



EDITORIAL

Pemimpin Redaksi:

Atmarita, MPH, Dr.PH (Gizi, Persatuan Ahli Gizi Indonesia)

Penyunting:

Prof. Dr. M. Sudomo (Parasitologi, Medik, WHO)

Prof. Dr. Emiliana Tjitra, M.Sc, Ph.D (Biomedik, KE Balitbangkes)

Prof. Dr. Julianty Pradono (Epidemiologi, Badan Litbang Kesehatan)

Prof. Dr. Abdul Rohman, M.Si., Apt. (Kimia, UGM)

Prof. Dr. Rusmin Tumanggor, MA (Antropologi Kesehatan UIN)

Fithriyah, Ph.D, M.Biomed, S.Si (Mikrobiologi dan Molekuler UI)

Ferry Effendi, S.Kep., Ns., M.Sc., Ph.D (Keperawatan Komunitas, SDM Kesehatan, Kebijakan Kesehatan, Fakultas Keperawatan UNAIR)

Dr. Nuniek Kusumawardhani, SKM, M.Sc, PH (Kesehatan Masyarakat, Badan Litbangkes)

Dr. Vivi Setiawaty, M.Biomed (Virologi Molekuler, Badan Litbangkes)

Dr. Dian Ayubi, SKM, M.QIH (Kesehatan Masyarakat, FKM UI)

Dr. Rina Agustina, M.Sc, Ph.D (Gizi, FK UI)

Dr. Ir. Inswiasri, M.Kes (Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Masyarakat, Badan Litbangkes)

Drs. Ondri Dwi Sampurno, M.Si., Apt (Farmasi, Badan Litbangkes)

Redaksi Pelaksana :

Cahaya Indriaty, SKM, M.Kes

Leny Wulandari, SKM, MKM

Susi Annisa Uswatun Hasanah, S.Sos, M.Hum

Dini Novian, S.S

Sekretariat :

Mohammad Safrizal, S.Kom

Rini Sekarsih

Evi Suryani, S.Kom, MKM

Novi Budianti, SKM, MKM

Terbit 4 kali setahun (Maret, Juni, September, dan Desember)

Terakreditasi SK No. 21/E/KPT/2018

Alamat Redaksi:

Bagian Umum. Dokumentasi, dan Jejaring

Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta Pusat 10560

Tlp. (021) 4261088

Website : <https://ejournal2.litbang.kemkes.go.id/index.php/MPK>

Email : media@litbang.kemkes.go.id

Medialitbangkes@gmail.com

Gambar Sampul: Keluarga Sehat

Pengantar Redaksi

Salam hangat,

Berjumpa kembali dengan Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Volume 30 No.3 September 2020 yang kali ini hadir dengan delapan artikel.

Sebagai pembuka, artikel pertama dibawakan oleh Eva Sulistiawati, Tetra Fajarwati, dan Trihono. Artikel yang berjudul "Manajemen Pendekatan Keluarga sebagai Fokus Materi dalam Pelatihan Keluarga Sehat ini bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan pelatihan keluarga sehat.

Artikel kedua yang berjudul "Strategi Intervensi Program dan Pemanfaatan Potensi Lokal dalam Upaya Peningkatan Cakupan ASI Eksklusif di Kabupaten Balangan" ditulis oleh Rukmini, dkk. Hasil penelitian menunjukkan praktik ASI eksklusif di Desa Mauya dan Desa Marajai Kabupaten Balangan masih rendah dan dipengaruhi beberapa faktor yaitu aspek kesehatan ibu dan bayi, ketersediaan petugas dan fasilitas pelayanan kesehatan, faktor sosial, ekonomi, budaya, kondisi geografis, dan akses media informasi.

Artikel ketiga pada edisi kali ini berjudul "Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta Tahun 2019" yang dibawakan oleh Winda Wiyarti, dkk. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan penerapan KTR di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. Hasil penelitian ini merekomendasikan perlunya edukasi untuk meningkatkan pengetahuan tentang KTR di fakultas yang belum menerapkan KTR sehingga UIN Syarif Hidayatullah Jakarta berhasil menjadi kampus bebas rokok.

Artikel keempat yang dibawakan oleh Vinda Prihartini Rahmatillah, dkk berjudul "Hubungan Karakteristik, Indeks Massa Tubuh (IMT) dengan Tekanan Darah pada Lanjut Usia di Posbindu" bertujuan untuk menganalisis hubungan antara karakteristik, indeks massa tubuh dengan tekanan darah pada lansia di Posbindu Kabupaten Bondowoso.

Hasil penelitian di artikel kelima menunjukkan bahwa instrumen pengumpulan data dan petunjuk teknis surveilans faktor risiko PTM berbasis web dapat dimanfaatkan petugas surveilans dengan baik. Sistem informasi web dinilai sederhana, akseptabel, memiliki sensitivitas serta stabilitas tinggi, dan tepat waktu. Pengumpulan, pengolahan, dan analisis data secara otomatis sangat mempermudah pelaksanaan surveilans. Hasil analisis sistem informasi sudah sesuai kebutuhan perencanaan. Hasil surveilans bermanfaat untuk penyuluhan/konseling dan untuk penelitian mahasiswa. Artikel dengan judul "Evaluasi Surveilans Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular (PTM) Berbasis Data Kegiatan "Posbindu PTM", ditulis oleh Ekowati Rahajeng dan Muji Wahidin.

Artikel yang keenam berjudul "Kesintasan Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di Rumah Sakit Abdul Moeloek Lampung Tahun 2017-2018", ditulis oleh Nova Muhani dan Nurhalina Sari. Penelitian menggunakan data dari laporan harian unit hemodialisis yaitu pasien yang menjalani hemodialisis kemudian dilakukan observasi selama 12 bulan. Hasil uji statistik diperoleh kelompok tidak diabetes melitus memiliki kesintasan 3,1 kali lebih tinggi dibandingkan kelompok diabetes melitus (p Value = 0,01).

Artikel ketujuh yang ditulis oleh Agus Dwi Harso, dkk. berjudul "Hubungan Status Akreditasi Puskesmas dengan Capaian Program Antenatal Care". Kesimpulan penelitian ini adalah status akreditasi puskesmas berhubungan dengan proporsi capaian K4. Tidak ada perbedaan yang signifikan antara puskesmas terakreditasi madya dengan puskesmas terkareiditasi utama-paripurna terhadap proporsi capaian K4.

Artikel terakhir berjudul " Pengaruh Konseling dengan Pendekatan *Transtheoretical Model* terhadap Kepatuhan Membayar Iuran Peserta Bukan Penerima Upah di Kota Cimahi". Kesimpulan Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan PBP dalam membayar iuran antara lain, motif menjadi peserta, kemudahan akses, pengalaman akses JKN, ekonomi, kemampuan PBP, keyakinan, dan kebijakan. Artikel yang dibawakan oleh Yani Handayani, dkk. menjadi artikel penutup untuk edisi kali ini.

Akhir kata, Redaksi Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan mengucapkan selamat menikmati sajian kali ini.

Salam Sehat,
Redaksi

MEDIA PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

DAFTAR ISI

ARTIKEL

1. Manajemen Pendekatan Keluarga sebagai Fokus Materi dalam Pelatihan Keluarga Sehat 199 – 210
(Eva Sulistiowati, Tetra Fajarwati, dan Trihono)
2. Strategi Intervensi Program dan Pemanfaatan Potensi Lokal dalam Upaya Peningkatan Cakupan ASI Eksklusif di Kabupaten Balangan 211 – 224
(Rukmini, Eka Fatmawati, Yuli Trisnanto, dan Yunita Fitrianti)
3. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta Tahun 2019 225 – 232
(Windi Wiyarti, Della Alifah, Siti Fitriyani, Bella Isma Latifah, Irawati, dan Hoirun Nisa)
4. Hubungan Karakteristik, Indeks Massa Tubuh (IMT) dengan Tekanan Darah pada Lanjut Usia di Posbindu 233 – 240
(Vinda Prihartini Rahmatillah, Tantut Susanto, dan Kholid Rosyidi Muhammad Nur)
5. Evaluasi Surveilans Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular (PTM) Berbasis Data Kegiatan “Posbindu PTM” 241 – 256
(Ekowati Rahajeng dan Mugi Wahidin)
6. Kesintasan Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di Rumah Sakit Abdul Moeloek Lampung Tahun 2017-2018 257 – 264
(Nova Muhani dan Nurhalina Sari)
7. Hubungan Status Akreditasi Puskesmas dengan Capaian Program Antenatal Care 265 – 270
(Agus Dwi Harso, Hadjar Siswanto, dan Armaji Kamaludi Syarif)
8. Pengaruh Konseling dengan Pendekatan *Transtheoretical Model* terhadap Kepatuhan Membayar Iuran Peserta Bukan Penerima Upah di Kota Cimahi 271 – 280
(Yani Handayani, Dewi Marhaeni Diah Herawati, Merry Wijaya, dan Deni Kurniadi Sunjaya)

Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Volume. 30 No. 3, September 2020

ISSN 0853-9987

Lembar Abstrak

Lembar abstrak ini boleh digandakan/dicopi tanpa izin dan biaya

WA 308

Eva Sulistiowati,^{1*} Tetra Fajarwati,¹ dan Trihono²

¹Pusat Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jln. Percetakan Negara No.29 Jakarta Pusat 10560, Indonesia

²Health Policy Unit (HPU) Kementerian Kesehatan RI, Jln. H.R. Rasuna Said Kav. 4-9 Jakarta

*Korespondensi Penulis: evasulistiowati@gmail.com

Manajemen Pendekatan Keluarga sebagai Fokus Materi dalam Pelatihan Keluarga Sehat

Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Vol. 30 No. 3, September 2020, 199 – 210

Pelatihan Keluarga Sehat (KS) merupakan tahap penting pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISPK) untuk menyediakan surveyor yang berkualitas, sehingga mampu melaksanakan PISPK sesuai pedoman dalam Permenkes No. 39 Tahun 2016. Hasil evaluasi implementasi PISPK 2019, menunjukkan bahwa pelaksanaan PISPK belum optimal. Hanya seperempat puskesmas terlatih yang telah melakukan analisis dan pemanfaatan data. Tulisan ini bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan pelatihan KS. Analisis merupakan bagian dari Riset Implementasi dengan *Participatory Action Research* (PAR) di lima Balai Pelatihan Kesehatan yang dilakukan dalam dua tahap. Tahap pertama dilakukan di Bandar Lampung (Lampung) pada tahun 2017, sedangkan tahap ke-2 (2018) dilakukan di Banjarmasin (Kalimantan Selatan), Gombong (Jawa Tengah), Palu (Sulawesi Tengah), dan Kupang Nusa Tenggara Timur (NTT). Peneliti sebagai konsultan sekaligus memonitor pelaksanaan pelatihan sesuai instrumen monitoring serta melakukan wawancara mendalam dengan informan penanggung jawab KS Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, serta Kepala Puskesmas. Data dianalisis secara kualitatif dan disusun berdasarkan tematik. Hasil menunjukkan bahwa persiapan dan proses pelatihan KS di lima Balai Pelatihan Kesehatan di Indonesia telah dilakukan dengan cukup baik. Tim pelaksana pelatihan dibentuk berdasarkan SK penugasan, pelatih memiliki kompetensi metodologi dan teknis. Kesesuaian peserta dengan kriteria berkisar 90-100%. Sarana dan prasarana di tempat pelatihan sudah memadai, namun sinyal jaringan nirkabel kurang kuat. Proses pembelajaran menunjukkan bahwa penyampaian materi masih berorientasi pada masing-masing program; topik yang paling banyak didiskusikan oleh peserta adalah Manajemen Pendekatan Keluarga dan Aplikasi KS (MI7); penyampaian materi dinilai kurang aplikatif (belum menggambarkan implementasi

di lapangan). Saran agar materi pelatihan berfokus pada topik MI7, penyampaian disajikan dalam bentuk simulasi, dan ditunjang dengan jaringan nirkabel dengan *bandwidth* yang cukup. Diperlukan penguatan topik pengorganisasian lapangan, pengelolaan dan analisis data, serta penyusunan rencana usulan kegiatan.

Kata Kunci: keluarga sehat; materi; pelatihan; Indonesia sehat; PISPK

WS 125

Rukmini,^{1*} Eka Fatmawati,² Yuli Trisnanto,³ dan Yunita Fitrianti¹

¹UPF Inovasi Teknologi Kesehatan, Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Jln. Indrapura No. 17 Surabaya, Jawa Timur, Indonesia

²Dinas Kesehatan Kabupaten Mamaju, Jln. Pemuda No.2 Kabupaten Mamuju Provinsi Sulawesi Barat, Indonesia

³Seksi Intelegen dan Penindakan Keimigrasian, Kantor Imigrasi Kelas II, Jln. Panglima Sudirman, Caruban Kabupaten Madiun 63153, Jawa Timur, Indonesia

*Korespondensi Penulis : imas_yatno@yahoo.co.id

Strategi Intervensi Program dan Pemanfaatan Potensi Lokal dalam Upaya Peningkatan Cakupan ASI Eksklusif di Kabupaten Balangan

Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Vol. 30 No. 3, September 2020, 211 – 224

Pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif merupakan tahap awal dalam asupan gizi bagi anak. Permasalahan yang terjadi karena pola pemberian ASI yang tidak sesuai dengan konsep ASI eksklusif, seperti memberikan Makanan Pendamping Air Susu ibu (MP-ASI) lebih dini. Tulisan ini merupakan artikel kebijakan berdasarkan hasil penelitian kualitatif dengan pendekatan etnografi kesehatan, untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi rendahnya cakupan ASI eksklusif. Penelitian dilakukan di Desa Mauya (etnik Banjar) dan Desa Marajai (dominasi etnik Dayak Meratus), Kabupaten Balangan Kalimantan Selatan. Informan utama adalah ibu yang memiliki bayi 0-6 bulan (16 orang), sedangkan informan pendukung bidan kampung (2 orang), tokoh adat/ tokoh masyarakat (2 orang) dan petugas kesehatan (2 orang). Pengumpulan data dengan *participant observation*, wawancara mendalam dan wawancara tidak terstruktur, dokumentasi audio visual, dan penelusuran data sekunder di fasilitas dan petugas kesehatan. Hasil menunjukkan praktik ASI eksklusif di Desa Mauya dan Desa Marajai Kabupaten Balangan

masih rendah dipengaruhi beberapa faktor yaitu aspek kesehatan ibu dan bayi, ketersediaan petugas dan fasilitas pelayanan kesehatan, faktor sosial, ekonomi, budaya, kondisi geografis, akses media informasi. Dapat disimpulkan ada tiga faktor utama yakni faktor predisposisi, pemungkin, dan pendorong yang saling terkait dalam praktik ASI eksklusif. Artikel ini merekomendasikan upaya intervensi program untuk mengatasi permasalahan ASI eksklusif dilakukan secara menyeluruh, komprehensif dan terintegrasi baik pada peningkatan kualitas program pelayanan kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan kerjasama lintas sektor serta pemanfaatan potensi budaya lokal.

Kata kunci : ASI eksklusif; strategi program; kebijakan; etnografi kesehatan; potensi lokal

WM 295

Windi Wiyarti, Della Alifah, Siti Fitriyani, Bella Isma Latifah, Irawati, dan Hoirun Nisa*

Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, UIN Syarif Hidayatullah Jakarta, Jln. Kertamukti No. 5 Ciputat, Tangerang Selatan, Banten, Indonesia

*Korespondensi Penulis : hoirun.nisa@uinjkt.ac.id

Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta Tahun 2019

Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Vol. 30 No. 3, September 2020, 225 – 232

Menurut Peraturan Daerah Kota Tangerang Selatan No. 4 tahun 2016 tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dalam pasal 2 menyatakan bahwa tempat belajar-mengajar termasuk perguruan tinggi merupakan tempat yang wajib menjadi kawasan tanpa rokok, namun pada kenyataannya belum seluruh fakultas di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta memiliki SK dekan terkait penerapan KTR. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan penerapan KTR di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* yang dilakukan di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. Besar sampel yaitu 379 responden. Pengambilan sampel menggunakan metode *cluster random sampling*. Analisis menggunakan uji *binary logistic regression*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 64,4% responden berusia kurang dari 20 tahun dan 50,1% responden berjenis kelamin laki-laki. Di fakultas yang menerapkan KTR, responden yang merokok lebih sedikit (2,3%), memiliki pengetahuan tentang rokok yang lebih baik (97,7%), sikap terhadap perilaku perokok (97,7%), memiliki pengetahuan tentang KTR yang lebih baik (94,3%), sikap terhadap penerapan KTR (97,7%) dan sebagian besar mendukung KTR (95,4%) dibandingkan dengan responden di fakultas yang tidak menerapkan KTR. Hasil multivariat menunjukkan adanya hubungan antara umur ($p=0,033$), jenis kelamin ($p=0,041$), status merokok ($p=0,042$), sikap terhadap perilaku perokok ($p=0,030$) dan pengetahuan tentang KTR ($p=0,005$) responden dengan penerapan KTR. Kesimpulannya adalah

variabel yang paling memengaruhi penerapan KTR di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta adalah pengetahuan tentang KTR. Hasil penelitian ini merekomendasikan perlunya edukasi untuk meningkatkan pengetahuan tentang KTR di fakultas yang belum menerapkan KTR sehingga UIN Syarif Hidayatullah Jakarta berhasil menjadi kampus bebas rokok.

Kata kunci : kawasan tanpa rokok; KTR; mahasiswa, pengetahuan; sikap; rokok

WG 340

Vinda Prihartini Rahmatillah¹, Tantut Susanto², dan Kholid Rosyidi Muhammad Nur³

¹Fakultas Keperawatan Universitas Jember, Jln. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember Jawa Timur, Indonesia

²Departemen Keperawatan Komunitas, Keluarga, dan Gerontik Fakultas Keperawatan, Universitas Jember. Jln. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember Jawa Timur, Indonesia

³Departemen Dasar Keperawatan dan Keperawatan Dasar Universitas Jember. Jln. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember Jawa Timur, Indonesia
Korespondensi Penulis: tantut_s.psik@unej.ac.id

Hubungan Karakteristik, Indeks Massa Tubuh (IMT) dengan Tekanan Darah pada Lanjut Usia di Posbindu

Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Vol. 30 No. 3, September 2020, 233 – 240

Proses penuaan dan perubahan dalam gastrointestinal membuat lansia mengalami masalah kesehatan dalam mempertahankan indeks massa tubuh (IMT) karena mengonsumsi gizi yang tidak sehat. Hal ini dapat mengakibatkan lansia mengalami hipertensi. Tujuan dari penelitian ini untuk menganalisis hubungan antara karakteristik, indeks massa tubuh dengan tekanan darah pada lansia di Posbindu Kabupaten Bondowoso. Penelitian ini deskriptif analitik dengan menggunakan metode *cross sectional* pada 95 lansia yang dipilih berdasarkan *cluster random sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara untuk mengukur status sosio-demografi dan pengukuran tekanan darah, berat badan, dan tinggi badan lanjut usia menggunakan spigmanometer, timbangan, dan pita pengukur. Analisis hubungan antara IMT dengan tekanan darah menggunakan uji korelasi *Spearman Rank*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar indeks massa tubuh yaitu normal ($22,18 \pm 3,833$). Sedangkan untuk tekanan darah sistolik median 130,0 mmHg (120,0-150,0 mmHg) dan diastolik median 80,0 mmHg (72,0-90,0 mmHg), menunjukkan lansia paling banyak adalah prehipertensi. Tidak ada hubungan antara IMT dengan tekanan darah sistolik ($r = 0,155$; $p = 0,134$) dan tekanan darah diastolik ($r = 0,200$; $p = 0,052$). Namun, ada hubungan yang signifikan antara riwayat hipertensi dengan tekanan darah sistolik ($Z = -6,351$; $p = \leq 0,001$) dan tekanan darah diastolik ($Z = -5,834$; $p = \leq 0,001$) pada lansia. IMT tidak berhubungan dengan tekanan darah baik sistolik maupun diastolik. Akan tetapi, karakteristik riwayat hipertensi berhubungan dengan tekanan darah sistolik

dan diastolik pada lansia di Posbindu Kabupaten Bondowoso. Oleh karena itu, perlu pengontrolan IMT, sehingga dapat dipertahankan IMT normal dan tekanan darah lebih terkontrol melalui posbindu lansia.

Kata kunci: indeks massa tubuh; IMT; tekanan darah; lansia; posbindu

WC 100

Ekowati Rahajeng¹ dan Mugi Wahidin^{2,3*}

¹Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jln. Percetakan Negara No.29 Jakarta Pusat 10560, Indonesia.

²Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jln. Percetakan Negara No.29 Jakarta Pusat 10560, Indonesia

³Universitas Esa Unggul, Jln. Arjuna Utara No.9 Jakarta, Indonesia

*Korespondensi Penulis: wahids.wgn@gmail.com

Evaluasi Surveilans Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular (PTM) Berbasis Data Kegiatan "Posbindu PTM"

Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Vol. 30 No. 3, September 2020, 241– 256

Sejak tahun 2013, Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P2PTM) menyelenggarakan surveilans faktor risiko PTM berbasis web dengan sumber data kegiatan "Posbindu PTM". Evaluasi surveilans seharusnya dilakukan secara periodik untuk menilai pencapaian tujuan dan manfaat yang ditargetkan. Namun, semenjak surveilans diselenggarakan secara nasional belum dilakukan evaluasi secara khusus. Artikel ini bertujuan memperoleh informasi tentang pemanfaatan dan permasalahan dalam pelaksanaan surveilans faktor risiko PTM bersumber data Posbindu PTM. Metode penelitian dilakukan melalui tinjauan secara sistematis terhadap artikel terkait pelaksanaan surveilans faktor risiko PTM bersumber data Posbindu PTM pada tahun 2014-2020. Pencarian artikel menggunakan mesin pencari dengan kata kunci surveilans PTM, Posbindu PTM, dan surveilans Posbindu pada Juni 2020. Terdapat 12 artikel yang sesuai kata kunci dan lima artikel yang memenuhi kriteria. Hasil tinjauan menunjukkan instrumen pengumpulan data dan petunjuk teknis surveilans faktor risiko PTM berbasis web dapat dimanfaatkan petugas surveilans dengan baik. Sistem informasi web dinilai sederhana, akseptabel, memiliki sensitivitas serta stabilitas tinggi, dan tepat waktu. Pengumpulan, pengolahan, dan analisis data secara otomatis sangat mempermudah pelaksanaan surveilans. Hasil analisis sistem informasi sudah sesuai kebutuhan perencanaan. Hasil surveilans bermanfaat untuk penyuluhan/konseling dan untuk penelitian mahasiswa. Permasalahan pelaksanaan surveilans adalah keterbatasan jumlah petugas terlatih, tidak adanya anggaran operasional, keterbatasan cakupan

penduduk, kurangnya sarana prasarana, gangguan sinyal internet, dan keterbatasan peladen (*server*). Petugas umumnya belum menginterpretasikan hasil dan kurang melakukan diseminasi karena keterbatasan kemampuan. Surveilans Faktor Risiko PTM berbasis web bersumber data kegiatan "Posbindu PTM" dapat dilaksanakan, namun belum sistematis. Peningkatan jumlah dan kemampuan petugas, khususnya dalam interpretasi data, peningkatan sarana prasarana surveilans perlu dilakukan untuk meningkatkan manfaat serta pencapaian tujuan pencegahan dan pengendalian PTM di masyarakat.

Kata kunci: surveilans; penyakit tidak menular; PTM; faktor risiko; posbindu PTM

WJ 342

Nova Muhani* dan Nurhalina Sari¹

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Malahayati, Jln. Pramuka No.27, Kemiling, Bandar Lampung, Lampung, Indonesia

*Korespondensi Penulis : muhaninova@gmail.com

Kesintasan Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di Rumah Sakit Abdul Moeloek Lampung Tahun 2017-2018

Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Vol. 30 No. 3, September 2020, 257– 264

Penyakit tidak menular (PTM) menjadi masalah kesehatan di berbagai belahan dunia. Salah satu PTM yang menjadi masalah kesehatan adalah penyakit ginjal kronik (PGK). PGK merupakan masalah kesehatan masyarakat global dengan prevalensi dan insidens gagal ginjal yang terus meningkat, prognosis yang buruk dan memerlukan biaya perawatan yang tinggi. PGK merupakan penyebab kematian secara global. Penyebab PGK terbesar adalah komorbiditas dengan diabetes melitus tipe 2. Kematian tertinggi terjadi pada kurang dari 12 bulan pertama menjalani hemodialisis yaitu sebesar 78,1%. Tujuan untuk mengetahui umur, jenis kelamin, lama ketahanan hidup pasien PGK yang menjalani hemodialisis berdasarkan komorbiditas diabetes melitus tipe 2. Desain penelitian kohort retrospektif dengan sampel sebesar 201 responden. Penelitian menggunakan data dari laporan harian unit hemodialisis yaitu pasien yang menjalani hemodialisis kemudian dilakukan observasi selama 12 bulan. Variabel *outcome* kematian dan faktor risikonya (diabetes, umur, dan jenis kelamin). Analisis yang digunakan analisis survival dengan *cox regression*. Hasil penelitian terjadi kematian sebesar 37,8%, pasien PGK dengan komorbiditas diabetes melitus 24,9%. Responden hemodialisis berdasarkan jenis kelamin Laki-laki (45,3%) dan perempuan (54,7%) umur kurang dari 45 tahun 27,4%. Hasil uji statistik diperoleh kelompok tidak diabetes melitus memiliki kesintasan 3,1 kali lebih tinggi dibandingkan kelompok diabetes melitus (p Value = 0,01).

Kata kunci: kesintasan; penyakit gagal ginjal; diabetes melitus; hemodialisis

Agus Dwi Harso*, Hadjar Siswanto, dan Armaji Kamaludi Syarif

Pusat Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Jln. Percetakan Negara No.29 Jakarta, Indonesia
*Korespondensi Penulis: agusdh08@gmail.com

Hubungan Status Akreditasi Puskesmas dengan Capaian Program *Antenatal Care*

Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Vol. 30 No. 3, September 2020, 265 – 270

Salah satu upaya pemerintah menurunkan AKI yang masih tinggi adalah dengan pelaksanaan program *Antenatal Care* (ANC) di puskesmas. Selain itu, pemerintah juga melakukan akreditasi puskesmas untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang dimulai tahun 2015, sehingga diharapkan capaian ANC meningkat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan status akreditasi terhadap capaian ANC di puskesmas. Desain penelitian ini adalah *cross-sectional* dengan sampel penelitian sebanyak 103 puskesmas terakreditasi. Sebaran sampel puskesmas dilihat berdasarkan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) tahun 2013 dengan dikategorikan sebagai IPKM rendah, sedang, dan tinggi. Analisis hubungan status akreditasi dengan program capaian K4 digunakan uji *chi-square*. Hasil dari penelitian ini menunjukkan mayoritas puskesmas yang menjadi sampel terdistribusi pada wilayah dengan IPKM tinggi dan sedang. Hasil analisis *chi-square* hubungan antara status akreditasi dengan ketercapaian K4 menunjukkan nilai $p=0,034$. Hasil regresi logistik menunjukkan bahwa jika dibandingkan dengan puskesmas terakreditasi utama-paripurna, puskesmas terkaregreditasi dasar mempunyai OR = 0,224 (95%CI: 0,064 - 0,786) dengan nilai $p = 0,020$ terhadap proporsi capaian K4. Sedangkan puskesmas terkaregreditasi madya mempunyai OR = 0,517 (95% CI: 0,146 - 1,828) dengan nilai $p = 0,306$. Kesimpulan penelitian ini adalah status akreditasi puskesmas berhubungan dengan proporsi capaian K4. Proporsi capaian K4 meningkat seiring meningkatnya status akreditasi puskesmas. Puskesmas terakreditasi dasar mempunyai peluang untuk tercapainya K4 sebesar 0,224 lebih rendah dibandingkan puskesmas terakreditasi utama - paripurna. Tidak ada perbedaan yang signifikan antara puskesmas terakreditasi madya dengan puskesmas terakreditasi utama-paripurna terhadap proporsi capaian K4.

Kata kunci: akreditasi; puskesmas; *antenatal care*; ANC; capaian K4

Yani Handayani,^{1*} Dewi Marhaeni Diah Herawati,² Merry Wijaya,² dan Deni Kurniadi Sunjaya,²

¹Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Padjadjaran, Jl. Eijkman No. 38, Bandung, Jawa Barat, Indonesia

²Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran, Jl. Eijkman No. 38, Bandung, Jawa Barat, Indonesia

*Korespondensi Penulis : yanihandayani@gmail.com

Pengaruh Konseling dengan Pendekatan *Transtheoretical Model* terhadap Kepatuhan Membayar Iuran Peserta Bukan Penerima Upah di Kota Cimahi

Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Vol. 30 No. 3, September 2020, 271 – 280

Kepatuhan Peserta bukan Penerima Upah (PBPU) akan mempengaruhi ketepatan membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model* dapat mempengaruhi kepatuhan PBPU membayar iuran. *Transtheoretical Model* menyebutkan bahwa perubahan perilaku adalah proses yang terjadi secara bertahap, berusaha untuk mengubah perilaku untuk bergerak melalui tahapan yang berbeda menggunakan berbagai proses untuk mendapatkan perubahan dari satu tahap ke tahap berikutnya sampai perilaku yang diinginkan tercapai. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model* terhadap kepatuhan PBPU membayar iuran di Kota Cimahi. Penelitian ini menggunakan *design mixed method* dengan strategi *sequential exploratory*. Pemahaman dan persepsi kader tentang program JKN dan *Transtheoretical Model* diketahui dari hasil kualitatif. Penelitian kuantitatif menganalisis pengaruh konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model* terhadap kepatuhan PBPU. Sampel ditentukan dengan cara *purposive sampling* didapatkan 7 responden sampel kualitatif dan 28 responden sampel kuantitatif. Data kualitatif dikumpulkan melalui wawancara mendalam kemudian ditranskripsi, koding, kategorisasi, dan pembuatan tema. Uji pengaruh konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model* dilihat dari perubahan tahap perilaku di kunjungan pertama dan kunjungan kedelapan (*pre* dan *post test*) diolah menggunakan SPSS. Hasil kualitatif menunjukkan kader memiliki persepsi dan pemahaman yang baik tentang program JKN, namun persepsi dan pemahaman tentang konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model* belum seluruhnya mengetahui dan memahami. Hasil analisis kuantitatif menunjukkan bahwa konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model* berpengaruh terhadap kepatuhan PBPU ($p=0,00$). Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan PBPU dalam membayar iuran antara lain, motif menjadi peserta, kemudahan akses, pengalaman akses JKN, ekonomi, kemampuan PBPU, keyakinan, dan kebijakan.

Kata kunci : konseling; *transtheoretical model*, kepatuhan PBPU; JKN

Abstract Sheet

This abstract sheet may reproduced/copied without permission or charge

WA 308

Eva Sulistiowati,^{1*} Tetra Fajarwati,¹ dan Trihono²

¹Pusat Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jln. Percetakan Negara No.29 Jakarta Pusat 10560, Indonesia

²Health Policy Unit (HPU) Kementerian Kesehatan RI, Jln. H.R. Rasuna Said Kav. 4-9 Jakarta

*Author's Correspondence: evasulistiowati@gmail.com

Family Approach Management as a Focus Topic in Healthy Family Training

Media of Health Research and Development, Vol. 30 No. 3, September 2020, 199 – 210

Healthy Family Training is an important stage of implementing the Healthy Indonesia Program with a Family Approach (PISPK) to provide qualified surveyors that they are able to carry out PISPK according to the guidelines in Permenkes No. 39/2016. The results of the 2019 PISPK implementation evaluation show that the implementation of PISPK has not been optimal. Only a quarter of trained puskesmas have conducted data analysis and utilization. This paper aims to evaluate the implementation of KS training. The analysis is part of the Implementation Research with Participatory Action Research in five Health Training Centers which was conducted in two stages. The first stage was carried out in Bandar Lampung Lampung in 2017, while the second stage (2018) was carried out in Banjarmasin (South Kalimantan), Gombong (Central Java), Palu (Central Sulawesi), and Kupang, East Nusa Tenggara (NTT). The researchers act as consultants, as well as monitor the implementation of training according to monitoring instruments, and conduct in-depth interview with informants in charge of the provincial, district/city health offices, head of the puskesmas. Data were analyzed qualitatively and arranged thematically. The results show that the preparation and process of KS training in five Health Centers in Indonesia has been carried out quiet well. The training implementation team is formed based on the assignment decree, the trainers have methodological and technical competences. The suitability of participants with the criteria ranges from 90-100%. The facilities and infrastructure at the training venue are adequate, but the wi-fi signal is not strong enough. The learning process shows that the delivery of material is still program-oriented, the topic most discussed by the participants was Family Approach Management and KS Application (MI7), the material delivery of material is considered less applicable (not yet describing implementation in the field). Suggestions for the training material

to focus on the the topic MI7, delivery is presented in simulation, and supported by wi-fi with sufficient bandwidth. It is necessary to strengthen the topic of field organization, data management and analysis, as well as the preparation of a plan for proposed activities.

Keywords: healthy family; subject; training; PISPK; the healthy Indonesia

WS 125

Rukmini,^{1*} Eka Fatmawati,² Yuli Trisnanto,³ dan Yunita Fitrianti¹

¹UPF Inovasi Teknologi Kesehatan, Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Jln. Indrapura No. 17 Surabaya, Jawa Timur, Indonesia

²Dinas Kesehatan Kabupaten Mamaju, Jln. Pemuda No.2 Kabupaten Mamuju Provinsi Sulawesi Barat, Indonesia

³Seksi Intelegen dan Penindakan Keimigrasian, Kantor Imigrasi Kelas II, Jln. Panglima Sudirman, Caruban Kabupaten Madiun 63153, Jawa Timur, Indonesia

*Author's Correspondence: imas_yatno@yahoo.co.id

Program Intervention Strategy and The Utilization of Local Potentials in Efforts to Improve Exclusive Breastfeeding Coverage in Balangan District

Media of Health Research and Development, Vol. 30 No. 2, June 2020, 211 – 224

Exclusive breastfeeding is the initial stage in nutritional intake for children. Problems that occur because the pattern of breastfeeding is not in accordance with the concept of exclusive breastfeeding, such as providing complementary foods with breast milk (MP-ASI) earlier. This paper is a policy article, based on the results of qualitative research with a health ethnographic approach, to determine the factors that influence the low coverage of exclusive breastfeeding. The research was conducted in Mauya Village (ethnic Banjar) and Marajai Village (ethnic Dayak Meratus), Balangan District, South Kalimantan. The main informants are mothers who have babies 0-6 months (16 people), while the informants who support village midwives (2 people), traditional / community leaders (2 people) and health workers (2 people). Data collection by participant observation, in-depth interviews and unstructured interviews, audio-visual documentation and secondary data search in facilities and health workers. The results show that the practice of exclusive breastfeeding in Mauya Village and Marajai Village, Balangan Regency is still low influenced by several factors, namely aspects of maternal and infant health,

availability of health care workers and facilities, social, economic, cultural, geographic conditions, access to information media. It can be concluded that there are 3 main factors, namely predisposing, enabling, and driving factors that are interrelated in the practice of exclusive breastfeeding. This article recommends that program intervention efforts to overcome the problem of exclusive breastfeeding, it is necessary to carry out comprehensive and integrated intervention both in improving the quality of health service programs, community empowerment and cross-sector cooperation and utilization of local cultural potentials.

Keywords : exclusive breastfeeding; program strategy; policy; health ethnography; local potentials

WM 295

Windi Wiyarti, Della Alifah, Siti Fitriyani, Bella Isma Latifah, Irawati, dan Hoirun Nisa*

Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, UIN Syarif Hidayatullah Jakarta, Jln. Kertamukti No. 5 Ciputat, Tangerang Selatan, Banten, Indonesia

*Author's Correspondence: hoirun.nisa@uinjkt.ac.id

Factors Related to the Implementation of No-Smoking Areas (KTR) at UIN Syarif Hidayatullah Jakarta in 2019

Media of Health Research and Development, Vol. 30 No. 2, June 2020, 225 – 232

According to South Tangerang City Regional Regulation No. 4 of 2016 concerning Non-Smoking Areas (KTR) in Article 2 states that teaching-learning places including universities are places that are obliged to become smoke-free areas, but in fact not all faculties at UIN Syarif Hidayatullah Jakarta have a Dean's Decree regarding the implementation of KTR. This research was conducted to determine the factors associated with the implementation of KTR at UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. This study used a cross sectional design which was conducted at UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. The sample size is 379 respondents. Sampling using the cluster random sampling method. The analysis used the binary logistic regression test. The results showed that as many as 64.4% of the respondents were less than 20 years old and 50.1% of the respondents were male. In faculties that implement KTR, respondents who smoke less (2.3%), have better knowledge of smoking (97.7%), attitudes towards smoking behavior (97.7%), have better knowledge of KTR (94.3%), attitudes towards the application of KTR (97.7%) and most of them support KTR (95.4%) compared to respondents in faculties who did not apply KTR. The multivariate results using the binary logistic regression test showed a relationship between age ($p = 0.033$), gender ($p = 0.041$), smoking status ($p = 0.042$), attitudes towards smoking behavior ($p = 0.030$) and knowledge of KTR ($p = 0.005$) respondents with the application of KTR. The conclusion is that the variable that most influences the implementation of KTR at UIN Syarif Hidayatullah Jakarta is knowledge of KTR. The results of this study recommend the need for education to increase knowledge about KTR in faculties that have

not implemented KTR so that UIN Syarif Hidayatullah Jakarta can become a smoke-free campus.

Keywords : no smoking area; KTR; students, knowledge; attitude; smoking

WG 340

Vinda Prihartini Rahmatillah¹, Tantut Susanto², dan Kholid Rosyidi Muhammad Nur³

¹Fakultas Keperawatan Universitas Jember, Jln. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember Jawa Timur, Indonesia

²Departemen Keperawatan Komunitas, Keluarga, dan Gerontik Fakultas Keperawatan, Universitas Jember. Jln. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember Jawa Timur, Indonesia

³Departemen Dasar Keperawatan dan Keperawatan Dasar Universitas Jember. Jln. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember Jawa Timur, Indonesia

*Author's Correspondence: tantut_s.psik@unej.ac.id

The Correlation of Characteristic, Body Mass Index, and Blood Pressure Among Older People in Posbindu

Media of Health Research and Development, Vol. 30 No. 2, June 2020, 233 – 240

The aging process and changes in the gastrointestinal make the elderly experience health problems in maintaining body mass index (BMI), due to consuming unhealthy nutrition. This can cause the elderly to experience hypertension. The objective of this study was to analyze the relationship between characteristic, BMI and Blood Pressure (BP) in the elderly in Integrated Development Post (posbindu), Bondowoso District. Descriptive analytic research using cross-sectional design on 95 elderly chosen based on cluster random sampling. Data collection was carried out by interview to measure socio-demography status and measurement of BP, weight, and height of the elderly using spigmomanometer, scales and measuring tape. Analysis of the relationship between BMI and BP using spearman rank correlation test. The results showed that most BMI was normal ($22,18 \pm 3,833$). As for systolic blood pressure with median 130.0 mmHg (120.0 – 150.0 mmHg) and diastolic with median 80.0 mmHg (72.0 – 90.0 mmHg). There was no relationship between BMI and systolic BP ($r = 0,155$; $p = 0,134$) and diastolic BP ($r = 0,200$; $p = 0,052$). However, there was a significant relationship between history of hypertension and systolic BP ($Z = -6,351$; $p = \leq 0,001$) and diastolic BP ($Z = -5,834$; $p = \leq 0,001$) in the elderly. BMI is not related to BP both systolic and diastolic. However, a history of hypertension is associated with systolic and diastolic BP in the elderly in posbindu, Bondowoso district. Therefore, it is necessary to control BMI, so that normal BMI can be maintained and BP is more controlled through the elderly in posbindu.

Keywords: body mass index; BMI; blood pressure; elderly; posbindu

WC 100

Ekowati Rahajeng¹ dan Mugi Wahidin^{2,3*}

¹Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jln. Percetakan Negara No.29 Jakarta Pusat 10560, Indonesia.

²Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jln. Percetakan Negara No.29 Jakarta Pusat 10560, Indonesia

³Universitas Esa Unggul, Jln. Arjuna Utara No.9 Jakarta, Indonesia

*Author's Correspondence: wahids.wgn@gmail.com

Evaluation of Non Communicable Diseases Risk Factors Surveillance Based on "Posbindu PTM" Data Activities

Media of Health Research and Development, Vol. 30 No. 2, June 2020, 241– 256

Since 2013, Directorate of NCD Prevention and Control has conducted web-based NCD risk factors surveillance with the data source from the 'Posbindu PTM' activity. Evaluation of the surveillance should be conducted periodically to assess achievement of objectives and target benefits. However, since the surveillance conducted nationally, there has not been a specific evaluation. This article aimed to obtain information about the utilization and problems in implementing NCD risk factors surveillance based on "Posbindu PTM" data. The research method was carried out through a systematic review of articles related to the implementation of NCD risk factor surveillance based on Posbindu PTM data in 2014 to 2020. The articles were searched using a search engine with keywords NCD surveillance, Posbindu PTM, Posbindu surveillance, in June 2020. There were 12 articles that match the keywords and five articles that meet the criteria. The results of the review showed that the data collection instruments of and technical guideline for surveillance of web-based NCD risk factors can be utilized by surveillance officers. The web information system is considered simple, acceptable, has high sensitivity and stability, and is timely. Automatic data collection, processing and analysis greatly facilitate surveillance. The results of the information system analysis are in accordance with the planning requirement. The results of surveillance are useful for outreach / counseling and for student research. The problems in implementing surveillance are the limited number of trained officers, no operational budget, limited population coverage, lack of infrastructure, interference with internet signals and limited peladens. Officers generally have not interpreted the results and disseminate less because of their limited abilities. The web-based PTM risk factor surveillance based on "Posbindu PTM" activity data can be implemented, but not systematically. Increasing the number and capacity of officers, especially in data interpretation improvement of surveillance facility is necessary to increase the benefits and achievement of the goal of prevention and control of PTM/NCD in the community.

Keywords: surveillance; non communicable diseases; NCD; risk factors; posbindu

WJ 342

Nova Muhani* dan Nurhalina Sari¹

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Malahayati, Jln. Pramuka No.27, Kemiling, Bandar Lampung, Lampung, Indonesia

*Author's Correspondence: muhaninova@gmail.com

Survival of Chronic Kidney Disease through Hemodialysis in Abdul Moeloek Hospital Lampung 2017-2018

Media of Health Research and Development, Vol. 30 No. 2, June 2020, 257– 264

Non-communicable diseases (NCD) have become health problems in various parts of the world. One of NCD which is a health problem is chronic kidney disease (CKD). CKD is a global public health problem with an increasing prevalence and incidence of kidney failure, poor prognosis and high cost of care. CKD is a cause of death globally, the biggest cause of CKD is comorbidity with type 2 diabetes mellitus. The highest mortality occurred in less than the first 12 months of hemodialysis, which was 78,1%. The purpose of this study was to determine the age, sex, duration of survival of CKD patients undergoing hemodialysis based on comorbidity of type 2 diabetes mellitus. Retrospective cohort study designis used a, with a sample of 201 respondents. The study used data from the daily reports of the hemodialysis unit, namely patients who under went hemodialysis and then observed for 12 months. The outcome variable for mortality and its risks factors (diabetes, age, and gender). The analysis used survival analysis with cox regression. The results of the study were 37.8% of deaths occurred, CKD patients with with diabetes mellitus comorbidity 24.9%. Respondents on hemodialysis are based on gender were male (45,3%) and female (54,7%) ages less than 45 years (27.4%).The Statistical test results obtained from non-diabetes mellitus group had a 3.1 times higher survival rate than the diabetes mellitus group (p value = 0.01).

Keywords: survival; chronic kidney disease; diabetes mellitus; hemodialysis

W 84

Agus Dwi Harso*, Hadjar Siswanto, dan Armaji Kamaludi Syarif

Pusat Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Jln. Percetakan Negara No.29 Jakarta, Indonesia

*Author's Correspondence: agusdh08@gmail.com

Relationship between Primary Health Center Accreditation Status and Antenatal Care Program Achievements

One of the government's efforts to reduce MMR, which is still high, is the implementation of the Antenatal Care (ANC) program at the primary health center (PHC). Besides, the government also accredits PHC to improve the quality of health services starting in 2015, so it is hoped that ANC achievements will increase. This study aims to determine the relationship between accreditation status and ANC achievements in PHC. The study design was cross-sectional with a sample of 103 accredited PHC. The distribution of PHC samples is seen based on the 2013 Public Health Development Index (IPKM) categorized as low, medium, and high. Analysis of the relationship between accreditation status and the K4 achievement program used the chi-square test. The results of this study indicate that the majority of the PHC in the sample are distributed in areas with a high and medium IPKM areas. The relationship between accreditation status and K4 achievement showed a value of $p = 0.034$. The logistic regression results showed that when compared with primary - complete accredited PHC, basic PHC had OR = 0.224 (95% CI: 0.064 - 0.786) with $p = 0.020$ to the proportion of K4 achievements. Meanwhile, the middle PHC had OR = 0.517 (95% CI: 0.146 - 1.828) with a p -value = 0.306. This study concludes that the accreditation status of PHC is related to the proportion of K4 achievements. The proportion of K4 achievements increases with the increase in the level of PHC accreditation. A basic accredited PHC has a chance to achieve K4 by 0.224, lower than a primary – complete accredited PHC. There was no significant difference between middle accredited PHC with primary - complete PHC for the proportion of K4 achievement.

Keywords: accreditation; primary health center; antenatal care; ANC; K4 achievement

WM 55

Yani Handayani,^{1*} Dewi Marhaeni Diah Herawati,² Merry Wijaya,² dan Deni Kurniadi Sunjaya,²

¹Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Padjadjaran, Jl. Eijkman No. 38, Bandung, Jawa Barat, Indonesia

²Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran, Jl. Eijkman No. 38, Bandung, Jawa Barat, Indonesia

*Author's Correspondence: yanihandayani@gmail.com

The Effect of Counseling with the Transtheoretical Model Approach on Compliance Paying Contribution to Non-wage Participants in Cimahi City

Non-Wage Participant Compliance (PBPU) will affect to the accuracy of paying the National Health Insurance Program (JKN). Counseling with the Transtheoretical Model approach can affect PBPU's compliance in paying contributions. The objective

of this study is to analyze the effect of counseling with the Transtheoretical Model approach to the compliance of PBPU paying dues in Cimahi city. This study uses a mixed method design with a sequential exploratory strategy. Cadre's understanding and perceptions about the JKN program and the Transtheoretical Model are known from the qualitative results. Quantitative research analyzes the effect of counseling with the Transtheoretical Model approach to PBPU compliance. The sample was determined by means of purposive sampling, obtained 7 qualitative sample respondents and 28 for quantitative samples. Qualitative data were collected through in depth interviews and then transcribed, coding, categorizing, and creating themes. Counseling influence test with the Transtheoretical Model approach can be seen from the change in behavior stages at the first visit and the eighth visit (pre and post test) processed using SPSS. Qualitative results show that the cadres have a good perception and understanding on the JKN program, but perceptions and understanding of counseling with the transtheoretical model approach are not all known and understood. The results of quantitative analysis showed that counseling with the Transtheoretical Model approach affected PBPU compliance ($p = 0.00$). Factors that influence PBPU's compliance in paying fees include, motives for being a participant, ease of access, JKN access experience, economy, PBPU's ability, beliefs and policies

Keywords: counseling; transtheoretical model; PBPU compliance; JKN

Manajemen Pendekatan Keluarga sebagai Fokus Materi dalam Pelatihan Keluarga Sehat

Family Approach Management as a Focus Topic in Healthy Family Training

Eva Sulistiowati,^{1*} Tetra Fajarwati,¹ dan Trihono²

¹Pusat Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jln. Percetakan Negara No. 29 Jakarta Pusat 10560, Indonesia

²Health Policy Unit (HPU) Kementerian Kesehatan RI, Jln. H.R. Rasuna Said Kav. 4-9 Jakarta Selatan 12950, Indonesia

*Korespondensi Penulis: evasulistiowati@gmail.com

Submitted: 14-05-2020, *Revised:* 25-08-2020, *Accepted:* 22-09-2020

DOI: <https://doi.org/10.22435/mpk.v30i3.3208>

Abstrak

Pelatihan Keluarga Sehat (KS) merupakan tahap penting pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISPK) untuk menyediakan surveyor yang berkualitas, sehingga mampu melaksanakan PISPK sesuai pedoman dalam Permenkes No. 39 Tahun 2016. Hasil evaluasi implementasi PISPK 2019, menunjukkan bahwa pelaksanaan PISPK belum optimal. Hanya seperempat puskesmas terlatih yang telah melakukan analisis dan pemanfaatan data. Tulisan ini bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan pelatihan KS. Analisis merupakan bagian dari Riset Implementasi dengan *Participatory Action Research* (PAR) di lima Balai Pelatihan Kesehatan yang dilakukan dalam dua tahap. Tahap pertama dilakukan di Bandar Lampung (Lampung) pada tahun 2017, sedangkan tahap ke-2 (2018) dilakukan di Banjarmasin (Kalimantan Selatan), Gombong (Jawa Tengah), Palu (Sulawesi Tengah), dan Kupang Nusa Tenggara Timur (NTT). Peneliti sebagai konsultan sekaligus memonitor pelaksanaan pelatihan sesuai instrumen monitoring serta melakukan wawancara mendalam dengan informan penanggung jawab KS Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, serta Kepala Puskesmas. Data dianalisis secara kualitatif dan disusun berdasarkan tematik. Hasil menunjukkan bahwa persiapan dan proses pelatihan KS di lima Balai Pelatihan Kesehatan di Indonesia telah dilakukan dengan cukup baik. Tim pelaksana pelatihan dibentuk berdasarkan SK penugasan, pelatih memiliki kompetensi metodologi dan teknis. Kesesuaian peserta dengan kriteria berkisar 90-100%. Sarana dan prasarana di tempat pelatihan sudah memadai, namun sinyal jaringan nirkabel kurang kuat. Proses pembelajaran menunjukkan bahwa penyampaian materi masih berorientasi pada masing-masing program; topik yang paling banyak didiskusikan oleh peserta adalah Manajemen Pendekatan Keluarga dan Aplikasi KS (MI7); penyampaian materi dinilai kurang aplikatif (belum menggambarkan implementasi di lapangan). Saran agar materi pelatihan berfokus pada topik MI7, penyampaian disajikan dalam bentuk simulasi, dan ditunjang dengan jaringan nirkabel dengan *bandwidth* yang cukup. Diperlukan penguatan topik pengorganisasian lapangan, pengelolaan dan analisis data, serta penyusunan rencana usulan kegiatan.

