



## SEMINAR NASIONAL KESEHATAN

HIMPUNAN MAHASISWA JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

# PROSIDING 2017

SEMINAR NASIONAL KESEHATAN  
HIMPUNAN MAHASISWA JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG

ISBN 978-602-61215-5-4



9 786026 121554

Penerbit: Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang

**PROSIDING**

**SEMINAR NASIONAL KESEHATAN 2017**  
**“Tantangan Pengendalian Angka Obesitas dan Penyakit**  
**Akibat Obesitas dalam Daur Kehidupan Menuju SDGs 2030”**



**Semarang, 26 November 2017**

**FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN**  
**UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

## **PROSIDING SEMINAR NASIONAL KESEHATAN 2017**

**“Tantangan Pengendalian Angka Obesitas dan Penyakit Akibat Obesitas dalam Daur Kehidupan Menuju SDGs 2030”**

Auditorium Universitas Negeri Semarang, 26 November 2017

- Panitia : Dicky Darmawan  
Firmansyah Kholiq P.P.H.  
Muhamad Alvian  
Ditha Andriyani Putri  
Hamidah Lismiyana  
Devi Widya A.  
Farida Nurjanati H.  
Ayu Tri Ismiati  
Toriq Faturrahman  
Rosalia Indah  
Hendri Hariyanto  
Indah Ayu S.  
Dhinda Trimadyaningsih
- Reviewer : Prof. Dr. dr. Oktia Woro Kasmini Handayani, M.Kes.  
dr. Lily Sriwahyuni Sulistyawati, M.M.  
Sugeng Eko Irianto, M.P.S., Ph.D.  
Lukman Fauzi, M.P.H.  
Irwan Budiono, M.Kes(Epid).  
Muhammad Azinar, M.Kes.
- Editor : Muhamad Alvian  
Riski Margareta  
Faiqotunnuriyah
- Desain Sampul : Risriky Mitra Fath
- Tata Letak : Susi Buryanti  
Dewi Aliatun N.
- ISBN : 978-602-61215-5-4

### **Penerbit:**

Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang  
Gedung Dekanat FIK, Kampus UNNES Gunungpati, Kota Semarang 50229

Surel : [fik@mail.unnes.ac.id](mailto:fik@mail.unnes.ac.id)

Laman : <http://fik.unnes.ac.id>

Telp./Faks. : +6224 8508007

## KATA PENGANTAR

Assalamualaikum wr. wb.

Alhamdulillah rabbil'alamin. Segala puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga Prosiding Seminar Nasional Kesehatan 2017 dapat terselesaikan dengan baik. Prosiding yang diterbitkan oleh Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang ini berisi kumpulan artikel dari berbagai daerah di Indonesia yang telah dipresentasikan dan didiskusikan dalam Seminar Nasional Kesehatan 2017. Seminar dengan tema "Tantangan Pengendalian Angka Obesitas dan Penyakit Akibat Obesitas dalam Daur Kehidupan Menuju SDGs 2030" diselenggarakan oleh Himpunan Mahasiswa Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang pada 26 November 2017 di Auditorium Universitas Negeri Semarang.

Prosiding ini disusun untuk mendokumentasikan hasil penelitian dan gagasan bidang kesehatan masyarakat, sehingga diharapkan prosiding ini dapat memberikan wawasan keilmuan tentang isu terkini dalam bidang kesehatan masyarakat. Kami menyadari bahwa penyelesaian prosiding ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, kami menyampaikan ucapan terima kasih dan memberikan penghargaan setinggi-tingginya kepada :

1. Rektor Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Fathur Rokhman, M.Hum., yang telah memberikan dukungan dan fasilitas di seminar ini.
2. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd., atas segala dukungan dan arahan yang telah diberikan.
3. Seluruh pembicara tamu dan reviewer prosiding, Prof. Dr. dr. Oktia Woro Kasmini H., M.Kes., dr. Lily Sriwahyuni Sulistyawati, M.M., Sugeng Eko Irianto, M.P.S., Ph.D., Lukman Fauzi, M.P.H., Irwan Budiono, M.Kes(Epid), dan Muhammad Azinar, M.Kes.
4. Seluruh panitia yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran demi kesuksesan acara ini.
5. Seluruh penulis artikel hasil penelitian dan pemikiran ilmiah dalam kegiatan seminar nasional ini.

Kami menyadari bahwa prosiding ini tentu saja tidak luput dari kekurangan, untuk itu segala saran dan kritik kami harapkan demi perbaikan prosiding pada terbitan tahun yang akan datang. Akhirnya kami berharap prosiding ini dapat bermanfaat bagi seluruh pembaca.

Wassalamualaikum wr. wb.

Semarang, 26 November 2017  
Ketua Panitia,  
Dicky Darmawan



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>IDENTITAS PROSIDING</b> .....	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>v</b>
<b>Materi Pembicara</b>	
1. Lily Sriwahyuni Sulistyawati (Kementerian Kesehatan RI) .....	1
2. Sugeng Eka Irianto (WHO Representative Indonesia) .....	21
3. Oktia Woro Kasmini Handayani (Universitas Negeri Semarang) .....	51
<b>Oral Presentations</b>	
<b>1. Faktor Risiko Diabetes Melitus Tipe 2 pada Program Pengelolaan Penyakit Kronis</b>	
Reni Wijayanti, Sumardiyono .....	72
<b>2. Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Mahasiswa</b>	
Sumardiyono .....	81
<b>3. Pendidikan dan Pelatihan Keselamatan di Lingkungan Kampus pada Masa Orientasi Mahasiswa Baru</b>	
Miranda, Agustina Eka Endiarni, Aerrosa Murenda Mayadilanuari.....	91
<b>4. Inspeksi Hygiene Sanitasi dan Penggunaan Media Brosur Sebagai Upaya Meningkatkan Pengetahuan Pengusaha dan Kelaikan Rumah Makan/Restoran yang Memenuhi Syarat di Kota Magelang</b>	
Devi Sharaswati, Lukman Fauzi, Sulistyorini .....	97
<b>5. Metode Pemicuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat dan Pembagian Media Brosur sebagai Upaya Merubah Perilaku Buang Air Besar Sembarangan untuk Mencapai Open Defecation Free di Kota Magelang</b>	
Triana Yuniarti, Lukman Fauzi, Sulistyorini.....	105
<b>6. Sosialisasi dan Media Brosur sebagai Cara untuk Menghasilkan Pendataan Keluarga Sehat yang Akurat di Dinas Kesehatan Kota Magelang</b>	
Kurotul A'yuni, Lukman Fauzi, Sulistyorini .....	114
<b>7. Media Poster dan Sosialisasi sebagai Upaya Meningkatkan Hygiene Penjamah Depot Air Minum (DAM) di Kota Magelang</b>	
Ulfah Da'iyah, Lukman Fauzi, Sulistyorini.....	122
<b>8. Peran Edukasi sebagai Upaya Meningkatkan Cakupan Rumah Tangga Ber-Phbs Berupa Jamban Sehat dan Air Minum Berkualitas (Layak) di Kota Magelang</b>	
Siti Mafrihah, Lukman Fauzi, Sulistyorini .....	130
<b>9. Tinjauan Karakteristik Lingkungan Fisik dan Kondisi Fisik Rumah Penderita Malaria di Kelurahan Caile Kecamatan Ujungbulu Kabupaten Bulukumba</b>	
Iwan Suryadi .....	138
<b>10. Policy Brief Pelatihan Kinerja Kader Kesehatan dalam Rangka Penguatan Program Jateng Gayeng Nginceng Wong Meteng di Provinsi Jawa Tengah</b>	
Yolanda Pramudita, Lukman Fauzi, Yuni Rahayuningtyas .....	147
<b>11. Analisis Penerapan PSAK Nomor 1 Tentang Penyajian Laporan Keuangan pada Laporan Keuangan Puskesmas Poncol Kota Semarang</b>	
Nurul Baeti Fajriyani, Irwan Budiono.....	153

<b>12. Strategi untuk Mengurangi Keterlambatan Klaim JKN Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang</b> Vivi Sofiyatun, Irwan Budiono .....	162
<b>13. Strategi untuk Mengurangi Terjadinya Kesalahan Kerja pada Staff Bagian Input Data Pasien di Unit Kerja JKN Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang</b> Riris Fitria Ningrum, Irwan Budiono .....	171
<b>14. Analisis Beban Kerja dalam Menentukan Efektivitas SDM Sub Bagian Program Dinkes Provinsi Jawa Tengah Tahun 2017</b> Hidayatul Issri Rubandiyah, Lukman Fauzi, Yuni Rahayuningtyas.....	177
<b>15. Bekerja Aman Melalui Lock Out Tag Out (LOTO) dan Line Breaking sebagai Upaya Pencegahan Kecelakaan Kerja di PT. Boz</b> Seviana Rinawati, Bungsu Dinda F., Akbar Wahyu S., Danang Kurniawan.....	186
<b>16. Gambaran Pelaksanaan Program Satu Rumah Satu Jumantik di Kelurahan Rowosari Kecamatan Tembalang</b> Masnuh Eva Kurniawan .....	197
<b>17. Asertive Communication untuk Mencegah Sexual Harassment pada Anak-Anak</b> Eka Sumardiyanti.....	206
<b>18. Monitoring dan Evaluasi Program Kesehatan di SD Negeri Purwosari 01 Mijen dengan Menggunakan Instrumen FRESH</b> Pradita Nurmalia, Winda Pitaloka, Firmansyah Kholiq P.P.H .....	214
<b>19. FRESH sebagai Instrumen Monitoring dan Evaluasi Program Kesehatan Di SD Negeri Tembalang (Focusing Resources on Effective School Health)</b> Trisna Hani Fauziah, Nita Safaatul Insiyah, Choerun Nisa .....	225
<b>20. Analisis Program Kesehatan di MTS Al-Islam Gunungpati Kota Semarang</b> Trinita Septi Mentari, Gusti Sesanti Sandra Nastiti, Alfriina Puspa Lambang.....	235
<b>21. Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang</b> Aris Sandi, Irwan Budiono.....	246
<b>22. Upaya Meningkatkan Efisiensi Waktu Penemuan Kembali Arsip melalui Pembuatan Guide Arsip</b> Hestu Yuris Maulida, Irwan Budiono .....	252
<b>23. Penerapan Tata Ruang Kantor pada Sub Bagian Keuangan dan Aset</b> Samhatul Inayah, Irwan Budiono .....	261
<b>24. Monitoring dan Evaluasi Program Kesehatan di SMP N 22 Semarang Menggunakan Instrumen FRESH</b> Farah Azizah Mukti, Khusnuddin, Yunita Kristiana Kambu.....	269
<b>25. Profil Berbagai Jenjang Pelayanan Persalinan yang Terkait dengan Kematian Maternal</b> Dewi Sari Rochmayani.....	277
<b>26. Evaluasi UKS dalam Pelaksanaan PHBS Siswa di SDN Pedurungan Kidul 1 Semarang</b> Ismah Dwi Cahyani, Faizal Ramadhan .....	285
<b>27. Monitoring dan Evaluasi Program Kesehatan di Sekolah dengan Menggunakan Instrumen FRESH (Studi di MTS Al- Islam Sumurrejo Gunungpati Kota Semarang)</b> Hamimah, Maudy Agustina, Hauna Anja Ramadhanty.....	293

<b>28. Analisis Precede-Procede dalam Pengembangan “Kelas Ibu Hamil Plus” Sebagai Model Edukasi Suami terhadap Kehamilan Berisiko di Pedesaan</b> Muhammad Azinar, Arulita Ika Fibriana, Anik Setyo Wahyuningsih .....	299
---	-----

## MATERI PEMBICARA

1. Lily Sriwahyuni Sulistyawati (Kementerian Kesehatan RI)



# PERUBAHAN BEBAN PENYAKIT

Tahun 1990 : penyakit menular spt ISPA, TB, Diare dll, menjadi penyebab kematian dan kesakitan terbesar  
 Sejak tahun 2010: PTM (stroke, jantung, kecelakaan, kanker diabetes, dll) menjadi penyakit terbesar yang menyebabkan kematian, kesakitan dan kecacatan.



# MENGAPA PTM MENJADI MASALAH

*Beban PTM Penduduk Usia lebih dari 18 Tahun*

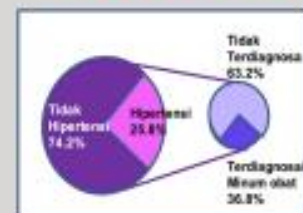
PENYAKIT	%	JUMLAH
STROKE	1.21	1,2 Juta
HIPERTENSI	25.8	42,1 Juta
OBESITAS SENTRAL	26.6	44,3 Juta
DIABETES MELITUS	6.9	10 Juta



SEBAGIAN BESAR MASYARAKAT

**TIDAK MENGETRI**

Cakupan Hipertensi oleh Nakes ➤ 36,8 %  
 Cakupan Diabetes Melitus oleh Nakes ➤ 30,4%  
 Sekitar 2/3 penderita tidak tahu bahwa dirinya menyandang PTM







Permasalahan saat ini bukan hanya gizi kurang/buruk, balita pendek dan kurus saja tetapi menjadi masalah juga gizi lebih, kegemukan dan obesitas, baik pada anak-anak remaja maupun dewasa

## FAKTOR RISIKO PENYEBAB PTM YANG HARUS DIPERBAIKI

80% Penyakit Tidak Menular Disebabkan Oleh Perilaku Yang Tidak Sehat

\*1 Source: Flakusda 2007 & Rilekasia 2013



## TANTANGAN PEMBANGUNAN KESEHATAN



Industrialisasi, globalisasi, kemajuan teknologi

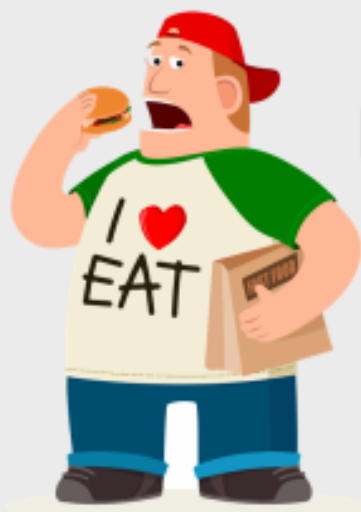


Orang kurang bergerak dan kurang waktu berolahraga era digital



Makan terlalu berlebihan dan tidak sehat (kurang sayur buah, tinggi Gula Garam Lemak)

## FAKTOR-FAKTOR TERJADINYA OBESITAS



# PENYEBAB OBESITAS



Ketidak seimbangan asupan energi dengan energi yang digunakan dalam jangka panjang

Energi yang masuk lebih besar dari yang dikeluarkan

Kalori berlebih dan "kurang gerak"/kurang aktifitas fisik

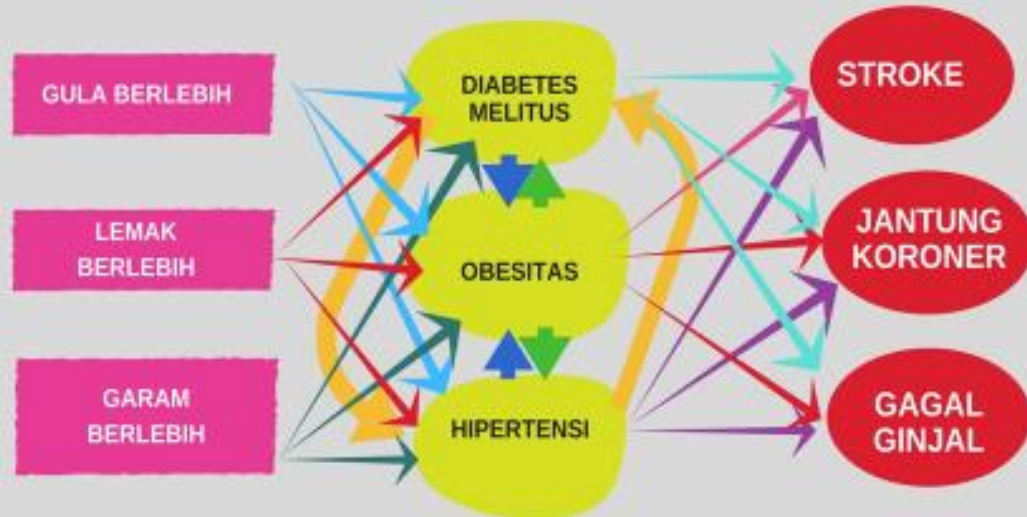
Keseimbangan energi diibaratkan seperti timbangan. saat kalori yang dikonsumsi lebih besar daripada yang digunakan maka berakibat pada peningkatan berat badan

# KOMPLIKASI OBESITAS





## ASUPAN GGL BERLEBIH BERISIKO PTM



## BEBAN PENYAKIT TIDAK MENULAR

No	Penyakit	Penderita (Orang)	Kunjungan (Kali)	Angka Kontak	Biaya Klaim	
					Tot (Rp Juta)	Rerata (Rp)
1	JANTUNG	905,223	2,756,216	3.0	6,934,361	2,515,899
2	STROKE	270,290	508,306	1.9	1,548,826	3,047,034
3	DIABET	202,526	306,632	1.5	1,256,664	4,096,281
4	KANKER	133,966	446,048	3.3	1,887,308	4,231,176
5	GINJAL	77,276	952,995	12.3	1,545,775	1,622,018
6	HEPATITIS	39,864	88,403	2.2	277,775	3,142,145
7	THALA	13,632	125,494	9.2	602,852	4,803,827
8	LEUKEMI	8,374	28,738	3.4	154,145	5,363,809
9	HEMORLI	4,362	28,156	6.4	120,554	4,261,645
10	OTHER	21,013,270	72,612,368	3.5	60,063,446	827,179
<b>TOTALMEAN</b>		<b>22,668,803</b>	<b>77,853,376</b>	<b>3.4</b>	<b>74,391,706</b>	<b>955,536</b>



Rp 16,9 Trilyun atau 29,67% Beban Biaya JKN terserap untuk biaya penyakit katastropik



# Kebijakan dan Strategi

## TARGET SDGs



Tahun 2030

### Target 3.4:

Pada tahun 2030, penurunan sepertiga kematian dini karena penyakit tidak menular (PTM)

FOKUS PADA 4 PTM UTAMA PENYEBAB 60% KEMATIAN: KARDIOVASKULER, DM, KANKER, PPOK DAN PENGENDALIAN 4 FAKTOR RISIKO BERSAMA YANG DAPAT MENCEGAH PTM SAMPAI 80%: DIET TIDAK SEHAT, KURANG AKTIVITAS FISIK, MEROKOK, MENGONSUMSI ALKOHOL

## 9 TARGET GLOBAL PENGENDALIAN PTM PADA TAHUN 2025



### RENCANA PEMBANGUNAN JANGKA MENENGAH NASIONAL (RPJMN) 2015 - 2019

	BUKU 1	BUKU 2
S A S A R A N	<p>Meningkatnya Pengendalian PM dan PTM:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prevalensi TB per 100.000 penduduk</li> <li>2. Prevalensi HIV</li> <li>3. Prevalensi tekanan darah tinggi</li> <li>4. Prevalensi obesitas penduduk 18 tahun +</li> <li>5. Persentase merokok penduduk usia ≤ 18 tahun</li> <li>6. Jumlah kabupaten/kota mencapai eliminasi malaria</li> </ol>	<p>Meningkatnya Pengendalian PM dan PTM serta meningkatnya Penyehatan Lingkungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prevalensi TB per 100.000 penduduk</li> <li>2. Prevalensi HIV</li> <li>3. <b>Prevalensi tekanan darah tinggi</b></li> <li>4. <b>Prevalensi obesitas penduduk 18 tahun +</b></li> <li>5. <b>Persentase merokok penduduk usia ≤ 18 tahun</b></li> <li>6. Jumlah kabupaten/kota mencapai eliminasi malaria</li> <li>7. Jumlah provinsi dengan eliminasi kusta</li> <li>8. Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi filariasis</li> <li>9. Persentase kab/kota yang memenuhi syarat kualitas kesehatan lingkungan</li> <li>10. Persentase penurunan kasus PD3I</li> </ol>





## Strategi Aksi Pencegahan dan Pengendalian PTM 2015-2019

### Advokasi & Kemitraan

- PP-PTM menjadi prioritas dalam pembangunan
- Terbangunnya kemitraan antar lembaga terkait serta masyarakat.
- Dikembangkannya rencana kerja lintas sektor

### Promosi Kesehatan & Reduksi Risiko

- Promosi Kesehatan dengan pelibatan masyarakat
- Pengurangan Faktor Risiko:
- Penggunaan produk tembakau
- Konsumsi alkohol
- Diet tidak sehat → **tinggi garam**

### Penguatan Sistem Pelayanan Kesehatan

- Integrasi pelayanan PTM di fasilitas kesehatan Tingkat Pertama
- Pengembangan SDM
- Peningkatan akses obat-obat esensial
- Pemenuhan kebutuhan peralatan
- Sinkronisasi kebijakan

### Surveilans, Money & Riset

- Penguatan Surveilans PTM & Faktor Risikonya dan Penguatan Sistem Informasi Kesehatan
- Pengembangan Riset Kebijakan untuk PTM

RAN Pengendalian PTM 2015-2019



## OBESITAS DAN PTM PERLU DICEGAH

Melalui



# GERMAS

Gerakan Masyarakat  
Hidup Sehat







## Bentuk Kegiatan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat

1. Melakukan aktivitas fisik



2. Mengonsumsi sayur dan buah



3. Tidak merokok



4. Tidak mengonsumsi alkohol



5. Memeriksa kesehatan secara rutin



6. Membersihkan lingkungan



7. Menggunakan jamban



## MELAKUKAN AKTIVITAS FISIK

Dapat dilakukan dimana saja, kapan saja ...

**Rumah**



**Perjalanan**



**Sekolah**



**Tempat kerja**



**Tempat umum**



**Minimal 30 menit sehari**

## MENGONSUMSI SAYUR DAN BUAH

Tersedia dalam menu sehari-hari



## PENGENDALIAN FAKTOR RISIKO BERBASIS MASYARAKAT (POSBINDU PTM)

Kegiatan terintegrasi :

- Deteksi dini faktor risiko PTM
- Monitoring faktor risiko PTM
- Konseling + Rujukan

Kegiatan lain: Penyuluhan, senam, bersepeda, dll



Deteksi Dini Penglihatan & Pendengaran



Tes menghitung jari dan lambaian tangan

Posbindu PTM saat ini:

- Sasaran PTM adalah penduduk usia >15 tahun
- 1 desa 1 posbindu
- Perlu perluasan di semua tatanan masyarakat (spt : tempat kerja dan sekolah)



Tes Suara Jarak 6 m, 3 m & 1 meter

## PENGENDALIAN OBESITAS



## ALGORITMA PENGENDALIAN OBESITAS

- SKRINING/DETEKSI DINI OBESITAS
- DIAGNOSIS
- TATALAKSANA
- MONITORING





## SKRINING/DETEKSI DINI OBESITAS

- DI POSBINDU PTM
- PENGUKURAN ANTROPOMETRI; BMI



## DIAGNOSIS OBESITAS

TENTUKAN OBESITAS DENGAN BMI DAN ATAU LINGKAR PERUT. Evaluasi komplikasi bila ada di FKTP, bila perlu laboratorium.



No	IMT	Klasifikasi
1	<18,5	Kurus
2	18,5—22,9	Normal
3	23,0—24,9	BB Lebih
4	25,0—27,0	Obesitas 1
5	>27,0	Obesitas 2

NO	LINGKAR PERUT	JENIS KELAMIN	KLASIFIKASI
1	< 90 cm	Laki-laki	Normal
2	> 90 cm	Laki-laki	Berisiko
3	< 80 cm	Perempuan	Normal
4	> 80cm	Perempuan	Berisiko

## TATALAKSANA OBESITAS

### PRIMER

- PENGATURAN POLA MAKAN
- EDUKASI
- MENCIPTAKAN LINGKUNGAN YANG SEHAT

### SEKUNDER

- MODIFIKASI LIFE STYLE (DIET DAN AKTIFITAS FISIK)
- PERTIMBANGKAN OBAT BILA DIET DAN AF TIDAK EFEKTIF

### TERSIER

- MODIFIKASI LIFE STYLE
- FARMAKOTERAPI (BMI > 27)
- TERAPI BARIATRIC (BMI > 35)

## MANFAATKAN TEKNOLOGI DAN JEJARING

### Metode

- Food Combining
- Diet KetoFastosis
- Diet Kenyang
- DietREST
- Diet Mayo
- OCD

### Aplikasi

- Run For Wight Loss
- Walk For Weight Loss
- Aerobics for weight loss
- Weight Loss

### Jejaring

- Kelompok Peduli Obesitas
- Champion Youtubers (Dewi Hughes, Tina Toon, Tika Panggabean, Tya Subiakto, dll)
- Jejaring Makan sehat (Gorrays, salad stop dll)
- Jejaring klub sepeda, jogging, marathon, aerobic, zumba, pilates dll

## MONITORING

- MONITORING TARGET BERAT BADAN IDEAL, LIHAT ADA TIDAK KOMPLIKASI DARI OBESITAS. BILA ADA KOMPLIKASI, TARGET SPESIFIK UNTUK KENDALIKAN KOMPLIKASI.
- OBESITAS ADALAH KONDISI KRONIK YANG HARUS SELALU DI EVALUASI UNTUK MENCEGAH KOMPLIKASI

## MEMERIKSA KESEHATAN Setiap 6 bulan sekali









**D** • Diet Sehat dengan Kalori Seimbang

Arus Air Kolesterol Gula, Garam dan Lemak

Bijak Memilih Makanan

8.64  
4.15

Konsumsi Buah dan sayur minimal 5 porsi (100 – 100 g) sehari

Pembudayaan Gaya Hidup sehat melalui:

1. Kebijakan Publik
2. Promotif Preventif sesuai siklus kehidupan
3. PARENTING

## KONSUMSI SAYUR DAN BUAH PEDOMAN GIZI SEIMBANG (PERMENKES RI NO. 41 TAHUN 2014)



**PIRING MAKANKU**













2. Sugeng Eka Irianto (WHO Representative Indonesia)

## Global Situation of Obesity, Policy Recommendation and Action



**The National Health Seminar  
University of Semarang, 26 November 2017**



Sugeng Eko Irianto  
WHO Country Office of Indonesia

## ENDING MALNUTRITION

### Background

- The burden of malnutrition now facing many country worldwide – characterized by the coexistence of undernutrition along with overweight, obesity or diet-related noncommunicable diseases (NCD).
- To be increase attention to, and action for cost-effectiveness interventions and policies to address the double burden of malnutrition within the Decade of Action – and, through this, to contribute to achieving the Sustainable Development Goals of ending all forms of malnutrition and ensuring healthy lives and well-being for all at all ages.
- On 1 April 2017, United Nations General Assembly (UNGA) adopted a resolution proclaiming a United Nations Decade of Action on Nutrition from 2016 to 2025.
- This Decade od Action aims to trigger intensified action to end hunger and eradicate all form of malnutrition worldwide, and ensure universal access to healthier and more sustainable diets – for all people, whoever they are live.



## ENDING MALNUTRITION

### Background

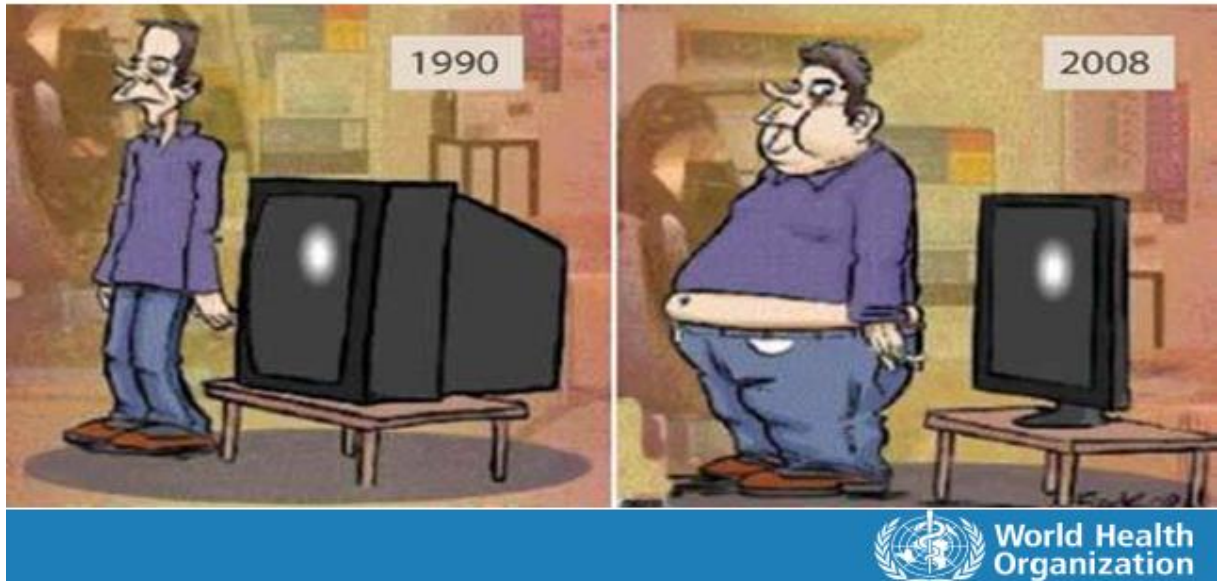
- There are now nearly 41 million overweight children globally, an increase of 11 million since 2000. Most rapid growth has been seen in middle-income countries, many of which face the combined challenge of tackling of both undernutrition and obesity along with subsequent diet-related non-communicable diseases;
- Most rapid growth has been seen in middle-income countries, many of which face the combined challenge of tackling of both undernutrition and obesity along with subsequent diet-related non-communicable diseases



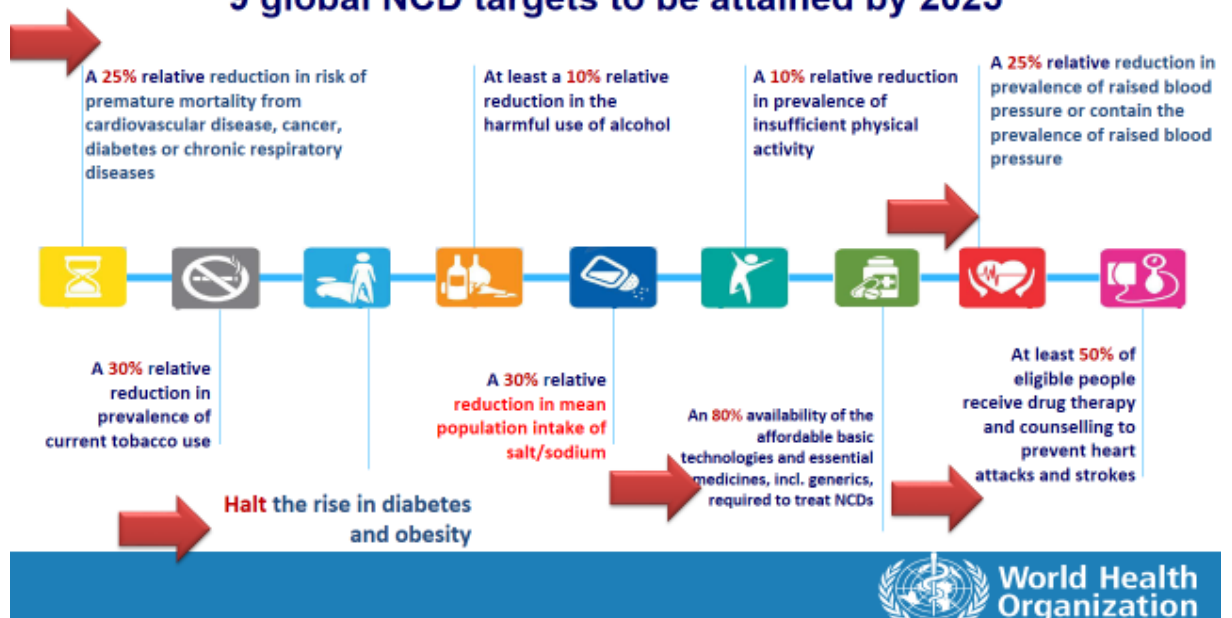
The number of **Children with Obesity** increasing and become a new epidemic in health problem all over the world, not only in the develop countries, but also in the developing countries, **including Indonesia**



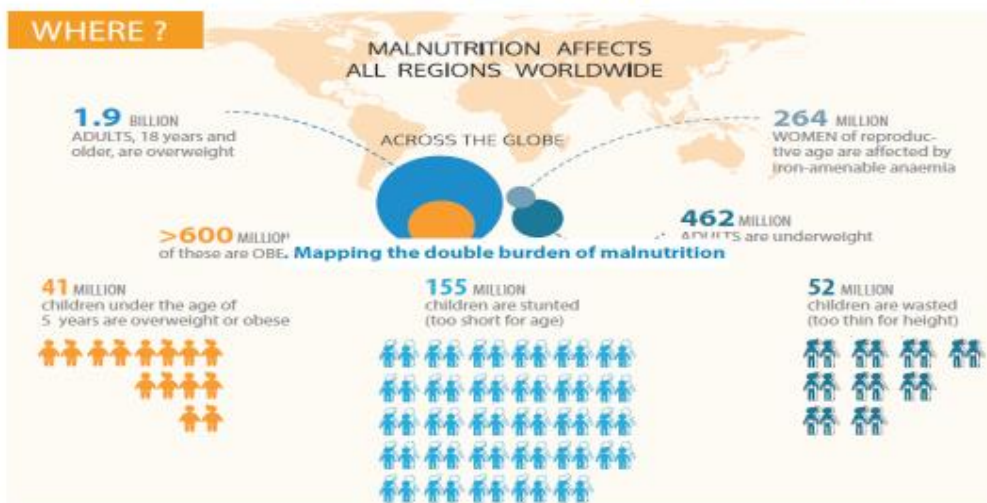
## The Burden : World Health in Transition



### 9 global NCD targets to be attained by 2025

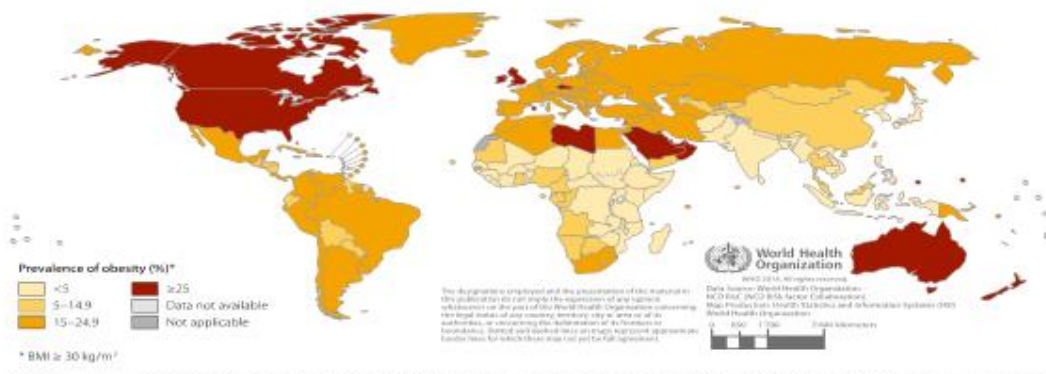


# Mapping the double of malnutrition



## Obesity

**Fig. 7.1** Age-standardized prevalence of obesity in men aged 18 years and over (BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>), 2014

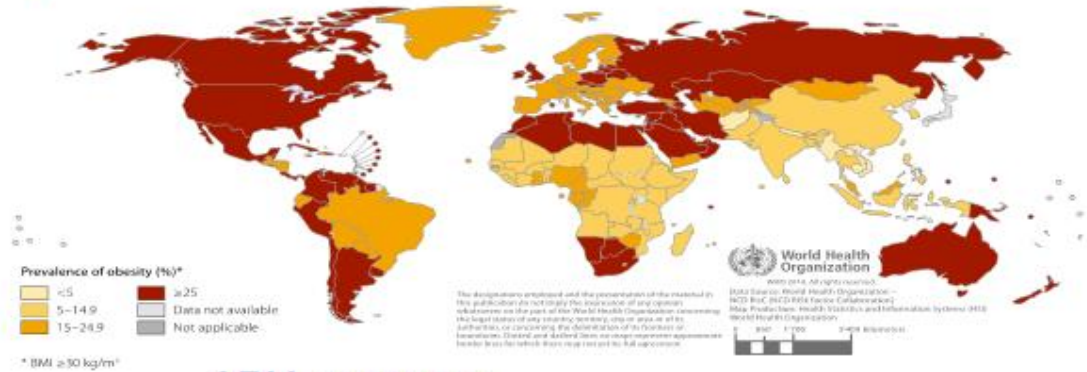


**11% men**



# Obesity

**Fig. 7.2** Age-standardized prevalence of obesity in women aged 18 years and over (BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>), 2014



**15% women**



## Childhood Obesity

- An increasing problem with some coexistence of micronutrient deficiency;
- Globally 5% 2000, 6% 2010 & 6.3% in 2013 overweight & obese;
- Increasing prevalence of Type 2 or adult-onset diabetes in children (11yrs)



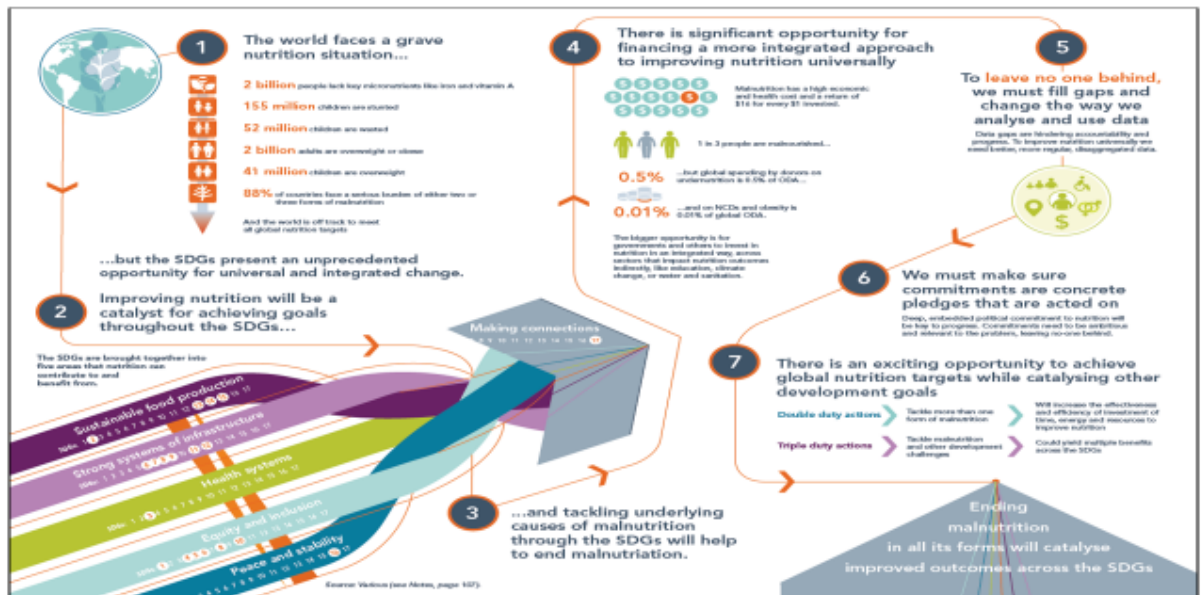
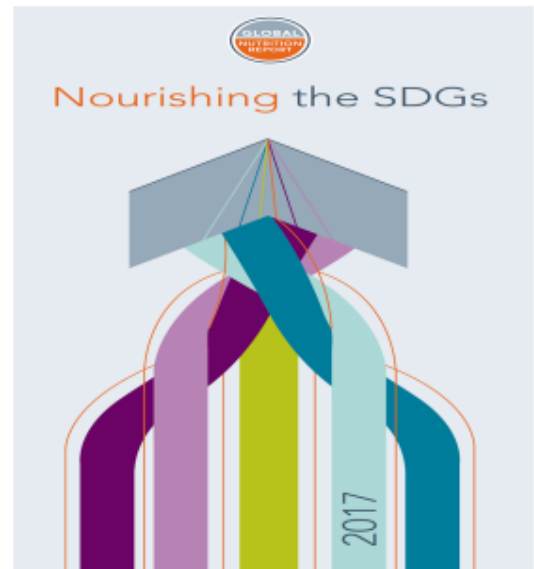
**We' re possibly facing the first generation who would die before their parents....**

*International Conference on Obesity*





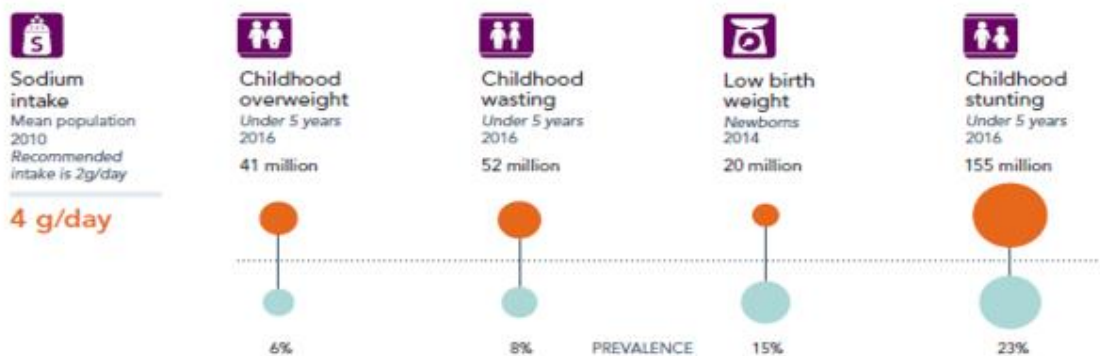
# GLOBAL NUTRITION REPORT 2017

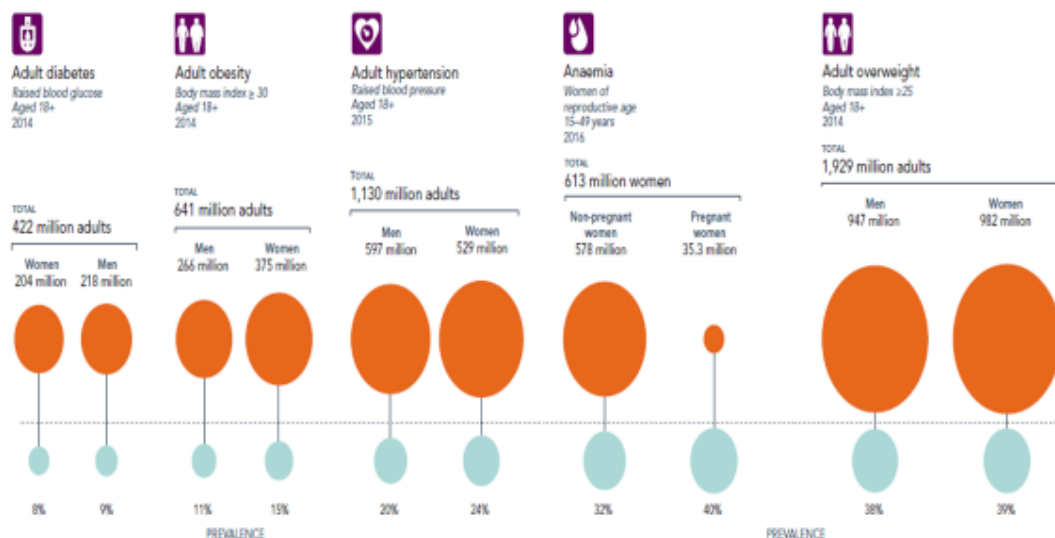


## Number of countries facing burdens of malnutrition



## Global statistic for the nutritional status and behavioural measures adopted as global targets for maternal, infant and young child nutrition and diet-related NCD










NUTRITION-RELATED 2025 TARGETS ADOPTED BY THE MEMBER STATES OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION

Maternal, infant and young child nutrition (MIYCN) targets

<b>TARGET 1</b>	Achieve a 40% reduction in the number of children under 5 who are stunted
Under-5 STUNTING	Stunting* among children under 5 years of age
<b>TARGET 2</b>	Achieve a 50% reduction of anaemia in women of reproductive age
ANAEMIA	Women aged 15-49 years with haemoglobin <12 g/dL (non-pregnant) or <11 g/dL (pregnant)
<b>TARGET 3</b>	Achieve a 30% reduction in low birth weight
LOW BIRTH WEIGHT	Infants born with a birth weight <2,500 g
<b>TARGET 4</b>	Ensure that there is no increase in childhood overweight
Under-5 OVERWEIGHT	Overweight** among children under 5 years of age
<b>TARGET 5</b>	Increase the rate of exclusive breastfeeding in the first 6 months up to at least 50%
EXCLUSIVE BREASTFEEDING	Infants 0-5 months of age who are fed exclusively with breast milk
<b>TARGET 6</b>	Reduce and maintain childhood wasting to less than 5%
Under-5 WASTING	Wasting*** among children under 5 years of age

## NCD Global Monitoring Framework

<b>TARGET 4</b>	Achieve a 30% relative reduction in mean population intake of salt (sodium chloride)
POPULATION INTAKE OF SALT 	Age-standardised mean population intake of salt (sodium chloride) in g/day in persons aged 18+ years
<b>TARGET 6</b>	Achieve a 25% relative reduction in the prevalence of raised blood pressure or contain the prevalence of raised blood pressure, according to national circumstances
ADULT HYPERTENSION 	Age-standardised prevalence of raised blood pressure among persons aged 18+ years, by sex
<b>TARGET 7</b>	Halt the rise in diabetes and obesity
ADULT DIABETES 	Age-standardised prevalence of raised blood glucose/diabetes among persons aged 18+ years, or on medication for raised blood glucose, by sex
ADULT OVERWEIGHT 	Age-standardised prevalence of overweight and obesity* in persons aged 18+ years, by sex
ADULT OBESITY 	Age-standardised prevalence of obesity** in persons aged 18+ years, by sex

## CORRESPONDING SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS 2030

### Goal 2. End hunger, achieve food security and improved nutrition and promote sustainable agriculture

<b>TARGET 2.2</b>	By 2030, end all forms of malnutrition, including achieving, by 2025, the internationally agreed targets on stunting and wasting in children under 5 years of age, and address the nutritional needs of adolescent girls, pregnant and lactating women and older persons
Under-5 STUNTING 	2.2.1 Prevalence of stunting among children under 5 years of age
Under-5 WASTING 	2.2.2 Prevalence of wasting and overweight among children under 5 years of age
Under-5 OVERWEIGHT 	



## Global progress towards global nutrition target

INDICATOR	TARGET	BASELINE YEAR	BASELINE STATUS	TARGET FOR 2025	ON OR OFF COURSE	COMMENTS
<b>Maternal, infant and young child nutrition targets</b>						
Under-5 STUNTING	<b>TARGET 1</b> 40% reduction in the number of children under 5 who are stunted	2012	162 million	-100 million		Current average annual rate of reduction (AARR) (2.3%) below required AARR (4%).
Under-5 WASTING	<b>TARGET 6</b> Reduce and maintain childhood wasting at less than 5%	2012	8%	<5%		Global prevalence 7.7% in 2016.
Under-5 OVERWEIGHT	<b>TARGET 4</b> No increase in childhood overweight	2012	7%	No increase in prevalence		The baseline proportion for 2012 was revised to 5.7% in the estimates for 2015, and the current prevalence is 6%, marginally above this threshold and therefore off course.
ANEMIA	<b>TARGET 2</b> 50% reduction of anaemia in women of reproductive age	2012	29%	15%		Global prevalence 32.6% in 2016. (Baseline proportion for 2012 was revised to 30% in 2016. Current prevalence reflects increase since then.
LOW BIRTH WEIGHT	<b>TARGET 3</b> 30% reduction in low birth weight	2008 TO 2012	11%	10%		New estimates are forthcoming
EXCLUSIVE BREAST FEEDING	<b>TARGET 5</b> Increase the rate of exclusive breastfeeding in the first six months to at least 50%	2008 TO 2012	38%	>50%		In 2016, 40% of infants 0-5 months were exclusively breastfed. An increase of two percentage points over 4 years reflects very limited progress.

OFF COURSE

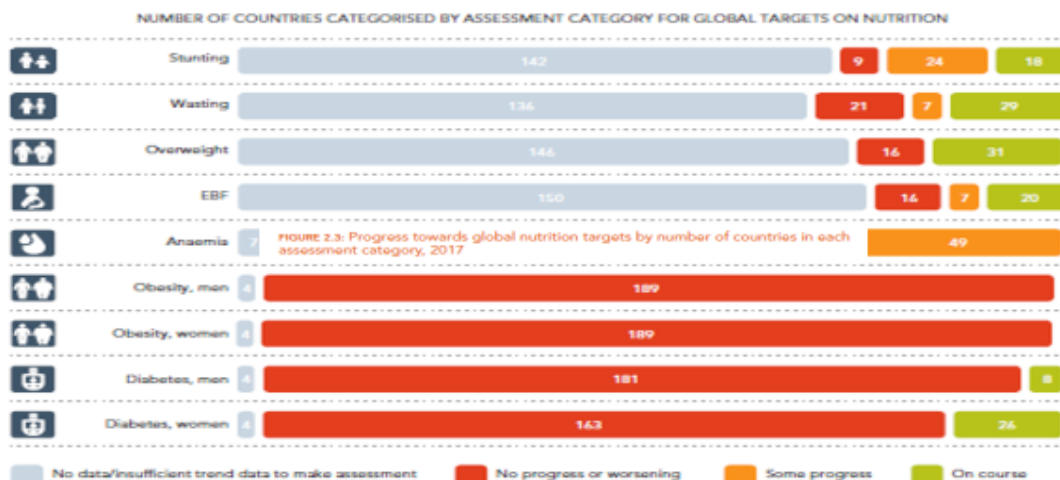


INDICATOR	TARGET	BASELINE YEAR	BASELINE STATUS	TARGET FOR 2025	ON OR OFF COURSE	COMMENTS
<b>Nutrition-related NCD targets</b>						
ADULT OVERWEIGHT	<b>TARGET 7</b> Halt the rise in prevalence	2014	Men 38% Women 39%	Halt the rise in prevalence		
ADULT OBESITY	<b>TARGET 7</b> Halt the rise in prevalence	2014	Men 11% Women 15%	Halt the rise in prevalence		Probability of meeting the global target is almost zero based on projections to 2025.
ADULT DIABETES Raised blood sugar	<b>TARGET 7</b> Halt the rise in prevalence	2014	Men 9% Women 8%	Halt the rise in prevalence		Probability of meeting the global target low (c.1% for men, 3% for women) based on projections to 2025.
ADULT HYPERTENSION Raised blood pressure	<b>TARGET 6</b> 25% relative reduction or no rise in prevalence, according to national circumstances	2014	Men 24% Women 20%	Men 18% Women 15%		Not yet available. Projections not yet available.
POPULATION INTAKE OF SALT Sodium chloride	<b>TARGET 4</b> 30% relative reduction in mean intake	2010	Mean sodium intake 4g/day	Mean sodium intake 2.8g/day		Not yet available. Projections not yet available.

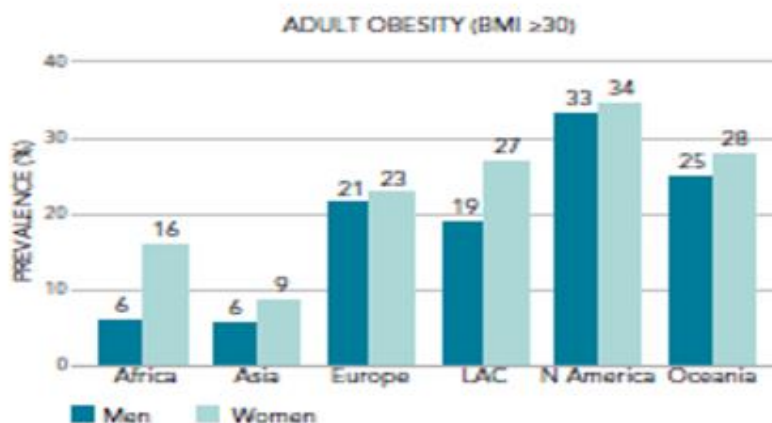
OFF COURSE



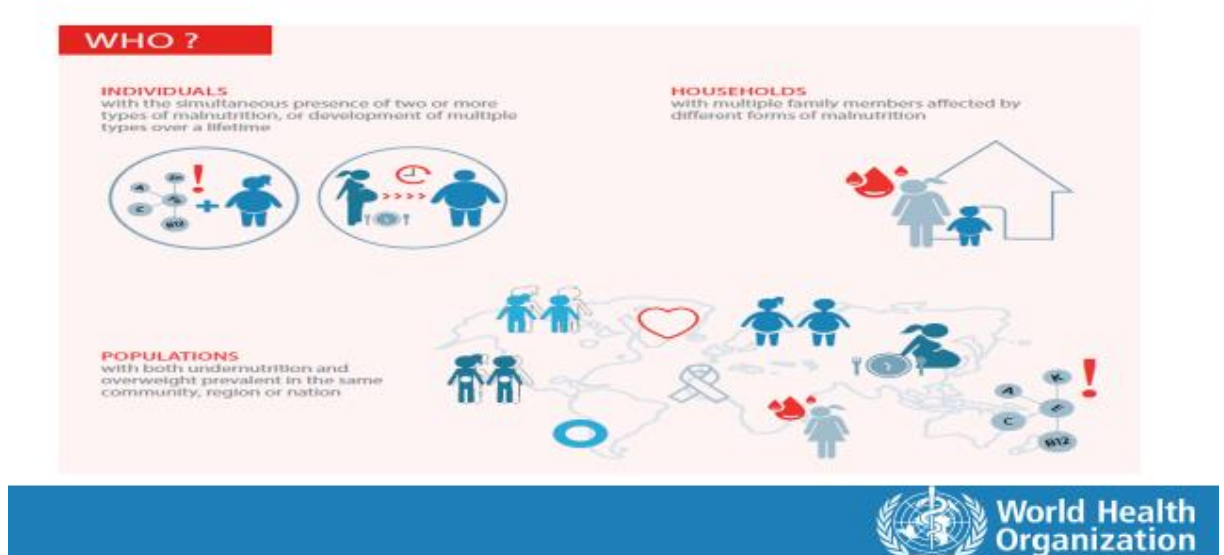
## Progress towards global nutrition targets by number of countries in each assessment category, 2017



## Prevalence of obesity (BMI $\geq$ 30) among adults aged 18 years and over by regions



## The double burden of nutrition can occur at three levels



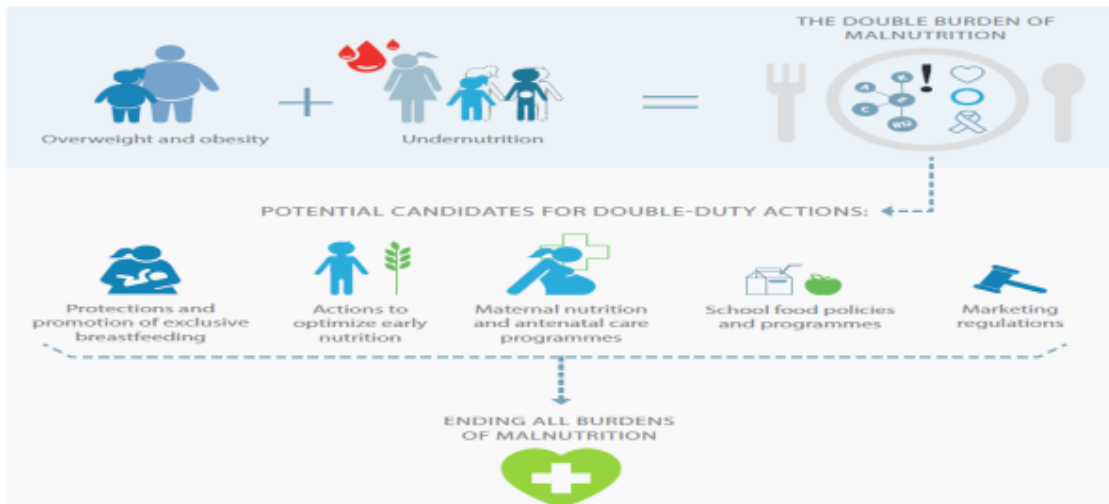
## Driver of the double burden of malnutrition



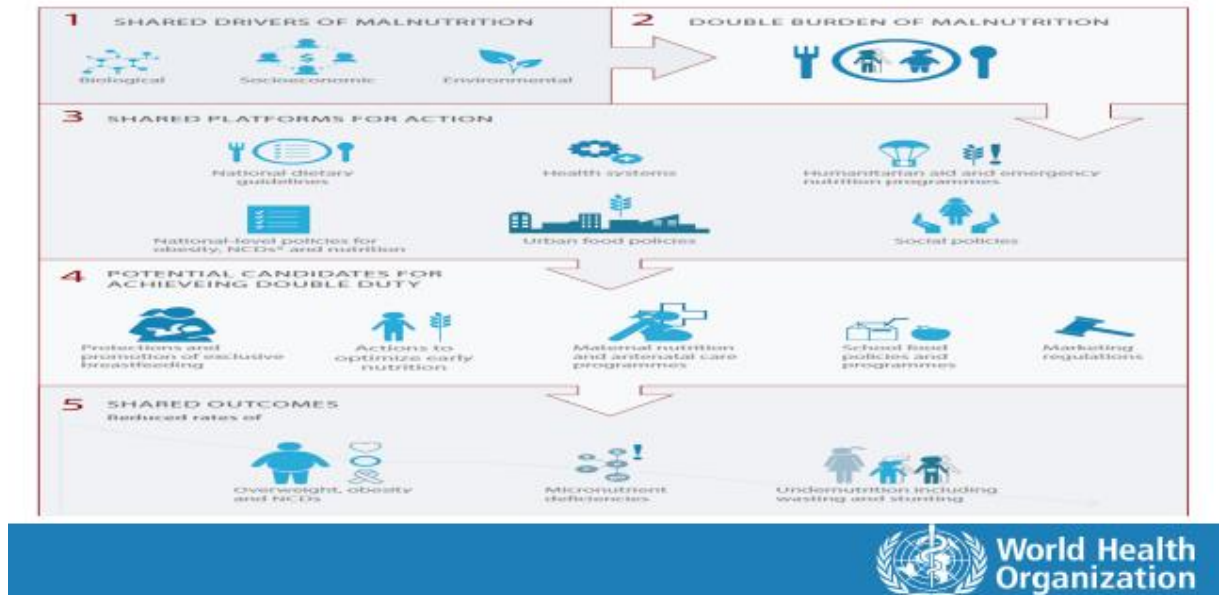
## Why it is important to act ? The Double Burden is important opportunity for action on malnutrition



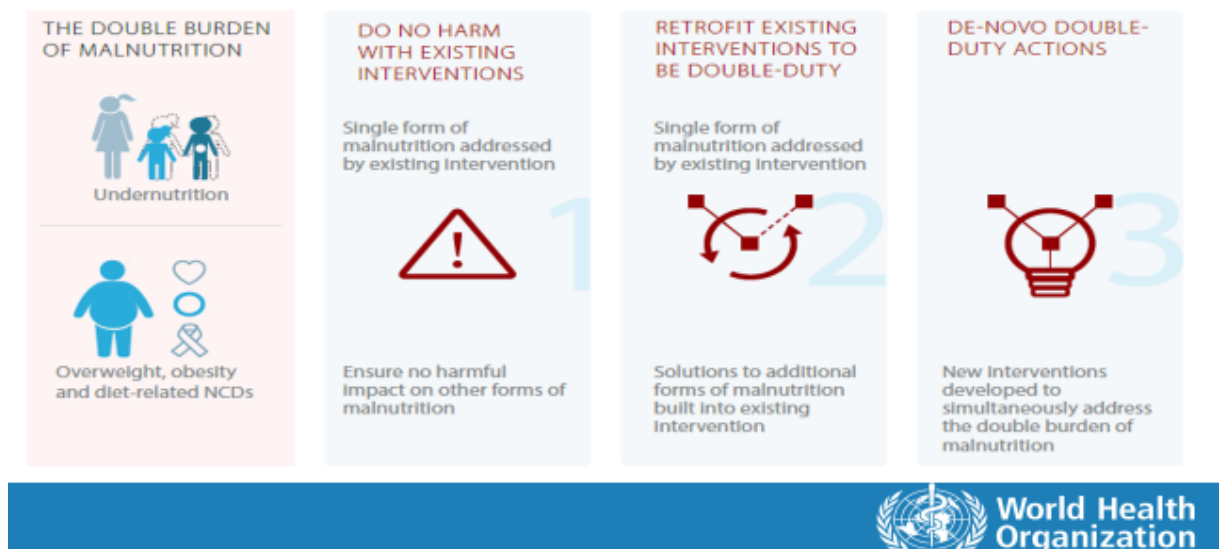
## Double-duty actions for malnutrition



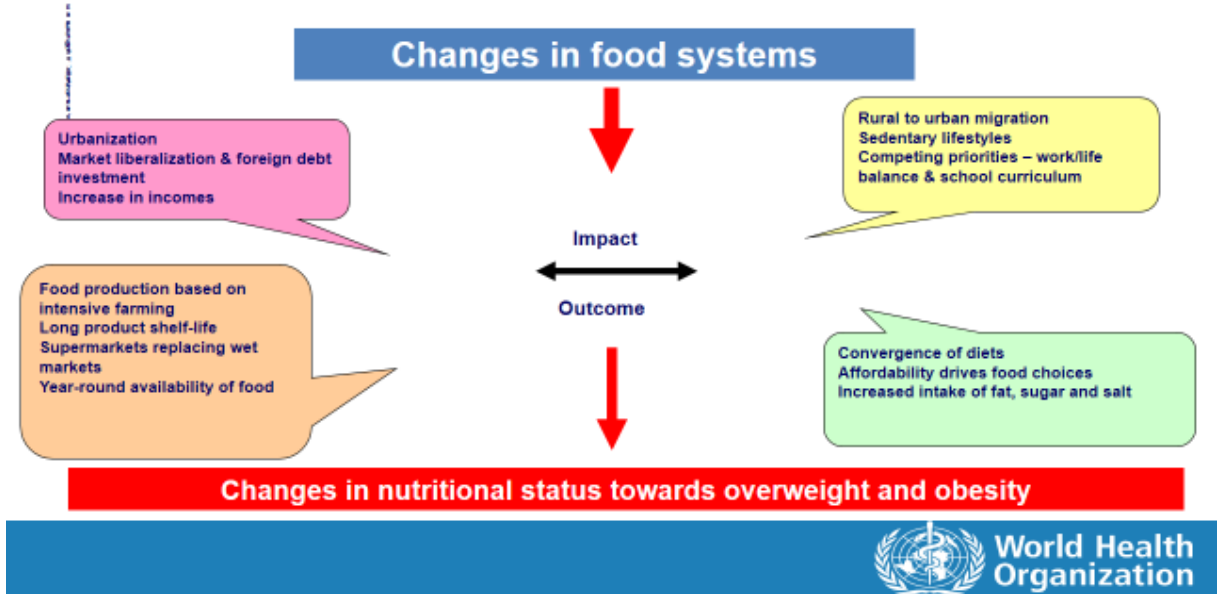
## Shared drivers and platforms for double-duty actions



## Three levels of doing double-duty

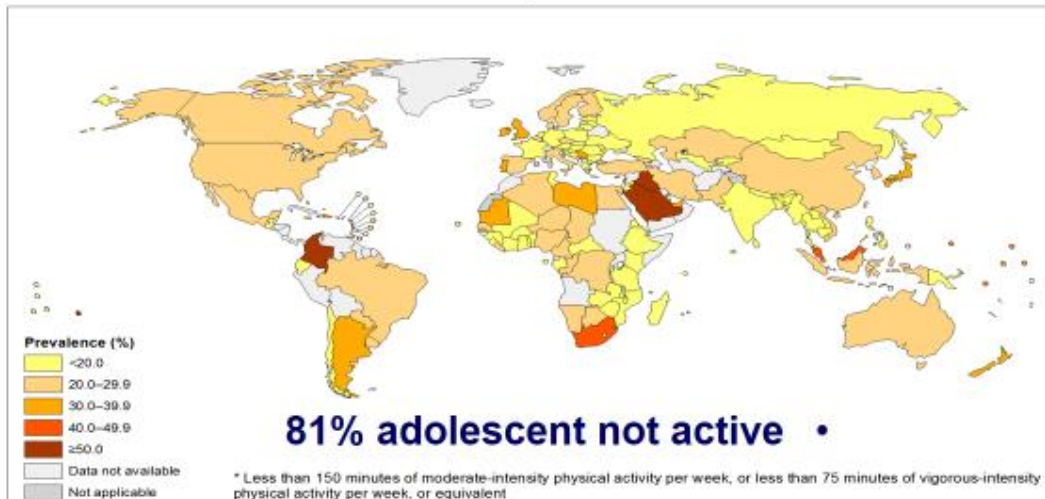


# Causes/ Determinants



# Prevalence of Insufficient PA

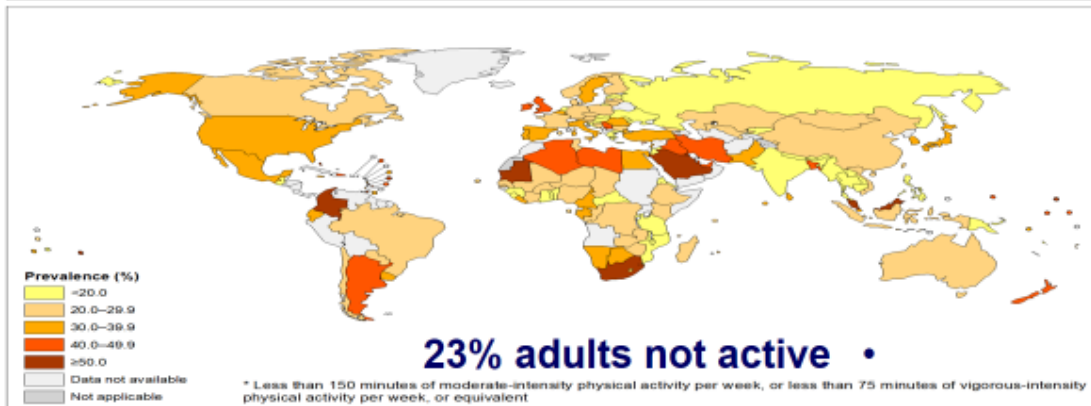
Prevalence of insufficient physical activity\* among adults, ages 18+ (age standardized estimates) Males, 2010





# Prevalence of Insufficient PA

Prevalence of insufficient physical activity\* among adults, ages 18+ (age standardized estimates)  
Females, 2010



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization  
Map Production: Health Statistics and Information Systems (HSIS)  
World Health Organization

World Health Organization  
© WHO 2015. All rights reserved.



## WHO's Policy, Recommendations and Guidelines



## Fiscal policies for diet

- *As appropriate to national context, consider economic tools that are justified by evidence, and may include taxes and subsidies*
- Prices influence consumption choices and public policies can influence prices through taxation, subsidies or direct pricing in ways that encourage healthy eating and lifelong physical activity
- Several countries have been implementing fiscal measures, (e.g. France, Hungary, USA, Mexico, Nauru).
- WHO convened Expert Meeting 5-6 May 2015

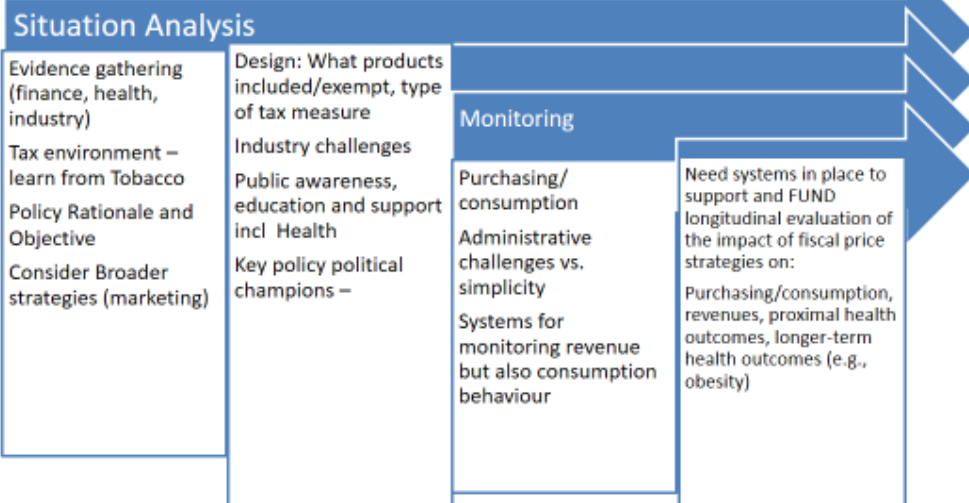


## Expert Consensus on Fiscal Policy on Diet

### Evidence shows:

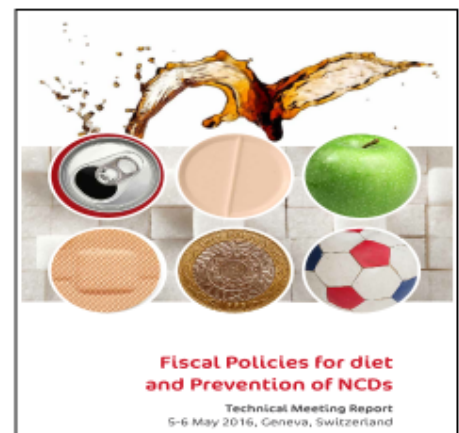
- **Appropriately designed fiscal policies** have considerable potential for promoting healthier diets, improving weight outcomes, and reducing health and economic burden of NCDs.
- **Taxes that raise the prices of sugar sweetened beverages (SSB) by 20 % or more** could lead to more than proportional reductions in consumption and net reductions in caloric intake
- **Subsidies for fresh fruits and vegetables that reduce their prices by 10 to 30 %** are effective in increasing consumption and the combination of such subsidies and taxation has greater effect
- Taxation of other foods and non-alcoholic beverages, **appears promising, with existing evidence clearly showing that increases in the prices of less healthy options reduces their consumption**

## Fiscal Policies need to be well designed



## WHO Tools/guidance on Fiscal Policy

- **Appropriately designed fiscal policies** have considerable potential for promoting healthy diets
- **Taxes that raise the prices of sugar sweetened beverages (SSB) by 20 % or more**
- **Subsidies for fresh fruits and vegetables that reduce their prices by 10 to 30 %** are effective
- Taxation of other foods and non-alcoholic beverages, **appears promising,**



## Implementation Tools Publication : Evidence Review

	Food/ beverage taxes	Nutrient- focussed taxes	Subsidies
Effect on consumption	Strongest evidence for soft drink taxes - reduce consumption by same percentage as tax rate.	Reduce consumption of target but may increase consumption of non-target nutrients; may apply to core foods; better if paired with subsidy.	Subsidies increase healthy food intake. Strongest evidence for fruit & vegetable subsidies.
Effects on body weight/disease outcomes	Substitution will affect total calorie intake. Most effective to target sugar-sweetened beverages. Limited evidence for disease outcomes.	Disease outcome affected by substitution - nutrient profile taxes less likely to have unintended effects than single nutrient based taxes	Subsidies may also increase total calorie intake & body weight. Very likely to reduce dietary NCD risk factors.
Differential effects	May be most effective for low-income populations; may have greater effect on those who consume most.	May be more likely to have regressive effects as more likely to apply to core foods.	Mixed SES effects for population subsidies, may benefit wealthy. Targeted low-income subsidies effective.



## Tax to sugar sweetened beverages

- Excise tax of **\$1.00 peso per liter** -about 10% increase in price- to any beverages (non-alcoholic) with added sugar
- Producers pay the tax

### Taxed beverages

- Beverages diluted in water from any type of sugar, flavor, juice, nectar.
- Concentrates: powders, syrups, essences or extracts with added sugar
- Energy drinks with added sugar
- Yogurts (for drink)
- Beverages with milk that do not comply with the definition of milk by MoH (NOM 243-SSA-2010)

### Untaxed beverages

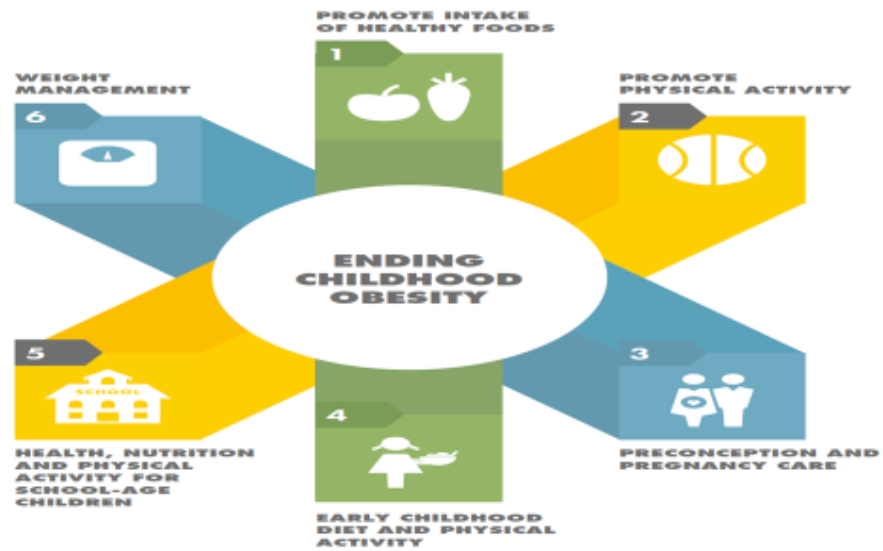
- Any medication in liquid
- 100% juices
- Milk or infant formula
- Diet (carbonated or uncarbonated)
- Beverages made in restaurants, bars or sold by street vendors

12% reduction in purchase of SSBs





SIX AREAS OF ACTION



## Summary Report

- Promote intake of healthy food**
  - Accessible nutrition information
  - Effective tax on SSB
  - Marketing of foods and non-alcoholic beverages to children
  - Nutrient labelling
  - Healthy food environment in child-care, school, sports facilities
  - Increase access to healthy foods
- Promote Physical Activity**
  - Provide guidance on healthy body size, physical activity, sleep and appropriate use of screen-based entertainment
  - Ensure adequate facilities available in school and public spaces for physical activity during recreational time for all children
- Pre-conception and Pregnancy care**
  - Diagnose and manage maternal conditions
  - Monitor and manage gestational weight gain
  - Preconceptual nutrition advice
  - Advice to avoid exposure to tobacco, alcohol, drugs and other toxins

REPORT OF THE COMMISSION ON

## ENDING CHILDHOOD OBESITY



## Summary Report

### 4. Early Childhood Diet & PA

- Protect, promote and support breastfeeding
- Regulations on marketing of complementary foods
- Guidance for caregivers and child-care settings on nutrition, physical activity and sleep

### 5. Nutrition & PA in schools

- Establish standards for meals provided in school
- Eliminate provision and sale of unhealthy foods in school
- Inclusion of nutrition, food and health education in core curriculum
- Improve nutrition literacy of caregivers
- Quality Physical Education

### 6. Weight Management

- Develop and support appropriate weight management services that are
  - Family-based, Multicomponent and Delivered by multi-professional teams as part of Universal Health Coverage

REPORT OF THE COMMISSION ON

## ENDING CHILDHOOD OBESITY



World Health Organization

## LEADERSHIP FOR COMPREHENSIVE, INTEGRATED, MULTISECTORAL ACTION TO END CHILDHOOD OBESITY

### LEADERSHIP

**Take ownership, provide leadership and engage political commitment to tackle childhood obesity over the long term.**

- Ensure regular contact with parliamentarians to consolidate high-level commitment to prevention of childhood obesity.
- Conduct regular high-level policy dialogues on childhood obesity.
- Mobilize sustainable resources to tackle childhood obesity.
- Prepare a budget and legislation or regulatory instrument to implement key interventions to reduce childhood obesity.



World Health Organization

## JOINT ACTION

**Coordinate contributions of all government sectors and institutions responsible for policies, including, but not limited to: education; food and agriculture; commerce and industry; development; finance and revenue; sport and recreation; communication; environmental and urban planning; transport and social affairs; and trade.**

- Establish or expand an existing multisectoral group, comprising relevant government agencies, to coordinate policy development, implementation of interventions, monitoring and evaluation across the whole of government, including accountability systems.



World Health  
Organization

**No single intervention can halt the advance of the epidemic of obesity. To challenge childhood obesity successfully requires countering the obesogenic environment and addressing vital elements in the life course through coordinated, multisectoral action that is held to account. Interventions to tackle childhood obesity can be integrated into and build upon existing national plans, policies and programmes.**

## DATA-FOR-ACTION

**Ensure data collection on body mass index-for-age of children – including for ages not currently monitored – and set national targets for childhood obesity.**

- Set national or local, time-bound targets for reductions in childhood obesity and monitoring mechanisms that include body mass index-for-age in addition to other appropriate measures, disaggregated by age, sex and socioeconomic status.



World Health  
Organization

## GOOD GOVERNANCE

Develop guidelines, recommendations or policy measures that appropriately engage relevant sectors – including the private sector, where applicable – to implement actions, aimed at reducing childhood obesity.

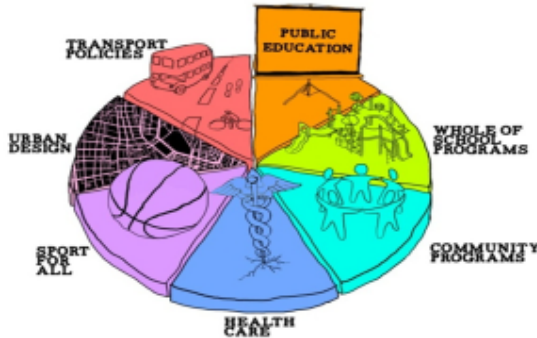
- Establish mechanisms to coordinate the engagement of non-State actors and hold them to account in the implementation of interventions.
- Establish clear mechanisms/policies for the management of conflicts of interest.

## Physical Activity

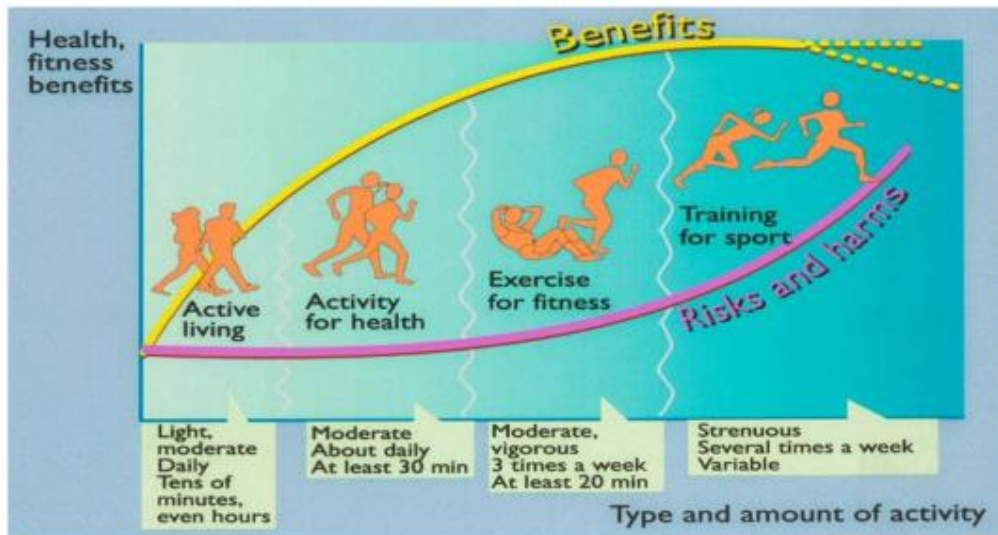




# Physical Activity



## Physical Activity, Health and Sports



## Policy-makers should, therefore, consider prioritizing the following actions:

- Taking measures to address early life exposures, to improve nutritional status and growth patterns, including: improvement of community understanding and social; enhancement of the food system to support healthy dietary practices throughout the life course; regulation of the marketing of food and non-alcoholic beverages to children; and regulation of the marketing of complementary;
- supporting research into the root causes of overweight and obesity, food system, availability of healthy foods, promotes safe and diversified healthy diets;

## Policy-makers should, therefore, consider prioritizing the following actions:

- developing coherent public policies from production to consumption and across relevant sectors, through forming a cross-governmental task force, to oversee the development and/or strengthening of policies to ensure healthy diets throughout the life-course;
- ensuring that there is a set of nationally approved, authoritative food-based dietary guidelines for all age groups, which can underpin actions to improve nutrition in the population;
- creating an enabling environment that promotes physical activity, in order to address sedentary lifestyle from the early stages of life

## Sugar Guidelines

- WHO recommends a **reduced intake of free sugars throughout the lifecourse** (*strong recommendation 1*).
- In both adults and children, WHO recommends **reducing the intake of free sugars to less than 10% of total energy intake** (*strong recommendation 2*).
- WHO suggests a **further reduction of the intake of free sugars to below 5% of total energy intake** (*conditional recommendation 3*).



