://doi.org/10.1016/j.cdtm.2016.09.003>