Kata Kunci: keluarga sehat; materi; pelatihan; Indonesia sehat; PISPK

Abstract

Healthy Family Training is an important stage of implementing the Healthy Indonesia Program with a Family Approach (PISPK) to provide qualified surveyors that they are able to carry out PISPK according to the guidelines in Permenkes No. 39/2016. The results of the 2019 PISPK implementation evaluation

show that the implementation of PISPK has not been optimal. Only a quarter of trained puskesmas have conducted data analysis and utilization. This paper aims to evaluate the implementation of KS training. The analysis is part of the Implementation Research with Participatory Action Research in five Health Training Centers which was conducted in two stages. The first stage was carried out in Bandar Lampung Lampung in 2017, while the second stage (2018) was carried out in Banjarmasin (South Kalimantan), Gombong (Central Java), Palu (Central Sulawesi), and Kupang, East Nusa Tenggara (NTT). The researchers act as consultants, as well as monitor the implementation of training according to monitoring instruments, and conduct in-depth interview with informants in charge of the provincial, district/city health offices, head of the puskesmas. Data were analyzed qualitatively and arranged thematically. The results show that the preparation and process of KS training in five Health Centers in Indonesia has been carried out quiet well. The training implementation team is formed based on the assignment decree, the trainers have methodological and technical competences. The suitability of participants with the criteria ranges from 90-100%. The facilities and infrastructure at the training venue are adequate, but the wi-fi signal is not strong enough. The learning process shows that the delivery of material is still program-oriented, the topic most discussed by the participants was Family Approach Management and KS Application (MI7), the material delivery of material is considered less applicable (not yet describing implementation in the field). Suggestions for the training material to focus on the the topic MI7, delivery is presented in simulation, and supported by wi-fi with sufficient bandwidth. It is necessary to strengthen the topic of field organization, data management and analysis, as well as the preparation of a plan for proposed activities.

Keywords: healthy family; subject; training; PISPK; the healthy Indonesia

PENDAHULUAN

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PISPK) merupakan kegiatan yang mengintegrasikan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) secara berkesinambungan dengan fokus pada keluarga, berdasarkan data dan informasi dari Profil Kesehatan Keluarga (Prokesga). Suatu keluarga dinyatakan sehat atau tidak dinilai dari dua belas indikator utama penanda status kesehatan. Kedua belas indikator utama tersebut adalah: 1) keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB); 2) ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan; 3) bayi mendapat imunisasi dasar lengkap; 4) bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif; 5) balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan; 6) penderita tuberkulosis (TB) paru mendapatkan pengobatan sesuai standar; 7) penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur; 8) penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan; 9) anggota keluarga tidak ada yang merokok; 10) keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN); 11)

keluarga mempunyai akses sarana air bersih, dan 12) keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat. Berdasarkan indikator tersebut, dilakukan penghitungan Indeks Keluarga Sehat (IKS).¹ Program ini bertujuan untuk meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan komprehensif, mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan, mendukung pelaksanaan JKN, dan mendukung tercapainya tujuan Program Indonesia Sehat dalam Renstra Kemenkes 2015-2019.^{1,2}

Dalam kegiatan PISPK, puskesmas langsung berkunjung ke keluarga, tidak hanya mengandalkan Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang ada, sehingga masalah kesehatan dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang dihadapi keluarga dapat dikenali secara lebih menyeluruh. Kegiatan yang dilakukan dalam PISPK meliputi wawancara keluarga dalam Prokesga dan peremajaan pangkalan data; promosi kesehatan sebagai upaya promotif dan preventif; menindaklanjuti pelayanan kesehatan dalam gedung; pemanfaatan informasi yang didapat dari Prokesga untuk

pemberdayaan masyarakat dan manajemen puskesmas.² Pelaksanakan PISPK terintegrasi dalam manajemen puskesmas dengan melakukan persiapan, perencanaan meliputi kunjungan keluarga, intervensi, pengelolaan dan analisis data yang digunakan sebagai dasar penyusunan kegiatan (P1), pergerakan-pelaksanaan (P2), dan pengawasan-pengendalian (P3) sesuai dengan Buku Pedoman Pelaksanaan PISPK.¹

Langkah awal implementasi PISPK untuk mencapai tujuannya adalah dengan melakukan pelatihan. Pemahaman konsep dan tahapan pelaksanaannya sangat ditentukan pada saat pelatihan, yang mempersiapkan tenaga surveyor yang berkualitas sehingga mampu mengimplementasikan tahapan PISPK sesuai dengan prosedur yang ditetapkan.³ Pelatihan terkait PISPK diselenggarakan oleh Pusat Pelatihan Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan, Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan melalui Balai Pelatihan Kesehatan (Bapelkes) meliputi pelatihan Keluarga Sehat (KS) bagi lima staf dari setiap puskesmas dan pelatihan Manajemen Puskesmas (MP) bagi Kepala Puskesmas dan Kepala Bagian Tata Usaha. Pada tahun 2016-2017, pelatihan KS dilaksanakan sebelum pelatihan MP, namun pada 2018 pelatihan MP mendahului KS. Hal ini dilaksanakan untuk meningkatkan motivasi dan komitmen Kepala Puskesmas sehingga pascapelatihan diharapkan puskesmas mampu mengimplementasikan PISPK dengan mengintegrasikan sumber daya yang ada (anggaran, program, SDM), membuat analisis dan rencana tindak lanjut dari *family folder* yang terkumpul.⁴ Selain motivasi dari peserta, faktor yang juga mempengaruhi efektifitas pelatihan antara lain fasilitator, materi yang disampaikan, dan metode/teknik pelatihan.^{3,5}

Evaluasi yang dilakukan pada saat awal pelaksanaan PISPK tahun 2016 oleh Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat di sembilan provinsi, menunjukkan bahwa pelaksanaan program ini belum optimal. Baru beberapa kabupaten saja dari sampel yang telah mulai melakukan persiapan dan pendataan awal pascapelatihan. Terdapat dua strategi dalam pengumpulan data, yaitu tiap desa diselesaikan

dulu oleh seluruh tim, dan semua desa dilakukan pendataan secara bersama oleh tim yang berbeda. Pemanfaatan data direncanakan akan dilaksanakan pada tahun berikutnya.⁶ Hasil pendampingan pelaksanaan PISPK di Kabupaten Lampung Selatan 2017 oleh Puslitbang Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan juga menunjukkan bahwa kunjungan keluarga belum dilakukan secara terstruktur. Semua tim disebar ke semua desa dan belum semua keluarga dalam suatu desa dapat diselesaikan karena beberapa kendala, seperti anggota keluarga yang tidak berada di tempat, penolakan warga karena kurangnya sosialisasi. Selain itu, perbedaan persepsi *surveyor* tentang konsep PISPK dan definisi operasional pertanyaan dalam Prokesga, tidak adanya akses *raw data* pada aplikasi KS, dan kurangnya kemampuan analisis data menyebabkan data yang terkumpul belum dapat dianalisis. Selain itu, kendala belum adanya regulasi, dukungan lintas sektor ketersediaan sumber daya, aplikasi KS juga mempengaruhi pelaksanaan PISPK.^{7,8} Data evaluasi PISPK dari Direktorat Yankes Primer tahun 2019 juga menunjukkan bahwa 95,81% dari 6.117 puskesmas sudah dilatih KS, intervensi lanjut baru dilakukan oleh 48,72% puskesmas, sedangkan analisis perubahan IKS baru dilaksanakan oleh 25,29% puskesmas.⁹

Mengingat bahwa pelatihan merupakan kunci awal dalam optimalnya implementasi PISPK, maka perlu dilakukan penilaian pelaksanaan pelatihan keluarga sehat sangat diperlukan. Oleh karena itu, analisis ini dilakukan untuk menilai bagaimana pelaksanaan pelatihan keluarga sehat di lima Balai Pelatihan Kesehatan. Analisis ini diharapkan dapat memberikan masukan perbaikan pelatihan KS.

METODE

Data merupakan bagian dari Riset Implementasi PISPK yang dilaksanakan oleh Puslitbang Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan pada tahun 2017-2018. Riset dilaksanakan dengan metode *Participatory Action Research* (PAR). Peneliti melakukan pendampingan sekaligus pengamatan pelaksanaan pelatihan KS, dan subjek penelitian juga terlibat aktif dalam penelitian.^{10,11} Subjek penelitian

dalam hal ini adalah Kepala Balai Pelatihan Kesehatan (Bapelkes), widyaiswara (WI), peserta pelatihan KS, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota serta Kepala Puskesmas di lokasi penelitian. Kegiatan dilaksanakan di lima Bapelkes yang dalam dua tahap. Tahap pertama dilakukan di Bandar Lampung-Lampung pada tahun 2017, sedangkan tahap ke-2 (2018) di Banjarmasin-Kalimantan Selatan, Gombong-Jawa Tengah, Palu-Sulawesi Tengah, dan Kupang-Nusa Tenggara Timur (NTT). Peneliti yang sebelumnya telah mengikuti *Training of Trainer* (ToT) dan pembekalan tentang PISPK berperan sebagai pendamping dalam pelatihan sekaligus konsultan dalam pelaksanaan PISPK. Untuk meningkatkan pengetahuan dan komitmen puskesmas, berdasarkan kesepakatan tim maka kepala puskesmas ditambahkan sebagai peserta dalam pelatihan KS.

Peneliti melakukan pengamatan dan mencatat dalam instrumen *monitoring* pelatihan. Instrumen berisi mengenai persiapan dan proses pelatihan. Dikatakan baik bila telah memenuhi standar yang ditetapkan dalam pedoman pelaksanaan pelatihan berbasis kompetensi yang diatur dalam Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi No. 8 Tahun 2014 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelatihan Berbasis Kompetensi dan *form monitoring* serupa yang disiapkan oleh Badan PPSDM. Tahap persiapan meliputi menyiapkan sumber daya manusia (pelatih dan peserta), menyiapkan fasilitas pelatihan (peralatan, bahan, tempat, dan modul), menyusun jadwal pelatihan, serta menyiapkan administrasi pelatihan (formulir penilaian). Tahap pelaksanaan meliputi proses (termasuk di dalamnya fasilitator, materi yang disampaikan, metode/teknik pelatihan) dan penilaian pelatihan.¹² Selama proses pengamatan dan pendampingan, peneliti juga dapat berperan sebagai konsultan pelaksanaan PISPK. Selain itu, peneliti juga melakukan wawancara mendalam tentang pelaksanaan PISPK terhadap penanggung jawab KS Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, serta Kepala Puskesmas lokus penelitian. Wawancara mendalam dipandu menggunakan

pedoman wawancara dan dicatat menjadi suatu transkrip.¹³

Data selanjutnya dianalisis secara kualitatif dan transkrip dibuat menjadi matriks secara tematik. Hasil pengamatan kemudian dilakukan *crosscheck*/dikombinasikan dengan wawancara mendalam. Izin penelitian diperoleh dari Komisi Etik Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan dengan No: LB.02.01/5.2/KE.081/2017 dan No: LB.02.01/2/KE.062/2018.

HASIL

Persiapan pelaksanaan pelatihan KS telah dilakukan dengan cukup baik, memenuhi kriteria yang ditetapkan dalam Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi No. 8 Tahun 2014 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelatihan Berbasis Kompetensi (Tabel 1). Tim pelaksana dibentuk berdasarkan Surat Keputusan (SK) penugasan dari Kepala Balai Pelatihan. Pelatih yang merupakan widyaiswara dan pegawai Dinas Kesehatan Provinsi maupun Kabupaten/Kota sudah memenuhi persyaratan dengan memiliki kompetensi metodologi dan teknis, serta sudah mengikuti ToT KS. Tiap puskesmas mengirimkan lima peserta sesuai yang kriteria Badan PPSDM dengan kualifikasi DIII dengan kesesuaian peserta berkisar 90-100%, walaupun ada beberapa yang masih dibawah kriteria (berpendidikan SMA dan D1). Terdapat tambahan peserta dari perwakilan Kepala Puskesmas dan Dinas Kesehatan di Provinsi Lampung dan Nusa Tenggara Timur yang berperan sebagai pendamping para *surveyor*. Dalam pelatihan tersebut, mereka memperoleh pemahaman PISPK yang komprehensif untuk bekal pada saat melakukan persiapan dan pembinaan serta *monitoring* dan evaluasi. Hal ini sesuai dengan kutipan wawancara mendalam sebagai berikut:

“Dengan mengikuti pelatihan KS saya lebih memahami apa itu PISPK dan selanjutnya kami akan segera mengimplementasikannya di wilayah kerja puskesmas kami.”
(Kepala Puskesmas, Lampung Selatan)

Tabel 1. Monitoring Persiapan Pelaksanaan Pelatihan Keluarga Sehat di 5 Balai Pelatihan Kesehatan di Indonesia

Normatif #	Temuan
1) Pembentukan Tim Pelaksana melalui surat penugasan	Memiliki SK/surat penugasan MoT*.
2) Tenaga pelatih memiliki kompetensi metodologi dan kompetensi teknis	Merupakan widyaiswara dan pegawai Dinkes provinsi serta kab/kota yang memiliki kompetensi teknis dan sudah mengikuti ToT* KS.
3) Peserta <ul style="list-style-type: none"> - Jumlah peserta 5 orang/puskesmas - Jumlah peserta satu kelas 30-35 orang - Pendidikan minimal D III kesehatan - Kesesuaian peserta dengan kriteria dalam kurikulum 	<p>Tiap puskesmas mengirimkan lima orang petugas; ada daerah yang mengikutkan peserta dari perwakilan Dinkes atau Kepala Puskesmas sebagai pendamping (tambahan).</p> <p>Tiap kelas terdiri dari 30-35 peserta, namun ada daerah untuk materi aplikasi KS harus digabung ke kelas besar yang berisi 120 peserta.</p> <p>Masih ada provinsi dengan peserta yang berpendidikan SMA dan D1.</p> <p>90-100%.</p>
4) Sarana dan prasarana <ul style="list-style-type: none"> - Ruang kelas yang nyaman, mendukung proses belajar mengajar. - Tersedia LCD, <i>pointer</i>, mikrofon dan sinyal jaringan nirkabel yang cukup di setiap kelas - Bahan pelatihan sesuai kurikulum tersedia dalam jumlah yang cukup - Prokesga dan Pinkesga tersedia dalam jumlah yang cukup - Jadwal pelatihan: materi dan jumlah jpl-nya sesuai dengan struktur program yang diakreditasi 	<p>Ruangan dan fasilitas sudah memadai, walaupun ada beberapa hal yang mengurangi kenyamanan seperti banyak kursi dan meja yang tidak digunakan berada di dalam ruangan dan 2 daerah mengalami kerusakan AC di kelas.</p> <p>Ada daerah dengan mikrofon dalam kelas kurang dan tidak ada <i>pointer</i> yang <i>standby</i>. Sinyal jaringan nirkabel kurang kuat.</p> <p>Modul ajar diberikan pada saat registrasi, dengan jumlah yang cukup.</p> <p>Prokesga diberikan pada saat registrasi dan Pinkesga diberikan pada hari ke-2, lengkap 12 indikator. Ada satu daerah dengan jumlah Pinkesga terbatas, setelah turun lapangan dikembalikan ke panitia.</p> <p>Jadwal diberikan pada saat registrasi; total=35 jpl. Ada daerah yang mengalami perubahan jadwal karena fasilitator berhalangan pada jam yang telah ditentukan.</p>

*MoT: *Master of Trainee*; ToT: *Training of Trainer*
Sesuai dengan Permenakertrans No.8 Tahun 2018

Keikutsertaan pemegang program dari Dinas Kesehatan dalam pelatihan KS juga diperlukan untuk bekal dalam melaksanakan pembinaan di puskesmas. Seperti kutipan wawancara mendalam sebagai berikut:

“Perlu itu... agar mereka bisa paham, kabupaten pada minta itu, kabid, kepala seksi, dengan staf terutama yang di yankes sebagai koordinator PISPK. Agar program ini sukses saat mereka membina membimbing di puskesmas paham. Tahun 2017 pelatihan untuk fasilitator KS ada di Bidang Kesmas, untuk tahun ini belum ada. Perpindahan tugas sebagai koordinator ke bidang yankes tidak paralel dengan transfer

ilmu dari fasilitator yang telah dilatih.”
(Kabid Yankes, Dinkes Kabupaten Sumba Barat)

Sarana dan prasarana di tempat pelatihan sudah memadai. Hanya masih perlu diperhatikan untuk meningkatkan kenyamanan peserta dalam proses belajar mengajar, seperti ruangan AC yang kurang berfungsi baik sehingga proses belajar harus berpindah kelas; tidak adanya *pointer*, LCD yang kurang jelas, sinyal jaringan nirkabel yang kurang kuat di ruang kelas. Jaringan nirkabel sangat dibutuhkan terutama pada materi aplikasi KS dan entri data pascapraktik lapangan (PKL). Modul (buku ajar), Prokesga, dan paket

informasi keluarga (Pinkesga) diberikan kepada setiap peserta pada saat registrasi. Namun ada daerah yang jumlah Pinkesga kurang sehingga hanya dipinjamkan pada setiap peserta pada saat pelatihan, dan ketika pulang hanya diberikan 1 paket per puskesmas. Materi dan jumlah jam pelajaran (jpl) telah disusun berdasarkan struktur program. Tiap kelas terdiri dari 30-35 peserta, sehingga suasana kelas tidak terlalu padat.

Tabel 2 memperlihatkan proses pelatihan. Pembelajaran diawali dengan penjajagan awal (*pre-test*) dan *Building Commitment Learning* (BCL) di setiap kelas agar seluruh peserta dapat saling mengenal. Selama pembelajaran, penyampaian materi berjalan lancar. Materi yang pertama diajarkan adalah kebijakan umum PISPK yang dilakukan dalam 2 jpl di kelas besar. Setelah materi umum, peserta dibagi ke kelas dan mendapatkan materi sesuai dengan kurikulum yang telah disusun. Secara umum, materi yang disampaikan masih berorientasi pada masing-masing program: pelayanan KIA keluarga, gizi, penyakit menular (tuberkulosis), sanitasi lingkungan (air bersih, dan jamban) masing-masing 2 jpl, dan penyakit tidak menular (hipertensi, kesehatan jiwa, dan merokok) 3 jpl. Materi komunikasi efektif disampaikan dalam 3 jpl, namun dirasakan oleh peserta kurang aplikatif karena hanya berupa teori. Materi Manajemen Pendekatan Keluarga (MI7) yang memuat Prokesga, analisis, dan interpretasi data disampaikan dalam 3 jpl.

Pemahaman Definisi Operasional (DO) tiap pertanyaan dalam Prokesga merupakan hal yang paling banyak ditanyakan, dan latihan kasus pengisiannya dirasakan masih kurang variatif. Bahkan materi analisis identifikasi potensi penyebab masalah terkait implementasi PISPK tidak disampaikan. Materi yang berkaitan dengan analisis data PISPK dan pemanfaatannya dalam penyusunan Rencana Usul Kegiatan (RUK) diberikan dalam waktu 2 jpl sehingga penyampaian dilakukan secara terburu-buru (belum optimal). Materi aplikasi KS dilaksanakan dalam 2 jpl juga dirasakan masih kurang. Untuk materi ini, ada provinsi yang menggabungkan menjadi satu kelas besar (120

orang) karena kekurangan fasilitator sehingga proses pembelajaran kurang efektif. Tidak semua peserta membawa laptop, sehingga latihan hanya dapat dilakukan oleh minimal 1 orang dalam 1 tim. Ditambah lagi dengan sinyal jaringan nirkabel yang kurang kuat sehingga proses entri data tidak dapat berjalan lancar.

Pelatih/fasilitator menguasai dan dapat menyampaikan materi dengan baik. Walaupun ada beberapa penyaji membuat tambahan *power point* dengan gambar yang pecah dan tulisan yang kecil sehingga ketika ditampilkan tidak jelas terlihat/terbaca. Beberapa fasilitator hadir tidak sesuai dengan jadwal mengajar karena ada penugasan mendadak dari atasan. Masih ada perbedaan persepsi fasilitator tentang wawancara yang seharusnya dilakukan pada seluruh Anggota Rumah Tangga (ART), namun ada fasilitator yang menyebutkan dapat diwakili oleh kepala keluarga. Pembelajaran berlangsung lancar hingga larut malam (jam 21.30). Peserta kurang aktif bertanya, baru akan menjawab bila diberikan pertanyaan oleh fasilitator.

Pengamatan pada saat praktik kerja lapangan (PKL), di beberapa daerah masih terlihat koordinasi yang kurang antara panitia dengan supir, petugas puskesmas dan kader untuk menunjukkan rumah yang akan dikunjungi (sempat tersesat), dan keluarga yang disiapkan untuk dikunjungi tidak semuanya berada di rumah. Peralatan (tensimeter) masih kurang, ada peserta yang membawa sendiri namun ada juga yang tidak membawa. Pertanyaan Prokesga masih ditanyakan secara kaku, masih terjadi kesalahan dalam pegisian kuesioner baik tentang kriteria umur dan cara bertanya. Pinkesga belum banyak dimanfaatkan untuk edukasi bila dalam keluarga ditemukan masalah kesehatan, belum dicatat masalah lain yang ada di keluarga. Selanjutnya tiap tim melakukan entri data yang didapat dari keluarga di ruang kelas masing-masing. Namun karena anggota keluarga yang dikunjungi tidak lengkap maka entri data yang dilakukan juga belum lengkap, sehingga IKS keluarga tidak muncul. Selain itu, peserta kesulitan entri karena sinyal jaringan nirkabel kurang kuat (*loma loading*). Sebagai bagian akhir dari pelatihan,

tiap tim menyusun Rencana Tindak Lanjut (RTL) implementasi PISPK. Namun tidak semua dibahas/dipaparkan di depan kelas.

Evaluasi pelatihan dilakukan dengan melakukan *post-test* dan pengisian *form* penilaian pelaksanaan pelatihan dan fasilitator. Rerata nilai *post-test* yang dilakukan lebih tinggi dibandingkan *pre-test*, dan peserta menilai pelaksanaan pelatihan dan fasilitator cukup baik. Peserta merasa jam pelajaran tentang Prokesga dan aplikasi KS masih kurang. Kesempatan entri data kurang karena terkendala dengan sinyal jaringan nirkabel yang kurang kuat. Hasil wawancara pada akhir pelatihan, peserta menyampaikan bahwa dengan pelatihan Keluarga Sehat mereka dapat memahami tujuan pelatihan, dan menyadari bahwa PISPK dibutuhkan dalam upaya peningkatan status kesehatan keluarga di wilayahnya. Seperti kutipan wawancara berikut:

“Setelah mengikuti pelatihan, kami memahami tujuannya dan PISPK sangat penting untuk dilaksanakan karena kami akan mendapatkan gambaran nyata kondisi masyarakat, sehingga pas dalam menyusun rencana kegiatan puskesmas dalam upaya peningkatan status kesehatan masyarakat” (peserta pelatihan, Bapelkes Gombang - Jawa Tengah).

Hasil wawancara terhadap Penanggung Jawab (PJ) KS menunjukkan tidak semua puskesmas yang telah mendapatkan pelatihan KS di tahun 2016 mengimplementasikan PISPK secara langsung pascapelatihan. Hal ini karena PISPK belum menjadi prioritas program, belum ada kebijakan kepala daerah (Peraturan Walikota/Bupati) dan Dinas Kesehatan Provinsi maupun Kabupaten/Kota untuk pelaksanaan PISPK. Hal ini disampaikan dalam wawancara sebagai berikut:

“Tidak ada peraturan, adanya instruksi secara lisan agar dilakukan pendataan KS dan Germas” (Kepala Puskesmas, Lampung Selatan)

Sementara itu, puskesmas yang sudah melaksanakan PISPK belum mengintegrasikan sumber daya yang ada melalui manajemen

puskesmas (sesuai buku pedoman pelaksanaan PISPK). Mereka melakukan kunjungan rumah tanpa melakukan sosialisasi ke masyarakat terlebih dahulu, tidak semua anggota rumah tangga diwawancara, tidak melakukan intervensi langsung, tidak dilakukan kunjungan ulang, Prokesga yang terkumpul hanya ditumpuk dalam kardus, dan belum dilakukan analisis serta pemanfaatan data PISPK untuk menyusun kegiatan puskesmas. Selain belum adanya regulasi, beberapa kendala lain yang dialami oleh seluruh puskesmas lokus yaitu: keterbatasan sumber daya (jumlah *surveyor*, dana, dan *tensimeter*), pemahaman PISPK yang masih belum komprehensif, sinyal internet, tidak adanya *raw data* di puskesmas setelah data di entri, perubahan aplikasi KS. Kendala yang terjadi tersebut disampaikan Kepala Puskesmas, PJ KS, dan *surveyor* di kelima lokus pendampingan dalam rangkaian wawancara sebagai berikut:

“Tidak ada sosialisasi ke masyarakat, kami langsung melakukan pendataan ke rumah-rumah... pemberitahuan hanya kepada kelurahan saja.” (PJ KS Puskesmas, Lampung Selatan)

“Karena keterbatasan tenaga saat kunjungan rumah, maka direncanakan melakukan On Job Training (OJT) baik dari tenaga PNS dan TKS di puskesmas” (Kepala Puskesmas, Lampung Selatan)

“Setelah selesai pendataan, dilakukan pengecekan kuesioner karena dikhawatirkan ada pertanyaan yang belum terisi atau masih kosong. Kemudian dilakukan entri data, tapi masih bermasalah dengan internet.” (*Surveyor*)

“Kunjungan rumah belum di semua desa wilayah kerja, apa bisa menggambarkan kondisi yang ada ?” (*Surveyor*)

“Data entri langsung masuk ke pusat, data yang di entri berbeda dengan hasil yang sudah dikalkulasi di IKS. Kami tidak punya data keluarga.” (PJ KS Puskesmas)

“Data yang di entri belum terekap semua di aplikasi sehingga untuk menentukan IKS belum bisa”. (PJ KS Dinkes Kab)

Tabel 2. Monitoring Proses Pelaksanaan Pelatihan Keluarga Sehat di 5 Balai Pelatihan Kesehatan di Indonesia

Normatif [#]	Temuan
1) Kehadiran tenaga pelatih	Beberapa fasilitator hadir tidak sesuai dengan jadwal mengajar karena ada penugasan mendadak dari atasan.
2) Materi:	Secara umum, materi yang disampaikan masih berorientasi pada masing-masing program (KB, KIA, TB, hipertensi)*; @ 2-3 jpl [§] .
- Kebijakan umum dan konsep dasar PISPK	Dilakukan secara umum (kelas besar) 2 jpl.
- Komunikasi efektif	Dilakukan di kelas sesuai dengan jadwal dalam 2 jpl, namun masih kurang aplikatif dalam pelaksanaan PISPK.
- Manajemen pendataan keluarga	Dilaksanakan di kelas masing-masing, 3 jpl. Beberapa catatan penting: <ul style="list-style-type: none"> - Definisi Operasional (DO) indikator merupakan hal yang sering ditanyakan, - Masih ada perbedaan persepsi fasilitator tentang wawancara seluruh ART, - Latihan kasus pengisian kuesioner dirasa masih kurang. - Subbagian materi yang berkaitan dengan analisis data PISPK dan pemanfaatannya dalam penyusunan RUK diberikan secara terburu-buru (belum optimal), bahkan materi analisis identifikasi potensi penyebab masalah terkait implementasi PISPK tidak disampaikan, - Tidak membahas tentang alokasi biaya pelaksanaan PISPK.
- Manajemen pendataan keluarga (Aplikasi KS)	Dilaksanakan dalam 2 jpl. Ada provinsi yang menggabungkan menjadi satu kelas besar (120 orang). Tidak semua peserta membawa laptop, minimal 1 tim mempunyai 1 laptop.
3) MOT menjalankan fungsinya	Proses pembelajaran berjalan lancar, fasilitator menguasai materi dan dapat menyampaikan dengan baik. Ada beberapa penyaji membuat tambahan paparan dengan gambar yang pecah dan tulisan yang kecil sehingga ketika ditampilkan tidak jelas terlihat dan terbaca, beberapa fasilitator bertukar jadwal mengajar karena ada tugas kedinasan lainnya.
4) Peserta	Peserta tidak terlalu aktif berdiskusi
5) Waktu	Kegiatan belajar berlangsung hingga malam (21.30).
6) Praktik Kerja Lapangan	Koordinasi di lapangan dengan petugas puskesmas, kader, RT/RW di tempat praktik masih kurang, beberapa salah lokasi.
- Perlengkapan	Terbatasnya jumlah tensimeter, Pinkesga sehingga ada peserta yang tidak membawa saat kunjungan rumah.
- Pengisian Prokesga	Masih terjadi kesalahan dalam pengisian kuesioner; tidak semua ART dapat diwawancara.
- Penggunaan Pinkesga	Belum optimal dimanfaatkan sebagai sarana Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) saat kunjungan keluarga
- Entri data	Tiap tim melakukan entri data yang didapat dari keluarga, namun tidak semua peserta mengentri, diajarkan analisis data manual (hitung IKS ^{##}). Sinyal jaringan nirkabel kurang kuat.
7) Penyusunan RTL	RTL dibuat oleh setiap tim, namun tidak semua dibahas/dipaparkan di kelas.
8) Pre dan <i>post-test</i>	Ada <i>pre</i> dan <i>post-test</i> , dengan rerata hasil <i>post-test</i> lebih baik dari <i>pre-test</i> yang disampaikan pada akhir pelatihan.
9) Penilaian pelatihan	Ada penilaian pelaksanaan pelatihan dan fasilitator dari peserta.

*KB: Keluarga Berencana; KIA: Kesehatan Ibu dan Anak; TB: Tuberkulosis

[#] Sesuai dengan Permenkertrans No. 8 Tahun 2014

^{##} IKS: Indeks Keluarga Sehat

[§] jpl: jam pelajaran

Sementara itu, hasil pendampingan menunjukkan bahwa kepala Puskesmas yang diikuti dalam pelatihan KS, menyatakan akan langsung melakukan persiapan untuk mengimplementasikan PISPK di wilayahnya. Seperti kutipan wawancara berikut:

“Puskesmas membentuk tim untuk pengorganisasian persiapan terkait kegiatan KS seperti adanya penunjuk yang bertugas mengurus logistik termasuk penggandaan prokesga dan tensimeter digital, administrasi surat menyurat, keuangan, pengumpulan data riil Kepala Keluarga (KK).” (Kepala Puskesmas, Lampung Selatan)

PEMBAHASAN

Pelatihan merupakan kunci dari pelaksanaan program yang dicanangkan. Pelatihan akan menyebabkan perubahan yang sistematis dari *knowledge, skill, attitude*, dan *behaviour* yang terus mengalami peningkatan yang dimiliki oleh setiap peserta, dan diharapkan dapat mewujudkan sasaran yang ingin dicapai.³ Menurut Byars dan Rue “Pelatihan adalah proses pembelajaran yang melibatkan pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan yang diperlukan untuk mencapai keberhasilan melaksanakan suatu pekerjaan”.¹⁴ Pelatihan KS akan memberikan bekal kepada surveyor tentang konsep dan implementasi PISPK di lapangan dan menciptakan *surveyor* yang memiliki kemampuan serta keterampilan yang berkualitas.

Pascapelatihan KS diharapkan peserta mampu segera melakukan implementasi PISPK dengan baik di wilayah kerja masing-masing sesuai dengan tahapan yang terintegrasi dengan manajemen puskesmas (Buku Pedoman Pelaksanaan PISPK). Tiap tim harus mampu melakukan wawancara seluruh anggota keluarga, mengetahui kondisi dan permasalahan kesehatan yang dihadapi keluarga, edukasi/intervensi awal, analisis, dan interpretasi data. Kemudian bersama dengan Kepala Puskesmas akan merumuskan intervensi lanjutan, serta rencana usulan kegiatan yang akan dilakukan untuk mengatasi permasalahan per wilayah maupun per indikator. Dengan demikian PISPK bukan hanya sekedar mengumpulkan data, namun dapat untuk mendekatkan akses fasilitas kesehatan kepada masyarakat, memberikan pelayanan yang komprehensif guna mewujudkan Indonesia sehat.¹⁵ Tidak hanya itu, *surveyor* terlatih diharapkan mampu melakukan *transfer of knowledge* kepada teman sejawat di puskesmas melalui *On Job Training (OJT)* sekaligus sebagai *leader* dalam tim yang dibentuk. Hal ini mengingat kondisi terbatasnya jumlah SDM yang melakukan kunjungan ke seluruh keluarga yang berada di wilayah puskesmas.⁷

Kepala Puskesmas dan staf Dinas Kesehatan yang mengikuti pelatihan juga akan berdampak positif sebagai regulator dan

motor dalam mempercepat dan memperlancar implementasi PISPK. Pascapelatihan Kepala Puskesmas langsung membentuk tim melalui SK dengan pembagian tugas yang jelas, menyiapkan sumber daya yang ada untuk melaksanakan PISPK di wilayah kerjanya sesuai dengan tahapan manajemen puskesmas.⁷ Penanggung jawab KS Dinas Kesehatan yang belum terpapar PISPK dikarenakan perubahan status koordinator di Dinas Kesehatan juga sangat berpengaruh dalam mengatur kebijakan, mempersiapkan sumber daya, memberikan bimbingan teknis dan *monitoring* evaluasi.¹⁶ Oleh karena itu, pelatihan harus dipersiapkan dan berproses dengan efektif.

Faktor yang mempengaruhi efektivitas pelatihan antara lain adalah kompetensi pelatih/fasilitator, materi, dan metode yang digunakan.³ Pelatih yang memberikan materi PISPK di lima Bapelkes lokus telah memiliki kompetensi, karena sebelumnya sudah mengikuti ToT. Hal ini sejalan dengan pendapat Hamalik bahwa pelatih memegang peran penting terhadap kelancaran dan keberhasilan program pelatihan sehingga perlu dipilih pelatih yang ahli, dan berkualifikasi profesional.¹⁷ Analisis Abdul Rahman⁵ juga menunjukkan bahwa kompetensi pelatih merupakan kontribusi tertinggi dari pelatihan diikuti metode dan materi pelatihan. Sementara itu, peserta sudah sebagian besar memenuhi kriteria dalam kurikulum. Keterbatasan sumber daya manusia yang ada di puskesmas menyebabkan adanya beberapa peserta yang dikirim mengikuti pelatihan memiliki tingkat pendidikan kurang dari DIII kesehatan. Kesesuaian peserta dengan kriteria juga memengaruhi kesiapan dalam proses pembelajaran dan kinerja selain motivasi individu dalam mengikuti pelatihan. Pendidikan memengaruhi keterampilan dan pengetahuan dasar berbagai tugas/kegiatan selama pelatihan.¹⁸ Sarana dan prasarana yang ada sebagai pendukung yang juga mempengaruhi pelatihan¹⁹ sudah disiapkan dengan baik, walaupun ada beberapa yang harus diperbaiki seperti perbaikan AC ruang kelas sehingga peserta merasa nyaman selama proses belajar mengajar; menyiapkan PINKESGA yang cukup sehingga setiap peserta dapat

mengaplikasikannya pada saat praktik lapangan serta mampu memahami fungsi dan tujuan penggunaannya sebagai bahan KIE; memperkuat *bandwidth* jaringan nirkabel sehingga peserta dapat melakukan entri data yang diperoleh dari PKL dengan lancar.

Pelatih sebaiknya dapat hadir sesuai jadwal yang telah disusun berdasarkan kurikulum sehingga materi yang diberikan runut, dan peserta dapat memahami dengan lebih baik. Pelatih sudah memiliki SK yang seharusnya dapat dibebaskan dari tugas kedinasan lainnya. Hal ini berkaitan dengan program pelatihan yang penting diperhatikan agar dapat berlangsung sesuai dengan rencana yang telah dibuat sebelumnya. Program pelatihan yang berjalan sesuai rencana, diharapkan dapat mencapai tujuan yang diharapkan.¹⁷ Bahan ajar yang disampaikan dapat dimodifikasi dengan tetap tidak menghilangkan tujuan pembelajaran per materi dengan tampilan yang jelas dan mudah dipahami oleh peserta.

Materi pelatihan yang sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai menentukan efisiensi dan efektivitas pelatihan.^{5,17} Pada pelatihan KS, materi pertama yang disampaikan adalah konsep dasar dan tujuan PISPK. Hal ini bertujuan agar peserta terlebih dahulu memahami tentang konsep dasar dan tujuan pelaksanaan program ini. Materi yang disampaikan selanjutnya terkait dengan 12 indikator PISPK. Pada saat pembelajaran dalam materi ini tidak banyak mengundang peserta untuk aktif berdiskusi. Hal ini disebabkan materi program sudah banyak dipahami oleh peserta yang mayoritas juga merupakan pemegang program terkait indikator PISPK, materi yang disampaikan hanya sebagai wahana mengingatkan kembali tentang program-program yang sudah berjalan. Materi yang paling banyak mendapatkan perhatian dan pertanyaan peserta adalah materi manajemen pendekatan keluarga (MI7), terutama masalah DO indikator PISPK dan aplikasi KS yang disajikan dalam waktu 3 dan 2 jpl. Hal ini bisa dipahami karena materi ini merupakan inti dari pelatihan. Peserta nantinya akan berkunjung ke keluarga untuk wawancara, dan menuliskan hasilnya ke dalam Prokesga. Pemahaman DO tiap indikator perlu diperkuat sehingga data yang terkumpul berkualitas. Perbedaan persepsi pelatih tentang wawancara

terhadap seluruh anggota keluarga seharusnya tidak terjadi agar tidak terjadi kebingungan *surveyor* dalam mengimplementasikannya.

Selain materi yang ada dalam kurikulum, diperlukan juga tambahan materi pengorganisasian lapangan. Hal ini sangat diperlukan karena hasil riset implementasi menunjukkan bahwa kunjungan rumah dilakukan oleh tim masih belum terorganisir. Kunjungan dilakukan tanpa membuat *listing* rumah tangga, dan pembagian tugas tim yang jelas, tidak menyelesaikan tiap RT/RW/desa. Kondisi ini menyebabkan ada beberapa keluarga yang dikunjungi dua kali oleh tim yang berbeda, data yang dientri oleh tiap tim belum lengkap dikarenakan kuesioner yang belum diedit masih ada yang tidak terisi, dan hal ini mengakibatkan analisis data RT/RW/desa belum dapat dilakukan. Materi tentang pengelolaan pangkalan data, pengolahan data keluarga, perumusan intervensi masalah kesehatan dan penyusunan rencana puskesmas juga perlu mendapat perhatian lebih dengan waktu yang cukup. Hasil pendampingan menunjukkan puskesmas belum melakukan analisis karena data yang telah dientri akan langsung masuk ke server pusat, kalkulasi IKS yang memerlukan waktu berkala. Baru satu dari delapan puskesmas yang melakukan juga entri data secara *offline* agar mempunyai *raw data* individu.^{7,16}

Evaluasi yang dilakukan oleh Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat tahun 2017 pada 12 kabupaten/kota juga memperlihatkan bahwa hampir semua kabupaten telah melakukan entri data baik secara *online* dan atau secara manual. Namun hanya lima kabupaten yang sudah melakukan tahap analisa dan intepretasi data untuk melihat IKS pada tingkat desa/kelurahan.²⁰ Hasil temuan ini juga seiring dengan evaluasi PISPK yang dilakukan oleh Direktorat Yankes Primer. Walaupun puskesmas terlatih sudah 95,81%⁹ dan 94,10% provinsi sudah melakukan kunjungan keluarga lebih dari 30%,²¹ namun intervensi lanjut baru dilakukan oleh 48,72%, dan analisis perubahan IKS baru dilaksanakan pada 25,29% puskesmas.⁹ Penguatan materi pengelolaan dan analisis data sangatlah penting mengingat kondisi di lapangan, *surveyor* terlatih juga merupakan PJ KS di puskesmas yang selain sebagai koordinator

juga harus mampu mengelola pangkalan data, melakukan pengolahan/analisis data. Bersama tim dan Kepala Puskesmas merumuskan prioritas masalah kesehatan yang ada. Dengan demikian, materi MI7 ditunjang dengan pengelolaan dan interpretasi data perlu dijadikan fokus dalam pelatihan dengan penambahan jpl.

Selain pelatih dan materi, metode pelatihan juga sangat mempengaruhi efektivitas pelatihan. Pelatih diharapkan mampu mengajak peserta untuk terlibat aktif berdiskusi, memberikan contoh kehidupan nyata, interaksi, memberikan cerita/ilustrasi, atau demonstrasi.³ Tugas pelatih tidak hanya memberikan teori dan praktik, tetapi juga dapat membentuk cara berpikir kritis, dan bagaimana mempraktikkan pengetahuan yang diperolehnya. Melalui partisipasi aktif maka peserta pelatihan akan semakin menyadari masalah-masalah yang dihadapi sehingga ia berusaha memecahkan masalah yang sulit secara bersama-sama.

Materi komunikasi efektif sebaiknya disampaikan setelah manajemen keluarga. Dengan demikian, setelah memberikan teori komunikasi yang baik dan benar pelatih dapat memberikan contoh atau melakukan simulasi/ *role play* pelaksanaan kegiatan PISPK. Simulasi bisa dilakukan mulai dari bagaimana koordinasi petugas dengan tokoh masyarakat/kader sebelum kunjungan rumah, wawancara keluarga menanyakan tentang indikator PISPK dalam Prokesga, memberikan edukasi kondisi kesehatan keluarga, bagaimana mencatat temuan dan mengkomunikasikannya kepada keluarga dan pemegang program di puskesmas. Melalui simulasi wawancara sesama/antar peserta dapat mengajak seluruh peserta menjadi lebih aktif dan mungkin dapat lebih membekas/memberikan pengalaman dalam pelatihan. Analisis tentang validasi rumah tangga yang dilakukan oleh Puslitbang Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan memperlihatkan bahwa tidak semua pertanyaan dalam prokesga ditanyakan, observasi jamban dan SAB ada yang tidak dilakukan, kunjungan ulang tidak dilakukan.²² Pelaksanaan simulasi akan memperkuat hasil praktik lapangan yang sebaiknya dilakukan mirip dengan kondisi riil.

KESIMPULAN

Persiapan dan proses Pelatihan Keluarga Sehat di lima Balai Pelatihan Kesehatan di Indonesia telah dilakukan dengan cukup baik. Tim pelaksana pelatihan dibentuk berdasarkan SK penugasan, pelatih telah memiliki kompetensi metodologi dan teknis sesuai standar. Kesesuaian peserta dengan kriteria berkisar 90-100%. Masih diperlukan peningkatan komitmen kehadiran pelatih, keaktifan peserta dalam kelas. Sarana dan prasarana di tempat pelatihan sudah memadai, namun sinyal jaringan nirkabel kurang kuat. Proses pembelajaran menunjukkan bahwa penyampaian materi masih berorientasi pada masing-masing program; topik yang paling banyak didiskusikan oleh peserta adalah Manajemen Pendekatan Keluarga dan Aplikasi KS (MI7); penyampaian materi dinilai kurang aplikatif (belum menggambarkan implementasi di lapangan).

SARAN

Materi pada pelatihan KS sebaiknya berfokus pada topik Manajemen Pendekatan Keluarga (MI7) disertai dengan penambahan jam pelajaran untuk materi tersebut. Penyampaian materi disajikan dalam bentuk simulasi, dan ditunjang dengan jaringan nirkabel dengan *bandwidth* yang cukup. Selain itu, diperlukan penguatan topik pengorganisasian lapangan, pengelolaan dan analisis data, serta penyusunan rencana usulan kegiatan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada Kepala Puslitbang Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan, tim Riset Implementasi PISPK (pusat dan daerah), dan seluruh pihak yang telah berkontribusi dalam penelitian dan penulisan artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 39 tahun 2016 tentang pedoman penyelenggaraan program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI ; 2016. p. 1-165.

2. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman umum program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga. 2nd ed. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, Sekretariat Jenderal; 2017.
3. Bahtiar AR. Keberhasilan program pelatihan. Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2018.
4. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 44 tahun 2016 tentang pedoman manajemen puskesmas. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI ; 2016.
5. Alias SA, Hanafi M, Ong A, Rahman A, Rahim A. The role of training design factors in influencing training effectiveness among public service employees. 2019;9(5):898–913.
6. Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat. Hasil evaluasi pelaksanaan program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga. Jakarta : Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat ; 2017.
7. Sulistiowati E, Susanti AL, Fajarwati T, Susilawati MD, Sapardin AN, Mujiati, et al. Riset implementasi program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga di Kabupaten Lampung Selatan Provinsi Lampung. Jakarta : Badan Litbang Kesehatan; 2017.
8. Sulistiowati E, Susyanty AL, Fajarwati T, Aprildah Nur Sapardin, Susilawati MD, Idaiani S, et al. Tantangan dan solusi dalam implementasi program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PISPK). MKMI. 2020;forthcoming.
9. Direktorat Pelayanan Kesehatan. Evaluasi Implementasi PISPK. Jakarta : Direktorat Pelayanan Kesehatan; 2019.
10. Danley K, Ellison ML. A handbook for participatory action researchers. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Trustees of Boston University; 1999.
11. Siswanto. Metodologi riset untuk mengawal kebijakan. Bul Penelit Sist Kesehat. 2019;22(2):137–45.
12. Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI. Peraturan menteri tenaga kerja dan transmigrasi Republik Indonesia nomor 8 tahun 2014 tentang Pedoman penyelenggaraan pelatihan berbasis kompetensi. Jakarta : Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi RI; 2014.
13. Boyatzis RE. Transforming qualitative information: thematic analysis and code development. Sage Publications, Inc. Case Western Reserve University, USA; 1998. 200 p.
14. Byars LL, Rue LW. Human resource management. Seventh Ed. New York : The McGrawHill Companies, editor; 2004.
15. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 39 tahun 2016 tentang pedoman penyelenggaraan program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI; 2016.
16. Sulistiowati E, Fajarwati T, Susilawati MD, Suratni ML, Sapardin AN, Harso AD, et al. Riset Implementasi peraturan menteri kesehatan RI No. 39 tahun 2016 tentang program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PISPK) di beberapa puskesmas di Indonesia tahun 2018. Jakarta : Badan Litbangkes; 2018.
17. Widiasari R, Mukzam MD, Prasetya A. Pengaruh pelatihan terhadap kemampuan dan kinerja karyawan (studi pada karyawan PT. Bank Negara Indonesia cabang utama Malang). J Adm Bisnis. 2015;2(2):1–9.
18. Bhatti MA, Battour MM, Sundram VPK, Othman AA. Transfer of training: does it truly happen?: an examination of support, instrumentality, retention and learner readiness on the transfer motivation and transfer of training. Eur J Train Dev. 2013;37(3):273–97.
19. Ismail MI. Pengaruh sarana prasarana akademik dan kualitas mengajar dosen terhadap prestasi belajar mahasiswa fakultas tarbiyah dan keguruan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar. J Pendidikan-Biologi-FK UINAM. 2014;78–90.
20. Sulistyowati N, Rahajeng E, Winarto AT, Hananto M, Anwar A, Laelasari E, et al. Riset evaluasi program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PISPK): dinamika PISPK di beberapa kabupaten/kota di Indonesia tahun 2017. Jakarta: Badan Litbangkes; 2017.
21. Pusat Data dan Informasi. Hasil analisis PISPK Februari 2020. Jakarta: Pusat Data dan Informasi; 2020.
22. Suratni MAL, Jovina TA, Sulistyowati E. Pengetahuan masyarakat dan pelaksanaan wawancara program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PISPK) di beberapa puskesmas di Indonesia. J Penelit dan Pengemb Pelayan Kesehatan. 2019;3(1):1–8.