Guideline:  
Sugars intake for  
adults and children



## Physical Activity Guidelines Children and youth - aged 5-17

- **at least 60 minutes** of moderate to vigorous intensity physical activity daily
- > 60 minutes provide additional health benefits
- Should:
  - be **mostly aerobic** activity
  - **include vigorous** intensity activities
  - including **muscle** strengthening and **bone** health activities at least 3 times per week.



## Physical Activity Guidelines *Adults aged 18-64*

- **At least 150 minutes** of Moderate intensity PA spread throughout the week **OR**
- **at least 75 minutes** of Vigorous PA spread throughout the week **OR**
- **an equivalent combination** of those two
- Bouts of at least **10 minutes**.



## Physical Activity Guidelines *Adults aged +65*

- Same recommendations as for adults

Specific recommendations:

- perform PA to enhance balance and prevent falls on 3 or more days/ week.
- Muscle-strengthening activities on 2 or more days a week.
- be as physically active as their abilities and conditions allow.





## TOOLS



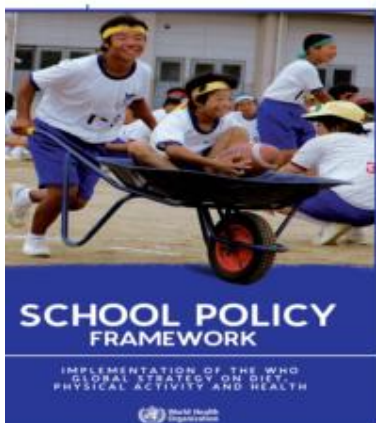
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/implementation/toolbox/>



 World Health Organization

## Settings based guidance

### Schools



111

 World Health Organization

## Workplace Settings based guidance

The top row features three panels of workplace health guidance:

- Left Panel:** A white poster titled "Preventing Noncommunicable Diseases in the Workplace through Diet and Physical Activity" from a WHO/World Economic Forum report. It includes the WHO logo and several small photographs of people in various work settings.
- Middle Panel:** A blue poster titled "Healthy workplaces: a model for action" for employers, workers, policy-makers, and practitioners. It features a photograph of a modern glass skyscraper and the WHO logo.
- Right Panel:** A white poster titled "The Keys to a Healthy Workplace". It features a large graphic of a key with a hand as the handle. The key is divided into four colored sections: red (top), green (left), blue (right), and orange (bottom). The text "The Keys to a Healthy Workplace" is written across the key. Below the key is a circular diagram with "HEALTHY WORKPLACE" in the center, surrounded by four categories: "Physical Work Environment", "Organizational Work Environment", "Personal Health Resources", and "Social Support Environment".

113

## Childhood Obesity guidance

The bottom row features three panels of childhood obesity prevention guidance:

- Left Panel:** A white poster titled "Population-based approaches to CHILDHOOD OBESITY PREVENTION". It features the WHO logo and several small photographs of children.
- Middle Panel:** A yellow poster titled "POPULATION-BASED PREVENTION STRATEGIES FOR CHILDHOOD OBESITY". It features a photograph of two children holding fruit and a water bottle. At the bottom, it says "REPORT OF THE WHO FORUM AND TECHNICAL MEETING" and includes the WHO logo.
- Right Panel:** A white poster titled "Preventing Action for Action in the field of population-based prevention of CHILDHOOD OBESITY". It features the WHO logo and several small photographs of children. Below the title, it says "A SET OF TOOLS FOR MEMBER STATES" and "Prevention and control of childhood obesity".





Thank You



3. Oktia Woro Kasmini Handayani (Universitas Negeri Semarang)



# Risiko Obesitas Dalam Daur Kehidupan

Prof. Dr. dr. Oktia Woro Kasmini H., M.Kes



## Prevalensi Obesitas di Dunia

Obesity Update 2017 by OECD



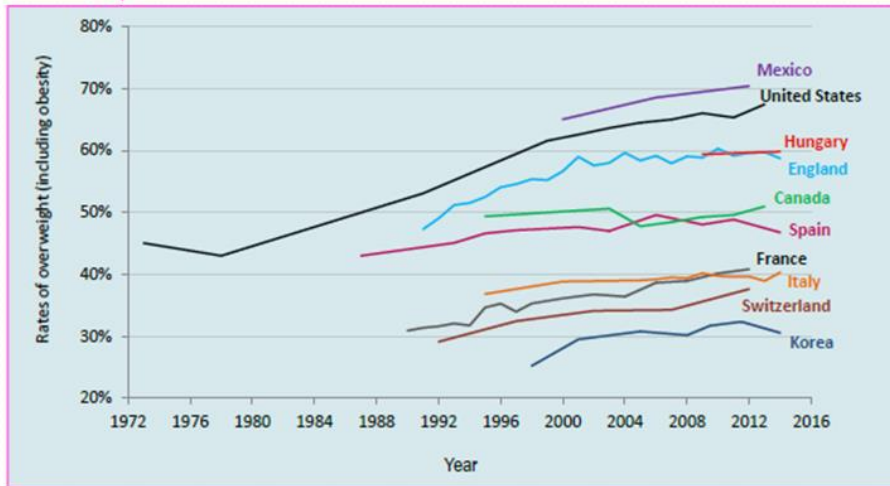
Country	Prevalence (%)	Category
United States	38,2%	Highest (more than 30%)
Mexico	32,4%	Highest (more than 30%)
Hungary	30%	Highest (more than 30%)
New Zealand	30,7%	Highest (more than 30%)
India	5%	Lowest (less than 6%)
Indonesia	5,7%	Lowest (less than 6%)
Korea	5,3 %	Lowest (less than 6%)
Japan	3,7%	Lowest (less than 6%)

Pada tahun 2030 diperkirakan sekitar 2,16 miliar orang dewasa di dunia mengalami kegemukan, dan 1,12 miliar akan menjadi obesitas

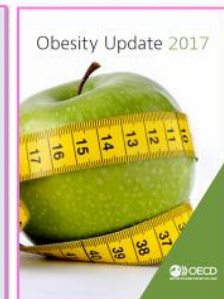
Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. Kelly T, Yang W, Chen CS, Reynolds K, He J. Int J Obes (Lond). 2008 Sep; 32(9):1431-7.



## Peningkatan *overweight* (termasuk obesitas) pada Usia dewasa 15-74 tahun



Source: Organization for Economic Co-operation and Development



## Fakta tentang *Overweight* dan Obesitas WHO, 2016



- Tahun 2016, lebih dari 1,9 miliar orang dewasa berusia  $\geq 18$  tahun mengalami *overweight*. Sedangkan 650 juta orang dewasa dari total tersebut termasuk obesitas.
- Tahun 2016, 39% orang dewasa berusia  $\geq 18$  tahun (39% pria dan 40% wanita) mengalami obesitas.
- Prevalensi obesitas di dunia berkembang 3 kali lebih cepat antara tahun 1975 dan 2016.
- Lebih dari 340 juta anak dan remaja berusia 5-18 mengalami *overweight* atau obesitas di tahun 2016

## Penyebab *Overweight* dan Obesitas WHO, 2016



Penyebab utama dari obesitas dan *overweight* adalah ketidakseimbangan antara kalori yang dikonsumsi dan yang dikeluarkan. Secara umum disebabkan oleh:

- Meningkatnya asupan energi dari makanan yang tinggi lemak dan
- Aktivitas yang kurang karena meningkatnya bentuk pekerjaan *sedentary*, perubahan mode transportasi, dll.

Perubahan pola makan dan aktivitas fisik yang kurang sering disebabkan oleh perubahan lingkungan dan perubahan sosial yang berhubungan dengan pengembangan dan kurangnya dukungan kebijakan di sektor kesehatan, pertanian, perhubungan, perencanaan kota, lingkungan, proses produksi pangan, distribusi, pemasaran dan pendidikan.

## Faktor Risiko Obesitas



Genetik

- 2 org tua gemuk: 80 % gemuk
- 1 org tua gemuk: 40% gemuk
- Tidak gemuk : 14 % gemuk



Lingkungan

- Aktifitas
- Perkembangan Teknologi
- Sosial Ekonomi



Perilaku

- Diet tinggi gula dan lemak
- Neuropsikiatrik (Gangguan makan berlebih)

## Komplikasi Obesitas



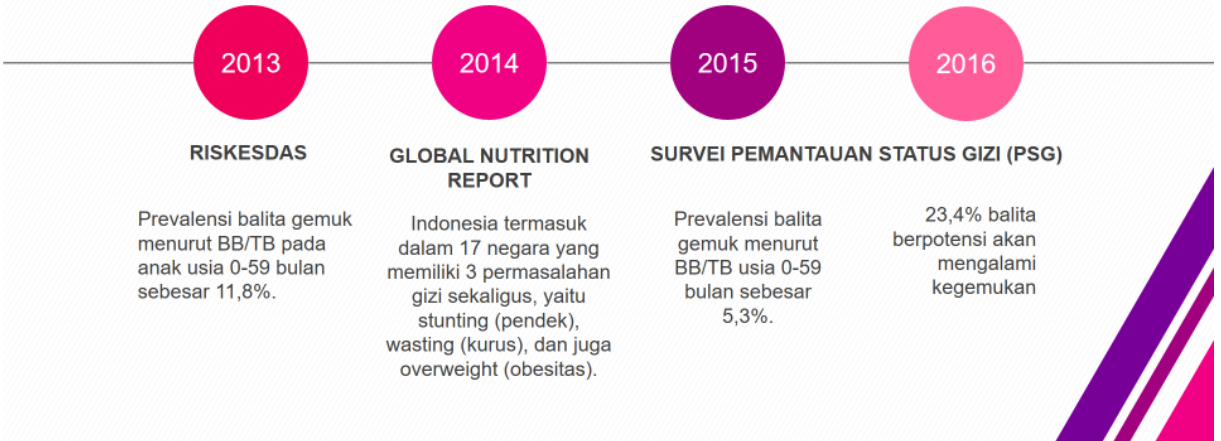
## Prevalensi dan Faktor Risiko Obesitas Tiap Kelompok Usia di INDONESIA



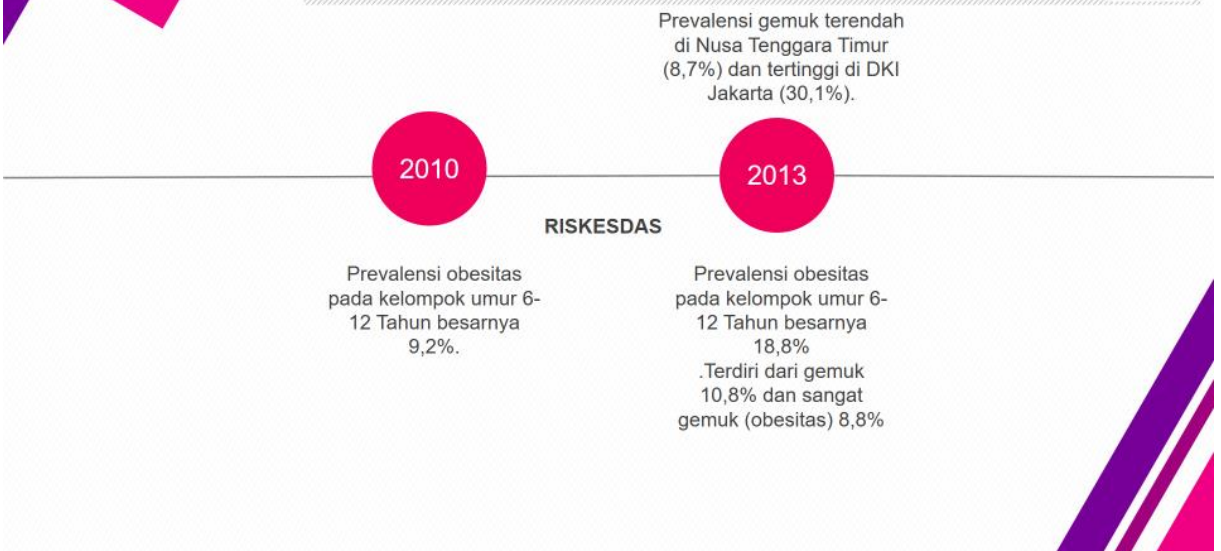




## Prevalensi pada Balita



## Prevalensi pada AUS





## Prevalensi pada Remaja



Prevalensi obesitas pada kelompok umur 13 – 15 tahun sebesar 10,8% terdiri dari 8,3% gemuk dan 2,5% sangat gemuk (obesitas).

2010

2013

RISKESDAS

Prevalensi obesitas pada kelompok umur 13 – 15 tahun sebesar 2,5%  
Sedangkan prevalensi pada kelompok umur 16 – 18 tahun adalah 1,4%.

Sedangkan prevalensi pada kelompok umur 16 – 18 tahun adalah 7,3% terdiri dari 5,7% gemuk dan 1,6% obesitas.



## Prevalensi pada Orang Dewasa



Prevalensi obesitas sentral adalah 26.6%

2010

2013

RISKESDAS

21.7% orang dewasa Indonesia mengalami kegemukan (termasuk obesitas), dan perempuan memiliki prevalensi yang lebih tinggi (26.9%) dibandingkan laki-laki (16.3%)

Berat badan lebih 13,5% dan obesitas 15,4%

Prevalensi penduduk obesitas terendah di provinsi Nusa Tenggara Timur (6,2%) dan tertinggi di Sulawesi Utara (24,0%).

Obesitas sentral dianggap sebagai faktor risiko yang berkaitan erat dengan beberapa penyakit kronis. Untuk laki-laki dengan LP >90 cm atau perempuan dengan LP >80 cm dinyatakan sebagai obesitas sentral (WHO Asia-Pasifik, 2005).







# Prevalensi pada Lansia



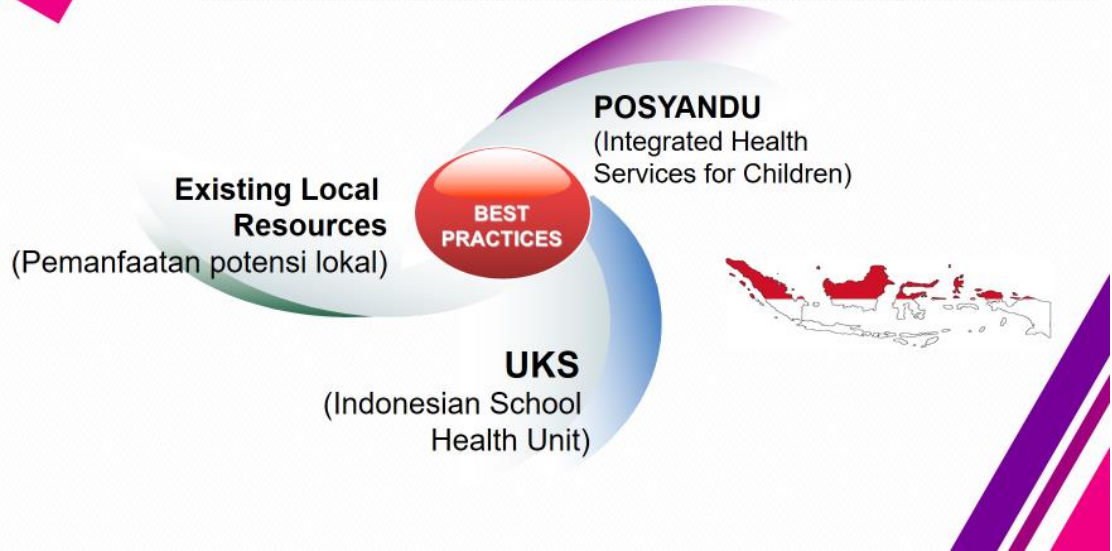
2013

## PUSDATIN KEMENKES RI

Prevalensi obesitas yang paling tinggi menjelang lansia sampai lansia (kelompok umur 55-64 tahun, 65-74 tahun dan 75+ tahun) adalah kelompok umur 55-64 tahun (23,1%). (Buletin Jendela)



# BEST PRACTICES IN INDONESIA





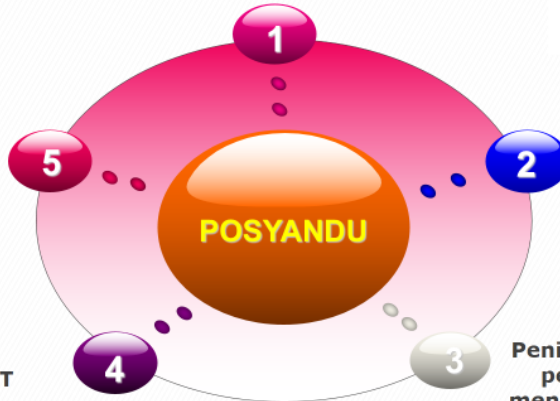
## POSYANDU ACTIVITIES



Persiapan tempat, kader kesehatan, dan bahan-bahan yang diperlukan



Kegiatan pembinaan keluarga (permainan edukasi untuk balita dan konsultasi orang tua tentang pertumbuhan dan perkembangan balita)



Kegiatan surveilans (pendaftaran, monitoring balita)

Pemberian PMT

Penimbangan balita, pencatatan dan menginterpretasikan status gizi



## Kegiatan Posyandu



SLIDE 33

## Kegiatan Posyandu



PowerPoint

## TRIANGLE OF INDONESIAN SCHOOL HEALTH UNIT (TRIAS UKS)



Lingkungan sekolah yang sehat

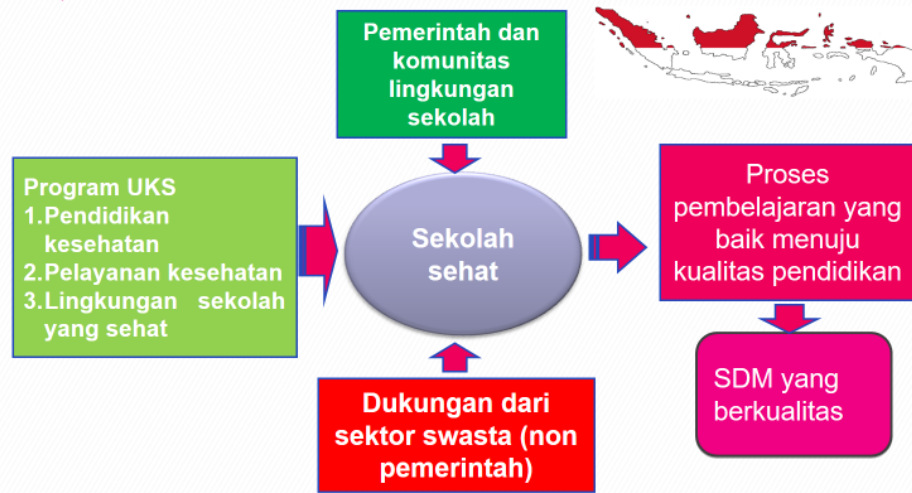


Pendidikan kesehatan di sekolah

Pelayanan kesehatan di sekolah



## STRATEGI PROGRAM UKS DI INDONESIA



fasilitas UKS disalah satu SD





## LINGKUNGAN RESIK



## Rubbish and trash place



43



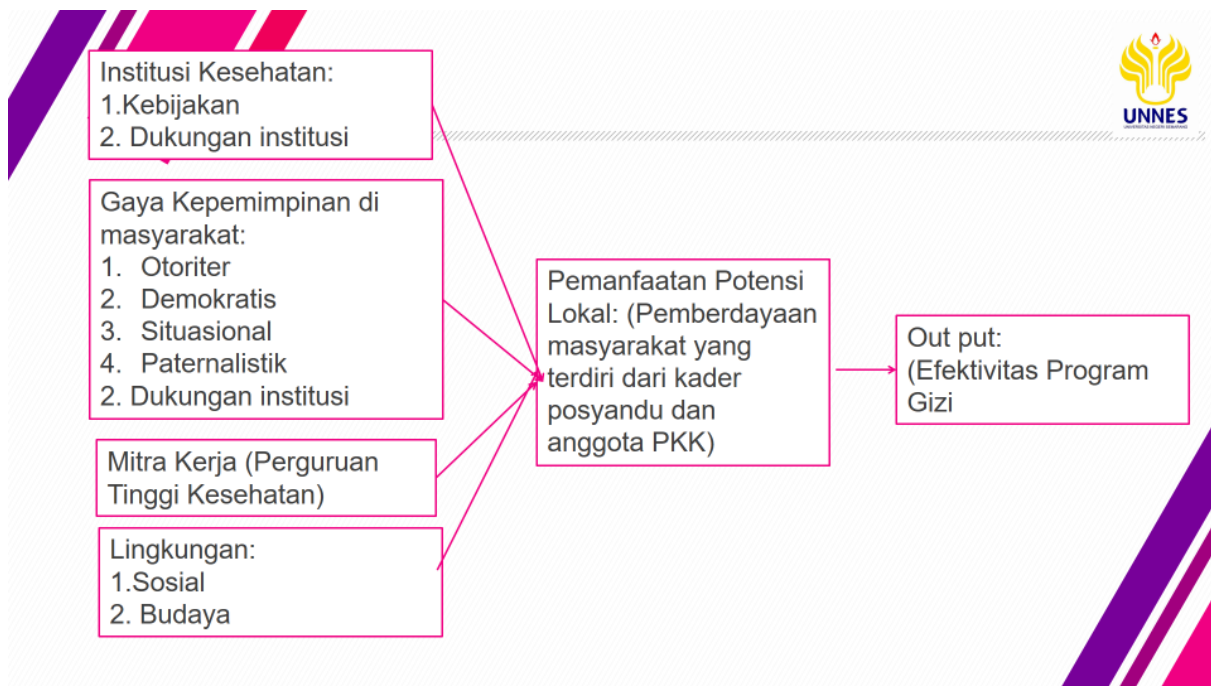
## Room for Health Activities



### Program Gizi Berbasis Potensi Lokal



1. Model system penguatan deteksi dini di masyarakat di daerah urban
2. Model peningkatan kemitraan melalui institusi sekolah di daerah urban
3. Model peningkatan pemberdayaan masyarakat melalui pos peduli gizi anak di daerah sub urban



### Sosialisasi Model di Daerah Sub Urban Mijen



## Kegiatan Pendidikan Kesehatan dan Gizi pada anak sekolah di PAUD





# BEST PRACTICES IN AUSTRALIA



**AUSTRALIAN CURRICULUM:  
HEALTH & PHYSICAL EDUCATION  
(AC: HPE)**



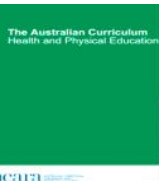
**Smart Choices: Healthy Food and  
Drink Supply Strategy for  
Queensland Schools**



**Smart Moves: Physical Activity  
Programs in Queensland State  
Schools**



**Stephanie Alexander Kitchen  
Garden National Program**



## AC: HPE



### Tujuan

Untuk menggambarkan perkembangan dan pengembangan pengetahuan, pemahaman, dan keterampilan pendisiplinan yang mendasari Kesehatan dan Pendidikan Jasmani dan bagaimana memahaminya dan menerapkannya dalam konteks kesehatan dan gerakan kontemporer.

### Prosedur

Kurikulum disusun dalam dua bab:

- Kesehatan pribadi, sosial dan masyarakat
- Gerakan dan aktivitas fisik.

Setiap bab berisi uraian isi yang disusun berdasarkan tiga sub-bab

Strands	Personal, social and community health	Movement and physical activity
Sub-stands	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Being healthy, safe and active</li> <li>• Communicating and interacting for health and wellbeing</li> <li>• Contributing to healthy and active communities</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moving our body</li> <li>• Understanding movement</li> <li>• Learning through movement</li> </ul>
Focus areas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol and other drugs</li> <li>• Food and nutrition</li> <li>• Health benefits of physical activity</li> <li>• Mental health and wellbeing</li> <li>• Relationships and sexuality</li> <li>• Safety</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Active play and minor games</li> <li>• Challenge and adventure activities</li> <li>• Fundamental movement skills</li> <li>• Games and sports</li> <li>• Lifelong physical activities</li> <li>• Rhythmic and expressive movement</li> </ul>

## SMART CHOICES



### Tujuan

Untuk meningkatkan berat badan yang sehat dan memperbaiki kesehatan anak-anak dan remaja melalui pendidikan yang lebih baik  
Bertujuan untuk memastikan bahwa semua makanan dan minuman yang disediakan di sekolah negeri Queensland mencerminkan Pedoman Diet Australia untuk Anak dan Remaja dan Panduan Australia untuk Makan Sehat

### Prosedur

Makanan dan minuman dikategorikan menjadi tiga kelompok yaitu:

- **Banyak manfaat - hijau**
- **Pilih dengan hati-hati - oranye**
- **Terkadang - merah**



## SMART MOVES



### Tujuan

Untuk mengatasi obesitas sejak dini dan memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan anak-anak melalui partisipasi dalam aktivitas fisik  
Meningkatkan waktu kurikulum siswa yang dilibatkan dalam aktivitas fisik di sekolah dan untuk meningkatkan kualitas aktivitas fisik tersebut bagi semua siswa sekolah negeri Queensland.

### Prosedur

Setiap rencana aksi mengharuskan sekolah untuk menangani enam komponen untuk membangun program aktivitas fisik mereka:

- Mengalokasikan waktu yang dibutuhkan untuk aktivitas fisik
- Meningkatkan akses terhadap sumber daya untuk aktivitas fisik
- Peningkatan kapasitas untuk melakukan aktivitas fisik
- Menyediakan pengembangan profesional dalam aktivitas fisik bagi semua guru
- Membangun kemitraan komunitas untuk meningkatkan aktivitas fisik
- Akuntabilitas untuk aktivitas fisik melalui protokol pelaporan tahunan





## STEPHANIE ALEXANDER KITCHEN GARDEN NATIONAL PROGRAM



### Tujuan

- Pendidikan makanan yang menyenangkan dapat diakses ke setiap sekolah dasar Australia melalui program kebun dapur berbasis pengalaman.



### Misi

- Bekerja sama dengan pemerintah dan mitra untuk memberikan inspirasi, informasi, pelatihan dan dukungan yang menjamin penyediaan program taman dapur berbasis pengalaman yang efektif di sekolah dasar di seluruh Australia.

### Prosedur

- Siswa Menciptakan makanan di kebun yang mereka tanam dan rancang sendiri
- Memasak makanan oleh tim-tim kecil di kelas dapur dengan menggunakan produk yang telah mereka tanam
- Berkumpul di meja dan semua duduk untuk berbagi makanan mereka



## TIM penelitian (Unnes dan Queensland University)



## STEPHANIE ALEXANDER KITCHEN GARDEN NATIONAL PROGRAM



### Kendala teknis

- Kurangnya dana pemerintah
- Perekrutan sukarelawan yang sesuai dengan keahlian
- Integrasi dengan kurikulum sekolah
- Pengetahuan sekolah tentang mekanisme pendanaan yang berkelanjutan



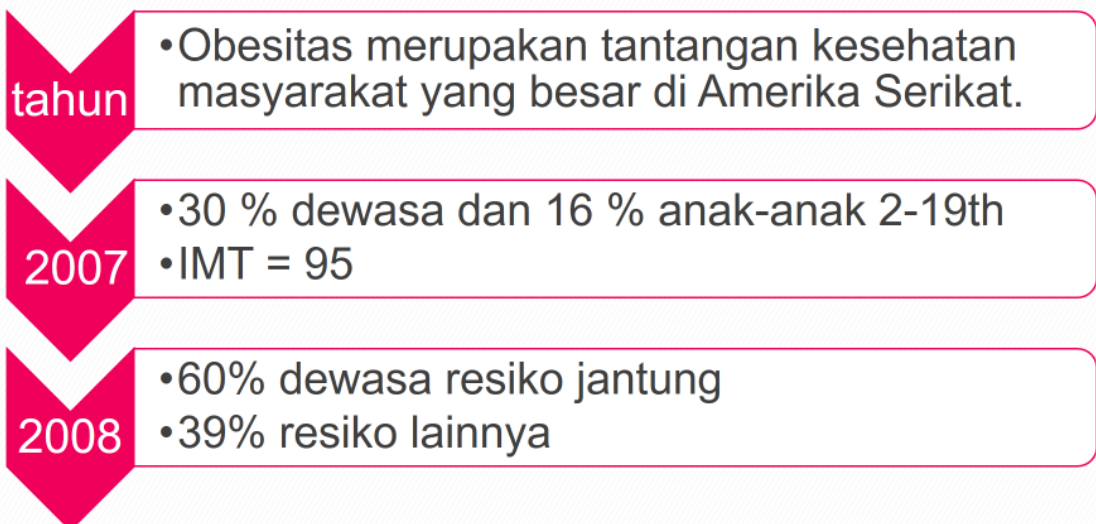
### Hasil Mengurangi Obesitas Anak

- Tidak ada ukuran langsung berat badan siswa
- Evaluasi untuk mengidentifikasi manfaat sebagai berikut:
- Meningkatkan keterlibatan anak dalam belajar
- Meningkatkan keinginan untuk mencoba makanan baru
- Peningkatan pengetahuan dan keterampilan seputar memasak dan berkebun
- Memperbaiki lingkungan sosial sekolah
- Manfaat terbesar terlihat pada siswa dan sekolah dengan tingkat kerugian paling tinggi



## Ancaman ekonomi bangsa AS

(Dietz William M, 2009/ Milbank Quarterly J)



## Meningkatnya biaya pengobatan obesitas

1998

- \$ 78,5 miliar untuk biaya pengobatan

2002

- Klaim asuransi meningkat 10x lipat
- Dari 3,5 milyar menjadi 36,5 Milyar

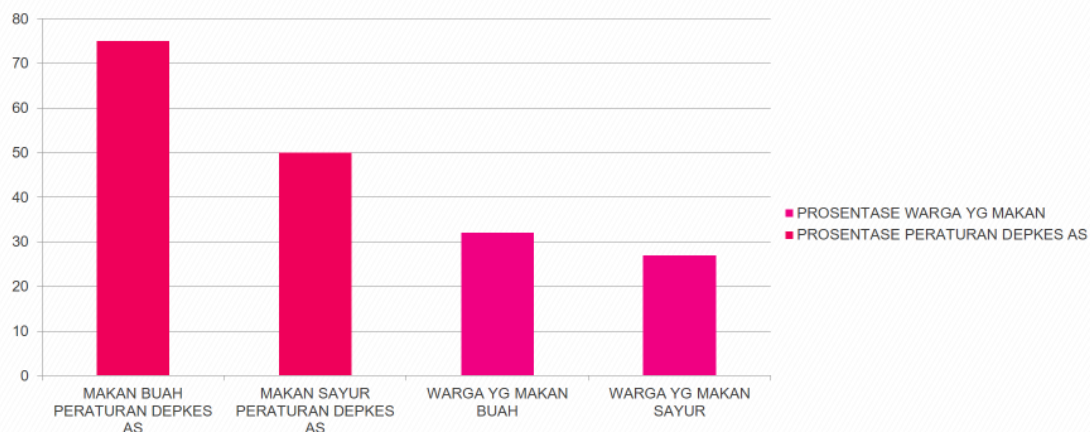
klaim

- Total biaya kesehatan 25% karena obesitas



Hasil Survey  
AS  
tentang gaya  
hidup tahun  
1998-2002

## REGULASI KESEHATAN NASIONAL AS



### UPAYA PEMERINTAH AS MENURUNKAN OBESITAS

1	Dari rumah jalan kaki ke terminal Dari tempat kerja jalan kaki ke terminal
2	Jalur sepeda, rute aman nasional anak sekolah bersepeda dan pekerja
3	Jalur rekreasi obesogen
4	Pengawasan iklan makanan berkalori tinggi & edukasi makanan berserat
5	Kewajiban memasang jumlah kalori pada makanan restoran dg huruf mencolok
6	Program pendidikan jasmani di sekolah sekolah
7	Pengukuran IMT pada dewasa, remaja dan anak anak
8	Memperluas cakupan program pencegahan dan pengendalian pengobatan pada kaum obesogen





**Terima Kasih...**

## ORAL PRESENTATIONS

### FAKTOR RISIKO DIABETES MELITUS TIPE 2 PADA PROGRAM PENGELOLAAN PENYAKIT KRONIS

Reni Wijayanti<sup>1\*</sup>, Sumardiyono<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Prodi D3 Hiperkes dan Keselamatan Kerja Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret

E-mail Korespondensi: reni31073@gmail.com

#### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Diabetes Melitus (DM) Tipe 2 yang tidak ditangani dan diobati dengan benar dapat menyebabkan berbagai komplikasi. Pengenalan tentang faktor risiko DM akan membantu Puskesmas dan Tenaga Kesehatan untuk melakukan promosi dan pencegahan terjadinya DM pada masyarakat. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor risiko DM pada anggota Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis).

**Metode:** Jenis penelitian observasional analitik dengan desain *cross sectional*. Responden adalah anggota Prolanis di wilayah kerja Puskesmas Tasikmadu Karanganyar. Pengambilan sampel menggunakan aksidental sampling, diperoleh responden sebanyak 54 orang. Variabel bebas adalah faktor risiko DM yang diukur dengan kuesioner screening penyakit Prolanis BPJS. Variabel terikat pada penelitian ini adalah DM yang telah didiagnosis oleh dokter.

**Hasil:** Faktor risiko DM yang berhubungan secara signifikan adalah usia ( $X^2 = 10,385$ ;  $p = 0,006$ ) dan Indeks Massa Tubuh ( $X^2 = 6,962$ ;  $p = 0,031$ ). Faktor risiko DM yang tidak berhubungan ( $p > 0,05$ ) adalah jenis kelamin, kebiasaan olah raga, kebiasaan merokok, kondisi stres, riwayat keluarga DM, riwayat keluarga kolesterol, dan riwayat keluarga hipertensi.

**Simpulan:** Faktor risiko yang berhubungan dengan DM tipe 2 pada Prolanis adalah usia dan Indeks Massa Tubuh.

**Kata Kunci:** Diabetes Melitus Tipe 2, Program Pengelolaan Penyakit Kronis

#### ABSTRACT

**Background:** *Diabetes Mellitus (DM) Type 2 that is not treated and treated properly can cause various complications. The introduction of DM risk factors will help Public Health Center and Health Manpower to promote and prevent the occurrence of DM in the community. The purpose of this study was to determine the risk factors of DM in members of the Chronic Disease Management Program.*

**Methods:** *This research uses analytic observational with cross sectional design. Respondents are members of the Chronic Disease Management Program in the work area of Tasikmadu Public Health Center Karanganyar. Sampling using accidental sampling, obtained by respondents as many as 54 people. The independent variable was the DM risk factor measured by the Chronic Disease Management Program of BPJS disease screening questionnaire. The dependent variable in this study was DM who had been diagnosed by the doctor.*

**Results:** *The DM risk factors associated significantly were age ( $X^2=10,385$ ;  $p=0.006$ ) and Body Mass Index ( $X^2=6,962$ ;  $p=0,031$ ). The Unrelated DM risk factors ( $p>0.05$ ) were gender,*

*exercise habits, smoking habits, stressful conditions, family history of DM, family history of cholesterol, and family history of hypertension.*

**Conclusion:** *Risk factors associated with Diabetes Mellitus (DM) Type 2 in the Chronic Disease Management Program are age and Body Mass Index.*

**Key Words:** Diabetes Mellitus Type 2, Chronic Disease Management Program

## **PENDAHULUAN**

Diabetes Melitus (DM) merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya (*American Diabetes Association, 2010*). Diabetes melitus dikelompokkan menjadi tiga tipe, yakni DM Tipe 1, DM Tipe 2 dan DM Tipe lain. DM Tipe 2 merupakan kondisi multifaktorial, mulai yang dominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif sampai dominan defek sekresi insulin disertai resistensi insulin (*PERKENI, 2015*).

Kejadian diabetes melitus (DM), terutama tipe 2, terus meningkat. Data *World Health Organization (WHO)* tahun 2014, menunjukkan bahwa 347 juta orang di seluruh dunia hidup dengan diabetes, lebih dari 80 persen di antaranya di negara berpendapatan menengah ke bawah (*WHO, 2014*). WHO memprediksi kenaikan jumlah penyandang DM di Indonesia dari 8,4 juta pada tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta pada tahun 2030. Laporan ini menunjukkan adanya peningkatan jumlah penyandang DM sebanyak 2–3 kali lipat pada tahun 2035. Sedangkan *International Diabetes Federation (IDF)* memprediksi adanya kenaikan jumlah penandang DM di Indonesia dari 9,1 juta pada tahun 2014 menjadi 14,1 juta pada tahun 2035 (*PERKENI, 2015*).

Di Indonesia, data Riset Kesehatan Dasar (*Riskesdas*) 2013 menunjukkan prevalensi diabetes sekitar 6,9 persen, meningkat dari data *Riskesdas* 2007 yang mencatat 5,7 persen. Kementerian Kesehatan memperkirakan hanya 30 persen pasien DM yang terdiagnosis. (*Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2013*). Sepanjang 2014, jumlah penderita Diabetes Melitus di Kabupaten Karanganyar sebanyak 3.704 orang dan 3.481 orang diantaranya menderita penyakit DM Tipe 2 (*DKK Karanganyar, 2014*).

Kriteria Diagnosis DM antara lain: 1) Gejala klasik DM (poliuri, polifagi, polidipsi) disertai Gula darah sewaktu (GDS) > 200 mg/dL; 2) Gejala klasik DM ditambah Gula Darah Puasa (GDP) > 126 mg/dL. Puasa artinya tidak ada asupan kalori setidaknya 8 jam; 3) Kadar gula plasma 2 jam pada Tes Toleransi Glukosa oral (TTGO) > 200 mg/dL. DM yang tidak segera ditatalaksana dengan benar akan menyebabkan komplikasi berupa mikroangiopati seperti retinopati diabetik, nefropati diabetik dan disfungsi ereksi, lalu diikuti dengan komplikasi makroangiopati seperti penyakit jantung koroner, penyakit arteri perifer, penyakit

serebrovaskuler, dan kaki diabetes. Komplikasi yang lainnya adalah neuropati perifer dan neuropati otonom (*charcot arthropathy*) (Priantoro dan Sulistyaningsih, 2014).

Menurut PERKENI (2015), pada keadaan yang tidak memungkinkan dan tidak tersedia fasilitas pemeriksaan Tes Toleransi Glukosa oral (TTGO), maka pemeriksaan penyaring dengan menggunakan pemeriksaan glukosa darah kapiler, diperbolehkan untuk patokan diagnosis DM. Dalam hal ini harus diperhatikan adanya perbedaan hasil pemeriksaan glukosa darah plasma vena dan glukosa darah kapiler seperti pada tabel 1.

Tabel 1. Kadar glukosa darah sewaktu dan puasa sebagai patokan penyaring dan diagnosis DM

		Bukan DM	Belum pasti DM	DM
Kadar glukosa darah sewaktu (mg/dL)	Plasma vena	< 100	100 – 199	≥ 200
	Darah kapiler	< 90	90 – 199	≥ 200
Kadar glukosa darah puasa (mg/dL)	Plasma vena	< 100	100 – 125	≥ 126
	Darah kapiler	< 90	90 – 99	≥ 100

Sumber: PERKENI (2015)

Salah satu upaya pemerintah menangani penyakit kronis seperti DM dan Hipertensi melalui JKN yang dikelola oleh BPJS-K adalah program Prolanis (Program pengelolaan Penyakit Kronis) (BPJS, 2014). Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) adalah Sistem pelayanan kesehatan dan pendekatan proaktif yang dilaksanakan secara terintegrasi yang melibatkan Peserta, Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien. Tujuannya adalah Mendorong peserta penyandang penyakit kronis mencapai kualitas hidup optimal dengan indikator 75% peserta terdaftar yang berkunjung ke Faskes Tingkat Pertama memiliki hasil “baik” pada pemeriksaan spesifik terhadap penyakit DM Tipe 2 dan Hipertensi sesuai Panduan Klinis terkait sehingga dapat mencegah timbulnya komplikasi penyakit. Program ini juga berlaku pada peserta Bpjs Kesehatan, bahkan ini sangat penting dan dianjurkan bagi penderita penyakit kronis misalnya Diabetes Melitus Tipe 2 dan Hipertensi. Aktifitas dalam Prolanis meliputi aktifitas konsultasi medis/edukasi, Home Visit, Reminder, aktifitas klub dan pemantauan status kesehatan (Yusriyah, 2016).



Dalam hal ini, Puskesmas Tasikmadu sebagai pelaksana Program Prolanis melakukan konsultasi dan pemeriksaan rutin setiap bulan kepada para anggota Prolanis di Puskesmas. Karena cukup tingginya prevalensi terjadinya DM di Indonesia dan penderita DM di Karanganyar maka tujuan penelitian ini adalah menganalisis faktor risiko (usia, jenis kelamin, IMT, kebiasaan berolahraga, kebiasaan merokok, stres, riwayat keluarga DM, Riwayat kolesterol keluarga, riwayat keluarga hipertensi) terhadap Diabetes Melitus Tipe 2 pada anggota Prolanis di Puskesmas Tasikmadu Karanganyar.

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*, dengan meneliti variabel faktor risiko dan DM pada waktu bersamaan. Teknik sampling yang digunakan adalah dengan sampling aksidental, dan yang menjadi responden adalah anggota Prolanis yang menghadiri konsultasi dan pemeriksaan kesehatan pada bulan Juni 2016 di Puskesmas Tasikmadu Karanganyar. Puskesmas ini merupakan fasilitas kesehatan (Faskes) tingkat pertama BPJS kesehatan. Tipe Puskesmas ini adalah Puskesmas Non Rawat Inap.

Pengambilan data menggunakan kuesioner skrining penyakit Prolanis BPJS, diperoleh responden sebanyak 54 orang, selanjutnya dilakukan pengukuran stres dengan kuesioner DASS, pengukuran berat badan dan tinggi badan, serta pemeriksaan Gula Darah Sewaktu.

Analisis data secara univariat dan bivariat. Pada analisis univariat dihitung frekuensi observasi yang disajikan dalam bentuk tabulasi. Analisis bivariat menggunakan *Chi Square Test* untuk menganalisis hubungan masing-masing variabel bebas (usia, jenis kelamin, IMT, kebiasaan olah raga, kebiasaan merokok, kondisi stres, riwayat keluarga mengalami DM, riwayat kolesterol keluarga, dan riwayat keluarga hipertensi) dengan variabel terikat (kejadian DM).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik demografi responden penelitian berdasarkan hasil pengambilan data berdasarkan kuisisioner dan pemeriksaan langsung tersaji pada tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik demografi responden penelitian menurut variabel yang diteliti

No	Variabel	DM	Non-DM	Jumlah	$\chi^2$	P
		n (%)	n (%)	N (%)		
1.	Usia (tahun)					
	45 – 54	6 (100)	0 (0)	6 (100)	10,385	0,006

	55 – 65	9 (100)	0 (0)	9 (100)		
	> 65	21 (53,85)	18 (46,15)	39 (100)		
2.	Jenis kelamin					
	Laki-laki	12 (54,54)	10 (45,46)	22 (100)	2,455	0,117
	Perempuan	24 (75)	8 (25)	32 (100)		
3.	IMT (kg/m <sup>2</sup> )					
	< 25	15 (88,23)	2 (11,77)	17 (100)	6,962	0,031
	25 – 29,5	19 (61,29)	12 (38,71)	31 (100)		
	> 30	2 (33,33)	4 (66,67)	6 (100)		
4.	Kebiasaan berolahraga					
	Ya	24 (66,67)	12 (33,33)	36 (100)	0,000	1,000
	Tidak	12 (66,67)	6 (33,33)	18 (100)		
5.	Kebiasaan merokok					
	Ya	10 (55,56)	8 (44,44)	18 (100)	1,500	0,221
	Tidak	26 (72,22)	10 (27,78)	36 (100)		
6.	Stres					
	Ya	0 (100)	0 (100)	0 (100)	Tidak ada kasus stress	
	Tidak	36 (66,67)	18 (33,33)	54 (100)		
7.	Riwayat keluarga mengalami DM					
	Ya	12 (80)	3 (20)	15 (100)	1,662	0,197
	Tidak	24 (61,54)	15 (38,46)	39 (100)		
8.	Riwayat kolesterol keluarga					
	Ya	8 (66,67)	4 (33,33)	12 (100)	0,000	1,000
	Tidak	28 (66,67)	14 (33,33)	42 (100)		
9.	Riwayat keluarga hipertensi					
	Ya	28 (73,68)	10 (26,32)	38 (100)	2,842	0,092
	Tidak	8 (50)	8 (50)	16 (100)		

Dari hasil di atas dapat diketahui bahwa dengan pengukuran menggunakan kuisioner screening penyakit Prolanis BPJS menunjukkan bahwa variabel antara umur dengan kejadian diabetes mellitus menunjukkan adanya kecenderungan semakin meningkat usia maka semakin tinggi kemungkinan menderita diabetes mellitus. Hal ini didukung dengan uji statistik hubungan antara umur dengan DM tipe 2 yang signifikan pada pasien prolanis ( $p = 0,006 < 0,05$ ). Di negara berkembang, kelompok umur yang berisiko untuk menderita DM adalah usia 46-64 tahun karena pada usia tersebut terjadi intoleransi glukosa. Proses penuaan menyebabkan menurunnya kemampuan sel  $\beta$  pankreas dalam memproduksi insulin (Budhiarta dalam Sujaya, 2009). Dari hasil analisis Riskesdas 2007, orang yang berusia 26-35 tahun berisiko 2,32 kali, usia 36-45 tahun berisiko 6,88 kali, dan usia lebih dari 45 tahun berisiko 14,99 kali untuk menderita DM Tipe 2 dibandingkan dengan usia 15-25 tahun (Irawan, 2010).

Perempuan lebih berisiko menderita DM karena secara fisik wanita memiliki peluang peningkatan indeks masa tubuh yang lebih besar. Sindroma siklus bulanan (*premenstrual syndrome*) dan *pasca-menopause* yang membuat distribusi lemak tubuh menjadi lebih

mudah terakumulasi. Selain itu, pada wanita yang sedang hamil terjadi ketidakseimbangan hormonal. Hormon progesteron menjadi lebih tinggi sehingga meningkatkan sistem kerja tubuh untuk merangsang sel-sel berkembang. Selanjutnya tubuh akan memberikan sinyal lapar dan pada puncaknya menyebabkan sistem metabolisme tubuh tidak dapat menerima langsung asupan kalori sehingga menggunakannya secara total sehingga terjadi peningkatan kadar gula darah saat hormon ini meningkat (Damayanti dalam Irawan, 2010), namun pada penelitian ini berbeda dengan pendapat Damayanti (dalam Irawan, 2010) karena tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian DM tipe 2 pada pasien prolans ( $p = 0,117 > 0,05$ ).

Obesitas merupakan faktor risiko yang berperan penting terhadap penyakit Diabetes Mellitus. Orang dengan obesitas memiliki masukan kalori yang berlebih. Sel beta pankreas akan mengalami kelelahan dan tidak mampu untuk memproduksi insulin yang cukup untuk mengimbangi kelebihan masukan kalori. Akibatnya kadar glukosa darah akan tinggi yang akhirnya akan menjadi DM (Kaban dkk., 2007). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara indeks massa tubuh (IMT) dengan kejadian DM tipe 2 pada pasien prolans ( $p = 0,031 < 0,05$ ).

Olahraga sangat berperan dalam mengontrol gula darah. Pada saat tubuh melakukan olahraga maka sejumlah glukosa akan diubah menjadi energi. Olahraga mengakibatkan insulin semakin meningkat sehingga kadar gula dalam darah akan berkurang. Pada orang yang jarang berolahraga, zat makanan yang masuk ke dalam tubuh tidak dibakar tetapi ditimbun dalam tubuh sebagai lemak dan gula. Jika insulin tidak mencukupi untuk mengolah glukosa menjadi energi maka akan timbul DM (Kemenkes, 2010). Namun pada penelitian ini tidak ditemukan adanya hubungan yang signifikan antara kebiasaan berolahraga dengan kejadian DM tipe 2 pada pasien Prolans ( $p = 1,000 > 0,05$ ).

Asap rokok dapat meningkatkan kadar gula darah. Pengaruh rokok (nikotin) merangsang kelenjar adrenal dan dapat meningkatkan kadar glukosa. Penelitian yang dilakukan oleh Houston dari *Birmingham Veteran Affairs Medical Centre*, Alabama, AS menyatakan bahwa perokok aktif memiliki risiko 22% lebih tinggi untuk menderita DM Tipe 2 dibanding orang yang tidak merokok (Rmexpose dalam Irawan, 2010). Namun dalam penelitian ini diperoleh hasil yang berbeda karena tidak ditemukan hubungan yang signifikan antara kebiasaan merokok dengan kejadian DM tipe 2 pada pasien prolans ( $p = 0,221 > 0,05$ ).

Orang yang mengalami stres memiliki risiko 1,67 kali untuk menderita DM Tipe 2 dibandingkan orang yang tidak mengalami stres (Susilowati dan Amiruddin, 2008). Dalam menghadapi stres, tubuh bersiap untuk mengambil tindakan atau merespon. Dalam respon

ini, kadar hormon menjadi banyak, seperti hormon katekolamin, kortisol dan hormon pertumbuhan melonjak. Hormon-hormon tersebut membuat banyak energi tersimpan di mana glukosa dan lemak yang tersedia untuk sel. Namun, insulin tidak selalu membiarkan energi ekstra ke dalam sel sehingga glukosa menumpuk dalam darah. Inilah yang menyebabkan terjadinya diabetes (Mitra, 2008). Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada pasien yang dinilai mengalami stres. Hal ini mungkin terjadi karena kebanyakan pekerjaan dari pasien adalah pensiunan dan pengukuran pola stres didasarkan pada butir soal sebagai berikut “Apakah pekerjaan Anda menuntut Anda untuk bekerja keras dan penuh persaingan, sehingga Anda merasakan sering mudah lelah, susah tidur dan cepat terbangun di pagi hari?”, sehingga kurangnya alat ukur yang lebih spesifik untuk menilai faktor stres. Namun dalam penelitian ini tidak ditemukan pasien prolans yang mengalami stres, jadi tidak ada kejadian DM tipe 2 yang disebabkan oleh karena stres pada pasien prolans.

Riwayat keluarga dengan diabetes mellitus mempunyai peran yang lebih besar dengan kejadian diabetes mellitus. Timbulnya penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2 sangat dipengaruhi oleh faktor genetik. Bila terjadi mutasi gen menyebabkan kekacauan metabolisme yang berujung pada timbulnya DM Tipe 2 (Kaban dkk., 2007). Risiko seorang anak mendapat DM Tipe 2 adalah 15% bila salah satu orang tuanya menderita DM. Jika kedua orang tua menderita DM maka risiko menderita DM adalah 75%. Orang yang memiliki ibu dengan DM memiliki risiko 10-30% lebih besar dari pada orang yang memiliki ayah dengan DM. Hal ini dikarenakan penurunan gen sewaktu dalam kandungan lebih besar dari ibu. Jika saudara kandung menderita DM maka risiko untuk menderita DM adalah 10% dan 90% jika yang menderita adalah saudara kembar identik (Diabetes UK, 2010). Namun penelitian ini berbeda dengan pendapat tersebut karena tidak ada hubungan yang signifikan antara riwayat keluarga DM dengan kejadian DM tipe 2 pada pasien prolans ( $p = 0,197 > 0,05$ ).

Kadar kolesterol yang tinggi berisiko terhadap penyakit DM Tipe 2. Kadar kolesterol tinggi menyebabkan meningkatnya asam lemak bebas (*free fatty acid*) sehingga terjadi lipotoksisitas. Hal ini akan menyebabkan terjadinya kerusakan sel beta yang akhirnya mengakibatkan DM Tipe 2. Kadar kolesterol total berisiko untuk diabetes jika hasilnya  $>190$  mm/dL (kadar kolesterol tinggi) sedangkan kadar normal adalah  $\leq 190$  mm/dL (Kemenkes, 2010). Namun berdasarkan hasil penelitian ini, tidak ditemukan riwayat kolesterol dengan kejadian DM tipe 2 pada pasien prolans ( $p = 1,000 > 0,05$ ).

Orang dengan hipertensi memiliki risiko 4,29 kali untuk mendapatkan DM Tipe 2 dibandingkan dengan orang yang tidak hipertensi (Buraerah dkk., 2009). Penebalan



pembuluh darah pada pasien hipertensi akan menyebabkan diameter pembuluh darah menyempit. Hal ini akan menyebabkan proses pengangkutan glukosa dari dalam darah menjadi terganggu (Pusparini, 2007). Selain itu, hipertensi akan menyebabkan insulin resisten sehingga terjadi hiperinsulinemia, terdapat mekanisme kompensasi tubuh agar glukosa darah normal. Bila tidak dapat diatasi maka akan terjadi gangguan Toleransi Glukosa Terganggu (TGT) yang mengakibatkan kerusakan sel beta dan terjadilah DM Tipe 2 (Kemenkes, 2010). Namun hal ini berbeda dengan hasil penelitian ini yang menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara riwayat hipertensi dengan kejadian DM tipe 2 ( $p = 0,092 > 0,05$ ).

## **PENUTUP**

Faktor risiko yang berhubungan signifikan dengan penyakit DM tipe 2 pada pasien prolans adalah usia dan indeks massa tubuh (IMT).

## **UCAPAN TERIMA KASIH**

Ucapan terima kasih peneliti sampaikan kepada mahasiswa pendidikan dokter tahap profesi stase IKM-KP tahun 2016 yang telah membantu penelitian ini:

1. Abdurahman Baharudin W
2. Pieter Reinaldo
3. Meda Mitasari
4. Kartika Yuliana Putri

## **DAFTAR PUSTAKA**

- American Diabetes Association (2010). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2010 Jan; 33(Suppl 1): S62–S69.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI (2013). *Riset Kesehatan Dasar 2013*. Jakarta: Depkes RI.
- Buraerah H., Zulkifli A., Hanis M. (2009). *Analisis Faktor Risiko Diabetes Mellitus Tipe 2 di Puskesmas Tanrutedong Sidenreng Rappang 2007*. *MEDIKA: Jurnal Kedokteran Indonesia* (Apr. 2009), 35(04):228-238.
- DKK Karanganyar (2014). *Profil kesehatan Kabupaten Karanganyar 2014*. Karanganyar: Dinas Kesehatan Kabupaten Karanganyar.
- Hidayat AAA (2010). *Metode Penelitian Kesehatan: Paradigma Kuantitatif*. Surabaya: Health Book Publishing.
- Irawan D. (2010). *Prevalensi dan Faktor Risiko Kejadian Diabetes Mellitus Tipe 2 di Daerah Urban Indonesia (Analisa Data Sekunder Riskesdas 2007)*. Thesis. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Kekhususan Biostatistik dan Kependudukan, Universitas Indonesia.

- Kaban S., Sarumpaet S.M., Irnawati, Wahyuni A.S. (2007). Diabetes Tipe 2 di Kota Sibolga Tahun 2005. *Majalah Kedokteran Nusantara*, Juni 2007. 40(2):119–128.
- Kementerian Kesehatan (2010). *Petunjuk Teknis Pengukuran Faktor Risiko Diabetes Mellitus*. <http://perpustakaan.depkes.go.id:8180/handle/123456789/1350>
- Mitra A. (2008). Diabetes and Stress: A Review. *Ethno-Med*. 2(2):131–135.
- PERKENI (2015). Konsensus Pengelolaan Dan Pencegahan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Indonesia 2015. <http://pbperkeni.or.id/doc/konsensus.pdf>.
- Priantoro D, Sulistyarningsih DP (2014). *Diabetes Melitus*, dalam Kapita Selekta Kedokteran. Jakarta: Media Aesculapius.
- Pusparini (2007). *Obesitas Sentral, Sindroma Metabolik dan Diabetes Mellitus Tipe Dua*. *Universa Medicina*. 26(4):195–204 .
- Sujaya I N. (2006). *Pola Konsumsi Makanan Tradisional Bali sebagai Faktor Risiko Diabetes Mellitus Tipe II di Tabanan*. <https://journal.stikes-bali.ac.id/medias/journal/>
- Susilowati A., Amiruddin R. (2008). Faktor Risiko Diabetes Melitus di Rumah Sakit Umum Dr. Wahidin Sudirohusodo Makasar. *MEDIKA: Jurnal Kedokteran Indonesia* (Mar. 2008), 34(3): 182-188.
- World Health Organization (WHO) (2014). *Diabetes*. [http://who.int/nmh/publications/fact\\_sheet\\_diabetes\\_en.pdf](http://who.int/nmh/publications/fact_sheet_diabetes_en.pdf)
- Yusriyah A. (2016). *Penjaminan dan Pelaksanaan PROLANIS Peserta BPJS Kesehatan*. <http://www.bpjs-kesehatan.net/2016/02/penjaminan-dan-pelaksanaan-prolanis.html>

## ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN STATUS GIZI MAHASISWA

Sumardiyono<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Prodi D3 Hiperkes dan Keselamatan Kerja Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret

E-mail Korespondensi: sumardiyono\_uns@yahoo.com

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Kesehatan berpengaruh terhadap keberhasilan mahasiswa dalam menyelesaikan studinya. Salah satu permasalahan yang berhubungan dengan kesehatan adalah obesitas. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan tingkat stres, usia, jenis kelamin, kebiasaan sarapan pagi, kebiasaan berolahraga, kebiasaan merokok, lama tidur malam dengan status gizi pada mahasiswa.

**Metode:** Jenis penelitian adalah observasional analitik dengan desain *cross sectional*. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner, timbangan berat badan, meteran tinggi badan. Teknik sampling menggunakan kluster aksidental quota sampling. Teknik pengukuran data menggunakan wawancara dan pengukuran langsung. Analisis data menggunakan *Chi Square Test*.

**Hasil:** Faktor risiko yang tidak berhubungan dengan status gizi mahasiswa adalah tingkat stres, usia, jenis kelamin, kebiasaan sarapan pagi, kebiasaan berolahraga, kebiasaan merokok, dan lama tidur malam ( $p > 0,05$ ).

**Simpulan:** Status gizi pada mahasiswa yang berumur antara 18–22 tahun cenderung stabil.

**Kata Kunci:** status gizi, mahasiswa

### ABSTRACT

**Background:** Health affects the success of students in completing their studies. One of the problems associated with health is obesity. The purpose of this study was to analyze the relationship of stress level, age, gender, breakfast habits, exercise habits, smoking habits, sleep duration with nutritional status in students.

**Methods:** The type of research is observational analytic with cross sectional design. The research instrument used questionnaires, weight scales, height meter. The sampling technique uses an accidental quota sampling cluster. The data measurement technique uses interview and direct measurement. Data analysis using *Chi Square Test*.

**Results:** Risk factors unrelated to the student's nutritional status were stress level, age, gender, breakfast habits, exercise habits, smoking habits, and long nights sleep ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** The nutritional status of students aged between 18-22 years tend to be stable.

**Key Words:** Nutritional status, Students

### PENDAHULUAN

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Pendidikan Tinggi, pasal 13 ayat 5 menyebutkan bahwa mahasiswa dapat menyelesaikan program pendidikan sesuai dengan kecepatan belajar masing-masing dan tidak melebihi ketentuan batas waktu yang ditetapkan oleh Perguruan Tinggi. Mengacu pada hal tersebut, maka mahasiswa diharapkan dapat menyelesaikan studinya sesuai waktu yang disediakan.

Ketepatan waktu studi mahasiswa ini merupakan salah satu parameter penting dalam evaluasi keberhasilan penyelenggaraan program studi. Tingkat keberhasilan penyelesaian studi ini dipengaruhi antara lain oleh faktor kesehatan, non kesehatan, dan perkembangan teknologi.

Pada saat ini kemajuan teknologi dan perkembangan zaman memberikan pengaruh terhadap kualitas kesehatan sehingga manusia perlu waspada terhadap pengaruh negatifnya karena kesehatan merupakan aset sangat berharga dalam menentukan keberhasilan kehidupan manusia. Orang yang tidak sehat akan berkurang aktivitasnya sehari-hari, dan juga akan mendapatkan hasil yang kurang maksimal dalam mengerjakan karyanya. Salah satu aktivitas yang membutuhkan kesehatan yang prima adalah aktivitas mahasiswa dalam menyelesaikan studinya yang diharapkan tepat waktu.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Salamullah (2013) tentang faktor-faktor yang menghambat penyelesaian studi mahasiswa menunjukkan bahwa terdapat faktor-faktor yang menghambat penyelesaian studi mahasiswa, terdiri dari faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yaitu: faktor kesehatan dan minat, sedangkan faktor eksternal yaitu: faktor akomodasi atau tempat tinggal, fasilitas belajar, lingkungan kampus, lingkungan budaya, dan faktor teman sebaya. Demikian pula hasil penelitian yang dilakukan oleh Ihsan dan Zaki (2015) pada mahasiswa, menemukan bahwa faktor-faktor yang signifikan mempengaruhi lama studi mahasiswa yaitu: kesehatan, intelegensi, kesiapan, bakat, minat, hubungan orangtua dan anak, hubungan antar anggota keluarga, keadaan ekonomi keluarga, latar belakang budaya, hubungan antara dosen dengan mahasiswa, hubungan antara mahasiswa dengan mahasiswa yang lain, kurikulum, disiplin kampus, lingkungan tetangga, aktivitas dalam masyarakat, dan organisasi.

Dari hasil kedua penelitian tersebut terlihat bahwa variabel kesehatan berpengaruh terhadap keberhasilan mahasiswa dalam menyelesaikan studinya. Salah satu permasalahan yang berhubungan dengan kesehatan adalah obesitas. Soegih (2009), mengatakan peningkatan prevalensi kelebihan berat badan atau *overweight* dan obesitas merupakan dampak dari perkembangan ekonomi di negara-negara Asia-Pasifik yang semakin meningkat. Obesitas terjadi karena asupan kalori berlebihan namun aktivitas fisik berkurang. Diperkirakan sebanyak 1,1 milyar orang di dunia mengalami *overweight* dan 320 juta diantaranya merupakan obesitas. Survei Nasional di Indonesia menunjukkan penderita obesitas adalah 8,1% laki-laki dan 13,5% perempuan. Disampaikan juga oleh Arisman (2008), diperkirakan oleh *The International Obesity Task Force* (IOTF) bahwa lebih dari 1,7 milyar orang memiliki risiko kesehatan yang berhubungan dengan berat badan, termasuk populasi di Asia, dengan Indeks Massa Tubuh (IMT) = 23 kg/m<sup>2</sup>.



Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan tingkat stres, usia, jenis kelamin, kebiasaan sarapan pagi, kebiasaan berolahraga, kebiasaan merokok, lama tidur malam dengan status gizi pada mahasiswa.

## **METODE**

Jenis penelitian menggunakan observasional analitik dengan desain *cross sectional*. Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner. Kuesioner untuk mengukur tingkat stres menggunakan kuesioner *Depression-Anxiety-Stress Scale (DASS 42)* dari *Psychology Foundation of Australia* (2014). DASS 42 terdiri dari 42 pertanyaan, masing-masing 14 butir pertanyaan untuk mengukur depresi, kecemasan, dan stres. Dalam penelitian ini hanya digunakan 14 butir pertanyaan untuk mengukur tingkat stres. Uji validitas dan reliabilitas instrumen DASS 42 telah divalidasi oleh Damanik (2006).

Untuk mengukur usia, jenis kelamin, kebiasaan sarapan pagi, kebiasaan berolahraga, kebiasaan merokok, dan lama tidur malam digunakan kuesioner yang berisi lembar isian data. Pengukuran status gizi menggunakan timbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan. Alat untuk mengukur tinggi badan menggunakan meteran tinggi badan type SZ-200 dan berat badan menggunakan timbangan type GEA-BR9202 yang telah dikalibrasi.

Populasi penelitian adalah mahasiswa Universitas Sebelas Maret. Pengambilan sampel menggunakan teknik *cluster aksidental quota sampling*. Cluster yang digunakan dalam penelitian ini adalah mahasiswa D-3, D-4, dan S-1. Jumlah sampel yang diperoleh sebanyak 79 orang.

Teknik pengumpulan data dengan melakukan wawancara secara langsung yang dipandu dengan kuesioner. Sumber data dalam penelitian ini adalah data primer untuk variabel tingkat stres, usia, jenis kelamin, kebiasaan sarapan pagi, kebiasaan berolahraga, kebiasaan merokok, lama tidur malam yang diperoleh melalui kuesioner dan status gizi yang diperoleh melalui pengukuran langsung.

Skala pengukuran masing-masing variabel adalah nominal. Tingkat stres dibagi 4 kategori, usia dibagi 5 kategori, jenis kelamin dibagi 2 kategori, kebiasaan sarapan pagi dibagi 3 kategori, kebiasaan berolahraga dibagi 3 kategori, kebiasaan merokok dibagi 3 kategori, lama tidur malam dibagi 3 kategori, dan status gizi dibagi 4 kategori. Teknik analisis data dengan menggunakan *Chi Square Test* pada masing-masing hubungan antara variabel bebas terhadap variabel terikat, dengan tingkat kemaknaan 0,05 ( $p \leq 0,05$ ).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil pengukuran pada masing-masing variabel meliputi tingkat stres, usia, jenis kelamin, kebiasaan sarapan pagi, kebiasaan berolahraga, kebiasaan merokok, lama tidur malam, dan status gizi pada mahasiswa tersaji pada tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik subjek penelitian menurut variabel yang diteliti

Variabel	Jumlah	
	N	%
Tingkat Stres		
1. Normal	71	88,8
2. Stres ringan	4	5,1
3. Stres sedang	2	2,5
4. Stres berat	2	2,5
Jumlah	79	100
Usia		
1. 18 tahun	4	5,1
2. 19 tahun	20	25,3
3. 20 tahun	40	50,6
4. 21 tahun	9	11,4
5. 22 tahun	6	7,6
Jumlah	79	100
Jenis kelamin		
1. Laki-laki	40	50,6
2. Perempuan	39	49,4
Jumlah	79	100
Kebiasaan sarapan pagi		
1. Rutin	40	50,6
2. Kadang-kadang	17	21,5
3. Tidak sarapan	22	27,8
Jumlah	79	100
Kebiasaan berolahraga		
1. Tidak berolahraga	22	27,8
2. Kadang-kadang	29	36,7
3. Rutin	28	35,4
Jumlah	79	100
Kebiasaan merokok		
1. Tidak merokok	65	82,3
2. Kadang-kadang	4	5,1
3. Merokok	10	12,7
Jumlah	79	100
Lama tidur malam		
1. Kurang waktu tidur malam	11	13,9
2. Kadang-kadang	11	13,9
3. Cukup waktu tidur malam	57	72,2
Jumlah	79	100
Status gizi		
1. Berat badan	9	11,4

kurang				
2. Berat badan	46	58,2		
normal				
3. Obesitas ringan	19	24,1		
4. Obesitas sedang	5	6,3		
Jumlah	79	100		

Hubungan antara masing-masing variabel bebas (tingkat stres, usia, jenis kelamin, kebiasaan sarapan pagi, kebiasaan berolahraga, kebiasaan merokok, dan lama tidur malam) dengan variabel terikat (status gizi) tersaji pada tabel 2.

Tabel 2. *Crosstab* hubungan antara faktor risiko dengan status gizi pada mahasiswa

Variabel	Status gizi								Jumlah	X <sup>2</sup>	p	
	BB kurang		BB normal		Obesitas ringan		Obesitas sedang					
	n	%	N	%	n	%	n	%				
Tingkat stres										4,116	0,904	
Normal	9	12,7	39	54,9	18	25,4	5	7,0	71	100		
Stres ringan	0	0,0	3	75,0	1	25,0	0	0,0	4	100		
Stres sedang	0	0,0	2	100	0	0,0	0	0,0	2	100		
Stres berat	0	0,0	2	100	0	0,0	0	0,0	2	100		
Jumlah	9	11,4	46	58,2	19	24,1	5	6,2	79	100		
Usia										18,260	0,108	
18 tahun	2	50,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	4	100		
19 tahun	5	25,0	11	55,0	3	15,0	1	5,0	20	100		
20 tahun	1	2,5	25	62,5	10	25,0	4	10,0	40	100		
21 tahun	0	0,0	5	55,6	4	44,4	0	0,0	9	100		
22 tahun	1	16,7	3	50,0	2	33,3	0	0,0	6	100		
Jumlah	9	11,4	46	58,2	19	24,1	5	6,3	79	100		
Jenis kelamin										1,748	0,626	
Laki-laki	3	7,5	24	60,0	11	27,5	2	5,0	40	100		
Perempuan	6	15,4	22	56,4	8	20,5	3	7,7	39	100		
Jumlah	9	11,4	46	58,2	19	24,1	5	6,3	79	100		
Kebiasaan sarapan pagi										6,905	0,330	
Rutin	5	12,5	23	57,5	10	25,0	2	5,0	40	100		
Kadang-kadang	4	23,5	8	47,5	3	17,6	2	11,8	17	100		
Tidak sarapan	0	0,0	15	68,2	6	27,3	1	4,5	22	100		
Jumlah	9	11,4	46	58,2	19	24,1	5	6,3	79	100		
Kebiasaan berolahraga										3,121	0,799	
Tidak berolahraga	3	13,6	12	54,5	5	22,7	2	9,1	22	100		
Kadang-kadang	4	13,8	15	51,7	9	31,0	1	3,4	29	100		
Rutin	2	7,1	19	67,9	5	17,9	2	7,1	28	100		
Jumlah	9	11,4	46	58,2	19	24,1	5	6,3	79	100		
Kebiasaan merokok										5,038	0,539	
Tidak merokok	9	13,8	37	56,9	16	24,6	3	4,6	65	100		
Kadang-kadang	0	0,0	2	50,0	1	25	1	25,0	4	100		
Merokok	0	0,0	7	70,0	2	20	1	10,0	10	100		
Jumlah	9	11,4	46	58,2	19	24,1	5	6,3	79	100		
Waktu tidur malam										1,698	0,945	
Kurang waktu tidur malam	2	18,2	6	54,5	3	27,3	0	0,0	11	100		
Kadang-kadang	1	9,1	7	63,6	2	18,2	1	9,1	11	100		
Cukup waktu tidur malam	6	10,5	33	57,9	14	24,6	4	7,0	57	100		
Jumlah	9	11,4	46	58,2	19	24,1	5	6,3	79	100		

Hasil uji hubungan antara tingkat stres dengan status gizi menunjukkan hasil yang tidak signifikan ( $X^2 = 4,114$ ;  $p = 0,904 > 0,05$ ). Hal ini menunjukkan tidak ada pengaruh tingkat stres terhadap status gizi pada mahasiswa. Hasil ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Nisa (2016) yang menyatakan tidak ada hubungan tingkat stres dengan status gizi ( $p = 0,151$ ) pada siswa SMA. Pada penelitian Nisa (2016), stres juga diukur dengan kuesioner DASS 42, namun subjeknya adalah siswa SMA berjumlah 66 orang menggunakan *Chi Square Test*, sedangkan pada penelitian ini subjeknya adalah mahasiswa. Demikian juga sejalan dengan penelitian Yanti (2016) yang menyatakan tidak ada hubungan antara tingkat stres dengan status gizi pada mahasiswa pendidikan dokter ( $r = 0,180$ ;  $p = 0,084$ ). Penelitian oleh Yanti (2016) juga menggunakan kuesioner DASS dengan jumlah subjek 93 orang mahasiswa pendidikan dokter menggunakan uji statistik *Pearson Product Moment*. Perbedaannya dengan penelitian ini adalah subjeknya tidak hanya dari S-1 tetapi juga dari D-3 dan D-4. Demikian juga sejalan dengan penelitian Maun (2016), yang menyatakan tidak ada hubungan signifikan antara tingkat stres dengan status gizi dengan nilai ( $p = 0,751$ ;  $p = 0,961$ ). Penelitian Maun (2016) menggunakan subjek mahasiswa S-1 sebanyak 52 orang menggunakan uji korelasi Spearman.

Hasil uji hubungan antara usia dengan status gizi menunjukkan hasil yang tidak signifikan ( $X^2 = 18,260$ ;  $p = 0,108 > 0,05$ ). Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan usia dengan status gizi pada mahasiswa yang berusia 18–22 tahun. Penelitian hubungan antara usia dengan status gizi lebih banyak di teliti pada anak-anak, diantaranya penelitian sebelumnya oleh Arlovi (2016) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan status gizi pada anak ( $p = 0,829$ ). Penelitian Arlovi (2016) dilakukan pada 225 anak Sekolah Dasar, jadi berbeda dengan subjek pada penelitian yaitu mahasiswa. Demikian juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Suhendri (2009), yang menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara umur dengan status gizi balita ( $p = 0,684$ ). Dengan demikian hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Arlovi (2016) dan Suhendri (2009).

Hasil uji hubungan antara jenis kelamin dengan status gizi menunjukkan hasil yang tidak signifikan ( $X^2 = 1,748$ ;  $p = 0,108 > 0,05$ ). Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan jenis kelamin dengan status gizi pada mahasiswa. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Khairunnisa (2016) yang menyatakan tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan status gizi ( $X^2 = 3,752$ ;  $p = 0,153 > 0,05$ ) pada siswa SMA. Namun hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian oleh Ruslie dan Darmadi (2012) yang menyatakan ada hubungan antara jenis kelamin dengan status gizi ( $X^2 = 4,839$ ;  $p = 0,028 < 0,05$ ) pada mahasiswa, dimana mahasiswa laki-laki cenderung mengalami *overweight*; dan penelitian ini



juga tidak sejalan dengan penelitian Sousa (2008), yang menyatakan bahwa pada 1198 remaja berusia 15-22 tahun ditemukan 13,7% remaja pria mengalami obesitas, sedangkan pada remaja perempuan hanya ditemukan 5,3% yang mengalami obesitas.

Hasil uji hubungan antara kebiasaan sarapan pagi dengan status gizi menunjukkan hasil yang tidak signifikan ( $X^2 = 6,905$ ;  $p = 0,330 > 0,05$ ). Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan kebiasaan sarapan pagi dengan status gizi pada mahasiswa. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Miko dan Dina (2016), yang menyatakan tidak ada hubungan antara pola makan pagi dengan status gizi pada mahasiswa ( $p = 0,646$ ) melalui *Chi Square Test*. Perbedaan dengan penelitian Miko dan Dina (2016), pada penelitian ini menggunakan subjek laki-laki dan perempuan sedangkan penelitian Miko dan Dina (2016) menggunakan subjek semuanya perempuan. Demikian pula, hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Swantari (2011), yang menyatakan tidak ada hubungan yang signifikan antara kebiasaan sarapan pagi dengan status gizi pada anak Sekolah Dasar ( $p = 0,940 > 0,05$ ). Namun hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Yulyastri (2014), melalui uji *Kendall Tau* ( $\tau$ ) menunjukkan hasil yang signifikan atau ada hubungan pola makan pagi dengan status gizi siswa SD ( $\tau = 0,481$ ;  $p = 0,001 < 0,05$ ).

Hasil uji hubungan antara kebiasaan berolahraga dengan status gizi menunjukkan hasil yang tidak signifikan ( $X^2 = 3,121$ ;  $p = 0,799 > 0,05$ ). Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan antara kebiasaan berolahraga dengan status gizi pada mahasiswa. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Khairunnisa (2016), yang menyatakan tidak ada hubungan antara kebiasaan olahraga dengan status gizi pada siswa SMA ( $X^2 = 1,925$ ;  $p = 0,382$ ). Hasil penelitian ini sejalan pula dengan penelitian Karlina (2011), yang melalui kedua uji statistiknya menyatakan pada uji beda menggunakan *Independent Sample T-Test* menunjukkan rata-rata status gizi contoh yang biasa melakukan olahraga ( $20,6 \pm 1,9 \text{ kg/m}^2$ ) tidak berbeda nyata dengan status gizi contoh yang tidak biasa melakukan olahraga ( $21,2 \pm 3,0 \text{ kg/m}^2$ ) dengan nilai  $p > 0,05$ ; dan melalui uji korelasi Spearman menunjukkan pula tidak terdapat hubungan yang nyata antara frekuensi olahraga per minggu dengan status gizi ( $p > 0,05$ ) pada remaja.

Hasil uji hubungan antara kebiasaan merokok dengan status gizi menunjukkan hasil yang tidak signifikan ( $X^2 = 5,038$ ;  $p = 0,539 > 0,05$ ). Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan antara kebiasaan merokok dengan status gizi pada mahasiswa. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya oleh Rosiana (2012) yang menyatakan tidak ada hubungan yang signifikan antara status merokok dengan indeks massa tubuh (kurus dan normal) pada mahasiswa ( $p = 0,144 > 0,05$ ), namun ditemukan nilai OR = 2,429 yang berarti responden yang memiliki kebiasaan merokok berisiko 2,429 kali untuk memiliki indeks massa tubuh

kurus dibandingkan dengan bukan perokok. Selanjutnya Rosiana (2012) juga menguji hubungan status merokok dengan indeks massa tubuh (gemuk dan normal) yang hasilnya tidak signifikan ( $p = 0,675 > 0,05$ ), yang berarti tidak ada hubungan antara status merokok dengan indeks massa tubuh (gemuk dan normal), selanjutnya diketahui nilai  $OR = 0,799$ , artinya responden perokok memiliki peluang yang sama untuk menjadi gemuk dibanding yang bukan perokok. Namun hasil penelitian ini berbeda dengan Chhabra dan Chhabra (2011), yang menyatakan bahwa merokok berhubungan negatif dengan status gizi, dimana semakin meningkat jumlah rokok yang dihisap perhari maka status gizi semakin menurun.

Hasil uji hubungan antara kecukupan waktu tidur malam dengan status gizi menunjukkan hasil yang tidak signifikan ( $X^2 = 1,698$ ;  $p = 0,945 > 0,05$ ). Hal ini menunjukkan tidak ada hubungan antara kecukupan waktu tidur malam dengan status gizi pada mahasiswa. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Nur (2012), yang menyatakan status gizi tidak normal lebih banyak ditemukan pada remaja dengan lama tidur yang tidak baik (25%) dibanding dengan remaja dengan lama tidur baik ditemukan status gizi tidak normal sebanyak 19%. Namun dalam uji statistik dengan menggunakan *Chi Square Test* diperoleh hasil uji tidak signifikan ( $p = 0,498 > 0,05$ ), yang berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara lama tidur dengan status gizi siswa SMA.

## **PENUTUP**

Status gizi pada mahasiswa yang berumur antara 18–22 tahun cenderung stabil karena tidak dipengaruhi oleh tingkat stres, usia, jenis kelamin, kebiasaan sarapan pagi, kebiasaan berolahraga, kebiasaan merokok, lama tidur malam.

## **UCAPAN TERIMA KASIH**

Ucapan terima kasih peneliti sampaikan kepada:

Mahasiswa Program D3 Hiperkes dan Keselamatan Kerja Fakultas Kedokteran UNS yang telah membantu terlaksananya penelitian ini:

1. Akbar Wahyu S.
2. Aulia Harina W
3. Iskandar Dzulqornain
4. Mulia Uswatun K
5. Nisa Vila M
6. Septian Indra P
7. Trisnawati Inayah
8. Windhi Khurniasih

## DAFTAR PUSTAKA

- Arisman (2008). *Obesitas, Diabetes Mellitus, Dislipidemia*. Jakarta: EGC.
- Arlovi, I. S. (2016) Hubungan Faktor Sosiodemografi Terhadap Status Gizi Anak SD Negeri 1 Pringsewu Selatan. *Skripsi*. Bandar Lampung: Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
- Chhbra, P., Chhbra, S.K. (2011). Effect of Smoking on Body Mass Index: A Community-Based Study. *National Journal of Community Medicine* Oct-Dec 2011; 2(3):325–330.
- Damanik, E.D. 2006. The Measurement of Reliability, Validity, Items Analysis and Normative Data of *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS). Jakarta: Faculty of Psychology, University of Indonesia, Indonesia.
- Ihsan, H. & Zaki, A. (2015). Analisis Faktor-Faktor Yang Menghambat Penyelesaian Studi Mahasiswa FMIPA UNM. *Jurnal Scientific Pinisi, Vol.1 No.1, 25-33*.
- Karlina (2011). Hubungan Konsumsi Susu dan Kebiasaan Olahraga dengan Status Gizi dan Densitas Tulang Remaja di Asrama Tingkat Persiapan Bersama (TPB) Institut Pertanian Bogor (IPB). *Skripsi*. Bogor: Departemen Gizi Masyarakat Fakultas Ekologi Manusia Institut Pertanian Bogor.
- Khairunnisa (2016). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Pada Siswa SMA di Kabupaten Semarang. *Artikel*. Ungaran: Program Studi Kesehatan Masyarakat Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ngudi Waluyo.
- Maun, F. O. (2016). Hubungan Tingkat Stres dan Asupan Zat Gizi dengan Status Gizi Pada Mahasiswa Tingkat Akhir Jurusan Ilmu Gizi Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Esa Unggul. *Skripsi*. Jakarta: Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Esa Unggul.
- Miko, A., Dina, P.B. (2016). Hubungan Pola Makan Pagi dengan Status Gizi Pada Mahasiswi Poltekkes Kemenkes Aceh. *Jurnal AcTion: Aceh Nutrition Journal, November 2016; 1(2):83–87*.
- Nisa, A. C. (2016). Hubungan Tingkat Stres dengan Konsumsi Makan dan Status Gizi Pada Siswa Kelas X di SMA Negeri 1 Teras Boyolali. *Skripsi*. Surakarta: Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah.
- Nur, M. (2012). Hubungan Waktu Tidur dengan Status Gizi Pada Anak Remaja di SMA Negeri 5 Makassar. *Skripsi*. Makasar: Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alaudin Makassar.
- Psychology Foundation of Australia (2014). Depression Anxiety Stress Scales (DASS). Last updated Nov 10, 2014. <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/info.htm>.
- Ruslie, R.H. dan Darmadi (2012). Analisis Regresi Logistik Untuk Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Gizi Remaja. *Majalah Kedokteran Andalas, Januari-Juni 2012; 1(36):62–72*.
- Rosiana, D.I. (2012). Hubungan Status Merokok, Aktivitas Fisik, Asupan Zat Gizi, dan Konsumsi Alkohol dengan IMT Pada Mahasiswa Fakultas Teknik Universitas Indonesia Tahun 2012. *Skripsi*. Depok: Program Studi Gizi, Departemen Gizi Kesehatan Masyarakat. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

- Salamullah, A. (2013). *Faktor-Faktor Yang Menghambat Penyelesaian Studi Mahasiswa Non Reguler FPTK UPI: Studi Kasus Pada Mahasiswa Program Kerjasama Pemerintah Daerah Kabupaten Landak Kalimantan Barat dengan Universitas Pendidikan Indonesia. S1 thesis*. Bandung: Universitas Pendidikan Indonesia.
- Soegih R. (2009). *Obesitas*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sousa, P. M. (2008). Body-Image and Obesity in Adolescence: A Comparative Study of Social-Demographic, Psychological, and Behavioral Aspects. *The Spanish Journal of Psychology* 2008,11(2):551-63.
- Suhendri U. (2009). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Anak di Bawah Lima Tahun (Balita) di Puskesmas Sepatan Kecamatan Sepatan Kabupaten Tangerang Tahun 2009. *Skripsi*. Jakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah.
- Swantari, A.P. (2011). Hubungan Kebiasaan Sarapan Pagi dengan Status Gizi Pada Anak Sekolah Dasar Negeri di Kelurahan Trangsari Kecamatan Gatak Kabupaten Sukoharjo. *Skripsi*. Surakarta: Program Studi S1 Gizi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Yanti, S. F. (2016) Hubungan Status Gizi dengan Tingkat Stres Pada Mahasiswa Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala. *Skripsi*. Banda Aceh: Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala.
- Yulyastri, R. (2014). Hubungan Pola Makan Pagi dengan Status Gizi Siswa di SD Muhammadiyah Bendo Srandakan Bantul. *Naskah Publikasi*. Yogyakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah



## PENDIDIKAN DAN PELATIHAN KESELAMATAN DI LINGKUNGAN KAMPUS PADA MASA ORIENTASI MAHASISWA BARU

Miranda<sup>1\*</sup>, Agustina Eka Endiarni<sup>1\*</sup>, Aerrosa Murenda Mayadilanuari<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

E-mail Korespondensi : miranda.ikm.unnes@gmail.com

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Studi ini bertujuan untuk menggambarkan pentingnya pendidikan dan pelatihan pada masa awal atau masa orientasi mahasiswa baru sebagai langkah awal penerapan sistem manajemen keselamatan di kampus, yang merupakan bagian yang tak terpisahkan dari kesehatan masyarakat yakni mencegah penyakit dan kecelakaan serta meningkatkan derajat kesehatan.

**Metode:** Konseptual artikel dengan menggunakan metode deskriptif kualitatif berdasarkan studi literatur.

**Hasil:** Banyak kampus dan institusi yang telah mempunyai sistem manajemen keselamatan dan kesehatan serta telah menyusun prosedurnya, namun belum memberikan pendidikan dan pelatihan awal kepada para mahasiswa dan pegawainya.

**Simpulan:** Sangatlah penting untuk memberikan pelatihan dini kepada mahasiswa dan pegawai untuk mendukung implementasi sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kampus yang dapat diberikan saat masa orientasi mahasiswa baru. Sehingga diharapkan setiap mahasiswa dan pegawai dapat mengetahui potensi bahaya di kampus serta proses pencegahan dan pengendaliannya.

**Kata Kunci:** orientasi, pelatihan, pendidikan, keselamatan, manajemen

### ABSTRACT

**Background:** *The aim of this study is to describe the importance of preliminary training and education on health and safety management in campus, as it is an integral part of public health which is preventing disease, prolonging life, and promoting health.*

**Methods:** *This is a conceptual article that used descriptive qualitative method and based on literature study.*

**Results:** *The results show that many campus and institution already have their health and safety management including their standard operating procedures, but they have not gave training and education first to their members.*

**Conclusion:** *That is why it is very important to give the students and staffs in campus a preliminary training and education to support the implementation of health and safety management in campus, because a 'preliminary' which means it is given before they entered campus is an effective way to give firstly education and training. It is hoped that each members could know each hazardous potential of their area and how to prevent it.*

**Keywords :** *preliminary, training, education, safety, management*

## PENDAHULUAN

Kesehatan masyarakat adalah sebuah seni dan ilmu yang mempelajari cara pencegahan penyakit dan meningkatkan derajat kesehatan melalui usaha-usaha yang terorganisir dalam masyarakat (Acheson, 1988; WHO). Merupakan multidisiplin ilmu seperti epidemiologi, biostatistik, kebijakan kesehatan, ekonomi kesehatan, kesehatan lingkungan, dan keselamatan kesehatan kerja. Sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja atau yang sering disebut dengan SMK3 adalah sebuah pendekatan yang secara proaktif dan terus menerus digunakan untuk mengatasi masalah kesehatan dan keselamatan. Terdiri dari serangkaian langkah perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan pengembangan sistem manajemen keselamatan di tempat kerja. Sistem ini digunakan oleh sekelompok orang untuk menemukan dan memperbaiki bahaya di tempat kerja sebelum penyakit dan kecelakaan terjadi.

Berbagai elemen dalam SMK3 yang harus dilaksanakan, seperti : (1) kebijakan terkait kesehatan dan keselamatan; (2) sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja; (3) analisa risiko; (4) pelatihan, informasi, dan instruksi; (5) prosedur darurat; dan (6) analisa secara periodik (Gilda Rusu-Zager et al, 2013).

Kampus merupakan salah satu area pembentukan bagi para agen perubahan yang berkarakter dan professional. Tri Dharma Perguruan Tinggi yang terdiri atas pendidikan dan pengajaran, penelitian, serta pengabdian pada masyarakat, merupakan dasar perilaku serta tanggung jawab setiap mahasiswa dan komponen perguruan tinggi. Sebagai praktisi, mereka tidak hanya memberikan sumbangsih sesuai dengan teori ilmu pengetahuan yang mereka tekuni serta idealism yang kuat, namun lebih dari itu, mereka dapat memberikan kontribusi dan mendapatkan pengalaman di bidang aspek sosial agar nantinya dapat mengabdikan kepada masyarakat.

Dalam konteks pengurangan risiko bencana, Tri Dharma Perguruan Tinggi dilaksanakan untuk mendorong terciptanya kampus dan masyarakat yang aman dan tangguh terhadap bencana. Mahasiswa dan warga kampus sebagai agen perubahan, dapat berperan aktif di lingkungan internal kampus dan masyarakat untuk melakukan upaya pengurangan risiko bencana secara terpadu dan berkelanjutan. Dengan demikian, kegiatan-kegiatan pengabdian masyarakat yang telah maupun yang akan dilaksanakan oleh kampus akan saling berkaitan dan saling berkontribusi untuk pencapaian tujuan pengurangan risiko bencana.

Peran kampus dalam pengurangan risiko bencana, juga sejalan dengan peran kampus dalam pencapaian *millenium development goals* (MDGs) yang saat ini telah dikembangkan menjadi *sustainable development goals* (SDGs). Upaya mahasiswa yang

tertuang dalam deklarasi *youth millennium drive* pada tanggal 24 Oktober 2011, yang salah satu isinya adalah akan berkontribusi dan bersinergi dengan upaya pengurangan risiko bencana (PRB).

Tujuan dari Kampus Siaga Bencana yaitu:

- a. Meningkatkan kapasitas Perguruan tinggi terhadap upaya kesiapsiagaan bencana, pengurangan risiko bencana, dan tanggap darurat bencana.
- b. Meningkatkan peran perguruan tinggi sebagai agen perubahan dalam upaya pemberdayaan dan peningkatan kapasitas masyarakat dalam kesiapsiagaan, pengurangan risiko, dan tanggap darurat bencana.

Melalui promosi kesehatan upaya pengenalan Kampus Siaga Bencana akan lebih mudah diterapkan. Langkah ini memungkinkan semua orang termasuk mahasiswa, pengajar, dan karyawan berada di tempat atau lingkungan kampus yang aman. Setiap orang harus waspada terhadap segala bentuk risiko bahaya di kampus, yang didukung dengan kebijakan, pelaksanaan, dan peralatan pendukung untuk mencegah terjadinya peristiwa yang menimbulkan kerugian atau korban jiwa.

Salah satu contoh peristiwa yang pernah terjadi di lingkungan kampus adalah kebakaran yang terjadi pada tahun 2001 di ruang seminar dan penelitian gedung Dekanat Fakultas Teknik Kampus Universitas Indonesia Depok. Meskipun tidak ada korban jiwa tetapi kejadian kebakaran tersebut telah mengganggu operasionalisasi kampus (Setyawan, 2008).

Gedung kampus mempunyai resiko kebakaran yang disebabkan oleh adanya material mudah terbakar sebagai bahan bakar (seperti: kertas, kayu dan plastik), sumber panas yang dapat berasal dari panas sinar matahari dan instalasi listrik yang berpotensi mengalami konsleting serta tentunya terdapat oksigen pada ruangan tersebut. Oleh karena itu, diperlukan manajemen yang dapat dijadikan sebagai acuan dalam perencanaan, pelaksanaan dan pemanfaatan oleh pengelola bangunan gedung (Hesna, 2009).

Maka, perlu adanya pendidikan dan pelatihan keselamatan bagi mahasiswa saat pertama kali memasuki tahap awal di lingkungan kampus yaitu ketika Orientasi Mahasiswa Baru. Hal tersebut, tidak terlepas dari tugas pemerintah dalam penanggulangan bencana. Dalam pasal 13 UU No.24/2007, disebutkan Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB), mempunyai fungsi untuk pengkoordinasian pelaksanaan kegiatan penanggulangan bencana secara terencana, terpadu, dan menyeluruh. Selanjutnya tugas tersebut, dijabarkan dalam 3 pasal 16 UU No.24/2007 meliputi: a) prabencana, b) saat tanggap bencana, dan c) pasca bencana.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menghasilkan suatu rekomendasi sebagai upaya peningkatan kesadaran mahasiswa mengenai pentingnya keselamatan di kampus

sehingga ketika keadaan darurat datang tiba-tiba segala dampak kerugian baik jiwa, finansial hingga reputasi perguruan tinggi yang bersangkutan dapat ditekan sekecil mungkin.

## **METODE**

Metode dalam penulisan ini melalui prosedur studi literatur yang selanjutnya dilakukan pengumpulan data untuk kepentingan analisis-sintesis dalam pemecahan masalah, pengambilan simpulan, dan perumusan saran. Penulisan artikel ini diawali dari studi berbagai literatur yang membahas tentang segala konsep yang berhubungan dengan tujuan penulisan. Studi literatur dilakukan melalui pengkajian berbagai buku, jurnal ilmiah, dan internet. Adapun pokok bahasan yang dikaji meliputi sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja, pencegahan penyakit dan kecelakaan kerja. Metode analisis dalam memecahkan masalah dilakukan dengan cara komparasi dan analisis yang mendalam. Adapun langkah-langkah untuk menyusun artikel ini adalah : (1) perumusan masalah; (2) studi literatur; (3) analisis data; (4) menentukan penyelesaian masalah; dan (5) penentuan simpulan dan saran.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Salah satu dari enam elemen utama dalam sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja adalah partisipasi dari setiap orang di dalamnya. Dalam konteks ini dapat kita katakan di dalamnya adalah partisipasi mahasiswa, pengajar, dan pegawai. Mereka haruslah diberikan pengetahuan khusus tentang tempat kerja dan harus dilibatkan dalam segala aspek. Setiap orang haruslah mengerti tentang peran dan tanggung jawab mereka di bawah sistem manajemen keselamatan dan kesehatan. Untuk memenuhi hal tersebut, kampus dapat melakukan usaha tersebut melalui pendidikan dan pelatihan.

Pendidikan dan pelatihan bertujuan untuk memberikan pengetahuan dan keahlian untuk memastikan kesehatan dan keselamatan selama proses pembelajaran dan jam kerja. Pihak kampus juga harus memastikan bahwa setiap orang mempunyai informasi dan pelatihan yang cukup, meliputi : (1) tingkat risiko dari berbagai bahan atau hal di tempat kerja yang membahayakan, (2) unsur perlindungan yang harus ada di tempat kerja, serta (3) langkah yang benar dan efektif untuk menggunakan alat pelindung keselamatan.

Seperti yang telah digambarkan bahwa pendidikan dan pelatihan merupakan hal yang penting, untuk itu hal tersebut harus diimplementasikan pada seluruh tingkatan, termasuk mahasiswa, karena setiap orang yang berada di dalam kampus mempunyai tanggung jawab yang sama untuk pencegahan dan perlindungan bahaya di tempat kerja. Faktanya, berbagai institusi telah menerapkan SMK3 dan dituangkan dalam SOP, namun

sangatlah kurang terkait dengan aspek pendidikan dan pelatihannya, terutama di sektor pendidikan.

Kampus yang belum melaksanakan pendidikan dan pelatihan kepada setiap elemennya dapat menimbulkan risiko kerugian apabila terjadi kecelakaan. Pendidikan dan pelatihan yang tidak diterapkan dengan baik merupakan akar dari berbagai kecelakaan, insiden, dan kerugian lainnya (Rose, 1995). Pengetahuan dan keahlian yang diajarkan dapat menjadi bekal bagi setiap orang terkait setiap potensi bahaya di lingkungan kerja. Ketika semua orang telah berhati-hati dan mampu memahami setiap peran dan kewajibannya terhadap keselamatan dan kesehatan, maka hal tersebut akan menjadi sebuah kebiasaan atau budaya di tempat kerja.

Meskipun setiap risiko bahaya suatu tempat berbeda, hal yang terpenting adalah memberikan pelatihan, pengetahuan, dan keahlian pada setiap anggota di tempat kerja yang disesuaikan dengan jenis dan ukuran tempat kerja. Hal ini sangatlah efektif apabila diterapkan pada masa orientasi mahasiswa baru di kampus, karena saat itulah mereka memasuki lingkungan baru yang akan mereka tempati sehari-hari, yang kemudian setiap diri mereka haruslah mengerti akan potensi bahaya, sistem manajemen keselamatan dan kesehatannya, serta pengendalian bahayanya. Tahun pertama memberikan atmosfer atau kondisi yang sangat mendukung untuk diadakannya pendidikan dan pelatihan awal, termasuk perilaku keselamatan di kampus. Dan sesuai dengan rujukan dari Bloom di Notoatmodjo (2010), perilaku keselamatan terdiri dari pengetahuan, tindakan, dan penerapan, dan ketiga hal tersebut dapat digabungkan dalam pendidikan dan pelatihan sistem keselamatan kampus pada masa orientasi mahasiswa baru.

## **PENUTUP**

Dari yang telah diuraikan di atas, dapat disimpulkan bahwa institusi pendidikan merupakan bagian yang tak terpisahkan dari pengembangan keselamatan dan kesehatan di tempat kerja, yang kemudian dapat diimplementasikan dengan solusi pendidikan dan pelatihan sistem keselamatan kampus pada masa orientasi mahasiswa baru. Hal tersebut memberikan pengetahuan dan keahlian mendasar yang dibutuhkan untuk pencegahan dan pengendalian penyakit dan kecelakaan kerja sebelum mereka melaksanakan aktivitas pembelajaran sehari-hari di kampus tersebut. Saran yang dapat dipertimbangkan adalah pemberlakuan program pendidikan dan pelatihan keselamatan bagi setiap mahasiswa baru di tahun pertama sebelum masuk kampus, seperti halnya masa orientasi perguruan tinggi.



## DAFTAR PUSTAKA

- Occupational Safety and Health Administration. (2013). *Safety and Health Management System: A Road Map for Hospital*. Philadelphia: U.S. Department of Labor.
- Andersson, Ing-Marie; Gunnarsson, Kristina; Rosen, Gunar;. (2015). Role of Headmasters, Teachers, and Supervisors in Knowledge Transfer about Occupational Health and Safety to Pupils in Vocational Education. *Safety and Health at Work* , 317-323.
- Gracia, E. P. (2017). Health Education at University: Needs and Current Challenges. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* , 348-353.
- Luchini, Roberto; Landrigan, Philip;. (2015). Occupational Health and Safety in the Expanding Economics: Severe Challenges and the Need for Action Through Education and Training. *Annals of Global Health* , 463-464.
- Nasrullah, Mohammad; Suwandi, Tjipto;. (2014). Hubungan antara Knowledge, Attitude, Practice Safe Behaviour Pekerja dalam Upaya untuk Menegakkan Keselamatan dan Kesehatan Kerja. *The Indonesian Journal of Occupational Safety and Health* , 82-93.
- Pisaniello, D; Stewart, S; Jahan, N; Winefield, H;. (2010). *Improving the Evidence Base for Effective OHS Education in Secondary Schools*. Adelaide: The University of Adelaide.
- Setyawan, A. 2008. *Studi Eksploratif Tingkat Kesadaran Penghuni Gedung Bertingkat Terhadap Bahaya Kebakaran: Studi Kasus di Universitas Kristen Petra Surabaya*. Skripsi. Surabaya: Universitas Kristen Pretra Undang-Undang No 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana
- Zagar, Gilda Rusu; Iorga, Ionel; Anghel, Sorin Ovidiu; Zagar, Catalin Rusu;. (2013). Occupational Safety and Health in National Education. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* , 832-837.

# INSPEKSI HYGIENE SANITASI DAN PENGGUNAAN MEDIA BROSUR SEBAGAI UPAYA MENINGKATKAN PENGETAHUAN PENGUSAHA DAN KELAIKAN RUMAH MAKAN/RESTORAN YANG MEMENUHI SYARAT DI KOTA MAGELANG

Devi Sharaswati<sup>1\*</sup>, Lukman Fauzi<sup>1</sup>, Sulistyorini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

<sup>2</sup>Dinas Kesehatan Kota Magelang

E-mail Korespondensi: dsharas14@gmail.com

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Masyarakat perlu dilindungi dari makanan dan minuman yang tidak memenuhi persyaratan hygiene sanitasi yang dikelola rumah makan agar tidak membahayakan kesehatan. Jumlah rumah makan di Kota Magelang tahun 2016 yang memenuhi syarat yaitu 39 rumah makan, sedangkan yang tidak memenuhi syarat berjumlah 20 rumah makan. Penggunaan media brosur mengenai persyaratan hygiene sanitasi berfungsi untuk memberikan informasi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui prioritas penyebab masalah, prioritas alternatif pemecahan masalah, intervensi, dan evaluasi yang akan dilakukan di Dinas Kesehatan Kota Magelang.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan Metode Hanlon Kuantitatif dan Metode Reinke.

**Hasil:** Prioritas penyebab masalah yaitu banyak rumah makan tidak memenuhi persyaratan hygiene sanitasi. Prioritas alternatif pemecahan masalah adalah melakukan Inspeksi kelaikan dan penggunaan brosur pada rumah makan. Intervensi pertama yaitu melakukan inspeksi hygiene sanitasi pada 30 rumah makan. Intervensi kedua yaitu penempelan brosur. Evaluasi dalam jangka pendek yaitu pengusaha rumah makan antusias dan menerima saran yang diberikan serta menambah informasi yang sebelumnya tidak diketahui. Evaluasi dalam jangka panjang yaitu para pengusaha berencana memperbaiki fasilitas rumah makan seperti menambahkan lap, sabun pada tempat cuci tangan dan toilet, mengganti tempat sampah yang terbuka dengan yang tertutup sehingga dapat meningkatkan kuantitas dan kualitas rumah makan yang laik sehat.

**Simpulan:** Inspeksi hygiene sanitasi dan penggunaan media brosur dapat menjadi intervensi untuk menambah informasi pengusaha dan meningkatkan rumah makan yang laik sehat.

**Kata Kunci:** Inspeksi, Hygiene Sanitasi, Brosur, Rumah Makan.

## ABSTRACT

**Background:** Communities need to be protected from foods and beverages that do not meet the sanitation hygiene requirements of restaurants to avoid harm to health. The number of restaurants in the city of Magelang in 2016 that meet the requirements of 39 restaurants, while not eligible amounted to 20 restaurants. The use of brochure media on sanitary hygiene requirements serves to provide information. This study aims to determine the priority of the cause of the problem, the priority of alternative problem solving, intervention, and evaluation to be performed at the Health Office of Magelang City.

**Methods:** This research used Hanlon Quantitative Method and Reinke Method.

**Results:** Priority cause of problem that is many restaurant does not fulfill sanitation hygiene requirement. The priority of alternative problem solving is to inspect the goodness and the use of brochures on the restaurant. The first intervention was to inspect sanitation hygiene at 30 restaurants. The second intervention is the adhesive of the brochure. Evaluation in the

*short run is enthusiastic diner entrepreneurs and accept the advice given and add information previously unknown. Long-term evaluations of entrepreneurs plan to improve restaurant facilities such as adding laps, soaps to hand-washers and toilets, replacing open-duty garbage containers that can increase the quantity and quality of healthy-looking restaurants.*

**Conclusion:** *sanitation hygiene inspection and use of brochure media can be an intervention to add entrepreneurs information and improve healthy-sound restaurants.*

**Key Words:** Inspection, Sanitation Hygiene, Brochure, Restaurant.

## **PENDAHULUAN**

Dalam sistem kesehatan nasional dan rencana pokok program pembangunan jangka panjang bidang kesehatan dinyatakan antara lain bahwa program dari peningkatan kesehatan lingkungan adalah agar masyarakat terhindar dari gangguan kesehatan yang timbul karena kondisi makanan dan kondisi tempat-tempat umum.

Di Indonesia masalah hygiene dan sanitasi makanan pada rumah makan merupakan masalah yang terus terjadi serta mengancam jutaan orang. Hasil dari penelitian hygiene dan sanitasi pada rumah makan di Kecamatan Kota Timur dan Kecamatan Dumbo Raya menunjukkan bahwa untuk hygiene sanitasi rumah makan di tinjau dari variabel fasilitas sanitasi terdapat 5 (24%) rumah makan yang sudah memenuhi syarat kesehatan dan 16 (76%) rumah makan yang belum memenuhi syarat kesehatan. jika ditinjau dari variabel penjamah makanan terdapat 2(10%) rumah makan yang sudah memenuhi syarat kesehatan dan 19 (90%) rumah makan yang belum memenuhi syarat kesehatan. Hasil penjumlahan skore baik yang memenuhi syarat maupun yang tidak memenuhi syarat mengacu pada Kepmenkes No 1098 tahun 2003 (Blongkod F.R, 2012).

Hasil penelitian hygiene sanitasi pada rumah makan di objek wisata pantai losari Kota Makassar menunjukkan bahwa 5 (41,7%) rumah makan memenuhi persyaratan fasilitas sanitasi. Kondisi ruangan yang memenuhi syarat ditemukan pada 11 (91,7%) rumah makan. Peralatan pengolah makanan yang standar ditemukan pada 3 (25%) rumah makan. Tempat penyimpanan bahan makanan dan makanan jadi yang memenuhi syarat didapati pada 12 (100%) rumah makan. Pengolahan makan yang standar ditemukan pada 11 (91,7%) rumah makan. Tenaga kerja yang memenuhi persyaratan didapati pada 5 (41,7%) rumah makan (Fadly, 2017).

Berdasarkan gambaran pelayanan Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) serta tantangan dan peluang dalam mencapai target tahun 2016-2021 permasalahan dan kendala didasarkan pada tugas dan fungsi masing masing bidang dinas kesehatan adalah rendahnya pengawasan terhadap kesehatan lingkungan. Sasaran Jangka Menengah Renstra Dinas Kesehatan Propinsi untuk periode lima tahun dari 2016-2021 salah satunya yaitu

meningkatnya kuantitas dan kualitas kesehatan pemukiman, tempat-tempat umum dan tempat pengolahan makanan. Permasalahan yang teridentifikasi di Dinas Kesehatan Kota Magelang yaitu kurangnya pengawasan kesehatan lingkungan di pemukiman, tempat-tempat umum dan tempat pengelolaan makanan. Dukungan dari lintas sektor dalam pelaksanaan survey/sampling kesehatan lingkungan merupakan salah satu faktor pendorong untuk menyelesaikan permasalahan tersebut.

Rumah makan adalah setiap tempat usaha komersial yang ruang lingkup kegiatannya menyediakan makanan dan minuman untuk umum di tempat usahanya. Masyarakat perlu dilindungi dari makanan dan minuman yang tidak memenuhi persyaratan hygiene sanitasi yang dikelola rumah makan dan restoran agar tidak membahayakan kesehatan (Kepmenkes RI No 1908, 2003).

Rumah makan timbul dan berkembang sejalan dengan berkembangnya masyarakat dalam melayani kebutuhan konsumen. Hal ini bila tidak di tunjang dengan pengolahan makanan yang hygiene dan kondisi sanitasi yang baik maka akan menyebabkan gangguan kesehatan. Dengan demikian kualitas makanan yang dihasilkan, disajikan dan dijual oleh penjual makanan harus memenuhi syarat kesehatan.

Fasilitas sanitasi adalah sarana fisik bangunan dan perlengkapannya digunakan untuk memelihara kualitas lingkungan atau mengendalikan faktor-faktor lingkungan fisik yang dapat merugikan kesehatan manusia antara lain sarana air bersih, jamban, peturasan, saluran limbah, tempat cuci tangan, bak sampah, kamar mandi, lemari pakaian kerja (locker), peralatan pencegahan terhadap lalat, tikus dan hewan lainnya serta peralatan kebersihan. Hygiene Sanitasi makanan adalah upaya untuk mengendalikan faktor makanan, orang, tempat dan perlengkapannya yang dapat atau mungkin dapat menimbulkan penyakit atau gangguan kesehatan. Persyaratan Hygiene Sanitasi adalah ketentuan-ketentuan teknis yang ditetapkan terhadap produk rumah makan dan restoran, personel dan perlengkapannya yang meliputi persyaratan bakteriologis, kimia dan fisika. (Kepmenkes RI No 1908, 2003).

Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kota Magelang, jumlah rumah makan atau restoran yang berada di Kota Magelang sebanyak 59 rumah makan. Jumlah rumah makan yang sesuai dengan wilayah kerja puskesmas di Kota Magelang antara lain: Puskesmas Magelang Utara 4 rumah makan/restoran, Puskesmas Magelang Tengah 14 rumah makan/restoran, Puskesmas Kerkopan 18 rumah makan/restoran, Puskesmas Magelang Selatan 2 rumah makan/restoran, dan Puskesmas Jurangombo 21 rumah makan/restoran. Jumlah Rumah makan/restoran di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Magelang tahun 2016 yang memenuhi syarat hygiene sanitasi berjumlah 39 rumah makan, sedangkan yang tidak memenuhi syarat hygiene sanitasi berjumlah 20 rumah makan.

Dari hasil observasi awal ditinjau dari lokasinya yang berdekatan dengan jalan raya, yang mengakibatkan debu dan polusi masuk dalam rumah makan. Sebagian besar rumah makan kurang memperhatikan fasilitas sanitasi antara lain masalah penyediaan tempat sampah yang tidak tertutup, tempat cuci tangan yang kurang memadai, pembuangan air limbah yang terbuka dan untuk penjamah makanan masih banyak yang belum mengetahui persyaratan mengenai hygiene sanitasi rumah makan. Pengusaha rumah makan dan restoran di Kota Magelang sebagian besar tidak mengetahui persyaratan hygiene sanitasi yang erat hubungannya dengan kesehatan.

Penggunaan media brosur dalam inspeksi hygiene sanitasi rumah makan mempunyai fungsi untuk memberikan informasi atau pengetahuan mengenai persyaratan hygiene sanitasi rumah makan kepada pengusaha rumah makan, karyawan, dan pengunjung. Oleh karena itu, diperlukan inspeksi hygiene sanitasi dan penggunaan media brosur sebagai upaya meningkatkan pengetahuan pengusaha dan kelaikan rumah makan/restoran di Kota Magelang, sehingga dapat memenuhi persyaratan kesehatan berdasarkan peraturan yang berlaku.

## METODE

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh rumah makan yang berada di Wilayah Kota Magelang yang berjumlah 59 rumah makan, dan telah memiliki izin serta terdaftar pada Dinas Kesehatan Kota Magelang. Penelitian ini menggunakan Metode Hanlon Kuantitatif dan Metode Reinke. Sampel yang diambil pada saat penelitian berjumlah 30 rumah makan. Metode untuk pengambilan sampel yaitu *purposive sampling* karena berdasarkan pertimbangan orang-orang yang telah berpengalaman. Sumber data primer diperoleh dari hasil observasi langsung di lokasi penelitian, sedangkan sumber data sekunder di peroleh dari data di Dinas Kesehatan Kota Magelang.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Sebelum menentukan prioritas penyebab masalah, peneliti harus mengetahui penyebab masalahnya. Dalam penelitian ini, untuk mengetahui hasil dari prioritas penyebab masalah yaitu menggunakan metode hanlon kuantitatif. Berikut ini merupakan hasil prioritas penyebab masalah:

Tabel 1. Prioritas penyebab masalah dengan metode hanlon kuantitatif

No	Prioritas Penyebab Masalah	Skor Kriteria			Skor D (PEARL)					NPD	NPT	Prioritas
		A	B	C	P	E	A	R	L			



1.	Banyak rumah makan tidak memenuhi persyaratan hygiene sanitasi rumah makan dan restoran.	4	4	4	1	1	1	1	1	32	32	I
2.	Sebagian besar pengusaha / karyawan pada rumah makan dan restoran tidak pernah mengikuti pelatihan tentang hygiene sanitasi rumah makan dan restoran.	4	4	3	1	1	1	1	1	24	24	II
3.	Kurangnya informasi atau pengetahuan pengusaha / karyawan mengenai persyaratan hygiene sanitasi rumah makan dan restoran	3	2	4	1	1	1	1	1	20	20	III
4.	Sebagian besar rumah makan dan restoran belum pernah membuat sertifikat laik sehat.	3	2	2	1	0	1	1	1	10	0	IV

Berdasarkan hasil penetapan prioritas penyebab masalah yang utama di Dinas Kesehatan Kota Magelang adalah banyak rumah makan yang tidak memenuhi persyaratan hygiene sanitasi rumah makan dan restoran. Hal ini tidak sesuai dengan Kepmenkes 1908 tahun 2003 bahwa rumah makan harus memenuhi persyaratan hygiene sanitasi rumah makan. Persyaratan hygiene sanitasi adalah ketentuan-ketentuan teknis yang ditetapkan terhadap produk rumah makan dan restoran, personel dan perlengkapannya yang meliputi persyaratan bakteriologis, kimia dan fisika. Persyaratan hygiene sanitasi yang harus dipenuhi meliputi: persyaratan lokasi dan bangunan; persyaratan fasilitas sanitasi; persyaratan dapur, ruang makan dan gudang makanan; persyaratan bahan makanan dan makanan jadi; persyaratan pengolahan makanan; persyaratan penyimpanan bahan makanan dan makanan jadi; persyaratan penyajian makanan jadi; persyaratan peralatan yang digunakan.

Prioritas penyebab masalah kedua adalah sebagian besar pengusaha / karyawan rumah makan tidak pernah mengikuti pelatihan tentang hygiene sanitasi rumah makan dan restoran. Prioritas penyebab masalah ketiga adalah kurangnya informasi atau pengetahuan pengusaha/karyawan mengenai persyaratan hygiene sanitasi rumah makan dan restoran. Prioritas penyebab masalah keempat adalah sebagian besar rumah makan dan restoran belum pernah membuat sertifikat laik sehat. Berdasarkan hasil prioritas penyebab masalah ke dua sampai ke empat hal tersebut tidak sesuai dengan Kepmenkes 1908 tahun 2003 yang menyebutkan bahwa setiap usaha rumah makan dan restoran harus mempekerjakan

seorang penanggung jawab yang mempunyai pengetahuan hygiene sanitasi makanan dan memiliki sertifikat hygiene sanitasi makanan. Setiap rumah makan dan restoran harus memiliki izin usaha dari Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota sesuai peraturan perundangundangan yang berlaku, untuk memiliki izin usaha rumah makan dan restoran harus memiliki sertifikat laik hygiene sanitasi rumah makan dan restoran yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Sebelum menentukan prioritas alternatif pemecahan masalah, peneliti harus mengetahui alternatif pemecahan masalahnya. Daftar alternatif pemecahan masalah ada dua yaitu melakukan inspeksi kelaikan hygiene sanitasi dan penggunaan brosur pada rumah makan /restoran dan mengadakan pelatihan / seminar mengenai hygiene sanitasi rumah makan dan restoran sesuai peraturan yang berlaku. Dari beberapa alternatif pemecahan masalah, kemudian membuat prioritas alternatif pemecahan masalah dengan menggunakan Metode Reinke. Berikut ini merupakan hasil dari prioritas alternatif pemecahan masalah:

Tabel 2. Prioritas pemecahan masalah dengan metode reinke

No	Daftar Alternatif Pemecahan Masalah	Efektivitas			Efisiensi C	$(M \times I \times V)/C$	Prioritas
		M (Magnit ude)	I (Import ancy)	V (Vuner ability)			
1.	Melakukan Inspeksi kelaikan hygiene sanitasi dan penggunaan brosur pada rumah makan dan restoran.	4	4	4	3	21	I
2.	Mengadakan pelatihan / seminar mengenai hygiene sanitasi rumah makan dan restoran sesuai peraturan yang berlaku.	4	4	3	3	16	II

Berdasarkan hasil penetapan prioritas alternatif pemecahan masalah menggunakan Metode Reinke, maka prioritas alternatif pemecahan masalah yang dipilih adalah melakukan Inspeksi kelaikan hygiene sanitasi dan penggunaan brosur pada rumah makan dan restoran. Hal ini sesuai dengan Kepmenkes RI No 1908 tahun 2003 bahwa penyelenggaraan inspeksi hygiene sanitasi rumah makan untuk meminimalisir terjadinya keracunan atau kematian yang diduga berasal dari makanan yang diproduksinya dan wajib melaporkan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat guna dilakukan langkah-langkah penanggulangan

serta mempekerjakan seorang penanggung jawab yang mempunyai pengetahuan hygiene sanitasi makanan.

Prioritas kedua adalah mengadakan pelatihan / seminar mengenai hygiene sanitasi rumah makan dan restoran sesuai peraturan yang berlaku. Hal ini juga sesuai dengan Kepmenkes RI No 1908 tahun 2003, bahwa pengusaha dan/atau penanggung jawab rumah makan dan restoran wajib menyelenggarakan rumah makan dan restoran yang memenuhi syarat hygiene sanitasi dan mempekerjakan seorang penanggung jawab yang memiliki sertifikat hygiene sanitasi makanan.

Intervensi yang dilakukan peneliti adalah melakukan inspeksi kelaikan hygiene sanitasi rumah makan/restoran dan penggunaan brosur mengenai persyaratan hygiene sanitasi rumah makan/restoran. Dalam melakukan intervensi, peneliti bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Kota Magelang, Petugas Laboratorium, dan Petugas Sanitarian di masing-masing wilayah kerja puskesmas yang ada di Kota Magelang. Berikut merupakan rangkaian kegiatan saat melakukan intervensi:

Tabel 3. Pelaksanaan program inspeksi kelaikan dan penggunaan brosur

No	Hari/Tanggal	Kegiatan	Keterangan
1.	Rabu, 18 Oktober 2017	Melakukan pemeriksaan Kelaikan Hygiene Sanitasi pada 15 rumah makan/ restoran	DKK Magelang, Petugas Lab, Petugas Sanitarian Puskesmas serta mahasiswa magang.
2.	Kamis, 19 Oktober 2017	Melakukan pemeriksaan Kelaikan Hygiene Sanitasi pada 15 rumah makan / restoran	DKK Magelang, Petugas Lab, Petugas Sanitarian Puskesmas serta mahasiswa magang.
3.	Senin, 30 Oktober 2017	Memberikan dan menempelkan brosur di rumah makan / restoran	Mahasiswa magang
4.	Selasa, 31 Oktober 2017	Memberikan dan menempelkan brosur di rumah makan / restoran	Mahasiswa magang

Intervensi dilakukan dalam waktu yang berbeda. Intervensi yang pertama melakukan inspeksi sanitasi pada 30 rumah makan. Intervensi yang kedua yaitu penempelan brosur serta wawancara mengenai persyaratan hygiene sanitasi rumah makan. Brosur ditempelkan di dinding atau lemari rumah makan yang dapat dilihat oleh pengusaha, karyawan dan masyarakat.

Evaluasi dalam jangka pendek yaitu Pengusaha rumah makan antusias dan menerima saran yang diberikan, Pengusaha rumah makan dapat menambah informasi dan pengetahuan yang sebelumnya tidak diketahui. Evaluasi dalam jangka panjang yaitu banyak pengusaha yang berencana memperbaiki fasilitas sanitasi rumah makan seperti menambahkan lap dan sabun pada tempat cuci tangan dan toilet, serta mengganti tempat sampah yang terbuka dengan tempat sampah tertutup, dapat meningkatkan kuantitas dan kualitas rumah makan yang laik sehat untuk tahun yang akan mendatang.

## **PENUTUP**

Inspeksi hygiene sanitasi dan penggunaan media brosur dapat menjadi salah satu intervensi yang digunakan untuk meningkatkan pengetahuan pengusaha dan kelaikan rumah makan/restoran sehingga dapat memenuhi persyaratan kesehatan berdasarkan peraturan perundangan yang berlaku.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Depkes RI. (2003). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1098/Menkes/SK/VII/2003 Tentang Persyaratan Hygiene Sanitasi Rumah Makan dan Restoran*. Jakarta: Depkes RI.
- DKK Magelang. (2016). *Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Magelang*. Magelang: DKK Magelang.
- DKK Magelang. (2016). *Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Magelang*. Magelang: DKK Magelang.
- Fadly, M. A. M. (2017). Kualitas Sanitasi Rumah Makan dan Restoran di Objek Wisata Pantai Losari Kota Makassar. *Jurnal Kesehatan Lingkungan Universitas Hasanudin*, 1-15.
- Blongkod, F. R. (2012). Studi Hygiene Sanitasi Rumah Makan di Kecamatan Kota Timur dan Kecamatan Dumbo Raya Kota Gorontalo 2012. *Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan dan Keolahragaan, Universitas Gorontalo*, 1-6.
- Rasopi, I. (2013). Analisis Kesehatan Lingkungan Unit Laundry di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama Semarang. *Laporan Magang Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang*, 34-40.

# METODE PEMICUAN SANITASI TOTAL BERBASIS MASYARAKAT DAN PEMBAGIAN MEDIA BROSUR SEBAGAI UPAYA MENGUBAH PERILAKU BUANG AIR BESAR SEMBARANGAN UNTUK MENCAPAI OPEN DEFECATION FREE DI KOTA MAGELANG

Triana Yuniarti<sup>1\*</sup>, Lukman Fauzi<sup>1</sup>, Sulistyorini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

<sup>2</sup>Dinas Kesehatan Kota Magelang

E-mail Korespondensi : trianayuniarti.ty@gmail.com

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Buang Air Besar Sembarangan (BABS) merupakan salah satu masalah yang ada di Kota Magelang. Sampai bulan September 2017, presentase keluarga yang masih BABS di Kota Magelang adalah 3,9 %. Sedangkan target tahun 2018, Kota Magelang 100% ODF. Berdasarkan Permenkes No. 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi (STBM) adalah sebuah pendekatan dengan cara memicu untuk merubah perilaku higienis dan sanitasi melalui pemberdayaan masyarakat. Untuk itu diperlukan suatu metode pemicuan untuk mendorong masyarakat agar dapat terpicu untuk menggunakan jamban sehingga tercapai cakupan sanitasi layak yang lebih baik dan akhirnya tercapai kondisi masyarakat yang bersih dan sehat.

**Metode:** Metode yang digunakan untuk analisis masalah dari permasalahan yang ada di Kota Magelang adalah metode CARL.

**Hasil:** Berdasarkan perhitungan menggunakan metode CARL, menunjukkan hasil bahwa intervensi dari permasalahan di Kota Magelang adalah pemicuan STBM dan pembagian brosur.

**Simpulan:** Dari intervensi yang dilakukan, setelah diadakan pemicuan STBM warga menjadi lebih mengerti bahaya BABS, cara mencuci tangan yang baik dan pentingnya menggunakan sabun dan masyarakat membuat sebuah komitmen untuk merubah perilakunya menjadi tidak buang air besar sembarangan.

**Kata Kunci :** Pemicuan, STBM, Jamban sehat

## ABSTRACT

**Background:** The practice of open defecation is one of problems in sanitation and healthy hygienic behavior at Magelang City. Until September 2017, the percentage of families still in Open Defecatin (OD) in Magelang City is 3.9%. While the target in 2018, the Magelang City 100% ODF. Permenkes No. 3 in 2014 about community Based on total Sanitation (STBM) is an approach to changing behavior hygienic and sanitary through community empowerment by means of triggering. Therefore, a triggering method is needed to encourage people to be encouraged to use latrines to achieve better sanitation coverage and to achieve a clean and healthy society.

**Method:** The method used for problem analysis of existing problems in the City of Magelang is the CARL method.

**Results:** Based on calculations using the CARL method, the results show that the intervention of the problems in Magelang City is STBM trigger and brochure distribution.

**Conclusion:** From the intervention, after STBM triggered the residents to better understand the hazards of BABS, how to step handwashing and the community make a commitment to change his behavior to open defecation free (ODF).



**Key Words** : Triggers, STBM, Healthy Latrines

## **PENDAHULUAN**

Kesehatan lingkungan merupakan salah satu pilar ilmu kesehatan masyarakat yang memberikan perhatian terhadap segala macam bentuk kehidupan, bahan dan kondisi di sekitar manusia yang memiliki potensi untuk menimbulkan gangguan yang bisa mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan serta melakukan analisis dan mencari upaya alternatif pemecahan masalah. Permasalahan kesehatan lingkungan yang mendominasi adalah masalah sanitasi. Tantangan pembangunan sanitasi di Indonesia adalah sosial budaya dan perilaku penduduk yang terbiasa buang air besar di sembarang tempat (BABS), khususnya ke badan air yang juga digunakan untuk mencuci, mandi dan kebutuhan lainnya (Pudjaningrum dkk, 2016).

Sanitasi sebagai kebutuhan dasar manusia menuntut konsekuensi pemerintah untuk mendorong terpenuhinya kebutuhan tersebut. Saat ini Indonesia masih menghadapi tantangan untuk menuntaskan target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019 yang menetapkan tercapainya akses universal 100% air minum, 0% pemukiman kumuh dan 100% stop bebas buang air besar sembarangan. Sampai saat ini tercatat baru 20,5% desa/kelurahan di Indonesia yang dinyatakan terverifikasi sebagai desa ODF (Open defecation free), sedangkan di Jawa Tengah tercatat 25,4% desa/kelurahan terverifikasi ODF (Kemenkes RI, 2014).

Kota Magelang merupakan salah satu kota yang masih memiliki masalah sanitasi dan perilaku hidup bersih dan sehat. Kota Magelang memiliki 3 kecamatan dan 17 kelurahan. Akses jamban keluarga di Kota Magelang tahun 2016 mencapai 89,12% dari target Renstra Dinas Kesehatan Kota Magelang tahun 2016 yaitu 83% . Sedangkan cakupan Kelurahan yang melaksanakan STBM di Kota Magelang tahun 2016 sudah melampaui target yaitu 82,35% dari target Renstra Dinas Kesehatan Kota Magelang yaitu 41%. Meskipun akses jamban sehat dan STBM sudah melampaui target, tetapi pada bulan Desember 2018 Kota Magelang ditargetkan 100% ODF. Namun sampai bulan September 2017, presentase keluarga yang masih BABS adalah 3,9 %.

Untuk mengatasi masalah tersebut diatas diperlukan suatu strategi nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) untuk merubah perilaku higienis dan peningkatan akses sanitasi yang lebih cepat, murah, dan berkelanjutan. Disebut Sanitasi Total karena target yang ingin dicapai adalah suatu komunitas mencapai kondisi : (1) Tidak buang air besar sembarangan (Stop BABS); (2) Mencuci tangan pakai sabun (CTPS); (3) Mengelola air minum dan makanan yang aman (PAMM RT); (4) Mengelola sampah dengan benar dan (5)

Mengelola limbah cair rumah tangga dengan aman (Direktorat Penyehatan Lingkungan, 2013).

Oleh karena itu peneliti ingin mengetahui apakah metode pemucuan sanitasi total berbasis masyarakat (STBM) dan pembagian brosur dapat merubah perilaku dan mendorong masyarakat agar dapat dapat terpicu untuk menggunakan jamban sehingga tercapai cakupan sanitasi layak yang lebih baik dan akhirnya tercapai kondisi masyarakat yang bersih dan sehat.

## METODE

Metode yang digunakan untuk analisis masalah dari permasalahan yang ada di Kota Magelang adalah menggunakan metode CARL. Cara menentukan prioritas masalah dengan metode ini adalah dengan membuat tabel kriteria CARL dan memberikan skor.

Tabel 1. Kriteria prioritas masalah pada metode CARL.

Kriteria		Keterangan
C	Capability	Ketersediaan sumber daya (dana, sarana dan peralatan).
A	Accessibility	Kemudahan, masalah yang ada mudah diatasi atau tidak.
R	Readiness	Kesiapan dari tenaga pelaksana maupun kesiapan sasaran, seperti keahlian atau kemampuan dan motivasi.
L	Leverage	Seberapa besar pengaruh kriteria yang satu dengan yang lain dalam pemecahan masalah yang dibahas.

Kriteria tersebut diisi dengan memberi skor 0 – 10. Sehingga prioritas masalah dapat ditunjukkan dengan banyaknya total tertinggi pada perkalian  $C \times A \times R \times L$ .

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Identifikasi Masalah

Berdasarkan hasil analisa pengamatan yang dilakukan, masalah yang ada di Dinas Kesehatan Kota Magelang Bidang Kesehatan Masyarakat Sie Kesehatan Lingkungan adalah sebagai berikut :

1. Rendahnya penggunaan jamban sehat

Menggunakan jamban sehat merupakan salah satu indikator PHBS. Walaupun sebagian besar masyarakat di Kota Magelang sudah memiliki jamban namun angka *open defecation* (kebiasaan buang air besar sembarangan) sampai bulan September 2017 masih

ada 3,9 %. Sedangkan pada bulan Desember 2018 Kota Magelang ditargetkan 100% ODF. Masyarakat yang masih buang air besar sembarangan (BABS) ini adalah masyarakat yang tempat tinggalnya dilalui aliran sungai sehingga memungkinkan mereka untuk buang air besar sembarangan di sungai tersebut.

2. Rekapitulasi data masih secara manual

Rekapitulasi data yang dilakukan oleh staff seksi Kesehatan Lingkungan Dinas Kesehatan Kota Magelang masih secara manual sehingga membutuhkan tenaga dan waktu yang lebih untuk menyelesaikannya.

3. Kader kesehatan kurang menguasai materi penyuluhan

Pada saat dilakukan penyuluhan di lapangan, kader kesehatan kurang menguasai materi penyuluhan. Kader kesehatan masih kebingungan pada saat melakukan penyuluhan.

4. Masyarakat masih mengeluhkan kurangnya sosialisasi tentang BABS

Sosialisasi tentang BABS dirasakan oleh masyarakat masih kurang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Magelang. Sosialisasi penting untuk dilakukan untuk memberikan informasi dan pengetahuan serta ketrampilan yang dibutuhkan oleh masyarakat.

**Prioritas Masalah**

Metode yang digunakan untuk menentukan prioritas masalah adalah Metode CARL.

Tabel 2. Hasil skoring prioritas masalah

No.	Masalah	C	A	R	L	Total Nilai	Urutan
1.	Rendahnya penggunaan jamban sehat	9	8	8	8	4608	I
2.	Rekapitulasi data masih manual	5	6	7	6	1260	IV
3.	Ketrampilan kader kesehatan	7	8	8	6	2688	III
4.	Keluhan masyarakat tentang kurangnya sosialisasi	8	8	8	7	3584	II

Berdasarkan tabel diatas, prioritas masalah dengan menggunakan metode yang sesuai adalah rendahnya penggunaan jamban sehat. Buang air besar sembarangan (BABS) mempunyai dampak merugikan bagi kesehatan dikarenakan BABS ini merupakan salah satu contoh perilaku yang tidak sehat. BABS / *Open Defecation* adalah suatu tindakan membuang kotoran atau tinja di lading, hutan, semak-semak, sungai, pantai atau area terbuka lainnya dan dibiarkan menyebar mengkontaminasi lingkungan, tanah, udara, dan air (Kemenkes RI, 2016).

Sanitasi, personal hygiene dan lingkungan buruk berkaitan dengan penularan beberapa penyakit infeksi yaitu penyakit diare, kolera, typhoid fever, dan *paratyphoid fever*, disentri, penyakit cacing tambang, *ascariasis*, hepatitis A dan E, penyakit kulit, trachoma, *schistosomiasis*, *cryptosporidiosis*, malnutrisi, dan penyakit yang berhubungan dengan malnutrisi. Penyakit yang berhubungan dengan sanitasi dan hygiene yang buruk memberikan dampak kerugian financial dan ekonomi termasuk biaya perawatan kesehatan, produktivitas dan kematian usia dini (Pudjaningrum dkk, 2016).

Oleh karena itu perlu dilakukan pemberian dorongan kepada desa yang masih BABS agar dapat terpicu untuk menggunakan jamban sehingga tercapai cakupan sanitasi layak yang lebih baik dan akhirnya tercapai kondisi masyarakat yang bersih dan sehat.

### Penyebab Masalah

Adapun penyebab masalah masih ada 3,9% keluarga yang BABS di Kota Megelang, antara lain :

1. Masyarakat kurang memahami gangguan kesehatan yang akan ditimbulkan bila buang air besar di sembarang tempat.
2. Masyarakat memiliki keterbatasan ekonomi untuk membangun jamban dan septic tank
3. Masyarakat terutama lansia yang terbiasa buang air besar sembarangan memiliki perasaan psikologis bahwa ia tidak akan bisa buang air besar secara lampias jika tidak BAB di sungai atau kebun.

### Prioritas Penyebab Masalah

Tabel 3. Prioritas penyebab masalah

No.	Penyebab Masalah	C	A	R	L	Total Nilai
1.	Rendahnya pengetahuan masyarakat	7	8	8	7	3136
2.	Keterbatas ekonomi	5	6	6	7	1260
3.	Kebiasaan BABS	8	8	6	8	3072

Berdasarkan tabel diatas, prioritas penyebab masalah dari rendahnya penggunaan jamban sehat di Kota Magelang yaitu rendahnya pengetahuan masyarakat.

### Alternatif Pemecahan Masalah

Adapun alternatif pemecahan masalah dari permasalahan rendahnya penggunaan jamban sehat antara lain :

1. Pemicuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat dan Pembagian Media Brosur

Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) atau dikenal juga dengan nama Community Led total Sanitation (CLTS) merupakan program pemerintah dalam rangka memperkuat upaya pembudayaan hidup bersih dan sehat, mencegah penyebaran penyakit berbasis lingkungan, meningkatkan kemampuan masyarakat, serta mengimplementasikan komitmen pemerintah untuk meningkatkan akses air minum dan sanitasi dasar (Kemenkes RI, 2016).

Upaya sanitasi berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomer3 Tahun 2014 Tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat menekankan pada 5 (lima) perubahan perilaku yaitu Lima Pilar STBM terdiri dari:

- a. Stop Buang Air Besar Sembarangan (Stop BABS)
  - b. Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS)
  - c. Pengelolaan Air Minum dan Makanan di Rumah Tangga (PAMM-RT)
  - d. Pengamanan Sampah Rumah Tangga
  - e. Pengamanan Limbah Cair Rumah Tangga.
2. Penyuluhan Bahaya BABS

Penyuluhan BABS merupakan kegiatan memberikan informasi dan pengetahuan kepada masyarakat mengenai apa itu BABS, apa bahaya kesehatan yang timbul akibat BABS. Dengan kegiatan penyuluhan ini diharapkan masyarakat sadar akan pentingnya hidup bersih dan sehat sehingga masyarakat tidak melakukan buang air besar di sembarang tempat.

### **Prioritas Pemecahan Masalah**

Tabel 4. Prioritas pemecahan masalah

No	Pemecahan Masalah	C	A	R	L	Total Nilai	Urutan
1.	Pemicuan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat dan Pembagian Brosur	9	8	9	9	5832	I
2.	Penyuluhan Bahaya BABS	8	8	8	8	4096	II

Berdasarkan tabel di atas prioritas pemecahan masalah yang dapat dilakukan adalah pemicuan sanitasi total berbasis masyarakat dan pembagian brosur.

### **Intervensi**

#### **Langkah-Langkah**

1. Melakukan observasi/ pengamatan di Dinas Kesehatan Kota Magelang baik secara langsung maupun tidak langsung dengan data- data sekunder
2. Identifikasi masalah yang terdapat di Dinas Kesehatan Kota Magelang



3. Memprioritaskan masalah tersebut dengan berbagai pertimbangan dan prioritas masalah yang ditentukan adalah buang air besar sembarangan (BABS)
4. Menentukan waktu melakukan Pemicuan STBM
5. Melakukan Pemicuan pada tempat- tempat yang telah ditentukan. Kegiatan terdiri dari:
  - a. Pemetaan, yang bertujuan untuk mengetahui/melihat peta wilayah BAB masyarakat serta sebagai alat monitoring (paska pemicuan, setelah ada mobilisasi masyarakat),
  - b. *Transect Walk*, bertujuan untuk melihat dan mengetahui lokasi yang paling sering dijadikan tempat BAB. Dengan mengajak masyarakat berjalan ke lokasi BAB sembarangan dan berdiskusi di tempat tersebut, diharapkan masyarakat akan merasa jijik. Lebih jauh, diharapkan orang yang biasa BAB di tempat tersebut akan terpicu rasa malunya,
  - c. Alur Kontaminasi (*Oral Fecal*); mengajak masyarakat untuk melihat bagaimana kotoran manusia dapat dimakan oleh manusia yang lainnya.
  - d. Simulasi air yang telah terkontaminasi; mengajak masyarakat untuk melihat bagaimana kotoran manusia dapat dimakan oleh manusia yang lainnya.
  - e. Diskusi Kelompok (FGD); bersama-sama dengan masyarakat melihat kondisi yang ada dan menganalisanya sehingga diharapkan dengan sendirinya masyarakat dapat merumuskan apa yang sebaiknya dilakukan atau tidak dilakukan. Pembahasannya meliputi:
    - i. FGD untuk menghitung jumlah tinja dari masyarakat yang BAB di sembarang tempat selama 1 hari, 1 bulan, dan dalam 1 tahunnya.
    - ii. FGD tentang *privacy*, agama, kemiskinan, dan lain-lain
6. Pembagian brosur sebagai media yang berisi 5 pilar STBM yang diberikan kepada warga yang mengikuti pemicuan STBM.

### **Evaluasi**

Setelah diadakan pemicuan tersebut, berdasarkan dengan wawancara dengan warga yang mengikuti pemicuan, warga menjadi lebih mengerti bahaya BABS, cara mencuci tangan yang baik dan pentingnya menggunakan sabun sehingga beberapa warga yang belum mempunyai jamban terpicu untuk membuat jamban yang sehat dan warga yang sudah mempunyai jamban tetapi belum membuat septic tank menjadi terpicu untuk membuat septic tank. Dan dari hasil diskusi warga, telah didapatkan beberapa komitmen dari warga untuk merubah perilakunya menjadi tidak buang air besar sembarangan.

Dan saat dilakukan pembagian brosur yang berisi 5 pilar STBM, masyarakat sangat antusias karena dengan brosur tersebut warga yang mengikuti pemicuan ingin membagikan ilmu yang mereka dapat dari pemicuan STBM tersebut kepada warga yang lain yang tidak mengikuti pemicuan.

## **PENUTUP**

Masalah yang dapat diidentifikasi di Dinas Kesehatan Kota Magelang yaitu rendahnya penggunaan jamban sehat, rekapitulasi data masih secara manual, kader kesehatan kurang menguasai materi penyuluhan, dan masyarakat masih mengeluhkan kurangnya sosialisasi tentang BABS. Berdasarkan metode CARL prioritas masalah dari beberapa permasalahan tersebut yaitu rendahnya penggunaan jamban sehat.

Penyebab masalah rendahnya penggunaan jamban sehat di Kota Magelang yaitu masyarakat kurang memahami gangguan kesehatan yang akan ditimbulkan bila buang air besar di sembarang tempat, masyarakat memiliki keterbatasan ekonomi untuk membangun jamban dan septic tank, masyarakat terutama lansia yang terbiasa buang air besar sembarangan memiliki perasaan psikologis bahwa ia tidak akan bisa buang air besar secara lampias jika tidak BAB di sungai atau kebun.

Prioritas penyebab masalah berdasarkan metode CARL yaitu rendahnya pengetahuan masyarakat mengenai bahaya BABS. Alternatif pemecahan masalah yang dapat dilakukan yaitu pemicuan sanitasi total berbasis masyarakat dan penyuluhan bahaya BABS. Berdasarkan hasil perhitungan menggunakan metode CARL prioritas pemecahan masalah yang dapat dilakukan yaitu pemicuan STBM dan pembagian brosur. Berdasarkan wawancara setelah diadakan pemicuan warga menjadi lebih mengerti bahaya BABS, cara mencuci tangan menggunakan sabun dan beberapa warga terpicu untuk membuat jamban sehat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Dinas Kesehatan Kota Magelang. 2016. *Profil Kesehatan Kota Magelang Tahun 2016*.
- Kemenkes RI. (2016). *Pedoman Pelaksanaan Pemicuan Desa*. Jakarta : Direktorat Penyehatan Lingkungan.
- Kemenkes RI. (2014). *Kurikulum dan Modul Pelatihan Fasilitator STBM*. Jakarta : Direktorat Penyehatan Lingkungan.
- Kepmenkes Nomor 3 Tahun 2014 tentang *Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)*.
- Pudjaningrum,. Wahyuningsih, N.E., dan Darundiati, Y.H. (2016). Pengaruh Metode Pemicuan Terhadap Perubahan Perilaku Buang Air Besar Sembarangan Pada Masyarakat Kelurahan Kauman Kidul Kota Salatiga. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal)*, 4(5).

## SOSIALISASI DAN MEDIA BROSUR SEBAGAI CARA UNTUK MENGHASILKAN PENDATAAN KELUARGA SEHAT YANG AKURAT DI DINAS KESEHATAN KOTA MAGELANG

Kurotul A'yuni<sup>1\*</sup>, Lukman Fauzi<sup>1</sup>, Sulistyorini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

<sup>2</sup>Dinas Kesehatan Kota Magelang

E-mail Korespondensi: [ayunikurotul@gmail.com](mailto:ayunikurotul@gmail.com)

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Pendataan Keluarga Sehat sangat dibutuhkan untuk mensuksesnya program pemerintah yaitu Program Indonesia Sehat. Puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Magelang merupakan salah satu Puskesmas yang sudah memulai pendataan keluarga sehat di daerahnya. Dalam pelaksanaan pendataan kemungkinan dihasilkan data yang kurang akurat. Untuk itu peneliti ingin mengetahui bagaimana pemecahan masalah yang tepat untuk menangani masalah tersebut di Dinas Kesehatan Kota Magelang.

**Metode:** Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan metode hanlon kualitatif, kuantitatif dan metode reinke. Peneliti mengambil Puskesmas Magelang Utara sebagai sampel dengan jumlah petugas 49 orang.

**Hasil:** Berdasarkan hasil perhitungan dengan metode hanlon kualitatif masalah utama yang terjadi di Dinas Kesehatan Kota Magelang adalah pendataan PIS PK yang kurang akurat. Setelah itu dari perhitungan dengan metode hanlon kuantitatif penyebab utamanya adalah pendata yang kurang memahami program PIS PK. Untuk itu dilakukan sebuah intervensi sosialisasi dan pemberian brosur tentang PIS PK untuk menangani masalah tersebut.

**Simpulan:** Sosialisasi dan media brosur mengenai Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga dilakukan untuk membuat pendataan keluarga sehat lebih baik dan menghasilkan data yang akurat.

**Kata Kunci:** pendataan, keluarga sehat, sosialisasi, brosur

### ABSTRACT

**Background:** Healthy Family Data Collection is needed to succeed the government program that is Healthy Indonesian Program. Public Health Center in the area of Health Office of Magelang city is one of public health center that has started the data of healthy family. In the implementation of the data collection may result in less accurate data. Researchers want to know how the right solve to handle the problem in the Health Office of Magelang City.

**Methods:** This research used qualitative hanlon method and reinke method. The researchers took the North Magelang Public Health Center as a sample with a total of 48 people.

**Result:** Based on calculation result with qualitative hanlon method the main problem that happened in Health office of Magelang city is PIS PK data collection which less accurate. After that from the calculation with quantitative hanlon method the main cause surveor is the less understanding of the PIS PK program. For this purpose, a socialization intervention and brochure on PIS PK were conducted to deal with the problem.

**Conclusion:** The socialization and brochure media about Healthy Indonesia Program with Family Approach is done to make better healthy family data collection and produce accurate data.

**Key Words:** healthy family, socialization, brochure

## **PENDAHULUAN**

Salah satu tolak ukur kesejahteraan suatu negara adalah tingkat kesehatan negara tersebut. Semakin tinggi tingkat kesehatan suatu negara maka semakin tinggi pula kesejahteraan negaranya (Thomas,2015). Pada dasarnya kesehatan adalah faktor dan modal utama yang diperlukan untuk membangun manusia. Dengan demikian, kesehatan merupakan prasyarat untuk membangun manusia dan kesehatan pula yang menjadi prasyarat bagi manusia untuk dapat hidup produktif. Masalah kesehatan merupakan masalah yang sangat penting untuk diatasi. Oleh karena itu banyak program-program pemerintah yang dicanangkan untuk mengatasi masalah tersebut (Sampoerna,2008).

Program Nawacita merupakan program utama atau tujuan dari pemerintahan Jokowi dalam melaksanakan pemerintahannya. Pentingnya kesehatan juga tertuang pada program Jokowi tersebut yaitu meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia yang didukung dengan program sektoral seperti Program Indonesia Pintar, Program Indonesia Kerja, dan Program Indonesia Sejahtera. Melalui Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor HK.02.02/Menkes/ 52/2015 Program Indonesia Sehat selanjutnya menjadi program utama Pembangunan Kesehatan yang kemudian direncanakan pencapaiannya melalui Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019 (Kemenkes RI,2016).

Sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, dengan indikator meningkatnya Umur Harapan Hidup, menurunnya Angka Kematian Bayi, menurunnya Angka Kematian Ibu, dan menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita. Dengan begitu dalam rangka mencapai hal tersebut dilakukan sebuah pendekatan keluarga sehingga dapat dilakukan pemetaan permasalahan secara mendalam dari hasil kunjungan rumah di tiap daerah.

Salah satu kegiatan pendekatan keluarga adalah kunjungan keluarga untuk pendataan/ pengumpulan data Profil Kesehatan Keluarga dan peremajaan (*updating*) pangkalan datanya (Kemenkes RI,2016). Tujuan dari pendataan adalah untuk mendapat data yang akurat dimana setelah pendataan Puskesmas dapat mengetahui masalah-masalah yang terjadi di daerahnya yang selanjutnya dapat dilakukan sebuah intervensi untuk menangani masalah-masalah yang terjadi. Untuk itu pendataan yang benar dan sesuai prosedur diperlukan untuk mendapatkan data yang akurat sehingga masalah dapat terselesaikan dengan cepat dan tepat.



## **METODE**

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan metode Hanlon Kualitatif, Hanlon Kuantitatif dan Reink. Dalam menentukan prioritas masalah peneliti menggunakan metode hanlon kualitatif sedangkan dalam menentukan prioritas penyebab masalah menggunakan metode Reink. Metode hanlon Kuantitatif juga digunakan untuk menentukan prioritas alternatif pemecahan masalah.

Teknik pengumpulan data yang digunakan peneliti adalah dengan wawancara secara langsung kepada pendata keluarga sehat. Selain itu peneliti juga melihat secara langsung masalah-masalah yang terjadi di lapangan ketika pendataan keluarga sehat di wilayah kerja Puskesmas Magelang Utara. Sampel yang digunakan adalah pendata di Puskesmas Magelang Utara yang berjumlah 49 orang yang terdiri dari seluruh pegawai di Puskesmas termasuk dokter,perawat, bidan dan pegawai lainnya.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **Identifikasi Masalah**

Adapun masalah-masalah yang ditemukan di Dinas Kesehatan Kota Magelang diantaranya adalah:

1. Masih banyak kekeliruan data yang dikirim oleh Puskesmas

Menurut petugas bidang Kesehatan Keluarga dan Gizi Dinas Kesehatan Kota Magelang bahwa sering terjadi kekeliruan data yang dikirim oleh Puskesmas di kota Magelang,sehingga dalam pembuatan laporan petugas Dinkes harus menanyakan lagi data yang salah tersebut. Hal tersebut tentunya akan menghambat kinerja dari petugas Dinkes.

2. Pendataan Keluarga Sehat yang dilakukan petugas Puskesmas kurang akurat

Dalam rangka mendukung Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga diadakan pendataan untuk mendapatkan data kesehatan yang *uptodate*. Dalam pelaksanaan pendataan tersebut petugas Puskesmas Magelang Utara yang mendata dimungkinkan kurang akurat dalam mengambil data. Hal ini karena beberapa poin pertanyaan yang ada diformulir diisi tanpa ditanyakan terlebih dahulu ke warga, akan tetapi diisi sendiri oleh petugas, sehingga data yang didapatkan dimungkinkan tidak valid. Selain itu beberapa petugas tidak menensi tekanan darah warga yang dikunjungi, sehingga formulir diisi dengan menanyakan tensi terakhir warga ketika mengunjungi pelayanan kesehatan. Dengan cara tersebut jawaban dari warga tidaklah selalu benar karena kemungkinan lupa. Sehingga data yang dihasilkan kemungkinan tidak tepat.

3. Cara menginput data masih manual sehingga data telat dikirim.

Dalam membuat laporan puskesmas di kota Magelang masih menggunakan cara manual yaitu di tulis dibuku terlebih dahulu lalu setiap bulannya akan direkap di komputer. Sistem pelaporan manual seperti itu akan membutuhkan waktu dan energi lebih banyak, sehingga tidak heran jika laporan sering terlambat dikirim ke Dinkes.

### Prioritas Masalah

Sebelum memecahkan sebuah masalah hal yang harus dilakukan terlebih dahulu adalah mencari masalah yang menjadi prioritas utama dan harus segera diselesaikan. Salah satu metode yang dapat digunakan adalah dengan metode Hanlon. Berdasarkan permasalahan yang dihadapi maka metode Hanlon yang digunakan untuk menentukan prioritas masalah adalah metode Hanlon Kualitatif. Berikut prioritas dari masalah yang dihadapi di wilayah kerja Dinas Kesehatan:

Kriteria:

Tabel 1. Mendesak (urgency)

Masalah	A	B	C	Total Horisontal (+)
A		-	+	1
B			+	1
C				0
Total vertikal (-)	0	1	0	
Total horisontal (+)	1	1	0	
Total	1	2	0	
Prioritas Masalah	II	I	III	

Tabel 2. Kegawatan (seriousness)

Masalah	A	B	C	Total Horisontal (+)
A		-	+	1
B			+	1
C				0
Total vertikal (-)	0	1	0	
Total horisontal (+)	1	1	0	
Total	1	2	0	
Prioritas Masalah	II	I	III	

Tabel 3. Perkembangan (growth)

Masalah	A	B	C	Total Horizontal (+)
A		-	+	1
B			+	1
C				0
Total vertikal (-)	0	1	0	
Total horizontal (+)	1	1	0	
Total	1	2	0	
Prioritas Masalah	II	I	III	

Tabel 4. Prioritas masalah

Masalah	U	S	G	Total	Prioritas
A	1	1	1	3	II
B	2	2	2	6	I
C	0	0	0	0	III

### Penyebab Masalah Utama

Beberapa penyebab masalah pendataan yang dilakukan petugas Puskesmas di Magelang kurang akurat diantaranya adalah:

1. Petugas belum terlalu paham tentang program PIS PK sehingga pendataan yang dilakukan tidak sesuai tujuan.
2. Kurangnya waktu yang diberikan untuk pendataan kesehatan.
3. Banyaknya warga yang harus di data.
4. Banyaknya pekerjaan yang harus dikerjakan petugas Puskesmas.
5. Petugas yang masih merasa sungkan untuk menanyakan beberapa hal yang bersifat pribadi kepada warga.

### Prioritas Penyebab Masalah

Berdasarkan penyebab masalah yang ditemukan maka perlu ditentukan prioritas penyebab masalah. Maka dari itu digunakan metode Hanlon untuk menentukannya. Metode Hanlon yang digunakan adalah etode Hanlon kuantitatif.

Tabel 5. Hanlon kuantitatif

No	Penyebab Masalah	Skor Kriteria			Skor D ( PEARL )				NPD	NPT	Prioritas
		A	B	C	P	E	A	R			

1.	Petugas belum terlalu paham tentang program PIS PK sehingga pendataan yang dilakukan tidak sesuai tujuan.	4	4	3	1	1	1	1	1	24	24	I
2.	Kurangnya waktu yang diberikan untuk pendataan kesehatan	3	4	3	1	1	0	1	1	21	0	III
3.	Banyaknya warga yang harus di data	3	2	4	1	1	0	1	1	20	0	IV
4.	Banyaknya pekerjaan yang harus dikerjakan petugas Puskesmas	3	2	2	1	1	0	1	1	10	0	V
5.	Petugas yang masih merasa sungkan untuk menanyakan beberapa hal yang bersifat pribadi kepada warga	3	2	3	1	1	0	1	1	15	0	II

Berdasarkan hasil penetapan prioritas penyebab masalah, maka permasalahan yang penulis angkat adalah petugas yang belum memahami tentang program PIS PK sehingga pendataan yang dilakukan tidak sesuai tujuan.

#### Alternatif Pemecahan Masalah

Berdasarkan prioritas masalah yang didapat yaitu masalah pendataan keluarga sehat masalah alternative pemecahan masalah yang dapat digunakan sebagai intervensi yaitu:

Sosialisasi dan pemberian brosur tentang pendataan PIS PK serta pemberian buku pedoman pendataan PIS PK kepada seluruh petugas pendata keluarga sehat.

Tabel 6. Hasil skoring prioritas pemecahan masalah

No.	Daftar Alternatif Jalan Keluar	Efektivitas			Efisiensi C	(MxIxV) / C	Prioritas
		M (Magnit ude)	I (Importa ncy)	V (Vuner ability)			
1.	Sosialisasi dan pemberian brosur tentang PIS PK dan pendataanya.	4	4	3	2	24	I
2.	Pemberian buku pedoman pendataan PIS PK	2	3	2	1	12	II

Berdasarkan hasil di atas maka prioritas alternatif pemecahan masalah yang dapat dilakukan adalah sosialisasi dan pemberian brosur tentang PIS PK dan pendataannya.

### **Intervensi**

Berdasarkan identifikasi penyebab masalah dan prioritas pemecahan masalah di atas maka untuk menanggulangi permasalahan tersebut, alternative pemecahan masalah yang dapat digunakan sebagai intervensi yaitu Sosialisasi tentang program PIS PK dan pendataannya. Pembicara dalam acara sosialisasi PIS PK adalah orang yang menguasai tentang program tersebut yaitu dari Dinas Kesehatan Provinsi. Selain diadakan sosialisasi, penulis juga membuat brosur tentang program PIS PK yang diberikan kepada petugas pendata di Puskesmas Magelang Utara. Brosur tersebut berisi tentang pengertian pendekatan keluarga, tujuan, langkah pelaksanaan kunjungan rumah, serta hal-hal yang harus diperhatikan dalam pendataan keluarga sehat. Dengan membaca brosur tersebut diharapkan petugas lebih memahami cara Pendataan Keluarga Sehat yang baik dan benar.

### **PENUTUP**

Permasalahan yang terjadi di Dinas Kesehatan Kota Magelang diantaranya adalah kekeliruan data yang dikirim oleh Puskesmas,pendataan keluarga sehat kemungkinan kurang akurat, cara menginput data masih manual. Prioritas masalah yang terjadi di Dinas Kesehatan Kota Magelang berdasarkan metode Hanlon adalah masalah Pendataan Keluarga Sehat yang dilakukan petugas Puskesmas kurang akurat.

Penyebab masalah Pendataan Keluarga Sehat yang dilakukan petugas Puskesmas kurang akurat di Dinas Kesehatan Kota Magelng adalah petugas belum terlalu paham tentang program PIS PK, kurangnya waktu yang diberikan untuk pendataan kesehatan, banyaknya warga yang harus di data, banyaknya pekerjaan petugas Puskesmas, petugas yang masih merasa sungkan untuk menanyakan hal pribadi warga.

Prioritas penyebab masalah berdasarkan metode hanlon adalah petugas yang belum memahami tentang program PIS PK. Alternatif pemecahan masalah yang dapat dilakukan adalah sosialisasi dan pemberian brosur tentang pendataan PIS PK, serta pemberian buku pedoman pendataan PIS PK. Berdasarkan hasil perhitungan dengan metode Reinke prioritas alternatif pemecahan masalah yang dapat dilakukan adalah sosialisasi dan pemberian brosur tentang pendataan PIS PK. Untuk itu dilakukan sebuah intervensi sosialisasi dan pemberian brosur mengenai program PIS PK sehingga diharapkan petugas pendata lebih paham tentang program dan dapat menghasilkan data akurat.



## DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes RI. (2016). *Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes RI. (2016). *Petunjuk Teknis Penguatan Manajemen Puskesmas dengan Pendekatan Keluarga*. Jakarta: Kemenkes RI
- Sampoerna, D. (2008). Membangun Bangsa yang Sehat dan Produktif. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 3 (1).
- Thomas, E. (2015). Studi Tentang Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Sungai Siring Kecamatan Samarinda Utara Kota Samarinda. *Jurnal Ilmu Pemerintahan*, 3 (3): 950-960.

## MEDIA POSTER DAN SOSIALISASI SEBAGAI UPAYA MENINGKATKAN HYGINE PENJAMAH DEPOT AIR MINUM (DAM) DI KOTA MAGELANG

Ulfah Da'iyah<sup>1\*</sup>, Lukman Fauzi<sup>1</sup>, Sulistyorini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

<sup>2</sup>Dinas Kesehatan Kota Magelang

E-mail Korespondensi: ulfah.daiyah23@gmail.com

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Berdasarkan data hasil pengecekan labolatorium Depot Air Minum (DAM) Kota Magelang tahun 2017 terdapat 6 depot yang tidak memenuhi syarat mikrobiologi MPN Coliform dan 1 DAM yang tidak memenuhi syarat mikrobiologi MPN E.Coli. Untuk itu diperlukan suatu intervensi untuk meminimalisir DAM tidak memenuhi syarat mikrobiologi.

**Metode:** Instrumen yang digunakan yaitu wawancara dan observasi sedangkan metode analisis masalah yang digunakan adalah metode Hanlon kuantitatif.

**Hasil:** Prioritas maslah dari identifikasi masalah yaitu masih terdapat Depot Air Minum (DAM) tidak memenuhi syarat mikrobiologi. Penyebab dari permasalahan Depot Air Minum (DAM) adalah aspek tempat, peralatan dan penjamah sedangkan penjamah merupakan prioritas penyebab. Dari alternatif pemecahan masalah berupa penyuluhan dan pemberian poster serta sosialisasi menunjukkan intervensi yang dapat dilakukan yaitu pemberian media poster dan sosialisasi kepada penjamah Depot Air Minum (DAM).

**Simpulan:** Berdasarkan intervensi yang dilakukan menunjukkan pengetahuan penjamah Depot Air Minum (DAM) meningkat diikuti dengan meningkatnya hygine penjamah.

**Kata Kunci:** Poster, Depot Air Minum (DAM)

### ABSTRACT

**Background:** Based on data from Laboratorium of drinking water depot of Magelang city in 2017 there are 6 depots which do not fulfill the microbiological requirement of MPN Coliform and 1 that do not meet the microbiological requirement of MPN E.Coli. Therefore, an intervention is needed to minimize the depot does not meet the requirements of microbiology.