Strategi Intervensi Program dan Pemanfaatan Potensi Lokal dalam Upaya Peningkatan Cakupan ASI Eksklusif di Kabupaten Balangan

Program Intervention Strategy and The Utilization of Local Potentials in Efforts to Improve Exclusive Breastfeeding Coverage in Balangan District

Rukmini,^{1*} Eka Fatmawati,² Yuli Trisnanto,³ dan Yunita Fitrianti¹

¹UPF Inovasi Teknologi Kesehatan, Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Jln. Indrapura No. 17 Surabaya, Jawa Timur, Indonesia

²Dinas Kesehatan Kabupaten Mamaju, Jln. Pemuda No.2 Kabupaten Mamuju Provinsi Sulawesi Barat, Indonesia

³Seksi Intelegen dan Penindakan Keimigrasian, Kantor Imigrasi Kelas II, Jln. Panglima Sudirman, Caruban Kabupaten Madiun 63153, Jawa Timur, Indonesia

*Korespondensi Penulis : imas_yatno@yahoo.co.id

Submitted: 29-01-2020, *Revised:* 27-08-2020, *Accepted:* 28-09-2020

DOI: <https://doi.org/10.22435/mpk.v30i3.2743>

Abstrak

Pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif merupakan tahap awal dalam asupan gizi bagi anak. Permasalahan yang terjadi karena pola pemberian ASI yang tidak sesuai dengan konsep ASI eksklusif, seperti memberikan Makanan Pendamping Air Susu ibu (MP-ASI) lebih dini. Tulisan ini merupakan artikel kebijakan berdasarkan hasil penelitian kualitatif dengan pendekatan etnografi kesehatan, untuk mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi rendahnya cakupan ASI eksklusif. Penelitian dilakukan di Desa Mauya (etnik Banjar) dan Desa Marajai (dominasi etnik Dayak Meratus), Kabupaten Balangan Kalimantan Selatan. Informan utama adalah ibu yang memiliki bayi 0-6 bulan (16 orang), sedangkan informan pendukung bidan kampung (2 orang), tokoh adat/tokoh masyarakat (2 orang) dan petugas kesehatan (2 orang). Pengumpulan data dengan *participant observation*, wawancara mendalam dan wawancara tidak terstruktur, dokumentasi audio visual, dan penelusuran data sekunder di fasilitas dan petugas kesehatan. Hasil menunjukkan praktik ASI eksklusif di Desa Mauya dan Desa Marajai Kabupaten Balangan masih rendah dipengaruhi beberapa faktor yaitu aspek kesehatan ibu dan bayi, ketersediaan petugas dan fasilitas pelayanan kesehatan, faktor sosial, ekonomi, budaya, kondisi geografis, akses media informasi. Dapat disimpulkan ada tiga faktor utama yakni faktor predisposisi, pemungkin, dan pendorong yang saling terkait dalam praktik ASI eksklusif. Artikel ini merekomendasikan upaya intervensi program untuk mengatasi permasalahan ASI eksklusif dilakukan secara menyeluruh, komprehensif dan terintegrasi baik pada peningkatan kualitas program pelayanan kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan kerjasama lintas sektor serta pemanfaatan potensi budaya lokal.

Kata kunci : ASI eksklusif; strategi program; kebijakan; etnografi kesehatan; potensi lokal

Abstract

Exclusive breastfeeding is the initial stage in nutritional intake for children. Problems that occur because the pattern of breastfeeding is not in accordance with the concept of exclusive breastfeeding, such as providing complementary foods with breast milk (MP-ASI) earlier. This paper is a policy article, based on the results of qualitative research with a health ethnographic approach, to determine the factors that

influence the low coverage of exclusive breastfeeding. The research was conducted in Mauya Village (ethnic Banjar) and Marajai Village (ethnic Dayak Meratus), Balangan District, South Kalimantan. The main informants are mothers who have babies 0-6 months (16 people), while the informants who support village midwives (2 people), traditional / community leaders (2 people) and health workers (2 people). Data collection by participant observation, in-depth interviews and unstructured interviews, audio-visual documentation and secondary data search in facilities and health workers. The results show that the practice of exclusive breastfeeding in Mauya Village and Marajai Village, Balangan Regency is still low influenced by several factors, namely aspects of maternal and infant health, availability of health care workers and facilities, social, economic, cultural, geographic conditions, access to information media. It can be concluded that there are 3 main factors, namely predisposing, enabling, and driving factors that are interrelated in the practice of exclusive breastfeeding. This article recommends that program intervention efforts to overcome the problem of exclusive breastfeeding, it is necessary to carry out comprehensive and integrated intervention both in improving the quality of health service programs, community empowerment and cross-sector cooperation and utilization of local cultural potentials.

Keywords : exclusive breastfeeding; program strategy; policy; health ethnography; local potentials

PENDAHULUAN

Di negara berkembang, sekitar 10 juta bayi mengalami kematian yang 60% seharusnya dapat dicegah dengan air susu ibu (ASI) karena terbukti meningkatkan status kesehatan bayi. Oleh karena itu, World Health Organization - United Nations Children's Fund (WHO-UNICEF) (1990) mendeklarasikan Pekan ASI Sedunia (*World Breastfeeding Week*), untuk mengingatkan pentingnya ASI bagi bayi.¹ Rekomendasi WHO agar anak disusui ASI sedikitnya 6 bulan dan makanan padat seharusnya diberikan sesudah anak berumur 6 bulan serta ASI seharusnya dilanjutkan sampai umur dua tahun.²

Pemerintah Indonesia merekomendasikan lama pemberian ASI eksklusif menjadi 6 bulan, yang sebelumnya 4 bulan,³ berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 450/MENKES/SK/VI/2004 tentang Pemberian ASI Secara Eksklusif.⁴ Peraturan Pemerintah No. 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif, menyebutkan ASI eksklusif adalah pemberian ASI pada bayi sejak dilahirkan selama 6 bulan pertama tanpa makanan atau minuman yang lain.⁵ Undang-undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009, Pasal 128 menyatakan bahwa selama pemberian ASI, pihak keluarga, pemerintah daerah, dan masyarakat, harus mendukung ibu secara penuh dengan penyediaan waktu dan fasilitas khusus di

tempat kerja dan tempat sarana umum.⁶

Cakupan bayi mendapat ASI eksklusif di Indonesia tahun 2019 yaitu sebesar 67,74%, sudah melampaui target Renstra tahun 2019 yaitu 50%. Persentase tertinggi cakupan pemberian ASI eksklusif terdapat pada Provinsi Nusa Tenggara Barat (86,26%), sedangkan persentase terendah terdapat di Provinsi Papua Barat (41,12%), sedangkan cakupan di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 68,02%.⁷ Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, proporsi pola pemberian ASI eksklusif pada bayi berumur 0 – 5 bulan di Indonesia sebesar 37,3%.⁸ ASI eksklusif terbukti menurunkan angka kematian karena infeksi, pada bayi berusia kurang dari 3 bulan (88%) dan sebanyak 82% dari 37,94% anak sakit. Kolostrum ASI mengandung zat kekebalan 10 -17 kali dari susu sapi yang melindungi bayi dari penyakit infeksi seperti infeksi telinga, diare, pilek dan infeksi akut pernafasan bagian bawah.⁹ Ditinjau perspektif ekonomi, tidak menyusui berhubungan dengan kehilangan nilai ekonomi sekitar \$302 milyar setiap tahunnya (0-49%) dari Pendapatan Nasional Bruto.¹⁰

Di Indonesia pemberian ASI bukan hal sulit diterapkan, tetapi permasalahannya adalah pola pemberian ASI yang tidak sesuai dengan konsep ASI eksklusif, seperti memberikan Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI) lebih dini.

Asupan gizi yang kurang karena pantangan makanan tertentu setelah melahirkan menurut tradisi leluhur, mempengaruhi kualitas dan kuantitas ASI. Menurut penelitian Setyaningsih¹¹ hanya 8,87% ibu yang memberikan ASI eksklusif, sedangkan ibu menyusui tetapi masih memiliki kepercayaan yang kurang mendukung ASI eksklusif sebesar 80,70% dan tradisi yang tidak bertentangan dengan konsep ASI eksklusif sebesar 71,93%. Pola pemberian ASI semacam itu juga pun masih dilakukan di Kabupaten Balangan. Adapun cakupan ASI eksklusif di Kabupaten Balangan adalah 46,1%.

Untuk mengatasi permasalahan ASI eksklusif perlu dilakukan intervensi program kesehatan. Intervensi kesehatan masyarakat adalah segala upaya atau kebijakan untuk meningkatkan kesehatan baik individu dan komunitas yang berdampak positif pada kesehatan masyarakat. Intervensi dilakukan dengan menetapkan jenis intervensi yang diprioritaskan agar program tercapai secara efektif dan efisien.¹² Dalam tulisan ini menjabarkan rekomendasi upaya intervensi, baik perbaikan dan pengembangan program maupun pemanfaatan potensi lokal untuk meningkatkan cakupan ASI eksklusif sesuai permasalahan yang ditemui di lapangan.

METODE

Tulisan ini merupakan artikel kebijakan berdasarkan hasil penelitian kualitatif dengan pendekatan etnografi kesehatan, yang dilakukan oleh Rukmini dkk. berjudul “Menyusui dalam Bingkai Tradisi, pada Etnik Dayak Meratus dan Banjar”. Riset etnografi tersebut, berdasarkan kesepakatan peneliti dan Dinas Kesehatan Kabupaten Balangan, ditetapkan masalah kesehatan prioritas untuk diatasi adalah rendahnya cakupan ASI eksklusif. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi rendahnya cakupan ASI eksklusif.¹³

Metode etnografi menurut Campbell dan Lassiter¹⁴ menjabarkan data secara deskriptif seluruh peristiwa, kejadian, nilai, gagasan, dan fenomena yang ada di dalam suatu komunitas. Menurut Vari *et al*,¹⁵ cara hidup masyarakat

secara tradisi memengaruhi pandangan terhadap kesehatan serta kualitas kesehatannya. Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Uren di Kabupaten Balangan Kalimantan Selatan, di Desa Mauya (etnik Banjar) dan Desa Marajai (dominasi etnik Dayak Meratus). Informan terdiri dari informan utama adalah ibu yang memiliki bayi 0-6 bulan yaitu sebanyak 8 orang di Desa Mauya dan 8 orang di Desa Marajai. Sedangkan informan pendukung masing-masing 1 orang di setiap desa yaitu bidan kampung (2 orang), tokoh adat/tokoh masyarakat (2 orang) dan petugas kesehatan (2 orang). Pemilihan informan berdasarkan metode *purposive sampling* dan *snowball sampling*. Pengumpulan data dengan *participant observation*, peneliti menetap di lokasi selama 50 hari untuk mengobservasi segala peristiwa, perilaku, fenomena, nilai, dan gagasan masyarakat. Pengumpulan data juga dilakukan dengan wawancara mendalam dan wawancara tidak terstruktur, dokumentasi audio visual, dan penelusuran data sekunder di fasilitas dan petugas kesehatan.

Analisis data berdasarkan temuan faktor-faktor yang mempengaruhi rendahnya cakupan ASI eksklusif, yang dibagi dalam 3 aspek yaitu faktor predisposisi, pemungkin dan pendorong. Kemudian dilakukan pemetaan masalah yang penting untuk perumusan intervensi yang tepat, baik dengan perbaikan program kesehatan, penciptaan program baru maupun pemanfaatan potensi lokal berdasarkan pengetahuan lokal. Artikel ini juga dilandasi dengan peraturan perundangan, literatur, dan hasil penelitian dalam upaya peningkatan cakupan ASI eksklusif.

HASIL

Artikel ini disusun dengan tema yang bertujuan untuk memberikan rekomendasi intervensi program peningkatan cakupan ASI eksklusif di Kabupaten Balangan, yang dijabarkan dalam beberapa subtema yaitu cakupan pelayanan kesehatan ibu, faktor-faktor dibalik rendahnya cakupan ASI eksklusif, potensi lokal pengobatan tradisional, konteks kebijakan dan rekomendasi strategi intervensi untuk peningkatan cakupan ASI eksklusif.

Tabel 1. Cakupan Kelas Ibu Hamil, Persalinan Nakes, dan ASI Eksklusif Informan Utama di Desa Mauya dan Desa Marajai, Juni 2016

Asal Desa Informan	Kelas Ibu Hamil				Persalinan Ditolong Nakes				ASI Eksklusif			
	Ikut		tidak		Iya		tidak		iya		tidak	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mauya	6	75%	2	25%	3	37%	5	63%	3	37%	5	63%
Marajai	3	37%	5	63%	1	12%	7	88%	1	12%	7	88%

Sumber : Data primer hasil wawancara

Tabel 2. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Rendahnya Cakupan ASI Eksklusif di Desa Mauya dan Marajai Kabupaten Balangan, Tahun 2016

No.	Faktor	Aspek	Keterangan
1.	Predisposisi adalah faktor yang melatarbelakangi praktik ASI eksklusif, yang berasal dari ibu dan bayi yang berpengaruh terhadap pemberian ASI eksklusif	<p>Pengetahuan masih rendah</p> <p>Pendidikan ibu rendah</p> <p>Motivasi ibu</p> <p>Pengalaman ibu dalam pemberian makanan prelakteal dini</p> <p>Kepercayaan terhadap <i>mauk</i> (<i>mauk</i> = penyakit/gangguan setelah persalinan atau masa nifas berupa perdarahan, sakit kepala, lemah, rambut rontok, badan sakit dsb)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Belum memahami ASI eksklusif diberikan selama 6 bulan tanpa makanan tambahan - Pemberian makanan pendamping ASI terlalu dini, mulai sejak lahir (pisang atau nasi dihaluskan). - ASI yang pertama (kolostrum) dianggap sebagai susu yang sudah rusak dan tak baik diberikan pada bayi, dapat menyebabkan diare, muntah, dan masuk angin <p>SD, tertinggi SLTP, putus sekolah, bahkan tidak sekolah sama sekali.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sebagian besar ibu yang bekerja di kebun, sehingga memberikan MP ASI sebelum usia 6 bulan. - Merasa nyaman dan aman bersalin di rumah <p>Ibu yang bayinya tidak mengalami gangguan akibat makanan prelakteal dini, cenderung bersikap negatif terhadap pemberian ASI eksklusif.</p> <p>Pantangan makanan tertentu pada masa nifas karena dianggap penyebab <i>mauk</i> sehingga asupan gizi berkurang berakibat menurunnya produksi ASI. Makanan yang tidak diperbolehkan daging, telur, ikan laut, sayur-sayuran (sayur keladi, cabe, terong, dsb) dan buah-buahan (jeruk, nanas, pepaya dsb), ikan yang dipelihara dengan memakan <i>bama</i> (pelet), ayam pedaging, dsb. Ibu hanya boleh makan nasi, garam, lada, ikan gabus, sayur pisang.</p>
2.	Pemungkin merupakan faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi praktik ASI eksklusif	<p>Masalah payudara</p> <p>Inisiasi menyusui dini (IMD)</p> <p>Program kesehatan</p> <p>Tenaga kesehatan</p> <p>Ketersediaan sarana dan prasarana</p>	<p>ASI tidak keluar, payudara bengkak.</p> <p>Belum dilakukan, setelah lahir bayi langsung dimandikan karena lebih banyak ditolong dukun bayi.</p> <p>Cakupan program peningkatan ASI eksklusif melalui kelas ibu hamil masih rendah</p> <p>Bidan desa belum menetap di Desa Marajai</p> <p>Masih minim, di Desa Marajai, listrik dan Polindes belum tersedia, Desa Mauya sudah tersedia. Di kedua desa merupakan daerah terpencil, jalanan belum beraspal/tanah dan tidak ada transportasi umum.</p>
3.	Pendorong adalah berasal dari luar kondisi ibu dan anak yang turut memperkuat perilaku tidak melakukan praktik ASI eksklusif	<p>Penolong persalinan</p> <p>Lingkungan sosial budaya, ekonomi</p> <p>Akses media dan informasi</p>	<p>Masih didominasi dukun bayi (12 orang ditolong dukun, dari 16 ibu/responden)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dominasi keluarga dan orangtua dalam penentuan penolong persalinan di dukun, praktek pemberian makanan prelakteal dini, pantangan terhadap makanan di masa nifas - Faktor ekonomi yang rendah, berdampak kurangnya akses untuk ke tenaga kesehatan, kurangnya pemenuhan gizi ibu (ASI berkurang) dan menuntut ibu bekerja yang menghambat pemberian ASI. <p>Akses media dan informasi masih sangat terbatas. Di Desa Marajai belum tersedia listrik dan sinyal telekomunikasi</p>

Sumber : Data primer hasil wawancara

Cakupan Pelayanan Kesehatan Ibu

Tabel 1 menunjukkan, baik di Desa Mauya dan Desa Marajai sebagian besar persalinan tidak ditolong oleh tenaga kesehatan (nakes) dan tidak menyusui ASI eksklusif dan yaitu masing-masing di Desa Mauya (63%) dan Desa Marajai 63%). Untuk kelas ibu hamil, Desa Marajai sebagian besar sudah ikut (75%), sedangkan Desa Mauya sebagian besar tidak mengikuti kelas ibu hamil (63%).

Faktor – Faktor dibalik Rendahnya Cakupan ASI Eksklusif

Pada dasarnya faktor yang memengaruhi rendahnya cakupan ASI eksklusif baik di Desa Mauya dan Desa Marajai relatif sama. Cakupan ASI eksklusif dipengaruhi oleh aspek ibu dan bayi, ketersediaan pelayanan kesehatan, aspek sosial budaya, ekonomi, penolong persalinan dan akses informasi. Peneliti membagi menjadi tiga faktor utama yakni faktor predisposisi, pemungkin, dan pendorong (Tabel 2).

Faktor predisposisi, pemungkin, dan pendorong saling memiliki keterkaitan dalam praktik ASI eksklusif. Permasalahan yang muncul dari tiga faktor tersebut, tidak berjalan sendiri-sendiri tetapi ada keterkaitan, baik langsung maupun tidak langsung.

Potensi Lokal Pengobatan Tradisional

Hasil menunjukkan, terdapat pengetahuan lokal seperti *tatamba kampung* (obat tradisional) yang dapat dimanfaatkan untuk mengatasi permasalahan ibu nifas dan menyusui. Penggunaan *tatamba kampung* untuk melancarkan ASI tidak hanya dengan mantra (*Banyu tawar* dan *gantar*), tetapi juga dengan menggunakan jenis akar-akaran dan pucuk daun. Jenis daun adalah *urung* (daun kapas), pucuk daun cabai, pucuk daun pepaya, atau daun *lalatung* yang dihangatkan untuk mengompres payudara yang berfungsi untuk merangsang produksi ASI.

Pernyataan Ibu I, dari Desa Marajai, yang menggunakan beberapa jenis pucuk daun untuk memperlancar produksi ASI.

“Saya dulu diambilkan urung (daun kapas), pucuk daun cabai, pucuk daun pepaya.

Dihangatkan lalu diletakkan di sekitar puting. Tiga kali sehari, siang, malam, setelah itu keluar ASInya.”

Pengalaman istri Bapak T, penghulu adat di Desa Mauya, untuk melancarkan ASI dengan jenis daun *Lalatung*.

“Kalau orang mau mengasih ASI misalnya ASInya ga ada, ada daun. Daun lalatung, kan ada getahnya putih, bisa dari getah paya-paya, tetapi itu encer ASInya, yang bagus daun lalatung tadi, yang muda diambil, dibara ke api. Paling sehari semalam itu sudah ada airnya, bagus banget bu ai, aku berapa ikung anak kaya itu pang.”

Konteks Kebijakan

Regulasi yang mendasari pelaksanaan ASI eksklusif di Indonesia adalah Undang-Undang No. 36 Tahun 2009. Pasal 128 menyatakan : (1) Setiap bayi memiliki dan harus dipenuhi haknya untuk mendapatkan ASI secara eksklusif sejak dilahirkan selama 6 bulan; (2) Memberikan perlindungan dan dukungan kepada ibu untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayinya; dan (3) Meningkatkan peran dan dukungan keluarga, masyarakat, pemerintah daerah, dan pemerintah untuk mendukung ibu dan bayi secara penuh dengan penyediaan waktu dan fasilitas khusus.⁶

Peraturan Presiden No. 42 Tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK), dimulai sejak saat konsepsi (pertemuan sel sperma dan sel telur), perkembangan janin dalam kandungan hingga bayi berumur 2 tahun. Indikator spesifik program tersebut untuk ibu menyusui dan anak 0-23 bulan diwujudkan dengan pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan ditambah makanan pendamping ASI setelah umur 6 bulan.¹⁶

Pasal 6 Peraturan Pemerintah No. 33 Tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif menyatakan bahwa setiap ibu yang melahirkan harus memberikan ASI eksklusif kepada bayi yang dilahirkannya.⁵ Bila ditinjau dari aspek : 1) Isu hukum, PP ini memberikan arahan kepada setiap ibu untuk memberikan ASI eksklusif kepada bayinya; 2) Implikasi hukum,



Gambar 1. Daun *Urung* dan *Lalutung* untuk Memperlancar ASI

*Sumber: Dokumentasi Peneliti

PP ini memberikan arahan dan seruan untuk ibu memberikan ASI eksklusif, tetapi arahan ini tidak memiliki sanksi hukum; 3) Solusi hukum, para pihak harus mendorong dan memfasilitasi agar ibu dapat memberikan ASI eksklusif kepada bayinya dan ibu tidak boleh dikriminalisasi atau diberikan sanksi berdasarkan pasal seruan tersebut.

Pasal 3 Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 15 Tahun 2013 tentang Tata Cara Penyediaan Fasilitas Khusus Menyusui dan/atau Memerah Air Susu Ibu menyebutkan bahwa pengurus tempat kerja dan penyelenggara tempat sarana umum harus mendukung program ASI eksklusif. Dukungan dilakukan melalui penyediaan fasilitas khusus untuk menyusui dan/atau memerah ASI, pemberian kesempatan ibu yang bekerja memberikan ASI kepada bayi atau memerah ASI di tempat kerja, pembuatan peraturan internal yang mendukung keberhasilan program ASI eksklusif dan penyediaan tenaga terlatih.¹⁷

Kebijakan dan regulasi tentang ASI eksklusif sudah tersedia, tetapi kenyataan di lapangan masih banyak masyarakat yang tidak mengetahui pentingnya pemberian ASI eksklusif terutama di pedesaan terpencil. Masyarakat belum memahami bahwa ASI eksklusif diberikan selama 6 bulan, tanpa makanan pendamping ASI. Mereka telah memberikan ASI, tetapi tidak sesuai konsep ASI eksklusif. Oleh karena itu, perlu upaya strategi program untuk peningkatan pemberian ASI eksklusif yang menjangkau

masyarakat khususnya masyarakat pedesaan.

Adanya budaya masyarakat untuk memberikan makanan tambahan pendamping ASI sebelum usia bayi 6 bulan seperti pisang, nasi dan susu, seperti pernyataan Ibu S (bidan kampung).

“Kalau kami dikampung ini, tidak ada sih yang ibaratnya susu itu membeli. Susu sendiri saja, sama pisang juga, pisang itu sebelum ibunya ada air susunya. Kalau dia mau makan, seperti bubur, kalau tidak mau, semata air susu saja yang diberi. Sebagian anak-anak ada yang sudah bisa makan, seperti bubur, nasi dihaluskan, bisa juga pakai banyu bamati (air yang sudah masak) untuk melarutkan makanan itu”.

Rekomendasi Strategi Intervensi untuk Peningkatan Cakupan ASI eksklusif

Berbagai kebijakan dan program untuk meningkatkan cakupan ASI eksklusif telah digulirkan di Indonesia, tetapi tidak semua program tersebut dapat diterapkan di setiap lokasi, misalnya program penyediaan fasilitas laktasi. Program semacam ini tentunya tidak akan relevan bila diterapkan di pedesaan. Untuk itu akan dibahas beberapa upaya program yang dapat meningkatkan cakupan ASI eksklusif terutama di pedesaan.

Untuk meningkatkan cakupan ASI eksklusif yang sangat penting bagi pertumbuhan dan perkembangan fisik, intelegensi dan emosional bayi maka perlu dilakukan intervensi

yang komprehensif dan terintegrasi baik pada peningkatan kualitas program pelayanan kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan kerjasama lintas sektor serta pemanfaatan potensi budaya lokal. Adapun rekomendasi strategi intervensi peningkatan cakupan pemberian ASI eksklusif hasil temuan riset ini adalah :

A. Intervensi Berbasis Program Pelayanan

Kesehatan

Program Kesehatan yang dapat dilakukan untuk mendukung pemberian ASI eksklusif adalah :

a. Konselor Laktasi

Berdasarkan PP No. 33 Tahun 2012, pemerintah pusat dan daerah harus berperan menyediakan konselor laktasi di fasilitas kesehatan, yang mempunyai kompetensi membantu ibu dan keluarganya melakukan inisiasi menyusui dini (IMD) dan ASI eksklusif selama 6 bulan, melalui pelatihan yang tersertifikasi. Kenyataan di lapangan, tidak semua puskesmas mempunyai petugas konseling atau konselor menyusui yang terlatih.¹⁸

Oleh karena itu, perlu adanya pemenuhan konselor laktasi di fasilitas kesehatan, baik dari tenaga bidan atau tenaga kesehatan lainnya. Untuk mengatasi keterbatasan nakes, konselor ASI bisa berasal dari masyarakat, kader Posyandu atau ibu yang telah berhasil memberikan ASI eksklusif yang dilatih. Ujung tombak pelaksanaan konseling menyusui adalah konselor menyusui.

b. Peningkatan Kualitas Surveilans Gizi

Data ASI eksklusif di puskesmas diperoleh dari pelaporan KIA dan indikator surveilans gizi, bagi ibu yang berkunjung di puskesmas dan jaringannya. Tetapi, informasi ini tentunya belum cukup karena data yang tersedia adalah data ibu yang berkunjung ke fasilitas.¹³ Oleh karena itu perlu peningkatan surveilans gizi untuk memperoleh informasi pencapaian ASI eksklusif dan IMD, melalui pendataan di masyarakat untuk menjangkau informasi ibu yang tidak mengunjungi

faskes. Petugas harus mengumpulkan dan mengolah data secara baik dan benar sehingga menghasilkan informasi valid yang bermanfaat untuk *monitoring* dan evaluasi program untuk perumusan kebijakan dan strategi intervensi program peningkatan praktik ASI eksklusif.

c. Kebijakan Penolong Persalinan oleh Tenaga Kesehatan

Penolong persalinan berpengaruh terhadap pemberian ASI eksklusif. Ibu yang melahirkan dengan tenaga kesehatan lebih menerapkan IMD dan ASI eksklusif, sehingga mencegah pemberian makanan prelakteal dini. Kenyataannya di pedesaan, masih banyak pertolongan persalinan dilakukan oleh dukun atau keluarga. Oleh karena itu kebijakan penolong persalinan harus ditingkatkan dengan pemenuhan penyediaan bidan desa, dimana setiap desa harus memiliki bidan desa yang menetap terutama daerah yang terpencil.

Penelitian Rukmini dkk.¹³ menunjukkan, proses persalinan masih sering dibantu oleh non nakes yaitu dukun beranak (*bidan kampung*), anggota keluarga atau suami. Pada dasarnya faktor dalam penentuan pemilihan penolong persalinan, relatif sama antara suku Dayak dan suku Banjar, dijelaskan pada Tabel 2, tetapi suku Dayak Meratus di Desa Marajai, menempati daerah yang lebih terpencil di lereng gunung dan pedalaman hutan sehingga kesulitan untuk mengakses layanan kesehatan.

Pemilihan *bidan kampung* sebagai penolong persalinan karena lebih murah dan sesuai dengan kemampuan ekonomi, seperti pernyataan Bapak I.

“Sudah direncanakan pang khusus bidan kampung. Waktu itu biasa saja kan, soalnya biayanya kurang mampu, jadinya memilih bidan kampung, (bayar) keikhlasan kita saja, kan bidan kampung itu hanya dengan beras, gula, gula merah, telur ayam, benang, minyak, tatali, itu adatnya. Uang serelanya kita saja. Itu diberikan ketika dilaksanakan tepung tawar”

Ibu H lebih memilih persalinan dibantu oleh *bidan kampung* daripada tenaga kesehatan, karena merasa lebih nyaman, aman, dan tidak khawatir menjadi pembicaraan jika persalinan mengalami kesulitan.

“Iya kesepakatan bersama. Kami saja kalau nggak ada keluhan apa-apa, kalau nggak ada masalah ya tenang-tenang saja, nggak mau rame-rame orang banyak tahu, itu lama baru ngelahirin, kan malu. Jadi kan di sini adat kan lama ngelahirin, nggak mau digosipin.”

Kesulitan akses layanan kesehatan dirasakan oleh Bapak A, istrinya melahirkan di rumah dan tidak sempat memanggil tenaga kesehatan karena jaraknya jauh.

“Saya minta bantu bidan kampung untuk menolong persalinan. Jadi menjemput bidan kampung sudah pukul 5 pagi. Nggak lama dipijit bidan kampung lalu keluar tambuni (plasenta), kalau untuk bayinya saya sendiri yang menolong. Tidak sempat untuk memanggil bidan, jadi saya dan ibu memutuskan untuk melahirkan di rumah saja.”

d. Edukasi ASI Eksklusif

Tenaga kesehatan perlu melaksanakan pendampingan, pemberian informasi, dan edukasi ASI eksklusif dan IMD yang lebih intensif selama masa hamil hingga menyusui, bertujuan meningkatkan pengetahuan ibu dan keluarga dan membangun tingkat kepercayaan terhadap tenaga kesehatan. Sasaran pembelajaran ASI eksklusif tidak hanya ibu hamil tetapi juga suami dan keluarga, yang berguna meningkatkan dukungan lingkungan sosial, baik melalui program kelas ibu hamil atau pelayanan kesehatan lain di Posyandu, Poskesdes, dan Polindes.

Baik etnik Dayak Meratus dan etnik Banjar, faktor keluarga dan orangtua dari ibu bersalin sangat dominan menentukan dalam pemberian ASI dan makanan pendamping ASI. Pengetahuan mengenai makanan pendamping ASI, diperoleh masyarakat secara turun temurun. Menurut Ibu M (bidan kampung), bila ada ibu yang melahirkan

maka masyarakat yang menjenguk membawa pisang untuk makanan prelakteal bayi.

“Kalau di sini setelah melahirkan itu ada yang membawakan mengantarkan, iya dikasih pisang.”

Pengalaman yang sama dipaparkan Bapak AS, yang sudah memiliki tiga anak, dalam memberikan pisang saat anaknya lahir.

“Bahkan anak saya sendiri pun kemarin yang anak pertama itu ibunya kan air susunya nggak keluar, jadi dikasih pisang juga oleh saya.”

B. Pemberdayaan Ibu, Keluarga, dan Masyarakat

a. Peningkatan Peran Ibu, Suami dan Keluarga

Untuk perluasan program ASI eksklusif, puskesmas dapat melibatkan ibu atau keluarga untuk menyosialisasikan praktik ASI eksklusif ke masyarakat lingkungan tempat tinggalnya. Keterlibatan ibu, suami dan keluarga yang telah berhasil mempraktikkan pemberian ASI eksklusif sangat diperlukan. Ibu yang lulus praktik ASI eksklusif menjadi contoh bagi ibu lainnya, dengan berbagi pengalaman memberikan ASI eksklusif, manfaat yang dirasakan terhadap kesehatan ibu dan anak, baik dari aspek fisik, psikologis, dan ekonomi keluarga.

Dari studi ini, informan yang menyusui ASI eksklusif sebanyak 3 orang (Desa Mauya, etnik Banjar) dan 1 orang (Desa Marajai, etnik Dayak). Misalnya, pengalaman Ibu RJ, yang memiliki pemahaman serta motivasi yang tinggi untuk memberikan ASI eksklusif dan menghindari pemberian makanan prelakteal, bisa menjadi contoh yang baik.

“Bila menyusui susunya belum berair, tidak usah diapa-apakan, tidak diberi apa-apa (red: bayi), tetapi disusui terus tidak diberi apa-apa. Walau tidak berair susunya tetap disusui. Dua hari itu benar-benar tidak ada ASI-nya, tapi

tidak khawatir karena sudah disarankan oleh bidannya.”

b. Kemitraan dengan Bidan Kampung (Dukun bayi)

Peningkatan dan revitalisasi program kemitraan bidan dan *bidan kampung*, dengan pelatihan dan pendampingan tentang KIA. Materi pelatihan kepada *bidan kampung* lebih diperluas sesuai dengan kebutuhan pelayanan KIA yaitu perawatan dan faktor risiko kehamilan, persalinan, pasca persalinan, IMD, ASI eksklusif, makanan prelakteal, gizi ibu hamil & menyusui serta tumbuh kembang anak. Pelatihan bertujuan meningkatkan pengetahuan pada *bidan kampung* untuk pelayanan KIA yang komprehensif, sehingga dapat menghindari praktik yang tidak sesuai dengan medis, namun tidak menghilangkan tradisi dan ritual kunci yang tidak bertentangan dengan kesehatan.

Penelitian Rukmini dkk.¹³, menemukan praktik yang tidak sesuai medis pada ibu melahirkan adalah pemotongan tali pusat dengan bambu dan pemberian makanan/minuman prelakteal (seperti pisang, madu, air dsb) bagi bayi baru lahir. Bapak U (*bidan kampung*) di Desa Marajai, menyatakan penggunaan bambu sebagai pemotong tali pusat merupakan cara agar bayi terhindar dari penyakit.

...”Jika melahirkan, lalu dipotong tali pusat setelah itu dimandikan (bayinya), pemotong tali pusat pun tidak boleh besi, adat kami dahulu tidak boleh besi, pakai bambu diambil sembilu (bagian luar yang tajam). Besi itu benda yang berpenyakit, menurut sejarahnya itu memang bambu. Lalu sembilu dari bambu dimantrakan (tawar wisa) dulu supaya tidak bengkak, tali pusat diikat menggunakan ringit (tali terbuat dari kulit kayu).”

Ritual lainnya di wilayah Desa Mauya dan Marajai terkait ibu pasca melahirkan dan bayi baru lahir adalah tradisi *tepung tawar*, yang bertujuan sebagai prosesi pembersihan, penebusan bayi dan wujud syukur atas kelahiran anak mereka, seperti

pernyataan Ibu I, dari Desa Marajai.

“Untuk syarat yang di siapakan kepada bidan yang memotong tali pusat, tatali, beras ketan, minyak, gula aren, kelapa, kain putih, diletakan ke dalam bakul, tujuannya untuk diserahkan kepada yang memotong tali pusat bayi. Gunanya untuk pembersihan bidan yang memegang bekas darah-darah bayi.”

Dari tradisi tersebut, maka kemitraan antara bidan dan *bidan kampung* dapat dilakukan sesuai dengan peran masing-masing. Bidan dapat melakukan pendampingan dan transfer ilmu kepada bidan kampung untuk penanganan ibu melahirkan dan bayi baru lahir. Sedangkan *bidan kampung* dapat membantu ritual budaya pasca kelahiran bayi yang tidak bertentangan dengan konsep medis, seperti ritual *tepung tawar*.

c. Kemitraan dengan Toma/Toga dan Organisasi Kemasyarakatan

Kedudukan tokoh masyarakat (toma) dan tokoh agama (toga) perlu dimanfaatkan dalam sosialisasi program kesehatan karena kedudukannya lebih tinggi dalam tatanan sosial sehingga memiliki pengaruh dalam kehidupan bermasyarakat. Kondisi tersebut merupakan potensi yang bisa dimanfaatkan untuk menyebarkan praktik ASI eksklusif kepada masyarakat.

Penelitian Rukmini dkk.¹³, di samping keluarga, lingkungan sosial juga turut mempengaruhi secara tidak langsung praktik ASI eksklusif. Masyarakat di Desa Mauya dan Marajai merupakan masyarakat yang masih kental akan tradisi. Pengetahuan kesehatan masyarakat lebih banyak didapatkan dari orangtua, tetangga dan tokoh masyarakat merupakan lingkungan sosial kedua.

d. Kemitraan dengan Organisasi Kemasyarakatan

Pemberdayaan masyarakat dapat melibatkan organisasi sosial yang ada di

pedesaan, misalnya organisasi sosial keagamaan, kepemudaan, tani, dan sebagainya. Puskesmas atau tenaga kesehatan perlu memberdayakan organisasi sosial untuk membantu melaksanakan kegiatan untuk mendukung peningkatan kualitas kesehatan termasuk pemberian ASI eksklusif di masyarakat. Kegiatan yang dilakukan sesuai dengan sasaran dan ruang lingkup organisasi tersebut.

Upaya tersebut dilakukan melalui advokasi program ASI eksklusif. Advokasi sebagai salah satu komunikasi interpersonal maupun massa yang ditujukan pada penentu kebijakan (*policy makers*) atau pembuat keputusan (*decision makers*) di semua tingkatan sosial yang bertujuan sebagai *political commitment, policy support, social acceptance, and system support*.²⁰ Dengan demikian akan tercipta pemahaman dan komitmen bersama sehingga program kesehatan tidak hanya menjadi program puskesmas tetapi dapat menjadi kegiatan bersama masyarakat. Pelaksanaan pemberdayaan, bina suasana, dan advokasi untuk menjalin kemitraan dengan berbagai pihak dapat dilakukan oleh petugas promosi kesehatan puskesmas.²⁰

Informasi bidan koordinator (Ibu H) dalam riset ini, Puskesmas mengalami kesulitan untuk menyosialisasikan ASI eksklusif, karena kurangnya minat masyarakat untuk mengikuti kelas ibu hami jika tidak ada imbalannya, sedangkan anggaran puskesmas terbatas.

“Harus ada kaya diiming-imingi gitu. Ada pang semalam rencana konsultasi sama bidan desa. Katanya ngga mau, katanya. Lapah-lapah (red: capek) turun dari gunung ngga dapat apa-apa”

Oleh karena itu, perlu melakukan pemberdayaan masyarakat dengan melibatkan seluruh komponen masyarakat dan organisasi sosial dengan advokasi ASI eksklusif melalui pelatihan sehingga dapat membantu puskesmas.

C. Kerjasama Lintas Sektor

Kerjasama lintas sektor perlu dilakukan untuk mengembangkan strategi peningkatan praktik ASI eksklusif. *Stakeholder* yang mempunyai potensi untuk kerja sama adalah Dinas Kesehatan dan jaringannya, Dinas Pendidikan, Dinas Pemberdayaan Perempuan, BKKBN, Bappeda, Departemen Agama/KUA, Dinas Sosial, pihak swasta, bupati dan gubernur. Setiap level *stakeholder* tersebut mempunyai peran, tugas pokok dan fungsi yang dapat dimanfaatkan untuk pengembangan strategi peningkatan ASI eksklusif.

D. Intervensi Berbasis Potensi Lokal

Hasil riset menunjukkan terdapat obat tradisional yang digunakan untuk ibu hamil, bersalin dan masa nifas serta untuk memperlancar ASI. Potensi pengetahuan lokal, dengan *tatamba kampung* atau obat tradisional dapat dimanfaatkan untuk mengobati permasalahan kesehatan ibu. Penelitian obat dan saintifikasi jamu perlu dilakukan misalnya tanaman obat untuk keluhan payudara dan melancarkan ASI, sehingga dapat dibuktikan secara ilmiah tentang pengetahuan lokal yang sudah diyakini masyarakat. *Tatamba kampung* diharapkan menjadi alternatif penyelesaian masalah bagi keluhan ibu pasca persalinan yang lebih familiar dengan memanfaatkan potensi keanekaragaman hayati di lingkungan tempat tinggal mereka.

PEMBAHASAN

Penelitian Rukmini dkk.¹³ menunjukkan di Desa Mauya dan Marajai di Kabupaten Balangan, cakupan pemberian ASI eksklusif masih rendah disebabkan multifaktor. Pengetahuan masyarakat pedesaan tentang asupan gizi pada masa kehamilan dan masa nifas masih rendah, keyakinan berpantang terhadap makanan tertentu pada masa nifas, berpengaruh terhadap produksi ASI dan mempunyai kebiasaan memberikan makanan prelakteal dini, seperti pisang dsb. Pendidikan ibu sangat rendah dan sebagian besar bekerja sebagai petani di kebun atau di sawah.

Hal ini sesuai penelitian Yunarsih,²¹ faktor yang berpengaruh terhadap praktik ASI eksklusif adalah pendidikan, informasi tentang cara menyusui dan dukungan masyarakat. Pendidikan berkaitan dengan kemampuan ibu untuk menerima informasi yang berpengaruh terhadap pengetahuan dan persepsi ibu mengenai keuntungan dan kerugian menyusui. Dukungan masyarakat merupakan faktor eksternal terbesar pengaruhnya terhadap ASI eksklusif, terkait dengan budaya dan norma yang diyakini oleh keluarga, teman dan masyarakat karena dampaknya terhadap rasa percaya diri ibu. Penelitian Kurniawan²² menemukan, faktor yang menghambat keberhasilan ASI eksklusif adalah usia tua, ibu bekerja, pemberian susu formula di instansi pelayanan kesehatan, MP-ASI dini pada bayi usia <6, bulan dan pemakaian empeng (*pacifier*). Pemberian MP ASI dini merupakan faktor determinan negatif yang paling kuat Penelitian Murhan²³ menunjukan umur ibu yang tidak berisiko, pendidikan menengah keatas, tidak bekerja, dukungan suami, paritas lebih > 1, merupakan faktor yang mendukung perilaku pemberian ASI eksklusif.

Pemberian ASI sangat berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan bayi. Penelitian Rahmad,²⁴ menunjukan bayi mendapatkan ASI eksklusif mengalami pertumbuhan normal sebesar 78,9%, sedangkan yang tidak mendapatkan ASI eksklusif hanya sebesar 15,2% dan bayi yang tidak mendapatkan ASI eksklusif berpeluang 21 kali mengalami gangguan pertumbuhan.

Dari aspek program pelayanan kesehatan, ASI eksklusif telah disosialisasikan di kelas ibu hamil Puskesmas Uren Kabupaten Balangan, tetapi kurang berjalan optimal karena tidak banyak ibu yang berkunjung. Kondisi Desa Marajai, diperparah dengan jarak tempuh yang jauh, jalan rusak dan tidak tersedianya transportasi umum. Penelitian Alifah²⁵ terkait program ASI eksklusif di puskesmas menunjukkan manajemen pelaksanaan masih lemah, tim pelaksana program masih kurang, tidak ada pembiayaan, minimnya

sarana prasarana (tidak ada poster, *leaflet*, dan ruangan laktasi, laktasi kit jarang digunakan), belum ada *job description* yang jelas, kurangnya koordinasi antar petugas dan belum memiliki perencanaan terprogram untuk meningkatkan cakupan ASI eksklusif.

Rekomendasi tulisan ini menekankan pentingnya peran petugas kesehatan untuk melaksanakan konseling meningkatkan pemahaman dan pengetahuan ibu dan keluarga tentang ASI eksklusif. Penelitian Kusumaningrum dkk.²⁶ menunjukkan faktor yang memengaruhi keberhasilan ASI eksklusif adalah informasi dan promosi yang didapatkan ibu menyusui, peran petugas kesehatan, dukungan keluarga dan anatomi fisiologi payudara ibu menyusui.

Lokasi Desa Mauya dan Marajai yang terpencil sehingga membatasi akses ke puskesmas, sehingga menghambat peran petugas kesehatan dalam konseling ASI eksklusif. Oleh karena itu, dibutuhkan konselor ASI yang mampu memberikan konseling ASI dan konseling gizi yang menjangkau sasaran ibu dan masyarakat di perdesaan. Sejalan hal tersebut, di Indonesia telah terbentuk Ikatan Konselor Menyusui Indonesia (IKMI), merupakan mitra pemerintah dalam upaya peningkatan pemberian ASI dan melaksanakan pelatihan konselor laktasi. Diperkirakan 3.000 tenaga konselor menyusui sudah dilatih oleh beberapa lembaga di Indonesia dengan latar belakang pendidikan beragam.²⁷

Konseling ASI yang sesuai standar dan kualitas yang baik, akan meningkatkan pengetahuan, efikasi diri, kemampuan dan keberhasilan pemberian ASI, baik diberikan pada antenatal maupun pasca nifas. Penelitian Vidayanti²⁸ membuktikan konseling laktasi berpengaruh terhadap efikasi diri dan kemampuan menyusui ibu yang lebih baik terhadap bayinya sebesar 3,85 kali. Penelitian Liliana²⁹ menunjukkan konseling laktasi berpengaruh terhadap pengetahuan, kemampuan, dan keberhasilan ibu dalam pemberian ASI. Penelitian Murtirayarini dkk.³⁰ menunjukkan meskipun

puskesmas telah melaksanakan konseling ASI, tetapi masih banyak menemui kendala meliputi 1) Komponen input yaitu kurangnya komitmen konselor, minimnya sumber daya manusia dan keterbatasan sarana prasarana; 2) Komponen aktivitas, belum ada petunjuk teknis konseling menyusui, lemahnya pemantauan pascapelatihan; 3) Komponen *output*, belum dilakukan *monitoring*, supervisi dan evaluasi program konseling, belum ada data jumlah klien yang diberi konseling dan kepuasan klien konseling menyusui.

Dalam penelitian ini juga ditemukan masih kuatnya pengaruh suami, keluarga dan orangtua dalam pemberian ASI eksklusif. Kondisi ini sejalan dengan penelitian Ramadani³¹, dukungan suami berpengaruh terhadap pemberian ASI eksklusif, ibu yang suaminya mendukung pemberian ASI eksklusif berpeluang memberikan ASI eksklusif 2 kali daripada yang tidak mendapat dukungan suaminya.

Selain faktor yang telah disebutkan, faktor terpenting dalam keberhasilan ASI eksklusif adalah inisiasi menyusui dini (IMD). Berdasarkan Survei Data Dasar (SDD) ASUH oleh Pusat Penelitian Keluarga Sejahtera Universitas Indonesia (PUSKA-UI) menemukan ibu yang tidak melakukan IMD berisiko memberikan makanan/minuman prelakteal 1,8 kali sampai 5,3 kali dan ibu yang melakukan IMD, 2 sampai 8 kali lebih besar kemungkinannya untuk memberikan ASI secara eksklusif sampai 4 bulan.³²

Berbagai peraturan dan kebijakan program tentang ASI eksklusif telah dibuat, tetapi implementasi kebijakan ASI eksklusif dan IMD di Indonesia masih rendah. Hasil kajian Fikawati³³, menunjukkan cakupan ASI eksklusif masih rendah dan masih kurang optimalnya fasilitasi IMD di Indonesia. Kebijakan ASI eksklusif belum lengkap dan komprehensif, materi IMD belum masuk secara eksplisit dalam kebijakan dan masih lemahnya aspek sistem eksternal dan subsistem kebijakan dalam penyusunan kebijakan ASI eksklusif. Hasil penelitian menunjukkan, faktor yang melatarbelakangi pemilihan tempat dan

penolong persalinan adalah tingkat kepercayaan dengan tenaga kesehatan, hubungan kekerabatan keluarga dan *bidan kampung*, faktor ekonomi, akses terhadap layanan dan jarak tempuh yang jauh. Kepercayaan masyarakat untuk melahirkan di bidan desa sudah mulai meningkat, tetapi sebagian besar masih tetap memilih untuk bersalin dirumah, karena merasa lebih nyaman, sudah tidak kuat ke rumah bidan, jarak yang jauh, akses jalan yang rusak dan tidak adanya transportasi umum.

Permasalahan kesehatan erat kaitannya dengan lingkungan sosial budaya masyarakat. Cara hidup (*way of life*) sangat berpengaruh terhadap kualitas kesehatan. *Systematic review Withers et al*³⁴ terhadap 74 studi di Asia, menunjukkan 45 studi tentang pasca persalinan, sebagian besar kajian tentang kepercayaan dan praktik yang dilakukan yaitu praktik pijat, kondisi sanitasi saat melahirkan, pemanfaatan dukun dan obat tradisional, kepercayaan keseimbangan panas dan dingin, perilaku tabu, sihir, dan takhayul. Penelitian Agus³⁵ menunjukkan, keyakinan makanan dingin seperti susu, jeruk dan sebagainya dihindari selama kehamilan dan masa laktasi karena membahayakan janin dan makan ikan membuat ASI berbau dan rasanya tidak enak. Anjuran dan pantangan makanan tertentu didasarkan keyakinan tentang efek pada pertumbuhan bayi kondisi tersebut yang mempengaruhi produksi ASI yang berdampak pada masih rendahnya cakupan ASI eksklusif.