**Methods:** The instruments used are interview and observation while the problem analysis method used is Hanlon quantitative method.

**Result:** Priority of problem identification that is still there is depot of drinking water does not fulfill microbiology requirement. Causes of drinking water depot problems are aspects of place, equipment and handlers whereas handling is a priority cause. From alternative problem solving in the form of counseling and giving of poster and socialization shows intervention that can be done that is giving of poster media and socialization to drinking water drainman.

**Conclusion:** Based on the intervention conducted shows the knowledge of drinking water supply drainman increased followed by increasing hygine handlers.

**Key Words:** Poster, Drinking Water Depot

## PENDAHULUAN

Air minum dalam tubuh manusia berguna untuk menjaga keseimbangan metabolisme dan fisiologi tubuh. Setiap waktu air perlu dikonsumsi karena setiap saat tubuh bekerja dan berproses. Air merupakan bagian dari lingkungan fisik yang mutlak harus ada untuk kelangsungan kehidupan manusia, hewan, maupun tumbuhan (DKK Kota Magelang, 2016).

Namun selain berguna bagi kehidupan, air juga dapat merugikan apabila terjadi pencemaran pada air. Pencemaran air dapat terjadi karena adanya cemaran fisik, kimia serta biologis. Air yang terkontaminasi dapat membawa penyakit bahkan kematian. Dalam beberapa tahun terakhir ini usaha air minum isi ulang telah berkembang pesat termasuk di Kota Magelang. Berdasarkan data hasil pengecekan laboratorium Depot Air Minum (DAM) Kota Magelang tahun 2017 terdapat 6 depot yang tidak memenuhi syarat mikrobiologi MPN Coliform dan 1 DAM yang tidak memenuhi syarat mikrobiologi MPN E.Coli.

Beberapa Aspek yang perlu diperhatikan berdasarkan PERMENKES RI NO.43 Tahun 2014 Tentang Hygiene Sanitasi Depot Air Minum (DAM) diantaranya:

1. Tempat, a. Lokasi bebas dari pencemaran lingkungan dan penularan penyakit; b. Bangunan; c. Lantai; d. Dinding; e. Atap dan langit-langit; f. Pintu; g. Pencahayaan; h. Ventilasi; i. Kelembaban; j. Akses fasilitas sanitasi dasar, seperti jamban, saluran pembuangan air limbah, tempat sampah serta tempat cuci tangan dilengkapi air mengalir dan sabun; dan Bebas dari vektor dan binatang pembawa penyakit seperti lalat, tikus dan kecoa.

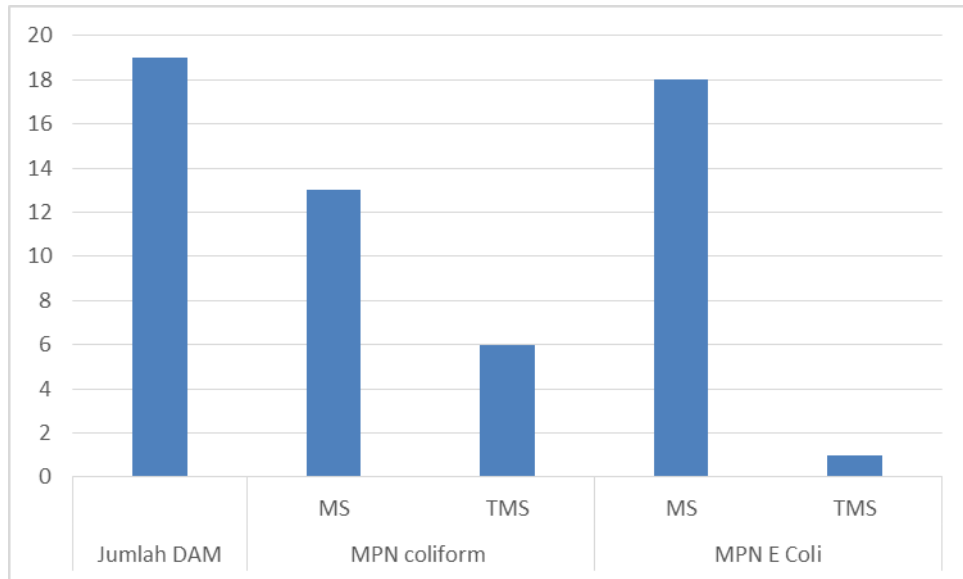
2. Peralatan: a. Pipa pengisian air baku, tandon air baku, pompa penghisap dan penyedot, filter, mikrofilter, wadah/galon air baku atau Air Minum, kran pengisian Air Minum, kran pencucian/pembilasan wadah/galon, kran penghubung, dan peralatan desinfeksi harus terbuat dari bahan tara pangan (*food grade*) atau tidak menimbulkan racun, tidak menyerap bau dan rasa, tahan karat, tahan pencucian dan tahan disinfeksi ulang, b. Mikrofilter dan desinfektor tidak kadaluarsa; c. Tandon air baku harus tertutup dan terlindung; d. Wadah/galon untuk air baku atau Air Minum dibersihkan; dan Wadah/galon yang telah diisi Air Minum langsung diberikan konsumen dan tidak boleh disimpan pada DAM lebih dari 1x24 jam.

3. Penjamah, aspek penjamah yang harus diperhatikan Depot Air Minum (DAM) meliputi: a. Sehat dan bebas dari penyakit menular serta tidak menjadi pembawa kuman patogen (*carrier*); dan b. Berperilaku higienis dan saniter setiap melayani konsumen, antara lain selalu mencuci tangan dengan sabun dan air yang mengalir setiap melayani konsumen, menggunakan pakaian kerja yang bersih dan rapi, dan tidak merokok setiap melayani konsumen.

Depot Air Minum (DAM) di Kota Magelang sebanyak 21 DAM dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 1. Daftar nama depot air minum kota magelang tahun 2017

NO	PUSKESMAS	DAM	ALAMAT
1	MAGELANG UTARA	Adina	Potrobangsari Rt 9 Rw 5
		AG – 21	Ruko Armada Estate A II No.25
		HM	Jl. Perintis Kemerdekaan Magelang
		Fisqua	Jl. Tentara Giri Pelajar
		Kalimas	Rt 01 Rw 4 Kedungsari Magelang
		Bi Oxy	Ngembik Lor Kramat Selatan
		RA Water	Jl. Buton Cemara No 7 Magelang
		Ziqua	Jl. A Yani No 142 Magelang
2	MAGELANG TENGAH	Serena	Jln Perintis Kemerdekaan 43 MGL
		V – Qua	Jl. Majapahit 734 Magelang
		Amira Tirta Barokah	Jl. Dr Kusen Wirohusodo Yon Armed Diponegoro Magelang
		Primkop Guntur Geni	Jl. Dr Kusen Wirohusodo Yon Armed H -07 Diponegoro Magelang
		H – 06 Bela Negara	Jl. Dr Kusen Wirohusodo Rindam IV Diponegoro Magelang
3	KERKOPAN	H2O	Jl. Sriwijaya magelang
		Tirta Amerta	Jl. Diponegoro No 47 Mgl
4	JURANGOMBO	Pinky	Jl. Sunan Bonang 19 Magelang
		Rehobot RO	Jl. Sunan Ampel 2 Jurangombo
		Segar Pesona	Gebalan Jurangombo Rt 1 Rw 2
		Chelsy Aquatic	Jl. Dewaruci Rejosari Magersari
5	MAGELANG SELATAN	HS Tirta	Jl, Jend. Sudirman 137 Magelang
		Cool	Jl. Singosari No 27 Magelang



Gambar 1. Hasil Uji Laboratorium Mikrobiologi Depot Air Minum (DAM)

Depot Air Minum (DAM) di Kota Magelang yang tidak memenuhi syarat MPN coliform diantaranya Tirta Amerta, H-06, V-Qua, HM, Serena dan Adina sedangkan DAM yang tidak memenuhi syarat MPN E Coli yaitu Tirta Amerta.

## METODE

Instrumen yang digunakan untuk intervensi yaitu wawancara dan observasi secara langsung di masing-masing Depot Air Minum (DAM) yang tidak memenuhi persyaratan mikrobiologi yaitu sebanyak 6 DAM. Sedangkan metode analisis masalah yang digunakan adalah metode Hanlon kuantitatif.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Permasalahan yang berhasil diidentifikasi selama melakukan PKL Institusi di Dinas Kesehatan Kota Magelang diantaranya: a. Masih terdapat Depot Air Minum (DAM) yang tidak memenuhi syarat mikrobiologi di Kota Magelang, b. Penyampaian materi pemicuan kurang efektif dan c. Kader kesehatan kurang menguasai materi penyuluhan. Dari identifikasi masalah di atas diambil permasalahan yang terkait bidang kesehatan lingkungan dan dapat dilihat hasil perhitungan dengan menggunakan metode Hanlon Kuantitatif sebagai berikut :

Tabel 2. Penentuan prioritas masalah dengan metode hanlon

No	Identifikasi Masalah	Skor Kriteria			Skor D (PEARL)				NPD	NPT	Prioritas
		A	B	C	P	E	A	R			

1	DAM tidak memenuhi syarat mikrobiologi	3	3	3	1	1	1	1	1	18	18	I
2	Penyuluhan kurang efektif	3	3	2	1	0	1	1	1	12	0	II
3	Pengetahuan kader rendah	3	3	2	1	0	1	1	1	12	0	II

Keterangan :

A: Besar masalah

B: Kegawatan Masalah

C: Efektifitas

D: *Pearl* faktor

P: *Appropriatness*

E: *Econimic Feasibility*

A: *Acceptability*

R: *Resources Availability*

L: *Legality*

Intervensi yang dilakukan Dinas Kesehatan Kota Magelang terhadap Depot Air Minum (DAM) yaitu penyuluhan dan pelatihan yang dilaksanakan secara rutin pada setiap tahunnya serta pengecekan air minum DAM baik dari segi fisik, kimia maupun mikrobiologi. Dengan intervensi yang sudah dilakukan masih terdapat DAM yang tidak memenuhi syarat berdasarkan uji mikrobiologi. Dari prioritas masalah yang ada dapat diketahui bahwa terdapat beberapa penyebab dari permasalahan mengenai Depot Air Minum (DAM) diantaranya : a. Tempat, b. Peralatan dan c. Penjamah. Dari penyebab masalah di atas dapat dilihat hasil perhitungan prioritas penyebab masalah dengan menggunakan metode Hanlon Kuantitatif sebagai berikut :

Tabel 3. Penentuan prioritas penyebab masalah dengan metode hanlon

No	Interfensi Masalah	Skor Kriteria			Skor D (PEARL)					NPD	NPT	Prioritas
		A	B	C	P	E	A	R	L			
1	Tempat	3	3	2	1	0	1	1	1	12	0	II
2	Peralatan	3	3	2	1	0	1	1	1	12	0	II
3	Penjamah	3	3	3	1	1	1	1	1	18	18	I

Alternatif Pemecahan Masalah dari masalah yang ada diantaranya: a. Penyuluhan dan pelatihan kepada pemilik Depot Air Minum (DAM), kegiatan dan b. Pemberian media poster dan sosialisasi kepada penjamah Depot Air Minum (DAM). Sedangkan dari alternatif



pemecahan masalah di atas dapat dilihat hasil perhitungan prioritas alternatif pemecahan masalah dengan menggunakan metode Hanlon Kuantitatif sebagai berikut :

Tabel 4. Penentuan prioritas pemecahan masalah dengan metode hanlon

No	Interfensi Masalah	Skor Kriteria			Skor D (PEARL)					NPD	NPT	Prioritas
		A	B	C	P	E	A	R	L			
1	Penyuluhan serentak	3	3	2	1	0	1	1	1	12	0	II
2	Peraturan dan penyuluhan pribadi	3	3	3	1	1	1	1	1	18	18	I

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Rahayu (2016) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara perilaku penjamah dengan kualitas mikrobiologi air minum pada DAM dengan nilai p-value Phi Cramer's V 0,108 pada uji Chi Square. Kekuatan hubungan kedua variabel tersebut lemah atau tidak bermakna secara signifikan karena nilai p-value < 0,5. Berdasarkan perhitungan prioritas pemecahan masalah dengan metode Hanlon maka dilakukanlah intervensi berupa pemberian media poster dengan sasaran Depot Air Minum (DAM) yang tidak memenuhi syarat mikrobiologi dilakukan sebagai upaya meningkatkan hygiene penjamah dengan harapan dapat menambah pengetahuan penjamah sehingga dapat meningkatkan Depot Air Minum (DAM) memenuhi syarat mikrobiologi.

Poster tersebut berisikan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2014 tentang Hygiene Sanitasi Depot Air Minum khususnya aspek penjamah. Peraturan tersebut ditampilkan dalam bentuk gambar dan penjelasan singkat dengan harapan isi dari peraturan tersebut dapat tersampaikan kepada penjamah DAM. Selain berisi mengenai peraturan mengenai hygiene penjamah, terdapat peringatan kepada pemilik DAM supaya rutin memeriksakan air minum ke laboratorium 3 bulan sekali untuk pemeriksaan mikrobiologi serta 6 bulan sekali untuk pemeriksaan kimia sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.736/MENKES/PER/VI/2010 Tentang Tata Laksana Pengawasan Kualitas Air Minum. Pemberian media poster disertai dengan sosialisasi secara pribadi kepada penjamah DAM mengenai peraturan yang terdapat di media poster.

Langkah-langkah yang digunakan untuk intervensi diantaranya: 1. Melakukan observasi atau pengamatan di Dinas Kesehatan Kota Magelang baik secara langsung maupun tidak langsung dengan data- data sekunder, 2. Identifikasi masalah yang terdapat di Dinas Kesehatan, 3. Memprioritaskan masalah tersebut dengan berbagai pertimbangan dan prioritas masalah yang ditentukan adalah Depot Air Minum (DAM), 4. Menyiapkan poster yang akan dibagikan di DAM, 5. Menentukan waktu melakukan pembagian poster , 6.

Melakukan pembagian poster pada 6 DAM di Kota Magelang, 7. Melakukan wawancara dengan penjamah atau pemilik DAM dan sekaligus memberikan penyuluhan, 8. Pembagian serta penempelan poster di tempat strategis yang dapat dibaca oleh penjamah maupun pemilik DAM. Intervensi yang dilakukan di enam depot di Kota Magelang berlangsung selama tiga hari, pada hari pertama intervensi dilakukan di dua depot yaitu HM dan Tirta Amaerta sedangkan pada hari kedua intervensi dilaksanakan di depot Adina dan untuk intervensi yang terakhir dilakukan di tiga depot yaitu H-06 Bela Negara, V-Qua dan Serena. Intervensi dilakukan oleh mahasiswa PKL institusi berupa penyuluhan serta pemberian poster yang kemudian ditempelkan di Depot Air Minum (DAM) pada lokasi yang mudah dilihat oleh penjamah DAM.

Berdasarkan hasil wawancara kepada penjamah Depot Air Minum (DAM) mengenai hygiene penjamah DAM, sebagian besar penjamah tidak mengetahui hygiene penjamah Depot Air Minum (DAM) berdasarkan Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia No 43 Tahun 2014 Tentang Hygiene Sanitasi Depot Air Minum (DAM). Sebagian besar penjamah hanya mengetahui harus mencuci tangan saat melayani konsumen sedangkan tidak mengetahui bahwa penjamah DAM harus sehat dan bebas dari penyakit menular serta tidak menjadi pembawa kuman patogen (*carrier*), berperilaku higienis dan saniter setiap melayani konsumen, menggunakan pakaian kerja yang bersih dan rapi, dan tidak merokok setiap melayani konsumen. Adapun penjamah DAM yang mengetahui persyaratan saat melayani konsumen berupa mencuci tangan terlebih dahulu namun tidak mempraktikkannya secara rutin. Berdasarkan intervensi yang dilakukan di 6 Depot Air Minum (DAM) menunjukkan pengetahuan penjamah Depot Air Minum (DAM) meningkat diikuti dengan meningkatnya hygiene penjamah.

## **PENUTUP**

Permasalahan yang ada di Dinas Kesehatan Kota Magelang diantaranya: a. masih terdapat DAM yang tidak memenuhi syarat mikrobiologi; b. Pemahaman staff mengenai aplikasi pengolahan data masih kurang; c. Penyampaian materi pemicuan kurang efektif dan d. Kader kesehatan kurang menguasai materi penyuluhan. Prioritas masalah dari permasalahan yang ada yaitu masih terdapat DAM yang tidak memenuhi syarat mikrobiologi. Penyebab masalah dari permasalahan yang ada yaitu: a. Tempat; b. Peralatan dan c. Penjamah. Prioritas dari penyebab masalah yang ada yaitu dari aspek penjamah DAM. Alternatif pemecahan masalah yang dapat dilakukan: a. Penyuluhan dan pelatihan kepada pemilik DAM dan b. Pemberian media poster dan sosialisasi kepada penjamah DAM. Prioritas alternatif pemecahan masalah yaitu pemberian media poster dan sosialisasi kepada

penjamah DAM. Intervensi yang dilakukan berdasarkan prioritas alternatif pemecahan masalah. Berdasarkan intervensi yang dilakukan menunjukkan pengetahuan penjamah Depot Air Minum (DAM) meningkat diikuti dengan meningkatnya hygiene penjamah.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Indriani, R. & Djaja, I. M. (2013). Hubungan antara kontaminasi *Escherichia coli* dalam Air Minum dan Faktor Sanitasi Lingkungan dengan Kejadian Diare Akut pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Cibalung, Labuan, dan Pagelaran Kabupaten Pandeglang Provinsi Banten. *Jurnal*
- Laporan Kegiatan Inspeksi Kesehatan Lingkungan Depot Air Minum Dinas Kesehatan Kota Magelang 2017
- Lestari, D.P., Nurjazuli., & Hanadi,Y. (2015). Hubungan Higiene Penjamah dengan Keberadaan Bakteri *Escherichia coli* Pada Minuman Jus Buah di Tembalang. *Jurnal*, 14(1)
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.43 Tahun 2014 tentang Hygiene Sanitasi Depot Air Minum
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.736/MENKES/PER/VI/2010 Tentang Tata Laksana Pengawasan Kualitas Air Minum
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.75 TAHUN 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat
- Profil Dinas Kesehatan Kota Magelang Tahun 2016
- Rencana Strategis Dinas Kesehatan Kota Magelang Tahun 2016-2021
- Rahayu, W, Suparmin., & Gunawan, A.T. (2016). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Mikrobiologi pada Depot Air Minum di Puskesmas Purwokerto Selatan Tahun 2016. *Jurnal*

# PERAN EDUKASI SEBAGAI UPAYA MENINGKATKAN CAKUPAN RUMAH TANGGA BER-PHBS BERUPA JAMBAN SEHAT DAN AIR MINUM BERKUALITAS (LAYAK) DI KOTA MAGELANG

Siti Mafriah<sup>1\*</sup>, Lukman Fauzi<sup>1</sup>, Sulistyorini<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

<sup>2</sup>Dinas Kesehatan Kota Magelang

E-mail Korespondensi : sitimafriah28@gmail.com

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Kota Magelang tahun 2016 cakupan rumah tangga ber-PHBS sebesar 97,25%, masih di bawah target capaian yaitu 98%. Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga dapat dijadikan intervensi untuk meningkatkan capaian cakupan rumah tangga ber-PHBS.

**Metode:** Metode Hanlon kuantitatif digunakan dalam prioritas masalah, prioritas penyebab masalah dan prioritas alternatif masalah. Digunakan juga metode wawancara untuk mengetahui hasil intervensi yang sudah dilakukan.

**Hasil:** identifikasi masalah dan prioritas masalah dihasilkan cakupan rumah tangga ber-PHBS menjadi permasalahan utama, penyebab dari masalah tersebut adalah kurangnya pengetahuan masyarakat tentang perilaku hidup sehat dan bersih terutama tentang jamban sehat dan penggunaan air minum berkualitas (layak). Alternatif pemecahan masalah yang dapat dilakukan adalah edukasi pentingnya ber-PHBS terutama pada jamban sehat dan penggunaan air minum berkualitas (layak) bersamaan dengan pendataan keluarga sehat di Puskesmas Magelang Utara.

**Simpulan:** edukasi yang dilakukan ini efektif untuk meningkatkan cakupan rumah tangga ber-PHBS dan tercapainya Open Defecation Free di Kota Magelang Tahun 2019.

**Kata Kunci:** Cakupan rumah tangga ber-PHBS, Edukasi, Kota Magelang

## ABSTRACT

**Background:** The city of Magelang 2016 coverage of household PHBS of 97.25%, still below the target achievement of 98%. Healthy Indonesia Program with Family Approach can be an intervention to improve the achievement of PHBS household coverage.

**Methods:** Quantitative Hanlon method is used in the priority of the problem, the priority of the problem and the priority of the problem alternative, also interview methods is used in the determine the outcomes of the interventions.

**Results:** problem identification and problem priority is the coverage of households with PHBS. The cause of the problem is the lack of public knowledge about healthy and clean living behavior, especially for healthy latrines and the use of quality (decent) drinking water. Alternative problem solving that can be done is education the importance of PHBS, especially in healthy toilets and the use of quality drinking water (decent) along with healthy family data collection at North Magelang Health Center.

**Conclusion:** education is done to improve the coverage of households PHBS and the achievement of Open Defecation Free in the City of Magelang Year 2019.

**Key Words:** Coverage of household PHBS, Education, City of Magelang

## **PENDAHULUAN**

Program Indonesia Sehat merupakan salah satu program dari agenda kelima Nawa Cita, yaitu Meningkatkan Kualitas Hidup Manusia Indonesia. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia sesuai dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Kemenkes, 2016).

Melalui Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga beberapa masalah kesehatan dapat diatasi, salah satunya adalah capaian status rumah tangga sehat ber-PHBS. Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), merupakan wujud pemberdayaan masyarakat yang sadar, mau dan mampu mempraktekkan PHBS. Dalam hal ini ada 5 program prioritas yaitu KIA, gizi, kesehatan lingkungan, gaya hidup, dan dana sehat/asuransi kesehatan/JPKM (Tim Field Lab FK UNS, 2013).

Data hasil kajian PHBS Tatanan Rumah Tangga yang dilaporkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di Jawa Tengah tahun 2015 persentase rumah tangga sedikit lebih tinggi dari target Renstra yaitu 76 persen. Kabupaten/kota dengan persentase rumah tangga sehat tertinggi adalah Klaten yaitu 96,43 persen, diikuti Kota Magelang 95,93 persen, dan Kota Surakarta 94,71 persen. Kabupaten/kota dengan persentase rumah tangga sehat terendah adalah Brebes yaitu 55,89 persen, diikuti Kendal 59,87 persen, dan Kudus 62,28 persen (Dinkes Prov, 2015).

Berdasarkan Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Magelang jumlah rumah tangga yang diperiksa kerkaitan dengan PHBS, persentase rumah tangga ber-PHBS di Kota Magelang tahun 2016 sebesar 97,25%, meningkat dari persentase tahun 2015 yang sebesar 95,94% maupun persentase tahun 2014 sebesar 96,47%. Meskipun angka capaian indikator rumah tangga sehat mengalami peningkatan tetapi masih di bawah target capaian yaitu 98%.

Berdasarkan hasil pendataan perilaku hidup bersih dan sehat ditatanan rumah tangga Kota Magelang Tahun 2016 menunjukkan bahwa Rumah Tangga (RT) yang melakukan persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 93,98%, memberikan ASI Eksklusif sebesar 79,49 %, menimbang bayi dan balita sebesar 88,95 %, menggunakan air minum berkualitas (layak) sebesar 98,58%, mencuci tangan menggunakan air minum berkualitas (layak) dan sabun sebesar 97,60%, menggunakan jamban sehat sebesar 91,51%, memberantas jentik nyamuk sebesar 98,4%, mengonsumsi buah dan sayur setiap hari sebesar 66,6%, melakukan aktifitas fisik setiap hari sebesar 67,75%, dan tidak merokok sebesar 49,06 %. Dari Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah menyebutkan bahwa Kota Magelang termasuk Kabupaten/Kota dengan presentase rumah tangga sehat PHBS tertinggi

nomor dua, akan tetapi jika dilihat dari Profil Kesehatan Kota Magelang Tahun 2015 dan 2016 masih dibawah target dapat dilihat dari cakupan rumah tangga sehat ber-PHBS.

Berdasarkan data penduduk dengan akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak (jamban sehat) Kota Magelang tahun 2016 menyebutkan pada Puskesmas Magelang Utara dengan jumlah penduduk 38682 yang menggunakan jamban komunal sebanyak 837 dan yang mempunyai jamban berbentuk leher angsa sebanyak 27.895 penduduk, sehingga penduduk dengan akses sanitasi layak adalah 90%, sehingga diperkirakan masih ada yang melakukan buang air besar sembarangan, padahal di targetkan pada tahun 2019 Kota Magelang bebas ODF (Open Defecation Free). Selain masalah jamban sehat, di Puskesmas Magelang Utara juga memiliki masalah terhadap air minum berkualitas, hal ini dapat dilihat dari data akses air minum berkualitas (layak) tahun 2016 di Kota Magelang menyebutkan bahwa penduduk yang memiliki akses air minum berkualitas adalah 88% diantaranya dari sumur gali terlindungi, sumur gali dengan pompa, mata air terlindungi, dan PDAM. Melihat capaian di Puskesmas Magelang tersebut jika dibandingkan dengan target capaian di Dinas Kesehatan Kota Magelang tahun 2016 adalah 94% maka masih dibawah target capaian.

Belum tercapainya target cakupan rumah tangga ber-PHBS di Kota Magelang berdasarkan pada Profil Kesehatan Kota Magelang, khususnya di Kelurahan Kedungsari yang berkaitan erat dengan kondisi lingkungan. Berdasarkan penjelasan diatas, maka rumusan permasalahannya adalah sebagai berikut bagaimanakah identifikasi masalah kesehatan yang terjadi di Kota Magelang, bagaimana prioritas masalah kesehatan di Kota Magelang yang didapatkan, apa yang menjadi penyebab masalah kesehatan di Kota Magelang tersebut, bagaimana prioritas penyebab masalah kesehatan yang didapatkan di Kota Magelang, apa alternative pemecahan masalah yang bisa dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan di Kota Magelang, bagaimana prioritas alternative pemecahan masalah yang didapatkan di Kota Magelang, apa intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi permasalahan kesehatan tersebut.

Tujuan artikel ini adalah mengetahui identifikasi masalah kesehatan yang terjadi di Kota Magelang, mengetahui prioritas masalah kesehatan di Kota Magelang yang didapatkan, mengetahui penyebab masalah kesehatan tersebut, mengetahui prioritas penyebab masalah kesehatan yang didapatkan, mengetahui alternative pemecahan masalah yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan tersebut, mengetahui prioritas alternative pemecahan masalah yang didapatkan, mengetahui intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi permasalahan kesehatan tersebut.



## **METODE**

Metode yang digunakan dalam prioritas masalah, prioritas penyebab masalah dan prioritas alternative masalah adalah metode hanlon kuantitatif. Metode hanlon bertujuan pengambilan keputusan berdasarkan identifikasi faktor-faktor eksplisit yang harus diperhatikan dalam menentukan prioritas, mengorganisasi faktor-faktor ke dalam kelompok yang memiliki bobot relatif satu sama lain dan memodifikasi faktor-faktor sesuai dengan kebutuhan dan dinilai secara individual. Dilakukan juga metode wawancara untuk mengetahui hasil intervensi yang sudah dilakukan.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Beberapa masalah kesehatan yang ditemukan di Dinas Kesehatan Kota Magelang, diantaranya:

### **1. Cakupan rumah tangga sehat (PHBS).**

Berdasarkan data hasil kajian jumlah rumah tangga yang diperiksa kerkaitan dengan PHBS yang dilaporkan Puskesmas wilayah kerja DKK Magelang, persentase rumah tangga ber-PHBS di Kota Magelang tahun 2016 sebesar 97,25%, meningkat dari persentase tahun 2015 yang sebesar 95,94% maupun persentase tahun 2014 sebesar 96,47%. Meskipun angka capaian indikator rumah tangga sehat telah tinggi namun masih di bawah target yaitu 98%.

### **2. Persentase Kelurahan STBM**

Berdasarkan data hasil kajian STBM di Kota Magelang tahun 2016 adalah Persentase Kelurahan STBM di Kota Magelang tahun 2016 sebesar 82,35% tahun 2015 sebesar 0% dikarenakan belum ada kelurahan yang telah melaksanakan program STBM di tahun 2015. Meskipun sudah melampaui target capaian 41% tetapi masih ada beberapa masyarakat yang tidak memiliki jamban sehat dan masih melakukan BAB sembarangan.

### **3. Penurunan Persentase Tempat – Tempat Umum yang memenuhi syarat**

Berdasarkan profil Dinas Kesehatan Kota Magelang tahun 2016 terjadi penurunan Persentase Tempat – Tempat Umum yang memenuhi syarat tahun 2016 di Kota Magelang mencapai angka 94,44%, lebih rendah dari capaian tahun 2015 yang mencapai angka 98,79%.

### **4. Cakupan rumah sehat**

Cakupan rumah sehat pada tahun 2015 di Kota Magelang sebesar 83,53% menurun dari tahun 2014 sebesar 88,53%. Cakupan ini masih di bawah target sebesar 90% sehingga diperlukan kesadaran masyarakat yang tinggi.

### **5. Cakupan rumah/bangunan bebas jentik nyamuk aedes**

Berdasarkan data Riskesdas Dinas Kesehatan Kota Magelang pada tahun 2016 – 2021 tentang kajian capaian kinerja pada tahun 2011 – 2015 menyebutkan bahwa cakupan rumah / bangunan bebas jentik nyamuk sebesar 90,75%, meskipun capaian tersebut sudah tinggi tetapi belum melampaui target capaian sebesar > 95% .

Berdasarkan identifikasi masalah tersebut, maka langkah selanjutnya adalah melakukan prioritas masalah. Berikut adalah prioritas masalah dengan menggunakan metode hanlon :

Tabel 1 Prioritas masalah

No.	Daftar Masalah	Kriteria dan Bobot Maksimum				PEARL	NPT	Prioritas Masalah
		A= Besar	B = Kegawatan	C = Kemudahan	NPD (A + B) C/ 3			
1	Cakupan rumah tangga ber-PHBS	3	3	3	6	11111	6	I
2	Presentase kelurahan ber-STBM	2	2	3	4	11111	4	III
3	Penurunan persentase TTU yang memenuhi syarat	1	1	1	1,6	11111	1,6	IV
4	Cakupan rumah sehat	2	3	3	5	11111	5	II
5	Cakupan rumah bebas jentik nyamuk aedes	1	2	1	1	11111	1	V

Berdasarkan tabel prioritas masalah, masalah yang dijadikan prioritas pertama adalah Cakupan Rumah Tangga ber-PHBS. Adapun penyebab permasalahan pada Cakupan Rumah Tangga Sehat (PHBS) yaitu :

1. Kurangnya pengetahuan masyarakat tentang perilaku hidup bersih dan sehat
2. Kurangnya kesadaran masyarakat dalam merawat kebersihan jamban
3. Kurang mementingkan kesehatan
4. Kurangnya pengetahuan masyarakat tentang tempat penyimpanan wadah air minum yang benar, banyak dari mereka yang menempatkan wadah air minum di tempat yang lembab dan mudah dijangkau hewan.
5. Tidak terdapat sarana cuci tangan
6. Kurangnya program tentang pentingnya PHBS yang dilakukan

Tabel 2 Prioritas penyebab masalah

No.	Daftar Penyebab Masalah	Kriteria dan Bobot Maksimum				PEARL	NPT	Prioritas Alternatif Pemecahan Masalah
		A= Besar	B = Kegawatan	C = Kemudahan	NPD (A + B) C/ 3			
1	Kurangnya pengetahuan	3	3	2	4	11111	4	I

	masyarakat tentang perilaku hidup bersih dan sehat								
2	Kurangnya kesadaran masyarakat dalam merawat kebersihan jamban	2	2	2	2.67	11111	2.67	II	
3	Kurang mementingkan kesehatan	2	3	1	1.6	11111	1,6	I11	
Kriteria dan Bobot Maksimum									
No.	Daftar Penyebab Masalah	A = Besar	B = Kegawat an	C = Kemudah an	NPD (A + B) / 3	PEARL	NPT	Prioritas Alternatif Pemecahan Masalah	
4	Penyimpanan wadah air minum ditempat lembab	3	2	1	1.6	11111	1.6	II1	
5	Tidak terdapat sarana cuci tangan	3	1	1	1.3	11111	1.3	1V	
6	Kurangnya pelaksanaan program PHBS	1	1	1	0.6	11111	0.6	V	

Berdasarkan tabel prioritas penyebab masalah, maka kurangnya pengetahuan masyarakat tentang perilaku hidup bersih dan sehat khususnya pada penggunaan jamban sehat dan penggunaan air minum berkualitas (layak) menjadi penyebab utama dari masalah cakupan rumah tangga ber-PHBS belum mencapai target.

Berikut ini adalah beberapa alternative pemecahan masalah yang dapat dilakukan.

1. Melakukan pemantauan jamban secara berkala seperti JUMANTIK.
2. Edukasi tetang pentingnya ber-PHBS khususnya pada jamban sehat dan air minum yang memenuhi syarat
3. Pemberian reward pada warga yang mempunyai jamban sehat dan melakukan pengolahan air minum sesuai persyaratan
4. Pembentukan kader peduli jamban dan kesehatan lingkungan

Tabel 3 Prioritas alternatif pemecahan masalah

No.	Daftar Alternatif Pemecahan Masalah	Kriteria dan Bobot Maksimum				PEARL	NPT	Prioritas Alternatif Pemecahan Masalah
		A= Besar	B = Kegawat an	C = Kemudah an	NPD (A + B) / 3			
1	Melakukan pemantauan jamban secara berkala	2	3	1	1,6	11111	6	III
2	Edukasi tentang PHBS khususnya pada jamban dan air minum yang memenuhi syarat	3	3	3	6	11111	4	I
3	Pemberian reward pada warga yang memilki jamban sehat	1	1	1	0,6	11111	1,6	IV

4	Pembentukan kaser peduli jamban dan kesehatan lingkungan	3	3	1	2	11111	5	II
---	--	---	---	---	---	-------	---	----

Berdasarkan tabel prioritas pemecahan masalah didapatkan hasil bahwa edukasi pentingnya ber-PHBS khususnya pada jamban sehat dan air minum yang memenuhi syarat karena kurangnya pengetahuan masyarakat tentang PHBS khususnya pada jamban sehat dan konsumsi air minum yang memenuhi syarat.

Intervensi dilakukan bersamaan dengan program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga di Puskesmas Magelang Utara di Kelurahan Kedungsari, pendataan tidak dilakukan hanya dengan 12 strategi pokok, tetapi dilakukan pendalaman kasus pada jamban sehat dan air minum berkualitas (layak) yang digunakan, berupa pengisian form jamban sehat dan form pengelolaan air minum, dan penyuluhan terkait masalah jamban sehat dan air minum berkualitas (layak). Dengan dilakukannya hal tersebut, tergambar masalah baru yang muncul seperti kurangnya memerhatikan kebersihan jamban, kurangnya pencahayaan jamban, jamban dalam keadaan rusak, banyaknya pakaian yang menggantung di kamar mandi, kurangnya pengetahuan tentang cuci tangan pakai sabun (CTPS) dan penempatan air minum ditempat yang lembab serta tidak dilakukan pencucian pada wadah air minum yang digunakan. Berdasarkan hasil wawancara, terjadi peningkatan pengetahuan masyarakat setelah dilakukan intervensi, dan dilihat dari antusias pertanyaan dari masyarakat pada saat intervensi berlangsung. Hal ini sejalan dengan penelitian Wijayanti, R. A. dkk (2016) menyebutkan bahwa terdapat perbedaan tingkat pengetahuan siswa sebelum dan setelah kegiatan penyuluhan di SMP ISLAM Mahfilud Duror Jelbuk serta penelitian Solehati, T. dkk (2015) menyebutkan bahwa pelatihan PHBS baik berupa penyuluhan dan demonstrasi dapat meningkatkan pengetahuan dan skill guru, serta meningkatkan perilaku yang mendukung pola personal hygiene yang baik pada siswa.

## **PENUTUP**

Disimpulkan bahwa identifikasi masalah dan prioritas masalah berupa cakupan rumah tangga ber-PHBS yang belum memenuhi target capaian tahun 2016, penyebab dari masalah dan prioritas penyebab masalah adalah kurangnya pengetahuan masyarakat tentang perilaku hidup bersih dan sehat khususnya pada penggunaan jamban sehat dan penggunaan air minum berkualitas (layak). Alternatif pemecahan masalah adalah edukasi pentingnya ber-PHBS khususnya pada jamban sehat dan air minum yang memenuhi syarat, intervensi edukasi dilakukan bersamaan dengan pendataan keluarga yang bersasaran masyarakat Kelurahan Kedungsari. Pendataan keluarga sehat pada hari tersebut tidak

hanya 12 strategi yang menjadi poin pokok wawancara tetapi juga ada penambahan kuesioner tentang jamban sehat dan air minum berkualitas (layak).

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Kemendes. (2016). *Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga*. Jakarta.
- Dinkes Kota Magelang. (2016). *Gambaran Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Tatanan Rumah Tangga Kota Magelang 2016*. Magelang: Dinas Kesehatan Kota Magelang.
- Dinkes Kota Magelang. (2016). *Profil Kesehatan Kota Magelang Tahun 2016*. Magelang: Dinas Kesehatan Kota Magelang.
- Dinkes Kota Magelang. (2016). *Renstra Dinas Kesehatan Kota Magelang 2017-2021*. Magelang: Dinas Kesehatan Kota Magelang.
- Dinkes Prov. (2015). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah 2015*. Semarang.
- Nuraeni, Asti. (2012). *Hubungan Penerapan PHBS Keluarga dengan Kejadian Diare Balita di Kelurahan Tawangmas Kota Semarang*. Depok: Universitas Indonesia
- PERMENKES. (2012). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1096/MENKES/PER/VI/2011 Tentang Hygiene Sanitasi Jasaboga*. Semarang: Dinkes Provinsi Jawa Tengah.
- Kemendes RI. (2017). *Petunjuk Teknis Aplikasi Keluarga Sehat*. Jakarta.
- Solehati, Tetti, Susilowati, Sri & Lukman, Mamat. (2015). Pengaruh Edukasi Terhadap Pengetahuan dan Skill Guru Serta Personal Hygiene Siswa SD. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 11 (1) : 135-143.
- Tim FIELD LAB FK UNS. (2013). *Komunikasi Informasi Edukasi PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) Semester V*. Surakarta: Universitas Sebelas Maret
- Wijayanti, Rossalina, Nuraini, Novita, & Deharja, Atma. (2016). Pengaruh Penyuluhan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat terhadap Pengatahuan Siswa di SMP Islam Mahfilud Duror Jelbuk. *Seminar Hasil Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Dana BOPTN Tahun 2016*. 52-56.

# TINJAUAN KARAKTERISTIK LINGKUNGAN FISIK DAN KONDISI FISIK RUMAH PENDERITA MALARIA DI KELURAHAN CAILE KECAMATAN UJUNGBULU KABUPATEN BULUKUMBA

Iwan Suryadi<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Diploma 3 Hiperkes dan Keselamatan Kerja, Universitas Sebelas Maret

E-mail Korespondensi : iwanph08@gmail.com

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Malaria merupakan salah satu masalah Kesehatan Masyarakat yang dapat menyebabkan kematian. Faktor lingkungan fisik rumah yang dapat mempengaruhi kejadian malaria yakni suhu, kelembaban dan *breeding place*. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui karakteristik lingkungan dan kondisi fisik rumah penderita malaria di Kelurahan Caile, Kabupaten Bulukumba.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan desain Observasional dengan pendekatan deskriptif. Populasi penelitian yakni seluruh rumah penderita malaria klinis dan malaria positif di Kelurahan Caile yang tercatat dalam rekam medik puskesmas Caile. Jumlah sampel sebanyak 63 rumah penderita. Breeding place menggunakan lembar observasi. pengukuran suhu dan kelembaban dilakukan pada siang dan malam hari.

**Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat 57 *Breeding Place*, rata – rata suhu udara dalam rumah penderita pada siang sebesar 27,98°C, pada malam hari rata-rata suhu sebesar 29,25°C. kelembaban rumah responden pada siang hari berkisar antara 60%-74% baik di dalam maupun di luar rumah dengan 63 rumah yang memiliki kelembaban optimal, sedangkan pada malam hari berkisar antara 61%-78%.

**Simpulan:** Simpulan dari penelitian ini adalah suhu udara dan kelembaban rumah penderita malaria di Kelurahan Caile berada pada suhu optimal untuk pertumbuhan nyamuk, aktivitas nyamuk seperti istirahat maupun aktivitas menggigit dan menghisap darah.

**Kata Kunci:** Rumah Penderita, Karakteristik Fisik Rumah

## ABSTRACT

**Background:** Malaria is one of the public health problems that can cause death. Physical environmental factors of the house that can affect the incidence of malaria are temperature, humidity and breeding place. The purpose of this research is to know the environmental characteristic and physical condition of house of malaria patient in Kelurahan Caile, Bulukumba District.

**Method:** This research used Observational design with descriptive approach. The research population were all the houses of clinical malaria and positive malaria patients in Kelurahan Caile recorded in medical record of Public Health Center of Caile. The number of samples were 63 patient's house. Breeding place used an observation sheet. Temperature and humidity measurements are performed day and night.

**Results:** The results showed that there were 57 Breeding Place, the average air temperature in the house of the patient at noon was 27.98°C, at night the average temperature was 29.25°C. The humidity of the respondent's house during the day ranged between 60% -74% both inside and outside the house with 63 houses had optimum humidity, while at night ranged between 61% -78%.

**Conclusion:** The conclusion of this research is the temperature and humidity of the house of malaria patients in Kelurahan Caile are at the optimum temperature for



*mosquito growth, mosquito activity such as rest, and activity of biting and sucking blood.*

**Keywords:** physical condition of house, patient's house

## **PENDAHULUAN**

Malaria merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang dapat menyebabkan kematian terutama pada kelompok risiko tinggi yaitu bayi, anak balita, ibu hamil. Malaria secara langsung menyebabkan anemia dan dapat menurunkan produktivitas kerja. (Laihad, 2011)

Indonesia merupakan salah satu Negara endemik malaria, nilai *annual paracite incidence* (API) bervariasi setiap tahunnya. Pada Tahun 2008 nilai API sebesar 2,4 kemudian mengalami penurunan pada tahun 2009 sebesar 0,6 menjadi 1,8 dan 2010 meningkat menjadi 1,96. Pada rentang tahun 2011 nilai API mengalami penurunan dengan nilai API 1,75 (Ditjen PP dan PL, 2011).

Kabupaten Bulukumba merupakan salah satu daerah endemis malaria. Jumlah kasus malaria yang tercatat di Dinas Kesehatan Bulukumba dilihat berdasarkan nilai API pada rentang tahun 2009-2011 yakni pada tahun 2009 nilai API sebesar 4,9, meningkat pada tahun 2010 dengan nilai API sebesar 5,3. Namun menurun pada tahun 2011 sebesar 0,29 (Dinas Kesehatan Kabupaten Bulukumba, 2012).

Data dari Dinas Kesehatan Bulukumba jumlah penderita yang positif malaria pada tahun 2008 sebanyak 1920 kasus, pada tahun 2009 sebesar 1777 kasus dan pada tahun 2010 sebesar 3137 kasus dan khusus pada wilayah puskesmas Caile Kecamatan Ujungbulu Kabupaten Bulukumba sebanyak 275 kasus pada tahun 2007, pada tahun 2008 1255 kasus, pada tahun 2009 sebesar 1006 kasus dan pada tahun 2010 sebesar 894 kasus dan pada tahun 2011 sebesar 963 kasus malaria klinis dengan 334 kasus di Caile. (Dinkes Bulukumba, 2012).

Faktor lingkungan mempunyai peranan yang sangat besar dalam memerankan kesehatan. Lingkungan vektor adalah lingkungan dimana vektor dapat berkembang biak, termasuk di dalamnya lingkungan fisik, lingkungan kimia, lingkungan biologi dan lingkungan sosial budaya. Lingkungan yang baik akan mengurangi penyebab ataupun vektor penular penyakit (Depkes RI, 2001 dalam susana, 2011).

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan gambaran karakteristik lingkungan fisik dan kondisi fisik rumah penderita malaria di Kelurahan Caile Kabupaten Bulukumba.

## **METODE**

### **Desain Penelitian**

Desain penelitian menggunakan desain observasional dengan rancangan studi ekologi melalui pendekatan deskriptif yang bertujuan untuk memberikan gambaran variabel variabel penelitian

### **Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di kelurahan Caile Kecamatan Ujungbulu Kabupaten Bulukumba Provinsi Sulawesi Selatan.

### **Populasi, dan Sampel**

Populasi dalam penelitian ini yakni seluruh rumah yang di dalamnya terdapat salah satu atau lebih anggota keluarga yang menderita malaria berdasarkan rekam medik Puskesmas Caile pada periode Januari-Mei 2012 dan berdomisili di Kelurahan Caile, sebanyak 63 kasus yang menghuni 63 rumah. Metode pengambilan sampel dilakukan dengan teknik total sampling.

### **Instrumen Penelitian**

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi untuk breeding place dan Thermohyrometer untuk mengukur kelembaban dan suhu udara.

### **Teknik Pengumpulan Data**

Data primer diperoleh melalui teknik observasi langsung dengan menggunakan lembar observasi keberadaan breeding place dan pengukuran suhu dan kelembaban lingkungan luar rumah dan lingkungan dalam rumah dilakukan pengukuran sebanyak 2 kali yakni pada siang dan malam hari. Data sekunder diperoleh dari rekam medik Puskesmas Caile.

### **Analisa Data**

Analisa Univariat dilakukan untuk menggambarkan distribusi frekuensi masing-masing variabel.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **HASIL**

#### **1. Karakteristik Lingkungan Fisik Rumah Penderita**

Karakteristik lingkungan fisik rumah penderita dilihat berdasarkan suhu di dalam dan di luar rumah, kelembaban dan keberadaan *breeding place* di sekitar rumah penderita.

Tabel 1. Distribusi Rumah Penderita Berdasarkan Parameter Suhu di Kelurahan Caile Tahun 2012

<b>Suhu (°C)</b>	<b>Siang</b>	<b>Malam</b>
------------------	--------------	--------------

	Dalam		Luar		Dalam		Luar	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Optimum bagi perkembangan dan aktivitas nyamuk (25°C-30°C)</b>	49	77,8	42	66,7	63	100	63	100
<b>Kurang optimum bagi perkembangan dan aktivitas nyamuk (&lt; 25°C atau &gt; 30°C )</b>	14	22,2	21	33,3	0	0	0	0
<b>Total</b>	63	100	63	100	63	100	63	100

Sumber : Data Primer, 2012

Tabel 1 menunjukkan dari total 63 rumah penderita, pada pengukuran suhu di dalam rumah pada siang hari terdapat 77,8 % (49) rumah yang memiliki suhu optimum dan 22,2%(14) rumah yang memiliki suhu optimum, sedangkan di luar rumah terdapat 66,7% (42) rumah yang memiliki suhu optimum dan 3,3%(21) rumah yang tidak memiliki suhu optimum. Untuk pengukuran suhu di dalam dan di luar rumah pada malam hari terdapat 100% (63) rumah yang memiliki suhu optimum untuk perkembangan dan aktivitas nyamuk *Anopheles*.

Caile Tahun 2012

<b>Kelembaban</b>	Siang		Malam	
	n	%	n	%
<b>Optimum (≥60%)</b>	63	100	63	100
<b>Tidak optimum (&lt;60%)</b>	0	0	0	0
<b>Total</b>	63	100	63	100

Sumber : Data Primer, 2012

Pengukuran siang pada pukul 12.00-17.00

Pengukuran malam dilakukan pada pukul 19.00-21.00

Tabel 2 menunjukkan dari 63 rumah penderita malaria semua memiliki kelembaban ≥60 % yang merupakan kelembaban optimum untuk kehidupan nyamuk *Anopheles*.

Tabel 3 Distribusi Rumah Penderita Berdasarkan Keberadaan *Breeding Place* di Kelurahan Caile Tahun 2012

<b>Keberadaan breeding place</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Ada</b>	57	90.5
<b>tidak ada</b>	6	9.5
<b>Total</b>	63	100.0

Sumber : Data Primer 2012

Tabel 3 menunjukkan rumah penderita yang disekitar rumahnya terdapat *breeding place* memiliki presentasi 90,5% (57) tempat perindukan dan rumah yang tidak memiliki tempat perindukan di sekitar rumah memiliki presentasi 9,5 (6) dari total 63 rumah.

Tabel 4 Distribusi Rumah Penderita Berdasarkan Jenis *Breeding Place* di Kelurahan Caile Tahun 2012

<b>Jenis Breeding Place</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>rawa-rawa</b>	15	23.8
<b>kolam/sawah</b>	7	11.1
<b>Sungai/parit</b>	15	23.8
<b>genangan air</b>	20	31.7
<b>Total</b>	57	100.0

Sumber: Data Primer 2012

Tabel 54 menunjukkan tempat perindukan yang memiliki presentasi tertinggi 31,7% (20) genangan air dan yang memiliki presentasi terendah adalah tidak ada tempat perindukan dengan presentasi 11,1% (7) tempat perindukan.

### 1. Kondisi Fisik Rumah

Kondisi fisik rumah dalam hal ini diamati bagaimana Jenis dinding rumah penderita dan keberadaan ventilasi serta kondisi dari ventilasi rumah Penderita.

Tabel 5. Distribusi Rumah Penderita Berdasarkan Jenis Dinding Rumah di Kelurahan Caile Tahun 2012

<b>Jenis Dinding</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Permanen/batu</b>	26	41.3
<b>Semi permanen/batu dan kayu</b>	20	31.7
<b>Bambu/bilik/kayu</b>	17	27.0
<b>Total</b>	63	100.0

Sumber : Data Primer, 2012

Tabel 5 menunjukkan jenis dinding rumah penderita malaria terdapat 41,3% (26) rumah yang memiliki dinding permanen, 31,7% (20) rumah yang memiliki dinding semi permanen dan 27,0% (20) rumah yang memiliki dinding tidak permanen.

Tabel 6 Distribusi Rumah Penderita Berdasarkan Keberadaan Ventilasi di Kelurahan Caile Tahun 2012

<b>Jenis rumah</b>	<b>Ventilasi</b>				<b>Total</b>
	Ada		tidak ada		
	n	%	n	%	

<b>Permanen</b>	26	41,3	0	0	26
<b>semi permanen</b>	11	17,5	9	14,3	20
<b>tidak permanen</b>	2	3,1	15	23,8	17
<b>Total</b>	39	61,9	24	38,1	63

Sumber : Data Primer, 2012

Tabel 6 menunjukkan bahwa dari 41,3% (26) jenis rumah permanen memiliki semua ventilasi pada rumah semi permanen 17,5% (11) rumah memiliki ventilasi dan 14,3% (9) rumah tidak memiliki ventilasi dan pada rumah tidak permanen dari 17 rumah terdapat 3,1% (2) rumah yang memiliki ventilasi dan 23,8% (15) rumah yang tidak memiliki ventilasi.

Tabel 7. Distribusi Rumah Penderita Berdasarkan Kondisi Ventilasi di Kelurahan Caile Tahun 2012

<b>Jenis rumah</b>	<b>Kondisi ventilasi</b>		<b>Total</b>
	Memenuhi syarat	Tidak memenuhi syarat	
<b>Permanen</b>	26	0	26
<b>semi permanen</b>	5	6	11
<b>tidak permanen</b>	0	2	2
<b>Total</b>	31	8	39

Sumber : Data Primer, 2012

Tabel 7 menunjukkan rumah permanen memiliki kondisi ventilasi dengan luas 10-20% dari luas lantai rumah sebanyak 26 rumah, rumah semi permanen memiliki kondisi ventilasi dengan luas 10-20% dari luas lantai rumah sebanyak 5 rumah dan yang memiliki ventilasi dengan luas <10 atau >20 % dari luas lantai sebanyak 6 rumah dan rumah tidak permanen yang memiliki jenis <10 atau >20 % dari luas lantai sebanyak 2 rumah dari total 39 rumah yang memiliki ventilasi.

## PEMBAHASAN

### Suhu

Pengukuran suhu pengukuran yang dilakukan bahwa suhu rata-rata 27,98°C pada siang hari dan 29,25°C pada malam hari sepanjang hari penelitian dengan rentang suhu 25,5°C-32,25°C. Bervariasinya suhu rumah penderita diakibatkan beberapa faktor yakni penelitian dilakukan pada musim penghujan dengan tingginya curah hujan sehingga mempengaruhi perbedaan suhu tersebut. Dari gambaran suhu di atas dapat di *generalisasikan* bahwa suhu udara di dalam maupun di luar rumah merupakan suhu optimal untuk perkembangan parasit *Plasmodium* dalam tubuh nyamuk *Anopheles*. Hal ini sesuai dengan penelitian oleh Suwito dkk (2010) bahwa rata-rata suhu sebesar 26 °C kepadatan nyamuk *Anopheles* meningkat. Peningkatan suhu akan mempengaruhi perubahan bionomik

atau perilaku menggigit dari populasi nyamuk. Umur nyamuk sangat dipengaruhi oleh suhu udara dimana suhu kondusif berkisar antara 25-30°C . Keadaan suhu tersebut sangat optimal untuk kehidupan nyamuk (Gunawan, 2000). Menurut Saputro G., dkk., (2009) suhu udara mempunyai hubungan yang kuat ke arah positif dengan angka kejadian malaria sebesar 0,886 di desa Dulanpokpok, Fakfak Papua Barat

### **Kelembaban**

Pengukuran kelembaban dilakukan untuk mengetahui pengaruh kelembaban relatif terhadap populasi nyamuk. Pada kelembaban yang lebih tinggi nyamuk akan lebih aktif menggigit, sehingga meningkatkan penularan malaria. Tingkat 60% merupakan batas paling rendah untuk memungkinkan hidup nyamuk. Adanya kelembaban yang tinggi mempengaruhi nyamuk untuk mencari tempat yang lembab dan basah di luar rumah sebagai tempat istirahat pada siang hari (Depkes, 2011). Hal ini juga sesuai dengan penelitian oleh Kurniawan bahwa kelembaban mempengaruhi kejadian malaria di Asmat (Kurniawan 2008). Peningkatan kepadatan nyamuk juga berbanding lurus dengan peningkatan kelembaban dan curah hujan (Epstein et al, 1998).

### **Breeding Place**

*Breeding Place* dalam hal ini adalah rawa-rawa, kolam atau sawah, parit atau sungai dan genangan air. Tingginya genangan air di sekitar rumah penderita dikarenakan pada saat melakukan penelitian curah hujan di wilayah penelitian cukup tinggi. Keberadaan tempat-tempat yang berpotensi sebagai tempat perindukan nyamuk *Anopheles* tersebut secara langsung meningkatkan kepadatan nyamuk. Arak genangan air ke rumah merupakan salah satu faktor risiko terhadap kepadatan *Anopheles*. Hal ini sehubungan dengan kemampuan terbang *Anopheles*. Hal ini sesuai dengan penelitian oleh Palupi (2010) bahwa terdapat peluang lebih besar bagi rumah yang berdekatan dengan *breeding place* dibandingkan dengan rumah yang tidak memiliki atau berdekatan dengan *breeding place*.

### **Kondisi Fisik Rumah**

Pengamatan yang dilakukan di wilayah Kelurahan Caile dari jenis rumah umumnya berada pada wilayah pinggiran Kelurahan Caile dengan kondisi lingkungan yang memungkinkan untuk terjadinya penyakit malaria, hal tersebut jika dilihat dari banyaknya tambak-tambak dan rawa-rawa di sekitar rumah penderita malaria klinis.

Dinding rumah penderita dalam hal ini dilihat berdasarkan bahan dasar pembuatannya. Pada dinding permanen dilihat berdasarkan dinding rumah Penderita dari tembok ataupun batu, pada rumah semi permanen dilihat berdasarkan dinding rumah Penderita atau penderita dari gabungan antara tembok dan kayu, sedangkan pada rumah tidak permanen dilihat berdasarkan dinding rumah penderita dari kayu atau bambu ataupun bilik-bilik. Hal ini sesuai



dengan penelitian oleh Pamela (2009) bahwa ada hubungan signifikan antara kerapatan dinding dengan kejadian malaria.

Penduduk dengan rumah yang dindingnya banyak berlubang berisiko sakit malaria 18 kali lipat dibanding dengan rumah penduduk yang berdinding rapat. Kontruksi rumah yang tidak baik seperti atap yang bocor, lantai dan dinding rumah yang tidak kedap air, serta kurangnya pencahayaan akan menyebabkan kelembaban yang terlalu tinggi ataupun kelembaban yang terlalu rendah. Dinding rumah yang tidak kedap air mengakibatkan tingginya kelembaban yang akan mengundang berkembangbiaknya mikroorganisme sehingga akan mempengaruhi kesehatan.

Ventilasi pada rumah penderita dilihat dari ada atau tidaknya ventilasi pada rumah tersebut dan kondisi ventilasi yang memenuhi syarat. Ventilasi berfungsi sebagai sirkulasi udara di dalam suatu rumah, salah satu persyaratan untuk rumah sehat adalah adanya ventilasi dengan persyaratan tertentu. Pada hasil penelitian terdapat 24 rumah yang tidak memiliki ventilasi dan 8 rumah yang kondisi ventilasinya <10% atau >20% (Depkes RI, 2011).

## **PENUTUP**

Faktor lingkungan fisik dan kondisi fisik rumah menjadi salah satu parameter adanya kejadian malaria. Penelitian ini berfokus pada penggambaran lingkungan fisik dan kondisi fisik rumah penderita malaria di Kelurahan Caile Kabupaten Bulukumba.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Harmendo. (2008). *Faktor Resiko Kejadian Malaria di Wilayah Kerja Puskesmas Kenanga Kecamatan Sungai Liat Kabupaten Bangka* (Tesis Magister Kesehatan Lingkungan Universitas Diponegoro).
- Gunawan, S. (2000). *Epidemiologi malaria dalam malaria : Epidemiologi, pathogenesis, manifestasi klinis dan penanganannya*. Jakarta : EGC.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Bulukumba. Laporan Malaria 2007-2012.
- Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan. (2011). *Buku Saku Menuju Eliminasi Malaria*. Web diakses dari <http://www.depkes.go.id> . (Jurnal Kementerian Kesehatan RI).
- Kurniawan (2008) *Analisis Faktor Lingkungan Dan Perilaku Penduduk Terhadap Kejadian Malaria Di Kabupaten Asmat Tahun 2008*. Tesis Magister Kesehatan Lingkungan. Undip. Semarang
- Suwito, dkk. (2010). *Hubungan Iklim, Kepadatan Nyamuk Anopheles dan Kejadian Penyakit Malaria*. J. Entomol. Indon. April 2010, Vol. 7, No. 1, 42-53

- Saputro, G., dkk. *Perilaku Nyamuk Anopheles dan Kaitannya dengan Epidemiologi Malaria di Desa Dulanpokpok Kabupaten Fakfak-Papua Barat*. Bogor: Jurnal Ilmu Kehewan Indonesia, Vol. II; 2009.
- Pamela, Aprilia Ayu. (2009). *Hubungan Kondisi Fisik Rumah dan Lingkungan Sekitar Rumah dengan Kejadian Malaria di Desa Ketosari Kecamatan Bener, Kabupaten Purworejo*. Skripsi UMS (Tidak dipublikasikan)
- Palupi, Niken Wastu. (2010). *Hubungan Keberadaan Perindukan Nyamuk dengan Kejadian Malaria di Puskesmas Hanura Kabupaten Pasawaran Tahun 2010*. Tesis UI (Tidak dipublikasikan)
- Epstein PR, Diaz HR, Elias S, Grabherr G, Graham NE, Martens WJM, Thomson EM, Susskind J. (ED). (1998). *Biological and physical signs of climate change : focused on mosquito-borne diseases*. *Bul Amer Meterol Soc* 79 : 409-17.
- Susana, Dewi. (2011). *Dinamika Penularan Malaria*. Jakarta : Penerbit Universitas Indonesia
- DitJen PP dan PL, (2011). *Buku Saku Menuju Eliminasi Malaria*. Jakarta. (Jurnal Kementerian Kesehatan RI) web <http://www.depkes.go.id> pada tanggal 7 November 2011
- DitJen PP dan PL. (2008). *Pedoman Penatalaksanaan Kasus Malaria di Indonesia*. Kementerian Kesehatan RI. web <http://www.depkes.go.id>
- Laihad, F. j., et al. (2011). *Buletin Epidemiologi Malaria di Indonesia*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 1-10.

## POLICY BRIEF PELATIHAN KINERJA KADER KESEHATAN DALAM RANGKA PENGUATAN PROGRAM JATENG GAYENG NGINCENG WONG METENG DI PROVINSI JAWA TENGAH

Yolanda Pramudita<sup>1\*</sup>, Lukman Fauzi<sup>1</sup>, Yuni Rahayuningtyas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

<sup>2</sup>Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah

E-mail Korespondensi: pramuditayolanda@gmail.com

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Dalam upaya mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Provinsi Jawa Tengah dilakukan upaya terobosan dengan program Jateng Gayeng Nginceng Wong Meteng Ibu Selamat Bayi Sehat. Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengadakan pelatihan kinerja bagi kader kesehatan guna memperkuat Program Jateng Gayeng Nginceng Wong Meteng (5NG).

**Metode:** Pengambilan data dalam penelitian ini dilakukan dengan wawancara kepada pemegang program Jateng Gayeng Nginceng Wong Meteng (5NG).

**Hasil:** Berdasarkan metode hanlon kualitatif, maka prioritas masalah yang akan diangkat yaitu "Belum maksimalnya kinerja kader kesehatan dalam Pelaksanaan Program Jateng Gayeng" sehingga masalah tersebut akan berdampak pada upaya Pelaksanaan Jateng Gayeng di Jawa Tengah. Berdasarkan hasil penentuan tersebut, maka prioritas alternatif pemecahan masalah adalah Pelatihan Kinerja Kader Kesehatan dalam Penguatan Program Jateng Gayeng.

**Simpulan:** Permasalahan yang ada di Bagian KESGA yaitu belum maksimalnya kinerja kader kesehatan dalam Pelaksanaan Program Jateng Gayeng. Strategi dalam pelaksanaan intervensi adalah dengan pembuatan policy brief yang ditujukan kepada pemegang program Jateng Gayeng yang ada di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

**Kata Kunci:** kinerja, kader kesehatan, jateng gayeng

### ABSTRACT

**Background:** In order to accelerate the decrease of Maternal Mortality Rate (AKI) and Infant Mortality Rate (AKB) in Central Java Province, a breakthrough effort with Jateng Gayeng Nginceng Wong Meteng Ibu Selamat Bayi Sehat. The general objective of this research is to conduct performance training for health cadres in order to strengthen the Jateng Gayeng Nginceng Wong Meteng (5NG) Program.

**Methods:** Data collection in this study was conducted by interview to the holders of Jateng Gayeng Nginceng Wong Meteng (5NG) program.

**Result:** Based on qualitative hanlon method, the priority of problem to be lifted is "Not maximal performance of health cadres in the implementation of Jateng Gayeng Program" so that the problem will have an impact on the effort of Jateng Gayeng Implementation in Central Java. Based on the results of the determination, then the priority of alternative problem solving is the Training of Health Cadre Performance in Strengthening Jateng Gayeng Program.

**Conclusion:** The problems that exist in the KESGA section is not the maximum performance of health cadres in the implementation of Jateng Gayeng Program. Strategy in the implementation of the intervention is by making a policy brief addressed to the holder of the

*Jateng Gayeng program in the Health Office of Central Java Province through the District Health Office / City.*

**Key Words:** performance, health cadres, jateng gayeng

## **PENDAHULUAN**

Kematian ibu merupakan hasil dari interaksi berbagai aspek, baik aspek klinis, aspek sistem pelayanan kesehatan, maupun faktor-faktor non kesehatan yang mempengaruhi pemberian pelayanan klinis dan terselenggaranya sistem pelayanan kesehatan secara optimal. Oleh karena itu, diperlukan kesamaan persepsi dan pengertian dari semua pihak. Peran berbagai pihak dalam berbagai aspek untuk penanganan masalah kematian ibu dan bayi sangat diperlukan sebagai strategi untuk mengatasi permasalahan kesehatan ibu dan anak. Kasus puncak kematian ibu di Provinsi Jawa Tengah terjadi pada tahun 2014, dimana pada tahun ini terjadi 711 kasus atau 126,55 per seratus ribu angka kelahiran hidup. Jumlah tersebut merupakan jumlah terbanyak sejak tahun 2008. (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2014).

Dalam upaya mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Provinsi Jawa Tengah dilakukan upaya terobosan dengan program Jateng Gayeng Nginceng Wong Meteng Ibu Selamat Bayi Sehat yang merangkum segala permasalahan ibu hamil dan bagaimana cara pendekatan yang harus dilakukan untuk menyelamatkan dan meningkatkan kesehatan ibu dan anak. Dengan adanya Program Jateng Gayeng Nginceng Wong Meteng yang diluncurkan Juli 2016 lalu, pada akhir 2016 AKI di Jateng tercatat 109,65 per 100.000 kelahiran hidup, atau melampaui target 117 per 100.000 kelahiran hidup. Peran kader dan seluruh lapisan masyarakat sangat penting. Kader mempunyai fungsi untuk melakukan pemantauan, perujukan, pengawalan dan pemeriksaan pada ibu hamil (fase sebelum hamil, hamil, persalinan dan nifas).

Pengakuan kader sebagai seseorang yang sangat dibutuhkan bagi masyarakat memang diperlukan. Ada hubungan pelatihan ( $p=0.018$ ) dengan kinerja kader. Perez et al. (2009) dan Herman et al. (2009), mengatakan bahwa pelatihan dan pengawasan yang cukup dapat sebagai insentif yang dapat meningkatkan kinerja kader di daerah pedesaan. Pittman et al. (2001) dalam Sriyatty menyatakan bahwa petugas kesehatan yang diberikan motivasi dalam pelatihan, akan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Kurangnya ketrampilan dan pelatihan sering menjadi penghalang yang efektif dalam kinerja. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja kader yaitu motivasi intrinsik dan ekstrinsik. Motivasi intrinsik (dari dalam diri) kader meliputi faktor umur, tingkat pendidikan, lama pekerjaan, lama menjadi kader, minat dan kemampuan, sedangkan motivasi ekstrinsik

(dorongan yang berasal dari luar diri individu), yang meliputi fasilitas, pelatihan kader, pembinaan kader, insentif dan dukungan masyarakat yang diberikan kepada kader. Karena itu kader sebagai yang terdekat dengan masyarakat perlu melakukan pendampingan kepada seluruh ibu hamil di wilayahnya. Dalam rangka meningkatkan peran kader dalam melakukan pendampingan ibu hamil perlu dilakukan pelatihan kinerja kader kesehatan. (Wirapusita, 2013)

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengadakan pelatihan kinerja bagi kader kesehatan guna memperkuat Program Jateng Gayeng Nginceng Wong Meteng (5NG), kader diharapkan dapat mempunyai pengetahuan, sikap dan perilaku menuju derajat kesehatan yang optimal dan diharapkan dapat menekan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) dan menciptakan derajat kesehatan masyarakat Jawa Tengah yang setinggi-tingginya.

## **METODE**

Penelitian ini dilakukan di Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Desain penelitian yang dilakukan adalah observational deskriptif. Narasumber penelitian ini adalah pemegang program Jateng Gayeng Nginceng Wong Meteng (5NG) yang ada di Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Pengambilan data dalam penelitian ini dilakukan dengan wawancara kepada pemegang program Jateng Gayeng Nginceng Wong Meteng (5NG).

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Berdasarkan latar belakang masalah yang berhubungan dengan Kendala Pelaksanaan Program Jateng Gayeng, masalah yang dapat diidentifikasi berdasarkan hasil wawancara dengan pemegang Program Jateng Gayeng Nginceng Wong Meteng (5NG) di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah antara lain :

1. Koordinasi dan kerjasama petugas yang terkait dengan Program Jateng Gayeng belum optimal.
2. Pendanaan Program Jateng Gayeng dalam masalah transportasi.
3. Belum maksimalnya kinerja kader kesehatan dalam Pelaksanaan Program Jateng Gayeng.

Penetapan prioritas masalah dilakukan terhadap masalah yang telah diidentifikasi. Adapun metode yang digunakan untuk menentukan prioritas masalah yaitu dengan metode Hanlon Kualitatif dengan Prinsip dasar penetapan priritas masalah ini adalah

membandingkan pentingnya masalah satu dengan yang lainnya dengan cara matching untuk tiap masalah.

Tabel 1. Penentuan Prioritas Masalah

Masalah	A	B	C	Total Horisontal
A		-	-	0
B			-	0
C				0
Total Vertikal (-)	0	1	2	
Total Horisontal	0	0	0	
Total	0	1	2	
Prioritas Masalah	III	II	I	

Berdasarkan metode hanlon kualitatif, maka prioritas masalah yang akan diangkat yaitu “Belum maksimalnya kinerja kader kesehatan dalam Pelaksanaan Program Jateng Gayeng” sehingga masalah tersebut akan berdampak pada upaya Pelaksanaan Jateng Gayeng di Jawa Tengah.

Berdasarkan identifikasi penyebab masalah yang ada di atas, maka untuk menanggulangi permasalahan tersebut, ada beberapa alternatif pemecahan masalah yang dapat diupayakan guna mengoptimalkan tujuan meningkatkan kinerja kader kesehatan dalam Pelaksanaan Program Jateng Gayeng, antara lain:

1. Pelatihan Kinerja Kader Kesehatan dalam Penguatan Program Jateng Gayeng
2. Seminar Tentang Pentingnya Peran Kader Kesehatan dalam Menurunkan AKI
3. Orasi Ilmiah Peningkatan Peran Kader dalam Penurunan AKI dan AKB

Tabel 2. Penentuan Prioritas Alternatif Pemecahan Masalah

Masalah	A	B	C	Total Skor	Urutan Prioritas
A.Pelatihan Kinerja Kader Kesehatan		A	A	2	I
B.Seminar Pentingnya Peran Kader Kesehatan	A		B	1	II
C.Orasi Ilmiah	A	B		0	III

Berdasarkan hasil penentuan tersebut, maka prioritas alternatif pemecahan masalah adalah Pelatihan Kinerja Kader Kesehatan dalam Penguatan Program Jateng Gayeng. Karena penulis tidak mempunyai wewenang untuk mengadakan Pelatihan Kinerja Kader Kesehatan, adapun program intervensi yang dilakukan adalah pembuatan policy brief dalam bentuk saran mengenai Pelatihan Kinerja Kader Kesehatan dalam Penguatan Program Jateng Gayeng yang ditujukan kepada pemegang program Jateng Gayeng di Dinas



Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Intervensi dilakukan melalui 3 tahap yaitu perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. Perencanaan

- a. Tujuan Program : Pembuatan policy brief dalam bentuk saran mengenai Pelatihan Kinerja Kader Kesehatan dalam Penguatan Program Jateng Gayeng.
- b. Waktu Pelaksanaan Program : Pelaksanaan pembuatan intervensi pada tanggal 25 Oktober 2017 – 2 November 2017.
- c. Tempat Pelaksanaan Program : Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- d. Sasaran Program : Sasaran program ini adalah pemegang program Jateng Gayeng dan kader kesehatan di setiap wilayah yang ada di Jawa Tengah melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- e. Strategi Program : Strategi pelaksanaan program adalah dengan memberikan saran dalam bentuk policy brief yang ditujukan kepada pemegang program Jateng Gayeng di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.

2. Pelaksanaan

- a. Melakukan wawancara dengan Bapak Ahmad Yazid, selaku pemegang program Jateng Gayeng Nginceng Wong Meteng (5NG) di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah mengenai program Jateng Gayeng
- b. Mengumpulkan data sekunder yang terkait dengan permasalahan yang ada
- c. Menyusun policy brief
- d. Pemaparan laporan magang di instansi tempat magang
- e. Penyerahan laporan dan policy brief kepada instansi tempat magang

3. Pemantauan dan Evaluasi

Berdasarkan permasalahan yang ada di Bagian Seksi Kesehatan Keluarga dan Gizi yaitu belum maksimalnya kinerja kader kesehatan dalam Pelaksanaan Program Jateng Gayeng. Dengan adanya Pelatihan Kinerja Kader Kesehatan dalam Penguatan Program Jateng Gayeng, kader diharapkan dapat mempunyai pengetahuan, sikap dan perilaku menuju derajat kesehatan yang optimal dan diharapkan dapat menekan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) dan menciptakan derajat kesehatan masyarakat Jawa Tengah yang setinggi-tingginya.

Hasil evaluasi dari policy brief yang telah dilakukan adalah :

- a. Meningkatnya kinerja kader kesehatan baik dari pengetahuan, sikap maupun perilaku.
- b. Menekan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB).
- c. Menciptakan derajat kesehatan masyarakat Jawa Tengah yang setinggi-tingginya.

## **PENUTUP**

Permasalahan yang ada di Bagian KESGA yaitu belum maksimalnya kinerja kader kesehatan dalam Pelaksanaan Program Jateng Gayeng. Berdasarkan alternatif pemecahan masalah yang dipilih yaitu dengan menggunakan Metode Hanlon Kualitatif, maka alternatif pemecahan masalah yang diambil adalah melalui intervensi dengan melakukan “Pelatihan Kinerja Kader Kesehatan dalam Penguatan Program Jateng Gayeng”. Strategi dalam pelaksanaan intervensi adalah dengan pembuatan policy brief yang ditujukan kepada pemegang program Jateng Gayeng yang ada di Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2010). Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2010, Dinas Kesehatan Provinsi Jateng, Semarang.
- \_\_\_\_\_. (2014). Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2014. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, Semarang.
- Sengkey, Sriwati., Kandou, G., Pangemanan, J. (2015). Analisis Kinerja Kader Posyandu di Puskesmas Paniki Manado. *JIKMU*, Vol. 5, No. 2b April 2015
- Wirapuspita, R. (2013). Insentif dan Kinerja Kader Posyandu. *Jurnal Kemas UNNES*, 58-65

# ANALISIS PENERAPAN PSAK NOMOR 1 TENTANG PENYAJIAN LAPORAN KEUANGAN PADA LAPORAN KEUANGAN PUSKESMAS PONCOL KOTA SEMARANG

Nurul Baeti Fajriyani<sup>1\*</sup>, Irwan Budiono<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Prodi Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang

Email: nbfnurul@gmail.com

## ABSTRAK:

**Latar Belakang:** Terhitung mulai tanggal 1 Januari 2017, Puskesmas se-Kota Semarang ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah, Puskesmas BLUD diberikan fleksibilitas pengelolaan keuangan dengan menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan tanpa mengutamakan keuntungan, melakukan kegiatannya dengan prinsip efisiensi dan produktivitas. Dimana Puskesmas harus bisa membuat laporan keuangan sendiri. Sesuai dengan Permendagri Nomor 61 maka standar akuntansi yang digunakan dalam penyusunan Laporan Keuangan Puskesmas yang statusnya sudah menjadi BLUD adalah Pernyataan Standar Akuntansi (PSAK) Nomor 1.

**Metode:** Penelitian yang dilakukan ini termasuk didalam jenis penelitian evaluasi yang berfokus pada laporan keuangan Puskesmas Poncol Kota Semarang dengan indikator dari Pernyataan Standar Akuntansi Keuangan Nomor 1. Teknik pengambilan data dengan dokumentasi. Tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui penerapan PSAK Nomor 1 tentang Penyajian Laporan Keuangan pada Puskesmas Poncol Kota Semarang (neraca).

**Hasil:** hasil penelitian analisis penerapan PSAK Nomor 1 dalam neraca Puskesmas Poncol Kota Semarang telah sesuai sebesar 35,29% dengan mencakup 6 akun dari 17 akun yang distandarkan.

**Simpulan:** disimpulkan bahwa Puskesmas Poncol Kota Semarang telah mampu menyajikan informasi yang sesuai dengan PSAK Nomor 1 yang berupa neraca.

**Kata Kunci:** Laporan Keuangan, Penyajian Laporan Keuangan, PSAK Nomor 1

## ABSTRACT

**Background:** As of January 1st 2017, Semarang City Public Health Centers are designated as Regional Public Service Agency, BLUD Clinics are provided financial management by applying healthy business practices to improve services without prioritizing profits, performing its activities on the principle of efficiency and productivity. Primary health service should be able to make their own financial statements. In accordance with Permendagri Number 61, the accounting standards used in the preparation of financial statements Primary health service whose status has become BLUD is Statement of Financial Accounting (PSAK) Number 1.

**Methods:** This research is included in the type of evaluation research focusing on the financial report of Poncol's Primary health service, Semarang with indicator from Statement of Financial Accounting Standard Number 1. The data collection method used is the documentation. his research aims to study how the application of PSAK Number 1 about the presentation of the financial statements in Poncol Clinics (balance sheet).

**Result:** the result of the analysis of the application of PSAK Number 1 in the Poncol's Public Health Center's balance sheet of Semarang City has been equal to 35.29% covering 6 accounts from 17 accounts standardized.

**Conclusion:** *it is concluded that Poncol's Primary health service of Semarang City has been able to present the information in accordance with PSAK Number 1 in the form of balance sheet.*

**Key Words :** financial statement, financial statement service, PSAK Number 1

## **PENDAHULUAN**

Terhitung mulai tanggal 1 Januari 2017, Puskesmas se-Kota Semarang ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah, Puskesmas BLUD diberikan fleksibilitas pengelolaan keuangan dengan menerapkan praktik-praktik bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan tanpa mengutamakan keuntungan, melakukan kegiatannya dengan prinsip efisiensi dan produktivitas. Salah satu syarat yang harus dipenuhi untuk mengubah status Puskesmas menjadi BLUD yaitu persyaratan administratif. Yang dimaksud syarat administratif yaitu Puskesmas harus menyanggupi dalam pembuatan dan penyampaian dokumen yang meliputi surat pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan, dan manfaat bagi masyarakat; pola tata kelola; rencana strategi bisnis; standar pelayanan minimal; laporan keuangan pokok; dan laporan audit terakhir dimana dokumen-dokumen tersebut nantinya akan dibuat oleh Puskesmas setiap tahunnya. suatu petunjuk dari prosedur akuntansi yang berisi perlakuan, pencatatan, penyusunan dan penyajian laporan keuangan.

Dalam akuntansi terdapat standar yang harus dipenuhi dalam pembuatan laporan keuangan. Standar tersebut diperlukan karena banyaknya pengguna laporan keuangan. jika laporan keuangan yang disusun tidak sesuai dengan standar dan prinsip yang berlaku maka akan dipertanyakan tingkat keandalan dan relevansinya serta akan membingungkan para pengguna Laporan Keuangan.

Sesuai dengan Permendagri Nomor 61 maka standar akuntansi yang digunakan dalam penyusunan Laporan Keuangan Puskesmas yang statusnya sudah menjadi BLUD adalah Pernyataan Standar Akuntansi (PSAK) Nomor 1 tentang Penyajian Laporan Keuangan. Standar pelaporan dibuat agar Laporan Keuangan Puskesmas dapat lebih mudah dipahami, memiliki relevansi dan memiliki daya banding yang tinggi.