KESIMPULAN

Praktik ASI eksklusif di Desa Mauya (etnis Banjar) dan Desa Marajai (etnis Dayak Meratus) Kabupaten Balangan masih rendah dipengaruhi beberapa faktor yang relatif sama. Cakupan ASI eksklusif dipengaruhi oleh aspek kesehatan ibu dan bayi, ketersediaan petugas dan fasilitas pelayanan kesehatan, faktor sosial, ekonomi, budaya, kondisi geografis, akses media informasi. Dapat disimpulkan ada tiga faktor utama yakni faktor predisposisi, pemungkin, dan pendorong yang saling terkait dalam praktik ASI

eksklusif. Intervensi program untuk mengatasi permasalahan ASI eksklusif dilakukan secara menyeluruh, komprehensif dan terintegrasi baik pada peningkatan kualitas program pelayanan kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan kerjasama lintas sektor serta pemanfaatan potensi budaya lokal.

SARAN

Saran penting yang diharapkan mampu meningkatkan cakupan praktik ASI eksklusif, sesuai sasaran intervensi yaitu : (1) Ibu dan keluarga. Keterlibatan ibu dan keluarga, yang telah melaksanakan praktik ASI eksklusif bisa menjadi konselor laktasi, (2) Tokoh masyarakat. Kedudukan tokoh masyarakat, tokoh agama, dan *bidan kampung* yang terpadang merupakan potensi yang bisa dimanfaatkan untuk menyebarkan praktik ASI eksklusif, (3) Dinas Kesehatan dan puskesmas. Peningkatan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, kelas ibu hamil, peningkatan sasaran dan frekuensi pendampingan dan pembelajaran ASI eksklusif baik di puskesmas dan jaringannya, (4) Lintas sektor. Kerjasama lintas sektor perlu dilakukan dengan analisis *stake holder* yang mempunyai tingkat kekuasaan, kepentingan, pengaruh dan dukungan untuk mengembangkan strategi peningkatan praktik ASI eksklusif, (5) Peneliti. Diharapkan melaksanakan penelitian riset intervensi, untuk pengembangan model intervensi dan pemberdayaan untuk peningkatan cakupan ASI eksklusif. Penelitian tentang obat tradisional dan saintifikasi jamu yang merupakan potensi lokal masyarakat untuk mengatasi keluhan payudara dan melancarkan ASI.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kepada Kepala Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan atas dukungannya. Terima kasih juga kepada Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Puskesmas Uren, BPS, Kepala Desa, tokoh masyarakat, *bidan kampung*, petugas kesehatan, masyarakat

serta semua pihak yang terlibat di Kabupaten Balangan Provinsi Kalimantan Selatan atas bantuan dan kerja samanya pada pelaksanaan riset etnografi kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. Menyusui Sebagai Dasar Kehidupan. Infodatin. Jakarta: Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2018. p1–8.
2. World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child. Geneva: World Health Organization; 2003.
3. Kemenkes RI. Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (Lakip) tahun 2018. Direktorat Pelayanan Kesehatan Tradisional, Kementerian Kesehatan RI. Jakarta : Kemenkes RI; 2018 [Internet]. Available from: http://yankes.kemkes.go.id/app/lakip2/downloads/2018/KP/kestrad/lakip_kestrad_2018.pdf
4. Kemenkes RI. Kepmenkes No. 450 Th. 2004 tentang Pemberian ASI. Jakarta : Kemenkes RI; 2004.
5. Republik Indonesia. Peraturan Pemerintah 33 tahun 2012 tentang Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif. Jakarta; 2012.
6. Republik Indonesia. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Jakarta; 2009
7. Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan Indonesia; 2019.
8. Balitbangkes Kemenkes RI. Laporan Nasional Riskesdas 2018. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2019. 1-674 p.
9. Kemenkes RI. Pedoman Pekan ASI Sedunia (PAS) Tahun 2016. Jakarta : Direktorat Gizi Masyarakat Kementerian Kesehatan RI; 2016.
10. Kemenkes RI. Situasi dan Analisis ASI eksklusif. Infodatin. Jakarta: Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2014. p. 1–8.
11. Setyaningsih FTE, Farapti F. Hubungan Kepercayaan dan Tradisi Keluarga pada Ibu Menyusui dengan Pemberian ASI Eksklusif di Kelurahan Sidotopo, Semampir, Jawa Timur. Jurnal Biometrika dan Kependudukan. 2019;7(2):160.
12. Symond D. Penentuan Prioritas Masalah dan Prioritas Jenis Intervensi Kegiatan Dalam Pelayanan di Suatu Wilayah. Jurnal Kesehatan Masyarakat [Internet]. 2013;7(2):94–100. Available from: 115-235-1-SM.pdf

13. Rukmini, Eka F, Yuli T. Menyusui dalam Bingkai Tradisi, pada Etnik Dayak Meratus dan Banjar. Buku Seri Etnografi. Jogjakarta: Penerbit Kanisius; 2016. 1-259 p.
14. Campbell E, Lassiter LE. Doing Ethnography Today Theories, Method, Exercises. Wiley Blackwell. 2015;1(4):53.
15. Vari P, Vogeltanz-Holm N, Olsen G, Anderson C, Holm J, Peterson H, et al. Community Breastfeeding Attitudes and Beliefs. *Health Care Women Int.* 2013;34(7):592–606.
16. Republik Indonesia. Peraturan Presiden Nomor 42 tahun 2013 tentang Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi yang fokus pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). Jakarta; 2013. 1-16 p.
17. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 15 Tahun 2013 tentang Tata Cara Penyediaan Fasilitas Khusus Menyusui dan/Atau Memerah Air Susu Ibu. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2013.
18. Prihanti GS, Fujaya MY, Djauhari T, Hermayanti D. Peningkatan Ketrampilan Kader Posyandu dalam Konseling Laktasi sebagai Upaya Menggalakkan ASI Eksklusif. *Jurnal Berkala Ilmu Kedokteran dan Kesehatan.* 2015;1(2):102–11.
19. Notoatmodjo S. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta; 2007.
20. Rodiah S, Rosfiantika E, Yanto A. Strategi Promosi Kesehatan Puskesmas Dtp Tarogong Kabupaten Garut. *Jurnal Sosiohumaniora.* 2016;18(1 Maret):55–60.
21. Rahayu D, Yunarsih. Faktor Predisposisi yang Mempengaruhi Keberhasilan Pemberian ASI eksklusif Berdasarkan Teori Maternal Role Attainment Ramona T Mercher. *Jurnal Ilmu Kesehatan.* 2017;6(1):48–55.
22. Kurniawan B. Determinan Keberhasilan Pemberian Air Susu Ibu Eksklusif Determinants of the Successful of Exclusive Breast Feeding. *Jurnal Kedokteran Brawijaya.* 2013;27(4):236–40.
23. Nurhayati, Holiday I, Murhan A. Faktor – Faktor yang berhubungan dengan Pemberian ASI Eksklusif di Desa Candi Mas. *Jurnal Keperawatan.* 2015;XI(1):86–95.
24. Hendra A, Rahmad A. Pemberian Asi dan MP - ASI terhadap Pertumbuhan Bayi Usia 6-24 Bulan. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala.* 2017;17(1 April):8–14.
25. Alifah N. Analisis Sistem Manajemen Program Pemberian ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Candilama Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat [Internet].* 2012;1(2):97–107. Available from: <http://ejournals1.undip.ac.id/index.php/jkm9>
26. Kusumaningrum T, Lestari CP, Sulistyono A. Analisis Faktor Tingkat Keberhasilan Pemberian ASI Eksklusif pada Ibu Menyusui. *Jurnal Ners.* 2010;5(1 April):55–61.
27. Indonesia IKM. Ikatan Konselor Menyusui Indonesia. Wadah Seminat Para Konselor Menyusui Indonesia. Semiloka Nas [Internet]. 2011; Available from: www.gkia.org/.../140123050006_4. IKMI - 9 februari 2012. pdf
28. Vidayanti V, Wahyuningsih M. Efektifitas Konseling Laktasi terhadap Efikasi Diri dan Kemampuan Ibu Pasca Bedah Sesar. *Jurnal Keperawatan Respati Jogjakarta [Internet].* 2017;4(April):154–62. Available from: <http://nursingjurnal.respati.ac.id/index.php/JKRY/index>
29. Liliana A, Hapsari ED, Nisman WA. Pengaruh Konseling Laktasi Terhadap Pengetahuan Kemampuan dan Keberhasilan Ibu dalam Pemberian Asi. *Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta [Internet].* 2017;4(2 Mei):189–93. Available from: <http://nursingjurnal.respati.ac.id/index.php/JKRY/index>
30. Murtiyarini I, Marhaeni D, Herawati D, Afriandi I. Evaluasi Pelaksanaan Konseling Menyusui (Evaluation of Implementation Breastfeeding Counseling). *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional [Internet].* 2014;9(1 Agustus):78–86. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/304468084/download>
31. Ramadani M, Hadi EN. Dukungan Suami dalam Pemberian ASI eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Air Tawar Kota Padang , Sumatera Barat. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional.* 2010;4(6 Juni):269–74.
32. Fikawati S, Syafiq A. Hubungan Antara Menyusui Segera (Immediate Breastfeeding) dan Pemberian ASI eksklusif sampai dengan Empat Bulan. *Jurnal Kedokteran Trisakti.* 2003;22(2):47–55.
33. Fikawati S, Syafiq A. Kajian Implementasi dan Kebijakan Air Susu Ibu Eksklusif dan Inisiasi Menyusu Dini di Indonesia. *Makara, Kesehatan.* 2010;14(1):17–24.
34. Withers M, Associate MHS, Kharazmi N, Student MPHMPH. Traditional Beliefs and Practices In Pregnancy, Childbirth and Postpartum : A Review of The Evidence from Asian Countries. *Midwifery.* 2018;56(March 2017):158–70.
35. Agus Y, Horiuchi S, Porter SE. Rural Indonesia Women’ S Traditional Beliefs about Antenatal Care. *BMC Res.* 2012;50589.

Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta Tahun 2019

Factors Related to the Implementation of No-Smoking Areas (KTR) at UIN Syarif Hidayatullah Jakarta in 2019

Windi Wiyarti, Della Alifah, Siti Fitriyani, Bella Isma Latifah, Irawati, dan Hoirun Nisa*

Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, UIN Syarif Hidayatullah Jakarta, Jln. Kertamukti No. 5 Ciputat, Tangerang Selatan, Banten, Indonesia

*Korespondensi Penulis : hoirun.nisa@uinjkt.ac.id

Submitted: 26-02-2020, Revised: 19-08-2020, Accepted: 28-09-2020

DOI: <https://doi.org/10.22435/mpk.v30i3.2855>

Abstrak

Menurut Peraturan Daerah Kota Tangerang Selatan No. 4 tahun 2016 tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dalam pasal 2 menyatakan bahwa tempat belajar-mengajar termasuk perguruan tinggi merupakan tempat yang wajib menjadi kawasan tanpa rokok, namun pada kenyataannya belum seluruh fakultas di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta memiliki SK dekan terkait penerapan KTR. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan penerapan KTR di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional* yang dilakukan di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. Besar sampel yaitu 379 responden. Pengambilan sampel menggunakan metode *cluster random sampling*. Analisis menggunakan uji *binary logistic regression*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 64,4% responden berusia kurang dari 20 tahun dan 50,1% responden berjenis kelamin laki-laki. Di fakultas yang menerapkan KTR, responden yang merokok lebih sedikit (2,3%), memiliki pengetahuan tentang rokok yang lebih baik (97,7%), sikap terhadap perilaku perokok (97,7%), memiliki pengetahuan tentang KTR yang lebih baik (94,3%), sikap terhadap penerapan KTR (97,7%) dan sebagian besar mendukung KTR (95,4%) dibandingkan dengan responden di fakultas yang tidak menerapkan KTR. Hasil multivariat menunjukkan adanya hubungan antara umur ($p=0,033$), jenis kelamin ($p=0,041$), status merokok ($p=0,042$), sikap terhadap perilaku perokok ($p=0,030$) dan pengetahuan tentang KTR ($p=0,005$) responden dengan penerapan KTR. Kesimpulannya adalah variabel yang paling memengaruhi penerapan KTR di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta adalah pengetahuan tentang KTR. Hasil penelitian ini merekomendasikan perlunya edukasi untuk meningkatkan pengetahuan tentang KTR di fakultas yang belum menerapkan KTR sehingga UIN Syarif Hidayatullah Jakarta berhasil menjadi kampus bebas rokok.

Kata kunci : kawasan tanpa rokok; KTR; mahasiswa, pengetahuan; sikap; rokok

Abstract

According to South Tangerang City Regional Regulation No. 4 of 2016 concerning Non-Smoking Areas (KTR) in Article 2 states that teaching-learning places including universities are places that are obliged to become smoke-free areas, but in fact not all faculties at UIN Syarif Hidayatullah Jakarta have a Dean's Decree regarding the implementation of KTR. This research was conducted to determine the factors associated with the implementation of KTR at UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. This study used

a cross sectional design which was conducted at UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. The sample size is 379 respondents. Sampling using the cluster random sampling method. The analysis used the binary logistic regression test. The results showed that as many as 64.4% of the respondents were less than 20 years old and 50.1% of the respondents were male. In faculties that implement KTR, respondents who smoke less (2.3%), have better knowledge of smoking (97.7%), attitudes towards smoking behavior (97.7%), have better knowledge of KTR (94.3%), attitudes towards the application of KTR (97.7%) and most of them support KTR (95.4%) compared to respondents in faculties who did not apply KTR. The multivariate results using the binary logistic regression test showed a relationship between age ($p = 0.033$), gender ($p = 0.041$), smoking status ($p = 0.042$), attitudes towards smoking behavior ($p = 0.030$) and knowledge of KTR ($p = 0.005$) respondents with the application of KTR. The conclusion is that the variable that most influences the implementation of KTR at UIN Syarif Hidayatullah Jakarta is knowledge of KTR. The results of this study recommend the need for education to increase knowledge about KTR in faculties that have not implemented KTR so that UIN Syarif Hidayatullah Jakarta can become a smoke-free campus.

Keywords : no smoking area; KTR; students, knowledge; attitude; smoking

PENDAHULUAN

Pada tahun 2018 terdapat 942 juta pria dan 175 juta wanita berusia ≥ 15 tahun yang merokok di dunia. Penggunaan tembakau dapat meningkatkan risiko kematian dari banyak penyakit, termasuk penyakit jantung iskemik, kanker, *stroke* dan penyakit pernafasan. Pada tahun 2016 penggunaan tembakau menyebabkan $>7,1$ juta (5,1 juta pada laki-laki dan 2 juta pada wanita) kematian di seluruh dunia. Sebagian besar dari kematian tersebut yaitu 6,3 juta disebabkan karena merokok secara aktif dan 884 ribu karena perokok pasif.¹ Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan bahwa di Indonesia sejak tahun 2007 hingga saat ini, terjadi peningkatan proporsi konsumsi tembakau (hisap dan kunyah) pada penduduk usia 15 tahun ke atas dan hanya terjadi sedikit penurunan pada tahun 2018. Provinsi dengan prevalensi merokok tertinggi pada penduduk usia >10 tahun adalah Jawa Barat yaitu sebesar 32,7% sedangkan Banten menduduki peringkat kelima.² Pemerintah Tangerang Selatan telah mengeluarkan Perda KTR No. 4 tahun 2016 untuk mengendalikan prevalensi merokok tersebut.

Kawasan Tanpa Rokok (KTR) adalah ruangan atau area yang dinyatakan dilarang untuk kegiatan merokok atau kegiatan memproduksi, menjual, mengiklankan, dan atau mempromosikan produk tembakau. Salah satu

kawasan yang ditetapkan untuk menerapkan KTR adalah tempat proses belajar mengajar termasuk perguruan tinggi.³ Kampus UIN Syarif Hidayatullah berada di Kota Tangerang Selatan sehingga menjadi bagian dari Peraturan Daerah KTR No.4 Tahun 2016. Namun hanya Fakultas Kedokteran dan Fakultas Ilmu Kesehatan yang memiliki Surat Keputusan (SK) dekan terkait penerapan KTR di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta dan belum dilakukan evaluasi terhadap efektivitas penerapan KTR pada fakultas tersebut. Sehingga penelitian ini ingin melihat perilaku merokok mahasiswa ketika adanya SK dekan dan tidak adanya SK dekan mengenai penerapan KTR. Penelitian ini juga bertujuan untuk mengetahui faktor yang memengaruhi mahasiswa dalam menerapkan KTR baik pada fakultas yang telah memiliki SK dekan ataupun yang belum memiliki SK dekan terkait penerapan KTR di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.

Secara keseluruhan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta memiliki keputusan rektor mengenai kode etik mahasiswa tahun 2012, terdapat peraturan bahwa mahasiswa dilarang merokok di lingkungan kampus. Hal tersebut terdapat pada pasal 10 poin 15 yang menyebutkan bahwa setiap mahasiswa/i UIN Syarif Hidayatullah Jakarta tidak dibenarkan melakukan beberapa perbuatan di dalam maupun di luar lingkungan kampus salah satunya yaitu merokok.

Bentuk sanksi dalam pasal 26 pelanggaran atas pasal 10 poin 15 dikenakan sanksi pasal 6 huruf d yaitu membayar denda sebesar Rp. 50.000,- setiap terbukti merokok. Namun kode etik tersebut tidak benar-benar dilaksanakan sesuai dengan apa yang telah ditetapkan. Terbukti pada kegiatan yang dilakukan oleh aksi kebaikan saat menggelar aksi bersihkan UIN dari sampah rokok, ditemukan sebanyak 8.496 puntung rokok pada 6 November 2019 yang hanya dilakukan oleh 12 mahasiswa dalam 100 menit dan ditemukan lagi sebanyak 8.561 puntung rokok pada 19 Desember 2019 yang dilakukan oleh 21/29 mahasiswa dalam 60 menit di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.⁴

Terdapat banyak faktor yang mempengaruhi penerapan KTR. Penelitian yang dilakukan oleh Kusumaningrum⁵ menunjukkan adanya hubungan antara umur dengan penerapan deklarasi kawasan dilarang merokok. Penelitian yang dilakukan oleh Azmi dkk⁶ yang menyatakan bahwa ada hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku merokok. Penelitian lain yang dilakukan oleh Renaldi⁷ menyatakan ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan bahaya rokok dan pengetahuan KTR dengan implementasi kebijakan kawasan tanpa rokok di STIKes Hang Tuah Pekanbaru tahun 2013. Penelitian yang dilakukan oleh Muliya dan Thaha⁸ yang menyatakan bahwa ada pengaruh sikap terhadap perilaku merokok pada mahasiswa di Universitas Hasanuddin Makassar tahun 2013, serta penelitian yang dilakukan oleh Yusrizal⁹ yang menyatakan bahwa terdapat hubungan dukungan terhadap penerapan KTR pada mahasiswa di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Teuku Umar Meulaboh Tahun 2014.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan desain studi *cross-sectional*. Penelitian dilakukan di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta yang terdiri dari beberapa Fakultas dari bulan Mei–Juni 2019. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh mahasiswa S1 aktif UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik *cluster random sampling*. Klaster yang

terpilih dari 12 fakultas adalah 2 fakultas yang telah menerapkan KTR, yang dibuktikan dengan adanya SK Dekan, yaitu Fakultas Kedokteran (FK) dan Fakultas Ilmu Kesehatan (FIKES), dan 2 fakultas yang belum menerapkan KTR yaitu Fakultas Syariah dan Hukum (FSH) dan Fakultas Adab dan Humaniora (FAH).

Penentuan besar sampel dilakukan dengan teknik perhitungan menggunakan rumus estimasi proporsi, dan didapatkan jumlah sampel sebanyak 379 responden yang terdiri dari responden laki-laki dan perempuan. Kriteria inklusi pada penelitian ini yaitu mahasiswa berstatus aktif di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta dan bersedia menjadi responden dengan mengisi lembar persetujuan (*inform consent*). Pengumpulan data dilakukan dengan melakukan wawancara pada responden dan pengisian kuesioner oleh responden terkait pengetahuan tentang rokok dan KTR, sikap tentang rokok dan KTR dan dukungan terhadap penerapan KTR. Penelitian ini telah disetujui oleh Komite Etik Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta dengan Nomor Un.01/F10/KP.01.1/KE.SP/05.06.027/2019.

Variabel independen dalam penelitian ini adalah usia, jenis kelamin, status merokok, pengetahuan tentang rokok, pengetahuan tentang KTR, sikap terhadap perilaku merokok, sikap terhadap penerapan KTR, dan dukungan terhadap penerapan KTR. Sedangkan variabel dependen dalam penelitian ini adalah penerapan KTR. Variabel penerapan KTR dikategorikan menjadi menerapkan KTR dan tidak menerapkan KTR. Fakultas yang dikategorikan menerapkan KTR jika terdapat SK Dekan terkait

Penerapan KTR dan fakultas yang dikategorikan tidak menerapkan KTR jika tidak terdapat SK Dekan terkait penerapan KTR. Variabel pengetahuan tentang rokok terdiri dari 10 pertanyaan dengan nilai minimum yaitu 0 dan nilai maksimum yaitu 100 serta median yaitu 90, selanjutnya variabel pengetahuan tentang KTR terdiri dari 10 pertanyaan dengan nilai minimum yaitu 10 dan nilai maksimum yaitu 100 serta nilai median yaitu 80, variabel sikap terhadap rokok terdiri dari 10 pertanyaan dengan nilai minimum yaitu 0 dan nilai maksimum yaitu 100 serta nilai

median yaitu 90 dan sikap terhadap penerapan KTR terdiri dari 10 pertanyaan dengan nilai minimum yaitu 0 dan nilai maksimum yaitu 100 serta nilai median yaitu 90 dan variabel dukungan terdiri dari 2 pernyataan dengan nilai minimum yaitu 0 dan nilai maksimum yaitu 100 serta nilai median yaitu 90. Hasil analisis menunjukkan bahwa distribusi data pada variabel pengetahuan tentang rokok, pengetahuan tentang KTR, sikap terhadap perokok, dan sikap terhadap penerapan KTR dan dukungan KTR menunjukkan tidak berdistribusi normal sehingga dikategorikan menjadi baik (jika nilai skor > median) dan kurang baik (jika nilai skor < median).

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan menggunakan *software* IBM SPSS *Statistics Version 22*. Analisis statistik yang dilakukan adalah analisis univariat dengan menggunakan analisis *descriptive statistics*, yaitu untuk melihat distribusi karakteristik subjek dan

semua variabel penelitian. Selanjutnya dilakukan analisis bivariat dengan menggunakan uji *Chi Square*, untuk melihat hubungan setiap variabel independen dengan variabel dependen. Analisis selanjutnya untuk melihat variabel yang paling berpengaruh terhadap penerapan KTR dilakukan analisis multivariat dengan uji *binary logistic*.

HASIL

Tabel 1 menyajikan karakteristik responden yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden berusia kurang dari 20 tahun (64,4%), setengah responden berjenis kelamin laki-laki (50,1%), sebagian besar responden tidak merokok (77,8%), memiliki pengetahuan tentang rokok yang baik (90%), sikap terhadap perilaku perokok yang baik (77,6%), pengetahuan tentang KTR yang baik (85,2%), sikap penerapan terhadap KTR yang baik (85,2%), serta mendukung penerapan KTR (81,5%).

Tabel 1. Karakteristik Partisipan

Karakteristik Responden	N	%
Umur		
<20 Tahun	244	64,4
≥20 Tahun	135	35,6
Jenis kelamin		
Perempuan	189	49,9
Laki-laki	190	50,1
Status Merokok		
Ya	84	22,2
Tidak	295	77,8
Pengetahuan Tentang Rokok (median = 90)		
Baik	341	90
Kurang Baik	38	10
Sikap Terhadap Perilaku Perokok (median = 90)		
Baik	294	77,6
Kurang Baik	85	22,4
Pengetahuan Tentang KTR (median = 80)		
Baik	279	73,6
Kurang Baik	100	26,4
Sikap Terhadap Penerapan KTR (median = 90)		
Baik	323	85,2
Kurang Baik	56	14,8
Dukungan Terhadap KTR (median = 90)		
Ya	309	81,5
Tidak	70	18,5

Tabel 2 menunjukkan hasil analisis bivariat dimana umur, jenis kelamin, status merokok, pengetahuan tentang rokok, sikap terhadap rokok, pengetahuan tentang KTR, sikap terhadap penerapan KTR, dan dukungan terhadap KTR terdapat hubungan dengan penerapan KTR.

Pada Tabel 3 menunjukkan hasil analisis multivariat yang menunjukkan bahwa

pengetahuan tentang KTR merupakan faktor yang paling mempengaruhi penerapan KTR ($p\text{-value} = 0,005$), di mana mahasiswa yang memiliki pengetahuan tentang KTR yang baik berpeluang menerapkan KTR sebesar 4,148 kali dibandingkan dengan mahasiswa yang memiliki pengetahuan tentang KTR yang buruk.

Tabel 2. Hasil Analisis Bivariat Faktor yang Berhubungan dengan Penerapan KTR

Variabel	Penerapan KTR				p-value
	Ya		Tidak		
	n	%	n	%	
Umur					
<20 Tahun	64	73,6	180	61,6	0,042
>20 Tahun	23	26,4	112	38,4	
Total	87	100	292	100	
Jenis kelamin					
Perempuan	64	73,6	125	42,8	0,000
Laki-laki	23	26,4	167	57,2	
Total	87	100	292	100	
Status Merokok					
Ya	2	2,3	82	28,1	0,000
Tidak	85	97,7	210	71,9	
Total	87	100	292	100	
Pengetahuan Tentang Rokok					
Baik	85	97,7	256	87,7	0,006
Kurang Baik	2	2,3	36	12,3	
Total	87	100	292	100	
Sikap Terhadap Perilaku Perokok					
Baik	85	97,7	208	71,2	0,000
Kurang Baik	2	2,3	84	28,8	
Total	87	100	292	100	
Pengetahuan Tentang KTR					
Baik	82	94,3	197	67,5	0,000
Kurang Baik	5	5,7	95	32,5	
Total	87	100	292	100	
Sikap Terhadap Penerapan KTR					
Baik	85	97,7	238	81,5	0,000
Kurang Baik	2	2,3	54	18,5	
Total	87	100	292	100	
Dukungan Terhadap KTR					
Ya	83	95,4	226	77,4	0,000
Tidak	4	4,6	66	22,6	
Total	87	100	292	100	

Tabel 3. Hasil Analisis Multivariat Faktor yang Berhubungan dengan Penerapan KTR

Variabel	Penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR)		
	OR (CI) <i>adjusted</i>	<i>p-value</i>	β
Umur	1,864 (1,053-3,303)	0,033	0,623
Jenis Kelamin	1,843 (1,025-3,315)	0,041	0,611
Status Merokok	0,194 (0,040-0,942)	0,042	-1,640
Pengetahuan tentang Rokok	0,491 (0,075-3,232)	0,459	-0,712
Sikap terhadap Perilaku Perokok	5,406 (1,172-24,929)	0,030	1,687
Pengetahuan tentang KTR	4,148 (1,553-11,076)	0,005	1,423
Sikap terhadap Penerapan KTR	1,537 (0,311-7,605)	0,598	0,430
Dukungan terhadap KTR	1,703 (0,537-5,406)	0,366	0,533

PEMBAHASAN

Pemerintah Tangerang Selatan telah mengeluarkan Peraturan Daerah KTR No.4 Tahun 2016 untuk mengendalikan prevalensi merokok yang tinggi. Kampus UIN Syarif Hidayatullah berada di Kota Tangerang Selatan sehingga menjadi bagian dari perda KTR ini. Fakultas di UIN Syarif Hidayatullah belum seluruhnya menerapkan KTR pada seluruh. Hal ini terbukti hanya terdapat SK dekan terkait penerapan KTR di Fakultas Kedokteran dan Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta saja.

Penelitian ini menemukan bahwa terdapat hubungan antara umur dengan status penerapan KTR (p : 0,033, CI: 1,053-3,303, OR: 1,864) umur kurang dari 20 tahun berpeluang menerapkan KTR sebesar 1,864 kali dibandingkan orang yang memiliki umur lebih dari 20 tahun (Tabel 3). Penelitian ini didukung penelitian yang dilakukan oleh Bakhturidze¹⁰ yang menemukan p -value=0,000 yang berarti ada hubungan umur terhadap penerapan KTR di Georgia. Selanjutnya penelitian Rashid¹¹ menunjukkan semakin tinggi usia seseorang maka inisiatif untuk mendukung kawasan tanpa rokok semakin menurun (p -value <0,01). Namun, hal ini berbanding terbalik dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kusumaningrum⁵ yang menemukan p -value sebesar 0,719 yang berarti tidak ada hubungan antara umur dengan penerapan deklarasi kawasan dilarang merokok di wilayah Pedukuhan Geluntung Kidul Caturharjo Kecamatan Pandak Kabupaten Bantul.

Penelitian ini juga menemukan bahwa terdapat hubungan signifikan antara jenis kelamin dengan status penerapan KTR (p : 0,041, CI: 1,025-3,315, OR: 1,843) yang berarti jenis

kelamin laki-laki berpeluang menerapkan KTR sebesar 1,843 kali dibandingkan dengan yang berjenis kelamin perempuan (Tabel 3). Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Azmi⁶ yang menyatakan bahwa p -value 0,001 yang berarti ada hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku merokok mahasiswa kesehatan masyarakat di Kota Semarang dan penerapannya dengan KTR.

Selanjutnya pada penelitian ini menemukan bahwa terdapat hubungan antara status merokok dengan penerapan KTR (p : 0,042, CI: 0,040-0,942, OR: 0,194) yang berarti status merokok berpeluang mencegah penerapan KTR sebesar 0,194 kali dibandingkan orang yang tidak memiliki status merokok (Tabel 3). Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Ulfah¹² yang menemukan p -value sebesar 0,001, artinya terdapat hubungan yang bermakna antara status merokok dengan desain KTR di Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Malang tahun 2016. Menurut penelitian Andreeva¹³ di universitas di Kazan, Rusia, mendapatkan hasil penelitian bahwa perilaku merokok berhubungan dengan penerapan kawasan tanpa rokok dengan p -value < 0,001. Selanjutnya didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Anger¹⁴ yang menemukan ada pengaruh larangan merokok terhadap perilaku responden yang saat ini merokok (p -value 0,008) ada pengaruh larangan merokok terhadap perilaku responden yang merokok rata-rata sepuluh atau lebih rokok per hari (p -value 0,007) di seluruh negara bagian Jerman. Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Hock¹⁵ yang menemukan p -value=0,001 yang berarti ada hubungan status merokok terhadap penerapan KTR di Malaysia. Selain itu penelitian

ini juga didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Bakhturidze¹⁰ yang menemukan $p\text{-value}=0,000$ yang berarti ada hubungan status merokok terhadap penerapan KTR di Georgia. Adapun status merokok memiliki $OR=5,80$, artinya responden yang tidak merokok berpeluang menerapkan KTR sebesar 5,80 kali dibandingkan dengan responden yang merokok. Menurut penelitian Borders¹⁶ menunjukkan hasil bahwa efek kebijakan merokok universitas dan program pada kemungkinan merokok mengurangi peluang merokok sekitar 23%.

Penelitian ini juga menemukan bahwa terdapat hubungan signifikan antara sikap terhadap perilaku perokok dengan penerapan KTR ($p: 0,030$, $CI: 1,172-24,929$, $OR: 5,406$) yang berarti sikap terhadap perilaku perokok yang baik akan berpeluang menerapkan KTR sebesar 5,406 kali dibandingkan dengan responden yang bersikap kurang baik (Tabel 3). Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Mulyana dan Thaha⁸ yang menemukan $p\text{-value}$ sebesar 0,000 artinya ada pengaruh sikap terhadap perilaku merokok pada mahasiswa di Universitas Hasanuddin Makassar tahun 2013. Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Olowookere¹⁷ yang menemukan $p\text{-value}=0,0026$ yang berarti ada hubungan sikap terhadap rokok terhadap larangan merokok di tempat umum. Sikap merupakan reaksi atau respons yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku. Sikap masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.¹⁸

Selanjutnya penelitian ini menemukan bahwa terdapat hubungan signifikan antara pengetahuan tentang rokok dengan penerapan KTR ($p: 0,005$, $CI: 1,553-11,076$, $OR: 4,148$) yang berarti pengetahuan tentang KTR yang baik akan berpeluang menerapkan KTR sebesar 4,148 kali dibandingkan dengan responden yang berpengetahuan kurang baik (Tabel 3). Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Renaldi⁷ yang menemukan $p\text{-value}$ sebesar 0,000 artinya terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan kebijakan KTR dengan implementasi kebijakan KTR di STIKes Hang Tuah Pekanbaru

tahun 2013 dengan OR sebesar 15,594, artinya responden yang memiliki pengetahuan KTR yang baik akan berpeluang menerapkan KTR sebesar 15,594 kali dibandingkan dengan responden yang berpengetahuan kurang baik. Hal ini juga didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Olowookere¹⁷ yang menemukan $p\text{-value}=0,001$ yang berarti ada hubungan pengetahuan tentang KTR terhadap larangan merokok di tempat umum di Osun State, Nigeria. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.¹⁸

KESIMPULAN

Secara keseluruhan, sebagian besar responden di fakultas yang menerapkan KTR sudah memiliki pengetahuan mengenai rokok dan KTR yang baik, sikap terhadap rokok dan KTR yang baik, persepsi yang baik serta dukungan yang baik dibandingkan dengan responden di fakultas yang tidak menerapkan KTR. Variabel yang paling memengaruhi penerapan KTR di UIN Syarif Hidayatullah Jakarta adalah pengetahuan tentang KTR dengan $p\text{-value} < 0,005$. Nilai $OR = 4,148$ yang artinya responden yang memiliki pengetahuan tentang KTR yang baik akan memiliki peluang menerapkan KTR sebanyak 4,148 kali daripada yang memiliki pengetahuan KTR yang kurang baik.

SARAN

Hasil penelitian ini merekomendasikan perlunya edukasi untuk meningkatkan pengetahuan tentang KTR di fakultas yang belum menerapkan KTR sehingga UIN Syarif Hidayatullah Jakarta berhasil menjadi kampus bebas rokok.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih ditujukan kepada pimpinan Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta yang telah memberikan dukungan dalam penulisan ini serta ucapan terima kasih ditujukan kepada partisipan penelitian yang telah berpartisipasi dalam penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. Drope J, Schluger NW, Cahn Z, Drope J, Hamill S, Islami F, et al. The tobacco atlas sixth edition. Sixth edit. Drope J, Schluger NW, editors. Atlanta: American Cancer Society; 2018. 1–58 p.
2. Kementerian Kesehatan RI. Hasil utama riset kesehatan dasar 2018. Jakarta : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia; 2018. p 1–200.
3. Pemerintah Daerah Kota Tangerang Selatan. Peraturan daerah Kota Tangerang Selatan no. 4 tahun 2016 tentang kawasan tanpa rokok (KTR). Tangerang : Pemerintah Daerah Kota Tangerang Selatan; 2016. p 1–13.
4. Nugraha B. Hasil wawancara pribadi 12 Agustus 2020. Wakil ketua aksi kebaikan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.
5. Kusumaningrum ID, Prabamukti PN, BM S. Faktor yang berhubungan dengan perilaku kepala keluarga dalam penerapan deklarasi kawasan dilarang merokok (KDM) (studi di wilayah Pedukuhan Gluntung Kidul Desa Caturharjo Kecamatan Pandak Kabupaten Bantul). *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*. 2018;6(5):741–50.
6. Azmi FZ, Istiarti T, Cahyo K. Hubungan penerapan kawasan tanpa rokok (ktr) dengan perilaku merokok mahasiswa kesehatan masyarakat di Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*. 2016;4(3):995–1004.
7. Renaldi R. Implementasi kebijakan kawasan tanpa rokok (KTR) pada mahasiswa di lingkungan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Pekanbaru. *Jurnal Kesehatan Komunitas*. 2014;2(5):233–8.
8. Mulyana D, M.Thaha IL. Faktor yang berhubungan dengan tindakan merokok pada mahasiswa Universitas Hasanuddin Makassar. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*. 2016;9(2):109–19.
9. Yusrizal D. Pengaruh faktor perilaku terhadap penerapan kawasan tanpa asap rokok pada mahasiswa di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Teuku Umar Meulaboh. Meulaboh: Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Teuku Umar Meulaboh; 2014.
10. Bakhturidze GD, Mittelmark MB, Aarø LE, Peikrishvili NT. Attitudes towards smoking restrictions and tobacco advertisement bans in Georgia. *BMJ Open*. 2013;3(11):1–10.
11. Rashid A, Manan AA, Yahya N, Ibrahim L. The support for smoke free policy and how it is influenced by tolerance to smoking-experience of a developing country. *PLoS ONE*. 2014;9(10):1–7.
12. Ulfah NH, Katmawanti S, Tama TD. Design kawasan tanpa rokok (KTR) fakultas ilmu keolahragaan Universitas Negeri Malang (no-smoking area design in faculty of sport science Universitas Negeri Malang). 2011;1–11.
13. Andreeva TI, Ananjeva GA, Daminova NA, Leontieva TV, Khakimova LK. Smoke-free universities help students avoid establishing smoking by means of facilitating quitting. *Health Promotion Perspectives*. 2016;5(4):241–9.
14. Anger S, Kvasnicka M, Siedler T. One last puff? public smoking bans and smoking behavior. *Journal of Health Economics*. 2011;30(3):591–601.
15. Hock LK, Hui Li L, Chien Huey T, Yuvaneswary V, Sayan P, Muhd Yusoff MF et al. Support for smoke-free policy among Malaysian adults: Findings from a population-based study. *BMJ Open*. 2019;9(2):7–11.
16. Borders TF, Xu KT, Bacchi D, Cohen L, SoRelle-Miner D. College campus smoking policies and programs and students' smoking behaviors. *BMC Public Health*. 2005;5:1–6.
17. Olowookere SA, Adepoju EG, Gbolahan OO. Awareness and attitude to the law banning smoking in public places in Osun State, Nigeria. *Tobacco Induced Diseases*. 2014;12(6):1–4.
18. Notoatmodjo S. Pendidikan dan perilaku kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta; 2003.

Hubungan Karakteristik, Indeks Massa Tubuh (IMT) dengan Tekanan Darah pada Lanjut Usia di Posbindu

The Correlation of Characteristic, Body Mass Index, and Blood Pressure Among Older People in Posbindu

Vinda Prihartini Rahmatillah¹, Tantut Susanto², dan Kholid Rosyidi Muhammad Nur³

¹Fakultas Keperawatan Universitas Jember, Jln. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember Jawa Timur, Indonesia

²Departemen Keperawatan Komunitas, Keluarga, dan Gerontik Fakultas Keperawatan, Universitas Jember. Jln. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember Jawa Timur, Indonesia

³Departemen Dasar Keperawatan dan Keperawatan Dasar Universitas Jember. Jln. Kalimantan No. 37 Kampus Tegal Boto Jember Jawa Timur, Indonesia

Korespondensi Penulis: tantut_s.psik@unej.ac.id

Submitted: 11-12-2019, *Revised:* 21-05-2020, *Accepted:* 25-09-2020

DOI: <https://doi.org/10.22435/mpk.v30i3.2547>

Abstrak

Proses penuaan dan perubahan dalam gastrointestinal membuat lansia mengalami masalah kesehatan dalam mempertahankan indeks massa tubuh (IMT) karena mengonsumsi gizi yang tidak sehat. Hal ini dapat mengakibatkan lansia mengalami hipertensi. Tujuan dari penelitian ini untuk menganalisis hubungan antara karakteristik, indeks massa tubuh dengan tekanan darah pada lansia di Posbindu Kabupaten Bondowoso. Penelitian ini deskriptif analitik dengan menggunakan metode *cross sectional* pada 95 lansia yang dipilih berdasarkan *cluster random sampling*. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara untuk mengukur status sosio-demografi dan pengukuran tekanan darah, berat badan, dan tinggi badan lanjut usia menggunakan spigmomanometer, timbangan, dan pita pengukur. Analisis hubungan antara IMT dengan tekanan darah menggunakan uji korelasi *Spearman Rank*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar indeks massa tubuh yaitu normal ($22,18 \pm 3,833$). Sedangkan untuk tekanan darah sistolik median 130,0 mmHg (120,0-150,0 mmHg) dan diastolik median 80,0 mmHg (72,0-90,0 mmHg), menunjukkan lansia paling banyak adalah prehipertensi. Tidak ada hubungan antara IMT dengan tekanan darah sistolik ($r = 0,155$; $p = 0,134$) dan tekanan darah diastolik ($r = 0,200$; $p = 0,052$). Namun, ada hubungan yang signifikan antara riwayat hipertensi dengan tekanan darah sistolik ($Z = -6.351$; $p = \leq 0,001$) dan tekanan darah diastolik ($Z = -5.834$; $p = \leq 0,001$) pada lansia. IMT tidak berhubungan dengan tekanan darah baik sistolik maupun diastolik. Akan tetapi, karakteristik riwayat hipertensi berhubungan dengan tekanan darah sistolik dan diastolik pada lansia di Posbindu Kabupaten Bondowoso. Oleh karena itu, perlu pengontrolan IMT, sehingga dapat dipertahankan IMT normal dan tekanan darah lebih terkontrol melalui posbindu lansia.

Kata kunci: indeks massa tubuh; IMT; tekanan darah; lansia; posbindu

Abstract

The aging process and changes in the gastrointestinal make the elderly experience health problems in maintaining body mass index (BMI), due to consuming unhealthy nutrition. This can cause the elderly to experience hypertension. The objective of this study was to analyze the relationship between characteristic, BMI and Blood Pressure (BP) in the elderly in Integrated Development Post (posbindu),

Bondowoso District. Descriptive analytic research using cross-sectional design on 95 elderly chosen based on cluster random sampling. Data collection was carried out by interview to measure socio-demography status and measurement of BP, weight, and height of the elderly using spigmomanometer, scales and measuring tape. Analysis of the relationship between BMI and BP using spearman rank correlation test. The results showed that most BMI was normal ($22,18 \pm 3,833$). As for systolic blood pressure with median 130.0 mmHg (120.0 – 150.0 mmHg) and diastolic with median 80.0 mmHg (72.0 – 90.0 mmHg). There was no relationship between BMI and systolic BP ($r = 0,155$; $p = 0,134$) and diastolic BP ($r = 0,200$; $p = 0,052$). However, there was a significant relationship between history of hypertension and systolic BP ($Z = -6,351$; $p = \leq 0,001$) and diastolic BP ($Z = -5,834$; $p = \leq 0,001$) in the elderly. BMI is not related to BP both systolic and diastolic. However, a history of hypertension is associated with systolic and diastolic BP in the elderly in posbindu, Bondowoso district. Therefore, it is necessary to control BMI, so that normal BMI can be maintained and BP is more controlled through the elderly in posbindu.

Keywords: body mass index; BMI; blood pressure; elderly; posbindu

PENDAHULUAN

Seiring bertambahnya usia, dapat timbul berbagai kemunduran pada organ tubuh lanjut usia (lansia), kemampuan regenerasi yang terbatas dan penjaagaan terhadap infeksi yang melemah membuat lansia menjadi lebih berisiko terhadap berbagai masalah kesehatan. Penyakit yang kerap dijumpai pada lansia yaitu tekanan darah tinggi.¹ Hipertensi disebut sebagai *silent killer* atau pembunuh diam-diam, karena penderita hipertensi sering tidak menampilkan gejala.² Proses metabolisme pada lansia yang mengalami penurunan sehingga aktivitas fisik yang menurun dapat menimbulkan ketidak seimbangan dalam tubuh yang menyebabkan kalori berlebih dan menjadi lemak. Semakin besar massa tubuh, semakin meningkat volume darah yang dibutuhkan untuk memasok oksigen dan makanan ke jaringan tubuh. Dinding arteri mendapatkan tekanan yang besar, sehingga jantung memompa lebih cepat. Kerja jantung yang berat berdampak pada timbulnya tekanan darah tinggi.³ Hipertensi umumnya dianggap sebagai kondisi yang normal pada lansia.² Untuk mempertahankan tekanan darah lansia tetap normal sangat sulit. Hal ini berkaitan dengan berbagai faktor seperti usia, berat badan (obesitas), tingkat pendidikan yang rendah, pola makan, riwayat hipertensi, dan minum yang tidak teratur.³ Hipertensi tidak dapat secara langsung membunuh penderita, namun hipertensi dapat menimbulkan terjadinya penyakit

lain yang tergolong berat serta mematikan seperti stroke, penyakit jantung koroner, dan gagal ginjal.⁴

Kejadian hipertensi pada lansia di dunia menurut World Health Organization (WHO) menunjukkan 1 milyar orang, diperkirakan tahun 2025 sebanyak 29% orang dewasa di seluruh dunia terkena hipertensi. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 34,1%. Sedangkan data Riskesdas Provinsi Jawa Timur⁵ menunjukkan penyakit hipertensi mencapai 36,3% dan jumlah penyakit hipertensi tertinggi terdapat pada kelompok usia > 75 tahun. Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso pada laporan kasus PTM tahun 2018 menunjukkan jumlah hipertensi sebanyak 4.696 kasus (40,74%).⁶

Sebagai akibat dari proses penuaan salah satunya adalah perubahan indeks massa tubuh (IMT) akibat dari masalah status gizi. Hal ini dipengaruhi oleh peningkatan asupan kalori, berkurangnya aktivitas fisik, dan status sosial ekonomi.⁷ Kelebihan IMT sangat berpotensi mengalami obesitas, karena proses metabolisme yang menurun dan tidak diimbangi dengan peningkatan aktivitas fisik atau penurunan jumlah makanan, maka kalori yang berlebih akan diubah menjadi lemak yang menimbulkan kegemukan.⁸ Penelitian Arifin menunjukkan bahwa obesitas sangat berkaitan dengan kegemaran mengonsumsi makanan tinggi lemak yang meningkatkan risiko terjadinya peningkatan tekanan darah. Semakin

besar massa tubuh, akan meningkatkan volume darah yang dibutuhkan untuk memasok oksigen dan makanan ke jaringan tubuh. Akibatnya, dinding arteri akan mendapatkan tekanan yang lebih besar yang menyebabkan terjadinya kenaikan tekanan darah. Selain itu, kelebihan berat badan juga meningkatkan frekuensi denyut jantung. Hal ini juga tidak sejalan dengan penelitian⁹ yang menjelaskan bahwa indeks massa tubuh yang mengalami kelebihan atau obesitas cenderung mengalami hipertensi.

Dibutuhkan peningkatan aktivitas fisik dan kebiasaan makanan yang bergizi sehingga dapat membantu lansia untuk meningkatkan kesehatan dan menghindari masalah perubahan IMT yang berdampak terjadinya peningkatan tekanan darah pada lansia.¹⁰ Dengan alasan tersebut di atas, tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan antara karakteristik dan IMT dengan tekanan darah pada lanjut usia di Posbindu Lanjut Usia Wilayah Kerja Puskesmas Maesan Kabupaten Bondowoso.

METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian observasional dengan rancangan *cross sectional*. Dilakukan analisis hubungan antara karakteristik, IMT dengan tekanan darah pada lansia dalam satu waktu. Populasi dalam penelitian yaitu lansia yang mendapatkan pelayanan saat posbindu lansia di wilayah kerja Puskesmas Maesan pada bulan Desember tahun 2018. Sebanyak 837 lansia diolah menggunakan tingkat kepercayaan 95%, tingkat kesalahan 5%, presisi 10%, dan diperoleh jumlah sampel sebanyak 95 responden. Kriteria inklusi penelitian ini yaitu lansia dalam keadaan sadar dan sehat dan bersedia menjadi responden. Sedangkan kriteria eksklusi yaitu lansia yang tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari. Penelitian ini dilakukan pada bulan Februari tahun 2019 di Posbindu Lanjut Usia wilayah kerja Puskesmas Maesan, Kabupaten Bondowoso.

Pengambilan data dilakukan menggunakan teknik *probability sampling* dengan pendekatan *cluster random sampling*. Peneliti menghitung sampel yang diperlukan dalam penelitian dengan mengklaster per desa, yaitu 12 desa. Dari 12 desa yang ada di wilayah kerja Puskesmas

Maesan, setiap desa dihitung dengan proporsi sehingga mewakili seluruh populasi. Peneliti mengumpulkan data terkait wilayah dan identitas responden. Menentukan responden sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan. Peneliti melakukan penelitian dengan cara mendatangi kegiatan posbindu, apabila lansia tidak mengikuti posbindu, pengambilan data dengan melakukan kunjungan rumah sesuai data yang telah ditentukan. Peneliti memberikan *informed consent* sebagai bentuk persetujuan untuk menjadikan sampel penelitian. Setelah menjelaskan maksud dan tujuan serta menandatangani *informed consent*, peneliti melakukan pemeriksaan tekanan darah, pengukuran berat badan dan tinggi badan. Penelitian ini membutuhkan waktu 10-15 menit. Data yang telah diperoleh dikumpulkan dan dilakukan analisis.