Berdasarkan permasalahan yang sudah dijabarkan diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Analisis Penerapan PSAK Nomor 1 tentang Penyajian Laporan Keuangan pada Laporan Keuangan Puskesmas Poncol Kota Semarang". Tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui penerapan PSAK No.1 tentang Penyajian Laporan Keuangan pada Puskesmas Poncol Kota Semarang (neraca).

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian yang dilakukan ini termasuk didalam jenis penelitian evaluasi yang berfokus pada laporan keuangan Puskesmas Poncol Kota Semarang dengan indikator dari Pernyataan Standar Akuntansi Keuangan Nomor 1. Metode pengumpulan data yang digunakan adalah dokumentasi. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan dokumentasi pada Laporan Keuangan Puskesmas Poncol Kota Semarang untuk mengamati bagaimana sistematika penyajian elemen-elemen Laporan Keuangan tersebut apakah sudah sesuai dengan PSAK Nomor 1. Teknik analisis data menggunakan Model Miles dan Huberman, yang terdiri dari tahap awal yaitu mereduksi data, menyajikan data dan melakukan penarikan kesimpulan.

## **PEMBAHASAN**

Laporan keuangan digunakan oleh berbagai macam pihak termasuk di Dinas Kesehatan. Tujuan dari laporan keuangan di lingkup Dinas Kesehatan yaitu untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat. Diharapkan dana yang telah dikeluarkan oleh pemerintah bisa digunakan dan dikelola dengan baik oleh instansi untuk menambah kualitas pelayanan terhadap masyarakat. Dalam penyusunan laporan keuangan harus sesuai dengan Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 217/PMK.05/2015 tentang Pernyataan standar Akuntansi Pemerintah Berbasis Akrual Nomor 13 tentang Penyajian Laporan Keuangan Badan Layanan Umum.

Pada awalnya standar akuntansi pemerintah berbasis kas (cash basis) namun, perkembangan zaman menyebabkan semakin meningkatnya tugas pemerintah dalam kegiatan pembangunan yang membawa transaksi pemerintah semakin meningkat. Oleh karena itu penggunaan sistem akuntansi berbasis akrual dianggap lebih mencerminkan kondisi sebuah entitas. Sistem akuntansi berbasis akrual di mana transaksi ekonomi dan peristiwa lainnya diakui, dicatat, dan disajikan dalam laporan keuangan pada saat terjadinya transaksi tersebut, tanpa memperhatikan waktu kas atau setara kas diterima atau dibayarkan. Dalam akuntansi berbasis akrual, waktu pencatatan (recording) sesuai dengan saat terjadinya arus sumber daya, sehingga dapat menyediakan informasi yang paling komprehensif karena seluruh arus sumber daya dicatat. Sedangkan sistem cash basis mencatat kejadian/transaksi ketika arus kas masuk dan keluar telah dilakukan (diterima/dibayarkan). Sistem cash basis dianggap kurang bisa menampilkan informasi.

Laporan Keuangan Puskesmas Poncol Kota Semarang

Menurut Permendagri No.61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, setiap BLUD diwajibkan membuat Laporan Keuangan sesuai dengan standar akuntansi keuangan yang diterbitkan oleh asosiasi profesi akuntansi Indonesia untuk manajemen bisnis yang sehat. Penyelenggaraan akuntansi dan Laporan Keuangan BLUD harus menggunakan basis akrual baik dalam pengakuan pendapatan, biaya, aset, kewajiban, dan ekuitas dana. Laporan Keuangan BLUD terdiri dari Neraca, Laporan Operasional, Laporan Arus Kas, Catatan atas Laporan Keuangan.

Dikarenakan Puskesmas se-Kota Semarang baru menerapkan BLUD dalam praktiknya dan masih dalam tahap proses pembelajaran dalam penyusunan laporan keuangan, maka laporan keuangan yang baru dibuat puskesmas hanya mencakup neraca, untuk Laporan Operasional; Laporan Arus Kas dan Catatan Atas Arus Kas masih dalam proses. Berikut adalah neraca Puskesmas Poncol tahun 2017 per 1 Januari:

Tabel 1. Neraca puskesmas poncol tahun 2017 per 1 januari

<b>NERACA</b>		
<b>PER 1 JANUARI 2017</b>		
<b>Unit Kerja : PUSKESMAS PONCOL</b>		
<b>No.</b>	<b>Uraian</b>	<b>Jumlah</b>
<b>I</b>	<b>ASET</b>	
<b>1</b>	<b>ASET LANCAR</b>	
	Kas di Kas Daerah	
	Bank	
	Deposito	
	Kas di Bendahara Pengeluaran	-
	Kas di Bendahara Penerimaan	-
	Kas di Bendahara JKN	278.464.076
	Kas di Bendahara BOK	-
	Investasi Jangka Pendek	
	Piutang Pajak	
	Piutang Retribusi	-
	Penyisihan Piutang	
	Penyisihan Piutang Dana Bergulir	
	Belanja Dibayar Dimuka	
	Bagian Lancar Pinjaman kepada Perusahaan Negara	

	Bagian Lancar Pinjaman kepada Perusahaan Daerah	
	Bagian Lancar Pinjaman kepada Pemerintah Pusat	
	Bagian Lancar Pinjaman kepada Pemerintah Daerah Lainnya	
	Bagian Lancar Tagihan Penjualan Angsuran	
	Bagian Lancar Tuntutan Ganti Rugi	
	Piutang Lainnya	
	Persediaan	139.733.975
	RK Dinas	
	<b>Jumlah Aset Lancar</b>	418.198.051
<b>2</b>	<b>INVESTASI JANGKA PANJANG</b>	
	<b>Investasi Non Permanen</b>	
	Pinjaman Jangka Panjang	
	Investasi dalam Surat Utang Negara	
	Investasi dalam Proyek Pembangunan	
	Investasi Non Permanen Lainnya	
	Cadangan Kerugian Investasi Non Permanen	
	<b>Jumlah Investasi Non Permanen</b>	-
	<b>Investasi Permanen</b>	
	Penyertaan Modal Pemerintah Daerah	
	Investasi Permanen Lainnya	
	<b>Jumlah Investasi Permanen</b>	-
	<b>Jumlah Investasi Jangka Panjang</b>	-
<b>3</b>	<b>ASET TETAP</b>	
	Tanah	540.000.000
	Peralatan dan Mesin	2.327.603.199
	Gedung dan Bangunan	1.077.703.489
	Jalan, Irigasi dan Jaringan	6.834.700
	Aset Tetap Lainnya	-
	Konstruksi dalam Pengerjaan	-
	Akumulasi Penyusutan	(1.623.774.338)
	<b>Jumlah Aset Tetap</b>	2.328.367.050
<b>4</b>	<b>DANA CADANGAN</b>	
	Dana Cadangan	



	<b>Jumlah Dana Cadangan</b>	-
<b>5</b>	<b>ASET LAINNYA</b>	
	Tagihan Penjualan Angsuran	
	Tuntutan Ganti Rugi	
	Kemitraan dengan Pihak Ketiga	
	Aset Tak Berwujud	
	Aset Lain-lain	1.300.000
	Akumulasi Penyusutan Aset Lain-lain	(21.667)
	<b>Jumlah Aset Lainnya</b>	1.278.333
	<b>JUMLAH ASET</b>	2.747.843.434
<b>II</b>	<b>KEWAJIBAN</b>	
<b>6</b>	<b>KEWAJIBAN JANGKA PENDEK</b>	
	Utang Perhitungan Pihak Ketiga (PFK)	
	Utang Bunga	
	Bagian Lancar Utang Jangka Panjang	
	Pendapatan Diterima Dimuka	278.464.076
	Utang Belanja	5.864.453
	Utang Jangka Pendek Lainnya	
	<b>Jumlah Kewajiban Jangka Pendek</b>	<b>284.328.529</b>
<b>7</b>	<b>KEWAJIBAN JANGKA PANJANG</b>	
	Utang Dalam Negeri - Sektor Perbankan	
	Utang Dalam Negeri – Obligasi	
	Premium (Diskonto) Obligasi	
	Pendapatan Diterima Dimuka	
	Utang Jangka Panjang Lainnya	
	<b>Jumlah Kewajiban Jangka Panjang</b>	-
	<b>JUMLAH KEWAJIBAN</b>	284.328.529
<b>III</b>	<b>EKUITAS DANA</b>	
<b>8</b>	Ekuitas Dana	2.463.514.905
	<b>JUMLAH EKUITAS</b>	2.463.514.905
	<b>JUMLAH KEWAJIBAN DAN EKUITAS</b>	2.747.843.434

Untuk melakukan perbandingan apakah Laporan Keuangan Puskesmas Poncol Kota Semarang telah disajikan sesuai dengan PSAK Nomor 1 atau masih perlu dilakukan penyesuaian dapat dilihat pada tabel 2 sebagai berikut:

<b>ASPEK</b>	<b>PENYAJIAN LAPORAN KEUANGAN PUSKESMAS PONCOL</b>	<b>PSAK Nomor 1</b>	<b>SESUAI/ TIDAK SESUAI</b>
<b>Neraca</b>	Menyajikan aset, liabilitas, dan ekuitas	Laporan posisi keuangan minimal mencakup penyajian jumlah pos-pos, yaitu aset tetap, properti investasi, aset tidak berwujud, aset keuangan, investasi dengan menggunakan metode ekuitas, persediaan, piutang, kas dan setara kas, aset yang dimiliki untuk dijual, utang dagang, kewajiban diestimasi, liabilitas keuangan, liabilitas dan aset untuk pajak kini, kepentingan non pengendali, serta modal saham.	35,29% SESUAI

Pada penyajian Neraca Puskesmas Poncol Kota Semarang, pada bagian aset terdiri dari 3 pos yaitu aset lancar, aset tetap/aset tidak lancar dan aset lainnya. Untuk kewajiban dibagi menjadi kewajiban jangka panjang dan kewajiban jangka pendek. Kewajiban jangka pendek berupa pendapatan diterima dimuka dan utang belanja. Pendapatan diterima dimuka contohnya pendapatan yang berasal dari retribusi kesehatan dan utang belanja contohnya pemakaian listrik bulan sebelumnya yang akan ditagihkan untuk bulan berikutnya. Untuk pencatatan ekuitas hanya menyajikan terkait ekuitas dana yaitu selisih antara aset dan kewajiban. Untuk penyajian pos-pos yang ada di dalam Neraca Puskesmas Poncol Kota Semarang juga telah sesuai dengan PSAK No. 1 diantaranya terdapat: aktiva berwujud, persediaan, utang usaha, kas dan setara kas.

Pada tabel 2. telah di tunjukkan bahwa Neraca yang disajikan oleh Puskesmas Poncol Kota Semarang sudah sesuai sebesar 35,29% dengan PSAK Nomor 1. Menurut PSAK No.1 Neraca harus menyajikan 17 akun, seperti: aset tetap, properti investasi,

aset tidak berwujud, aset keuangan, investasi dengan metode ekuitas, persediaan, piutang dagang, kas dan setara kas, total aset yang diklasifikasikan, utang dagang, provisi, liabilitas keuangan, liabilitas dan aset untuk pajak, liabilitas dan aset pajak tangguhan, liabilitas pajak sesuai PSAK Nomor 58, kepentingan non pengendali, dan modal saham.

Pada Neraca yang disajikan dalam Laporan Keuangan Puskesmas Poncol Kota Semarang Tahun 2017 hanya terdapat 6 akun yaitu: aset tetap, aset keuangan, persediaan, kas dan setara kas, total aset yang diklasifikasikan, dan utang usaha. Jadi, kesesuaian Laporan Keuangan Poncol Kota Semarang untuk Neraca adalah  $6/17 \times 100\% = 35,29\%$ .

## **PENUTUP**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan bahwa Puskesmas Poncol Kota Semarang sudah mampu menerapkan PSAK Nomor 1 dalam penyajian laporan keuangan yang berupa neraca. Penyajian Neraca Puskesmas Poncol Kota Semarang telah sesuai dengan PSAK Nomor 1 sebesar 35,29%.

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan mengenai Analisis Penerapan PSAK Nomor 1 Tentang Penyajian Laporan Keuangan pada Puskesmas Poncol Kota Semarang maka saran yang dapat diberikan peneliti yaitu Puskesmas Poncol Kota Semarang harus tetap menjaga kualitas indikator laporan keuangan lainnya seperti di dalam Laporan Operasional, Laporan Arus Kas dan Catatan Atas Laporan Keuangan.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Annisa, Minanda. (2014). *Analisis Laporan Keuangan pada Dinas kesehatan Kota Medan Tahun 2013*. Tugas Akhir. Fakultas Ekonomi dan Bisnis. Universitas Sumatera Utara.
- Dinkes Kota Semarang.(2016).*Profil Kesehatan Kota Semarang*. Semarang: Dinas Kesehatan Kota Semarang.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). *Pedoman Akuntansi Penyusunan Laporan Keuangan Berbasis Akrua di Lingkungan Kementerian Kesehatan*. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta Selatan.
- Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 Tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.
- Peraturan Menteri Keuangan Nomor 217/PMK.05/2015 tentang Pernyataan standar Akuntansi Pemerintah Berbasis Akrua Nomor 13 tentang Penyajian Laporan Keuangan Badan Layanan Umum.

- Peraturan Wali Kota Semarang Nomor 62/ 2016 Tentang Susunan Organisasi, Kedudukan, Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Kecamatan dan Kelurahan Kota Semarang.
- Permana, Arieffin Dian. (2016). *Penerapan Aplikasi Saiba Untuk Penyusunan Laporan Keuangan*. Jurnal Akuntansi Universitas Jember. Volume 14. Nomor 1.
- Pernyataan Standar Akuntansi Keuangan No.1 (Revisi 2009). 2009. Ikatan Akuntansi Indonesia.
- Silviana. (2014). *Pengaruh Penerapan Sistem Informasi Akuntansi Terhadap Kualitas Laporan Keuangan Pemerintah Daerah Survey Pada Pemerintah Kabupaten Di Seluruh Jawa Barat*. Volume 6. Nomor 1.
- Ash-Shiddiq, Muhammad Saleh. (2016). *Analisis Penerapan Psak No.1 Tentang Penyajian Laporan Keuangan Pada Puskesmas Depok Iii Sleman Yogyakarta*. Skripsi. Fakultas Ekonomi. Universitas Negeri Yogyakarta.

# STRATEGI UNTUK MENGURANGI KETERLAMBATAN KLAIM JKN RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Vivi Sofiyatun<sup>1\*</sup>, Irwan Budiyono<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

E-mail Korespondensi: s.fiya@ymail.com

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Keterlambatan klaim merupakan permasalahan utama bagian JKN. Hal tersebut disebabkan oleh beberapa factor/penyebab, diantaranya ketidaklengkapan berkas, system INA CBG;s sering error dan kurangnya koordinasi antar bagian.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan desain penelitian kuantitatif dengan rancangan penelitian *Action Research*. Pengambilan data dengan wawancara serta pengamatan yang dilakukan selama Oktober s.d. November 2017 di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

**Hasil:** Tidak lengkapnya hasil pemeriksaan penunjang menjadi penyebab revisi terbanyak. Sebanyak 9 berkas dikembalikan karena tidak ada lhasil pemeriksaan penunjang dan ketika dicari di status pasien tidak ada. Ketidaklengkapan tersebut karena hasil pemeriksaan terlambat datang sehingga tidak bisa disatukan dengan berkas yang akan diklaimkan.

**Simpulan:** Pembuatan loker yang diberi nama akan menjadi strategi yang tepat untuk menanggulangi keterlambatan klaim BPJS.

**Kata Kunci:** keterlambatan klaim BPJS, revisi.

## ABSTRACT

**Background:** *The lateness of the claim is the main problem of the JKN section. This is caused by several factors, including incomplete files, the INA CBG system is often error and lack of coordination between parts.*

**Methods:** *This research uses qualitative research design with Action Research research design. Data collection with interviews and observations made during October s.d. November 2017 at Sultan Agung Semarang Islamic Hospital.*

**Results:** *The incomplete results of the investigation are the main cause of the most revision. A total of 9 files were returned because there was no lenght of investigation and when sought in the patient's status did not exist. The incompleteness is due to late inspection results so it is not bisaed together with the file to be claimed.*

**Conclusion:** *The creation of a locker named will be an appropriate strategy to cope with the delay of BPJS claims.*

**Key Words:** delay of BPJS claim, revision.

## PENDAHULUAN

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) merupakan lembaga yang dibentuk untuk menyelenggarakan Program Jaminan Sosial di Indonesia berlandaskan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 dan Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011.

Berdasarkan UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS dibentuk menjadi 2 yaitu BPJS Kesehatan; dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS Kesehatan adalah perusahaan asuransi yang kita kenal sebelumnya sebagai PT Askes. BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS Ketenagakerjaan merupakan transformasi dari Jamsostek (Jaminan Sosial Tenaga Kerja). BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program seperti jaminan kecelakaan kerja; jaminan hari tua; jaminan pensiun; dan jaminan kematian (Puri, JKM 2014). Pelaksanaan program jaminan kesehatan membutuhkan dukungan dari fasilitas kesehatan primer dan fasilitas tingkat sekunder (Feriawati, Puri dkk. 2015).

Fasilitas kesehatan yang mendukung program JKN ini tidak hanya milik pemerintah akan tetapi fasilitas kesehatan milik swasta diharapkan ikut mendukung program JKN. Fasilitas kesehatan yang diharapkan mendukung adalah Rumah Sakit Swasta. Kehadiran Rumah Sakit Swasta diharapkan dapat memberi keseimbangan antara *demand* dan *supply* terhadap pelayanan kesehatan. Salah satu Rumah Sakit Swasta yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan adalah RSI Sultan Agung.

Komitmen pelayanan kesehatan RSI Sultan Agung terhadap BPJS Kesehatan dapat kita lihat dari terselenggaranya pelayanan kesehatan bagi pemegang kartu BPJS. Presentase pasien rawat jalan dan rawat inap peserta Non PBI BPJS Kesehatan mengalami kenaikan sedangkan pasien umum rawat jalan dan rawat inap mengalami penurunan (Mahmudah, Puri Nur dkk. 2015).

Fasilitas kesehatan memegang peranan penting dalam mencapai tujuan BPJS Kesehatan yaitu pemenuhan kebutuhan medis peserta. Jaminan Kesehatan Nasional lebih berhasil terlaksana manakala fasilitas kesehatan juga siap dengan pelayanan kesehatan yang berprinsipkan efisiensi biaya namun tidak menurunkan mutu pelayanan.

Berdasarkan studi pendahuluan diketahui bahwa masih terdapat masalah tentang proses pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan. Persentase pasien peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan terus meningkat dan pasien UMUM cenderung menurun. Maka peneliti melakukan penelitian guna menganalisis upaya yang dilakukan RSI Sultan Agung dalam penerapan program Jaminan Kesehatan Nasional (Mahmudah, Puri Nur dkk. 2015).

Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung sendiri bagian JKN atau klaim BPJS berada di instalasi rekam medis. Persyaratan yang dibutuhkan untuk diajukan klaim ke BPJS pun termasuk dari rekam medis pasien. Rekam medis berdasarkan sejarahnya selalu berkembang mengikuti kemajuan ilmu kesehatan dan kedokteran. Sejak masa era kemerdekaan, rumah sakit di Indonesia sudah melakukan pencatatan kegiatan medis, namun

belum dilaksanakan dengan baik atau belum mengikuti penataan sistem informasi yang benar.

Dengan adanya Peraturan Pemerintah No. 10 tahun 1966 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran maka kepada semua petugas kesehatan diwajibkan untuk menyimpan semua rahadia kedokteran termasuk berkas rekam medis. Kemudian pada tahun 1972 melalui SK Menkes Ri No. 034/BIRUHP/1972 ada kejelasan bagi rumah sakit mengenai kewajiban rumah sakit untuk menyelenggarakan rekam medis.

Demikian juga dengan diberlakukannya Permenkes No. 759A/Menkes/Per/XII/1989 tentang rekam medis yang merupakan landasan hukum bagi bagi semua tenaga medis dan paramedisserta SK Dir Jen Yan Medik No. 78/Yan.Med.RS.Um.Dik./YMU/II/1991 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penyelenggaraan Rekam Medis/ Medical Record di rumah sakit.

Rekam medis merupakan salah satu sumber data yang sangat vital dalam penyelenggaraan sistem informasi manajemen di rumah sakit dan sangat penting dalam proses pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen. Agar penyelenggaraan rekam medis dapat dilaksanakan dengan baik maka harus dilengkapi dengan pedoman organisasi maupun pedoman pelayanan rekam medis tentang tatacara penyelenggaraan rekam medis yang harus dilaksanakan dan dipatuhi oleh seluruh tenaga kesehatan baik medis, paramedic, maupun non medis yang bertugas di rumah sakit islam Sultan Agung Semarang.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana proses klaim BPJS/JKN di Rumah Sakit Islam Sultan Agung kemudian menemukan apa saja hambatan yang terjadi hingga dapat menimbulkan keterlambatan klaim dan kemudian dapat memberikan sebuah intervensi/strategi untuk menanggulangi keterlambatan klaim tersebut.

Menurut laporan dari petugas klaim BPJS pada bulan September banyak berkas yang direvisi atau dikembalikan. Dalam satu tanggal, verifikasi rawat jalan untuk klaim BPJS kira-kira 700 berkas dan untuk bulan September, berkas yang dikembalikan/direvisi sebanyak 342 berkas. Sebanyak 46 berkas yang terpending karena kesalahan coding, ketidaklengkapan berkas, SEP yang bermasalah dan lain-lain. Sedangkan untuk inkonsistensi lintas bulan sebanyak 149 dan inkonsistensi dalam satu bulan sebanyak 198 berkas.

Inkonsistensi merupakan istilah dimana pasien telah melakukan dua perawatan (rawat jalan dan rawat inap) dan BPJS hanya mengklaim salah satu perawatan sehingga kedua perawatan tersebut harus digabungkan. Inskonsistensi lintas bulan berarti jika pasien diperiksa pada bulan Agustus dan kemudian inap pada bulan September maka BPJS hanya dapat mengklaim biaya perawatan pada bulan September sehingga biaya yang telah rumah sakit terima untuk perawatan pasien bulan Agustus tersebut harus dikembalikan. Sedangkan



jika masih dalam satu bulan maka biaya yang dapat diklaim adalah biaya untuk perawatan yang kedua.

Perubahan/inkonsistensi tersebut telah ditentukan oleh BPJS sehingga pihak klaim hanya bisa menggabungkan dan menyelesaikan revisi-revisi dari data tersebut. Untuk kesalahan atau potensi keterlambatan yang disebabkan oleh para petugas klaim JKN/BPJS antara lain permasalahan nomor SEP, berkas atau hasil dari pemeriksaan penunjang yang belum lengkap, kesalahan koding, permasalahan resume medis, dan indikasi rawat inap menjadi rawat jalan.

Dari semua permasalahan diatas yang menyebabkan keterlambatan klaim BPJS, kekurangan laporan hasil dari laporan penunjang berada di tingkat kedua setelah permasalahan SEP. Bisaanya penyelesaian masalah SEP (Surat Elegabilitas Peserta) hanya dapat dilakukan oleh pihak IT rumah sakit karena berhubungan dengan penggabungan data dan nomor RM pasien. Sehingga kurangnya laporan hasil pemeriksaan penunjang menjadi prioritas penyelesaian yang dapat dilakukan oleh bagian JKN karena permasalahan tersebut hanya dapat diselesaikan oleh bagian JKN.

Kurangnya laporan hasil pemeriksaan penunjang tersebut juga disebabkan oleh beberapa faktor, misalnya hasil yang terlambat datang dan berkas sudah dalam proses klaim sehingga kemungkinan besar berkas akan dikembalikan. Selain itu ada beberapa hasil laporan penunjang yang hilang atau terselip di tempat berkas lain sehingga sulit dicari dan membuat pending semakin lama.

Dari permasalahan diatas penulis ingin membahas mengenai berkas-berkas yang hilang atau bercampur dengan berkas lain , khususnya untuk hasil pemeriksaan penunjang sehingga tidak ada bersama rekam medis/status pasien yang telah disimpan sebagai arsip. Karena hal tersebut dapat menjadi penyebab keterlambatan klaim BPJS.

## **METODE**

Dalam penelitian ini penulis menggunakan desain penelitian kuantitatif dengan rancangan penelitian *Action Reseach*. Dimana permasalahan yang dibahas adalah penyebab keterlambatan klaim BPJS karena kurng lengkapnya hasil laporan pemeriksaan penunjang sehingga berkas tersebut dikembalikan untuk direvisi. Penelitian ini dilakukan di Instalasi Rekam Medis bagian JKN Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada Oktober s.d. November 2017.

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah perlengkapan wawancara seperti alat tulis, kamera dan perekam suara. Untuk teknik pengambilan data, dalam penelitian ini menggunakan teknik wawancara mendalam terhadap narasumber.

Narasumber untuk ata primer didapat dari petugas klaim BPJS dan narasumber dari data sekunder didapat dari salah satu petugas/pegawai di bagian coding dan verifikasi data klaim pasien rawat jalan.

Penelitian *Action Research* ini memiliki beberapa tahap yang harus dilakukan. Menurut Davison, Martisons & Knock (2004), *Action Research* dibagi dalam lima tahapan yang merupakan siklus. Yang pertama adalah melakukan identifikasi masalah pokok guna menjadi dasar dalam membuat suatu tindakan perubahan. Dalam hal ini masalah yang pokok yang teridentifikasi yaitu tidak lengkapnya berkas hasil pemeriksaan penunjang menjadi penyebab keterlambatan klaim BPJS. Tahap yang kedua yaitu membuat rencana tindakan. Dalam hal ini peneliti membuat rencana untuk pengadaan loker yang telah diberi nama untuk tempat hasil pemeriksaan penunjang yang terlambat dan tidak sempat disatukan dengan status/rekam medis saat klaim.

Tahap yang ketiga yaitu melakukan tindakan dimana peneliti mengaplikasikan rencana diatas bersama supervisor di bagian JKN Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang selama waktu yang telah disepakati bersama. Tahap yang keempat yaitu melakukan evaluasi dari tindakan diatas sehingga dapat diketahui apakah tindakan tersebut dapat membawa perubahan dalam proses klaim BPJS khususnya mempercepat proses revisi kelengkapan berkas. Tahap yang terakhir yaitu *learning/pembelajaran*. Dimana tahap ini adalah tahap terakhir dari semua tindakan, setelah dievaluasi, apa yang telah dievaluasi dijadikan pembelajaran untuk dapat menyusun tindakan yang lebih baik di waktu yang akan datang.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Hasil dari penelitian ini adalah dari berbagai penyebab keterlambatan klaim BPJS di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang paling banyak disebabkan oleh kurang lengkapnya hasil laporan pemeriksaan penunjang sebagai bukti klaim JKN baik untuk pasien rawat inap maupun rawat jalan. Meskipun untuk proses klaim pasien rawat inap dan rawat jalan berbeda namun persyaratan dasar yang harus ada saat klaim tidak jauh berbeda. Penyebab keterlambatan klaim yang lain adalah sering errornya system INA CBG's dan kurangnya koordinasi antara bagian JKN dan BPJS sehingga terkadang terjadi miskomunikasi.

*"Batas pengum[pulannya 19 hari setelah akhir bulan."* Jawab petugas ferivikasi kberkas klaim rawat jalan ketika ditanya batas klaim setiap bulannya. Namun selama ini klaim sering terlambat bahkan sampai berbulan-bulan karena permasalahan-permasalahan diatas.

Untuk berkas rawat jalan yang harus diklaim setiap bulan sekitar 600 sampai dengan 700 berkas. Untuk berkas yang masuk inkonsistensi lintas bulan (Agustus s.d. September) sebanyak 149 berkas. Sedangkan untuk inkonsistensi dalam bulan September sebanyak 198 berkas. Inkonsistensi merupakan data pasien dimana mendapat tindakan dua kali dalam kurun waktu satu bulan sehingga BPJS hanya bisa mengklaim salah satu. Oleh karena itu petugas klaim harus menggabungkan klaim yang pertama di klaim tindakan yang kedua. Untuk inkonsistensi dalam satu bulan itu berarti pasien mendapat dua tindakan pada tanggal yang berbeda dalam kurun waktu satu bulan. Untuk inkonsistensi ini berkas tidak dikembalikan karena menggabungkannya langsung melalui system.

Menurut petugas klaim BPJS banyaknya revisi berkas pada bulan September sebanyak 46 berkas. Dari 46 berkas tersebut terdapat bermacam-macam kesalahan yang membuat berkas tersebut direvisi dan otomatis harus diklaimkan kembali setelah direvisi. dibawah ini merupakan rincian penyebab pengembalian berkas dari BPJS.

Tabel 1. Data Berkas Revisi Bulan September

<b>Penyebab</b>	<b>Jumlah berkas</b>
Resume Medis	4
Laporan Pemeriksaan Penunjang	9
Kesalahan SEP	24
Rekap Biaya Billing (koding)	1
Form Verifikasi JKN	1
Indikasi Rawat Inap Ke Rawat Jalan	7

*Sumber: Laporan Petugas Klaim BPJS bulan September*

Dari data diatas dapat diketahui bahwa terdapat enam penyebab revisi berkas pada bulan September. Resume Medis, bisaanya masalah resume medis ini tidak sesuai dengan koding ataupun billing dari berkas tersebut sehingga harus dikonfirmasi kembali dengan dokter penanggung jawabnya. Laporan pemeriksaan penunjang, ketidak lengkapan hasil laporan pemeriksaan penunjang dalam berkas pasien tersebut. Baik untuk rawat jalan dan rawat inap BPJS meminta bukti hasil pemeriksaan bila ada pemeriksaan penunjang seperti misalnya hasil radiologi, berkas operasi, dan lain-lain.

Selanjutnya adalah kesalahan SEP. banyak dari data pasien yang memiliki dobel nomor SEP dengan satu nomor Rekam Medis. Atau ada dua pasien yang memiliki nomor SEP yang sama. SEP adalah Surat Elegabilitas Pasien yang diberikan oleh BPJS sebagai

bukti bahwa pasien tersebut telah terdaftar dalam JKN dan wajib menyertakan surat tersebut saat klaim. Bisaanya untuk bagian JKN di rumah sakit Sultan Agung hanya bisa membatalkan input dari SEP tersebut di system INA CBG's sehingga hanya IT yang bisa menggabungkan dan memulihkan SEP kepada pasien semula. Bila tidak digabungkan atau segera ditangani kesalahan ini dapat terulang di klaim berikutnya.

Yang selanjutnya adalah rekap biaya biling dimana terjadi perbedaan antara pengkodean dengan tindakan yang ada di biling. Bisaanya ini akan dikembalikan pada orang yang bertanggungjawab mengkode status/rekam medis. Untuk kesalahan form verifikasi JKN yaitu terjadi kesalahan saat verifikasi data sehingga ada data yang tidak sama pada berkas pasien tersebut. Dan yang terakhir adalah indikasi rawat inap ke rawat jalan.

Karena semua diagnosis dan tindakan sudah di kelompokkan dalam coding-coding tertentu ada tindakan-tindakan yang kurang pas dengan coding tersebut sehingga tindakan yang menurut BPJS dapat menjadi rawat jalan, rumah sakit justru melakukan rawat inap. Hal ini membuat petugas klaim harus mengubah input data pasien di system INA CBG's.

Dari kelima penyebab keterlambatan diatas, yang paling memungkinkan untuk dilakukan karena merupakan prioritas dengan perolehan angka terbanyak yaitu tidak lengkapnya laporan hasil penunjang. Karena untuk penggabungan SEP, resume medis, tidak bisa dilakukan oleh bagian JKN. Tidak lengkapnya hasil pemeriksaan penunjang tersebut karena hasil pemeriksaannya tidak menjadi satu dengan berkas yang siap untuk proses klaim. Ketika hasil pemeriksaan datang dan ternyata berkas sudah klaim ke BPJS maka tidak bisa menyusul kevaluasi bila berkas tersebut dikembalikan untuk direvisi.

Namun hal ini tidak menjadi masalah besar jika berkas tersebut mudah dicari saat revisi sehingga tidak memakan waktu banyak. Namun pada kenyataannya setelah berkas dikembalikan untuk direvisi, hasil pemeriksaan penunjang tersebut justru tidak ada. Entah itu hilang, atau memang belum dikirim dari bagian yang bersangkutan atau tercampur dengan berkas lain yang masih dalam proses klaim. Pencarian hasil pemeriksaat penunjang tersebut memakan waktu yang sangat lama sehingga berdampak pada keterlambatan klaim pada proses klaim tanggal lain yang sedang dikerjakan.

Oleh karena itu peneliti ingin menyarankan intervensi pembuatan loker yang khusus digunakan untuk menyimpan berkas-berkas yang datang terlambat, khususnya hasil pemeriksaan penunjang sehingga apabila berkas masuk dalam revisi mudah untuk menemukan hasil tersebut. Dengan begitu waktu yang dibutuhkan untuk merevisi berkas dapat lebih cepat. Hal tersebut dapat meminimalisir keterlambatan klaim BPJS.

Dibawah ini merupakan contoh loker yang sudah ditandai dan digunakan. Loker ditandai dengan angka 1 sampai dengan 31 yang juga digunakan sebagai penunjuk tanggal.

Jadi berkas yang akan diverifikasi biasanya diletakkan dalam loker tersebut. Misal untuk tanggal 20 Oktober 2017 akan di verifikasi maka mengambil berkas tersebut di loker nomor 20.



Gambar 1. Loker yang sudah ditandai



Gambar 2. Loker yang tidak ditandai

Sedangkan untuk loker yang tidak digunakan tersebut tidak ditandai dan tidak dipakai. Loker yang tanpa tanda dapat diberi tanda baru sesuai nama berkas, misalnya hasil pemeriksaan radiologi untuk kemudian loker tersebut dapat menjadi tempat penyimpanan hasil pemeriksaan penunjang yang datang terlambat.

Sasaran dalam intervensi ini adalah pegawai JKN di instalasi Rekam Medis Rumah Sakit Islam Sultan Agung. Tujuan dari pemberian intervensi ini adalah untuk meminimalisir terjadinya revisi berkas karena berkas atau hasil laporan pemeriksaan penunjang yang kurang lengkap sehingga dapat meminimalisir pula keterlambatan klaim.

Untuk pelaksana dalam intervensi ini adalah supervisi atau jika dirumah sakit Islam Sultan Agung adalah kepala instalasi Rekam Medis. Waktu pelaksanaan dari intervensi ini sesuai dengan yang telah disepakati antara bagian JKN, supervisi, dan peneliti. Berhasil atau tidaknya intervensi ini akan terlihat dari indicator keberhasilannya yaitu berkurangnya jumlah revisi kelengkapan laporan pemeriksaan penunjang di klaim-klaim selanjutnya.

*Plan of action* diatas tentunya harus dievaluasi untuk mengetahui hasil dari intervensi tersebut. Evaluasi dari pembuatan dan penamaan loker untuk hasil laporan penunjang yang terlambat datang yaitu ada beberapa berkas yang ternyata hasil laporan pemeriksaan penunjangnya belum di printkan oleh bagian terkait sehingga tidak ada atau tidak sampai ke bagian JKN.

## **PENUTUP**

Kesimpulan dari pembahasan yang telah dijelaskan diatas yaitu keterlambatan klaim BPJS di bagian JKN, instalasi rekam medis rumah sakit Islam Sultan Agung disebabkan oleh berbagai kesalahan sehingga. Banyaknya berkas yang direvisi tentu menjadi penyebab utama dimana revisi tersebut juga terdiri dari berbagai macam penyebab. Dan yang paling banyak terjadi adalah tidak lengkapnya laporan pemeriksaan penunjang.

Oleh karena itu peneliti memberi saran tindakan/intervensi untuk membuat sebuah loker yang khusus digunakan untuk menyimpan hasil-hasil pemeriksaan penunjang yang terlambat datang dan tidak sempat disertakan dalam proses klaim. Sehingga ketika berkas tersebut dikembalikan untuk direvisi bisa langsung mencari ke loker tersebut.

Lamanya pencarian hasil pemeriksaan penunjang disebabkan karena laporan tersebut berada di tempat yang terpencar dan terkadang bercampur dengan berkas lain sehingga sulit menemukannya yang akhirnya mengakibatkan keterlambatan klaim, baik klaim berkas tersebut setelah direvisi maupun klaim berkas tanggal lain yang sedang diproses.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Davison, R. M., Martinsons, M. G., Knock N. 2004. Information System Journal. Journal Principles of Cononical *Action Research*. 1(4): 65-86.
- Feriawati, Puri dkk. 2015. *Faktor–Faktor Keterlambatan Pengeklaiman Bpjs Di Rumah Sakit Bhayangkara Semarang Tahun 2015*. Universitas Dian Nuswantoro Semarang.
- Mahmudah, Puri Nur dkk. 2015. *Analisis Upaya Rumah Sakit Islam Sultan Agung Kota Semarang Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut Dalam Penerapan Program Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2014*. Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal). 3(1). Universitas Diponegoro Semarang.
- RSI Sultan Agung. *Standar Prosedur Operasional Rekam Medis RSI Sultan Agung Semarang*.
- \_\_\_\_\_. *Pedoman Pengorganisasian Instalasi Rekam Medis*.
- Suhadi dan Kardi Rais. 2015. *Perencanaan Puskesmas*. Trans Info Media : Jakarta.

# STRATEGI UNTUK MENGURANGI TERJADINYA KESALAHAN KERJA PADA STAFF BAGIAN INPUT DATA PASIEN DI UNIT KERJA JKN RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Riris Fitria Ningrum<sup>1\*</sup>, Irwan Budiono<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

E-mail Korespondensi: Ririsfitria24@gmail.com

## ABSTRAK

**Pendahuluan:** Permasalahan dalam proses klaim INA CBG's sangat kompleks. Permasalahan tersebut disebabkan oleh beberapa factor penyebab, diantaranya sering terjadinya kesalahan kerja di bagian input data pasien peserta BPJS, dimana proses input adalah awal dari berlangsungnya pengeklaiman data pasien ke system INA CBG's. Untuk itu tujuan dari penelitian ini adalah untuk merumuskan strategi guna mengurangi terjadinya kesalahan pada kinerja staff di bagian input data pasien.

**Metode :** Penelitian ini menggunakan metode *Action Research* dimana peneliti melakukan diagnose terlebih dahulu, membuat rencana tindakan, melakukan tindakan, serta melakukan evaluasi. Pengambilan data dilakukan dengan observasi dan wawancara yang dilakukan selama bulan Oktober s.d November 2017 di unit kerja JKN RSI Sultan Agung Semarang.

**Hasil:** Kurangnya konsentrasi dan ketelitian staff di bidang input data pasien yang menjadi penyebab tersendatnya proses klaim data pasien BPJS. Sebanyak 46 data hasil inputan yang salah setiap harinya yang menjadikan proses klaim data pasien ke system INA CBG's sering terlambat. Kurangnya SDM di bagian input untuk menginput data pasien sejumlah 800 berkas setiap harinyajuga memicu kinerja staff dibagian input data dinilai kurang optimal.

**Simpulan:** Pelaksanaan training dan pemberian peringatan kepada staff di bagian input data pasien peserta BPJS menjadi strategi yang tepat untuk mengatasi terjadinya kesalahan kerja pada proses input data pasien peserta BPJS.

**Kata kunci:** terjadinya kesalahan kerja pada proses input data pasien peserta BPJS, tersendatnya proses klaim data pasien BPJS.

## ABSTRACT

**Background:** *The problem with INA CBG's claim process is very complex. The problem is caused by several factors, such as frequent occurrence of work errors in the input data of BPJS participants, lack of human resources in the JKN work unit, the absence of a special system in the JKN work unit. Therefore, the purpose of this research is to formulate the strategy to reduce errors in staff performance in the patient data input section.*

**Methods:** *This research uses Action Research method where researcher do diagnose first, make action plan, take action, and do evaluation. The data was collected by observation and interview conducted during October s.d November 2017 at work unit of JKN RSI Sultan Agung Semarang.*

**Results:** *Lack of concentration and accuracy of staff in the field of patient data inputs that cause the tersendatnya BPJS patient data claims process. A total of 46 incorrect data inputs per day that make the process of claiming patient data to INA CBG's system often late. Lack of human resources in the input to input patient data of 800 files per day also trigger staff performance in the data input section is considered less than optimal.*

**Conclusion:** *The training and warning to the staff in the input data of BPJS participant patient becomes the right strategy to overcome the mistake of work on the data input process of BPJS participant patient.*



**Keywords:** the occurrence of errors in the process of input file BPJS participant patients, faltered BPJS patient file claims process.

## **PENDAHULUAN**

Berkembangnya pertumbuhan rumah sakit terutama di kota-kota besar, menyebabkan tingkat kompetisi antar rumah sakit cukup tinggi. Dengan tingkat kompetisi yang tinggi, maka akan diikuti dengan segala upaya setiap rumah sakit untuk mempertahankan keberadaannya. Tidak dapat dihindari bahwa peranan sector swasta akan bertambah besar, yang disebabkan karena meningkatnya sosial ekonomi penduduk, bertambahnya jumlah penduduk yang dilayani dan adanya kesadaran akan kualitas pelayanan yang baik (Hosizah, 2012).

Bergesernya konsep rumah sakit, dari konsep lama ke konsep baru, dimana rumah sakit adalah institusi sosial semata-mata, kearah konsep rumah sakit sebagai institusi sosio-ekonomi. Artinya bahwa pengelolaan rumah sakit harus menggunakan prinsip-prinsip ekonomi (pengendalian biaya, efektif dan efisien), dengan tetap menjalankan fungsi sosialnya. Keadaan ini mendorong rumah sakit untuk lebih memperhatikan efisiensi penggunaan sumber daya dalam melakukan kegiatannya dengan tetap menjaga mutu yang baik (Gunadi, 1997).

Rumah sakit kini sudah menjadi industry jasa dan sudah menjadi institusi disipliner. Berbagai jenis tenaga dari disiplin ilmu yang berbeda berkumpul menjadi satu disini. Peranan manusia di rumah sakit menjadi sangat penting. Produk jasa yang dihasilkan rumah sakit amat ditentukan oleh jenis tenaga manusiannya (Gunadi, 1997).

Siregar (2004) menjelaskan dalam melaksanakan tugasnya, rumah sakit mempunyai berbagai fungsi yaitu menyelenggarakan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan non medis, pelayanan dan asuhan keperawatan, pelayanan rujukan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan, serta administrasi umum dan keuangan.

Sejak tahun 1968, Pemerintah Indonesia memberlakukan sistem Asuransi Kesehatan bagi masyarakat kurang mampu. Dalam perjalanannya, asuransi kesehatan di Indonesia telah berevolusi sebanyak lima kali, hingga pada tahun 2014 berganti menjadi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jaminan Kesehatan Nasional adalah suatu program masyarakat atau rakyat dengan tujuan memberikan kepastian jaminan yang menyeluruh bagi setiap rakyat Indonesia agar dapat hidup sehat, produktif, dan sejahtera. Sesuai dengan prinsip asuransi sosial dan prinsip equitas yang terdapat dalam Undang-undang No. 40 tahun 2004.

Jaminan Kesehatan nasional diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah badan hukum

public yang bertanggung jawab kepada Presiden dan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan bagi seluruh penduduk Indonesia termasuk warga negara asing yang bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia.

Fasilitas kesehatan yang mendukung program JKN ini tidak hanya milik pemerintah akan tetapi fasilitas kesehatan milik swasta diharapkan ikut mendukung program JKN. Fasilitas kesehatan yang diharapkan mendukung adalah Rumah Sakit Swasta. Kehadiran Rumah Sakit Swasta diharapkan dapat memberi keseimbangan antara demand dan supply terhadap pelayanan kesehatan. Salah satu Rumah Sakit Swasta yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan adalah RSI Sultan Agung.

Komitmen pelayanan kesehatan RSI Sultan Agung terhadap BPJS Kesehatan dapat kita lihat dari terselenggaranya pelayanan kesehatan bagi pemegang kartu BPJS. Dengan diselenggarakannya Program Jaminan Kesehatan nasional pasien yang berobat di rumah sakit semakin meningkat. Hal ini disebabkan masyarakat Indonesia sudah sadar akan pentingnya arti kesehatan. Dengan meningkatnya pasien yang berobat menggunakan kartu kepesertaannya sebagai pasien peserta BPJS semakin bertambah.

Berdasarkan studi pendahuluan diketahui bahwa masih terdapat masalah tentang proses pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan. Persentase pasien peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan terus meningkat dan pasien UMUM cenderung menurun. Maka peneliti melakukan penelitian guna menganalisis upaya yang dilakukan RSI Sultan Agung dalam penerapan program Jaminan Kesehatan Nasional (Mahmudah, Puri Nur dkk. 2015).

Saat ini di unit kerja Jaminan Kesehatan nasional di Rumah sakit islam Sultan Agung semarang memiliki 12 orang personel, dimana 12 orang tersebut dibagi menjadi dua tim yaitu tim coding dan tim casemix. Satu tim casemix terdiri dari 6 personel dengan satu orang sebagai penanggung jawab, 1 personel sebagai verifikasi data rawat jalan, 2 personel verifikasi data rawat inap (serta memisahkan data untuk arsip rumah sakit dan yang akan diklaimkan ke BPJS), 1 personel sebagai perekap data yang akan diklaimkan ke BPJS, dan yang 1 khusus sebagai pengurus data pasien pengguna jaminan kesehatan masyarakat daerah maupun kota (JAMKESMASKOT). Sedangkan satu tim coding juga terdiri dari 6 personel, dimana 1 personel sebagai penanggung jawab, 2 personel sebagai koder rawat jalan, dan yang 3 personel sebagai koder rawat inap. Saat ini yang berkunjung di RSI Sultan Agung kebanyakan adalah pasien peserta BPJS hingga dapat di tafsir kira kira 19.000 peserta BPJS rawat jalan tiap bulannya.

Banyak keluhan dari petugas dan terlihat banyak kerancuan dari kinerja tim yang seharusnya satu personel hanya bertanggung jawab dengan tugas pokoknya tapi harus

bercabang juga tanggung jawabnya dengan tugas pokok dari personel yang lainnya. Khususnya pada staff bagian input data pasien, pada proses penginputan data pasien masih sering terjadi kesalahan akibat kurangnya konsentrasi dan ketelitian staff. Akibatnya proses pengklaiman data pasien peserta BPJS ke system INA CBG's tersendat. Dengan melihat dari pentingnya peranan staff di bagian input data peserta BPJS, maka pemantauan kinerja staff terkait konsentrasi dan ketelitian perlu dilakukan serta perencanaan jumlah kebutuhan sumber daya manusianya harus sesuai dengan beban kerja di unit tersebut serta. Karena kurang konsentrasi dalam bekerja mengakibatkan kerancauan kinerja dan kekurangan tenaga kerja akan mengakibatkan beban kerja yang berlebihan. Untuk itu perlu adanya alternatif pemecahan masalah sekaligus memberikan intervensi untuk mengatasi masalah banyaknya kesalahan kerja akibat kurang konsentrasi serta ketelitian staff dalam kinerjanya khususnya di bagian input data unit kerja JKN RSI Sultan Agung Semarang.

## **METODE**

Metode dari penelitian ini adalah Action Research, dimana peneliti dalam membahas permasalahan serta merumuskan strategi untuk pemecahan masalahnya dengan melalui beberapa tahapan. Permasalahan yang dibahas adalah penyebab tersendatnya proses klaim BPJS karena sering terjadinya kesalahan dalam menginput data pasien peserta BPJS oleh staff input data. Penelitian ini dilakukan di unit kerja JKN Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada bulan Oktober-November 2017.

Instrument penelitian yang digunakan penelitian ini adalah perlengkapan wawancara seperti alat tulis, kamera dan perekam suara. Untuk teknik pengambilan data, dalam penelitian ini menggunakan teknik wawancara mendalam terhadap narasumber. Narasumber primer didapat dari petugas input data pasien peserta BPJS dan narasumber dari data sekunder didapat dari salah satu petugas/pegawai di bagian case mix data pasien rawat inap.

Dalam penelitian *Action Research*, terdapat beberapa tahapan yang harus dilalui dalam penelitian. Menurut Davison, Martisons & Knock (2004), Action Research dibagi dalam lima tahapan yang merupakan siklus. Yang pertama adalah melakukan identifikasi masalah pokok guna menjadi dasar dalam membuat suatu tindakan perubahan. Dalam hal ini masalah yang pokok yang teridentifikasi yaitu kesalahan kinerja yang terjadi di bagian input data pasien peserta BPJS karena kurang konsentrasi dan kurang telitinya staff dalam mengentri data pasien ke system INA CBG's. Tahap yang kedua yaitu membuat rencana tindakan. Dalam hal ini peneliti membuat rencana untuk pengadaan pelaksanaan training dan pemberian peringatan ataupun penjelasan kepada staff di bagian input data pasien.

Tahap yang ketiga yaitu melakukan tindakan dimana peneliti mengaplikasikan rencana diatas bersama supervisor di bagian JKN Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang selama waktu yang telah ditsepakati bersama. Tahap yang keempat yaitu melakukan evaluasi dari tindakan diatas. Sehingga dapat diketahui apakah tindakan tersebut dapat membawa perubahan dalam proses klaim BPJS khususnya mengoptimalkan kinerja staff di bagian input data pasien. Apakah dengan adanya pelaksanaan training dan pemberian peringatan terhadap kinerja staff dapat merubah kinerja staff menjadi semakin optimal dan hasil input data menjadi lebih meningkat tanpa harus ada kesalahan entri data ke system INA, sehingga proses klaim berjalan lancar. Tahap yang terakhir yaitu learning/pembelajaran. Dimana tahap ini adalah tahap terakhir dari semua tindakan, setelah dievaluasi, apa yang telah dievaluasi dijadikan pembelajaran untuk dapat menyusun tindakan yang lebih baik di waktu yang akan datang.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil dari penelitian ini adalah dari berbagai factor penyebab tersendatnya proses klaim data pasien BPJS ke system INA BPJS di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang adalah paling banyak disebabkan oleh seringnya terjadi kesalahan dalam proses input data pasien oleh petugas input data pasien peserta BPJS. Karena dipicu oleh banyaknya berkas pasien peserta BPJS yang kurang lebih 800 berkas setiap harinya namun hanya diinput oleh 6 penginput saja, sedangkan system kerjanya kejar target sehingga menyebabkan konsentrasi dan ketelitian staff input data kurang optimal. Penyebab tersendatnya klaim BPJS yang lain adalah belum adanya system khusus untuk unit kerja JKN di RSI Sultan Agung, dan masih kurangnya SDM di masing-masing bagian unit kerja JKN RSI Sultan Agung Semarang.

Menurut petugas input data pasien peserta BPJS, berkas pasien yang telah di input namun salah entri datanya sebanyak 46 data. Dari 46 data tersebut terdapat banyak kesalahan entri dan yang mengharuskan hasil entrian tersebut harus dibatalkan di system INA CBG's terlebih dahulu agar dapat berlanjut ke tahapan selanjutnya yaitu verifikasi data. Berikut ini adalah rincian kesalahan entri data pasien di system INA CBG's:

Table 1. Macam Kesalahan Entri Data pasien

Bagian Kesalahan Input	Jumlah Data
Kesalahan input SEP	6
Duplikasi RM	9
Input Biaya Billing	5
Kesalahan Koding Diagnosa	10
Kesalahan Koding Tindakan	16

Sumber: Laporan Petugas Input Data Pasien BPJS

Dari data diatas dapat diketahui bahwa terdapat 5 macam jenis kesalahan dalam proses input data pasien peserta BPJS yang dilakukan oleh staff penginput data. Yang sering terjadi salah entri data yaitu pada koding diagnose dan koding tindakan dokter terhadap pasien. Dimana pada input kode diagnose dan kode tindakan dokter yang terdapat pada system berada saling berurutan, yaitu input kode diagnose dahulu baru kemudian entri kode tindakan dokter sesuai yang telah di diagnosakan, akan tetapi pada kasus ini sering terjadi kesalahan entri oleh petugas, dimana petugas sering salah mengentri kode tindakan dahulu baru kemudian kode diagnose.

Dari bagian-bagian kesalahan dalam entri data diatas, maka hal itulah yang menjadikan alasan utama bahwa sering terjadinya kesalahan entri data oleh petugas input data pasien peserta BPJS menjadi prioritas masalah utama yang perlu segera diatasi agar proses klaim BPJS dapat sesuai target dan optimal.

Selanjutnya adalah kesalahan input SEP, banyak dari data pasien yang memiliki double nomor SEP dengan satu nomor Rekam Medis. Atau ada dua pasien yang memiliki nomor SEP yang sama. SEP adalah Surat Elegabilitas Pasien yang diberikan oleh BPJS sebagai bukti bahwa pasien tersebut telah terdaftar dalam JKN dan wajib menyertakan surat tersebut saat klaim. Biasanya untuk bagian JKN di rumah sakit Sultan Agung hanya bisa membatalkan input dari SEP tersebut di system INA CBG's sehingga hanya IT yang bisa menggabungkan dan memulihkan SEP kepada pasien semula. Bila tidak digabungkan atau segera ditangani kesalahan ini dapat terulang di klaim berikutnya.

Selain itu adapula kesalahan pada entry biaya billing pada pasien, sebenarnya dalam proses entry data pasien sangat berkesinambungan. Yaitu biaya billing dapat terjadi kesalahan apabila diagnose dan tindakan dokter tidak sesuai. Karena biaya pada billing menyesuaikan dengan diagnose dan tindakan yang diberikan dokter kepada pasien. Jadi, apabila terjadi kesalahan antara entri kode diagnose, entri kode tindakan dokter maka akan berdampak pada jumlah biaya yang terdapat pada billing. Karena setiap diagnose dan setiap tindakan dokter, biayanya berbeda-beda. Sedangkan biaya tersebut sudah ditetapkan oleh pihak BPJS nya.

## **PENUTUP**

Kesimpulan dari pembahasan yang telah dipaparkan peneliti diatas yaitu terjadinya kesalahan input data pasien peserta BPJS yang dilakukan oleh staff penginput data di unit kerja JKN Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang terjadi karena kurang konsentrasi dan kurang telitinya staff dalam proses entry data. Banyaknya hasil input data yang salah menyebabkan proses klaim data pasien peserta BPJS tersendat.

Oleh karena itu peneliti merumuskan strategi berbentuk tindakan/intervensi untuk mengatasi masalah tersebut, adapun intervensi yang dirumuskan strategi berupa pelaksanaan training dan pemberian penjelasan serta peringatan terhadap kinerja staff. Diharapkan dengan diberlakukannya strategi tersebut kinerja staff dapat semakin optimal dan meminimalisir terjadinya kesalahan pada proses entry data pasien lagi.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Hosizah,SKM,MKM. Case-Mix. 2012. Upaya Pengendalian Biaya Pelayanan Rumah Sakit Di Indonesia. Universitas Esa Unggul, Jakarta.
- Siregar, Charles. JP. 2004. Farmasi Rumah Sakit Teori dan Penerapan. Cetakan I. Penerbit EGC: Jakarta.
- Gunadi, Suryanti. 1997. "Study Tentang Beban Kerja Perawat di Unit Rawat Inap Penyakit Dalam Rumah Sakit Tebet". Tesis Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.
- Mahmudah, Puri Nur dkk. 2015. Analisis Upaya Rumah Sakit Islam Sultan Agung Kota Semarang Sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut Dalam Penerapan Program Jaminan Kesehatan Nasional Tahun 2014. Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Journal). 3(1). Universitas Diponegoro Semarang.
- RSI Sultan Agung. Standar Prosedur Operasional Rekam Medis RSI Sultan Agung Semarang.
- Davison, R. M., Martinsons, M. G., Knock N. 2004. Information System Journal. Journal Principles of Cononical Action Research. 1(4): 65-86.

## ANALISIS BEBAN KERJA DALAM MENENTUKAN EFEKTIVITAS SDM SUB BAGIAN PROGRAM DINKES PROVINSI JAWA TENGAH TAHUN 2017

Hidayatul Issri Rubandiyah<sup>1\*</sup>, Lukman Fauzi<sup>1</sup>, Yuni Rahayuningtyas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

<sup>2</sup>Sub Bagian Program, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah

Email Korespodensi: hidayatulisri@gmail.com

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Sub Bagian Program bertugas dalam penyusunan, perencanaan, penganggaran, dan evaluasi program Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah dengan lingkup kerja yang luas dan beban kerja yang tinggi. Maka dari itu, perlu dilakukan analisis beban kerja pegawai dalam menentukan efektivitas SDM.

**Metode:** Metode yang digunakan adalah observasi dan wawancara. Metode hanlon kualitatif digunakan dalam menentukan prioritas masalah dan pemecahannya Data dihasilkan dari studi dokumentasi analisis jabatan, perundang- undangan dan pedoman perhitungan beban kerja dan wawancara dengan 9 staf Sub.Bagian Program. Perhitungan beban kerja menggunakan pedoman Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan Kemenkes RI tahun RI 2016.

**Hasil:** Terdapat perbedaan antara jumlah staf dengan hasil perhitungan. Staf berjumlah 16 orang sedangkan total kebutuhan SDM dari staf teknis sebanyak 14 orang dan administrasi sebanyak 5 orang, sehingga jumlah staf yang dibutuhkan adalah 19 orang.

**Simpulan:** Jumlah staf Sub. Bagian Program tidak sesuai dengan hasil perhitungan SDM efektif menggunakan metode analisis beban kerja. Jumlah staf kurang dan berakibat pada tingginya beban kerja.

**Kata Kunci:** Analisis Beban Kerja, SDM, Sub Bagian Program

### ABSTRACT

**Background:** sub-section program has a duty in the preparation, planning, budgeting and evaluation program of the health service of central java province with a wide scope of work and high workload. Then it necessary to analyze the workloadof employees in determining the effectiveness of humam resources.

**Methods:** The method used is observation and interview. The qualitative hanlon method is used in prioritizing the problem and solving it. Data is generated from the documentation of job analysis, statute, and workload calculation guidelines using the quidance of the health personel HR planning needs 2016.

**Results:** There is difference between the number of staff and the calculation results. The staff numbered 16 people while the total requirement of HR from technical staff 14 people and administration 5 people, so the number of staff required is 19 people.

**Conclusion:** the number of staff sub-section program is not accordance with the results of the calculation of effective HR using the workload analysis method. The number of staff is less and result in high workload.

**Key Words:** Workload Analysis, HR, Sub- Section Program



## **PENDAHULUAN**

Indonesia menjadi salah satu negara berkembang yang saat ini telah mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakatnya, namun masih tergolong rendah di banding dengan negara- negara yang lain. Maka dari itu, pemerintah berusaha untuk meningkatkan kesehatan masyarakatnya melalui sebuah pembangunan kesehatan. Pembangunan Kesehatan merupakan bagian terpadu dari pembangunan sumber daya manusia dalam mewujudkan bangsa yang maju dan mandiri serta sejahtera lahir dan batin (Adisasmito, 2014). Pembangunan kesehatan ini didasarkan pada sistem kesehatan yaitu Sistem Kesehatan Nasional (SKN ).

Sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, pengertian Sistem Kesehatan Nasional (pasal 1 ayat 2) adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi- tingginya. Dalam SKN terdapat tujuh subsistem kesehatan yang dilakukan dalam upaya pembangunan kesehatan, salah satunya adalah upaya pengembangan SDM kesehatan.

Perencanaan SDM kesehatan menjadi salah satu unsur utama dari subsistem kesehatan yang menekankan pentingnya upaya penetapan jenis, jumlah dan kualifikasi sesuai dengan kebutuhan pembangunan kesehatan (Adisasmito, 2014). SDM kesehatan tersebut diperlukan dalam berbagai instansi pemerintah salah satunya dalam bidang kesehatan, seperti Kementrian Kesehatan, Dinas Kesehatan baik di di tingkat provinsi maupun kabupaten/ kota, rumah sakit, balai kesehatan masyarakat, dan puskesmas. Instansi- instansi tersebut terbagi menjadi unit pelaksana teknis dan penyusun kebijakan yang akan secara bersama-sama melaksanakan pembangunan kesehatan sesuai dengan tujuan dan sasaran yang akan dicapai.

Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, merupakan salah satu unsur pelaksana urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah dengan tugas untuk melaksanakan urusan pemerintahan bidang kesehatan di lingkup daerah provinsi. Dalam menjalankan tugas dan fungsinya, Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah dipimpin oleh kepala dinas dengan dibantu oleh beberapa jabatan struktural dan fungsional dibawahnya. Salah satu jabatan struktural yang ada adalah Sub. Bagian Program yang terdiri dari staf teknis (12 orang) dan staf administrasi (4 orang). Lingkup kerja sub.bagian program yaitu di internal dinas kesehatan, dinas kesehatan kab/ kota, delapan Unit Pelaksana Teknis (UPT) serta 56 rumah sakit di 35 kab/ kota di Jawa Tengah.

Staf teknis memiliki tugas dalam menyusun bahan program dan pelaporan meliputi perencanaan, penganggaran dan evaluasi dalam bidang kesehatan. Penyusunan ini dibuat untuk perencanaan dalam satu tahun kedepan sesuai dengan usulan yang berasal dari bidang, dan seksi di lingkup dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/ kota, UPT dan RS. Dalam satu tahun, terdapat 13 dokumen pokok yang harus diselesaikan dengan proses penyusunan perencanaan, penganggaran, dan evaluasi program yang melibatkan beberapa instansi dalam lingkup yang cukup besar. Dengan target pekerjaan dan jumlah staf yang ada, dapat terjadi kemungkinan adanya beban kerja yang tinggi atau bahkan beban ganda pekerjaan.

Sesuai dengan UU No 5 tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara (ASN) bahwa setiap instansi pemerintah wajib untuk menyusun kebutuhan jumlah dan jenis jabatan PNS berdasarkan analisis jabatan dan beban kerja yang disusun untuk jangka waktu 5 (lima) tahun yang diperinci per 1 (satu) tahun berdasarkan prioritas kebutuhan untuk menentukan jumlah kebutuhan SDM yang efektif. Analisis beban kerja sangat penting dalam menentukan jumlah efektif pegawai suatu organisasi, maka dari itu perlu adanya analisis beban kerja pegawai Sub. Bagian Program Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.

## **METODE**

Identifikasi masalah dihasilkan dari proses observasi dan wawancara. Observasi adalah pengamatan langsung terhadap objek. Dilaksanakan dengan memahami dokumen analisis jabatan Sub. Bagian Program Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, perundang-undangan serta pedoman perhitungan beban kerja SDM kesehatan berdasarkan Metode Analisis Beban Kerja Kesehatan (ABK Kes) Kemenkes RI tahun 2016. Observasi juga dilakukan dengan panca indera terkait dengan beban kerja staf Sub. Bagian Program Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah dalam kegiatan magang dan penyelesaian tugas- tugas yang diberikan.

Metode yang kedua melalui proses wawancara. Pedoman wawancara berupa formulir isian yang disusun sesuai dengan komponen yang dibutuhkan dalam perhitungan beban kerja seperti capaian dokumen dalam 1 tahun, Waktu Kerja Tersedia (WKT), serta waktu yang dibutuhkan dalam penyelesaian dokumen. Wawancara dilakukan dengan total 9 narasumber dengan masing- masing dari staf teknis (6 orang) dan staf administrasi (3 orang). Hasil wawancara dijadikan sebagai data pendukung informasi yang diperoleh dari analisis jabatan. Metode hanlon kualitatif, digunakan dalam menentukan prioritas masalah dan pemecahannya. Analisis beban kerja staf dilakukan sesuai dengan pedoman perhitungan beban kerja SDM kesehatan berdasarkan metode analisis beban kerja. Hasil

akhir berupa jumlah SDM efektif yang dibutuhkan dan akan dibandingkan dengan jumlah staf Sub. Bagian Program Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Sub.Bagian Program Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah melaksanakan penyiapan bahan perumusan kebijakan, koordinasi dan penyusunan perencanaan program dan kegiatan pemantauan, evaluasi dan pelaporan di bidang program. Sub. Bagian program menjadi pusat dari seluruh kegiatan di dinas kesehatan, dimana seluruh program yang akan dilaksanakan oleh tiap bidang/seksi, dinas kesehatan kab/ kota, UPT, serta RS akan diproses di bagian program. Sub Bagian Program terbagi menjadi staf teknis dan administrasi. Staf teknis memiliki tugas utama menyusun bahan program dan pelaporan kegiatan yang dilaksanakan internal dinas kesehatan, 35 dinas kesehatan kabupaten/ kota, 56 RS dan 8 UPT. Staf administrasi, memiliki tugas dalam proses pengarsipan surat, pengolahan keuangan serta membantu pelaksanaan kegiatan Sub Bagian Program.

Tabel 1. Identifikasi masalah

Simbol	Permasalahan
A	Struktur pelaporan usulan RKA dari setiap Kabupaten/ Kota serta formulir pelaporan usulan dana APBD belum ada keseragaman, sehingga menghambat dalam proses perekapan.
B	Tingginya beban kerja yang dialami pegawai dalam menyelesaikan tugas masing- masing.
C	Struktur keanggotaan dalam subbagian program terdapat perbedaan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 49 Tahun 2016 tentang Pedoman Teknis Pengorganisasian Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/ Kota.
D	Notulen rapat, arsip surat masuk dan keluar masih ditulis secara manual dan membatasi akses bagi seluruh pegawai.

Identifikasi masalah didasarkan pada hasil observasi dan wawancara selama kegiatan magang di Sub.Bagian Program Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. Terdapat 4 identifikasi permasalahan yang di simbolkan dengan huruf A, B, C dan D. Setelah identifikasi masalah dilakukan, akan ditentukan prioritas masalah menggunakan Metode Hanlon Kualitatif. Dari hasil perhitungan, prioritas masalah yang dihasilkan adalah :

Tabel 2. Prioritas masalah berdasarkan metode hanlon kualitatif

Masalah	A	B	C	D	Total Horizontal
A		-	+	+	2
B			+	+	2

C			+	1
D				0
Total Vertikal	0	1	0	0
Total Horisontal	2	2	1	0
TOTAL	2	3	1	0
Prioritas Masalah	II	I	III	IV

Berdasarkan hasil perhitungan, didapatkan prioritas yaitu masalah dengan simbol B, yaitu tingginya beban kerja yang dialami pegawai dalam menyelesaikan tugas masing-masing.

Berdasarkan permasalahan utama yang sudah ditentukan menggunakan teori hanlon kualitatif, terpilih prioritas masalah yang harus diselesaikan berdasarkan nilai/ angka tertinggi yaitu permasalahan B, terkait beban kerja pada masing-masing individu dalam menyelesaikan tugas. Hal ini terjadi karena berbagai faktor/ penyebab. Berikut adalah alternatif pemecahan masalah yang akan diusulkan :

Tabel 3. Alternatif pemecahan masalah

Prioritas Masalah	Simbol	Alternatif Pemecahan Masalah
Tingginya beban kerja yang dialami pegawai dalam menyelesaikan tugas pada masing-masing bagian	<b>A</b>	Perpindahan posisi kerja atau <i>rolling staff</i>
	<b>B</b>	Pembuatan dokumen analisis beban kerja untuk menentukan efektifitas jumlah pegawai dalam menyelesaikan tugas di sub.bag program.
	<b>C</b>	Diadakan peregangangan di lingkungan kerja serta pemberian motivasi kerja kepada seluruh pegawai sub.bag program

Tabel 4. Perhitungan alternatif pemecahan masalah

Masalah	A	B	C	Total Horisontal
A		-	-	0
B			+	1
C				0
Total Vertikal	0	1	1	
Total Horisontal	0	1	0	
TOTAL	0	2	1	
Prioritas Masalah	III	I	II	

Dari hasil perbandingan, dapat ditentukan prioritas pemecahan masalah berdasarkan nilai tertinggi, yaitu pemecahan masalah dengan simbol B atau pembuatan dokumen analisis beban kerja dalam menentukan efektifitas jumlah pegawai sub.bag program.

Dalam penyusunan analisis beban kerja, dibutuhkan data utama yang berasal dari dokumen analisis jabatan sub. bag program berupa rincian kegiatan beserta waktu yang dibutuhkan serta capaian dalam 1 tahun. Perhitungan menghasilkan Standar Beban Kerja (SBK) yang bertujuan untuk mengetahui standar beban kerja di setiap kegiatan pokok dan jumlah SDM yang dibutuhkan dalam menyelesaikan satu kegiatan pokok sesuai dengan rincian kerja. Hasil akhirnya berupa jumlah SDM total yang dibutuhkan di Sub.Bag Program Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.

Tabel 5. Total kebutuhan pegawai

<b>Staf Sub. Bag Program</b>	<b>Jumlah Kebutuhan</b>	<b>Jumlah Saat Ini</b>	<b>Selisih</b>
1. Staf Penyusun Bahan Program dan Pelaporan (teknis)	14	12	2
2. Staf Administrasi	5	4	1
<b>Jumlah Kebutuhan Total</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>3</b>

Dari hasil perhitungan beban kerja pada staf penyusun bahan program dan pelaporan, terdapat 21 rincian kegiatan pokok dan tidak ada kegiatan penunjang lain. Sehingga, perhitungan Standar Penunjang Pokok (STP) tidak dilakukan. Rata-rata dokumen yang harus diselesaikan adalah 1 dokumen dalam satu tahun. Kebutuhan SDM dihasilkan dari pembagian antara capaian dokumen/ kegiatan dalam 1 tahun dengan SBK (Standar Beban Kerja). Perhitungan ini menunjukkan jumlah staf yang dibutuhkan dalam menyelesaikan satu kegiatan pokok. Total kebutuhan SDM dari hasil perhitungan pada staf penyusun bahan program dan pelaporan sebanyak 14 staf. Pada staf administrasi terdapat 12 rincian tugas pokok dengan total kebutuhan SDM sebanyak 5 staf. Jika dijumlahkan total staf teknis dan administrasi yang dibutuhkan di Sub. Bag Program adalah 19 orang.

Dalam satu tahun, terdapat 13 dokumen yang harus diselesaikan oleh staf teknis Sub. Bag Program. Dalam penyelesaian dokumen, staf dibagi menjadi beberapa team dengan satu staf sebagai pengampu. Tugas dari pengampu adalah mengkoordinir penyelesaian dokumen seperti kompilasi dan pengolahan data yang juga akan dibantu staf lain termasuk administrasi. Saat ini, jumlah total staf Sub.Bag Program sebanyak 16 orang yang terdiri dari 12 staf teknis dan 4 orang staf administrasi. Dibandingkan dengan hasil perhitungan yang telah dilakukan, terdapat selisih sebanyak 2 orang untuk staf teknis dan 1 orang untuk staf administrasi. Sedangkan untuk efektifnya, jumlah beban kerja yang harus diselesaikan dalam jangka satu tahun adalah dikerjakan oleh 19 orang. Berdasarkan hal tersebut, dapat dianalisis bahwa jumlah staf kurang dan tidak memenuhi syarat keefektifan SDM. Hal ini berdampak pada tingginya beban kerja staf.

Peraturan Gubernur No 58 Tahun 2016 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah menyebutkan bahwa Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah merupakan salah satu institusi pemerintah sebagai unsur pelaksana urusan pemerintahan di bidang kesehatan di lingkup provinsi. Dalam tata kerja disebutkan bahwa dinas kesehatan diharapkan untuk menyusun analisis jabatan, peta jabatan, analisis beban kerja, dan uraian tugas terhadap seluruh jabatan. Dengan penyusunan beberapa dokumen ini, dinas kesehatan sebagai Organisasi Pejabat Daerah (OPD) mampu menentukan jumlah kebutuhan, dan efektifitas sumber daya manusia yang bekerja dalam pencapaian tujuan dinas kesehatan. Sehingga hasil kerja akan optimal dan sesuai dengan apa yang telah direncanakan.

Analisis beban kerja bertujuan untuk menentukan berapa jumlah pegawai yang dibutuhkan untuk menyelesaikan suatu pekerjaan dan berapa beban yang tepat dilimpahkan kepada satu orang pegawai (Adawiyah & Sukmawati, 2013). Beberapa penelitian telah dilakukan dalam mengetahui bagaimana pengaruh beban kerja terhadap kinerja dalam suatu organisasi. Beban kerja merupakan salah satu aspek yang harus di perhatikan oleh setiap organisasi, karena beban kerja merupakan salah satu hal yang dapat mempengaruhi kinerja pegawai. Beban kerja yang melebihi batas kemampuan dapat menyebabkan kelelahan maupun cedera, sedangkan beban kerja yang terlalu ringan dapat menimbulkan efek kebosanan atau kejenuhan terhadap pekerjaannya (Rambulangi, 2016). Penelitian selanjutnya yang dilakukan oleh Shabbir & Nafqi (2017) yang menyebutkan bahwa salah satu faktor negatif dalam kinerja adalah beban kerja yang berat. Hal ini tidak hanya berpengaruh terhadap kinerja individu, namun juga kinerja suatu organisasi.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Oetelaar, dkk (2016), menyebutkan bahwa manajemen beban kerja akan mempengaruhi kesehatan pegawai, dimana beban kerja yang tinggi menjadi penyebab adanya kelelahan dan ketidakhadiran pegawai. Maka dari itu, perlu dilakukan sebuah perencanaan SDM yang tepat agar beban kerja yang ditanggung oleh pegawai sesuai dengan waktu kerja dan target yang harus diselesaikan.

Manfaat dari adanya analisis beban kerja terdapat pada Peraturan Menteri No 12 tahun 2008 tentang Pedoman Analisis Beban Kerja di Lingkungan Departemen Dalam Negeri dan Pemerintah Daerah. Beberapa manfaat tersebut adalah adanya penataan/penyempurnaan struktur organisasi; adanya penilaian prestasi kerja jabatan dan prestasi kerja unit; sebagai bahan penyempurnaan sistem dan prosedur kerja; sebagai sarana peningkatan kinerja kelembagaan; penyusunan standar beban kerja jabatan/kelembagaan, penyusunan daftar susunan pegawai atau bahan penetapan

eselonisasi jabatan struktural; serta penyusunan rencana kebutuhan pegawai secara riil sesuai dengan beban kerja organisasi.

## **PENUTUP**

Berdasarkan hasil dan pembahasan yang telah dilakukan, dapat disimpulkan bahwa Jumlah staf Sub. Bagian Program Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tidak sesuai dengan hasil perhitungan SDM efektif menggunakan metode analisis beban kerja. Jumlah staf mengalami kekurangan baik staf teknis dan staf administrasi yang berakibat pada tingginya beban kerja.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Adawiyah, W., Sukmawati, A. (2013). Analisis Beban Kerja Sumber Daya Manusia dalam Aktivitas Produksi Komoditi Sayuran Selada (Studi Kasus ; CV Spirit Wira Utama). *Jurnal Manajemen dan Organisasi* Vol IV, No. 2, Agustus 2013
- Adisasmito, Wiku. (2014). Sistem Kesehatan; Edisi Kedua. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Kementrian Dalam Negeri. (2008). *Peraturan Menteri No 12 tahun 2008 tentang Pedoman Analisis Beban Kerja di Lingkungan Departemen Dalam Negeri dan Pemerintah Daerah*. Jakarta: Kementrian Dalam Negeri.
- Oetelaar, W. F. J. M., Stel, H. F. van., Rhenen, W. van., Stellato, R.K., & Grolman, W. (2016). Balancing Nurses Workload in Hospital Wards: *Study Protocol Of Developing a Method to Manage Workload*. *BMJ Open* 2016;6: e012148. doi:10.1136/ bmjopen-2016-012148.
- Pemerintah Provinsi Jawa Tengah. (2012). *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Provinsi Jawa Tengah Tahun 2012- 2018*. Semarang: Pemerintah Provinsi Jawa Tengah.
- Pemerintah Provinsi Jawa Tengah. (2016). *Peraturan Gubernur No 58 Tahun 2016 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*. Semarang: Pemerintah Provinsi Jawa Tengah.
- Pemerintah Republik Indonesia. (2012). *Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Pemerintah Republik Indonesia.
- Rambulangi, C. J. 2016. Hubungan Antara Beban Kerja dengan Kelelahan Kerja Pegawai Badan Pertanahan Nasional Tingkat II Samarinda. *PSIKOBORNEO*, 2016, 4 (2) : 292 – 300 ISSN 2477-2674, ejournal.psikologi.fisip-unmul.ac.id.
- Shabbir, B., Naqvi, R.,. (2017). Impact of Workload and Job Complexity on Employee Job Performance with the Moderating Role of Social Support and Mediating Role of Job Stress: A Study of Travel agencies in Rawalpindi, Islamabad and AJK. *OMICS International*. *J Account Mark* 2017, 6:1. ISSN: 2168-9601 Volume 6 • Issue 1 • 1000214.
- Tim Pusrengun SDM Kesehatan. (2016). *Buku Manual 1 Perencanaan Kebutuhan SDM Kesehatan Berdasarkan Metode Analisis Beban Kerja Kesehatan (ABK Kes)*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.



## BEKERJA AMAN MELALUI *LOCK OUT TAG OUT* (LOTO) DAN *LINE BREAKING* SEBAGAI UPAYA PENCEGAHAN KECELAKAAN KERJA DI PT. BOZ

Seviana Rinawati<sup>1\*</sup>, Bungsu Dinda F<sup>1</sup>, Akbar Wahyu S<sup>1</sup>, Danang Kurniawan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Prodi D3 Hiperkes & Keselamatan Kerja, Universitas Sebelas Maret

E-mail Korespondensi: sev1ana\_er@staff.uns.ac.id

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Aktivitas maintenance pada mesin sering berpotensi menimbulkan celaka disebabkan mesin dalam perbaikan dioperasikan tanpa memberikan informasi sebelumnya. Penerapan *Lock Out Tag Out* (LOTO) dan *Line Breaking* saat perbaikan dan perawatan mesin dapat meminimalisir timbulnya bahaya bagi tenaga kerja.

**Metode:** Diskriptif observasioal dalam penelitian ini untuk menggambarkan penerapan *Lock Out Tag Out* (LOTO) dan *Line Breaking* sebagai upaya pencegahan kecelakaan. Pengambilan data penelitian melalui observasi, wawancara dan checklist kemudian data yang diperoleh dianalisis dengan membandingkan berdasar regulasi dan referensi terkait.

**Hasil:** Perusahaan telah melakukan upaya pencegahan kecelakaan kerja yang salah satunya dengan menerapkan program *Lock Out Tag Out* (LOTO) dan *Line Breaking*. Upaya perlindungan dalam melakukan pekerjaan yang menuntut suatu bagian tubuh berada dalam posisi dimana gerakan yang tidak disengaja atau terlepasnya energi berbahaya yang tersimpan dapat menimbulkan cedera atau sakit. Pelaksanaan *Lock Out Tag Out* (LOTO) dan *Line Breaking* telah sesuai dengan peraturan dan standar yang berlaku, hanya saja ditemui beberapa ketidaksesuaian.

**Simpulan:** Perusahaan telah menerapkan *Lock Out Tag Out* (LOTO) dan *Line Breaking* dengan cukup baik dan sesuai dengan peraturan yang berlaku meskipun ditemukan beberapa kesalahan, kekurangan ataupun kendala yang ditemukan di lapangan.

**Kata Kunci:** *Lock Out Tag Out* (LOTO), *Line Breaking*, Kecelakaan Kerja

### ABSTRACT

**Background:** Maintenance activities on the machine often have the potential to cause harm because the machines repaired are operated without give the information before. Implementation of *Lock Out Tag Out* (LOTO) and *Line Breaking* when repair and maintenance of machinery can minimize the incidence of hazards for the worker.

**Methods:** Observatioal descriptive in this study to describe the implementation of *Lock Out Tag Out* (LOTO) and *Line Breaking* as an effort to prevent accidents. Sampling data through observation, interview and checklist then the data obtained is analyzed by comparing based on regulation and related reference.