Alat pengumpulan data yaitu kuesioner untuk mengukur data sosiodemografi, seperti dengan usia, jenis kelamin, pekerjaan, riwayat hipertensi, dan tinggal dengan siapa. Untuk mendapatkan data IMT dilakukan pengukuran tinggi badan (TB) dan berat badan (BB). Pengukuran BB menggunakan timbangan badan (kg) dengan nilai koreksi "0", yang telah dikalibrasi di Laboratorium Kalibrasi Universitas Jember. Pengukuran TB menggunakan pita ukur (cm) yang diletakkan di dinding pada kegiatan posbindu, dengan posisi tegak lurus dengan lantai keramik, dengan nilai "0" pada lantai. Cara pengukuran berat badan dengan meminta lansia tanpa alas kaki dan pakaian yang ringan. Lansia berdiri tegak dengan pandangan lurus ke depan, sehingga berat badan akan terdistribusi secara merata di bagian tengah alat penimbang, catat berat badan lansia. Untuk cara pengukuran tinggi badan dengan meminta lansia berdiri tegak tanpa alas kaki, tumit, pantat dan kedua bahu menempel pada dinding. Kedua tumit sejajar dengan kedua lengan yang menggantung di samping badan, pandangan lansia lurus kedepan sambil bernapas normal dan berdiri tegak, upayakan tumit lansia tidak terangkat, catat tinggi badan lansia. Untuk tekanan darah (sistolik dan diastolik) diukur menggunakan *spigmomanometer* air raksa dengan nilai koreksi 0,4/0,5 mmHg, dan telah dilakukan kalibrasi pada Laboratorium Kalibrasi

Universitas Jember. Cara pengukuran tekanan darah dengan memasang manset di lengan sebelah kanan sekitar 3 cm diatas *fossa cubiti*, raba denyut nadi radialis, dan letakkan diafragma stetoskop di atas nadi *brachialis*. Pompakan balon udara manset sampai denyut nadi tidak terdengar dan perhatikan manometer sampai setinggi 20 mmHg dari titik yang tidak terdengar. Kempeskan manset secara perlahan dan berkesinambungan dengan memutar skrup pada pompa udara berlawanan arah jarum jam. Identifikasi tinggi air raksa manometer saat pertama kali terdengar kembali denyut nadi menunjukkan nilai tekanan sistolik, tetap kempeskan manset secara perlahan sampai bunyi nadi terakhir terdengar menunjukkan nilai tekanan diastolik. Setiap responden diukur tensinya minimal dua kali. Jika hasil pengukuran kedua berbeda ≥ 10 mmHg, baik pada tekanan sistolik dan atau tekanan diastolik, dibandingkan pengukuran pertama, maka dilakukan pengukuran ketiga. Dua data pengukuran dengan selisih terkecil dengan pengukuran terakhir dihitung reratanya sebagai hasil ukur tensi. Semua hasil pengukuran tekanan darah, BB, dan TB didokumentasikan dalam lembar observasi.

Data kategorik disajikan distribusi frekuensi menggunakan nilai presentase. Untuk data numerik yang terdistribusi normal disajikan menggunakan *mean* dan standar deviasi. Selain itu untuk data numerik yang terdistribusi tidak normal disajikan menggunakan *median* dan nilai persentil₂₅-persentil₇₅. Untuk analisis univariat peneliti menggunakan uji *kolmogorov-smirnov* karena data tidak terdistribusi normal. Selanjutnya, untuk menganalisis hubungan peneliti menggunakan uji korelasi *Spearman Rank* untuk mengetahui ada atau tidak adanya hubungan antara indeks massa tubuh dengan tekanan darah dengan tingkat signifikansi *p* value < 0,05. Uji korelasi *Mann Whitney* untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara karakteristik responden dengan tekanan darah. Analisa data dilakukan dengan aplikasi *software* SPSS 20. Penelitian ini dilakukan uji etik di Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember, dengan No.306/UN25.8/KEPK/DL/2019. Peneliti kemudian memperoleh persetujuan administratif dari Badan Kesatuan

Bangsa dan Politik dan Dinas Kesehatan dan pihak puskesmas.

HASIL

Dari 95 responden dalam Tabel 1 dapat disimpulkan bahwa rerata usia lansia pada usia 62 tahun dengan rerata berat badan 49,69 kg dan rerata tinggi badan 149,54 cm. Jenis kelamin partisipan paling banyak pada lansia perempuan (75,8%) dan sebagian besar tidak pernah mengalami hipertensi (71,6 %).

Tekanan Darah Pada Lansia

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Partisipan (n=95)

Variabel	Keterangan
Usia (tahun)	
Md (P ₂₅ -P ₇₅)	62,00 (61,00-66,00)
Berat Badan (kg)	
M ± SD	49,69 ± 8,925
Tinggi Badan (cm)	
M ± SD	149,54 ± 8,263
Sistolik (mmHg)	
Md (P ₂₅ -P ₇₅)	130,00 (120,00-150,00)
Diastolik (mmHg)	
Md (P ₂₅ -P ₇₅)	80,00 (72,00-90,00)
Jenis kelamin (%)	
Laki-laki	23 (24,2)
Perempuan	72 (75,8)
Pekerjaan (%)	
Bekerja	45 (47,4)
Tidak bekerja	50 (52,6)
Tinggal dengan siapa (%)	
Keluarga	86 (90,5)
Sendiri	9 (9,5)
Riwayat hipertensi (%)	
Ya	27 (28,4)
Tidak	68 (71,6)

Catatan: n=Jumlah partisipan; (%)=(persentase); M=*Mean*; SD=Standart Deviasi; Md=Median; P₂₅-P₇₅=Persentil 25-75.

Dari Tabel 2 di bawah dapat diketahui nilai sistolik pada lansia diestimasikan lebih dari normal yaitu 130 mmHg (*Z* = 1,613; *p* = 0,11) dan nilai diastolik diestimasikan lebih dari normal yaitu 80 mmHg (*Z* = 2,250; *p* = 0,00). Sehingga dapat disimpulkan bahwa sebagian besar lansia di Posbindu Lanjut Usia Wilayah Kerja Puskesmas Maesan Kabupaten Bondowoso mengalami prehipertensi.

Tabel 2. Tekanan Darah pada Lansia

Tekanan darah	Md (P ₂₅ -P ₇₅)	Z	Signifikansi
Sistolik	130,00 (120,00-150,00)	1,613	0,11
Diastolik	80,00 (72,00-90,00)	2,250	0,00

Catatan: Md= Median; P₂₅-P₇₅= Persentil 25-75; Z=Nilai hitung *Kolmogorov-Smirnovtest*; Signifikan *Kolmogorov-Smirnovtest*.

Indeks Massa Tubuh pada Lansia

Dari Tabel 3 dibawah dapat disimpulkan bahwa nilai IMT pada lansia di Posbindu Lanjut Usia Wilayah Kerja Puskesmas Maesan dalam penelitian tersebut diestimasikan masuk dalam kategori normal yaitu 22,18.

Tabel 3. Indeks Massa Tubuh pada Lansia

Variabel	M ± SD	Z	Signifikansi
IMT	22,18 ± 3,833	0,842	0,478

Catatan: M=Mean; SD=Standart Deviasi; Z =Nilai hitung *Kolmogorov-Smirnovtest*; Signifikan *Kolmogorov-Smirnovtest*.

Hubungan Antara IMT dengan Tekanan Darah pada Lansia

Dari Tabel 4 dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara IMT dengan tekanan darah sistolik (r = 0,155; p = 0,134) maupun tekanan darah diastolik (r = 0,200; p = 0,052) pada lansia di Posbindu Lanjut Usia Wilayah kerja Puskesmas Maesan.

Tabel 4. Hubungan Antara IMT dengan Tekanan Darah pada Lansia

	Sistolik			Diastolik		
	Md (P ₂₅ -P ₇₅)	r	p value	Md (P ₂₅ -P ₇₅)	r	p value
IMT	130,00 (120,00-150,00)	0,155	0,134	80,00 (72,00-90,00)	0,200	0,052

Catatan: Md=Median; P₂₅-P₇₅=Percentiles 25-75; r=Nilai Hitung; p value=Nilai Signifikansi *Spearman Rank Test*.

Hubungan Antara Karakteristik dengan Tekanan Darah pada Lansia

Dari Tabel 5 dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara riwayat hipertensi dengan tekanan darah sistolik (Z = -6,351; p = 0,000) dan diastolik (Z = -5,834; p = 0,000) di Posbindu Lanjut Usia Wilayah Kerja Puskesmas Maesan.

Tabel 5. Hubungan Antara Karakteristik dengan Tekanan Darah pada Lansia

Karakteristik Responden	Sistolik			Diastolik		
	n %	Z/r	p value	n %	Z/r	p value
Usia (tahun)						
Md (P ₂₅ -P ₇₅)	62,00 (61,00-66,00)	0,09	0,928 ^a	62,00 (61,00-66,00)	0,12	0,910 ^a
Jenis Kelamin						
Laki-laki	23 (24,2)	-0,281	0,779 ^b	23 (24,2)	-1,206	0,228 ^b
Perempuan	72 (75,8)			72 (75,8)		
Pekerjaan						
Bekerja	45 (47,4)	-0,738	0,461 ^b	45 (47,4)	-0,381	0,703 ^b
Tidak bekerja	50 (52,6)			50 (52,6)		
Tinggal Dengan						
Siapa	86 (90,5)	-1,033	0,301 ^b	86 (90,5)	-1,692	0,091 ^b
Keluarga	9 (9,5)			9 (9,5)		
Sendiri						
Riwayat						
Hipertensi	27 (28,4)	-6,351	0,000 ^b	27 (28,4)	-5,834	0,000 ^b
Ya	68 (71,6)			68 (71,6)		
Tidak						
Berat Badan (kg)						
M ± SD	49,69 ± 8,925	0,110	0,288 ^a	49,69 ± 8,925	0,169	0,102 ^a
Tinggi Badan (cm)						
M ± SD	149,54 ± 8,263	-0,060	0,563 ^a	149,54 ± 8,263	-0,047	0,654 ^a

Catatan: M=Mean; SD=Standart Deviasi; Md=Median; P₂₅-P₇₅= Persentil 25-75; n=Jumlah Partisipan; (%)=(persentase); Z/r =Nilai Hitung; ^a=*Spearman Rank*; ^b=*Mann-Whitney*; p value=Nilai Signifikansi *Spearman Rank Test* dan *Mann Whitney*, korelasi ditandai dengan angka tebal.

Peneliti menggunakan *mean*, median, dan persentil karena persebaran data tidak normal. Karena persebaran tidak normal maka peneliti harus mengetahui dimana letak tengah data-data tersebut menggunakan median dan sejauh mana persebarannya menggunakan persentil 25 untuk melihat batas persebaran bawah dan persentil 75 untuk melihat batas persebaran atas.

PEMBAHASAN

Penelitian ini menunjukkan tidak adanya hubungan antara IMT dengan tekanan darah sistolik maupun diastolik pada lansia di Posbindu Lanjut Usia Wilayah Kerja Puskesmas Maesan. Hal ini dikarenakan rerata tekanan darah termasuk kategori prehipertensi dan IMT dalam kategori normal. Hal ini sejalan dengan penelitian Aini dkk.¹¹ yang memaparkan bahwa tidak ada hubungan antara IMT dengan tekanan darah sistolik dikarenakan *p value* lemah $> 0,05$. Walaupun IMT dengan tekanan darah pada lansia tidak berhubungan, tetapi penelitian ini menemukan adanya hubungan tekanan darah dengan riwayat hipertensi.

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara usia dengan tekanan darah. Hasil ini tidak sesuai dengan penelitian Mahmudah S dkk.¹² yang mengatakan prevalensi hipertensi meningkat seiring bertambahnya usia. Hal ini dikarenakan perubahan alami pada jantung, pembuluh darah, dan kadar hormon yang dapat meningkatkan tekanan darah. Untuk itu usia sangat mempengaruhi dalam peningkatan tekanan darah sehingga lansia disarankan untuk selalu mengontrol tekanan darah setiap bulan dengan mengikuti posyandu lansia.

Selain itu, tidak adanya hubungan bermakna antara jenis kelamin dengan tekanan darah. Hal ini juga tidak sesuai dengan penelitian Mahmudah S dkk.¹² yang mengatakan laki-laki lebih berisiko mengalami hipertensi dibanding perempuan saat usia < 45 tahun. Tetapi saat usia > 65 tahun, perempuan lebih berisiko mengalami hipertensi dibanding laki-laki setelah wanita memasuki masa menopause. Prevalensi pada wanita akan semakin meningkat dikarenakan faktor hormonal yang dapat mengakibatkan kenaikan berat badan dan tekanan darah yang semakin reaktif terhadap konsumsi garam,¹³ sehingga dapat menyebabkan hipertensi. Dapat disimpulkan bahwa lansia perempuan lebih berisiko terkena hipertensi dibanding lansia laki-

laki.

Hasil juga menunjukkan, tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan tekanan darah. Penelitian ini didukung oleh penelitian Siringoringo M dkk.¹⁴ yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara pekerjaan dengan hipertensi. Lansia yang tidak bekerja rata-rata mengalami penurunan aktivitas fisik¹⁵ sehingga terjadi penimbunan lemak yang mengakibatkan kelebihan berat badan. Oleh karena itu diperlukan peningkatan aktivitas fisik pada lansia seperti senam lansia agar lansia tidak mengalami masalah kesehatan.

Sementara itu, didapatkan hasil tidak ada hubungan yang bermakna antara tinggal dengan siapa dengan tekanan darah. Lansia yang tinggal sendiri berbeda dengan lansia yang tinggal bersama keluarga. Hal ini didukung dengan hasil penelitian Melita dan Nadjib¹⁶ yang menjelaskan lansia yang tinggal dengan keluarga mendapatkan perhatian penuh dari keluarga seperti disediakan sarana dan prasarana, disediakan kebutuhan gizi yang baik, dan didukung untuk selalu mengikuti posyandu setiap bulan untuk mengetahui status kesehatan lansia. Untuk itu dukungan keluarga sangat penting terhadap perkembangan kesehatan lansia.

Dilain pihak, didapatkan hasil adanya hubungan yang bermakna antara riwayat hipertensi dengan tekanan darah. Penelitian ini sejalan dengan Nugroho K dkk.¹⁷ yang menyatakan bahwa subjek yang mempunyai riwayat hipertensi pada keluarganya lebih berisiko terjadinya hipertensi dibanding subyek yang tidak mempunyai riwayat hipertensi di keluarganya. Dapat disimpulkan bahwa riwayat hipertensi sangat berperan terhadap kejadian hipertensi.¹⁸ Sehingga perlu adanya edukasi tentang hipertensi yang dapat diturunkan agar mereka dapat melakukan pencegahan. Kemudian hasil didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna antara berat badan dengan tekanan darah. Penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Bin Mohd Arifin dkk,¹⁹ bahwa obesitas sangat berkaitan dengan kegemaran mengonsumsi makanan tinggi lemak yang meningkatkan risiko terjadinya peningkatan tekanan darah. Semakin besar massa tubuh, akan meningkatkan volume darah yang dibutuhkan untuk memasok oksigen dan makanan ke jaringan tubuh. Akibatnya, dinding arteri akan mendapatkan tekanan yang lebih besar yang

menyebabkan terjadinya kenaikan tekanan darah. Selain itu, kelebihan berat badan juga meningkatkan frekuensi denyut jantung. Untuk itu, diperlukan edukasi tentang pola makan yang teratur sehingga lansia dapat mengatur asupan makan yang dapat mencegah terjadinya kelebihan berat badan.

Hasil juga didapatkan tidak ada hubungan yang bermakna antara tinggi badan dengan tekanan darah. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan Ambarita K dkk.²⁰ yang menyatakan tinggi badan merupakan faktor yang berperan penting dalam menentukan tekanan darah karena ukuran tubuh mempengaruhi tekanan darah. Seseorang dengan batang tubuh lebih panjang memiliki tekanan darah yang lebih tinggi. Hal ini disebabkan tekanan tambahan yang diperlukan untuk mengatasi gravitasi dengan tujuan memenuhi perfusi ke otak. Sehingga dapat disimpulkan semakin tinggi seseorang maka semakin berisiko terkena tekanan darah tinggi. Penelitian ini menyimpulkan bahwa IMT pada lansia tergolong normal dikarenakan berat badan dan tinggi badan pada lansia dalam batas normal. Hal ini sejalan dengan penelitian Siregar dkk²¹ di mana status gizi pada lansia yang berobat ke Puskesmas Simpang Tiga Kota Pekanbaru memiliki klasifikasi IMT normal sebanyak 25 orang lansia. Hal ini berkaitan dengan pola makan, di mana jika pola makan baik maka status gizi lansia juga akan baik.

Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan antara IMT dan tekanan darah sistolik maupun diastolik pada lansia di Posbindu Lanjut Usia Wilayah Kerja Puskesmas Maesan. Hal ini dikarenakan IMT lansia dalam batas normal dan tekanan darah sistolik maupun diastolik masih tergolong prehipertensi. Penelitian ini ditemukan terdapat hubungan antara riwayat hipertensi dengan tekanan darah sistolik maupun diastolik pada lansia. Hal ini memungkinkan karena riwayat hipertensi dapat diturunkan secara genetik pada seseorang. Demikian juga dengan penelitian Agustina S dkk.²² yang menyatakan bahwa lansia dengan riwayat keturunan hipertensi mempunyai peluang 8,8 kali menderita hipertensi dibanding dengan lansia yang tidak ada riwayat keturunan hipertensi. Hasil ini juga sesuai dengan penelitian Mahmudah S dkk.¹⁵ yang menyatakan bahwa sebagian besar kasus hipertensi dipengaruhi faktor keturunan. Jika kedua orang tua memiliki riwayat penyakit hipertensi, anaknya akan

berisiko terkena hipertensi. Hal ini terjadi karena adanya gen yang berhubungan dengan kejadian hipertensi yang menurun pada dirinya.

Keterbatasan dalam penelitian ini karena sampel yang digunakan terlalu kecil. Dengan sampel yang lebih besar, maka kemungkinan suatu hipotesis penelitian akan terjawab dan data terdistribusi normal. Ukuran sampel yang semakin besar diharapkan akan memberikan hasil penelitian yang semakin baik.²³ Keterbatasan lain, karena adanya kesalahan dalam mengestimasi alat ukur, di mana peneliti membulatkan hasil pengukuran berat badan, tinggi badan, dan tekanan darah yang seharusnya terdapat hasil pengukuran dalam jumlah desimal.

KESIMPULAN

Hasil penelitian ini menunjukkan IMT tidak berhubungan dengan tekanan darah sistolik maupun diastolik pada lansia di Posbindu Lanjut Usia Wilayah Kerja Puskesmas Maesan. Tetapi karakteristik, seperti riwayat hipertensi berhubungan dengan tekanan darah sistolik maupun diastolik pada lansia. Oleh karena itu, lansia perlu mengontrol IMT, sehingga dapat mempertahankan IMT tetap normal dan tekanan darahnya lebih terkontrol. Lansia dapat melakukan pengontrolan ini setiap bulan saat ada kegiatan posbindu lansia. Jika terdapat lansia yang tidak datang saat posbindu dilaksanakan, maka perawat diharapkan dapat melakukan pengontrolan dengan cara mendatangi setiap rumah sehingga lansia yang memiliki riwayat hipertensi, dapat terdeteksi secara dini dan tekanan darahnya dapat terkontrol bagi yang sudah menderita hipertensi.

SARAN

Saran bagi peneliti selanjutnya adalah diharapkan untuk meneliti hubungan IMT dengan tekanan darah secara lebih sempurna, sehingga dapat memperoleh hasil yang lebih tepat. Rekomendasi yang dapat diberikan juga dapat diselenggarakan pemeriksaan antropometri dan tekanan darah secara teratur di Posbindu PTM.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih terhadap pihak Puskesmas Maesan Kabupaten Bondowoso atas kerjasamanya dalam penelitian. Peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada Kelompok Riset (KeRis) *Healty and Wellness for*

Elderly dari Departemen Keperawatan Keluarga, Komunitas, dan Gerontik, Fakultas Keperawatan Universitas Jember yang telah memfasilitasi jalannya penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Arna RD. Hubungan status depresi dan status gizi dengan tekanan darah pada lansia di panti wredha dharma bhakti Surakarta. Skripsi. Prodi S1 Gizi. Surakarta : Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2015. Diambil dari <http://eprints.ums.ac.id/39817/14/NASKAH%20PUBLIKASI.pdf>
2. Anwari M, Vidyawati R, Salamah R, Refani M, Winingsih N, Yoga D et al. Pemberian senam antihipertensi sebagai upaya menstabilkan tekanan darah: studi kasus pada keluarga binaan di desa Kemuningsari Lor kecamatan Panti kabupaten Jember. *Indones. J. Heal. Sci.* 2018; Edisi Khusus: 165–168.
3. Susanto T, Rasny H, Susumaningrum LA, Yunanto RA, Nur KRM. Prevalence of hypertension and predictive factors of self-efficacy among elderly people with hypertension in institutional-based rehabilitation in Indonesia. *Kontak.* 2019; (21): 14–21.
4. Korneliani, K. & Meida, D. Obesitas dan stress dengan kejadian hipertensi. *J. Kesehat. Masy.* 2012; (7):117–121.
5. Kementerian Kesehatan RI. Hasil Utama Riskesdas 2018. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI; 2018. p1-220
6. Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso. Laporan PTM Bondowoso. Bondowoso : Dinas Kesehatan Kabupaten Bondowoso; 2018:1–34.
7. Syahrul S et al. Prevalence of underweight and overweight among school-aged children and it's association with children's sociodemographic and lifestyle in Indonesia. *Int. J. Nurs. Sci.* 2016;(3):169–177.
8. Ulumuddin I, Yhuwono Y. Hubungan indeks massa tubuh dengan tekanan darah pada lansia di Desa Pesucen, Banyuwangi. *J. Kesehat. Masyarakat, Indones.* 2018;(13):1–6.
9. Pichler G et al. Influence of obesity in central blood pressure. *J. Hypertens.* 2015;(33):308–313.
10. Anwari M, Vidyawati R, Salamah R, Refani M, Winingsih N, Yoga D, Inna R, Susanto T. Pengaruh senam anti hipertensi lansia terhadap penurunan tekanan darah lansia di Desa Kemuningsari Lor Kecamatan Panti Kabupaten Jember. *Indones. J. Heal. Sci.* 2018;Edisi Khusus:160–164.
11. Aini SM, Novita, Setia MDM. Hubungan indeks massa tubuh dengan tekanan darah sistolik pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD dr. Zainoel Abidin. *J. Ilm. Mhs. Medisia.* 2017;2 (1):49–54.
12. Mahmudah S, Maryusman T, Arini FA, Malkan I. Hubungan gaya hidup dan pola makan dengan kejadian hipertensi pada lansia di Kelurahan Sawangan Baru Kota Depok Tahun 2015. *Biomedika.* 2015;7 (2): 43–51.
13. Linda D et al. The relationship between high sodium food consumption and the incidence of hypertension among farm workers at public health centre of Panti in Jember Regency. *Bul. Penelit. Sist. Kesehat.* 2020; 23: 53–60.
14. Siringoringo M, Hiswani, Jemadi. Faktor-Faktor yang berhubungan dengan hipertensi pada lansia di Desa Sigaol Simbolon Kabupaten Samosir tahun 2013. Tesis. Universitas Sumatera Utara. 2013. Diakses dari <https://jurnal.usu.ac.id/index.php/gkre/article/view/5179>
15. Nurwita EP, Susanto T, Rasni, H. Hubungan edentary lifestyle dengan fungsi kognitif lansia di UPT pelayanan sosial Tresna Werdha Jember. *J. Community Empower. Heal.* 2019;2:102–109.
16. Melita, Nadjib M. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kunjungan lansia ke posbindu lansia di wilayah kerja puskesmas kelurahan Bintara kota Bekasi tahun 2017. *J. Kebijak. Kesehat. Indones.* 2018;7:158–167.
17. Nugroho KPA, Sanubari PET, Rumondor JM. Faktor risiko penyebab kejadian hipertensi di wilayah kerja puskesmas Sidorejo Lor kota Salatiga. *J. Kesehat.* 2019:32–42.
18. Yunanto RA, Susanto T, Rasni H, Susumaningrum LA, Nur KRM. Prevalence of hypertension and related factors among older people in nursing home of Jember, East Java, Indonesia. *NurseLine Journal.* 2019; 4:147–153.
19. Bin Mohd Arifin MH, Weta IW. Faktor-Faktor yang berhubungan dengan kejadian hipertensi pada kelompok lanjut usia di wilayah kerja upt puskesmas Petang I kabupaten Badung tahun 2016. *E-Jurnal Medika Udayana.* 2016;5(7):1–23.
20. Ambarita K et al. Rasio tekanan darah terhadap tinggi badan dalam diagnosis hipertensi pada remaja. *J. Med. Sch. Univ. Sumatera Utara.* 2017; 50;(2):103–106.
21. Siregar RD, Arneliwati, Nauli FA. Hubungan status gizi terhadap kejadian anemia pada lansia. *Jurnal Online Mahasiswa Perpustakaan Fakultas Keperawatan.* 2014;1(1):1-14.
22. Agustina S, Sari SM, Savita R. Faktor-faktor yang berhubungan dengan hipertensi pada lansia di atas umur 65 tahun. *J. Kesehat. Komunitas.* 2014; 2 (04):180–186.
23. Alwi I. Kriteria empirik dalam menentukan ukuran sampel pada pengujian hipotesis statistika dan analisis butir. *Jurnal Formatif.* 2015;2(2):140–148.

Evaluasi Surveilans Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular (PTM) Berbasis Data Kegiatan “Posbindu PTM”

Evaluation of Non Communicable Diseases Risk Factors Surveillance Based on “Posbindu PTM” Data Activities

Ekowati Rahajeng¹ dan Mugi Wahidin^{2,3*}

¹Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jln. Percetakan Negara No.29 Jakarta Pusat 10560, Indonesia.

²Pusat Penelitian dan Pengembangan Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jln. Percetakan Negara No.29 Jakarta Pusat 10560, Indonesia

³Universitas Esa Unggul, Jln. Arjuna Utara No.9 Jakarta, Indonesia

*Korespondensi Penulis: wahids.wgn@gmail.com

Submitted: 24-07-2020, Revised: 23-08-2020, Accepted: 07-09-2020

DOI: <https://doi.org/10.22435/mpk.v30i3.3569>

Abstrak

Sejak tahun 2013, Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P2PTM) menyelenggarakan surveilans faktor risiko PTM berbasis web dengan sumber data kegiatan “Posbindu PTM”. Evaluasi surveilans seharusnya dilakukan secara periodik untuk menilai pencapaian tujuan dan manfaat yang ditargetkan. Namun, semenjak surveilans diselenggarakan secara nasional belum dilakukan evaluasi secara khusus. Artikel ini bertujuan memperoleh informasi tentang pemanfaatan dan permasalahan dalam pelaksanaan surveilans faktor risiko PTM bersumber data Posbindu PTM. Metode penelitian dilakukan melalui tinjauan secara sistematis terhadap artikel terkait pelaksanaan surveilans faktor risiko PTM bersumber data Posbindu PTM pada tahun 2014-2020. Pencarian artikel menggunakan mesin pencari dengan kata kunci surveilans PTM, Posbindu PTM, dan surveilans Posbindu pada Juni 2020. Terdapat 12 artikel yang sesuai kata kunci dan lima artikel yang memenuhi kriteria. Hasil tinjauan menunjukkan instrumen pengumpulan data dan petunjuk teknis surveilans faktor risiko PTM berbasis web dapat dimanfaatkan petugas surveilans dengan baik. Sistem informasi web dinilai sederhana, akseptabel, memiliki sensitivitas serta stabilitas tinggi, dan tepat waktu. Pengumpulan, pengolahan, dan analisis data secara otomatis sangat mempermudah pelaksanaan surveilans. Hasil analisis sistem informasi sudah sesuai kebutuhan perencanaan. Hasil surveilans bermanfaat untuk penyuluhan/konseling dan untuk penelitian mahasiswa. Permasalahan pelaksanaan surveilans adalah keterbatasan jumlah petugas terlatih, tidak adanya anggaran operasional, keterbatasan cakupan penduduk, kurangnya sarana prasarana, gangguan sinyal internet, dan keterbatasan peladen (*server*). Petugas umumnya belum menginterpretasikan hasil dan kurang melakukan diseminasi karena keterbatasan kemampuan. Surveilans Faktor Risiko PTM berbasis web bersumber data kegiatan ‘Posbindu PTM’ dapat dilaksanakan, namun belum sistematis. Peningkatan jumlah dan kemampuan petugas, khususnya dalam interpretasi data, peningkatan sarana prasarana surveilans perlu dilakukan untuk meningkatkan manfaat serta pencapaian tujuan pencegahan dan pengendalian PTM di masyarakat.

Kata kunci: surveilans; penyakit tidak menular; PTM; faktor risiko; posbindu PTM

Abstract

Since 2013, Directorate of NCD Prevention and Control has conducted web-based NCD risk factors surveillance with the data source from the 'Posbindu PTM' activity. Evaluation of the surveillance should be conducted periodically to assess achievement of objectives and target benefits. However, since the surveillance conducted nationally, there has not been a specific evaluation. This article aimed to obtain information about the utilization and problems in implementing NCD risk factors surveillance based on "Posbindu PTM" data. The research method was carried out through a systematic review of articles related to the implementation of NCD risk factor surveillance based on Posbindu PTM data in 2014 to 2020. The articles were searched using a search engine with keywords NCD surveillance, Posbindu PTM, Posbindu surveillance, in June 2020. There were 12 articles that match the keywords and five articles that meet the criteria. The results of the review showed that the data collection instruments of and technical guideline for surveillance of web-based NCD risk factors can be utilized by surveillance officers. The web information system is considered simple, acceptable, has high sensitivity and stability, and is timely. Automatic data collection, processing and analysis greatly facilitate surveillance. The results of the information system analysis are in accordance with the planning requirement. The results of surveillance are useful for outreach / counseling and for student research. The problems in implementing surveillance are the limited number of trained officers, no operational budget, limited population coverage, lack of infrastructure, interference with internet signals and limited peladens. Officers generally have not interpreted the results and disseminate less because of their limited abilities. The web-based PTM risk factor surveillance based on "Posbindu PTM" activity data can be implemented, but not systematically. Increasing the number and capacity of officers, especially in data interpretation improvement of surveillance facility is necessary to increase the benefits and achievement of the goal of prevention and control of PTM/NCD in the community.

Keywords: surveillance; non communicable diseases; NCD; risk factors; posbindu

PENDAHULUAN

Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P2PTM) yang efektif memerlukan data dan informasi epidemiologi PTM serta faktor risikonya, termasuk perubahannya sesuai karakteristik orang, tempat dan waktu. Hal ini sebagai dasar perencanaan, pelaksanaan dan pengembangan program P2PTM. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilaksanakan setiap lima tahun, kurang dapat memenuhi kebutuhan informasi dalam pengelolaan program setiap tahun. Sejak tahun 2013, Direktorat P2PTM telah menyelenggarakan surveilans faktor risiko PTM, dengan sistem informasi menggunakan jaringan internet/web. Surveilans dilaksanakan dengan sumber data hasil kegiatan Pos Pembinaan Terpadu PTM (Posbindu PTM) di masyarakat dan Pelayanan

Terpadu PTM (Pandu PTM) di puskesmas.¹ Hal ini sesuai dengan Permenkes No. 71 Tahun 2015 tentang Penanggulangan PTM.

Posbindu PTM merupakan peran serta masyarakat dalam kegiatan deteksi dan tindak lanjut dini faktor risiko PTM. Kegiatan meliputi pemantauan faktor risiko PTM secara terpadu, rutin dan periodik, diikuti dengan pemberian konseling dan edukasi. Kegiatan surveilans, mulai dari pengumpulan dan pengolahan data, analisis dan penyajian data, interpretasi data dan informasi serta diseminasinya, dilakukan secara sistematis dan terpadu untuk menghasilkan informasi yang objektif, terukur, dapat diperbandingkan antar waktu, antar provinsi, antar kabupaten kota, antar puskesmas dan antar Posbindu PTM.^{1,2}

Surveilans bertujuan untuk mendapatkan data faktor risiko PTM dan perubahannya,

serta informasi perkembangan kegiatan deteksi dan tindak lanjut dini faktor risiko PTM. Hasil surveilans menjadi dasar pengambilan keputusan dalam perencanaan dan pengembangan program P2PTM yang efektif, termasuk program promosi kesehatan. Kegiatan surveilans diharapkan dapat memberikan manfaat dalam: estimasi dan deteksi besarnya masalah faktor risiko PTM, menggambarkan riwayat alamiah PTM dan faktor risikonya, distribusi faktor risiko PTM, evaluasi efektifitas program pencegahan dan pengendalian faktor risiko PTM, pemantauan jangkauan program dan perencanaan program.

World Health Organization (WHO) telah memberikan pedoman pelaksanaan surveilans faktor risiko PTM, melalui pendekatan *Step* WHO.³ Surveilans faktor risiko PTM bersumber data kegiatan Posbindu PTM dikembangkan dengan merujuk pendekatan *Step* WHO tersebut. Data faktor risiko PTM yang dikumpulkan meliputi: (1) *Step* 1, melalui wawancara satu tahun sekali yaitu, Nomor Induk Kependudukan (NIK), data sosio-demografi, dan data faktor risiko PTM, meliputi, konsumsi buah dan sayur, konsumsi alkohol, merokok, dan aktivitas fisik; (2) *Step* 2, melalui pengukuran faktor risiko PTM setiap bulan yaitu indeks massa tubuh/IMT, lingkar perut, dan tekanan darah; (3) *Step* 3, melalui pemeriksaan kadar gula darah sewaktu, dan kadar kolesterol darah. Data lainnya antara lain meliputi; frekuensi kunjungan, tindakan konseling dan rujukan kasus ke puskesmas atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) lainnya. Pengolahan, penyajian dan analisis data dilakukan secara manual dan/atau dengan bantuan *software* sistem informasi surveilans faktor risiko PTM.¹

Hasil pengolahan dan analisis data surveilans berbasis Posbindu PTM antara lain, proporsi faktor risiko dan cakupan penduduk yang mengikuti kegiatan pemeriksaan faktor risiko PTM. *Output* tersebut memperhitungkan target sasaran yaitu jumlah penduduk berusia 15 tahun ke atas di desa/kelurahan. Berdasarkan hasil pengolahan dan analisa data, dilakukan

umpan balik secara individu tentang faktor risiko yang dimiliki dan saran/edukasi pengendalian faktor risiko, baik secara langsung pada saat kegiatan Posbindu PTM dan melalui sistem informasi SMS *gateway*. Umpan balik juga diberikan untuk petugas Posbindu PTM, petugas PTM di puskesmas, serta pengelola PTM di dinas kesehatan (kabupaten/kota/provinsi), dan Direktorat P2PTM Kementerian Kesehatan, dalam bentuk sajian data dan informasi. Komunikasi dan pembinaan pelaksanaan surveilans tersebut dilakukan melalui situs interaktif pada *website* P2PTM.

Penyajian data disampaikan dalam bentuk narasi, tabel, grafik, *spot map*, *area map*, dan lainnya. Data dan informasi yang telah disajikan dan dianalisis oleh *software* sistem informasi memerlukan interpretasi data yang harus dilakukan oleh masing-masing penanggung jawab program P2PTM, kemudian dibuat dalam bentuk laporan dan atau presentasi hasil melalui kegiatan diseminasi. Laporan hasil surveilans dikirimkan oleh unit penanggung jawab kepada jenjang struktural yang lebih tinggi, dari puskesmas ke dinas kesehatan kabupaten/kota, dari dinas kesehatan kabupaten/kota ke dinas kesehatan provinsi dan Kementerian Kesehatan. Informasi surveilans dapat didiseminasikan kepada seluruh *stakeholder* yang terkait, seperti jajaran kesehatan, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), profesi, perguruan tinggi, dan masyarakat pada umumnya.

Hasil surveilans diperlukan untuk perencanaan dan pelaksanaan program P2PTM yang efektif. Penyelenggaraan surveilans memerlukan perencanaan, persiapan dan pengelolaan terhadap semua komponen, meliputi input, proses, dan *output*, agar kegiatan dapat terlaksana dan tujuan tercapai. Komponen input meliputi sumber daya manusia, sarana kegiatan meliputi petunjuk teknis, instrumen pengumpulan data, jaringan internet, komputer, sistem informasi, termasuk juga sosialisasi dan pelatihan. Komponen proses meliputi pengumpulan data, pengolahan data, analisis data, dan penyajian data/

informasi. Komponen *output* meliputi data dan informasi yang dihasilkan dari sistem surveilans, termasuk manfaat dan pemanfaatannya.

Sistem surveilans perlu dimonitor dan dievaluasi secara periodik, untuk menilai tujuan dan manfaat yang ditargetkan. Permasalahan dalam pelaksanaannya perlu diketahui, untuk penyempurnaan pelaksanaan kegiatan surveilans selanjutnya.⁴ Evaluasi juga bertujuan untuk melihat perubahan dalam *output*, dan pemanfaatannya, serta pengaruh negatif atau positif dari sistem surveilans dan tindak lanjutnya, untuk pengelolaan program pencegahan dan pengendalian faktor risiko PTM di Indonesia. Sementara ini evaluasi pelaksanaan surveilans faktor risiko PTM bersumber data kegiatan Posbindu PTM belum pernah dilakukan secara khusus. Penulisan artikel ini bertujuan memperoleh informasi tentang pemanfaatan dan permasalahan dalam pelaksanaan surveilans faktor risiko PTM bersumber data Posbindu PTM di Indonesia tahun 2014-2020.

METODE

Evaluasi dilakukan melalui tinjauan sistematis terhadap artikel yang terkait pelaksanaan surveilans faktor risiko PTM, dengan sumber data kegiatan Posbindu PTM, yang dipublikasi pada jurnal ilmiah. Metode pencarian publikasi berbasis jaringan internet (web). dengan topik spesifik surveilans faktor risiko PTM dan kegiatan Posbindu PTM pada periode tahun 2014-2020.

Pencarian menggunakan mesin pencari *google scholar*, portal garuda, dan Pubmed/PMC dengan kata kunci surveilans PTM, Posbindu PTM, atau surveilans posbindu. Artikel yang memenuhi kriteria dikumpulkan selanjutnya dibaca dan diperiksa secara sistematis. Pencarian dilakukan pada bulan Juni tahun 2020. Kriteria inklusi adalah artikel ilmiah yang menginformasikan pelaksanaan surveilans PTM dengan sumber data kegiatan Posbindu PTM, dan dipublikasi pada tahun 2014-2020. Artikel bisa dalam bahasa Indonesia maupun bahasa Inggris.

Kriteria eksklusi adalah artikel yang tidak dapat diunduh secara lengkap (tidak *full text*).

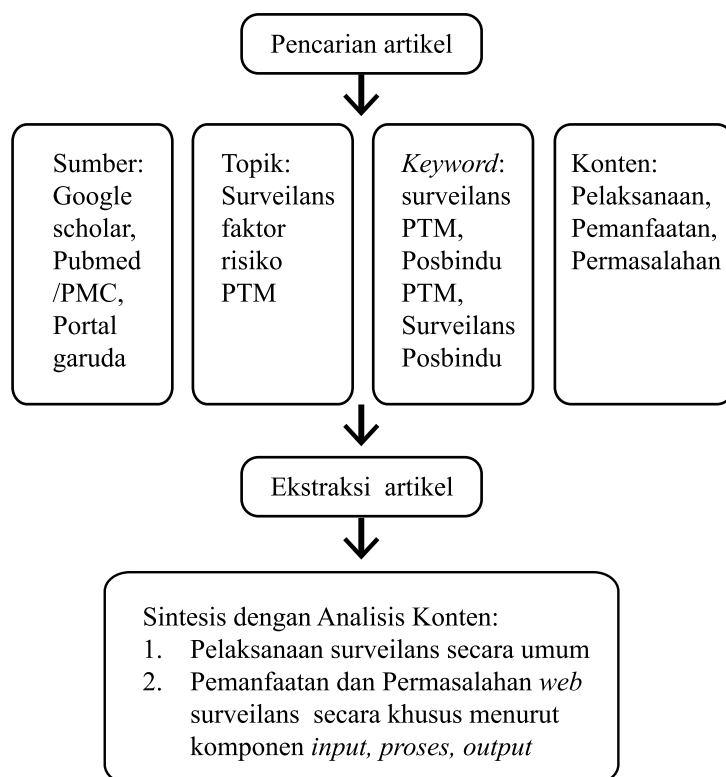
Berdasarkan hasil penelusuran didapatkan 13 artikel yang dianggap sesuai dengan tujuan penelitian. Setelah dilakukan penapisan, didapatkan 1 (satu) artikel dengan judul sama, yang diperoleh dari mesin pencari *google scholar* dan portal garuda. Dengan demikian jumlah artikel terkait, hanya 12 judul. Selanjutnya dilakukan seleksi berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, dan didapatkan 5 artikel yang sesuai kriteria untuk selanjutnya dilakukan tinjauan secara sistematis (Tabel 1)

Tabel 1. Jumlah Artikel Berdasarkan Database Jurnal/Publikasi

Mesin pencari	Jumlah artikel	Artikel sesuai kriteria
<i>Google scholar</i>	10	4
Portal garuda	1	1
Pubmed/PMC	2	0
Total	13	5

Tinjauan dilakukan dengan membaca seluruh isi artikel, termasuk lokasi kegiatan dan metode penelitian. Selanjutnya dilakukan ekstraksi informasi dari masing-masing artikel dan dilakukan sintesis informasi. Sintesis dilakukan dengan analisis konten untuk mengevaluasi pelaksanaan surveilans secara menyeluruh meliputi komponen input, proses, dan *output*. Selanjutnya secara khusus dilakukan sintesis, pemanfaatan, dan permasalahan dalam penerapan sistem *web* surveilans faktor risiko PTM bersumber data Posbindu PTM. Sebagai rujukan sintesis adalah teori dan konsep surveilans epidemiologi, regulasi terkait yang ditetapkan, dan Petunjuk Teknis Surveilans Faktor Risiko PTM Berbasis Posbindu.

Langkah penelusuran artikel, ekstraksi informasi, dan sintesis melalui konten analisis seperti terlihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Kerangka Sistematika Tinjauan Artikel

HASIL

Seluruh artikel yang memenuhi kriteria, dilakukan ekstraksi informasi. Ekstraksi dilakukan dengan mengelompokkan informasi berdasarkan nama penulis, judul, tujuan, metode penelitian, dan hasil penelitian. Hasil ekstraksi data dapat dilihat pada Tabel 2.

Berdasarkan 5 penelitian terkait sistem surveilans Posbindu PTM, selanjutnya dilakukan analisis konten dan sintesis evaluasi surveilans PTM berbasis Posbindu PTM, meliputi pemanfaatan dan permasalahan surveilans meliputi komponen input, proses, dan *output*. Hasil sintesis dapat dilihat pada Tabel 3.

Melalui Tabel 2 dapat diketahui bahwa artikel penelitian terkait surveilans faktor risiko PTM yang telah ditinjau masih sangat terbatas, belum mewakili seluruh wilayah Indonesia. Penelitian tersebut baru dilaksanakan di Kota Sidoarjo (Jawa Timur), Kabupaten Sleman (DI Yogyakarta), Kota Surabaya (Jawa Timur), Kabupaten Muaro Jambi (Jambi), dan Kota Magaleng (Jawa Tengah). Metode penelitian

yang digunakan adalah studi kualitatif tiga artikel dan studi evaluatif dua artikel.

Manfaat surveilans dan permasalahan yang ditemukan dalam pelaksanaan surveilans faktor risiko PTM bersumberdata kegiatan Posbindu PTM, sesuai hasil evaluasi komponen surveilans adalah sebagai berikut:

Evaluasi Masukan (Input)

Instrumen pengumpulan data secara manual yaitu buku monitoring faktor risiko, buku pedoman surveilans, dan buku petunjuk teknis surveilans faktor risiko berbasis web dapat dimanfaatkan petugas dengan baik. Petugas dan kader dapat menggunakannya dengan benar dan memahami manfaatnya. Buku monitoring menjadi alat pengumpulan data secara manual. Pedoman posbindu dan pedoman surveilans faktor risiko PTM cukup tersedia dan dapat diimplementasikan di daerah.⁷ Akan tetapi, kader dan petugas puskesmas masih kesulitan dalam melaksanakan surveilans berbasis web.^{5,9}

Tabel 2. Ekstraksi Artikel Penelitian tentang Web Surveilans PTM Berbasis Posbindu PTM

No	Penulis/ tahun	Judul	Jurnal	Tujuan	Metode	Hasil
1	Saputra, Mukhammad Himawan, Muhith, Abdul Fardiansyah, Arief/ 2017 ⁵	Analisis Sistem Informasi Faktor Risiko Hipertensi Berbasis Posbindu Di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo	Prosiding Seminar Nasional Hasil Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Seri Ke-1 Tahun 2017	Mengetahui gambaran pelaksanaan Sistem Informasi Faktor Risiko Hipertensi Berbasis Posbindu di Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo	Kualitatif dengan rancangan studi evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistem informasi faktor risiko hipertensi menjadi satu sistem dengan sistem informasi surveilans faktor risiko PTM berbasis posbindu. 2. Data yang dikumpulkan adalah faktor risiko hasil wawancara dan pengukuran serta data demografi. 3. Petugas surveilans adalah kader terlatih surveilans faktor risiko PTM dan pengawasan oleh petugas puskesmas. 4. Form pencatatan dan pelaporan telah tersedia dalam bentuk buku monitoring faktor risiko PTM fisik dan online. Sistem berpedoman pada petunjuk teknis surveilans faktor risiko PTM berbasis posbindu Kementerian Kesehatan. 5. Pengumpulan data secara pasif dengan menunggu data input dari puskesmas dan posbindu. Pengolahan dan analisis data secara otomatis oleh sistem informasi. Analisis secara diskriptif menurut variabel orang, tempat, dan waktu 6. Interpretasi hasil analisis faktor risiko PTM berdasarkan wilayah, dalam bentuk besaran masalah dan kondisi daerah 7. Diseminasi informasi dinkes kabupaten hasil surveilans setiap tiga bulan sekali kepada seluruh puskesmas. 8. Permasalahan yang ditemukan adalah: <ol style="list-style-type: none"> a. Ada kesulitan mengisi data demografi (jumlah penduduk 15 tahun ke atas) b. Kemampuan kader posbindu dalam melakukan input data surveilans berbasis web masih kurang, belum semua petugas kesehatan mengerti tentang teknologi informasi c. Sarana untuk surveilans masih kurang yaitu komputer, <i>smartphone</i> dan jaringan internet d. Pembiayaan sistem surveilans tidak dialokasikan secara khusus e. Masih ada <i>double report</i>, yaitu melalui sistem informasi surveilans dan rekap data ke Dinkes f. Ketepatan pelaporan belum optimal, kelengkapan laporan belum optimal, g. Interpretasi hasil surveilans belum dilakukan untuk digunakan sebagai bahan perencanaan h. Diseminasi hasil surveilans belum dilakukan untuk pihak di luar puskesmas dan dinkes

No	Penulis/ tahun	Judul	Jurnal	Tujuan	Metode	Hasil
2	Elyda Rahmayanti Hargono, Arief/ 2018 ⁶	Implementasi Surveilans Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Berdasarkan Posbindu Berdasarkan Atribut Surveilans (Studi di Kota Surabaya)	Jurnal Berkala Epidemiologi	Mengevaluasi sistem surveilans faktor risiko PTM berbasis Posbindu berdasarkan atribut surveilans di Kota Surabaya tahun 2016 yang terbatas pada Posbindu umum	Studi Evaluatif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistem informasi surveilans faktor risiko PTM berbasis Posbindu dianggap sederhana, akseptabel, memiliki sensitivitas serta stabilitas yang tinggi, tepat waktu, dan data berkualitas. 2. Sederhana karena dapat dipahami dengan mudah oleh petugas surveilans, 3. Pencatatan dan pelaporan dilakukan oleh penanggung jawab posbindu atau unit sistem informasi puskesmas. 4. Sistem surveilans memiliki akseptabilitas yang tinggi, karena ada partisipasi instansi diluar sektor kesehatan. Hasil surveilans juga dimanfaatkan banyak pihak (puskesmas, penelitian). 5. Sistem surveilans sudah sensitif dalam mendata sasaran posbindu, identifikasi faktor risiko, cakupan pemeriksaan, dan proporsi faktor risiko. 6. Hasil surveilans representatif dalam menampilkan distribusi menurut waktu 7. Ketepatan dan kelengkapan pelaporan melalui sistem surveilans faktor risiko PTM berbasis posbindu sudah baik. Sistem surveilans juga memiliki stabilitas yang tinggi karena data tersimpan dengan baik di peladen Kemkes dan data dapat dilacak. 8. Permasalahan terkait pelaksanaan surveilans <ol style="list-style-type: none"> a. Ada kesulitan petugas dalam mengisi data secara <i>online</i>. b. Akses untuk masuk kedalam portal web PTM sering mengalami peladen <i>down</i> c. Terdapat indikator yang tidak dapat dinilai yaitu cakupan pemeriksaan posbindu karena data demografi tidak diisi oleh petugas d. Hasil analisis menurut orang dan tempat belum representatif. Dalam hal ini cakupan penduduk sangat rendah dan belum mencakup seluruh desa.
3	Eka Putri, Ramadhani Hubaybah Asparian / 2018 ⁷	Evaluasi Proses Implementasi Posbindu PTM di Wilayah Kerja Puskesmas Simpang Sungai Duren Kecamatan Jambi Luar Kota Kabupaten Muaro Jambi Tahun 2017	Jurnal Kesmas Jambi	Mengetahui proses implementasi Posbindu PTM di Wilayah Kerja Puskesmas Simpang Sungai Duren Kecamatan Jambi Luar Kota Kabupaten Muaro Jambi	Studi Kasus (Penelitian kualitatif)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Posbindu PTM telah melaksanakan pelayanan sistem lima meja. 2. Kendala yang dihadapi adalah <ol style="list-style-type: none"> a. Kader belum mampu menggunakan sistem informasi surveilans secara online b. Belum tersedianya tempat khusus kegiatan posbindu c. Jumlah kader belum cukup tersedia d. Pendanaan posbindu kurang e. Koordinasi kurang 3. Ada perbedaan antara proses implementasi Posbindu PTM dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) pada pedoman implementasi Posbindu PTM.