**Results:** The company has do an effort to prevent work accidents which is one of them by implementing *Lock Out Tag Out* (LOTO) and *Line Breaking* program. Protection effort in the conduct of work which is requiring a part of the body to be in a position where accidental movement or disengagement of dangerous energy stored may cause injury or illness. Implementation of *Lock Out Tag Out* (LOTO) and *Line Breaking* is in compliance with prevailing rules and standards, only some non-conformities are found.

**Conclusion:** The Company has implemented *Lock Out Tag Out* (LOTO) and *Line Breaking* quite well and it suitable with the applicable regulations although found some mistakes, lacks or obstacles found in the field.

**Key Words:** Lock Out Tag Out (LOTO), Line Breaking, Accident

## **PENDAHULUAN**

Energi yang tidak terkontrol atau terkendali merupakan suatu potensi bahaya terhadap operator dan tenaga kerja lainnya yang berada di sekitar area mesin, peralatan kerja atau proses kerja. Tenaga kerja yang melakukan perbaikan dan pemeliharaan mesin-mesin dan peralatan kerja sangat berisiko karena mesin-mesin dan peralatan kerja tersebut dapat hidup secara tiba-tiba, sementara mesin sedang dalam perbaikan (Tarwaka, 2013).

Larkin (2008), menyatakan bahwa sebanyak 70% kematian tenaga kerja di Amerika Serikat terjadi akibat LOTO tidak diterapkan oleh tenaga kerja, 5% kasus akibat kegagalan penerapan LOTO, 1% kasus akibat kegagalan mekanis dan sisanya tidak diketahui penyebabnya. Sedangkan, untuk data secara nasional mengenai tenaga kerja yang mengalami kecelakaan akibat kontak dengan energi berbahaya yang tidak terkontrol tersebut hingga saat ini masih belum ada.

Agar dapat dicegah serta dihindari pemaparan berbagai bahan dan kondisi lingkungan kerja berbahaya, pengoperasian alat-alat kerja dilengkapi dengan proteksi dan perlindungan teknis sehingga dicapai tingkat keselamatan yang tinggi. Cara yang demikian sangat penting supaya pelaksanaan pekerjaan dilakukan dengan tata cara yang telah memasukkan keselamatan kerja untuk maksud pengendalian termasuk apabila terjadi penyimpangan proses/ operasi dan malapetaka (Soedirman, 2014).

Jumlah kecelakaan kerja statis diangka 1.400 an kasus, sempat menurun tahun 2010 lalu dengan jumlah 1.300-an. Namun tahun 2011 meningkat mencapai 1.600-an kasus kecelakaan kerja. Sedangkan pertumbuhan pelaku usaha cukup besar setiap tahunnya. Hal itu berpotensi untuk terjadi peningkatan jumlah kecelakaan kerja kedepan (Dinas Tenaga Kerja di Riau, 2011).

PT. BOZ telah menerapkan program Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3), *Behavior Base Safety* (BBS), serta upaya dalam pencegahan kecelakaan kerja dalam beroperasi. Perusahaan mempunyai prosedur kerja yang aman dan spesifik, yang disesuaikan dengan jenis pekerjaan yang terkait dengan operasionalnya. Berdasar hasil observasi diperoleh data kecelakaan kerja pada tahun 2013 sekitar 2 kejadian, lalu tahun 2014 hanya 1 kejadian, namun pada tahun 2015 mencapai 5 kejadian seperti luka gores, terpukul atau terjepit. Padahal dilihat nilai perilaku aman pada tahun terakhir 82% dapat dikatakan bahwa perilaku aman baik. Maka salah satu upaya dengan Sistem LOTO yang berhubungan dengan masalah penguncian dan penandaan, penguncian (*Lock*) bertujuan untuk mengamankan peralatan sedangkan penandaan (*Tag*) bertujuan untuk memberi

peringatan kepada tenaga kerja lain dan berisi tentang identitas tenaga kerja yang melaksanakan LOTO.

Menyadari bahwa setiap kegiatan maintenance peralatan produksi berpotensi dan berisiko tinggi, maka pencegahan kecelakaan berakibat cedera atau bahkan kematian salah satunya menerapkan *Lock Out Tag Out* (LOTO) yang bertujuan mengamankan orang yang tengah bekerja atau sedang berada di sekitar mesin, instalasi listrik atau sarana sistem produksi yang tengah diperbaiki serta dalam perawatan agar tenaga kerja dapat bekerja secara aman. Berdasarkan hal tersebut maka penulis ingin mengkaji penelitian yang berjudul *Bekerja Aman melalui Lock Out Tag Out (LOTO) dan Line Breaking sebagai Upaya Pencegahan Kecelakaan Kerja di PT. BOZ.*

## **METODE**

Jenis penelitian adalah observasional dengan metode deskriptif yang dilakukan mulai bulan Februari - April Tahun 2017. Instrumen penelitian yang digunakan adalah kuesioner dan checklist dengan sumber informasi : Kepala bagian SHE, Supervisor, Teknisi dan Operator. Teknik pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini : observasi, wawancara, dan dokumentasi, kemudian pengolahan data penelitian dianalisis dengan membandingkan berdasar standar OSHA, peraturan lain dan teori referensi terkait.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Perusahaan ini bergerak dibidang kimia sehingga semua proses produksi melibatkan zat kimia dan produk yang dihasilkan juga berupa zat kimia. Energi lain yang terkait dalam operasional proses produksi PT. BOZ meliputi energi mekanik yang biasanya berasal dari pergerakan mesin dan energi potensial yang biasanya ditemukan dalam bentuk air bertekanan dan angin bertekanan yang tersimpan dalam pipa-pipa. Energi mekanik masih berhubungan dengan energi listrik, dikarenakan jika energi listrik diputus atau dimatikan maka otomatis mesin berhenti sehingga tidak ada energi mekanik.

Hasil identifikasi potensi bahaya saat terlepasnya energi secara tiba-tiba ketika dilakukan perbaikan atau perawatan mesin antara lain: tergores, cedera, terpapar energi bertekanan, terpapar bahan kimia, terjepit mesin, terpotong, tersengat listrik, terpukul, kebakaran, ledakan. Ketika terdapat pihak kontraktor yang akan memperbaiki mesin maka pihak yang bertanggung jawab harus mengisi ijin pelaksanaan kerja kontraktor dan mengidentifikasi potensi bahaya pada mesin yang akan diperbaiki dengan mengisi form Training LOTO dan *Line Breaking* HIRARC yang dibantu oleh pihak EHS & *Sustainability*. Syarat kerja lokasi, ijin pelaksanaan kontraktor dan form HIRARC.

Penggunaan *Lock Out* yaitu untuk mencegah energi bebas dan *Tag Out* yaitu pemberian label peringatan atau penandaan sedangkan Sistem *Line Breaking* berhubungan dengan pengosongan atau pemutusan energi sebelum melakukan *tag out* (*Line Breaking* sendiri sebenarnya sudah masuk dalam cakupan LOTO). Cara kerja *line breaking* untuk setiap energi berbeda-beda, misal: mengosongkan energi listrik dengan cara mematikan panel-panel sesuai prosedur di setiap mesin, pemutusan aliran listrik tergantung jenis pekerjaan yang dilakukan, jika pekerjaan tersebut berkaitan dengan berbagai sambungan sistem maka pemutusan tidak hanya di satu mesin, bahkan hingga pemutusan total. Namun selama ini perusahaan belum pernah hingga pemutusan total, meskipun di tahun 2015 dengan nilai perilaku aman yang baik didukung implementasi LOTO dan *Line Breaking* berjalan sesuai prosedur masih ada kejadian kecelakaan lebih besar dibandingkan tahun sebelumnya.

Berikut isi prosedur LOTO dan *Line Breaking* di perusahaan antara lain :

1. Apabila mesin dalam perbaikan maka harus dipasang LOTO dan *Line Breaking*
2. Memutus dan mengosongkan energi dahulu yang biasa disebut dengan sistem *Line Breaking*. *Line Breaking* dilakukan oleh tenaga kerja yang berwenang seperti bagian maintenance ataupun engineering.
3. Setelah semua energi terputus dan dikosongkan maka dilanjutkan dengan penggembokan dengan menggunakan master *lock* pada semua titik energi yang diisolasi
4. *Lock Out* dan *Tag Out* harus dipasang oleh *maintenance*.
5. *Tag Out* harus diisi lengkap dengan tanggal kerusakan, shift, nama mesin indikasi kerusakan, PIC, tanda tangan dan diberi tanda kondisi On/Off
6. Selama mesin dalam perbaikan LOTO dan *Line Breaking* tidak boleh dilepas
7. *Lock Out* dan *Tag Out* hanya boleh dilepas apabila perbaikan sudah selesai
8. *Lock Out* dan *Tag Out* hanya boleh dilepas oleh maintenance
9. Jika pekerjaan telah selesai, tenaga kerja wajib melepas semua *lock* dan tag yang terpasang di *lock box* untuk mengambil kunci master *lock* yang kemudian digunakan untuk membuka semua master *lock* yang terpasang dalam mesin serta melakukan pengecekan untuk memastikan bahwa pekerjaan telah diselesaikan dengan baik
10. Pengembalian ijin kerja kepada bagian EHS

Sarana-prasarana LOTO & *Line Breaking* di perusahaan meliputi :

1. *Lock Box* digunakan untuk meletakkan kunci master *lock* (*pad lock* hitam) sekaligus tempat tenaga kerja meletakkan gembok dan tag.

2. *Pad lock* hitam berfungsi sebagai *master lock*, dimana *master lock* merupakan gembok utama yang digunakan untuk mengunci semua titik sumber energi.
3. *Pad lock* Kuning diperuntukkan untuk bagian EHS, *pad lock* ini digunakan saat pihak EHS berperan sebagai issuer.
4. *Pad lock* merah diperuntukkan untuk bagian *security*, *pad lock* ini digunakan saat pihak *security* berperan sebagai issuer.
5. *Pad lock* hijau diperuntukkan untuk bagian produksi
6. *Pad lock* biru diperuntukkan untuk bagian *maintenance* dan *engineering*
7. *Ractangle lockouts*, alat ini digunakan untuk mengunci sumber energi dari *valve* yang berbentuk bulat seperti setir mobil
8. *Cylinder lockouts*, alat ini digunakan untuk mengamankan atau menggembok tabung (misalnya tabung gas atau oksigen).
9. *Lock panel* atau *push button switch cover* berfungsi untuk mengamankan panel
10. *Valve lockouts*, alat ini digunakan untuk mengamankan katup agar tidak bisa diputar saat proses perbaikan atau perawatan mesin dilakukan sehingga terlepasnya energi bisa terhindar
11. *Safety lockouts hasp* merupakan salah satu peralatan LOTO yang memiliki banyak lubang yang bertujuan agar semua tenaga kerja bisa melakukan LOTO di satu titik, alat ini biasanya digunakan untuk alat yang hanya memiliki satu sumber energi sehingga tidak perlu lagi menggunakan *master lock* dan juga *lock box*
12. *Lockout station* merupakan tempat untuk menyimpan gembok dan *tag* para tenaga kerja, dan alat ini terdapat di hampir semua tempat produksi seperti di herbisida, liquid, dan granule
13. *Lockout safety tags* yang dipergunakan semuanya berwarna merah, dan didalamnya berisi identitas tenaga kerja dan peringatan

Berdasarkan hasil kuesioner menyatakan bahwa pelaksanaan LOTO dan *Line Breaking* pada saat dilakukan penelitian diperoleh data sebagai berikut :

Tabel 2. Implementasi LOTO dan *Line Breaking* dengan standar OSHA

Komponen	Hasil penilaian %
Implementasi LOTO & <i>Line Breaking</i> :	
Sesuai standar OSHA	82
Belum sesuai standar OSHA	18
Jumlah	100

Sarana-prasarana LOTO & <i>Line Breaking</i> :	
Sesuai standar OSHA	78
Belum sesuai standar OSHA	22
Jumlah	100

*Tag* yang digunakan mengandung informasi antara lain sebagai berikut : 1) Tanggal kerusakan; 2) Shift; 3) Nama mesin (Channel bila ada) indikasi kerusakan; 4) PIC (Orang yang berwenang dalam memperbaiki mesin/peralatan kerja tersebut); 5) Tanda tangan; 6) Tanda larangan kondisi On/Off (pada main power listrik); 7) Tanda larangan kondisi Membuka/Menutup (*valve*).

Penanggungjawab pelaksanaan program LOTO dan *Line Breaking* adalah tenaga kerja pelaksana yang diberi kewenangan bertanggung jawab yang sebelumnya telah menerima training. Dan pihak yang memberikan ijin antara lain : Supervisor Area dan EHS setelah melakukan pengecekan lapangan sebelumnya. Selain itu EHS juga bertanggung jawab atas pengawasan pelaksanaan LOTO dan *Line Breaking* sehingga melakukan evaluasi sebagai penilaian keefektivan LOTO dan *Line Breaking*, salah satu penilaian dengan inspeksi LOTO secara rutin. Inspeksi yang dilakukan baik pelaksanaan LOTO dan *Line Breaking* maupun pada atribut atau APD yang wajib digunakan saat LOTO dijalankan. Serta bertanggung jawab untuk melakukan pemeriksaan tahunan dan membuat laporan sebagai bukti yang menyatakan bahwa inspeksi telah dilakukan. Sertifikasi harus mengidentifikasi mesin atau peralatan, tanggal pemeriksaan, petugas yang terlibat, dan nama orang yang melakukan pemeriksaan, harus mengidentifikasi setiap kekurangan/penyimpangan dan perbaikannya.

Penanggung jawab implementasi LOTO dan *Line Breaking* di perusahaan terbatas sehingga inspeksi rutin yang seharusnya lengkap dilaksanakan dalam setahun kurang maksimal pelaksanaannya. Hasil inspeksi APD wajib pakai saat LOTO dan *Line Breaking* dilaksanakan juga masih terdapat tenaga kerja yang tidak patuh, serta masih ada beberapa prosedur LOTO dan *Line Breaking* dilanggar meskipun dianggap hal remeh seperti : tidak lengkap dalam pengisian data tag out, pengecekan ulang untuk memastikan LOTO dan *Line Breaking* dan keterlambatan pengembalian ijin ke EHS.

Training LOTO dan *Line Breaking* diberikan kepada petugas *maintenance* serta seluruh tenaga kerja yang bertujuan untuk memberikan pemahaman tentang pencegahan kecelakaan yang dapat terjadi karena pengoperasian peralatan yang tidak diharapkan serta agar tidak melakukan kegiatan perawatan dan perbaikan ketika mesin atau peralatan kerja sedang aktif. Seluruh tenaga kerja harus mematuhi prosedur LOTO yang ada termasuk kontraktor. Training mengenai LOTO dan *Line Breaking* diberikan saat pengenalan awal,

penugasan pertama, pemindahtugasan tenaga kerja di area baru, perubahan prosedur LOTO dan pelatihan rutin tahunan, serta pada saat *safety talk* yang dilakukan ketika akan memulai pekerjaan.

Identifikasi potensi bahaya melalui pengisian form HIRARC ketika perbaikan mesin maka hal tersebut telah memenuhi Peraturan Pemerintah No.50 tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen K3 pasal 9 ayat 3 poin (b) bahwa “Dalam menyusun rencana K3 sebagaimana dimaksud pada ayat 2 pengusaha harus mempertimbangkan: identifikasi potensi bahaya, penilaian, dan pengendalian risiko”. Serta telah memenuhi OHSAS 18001 tahun 2007 klausul 4.3.1 yang menyatakan bahwa “Organisasi harus membuat, menerapkan dan memelihara prosedur untuk mengidentifikasi bahaya yang ada, penilaian risiko dan penetapan pengendalian yang diperlukan”.

LOTO dan *Line Breaking* sebagai upaya pencegahan di perusahaan untuk mencegah terlepasnya energi yang tersimpan secara tiba-tiba dan menghindari pengoperasian mesin yang tidak terduga sehingga hal ini maka perusahaan telah sesuai dengan Peraturan Pemerintah No.50 tahun 2012 elemen 6 kriteria 6.5.8 yang menyatakan bahwa “Apabila diperlukan dilakukan penerapan sistem penguncian pengoperasian (*Lockout system*) untuk mencegah agar sarana produksi tidak dihidupkan sebelum saatnya” serta sesuai dengan standard OSHA 1910.147 poin (a) (3) (i) menyebutkan bahwa, tujuan dari penerapan LOTO adalah sebagai prosedur keamanan yang digunakan untuk mengisolasi mesin atau peralatan pada saat pekerjaan perbaikan atau pemeliharaan sehingga tenaga kerja akan terhindar dari cedera yang diakibatkan oleh kemungkinan terlepasnya energi.

Penerapan LOTO dan Line Beaking berdasarkan skor yang sesuai standar OSHA 82% untuk kesesuaian prosedurnya dan 78% sarana-prasarana implementasi LOTO hal ini sependapat bahwa penerapan LOTO mempunyai proporsi lebih besar yaitu 118 (99,2%) untuk tidak terjadinya kecelakaan kerja dibandingkan dengan tidak ada penerapan LOTO yaitu 1 (33,3%) yang ditunjukkan oleh penelitian Saifullah (2012) dengan nilai  $p = 0,001$  menyatakan ada pengaruh antara penerapan SOP dengan pencegahan kecelakaan kerja. Dengan adanya pengaruh antara penerapan LOTO dengan kecelakaan kerja, maka dari itu ada atau tidak adanya penerapan LOTO di suatu perusahaan dapat menjadi acuan untuk mencari penyebab kecelakaan yang terjadi di lingkungan kerja tersebut.

Penilaian prosedur LOTO dan *Line Breaking* yang sesuai standar OSHA sebesar 82% sehingga prosedur LOTO dan *Line Breaking* di PT BOZ telah sesuai dengan Peraturan Pemerintah No.50 tahun 2012 elemen 6 kriteria 6.5.9 yang menyatakan “Terdapat prosedur yang dapat menjamin keselamatan tenaga kerja atau orang lain yang berada disekeliling sarana dan peralatan produksi pada saat proses pemeriksaan, pemeliharaan, perbaikan dan



perubahan serta sesuai dengan standard OSHA poin (c) (4) (ii) yang mengatakan bahwa prosedur harus jelas dan spesifik menuraikan ruang lingkup, tujuan, tanggung jawab, aturan, dan teknik yang digunakan dalam pengendalian energi berbahaya.

Sarana prasarana yang sesuai standar sebesar 78% menunjukkan perlengkapan dalam sistem LOTO dan *Line Breaking* perusahaan telah sesuai standar OSHA 1910.147 (c) (5) (ii) menyebutkan bahwa perlengkapan penggembokan harus memiliki kriteria tahan lama, terstandarisasi baik dari segi bentuk, warna dan ukuran, substansial, dan dapat diidentifikasi. Dan perlengkapan Alat Pelindung Diri seperti *safety shoes*, masker, sarung tangan, *safety glasses*, helm, hal ini perusahaan juga telah sesuai dengan Peraturan Pemerintah No.50 tahun 2012 elemen 6 kriteria 6.1.6 yang menyatakan “APD disesuaikan sesuai kebutuhan dan digunakan secara benar serta selalu dipelihara dalam kondisi layak pakai”, didukung Undang-Undang Nomor. 1 tahun 1970 pasal 14 poin c tentang keselamatan kerja, yang berbunyi “Menyediakan secara cuma-cuma, semua alat pelindung diri pada semua tenaga kerja yang berada dibawah pimpinannya dan menyediakan bagi setiap orang lain yang memasuki tempat kerja tersebut, disertai dengan petunjuk yang diperlukan menurut petunjuk pegawai pengawas atau ahli keselamatan kerja” dan dikuatkan oleh Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor Per.08/MEN/VII/2010 tentang Alat Pelindung Diri pasal 2 ayat 1 sampai 3 yang menyatakan bahwa “pengusaha wajib menyediakan APD lengkap bagi pekerja/buruh di tempat kerja, APD harus sesuai dengan Standar Nasional Indonesia (SNI) atau standar yang berlaku dan APD wajib diberikan cuma-cuma”.

Misal : gembok tidak dapat dipindah secara mekanik baik sengaja maupun tidak, gembok mudah digunakan dan tiap gembok hanya memiliki satu kunci. Gembok yang ada telah memenuhi persyaratan dapat diidentifikasi. Gembok yang ada dapat mengidentifikasi pekerja dan departemen yang memasang dengan menuliskannya pada sisi gembok yang kosong.

Penanggungjawab pelaksanaan program LOTO dan *Line Breaking* di perusahaan dan harus mengikuti serta lulus training maka hal ini perusahaan telah sesuai dengan Peraturan Menteri Tenaga Kerja, Transmigrasi dan Koperasi Republik Indonesia No PER.03/MEN/1978 tentang Persyaratan Penunjukan dan Wewenang serta Kewajiban Pegawai Pengawas keselamatan kerja dan Ahli Keselamatan Kerja pasal 4 ayat 1 bagian (d) dan (e). Serta sesuai dengan Peraturan pemerintah No.50 tahun 2012 elemen 6 kriteria 6.5.10 yang menyatakan “Terdapat penanggungjawab untuk menyetujui bahwa sarana dan peralatan produksi telah aman digunakan setelah proses pemeliharaan, perawatan, perbaikan atau perubahan”.

Inspeksi merupakan salah satu tanggung jawab dalam pelaksanaan LOTO dan *Line Breaking* yang dilakukan secara rutin, hal ini telah memenuhi standar OSHA 29 CFR 1910.147 (c) (6) (i) (A) yang menyatakan bahwa “Pemeriksaan berkala harus dilakukan oleh seorang tenaga kerja yang berwenang selain yang memanfaatkan prosedur kontrol energi yang diperiksa”. Selain itu telah memenuhi Peraturan Pemerintah No. 50 tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen K3 pada kriteria 6.2.1 menyatakan bahwa “Dilakukan pengawasan untuk menjamin bahwa setiap pekerjaan dilaksanakan dengan aman dan mengikuti prosedur dan petunjuk kerja yang telah ada”. Dan dikuatkan oleh Alfina (2014) menyatakan bahwa pengawasan memiliki hubungan yang bermakna dengan penerapan LOTO pada mekanik ( $p=0,047$ ).

Kurang maksimal pelaksanaan inspeksi sebagai bahan evaluasi bagi perusahaan sehingga hal ini belum sesuai dengan Standard OSHA 1910.147 (c) (6) yang berbunyi “Penerapan prosedur pengendalian energi harus dievaluasi atau diperiksa secara berkala minimal satu kali dalam setahun, untuk memastikan bahwa prosedur pengendalian energi yang ada telah dipahami dan diikuti oleh tenaga kerja yang bersangkutan dengan cara mencatat setiap proses pengendalian energi dan tenaga kerja yang terlibat didalamnya” serta belum sesuai dengan Peraturan Pemerintah No.50 tahun 2012 elemen 6 kriteria 6.1.8 yang menyatakan bahwa “Upaya pengendalian risiko dievaluasi secara berkala apabila terjadi ketidaksesuaian/perubahan pada proses kerja”.

Training LOTO dan *Line Breaking* yang telah dilaksanakan di perusahaan telah sesuai dengan OSHA 1910.147 (c) (7) mengatakan bahwa “Sosialisasi LOTO sebagai upaya pengendalian energi adalah hal yang wajib dilakukan oleh perusahaan, yaitu dalam bentuk pelatihan atau training yang pada poin (i) (A) yang menyatakan bahwa “Setiap tenaga kerja yang berwenang harus menerima pelatihan dalam pengendalian energi berbahaya, jenis dan besarnya energi yang tersedia di tempat kerja, serta metode dan sarana yang diperlukan untuk isolasi energi dan kontrol”. Serta telah sesuai dengan Peraturan Pemerintah No.50 tahun 2012 elemen 12 kriteria 12.1.7 yang menyatakan bahwa “Program pelatihan ditinjau secara teratur untuk menjamin agar tetap relevan dan efektif”. Tenaga kerja yang telah memiliki pengetahuan yang baik akan lebih mudah menerapkan LOTO hal ini sejalan dengan hasil penelitian Annishia (2011) yang menyatakan bahwa pengetahuan yang baik yang dimiliki responden mendukung mereka untuk berperilaku aman dalam bekerja.

## **PENUTUP**

Perusahaan telah menerapkan *Lock Out Tag Out* (LOTO) dan *Line Breaking* sesuai standar OSHA sebesar 82% dan sarana prasarana sesuai standar OSHA sebesar 78%

sehingga dapat dikatakan baik dan sesuai dengan peraturan yang berlaku meskipun ditemukan beberapa kesalahan, kekurangan ataupun kendala yang ditemukan di lapangan.

### **UCAPAN TERIMA KASIH**

Dengan terselesaikannya penelitian ini, penulis menghaturkan rasa syukur kepada Allah SWT atas limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat melaksanakan penelitian dan menyelesaikan laporan serta mengucapkan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada pihak manajemen PT. BOZ serta pimpinan fakultas kedokteran UNS yang telah memberikan kesempatan pengambilan data penelitian serta semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan dan penulisan ini.

### **DAFTAR PUSTAKA**

- Alfina Hapsari, Y. Denny Ardyanto.(2014). Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Penerapan *Lock Out Tag Out* (LOTO) Pada Mekanik di Plant Department. *The Indonesian Journal of Occupational Safety and Health*, Vol. 3, No. 1 Jan-Jun 2014: 1–13
- Annishia, Fristi. (2011). Analisis Perilaku Tidak Aman Pekerja Konstruksi PT. PP (Persero) di Proyek Pembangunan Tiffany Apartemen Jakarta Selatan Tahun 2011. *Skripsi*. Jakarta: FKIK UIN
- Dinas Tenaga Kerja di Riau, (2011).
- Occupational Health Safety Assesment and Series. OHSAS 18001 : 2007 tentang Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja
- Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Republik Indonesia Nomor Per.08/MEN/VII/2010 tentang Alat Pelindung Diri
- Peraturan Menteri Tenaga Kerja, Transmigrasi dan Koperasi Republik Indonesia No PER.03/MEN/1978 tentang Persyaratan Penunjukan dan Wewenang serta Kewajiban Pegawai Pengawas keselamatan kerja dan Ahli Keselamatan Kerja
- Peraturan Pemerintah No.50 tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja
- Saifullah,M, Nopriadi.(2012). Pengaruh Fundamental Safe Work Practice Terhadap Pencegahan Kecelakaan Kerja Bagian Workover di PT. ACS Duri. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, Vol. 1, No. 4, Mei 2012.
- Soedirman. (2014). *Tindakan Tanggap Darurat dan P3K*. Yogyakarta : Danadyaksa Publisher
- Suma'mur. (2009). *Higiene Perusahaan Keselamatan Kerja dan Pencegahan Kecelakaan*. Jakarta: CV. Haji Masagung
- T.J. Larkin, Sandar. L.(2008). *Safety Illustrated Lockout/ Tagout*
- Tarwaka. (2013). *Dasar-Dasar Keselamatan Kerja serta Pencegahan Kecelakaan di Tempat Kerja*. Solo: Harapan Press.

Undang-Undang Nomor. 1 tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja

United States of America. OSHA Code of Federal Regulation. U.S: Department of Labor; 2007

United States of America. OSHA 3120 Control of Hazardous Energi. U.S: Department of Labor; 2002

## GAMBARAN PELAKSANAAN PROGRAM SATU RUMAH SATU JUMANTIK DI KELURAHAN ROWOSARI KECAMATAN TEMBALANG

Masnuh Eva Kurniawan<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

E-mail Korespondensi: kurniawan.masnuh@gmail.com

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Kelurahan Rowosari merupakan salah satu wilayah sporadic yang setiap tahun selama 3 tahun berturut-turut terdapat kasus DBD. Oleh karena itu perlu dilakukan upaya pencegahan yang lebih efektif melalui pelaksanaan PSN DBD Satu Rumah Satu Jumantik. penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Gambaran Pelaksanaan Program PSN DBD Satu Rumah Satu Jumantik Kelurahan Rowosari Kecamatan Tembalang melalui gambaran Angka Bebas Jentik, Cakupan Partisipasi kader jumantik dan tingkat pengetahuan.

**Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan observasional. Desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional* yaitu melihat pelaksanaan Program PSN DBD Gerakan Satu Rumah Satu Jumantik di RT 04/02 Kelurahan Rowosari. Responden penelitian ini adalah dasawisma RT 04/02.

**Hasil:** hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Angka Bebas Jentik (ABJ) Kelurahan Rowosari Tahun 2017 yaitu 94,24%, Cakupan partisipasi kader jumantik bulan agustus-oktober yaitu 9%, 17,5%, dan 10%. Setelah dilakukan intervensi, hasilnya tidak ada perbedaan tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi nilai p value 0,247 (>0,05).

**Simpulan:** ABJ dan cakupan partisipasi kader Jumantik dalam SRSJ belum mencapai target, tidak ada perbedaan pengetahuan responden sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan tentang DBD dan SRSJ.

**Kata Kunci:** Demam Berdarah Dengue, SRSJ, PSN

### ABSTRACT

**Background:** Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) is one of the public health problems in Indonesia. Rowosari Village is one of the sporadic areas that every year for 3 consecutive years there are cases of dengue fever. Therefore it is necessary to do more effective prevention efforts through the implementation of PSN DBD Satu Rumah Satu Jumantik. this study aims to find out the Implementation of Program PSN DBD Satu Rumah Satu Jumantik Rowosari Village Tembalang District through the description of Angka Bebas Jentik, Coverage participation jumantik cadres and knowledge level before and after given counseling.

**Methods:** This research is a descriptive research with observational approach. The research design used is cross sectional which is to see the implementation of Program PSN DBD Satu Rumah Satu Jumantik in RT 04/02 Rowosari Village. The respondents of this research are dasawisma RT 04/02.

**Results:** the results of this study indicate that the Angka Bebas Jentik (ABJ) Rowosari Village in 2017 is 94.24%, Coverage participation jumantik cadres in August-9%, 17.5%, and 10%. After intervention, there was no difference of knowledge level before and after intervention p value 0,247 (> 0,05).

**Conclusion:** *ABJ and participation coverage of Jumantik cadres in SRSJ have not reached target, no difference of knowledge of respondent before and after counseling about DHF and SRSJ.*

**Key Words:** Demam Berdarah Dengue, SRSJ, PSN DBD

## PENDAHULUAN

Penyakit Demam Berdarah *Dengue* (DBD) atau *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) adalah penyakit akut dan dapat menyebabkan kematian mendadak jika tidak segera diberikan pertolongan. Obat untuk membasmi virus dan vaksin mencegah DBD hingga saat ini belum tersedia. (Rini Anggraini, 2013)

Kota Semarang sebagai ibu kota provinsi Jawa Tengah merupakan kota endemis DBD dan mempunyai tingkat risiko penyakit DBD yang tinggi. IR DBD dari tahun 2012 hingga 2015 mengalami peningkatan. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah tahun 2015 IR kota Semarang pada tahun 2015 sebesar 93,99 per 100.000 penduduk. Sedangkan pada tahun 2012 IR DBD kota Semarang hanya sebesar 70,9 per 100.000 penduduk (Dinkes Kota Semarang, 2015). Tahun 2016 IR DBD kota Semarang mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya yaitu sebesar 188,9 per 100.000 penduduk dimana kota Semarang menempati urutan pertama IR DBD tertinggi di Jawa Tengah (Dinkes Provinsi Jateng, 2016). Akan tetapi di tahun 2017 periode Januari sampai Maret IR DBD kota Semarang menurun drastis yaitu sebesar 5,84 per 100.000 penduduk.

Incidence rate Kecamatan Tembalang DBD 166,89/100.000 penduduk menduduki peringkat IR DBD kecamatan tertinggi Kota Semarang. Pada urutan kedua kecamatan Genuk 126,12/100.000 dan kecamatan Ngaliyan di urutan ketiga dengan IR DBD 106,10/100.000. Kecamatan dengan IR terendah adalah kecamatan Tugu dengan IR 43,37/100.000 (Dinkes Kota Semarang, 2015). Hingga tahun 2017 periode Januari sampai 10 Oktober 2017 IR Kecamatan Tembalang masih menduduki peringkat tertinggi yaitu sebesar 33,7 per 100.000 penduduk dari kecamatan lain yang ada di kota Semarang.

Kelurahan Rowosari adalah salah satu kelurahan yang ada di Kecamatan Tembalang yang daerahnya dikatakan sebagai daerah sporadis. *Incidence rate* kelurahan Rowosari tahun 2016 yaitu 73,15/100.000 penduduk, tahun 2017 mengalami penurunan menjadi 8,44/100.000 penduduk.

Upaya pengendalian DBD di Indonesia bertumpu pada 7 kegiatan pokok yang tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan nomor 581/MENKES/SK/VII/1992 tentang Pemberantasan Demam Berdarah Dengue. Prioritas utama ditekankan pada upaya pencegahan salah satunya melalui pemberdayaan dan peran serta masyarakat yaitu

gerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN). Gerakan PSN dengan metode 3 M Plus sangat memerlukan partisipasi seluruh lapisan masyarakat, Oleh karena itu peran keluarga harus ditingkatkan untuk melakukan pemantauan, pemeriksaan dan pemberantasan jentik. Konsep inilah yang disebut dengan “Jumantik Rumah Tangga atau Satu Rumah Satu Jumantik”. (Kemenkes RI, 2016)

Dalam Pelaksanaan PSN DBD Satu Rumah Satu Jumantik (SRSJ) di Lapangan ternyata muncul beberapa masalah. Untuk itu, penulis ingin mengetahui Gambaran Pelaksanaan Program PSN DBD Satu Rumah Satu Jumantik Kelurahan Rowosari Kecamatan Tembalang.

## **METODE**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan observasional. Desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional* yaitu melihat pelaksanaan Program PSN DBD dengan Gerakan Satu Rumah Satu Jumantik di RT 04/02 Kelurahan Rowosari Kecamatan Tembalang. Responden penelitian ini adalah pelaksana program DBD Dinas Kesehatan Kota Semarang, Tenaga Surveilans Kesehatan (Gasurkes) Wilayah Rowosari, dan Dasawisma RT 04/02 Kelurahan Rowosari sebanyak 20 orang. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara, observasi dilapangan, dan studi literatur. Instrumen penelitian meliputi soal *pre test* dan *post test*. Analisis uji beda berpasangan dilakukan untuk melihat perbedaan rerata skor jawaban pengetahuan responden sebelum dan sesudah penyuluhan.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Penelitian ini dilaksanakan di RT 04 RW 02 Kelurahan Rowosari Kecamatan Tembalang. Kelurahan Rowosari Merupakan wilayah kerja Puskesmas Rowosari. Puskesmas Rowosari berlokasi di jalan Rowosari Raya No. 1 Kelurahan Rowosari Kecamatan Tembalang Kota Semarang dengan batas wilayah kerja sebelah timur dengan Kabupaten Demak, sebelah barat dengan Kecamatan Candisari, sebelah selatan dengan Kecamatan Banyumanik dan sebelah utara dengan Kelurahan Mangunharjo.

Salah satu indikator Pelaksanaan program Satu Rumah Satu Jumantik adalah Angka Bebas Jentik (ABJ) yang target sebesar 95%. Berdasarkan tabel 1 dapat diketahui bahwa Angka Bebas Jentik (ABJ) Kelurahan Rowosari Tahun 2017 yaitu 94,24%. Hal ini tidak sesuai target yang ditentukan yaitu sebesar 95,00 %.

Tabel 1. Rekapitulasi Endemisitas DBD di wilayah Kerja Puskesmas Rowosari tahun 2017

No	Kelurahan	Kecamatan	Puskesmas	Jumlah Kasus			ABJ (2017)	Kelas Endemis
				2015	2016	2017		
1	Bulusan	Tembalang	Rowosari	15	30	5	87.41	Sporadis
2	Kramas	Tembalang	Rowosari	31	11	4	96.22	Sporadis
3	Meteseh	Tembalang	Rowosari	98	122	35	97.63	Sporadis
4	Rowosari	Tembalang	Rowosari	46	43	6	94.24	Sporadis
5	Tembalang	Tembalang	Rowosari	40	93	6	92.69	Sporadis

Sumber: <http://dinkes.semarangkota.go.id/hews/>

Selain indikator Angka Bebas Jentik, indikator yang lain untuk mengetahui gambaran pelaksanaan Satu Rumah Satu Jumantik (SRSJ) adalah cakupan partisipasi kader jumantik. Berdasarkan tabel 2, Cakupan partisipasi kader jumantik di RT 04/02 Kelurahan Rowosari pada bulan Agustus – Oktober 2017 masih sangat rendah yaitu 9%, 17,5%, dan 10 %. Padahal target cakupannya adalah 80%.

Tabel 2 Rekapitulasi Program Satu Rumah Jumantik Kelurahan Rowosari Kecamatan Tembalang Bulan Agustus – Oktober 2017

Kelurahan	Lokasi RT/RW	Bulan	Jumlah Kunjungan	Jumlah mengisi kartu	Jumlah (+) jentik	Jumlah (-)	Cakupan partisipasi (%)
Rowosari	04/02	Agustus	100	9	-	9	9
Rowosari	04/02	September	80	14	-	14	17,5
Rowosari	04/02	Oktober	100	10	2	8	10

Sumber: Data Dinas Kesehatan Kota Semarang

Persentase ABJ dan cakupan Partisipasi kader Jumantik yang belum mencapai target, untuk itu dilakukan upaya intervensi dalam bentuk penyuluhan guna mengetahui tingkat pengetahuan dan memberikan pemahaman kepada warga masyarakat RT 04/02 Kelurahan Rowosari tentang pentingnya PSN DBD melalui Gerakan Satu Rumah Satu Jumantik agar target yang ditentukan dapat tercapai. Intervensi dilakukan dengan memberikan penyuluhan kepada ibu-ibu dasawisma (Dawis) sebanyak 20 orang di rumah ketua RT 04/02 Kelurahan Rowosari Kecamatan Tembalang. Diawali dengan pengantar oleh Gasurkes wilayah kelurahan rowosari kemudian diarahkan untuk menjawab soal *pre test*, kemudian penyuluhan oleh penulis, dan terakhir *post test*.

Penyuluhan tentang Demam Berdarah Dengue dan PSN DBD Satu Rumah Satu Jumantik dilakukan menggunakan metode ceramah dan diskusi 2 arah. Dalam penyuluhan penyuluh menggunakan media *Powerpoint* yang ditampilkan dengan proyektor. Penyuluhan



diaksanakan selama 7 menit dengan materi Demam Berdarah Dengue, penyebab DBD, cara penularan, upaya pencegahan dengan PSN DBD Satu Rumah Satu Jumantik. Setelah dilakukan penyuluhan responden diberikan soal *post test* dengan tujuan mengukur pengetahuan responden setelah diberikan intervensi penyuluhan.

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan ada 11 (55%) responden yang mengalami peningkatan nilai pengetahuan, tetap dan penurunan nilai pengetahuan sebesar 9 (45%) responden. Selain itu, kebanyakan responden penelitian pendidikan terakhir yang ditempuh adalah Sekolah Dasar yaitu sebanyak 8 (40%) responden, Sekolah Menengah Pertama sebanyak 5 (25%) responden, Sekolah Menengah Atas sebanyak 1 (5%) responden, Strata 1 sebanyak 1 (5%) responden, dan sisanya tidak mengisi keterangan pendidikan terakhir pada lembar identitas. Kemudian mayoritas pekerjaan responden penelitian adalah ibu rumah tangga 7 (35%) responden.

Tabel 3 Hasil Penelitian

No	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan	Hasil				keterangan
			Pre	%	Post	%	
<b>(jawaban benar)</b>							
1	SD	Buruh	0	0	16	80	Naik
2	SD	-	12	60	20	100	Naik
3	SD	Pedagang	12	60	14	70	Naik
4	SD	Swasta	14	70	11	55	Turun
5	SD	Buruh	15	75	15	75	Tetap
6	SD	Ibu Rumah Tangga	16	80	17	85	Naik
7	-	-	15	75	11	55	Turun
8	-	-	14	70	15	75	Naik
9	S1	Guru	16	80	15	75	Turun
10	SD	Ibu rumah tangga	12	60	15	75	Naik
11	-	-	7	35	4	20	Turun
12	-	Ibu rumah tangga	19	95	16	80	Turun
13	SMP	Karyawan	14	70	14	70	Tetap

14	SLTA	Ibu Rumah Tangga	17	85	16	80	Turun
15	SMP	Ibu rumah tangga	14	70	16	80	Naik
16	SMP	Pedagang	15	75	12	60	Turun
17	SMP	Swasta	16	80	15	75	Turun
18	-	-	17	85	20	10	Naik
19	SMP	Ibu rumah tangga	15	75	15	75	Tetap
20	SD	Ibu rumah tangga	13	65	16	80	Naik

Berdasarkan tabel 4 yaitu hasil analisis data menggunakan software SPSS bahwa rata-rata hasil soal *pre test* yaitu 68,25 dan rata-rata hasil soal *post test* yaitu 73,25. Kemudian dilakukan Uji hipotesis yang dilakukan adalah uji 2 sisi (2 tailed), sehingga berdasarkan output diketahui sig (2-tailed) = 0,247. Karena sig = 0,247 lebih besar dari  $\alpha = 0,05$  ( $p \text{ value} > 0,05$ ) maka  $H_0$  diterima,  $H_a$  ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan skor pengetahuan dasawisma sebelum dan sesudah diberi penyuluhan tentang Demam Berdarah Dengue, PSN DBD, dan program Satu Rumah Satu Jumentik.

Tabel 4 hasil Uji T test

No	Mean	N	Std Deviation	Std. eror mean	Sig
Hasil Soal Pre Test	68,25	20	20,344	4,549	0,247
Hasil Soal Post Test	73,25	20	17,035	3,809	

## PEMBAHASAN

Program Satu Rumah Satu Jumentik merupakan suatu model pemberdayaan masyarakat yang dikembangkan dari konsep jumentik mandiri yaitu juru pemantau jentik yang dilakukan secara mandiri oleh masyarakat untuk melindungi wilayahnya dari jentik nyamuk demam berdarah, dengan teknik dasar 3M plus. Untuk menggambarkan pelaksanaan SRSJbiasanya diukur dengan persentase Angka Bebas Jentik, Cakupan Partisipasi kader jumentik, serta Tingkat Pengetahuan tentang DBD, PSN DBD melalau gerakan Satu Rumah Satu Jumentik (Depkes RI, 2010).

Angka Bebas Jentik (ABJ) adalah ukuran yang dipakai untuk mengetahui kepadatan jentik dengan cara menghitung rumah atau bangunan yang tidak dijumpai jentik dibagi dengan seluruh jumlah rumah atau bangunan. Dengan demikian keadaan bebas jentik merupakan suatu keadaan dimana ABJ lebih atau sama dengan 95%. Keadaan dimana

parameter ini diketahui jumlah telur, jentik, dan kepompong nyamuk penular DBD (*Aedes aegypti*) berkurang atau tidak ada. Berdasarkan data yang diperoleh ABJ Kelurahan Rowosari yaitu 94,24%. ABJ tersebut belum mencapai target, karena berdasarkan hasil rekapitulasi pemantauan jentik oleh Tenaga Surveilans Kesehatan Gasurkes terdapat beberapa rumah yang positif jentik (Depkes RI, 2010).

Cakupan Partisipasi Kader Jumantik atau SRSJ adalah salah satu indikator yang menunjukkan tingkat partisipasi kader atau masyarakat dalam program Satu Rumah Satu Jumantik. Berdasarkan data yang diperoleh, cakupan partisipasi kader bulan agustus sampai oktober yaitu 9%, 17,5%, dan 10%. Hal ini menunjukkan bahwa angka cakupannya jauh dibawah target yaitu 80%. Padahal konsep dari program SRSJ adalah pemberdayaan masyarakat dimana partisipasi aktif masyarakat sangat diperlukan dalam mendukung program ini.

Peneliti kemudian melakukan intervensi penyuluhan dan mengukur tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan. Hasil penelitian ini menunjukkan ada 11 (55%) responden yang mengalami peningkatan nilai pengetahuan, tetap dan penurunan nilai pengetahuan sebesar 9 (45%) responden.

Tingkat pengetahuan tentang DBD dan SRSJ juga dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan jenis pekerjaan. Berdasarkan penelitian, sebagian kebanyakan responden pendidikan terakhirnya adalah Sekolah Dasar yaitu 8 (40%) responden. Karena pendidikan yang masih rendah menyebabkan tingkat pengetahuan masyarakat juga rendah. Pendidikan dan pengetahuan menurut (Green, 2005) merupakan faktor pendukung (predisposing factors) dari perubahan perilaku. Pengetahuan dan sikap merupakan bentuk perilaku masih tertutup (covert behavior) dimana belum dapat diamati oleh orang lain, sedangkan perilaku dalam bentuk praktek merupakan tindakan yang dapat diamati (overt behavior). Teori perilaku Green (2005) memaparkan bahwa antara pengetahuan dan perilaku memiliki hubungan positif. (Waruwu, 2015).

Penelitian yang dilakukan Benthem *et al* menunjukkan adanya hubungan antara tingkat pengetahuan dengan upaya pencegahan DBD, di mana masyarakat yang memiliki pengetahuan yang baik mengenai DBD memiliki upaya pencegahan yang baik pula (Sutaryo, 2006). Namun, kendala yang masih sering terjadi di masyarakat adalah ketidaktahuan masyarakat mengenai penyakit dan perilaku manusia yang belum konsisten dalam melakukan program pencegahan dan pemberantasan DBD (Sungkar, 2010). Jika ditarik garis lurus, partisipasi kader jumantik akan meningkat jika pengetahuan tentang DBD dan SRSJ meningkat, dampak dari partisipasi dan pengetahuan meningkat yaitu abj mencapai target.

Kelemahan dari penelitian ini adalah penyuluhan dilakukan sore hari menjelang malam hari sehingga ibu-ibu kurang fokus dalam mendengarkan materi yang disampaikan, ibu-ibu juga mengajak anak/cucu dibawah 5 tahun yang menyebabkan konsentrasinya untuk memahami materi terpecah karena disisi lain harus menjaga anak/cucunya. Selain itu, saat penyuluhan tidak didukung media promosi seperti leaflet atau flipchart yang berguna untuk mendukung penyampaian materi.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa indikator keberhasilan dari program satu rumah satu jumantik adalah Angka Bebas Jentik (ABJ) dan Cakupan Partisipasi Kader Jumantik yang mencapai target. Atau bahkan melebihi target yang ditentukan. Tingkat partisipasi kader jumantik atau SRSJ dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan tentang Demam Berdarah Dengue, Pemberantasan Sarang Nyamuk DBD dan program Satu Rumah Satu Jumantik.

## **PENUTUP**

Angka Bebas Jentik (ABJ) dan cakupan partisipasi kader jumantik atau SRSJ belum mencapai target. Hasil yang didapat setelah melakukan intervensi adalah terjadi peningkatan pengetahuan tentang DBD dan PSNN DBD melalui gerakan Satu Rumah Satu Jumantik responden penelitian meskipun tidak signifikan. Dantidak ada perbedaan skor pengetahuan sebelum dan sesudah penyuluhan.

Penulis merekomendasikan untuk penelitian selanjutnya yang menggunakan penyuluhan disarankan menggunakan media promosi pendukung seperti leaflet, flowchart atau video sangat disarankan karena membuat responden tertarik dan paham dengan materi yang disampaikan.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Depkes RI . (2010). *Pemberantasan Sarang Nyamuk Demam Berdarah dan Pemeriksaan Jentik Berkala*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Depkes RI. (2010). *Pemberantasan Nyamuk Penular Demam Berdarah*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.
- Dinkes Kota Semarang. (2015). *Profil Kesehatan Kota Semarang tahun 2014*. Semarang: Dinas Kesehatan Kota Semarang.
- Dinkes Provinsi Jateng. (2016). *Buku Saku Kesehatan Triwulan 1 Tahun 2016*. Semarang: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- Kemenkes RI. (2016). *Petunjuk Teknis Implementasi PSN 3M-PLUS dengan Gerakan Satu Rumah Satu Jumantik*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Rini Anggraini, A. F. (2013). Analisis Determinan Kejadian Demam Berdarah Dengue. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 57.

- Sungkar, S. d. (2010). pengaruh penyuluhan terhadap tingkat pengetahuan masyarakat dan kepadatan aedes aegypti di kecamatan bayah, provinsi banten. *jurnal kesehatan*, 81-85.
- Waruwu, M. K. (2015). Hubungan Pengetahuan dan Motivasi dengan Perilaku Ibu dalam Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) DBD. *jurnal ilmu kesehatan masyarakat*, 43-50.

# **ASERTIVE COMMUNICATION UNTUK MENCEGAH SEXUAL HARASSMENT PADA ANAK-ANAK**

**Eka Sumardiyanti<sup>1</sup>\***

<sup>1</sup>Prodi Psikologi, Universitas Negeri Semarang

E-mail Korespondensi: diyaneke99@gmail.com

## **ABSTRAK**

**Latar belakang:** Berbagai kasus pelanggaran hak asasi pada anak di Indonesia semakin marak terjadi. Pelanggaran hak asasi berupa pelecehan seksual pada anak yang belakangan ini menyita perhatian publik. Tak dapat dipungkiri bahwa kasus pelecehan seksual pada anak merupakan fenomena gunung es. Dimana hanya sebagian kecil saja kasus pelanggaran terhadap anak yang di publikasikan namun sebenarnya didalam itu masih banyak kasus yang belum terekspos di media. Dari maraknya kasus pelecehan seksual pada anak maka perlulah solusi ataupun langkah kongkrit agar peristiwa ini tidak menjamur dan berkembang semakin pesat. Langkah tersebut bisa berupa pemberian bekal pengetahuan dan pemahaman kepada anak tentang apa saja yang mungkin menyebabkan pelecehan seksual ataupun dampak yang timbul dari adanya pelecehan seksual.

**Metode:** Dengan menggunakan studi tinjauan pustaka metode pengumpulan data digunakan.

**Hasil:** Dengan pemberian pendidikan seks sejak dini merupakan langkah preventif yang tepat agar anak mampu mengenali identitas dirinya serta mampu mengatakan tidak apabila ada orang lain atau orang asing yang coba melakukan pelecehan seksual pada dirinya.

**Simpulan:** Perlu dilakukan ketrampilan komunikasi asertif pada anak untuk mencegah pelecehan seksual.

**Kata Kunci:** asertif, komunikasi, pelecehan seksual.

## **ABSTRACT**

**Background:** Various cases of human rights violations in children in Indonesia increasingly prevalent. Violations of human rights in the form of sexual harassment on children who recently seized the public's attention. It is undeniable that child sexual abuse cases are an iceberg phenomenon. Where only a small number of cases of violations of children are published but in fact there are still many cases that have not been exposed in the media. From the rampant cases of abuse seksual in children then need a solution or concrete steps so that these events are not mushrooming and growing more rapidly. Such measures may include provision of knowledge and understanding to the child about what might be causing sexual harassment or the consequences of sexual harassment.

**Methods:** By using literature review study data collection methods are used.

**Results:** The results obtained is the provision of sex education early is an appropriate preventive measure so that children are able to recognize his identity and able to say no if there are other people or foreigners who try to sexual abuse on him.

**Conclusion:** it is necessary to assertive communication skills in children to prevent sexual harassment.

**Key Words:** assertiveness, communication, sexual harassment.

## PENDAHULUAN

Berbagai kasus pelanggaran hak asasi pada anak di Indonesia semakin marak terjadi. Pelanggaran hak asasi berupa pelecehan seksual pada anak yang belakangan ini menyita perhatian publik membuat kekhawatiran para orang tua, masyarakat serta pemerintah. Sekretaris Jenderal Komisi Nasional Perlindungan Anak (PA), Samsul Ridwan, jumlah aduan pada tahun 2012 ada 2.637 kasus, yang 62 persennya pelecehan seksual, meningkat pada tahun 2013 menjadi 2.676 kasus, dengan 54 persen didominasi kejahatan seksual, kemudian pada 2014 sebanyak 2.73 kasus dengan 52 persen pelecehan seksual, dan pada tahun 2015 ada 2.898 kasus dimana 59,30 persen pelecehan seksual (liputan6.com, 22 Desember 2015)

Data yang diperoleh Komisi Perlindungan Anak dan Perempuan (KPAI) seperti yang dimuat dalam artikel yang diterbitkan oleh KPAI (13 Januari 2017) oleh Dedi Hendrian, dimana pada sepanjang tahun 2016 tercatat sekitar 3.581 kasus pengaduan masyarakat terkait pelanggaran hak anak. Dimana kasus tertinggi anak berhadapan dengan hukum (ABH) mencapai 1.002 kasus, disusul kasus terkait keluarga dan pengasuhan alternatif 702 kasus, kejahatan anak berbasis siber (cyber crime) 414 kasus, dan kasus pelanggaran anak dalam pendidikan 328 kasus. Dari maraknya kasus ini, pemerintah melakukan regulasi sebagaimana yang tercantum dalam Undang-Undang Republik Indonesia No 17 tahun 2016 tentang pemerintah menjamin tumbuh kembang anak serta perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi serta melakukan langkah konkrit dan komprehensif guna mencegah terjadinya kekerasan seksual pada anak berulang kembali.

Tak dapat dipungkiri bahwa kasus pelecehan seksual pada anak merupakan fenomena gunung es. Dimana hanya sebagian kecil saja kasus pelanggaran terhadap anak yang di publikasikan namun sebenarnya didalam itu masih banyak kasus yang belum terekspos di media. Entah itu karena memang karena korban malu untuk melaporkan, atau kasus tersebut diselesaikan secara kekeluargaan. Merembaknya kasus pelecehan seksual pada anak memang membuat kekhawatiran pada orang tua dan juga masyarakat. Dari kekhawatiran terhadap kasus ini maka orang tua dan masyarakat perlu waspada, namun bukan hanya sekedar waspada saja tetapi mencari langkah preventif serta jalan keluar yang kongkrit dari permasalahan yang menjadi momok ini. Bagaimana menjaga generasi penerus bangsa dari pelanggaran-pelanggaran seksual yang mungkin akan mengganggu perkembangan psikologisnya.

Pemberian pendidikan seks sejak dini merupakan langkah preventif yang tepat agar anak mampu mengenali identitas dirinya serta mampu mengatakan tidak apabila ada orang

lain atau orang asing yang coba melakukan pelecehan seksual pada dirinya. Oleh karenanya perlu dilakukan ketrampilan komunikasi asertif pada anak.

Alberti dan Emmons (Oktafisa 2013) menyatakan bahwa asertivitas adalah pernyataan diri yang positif, dengan tetap menghargai orang lain, sehingga akan meningkatkan kepuasan kehidupan pribadi serta kualitas hubungan dengan orang lain. Tujuan pelatihan asertif menurut Lazarus (Oktafisa dalam Nursalim 2005) mengemukakan bahwa tujuan pelatihan asertif adalah untuk mengoreksi perilaku yang tidak layak dengan mengubah respon-respon emosional yang salah dan mengeliminasi pemikiran *irrational*. Sedangkan menurut Sunardi (dalam oktafisa 2010) tujuan utama pelatihan asertif adalah untuk mengatasi kecemasan yang dihadapi oleh seseorang akibat perlakuan yang dirasakan tidak adil oleh lingkungannya, smeningkatkan kemampuan untuk bersikap jujur terhadap diri sendiri dan lingkungan, serta meningkatkan kehidupan pribadi dan sosial agar lebih efektif.

Dari maraknya kasus pelecehan seksual pada anak maka perlulah solusi ataupun langkah kongkrit agar peristiwa ini tidak menjamur dan berkembang semakin pesat. Langkah tersebut bisa berupa pemberian bekal pengetahuan dan pemahaman kepada anak tentang apa saja yang mungkin menyebabkan pelecehan seksual ataupun dampak yang timbul dari adanya pelecehan seksual. Maka perlulah untuk membuat pelatihan komunikasi asertif yang mana anak mampu mengatakan tidak pada teman ataupun orang asing apabila bagian-bagian sensitifnya di sentuh.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **Perilaku Asertif**

John W. Santrock (dalam hayati 2008) berpendapat bahwa perilaku asertif adalah kemampuan mengungkapkan perasaan, meminta apa yang seseorang inginkan dan mengatakan tidak untuk hal yang tidak mereka inginkan. Eugene C. Walker (dalam hayati 1981:292) menguatkan bahwa perilaku asertif sebagai ungkapan emosi yang tepat terhadap orang lain. Berdasarkan dua pendapat tersebut, seseorang yang mampu berperilaku asertif akan mampu mengungkapkan pemikirannya dengan tidak menyakiti orang lain atau dengan kata lain tidak egois.

Perilaku asertif menurut Steven dan Howard (hayati dalam Hamzah, 2006:77) dapat diartikan sebagai kemampuan menyampaikan secara jelas pikiran dan perasaan kita, membela diri dan mempertahankan pendapat. Horgie (dalam hayati 1990) menyatakan bahwa perilaku asertif merupakan terjemahan dari istilah *assertiveness* atau *assertion*, yang artinya titik tengah antara perilaku non asertif dan perilaku agresif. Dengan demikian,



seseorang tidak pasif ketika diberi kesempatan untuk berpendapat dan ketika haknya dilanggar orang lain. Stresterhim dan Boer (hayati dalam Fitri, 2009:1) mengatakan bahwa orang yang memiliki tingkah laku atau perilaku asertif adalah orang yang berpendapat dari orientasi dari dalam, memiliki kepercayaan diri yang baik, dapat mengungkapkan pendapat dan ekspresi yang sebenarnya tanpa rasa takut dan berkomunikasi dengan orang lain secara lancar. Sebaliknya orang yang kurang asertif adalah mereka yang memiliki ciri terlalu mudah mengalah atau lemah, mudah tersinggung, cemas, kurang yakin pada diri sendiri, sukar mengadakan komunikasi dengan orang lain, dan tidak bebas mengemukakan masalah atau hal yang telah dikemukakan.

Perilaku asertif menurut Steven dan Howard yang merupakan ketegasan dan keberanian menyampaikan pendapat meliputi tiga komponen dasar, yaitu (1) kemampuan mengungkapkan perasaan, misalnya: untuk menerima dan mengungkapkan perasaan marah, hangat, seksual; (2) kemampuan mengungkapkan keyakinan dan pemikiran secara terbuka, misalnya: mampu menyuarakan pendapat, menyatakan ketidaksetujuan dan bersikap tegas, meskipun secara emosional sulit melakukan ini bahkan sekalipun kita harus mengorbankan sesuatu; (3) kemampuan untuk mempertahankan hak-hak pribadi, tidak membiarkan orang lain mengganggu.

### **Pelecehan seksual Terhadap Anak**

Secara umum pengertian pelecehan seksual pada anak adalah keterlibatan seorang anak dalam segala bentuk aktivitas seksual yang terjadi sebelum anak mencapai batasan umur tertentu yang ditetapkan oleh hukum negara yang bersangkutan dimana orang dewasa atau anak lain yang usianya lebih tua atau orang yang dianggap memiliki pengetahuan lebih dari anak memanfaatkannya untuk kesenangan seksual atau aktivitas seksual. (*CASAT programe, Child Development Institute; Boy Scouts of America; Komnas PA*). UU Perlindungan Anak no 23 tahun 2002 memberi batasan bahwa yang dimaksud anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas tahun), termasuk anak yang masih dalam kandungan.

Menurut Ricard J. Gelles (Noviana dalam Hurairah, 2012), kekerasan terhadap anak merupakan perbuatan disengaja yang menimbulkan kerugian atau bahaya terhadap anak-anak (baik secara fisik maupun emosional). Bentuk kekerasan terhadap anak dapat diklasifikasikan menjadi kekerasan secara fisik, kekerasan secara psikologi, kekerasan secara seksual dan kekerasan secara sosial. Pelecehan seksual terhadap anak menurut *End Child Prostitution in Asia Tourism (ECPAT)* Internasional merupakan hubungan atau interaksi antara seorang anak dengan seorang yang lebih tua atau orang dewasa seperti orang asing, saudara sekandung atau orang tua dimana anak dipergunakan sebagai objek

pemuas kebutuhan seksual pelaku. Perbuatan ini dilakukan dengan menggunakan paksaan, ancaman, suap, tipuan bahkan tekanan.

Kegiatan-kegiatan pelecehan seksual terhadap anak tersebut tidak harus melibatkan kontak badan antara pelaku dengan anak sebagai korban. Bentuk-bentuk pelecehan seksual itu sendiri bisa dalam tindakan perkosaan ataupun pencabulan (Noviana dalam Sari, 2009). Pelecehan seksual terhadap anak adalah apabila seseorang menggunakan anak untuk mendapatkan kenikmatan atau kepuasan seksual. Tidak terbatas pada hubungan seks saja, tetapi juga tindakan-tindakan yang mengarah kepada aktivitas seksual terhadap anak-anak, seperti: menyentuh tubuh anak secara seksual, baik si anak memakai pakaian atau tidak; segala bentuk penetrasi seks, termasuk penetrasi ke mulut anak menggunakan benda atau anggota tubuh; membuat atau memaksa anak terlibat dalam aktivitas seksual; secara sengaja melakukan aktivitas seksual di hadapan anak, atau tidak melindungi dan mencegah anak menyaksikan aktivitas seksual yang dilakukan orang lain; membuat, mendistribusikan dan menampilkan gambar atau film yang mengandung adegan anak-anak dalam pose atau tindakan tidak senonoh; serta memperlihatkan kepada anak, gambar, foto atau film yang menampilkan aktivitas seksual ([www.parenting.co.id](http://www.parenting.co.id), diakses pada 21 Mei 2014).

Agar anak-anak dapat mengetahui batasan-batasan mana saja yang boleh dan tidak boleh disentuh teman ataupun orang asing, maka perlu dilakukannya pendampingan. Diantaranya : (1) Memberikan pengetahuan dan pemahaman mengenai pendidikan seks sejak dini kepada siswa-siswi yang berada di sekolah tersebut. Harapannya mereka mengetahui batasan-batasan mana saja yang boleh dan tidak boleh disentuh oleh teman dan orang asing. (2) Memberikan pelatihan komunikasi asertif sebagai upaya pencegahan yang nantinya anak-anak dapat menyampaikan isi hatinya dan mengatakan tidak apabila anak tersebut mengalami pelecehan seksual. (3) Pendekatan kepada pihak guru ataupun jajaran pengurus sekolah sebagai langkah kerja sama dalam melakukan pencegahan pelecehan seksual di lingkungan sekolah. (4) Memberikan pengetahuan dan pemahaman kepada orang tua bahwa pendidikan seks pada anak sejak dini sangat diperlukan, terlebih keluarga adalah tempat kembalinya anak.

Berdasarkan hasil penelitian Ivo Noviana tentang Pelecehan seksual Terhadap Anak: Dampak Dan Penanganannya *Child Sexual Abuse: Impact And Handling* Menyatakan Bahwa Dampak Trauma Akibat pelecehan seksual yang dialami oleh anak-anak, antara lain: pengkhianatan atau hilangnya kepercayaan anak terhadap orang dewasa (*betrayal*); trauma secara seksual (*traumatic sexualization*); merasa tidak berdaya (*powerlessness*); dan stigma (*stigmatization*). Secara fisik memang mungkin tidak ada hal yang harus dipermasalahkan

pada anak yang menjadi korban pelecehan seksual, tapi secara psikis bisa menimbulkan ketagihan, trauma, bahkan pelampiasan dendam.

Pelecehan seksual cenderung menimbulkan dampak traumatis baik pada anak maupun pada orang dewasa. Namun, kasus pelecehan seksual sering tidak terungkap karena adanya penyangkalan terhadap peristiwa pelecehan seksual yang terjadi. Lebih sulit lagi adalah jika pelecehan seksual ini terjadi pada anak-anak, karena anak-anak korban pelecehan seksual tidak mengerti bahwa dirinya menjadi korban. Korban sulit mempercayai orang lain sehingga merahasiakan peristiwa pelecehan seksualnya. Selain itu, anak cenderung takut melaporkan karena mereka merasa terancam akan mengalami konsekuensi yang lebih buruk bila melapor, anak merasa malu untuk menceritakan peristiwa pelecehan seksualnya, anak merasa bahwa peristiwa pelecehan seksual itu terjadi karena kesalahan dirinya dan peristiwa pelecehan seksual membuat anak merasa bahwa dirinya mempermalukan nama keluarga. Dampak pelecehan seksual yang terjadi ditandai dengan adanya *powerlessness*, dimana korban merasa tidak berdaya dan tersiksa ketika mengungkap peristiwa pelecehan seksual tersebut. Tindakan pelecehan seksual pada anak membawa dampak emosional dan fisik kepada korbannya.

Dampak pelecehan seksual terhadap anak diantaranya adanya perasaan bersalah dan menyalahkan diri sendiri, bayangan kejadian dimana anak menerima pelecehan seksual, mimpi buruk, insomnia, takut hal yang berhubungan dengan penyalahgunaan (termasuk benda, bau, tempat, kunjungan dokter, dll), masalah harga diri, disfungsi seksual, sakit kronis, kecanduan, keinginan bunuh diri cedera, bunuh diri, keluhan somatik, depresi (Roosa, Reinholtz., Angelini, 1999). Selain itu muncul gangguan-gangguan psikologis seperti pasca-trauma stress disorder, kecemasan, jiwa penyakit lain (termasuk gangguan kepribadian dan gangguan identitas disosiatif, kecenderungan untuk reviktimisasi di masa dewasa, bulimia nervosa, cedera fisik kepada anak.

Sementara Weber dan Smith (2011) mengungkapkan dampak jangka panjang pelecehan seksual terhadap anak yaitu anak yang menjadi korban pelecehan seksual pada masa kanak-kanak memiliki potensi untuk menjadi pelaku pelecehan seksual di kemudian hari. Ketidakberdayaan korban saat menghadapi tindakan pelecehan seksual di masa kanak-kanak, tanpa disadari digeneralisasi dalam persepsi mereka bahwa tindakan atau perilaku seksual bisa dilakukan kepada figur yang lemah atau tidak berdaya. Pelaku pelecehan seksual terhadap anak umumnya orang-orang yang sudah dikenal dan dipercaya anak. Dari kasus-kasus pelecehan seksual terhadap anak yang dilaporkan pada Komnas Perlindungan Anak, pelaku kekerasan terhadap anak bisa ayah kandung, ibu kandung, ayah tiri, ibu tiri, paman, tante, saudara kandung, kakek, nenek, tetangga, bapak guru, ibu

guru, anak, teman ataupun pacar. Sebagaimana diungkapkan Lalor dan McElvana (2010) bahwa pelaku pelecehan seksual terhadap anak adalah anggota keluarga, kerabat, tetangga, atau mereka dikenal dan dipercaya oleh anak.

### **Upaya asertif mencegah *sexual harrasment***

Strategi yang dapat diberikan untuk mencegah seksual Harassment adalah melalui pemberian pelatihan asertif. Ciri-ciri individu bersikap asertif menurut Townen (Mulyana dalam Uyun, 2004) bahwa individu yang asertif memiliki ciri terbuka kepada orang lain meskipun berbeda pandangan, mampu mengekspresikan diri dengan jelas, serta mampu berkomunikasi secara efektif. Oleh karenanya keterampilan berkomunikasi sangat penting untuk dilatihkan sebagai bekal bagi anak-anak untuk dapat berkomunikasi dengan baik di lingkungannya sehingga dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan.

Oleh karenanya Perilaku asertif pada anak perlu diperhatikan, sehingga dia dapat menemukan pengetahuan atau keterampilan bersosialisasi dengan lebih optimal. Sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Farida di Yogyakarta, perilaku asertif walaupun bersifat alamiah, namun dapat dipelajari dan dikembangkan (Farida, 2006:23) Optimalisasi tersebut dapat tercipta jika anak memiliki motivasi untuk belajar dan strategi pembelajaran yang tepat. Secara psikologis, anak sangat membutuhkan dukungan dari orang dewasa di sekitarnya, oleh karena itu adanya contoh sikap atau teladan dari guru dapat memotivasi anak untuk merubah perilaku yang diharapkan. Bimbingan yang diberikan orang tua harus berlangsung dalam suasana penuh kasih sayang, mau menerima anak sebagaimana adanya, menghargai potensi anak, memberi rangsangan yang kaya untuk segala aspek perkembangan anak, baik secara kognitif, afektif maupun psikomotorik. Semua dukungan tersebut merupakan jawaban yang nyata untuk mewujudkan tumbuhnya generasi yang unggul di masa yang akan datang.

### **PENUTUP**

Berdasarkan hasil kajian dapat disimpulkan bahwa pelecehan seksual pada anak dapat menimbulkan berbagai macam dampak diantaranya dampak traumatis dan munculnya gangguan-gangguan psikologis bagi anak. namun lebih parahnya dampak jangka panjang dari pelecehan seksual pada anak ini adalah anak yang menjadi korban pelecehan seksual pada masa kanak-kanak memiliki potensi untuk menjadi pelaku pelecehan seksual di kemudian hari. Sehingga perlunya untuk meningkatkan komunikasi dengan anak. Yakni pola komunikasi yang efektif, terbuka, langsung, terarah, kongruen (sesuai antara verbal dan non verbal). Dengan cara ini akan terbentuk sikap keterbukaan, kepercayaan dan rasa aman pada anak. Diharapkan anak tidak perlu takut menceritakan berbagai tindakan ganjil yang

dialaminya, seperti mendapat iming-iming, diajak pergi bersama, diancam, bahkan diperdaya oleh seseorang. Selain itu Perilaku asertif pada anak perlu diperhatikan. Agar anak mampu berani untuk terbuka kepada orang lain meskipun berbeda pandangan, mampu mengekspresikan diri dengan jelas, serta mampu berkomunikasi secara efektif.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

Group, F. (-). *Kenali Pelecehan seksual pada Anak* . Dipetik Mei 21, 2014, dari <http://www.parenting.co.id/balita/kenali+kekerasan+seksual+pada+anak>

Mulyana, M. O. (2013). Pelatihan Asertif Untuk Meningkatkan Komunikasi. *Character*, 1-6.

Noviana, I. (2015). Pelecehan seksual Terhadap Anak: Dampak Dan Penanganannya. *Sosio Informa*, 13-28.

Hayati, N. (2012). Strategi Peningkatan Perilaku Asertif Anak Usia Dini Melalui Bermain Peran. *Character*, 147-153.

## MONITORING DAN EVALUASI PROGRAM KESEHATAN DI SD NEGERI PURWOSARI 01 MIJEN DENGAN MENGGUNAKAN INSTRUMEN FRESH

Pradita Nurmalia<sup>1\*</sup>, Winda Pitaloka<sup>1\*</sup>, Firmansyah Kholiq P.P.H<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

Email Korespondensi: praditanurmalia@gmail.com

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Pendidikan kesehatan merupakan salah satu upaya promosi kesehatan di sekolah yang mampu menciptakan sekolah menjadi suatu komunitas yang mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Dimana jumlah anak usia sekolah dasar yang berusia 7-12 tahun adalah berjumlah sebesar 3.341.285 jiwa, diantaranya siswa perempuan adalah 48,74%, sedangkan siswa laki-laki adalah 51,26%.

**Metode:** Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui sejauh mana SD Negeri Purwosari 01 Mijen menerapkan kebijakan atau strategi kesehatan, menciptakan lingkungan kesehatan yang aman, pendidikan kesehatan berbasis ketrampilan, serta pelayanan kesehatan dan gizi. Penelitian ini menggunakan desain penelitian kuantitatif dan kualitatif untuk mendapatkan gambaran mengenai program kesehatan berbasis di sekolah. Sampel dalam penelitian ini adalah SD Negeri Purwosari 01 Mijen. Pengambilan data menggunakan teknik wawancara menggunakan kuesioner FRESH (*Focusing Resources on Effective School Health*). Informan penelitian adalah Guru Pendamping UKS, Orang Tua Siswa dan Siswa.

**Hasil:** Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa pelaksanaan program kesehatan di SD Negeri Purwosari 01 Mijen sudah cukup baik, dimana dari semua aspek hasilnya menunjukkan berada pada level sedang.

**Simpulan:** Berdasarkan hasil dari penelitian tersebut saran yang diajukan adalah sebaiknya pihak sekolah membuat peraturan atau kebijakan terkait program kesehatan secara tertulis agar selanjutnya program-program UKS dapat di pertanggungjawabkan dan dapat dijalankan secara lebih optimal.

**Kata Kunci:** Promosi, Program, Kebijakan, Kesehatan.

### ABSTRACT

**Background:** Health education is one of the health promotion efforts in schools that are able to create schools into a community that can improve the health status of the community. Where the number of elementary school age children aged 7-12 years is a power of 3,341,285 people, students are 48.74%, while male students are 51.26%.

**Methods:** The study purposed to know the extent to which SD Negeri Purwosari 01 Mijen implements policy or strategy of health, created a safe health environment, Health education based skill, and health service and nutrition. This study used quantitative and qualitative research designs to get an overview of school-based health programs. Sample of this study is SD Negeri Purwosari 01 Mijen. Retrieving data used interview techniques of questionnaires FRESH (*Focusing Resources on Effective School Health*). The research informants were the UKS Companion Teachers, Parents of Students and Students.

**Results:** The results of this study indicate that the implementation of health programs in Elementary School Purwosari 01 Mijen is good enough, where from all aspects of the results show are at a medium level.

**Conclusion:** Based of the results of the purposed suggestions is that the school should maked regulations or police related to health programs in writing so that next programs of UKS can be accounted and can be run more optimally.

**Key Words:** Promotion, Program, Policy, Health.

## **PENDAHULUAN**

*Sustainable Development Goals (SDGs)* merupakan suatu program kelanjutan dari MDG's yang berakhir pada tahun 2015, program ini terdiri dari 17 tujuan dan 169 target spesifik. Dimana dalam program SDGs terdiri dari 3 pilar yang menjadi indikator dalam konsep pengembangan SDGs antara lain: pertama indikator yang melekat pada pembangunan manusia (Human Development), di antaranya adalah pendidikan dan kesehatan. Indikator kedua yang melekat pada lingkungan kecilnya (Social Economic Development), seperti ketersediaan sarana dan prasarana lingkungan, serta pertumbuhan ekonomi. Sementara itu, indikator ketiga melekat pada lingkungan yang lebih besar (Environmental Development), berupa ketersediaan sumber daya alam dan kualitas lingkungan yang baik (Kemenkes, 2015). Salah satu pilar yang menjadi indikator terpenting dari tujuan SDGs adalah pembangunan manusia (*Environment Development*) dimana indikator tersebut sangat diperlukan dalam rangka melakukan perubahan terhadap kesadaran dan perilaku masyarakat ke arah hidup sehat. Salah satu pembangunan kesehatan yang dilakukan adalah melalui program pendidikan kesehatan di sekolah, khususnya di sekolah dasar (Kemenkes, 2015).

Pendidikan kesehatan merupakan salah satu upaya promosi kesehatan di sekolah yang merupakan suatu upaya untuk menciptakan sekolah menjadi suatu komunitas yang mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Berdasarkan Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016 bahwa jumlah anak usia sekolah dasar/setingkatnya yang berusia 7-12 tahun adalah berjumlah sebesar 3.341.285 jiwa, dimana anak siswa perempuan berjumlah sebesar 1.628.318 jiwa atau sekitar 48,74% dan anak siswa laki-laki berjumlah sebesar 1.712.967 jiwa atau sekitar 51,26% yang aktif sekolah (Kemenkes, 2017).

Siswa sekolah dasar merupakan salah satu generasi penerus serta menjadi cikal bakal penerus bangsa di masa depan. Oleh sebab itu perlu adanya upaya untuk pembangunan kesehatan, demi meningkatnya kemampuan untuk hidup sehat dan mandiri serta menjaga lingkungan sekitar agar tetap bersih dan nyaman untuk terciptanya masyarakat yang sejahtera dan sehat. Salah satu perwujudan adanya pembangunan kesehatan di sekolah adalah dilaksanakannya Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), dimana telah diwajibkan penyelenggaraannya oleh sekolah seperti yang tertuang dalam UU No 23 tahun 1992 pasal 45 tentang kesehatan (Moerdiono, 1992). Sejauh ini yang masih sulit diterapkan yaitu perilaku hidup sehat. Sekolah Dasar sebagai Lembaga yang bergerak di bidang Pendidikan berperan cukup besar dalam mensukseskan program promosi kesehatan

di sekolah. Bukan hanya untuk peserta didik, namun juga bagi guru, karyawan, orang tua murid, dan juga masyarakat sekitar, bekerjasama dengan institusi kesehatan swasta maupun pemerintah. Oleh karena itu perlu dilakukan monitoring dan evaluasi program kesehatan di sekolah agar program yang sudah ada dapat dinilai dan di kembangkan pada masa mendatang (Wulandari, 2011). Berdasarkan penjabaran permasalahan diatas didapatkan tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui sejauh mana SD Negeri Purwosari 01 Mijen menerapkan kebijakan atau strategi kesehatan, menciptakan lingkungan kesehatan yang aman, pendidikan kesehatan berbasis ketrampilan, serta pelayanan kesehatan dan gizi.

## **METODE**

Penelitian ini menggunakan desain penelitian kuantitatif dan kualitatif untuk mendapatkan gambaran mengenai program kesehatan berbasis di sekolah. Populasi dalam penelitian ini adalah Sekolah Dasar di seluruh Kecamatan Mijen Kota Semarang. Sampel dalam penelitian ini adalah SD Negeri Purwosari 01 Mijen.

Proses pengambilan data kualitatif dilakukan dengan melakukan wawancara mendalam. Informan dalam penelitian ini adalah Guru Pembina UKS, Orang tua, dan Siswa SD yang menjadi tempat penelitian. Panduan wawancara menggunakan instrumen FRESH (*Focusing Resources on Effective School Health*) untuk melakukan monitoring dan evaluasi program kesehatan di sekolah. Kerangka FRESH terdiri dari 4 poin, yaitu: (1) Kebijakan kesehatan sekolah yang setara, (2) Lingkungan belajar yang aman, (3) Pendidikan kesehatan berbasis keterampilan, (4) Layanan kesehatan dan gizi berbasis sekolah.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **Aspek Kebijakan Kesehatan yang Setara**

Berdasarkan hasil analisis kuesioner secara kuantitatif dari aspek kebijakan kesehatan yang setara yang ada di SD Negeri Purwosari 01 Mijen diketahui bahwa berdasarkan hasil wawancara dari 13 pertanyaan tentang aspek kebijakan kesehatan yang setara didapatkan nilai maksimal adalah sebesar 26 dimana berdasarkan perhitungan antara hasil maksimal dari tiga kategori didapatkan nilai interval sebesar 8,6, yang mana hasilnya dibagi menjadi beberapa tingkatan kategori yaitu level kurang jika nilainya sebesar 0-8,6, level sedang jika nilainya sebesar 8,7-17,2 dan level baik jika nilainya adalah sebesar 17,3-26. Sehingga berdasarkan hasil perhitungan nilai akhir dari aspek kebijakan kesehatan yang setara di SD Negeri Purwosari 01 Mejen adalah sebesar 14, sehingga nilainya masuk kedalam kategori level sedang (8,7-17,2).



Hasil analisis instrumen FRESH secara kualitatif terkait aspek kebijakan kesehatan yang setara di SD Negeri Purwosari 01 Mijen berada pada level sedang, hal tersebut dibuktikan dengan adanya kebijakan terkait program kesehatan sekolah misalnya kebijakan pelaksanaan senam setiap hari jum'at, pelaksanaan UKS, pemeriksaan jentik dan kegiatan mencuci tangan namun prosedur untuk pemantauan dan pemberlakuan kebijakan kesehatan sekolah tersebut belum maksimal karena belum adanya prosedur yang tertulis.

Berdasarkan kebijakan kesehatan sekolah yang ada telah memenuhi prioritas kesehatan nasional dimana kebijakan tersebut masuk dalam salah satu target (Renstra, 2015) yaitu upaya kesehatan sekolah dan remaja. Prioritas kesehatan tersebut telah diketahui dan tercermin dalam kebijakan hanya sebatas pengetahuan dan penerapan secara sederhana, belum menjadi rutinitas.

Kebijakan kesehatan sekolah mencakup penyediaan lingkungan pembelajaran fisik dan sosial yang aman bagi siswa dan staff dibuktikan dengan dibentuknya Satuan Tugas Keamanan Sekolah yang bekerja sama dengan POLSEK setempat. Selain itu juga didukung dengan adanya peraturan tentang keamanan sekolah dalam bentuk SK Kepala Sekolah namun berdasarkan observasi langsung pihak sekolah tidak mampu menunjukkan SK tersebut. Kebijakan kesehatan sekolah juga mencakup panduan mengenai pendidikan kesehatan yang berbasis ketrampilan misalnya PAMUKA. Kebijakan kesehatan sekolah mencakup penyediaan layanan kesehatan seperti pemberian Obat Cacing setiap 6 bulan sekali, pengukuran tinggi dan berat badan, penjangingan kesehatan gigi namun belum ada program tentang gizi sekolah.

Berdasarkan pernyataan siswa yang lebih tua (<10 tahun), mereka mengetahui dan melaksanakan kebijakan kesehatan sekolah, misalnya dengan mengikuti senam setiap hari jumat, sikat gigi setelah pelajaran olahraga. Namun dalam pelaksanaannya siswa belum mampu berkontribusi dalam pengembangan kebijakan sekolah tersebut. Berdasarkan pernyataan dari orangtua siswa mereka tidak mengetahui mengenai kebijakan kesehatan yang ada di sekolah. Dalam pelaksanaan kebijakan tersebut orangtua maupun masyarakat setempat tidak ikut berkontribusi dalam pengembangan kebijakan kesehatan sekolah di SDN Purwosari 01 Mijen.

Menurut panduan Usaha Kesehatan Sekolah Pelayanan kesehatan di sekolah dilaksanakan oleh Tim Kesehatan dari Puskesmas bekerjasama dengan guru dan kader kesehatan sekolah. Pelayanan Kesehatan sekolah dilaksanakan secara menyeluruh (komprehensif), dengan mengutamakan kegiatan promotif dan preventif serta didukung kegiatan kuratif dan rehabilitatif untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Kegiatan promotif (peningkatan) dilaksanakan melalui kegiatan penyuluhan kesehatan dan latihan

keterampilan yang dilaksanakan secara ekstrakurikuler, yaitu: a) Latihan keterampilan teknis dalam rangka pemeliharaan kesehatan, dan pembentukan peran serta aktif peserta didik dalam pelayanan kesehatan, antara lain Dokter Kecil dan Kader Kesehatan Remaja. Sedangkan untuk pembinaan sarana keteladanan yang ada di lingkungan sekolah antara lain Pembinaan Kantin Sekolah Sehat dan Pembinaan lingkungan sekolah yang terpelihara dan bebas dari faktor pembawa penyakit. Yang terakhir yaitu Pembinaan keteladanan berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).

Kegiatan pencegahan (preventif) dilaksanakan melalui kegiatan peningkatan daya tahan tubuh, kegiatan pemutusan mata rantai penularan penyakit dan kegiatan penghentian proses penyakit pada tahap dini sebelum timbul penyakit, yaitu: a) Pemeliharaan kesehatan yang bersifat umum maupun yang bersifat khusus untuk penyakit-penyakit tertentu, antara lain demam berdarah, kecacingan, muntaber. b) Penjaringan (screening) kesehatan bagi anak yang baru masuk sekolah. c) Pemeriksaan berkala kesehatan tiap 6 bulan. d) Mengikuti (memonitoring/memantau) pertumbuhan peserta didik. e) Immunisasi peserta didik kelas I dan kelas VI di sekolah dasar dan madrasah ibtidaiyah. f) Usaha pencegahan penularan penyakit dengan jalan memberantas sumber infeksi dan pengawasan kebersihan lingkungan sekolah dan perguruan agama. g) Konseling kesehatan remaja di sekolah dan perguruan agama oleh kader kesehatan sekolah, guru BP dan guru agama dan Puskesmas oleh Dokter Puskesmas atau tenaga kesehatan lain.

Kegiatan penyembuhan dan pemulihan (kuratif dan rehabilitative) dilakukan melalui kegiatan mencegah komplikasi dan kecacatan akibat proses penyakit atau untuk meningkatkan kemampuan peserta didik yang cedera atau cacat agar dapat berfungsi optimal, yaitu: a) Diagnosa dini; b) Pengobatan ringan; c) Pertolongan pertama pada kecelakaan dan pertolongan pertama pada penyakit; dan d) Rujukan medik (Kemendikbud, 2012).

### **Aspek Lingkungan Belajar yang Aman**

Berdasarkan hasil analisis kuesioner secara kuantitatif dari aspek lingkungan belajar yang aman di SD Negeri Purwosari 01 Mijen diketahui bahwa berdasarkan hasil wawancara dari 11 pertanyaan tentang aspek lingkungan belajar yang aman didapatkan nilai maksimal adalah sebesar 22, dimana berdasarkan perhitungan antara hasil maksimal dari tiga kategori didapatkan interval sebesar 7,3, yang mana hasilnya dibagi menjadi beberapa tingkatan kategori yaitu level kurang jika nilainya sebesar 0-7,3, level sedang jika nilainya sebesar 7,4-14,6 dan level baik jika nilainya adalah sebesar 14,7-22. Sehingga berdasarkan hasil perhitungan nilai akhir dari aspek lingkungan belajar yang aman di SD Negeri Purwosari 01 Mijen adalah sebesar 12, sehingga nilainya masuk kedalam kategori level sedang (7,4-14,6).

Hasil dari analisis terkait aspek lingkungan belajar yang aman di SDN Purwosari 01 Mijen, berada pada level sedang dibuktikan dengan tidak tersedianya air minum pada saat survei dan ketersediaan air dan sabun tidak di manfaatkan oleh siswa untuk mencuci tangan pada hari survei. Para staf tidak pernah menerima pelatihan untuk mengembangkan kesadaran murid mengenai standar lingkungan belajar fisik yang sehat dan aman. Dukungan yang diberikan oleh staf untuk menyediakan, memelihara dan mengembangkan lingkungan pembelajaran fisik yang aman itu ada, dibuktikan adanya peran serta staf menjadi anggota dalam Tim Satuan Tugas Keamanan Sekolah yaitu suatu tim yang dibentuk untuk mengatasi suatu tindakan peserta didik yang diluar batas misalnya perkelahian yang menyebabkan cacat atau meninggal. Bekerja sama dengan pihak sekolah dan polsek setempat, dengan penanggung jawabnya adalah kepala sekolah, dan anggotanya berasal dari seluruh guru dan staf karyawan SDN Purwosari 01 Mijen. Namun meski sudah dibentuk tim tersebut belum memiliki program kerja maupun kegiatan rutin, sampai saat ini hanya sekali melakukan penyuluhan mengenai kenakalan remaja. .

Berdasarkan observasi yang dilakukan terdapat indikasi bahwa sekolah memberikan suasana hangat, bersahabat dan mendukung, dibuktikan dengan adanya ruangan untuk konseling, dan adanya interaksi antara guru dan siswa. Namun ruangan konseling tidak dimanfaatkan untuk kegiatan konseling dan interaksi yang dilakukan antara guru dan siswa sebagian besar adalah kegiatan belajar mengajar bukan mengarah pada kegiatan seperti guru yang memberikan perhatian secara intensif kepada siswanya. Staf belum pernah mendapatkan pelatihan untuk mengembangkan kesadaran akan standar lingkungan belajar sosio-emosional, namun para staf tetap memberikan dukungan untuk penyediaan, pemeliharaan dan pengembangan lingkungan sosio-emosional yang aman namun tidak dibuktikan dengan adanya langkah-langkah yang konkret misalnya dengan melakukan tindakan atau memberikan usulan mengenai prosedur untuk menangani murid yang melakukan intimidasi kepada murid lain.

Berdasarkan observasi yang dilakukan terdapat cukup banyak jamban yang disediakan dan dipelihara telah memenuhi kebutuhan murid perempuan maupun laki-laki. Hal ini dibuktikan dengan adanya 13 jamban yang tersedia di SDN Purwosari 01 Mijen. Standar untuk menangani intimidasi oleh staf dan siswa belum ada oleh karena itu belum dapat juga untuk diimplementasikan.

Berdasarkan wawancara dengan siswa, siswa benar merasa bahwa sekolah ini menawarkan kepada para siswa lingkungan fisik yang terasa sehat dan aman hal ini dibuktikan dengan adanya tanaman hijau, tempat untuk mencuci tangan, tempat sampah, dan pagar luar di sekeliling sekolah. Siswa juga merasa bahwa sekolah ini menawarkan

kepada para siswa lingkungan sosio-emosional yang terasa sehat dan aman, hal ini dibuktikan dengan tidak adanya kasus narkoba, minuman beralkohol, maupun kekerasan di lingkungan sekolah.

Berdasarkan wawancara dengan orang tua siswa, orang tua siswa tersebut merasa bahwa sekolah ini menawarkan lingkungan fisik yang terasa sehat dan aman, namun tidak dapat menyebutkan faktor apa saja yang mendukung pernyataan tersebut. Orang tua murid juga merasa bahwa di sekolah ini menawarkan kepada siswa lingkungan fisik yang terasa sehat dan aman, karena merasa selama ini tidak pernah terjadi intimidasi pada anaknya yang menjadi murid di SD ini, namun tidak tahu dengan murid yang lain.

Pelaksanaan kegiatan guru, setiap pembelajar harus dapat menciptakan suasana belajar yang menyenangkan, suasana interaksi pembelajaran yang hidup, mengembangkan media yang sesuai, memanfaatkan sumber belajar yang sesuai, memotivasi peserta didik untuk berpartisipasi dalam proses pembelajaran, dan lingkungan belajar di kelas yang kondusif. Agar pembelajaran benar-benar kondusif maka pembelajar mempunyai peranan yang sangat penting dalam menciptakan kondisi pembelajaran tersebut. Di antara yang dapat diciptakan pembelajar untuk kondisi tersebut adalah penciptaan lingkungan belajar. Lingkungan belajar menurut (Saroni, 2006) adalah segala sesuatu yang berhubungan dengan tempat proses pembelajaran dilaksanakan. Lingkungan ini mencakup dua hal utama, yaitu lingkungan fisik dan lingkungan sosial, kedua aspek lingkungan tersebut dalam proses pembelajaran haruslah saling mendukung, sehingga peserta didik merasa nyaman di sekolah dan mau mengikuti proses pembelajaran secara sadar dan bukan karena tekanan ataupun keterpaksaan.

### **Aspek Pendidikan Kesehatan Berbasis Keterampilan**

Berdasarkan hasil analisis kuesioner secara kuantitatif dari aspek pendidikan kesehatan berbasis keterampilan yang ada di SD Negeri Purwosari 01 Mijen diketahui bahwa berdasarkan hasil wawancara dari 17 pertanyaan tentang aspek pendidikan kesehatan berbasis keterampilan didapatkan nilai maksimal adalah sebesar 34 dimana berdasarkan perhitungan antara hasil maksimal dari tiga kategori didapatkan interval sebesar 11,3, yang mana hasilnya dibagi menjadi beberapa tingkatan kategori yaitu level kurang jika nilainya sebesar 0-11,3, level sedang jika nilainya sebesar 11,4-22,6 dan level baik jika nilainya adalah sebesar 22,7-34. Sehingga berdasarkan hasil perhitungan nilai akhir dari aspek pendidikan kesehatan berbasis keterampilan di SD Negeri Purwosari 01 Mijen adalah sebesar 13, sehingga nilainya masuk ke dalam kategori level sedang (11,4-22,6).

Hasil dari analisis terkait aspek Pendidikan kesehatan berbasis keterampilan di SDN Purwosari 01 Mijen, berada pada level sedang dibuktikan dengan adanya pelajaran khusus

kesehatan yang diajarkan di sekolah. Topik kesehatan yang dimasukkan ke dalam pelajaran lain misalnya dalam pelajaran IPA, siswa mengenal penyesuaian diri makhluk hidup pada lingkungan, kesehatan, organ tubuh manusia. Sesuai dengan pedoman Usaha Kesehatan Sekolah Pelaksanaan pendidikan kesehatan melalui kegiatan kurikuler adalah pelaksanaan pendidikan pada jam pelajaran. Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan sesuai dengan Kurikulum Tingkat Satuan Pendidikan (KTSP) khususnya pada standard isi yang telah diatur dalam Peraturan Mendiknas nomor 22 tahun 2006 pada mata pelajaran Pendidikan Jasmani, Olahraga dan Kesehatan. Pelaksanaannya diberikan melalui peningkatan pengetahuan penanaman nilai dan sikap positif terhadap prinsip hidup sehat dan peningkatan keterampilan dalam melaksanakan hal yang berkaitan dengan pemeliharaan, pertolongan dan perawatan kesehatan. Materi pendidikan kesehatan mencakup: (1) Menjaga kebersihan diri; (2) Mengetahui pentingnya imunisasi; (3) Mengetahui makanan sehat; (4) Mengetahui bahaya penyakit diare, demam berdarah dan influenza; (5) Menjaga kebersihan lingkungan (sekolah/madrasah dan rumah); (6) Membiasakan buang sampah pada tempatnya (7) Mengetahui cara menjaga kebersihan alat reproduksi; (8) Mengetahui bahaya merokok bagi kesehatan; (9) Mengetahui bahaya minuman keras; (10) Mengetahui bahaya narkoba; (11) Mengetahui cara menolak ajakan menggunakan narkoba; (12) Mengetahui cara menolak perlakuan pelecehan seksual (Kemendikbud, 2012).

Topik kesehatan yang di bahas di luar kelas misalnya dalam kegiatan PRAMUKA. Kegiatan ekstrakurikuler adalah kegiatan di luar jam pelajaran biasa (termasuk kegiatan pada waktu libur) yang dilakukan di sekolah/madrasah ataupun diluar sekolah/madrasah dengan tujuan antara lain untuk memperluas pengetahuan dan keterampilan siswa serta melengkapi upaya pembinaan manusia Indonesia seutuhnya. Kegiatan ekstrakurikuler mencakup kegiatan yang berkaitan dengan pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sekolah sehat. Dalam pedoman Usaha Kesehatan Sekolah Pendidikan kesehatan yang diajarkan dalam kegiatan ekstrakurikuler diantaranya; (1) Wisata siswa; (2) Kemah (Persami); (3) Ceramah, diskusi; (4) Lomba-lomba; (5) Bimbingan hidup sehat; (6) Apotik hidup; (7) Kebun sekolah; (8) Kerja bakti; (9) Majalah dinding; (10) Pramuka; (11) Piket sekolah (Kemendikbud, 2012).

Pada tahun ajaran ini tidak ada topik kesehatan yang diajarkan di tingkat kelas tertentu. Pemilihan dan penyesuaian topik kesehatan sesuai dengan kondisi dan tantangan setempat sejauh ini dilakukan melalui kegiatan pemantauan jentik nyamuk. Pemilihan dan penyesuaian topik kesehatan agar sesuai dengan gagasan siswa dan tantangan umum yang mereka hadapi yaitu sekolah sebatas mengarahkan siswa untuk ikut dalam kegiatan bertemakan kesehatan yang diselenggarakan oleh sekolah.

Berdasarkan wawancara belum ada guru yang menerima pelatihan Pendidikan kesehatan berbasis ketrampilan, termasuk dengan pendekatan pengajaran partisipatif. Menurut panduan Usaha Kesehatan Sekolah beberapa pendekatan yang dapat dilakukan dalam rangka melaksanakan pendidikan kesehatan antara lain ialah: Pendekatan individual dan pendekatan kelompok. Untuk pendekatan kelompok dibagi menjadi; (1) kelompok kelas; (2) kelompok bebas; (3) lingkungan keluarga. Dalam proses belajar mengajar guru dan Pembina dapat menggunakan metode; Belajar kelompok, kerja kelompok/penugasan, diskusi/ceramah belajar perorangan, pemberian tugas, karya wisata, bermain peran, tanya jawab dan simulasi (Kemendikbud, 2012). SDN Purwosari 01 Mijen belum ada buku teks atau kurikulum yang didasarkan pada pendekatan pengembangan ketrampilan atau pendekatan berbasis bukti lainnya, namun ada bahan lain seperti poster, yang digunakan untuk mendukung pengajaran pelajaran kesehatan.

Berdasarkan Wawancara terhadap guru kelas, dalam pelajaran kesehatan, seorang guru tidak secara maksimal mengembangkan keterampilan siswa agar mereka dapat mempraktikkan perilaku untuk kesehatan yang baik, dibuktikan dengan tidak adanya rutinitas yang berkaitan dengan perilaku kesehatan misalnya jarang ditemukan siswa yang mencuci tangan sebelum makan. Dalam rencana pelajaran kesehatan seorang guru tidak pernah menargetkan ketrampilan sebagai kompetensi yang ingin dikembangkan oleh seorang guru diantara para muridnya. Selama pelajaran kesehatan, seorang guru tidak pernah membuka sesi pertanyaan untuk siswanya, guru hanya memberikan aktivitas untuk melatih ketrampilan misalnya dengan kegiatan cuci tangan yang benar, itupun sangat jarang dilakukan.

Berdasarkan wawancara terhadap siswa, kegiatan senam, dan sikat gigi bersama merupakan topik yang telah dipelajari oleh siswa dalam 12 bulan terakhir. Pelajaran terakhir yang berfokus pada kesehatan diajarkan kepada siswa yaitu pelajaran IPA, pelajaran tersebut diajarkan di kelas. Setelah adanya pelajaran tersebut, siswa merasa bisa melakukan sesuatu yang baru atau berbeda yang akan memperaiki kesehatannya sendiri misalnya kegiatan cuci tangan, namun dalam pelaksanaannya siswa hanya melakukan cuci tangan saat ada guru yang mengawasinya, jika tidak maka jarang dilakukan, dan kegiatan sikat gigi, jika siswa diberikan kartu kendali maka siswa lebih rajin menyikat gigi, namun setelah kartu kendali tidak diberlakukan lagi maka siswa kembali pada perilaku awal yaitu jarang menyikat gigi.

Berdasarkan teori dan etika dalam pendidikan kesehatan yang berbasis ketrampilan berfokus kepada pendidikan kesehatan dimana ditujukan untuk mempengaruhi perilaku pada tingkat individu berdasarkan fasilitas dan media yang digunakan. Pendidikan kesehatan yang baik adalah adanya fasilitas kelompok yang mendukung, pemilihan metode penyajian yang

benar, serta pemilihan dan pembuatan media cetak seperti poster, banner dan leaflet (Apriningsih, 2008).

### **Aspek Layanan Kesehatan dan Gizi Berbasis Sekolah**

Berdasarkan hasil analisis kuesioner secara kuantitatif dari aspek layanan kesehatan dan gizi berbasis sekolah yang ada di SD Negeri Purwosari 01 Mijen diketahui bahwa berdasarkan hasil wawancara dari 10 pertanyaan tentang aspek layanan kesehatan dan gizi berbasis sekolah didapatkan nilai maksimal adalah sebesar 20, dimana berdasarkan perhitungan antara hasil maksimal dari tiga kategori didapatkan interval sebesar 6,6, yang mana hasilnya dibagi menjadi beberapa tingkatan kategori yaitu level kurang jika nilainya sebesar 0-6,6, level sedang jika nilainya sebesar 6,7-13,2 dan level baik jika nilainya adalah sebesar 13,3-20. Sehingga berdasarkan hasil perhitungan nilai akhir dari aspek layanan kesehatan dan gizi berbasis sekolah di SD Negeri Purwosari 01 Mijen adalah sebesar 8, sehingga nilainya masuk kedalam level sedang (6,7-13,2).

Hasil dari analisis terkait aspek layanan kesehatan dan gizi berbasis sekolah di SDN Purwosari 01 Mijen, berada pada level sedang dibuktikan dengan tidak adanya paket yang di rekomendasikan layanan kesehatan dan gizi berbasis sekolah disediakan di sekolah selama ini atau tahun ajaran sebelumnya. Sejauh ini tidak ada hubungan antara layanan kesehatan dan gizi lokal sekolah.

Dalam dua tahun terakhir staf sudah pernah mendapatkan pelatihan untuk memberikan layanan kesehatan berbasis sekolah sedangkan tentang gizi belum pernah. Sistem untuk mendukung staf yang terlibat dalam penyampaian layanan kesehatan berbasis sekolah adalah UKS, namun belum ada system untuk mendukung kegiatan gizi di sekolah.

Berdasarkan wawancara dengan siswa, siswa mengetahui bahwa UKS sebagai tempat layanan kesehatan sekolah, namun tidak ada layanan gizi di sekolah. Menurut siswa layanan kesehatan di sekolah kurang memenuhi kebutuhan kesehatan siswa. Hal ini dibuktikan dengan penanganan terhadap siswa yang sakit misalnya jika sakit ringan cukup di rawat di UKS, Namun jika di UKS tidak terdapat obat maka siswa tersebut dipulangkan agar mendapatkan perawatan di rumah. Menurut siswa, dengan adanya layanan kesehatan dan ketersediaan lingkungan sosio-emosiaonal yang aman sudah memenuhi kebutuhan siswa, namun sebenarnya masih banyak yang bisa dilakukan oleh sekolah.

### **PENUTUP**

Berdasarkan hasil analisis dapat disimpulkan bahwa SD Negeri Purwosari 01 Mijen telah melaksanakan program kesehatan di sekolah dengan cukup baik dimana hasil dari perhitungan semua aspek didapatkan hasilnya adalah berada pada level sedang, dimana hal

tersebut telah dibuktikan dengan adanya pelaksanaan program kesehatan yang telah dilaksanakan di SDN Purwosari 01 Mijen yang meliputi adanya kebijakan kesehatan yang setara seperti adanya pelaksanaan UKS, dibentuknya Dokter kecil, adanya kegiatan senam setiap hari jum'at, dan kegiatan gosok gigi setelah olahraga. Terjaminnya lingkungan belajar yang aman misalnya adanya satuan tugas keamanan sekolah yang bertugas melakukan pendampingan kepada siswa, kemudian adanya pendidikan kesehatan berbasis ketrampilan seperti adanya materi tentang kesehatan yang diajarkan baik pada pelajaran intrakurikuler maupun ekstrakurikuler serta adanya layanan kesehatan seperti pemberian imunisasi, pemeriksaan skrining gigi, pengukuran tinggi badan dan berat badan serta gizi berbasis sekolah yang belum dilaksanakan oleh SDN Purwosari 01 Mijen. Namun masih juga banyak program-program kesehatan yang belum dilaksanakan secara maksimal misalnya belum adanya kebijakan kesehatan yang tertulis yang mampu ditunjukkan oleh pihak SD Negeri Purwosari 01 Mijen, belum maksimalnya kinerja dari tim pelaksana UKS dikarenakan belum pernah adanya pelatihan yang diikuti oleh pihak sekolah, selain itu juga belum adanya pendidikan kesehatan khusus yang diajarkan di mata pelajaran khusus dan belum terlaksananya program kesehatan untuk siswa yang menjadi rutinitas.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Apriningsih. (2008). *Metode Pendidikan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.
- Kemendikbud. (2012). *Pedoman Pembinaan dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah*. Jakarta: Kemendikbud RI.
- Kemenkes. (2015). *Menerjemahkan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDG's) dalam Agenda Pembangunan Nasional*. New York: Kemenkes RI.
- Kemenkes. (2017). *Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2016*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Moerdiono. (1992). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan*. Jakarta: UU RI.
- Peraturan Mendiknas nomor 22 tahun 2006 tentang Standar Isi Untuk Satuan Pendidikan Dasar dan Menengah.
- Renstra. (2015). *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan (2015-2019)*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Saroni, M. (2006). *Manajemen Sekolah: Kiat menjadi Pendidik yang Kompeten*. Jogjakarta: Ar-Ruzz.
- Wulandari, H. (2011). *Pelaksana Pendidikan Kesehatan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Pada Anak Usia Dini*. Yogyakarta: UIN Sunan Kalijaga.



# FRESH SEBAGAI INSTRUMEN MONITORING DAN EVALUASI PROGRAM KESEHATAN DI SD NEGERI TEMBALANG (*FOCUSING RESOURCES ON EFFECTIVE SCHOOL HEALTH*)

Trisna Hani Fauziah<sup>1\*</sup>, Nita Safaatul Insiyah<sup>1\*</sup>, Choerun Nisa<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

E-mail Korespondensi: trisna\_hanifauziah@yahoo.com

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** bangsa yang maju merupakan bangsa dengan derajat kesehatan yang tinggi dan untuk mencapai derajat kesehatan tersebut salah satunya melalui pelaksanaan program kesehatan seperti usaha kesehatan sekolah. Dalam pelaksanaannya terdapat permasalahan seperti dalam hal pembinaan dan pengembangan promosi kesehatan di sekolah. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui seberapa jauh pelaksanaan program kesehatan di SDN Tembalang dengan menggunakan instrumen FRESH.

**Metode:** penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dan kuantitatif, populasi dari penelitian ini yaitu sekolah dasar yang ada di Kota Semarang. Sampel dari penelitian ini yaitu SDN Tembalang dengan informan pihak pembina UKS SDN Tembalang, dan menggunakan instrument penelitian kuisisioner FRESH.

**Hasil:** dari penelitian menggunakan instrumen FRESH yang terdiri dari *checklist* 2 mengenai kebijakan kesehatan sekolah, *checklist* 4 mengenai lingkungan belajar yang aman, *checklist* 6 mengenai kebijakan kesehatan berbasis keterampilan, dan yang terakhir *checklist* 8 mengenai layanan kesehatan kesehatan dan gizi berbasis sekolah diperoleh hasil bahwa pelaksanaan program kesehatan di SDN Tembalang sudah termasuk dalam kategori baik dengan interval yang berbeda-beda perkategorinya artinya pelaksanaan program kesehatan sudah terlaksana di SDN Tembalang.

**Simpulan:** pelaksanaan program kesehatan di SDN Tembalang termasuk dalam kategori baik yang artinya pelaksanaan program kesehatan di SDN Tembalang sudah terlaksana dan sesuai dengan instrumen FRESH.

**Kata Kunci:** derajat kesehatan, FRESH, SD Negeri Tembalang.

## ABSTRACT

**Background:** A developed nation is the nation with a high degree of health which to attain the degree of health that one of them through the implementation of health programs such as UKS (School Health Unit). In its execution there is a problem like in terms of coaching and the development of health promotion in school. The study aims to find out how far the implementation of the health program in Elementary School in Tembalang by using FRESH instrument (Focusing Resources On Effective School Health).

**Methods:** Research uses quantitative-qualitative approach where the population is Elementary School in the city of Semarang with Elementary School samples in Tembalang. Informant of this research is the builder UKS Elementary School Tembalang.

**Results:** From research using FRESH instrument consisting of 4 checklist about a Secure Learning Environment, checklist 6 about Based Health Policy Skills, and checklist 8 about Health Care and Nutrition obtained results that the implementation of the school-based health programs in Elementary School Tembalang is included in the good category.

**Conclusion:** implementation of the school-based health programs in Elementary School Tembalang is included in the good category.

**Key Words:** health programs, FRESH, Elementary School in Tembalang.

## **PENDAHULUAN**

Pembangunan yang ingin dicapai oleh bangsa Indonesia adalah tercapainya bangsa yang maju dan mandiri, sejahtera lahir dan batin. Pembangunan nasional sendiri harus dilandasi dengan wawasan kesehatan masyarakat yang merupakan tanggung jawab semua pihak baik pemerintah maupun masyarakat. Salah satu ciri bangsa yang maju adalah mempunyai derajat kesehatan yang tinggi, karena derajat kesehatan mempunyai pengaruh yang sangat besar terhadap kualitas sumberdaya manusia. Hanya dengan sumber daya yang sehat akan lebih produktif dan meningkatkan daya saing bangsa.

Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sesuai Rencana Strategis Provinsi Jawa Tengah Tahun 2013-2018, maka pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan cara: 1) Meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkeadilan, 2) Mewujudkan sumber daya manusia yang berdaya saing, 3) Mewujudkan peran serta masyarakat dan pemangku kepentingan dalam pembangunan kesehatan, 4) Melaksanakan pelayanan administrasi internal dan pelayanan publik yang bermutu (Dinkes, 2015).

Pembangunan kesehatan bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Derajat kesehatan merupakan salah satu faktor yang sangat berpengaruh pada kualitas sumberdaya manusia. Sumber daya manusia yang sehat akan lebih produktif dan meningkatkan daya saing manusia. Untuk tercapainya visi pembangunan kesehatan di Indonesia, yakni Indonesia Sehat 2017 telah ditetapkan sejumlah misi, strategi, pokok-pokok program serta program-programnya. Salah satu program yang dimaksud adalah Program Usaha Kesehatan Sekolah. Menurut UU No. 23 tahun 1992 yang kemudian diperbahui menjadi Undang-Undang nomor 36 tahun 2009 pasal 45 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa Usaha Kesehatan Sekolah wajib diselenggarakan di sekolah, dan pasal 79 bahwa kesehatan sekolah diselenggarakan untuk meningkatkan hidup sehat peserta didik dalam lingkungan hidup sehat sehingga peserta didik dapat belajar, tumbuh, dan berkembang secara harmonis dan setinggi-tingginya menjadi sumber daya manusia yang berkualitas. Kesehatan sekolah disini yaitu diselenggarakan melalui sekolah formal dan informal atau melalui lembaga pendidikan lain (Perpres, 2009).

Beberapa hal yang menjadi permasalahan dalam pembinaan dan pengembangan program promosi kesehatan di sekolah ialah perilaku hidup bersih dan sehat belum mencapai pada tingkat yang diharapkan, disamping itu ancaman sakit terhadap murid sekolah masih cukup tinggi dengan adanya penyakit endermis dan kekuarangan gizi. Jika dilihat lebih jauh, sekolah sebenarnya memiliki potensi yang besar untuk mensukseskan program promosi kesehatan. Banyak sekolah yang dapat dimanfaatkan untuk menanamkan

nilai PHBS melalui promosi kesehatan terintegrasi dengan program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). Guru dan masyarakat sekolah menjadi mitra pengembangan promosi kesehatan di sekolah dan anak sekolah menjadi kader kesehatan bagi keluarga dan masyarakat. Ada peluang dan dukungan dalam promosi kesehatan di sekolah (Kemendikbud, 2014).

Tujuan promosi kesehatan di sekolah diantaranya adalah meningkatkan peserta didik, guru, dan masyarakat lingkungan sekolah untuk ber-PHBS, meningkatkan lingkungan sekolah yang sehat, aman dan nyaman, meningkatkan pendidikan kesehatan di sekolah, meningkatkan akses (kesempatan) untuk pelaksanaan pelayanan kesehatan di sekolah, meningkatkan peran aktif peserta didik, guru dan masyarakat lingkungan sekolah untuk meningkatkan kesehatan masyarakat di sekitar lingkungan sekolah, meningkatkan penerapan kebijakan sehat dan upaya di sekolah untuk mempromosikan kesehatan (Kemenkes, 2011).

Strategi promosi kesehatan paripurna yang terdiri dari (1) pemberdayaan, yang didukung oleh (2) binasuasana, dan (3) advokasi, serta dilandasi oleh semangat (4) kemitraan. Berbagai strategi telah ditempuh dalam upaya meningkatkan promosi kesehatan di sekolah seperti pemberdayaan Warga Sekolah dan Masyarakat Lingkungan Sekolah dalam Membangun Lingkungan Sekolah yang Sehat, penggalangan Kemitraan untuk Meningkatkan Upaya Promosi Kesehatan di Sekolah, memberikan Pendidikan Kesehatan bagi Anak, pengkajian/ Penelitian untuk Meningkatkan Program Promosi Kesehatan di Sekolah, memberikan Akses Pelayanan Kesehatan yang Bersifat Promotif dan Preventif bagi Peserta Didik, berperan Aktif dalam Meningkatkan Kesehatan Masyarakat (Kemenkes, 2011).

Usia awal sekolah baik untuk menanamkan nilai PHBS tetapi belum dimanfaatkan optimal, Usia anak sekolah yaitu masa rawan terserang gangguan berbagai penyakit. Masalah kesehatan pada kelompok pra remaja (usia 6 s.d <10 tahun), umumnya berkaitan dengan PHBS. Peranan sekolah belum optimal dalam mengembangkan promosi kesehatan di sekolah. Masih banyak sekolah belum termasuk sekolah sehat, dukungan kebijakan promosi kesehatan di sekolah masih kurang.

Pada penelitian ini penulis merumuskan masalah yaitu "Bagaimana tingkat pencapaian FRESH (*Focusing Resources on Effective School Health*) sebagai instrumen monitoring dan evaluasi program kesehatan di SD Negeri Tembalang?".

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran monitoring dan evaluasi mengenai program kesehatan yang dinilai menggunakan instrumen FRESH (*Focusing Resources on Effective School Health*) di SD Negeri Tembalang yang terdiri dari *checklist* 2 yaitu kebijakan kesehatan sekolah yang setara, *checklist* 4 mengenai lingkungan belajar

yang aman, *checklist*6 mengenai pendidikan kesehatan berbasis keterampilan, dan yang terakhir *checklist*8 mengenai layanan kesehatan dan gizi berbasis sekolah.

Manfaat dari adanya penelitian ini yaitu untuk mengetahui seberapa jauh pelaksanaan program kesehatan di SD Negeri Tembalang dan hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar untuk meningkatkan pelaksanaan program kesehatan di SD Negeri Tembalang.

## **METODE**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif-kualitatif untuk mendapatkan gambaran mengenai program kesehatan yang ada di sekolah dasar. Populasi yang digunakan adalah sekolah dasar sekota Semarang. Sampel dalam penelitian ini adalah SDN Tembalang yang berada di kecamatan Tembalang, Kota Semarang. Teknik yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cluster* sampling.

Informan data adalah Pembina UKS. Dan untuk mengetahui keabsahan data, maka dilakukan triangulasi sumber. Triangulasi sumber digunakan untuk melacak kesesuaian data penelitian yang di dapatkan. Triangulasi pada penelitian ini dengan mewawancarai orang tua siswa dan siswa. Proses pengambilan data kualitatif dilakukan dengan melakukan observasi dan wawancara mendalam. Panduan wawancara menggunakan instrumen FRESH (*focusing resources on effective school health*) yang merupakan instrumen yang digunakan untuk monitoring dan evaluasi program kesehatan di sekolah. Lembaga internasional menyetujui kerangka kerjasama untuk kesehatan sekolah pada forum pendidikan dunia di Dakar pada tahun 2000. FRESH memonitoring dan mengevaluasi program kesehatan pada tingkat nasional dan tingkat sekolah. Kerangka FRESH terdiri dari 4 poin yaitu (1) kebijakan kesehatan sekolah yang setara, (2) lingkungan belajar yang aman, (3) kebijakan kesehatan berbasis keterampilan, (4) layanan kesehatan dan gizi berbasis sekolah. Analisis data menggunakan pemberian kode atau kategori untuk menentukan nilai kualitas dari kebijakan kesehatan yang ada di sekolah tergolong dalam level data kurang, sedang, dan baik.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

FRESH adalah instrumen yang digunakan untuk melakukan monitoring dan evaluasi program kesehatan di sekolah. Lembaga internasional menyetujui kerangka kerja bersama untuk kesehatan sekolah pada Forum Pendidikan Dunia di Dakar pada tahun 2000. FRESH memonitoring dan mengevaluasi program kesehatan pada tingkat nasional dan tingkat sekolah. Kerangka FRESH terdiri dari 4 poin yaitu, (1) Kebijakan kesehatan sekolah yang setara, (2) Lingkungan belajar yang aman, (3) Pendidikan kesehatan berbasis ketrampilan, (4) Layanan kesehatan dan gizi berbasis sekolah.

Table 1. Analisis kualitatif Instrumen FRESH per *checklist*

<i>Checklist</i> FRESH	Kategori	Interval
Kebijakan kesehatan yang setara	a. kurang	0-8,6
	b. sedang	8,7-17,2
	c. baik	17,3-26
Lingkungan belajar yang aman	a. kurang	0-8,6
	b. sedang	8,7-17,2
	c. baik	17,3-26
Pendidikan keterampilan berbasis keterampilan	a. kurang	0-11,3
	b. sedang	11,4-22,6
	c. baik	22,7-34
Pelayanan kesehatan dan gizi berbasis sekolah	a. kurang	0-6,6
	b. sedang	6,7-13,2
	c. baik	13,3-20

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh penulis, di SD Negeri Tembalang menunjukkan bahwa *checklist 2*, *checklist 4*, *checklist 6*, *checklist 8* termasuk dalam kategori baik dengan interval yang berbeda-beda per *checklist*nya. Dari setiap *checklist* penulis menentukan nilai maksimal yaitu dua kali jumlah pertanyaan, kategori (kurang, sedang, baik), interval yang merupakan hasil pembagian dari nilai maksimal dengan jumlah kategori, dan yang terakhir yaitu level kategori. Berikut merupakan penjabaran dari *checklist 2*, *checklist 4*, *checklist 6*, *checklist 8* :

#### **Checklist 2 (Kebijakan Kesehatan Sekolah yang Setara)**

Berdasarkan data kualitatif penelitian data *checklist 2* menunjukkan kategori baik dengan score 23 karena sekolah memiliki kebijakan terkait sekolah program kesehatan, kebijakan kesehatan sekolah mencakup menyediakan lingkungan pembelajaran fisik dan sosio-emosional yang aman bagi siswa dan staf, kebijakan kesehatan sekolah mencakup panduan untuk mengajarkan pendidikan kesehatan berbasis keterampilan, kebijakan kesehatan sekolah mencakup penyediaan layanan kesehatan dan gizi sekolah, siswa yang lebih tua (> 10 tahun) tahu bahwa ada kebijakan kesehatan sekolah atau kebijakan nasional tertulis yang diikuti sekolah, anak-anak tahu bahwa ada kebijakan kesehatan sekolah, ada mekanisme bagi siswa untuk berkontribusi pada disain atau pengembangan kebijakan kesehatan sekolah, orang tua mengetahui bahwa ada kebijakan kesehatan sekolah atau kebijakan nasional tertulis yang diikuti sekolah, versi kebijakan kesehatan sekolah yang mudah dimengerti orang tua dan tokoh masyarakat, orang tua atau pemimpin masyarakat untuk berkontribusi pada disain atau pengembangan kebijakan kesehatan sekolah.

SDN Tembalang memiliki beberapa kebijakan kesehatan seperti jumat bersih dan senam pagi yang dilakukan setiap hri jumat pagi, kegiatan tersebut wajib diikuti oleh semua

warga sekolah mulai dari murid, guru, serta kepala sekolah. Sampai saat ini belum ada kendala yang berarti untuk melaksanakan program kebijakan kesehatan tersebut. Program kesehatan Jumat bersih dan senam pagi diawasi oleh setiap wali kelas, namun untuk yang bertanggung jawab atas kegiatan tersebut adalah pembina UKS. Kegiatan tersebut dilaporkan kepada kepala sekolah setiap minggunya untuk dilakukannya evaluasi mengetahui apakah kegiatan Jumat bersih dan senam pagi ini sudah berjalan dengan baik. Untuk kebijakan Jumat bersih dan senam pagi dari pihak sekolah sendiri belum ada kebijakan secara tertulis mengenai aturan yang baku. Pihak sekolah hanya mengikuti kebijakan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah pusat dan melaksanakannya, Namun di SDN Tembalang sendiri belum ada kebijakan kesehatan tersebut secara tertulis.

Salah satu kebijakan kesehatan lain yang diterapkan di SDN Tembalang adalah menjalankan program UKS. Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) pada hakikatnya adalah usaha kesehatan masyarakat yang dijalankan di sekolah-sekolah. UKS adalah upaya pelayanan kesehatan yang terdapat di sekolah yang bertujuan menangani anak didik yang mengalami kecelakaan ringan (upaya pertolongan pertama pada kecelakaan/ P3K), melayani kesehatan dasar bagi anak didik selama sekolah (pemberian imunisasi), memantau pertumbuhan dan status gizi anak didik, (Margianto, 2005). Trias UKS: a. pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembinaan lingkungan sekolah sehat (Kemendikbud, 2014).

Keadaan UKS di SDN Tembalang cukup baik ini ditandai dengan adanya fasilitas ruangan UKS yang cukup besar dan adanya tempat tidur di ruangan UKS, namun ada beberapa fasilitas yang keadaannya rusak seperti pengukuran berat badan. Ketersediaan obat di ruangan UKS selalu dicek setiap minggunya oleh pembina UKS. UKS di SDN Tembalang memiliki kerjasama tentang program kesehatan bersama Puskesmas setempat. Misalnya dengan adanya program Imunisasi, penyuluhan kesehatan, dan program kesehatan lainnya.

Program UKS di SDN Tembalang dijalankan pihak guru dan Puskesmas namun siswa diajak untuk ikut berpartisipasi dalam program tersebut dengan diselenggarakannya dokter kecil. Menurut Buku Panduan UKS dan dokter kecil, dokter kecil adalah siswa yang memenuhi kriteria dan telah dilatih untuk ikut melaksanakan sebagian usaha pemeliharaan dan peningkatan kesehatan terhadap diri sendiri, teman, keluarga, dan lingkungannya (Depkes, 2011). Sedangkan menurut Hendrawan Nadesul, menyatakan bahwa dokter kecil adalah anak didik yang dipilih guru, guna ikut melaksanakan sebahagian usaha pelayanan kesehatan terhadap diri sendiri, keluarga, teman murid pada khususnya dan sekolah pada umumnya (Nadesul, 2007).

Dokter kecil atau sering disingkat dengan dokcil ini bertugas untuk membantu penanganan bila terjadi masalah kesehatan secara sederhana, contohnya apabila ada siswa yang demam maka dokcil akan memberikan obat paracetamol atau ketika ada murid yang sakit saat upacara dibawa ruangan UKS. Dokter kecil akan diajarkan cara penanganan masalah kesehatan secara sederhana yang akan diawasi oleh pembina UKS. Apabila masalah tersebut terlalu sulit maka pembina UKS akan langsung turun menangani masalah tersebut namun apabila pembina UKS tidak ada di tempat maka tanggung jawab akan diserahkan kepada wali kelas atau guru olahraga.

Sistem administrasi di UKS SDN Tembalang belum berjalan dengan baik dikarenakan banyak diantara siswa yang masuk UKS tidak mencatat nama mereka terlebih di buku administrasi yang di sediakan di UKS sehingga siswa yang sakit tidak terdata. Padahal administrasi ini penting untuk mengetahui jumlah ketersediaan obat.

Pemilihan Dokter kecil dilakukan oleh wali kelas dengan kriteria bahwa murid tersebut memiliki tubuh yang sehat, pintar, dan rajin sehingga dapat menjadi panutan untuk murid lainnya. Untuk recruitmen dokter kecil dilakukan setiap tahun sekali dengan jumlah 20 siswa yang dipilih dari kelas 4.

#### **Checklist 4 (Lingkungan Belajar yang Aman)**

Berdasarkan data kualitatif penelitian data *checklist 4* menunjukkan kategori level baik dengan score 25 karena di SD Negeri Tembalang sendiri merupakan satu dari tiga sekolah dasar yang tergolong dalam Sekolah Dasar Pendidikan penguatan karakter yang akan mendidik siswanya untuk memiliki karakter hidup yang bersih dan sehat. SD Negeri Tembalang juga termasuk dalam sekolah dasar dengan lingkungan belajar yang aman baik secara fisik, emosional, dan sosial. SD Negeri Tembalang menyediakan fasilitas air minum (galon) untuk murid di setiap kelasnya. Air minum ini digunakan untuk menjaga konsentrasi siswa karena ketika siswa kekurangan cairan maka ia akan dehidrasi yang akan menurunkan daya konsentrasi di dalam belajar.

SD Negeri Tembalang juga termasuk dalam sekolah dasar dengan lingkungan belajaryang aman karena belum pernah terjadi kasus *bullying*, pelecehan, perundungan atau tindakan mengganggu secara terus menerus antar siswa, perkelahian, perpeloncoan, pemerasan atau tindakan kekerasan lain. Tindakan kekerasan adalah perilaku yang dilakukan secara psikis, fisik, sosial, dalam jaringan atau buku ajar yang mencerminkan tindakan agresif yang terjadi di lingkungan satuan pendidikan yang mengakibatkan ketakutan, trauma, kerusakan barang, luka, cacat, atau kematian (Permendikbud, 2015)

Di SDN Tembalang yang terjadi hanya ledakan kecil yang biasanya dilakukan antar teman dan tidak menimbulkan kontak fisik. Jika terdapat kontak fisik maka siswa dapat

dikenakan sanksi untuk membaca Al-quran di ruang guru namun tidak ada sanksi tertulis untuk pelanggaran tersebut.

Berdasarkan pemaparan tersebut, SD Negeri Tembalang sebagai satu dari tiga SD di Kecamatan Tembalang yang termasuk dalam sekolah dasar pendidikan penguatan karakter telah menerapkan Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2015 tentang pencegahan dan penanggulangan tindak kekerasan di lingkungan satuan pendidikan. Hal ini dinilai berdasarkan bahwa SD Negeri Tembalang telah menciptakan lingkungan belajar yang aman untuk seluruh warga sekolah.

#### **Checklist 6 (Pendidikan Kesehatan Berbasis Keterampilan)**

Berdasarkan data diatas menunjukkan bahwa *checklist* 6 mengenai pendidikan berbasis keterampilan dengan total 23 menunjukkan data dalam level baik. Hal ini di buktikan dengan penerapan pendidikan kesehatan disetiap mata pelajaran yang diajarkan di SD Negeri Tembalang karena SDN Tembalang sudah menggunakan kurikulum 2013 yang mewajibkan setiap guru untuk mengajarkan materi tentang kesehatan disemua mata pelajaran namun untuk mata pelajaran kesehatan secara khusus sendiri tidak ada. Dan untuk kegiatan ekstrakurikuler materi kesehatan juga di sampaikan pada ekstrakurikuler pramuka dan juga melalui pelatihan dokter kecil khusus untuk kelas 4 sebanyak 20 calon dokter kecil setiap tahunnya.

Untuk membantu pengajaran materi kesehatan di SDN tembalang menggunakan buku dan poster sebagai media bantu yang mempermudah siswa belajar dan memahami materi yang diberikan oleh guru. Hal ini sudah sesuai dengan Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 57 tahun 2014 tentang kurikulum 2013 sekolah dasar atau madrasah ibtidaiyah dalam pasal 3 yaitu kompetensi kurikulum pada Kurikulum 2013 harus dimiliki peserta didik yang meliputi kompetensi inti sikap spiritual, sikap sosial, inti pengetahuan, dan inti ketrampilan termasuk pendidikan kesehatan. karena pendidikan kesehatan merupakan bagian dari solusi terhadap masalah kesehatan yang ada di masyarakat dan sekolah dasar merupakan tempat kedua bagi anak-anak mendapat pendidikan kesehatan setelah keluarga sehingga dengan penerapan pendidikan kesehatan ke kurikulum yang telah dilakukan oleh SD Negeri Tembalang ini telah mendukung upaya Pemerintah dalam mewujudkan Indonesia Sehat (Permenkes, 2014).

#### **Checklist 8 (Layanan Kesehatan dan Gizi Berbasis Sekolah)**

Berdasarkan hasil olah data diatas diperoleh bahwa SD Negeri Tembalang memiliki pelayanan kesehatan dan gizi berbasis sekolah termasuk dalam level baik dengan *score* 18. Hal ini didukung dengan adanya kantin sehat yang selalu di kontrol oleh pihak sekolah untuk menjamin bahwa apa yang dikonsumsi siswa-siswi SD Negeri Tembalang terjamin nutrisinya. Anak pada usia 6-9 tahun sudah memasuki masa sekolah



dan bermain diluar sehingga pengaruh kawan, tawaran makanan jajanan, aktivitas yang tinggi dan keterpaparan sumber penyakit infeksi menjadi tinggi , sehingga kebutuhan akan zat gizi mulai meningkat secara bermakna. Oleh karena itu, pemberian makanan bergizi seimbang untuk anak pada kelompok usia ini harus mempertimbangkan kondisi-kondisi tertentu (Permenkes, 2014)

Pihak kantin menyediakan sarapan, makan siang, buah, susu, dan makanan ringan yang bervariasi dan tidak menunjukkan adanya warna yang mencolok dan mencurigakan. Selain itu SD Negeri Tembalang juga menjalin kerja sama dengan orang tua serta puskesmas untuk mengontrol kesehatan siswa sebagai upaya melayani kesehatan siswa-siswi SD Negeri Tembalang. SD Negeri Tembalang menyediakan UKS sebagai layanan kesehatan untuk siswanya yang mana didalamnya terdiri dari satu guru pembina UKS yang dibantu oleh 20 dokter kecil yang bertugas selama jam istirahat yaitu 35 menit yang telah dibagi berdasarkan jadwal piket masing-masing. Dokter kecil mengontrol teman-temannya jika ada yang sakit dikelas maka mereka menemani ke UKS, membantu guru memeriksa kuku, dan lain sebagainya. Pemaparan tersebut telah sesuai dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 18 Tahun 2011 Pedoman Penyediaan Makanan Tambahan Anak Sekolah.

Penyediaan makanan tambahan anak sekolah (PMT-AS) adalah kegiatan pemberian makanan kepada peserta didik dalam bentuk jajanan atau kudapan atau makanan yang lengkap dan aman dan bermutu beserta kegiatan pendukung lainnya, dengan memperhatikan aspek mutu dan keamanan pangan. PTS-AS bertujuan untuk meningkatkan asupan gizi peserta didik melalui makanan tambahan (Permendagri, 2011). Siswa SDN Tembalang diwajibkan untuk membawa bekal sendiri dari rumah, karena dengan begitu gizi siswa dapat terpenuhi.

## **PENUTUP**

FRESH adalah instrumen yang digunakan untuk melakukan monitoring dan evaluasi program kesehatan di SD Negeri Tembalang. Berdasarkan dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa penerapan Kerangka FRESH terdiri dari 4 poin yaitu, (1) Kebijakan kesehatan sekolah yang setara, (2) Lingkungan belajar yang aman, (3) Pendidikan kesehatan berbasis ketrampilan, (4) Layanan kesehatan dan gizi berbasis sekolah yang mana setiap poin FRESH tersebut menunjukkan hasil kategori baik di SD Negeri Tembalang yang artinya pelaksanaan program kesehatan di SD Negeri Tembalang sudah terlaksana semua dan sesuai dengan instrumen FRESH.

## DAFTAR PUSTAKA

- Depkes. (2011). *Pedoman Pelatihan Dokter Kecil*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Dinkes. (2015). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah*. Semarang: Dinas kesehatan Provisi Jawa Tengah.
- Kemendikbud. (2014). *Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI Nomer 6/X/PB/2014 Tentang Pembinaan dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah / Madrasah*. Jakarta: Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI.
- Kemenkes. (2011). *Promosi Kesehatan di Daerah Bermasalah Kesehatan*. Jakarta: Kementerian kesehatan RI.
- Margianto, D. (2005). *Menjadikan UKS sebagai Promosi Tumbuh Kembang*. Yogyakarta: Press Universitas Negeri Yogyakarta.
- Nadesul, H. (2007). *Dokter Kecil*. Jakarta: PT. Unilever.
- Noya, P. (1983). *Pedoman Guru Sekolah Dasar*. Jakarta: Rora Karya.
- Permendagri. (2011). *Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomer 18 Tahun 2011 Tentang Pedoman penyediaan makanan Tambahan Anak Sekolah*. Jakarta: Peraturan Menteri Dalam Neger.
- Permendikbud. (2015). *Peraturan Menteri Pendidikan dan Budaya RI nomer 82 tahun 2015 Tentang Pencegahan dan Penanggulangan Tindak Kekerasan di Lingkungan Satuan Pendidikan*. Jakarta: Peraturan menteri pendidikan dan kesehatan.
- Permenkes. (2014). *Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 57 tahun 2014 tentang kurikulum 2013 sekolah dasar atau madrasah ibtdaiyah*. Jakarta: Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI.
- Permenkes. (2014). *Peraturan Menteri kesehatan RI Nomer 41 Tahun 2014 Tentang Pedoman Gizi Seimbang*. Jakarta: Peraturan Menteri Kesehatan RI.
- Perpres. (2009). *Undang-undang Republik Indonesia Nomer 36 Tahun 2009*. Jakarta: Peraturan presiden RI.

## ANALISIS PROGRAM KESEHATAN DI MTS AL-ISLAM GUNUNGPATI KOTA SEMARANG

Trinita Septi Mentari<sup>1\*</sup>, Gusti Sesanti Sandra Nastiti<sup>1\*</sup>, Alfriina Puspa Lambang<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

E-mail Korespondensi: trinitaseptimentari17@gmail.com

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Program promosi kesehatan di sekolah belum mencapai indikator yang diharapkan. Ancaman sakit terhadap murid sekolah masih cukup tinggi dengan adanya penyakit endemis dan kekurangan gizi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran mengenai implementasi program kesehatan di MTS Al Islam Gunungpati dan hasilnya diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi untuk sekolah agar dapat menerapkan program kesehatan yang sesuai sehingga tercapainya sekolah sehat.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan desain penelitian gabungan Kuantitatif dan kualitatif. Pengambilan data kualitatif dilakukan dengan observasi dan wawancara mendalam. Populasi penelitian yaitu SMP dan MTS yang ada di Kecamatan Gunungpati. Sampel penelitian yaitu MTS Al-Islam Gunungpati Semarang yang dipilih secara random. Informan pada penelitian ini yaitu Kepala Sekolah yang diwakilkan oleh Wakil Kepala Bidang Kurikulum dan dua orang siswa. Instrument yang digunakan yaitu FRESH (*Focusing Resources on Effective School Health*).

**Hasil:** Analisis program kesehatan di MTS Al-Islam Gunungpati dipeoleh hasil: Kebijakan kesehatan sekolah yang setara dinyatakan dalam kategori baik, Lingkungan belajar yang aman dinyatakan dalam kategori sedang, Pendidikan kesehatan berbasis keterampilan dinyatakan dalam kategori kurang, Layanan kesehatan berbasis keterampilan dinyatakan dalam kategori sedang,

**Simpulan:** Hasil analisis program kesehatan di MTS Al-Islam Gunungpati dari keempat poin penilaian pada instrument FRESH dikalkulasikan pada kategori Sedang.

**Kata Kunci:** Program Promosi Kesehatan, Sekolah, FRESH

### ABSTRACT

**Background:** health promotion program in schools has not reached the expected indicators. The threat of sickness for middle school students is still having endemic diseases and malnutrition. The purpose of this study was to obtain an overview of the implementation of health programs in MTS Al Islam Gunungpati and results are expected to be material to the evaluation of schools in order to implement health programs that would allow them to achieve a healthy school.

**Methods:** This study used quantitative and qualitative research design. The qualitative data retrieval is done by observation and in-depth interviews. The populations of the research are Junior High School (SMP) and MTS which are located in Gunungpati. The sample of the research is MTS Al-Islam Gunungpati Semarang selected by random sampling. The informant in this research is the Principal who was represented by the Head of Curriculum and two students. The instrument used is FRESH (*Focusing Resources on Effective School Health*).

**Results:** Analysis of health programs in MTS Al-Islam Gunungpati giving results: health policy of the school stated in good category, the good and safe learning environment stated

*in the medium category, based health education skills stated in the poor category, health services based skill expressed in the medium category.*

**Conclusion:** *The results of the analysis of the health program at MTS Al-Islam Gunungpati of the four points on the instrument FRESH ratings calculated on the Average category.*

**Key Words:** Health Promotion Program, School, FRESH

## **PENDAHULUAN**

Sekolah merupakan institusi formal dan strategis dalam menyiapkan sumber daya manusia yang sehat secara fisik, mental, sosial, dan produktif. Salah satu yang mempengaruhi keberhasilan proses belajar mengajar di sekolah adalah status kesehatan dan kondisi lingkungan sekolah (Yudi, 2014). Kesehatan sekolah diselenggarakan untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat peserta didik dalam lingkungan hidup sehat sehingga peserta didik dapat belajar, tumbuh, dan berkembang secara harmonis dan optimal menjadi sumber daya manusia yang lebih berkualitas (Presiden Republik Indonesia, 1992).

Anak usia sekolah dihadapkan pada masalah kesehatan yang sangat kompleks dan bervariasi. Masalah kesehatan pada anak usia TK dan SD biasanya berkaitan dengan kebersihan perorangan dan lingkungan seperti gosok gigi yang baik dan benar, kebiasaan cuci tangan pakai sabun dan kebersihan diri lainnya. Sedangkan pada anak usia SLTP dan SMU, masalahnya berkaitan dengan perilaku beresiko seperti penyalahgunaan NAPZA (Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya), kehamilan yang tidak diinginkan, abortus yang tidak aman, penyakit menular seksual (PMS), termasuk HIV/AIDS, kesehatan reproduksi remaja (KRR), kecelakaan, dan trauma lainnya (Depkes RI, Kualitas Sumber Daya Manusia Ditetapkan Pendidikan dan Kesehatan, 2004). Selain itu, adapun beberapa hal yang menjadi permasalahan dalam pembinaan dan pengembangan program promosi kesehatan di sekolah antara lain perilaku hidup bersih dan sehat belum mencapai pada tingkat yang diharapkan, disamping itu ancaman sakit terhadap murid sekolah masih cukup tinggi dengan adanya penyakit endemis dan kekurangan gizi. (Depkes RI, 2008)

Tujuan promosi kesehatan di sekolah diantaranya adalah meningkatkan peserta didik, guru dan masyarakat lingkungan sekolah untuk ber-PHBS, meningkatkan lingkungan sekolah yang sehat, aman dan nyaman, meningkatkan pendidikan kesehatan di sekolah, meningkatkan akses (kesempatan) untuk pelaksanaan pelayanan kesehatan di sekolah, meningkatkan peran aktif peserta didik, guru dan masyarakat lingkungan sekolah untuk meningkatkan kesehatan masyarakat di sekitar lingkungan sekolah, meningkatkan penerapan kebijakan sehat dan upaya di sekolah untuk mempromosikan kesehatan.

Strategi tersebut dilaksanakan dengan menyelenggarakan pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, kebersihan dan kesehatan lingkungan, serta pembudayaan perilaku

hidup bersih dan sehat (PHBS). Indikator PHBS di sekolah meliputi jajan di kantin sekolah, mencuci tangan dengan air bersih yang mengalir dan sabun, buang air kecil dan buang air besar di jamban sekolah serta menyiram jamban dengan air setelah di gunakan, mengikuti kegiatan olahraga dan aktivitas fisik di sekolah, memberantas jentik nyamuk disekolah secara rutin, tidak merokok di sekolah, menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan setiap bulan, membuang sampah pada tempatnya (Yudi, 2014).

Berbagai strategi telah ditempuh dalam upaya meningkatkan promosi kesehatan di sekolah seperti pemberdayaan warga sekolah dan masyarakat lingkungan sekolah dalam membangun lingkungan sekolah yang sehat, penggalangan kemitraan untuk meningkatkan upaya promosi kesehatan di sekolah, memberikan pendidikan kesehatan bagi anak, pengkajian/penelitian untuk meningkatkan program promosi kesehatan di sekolah, memberikan akses pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif bagi peserta didik, berperan aktif dalam meningkatkan kesehatan masyarakat. Namun peranan sekolah belum optimal dalam mengembangkan promosi kesehatan di sekolah, masih banyak sekolah yang belum termasuk sekolah sehat, dan kurangnya dukungan kebijakan promosi kesehatan di sekolah (Malicha, 2013)

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai implementasi program kesehatan di MTS Al Islam Gunungpati yang telah dinilai menggunakan instrumen FRESH (*Focusing Resources on Effective School Health*). Dari hasil penilaian ini diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi untuk sekolah agar dapat menerapkan program kesehatan yang sesuai sehingga tercapainya sekolah sehat.

## **METODE**

Penelitian ini menggunakan desain penelitian gabung kuantitatif dan kualitatif. Sample dalam penelitian ini adalah Madrasah Tsanawiyah Al-Islam Gunungpati Semarang. Dalam penentuannya, Sample diambil dengan menggunakan teknik random sampling.

Penelitian dilakukan pada tanggal 8 November 2017. Proses pengambilan data kualitatif dilakukan dengan melakukan observasi atau pengamatan pada objek penelitian yang dikehendaki, selain itu juga peneliti melakukan wawancara mendalam kepada Kepala Sekolah yang pada saat penelitian diwakilkan oleh Wakil Kepala Sekolah bidang Kurikulum dan dua orang siswa yang diambil secara random di tempat penelitian. Panduan wawancara yang digunakan pada penelitian ini adalah instrument FRESH (*Focusing Resources on Effective School Health*).

FRESH adalah instrument yang digunakan untuk melakukan monitoring dan evaluasi program kesehatan di sekolah. Lembaga internasional menyetujui kerangka kerja bersama untuk kesehatan sekolah pada Forum Pendidikan Dunia di Dakar pada tahun 2000. FRESH membahas tentang memonitoring dan mengevaluasi program kesehatan pada tingkat nasional dan tingkat sekolah. Kerangka FRESH terdiri dari 4 poin yaitu, (1) Kebijakan kesehatan sekolah yang setara, (2) Lingkungan belajar yang aman, (3) Pendidikan kesehatan berbasis ketrampilan, (4) Layanan kesehatan dan gizi berbasis sekolah.

Sedangkan untuk analisis data kuantitatif menggunakan Skala Likert. Skala Likert adalah skala yang digunakan untuk mengukur persepsi, sikap atau pendapat seseorang atau kelompok mengenai sebuah peristiwa atau fenomena sosial, berdasarkan definisi operasional yang telah ditetapkan oleh peneliti (Sapoetra, 2015). Penggunaan Skala Linkert ini bertujuan untuk memperoleh penilaian dan pemberian skoring dari kuesioner yang menjadi instrumen penelitian. Penilaian jawaban pada instrumen penelitian ini ada tiga level, yaitu kategori Baik, Sedang, dan Kurang. Adapun panduan penilaian skoring yaitu Setiap pertanyaan ada diberi nilai 0 apabila kurang, nilai 1 apabila sedang, dan nilai 2 apabila baik. Penentuan level kurang yaitu nilai maksimal dibagi dengan jumlah kategori penilaian. Nilai maksimal yaitu nilai tertinggi dikali dengan jumlah kategori penilaian. Penentuan level sedang yaitu lebih dari nilai level kurang sampai dengan dua kali nilai level kurang. Penentuan level baik yaitu nilai lebih dari nilai level sedang sampai dengan nilai maksimal.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel: Hasil penilaian program kesehatan sekolah dengan Instrumen FRESH

Instrument	Jumlah Pertanyaan	Nilai Maksimal (2 x jumlah pertanyaan)	Jumlah Kategori (kurang, sedang, baik)	Interval $\left(\frac{\text{nilai maksimal}}{\text{jumlah kategori}}\right)$	Jumlah skor	Penilaian Kategori
Kebijakan kesehatan sekolah yang setara	10	20	3	Kurang= <6,6 Sedang= 6,7-13,2 Baik =>13,3-20	15	Baik
Lingkungan belajar yang aman	11	22	3	Kurang= <7,3 Sedang= 7,4-14,6 Baik = >14,7-22	13	Sedang
Pendidikan kesehatan berbasis ketrampilan	17	34	3	Kurang= <11,3 Sedang= 11,4-22,6 Baik =>22,7-34	7	Kurang

Layanan kesehatan dan gizi berbasis sekolah	7	14	3	Kurang= <4,6 Sedang= 4,7 – 9,2 Baik => 9,3 - 14	5	Sedang
---	---	----	---	---	---	--------

### **Kebijakan Kesehatan Sekolah yang Setara**

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, kebijakan kesehatan sekolah yang setara di MTS Al-Islam Gunungpati didapatkan interval skor kurang yaitu <6,6. Skor sedang berada diantara skor 6,7 – 13,2. Skor baik berada pada skor > 13,3-20. Nilai yang diperoleh dari MTS Al-Islam Gunungpati yaitu 15 sehingga penialain kebijakan kesehatan sekolah yang setara di MTS Al-Islam Gunungpati dikategorikan Baik.

Pada poin kebijakan kesehatan sekolah yang setara dikategorikan pada level baik karena sekolah ini memiliki kebijakan sekolah yang berupa peraturan atau tata tertib tentang kesehatan yang tertulis maupun yang tidak tertulis. Kebijakan sekolah tentang kesehatan di sekolah ini tercantum pada Visi dan Misi sekolah dan tercantum pada tata tertib kurikulum KTSP yaitu seperti larangan membawa dan merokok, membawa senjata tajam untuk mengancam atau melukai, membawa atau menggunakan obat/minuman terlarang dilingkungan sekolah dan menjaga kebersihan di lingkungan sekolah.

Berikut cuplikan hasil wawancara mendalam dengan wakil kepala sekolah terkait kebijakan kesehatan sekolah:

*“Kalo peraturan tidak boleh merokok, pasti itu peraturan yang pertama. Kami melarang tidak diperbolehkannya membawa ataupun merokok. Kemudian kalo kelas-kelas itu harus selalu bersih tidak ada sampah, depan kelas jugasama harus bersih. Kalo tata tertibnya ada mba kalo di tata terterib kurikulum KTSP itu ada.”*

Adapun prosedur yang dilakukan oleh sekolah untuk memantau dan mengevaluasi kebijakan sekolah yang ada. Pihak sekolah selalu melakukan evaluasi terkait program-program ataupun kebijakan sekolah yang ada. Evaluasi dilakukan setiap akhir tahun. Berikut penuturan dari waka kurikulum:

*“Kalo biasanya evaluasi itu kami adakan setiap akhir tahun, kalo misalnya program ini terlaksana atau tidak, terus program ini terlaksana atau tidak.”*

Selain itu, kami juga mewawancarai siswa untuk mengukur sejauh mana kebijakan yang ada di sekolah tersebut diketahui dan dipahami oleh siswa. Hasil yang diperoleh dari wawancara ternyata dari kedua siswa yang kami wawancarai mengetahui bahwa terdapat kebijakan sekolah tentang kesehatan yang ada di sekolah.

Keberadaan peraturan kesehatan yang ada di sekolah ini sejalan dengan Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2015 Tentang Kawasan Tanpa Rokok Di Lingkungan Sekolah yang menjelaskan bahwa kawasan tanpa

rokok bertujuan untuk menciptakan lingkungan sekolah yang bersih, sehat, dan bebas rokok. Untuk mendukung Kawasan tanpa rokok di Lingkungan Sekolah, Sekolah wajib melakukan hal-hal sebagai berikut: a. memasukkan larangan terkait rokok dalam aturan tata tertib sekolah; b. melakukan penolakan terhadap penawaran iklan, promosi, pemberian sponsor, dan/atau kerja sama dalam bentuk apapun yang dilakukan oleh perusahaan rokok c. memberlakukan larangan pemasangan papan iklan, reklame, penyebaran pamflet, dan bentuk-bentuk iklan lainnya dari perusahaan atau yayasan rokok yang beredar atau dipasang di Lingkungan Sekolah; d. melarang penjualan rokok di kantin/warung sekolah, koperasi atau bentuk penjualan lain di Lingkungan Sekolah; dan e. memasang tanda kawasan tanpa rokok di Lingkungan Sekolah (Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI, 2015).

### **Lingkungan belajar yang aman (Tingkat Sekolah)**

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, penilaian lingkungan belajar yang aman di MTS Al-Islam Gunungpati didapatkan interval skor kurang yaitu <7,3. Skor sedang berada diantara skor 7,4 – 14,6. Skor baik berada pada skor > 14,7 – 22. Nilai yang diperoleh dari MTS Al-Islam Gunungpati yaitu 13 ,sehingga penialain kebijakan kesehatan sekolah yang setara di MTS Al-Islam Gunungpati dikategorikan Sedang.

Kapasitas sekolah untuk memenuhi kebutuhan pembelajaran fisik yang sehat dan aman cukup baik. Air minum tersedia pada hari saat survey berlangsung, namun air minum tersebut hanya tersedia untuk guru dan staf karyawan sekolah. Air bersih dan sabun untuk cuci tangan menurut sumber yang kami wawancarai tersedia, sedangkan ketika kami terjun ke lapangan untuk mengecek keadaan yang sebenarnya, air bersih di keran tidak mengalir.

*"Air minum ada mbak, tapi ya itu hanya untuk guru. Kalau untuk siswa ya mereka bawa sendiri-sendiri. Kemudian untuk air bersih nanti bisa dilihat sendiri ya mbak, ada kok air bersih itu disana."*

Tidak adanya pelatihan yang diikuti oleh staf karyawan sekolah tentang menciptakan lingkungan belajar fisik yang sehat dan aman, namun staf karyawan mendukung dan memelihara lingkungan belajar yang aman, misalnya: memperingatkan murid untuk selalu berbuat baik kepada sesama, selalu menegur murid jika murid melakukan kesalahan.

Pada saat survey berlangsung, lingkungan sekolah memberikan indikasi bahwa sekolah memiliki suasana yang hangat dan bersahabat. Interaksi antara siswa satu dengan yang lainnya terjalin dengan baik. Tetapi untuk fasilitas bimbingan konseling sendiri dari guru maupun staf karyawan sekolah belum ada yang menerima pelatihan untuk mengembangkan kemampuan menciptakan lingkungan psikologis yang baik, namun staf dan karyawan ikut mendukung dan memelihara lingkungan belajar yang aman dan sehat.



Ketersediaan jamban disekolah sudah memenuhi syarat minimum standar jamban yang tersedia yaitu 3 jamban untuk peserta didik wanita dan 3 jamban untuk peserta didik pria. Sarana dan prasarana jamban juga terpenuhi. Namun jumlah jamban yang tersedia kurang untuk memenuhi jumlah siswa yang ada.

Jamban berfungsi sebagai tempat buang air besar dan/atau kecil. Minimum terdapat 1 unit jamban untuk setiap 40 peserta didik pria, 1 unit jamban untuk setiap 30 peserta didik wanita, dan 1 unit jamban untuk guru. Banyak minimum jamban setiap sekolah 3 unit. Luas minimum 1 unit jamban  $2 m^2$ . Jamban harus ber dinding, beratap, dapat dikunci, dan mudah dibersihkan. Tersedia air bersih di setiap unit jamban (Menteri Pendidikan Nasional, 2007).

Untuk kasus bullying, pihak sekolah menangani dan menindak tegas jika ada kasus bullying di lingkungan sekolah, hal tersebut dapat kami pastikan melalui hasil wawancara kami dengan beberapa murid di MTS Al-Islam Gunungpati. Ketika wawancara berlangsung, siswa juga mengatakan bahwa pihak sekolah sangat berusaha untuk melindungi dan meniadakan kasus bullying di lingkungan sekolah, jika ada kasus semacam tersebut, maka siswa yang melakukan bullying akan mendapat tindak tegas dari pihak sekolah.

*“untuk bullying disini kami sangat menindak tegas pelaku yang melakukan bullying mbak. Dulu pernah ada kasus anak malak gitu, minta 500 atau seribu rupiah, tapi kalau terus menerus kan juga itu ngganggu anak-anak yang lain ya. Jadi begitu kami dapat laporan, langsung kami panggil itu siswa yang malak terus kami beritahu dari guru BK. Biasanya pelanggaran seperti itu dicatat ke buku pelanggaran mbak.”*

#### **Pendidikan kesehatan berbasis ketrampilan (Tingkat Sekolah)**

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, pendidikan kesehatan berbasis keterampilan di MTS Al-Islam Gunungpati didapatkan interval skor kurang yaitu  $<11,3$ . Skor sedang berada diantara skor  $11,4 - 22,6$ . Skor baik berada pada skor  $>22,6 - 34$ . Nilai yang diperoleh dari MTS Al-Islam Gunungpati yaitu 7, sehingga penialain kebijakan kesehatan sekolah yang setara di MTS Al-Islam Gunungpati dikategorikan Kurang.

Frekuensi kesehatan yang diajarkan di sekolah kurang karena belum adanya pelajaran berbasis kesehatan yang berdiri sendiri sebagai satu mata pelajaran khusus. Namun, ada beberapa topic kesehatan yang diselipkan kedalam pelajaran lain (Bimbingan Konseling, Olahraga). Untuk ekstrakurikuler yang ada yaitu ekstrakurikuler basket dan pramuka, serta tidak ada pembahasan tentang topic kesehatan pada saat ekstrakurikuler tersebut berlangsung.

*“belum ada mbak pelajaran yang khusus tentang kesehatan, ekstrakurikuler juga disini hanya ada pramuka dan basket. Untuk PMR belum ada, dulu sudah pernah ada tapi nggak jalan. Jadi yang ada hanya pramuka dan basket.”*

Pada tahun ini dan tahun-tahun sebelumnya, belum pernah ada topic kesehatan yang diajarkan pada tingkat kelas tertentu, juga tidak adanya topic kesehatan yang dibahas sesuai dengan kondisi yang sedang terjadi saat ini.

Tidak adanya guru yang menerima pelatihan yang sesuai dalam pendidikan kesehatan berbasis keterampilan termasuk pendekatan pengajaran partisipatif juga merupakan salah satu penyebab mengapa MTS Al-Islam Gunungati mendapatkan skor kurang.

Panduan buku teks atau kurikulum yang memuat tentang topic kesehatan juga tidak dimiliki oleh sekolah. Namun ada beberapa poster yang dapat digunakan untuk mendukung adanya topic kesehatan yang diangkat dalam lingkungan sekolah.

Dalam mempraktekkan perilaku untuk kesehatan yang baik sudah ada beberapa perilaku yang dicontohkan oleh guru, seperti: tidak membuang sampah sembarangan dan cuci tangan yang baik. Namun dari sisi siswa sendiri belum cukup baik untuk dapat melakukan perilaku yang sadar akan kesehatan seperti mencuci tangan pakai sabun.

*“kalau seperti itu, kami dari pihak guru pasti selalu mengingatkan kok mbak, contohnya seperti buang sampah pada tempatnya, terus nyapu ini kelasnya jangan sampai kotor. Saya rasa anak-anak juga pasti paham kalau lingkungan sekolah itu harus bersih dan tidak boleh kotor.”*

Beberapa topic kesehatan yang dipelajari siswa dalam 12 bulan terakhir yaitu tentang narkoba, anti bullying dan PHBS, hanya saja topik-topik tersebut tidak diajarkan dalam satu mata pelajaran khusus kesehatan, melainkan hanya disisipkan ditengah-tengah mata pelajaran yang lain.

Pembentukan perilaku siswa di sekolah dapat dilakukan melalui pembelajaran pendidikan kesehatan sebagai bagian dari mata pelajaran penjasorkes yang mencakup materi-materi kesehatan baik kesehatan pribadi maupun kesehatan lingkungan. Membiasakan diri untuk hidup sehat pada siswa memang tidak mudah, karena butuh niat dan kedisiplinan. Melalui pendekatan perilaku (behaviorism) pendidikan kesehatan sebagai suatu proses perubahan tingkah laku menuju sehat dengan penerapan penguatan bila melakukan hidup sehat.

Pendidikan kesehatan adalah proses membantu seseorang, dengan bertindak secara sendiri-sendiri ataupun secara kolektif, untuk membuat keputusan berdasarkan pengetahuan mengenai hal-hal yang mempengaruhi kesehatan pribadinya dan orang lain untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara kesehatannya dan tidak hanya mengaitkan diri pada peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik saja, tetapi juga

meningkatkan atau memperbaiki lingkungan (baik fisik maupun non fisik) dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan dengan penuh kesadaran (Sari, 2013).

### **Layanan kesehatan dan gizi berbasis sekolah (tingkat sekolah)**

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, Layanan kesehatan berbasis keterampilan di MTS Al-Islam Gunungpati didapatkan interval skor kurang yaitu <4,6. Skor sedang berada diantara skor 4,7 – 9,2. Skor baik berada pada skor >9,3 –14. Nilai yang diperoleh dari MTS Al-Islam Gunungpati yaitu 5, sehingga penilain kebijakan kesehatan sekolah yang setara di MTS Al-Islam Gunungpati dikategorikan Sedang.

Hal tersebut dapat dibuktikan dengan air minum yang tersedia di sekolah hanya untuk guru saja, sedangkan siswanya tidak memperoleh air minum tetapi harus membeli secara mandiri di kantin sekolah. Sekolah ini juga memiliki kerjasama dengan Puskesmas yang menyelenggarakan berbagai kegiatan seperti penyuluhan dan pemeriksaan tentang kesehatan gigi, mulut, mata, PHBS di sekolah yang dilakukan setiap setahun sekali. Berikut hasil wawancara dengan siswa:

*“Pernah dimasukin puskesmas ok mba, yang meriska-meriksa gitu kaya gigi, mata, mulut. Terus ngasih tau yang kurang sehat kayak harus gosok gigi, telinganya harus dibersihin”*

Berdasarkan pengamatan langsung ypada saat penelitian, keberadaan UKS sekolah ini tidak terawat dan tidak berjalan dengan semestinya disebabkan sekolah tidak mempunyai sarana dan prasarana yang memadai. Di UKS tidak memiliki jam dinding, pengukur tinggi badan, tandu, tempat sampah. Sudah terdapat sebuah tempat tidur tetapi tidak memiliki selimut, memiliki timbangan badan namun kondisinya sudah rusak, tersedia P3K namun jumlahnya terbatas. Sehingga perlunya pemeliharaan dan pengawasan UKS.

Hal tersebut menunjukkan bahwa UKS belum terlaksana secara baik karena kurangnya program pelatihan terhadap pembina UKS di sekolah dari Puskesmas atau Dinas Kesehatan.

Program UKS dalam upaya peningkatan pendidikan dan kesehatan peserta didik maka peran petugas kesehatan mempunyai peranan yang sangat penting dan intensitas pembinaan dan pengembangan UKS perlu di tingkatkan agar derajat kesehatan anak dan lingkungan sekolah tercapai melalui pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sehat, mengingat fungsi tugas dan kewajibannya sebagai pelayan masyarakat di samping guru yang setiap hari menghadapi peserta didik (Depkes, 2002).

## **PENUTUP**

Hasil analisis program kesehatan di MTS Al-Islam Gunungpati dari keempat poin penilaian pada instrument FRESH dapat disimpulkan dalam kategori sedang. Hasil

penilaian kebijakan kesehatan sekolah yang setara kategorikan baik, karena memiliki kebijakan sekolah berupa peraturan atau tata tertib tentang kesehatan yang tertulis maupun yang tidak tertulis. Sedangkan penilaian tentang Lingkungan belajar yang aman kategorikan sedang, karena kapasitas sekolah untuk memenuhi kebutuhan pembelajaran fisik yang sehat dan aman cukup baik. Pendidikan kesehatan berbasis keterampilan dikategorikan kurang, karena frekuensi kesehatan yang diajarkan kurang dan belum adanya pelajaran berbasis kesehatan yang berdiri sendiri sebagai satu mata pelajaran khususnya ada beberapa topic kesehatan yang diselipkan kedalam pelajaran lain (Bimbingan Konseling, Olahraga). Layanan kesehatan berbasis keterampilan kategorikan sedang, karena air minum yang tersedia hanya staf dan guru, sedangkan siswa tidak memperoleh air minum. Keberadaan UKS tidak terawat dan belum terlaksana secara baik. Namun, sekolah ini memiliki kerjasama dengan Puskesmas yang menyelenggarakan berbagai kegiatan seperti penyuluhan dan pemeriksaan tentang kesehatan gigi, mulut, mata, PHBS di sekolah.