No	Penulis/ tahun	Judul	Jurnal	Tujuan	Metode	Hasil
4	Renyaan, Erna Yati Rahayujati, Baning Dharmawidjaja, Isa 2017 ⁸	Evaluasi Sistem Surveilans Faktor Risiko PTM Berbasis Posbindu di Kabupaten Sleman 2017	3 rd Public Health Symposium Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 7-9 Mei 2018	Melihat pelaksanaan sistem surveilans fakta risiko PTM berbasis posbindu di Kabupaten Sleman 2017	Studi Evaluasi sistem surveilans	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sebagian besar (82,38%) penanggung jawab surveilans belum mengetahui aspek legal pelaksanaan surveilans PTM 2. Sebagian besar (76,47%) deteksi kasus dilakukan oleh kader posbindu dengan supervisi dokter puskesmas 3. Sebagian besar (82,35%) penanggung jawab surveilans belum melakukan analisis dan interpretasi data faktor risiko PTM 4. Sekitar 23,53% penanggung jawab surveilans belum mengikuti pelatihan portal web PTM 5. Sebagian besar (82,35%) surveilans berbasis Posbindu PTM dilakukan secara <i>offline</i> sehingga tidak lengkap dan tidak tepat waktu.
5	Indah, Dwi Tirta ⁹	Evaluasi <i>Input</i> Sistem Surveilans Hipertensi di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Magelang Berdasarkan Pedoman Sistem Surveilans Penyakit Tidak Menular	Skripsi	Mengetahui gambaran <i>input</i> sistem surveilans hipertensi di wilayah kerja Dinkes Kota Magelang	Kualitatif dengan rancangan studi evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sumber daya manusia tidak sesuai dengan pedoman, yaitu belum merupakan epidemilog terampil dan petugas surveilans 2. Metode yang digunakan sesuai dengan pedoman adalah ketersediaan pedoman penyelenggaraan sistem surveilans epidemiologi kesehatan 3. Pendanaan bersumber dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), tetapi tidak khusus untuk kegiatan surveilans 4. Sarana prasarana berupa formulir pengumpulan data belum cukup jumlahnya 5. Surveilans sudah melibatkan dinas kesehatan, puskesmas, rumah sakit, dan kader

Sistem informasi web surveilans, dapat dimanfaatkan dan dinilai sederhana, akseptabel, memiliki sensitivitas serta stabilitas yang tinggi, dan tepat waktu. Akan tetapi, terdapat permasalahan terkait sistem informasi yaitu peladen sering mengalami *down* dan sinyal internet tidak stabil karena permasalahan jaringan dan keterbatasan pulsa.⁶

Permasalahan terkait input antara lain data demografi tidak diinput karena keterbatasan data di posbindu/desa,⁵ ketersediaan alat/sarana kurang seperti komputer, *smartphone* dan jaringan internet,⁵ kemampuan petugas baik kader maupun petugas puskesmas yang kurang dalam

melaksanakan surveilans, serta anggaran untuk pelaksanaan surveilans yang terbatas, meskipun sudah ada anggaran dari Bantuan Operasional Puskesmas (BOK).^{5,7-9}

Evaluasi Proses

Pengumpulan data dilakukan oleh kader kesehatan menggunakan sistem informasi surveilans berbasis web sangat mempermudah pelaksanaan surveilans faktor risiko PTM bersumber data posbindu.⁵ Pengolahan data secara otomatis oleh sistem informasi berbasis web dan android, dan *upload* dari excel juga sangat mempermudah pengolahan data

Tabel 3. Sintesis Artikel Penelitian Surveilans Faktor Risiko PTM Berbasis Posbindu PTM

Komponen	Pemanfaatan	Permasalahan
Input	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formulir dan Buku Monitoring bermanfaat untuk pencatatan secara manual.^{5,9} 2. Petunjuk teknis jelas dan dapat dimanfaatkan menjadi panduan operasional surveilans. ^{5,9} 3. Pedoman surveilans cukup tersedia dan dapat diimplementasikan di daerah.⁹ 4. Sistem informasi <i>web</i> surveilans, dapat dimanfaatkan dan dinilai sederhana, akseptabel, memiliki sensitivitas serta stabilitas yang tinggi, dan tepat waktu.⁶ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data demografi tidak diinput⁵ 2. Ketersediaan alat/sarana kurang ⁵ 3. Kemampuan petugas kurang⁵⁻⁷ 4. Anggaran operasional terbatas^{5,7-9} 5. Peladen sering mengalami <i>down</i> dan sinyal internet tidak stabil⁶
Proses	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengumpulan data menggunakan sistem informasi surveilans berbasis web sangat mempermudah pelaksanaan surveilans.⁵ 2. Pengolahan data secara otomatis menggunakan sistem informasi berbasis web dan android, dan <i>upload</i> dari excel sangat membantu proses pengolahan data.^{5,6} 3. Hasil analisis data berupa jumlah posbindu, frekuensi pemeriksaan, dan proposi faktor risiko sudah sesuai kebutuhan.⁶ 4. Analisis secara diskriptif menurut variabel orang tempat dan waktu sesuai kebutuhan data surveilans. Hasil analisis sudah representatif menurut waktu.⁶ 5. Interpretasi hasil sesuai kondisi daerah berguna untuk memetakan faktor risiko di daerah. ⁵ 6. Pelatihan surveilans berbasis web bermanfaat untuk meningkatkan keterampilan petugas surveilans. ⁸ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Belum semua petugas surveilans mengerti dan terampil tentang teknologi informasi.^{5,7} 2. Belum semua petugas surveilans mengikuti pelatihan.^{5,8} 3. Input data secara <i>off line</i> harus merekapitulasi data dulu, hasil tidak tepat waktu.^{5,7-9} 4. Pengolahan dan analisis data tergantung input data, masih ada input tidak lengkap sehingga hasil analisis juga tidak lengkap.^{5,6} 5. Analisis menurut tempat belum representatif karena cakupan Posbindu PTM masih rendah.⁶ 6. Petugas puskesmas dan Dinas Kesehatan masih ada yang belum mampu melakukan interpretasi data hasil sistem surveilans.^{5,8}
Output	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil surveilans dimanfaatkan untuk penyuluhan/konseling di Posbindu PTM 2. Hasil surveilans yang dipaparkan kepada petugas puskesmas dapat berguna sebagai bahan informasi faktor risiko.⁵ 3. Hasil surveilans banyak digunakan untuk penelitian mahasiswa (skripsi/tesis). ^{5,9} 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diseminasi belum melibatkan pihak di luar Dinkes dan puskesmas lain.⁵ 2. Pemanfaatan hasil surveilans belum dilakukan untuk perencanaan program P2PTM.⁵ 3. Indikator cakupan pemeriksaan tidak dapat dinilai karena data demografi tidak diinput.^{5,6}

surveilans.^{5,6} Analisis secara otomatis oleh sistem informasi tersebut berupa jumlah posbindu, frekuensi pemeriksaan, dan proporsi faktor risiko sudah sesuai kebutuhan data surveilans untuk kepentingan program P2PTM.⁶ Sistem yang berbasis web memberikan kemudahan pada petugas di dinas kesehatan dan puskesmas karena tidak harus mengirimkan laporan secara manual.⁶

Analisis data dilakukan secara deskriptif menurut variabel orang, tempat, dan waktu sudah sesuai kebutuhan data surveilans.⁵ Analisis juga sudah representatif menurut waktu karena data cukup lengkap antar waktu (bulanan).⁶ Interpretasi hasil analisis dilakukan sesuai kondisi

daerah sangat berguna untuk mengetahui besaran masalah faktor risiko PTM di daerah dikaitkan dengan data demografi dan sosial.⁵

Permasalahan dalam proses surveilans adalah belum semua petugas surveilans (kader dan petugas puskesmas) mengerti dan terampil tentang teknologi informasi,^{5,7} belum semua petugas tersebut mengikuti pelatihan surveilans PTM berbasis web. ^{5,8} Analisis data menurut tempat dan waktu belum representatif di suatu wilayah karena proporsi faktor risiko PTM masih kurang dari *cut off point* standar serta peserta yang dijangkau surveilans masih terbatas.⁶ Pengulangan rekap data, *input* data tidak lengkap

dan tidak tepat waktu karena masih ada kewajiban pengumpulan data secara manual.^{5,7-9} Pengolahan dan analisis data tergantung *input* data, masih adanya *input* tidak lengkap sehingga hasil analisis juga tidak lengkap.^{5,6} Puskesmas dan dinas kesehatan belum melakukan interpretasi data yang dihasilkan dari sistem surveilans.^{5,8}

Pada artikel juga ditemukan peluang yang mendukung dan menjadi tantangan kelancaran pelaksanaan surveilans yaitu adanya Peraturan Bupati/Walikota untuk pengendalian PTM, yaitu Peraturan Bupati Sidoarjo No. 24 Tahun 2015 Tentang Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Kabupaten Sidoarjo.⁵ Peluang lain adalah pertemuan tiga bulanan surveilans untuk seluruh puskesmas di dinas kesehatan kabupaten dapat digunakan untuk kegiatan terkait peningkatan kapasitas petugas surveilans.⁵

Evaluasi Output

Hasil surveilans dimanfaatkan untuk penyuluhan/konseling oleh kader posbindu. Hasil surveilans juga berguna untuk meningkatkan informasi faktor risiko bagi petugas puskesmas melalui pemaparan hasil surveilans tingkat kabupaten/kota. Hasil surveilans juga sudah dimanfaatkan untuk penelitian skripsi/tesis.^{5,9}

Permasalahan terkait *output* adalah diseminasi baru dilaksanakan kepada dinas kesehatan dan puskesmas, belum dilakukan kepada pihak lain,⁵ pemanfaatan hasil surveilans belum dilakukan untuk perencanaan program PTM,⁵ dan indikator cakupan pemeriksaan tidak dapat dinilai karena data demografi tidak dimasukkan oleh kader dan petugas di tingkat desa/Posbindu PTM.^{5,6}

PEMBAHASAN

Komponen Input

Sistem informasi web surveilans, dapat dimanfaatkan petugas dan dinilai sederhana, sensitif dan stabil. Permasalahan umumnya terkait sinyal dan stabilitas jaringan internet. Petunjuk teknis surveilans, secara umum dapat dipahami petugas. Karena kendala sinyal internet,

pelaksanaan surveilans cenderung dilakukan secara *offline*. Data yang dikumpulkan umumnya merupakan data sekunder, bersumber dari buku monitoring faktor risiko PTM Posbindu PTM, yang perlu dilakukan rekapitulasi dulu. Kondisi ini mengakibatkan pengolahan data sering tidak tepat waktu (tidak pada bulan yang sama). Mengingat pentingnya hasil surveilans dalam meningkatkan efektifitas pelaksanaan program pencegahan faktor risiko PTM di Indonesia, kurangnya sarana dan prasarana surveilans seperti komputer, *smartphone*, dan biaya operasional jaringan internet perlu ditanggulangi agar web surveilans faktor risiko PTM dapat dilaksanakan secara *online*, dan memberikan informasi tepat waktu. Dinas kesehatan perlu memenuhi sarana dan prasarana ini melalui anggaran yang disediakan di daerah, seperti melalui dana alokasi khusus (DAK) fisik. DAK fisik dapat dimanfaatkan untuk pengadaan komputer dan Posbindu Kit.¹⁰

Instrumen pengumpulan data seperti formulir dan buku *monitoring* faktor risiko bermanfaat sebagai alat bantu pencatatan dan pelaporan secara manual, namun ketersediaannya sangat terbatas. Sementara biaya untuk penggandaan tidak tersedia. Penanggung jawab program perlu mengatasi permasalahan ini, mengingat ketersediaan instrumen pengumpulan data surveilans, merupakan komponen yang esensial dan menentukan kualitas data surveilans.⁴

Sistem web surveilans faktor risiko PTM berbasis Posbindu PTM merupakan bagian dari sistem surveilans PTM secara umum, selain surveilans kasus dan registrasi penyakit.¹¹ Sistem informasi surveilans sudah sesuai dengan Peraturan Pemerintah No. 46 Tahun 2014 Tentang Sistem Informasi Kesehatan, yang menyatakan bahwa kegiatan surveilans wajib dikelola oleh pemerintah, dan terintegrasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan, yang dikelola secara berjenjang, serta didukung dengan kegiatan pemantauan, pengendalian, dan evaluasi.¹²

Hasil tinjauan mendapatkan sebagian petugas dan kader masih belum terlatih, dan kesulitan dalam menginput data secara *online*.^{7,8}

Sementara pelatihan web surveilans bagi petugas surveilans dinas kesehatan, puskesmas dan kader Posbindu PTM telah dilakukan di seluruh kabupaten/kota di Indonesia. Pelatihan dilaksanakan secara berjenjang melalui pelatihan bagi pelatih di tingkat provinsi dan kabupaten/kota, dilanjutkan dengan pelatihan bagi petugas puskesmas dan kader Posbindu PTM. Hingga tahun 2016, sebanyak 1.155 petugas/kader dari seluruh kabupaten/kota di Indonesia, telah mengikuti pelatihan.¹³ Jumlah desa ber-Posbindu PTM pada tahun 2019 adalah 40.999 desa atau 50,6% dari 80.983 desa/kelurahan di Indonesia.¹⁴ Dengan demikian, kegiatan pelatihan surveilans dengan fasilitator tenaga pelatih yang sudah terlatih dari kabupaten/kota masing-masing masih perlu diteruskan.

Komponen Proses

Proses pelaksanaan surveilans sudah sesuai pedoman surveilans faktor risiko PTM berbasis Posbindu PTM,¹⁵ namun belum berjalan secara sistematis. Sebagian besar penanggung jawab program P2PTM belum melakukan interpretasi data. Menurut Permenkes No. 45 Tahun 2014, surveilans kesehatan adalah kegiatan pengamatan yang sistematis dan terus menerus terhadap data dan informasi tentang kejadian penyakit atau masalah kesehatan dan kondisi yang mempengaruhi terjadinya peningkatan dan penularan penyakit atau masalah kesehatan untuk memperoleh dan memberikan informasi guna mengarahkan tindakan pengendalian dan penanggulangan secara efektif dan efisien. Langkah surveilans meliputi pengumpulan data, pengolahan data, analisis data, interpretasi, dan diseminasi informasi sebagai suatu kesatuan.¹⁶ Penyelenggaraan kegiatan surveilans faktor risiko PTM belum sepenuhnya sesuai dengan ketentuan dalam peraturan tersebut.

Web surveilans faktor risiko PTM merupakan bagian dari kegiatan Posbindu PTM. Kader Posbindu merupakan salah satu komponen input yang sangat penting dalam pelaksanaan sistem surveilans faktor risiko PTM. Penelitian tentang evaluasi pelaksanaan Posbindu di

Grobogan, Jawa Tengah, menunjukkan bahwa pengetahuan responden tentang Posbindu PTM cukup baik. Namun praktik dalam kegiatan Posbindu PTM belum maksimal.¹⁷ Penelitian lain di Kota Surabaya menunjukkan bahwa sumber daya manusia, sistem informasi, dan fasilitas untuk implementasi program Posbindu PTM masih kurang memadai, dan insentif petugas tidak tersedia.¹⁸ Fasilitas kegiatan termasuk komputer dan internet serta anggaran untuk pelaksanaan surveilans merupakan hal yang mempengaruhi kelancaran pelaksanaan surveilans.

Data faktor risiko yang dikumpulkan surveilans faktor risiko PTM bersumber data kegiatan Posbindu PTM, antara lain merokok, konsumsi alkohol, diet, aktivitas fisik, obesitas, tekanan darah, gula darah, dan kolesterol darah. Data faktor risiko umumnya tidak lengkap, terutama untuk faktor risiko biomedis (*Step 3*). Hal ini disebabkan tingkat perkembangan Posbindu PTM yang ada di masyarakat, umumnya merupakan posbindu tingkat dasar, sehingga data yang tersedia umumnya merupakan data faktor risiko pada *Step 1* dan *Step 2*. Surveilans faktor risiko PTM bersumberdata kegiatan Posbindu PTM dikembangkan dengan merujuk pendekatan *Step WHO*. Meskipun data faktor risiko tidak lengkap, umumnya karena tidak melakukan pemeriksaan biomedis (*Step 3*), namun data yang tersedia tetap dapat memberikan informasi faktor risiko PTM.³

Data demografi meliputi jumlah penduduk menurut kelompok umur dan jenis kelamin, umumnya belum dimasukkan oleh petugas di tingkat desa. Permasalahan yang ditemukan umumnya karena petugas/kader kesulitan mendapatkan data jumlah penduduk. Surveilans faktor risiko PTM perlu dilaksanakan secara terintegrasi dengan sistem informasi lainnya. Sementara integrasi sistem surveilans dengan sistem informasi lainnya, seperti Badan Pusat Statistik, data Kementerian Dalam Negeri, dan hasil survai yang secara nasional di Indonesia, belum dilakukan. Salah satu negara yang berhasil melaksanakan surveilans PTM secara terintegrasi dan menjadikannya dasar intervensi PTM adalah

Kuba. Kuba mempunyai sistem surveilans PTM dan faktor risiko secara nasional dan lokal. Sistem informasi surveilans telah terintegrasi dengan laporan survei, laporan rutin dari dokter, Kementerian Perdagangan, dan Badan Pusat Statistik. Data tersebut menjadi data fundamental dalam intervensi secara lokal dan nasional.¹⁹

Di Mozambik, pelaksanaan surveilans PTM digabungkan dalam sistem surveilans penyakit menular. Surveilans tersebut memberikan data penting tentang beban PTM untuk mendeteksi prioritas pelatihan dan perbaikan pelayanan kesehatan. Informasi hasil surveilans juga digunakan untuk membuat klinik PTM di masyarakat.²⁰ Di India, sebuah penelitian menunjukkan dokter di praktik swasta memberikan peran yang penting dalam surveilans PTM, selain peran diagnosis dan pengobatan.²¹

Hasil tinjauan artikel menemukan peluang yang dapat mendukung kelancaran pelaksanaan surveilans yaitu adanya Peraturan Bupati/Walikota untuk pengendalian PTM, yaitu Peraturan Bupati Sidoarjo No. 24 Tahun 2015 Tentang Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Kabupaten Sidoarjo.⁵ Dukungan ini merupakan tantangan dalam memperoleh biaya operasional. Integrasi pelaksanaan Posbindu PTM dengan program Usaha Kesehatan Sekolah, Karang Taruna dan intansi pemerintah daerah,²² juga dapat menjadi peluang penguatan petugas surveilans, terkait kemampuan memahami teknologi informasi. Selain itu, pertemuan tiga bulanan surveilans untuk seluruh puskesmas di dinas kesehatan kabupaten juga dapat digunakan untuk pelatihan atau penyegaran kemampuan petugas surveilans dalam mengoperasikan sistem informasi berbasis web.⁵

Peran pemerintah daerah dalam pelaksanaan surveilans faktor risiko PTM sangat besar. Karena pemeriksaan kesehatan merupakan salah satu urusan daerah yang didesentralisasikan. Pemerintah daerah perlu terus memperkuat sistem surveilans untuk memantau pencapaian target standar pelayanan minimal bidang kesehatan terkait PTM yaitu skrining kesehatan pada kelompok usia produktif (15-59 tahun).²³

Komponen Output

Sebagian besar penanggung jawab program P2PTM belum memanfaatkan hasil surveilans dalam perencanaan dan pelaksanaan program. Hal ini tidak sesuai dengan tujuan diselenggarakannya surveilans PTM, yaitu tersedianya data dan informasi epidemiologi PTM sebagai dasar pengambilan keputusan dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, evaluasi program PTM.²⁴ Hasil surveilans faktor risiko PTM lebih banyak dimanfaatkan untuk penelitian epidemiologi, analisis kebijakan dan manajemen pelayanan kesehatan. Diseminasi umumnya dalam bentuk artikel jurnal dan skripsi mahasiswa.

Surveilans PTM perlu terus dikembangkan di Indonesia, melalui pemanfaatan teknologi yang lebih canggih namun mampu laksana. Hal ini merupakan sebuah keniscayaan karena beban PTM terus meningkat. PTM menjadi beban dari sisi waktu yang hilang akibat sakit, cacat, dan meninggal prematur sebesar 71% tahun 2017.^{25,26} Selain itu, PTM menjadi penyebab kematian terbesar di Indonesia tahun 2014.²⁷ Studi *literature review* menggunakan 12 penelitian di dunia tahun 1993-2013 menunjukkan bahwa surveilans PTM masih terbatas di negara berpendapatan rendah dan menengah, meskipun terdapat peningkatan beban PTM dan impaknya pada sosial-ekonomi. Hambatan utama adalah kapasitas institusi surveilans dan ketersediaan data. Perlu dikembangkan sistem surveilans PTM yang komprehensif, baik secara sentinel, berbasis fasilitas, maupun surveilans berbasis populasi.²⁸

Hasil tinjauan secara sistematis terhadap 20 artikel di Indonesia menunjukkan bahwa pencegahan PTM di Indonesia dilakukan melalui deteksi dini dengan menggunakan teknologi digital kesehatan, dan edukasi kesehatan. Peneliti menyarankan model pencegahan yang perlu dikembangkan antara lain penggunaan *mobile phone* dan teknologi *artificial intelligent* (AI) untuk edukasi kesehatan. Model dengan penggunaan teknologi informasi AI dapat digunakan sebagai metode alternatif untuk mengendalikan biaya mahal pengobatan PTM.

Mobile health atau *m-health*, yaitu penggunaan teknologi kesehatan secara *mobile* telah digunakan negara berkembang untuk mendukung upaya kesehatan masyarakat dan pelayanan klinis.²⁹

Kemajuan teknologi ini merupakan tantangan dalam pengendalian PTM di Indonesia. Teknologi digital kesehatan saat ini telah tersedia secara luas dan sangat bermanfaat dalam meningkatkan efektifitas pelayanan kesehatan masyarakat, keluarga dan individu. Penggunaan *m-health* dapat digunakan untuk jaringan sosial (*social networking*), misalnya penggunaan media pesan dan percakapan. Selain itu, *m-health* dapat dimanfaatkan juga untuk memasukkan data berbasis web secara *online*.³⁰ Sistem web surveilans faktor risiko PTM bersumber data Posbindu PTM telah dilengkapi dengan sistem informasi tindak lanjut, dalam bentuk SMS *gateway*. Namun, belum dimanfaatkan secara maksimal karena masalah biaya operasional.

Jumlah posbindu di Indonesia sangat besar yaitu hampir 60 ribu dengan cakupan desa berposbindu sebesar 50,6%. Angka ini sudah mencapai target rencana strategis Kementerian Kesehatan 2015-2019 sebesar 50%.³¹ Dengan jumlah posbindu yang sangat besar, diperlukan dukungan sistem surveilans yang memadai. Surveilans yang sudah ada perlu diperkuat dan dikembangkan menggunakan teknologi terkini untuk memperluas cakupan penduduk dalam melakukan deteksi dan tindak lanjut dini faktor risiko PTM.¹⁵ Jenis AI bervariasi, tetapi sebagian besar dari *mechine learning* dan *signal processing*. Teknologi AI dapat digunakan untuk intervensi kesehatan masyarakat termasuk untuk pelaksanaan surveilans.³² Sistem surveilans PTM perlu diperkuat dengan pemanfaatan teknologi AI, untuk memperluas cakupan penduduk dan meningkatkan manfaat surveilans dan juga Posbindu PTM.

Penguatan surveilans tersebut juga diperlukan untuk mendukung pelaksanaan dan pengembangan Posbindu PTM agar semua menjadi posbindu aktif untuk memantau faktor risiko PTM dan tindak lanjut dini secara berkala.³³

Penguatan sistem surveilans faktor risiko PTM berbasis Posbindu PTM juga dapat dimanfaatkan untuk memantau perkembangan faktor risiko di masyarakat dan capaian program PTM. Hal ini sangat penting untuk mendukung pencapaian indikator rencana strategis Kementerian Kesehatan 2020-2024 yaitu: (1) meningkatkan posbindu aktif 100%, (2) meningkatkan peran posbindu dalam upaya promotif dan preventif, (3) penguatan posbindu, (4) revitalisasi posbindu, dan (5) meningkatkan kompetensi tenaga kader kesehatan di UKBM Posbindu.³⁴

Hasil tinjauan sistematik ini mempunyai keterbatasan untuk menggambarkan kondisi pelaksanaan surveilans faktor risiko PTM berbasis Posbindu PTM di Indonesia. Jumlah artikel yang dibahas masih terbatas (5 artikel), dan lokasi penelitian hanya di Provinsi Jawa Timur, Jawa Tengah, dan DI Yogyakarta. Namun demikian, secara metodologis semua penelitian telah dilakukan dengan desain yang sesuai yaitu studi evaluasi dilengkapi pendekatan kualitatif.

KESIMPULAN

Surveilans faktor risiko PTM berbasis web dengan sumber data kegiatan Posbindu PTM sebagian besar dapat dilaksanakan sesuai Permenkes tentang surveilans, namun pelaksanaannya belum sistematik. Sistem web surveilans memiliki sensitivitas dan stabilitas yang tinggi, utamanya dalam ketepatan waktu. *Output* web surveilans cukup representatif dalam menggambarkan sebaran faktor risiko PTM menurut karakteristik waktu, namun kurang representatif menurut karakteristik orang dan tempat. Pemanfaatan hasil surveilans dalam perencanaan dan pengembangan program masih sangat terbatas. Proses dan *output* surveilans lebih banyak dimanfaatkan untuk penelitian epidemiologi, analisis kebijakan dan manajemen pelayanan kesehatan.

Permasalahan pelaksanaan surveilans umumnya terkait keterbatasan petugas terlatih, tidak adanya anggaran operasional khususnya dalam menerapkan aplikasi *SMS gateway*, keterbatasan cakupan penduduk, kurangnya

sarana prasarana, gangguan sinyal internet dan keterbatasan beban peladen (*server*), petugas belum menginterpretasikan hasil, dan kurang melakukan diseminasi. Ditemukan peluang untuk penguatan pelaksanaan web surveilans faktor risiko PTM bersumber data Posbindu PTM yaitu, adanya Peraturan Bupati untuk pengendalian PTM, pertemuan tiga bulanan surveilans, integrasi kegiatan dengan program UKS, serta kemitraan dengan Karang Taruna dan Persatuan Waria.

SARAN

Direktorat P2PTM Kementerian Kesehatan perlu melakukan penguatan sistem web surveilans faktor risiko PTM, yang digunakan untuk meningkatkan efektifitas program pencegahan dan pengendalian faktor risiko PTM, termasuk untuk meningkatkan efektifitas Posbindu PTM. Pengembangan sistem surveilans dan media diseminasi hasil surveilans perlu disesuaikan dengan kemajuan teknologi informasi dan komunikasi yang terus berkembang. Revitalisasi dan pengembangan sistem tindak lanjut informasi surveilans, untuk individu dan pengelola PTM melalui teknologi informasi terkini seperti penggunaan android dan teknologi *artificial intelligent* perlu dikembangkan. Direktorat P2PTM perlu meningkatkan pemanfaatan data hasil surveilans untuk perencanaan dan evaluasi program P2PTM. Selain itu, Direktorat P2PTM juga perlu terus melakukan evaluasi dan pembinaan pelaksanaan surveilans secara periodik.

Pemerintah daerah perlu melakukan penguatan pelaksanaan sistem web surveilans melalui peningkatan kapasitas petugas surveilans di puskesmas dan petugas/kader Posbindu PTM. Pelatihan interpretasi data dan informasi surveilans bagi penanggung jawab program di semua jenjang sangat diperlukan. Pengalokasian biaya operasional surveilans khususnya untuk biaya kuota internet, dan perawatan sistem web surveilans. Peraturan Bupati dalam pengendalian PTM, dapat dimanfaatkan dalam memperoleh

dukungan biaya operasional tersebut. Integrasi kegiatan dengan program UKS, kemitraan dengan organisasi masyarakat perlu terus diperkuat, guna memenuhi kebutuhan petugas/kader yang memahami teknologi informasi. Pertemuan surveilans tiga bulanan di dinas kesehatan dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan kapasitas petugas surveilans dalam mengoperasikan sistem informasi.

Pemerintah daerah perlu meningkatkan pemanfaatan data hasil surveilans untuk perencanaan dan evaluasi program P2PTM. Pemerintah daerah juga perlu melakukan evaluasi dan pembinaan pelaksanaan surveilans faktor risiko PTM di tingkat puskesmas dan Posbindu PTM secara periodik. Puskesmas perlu melaksanakan surveilans faktor risiko PTM bersumber data Posbindu PTM secara lengkap dan terus menerus menggunakan web surveilans. Puskesmas juga perlu memantau penggunaan web surveilans oleh kader Posbindu PTM.

Mengingat terbatasnya jumlah artikel yang telah ditinjau, dan kompleksnya permasalahan yang ditemukan pada pelaksanaan *web* surveilans faktor risiko PTM bersumber data Posbindu PTM, maka perlu dilakukan penelitian secara khusus untuk mendapatkan informasi secara komprehensif baik secara kuantitatif maupun kualitatif, yang lebih representatif.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular beserta staf yang telah mendukung penulisan artikel ini dengan menyediakan data terkait Posbindu PTM.

DAFTAR PUSTAKA

1. Rahajeng E, Wahidin M, Banonah.R L, Palupi NW, Renowati TS, Ratih SD, et al. Petunjuk teknis surveilans penyakit tidak menular. Ekowati Rahajeng; Mugi Wahidin, editor. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular;2013. 358 p.

2. Rahajeng E, Akbar TA, Warouw SP, Basalamah F, Sumarsinah, R LB, et al. Petunjuk teknis pos pembinaan terpadu penyakit tidak menular (posbindu ptm). Pertama. Jakarta: Ditjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan RI ; 2012. 1–39 p.
3. WHO. Summary surveillance of risk factors for noncommunicable diseases the WHO stepwise approach. Geneva : World Health Organization; 2001.
4. Declich S, Carter AO. Public health surveillance: historical origins, methods and evaluation. Bull World Health Organ. 1994;72(2):285–304.
5. Saputra MH, Muhith A, Fardiansyah A. Analisis sistem informasi faktor resiko hipertensi berbasis posbindu di dinas kesehatan kabupaten Sidoarjo. Pros Semin Nas Has Penelit Dan Pengabd Masy Seri Ke-1 Tahun 2017. 2017;1995:7–17.
6. Elyda Rahmayanti, Hargono A. Implementasi surveilans faktor risiko penyakit tidak menular berbasis posbindu berdasarkan atribut surveilans (studi di kota Surabaya). J Berk Epidemiol [Internet]. 2018;5(September 2017):298–382. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/322591609>
7. Eka Putri R, Hubaybah, Asparian. Evaluasi proses implementasi posbindu ptm di wilayah kerja puskesmas Simpang Sungai Duren Kecamatan Jambi Luar Kota Kabupaten Muaro Jambi Tahun 2017. J Kesmas Jambi. 2018;2(1):12–27.
8. Renyaan EY, Rahayujati B, Dharmawidjaja I. Evaluasi sistem surveilans faktor risiko PTM berbasis posbindu di kabupaten Sleman 2017. 3rd Public Heal Symp Univ Gadjah Mada, Yogyakarta, 7-9 Mei 2018. 2018;
9. Indah DT. Evaluasi input sistem surveilans hipertensi di wilayah kerja dinas kesehatan kota Magelang berdasarkan pedoman sistem surveilans penyakit tidak menular. 2015.
10. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan menteri kesehatan nomor 85 tahun 2019 tentang petunjuk operasional penggunaan dana alokasi khusus fisik bidang kesehatan tahun anggaran 2020. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2019.
11. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan menteri kesehatan RI nomor 71 tahun 2015 tentang penanggulangan penyakit tidak menular. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2015.
12. Republik Indonesia. Peraturan pemerintah nomor 46 tahun 2014 tentang sistem informasi kesehatan. Jakarta: Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia; 2014.
13. Kementerian Kesehatan RI. Profil penyakit tidak menular 2016. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2017.
14. Kementerian Kesehatan RI. Data sistem informasi penyakit tidak menular tahun 2019. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2020.
15. Kementerian Kesehatan RI. Petunjuk teknis surveilans faktor risiko penyakit tidak menular berbasis web. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI; 2015.
16. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan menteri kesehatan RI nomor 45 tahun 2014 tentang penyelenggaraan surveilans kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2014.
17. Ferianto, Ambarwati. Evaluasi pelaksanaan pos pembinaan terpadu. 2019;6(1).
18. Febrianti R. Implementasi pelaksanaan pos pembinaan terpadu penyakit tidak menular (posbindu ptm) di puskesmas Pucang Sewu kota Surabaya. Publika. 2017;5(5).
19. Reed G. New survey results enhance Cuba's NCD surveillance: Mariano Bonet MD Director, National Hygiene, Epidemiology and Microbiology Institute. MEDICC Rev. 2011;13(4):11–3.
20. Mocumbi AO, Langa DC, Chicumbe S, Schumacher AE, Al-Delaimy WK. Incorporating selected non-communicable diseases into facility-based surveillance systems from a resource-limited setting in Africa. BMC Public Health. 2019;19(1):1–7.
21. Kroll M, Phalkey R, Dutta S, Shukla S, Butsch C, Bharucha E, et al. Involving private healthcare practitioners in an urban NCD sentinel surveillance system: lessons learned from Pune, India. Glob Health Action. 2016;9(1):1–10.
22. Rahmayanti E, Hargono A. Implementasi surveilans faktor risiko penyakit tidak menular berbasis posbindu berdasarkan atribut surveilans (studi di kota Surabaya). Jurnal Berkala Epidemiologi. September 2017;5(3):276-285
23. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan menteri kesehatan no.43 tahun 2016 tentang standar pelayanan minimal bidang kesehatan. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI; 2016;

24. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman surveilans penyakit tidak menular. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI; 2015.
25. Kementerian Kesehatan RI. Analisis beban penyakit nasional dan sub nasional Indonesia 2017. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2018.
26. IHME. Global burden of disease 2017. IHME ; 2018.
27. Kementerian Kesehatan RI. Laporan sample registration system. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2015.
28. Kroll M, Phalkey RK, Kraas F. Challenges to the surveillance of non-communicable diseases - A review of selected approaches. *BMC Public Health*. 2015;15(1).
29. Hartono RK. Global stakeholder schemes for preventing non-communicable disease, lessons learnt for Indonesia. *Int Conf Soc Sci*. 2017;vol 1(1):50.
30. Kahn BJJ, Yang JS, Kahn JS. Mobile' health needs and opportunities in developing countries. *health aff* [Internet]. 2010;29(2):254–61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16284031>
31. Kementerian Kesehatan RI. Keputusan menteri kesehatan RI nomor HK.02.02/Menkes/52/2015 tentang rencana strategis kementerian kesehatan RI tahun 2015-2019. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI; 2015.
32. Schwalbe N, Wahl B. Artificial intelligence and the future of global health. *Lancet* [Internet]. 2020;395(10236):1579–86. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30226-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30226-9)
33. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman umum pos pembinaan terpadu PTM. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI; 2014.
34. Kementerian Kesehatan RI. Pokok-Pokok renstra kementerian kesehatan 2020-2024. pokja renstra kementerian kesehatan 2020-2024. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI; 2020. p1–40.

Kesintasan Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di Rumah Sakit Abdul Moeloek Lampung Tahun 2017-2018

Survival of Chronic Kidney Disease through Hemodialysis in Abdul Moeloek Hospital Lampung 2017-2018

Nova Muhani* dan Nurhalina Sari¹

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Malahayati, Jln. Pramuka No.27, Kemiling, Bandar Lampung, Lampung, Indonesia

*Korespondensi Penulis : muhaninova@gmail.com

Submitted: 30-11-2019, *Revised:* 09-08-2020, *Accepted:* 28-09-2020

DOI: <https://doi.org/10.22435/mpk.v30i3.2507>

Abstrak

Penyakit tidak menular (PTM) menjadi masalah kesehatan di berbagai belahan dunia. Salah satu PTM yang menjadi masalah kesehatan adalah penyakit ginjal kronik (PGK). PGK merupakan masalah kesehatan masyarakat global dengan prevalensi dan insidens gagal ginjal yang terus meningkat, prognosis yang buruk dan memerlukan biaya perawatan yang tinggi. PGK merupakan penyebab kematian secara global. Penyebab PGK terbesar adalah komorbiditas dengan diabetes melitus tipe 2. Kematian tertinggi terjadi pada kurang dari 12 bulan pertama menjalani hemodialisis yaitu sebesar 78,1%. Tujuan untuk mengetahui umur, jenis kelamin, lama ketahanan hidup pasien PGK yang menjalani hemodialisis berdasarkan komorbiditas diabetes melitus tipe 2. Desain penelitian kohort retrospektif dengan sampel sebesar 201 responden. Penelitian menggunakan data dari laporan harian unit hemodialisis yaitu pasien yang menjalani hemodialisis kemudian dilakukan observasi selama 12 bulan. Variabel *outcome* kematian dan faktor risikonya (diabetes, umur, dan jenis kelamin). Analisis yang digunakan analisis survival dengan *cox regression*. Hasil penelitian terjadi kematian sebesar 37,8%, pasien PGK dengan komorbiditas diabetes melitus 24,9%. Responden hemodialisis berdasarkan jenis kelamin Laki-laki (45,3%) dan perempuan (54,7%) umur kurang dari 45 tahun 27,4%. Hasil uji statistik diperoleh kelompok tidak diabetes melitus memiliki kesintasan 3,1 kali lebih tinggi dibandingkan kelompok diabetes melitus (p Value = 0,01).

Kata kunci: kesintasan; penyakit gagal ginjal; diabetes melitus; hemodialisis

Abstract

Non-communicable diseases (NCD) have become health problems in various parts of the world. One of NCD which is a health problem is chronic kidney disease (CKD). CKD is a global public health problem with an increasing prevalence and incidence of kidney failure, poor prognosis and high cost of care. CKD is a cause of death globally, the biggest cause of CKD is comorbidity with type 2 diabetes mellitus. The highest mortality occurred in less than the first 12 months of hemodialysis, which was 78,1%. The purpose of this study was to determine the age, sex, duration of survival of CKD patients undergoing hemodialysis based on comorbidity of type 2 diabetes mellitus. Retrospective cohort study design used a, with a sample of 201 respondents. The study used data from the daily reports of the

hemodialysis unit, namely patients who under went hemodialysis and then observed for 12 months. The outcome variable for mortality and its risks factors (diabetes, age, and gender). The analysis used survival analysis with cox regression. The results of the study were 37.8% of deaths occurred, CKD patients with with diabetes mellitus comorbidity 24.9%. Respondents on hemodialysis are based on gender were male (45,3%) and female (54,7%) ages less than 45 years (27.4%). The Statistical test results obtained from non-diabetes mellitus group had a 3.1 times higher survival rate than the diabetes mellitus group (p value = 0.01).

Keywords: survival; chronic kidney disease; diabetes mellitus; hemodialysis

PENDAHULUAN

Penyakit ginjal kronis (PGK) merupakan masalah kesehatan masyarakat global. PGK merupakan suatu proses patofisiologi dengan etiologi yang beragam akibat yang ditimbulkan adalah penurunan fungsi ginjal yang progresif, dan pada umumnya berakhir dengan gagal ginjal. Secara global, prevalensi PGK sebesar 13,4%.¹ Diperkirakan di Malaysia yang mempunyai populasi 18 juta penduduk pertahunnya terdapat 1800 kasus baru gagal ginjal.² Berdasarkan survei National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse, prevalensi PGK di Amerika antara tahun 1980 dan 2009 meningkat hampir 600%, yaitu dari 290 menjadi 1.738 kasus per satu juta penduduk, di Jepang, Australia, dan Inggris dilaporkan berkisar antara 77-283 per satu juta penduduk.³ Prevalensi PGK meningkat seiring meningkatnya jumlah penduduk usia lanjut dan kejadian penyakit diabetes melitus serta hipertensi.

Komorbiditas terbanyak penyebab PGK adalah diabetes melitus (IRR, 2015). Diabetes melitus adalah komorbiditas yang paling umum ada pada pasien PGK yang menjalani hemodialisis. Secara etiologi, diabetes melitus merupakan penyakit yang menyebabkan kelainan ginjal sekunder.⁴ Salah satu penyebab risiko kematian pasien PGK adalah komorbiditasnya, terutama yang menjalani hemodialisis. Hemodialisis adalah pembuangan limbah metabolik dan kelebihan cairan dari tubuh melalui cairan dalam tubuh melalui darah.⁵

Data *Indonesian Renal Registry* memperlihatkan peningkatan pasien hemodialisis di Indonesia. Pasien baru yang menjalani hemodialisis dari tahun 2007 sebanyak 4.977 orang menjadi 21.050 orang pada tahun 2015.⁶ Meningkatnya jumlah penderita PGK berbanding lurus dengan peningkatan pasien yang perlu menjalani terapi hemodialisis. Angka kematian pasien PGK yang menjalani terapi hemodialisis masih tinggi terutama pada tiga bulan sampai satu tahun pertama sejak menjalani hemodialisis. Beberapa penelitian memperlihatkan angka kematian satu tahun pertama yang bervariasi mulai 6,6% sampai 74%.⁷ Berdasarkan laporan *Indonesian Renal Registry*⁶ kematian tertinggi terjadi pada 6-12 bulan pertama menjalani hemodialisis yaitu sebesar 33%, sedangkan menurut penelitian Umami⁸ didapatkan angka kematian pada tiga bulan pertama pasien PGK yang menjalani hemodialisis sebesar 31,7%.

Beberapa penelitian melaporkan bahwa diabetes melitus merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi ketahanan hidup pasien PGK yang menjalani hemodialisis.^{4,8,9} Sedangkan di Indonesia, perawatan penyakit ginjal merupakan peringkat kedua pembiayaan terbesar dari BPJS kesehatan setelah penyakit jantung.¹⁰ Oleh karena itu penelitian ini bertujuan untuk mengetahui karakteristik demografi (umur dan jenis kelamin) dan lama ketahanan hidup pasien PGK yang menjalani hemodialisis selama 12 bulan pertama yang memiliki komorbiditas diabetes melitus.

METODE

Penelitian ini menggunakan data dari laporan harian unit hemodialisis dan rekam medis di unit hemodialisis Rumah Sakit Abdul Moeloek. Desain penelitian menggunakan desain kohort retrospektif dilakukan dengan dua kelompok yaitu kelompok terpajan (pasien PGK yang menjalani hemodialisis dengan faktor risiko diabetes melitus tipe 2) sedangkan kelompok tidak terpajan (pasien PGK yang menjalani hemodialisis tidak memiliki diabetes melitus tipe 2). Kedua kelompok ini kemudian diikuti selama 12 bulan dan memastikan apakah kedua kelompok tersebut terjadi keluaran/event (kematian) atau hidup. Ukuran asosiasi yang digunakan adalah *Relative Risk* (RR) yaitu perbandingan proporsi kelompok terpajan dengan proporsi kelompok tidak terpajan.¹¹

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien baru PGK yang menjalani hemodialisis. Sampel yaitu pasien baru yang menjalani hemodialisis mulai 1 Januari 2017 sampai 30 Juni 2017, kemudian masing-masing pasien diamati selama 12 bulan pertama menjalani hemodialisis dengan kriteria usia diatas 18 tahun dan memiliki kelengkapan rekam medis. Jumlah sampel yang digunakan sebanyak 201 pasien.

Analisis yang digunakan analisis survival yaitu penggunaan *kapplan meier* dengan *log rank* serta permodelannya menggunakan *regresi cox* dengan asumsi *proporsional hazard*. Penggunaan *kapplan meier* dengan *log rank* untuk melihat probabilitas ketahanan hidup sedangkan *regresi cox* dimasukkan untuk mengestimasi *Hazard Ratio* (HR) menguji hipotesis dari HR dan melihat confident interval.¹²

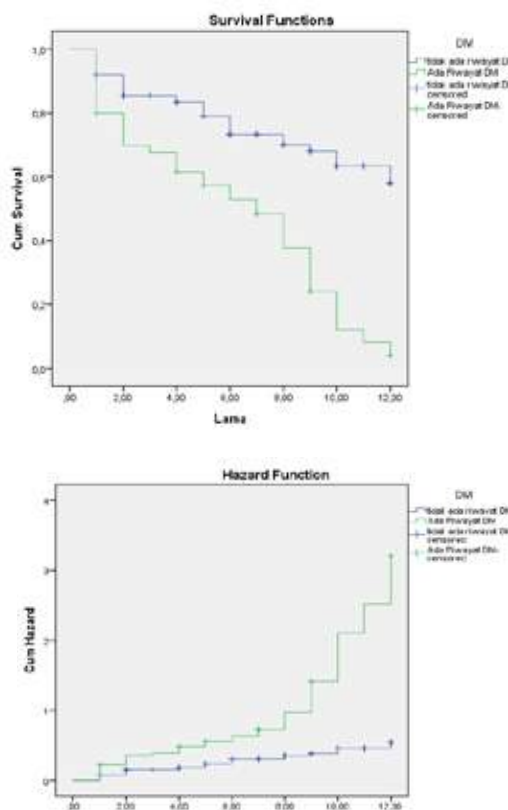
HASIL

Penyajian hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel dan gambar dimana hasilnya sebagai berikut:

Tabel 1. Karakteristik Responden PGK dengan Hemodialisis

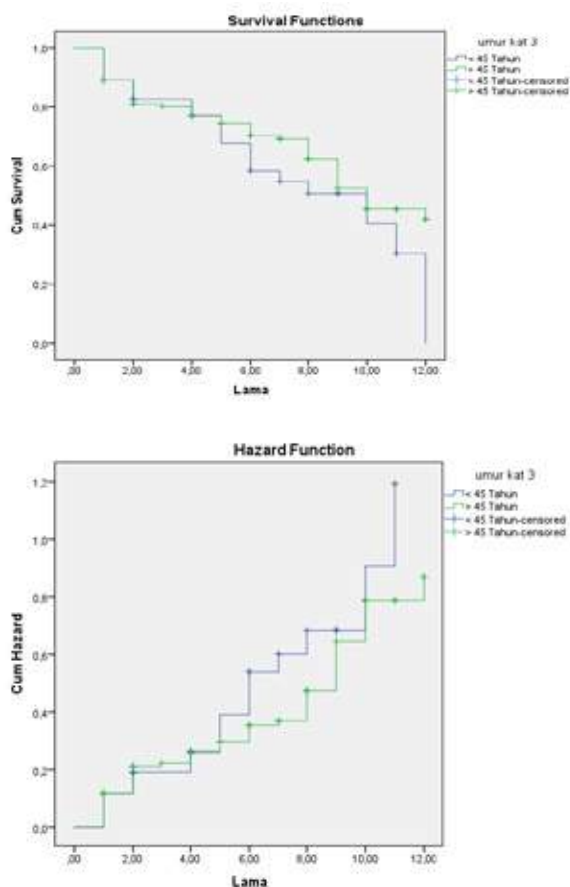
Variabel		Jumlah	Frekuensi
Status	Hidup	125	62,2
	Meninggal	76	37,8
Status Diabetes Melitus	Tidak Komorbid	151	75,1
	Ya Komorbid	50	24,9
Umur	< 45 tahun	55	27,4
	> 45 tahun	146	72,6
Jenis Kelamin	Perempuan	110	54,7
	Laki-laki	91	45,3
Jumlah		201	100%

Dari Tabel 1 dapat dijelaskan gambaran karakteristik responden bahwa 37,8% pasien meninggal selama pengamatan 12 bulan, yang mengalami diabetes melitus sebesar 24,9%, dimana karateristik umur tertinggi adalah lebih dari 45 tahun yaitu sebesar 72,56, jenis kelamin perempuan 54,7%, kadar hemoglobin yang lebih dari < 7gr% sebesar 26,9% .



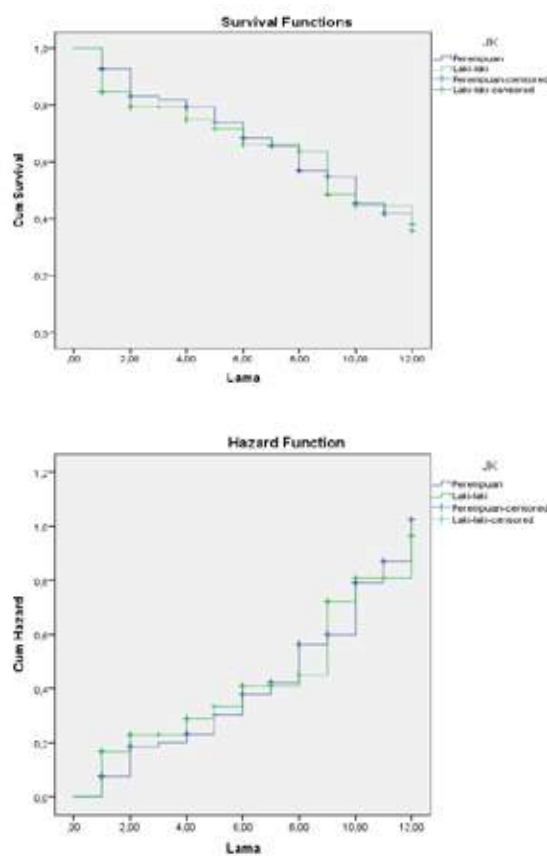
Gambar 1. Grafik Survival Function dan Hazard Function Status Diabetes Melitus dengan Lama Ketahanan Hidup Pasien PGK

Gambar 1 Grafik *Survival Function* dan *Hazard function* memperlihatkan bahwa asumsi proporsional *hazard* terpenuhi, fungsi *survival* atau fungsi *hazard* variabel sudah proporsional dari waktu ke waktu. Kelompok tidak diabetes melitus memiliki *survival rate* yang lebih tinggi dibandingkan kelompok yang mengalami diabetes. *Plotting* garis fungsi *survival* pada grafik *Kaplan Meier* digambarkan setiap waktu sesuai kejadian *event*. Jumlah sensor pada kelompok diabetes melitus dan tidak diabetes melitus juga tergambar. Pada Gambar 1 tersebut tampak sensor terdapat pada kedua kelompok.



Gambar 2. Grafik *Survival Function* dan *Hazard Function* Umur dengan Lama Ketahanan Hidup Pasien PGK

Gambar 2 di atas memperlihatkan bahwa *proportional hazard* tidak terpenuhi, fungsi *survival* atau *hazard* variabel umur tidak proporsional dari waktu ke waktu. dapat disimpulkan bahwa *survival* atau *hazard* variabel umur dipengaruhi atau tergantung pada waktu.



Gambar 3. *Survival Function* dan *Hazard Function* Jenis Kelamin dengan Lama Ketahanan Hidup Pasien PGK

Grafik di atas memperlihatkan bahwa *proportional hazard* tidak terpenuhi, fungsi *survival* atau *hazard* variabel jenis kelamin tidak proporsional dari waktu ke waktu. dapat disimpulkan bahwa *survival* atau *hazard* variabel jenis kelamin dipengaruhi atau tergantung pada waktu.

Tabel 2. Analisis *Survival* dengan Uji *Cox Regression*

Variabel	β	<i>p value</i>	RR	<i>Confident Interval</i>	
Diabetes Melitus	1,133	0,001	3,105	1,975	4,881
Umur	0,267	0,294	0,765	0,465	1,261
Jenis Kelamin	0,068	0,769	1,769	0,680	1,684

Dari Tabel 2 hasil analisis menggunakan *cox regression* variabel terdiri dari diabetes melitus, umur, jenis kelamin, dan kadar hemoglobin. Hanya variabel diabetes melitus yang asumsi *proporsional hazard*-nya terpenuhi terlihat dari grafik *survival* dan *hazard function*. Hasil uji statistik diperoleh bahwa variabel *covariat* tidak berhubungan dengan lama ketahanan hidup pasien PGK dimana umur nilai $p=0,582$, jenis kelamin nilai $p=0,601$, sedangkan untuk status diabetes melitus mempunyai nilai $p=0,001$ dengan RR sebesar 3,1 artinya kelompok tidak diabetes melitus memiliki ketahanan hidup 3,1 kali lebih tinggi dibandingkan kelompok diabetes melitus. Kelompok tidak diabetes melitus memiliki waktu yang lebih lama untuk hidup dibandingkan dengan kelompok diabetes melitus.

PEMBAHASAN

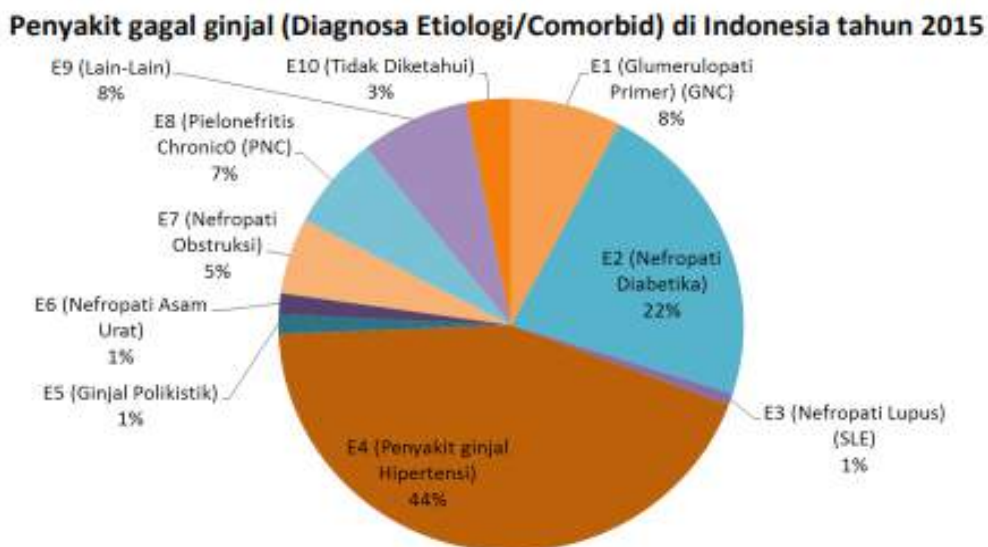
Kematian pada pasien PGK banyak terjadi pada 12 bulan pertama hal ini tidak jauh berbeda dengan laporan *Indonesian Renal Register* yang menjelaskan bahwa kematian PGK pada bulan ke satu sampai kurang dari tiga hemodialisis sebesar 22%, pada bulan ketiga sampai keenam 18% dan pada bulan keenam sampai 12 bulan 33% kalau kita jumlahkan maka kematian pasien PGK yang menjalani hemodialisis sampai bulan ke-12 sebesar 63%.

Terdapat 29,4% pasien PGK dengan komorbiditas diabetes melitus, hasil ini tidak jauh berbeda dengan laporan IRR bahwa penyakit penyerta pasien hemodialisis pada tahun 2015 dapat dilihat pada diagram, hipertensi masih merupakan penyakit penyerta terbanyak, dan disusul oleh diabetes melitus sebesar 22%.

Prosentase pasien meninggal berdasarkan lama hidup dengan hemodialisis



Gambar 4. Pasien Meninggal Berdasarkan Lama Hidup⁶



Gambar 5. PGK dengan Penyakit Penyerta⁶

Hasil uji statistik diperoleh bahwa variabel *covariat* tidak berhubungan dengan lama ketahanan hidup pasien PGK dimana umur nilai $p=0,582$. Penelitian ini sama dengan penelitian Mardhatillah,¹³ bahwa tidak ada pengaruh umur dengan ketahanan hidup pasien PGK. Berbeda menurut Yulianto¹⁴ yang menyatakan ketahanan hidup pasien usia 46-65 tahun lebih rendah daripada pasien usia 26-45 tahun. Namun menurut Ahmad,¹⁵ ketahanan hidup pasien > 50 tahun lebih rendah dibanding pasien umur ≤ 50 . Variabel jenis kelamin nilai $p=0,601$ hasil uji statistik menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan jenis kelamin dengan ketahanan hidup pasien PGK, sama dengan penelitian Fernanda¹⁶ di mana penelitian tersebut menjelaskan bahwa tidak ada pengaruh jenis kelamin terhadap ketahanan hidup pasien PGK yang menjalani hemodialisis. Hasil uji perbedaan *survival* antara kelompok diabetes melitus dan tidak diabetes melitus dengan menggunakan metode *cox regression*. Hasil uji statistik diperoleh nilai $p=0,001$. Dengan $\alpha=0,05$, kelompok tidak diabetes melitus memiliki ketahanan hidup 3,1 kali lebih tinggi dibandingkan kelompok diabetes melitus. Kelompok tidak diabetes melitus memiliki waktu yang lebih lama untuk hidup

dibandingkan dengan kelompok diabetes melitus. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Syam,⁴ bahwa pasien PGK yang menjalani hemodialisis dengan komorbiditas diabetes melitus memiliki risiko untuk meninggal 1,75 kali lebih cepat dibandingkan dengan pasien komorbiditas bukan diabetes melitus. Penelitian Yulianto dkk.¹⁴ menjelaskan bahwa ketahanan hidup pasien dengan riwayat diabetes melitus lebih rendah daripada pasien yang tidak memiliki riwayat penyakit dengan nilai *log rank* (0,035). Hasil penelitian Ekantari¹⁷ menunjukkan ada hubungan antara diabetes melitus tipe 2 ($p=0,046$; $OR=2,852$), berbeda dengan penelitian Chandrashekar dkk.¹⁸ tidak ada perbedaan yang signifikan pasien yang melakukan hemodialisis dengan penyakit penyerta diabetes dan tidak diabetes (*Relative Risk* = 1,109; 95% CI = 0,49-2,48, $P = 0,803$) sama halnya dengan penelitian Windari,¹⁹ ketahanan hidup satu tahun pasien PGK dengan etiologi diabetes melitus adalah 47,7% sedangkan yang dengan etiologi non diabetes melitus sebesar 62%. Hasil uji statistik dengan *Kaplan-Meier Survival Analysis* dan uji *Log Rank* didapatkan nilai $p=0,136 > \alpha=0,05$ (tidak bermakna).

KESIMPULAN

Kelompok tidak diabetes melitus memiliki waktu yang lebih lama untuk hidup dibandingkan dengan kelompok diabetes melitus. Sedangkan untuk variabel *covariat* tidak ada pengaruh terhadap ketahanan pasien PGK yang menjalankan hemodialisis.

SARAN

Bagi pasien gagal ginjal kronik yang sudah memiliki penyakit penyerta diabetes hendaknya lebih menjaga kesehatan, misalnya dengan diet protein, melakukan konsultasi kepada tenaga medis dan sering melakukan *check up* untuk mengontrol kadar gula dalam darah, memberikan edukasi kepada pasien maupun keluarga pasien di klinik hemodialisis mengenai faktor risiko dari penyakit diabetes melitus, yang dapat menyebabkan kematian pada pasien gagal ginjal kronik.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada Ruang hemodialisis RSUD Abdul Moeloek Bandar Lampung, Direktorat Jendral Penelitian Kemristek Dikti yang telah mendanai penelitian ini dan Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Universitas Malahayati Bandar Lampung yang telah memberikan dukungan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan RI. Situasi Penyakit Ginjal Kronis [Internet]. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI; 2017 [cited 2018 Mar 30]. p. 10. Available from: [file:///C:/Users/Hp/Downloads/infodatin_ginjal_2017_\(1\).pdf](file:///C:/Users/Hp/Downloads/infodatin_ginjal_2017_(1).pdf)
2. Kidney Disease Statistics for the United States NIDDK [Internet]. [cited 2020 Jan 22]. Available from: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/health-statistics/kidney-disease>
3. National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse. Kidney disease statistics for the United States one in 10 [Internet]. 2011 [cited 2019 Apr 4]. p. 16. Available from: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/health-statistics/kidney-disease>
4. Syam TF. Ketahanan hidup pasien ginjal kronik yang menjalani hemodialisis berdasarkan komorbiditas diabetes melitus di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru tahun 2011-2012 = Survival of the chronic kidney disease patients on maintenance hemodialysis based on comorbidity [Internet]. Universitas Indonesia; 2012 [cited 2018 Mar 30]. Available from: <http://lib.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=20349446&lokasi=lokal>
5. Daugirdas JT, Greene T, Rocco M V, Kaysen GA, Depner TA, Levin NW, et al. Frequent nocturnal hemodialysis accelerates the decline of residual kidney function HHS Public Access. *Kidney Int* [Internet]. 2013;83457(5):949–58. Available from: http://www.nature.com/authors/editorial_policies/license.html#terms
6. Indonesian Renal Registry. 8 th report of Indonesian renal registry 2015 [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 2]. Available from: https://www.indonesianrenalregistry.org/data/INDONESIAN_RENAL_REGISTRY_2016.pdf
7. Ruiu DC, Moța E, Istrate N, Văduva C, Trican E. Daniela Cană Ruiu et al. renal anemia-risk factor for chronic kidney disease original paper renal anemia-risk factor for chronic kidney disease. *Curr Heal Sci J* [Internet]. 2013 [cited 2020 Jan 22];39(4):3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3945263/pdf/CHSJ-39-4-214.pdf>
8. Umami V, Lydia A, Nainggolan G, Setiati S. Pengembangan model prediksi mortalitas 3 bulan pertama pada pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis. *J Penyakit Dalam Indones* [Internet]. 2015 [cited 2018 Aug 30];2(3):170–82. Available from: <urnalpenyakitdalam.ui.ac.id/index.php/jpdi/article/viewFile/82/78>
9. Fitria N, Syukri M, Saragih J. Hubungan diabetes melitus dan non-diabetes melitus dengan survival rate pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUDZA Banda Aceh periode 2011-2015. *J Ilm Mhs Kedokt Medisia* [Internet]. 2017;2(1):12–6. Available from: <http://jim.unsyiah.ac.id/FKM/article/view/3174>
10. Tandah MR, Ihwan I, Diana K, Zulfiah Z, Ambianti N. Analisis biaya pengobatan penyakit ginjal kronik rawat inap dengan hemodialisis di rumah sakit umum daerah Undata Palu. *Link*. 2019;15(2):1–7.

11. Murti B. Prinsip dan metode riset epidemiologi [Internet]. Yogyakarta: Gajah Mada University Press; 2015. Available from: ib.ui.ac.id/detail?id=20131625
12. Dada SA, Inubile AJ, Thomas AA, Dada OE, Akinyemi RO. Survival pattern of patients on maintenance haemodialysis for end stage renal disease in a Nigerian dialysis centre. *Arch Nephrol Urol* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 25];02(01):1–12. Available from: <http://www.fortunejournals.com/articles/survival-pattern-of-patients-on-maintenance-haemodialysis-for-end-stage-renal-disease-in-a-nigerian-dialysis-centre.html>
13. Mardhatillah, Arsunan, Arsin, Syafar M, Hardianti A. Ketahanan hidup pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. *JKMM*. 2020;3(1):21–33.
14. Yulianto D, Notobroto HB, Widodo. Analisis ketahanan hidup pasien penyakit gagal ginjal kronis di RSUD Dr. Soetomo Surabaya [Internet]. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS Dr. Soetomo*. 2017;3(1):99-112. [cited 2019 Jun 6]. Available from: <https://media.neliti.com/media/publications/258424-analisis-ketahanan-hidup-pasien-penyakit-a82c8244.pdf>
15. Ahmad Z, Shahzad I. Survival analysis of dialysis patients in selected hospitals of Lahore City. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2015;27(1):205–7.
16. Teixeira FIR, Lopes MLH, dos Santos Silva GA, Santos RF. Survival of hemodialysis patients at a University Hospital. *J Bras Nefrol*. 2015;37(1):64–71.
17. Ekantari F. Hubungan antara lama hemodialisis dan faktor hubungan komorbiditas dengan kematian pasien gagal ginjal kronik di RSUD Dr. Moewardi [Internet]. Muhammadiyah Surakarta; 2012 [cited 2019 Jul 20]. Available from: http://eprints.ums.ac.id/20533/18/JURNAL_PUBLIKASI.pdf
18. Chandrashekar A, Ramakhirsnan S, Rangarajan D. Survival analysis of patients on maintenance hemodialysis [Internet]. *Indian journal of Nephrologian journal of Nefrologi*. 2014;24 [cited 2019 Jun 30]. p. 206–13. Available from: <http://www.indianjephrol.org/article.asp?issn=0971-4065;year=2014;volume=24;issue=4;spage=206;epage=213;aulast=Chandrashekar>
19. Windari. Ketahanan hidup pasien penyakit ginjal kronik akibat diabetes dan non diabetes yang menjalani hemodialisis rutin di RSUD Dr. Moewardi Surakarta [Internet]. Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2011 [cited 2019 Jul 3]. Available from: <http://eprints.ums.ac.id/14882>

Hubungan Status Akreditasi Puskesmas dengan Capaian Program *Antenatal Care*

Relationship between Primary Health Center Accreditation Status and Antenatal Care Program Achievements

Agus Dwi Harso*, Hadjar Siswanto, dan Armaji Kamaludi Syarif

Pusat Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Jln. Percetakan Negara No.29 Jakarta, Indonesia

*Korespondensi Penulis: agusdh08@gmail.com

Submitted: 21-04-2020, Revised: 07-09-2020, Accepted: 25-09-2020

DOI: <https://doi.org/10.22435/mpk.v30i3.3125>

Abstrak

Salah satu upaya pemerintah menurunkan AKI yang masih tinggi adalah dengan pelaksanaan program *Antenatal Care* (ANC) di puskesmas. Selain itu, pemerintah juga melakukan akreditasi puskesmas untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang dimulai tahun 2015, sehingga diharapkan capaian ANC meningkat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan status akreditasi terhadap capaian ANC di puskesmas. Desain penelitian ini adalah *cross-sectional* dengan sampel penelitian sebanyak 103 puskesmas terakreditasi. Sebaran sampel puskesmas dilihat berdasarkan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) tahun 2013 dengan dikategorikan sebagai IPKM rendah, sedang, dan tinggi. Analisis hubungan status akreditasi dengan program capaian K4 digunakan uji *chi-square*. Hasil dari penelitian ini menunjukkan mayoritas puskesmas yang menjadi sampel terdistribusi pada wilayah dengan IPKM tinggi dan sedang. Hasil analisis *chi-square* hubungan antara status akreditasi dengan ketercapaian K4 menunjukkan nilai $p=0,034$. Hasil regresi logistik menunjukkan bahwa jika dibandingkan dengan puskesmas terakreditasi utama-paripurna, puskesmas terakreditasi dasar mempunyai OR = 0,224 (95%CI: 0,064 - 0,786) dengan nilai $p = 0,020$ terhadap proporsi capaian K4. Sedangkan puskesmas terakreditasi madya mempunyai OR = 0,517 (95% CI: 0,146 - 1,828) dengan nilai $p = 0,306$. Kesimpulan penelitian ini adalah status akreditasi puskesmas berhubungan dengan proporsi capaian K4. Proporsi capaian K4 meningkat seiring meningkatnya status akreditasi puskesmas. Puskesmas terakreditasi dasar mempunyai peluang untuk tercapainya K4 sebesar 0,224 lebih rendah dibandingkan puskesmas terakreditasi utama - paripurna. Tidak ada perbedaan yang signifikan antara puskesmas terakreditasi madya dengan puskesmas terakreditasi utama-paripurna terhadap proporsi capaian K4.

Kata kunci: akreditasi; puskesmas; *antenatal care*; ANC; capaian K4

Abstract

One of the government's efforts to reduce MMR, which is still high, is the implementation of the *Antenatal Care* (ANC) program at the primary health center (PHC). Besides, the government also accredits PHC to improve the quality of health services starting in 2015, so it is hoped

that ANC achievements will increase. This study aims to determine the relationship between accreditation status and ANC achievements in PHC. The study design was cross-sectional with a sample of 103 accredited PHC. The distribution of PHC samples is seen based on the 2013 Public Health Development Index (IPKM) categorized as low, medium, and high. Analysis of the relationship between accreditation status and the K4 achievement program used the chi-square test. The results of this study indicate that the majority of the PHC in the sample are distributed in areas with a high and medium IPKM areas. The relationship between accreditation status and K4 achievement showed a value of $p = 0.034$. The logistic regression results showed that when compared with primary - complete accredited PHC, basic PHC had $OR = 0.224$ (95% CI: 0.064 - 0.786) with $p = 0.020$ to the proportion of K4 achievements. Meanwhile, the middle PHC had $OR = 0.517$ (95% CI: 0.146 - 1.828) with a p -value = 0.306. This study concludes that the accreditation status of PHC is related to the proportion of K4 achievements. The proportion of K4 achievements increases with the increase in the level of PHC accreditation. A basic accredited PHC has a chance to achieve K4 by 0.224, lower than a primary – complete accredited PHC. There was no significant difference between middle accredited PHC with primary - complete PHC for the proportion of K4 achievement.

Keywords: accreditation; primary health center; antenatal care; ANC; K4 achievement

PENDAHULUAN

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih relatif tinggi apabila dibandingkan dengan negara-negara lain di Asia Tenggara. Berdasarkan hasil Sensus Penduduk (SP) tahun 2010 menunjukkan AKI di Indonesia sebesar 346 yang artinya terdapat 346 kematian perempuan pada saat hamil, saat melahirkan atau masa nifas per 100.000 kelahiran hidup. Hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) tahun 2015 menunjukkan bahwa AKI lebih rendah daripada hasil SP 2010, yaitu sebesar 305.¹ Angka tersebut masih jauh dari target *Sustainable Development Goals* (SDG's) yaitu kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2030.² Salah satu upaya pemerintah menurunkan AKI di Indonesia adalah dengan melaksanakan program pelayanan *antenatal care* (ANC) di puskesmas. ANC adalah pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan profesional untuk ibu selama masa kehamilannya, bertujuan untuk menanggulangi komplikasi obstetrik yang merupakan penyebab kematian ibu terbanyak. Indikator yang digunakan untuk menggambarkan kualitas pelayanan ANC dapat dinilai dari capaian K4.³

Capaian K4 merupakan jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit empat kali

(1-1-2) sesuai jadwal yang dianjurkan di tiap trimester dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja pada kurun waktu satu tahun. Indikator tersebut memperlihatkan tingkat kepatuhan ibu hamil dalam memeriksakan kehamilannya ke tenaga kesehatan. Namun, capaian dari pelayanan ANC tersebut relatif masih rendah. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, K4 sebesar 74,1%.⁴ Data SDKI tahun 2017 juga menunjukkan hal yang serupa yaitu capaian K4 sebesar 77%.²

Puskesmas diharapkan dapat terus berupaya meningkatkan mutu pelayanannya sehingga dapat menjamin tercapainya target K4. Salah satu upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan dan kinerja puskesmas adalah dengan melakukan akreditasi. Akreditasi merupakan pengakuan yang diberikan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan setelah memenuhi standar akreditasi. Akreditasi puskesmas dilakukan ke seluruh puskesmas di Indonesia dan dilakukan secara bertahap sejak tahun 2015. Bagi puskesmas yang telah di survei oleh surveyor dari Tim Komisi Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), akan ditetapkan sebagai puskesmas tidak terakreditasi, akreditasi dasar, madya, utama - paripurna.⁵ Penetapan keputusan akreditasi

puskesmas berdasarkan nilai/skor pada masing-masing bab dalam elemen penilaian akreditasi. Puskesmas tidak terakreditasi jika pencapaian nilai Bab I, II kurang dari 75 % dan Bab IV, V, VII < 60 %, III, VI, IX < 20 %; terakreditasi dasar jika pencapaian nilai Bab I, II \geq 75 %, dan Bab IV, V, VII \geq 60 %, Bab III, VI, IX \geq 20 %; terakreditasi madya jika pencapaian nilai Bab I, II, IV, V \geq 75 %, Bab VII, VIII \geq 60 %, Bab III, VI, IX \geq 40 %; terakreditasi utama jika pencapaian nilai Bab I, II, IV, V, VII, VIII \geq 80 % Bab III, VI, IX \geq 60 %; dan terakreditasi paripurna jika pencapaian nilai semua Bab \geq 80 %.⁶

Capaian status akreditasi puskesmas yang semakin baik diharapkan dapat meningkatkan capaian target pelayanan dan program puskesmas. Namun, belum ada informasi yang menyebutkan terdapat hubungan antara status akreditasi dengan capaian program ANC di puskesmas. Oleh karena itu, pada penelitian ini dilakukan identifikasi hubungan status akreditasi terhadap capaian ANC di puskesmas.

METODE

Penelitian ini dilakukan di 103 puskesmas yang telah terakreditasi pada tahun 2017. Metode pemilihan sampel dilakukan dengan metode *convenience sampling* mempertimbangkan keterjangkauan lokasi dan kemudahan akses.⁷ Adapun kriteria inklusi sampel adalah puskesmas terakreditasi, sedangkan eksklusi bila puskesmas tidak bersedia dilakukan pengumpulan data. Data yang digunakan pada penelitian ini diambil dari hasil penelitian yang berjudul “Pengembangan Indeks Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas: Penyusunan Indeks Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas” yang telah disetujui oleh Komisi Etik Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI (No. LB.02.01/2/KE.151/2017).⁸

Data capaian K4 diperoleh melalui pengisian kuesioner tentang target dan capaian K4 berdasarkan profil puskesmas tahun 2016. Data capaian K4 yang diperoleh dibagi menjadi dua kategori yaitu capaian K4 yang tercapai dan tidak tercapai. Capaian K4 dianggap tercapai jika nilai capaian K4 dibagi target hasilnya 95% atau lebih.⁹ Sebaran sampel puskesmas dilihat berdasarkan Indeks Pembangunan Kesehatan

Masyarakat (IPKM) tahun 2013¹⁰ dengan dikategorikan sebagai IPKM rendah (skor IPKM <0,456), sedang ($0,456 \leq$ skor IPKM \leq 0,526) dan tinggi (skor IPKM >0,526).¹¹ Analisis hubungan status akreditasi dengan program capaian K4 digunakan uji *chi-square*. Dalam proses analisis tersebut, ditemukan lebih dari 20% jumlah sel dengan frekuensi harapan kurang dari 5 ($E < 5$) dari keseluruhan sel dalam tabel kontingensi.¹² Hal ini dikarenakan jumlah sampel puskesmas paripurna terlalu sedikit. Keadaan ini diatasi dengan menggabungkan puskesmas terakreditasi peripurna (nilai sel terkecil) dengan puskesmas terakreditasi utama sehingga kaidah uji *chi-square* dapat terpenuhi.

HASIL

Puskesmas yang menjadi sampel penelitian ini paling banyak terdistribusi di wilayah dengan IPKM tinggi yaitu sebesar 64,1%, kemudian diikuti pada wilayah dengan IPKM sedang sebesar 34,0% dan hanya ada 1,9% Puskesmas yang berada di wilayah IPKM rendah. Tabel 1 menunjukkan bahwa dari 103 puskesmas sampel, puskesmas dengan akreditasi madya adalah paling banyak yaitu 43 puskesmas dan puskesmas dengan akreditasi paripurna paling sedikit yaitu hanya 9 puskesmas.

Tabel 1. Distribusi Puskesmas Menurut Karakteristik

Karakteristik	N	%
IPKM		
- Rendah	2	1,9
- Sedang	35	34,0
- Tinggi	66	64,1
Status Akreditasi		
- Dasar	36	35,0
- Madya	43	41,7
- Utama	15	14,6
- Paripurna	9	8,7
Total	103	100,0

Tabel 2. Hubungan Status Akreditasi Puskesmas dengan Capaian K4

Status Akreditasi	N	K4 Tercapai		P value
		n	%	
Akreditasi Dasar	36	19	52,8	0,034
Akreditasi Madya	43	31	72,1	
Akreditasi Utama-Paripurna	24	20	83,3	
Total	103	70	68,0	

Berdasarkan Tabel 2 dapat dilihat bahwa persentase K4 tercapai meningkat seiring dengan meningkatnya status akreditasi puskesmas. Puskesmas terakreditasi utama-paripurna mendapatkan K4 tercapai yang paling tinggi yaitu sebesar 83,3%. Sedangkan puskesmas terakreditasi dasar mendapatkan K4 tercapai paling rendah yaitu sebesar 52,8%. Dari hasil uji *chi-square* diperoleh nilai $p = 0,034$. Hasil ini menunjukkan terdapat hubungan yang signifikan antara status akreditasi puskesmas dengan capaian K4.

Tabel 3. Hasil Regresi Logistik Sederhana antara Status Akreditasi dengan Capaian K4

Status Akreditasi	OR	95% CI	p-value
Akreditasi Dasar	0,224	0,064 - 0,786	0,020
Akreditasi Madya	0,517	0,146 - 1,828	0,306
Akreditasi Utama-Paripurna	1		

Uji beda antara status akreditasi puskesmas dengan status akreditasi utama-paripurna sebagai pembanding disajikan dalam Tabel 3. Dari hasil analisis nilai OR = 0,224, artinya puskesmas terakreditasi dasar mempunyai peluang untuk tercapainya K4 sebesar 0,224 kali lebih rendah dibandingkan dengan puskesmas terakreditasi utama - paripurna. Hasil ini didukung dengan hasil uji statistik yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan proporsi K4 tercapai antara puskesmas terakreditasi dasar dengan puskesmas terakreditasi utama-paripurna ($p < 0,05$). Sementara itu, puskesmas terakreditasi madya diperoleh nilai OR = 0,517, artinya puskesmas terakreditasi madya mempunyai peluang tercapainya K4 sebesar 0,517 kali lebih rendah dibandingkan dengan puskesmas terakreditasi utama-paripurna. Namun, secara statistik

diperoleh nilai $p=0,306$ sehingga tidak ada perbedaan proporsi K4 tercapai antara puskesmas terakreditasi madya dengan puskesmas utama-paripurna.

PEMBAHASAN

Program akreditasi puskesmas merupakan bagian dari Permenkes RI No. 46 tahun 2015 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi. Tujuan utama adalah meningkatkan mutu layanan dan keselamatan pasien, meningkatkan perlindungan bagi sumber daya manusia kesehatan, dan meningkatkan kinerja puskesmas.¹³ Salah satu bentuk perwujudan kinerja puskesmas dapat dilihat dari capaian program-program yang ada di puskesmas diantaranya, capaian program ANC. Keberhasilan program ANC tersebut dapat dilihat dari capaian K4.

Pada penelitian ini, status akreditasi puskesmas berhubungan dengan capaian K4. K4 yang tercapai meningkat seiring meningkatnya status akreditasi puskesmas. Peningkatan status akreditasi berarti meningkatnya kualitas elemen-elemen dalam penyelenggaraan puskesmas yang mencakup tiga bagian utama. Pertama, meningkatnya bagian administrasi dan manajemen yang meliputi penyelenggaraan pelayanan, kepemimpinan, dan manajemen, dan peningkatan mutu puskesmas. Kedua, meningkatnya bagian upaya kesehatan masyarakat (UKM) yang meliputi UKM yang berorientasi sasaran, kepemimpinan dan manajemen UKM dan sasaran kinerja UKM. Ketiga, meningkatnya bagian upaya kesehatan perorangan (UKP) yang meliputi layanan klinis yang berorientasi pasien, manajemen penunjang layanan klinis dan peningkatan mutu klinis dan keselamatan pasien puskesmas (standar akreditasi puskesmas).¹⁴ Hasil penelitian Sarri¹⁵ menunjukkan adanya hubungan antara kepemimpinan, perencanaan strategis, fokus sumber daya manusia, fokus pelanggan, proses manajemen, dan keterlibatan staf terhadap mutu pelayanan.

Hasil penelitian ini didukung oleh Izati,³ yang menyatakan bahwa cakupan K4 merupakan suatu indikator dari kualitas pelayanan ANC di puskesmas. Hasil dari penelitian Salamah¹⁶ juga menyebutkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara peningkatan kunjungan K4 dengan kualitas pelayanan ANC di puskesmas. Kualitas atau mutu pelayanan ANC ini tidak hanya

dipengaruhi oleh fasilitas sarana dan prasarana, namun juga dipengaruhi oleh SDM yang bertugas. Seperti yang disampaikan Nurmawati¹⁷ bahwa dukungan petugas kesehatan dalam pelayanan ANC berhubungan dengan tercapainya cakupan program ANC. Salah satu petugas yang berperan penting dalam pelayanan ANC adalah bidan. Peran bidan yang kurang baik dalam pelayanan pada saat ibu hamil melakukan kunjungan menjadi salah satu penyebab rendahnya cakupan K4.¹⁸

Menurut Batubara,¹⁹ dimensi mutu yang mencakup dimensi *tangibles*, *reliability*, *responsiveness*, dan *assurance* berhubungan secara signifikan dengan status akreditasi puskesmas dan dimensi yang paling dominan berhubungan dengan status akreditasi adalah dimensi *responsiveness*. *Responsiveness* atau daya tanggap merupakan kerelaan untuk membantu pelanggan dan memberikan layanan yang cepat dan tepat yang ditunjukkan dengan waktu tunggu pelayanan obat yang cepat.²⁰ Mutu pelayanan kesehatan yang baik akan meningkatkan tingkat kepuasan pasien, sehingga meningkatkan motivasi pasien untuk berkunjung kembali ke puskesmas untuk memeriksakan kandungannya. Dari berbagai sumber menyebutkan bahwa tingkat kepuasan pasien berhubungan dengan status akreditasi puskesmas. Tingkat kepuasan pasien di puskesmas terakreditasi dan atau puskesmas yang lebih baik status akreditasinya mempunyai tingkat kepuasan pasien yang lebih baik.²¹⁻²⁴ Namun, beberapa penelitian menunjukkan bahwa capaian K4 tidak hanya dipengaruhi oleh kondisi internal puskesmas, melainkan kondisi eksternal puskesmas seperti dukungan suami dan tingkat pengetahuan ibu itu sendiri juga berhubungan dengan capaian K4.^{17,18,25}

Masing-masing puskesmas dengan tingkatan akreditasi berbeda mempunyai variasi dalam pencapaian K4. Dilihat dari proporsi K4 tercapai, terdapat perbedaan yang signifikan antara puskesmas terakreditasi dasar dengan puskesmas terakreditasi utama-paripurna. Puskesmas terakreditasi dasar mempunyai peluang untuk tercapainya K4 sebesar 0,224 kali lebih rendah dibandingkan puskesmas terakreditasi utama-paripurna.

Perbedaan antara puskesmas terakreditasi dasar dengan utama-paripurna menunjukkan adanya perbedaan dalam hal administrasi dan manajemen, upaya kesehatan masyarakat (UKM),

dan upaya kesehatan perorangan (UKP). Semakin tinggi tingkat akreditasi yang disandang, semakin baik pula administrasi dan manajemen pelayanan dari puskesmas. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sarri¹⁵ yang menyebutkan bahwa suatu proses manajemen berhubungan dengan kualitas pelayanan puskesmas. Seperti halnya yang disampaikan Ensha,²⁶ bahwa implementasi dari kebijakan akreditasi puskesmas berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap manajemen pelayanan kesehatan masyarakat dalam mewujudkan produktivitas kerja. Sementara itu, tidak adanya perbedaan yang signifikan antara puskesmas terakreditasi dasar dengan puskesmas terakreditasi utama dan madya terhadap proporsi K4 tercapai. Hal ini mengisyaratkan puskesmas dengan akreditasi madya secara administrasi dan manajemen, UKM dan UKP tidak berbeda secara signifikan dengan puskesmas terakreditasi utama-paripurna dalam hal kaitannya dengan proporsi K4 tercapai.

KESIMPULAN

Status akreditasi puskesmas berhubungan dengan proporsi capaian K4 dan proporsi capaian K4 meningkat seiring meningkatnya status akreditasi puskesmas. Puskesmas terakreditasi dasar mempunyai peluang untuk tercapainya K4 sebesar 0,224 lebih rendah dibandingkan puskesmas terakreditasi utama-paripurna. Tidak ada perbedaan yang signifikan antara puskesmas terakreditasi madya dengan puskesmas terakreditasi utama-paripurna terhadap proporsi capaian K4.

SARAN

Puskesmas terakreditasi dasar agar didorong dan dibina oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk meningkatkan status akreditasinya menjadi madya, utama, dan paripurna.

UCAPAN TERIMA KASIH

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah terlibat dan mendukung selama pelaksanaan kegiatan penelitian, yaitu Kepala Puslitbang Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan; Kementerian Kesehatan RI, Direktur Mutu dan Akreditasi Pelayanan Kesehatan; Kementerian Kesehatan RI, para Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, para Kepala Puskesmas dan jajarannya di puskesmas penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. Badan Pusat Statistik. Profil penduduk Indonesia hasil SUPAS 2015. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2016.
2. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Survei Demografi dan kesehatan Indonesia 2017. Jakarta : Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional; 2018. 524 p.
3. Izati A. Trend cakupan kunjungan ibu hamil (K4) dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan di provinsi Jawa Timur. J Ilm Kesehat Media Husada. 2018;07(01):1–10.
4. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Laporan Nasional Riskesdas 2018. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2019.
5. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 46 Tahun 2015 tentang akreditasi puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan praktker mandiri dokter gigi. Vol. 33. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI ; 2015. 3–8 p.
6. Dirjen BUK. Pedoman Survei Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Jakarta : Dirjen BUK; 2015.
7. Elfil M, Negida A. Sampling methods in clinical research; an educational review. Arch Acad Emerg Med. 2019;7(1):3–5.
8. Siswantoro H, Siswoyo H, Tie D, Afrilia AR, Harso AD, Syarif K, et al. Pengembangan indeks mutu pelayanan kesehatan puskesmas. Media Litbang Kesehat. 2019;29(3):269–84.
9. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan No. 741 tahun 2008 tentang standar pelayanan minimal bidang kesehatan di kabupaten/kota. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI; 2008.
10. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. IPKM: indeks pembangunan kesehatan masyarakat 2013. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2014.
11. Utami NH, Mubasyiroh R. Masalah gizi balita dan hubungannya dengan indeks pembangunan kesehatan masyarakat. Penelit Gizi dan Makanan (The J Nutr Food Res. 2019;42(1):1–10.
12. Negara IC, Prabowo A. Penggunaan uji *chi-square* untuk mengetahui pengaruh tingkat pendidikan dan umur terhadap pengetahuan penasun mengenai HIV-Aids di Provinsi DKI Jakarta. In: Seminar Nasional Matematika dan Terapannya. 2018.
13. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 46 tahun 2015 tentang akreditasi puskesmas, klinik pratama, tempat praktik mandiri dokter, dan praktker mandiri dokter gigi. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI; 2015.
14. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan. Standar akreditasi puskesmas. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2014.
15. Sarri M, Misnaniarti. Analisis kualitas pelayanan kesehatan puskesmas berdasarkan implementasi akreditasi. J Aisyiah Med. 2020;5(2):1–17.
16. Salamah, Humaira P, Rizkina Z. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kunjungan k4 di wilayah kerja puskesmas Teupin Raya Kabupaten Pidie Tahun 2017. J Healthc Technol Med. 2019;5(2):373–84.
17. Nurmawati N, Indrawati F. Cakupan kunjungan antenatal care pada ibu hamil. HIGEIA Journal Public Heal Res Dev. 2018;2(1):113–24.
18. Fitrayeni, Suryati, Faranti R. Penyebab rendahnya kelengkapan kunjungan antenatal care ibu hamil di wilayah kerja puskesmas Pegambiran. J Kesehat Masy Andalas. 2017;10(1):101.
19. Batubara S, Napitupulu L, Kasim F, Manulu E, Jauhari W. Hubungan status akreditasi puskesmas dengan mutu pelayanan di Kabupaten Simalungun. Wahana Inov. 2019;8(1):1–12.
20. Megawati, Hariyanto T, Rachmi AT. Hubungan dimensi mutu pelayanan farmasi rawat jalan dengan kepuasan pasien di RS Baptis Batu: peran kepesertaan asuransi. J Apl Manaj. 2016;14(1):147–60.
21. Tawalujan TW, Korompis GEC, Maramis FRR. Hubungan Atara status akreditasi puskesmas dengan tingkat kepuasan paasien di Kota Manado. Kesmas. 2018;7(5):1–11.
22. Trisna INP, Raharjo BB. Status akreditasi puskesmas dengan tingkat kepuasan pasien. Higeia J Public Heal Res Dev. 2019;3(2):324–36.
23. Yewen MR, Korompis GEC, Kolibu FK. Hubungan Antara status akreditasi puskesmas dengan tingkat kepuasan pasien di kota Sorong provinsi Papua Barat. J Kesehat Masy. 2018;7(5):1–10.
24. Damayanti N, Jati S, Fatmasari E. Analisis perbedaan tingkat kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan rawat jalan puskesmas berstatus akreditasi utama-paripurna di Kota Semarang. J Kesehat Masy. 2018;6(5):124–34.
25. Choirunissa R, Syaputri N. Analisis faktor yang berhubungan dengan pemeriksaan K4 pada ibu hamil di puskesmas Bakung provinsi Lampung Tahun 2017. J Akad Keperawatan Husada Karya Jaya. 2018;4(1):72–93.
26. Ensha IS. Pengaruh implementasi kebijakan akreditasi puskesmas terhadap manajemen pelayanan kesehatan masyarakat dalam mewujudkan produktivitas kerja. In: Jurnal Publik : Jurnal Ilmiah Bidang Ilmu Administrasi Negara. 2018. p. 12–23.

Pengaruh Konseling dengan Pendekatan *Transtheoretical Model* terhadap Kepatuhan Membayar Iuran Peserta Bukan Penerima Upah di Kota Cimahi

The Effect of Counseling with the Transtheoretical Model Approach on Compliance Paying Contribution to Non-wage Participants in Cimahi City

Yani Handayani,^{1*} Dewi Marhaeni Diah Herawati,² Merry Wijaya,² dan Deni Kurniadi Sunjaya,²

¹Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Padjadjaran, Jl. Eijkman No. 38, Bandung, Jawa Barat, Indonesia

²Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran, Jl. Eijkman No. 38, Bandung, Jawa Barat, Indonesia

*Korespondensi Penulis : yanihandayani@gmail.com

Submitted: 26-01-2020, Revised: 22-06-2020, Accepted: 19-08-2020

DOI: <https://doi.org/10.22435/mpk.v30i3.2718>

Abstrak

Kepatuhan Peserta bukan Penerima Upah (PBPU) akan mempengaruhi ketepatan membayar iuran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model* dapat mempengaruhi kepatuhan PBPU membayar iuran. *Transtheoretical Model* menyebutkan bahwa perubahan perilaku adalah proses yang terjadi secara bertahap, berusaha untuk mengubah perilaku untuk bergerak melalui tahapan yang berbeda menggunakan berbagai proses untuk mendapatkan perubahan dari satu tahap ke tahap berikutnya sampai perilaku yang diinginkan tercapai. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model* terhadap kepatuhan PBPU membayar iuran di Kota Cimahi. Penelitian ini menggunakan *design mixed method* dengan strategi *sequential exploratory*. Pemahaman dan persepsi kader tentang program JKN dan *Transtheoretical Model* diketahui dari hasil kualitatif. Penelitian kuantitatif menganalisis pengaruh konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model* terhadap kepatuhan PBPU. Sampel ditentukan dengan cara *purposive sampling* didapatkan 7 responden sampel kualitatif dan 28 responden sampel kuantitatif. Data kualitatif dikumpulkan melalui wawancara mendalam kemudian ditranskripsi, koding, kategorisasi, dan pembuatan tema. Uji pengaruh konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model* dilihat dari perubahan tahap perilaku di kunjungan pertama dan kunjungan kedelapan (*pre* dan *post test*) diolah menggunakan SPSS. Hasil kualitatif menunjukkan kader memiliki persepsi dan pemahaman yang baik tentang program JKN, namun persepsi dan pemahaman tentang konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model* belum seluruhnya mengetahui dan memahami. Hasil analisis kuantitatif menunjukkan bahwa konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model* berpengaruh terhadap kepatuhan PBPU ($p=0,00$). Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan PBPU dalam membayar iuran antara lain, motif menjadi peserta, kemudahan akses, pengalaman akses JKN, ekonomi, kemampuan PBPU, keyakinan, dan kebijakan.

Kata kunci : konseling; *transtheoretical model*, kepatuhan PBPU; JKN

Abstract

Non-Wage Participant Compliance (PBPU) will affect to the accuracy of paying the National Health Insurance Program (JKN). Counseling with the Transtheoretical Model approach can affect PBPU's compliance in paying contributions. The objective of this study is to analyze the effect of counseling with the Transtheoretical Model approach to the compliance of PBPU paying dues in Cimahi city. This study uses a mixed method design with a sequential exploratory strategy. Cadre's understanding and perceptions about the JKN program and the Transtheoretical Model are known from the qualitative results. Quantitative research analyzes the effect of counseling with the Transtheoretical Model approach to PBPU compliance. The sample was determined by means of purposive sampling, obtained 7 qualitative sample respondents and 28 for quantitative samples. Qualitative data were collected through in depth interviews and then transcribed, coding, categorizing, and creating themes. Counseling influence test with the Transtheoretical Model approach can be seen from the change in behavior stages at the first visit and the eighth visit (pre and post test) processed using SPSS. Qualitative results show that the cadres have a good perception and understanding on the JKN program, but perceptions and understanding of counseling with the transtheoretical model approach are not all known and understood. The results of quantitative analysis showed that counseling with the Transtheoretical Model approach affected PBPU compliance ($p = 0.00$). Factors that influence PBPU's compliance in paying fees include, motives for being a participant, ease of access, JKN access experience, economy, PBPU's ability, beliefs and policies

Keywords: counseling; transtheoretical model; PBPU compliance; JKN

PENDAHULUAN

Implementasi program JKN menghadapi banyak kendala antara lain, pendapatan tidak dapat menutup pengeluaran, tingginya klaim untuk penyakit kronis, peserta mandiri banyak yang mendaftar ketika sakit, dan peserta yang tidak sakit berhenti membayar iuran JKN.¹ Masalah ini berimplikasi pada rasio biaya manfaat yang melebihi angka pendapatan (rata-rata rasio klaim sebesar 115,03%), rendahnya kepatuhan pembayaran iuran khususnya di segmen Peserta Bukan Penerima Upah (PBPU) dan pendaftaran peserta dari badan usaha, serta kesesuaian data gaji.¹ Penduduk Kota Cimahi sebagian besar telah terdaftar sebagai peserta JKN yang artinya telah memiliki jaminan kesehatan untuk mendapatkan akses pelayanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL). Berdasarkan data dari BPJS Kesehatan, ditemukan kendala banyaknya

peserta PBPU Kota Cimahi yang menunggak iuran dan rata-rata kolektabilitas iuran yang diterima masih belum mencapai target.

Peningkatan ketidakpatuhan PBPU akan berdampak pada keberlangsungan program JKN, karena program ini dapat berjalan ketika seluruh peserta berkontribusi aktif membayar iuran untuk mendapatkan layanan kesehatan yang baik.² Hal ini diperkuat dalam penelitian Agustina dkk., bahwa rendahnya iuran sehingga pendapatan tidak menutup pengeluaran dan tingginya klaim untuk penyakit kronis, kemudian disampaikan pula bahwa 23% peserta mandiri banyak yang mendaftar ketika sakit, sementara 28% peserta yang tidak sakit di tahun 2015 justru berhenti membayar iuran.²⁻⁴

Berdasarkan masalah yang ada dan hasil penelitian sebelumnya, maka peneliti dibantu oleh kader yang telah dilatih dengan menggunakan modul *Center for Economics and Development*

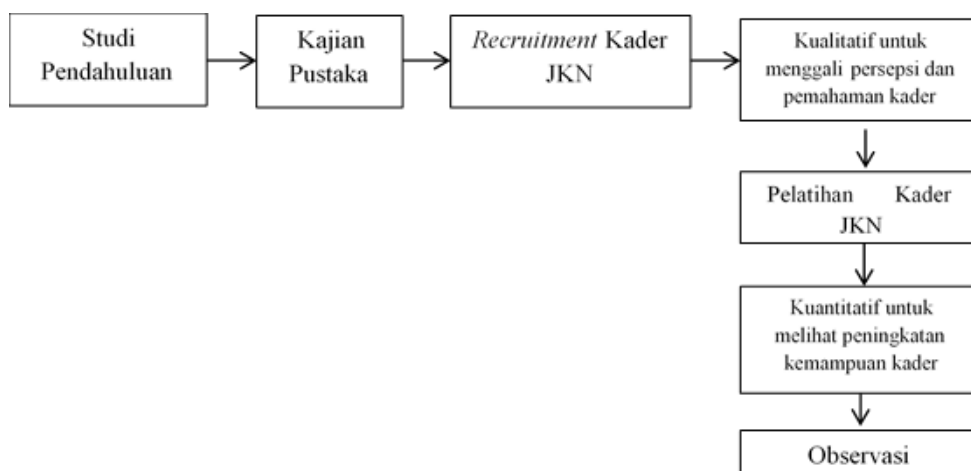
Studies (CEDS) Universitas Padjajaran untuk melakukan konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model* guna meningkatkan kepatuhan peserta PBPU dalam membayar iuran JKN di Kota Cimahi.

METODE

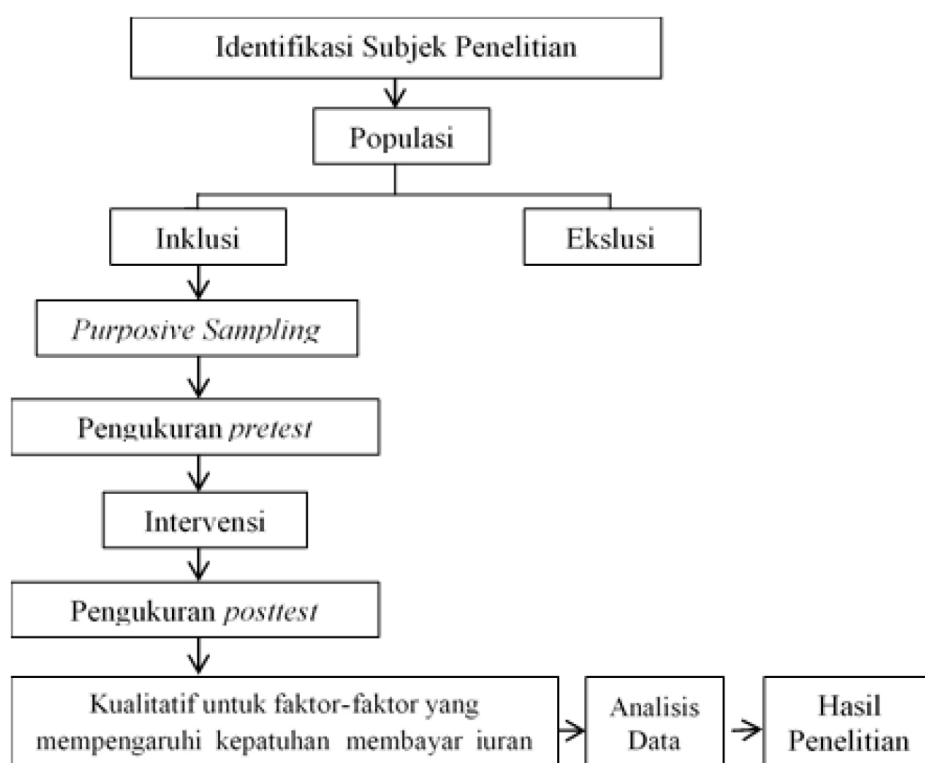
Penelitian ini dilaksanakan di Kelurahan Melong Asih Kecamatan Cimahi Selatan Kota Cimahi. Metode penelitian yaitu *mixed methods* dengan strategi *sequential exploratory* yang terlebih dahulu memulai dengan fase kualitatif yang diikuti fase kuantitatif.⁵ Tahap pertama melakukan penelitian kualitatif untuk mengetahui persepsi dan pengetahuan kader tentang program JKN dan konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model*. Eksplorasi persepsi dan pemahaman terhadap kader mengenai program JKN dan konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model* dilakukan untuk mengetahui kesiapan kader dalam melakukan konseling dengan pendekatan perubahan perilaku dari setiap tahapannya.⁶ Kader mengetahui dan memahami tentang program JKN. Kader mendapatkan sosialisasi tentang program JKN sejak tahun 2014 yang diberikan oleh puskesmas, kelurahan, dan Dinas Kesehatan. Sosialisasi ini merupakan salah satu upaya yang tertuang dalam *road map* JKN untuk terselenggaranya program sesuai dengan target yang ditentukan.⁷ Kader dapat memahami program JKN dikarenakan mendapatkan sosialisasi atau paparan informasi yang sering atau berulang. Kader mampu menjelaskan pengertian dan manfaat JKN, kepesertaan, besaran iuran, bahkan alur pelayanan program JKN. Satu orang kader akan melakukan konseling terhadap empat orang responden. *Transtheoretical Model* menyebutkan bahwa perubahan perilaku adalah proses yang terjadi secara bertahap. Seseorang berusaha untuk mengubah perilaku mereka untuk bergerak melalui tahapan yang berbeda menggunakan berbagai proses untuk membantu mereka mendapatkan dari satu tahap ke tahap berikutnya sampai perilaku yang diinginkan tercapai.

Tahapan perubahan dari *Transtheoretical Model* yaitu prekontemplasi, kontemplasi, persiapan, tindakan, pemeliharaan, dan terminasi. Masing-masing memiliki karakteristik tersendiri yang berbeda dan kerangka waktu, dan dibangun berdasarkan tahap sebelumnya. Subjek pada tahap pertama yaitu tujuh orang kader yang telah mengikuti pelatihan konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model* di Kecamatan Cimahi Selatan, Kota Cimahi.

Analisis kedua yaitu penelitian kuantitatif menggunakan rancangan kuasi eksperimental. Subjek pada kajian ini yaitu PBPU yang menunggak iuran di Kecamatan Cimahi Selatan Kota Cimahi. Sampel penelitian menggunakan rancangan kuasi eksperimental sebanyak 28 peserta JKN dari segmen PBPU yang menunggak iuran. Setiap responden mendapatkan konseling sebanyak 8 kali kunjungan. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *purposive sampling*. Peneliti mengamati satu kelompok utama dan melakukan intervensi di dalamnya sepanjang penelitian. Sepanjang intervensi dilakukan pengukuran sebanyak dua kali. Pengukuran dilakukan untuk melihat tahap perubahan perilaku responden sebelum dan sesudah diberikan konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model*. Menurut penelitian Xiao JJ dan Petrocelli dkk., *Transtheoretical Model* menyediakan kerangka kerja yang fleksibel yang dirancang untuk membantu memecahkan masalah pribadi mereka, hasilnya memiliki potensi untuk digunakan oleh praktisi konseling, pendidik, dan peneliti. Penelitian yang dilakukan oleh CEDS Universitas Padjajaran di Kabupaten Garut mengenai pengembangan model konseling *Transtheoretical Model* untuk mengatasi ketidakpatuhan peserta PBPU JKN. Setelah mendapatkan konseling, responden diwawancara secara mendalam untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan PBPU dalam membayar iuran. Instrumen yang digunakan adalah pedoman wawancara dan modul dengan Pendekatan *Transtheoretical Model* untuk PBPU dari CEDS Universitas Padjajaran.⁶



Gambar 1. Alur Penelitian Tahap I



Gambar 2. Alur Penelitian Tahap II

HASIL

Hasil penelitian tahap pertama yaitu mengeksplorasi kemampuan kader tentang program JKN dan konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model*. Hasilnya adalah seluruh kader mampu menjelaskan pentingnya dan manfaat JKN. Menurut kader JKN merupakan program pemerintah yang memberikan jaminan kesehatan kepada pesertanya yang membayar iuran secara mandiri ataupun iurannya dibayarkan oleh pemerintah. Kader memahami bahwa manusia itu berisiko. Dengan program JKN ini kita telah mempersiapkan jaminan kesehatan untuk diri kita sendiri dan ketika kita sehat diniatkan untuk bergotong royong membantu yang sakit atau yang kurang mampu dengan membayarkan iuran setiap bulannya.

Kader juga mampu menyebutkan berbagai jenis kepesertaan JKN, antara lain PBI dan Non PBI. Penerima Bantuan Iuran dibayarkan iurannya oleh pemerintah. Jenis peserta Non PBI salah satunya adalah PBPU yang merupakan peserta mandiri yang harus membayar iuran setiap bulannya sesuai dengan paket manfaat yang dipilih (kelas 1, kelas 2, atau kelas 3). Kader mampu menyebutkan contoh peserta PBPU seperti pedagang dan wiraswasta. Kader juga mampu menyebutkan hak dan kewajiban peserta BPJS Kesehatan. Menurut kader kewajiban peserta antara lain membayar iuran setiap bulannya, melaporkan jika ada perubahan identitas (bercerai, pindah rumah), dan mentaati prosedur pelayanan yang telah ditetapkan. Masalah yang sering ditemui antara lain peserta JKN ingin langsung mengakses ke rumah sakit, padahal bukan termasuk kasus gawat darurat, hal ini tidak sesuai dengan prosedur sehingga tidak dapat dilayani sebagai peserta JKN. Prosedur yang dilanggar terkadang menimbulkan asumsi bahwa pelayanan program JKN berbelit-belit, sering ditolak, padahal peserta tersebut tidak menempuh prosedur yang seharusnya.

Kader mampu menjelaskan bahwa iuran harus dibayar setiap bulannya dan paling lambat

dibayarkan pada tanggal 10 bulan berikutnya. Status kepesertaan akan menjadi tidak aktif jika peserta sudah menunggak lebih dari satu bulan. Setelah peserta melunasi tunggaknya maka status kepesertaan akan aktif kembali. Perihal denda pelayanan, tidak semua kader mengetahui denda yang akan didapatkan oleh peserta JKN jika menunggak. Hanya kader yang memiliki pengalaman sebagai kader JKN, yang dapat menjelaskan bahwa peserta JKN yang melunasi tunggaknya, kemudian selama kurun 45 hari harus dirawat dan menggunakan kartu JKN, maka akan terkena denda pelayanan sebesar 2,5% dari total biaya perawatan sesuai tarif yang berlaku. Kader lainnya yang tidak memiliki pengalaman sebagai kader JKN tidak mengetahui hal tersebut.

Saluran pembayaran yang dapat digunakan oleh peserta yaitu dapat melakukan pembayaran di Pos Indonesia, Alfamart, Indomaret, dan dapat membayar melalui bank. Besaran iuran yang harus dibayarkan setiap kelasnya berbeda-beda. Paket manfaat di kelas 1 yaitu Rp. 80.000/orang/bulan, kelas 2 yaitu Rp. 51.000/orang/bulan, dan kelas 3 Rp. 25.500/orang/bulan. Kader mampu menyebutkan besaran iuran yang lama, tetapi belum mengetahui besaran iuran yang akan diberlakukan pada tanggal 1 Januari 2020 : kelas 1 yaitu Rp. 160.000/orang/bulan, kelas 2 yaitu Rp. 110.000/orang/bulan, dan kelas 3 Rp. 42.000/orang/bulan. Kader hanya mengetahui ada kenaikan tarif tanpa mengetahui tarif setiap kelasnya.

Kader menjelaskan bahwa mereka mengetahui informasi tentang program JKN dari pertemuan dan sosialisasi yang diberikan oleh puskesmas, Dinas Kesehatan, kelurahan dan BPJS Kesehatan Cabang Kota Cimahi.

Tahap kedua yaitu melakukan intervensi berupa konseling oleh kader kepada PBPU yang menunggak iuran. Kader melakukan pengukuran/ mendiagnosis untuk melihat perubahan tahap perilaku responden, sebelum dan sesudah diberikan konseling. Hasilnya adalah sebagai berikut :

Tabel 1. Perubahan Tahap Perilaku dengan Pendekatan *Transtheoretical Model*

No	Tahapan	Kunjungan							
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
1	Prekontemplasi	16	14	11	9	8	9	9	6
2	Kontemplasi	7	4	6	9	9	7	7	9
3	Persiapan	5	7	7	6	7	5	3	3
4	Tindakan	-	3	2	1	1	3	2	3
5	Pemeliharaan	-	-	2	3	3	4	5	4
6	Terminasi	-	-	-	-	-	-	2	3
Total		28	28	28	28	28	28	28	28

Tabel 2. Analisis Perubahan Perilaku *Pre* dan *Post* Konseling dengan Pendekatan *Transtheoretical Model*

Variabel	N	Mean	SD	Min	Max	Asymp.Sig (2-tailed)
Konseling dengan pendekatan <i>Transtheoretical Model</i>						
<i>Pre</i>	28	1,61	,786	1	3	
<i>Post</i>	28	3,00	1.743	1	6	
Konseling dengan pendekatan <i>Transtheoretical Model</i> <i>Pre-post</i>						
Negative Ranks	1 ^a	4.00	4.00			
Positive Ranks	18 ^b	10.33	186.00			0.00
Ties	9 ^c					
Total	28					

Pada Tabel 2 menunjukkan ada perubahan perilaku yang bermakna sebelum dan setelah dilakukan konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model* dengan nilai sig < 0,05. Responden yang berhasil melewati tahap tindakan sebanyak sepuluh orang (35,71%). Hal ini menunjukkan bahwa konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model* berpengaruh terhadap kepatuhan PBPU dalam membayar iuran JKN.

Pola perubahan yang terjadi bervariasi dari setiap responden. Pergerakan dimulai dari prekontemplasi kemudian ke tahap selanjutnya sampai melakukan tindakan bahkan sampai ke tahap terminasi. Responden yang awalnya tidak mau membayar menjadi mau membayar tunggakan iuran JKN. Waktu yang diperlukan responden untuk mencapai ke tahap tindakan berbeda-beda. Tahap tindakan adalah perubahan perilaku yang diwujudkan dengan membayar

tunggakan iuran. Sebanyak tiga orang responden yang berada pada tahap persiapan di awal kunjungan konseling mampu mencapai tahap tindakan pada kunjungan konseling kedua. Kemudian satu orang responden di tahap persiapan juga mampu bergerak ke tahap tindakan di minggu ketiga. Responden yang berada di tahap persiapan lebih mudah bergerak ke tahap tindakan. Perubahan lainnya yang terjadi yaitu terdapat pula responden yang berada pada tahap prekontemplasi kemudian menyusuri tahapan selanjutnya dan baru mencapai ke tahap tindakan di kunjungan konseling keempat, kunjungan konseling keenam, dan kunjungan konseling kedelapan.

Pada tahap ini, dilakukan juga pendekatan kualitatif dengan melakukan wawancara mendalam kepada PBPU yang menunggak untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi PBPU patuh membayar iuran yaitu, motif menjadi peserta, kemudahan akses, pengalaman akses JKN, ekonomi, kemampuan PBPU, keyakinan, dan kebijakan.

PEMBAHASAN

Pemahaman dan persepsi tentang konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model*, sebagian besar kader belum mengetahui dan belum pernah terpapar informasi tentang konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model*. Pelatihan kader JKN dilakukan sebagai upaya peningkatan kemampuan kader dalam melaksanakan konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model*. Hasil pelatihan kader menunjukkan terdapat pengaruh yang bermakna terhadap perubahan kemampuan kader tentang program JKN dan konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model* yang bermakna dengan nilai sig 0,028. Secara keseluruhan pelatihan kader mampu meningkatkan kemampuan kader dalam melakukan konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model* berpengaruh terhadap kepatuhan PBPU yang menunggak iuran. Pendekatan

Transtheoretical Model ini mampu menunjukkan adanya perubahan perilaku terhadap seseorang.⁸ Perubahan perilaku dilihat pada setiap kunjungan konseling sampai dengan minggu kedelapan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Xiao JJ dan Petrocelli dkk., bahwa *Transtheoretical Model* memberikan kerangka kerja yang akan memudahkan klien untuk berubah dan memecahkan masalah pribadi mereka.^{8,9}

Responden mendapatkan kunjungan konseling sebanyak delapan kali kunjungan. Konseling merupakan metode pendekatan individual yang digunakan untuk membina individu agar dapat membantu individu keluar dari permasalahannya. Kader yang telah dilatih menjadi konselor aktif melakukan konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model* menggali permasalahan yang diungkapkan serta membantu memberikan alternatif pemecahan masalah.¹⁰ Kader juga dilatih untuk mengeksplorasi dan menemukan cara yang lebih baik agar peserta PBPU menjadi patuh membayar iuran. Tugas konseling memberikan kesempatan kepada klien untuk mengeksplorasi, menemukan, dan menjelaskan cara hidup lebih memuaskan dan cerdas dalam menghadapi sesuatu.¹¹ Pemberian informasi melalui konseling dan dukungan dapat meningkatkan pengetahuan sehingga dapat mengubah perilaku seseorang.^{12,13}

Konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model* yang dilakukan dalam delapan kali kunjungan menunjukkan adanya perbedaan tahap perubahan perilaku dari kunjungan konseling pertama sampai ke kunjungan delapan. Responden tidak selalu bergerak sesuai tahap perubahan yang ada. Perubahan yang terjadi bervariasi, ada yang bergerak terus maju sampai ke tahap terminasi dan ada juga yang bergerak mundur ketika sudah di tahap kontemplasi kembali ke tahap prekontemplasi. Seseorang akan berubah tergantung pada kesiapan individu untuk berubah.¹⁴ Tahap prekontemplasi yaitu ketika seseorang tidak memiliki niat untuk mengambil tindakan dalam waktu dekat, sedangkan tahap kontemplasi adalah seseorang mulai berniat untuk berubah, membuat pergerakan dari

prekontemplasi ke kontemplasi, itu berarti mereka mengakui terdapat masalah dan sudah mulai berfikir untuk melakukan perubahan. Tahap akhir adalah tahap terminasi, pada tahap ini akan memiliki kepercayaan diri untuk mengulang perilaku lamanya (menunggak iuran).

Hasil kunjungan pertama didapatkan responden yang berada pada tahap prekontemplasi sebanyak enam belas orang, tahap kontemplasi sebanyak tujuh orang dan tahap persiapan sebanyak lima orang. Hasil kunjungan pertama dibandingkan dengan hasil kunjungan ke delapan untuk melihat pengaruh konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model* terhadap kepatuhan PBPU dalam membayar iuran JKN. Setelah kunjungan dilakukan selama delapan kali kunjungan didapatkan hasil perubahan tahap dari responden. Hasil kunjungan akhir yaitu tahap prekontemplasi enam orang, tahap kontemplasi sembilan orang, tahap persiapan tiga orang, tahap tindakan dua orang, tahap pemeliharaan lima orang dan tahap terminasi tiga orang. Setelah mendapatkan hasil tahapan perubahan, dilakukan uji statistik dengan menggunakan uji *Wilcoxon*. Hasil uji yang diperoleh yaitu nilai sig 0,00 secara statistik menunjukkan terdapat pengaruh yang bermakna terhadap kepatuhan PBPU yang menunggak iuran JKN.

Kunjungan pertama sebagian besar responden berada pada tahap prekontemplasi. Responden belum memikirkan bahwa jaminan kesehatan itu penting. Responden merasa belum perlu untuk membayar tagihan iuran karena mereka sehat. Pada tahap ini responden tidak memiliki niat untuk mengambil tindakan untuk membayar tunggakan iuran JKN dalam waktu dekat. Tahap prekontemplasi ini dapat terjadi karena beberapa hal, antara lain belum mendapat informasi tentang konsekuensi perilakunya, atau seseorang memang tidak peduli tentang hal tersebut padahal seseorang tersebut sudah mendapatkan informasi yang cukup.^{15,16} Kunjungan kedua menunjukkan adanya pergeseran tahap perubahan dari responden. Responden yang semula berada ditahap prekontemplasi mulai bergeser ketahap

kontemplasi. Pada tahap kontemplasi responden sudah mulai berfikir untuk berubah. Ketika orang bergerak dari prekontemplasi ke kontemplasi, berarti mereka mengakui ada masalah dan sudah mulai berfikir untuk melakukan perubahan.¹⁶ Hal ini senada dengan penelitian yang dilakukan oleh Saputra¹⁷ di mana seorang perokok mulai mengingat dampak yang disebabkan oleh rokok sehingga akan mencari saat dan kondisi yang tepat untuk memotivasi dan mulai berfikir berhenti merokok.

Fenomena lain yang terjadi yaitu adanya pergeseran dari tahap prekontemplasi ke tahap kontemplasi, pada kunjungan kedua juga sudah ada pergeseran ke tahap persiapan. Responden sudah mulai mengungkapkan dan membuat rencana yang akan ditempuh untuk membayar tunggakan iuran JKN. Responden sudah mulai terbuka dan memahami bahwa jaminan kesehatan itu penting. Pemahaman yang baik tersebut memunculkan pemikiran untuk berubah. Konselor berperan penting dalam tahap persiapan ini untuk memberikan solusi dan alternatif yang baik bagi responden. Setelah tahap persiapan, responden lebih kuat untuk masuk ke tahap tindakan. Responden yang sudah mencapai tahap tindakan harus terus diberi dukungan agar komitmen untuk membayar tetap terjaga. Sebaliknya ketika sudah berada di tahap tindakan tetapi tidak dikelola dengan baik akan menyebabkan responden kembali ke perilaku lama menjadi tidak patuh dalam membayar iuran. Tahap ini individu mampu melakukan modifikasi dalam perilaku dan pengalaman untuk mencapai target perilaku yang diharapkan.¹⁸ Seseorang yang telah mampu berusaha untuk melakukan perubahan dan berusaha untuk mencegah perilaku lama muncul kembali.¹⁶

Responden yang mencapai tahap terminasi ditemukan pada kunjungan kedelapan sebanyak tiga orang. Semua tahap sudah dilewati, sudah memiliki komitmen untuk membayar, memiliki keyakinan yang kuat akan pentingnya jaminan kesehatan sehingga tidak akan mudah dipengaruhi untuk kembali ke perilaku lamanya.

Proses konseling yang dilakukan tidak seluruhnya membuat responden bergerak maju ke tahap perubahan selanjutnya. Sebagian kecil responden tetap berada diposisi awal saat pertama kali dikunjungi. Ada responden sedari awal berada di tahap prekontemplasi sampai dengan akhir kunjungan tetap berada di tahap prekontemplasi. seseorang berubah dari tahap satu ke tahap berikutnya tergantung dari kesiapan individu tersebut untuk berubah.¹⁵

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian di Kelurahan Melong Asih Kota Cimahi mengenai pengaruh konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model* terhadap PBPU di Kota Cimahi, kader memiliki persepsi dan pemahaman yang baik tentang program JKN, namun belum memahami konseling dengan pendekatan *transtheoretical Model*. Pelatihan kader berpengaruh terhadap kemampuan kader dalam memberikan konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model*. Konseling yang diberikan mampu merubah perilaku PBPU untuk berubah menjadi patuh dalam membayar iuran JKN. Konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model* berpengaruh terhadap kepatuhan PBPU yang menunggak iuran. Sebanyak 10 orang (35,71%) responden telah berhasil merubah perilaku dengan membayar tunggakan iuran JKN. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan PBPU dalam membayar iuran antara lain, motif menjadi peserta, kemudahan akses, pengalaman akses JKN, ekonomi, kemampuan PBPU, keyakinan, dan kebijakan.

SARAN

Konseling dengan pendekatan *Transtheoretical Model* dapat digunakan atau diterapkan oleh kader JKN di Kota Cimahi untuk meningkatkan kepatuhan PBPU dalam membayar iuran setiap bulannya. Kader JKN dapat memberikan edukasi dan motivasi kepada peserta secara berkala dan terstruktur sesuai dengan tahap perubahannya.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua responden yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini. Dinas Kesehatan, puskesmas, dan Kelurahan Melong Kota Cimahi yang telah membantu pelaksanaan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. BPJS Kesehatan Pusat. Ringkasan laporan pengelolaan program dan laporan keuangan jaminan sosial kesehatan tahun 2018. Jakarta: BPJS Kesehatan Pusat ; 2019.
2. Dartanto T, Halimatussadiyah A, Rezki JF, Nurhasana R, Siregar CH, Bintara H, et al. Why do informal sector workers not pay the premium regularly ? evidence from the national health insurance system in Indonesia. *Applied health economics and health policy*. 2019;1-16. doi: 10.1007/s40258-019-00518-y.
3. Agustina R, Dartanto T, Sitompul R, Susiloretni KA, Achadi EL, Taher A, et al. Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges. *The Lancet*. 2018. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31647-7
4. Rolindrawan D. The impact of BPJS health implementation for the poor and near poor on the use of health facility. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2015;211:550-9.
5. Creswell JW, Creswell JD. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications;2017.
6. CEDS Unpad. Modul Untuk Kader JKN : Konseling Dengan Pendekatan *Transtheoretical Model* untuk Peserta Bukan Penerima Upah. Bandung : Universitas Padjadjaran; 2018.
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peta jalan menuju jaminan kesehatan nasional 2012-2019. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2012.
8. Xiao JJ, Newman BM, Prochaska JM, Leon B, Bassett RL, Johnson JL. Applying the transtheoretical model of change to consumer debt behavior. 2004.
9. Petrocelli JV. Processes and stages of change: counseling with the transtheoretical model of change. *Journal of Counseling & Development*. 2002;80(1):22-30.

10. McLeod J. Pengantar konseling: teori dan studi kasus. Jakarta : Kencana Prenada Media Group; 2006
11. Willis SS. Konseling individual, teori dan praktek. Edisi ke-8. Bandung: Alfabeta; 2014. p 274.
12. Gamelia E, Kurniawan A, Widiyanto AF. Pengaruh konseling terhadap peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat tentang kesehatan lingkungan. Kesmas Indonesia. 2015;7(03):218-24.
13. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2011.
14. Bartholomew LK, Aprcel GS, Kok G, Gottlieb NH.. Planning health promotion programs an intervention mapping approach. San Franscisco USA: Wiley; 2006.
15. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. John Wiley & Sons; 2008.
16. Hayden J. Introduction to health behavior theory. Jones & Bartlett Learning; 2017.
17. Saputra AM, Sary NM. Konseling model transteoritik dalam perubahan perilaku merokok pada remaja. Kesmas: National Public Health Journal. 2013:152-7.
18. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. American psychologist. 1992;47(9):1102.

PETUNJUK PENULISAN ARTIKEL MEDIA PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

KETENTUAN

1. Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan hanya menerima manuskrip yang belum pernah dan tidak akan dipublikasikan pada media lain berupa hasil penelitian, kajian/review di bidang kesehatan.
2. Manuskrip yang diserahkan belum pernah dipublikasikan, tidak sedang dalam proses review di jurnal / media lain, dan selama dalam proses penerbitan di Media Penelitian dan Pengembangan kesehatan tidak akan dicabut/dialihkan ke jurnal/media yang lain. Hal ini dinyatakan dengan Surat Pernyataan yang ditandatangani di atas materai dibuat oleh semua penulis.
3. Hak cipta seluruh isi naskah yang telah dimuat beralih kepada penerbit jurnal dan seluruh isinya tidak dapat dilakukan reproduksi dalam bentuk apapun tanpa izin penerbit.
4. Manuskrip mengenai penelitian yang menggunakan subyek manusia maupun hewan harus melampirkan Lolos Kaji Etik (*Ethical Clearance*).
5. Seluruh pernyataan dalam artikel menjadi tanggung jawab penulis.
6. *Softcopy* manuskrip disertai lembar pernyataan etik penulis dan fotokopi *Ethical Clearance* penelitian, dikirimkan kepada Redaksi Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan melalui OJS Media Litbang Kesehatan <https://ejournal2.litbang.kemkes.go.id/index.php/mpk/submissions>
7. Manuskrip yang tidak memenuhi syarat akan dikembalikan kepada penulis untuk diperbaiki / dilengkapi sebelum diproses lebih lanjut (dikirimkan kepada *peer reviewer*).
8. Tiap manuskrip akan ditelaah oleh paling sedikit dua orang anggota dewan redaksi. Manuskrip yang diterima dapat disunting atau dipersingkat oleh redaksi. Manuskrip yang tidak memenuhi ketentuan dan tidak dapat diperbaiki oleh redaksi akan dikembalikan kepada penulis.

SISTEMATIKA PENULISAN

1. Manuskrip diketik dengan program *Microsoft Word versi 2003-2007*, huruf *Times New Roman* berukuran 12 *point*, jarak 2 spasi, diberi *line numbers (continues)*, ukuran A4, dengan garis tepi 3 cm, maksimal 20 halaman termasuk abstrak, gambar/tabel olahan.
2. Sistematika penulisan manuskrip hasil penelitian meliputi: judul, nama penulis (lengkap tanpa singkatan), instansi dan alamat, korespondensi penulis (E- mail dan nomor kontak penulis), abstrak disertai kata kunci, pendahuluan, metode, hasil, pembahasan, kesimpulan, saran, ucapan terimakasih, daftar pustaka (min. 15, tidak lebih dari 10 tahun terakhir).
3. Sistematika penulisan manuskrip kajian/review meliputi: judul, nama penulis (lengkap tanpa singkatan), instansi dan alamat, korespondensi penulis (E-mail dan nomor kontak penulis), abstrak, pendahuluan, subjudul-subjudul (sesuai kebutuhan), metode, pembahasan, kesimpulan, saran, ucapan terimakasih, daftar pustaka (min. 25 rujukan, tidak lebih dari 10 tahun terakhir).
4. Judul ditulis singkat, jelas, informatif, tidak menggunakan singkatan, dalam Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris. Maksimal 15 kata, bila terlalu panjang bisa dipotong menjadi anak judul.
5. Nama penulis ditulis lengkap tanpa singkatan, jika lebih dari satu instansi bedakan dengan nomor.
6. Cantumkan alamat email untuk korespondensi. Beri tanda bintang pada nama penulis yang digunakan sebagai koresponden.
7. Abstrak ditulis dalam Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris, berkisar antara 200-250 kata, tanpa subjudul, diketik mengalir dalam 1 alinea, berisi ringkasan singkat dan kesimpulan dari manuskrip, dilengkapi dengan 3-5 kata kunci (*keywords*).
8. Pendahuluan tanpa sub judul memuat latar belakang masalah, tinjauan pustaka yang terkait masalah, dan masalah/tujuan penelitian.
9. Metode untuk manuskrip hasil penelitian ditulis tanpa sub judul menjelaskan tentang materi/komponen/objek yang diteliti, design, sampel, metode sampling, teknik analisis.
10. Metode untuk manuskrip kajian berisi tentang strategi pencarian literatur, kriteria inklusi/eksklusi, cara memperoleh artikel, metode review (klasifikasi artikel, lembar pencatatan data), presentasi data.
11. Hasil berisi temuan penelitian / kajian.
12. Tabel, grafik dan gambar disisipkan dalam naskah, tidak terpisah di halaman tersendiri, maksimal 5 tabel dan 3 grafik/gambar, dengan resolusi minimal 300 dpi. Beri nomor dan keterangan yang jelas di atas tabel dan di bawah gambar/grafik.
13. Pembahasan berisi tentang diskusi temuan termasuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengupas hal-hal terkait dengan tujuan penelitian dibandingkan/diselaraskan dengan hasil penelitian lain. Jangan mengulang hasil di butir 9.
14. Kesimpulan berisi tentang pernyataan ringkas terkait dengan hasil untuk menjawab tujuan penelitian, dibuat dalam bentuk narasi paragraph, bukan poin-poin.
15. Saran diarahkan untuk menyelesaikan masalah sesuai temuan.
16. Ucapan terimakasih disampaikan kepada lembaga dan/atau pihak yang membantu penelitian dan pemberi dana penelitian.
17. Daftar pustaka ditulis sesuai dengan nomor pemunculan dalam teks, tidak lebih dari 10 (sepuluh) tahun terakhir, 80% berupa acuan primer (dari artikel jurnal) menggunakan sistem Vancouver dengan penjelasan sebagai berikut:

a. Artikel yang bersumber dari jurnal

- Nama penulis. Judul artikel. Singkatan nama jurnal. Tahun, bulan (bila ada), tanggal (bila ada), volume, nomor, halaman.
- Nama penulis disebutkan nama keluarga lalu (tanpa koma) singkatan inisial nama diri dan (given name) nama panjang (middle name) yang tidak dipisahkan spasi. Misal: Halpern SD, Ubel PA. Halpern adalah nama keluarga, SD adalah singkatan inisial nama depan dan nama panjang.
- Bila penulis jumlahnya 6, maka semua nama dicantumkan. Bila jumlahnya melebihi 6, maka hanya 6 pertama yang dicantumkan, selanjutnya dituliskan sebagai *et al.*
- Gunakan huruf besar seminim mungkin, hanya pada huruf pertama maupun kata-kata yang memang harus menggunakan huruf besar.
- Gunakan singkatan nama jurnal yang dibakukan pada situs web NML (national medical library), di <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji/html> tanpa titik di akhir setiap singkatan, kecuali di akhir.
- Singkatan bulan jurnal diterbitkan adalah tiga huruf pertama
- Gunakan tanda semicolon tanpa spasi setelah pencantuman tanggal atau tahun (bila tidak ada tanggal/bulan), dan colon setelah volume dan nomor.
- Gunakan rentang jumlah halaman, yaitu halaman pertama dan terakhir tanpa pengulangan angka yang tidak ada gunanya. Misal: 284–7 dan bukan 284–287.

Contoh:

1. Artikel jurnal secara umum

Misal:

1. Kasapis C, Thompson PD. The effects of physical activity on serum C-reactive protein and inflammatory markers. A systematic review. *J Am Coll Cardiol.*2005;45(10):1563–9.

2. Atau (bila jurnal tersebut memiliki paginasi yang berkesinambungan)

Misal:

1. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med.* 2002;347:284–7.

3. Penulis lebih dari 6 orang:

Misal:

1. Ennis JL, Chung KK, Renz EM, Barillo DJ, Albrecht MC, Jones JA, et al. Joint theater trauma system implementation of burn resuscitation guidelines improves outcomes in severely burned military casualties. *J Trauma.* 2008;64:S146–S152.

4. Bila terdapat identifikasi unik, maka informasi tersebut dapat dicantumkan pada daftar pustaka:

1. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med.* 2002;347:284–7. PubMed PMID: 12140307.

5. Untuk jurnal yang penulisnya adalah suatu organisasi:

Misal:

1. EAST Practice Guideline Committee. Resuscitation endpoints. *J Trauma.*2004;57(4):898–912.

b. Artikel yang bersumber dari buku:

- Sebagaimana artikel pada jurnal, bila jumlah penulis lebih dari 6 orang, maka penulis ke 6 dan seterusnya dicantumkan sebagai *et al.*
- Bila penulisnya adalah suatu organisasi, dituliskan dengan tatacara sebagaimana penulisan daftar pustaka pada artikel.
- Judul buku ditulis dengan huruf besar minimal sebagaimana penulisan daftar pustaka pada artikel.
- Nomor edisi hanya dicantumkan untuk edisi kedua dan atau seterusnya.
- Titik hanya dicantumkan di akhir singkatan inisial nama depan dan nama panjang penulis terakhir, setelah judul buku, setelah nomor edisi, dan di akhir penulisan halaman.
- Personal author(s) dituliskan sebagai berikut. Penulis, judul buku, edisi (bila ada, dan bukan yang pertama), kota, tahun diterbitkan.

Misal:

1. Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology.* 4th ed. St.Louis: Mosby; 2002.

c. Artikel yang bersumber dari suatu bab dalam buku:

- Penulis yang artikelnnya disitasi, judul bab, editor, judul buku, tempat diterbitkan, penerbit, tahun, volume (bila ada) dan halaman. Catatan: halaman menggunakan p. (untuk page atau pages); tidak digunakan pada artikel jurnal.
- Misal:
 1. Salyapongse AN, Billiar TR. Nitric oxide as a modulator of sepsis: therapeutic possibilities. In: Baue AE, Faist E, Fry DE, editors. *Multiple organ failure: pathophysiology, prevention and therapy.* New York: Springer; 2000. p. 176–87.

d. Artikel yang bersumber dari suatu thesis/disertasi:

- Penulis, judul thesis/disertasi diikuti jenisnya dalam kurung kotak, kota, nama universitas, tahun.

Misal:

1. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

e. Artikel yang bersumber dari surat kabar

- Penulis (bila ada), judul artikel, judul surat kabar, tahun, bulan, tanggal, section (bila ada), halaman, kolom.
- Singkatan baku untuk surat kabar: Sect. untuk section, col. untuk kolom, untuk bulan digunakan singkatan tiga huruf pertama.
- Tanggal diikuti semicolon (tanpa spasi sesudahnya) dan section diakhiri dengan colon (tanpa spasi sesudahnya).
Misal:
2. Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drops in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col. 4).

f. Artikel yang bersumber dari audiovisual

- Untuk referensi audiovisual seperti pita rekaman, kaset video, slides dan film, ikuti format seperti pada buku dengan mencantumkan media (jenis material) dalam kurung kotak setelah judul.
- Misal:
3. Chason KW, Sallustio S. Hospital preparedness for bioterrorism [videocassette]. Secaucus (NJ): Network for Continuing Medical Education; 2002.

g. Artikel yang bersumber dari media elektronik

1. Internet

- Untuk referensi artikel yang dipublikasi di internet, ikuti detail bibliografi sebagai jurnal yang dicetak dengan tambahan sebagai berikut:
 - Setelah judul jurnal (dalam singkatan), tambahkan internet dalam kurung kotak.
 - Tanggal melakukan sitasi materi bersangkutan dengan tahun, bulan tanggal (dalam singkatan) dalam kurung kotak tanpa tanda titik dan diikuti oleh semicolon [cited 2002 Aug12];
 - Setelah volume dan nomor issue, tambahkan jumlah halaman layar dalam kurung kotak [about 1p.].
 - Gunakan kalimat 'available from:' yang diikuti URL (alamat web)

Misal:

1. Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 1p.]. Available from <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/June/Wawatch.htm>

2. Artikel dengan identifikasi digital (digital object identifier, DOI)

- Untuk artikel yang memiliki DOI, maka informasi tersebut harus dicantumkan setelah halaman.

Misal:

2. Roberts I, Alderson P, Bunn F, Chinnock P, Ker K, Schierhout G. Colloids versus rystalloids for fluid resuscitation in critically ill patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No: CD000567. DOI: 0.1002/14651858.CD000567.pub2.

3. Home page / situs web

- Referensi dari situs web harus menyertakan home page / situs web diikuti [internet], nama dan lokasi organisasi, beserta tanggal dan masa berlakunya copyright. Tanggal update dan saat materi disitasi dicantumkan dalam kurung kotak. URL dicantumkan setelah 'Available from:'

Misal:

3. Cancer-Pain.org [internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, In.;c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>

Contoh lebih detail untuk referensi menurut sistem Vancouver dapat ditelusuri pada situs web: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Disarankan untuk menyusun daftar pustaka dengan menggunakan aplikasi seperti Mendeley, End Note, Zotero, dll.

SURAT PERNYATAAN ETIKA
Ethical Statement

Judul Artikel :
Article Title

Nama Seluruh Penulis :
Names of All Authors

No. HP/Telp. :
Telephone Number

Alamat Email :
Email Address

Alamat Kantor :
Institution Address

Dengan ini kami menyatakan bahwa :
We here by state that

1. Artikel yang kami kirimkan adalah hasil asli yang ditulis oleh nama-nama penulis yang tercantum di atas dan belum pernah dipublikasi pada media manapun;
The article we have submitted to the journal for review is original, has been written by the stated authors and has not been published elsewhere.
2. Artikel terlampir telah ditulis dan diserahkan atas sepengetahuan dan ijin dari tim penulis lainnya (penulis kedua, ketiga, dst)
This article has been written and submitted with with the knowledge and consent of the other writers team (the second author, the third author, etc.).
3. Artikel terlampir tidak sedang dalam proses pertimbangan/review di jurnal/media lain, dan tidak akan dikirimkan ke jurnal/media yang lain selama dalam proses penelaahan oleh Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
This article is not currently being considered/reviewed for publication by any other journal and will not be submitted for such review while under review by Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
4. Artikel terlampir bebas dari fabrikasi, falsifikasi, plagiasi, dan duplikasi.
This article does not contain fabrication, falsification, plagiarism, and duplication.
5. Penelitian yang bersangkutan telah lolos uji etik (dibuktikan dengan melampirkan *fotocopy Ethical Clearance Statement*).
The research used in this article has passed the test of ethics (proven by attaching a copy of Ethical Clearance Statement).
6. Kami telah memperoleh izin tertulis dari pemilik hak cipta setiap pernyataan atau dokumen yang diperoleh dari produk-produk ber-hak cipta, serta telah menyebutkan sumber referensi yang digunakan dalam artikel ini.
We have obtained written permission from copyright owners for any excerpts from copyrighted works that are included and have credited the sources in this article.

Tanda tangan :
Author signature(s)



Tanggal :
Date

Nama :
Name

Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
Jl. Percetakan Negara No. 29, Jakarta Pusat 10560,
Indonesia
E-mail: media@litbang.depkes.go.id

Pernyataan Hak Cipta
(Copyright Statement)

Naskah yang berjudul:

.....
.....
.

Penulis (sebutkan semua):

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)

Penulis menyatakan bahwa:

- 1) Kutipan data berbentuk kata, angka, gambar, tabel yang merupakan barang hak cipta (*copyright*), disalin (*reproduce*), digambar (*redrawn*), ditabelkan (*reuse*) dalam versi sendiri, sudah seijin pemegang hak cipta (pengarang, penerbit, organisasi) dan sudah menyebutkan referensi sesuai format pengutipan data.
- 2) Naskah ini asli, belum pernah dipublikasikan dan/atau tidak sedang dalam proses pengajuan di jurnal lain
- 3) Penulis mempunyai wewenang penuh untuk mengalihkan hak cipta (*transfer of copyright*) naskah ini kepada Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan dan penulis bertanggung jawab atas kemungkinan konflik kepentingan dalam artikel ini.

.....
Disetujui oleh
Penulis utama

.....

Untuk diisi oleh Pemimpin Redaksi
Naskah ini diterbitkan pada Volume, Nomor, Tahun.....



MEDIA PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

SURAT PERSETUJUAN PENERBITAN *Letter of Approval to Publish*

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Instansi :

Alamat :

No Tlp :

Email :

Dengan ini menyatakan bahwa saya SETUJU/TIDAK SETUJU*) artikel:

Ref. No :

Judul **) :

.....

Nama penulis ***) :

Telah kami baca dengan seksama dan menyetujui artikel versi final tersebut untuk dimuat pada Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Volume ... Nomor ... Tahun yang diterbitkan oleh Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

Selain itu, saya juga menyatakan bahwa saya bertanggung jawab penuh terhadap isi artikel, baik secara ilmiah maupun hukum apabila dikemudian hari terdapat tuntutan terhadap artikel ilmiah ini.

Demikian pernyataan ini saya buat, agar menjadi maklum.

.....

Yang membuat pernyataan
Penulis pertama

.....

Keterangan :

- *) Coret yang tidak perlu
- **) Isi dan format tulisan sesuai dengan yang dikirimkan setelah direvisi oleh reviewer
- ***) Ditulis seluruh penulis

Judul dalam Bahasa Indonesia, Ditulis Singkat, Jelas, Informatif, Tidak Menggunakan Singkatan ← 18 pt, bold, times new roman

Judul dalam Bahasa Inggris, Ditulis Singkat, Jelas, Informatif, Tidak Menggunakan Singkatan ← 11 pt, bold, italic, times new roman

Sri Lestari^{1*}, Susi Annisa², Rini Sekarsih² ← 11 pt, bold, times new roman

¹Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jl. Percetakan Negara No. 29 Jakarta Pusat, Indonesia ← 10 pt, times new roman

²Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jl. Salemba Raya, Jakarta Pusat, Indonesia ← 10 pt, times new roman

*Korespondensi Penulis : sri-lestari@litbang.depkes.go.id ← 10 pt, times new roman

Abstrak ← 10 pt, bold, italic, arial

Abstrak dalam Bahasa Indonesia, berkisar antara 200 – 250 kata, berisi ringkasan singkat dan kesimpulan dari manuskrip, dilengkapi dengan 3 – 5 kata kunci (keywords), ditulis menggunakan font Arial ukuran 11 dan cetak miring. Abstrak dalam Bahasa Indonesia, berkisar antara 200 – 250 kata, berisi ringkasan singkat dan kesimpulan dari manuskrip, dilengkapi dengan 3 – 5 kata kunci (keywords), ditulis menggunakan font Arial ukuran 11 dan cetak miring. Abstrak dalam Bahasa Indonesia, berkisar antara 200 – 250 kata, berisi ringkasan singkat dan kesimpulan dari manuskrip, dilengkapi dengan 3 – 5 kata kunci (keywords), ditulis menggunakan font Arial ukuran 11 dan cetak miring. Abstrak dalam Bahasa Indonesia, berkisar antara 200 – 250 kata, berisi ringkasan singkat dan kesimpulan dari manuskrip, dilengkapi dengan 3 – 5 kata kunci (keywords), ditulis menggunakan font Arial ukuran 11 .

Kata kunci : Abstrak, Bahasa, Indonesia

Abstract ← 10 pt, bold, italic, arial

Abstrak dalam Bahasa Inggris, berkisar antara 200 – 250 kata, berisi ringkasan singkat dan kesimpulan dari manuskrip, dilengkapi dengan 3 – 5 kata kunci (keywords), ditulis menggunakan font Arial ukuran 11 dan cetak miring. Abstrak dalam Bahasa Inggris, berkisar antara 200 – 250 kata, berisi ringkasan singkat dan kesimpulan dari manuskrip, dilengkapi dengan 3 – 5 kata kunci (keywords), ditulis menggunakan font Arial ukuran 11 dan cetak miring. Abstrak dalam Bahasa Inggris, berkisar antara 200 – 250 kata, berisi ringkasan singkat dan kesimpulan dari manuskrip, dilengkapi dengan 3 – 5 kata kunci (keywords), ditulis menggunakan font Arial ukuran 11 dan cetak miring. Abstrak dalam Bahasa Inggris, berkisar antara 200 – 250 kata, berisi ringkasan singkat dan kesimpulan dari manuskrip, dilengkapi dengan 3 – 5 kata kunci (keywords), ditulis menggunakan font Arial ukuran 11 dan cetak miring.

Keywords : Abstrak, Bahasa, Inggris

PENDAHULUAN ← 11 pt, bold, times new roman

Pendahuluan tanpa sub judul memuat latar belakang masalah, tinjauan pustaka yang terkait masalah, dan masalah/tujuan penelitian. Ditulis menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11, justify. Pendahuluan tanpa sub judul memuat latar belakang masalah, tinjauan pustaka yang terkait masalah, dan masalah/tujuan penelitian. Ditulis menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11, justify.

Pendahuluan tanpa sub judul memuat latar belakang masalah, tinjauan pustaka yang terkait masalah, dan masalah/tujuan penelitian. Ditulis menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11, justify. Pendahuluan tanpa sub judul memuat latar belakang masalah, tinjauan pustaka yang terkait masalah, dan masalah/tujuan penelitian. Ditulis menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11, justify.

METODE ← 11 pt, bold, times new roman

Metode untuk manuskrip hasil penelitian ditulis tanpa sub judul menjelaskan tentang materi/komponen/objek yang diteliti, design, sampel, metode sampling, teknik analisis. Ditulis menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11, justify.

Metode untuk manuskrip kajian berisi tentang strategi pencarian literature, kriteria inklusi/eksklusi, cara memperoleh artikel, metode review (klasifikasi artikel, lembar pencatatan data), presentasi data. Ditulis menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11, justify.



Gambar 1. Jurnal Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

HASIL ← 11 pt, bold, times new roman

Hasil berisi temuan dari penelitian atau kajian yang telah dilakukan. Ditulis menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11, justify.

PEMBAHASAN ← 11 pt, bold, times new roman

Pembahasan berisi tentang diskusi temuan termasuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengupas hal-hal terkait dengan tujuan penelitian dibandingkan/diselaraskan dengan hasil penelitian lain. Ditulis menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11, justify.

Pembahasan berisi tentang diskusi temuan termasuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengupas hal-hal terkait dengan tujuan penelitian dibandingkan/diselaraskan dengan hasil penelitian lain. Ditulis menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11, justify.

Tabel 1. Format Tabel Jurnal Media

Objek	Ukuran Huruf	Jenis Huruf	Penjajaran
Judul Bahasa Indonesia	18 pt	TNR, Bold	Rata Kiri
Judul Bahasa Inggris	11 pt	TNR, bold, italic	Rata Kiri
Abstrak	10 pt	Arial, italic	Justify
Isi	11 pt	TNR	Justify

KESIMPULAN ← 11 pt, bold, times new roman

Kesimpulan berisi tentang pernyataan ringkas terkait dengan hasil untuk menjawab tujuan penelitian, dibuat dalam bentuk narasi paragraf, bukan poin-poin. Ditulis menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11, justify.

SARAN ← 11 pt, bold, times new roman

Saran diarahkan untuk menyelesaikan masalah sesuai temuan. Ditulis menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11, justify.

UCAPAN TERIMA KASIH ← 11 pt, bold, times new roman

Ucapan terima kasih disampaikan kepada lembaga dan/atau pihak yang membantu penelitian dan pemberi dana penelitian. Ditulis menggunakan huruf Times New Roman ukuran 11, justify.

DAFTAR PUSTAKA ← 10 pt, bold, times new roman

Daftar pustaka ditulis sesuai dengan nomor pemunculan dalam teks, minimal 15 rujukan untuk manuskrip hasil penelitian/ minimal 25 rujukan untuk manuskrip kajian/review, tidak lebih dari 10 (sepuluh) tahun terakhir, 80% berupa acuan primer (dari artikel jurnal), dan menggunakan sistem Vancouver, contoh :

1. Kasapis C, Thompson PD. The effects of physical activity on serum C-reactive protein and inflammatory markers. A systematic review. *J Am Coll Cardiol.*2005;45(10):1563-9.
2. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med.* 2002;347:284-7