Disarankan kepada pihak sekolah untuk meningkatkan program sekolah terutama dibidang pendidikan kesehatan, meningkatkan sarana dan prasarana khususnya Usaha Kesehatan Sekolah dan memberikan pendidikan berbasis ketrampilan seperti PMR, Dokter Kecil dan ketrampilan lainnya dibidang kesehatan kepada guru dan siswa. Selain itu, perlunya kebijakan Dinas Pendidikan untuk memasukkan mata pelajaran berbasis kesehatan di dalam kurikulum pembelajaran. Serta untuk Dinas Kesehatan dapat memberikan pelatihan kepada guru ataupun siswa agar memiliki ketrampilan berbasis kesehatan.

## **UCAPAN TERIMA KASIH**

Dengan selesainya penelitian ini, penulis ingin mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang turut membantu, khususnya:

1. Kepala MTS Al Islam Gunungpati yang telah memberikan izin penelitian.
2. Wakil Kepala Sekolah Bidang Kurikulum yang telah mendampingi selama penelitiandan Siswa MTS Al Islam Gunungpati sebagai responden dan membantu jalannya penelitian.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Depkes RI. (2004). *Kualitas Sumber Daya Manusia Ditentukan Pendidikan dan Kesehatan*. Jakarta.
- Depkes RI. (2008). *Promosi Kesehatan Sekolah*. Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan.
- Depkes, R. (2002). *Kualitas Sumber Daya Manusia Ditentukan Pendidikan dan Kesehatan*. Jakarta.
- Malicha, S. (2013, Maret 24). *Promosi Kesehatan Di Sekolah*. Retrieved November 17, 2017, from Dinkeskotmojokerto:

<https://sitimalichadinkeskotmojokerto.wordpress.com/2013/03/24/promosi-kesehatan-di-sekolah/>

- Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI. (2015). *Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2015 Tentang Kawasan Tanpa Rokok di Lingkungan Sekolah*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Menteri Pendidikan Nasional. (2007). *Peraturan Menteri Pendidikan Nasional Nomor 24 tahun 2007 Tentang Standar Sarana dan Prasarana Untuk Sekolah Dasar/ Madrasah Ibtidaiyah(SD/MI) , Sekolah Menengah Pertama/Madrasah Tsanawiyah (SMP/MTs), dan Sekolah Menengah Atas/ Madrasah Aliyah (SMA/MA) .* Jakarta: Departemen Pendidikan nasional.
- Presiden Republik Indonesia. (1992). *Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan*. Jakarta: Sekretariat Negara.
- Sapoetra, A. N. (2015, Maret 11). *Cara Menghitung Skala Likert*. Retrieved November 17, 2017, from <https://naufansapoetra.blogspot.co.id>
- Sari, I. P. (2013). Pendidikan Kesehatan Sekolah Sebagai Proses Perubahan Perilaku Siswa. *Jurnal Pendidikan Jasmani Indonesia*, 141-147.
- Yudi, M. (2014). *Panduan Pelaksanaan Pembinaan Sekolah Dasar Bersih dan Sehat (SD Bersih Sehat)*. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Jendral Pendidikan Dasar Direktorat Pembinaan Sekolah Dasar.

# FAKTOR-FAKTOR PENYEBAB PENGEMBALIAN BERKAS PERSYARATAN KLAIM BPJS PASIEN RAWAT JALAN DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Aris Sandi<sup>1\*</sup>, Irwan Budiono<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Prodi Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang

E-mail Korespodensi: arissandi1215@gmail.com

## ABSTRAK

**Latar Belakang :** Salah satu upaya yang ditempuh pemerintah dalam peningkatan kesehatan yaitu adanya badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan masyarakat yang kemudian disebut BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial). Cara penagihan terhadap biaya pelayanan BPJS yaitu dengan menggunakan sistem klaim, berkas persyaratan klaim dikirimkan kepada verifikator BPJS kesehatan. Berdasarkan hasil pengamatan terdapat permasalahan yaitu terkait pengembalian berkas klaim oleh pihak verifikator BPJS.

**Tujuan:** Mengetahui persentase kelengkapan syarat klaim BPJS pasien rawat jalan dan Mengetahui apa saja faktor penyebab dikembalikannya klaim BPJS pasien rawat jalan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

**Metode:** Survey analitik dengan pendekatan case control. Pengambilan sampel merupakan seluruh berkas klaim yang dikembalikan oleh verifikator BPJS di satu minggu bulan September yaitu 46 sampel (perbandingan jumlah sampel case dan cont rol adalah 1 : 1 yaitu 46 berkas kasus dan 46 berkas kontrol). Teknik pengambilan sampel menggunakan sampling jenuh.

**Hasil:** Hasil analisis kelengkapan terdapat beberapa berkas syarat yang tidak lengkap yaitu laporan individual pasien. Dengan persentase ketidaklengkapan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) 52,2%,Laporan Penunjang 19,6%, Fotocopy Kartu BPJS 8,7%.

**Kata Kunci:** Kelengkapan, Berkas persyaratan klaim, BPJS, Pasien rawat jalan.

## ABSTRACT

**Background :** One of the efforts taken by the government in improving health is the existence of a legal entity formed to organize a public health insurance program which is then called BPJS (Bandan Social Security Organizer).Way billing about the cost of services that is by using a claim system , the required files claims deliv ered to verifikator bpjs health . Based on the results of observation there is a problem is that related to return claim files by the verifikator BPJS.

**Purpose :** know the percentage of completeness a requirement claims bpjs in - patient care and knowing what course he was returning the factor causing the claims BPJS in patients at the hospital Sultan Agung Semarang.

**Method :** Survey analytic with the approach case control . The sample collection constitute a whole claim documents returned by verifikator bpjs in the first week of September that is 46 sample ( comparative the sample of the case and control is 1: 1 namely 46 the case file and 46 file control of ) . Technique the sample collection use of sampling saturated.

**Results :** Results of completeness analysis there are some files of incomplete terms of the individual patient reports. With percentage incompleteness of Member Eligibility Letter (SEP) 52,2%, Supporting Report 19,6%, photocopy of BPJS 8,7%.

**Key Words:** Completeness, The required files claims, Insurance BPJS, Outpatients

## PENDAHULUAN

Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada perawatan rawat jalan dan rawat inap di Rumah Sakit menggunakan sistem pembiayaan prospektif. Menurut Hasbullah Thabrany (2013) sistem pembiayaan prospektif adalah pembayaran yang sudah disepakati dimuka meskipun pembayarannya dilakukan setelah pelayanan diberikan. Jenis sistem pembayaran prospektif yang digunakan adalah dengan tarif paket atau *Casemix Based Group (CBG)* yaitu cara pembayaran dengan biaya satuan per diagnosis, bukan biaya atau harga satuan perjenis pelayanan medis maupun non-medis yang diberikan kepada seorang pasien dalam rangka penyembuhan suatu penyakit. Di Indonesia jenis pembayaran CBG dikembangkan dengan istilah *Indonesia Case Base Group (INA-CBG)*. Dalam jenis sistem pembiayaan tersebut rumah sakit harus mengajukan klaim untuk mendapatkan biaya pelayanan yang telah diberikan kepada pasien Jaminan Kesehatan Nasional.

Menurut Depkes (2008) tentang petunjuk teknis administrasi klaim dan verifikasi program Jaminan Kesehatan Nasional masyarakat, bahwa kelengkapan dokumen untuk pengajuan klaim yaitu surat rujuk, pemeriksaan, pelayanan penunjang diagnostic dan tindakan medic yang telah disahkan oleh dokter yang bertanggungjawab. Berdasarkan Permenkes RI Nomor 903/Menkes/Per/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Masyarakat. Apabila salah satu persyaratan tidak ada atau item-item tidak diisi dengan lengkap akan berakibat pada keberhasilan proses klaim.

Pengembalian berkas klaim atau revisi klaim memiliki dampak yang sangat merugikan terhadap Rumah Sakit karena akan memperlambat proses pembayaran klaim. Sesuai dengan ketentuan umum dalam administrasi klaim fasilitas kesehatan BPJS Kesehatan disebutkan bahwa BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 10 (sepuluh) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di Kantor Cabang /Kantor Operasi Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan.

Rumah Sakit Islam Sultan Agung sudah terakreditasi dengan status lulus nilai paripurna. Dalam pelaksanaan program JKN, RSI-SA masih mengalami pengembalian berkas klaim setiap bulannya oleh verifikator BPJS Kesehatan. Dalam mengatasi hal tersebut RSI-SA telah membuat upaya dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) tentang klaim BPJS Kesehatan dan pelaksanaan akreditasi versi 2017, namun pengembalian klaim oleh verifikator BPJS Kesehatan masih terjadi. Berdasarkan studi pendahuluan di pelaporan instalasi rekam medis dan unit JKN bahwa berkas klaim pasien rawat inap yang dikembalikan memang lebih besar daripada berkas klaim pasien rawat jalan, padahal untuk persyaratan klaim pada rawat jalan lebih mudah daripada pasien rawat inap tetapi mengapa

disini masih dikembalikan oleh pihak verifikator BPJS Kesehatan. Pada bulan Juli 2017 berkas klaim pasien rawat jalan yang dikembalikan sebanyak 3,7% dari 956 berkas klaim yang diterima. Sedangkan pada bulan Agustus 2017 berkas klaim yang dikembalikan mengalami peningkatan 4,8% dari 870 berkas klaim yang diterima. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melaksanakan penelitian mengenai “Faktor-faktor penyebab pengembalian persyaratan klaim BPJS pasien rawat jalan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”.

## METODE

Desain penelitian kuantitatif survey analitik dengan pendekatan case control , populasi dalam penelitian ini adalah seluruh berkas klaim BPJS pasien rawat jalan pada bulan September 2017 yang dikembalikan di minggu pertama pada bulan September oleh verifikator BPJS ke bagian rekam medis dengan jumlah 46 kasus, sampel diambil dengan teknik sampling jenuh yaitu seluruh populasi dijadikan sampel. Sampel berkas kontrol berjumlah 46 yaitu berdasarkan teori Budijanto (2005) sampel case dan control dapat diambil dengan perbandingan N1=N2. Perbandingan sampel kontrol ( control ) dengan sampel kasus ( case ) adalah 1 : 1. Dalam penelitian ini jumlah total sampel adalah 92 berkas terdiri dari 46 berkas kasus (case) dan 46 berkas kontrol (control).

## PEMBAHASAN

### 1. Persentase Kelengkapan Persyaratan Klaim BPJS Pasien Rawat Jalan di RS Islam Sultan Agung Semarang

Berdasarkan hasil studi dokumentasi terhadap 92 berkas klaim BPJS pasien rawat jalan dengan analisis hasil perhitungan kelengkapan syarat klaim BPJS pasien rawat jalan adalah sebagai berikut:

Item Klaim BPJS	Case		Control	
	Lengkap n(%)	Tidak Lengkap n(%)	Lengkap n(%)	Tidak Lengkap n(%)
Surat Eligibilitas Peserta (SEP)	22 (47,8%)	24 (52,2%)	46 (100%)	0(0%)
Laporan Penunjang	37 (80,4%)	9 (19,6%)	46 (100%)	0(0%)
Fotocopy Kartu BPJS	42 (91,3%)	4 (8,7%)	46 (100%)	0(0%)
Surat Keterangan	46 (100%)	0 (0%)	46 (100%)	0(0%)
Fotocopy KTP	46 (100%)	0 (0%)	46 (100%)	0(0%)



Dari hasil perhitungan analisis kelengkapan berkas syarat klaim BPJS pasien rawat jalan didapatkan persentase lembar syarat tidak lengkap tersebut yaitu terdapat beberapa berkas syarat yang tidak lengkap yaitu laporan individual pasien. Dengan persentase ketidaklengkapan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) 52,2%, Laporan Penunjang 19,6, Fotocopy kartu BPJS 8,7%. Dari hasil seluruh presentase yang sudah dihitung pada table tersebut dapat disimpulkan bahwa aspek persyaratan mengalami ketidaklengkapan yaitu Surat Eligibilitas Peserta (SEP), Laporan Penunjang, dan Fotocopy Kartu BPJS.

## **2. Faktor-faktor yang menyebabkan pengembalian berkas persyaratan klaim BPJS pasien rawat jalan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang**

Berdasarkan studi dokumentasi ketidaklengkapan syarat tersebut dikarenakan sebagai berikut:

### **1) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)**

SEP yang kepanjangan dari Surat Eligibilitas Peserta, tujuan penerbitan SEP sendiri adalah untuk mempermudah peserta memperoleh layanan kesehatan, khususnya di fasilitas kesehatan tingkat lanjutan seperti faskes II di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Nomor SEP pada laporan individual pasien dengan di lampiran lembar surat Eligibilitas Peserta (SEP) berbeda akibatnya data tidak ditemukan atau sering disebut data tidak ada (DTA), kelas perawatan pada laporan individual berbeda dengan keterangan yang ada di Lampiran SEP ataupun di lembar resume medis, tanggal masuk pada laporan individual pasien berbeda dengan tanggal masuk pada SEP, INA-CBG's karena kurang tandatangan komite medis untuk kasus penyakit tertentu. Adapun pada item diagnosis sekunder, diagnosis primer dan tindakan/ prosedur yang menyebabkan klaim dikembalikan yaitu ketidaktepatan kode yang dikoding oleh koder.

### **2) Laporan Penunjang**

Lembar laporan individual pasien merupakan rekapitulasi pelayanan pasien yang merupakan lampiran yang dibuat rumah sakit yang berisi catatan perawatan pasien dalam satu episode perawatan. Senada dengan penelitian Riza (2015) menyebutkan bahwa laporan individual pasien merupakan data yang didapatkan dari dokumen persyaratan pengajuan klaim BPJS pasien rawat jalan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Laporan individual pasien juga dianalisis berdasarkan item kelengkapannya. Dari hasil analisis tersebut diketahui bahwa item yang menyebabkan dikembalikannya klaim BPJS yaitu antara lain Kelas Perawatan, Tanggal Masuk, Diagnosa Utama, Diagnosa Sekunder, Prosedur, dan INA CBG's. Item yang tidak lengkap pada berkas kontrol yaitu kelas perawatan. Dari hasil studi dokumentasi sebagian besar permasalahan yaitu karena salah dalam pengentryan item oleh petugas verifikasi BPJS internal rumah sakit.

### 3) Fotocopy Kartu BPJS

Kartu BPJS kesehatan merupakan tanda bukti peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan sebagai syarat pasien yang ditanggung biaya perawatannya oleh BPJS. Dari hasil studi dokumentasi penyebab ketidaklengkapan pada syarat klaim yaitu faktor fotocopy kartu BPJS karena lampiran kartu BPJS yang dilampirkan bukan kartu milik pasien melainkan kartu milik salah satu anggota keluarganya, dan kartu BPJS yang dilampirkan sudah tidak aktif. Kartu BPJS merupakan data sosial pasien. Kekurangan dalam kelengkapan fotocopy kartu BPJS bukan menjadi faktor pengembalian berkas klaim ke pihak verifikasi internal rumah sakit. Kelengkapan kartu BPJS dapat dimintakan secara tertulis melalui catatan kecil yang dilampirkan beserta nomor Rekam Medis pasien kemudian catatan kekurangan Fotocopy Kartu BPJS diserahkan ke bagian verifikasi internal rumah sakit untuk dilampirkan atau dilengkapi.

## **PENUTUP**

Kelengkapan berkas syarat klaim BPJS di Rumah Sakit Isla Sultan Agung Semarang didapatkan tiga syarat klaim BPJS pasien rawat jalan yang tidak lengkap pada berkas kasus ( case ) yaitu pada item Surat Eligibilitas Peserta (SEP), laporan penunjang, dan fotocopy kartu BPJS

Dapat diketahui faktor apa saja yang menyebabkan dikembalikannya berkas BPJS rawat jalan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang di akibatkan karena kurangnya kelengkapan berkas persyaratan data Rawat Jalan yang mengakibatkan ketidak falitan berkas sehingga harus dilengkapi agar data BPJS dapat di klaim oleh verifikasi BPJS.

Mengadakan evaluasi kinerja petugas klaim asuransi BPJS secara berkala mengenai kelengkapan syarat klaim dan evaluasi kepatuhan petugas dalam pengisian lembar syarat yang diajukan pada pihak verifikasi BPJS. Sehingga hal tersebut dapat meminimalisir ketidaklengkapan syarat yang mengakibatkan pengembalian klaim BPJS oleh Verifikator. Lembar syarat yang mempengaruhi dikembalikannya klaim BPJS pasien rawat jalan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yaitu Surat Eligibilitas Peserta (SEP),Fotocopy kartu BPJS dan lembar laporan penunjang. Hal tersebut dapat diteliti lebih lanjut dengan menganalisis lebih dalam untuk mengetahui faktor yang lebih spesifik yang mempengaruhi pengembalian klaim BPJS pasien rawat jalan.

## **DAFTAR PUSTAKA**

Keputusan Menteri Kesehatan RI No 440/MENKES/SK/XII/2012/ tentang Sistem INA-CBG's Kesehatan [Internet].Tersedia dalam [www.bpjs.kesehatan.go.id](http://www.bpjs.kesehatan.go.id) (Diakses 16 Oktober 2017)

- Malonda., Rattu & Soleman. (2015). Hubungan Kelengkapan Dokumen Rekam Medis dengan Persetujuan Klaim Jamkesmas oleh Verifikator dengan Sistem INA CBGs di RSI Sultan Agung Semarang. *Jurnal Rekam Medis*. Maret 2016
- Pedoman Pelaksanaan Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan [Internet]. Tersedia alam [www.bpjs.kesehatan.go.id](http://www.bpjs.kesehatan.go.id) (Diakses 13 Oktober 2017)
- Riza, Sahnur Fhaisal. (2015). Pelaksanaan klaim BPJS pasien rawat jalan di RS Pelabuhan Cirebon Provinsi Jawa Barat. Karya Tulis Ilmiah (Tidak Dipublikasikan). D3 Rekam Medis UGM.
- Ulfah, Siti maria., Kresnowati, Lily., & Ernawati, Dyah. (2011). Hubungan Kelengkapan Dokumen Rekam Medis Dengan Persetujuan Klaim Jamkesmas Oleh Verifikator Dengan Sistem INA Cbgs Periode Triwulan IV Tahun 2011 Di RSI Sultan Agung Semarang. *Jurnal Rekam Medis dan Asuransi BPJS*. Maret.2016.
- Petunjuk Teknis Administrasi Klaim Program Jaminan Kesehatan Nasional [Internet]. Tersedia dalam [www.ppjk.bpjs-kesehatan.go.id](http://www.ppjk.bpjs-kesehatan.go.id) (Diakses 14 Oktober 2017)

## UPAYA MENINGKATKAN EFISIENSI WAKTU PENEMUAN KEMBALI ARSIP MELALUI PEMBUATAN *GUIDE* ARSIP

Hestu Yuris Maulida<sup>1\*</sup>, Irwan Budiono<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

E-mail Korespondensi: hestuyuris@gmail.com

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Pengelolaan sebuah arsip sangat berpengaruh pada lancarnya sebuah komunikasi administrasi. Oleh karena itu, maka arsip harus diatur dan dipelihara dengan sebaik mungkin sehingga arsip dapat dengan mudah dan cepat ditemukan kembali apabila diperlukan. Pada studi pendahuluan, waktu penemuan kembali sebuah arsip di Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang yaitu  $\pm$  2-3 menit, hal ini berarti waktu penemuan kembali arsip belum efisien karena melebihi 1 menit. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui peningkatan waktu penemuan kembali arsip melalui alat bantu berupa *guide* arsip pada Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang.

**Metode:** penelitian ini menggunakan metode *action research* dengan satu siklus tindakan.. Subjek penelitian ini sebanyak 5 orang staf Sub Bagian Keuangan dan Aset. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah observasi, wawancara, dokumentasi, dan tes. Teknik Analisis Data yang digunakan adalah kualitatif dan kuantitatif.

**Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa *guide* arsip dapat meningkatkan efisiensi waktu penemuan kembali sebuah arsip. Hal ini dibuktikan dengan waktu yang digunakan dalam penemuan kembali arsip kurang dari 1 menit atau dapat dikatakan efisien.

**Simpulan:** Dari hasil penelitian yang diperoleh maka dapat disimpulkan bahwa dengan adanya alat bantu berupa *guide* arsip dapat meningkatkan efisiensi waktu penemuan kembali sebuah arsip.

**Kata Kunci:** Penemuan kembali arsip, *guide*

### ABSTRACT

**Background:** The management of an archive is very influential on the smoothness of an administrative communication. Therefore, the archive should be organized and maintained as well as possible so that the archive can be easily and quickly rediscovered when necessary. In the preliminary study, the timing of rediscovery of an archive in the Sub Division of Finance and Assets Health Office Semarang City is  $\pm$  2-3 minutes, which means that the time of rediscovery of the archive has not been efficient because it exceeds 1 minute. The purpose of this research is to find the time penigkatan reinvention archives through the tool in the form of *guide* archives on the Sub Division Finance and Assets Health Office Semarang City.

**Methods:** This research uses action research method with one action cycle. The subjects of this study were 5 staff of Sub Division of Finance and Assets. Data collection techniques used are observation, interviews, documentation, and tests. Data Analysis Technique used is qualitative and quantitative.

**Results:** The results show that archival guides can improve the efficiency of the time of rediscovery of an archive. This is evidenced by the time spent in rediscovery of archives less than 1 minute or can be said to be efficient.

**Conclusion:** From the result of the research, it can be concluded that with the aid of a *guide* archive can increase the efficiency of the time of rediscovery of an archive.

**Key Words:** Re-invention of archives, guide

## **PENDAHULUAN**

Pengelolaan sebuah arsip sangat berpengaruh terhadap lancarnya sebuah komunikasi administrasi. Arsip merupakan pusat pengingat tentang kejadian atau kegiatan-kegiatan yang telah berlangsung dan tempat untuk mencari berbagai keterangan yang diperlukan bagi tindakan ataupun keputusan yang akan datang dalam instansi, oleh karena itu arsip harus diatur dan dipelihara dengan sebaik mungkin.

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2012, kearsipan adalah hal-hal yang berkenaan dengan arsip. Sedangkan arsip adalah rekaman kegiatan atau peristiwa dalam berbagai bentuk dan media sesuai dengan perkembangan teknologi informasi dan komunikasi yang dibuat dan diterima oleh lembaga negara, pemerintah daerah, lembaga pendidikan, perusahaan, organisasi politik, organisasi kemasyarakatan, dan perseorangan dalam pelaksanaan kehidupan bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara. Penyelenggaraan kearsipan adalah keseluruhan kegiatan meliputi kebijakan, pembinaan kearsipan, dan pengelolaan arsip dalam suatu sistem kearsipan nasional yang didukung oleh sumber daya manusia, prasarana dan sarana, serta sumber daya lainnya.

Jika berbicara tentang kearsipan, maka banyak hal yang perlu diperhatikan guna kelancaran tugas administrasi. Temu kembali arsip adalah salah satu hal yang sangat penting dalam tugas bidang kearsipan. Arsip-arsip yang dibutuhkan harus bisa ditemukembali secara cepat, tepat dan benar. Menurut para ahli kearsipan, sistem penyimpanan arsip yang baik akan membutuhkan waktu kurang dari 1 menit dalam proses penemuan kembali arsip apabila dibutuhkan.

Menurut Herujito (2006), efisiensi artinya menjalankan pekerjaan dengan benar. Selanjutnya menurut Gobel (2013), efisiensi adalah suatu ukuran keberhasilan yang dinilai dari besarnya sumber daya yang dikorbankan untuk memperoleh hasil tertentu. Sedangkan Menurut Diklat Teknis Administrasi Umum Tata Kelola Modul 3 Tata Kearsipan (2007), efisiensi disini dimaksudkan penyelenggaraan kearsipan dapat mencapai daya guna yang semaksimal mungkin, baik dari segi waktu (kecepatan penemuan kembali) maupun dari segi hasil (jumlah informasi yang disajikan). Jadi, dapat disimpulkan bahwa efisiensi adalah suatu ukuran keberhasilan yang ingin diperoleh guna mencapai hasil yang maksimal baik dari segi waktu (kecepatan menemukan arsip) maupun dari segi hasil (banyaknya informasi yang disajikan).

Penemuan kembali arsip adalah proses bagaimana arsip tersebut ditemukan sesuai dengan kaidah sistem kearsipan yang berlaku pada saat dibutuhkan . Kemudahan dan

penemuan kembali arsip sangat penting karena setiap keputusan harus diambil dengan cepat, tepat dan cermat agar kelancaran kegiatan perkantoran tidak terganggu.

Prinsip-prinsip Penilaian Efisiensi Penemuan Kembali Arsip Menurut Diklat Teknis Administrasi Umum Modul 3 Tata Kearsipan (2007) yaitu prinsip penilaian suatu kearsipan dapat digolongkan berdasarkan prinsip manfaat, prinsip kecepatan, prinsip efisiensi. Berdasarkan kutipan di atas, dapat diuraikan sebagai berikut, Prinsip manfaat adalah dengan adanya prinsip manfaat ini dapat diketahui apakah sistem yang dilaksanakan selama ini masih cukup bermanfaat. Apabila pelaksanaan sistem kearsipan masih dapat dipertahankan keberlangsungannya, berarti tidak perlu diadakan perubahan karena masih bermanfaat, Prinsip kecepatan adalah apabila ukuran kecepatan dalam penemuan kembali warkat yang diperlukan tetap terjamin, dengan demikian kearsipan pada organisasi yang bersangkutan dinilai cukup baik, dan Prinsip efisiensi adalah apabila kearsipan yang dilaksanakan mempunyai tingkat yang efisien. Maka kearsipan yang dilaksanakan juga dikatakan cukup baik. Berdasarkan penjelasan dari teori di atas, dapat disimpulkan bahwa beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam penemuan kembali arsip adalah kemudahan dalam proses penemuan kembali arsip dengan standar yang telah ditentukan, prinsip efisiensi meliputi waktu yang digunakan dalam proses penemuan kembali adalah kurang dari 1 menit dan banyaknya arsip yang bisa ditemukan, sistem penemuan kembali harus mudah diingat dan konsisten dalam pelaksanaan penemuan kembali arsip.

Dalam prosedur penemuan kembali arsip, tentu harus didukung dengan peralatan penemuan kembali arsip yang memadahi. Menurut ANRI (2009:4-13) peralatan kearsipan secara umum dapat dikelompokkan menjadi dua golongan besar yaitu perangkat keras dan perangkat lunak. Perangkat keras meliputi filling cabinet, sekat atau guide adalah alat yang terbuat dari karton atau triplek yang digunakan sebagai pembatas atau penyekat arsip, folder adalah tempat untuk menyimpan fisik arsip terutama arsip tekstual. Sedangkan perangkat lunak meliputi kode atau tanda pengenal arsip, indeks atau judul arsip, klasifikasi. Jadi peralatan kearsipan yang lengkap dan memadai juga menunjang kegiatan penemuan kembali arsip. Adanya penambahan peralatan kearsipan seperti pembuatan sekat/guide agar arsip-arsip yang dimiliki mudah ditemukan apabila dibutuhkan secara cepat dan tepat, petugas arsip tidak perlu bersusah payah untuk membolak balik arsip yang berada dalam ordner secara keseluruhan, melainkan dengan cara melihat sekat atau guide yang membedakan subjek arsip-arsip tersebut. Hal ini akan menjadikan manajemen kearsipan khususnya kegiatan penemuan kembali arsip menjadi lebih efisien.

Sub Bagian Keuangan dan Aset merupakan salah satu bagian dari Sekretariat Dinas Kesehatan Kota Semarang. Di mana pada Sub Bagian Keuangan dan Aset terdapat banyak

sekali arsip penting yang berkaitan dengan urusan keuangan kesehatan Kota Semarang. Hal ini dikarenakan seluruh puskesmas di Kota Semarang bertanggung jawab untuk melaporkan segala urusan keuangannya terhadap Dinas Kesehatan. Dari sekian banyaknya arsip penting tersebut, maka diperlukan sistem penyimpanan arsip yang baik. Pada Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang, penyimpanan arsip masih menggunakan pengelolaan secara manual dengan sistem penyimpanan kronologis. Sistem penyimpanan yang digunakan ini masih belum efisien karena dalam penemuan kembali sebuah arsip membutuhkan waktu yang cukup lama. Hal ini dikarenakan dalam prosedur penemuan kembali arsip tidak menggunakan alat bantu apapun. Selain itu, banyak arsip yang belum terkelola dengan baik. Hal ini dapat terlihat dengan bercampurnya antara arsip yang masih diperlukan terus menerus/arsip aktif dengan arsip yang sudah menurun kegunaannya/in aktif di tiap-tiap meja pegawai. Keberadaan arsip seperti itu juga tidak efisien terutama dalam penemuan kembali sebuah arsip apabila diperlukan lagi.

Penemuan kembali arsip di Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang dilakukan dengan melakukan pencarian secara manual yaitu dengan cara melihat/mencari secara langsung pada tempat penyimpanan yaitu rak arsip, di mana pada ordner hanya dicantumkan tanggal dan subjek masalah saja, bahkan ada yang tidak diberi kode apapun. Hal tersebut akan menghambat penemuan kembali/kurang efisien atau bisa dikatakan juga penemuan kembali arsip akan memakan waktu yang cukup lama dan tidak sesuai dengan ketentuan sebagaimana dijelaskan bahwa cara penemuan kembali arsip yang baik adalah dengan waktu kurang dari 1 menit, apabila arsip tersebut dibutuhkan dan dalam hal penemuannya masih melebihi 1 menit maka perlu adanya penambahan peralatan penemuan arsip pada instansi tersebut.

Berdasarkan permasalahan yang sudah dijabarkan di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Upaya Meningkatkan Efisiensi Waktu Penemuan Kembali Arsip Melalui Pembuatan *Guide* Arsip”. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui peningkatan waktu penemuan kembali arsip melalui alat bantu berupa *guide* arsip pada Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang.

## **METODE**

Penelitian ini merupakan penelitian tindakan (*action research*) karena penelitian dilakukan untuk memecahkan sebuah masalah, penelitian dilakukan dalam satu siklus. Davison, Martinsons & Kock (2004), membagi *Action research* dalam 5 tahapan yang merupakan siklus, yaitu : melakukan diagnosa (*diagnosing*), membuat rencana tindakan (*action planning*), melakukan tindakan (*action taking*), melakukan evaluasi (*evaluating*),

pembelajaran (*learning*). Tujuan melakukan penelitian tindakan yaitu untuk melakukan perbaikan yang dapat dicapai melalui pembelajaran bersama. Dengan demikian, proses dalam penelitian tindakan mempunyai manfaat untuk memberdayakan mitra.

*Action research* dalam pandangan tradisional adalah suatu kerangka penelitian pemecahan masalah, dimana terjadi kolaborasi antara peneliti dengan *client* dalam mencapai tujuan (Kurt Lewin, 1973 disitasi Sulaksana, 2004), sedangkan pendapat Davison, Martinsons & Kock (2004), menyebutkan penelitian tindakan, sebagai sebuah metode penelitian, didirikan atas asumsi bahwa teori dan praktik dapat secara tertutup diintegrasikan dengan pembelajaran dari hasil intervensi yang direncanakan setelah diagnosis yang rinci terhadap konteks masalahnya.

Penelitian ini dilaksanakan di Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang. Subjek dari penelitian ini adalah 5 orang staf di Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang. Metode pengumpulan data adalah cara-cara yang digunakan peneliti untuk mengumpulkan data (Arikunto, 2002). Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah observasi, wawancara, dokumentasi, dan tes. Teknik Analisis Data yang digunakan adalah kualitatif dan kuantitatif.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian dapat dilihat dari hasil tes mengenai waktu yang dibutuhkan dalam penemuan kembali sebuah arsip di Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang. Hasil peningkatan efisiensi waktu penemuan kembali arsip ditunjukkan pada tabel 1.

Tabel 1. Waktu penemuan kembali arsip di Sub Bagian Keuangan dan Aset

No	Pencapaian	Awal	Siklus I
1.	Waktu penemuan kembali sebuah arsip	± 2-3 menit	± 15-35 detik

Keberhasilan penelitian dapat diukur apabila waktu penemuan kembali sebuah arsip dapat dikatakan efisien atau kurang dari 1 menit. Berdasarkan tabel di atas, dapat disimpulkan bahwa data awal waktu penemuan kembali sebuah arsip di Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang adalah ± 2-3 menit (tidak efisien), data akhir pada siklus I menunjukkan bahwa waktu penemuan sebuah arsip di Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang adalah ± 15-35 detik (efisien). Sehingga penelitian tindakan siklus I sudah memenuhi tolak ukur keberhasilan.



## **Sistem Penemuan Kembali Arsip.**

### **Peralatan Penemuan Kembali Arsip**

Berdasarkan hasil penelitian dan wawancara yang telah dilakukan, di Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang peralatan atau fasilitas arsip yang ada masih kurang lengkap. Hal ini dapat dilihat dari peralatan kearsipan yang dimiliki yaitu rak arsip, lemari arsip dan belum menggunakan filing cabinet, ordner dan belum memakai guide atau sekat, sehingga arsip-arsip yang dimiliki akan dicampur begitu saja. Akibat dari minimnya peralatan kearsipan yang ada, membuat waktu yang digunakan dalam penemuan kembali arsip tidak efisien. Berdasarkan hasil tes awal yang telah dilakukan, waktu yang dibutuhkan untuk menemukan kembali sebuah arsip di Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang dapat dikatakan tidak efisien. Hal ini dikarenakan waktu yang dibutuhkan untuk menemukan kembali sebuah arsip yaitu  $\pm$  2-3 menit (lebih dari 1 menit). Padahal fungsi dari penyimpanan arsip yaitu agar arsip dapat ditemu kembalikan secara cepat dan tepat. Atas dasar adanya permasalahan tersebut, maka perlu adanya tindakan untuk meningkatkan efisiensi penemuan kembali sebuah arsip di Sub Bagian keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang.

Menurut ANRI (2009:4-13) peralatan kearsipan secara umum dapat dikelompokkan menjadi dua golongan besar yaitu perangkat keras dan perangkat lunak. Perangkat keras meliputi filling cabinet, sekat atau guide adalah alat yang terbuat dari karton atau triplek yang digunakan sebagai pembatas atau penyekat arsip, folder adalah tempat untuk menyimpan fisik arsip terutama arsip tekstual. Sedangkan perangkat lunak meliputi kode atau tanda pengenal arsip, indeks atau judul arsip, klasifikasi. Jadi peralatan kearsipan yang lengkap dan memadai juga menunjang kegiatan penemuan kembali arsip. Adanya penambahan peralatan kearsipan seperti pembuatan sekat/guide akan menjadikan arsip-arsip yang dimiliki mudah ditemukan apabila dibutuhkan secara cepat dan tepat, petugas arsip tidak perlu bersusah payah untuk membolak balik arsip yang berada dalam ordner secara keseluruhan, melainkan dengan cara melihat sekat atau guide yang membedakan subjek arsip-arsip tersebut. Hal ini akan menjadikan manajemen kearsipan khususnya kegiatan penemuan kembali arsip menjadi lebih efisien.

*Action* yang dilakukan untuk mengatasi permasalahan waktu penemuan kembali arsip yang tidak efisien yaitu dengan pembuatan *guide* arsip. Sebelum pembuatan *guide* arsip, maka perlu melakukan pendataan arsip terlebih dahulu, hal ini bertujuan untuk mengetahui arsip apa saja yang dimiliki untuk memudahkan dalam pemberian kode. Pada penelitian ini, pemberian *guide* berfokus pada arsip tahun 2017. Selanjutnya kode tersebut diletakkan pada tab *guid* sesuai dengan tingkatan dan jenis masalahnya. *Guide* arsip dibuat dengan dua

tingkatan, pertama adalah *guide* berwarna putih untuk pokok masalah dan kedua adalah *guide* berwarna hijau untuk sub masalah. *Guide* arsip dilengkapi dengan tab yang berguna untuk menuliskan kode masalah, *guide* diletakkan di depan arsip di dalam ordner. Seangkan daftar kode arsip diletakkan pada bagian paling depan di dalam ordner. Dengan adanya *guide*, maka pegawai di Sub Bagian keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang tidak perlu membolak-balikkan arsip yang ada di dalam ordner. Melainkan pegawai cukup melihat kode masalah yang akan dicari lalu langsung mencari kode tersebut pada *guide* arsip.

### **Efisiensi Penemuan Kembali Sebuah Arsip**

Dalam ketentuan sistem kearsipan, penemuan kembali sebuah arsip adalah tidak lebih dari 1 (satu) menit. Berdasarkan hasil penelitian di lapangan, penemuan kembali sebuah arsip yang ada di Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang adalah hanya dengan cara melihat langsung pada ordner arsip tersebut yang bertuliskan tanggal dan subjek masalah tanpa alat bantu penemuan kembali arsip. Hal ini membuat proses penemuan kembali arsip menjadi tidak efisien, dikatakan tidak efisien karena penemuan kembali setiap arsip membutuhkan waktu  $\pm$  2-3 menit.

Lamanya penemuan kembali di Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang diakibatkan karena tidak adanya alat bantu penemuan kembali arsip seperti *guide*/ petunjuk, buku agenda, kartu kendali, maupun lembar peminjaman arsip. Volume arsip yang banyak serta kurang telitinya dalam pengelola arsip akan menyebabkan kemungkinan salah simpan. Sehingga hal ini juga menjadi salah satu penyebab lamanya waktu penemuan kembali arsip.

Berdasarkan penjelasan dari staf serta pengamatan peneliti, penemuan kembali arsip di Sub Bagian Keuangan Dinas Kesehatan Kota Semarang apabila dibutuhkan masih membutuhkan waktu yang cukup lama. Waktu penemuan kembali arsip yang cukup lama akan menghambat pekerjaan yang lain. Sehingga efektifitas kerja menjadi rendah. Sebaiknya, Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang memaksimalkan sistem penyimpanan yang ada atau pengelola harus lebih teliti lagi supaya dalam penemuan kembali tidak memakan waktu yang lama serta alat bantu penemuan kembali sebuah arsip juga harus dimaksimalkan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Porwani (2012), yaitu dengan hasil penelitian apabila menginginkan efisiennya penemuan kembali arsip maka perlu adanya penambahan sistem yang digunakan pada perusahaan yang diteliti yaitu PT Hexindo Adiperkasa, Tbk Cabang Palembang.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, efisiensi penemuan kembali sebuah arsip di Sub Bagian keuangan Dinas Kesehatan Kota Semarang dapat meningkat

setelah diberikan intervensi/ tindakan berupa pembuatan *guide* arsip. Efisiensi waktu penemuan kembali sebuah arsip di Sub Bagian Keuangan Dinas Kesehatan Kota Semarang mengalami peningkatan yang cukup signifikan pada siklus I, di mana data awal menunjukkan waktu penemuan kembali sebuah arsip mencapai  $\pm$  2-3 menit (tidak efisien). Pada siklus I efisiensi waktu penemuan kembali sebuah arsip meningkat menjadi  $\pm$  15-35 detik (efisien). Peningkatan efisiensi waktu penemuan kembali arsip ini disebabkan karena dengan adanya *guide* arsip, maka pegawai tidak perlu membolak-balikkan arsip yang berada di dalam ordner satu per satu. Akan tetapi, pegawai cukup melihat pada daftar kode arsip kemudian langsung menuju pada kode arsip yang terdapat pada *guide*. Meskipun sistem ini masih tergolong manual, akan tetapi terbukti cukup efektif dalam meningkatkan efisiensi waktu penemuan kembali arsip di Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa melalui pembuatan *guide* arsip dapat meningkatkan efisiensi waktu penemuan kembali arsip di Sub Bagian Keuangan Dinas Kesehatan Kota Semarang.

## **PENUTUP**

Berdasarkan pembahasan yang dijelaskan di atas, maka dapat diambil simpulan bahwa dengan adanya *guide* arsip dapat meningkatkan efisiensi waktu penemuan kembali sebuah arsip di Sub Bagian Keuangan Dinas Kesehatan Kota Semarang. Hal ini dibuktikan dengan hasil yang ditunjukkan, bahwa pada siklus I efisiensi waktu penemuan kembali sebuah arsip mengalami peningkatan yang cukup signifikan dari data awal.

## **UCAPAN TERIMAKASIH**

Penulis mengucapkan terimakasih kepada Sub Bagian Keuangan Dinas Kesehatan Kota Semarang yang telah memberikan izin penelitian.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- ANRI. 2009. *Modul: Sistem-sistem Pemberkasan*. Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Kearsipan.
- Dewi, Chrysyanti Irra. 2011. *Manajemen Kearsipan*. PT Prestasi Pustakarya. Jakarta.
- Diklat Teknis Administrasi Umum Tata Kelola Modul 3 Tata Kearsipan. 2007. Jakarta.
- Gobel, Meryanti. 2013. *Jurnal Analisis Efisiensi Biaya Operasional Melalui Pengelolaan Tunjangan Makan Dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Pada Perusahaan Jasa Outsourcing* ISSN 2303-1174, 2013, 1 (4).
- Herujito, M. Yayat. 2006. *Dasar-dasar Manajemen*. Grasindo. Jakarta

- Laili, Maskurotul. 2014. *Pengelolaan Arsip Dinamis pada Kantor Perpustakaan Umum dan Arsip Daerah Kota Semarang*. Economic Education Analysis Journal, 2014, 3 (3).
- Martono, Boedi. 1992. *Penataan Berkas dalam Manajemen Kearsipan*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Rahmadeni, Rico dan Syahyuman. 2012. *Jurnal Ilmu Informasi Perpustakaan dan Kearsipan*, 2012, 1 (1).
- Rahmah, Elva dan Gian Anzhori. 2013. *Sistem Penataan Arsip Dinamis pada Subbagian Penentuan Bidang Pidana Umum Pengadilan Negeri Payakumbuh*. Jurnal Ilmu Informasi Perpustakaan dan Kearsipan, 2013, 1 (2).
- Rusdawati dan Ardoni. 2014. *Sistem Penyimpanan dan Prosedur Temu Kembali Arsip Dinamsi Aktif di Kantor Sekretariat DPRD Provinsi Sumatera Barat*. Jurnal Ilmu Informasi Perpustakaan dan Kearsipan, 2014, 2 (2).
- Sukoco, Badri Munir. 2007. *Manajemen Administrasi Perkantoran Modern*. Surabaya:Erlangga

# PENERAPAN TATA RUANG KANTOR PADA SUB BAGIAN KEUANGAN DAN ASET

Samhatul Inayah<sup>1\*</sup>, Irwan Budiono<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

E-mail Korespondensi: Samhatul27@gmail.com

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Penataan ruang kantor adalah penempatan peralatan dan perlengkapan kantor pada tempat yang tepat guna menunjang pencapaian tujuan suatu kantor secara efektif dan efisien. Tata ruang kantor disusun berdasarkan aliran pekerjaan kantor, sehingga perencanaan ruangan kantor dapat membantu para pekerja dalam meningkatkan efektivitas dan produktifitas kerja. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pelaksanaan tata ruang kantor dan faktor penghambatnya sesuai dengan asas-asas dan Undang-Undang No 28 Tahun 2002 tentang bangunan gedung.

**Metode:** Metode penelitian yang digunakan adalah evaluasi yang berfokus pada tata ruang kantor dengan indikator penyusunan perabotan kantor, cahaya, warna, udara, suara dan faktor penghambat. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian adalah observasi, wawancara dan dokumentasi. Teknik analisis data yang digunakan yaitu reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan.

**Hasil:** Hasil penelitian pengaturan ruang kerja dan peralatan kantor tidak menerapkan asas jarak terpendek dan asas rangkaian kerja. Alur prosedur kerja berbelok dan menyilang. Peralatan kerja yang diletakkan tidak dekat dengan tempat duduk pegawai mengakibatkan pegawai melakukan pemborosan waktu dan tenaga sehingga menimbulkan rasa cepat lelah bagi pegawai, kondisi tersebut menunjukkan efisiensi dalam bekerja tidak terwujud. Gedung yang kecil dengan pegawai yang banyak mengakibatkan ruang kerja menjadi sempit pula merupakan faktor penghambat dalam tata ruang kantor untuk mencapai efisiensi kerja pada Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang.

**Simpulan:** Tata ruang di Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang belum efisien.

**Kata Kunci::** Tata Ruang Kantor, Efisiensi Kerja

## ABSTRACT

**Background:** Arrangement of office space is the placement of equipment and office equipment at the right place to support the achievement of an office objective effectively and efficiently. Office spatial arranged based on the flow of office work, so planning office space can help the workers in improving the effectiveness and work productivity. The purpose of this study is to determine the implementation of office spatial and obstacle factors in accordance with the principles and Law No. 28 of 2002 on the building.

**Methods:** The research method used is an evaluation that focuses on office spatial with indicators of arrangement of office furniture, light, color, air, sound and inhibiting factors. Data collection techniques used in the research are observation, interview and documentation. Data analysis techniques used are data reduction, data presentation and conclusion drawing.

**Results:** The results of the study of workplace and office equipment arrangements did not apply the shortest distance principle and the working circuit. The work flow procedure turns and crosses. Working equipment is not close to the employee's seat causing employees to waste time and energy resulting in a sense of fatigue for employees, the condition shows the efficiency of work does not materialize. A small building with many employees leads to a

*narrow work space is also an obstacle factor in the spatial office to achieve efficiency work on the Sub Division of Finance and Assets Health Office of Semarang City.*

**Conclusion:** *Spatial in Sub Division of Finance and Asset of Semarang City Health Office not yet efficient.*

**Key Words:** Office Spatial, Work Efficiency

## **PENDAHULUAN**

Penataan ruang kantor adalah penempatan peralatan dan perlengkapan kantor pada tempat yang tepat guna menunjang pencapaian tujuan suatu kantor secara efektif dan efisien. Menurut Gie (2007), agar penataan ruang kantor dapat dilakukan dengan baik, maka perlu berdasarkan azas-azas tertentu, adapun azas tata ruang kantor adalah azas jarak terpendek, azas rangkaian kerja, azas penggunaan segenap ruangan, dan azas perubahan tempat kerja.

Di sisi lain, kondisi ruang kerja yang menyenangkan dan tata letak perabot yang sesuai dengan kebutuhan kegiatan kantor, dapat meningkatkan semangat kerja pegawai. Oleh karena itu tata ruang kantor disusun berdasarkan aliran pekerjaan kantor, sehingga perencanaan ruangan kantor dapat membantu para pekerja dalam meningkatkan efektivitas dan produktifitas kerja.

Di dalam Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2002 Tentang Bangunan Gedung disebutkan bahwa penataan bangunan gedung pemerintah harus diselenggarakan secara tertib dan diwujudkan sesuai dengan fungsinya, serta dipenuhinya persyaratan administratif dan teknis bangunan gedung. Pada pasal 3 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2002 Tentang Bangunan Gedung disebutkan bahwa pengaturan bangunan gedung bertujuan untuk mewujudkan tertib penyelenggaraan bangunan gedung yang menjamin keandalan teknis bangunan gedung dari segi keselamatan, kesehatan, kenyamanan, dan kemudahan.

Menata ruang kantor merupakan kebutuhan dari perkantoran modern saat ini. Tata ruang merupakan pengaturan dan penyusunan seluruh mesin kantor, alat perlengkapan kantor serta perabot kantor pada tempat yang tepat, sehingga pegawai dapat bekerja dengan baik, nyaman, leluasa dan bebas untuk bergerak, sehingga tercapai efisiensi kerja. Oleh karena itu, pengaturan suatu kantor merupakan metode untuk memahami dan menyusun alat-alat pembantu dan perlengkapan di dalam ruangan yang bertujuan untuk dijadikan sebagai sarana para karyawan yang ada di kantor tersebut. Penataan letak kantor dan peralatan kantor yang sesuai dengan muatan ruangan, kegiatan pegawai, dapat meningkatkan efisiensi kerja dan hasil kerja yang maksimal. Di mana, penataan ruang yang baik dan jelas menambah kenyamanan bekerja dan kecintaan akan pekerjaan tersebut.

Namun yang terjadi pada Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang dapat dilihat pegawainya berjalan mondar-mandir dalam menyelesaikan suatu pekerjaan sehingga mengurangi kecepatan dalam bekerja dan menimbulkan arus crisscrossing dan backtracking atau arus menyilang dan mundur dalam bekerja yang dapat mengurangi efisiensi dalam bekerja. Selain itu lemari arsip dan filing cabinet diletakkan di satu sisi ruangan yang jauh dari tempat duduk pegawai, sehingga jika pegawai membutuhkan file, dokumen atau arsip yang tersimpan di dalamnya harus berjalan agak jauh. Apalagi jika file, dokumen atau arsip yang diperlukan berbeda-beda dan berganti-ganti, maka pegawai akan berjalan bolak balik dari tempat duduknya ketempat penyimpanan file tersebut.

Berdasarkan permasalahan yang sudah dijabarkan diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Penerapan Tata Ruang Kantor Pada Sub Bagian Keuangan”. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui pelaksanaan tata ruang kantor dan faktor penghambatnya pada Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang.

## **METODE**

Penelitian yang dilakukan ini termasuk didalam jenis penelitian evaluasi yang berfokus pada tata ruang kantor dengan indikator penyusunan perabotan kantor, cahaya, warna, udara, suara dan faktor-faktor penghambat. Penelitian ini bertujuan untuk mengumpulkan informasi mengenai status suatu gejala yang ada yaitu keadaan gejala apa adanya pada saat penelitian dilakukan, faktual, dan akurat mengenai fakta-fakta dan sifat-sifat populasi atau daerah tertentu. Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu data primer dan sekunder. *Key informan* pada penelitian ini adalah Kepala Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang dimana peneliti mempertimbangkan bahwa *key informan* yang dipilih tersebut adalah yang dianggap paling tahu mengenai pelaksanaan tata ruang kantor. Selanjutnya yang menjadi informan adalah Staff/Pegawai Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan observasi, wawancara dan dokumentasi dengan teknik analisis data menggunakan Model Miles dan Huberman, yang terdiri dari tahap awal yaitu meredusi data, menyajikan data dan melakukan penarikan kesimpulan.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan di Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang tentang penerapan tata ruang kantor pada sub bagian keuangan dan aset maka peneliti dapat dapat menemukan hasil dari penelitian yang dapat menjawab permasalahan pada latar belakang. Dalam penelitian ini peneliti melakukan fokus penelitian tentang tata ruang yang ada di sub bagian keuangan dan aset, apakah dengan tata ruang tersebut sudah sesuai dengan ketentuan asas-asas dan indikator yang ada.

### ***Pengaturan Ruang Kerja***

Ruang kerja pada Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang diketahui menggunakan jenis tata ruang kantor tertutup (*Closed Plan Office*). Di dalam Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang terdapat 1 ruang Kepala Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang yang disekat oleh papn, 11 staff/pegawai, kamar mandi, dan ruang penyimpanan uang. Dalam menyelesaikan pekerjaan tentunya dibutuhkan susunan ruang kerja yang baik dan nyaman. Pengaturan dan susunan ruang kerja yang baik akan menciptakan arus kerja yang bergerak maju dalam bentuk garis lurus sehingga tidak terjadinya arus backtracking ataupun crisscrossing yang dapat mengurangi efisiensi dalam bekerja.

Berdasarkan hal tersebut di atas dan hasil pengamatan penulis, diketahui bahwa tata ruang kerja pada Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang dimana dalam menyelesaikan pekerjaan belum menerapkan asas rangkaian kerja, Menurut Gie (2007:190) agar penataan ruang kerja dapat tercapai secara maksimal maka perlu memperhatikan asas rangkaian kerja, menurut asas ini suatu pengaturan dan penempatan pegawai seharusnya disesuaikan dengan urutan pelaksanaan dan penyelesaian pekerjaan, tidak ada pergerakan mundur atau menyilang. Berdasarkan hasil pengamatan dan wawancara yang peneliti lakukan, ternyata penataan ruang kantor pada Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang belum menerapkan asas tersebut dilihat bahwa terdapat gerakan mundur dan berbelok dalam penyelesaian pekerjaan sehingga mengurangi efisiensi dalam bekerja, karena melakukan pemborosan waktu dan tenaga.

### ***Pengaturan/penyusunan Peralatan Kerja***

Menurut Gie (2007:190) agar penataan ruang kerja dapat tercapai secara maksimal juga perlu memperhatikan asas jarak terpendek yaitu agar penyelesaian pekerjaan lebih cepat. Dalam penataan Ruang kantor harus memperhatikan asas jarak terpendek yaitu dengan meletakkan barang-barang yang diperlukan pegawai dalam bekerja di dekat tempat duduknya, sehingga akan mengurangi pemborosan waktu dan tenaga agar efisiensi bekerja



dapat tercapai. Yang dapat di lihat dilapangan letak peralatan dan perlengkapan kantor tidak berdekatan dengan tempat duduk pegawai. seperti lemari arsip atau *filling cabinet* yang diletakkan di satu sisi ruangan, tidak di dekat tempat duduk pegawai yang menggunakan file atau arsip tersebut. Hal ini dapat ditemui di ruang Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang, lemari arsip dan *filling cabinet* diletakkan di satu sisi ruangan yang jauh dari tempat duduk pegawai, sehingga jika pegawai membutuhkan file, dokumen atau arsip yang tersimpan di dalamnya harus berjalan agak jauh. Apalagi jika file, dokumen atau arsip yang diperlukan berbeda-beda dan berganti-ganti, maka pegawai akan berjalan bolak-balik dari tempat duduknya ketempat penyimpanan file tersebut.

### **Cahaya**

Ida Nuraida (2008) mengemukakan bahwa penerangan kantor yang optimal berguna untuk: a) meningkatkan mutu kerja, pencahayaan yang baik dan cukup dapat mengurangi tingkat kesalahan pegawai sehingga mutu kerja pegawai pun akan tinggi; b) mengurangi ketegangan/kerusakan mata, karena sebagian besar pekerjaan yang dilakukan pegawai menggunakan indera penglihatan, maka diperlukan penerangan yang optimal agar dapat mencegah kerusakan pada mata; c) mengurangi rasa lelah, suasana kantor dengan pencahayaan yang baik akan menimbulkan perasaan semangat dalam diri pegawai dan akan mengurangi perasaan letih dan lelah; d) meningkatkan semangat kerja pegawai, suasana yang terang akan membuat pegawai bersemangat dalam bekerja, lain halnya jika suasana ruangan gelap atau remang-remang maka pegawai akan cenderung malas. Pada ruang Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang menggunakan lampu neon berdaya 36 watt, sehingga sudah sesuai dengan aturan, menurut Gie (2007:215) Pekerjaan surat-menyurat, mengurus arsip, rapat, pengiriman dan penerimaan surat menggunakan 30 footcandle.

### **Warna**

Penggunaan tata warna dalam kantor mempunyai pengaruh besar terhadap jiwa pegawai. seperti yang dikemukakan oleh Nitisemito (2000:190) bahwa "Warna mempunyai pengaruh terhadap jiwa orang yang melihatnya dan masing-masing warna itu menimbulkan perasaan tertentu".

Setiap warna mempunyai pengaruh yang berlainan bagi setiap orang dan setiap orang akan menunjukkan reaksi yang berbeda terhadap warna tertentu. Ruang Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang menggunakan warna putih pada dindingnya. Menurut ida Nuraida (2008:158) warna putih menimbulkan kesan dingin dan sejuk. Warna putih juga menimbulkan efek ketenangan pada pegawai sehingga dapat merangsang pegawai untuk bersemangat dalam bekerja.

### **Udara**

Moekijat (dalam Nuraida, 2008:161) bahwa Air Conditioner (AC) mengatur keadaan udara dan mengawasi suhu, peredaran, kelembaban, dan kebersihan. Adanya AC dapat meningkatkan efisiensi kerja pegawai. Di ruang Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang suhu AC diatur pada 16°C-18°C. Menurut Sukoco (2007:219) apabila di luar kantor sedang panas dengan temperature udara 30°C sebaiknya temperature pada 26°C, dan apabila suhu di luar sebesar 14°C sebaiknya di dalam kantor diatur pada suhu 18°C. Jadi, pada Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang diketahui bahwa AC diatur pada suhu antara 16°C sampai dengan 18°C Jika dicocokkan dengan teori yang diungkap oleh Sukoco tersebut, maka pengaturan suhu udara di dalam ruang kantor masih belum sesuai, temperature 16-18°C masih terlalu dingin karena suhu udara di Indonesia se bagai negara tropis >30°C.

### **Suara**

Shomer (dalam Sukoco, 2007:216) bahwa “Apabila tingkat kebisingan melampaui batas yang tidak diinginkan, beberapa gangguan fisik dan psikologis terhadap mereka akan terjadi”. Gangguan suara seringkali dihadapi oleh staff Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang, misalnya Suara yang mengganggu jika ada pegawai yang bercakap sambil berteriak dan tertawa nyaring, suara tamu dan suara pedagang yang masuk ruangan, suara-suara tersebut menimbulkan kebisingan dan mengganggu konsentrasi para pegawai.

### **Faktor Penghambat**

Ruang kerja yang sempit Menurut Peraturan Menteri No. 45 Tahun 2007, Tentang Standar Luas Bangunan Gedung Negara bahwa Standar luas ruang gedung kantor pemerintah yang termasuk klasifikasi sederhana rata-rata harus menyediakan luas lantai 40 square feet untuk setiap petugas (3,7 m<sup>2</sup>). Di bagian keuangan terdapat 11 pegawai seharusnya luas ruang kerja 40,7 m<sup>2</sup> tetapi pada kenyataannya hanya 36 m<sup>2</sup>. sehingga para pegawai merasa kesempitan, terlebih dokumen-dokumen yang berada di bawah meja dan disamping kursi. Hal ini menyebabkan ketidak nyamanan pegawai dalam bekerja.

## **PENUTUP**

Berdasarkan hasil penelitian dilapangan mengenai penerapan tata ruang kantor maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Ditinjau dari sudut pandang pegawai, Penataan ruang kerja di lantai 1 pada Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang belum menerapkan asas

rangkaian kerja, hal tersebut dibuktikan dengan aliran prosedur kerja yang berbelok, mundur bahkan menyilang.

2. Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang belum menerapkan asas jarak terpendek hal ini ditunjukkan dengan penempatan almari arsip dan *filling cabinet* yang letaknya cukup jauh dari tempat duduk pegawai.
3. Penerangan untuk ruang Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang hanya menggunakan lampu neon total daya 36 watt.
4. Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang menggunakan dinding warna putih, warna putih memberikan temperature dingin dan memberikan efek ketenangan.
5. Pada Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang yang menggunakan *Air Conditioner* suhu diatur pada 16-18°C, jika dicocokkan dengan teori suhu tersebut terlalu dingin dan tidak sesuai dengan Indonesia yang beriklim tropis.
6. Suara yang beredar pada Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang adalah suara percakapan antara pegawai, suara musik, suara tamu, dan suara pedagang yang masuk ruangan. Diketahui suara yang mengganggu adalah percakapan antar pegawai yang terdengar nyaring dan tamu yang datang. Suara musik justru tidak mengganggu dalam aktifitas pekerjaan.
7. Faktor penghambat adalah gedung yang kecil yang mengakibatkan ruang kerja yang sempit pula, ruang kerja yang sempit mengganggu gerak-gerik pegawai dalam bekerja dan pedagang yang sering masuk ruangan menambah ruangan menjadi semakin sempit dan tidak leluasa untuk melakukan pekerjaan.

## **Saran**

Berdasarkan hasil penelitian dan wawancara dilapangan tentang tata ruang kantor untuk mencapai efisiensi kerja pada Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang maka penulis memberikan saran-saran sebagai berikut :

1. Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang sebaiknya menerapkan asas rangkaian kerja dan asas jarak terpendek dalam proses pekerjaan, agar penyelesaian pekerjaan dapat dilakukan dengan cepat, ringan, mudah dan murah sehingga efisiensi dalam bekerja dapat terwujud.
2. Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang Sebaiknya memperhatikan faktor-faktor yang menunjang seperti cahaya yang sesuai dengan jenis pekerjaan, pemeliharaan warna dinding secara berkala, menjaga kualitas udara yang baik, dan menciptakan suara yang tidak mengganggu dalam bekerja seperti

mendengarkan suara musik, agar pegawai selain dapat bekerja secara efisien juga tidak mengurangi kualitas dari hasil pekerjaannya.

## UCAPAN TERIMAKASIH

Penulis mengucapkan terimakasih kepada Sub Bagian Keuangan dan Aset Dinas Kesehatan Kota Semarang yang telah memberikan izin penelitian.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni, Widi. 2017. Dampak Tata Ruang Kantor Terhadap Efektivitas Kerja Pegawai Dinas Pendidikan Kota Bandung. *Jurnal Pendidikan Manajemen Perkantoran*, 2017, 1(1).
- Arikunto, Suharsimi. 2002. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik* Jakarta: Rineka Cipta
- Gie, The Liang. 2007. *Administrasi Perkantoran Modern*, Ed. 4. Yogyakarta: Liberty Yogyakarta
- Gumanti, Dessyta. 2015. Hubungan Jam Kerja, Tata Ruang Kantor Dan Pengawasan Dengan Produktivitas Kerja Pegawai Badan Pemberdayaan Masyarakat (BPM) Kabupaten Solok. *Journal of Economic and Economic Education*, 4(1), (42-51), ISSN: 2302-1590, E-ISSN: 2460-1900.
- Nafiah, Daimatun. 2016. Penataan Ruang Kantor Dalam Menunjang Efektivitas Pekerjaan Kantor. *Jurnal Efisiensi-Kajian Ilmu Administrasi*, 2016 14(1), ISSN: 1412-1131.
- Nitisemito, Alex S. 2000. *Manajemen Personalia Manajemen Sumber Daya Manusia*, Ed.3. Jakarta: Ghalia Indonesia
- Nuraida, Ida. 2008. *Manajemen Administrasi Perkantoran*, Yogyakarta: Kanisius (Anggota IKAPI).
- Peraturan Menteri No. 45 Tahun 2007, Tentang Standar Luas Bangunan Gedung Negara.
- Prayogo, Prasetyo. 2015. Studi Tentang Tata Ruang Kantor Di Dinas Pendidikan Kabupaten Kutai Kartanegara. *Ejurnal Ilmu Pemerintahan*, 2015, 3(2): 1126-1137.
- Rasto. 2015. *Manajemen Perkantoran Paradigma Baru*. Bandung: CV. Alfabeta.
- Sukoco, Badri Moenir. 2007. *Manajemen Administrasi Perkantoran Modern*. Jakarta: Erlangga.
- Undang-Undang No 28 Tahun 2002 Tentang Bangunan Gedung.

## MONITORING DAN EVALUASI PROGRAM KESEHATAN DI SMP N 22 SEMARANG MENGUNAKAN INSTRUMEN FRESH

Farah Azizah<sup>1\*</sup>, Khusnuddin<sup>1</sup>, Yunita Kristiana Kambu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

Email: farahazizahmukti@gmail.com

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Perilaku hidup bersih dan sehat belum mencapai pada tingkat yang diharapkan, disamping itu ancaman sakit terhadap murid sekolah masih cukup tinggi dengan adanya penyakit endermis dan kekuarangan gizi. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran mengenai implementasi program kesehatan di SMP N 22 Semarang dan hasilnya diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi untuk sekolah agar dapat menerapkan program kesehatan yang sesuai sehingga tercapainya sekolah sehat.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Subjek penelitiannya adalah kepala sekolah, guru, siswa dan staff Tim Pembina UKS. Data diperoleh dengan cara wawancara dan dokumentasi menggunakan Instrumen FRESH (*Focusing Resources on Effective School Health*).

**Hasil:** Analisis program kesehatan di SMP N 22 Semarang diperoleh hasil: Kebijakan kesehatan sekolah yang setara dinyatakan dalam kategori baik, Lingkungan belajar yang aman dinyatakan dalam kategori baik, Pendidikan kesehatan berbasis keterampilan dinyatakan dalam kategori baik, Layanan kesehatan berbasis keterampilan dinyatakan dalam kategori sedang.

**Simpulan:** Hasil analisis program kesehatan di SMP N 22 Semarang dari keempat poin penilaian pada instrument FRESH dikalkulasikan pada kategori Baik.

**Kata Kunci:** Program Promosi Kesehatan, Sekolah, FRESH

### ABSTRACT

**Background:** *clean living and healthy Behaviour have not achieved at the level expected, besides the threat of pain against the pupils of the school are still quite high in the presence of the disease endermis and kekuarangan nutrition. The purpose of this research is to get an idea about the implementation of health programs in junior high N 22 Semarang and the results are expected to be the subject of evaluation for the school to be able to apply the appropriate health programs so as to achieve the healthy school.*

**Methods:** *this study used a quantitative and qualitative approach. His research subject is headmaster, teachers, students and staff a team of builders of the INFIRMARY. The data obtained by means of interviews and the documentation using the instrument FRESH (Focusing Resources on Effective School Health).*

**Results:** *the analysis of the health program in junior high N 22 Semarang retrieved results: school health policies equivalent expressed in both categories, a safe learning environment is expressed in both categories, the skills-based health education stated in the category of good health Services, skills-based dalam kategori, was revealed.*

**Conclusion:** *the results of the analysis of the health program in junior high N 22 fourth assessment points of Semarang on the instrument FRESH calculated on the category either.*

**Key Words:** Health Promotion Program, School, FRESH

## **PENDAHULUAN**

Pembangunan yang ingin dicapai oleh bangsa Indonesia adalah tercapainya bangsa yang maju dan mandiri, sejahtera lahir dan batin. Salah satu ciri bangsa yang maju adalah mempunyai derajat kesehatan yang tinggi, karena derajat kesehatan mempunyai pengaruh yang sangat besar terhadap kualitas sumberdaya manusia. Hanya dengan sumber daya yang sehat akan lebih produktif dan meningkatkan daya saing bangsa (Presiden Republik Indonesia, 1992).

Pembangunan kesehatan bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Derajat kesehatan merupakan salah satu faktor yang sangat berpengaruh pada kualitas sumberdaya manusia. Sumber daya manusia yang sehat akan lebih produktif dan meningkatkan daya saing manusia. Untuk tercapainya visi pembangunan kesehatan di Indonesia, yakni Indonesia Sehat 2017 telah ditetapkan sejumlah misi, strategi, pokok-pokok program serta program-programnya. Salah satu program yang dimaksud adalah Program Usaha Kesehatan Sekolah. UU No. 23 tahun 1992 pasal 45 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa Usaha Kesehatan Sekolah wajib di selenggarakan di sekolah.

Beberapa hal yang menjadi permasalahan dalam pembinaan dan pengembangan program promosi kesehatan di sekolah ialah : Perilaku hidup bersih dan sehat belum mencapai pada tingkat yang diharapkan, disamping itu ancaman sakit terhadap murid sekolah masih cukup tinggi dengan adanya penyakit endermis dan kekuarangan gizi.

Jika dilihat lebih jauh, sekolah sebenarnya memiliki potensi yang besar untuk mensukseskan program promosi kesehatan. Banyak sekolah yang dapat dimanfaatkan untuk menanamkan nilai PHBS melalui promosi kesehatan terintegrasi dg program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) Guru dan Masyarakat Sekolah menjadi mitra pengembangan promosi kesehatan di sekolah Anak sekolah menjadi kader kesehatan bagi keluarga dan masyarakat. Ada peluang dan dukungan dlm promosi kesehatan di sekolah (dana dan kebijakan).

Tujuan promkes di sekolah diantaranya adalah meningkatkan peserta didik, guru dan masyarakat lingkungan sekolah untuk ber-PHBS, meningkatkan lingkungan sekolah yang sehat, aman dan nyaman, meningkatkan pendidikan kesehatan di sekolah, meningkatkan akses (kesempatan) untuk pelaksanaan pelayanan kesehatan di sekolah, meningkatkan peran aktif peserta didik, guru dan masyarakat lingkungan sekolah untuk meningkatkan

kesehatan masyarakat di sekitar lingkungan sekolah, meningkatkan penerapan kebijakan sehat dan upaya di sekolah untuk mempromosikan kesehatan.

Strategi tersebut dilaksanakan dengan menyelenggarakan pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, kebersihan dan kesehatan lingkungan, serta pembudayaan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Indikator PHBS di sekolah meliputi jajan di kantin sekolah, mencuci tangan dengan air bersih yang mengalir dan sabun, buang air kecil dan buang air besar di jamban sekolah serta menyiram jamban dengan air setelah di gunakan, mengikuti kegiatan olahraga dan aktivitas fisik di sekolah, memberantas jentik nyamuk disekolah secara rutin, tidak merokok di sekolah, menimbang berat badan dan mengukur tinggi badan setiap bulan, membuang sampah pada tempatnya (Yudi, 2014).

Berbagai strategi telah ditempuh dalam upaya meningkatkan promosi kesehatan di sekolah seperti pemberdayaan Warga Sekolah dan Masyarakat Lingkungan Sekolah dalam Membangun Lingkungan Sekolah yang Sehat, penggalangan Kemitraan untuk Meningkatkan Upaya Promosi Kesehatan di Sekolah, memberikan Pendidikan Kesehatan bagi Anak, pengkajian/penelitian untuk Meningkatkan Program Promosi Kesehatan di Sekolah, memberikan Akses Pelayanan Kesehatan yang Bersifat Promotif dan Preventif bagi Peserta Didik, berperan Aktif dalam Meningkatkan Kesehatan Masyarakat.

Usia awal sekolah baik untuk menanamkan nilai PHBS tetapi belum dimanfaatkan optimal, Usia anak sekolah: masa rawan terserang gangguan berbagai penyakit. Masalah kesehatan pada kelompok pra remaja (usia 6 s.d <10 tahun), umumnya berkaitan dengan PHBS. Peranan sekolah belum optimal dalam mengembangkan promosi kesehatan di sekolah Masih banyak sekolah belum termasuk sekolah sehat, dukungan kebijakan promosi kesehatan di sekolah masih kurang.

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai program kesehatan yang dinilai menggunakan instrumen FRESH (*Focusing Resources on Effective School Health*).

## **METODE**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif-kualitatif untuk mendapatkan gambaran mengenai program kesehatan di sekolah. Sample dalam penelitian ini adalah Sekolah Menengah Pertama di Kecamatan Gunungpati, Kota Semarang. Sample di ambil menggunakan teknik simple random sampling.

Proses pengambilan data kualitatif dilakukan dengan melakukan wawancara mendalam dengan kepala sekolah, guru, uks dan siswa SMP yang menjadi tempat

penelitian. Panduan wawancara menggunakan instrument FRESH (*Focusing Resources on Effective School Health*).

FRESH adalah instrument yang digunakan untuk melakukan monitoring dan evaluasi program kesehatan di sekolah. Lembaga internasional menyetujui kerangka kerja bersama untuk kesehatan sekolah pada Forum Pendidikan Dunia di Dakar pada tahun 2000. FRESH memonitoring dan mengevaluasi program kesehatan pada tingkat nasional dan tingkat sekolah. Kerangka FRESH terdiri dari 4 poin yaitu, (1) Kebijakan kesehatan sekolah yang setara, (2) Lingkungan belajar yang aman, (3) Pendidikan kesehatan berbasis keterampilan, (4) Layanan kesehatan dan gizi berbasis sekolah.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **Kebijakan Kesehatan Sekolah yang Setara**

Kegiatan Monitoring dan Evaluasi Program Kesehatan dengan Menggunakan Instrumen Fresh telah dilaksanakan di SMP N 22 Semarang. Tujuan dalam kegiatan ini adalah untuk menganalisis kebutuhan kesehatan dan program kesehatan di sekolah, sehingga hasil Monitoring dan Evaluasi dapat digunakan dalam perbaikan serta dasar untuk menentukan kebijakan selanjutnya dalam menjalankan program kesehatan, sehingga program yang akan dilaksanakan dapat berjalan dengan baik kedepannya nanti.

Kegiatan ini dilakukan dengan metode wawancara dengan jumlah 4 responden yaitu Kepala sekolah, Guru, Petugas UKS, dan Siswa dalam melakukan penelitian kami juga melakukan observasi seperti kamar mandi, tempat cuci tangan dan lain sebagainya agar hasil wawancara yang kami lakukan sesuai dengan kenyataan yang ada. Pertanyaan yang kita tanyakan sesuai dengan instrumen fresh yang terbagi menjadi 4 checklist, diantaranya 1. Kebijakan kesehatan sekolah yang setara, 2. Lingkungan belajar yang aman, 3. Pendidikan kesehatan berbasis keterampilan, 4. Layanan kesehatan dan gizi berbasis sekolah. Alur kebijakan berdasarkan model proses kebijakan menurut William N. Dunn adalah penyusunan agenda, formulasi kebijakan, adopsi kebijakan, implementasi kebijakan, dan penilaian (evaluasi) kebijakan yang mungkin dapat diterapkan nantinya dalam peningkatan kebijakan yang lebih baik di SMP N 22 Semarang (Septiani, 2016)

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, kebijakan kesehatan sekolah yang setara di SMP N 22 Semarang dinyatakan dalam kategori baik. dengan metode kuantitatif yang kami gunakan, skor kurang yaitu < 6,6. Skor sedang berada diantara skor 6,7 – 13,2. Skor baik berada pada skor > 13,3-20. Nilai yang diperoleh dari MTS Al-Islam Gunungpati yaitu 18 (baik).



Dilihat dari kebijakan kesehatan sekolah setara SMP N 22 Semarang memiliki kategori baik dengan alasan SMP memiliki kebijakan terkait sekolah program kesehatan dalam visi SMP N 22 Semarang sendiri salah satunya bersahabat dengan lingkungan, SMP N 22 Semarang juga terplih untuk mengikuti program sekolah sehat program yang di selenggarakan oleh Adiwiyata, SMP N 22 Semarang menyediakan lingkungan pembelajaran fisik dan sosio-emosional seperti BK, siswa pun tau mengenai kebijakan kesehatan sekolah di SMP N 22 Semarang seperti tersedianya berbagai macam poster yang tertempel di lingkungan sekolah serta adanya buku saku terkait peraturan sekolah yang wajib dibawa oleh siswa saat berada di sekolah dalam menjaga lingkungan yang aman, siswa juga berkontribusi untuk mendukung kebijakan kesehatan sekolah dengan dibentuknya kader yang memiliki tugas memeriksa jentik yang ada di rumah mereka, siswa wajib bertanggung jawab atas kebersihan lingkungan taman yang ada di setiap belakang kelas mereka, sewaktu ada kunjungan dari kedutaan belanda dibentuk juga kader dalam menjalankan pelatihan tersebut yang bertema buly dan kesehatan reproduksi.

#### **Lingkungan belajar yang aman (Tingkat Sekolah)**

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, lingkungan belajar yang aman di MTS Al-Islam Gunungpati dinyatakan dalam kategori sedang. Skor kurang yaitu  $< 7,3$ . Skor Sedang  $7,4 - 14,6$ . Skor Baik  $> 14,7 - 22$ ). Nilai yang diperoleh MTS Al-Islam Gunungpati yaitu 21. Dilihat dari keadaan lingkungan belajar yang aman sekolah dapat dikatakan dalam kategori baik karena setelah kami observasi di sekolah tersebut memiliki ketersediaan air minum yang cukup di kantor guru, uks, kantin maupun koprasia sekolah. Tersedia juga sabun dan air untuk cuci tangan di setiap luar kelas, staf SMP N 22 Semarang juga menerima pelatihan untuk mendukung pengembangan kesehatan dengan menerima pelatihan dari Puskesmas dan pelatihan dari Dinas Kesehatan, Puskesmas juga memantau SMP N 22 Semarang sekali dalam satu semester seperti halnya kegiatan timbang berat badan dan tambah darah untuk setiap hari jumat, untuk kapasitas lingkungan sosio-emosional sekolah memiliki ruang konseling yang baik, staf juga menerima pelatihan dari Rumah Sakit Jiwa yang mempelajari tentang kejiwaan, sekolah juga memiliki jamban yang memadai dan memenuhi kebutuhan anak perempuan dan laki-laki dengan adanya pemisahan kamar mandi perempuan dan laki-laki, untuk kejadian intimidasi di sekolah pun sangat jarang terjadi antar siswa maupun staf sekolah, siswa siswi SMP N 22 Semarang juga merasakan bahwa sekolah menawarkan keadaan lingkungan yang aman bagi mereka dengan adanya pintu gerbang sekolah dan memberikan tanggung jawab kepada mereka atas keadaan lingkungan taman disetiap belakang kelas mereka yang bersih dan nyaman, siswa SMP N 22 Semarang juga mendapatkan penyuluhan dari BNN mengenai bahaya narkoba, dan dari PKBI yang

didatangkan langsung dari kedutaan belanda mengenai bully dan kesehatan reproduksi. Kondisi eksternal seperti variasi pembelajaran dan lingkungan belajar serta kondisi internal yang mencakup kesehatan fisik, kemampuan intelektual, emosional dan kondisi sosial akan mempengaruhi kesiapan, proses, dan hasil belajar (Purwanto, 2005)

### **Pendidikan kesehatan berbasis ketrampilan (Tingkat Sekolah)**

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, pendidikan kesehatan berbasis keterampilan di MTS Al-Islam Gunungpati dinyatakan dalam kategori kurang. Dari skala likert yang kami gunakan, skor kurang yaitu < 11,3. Skor sedang berada diantara skor 11,4 – 22,6. Skor baik berada pada skor > 22,6 – 34. Nilai yang diperoleh dari SMP N 22 Semarang yaitu 27 (baik). Ditinjau dari pendidikan kesehatan berbasis keterampilan SMP NEGERI 22 di kategorikan baik, SMP N 22 Semarang memberikan fasilitas topik kesehatan yang diajarkan pada tahun ajaran baru untuk siswa semester 1 awal di datangkan juga pembicara dari PKBI, juga adanya kegiatan kesehatan yang diberikan melalui PMR untuk setiap guru ataupun wali kelas, adanya modul pembelajaran mengenai kesehatan juga diberikan oleh PKBI untuk siswa siswi SMP N 22 Semarang, di wilayah atau lingkungan SMP N 22 Semarang tersedia juga poster yang mendukung pembelajaran kesehatan, pembelajaran kesehatan yang diberikan oleh smp negeri 22 seperti kegiatan rutin pada hari jumat seperti jalan sehat, potong kuku, olah raga ataupun senam. Berdasarkan hasil penelitian sebelumnya penggunaan media dalam pembelajaran memberikan kontribusi yang berharga bagi kualitas belajar siswa khususnya pembelajaran kesehatan (Ahmed, 2005).

Pendidikan kesehatan adalah proses membantu seseorang, dengan bertindak secara sendiri-sendiri ataupun secara kolektif, untuk membuat keputusan berdasarkan pengetahuan mengenai hal-hal yang mempengaruhi kesehatan pribadinya dan orang lain untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara kesehatannya dan tidak hanya mengaitkan diri pada peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik saja, tetapi juga meningkatkan atau memperbaiki lingkungan (baik fisik maupun non fisik) dalam rangka memelihara dan meningkatkan kesehatan dengan penuh kesadaran (Sari, 2013).

### **Layanan kesehatan dan gizi berbasis sekolah (tingkat sekolah)**

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, Layanan kesehatan berbasis keterampilan di MTS Al-Islam Gunungpati dinyatakan dalam kategori sedang. Dari skala likert yang kami gunakan, skor kurang yaitu < 4,6. Skor sedang berada diantara skor 4,7 – 9,2. Skor baik berada pada skor > 9,3 – 14. Nilai yang diperoleh dari MTS Al-Islam Gunungpati yaitu 9 (sedang). Dari segi layanan kesehatan dan gizi berbasis sekolah SMP N 22 Semarang memiliki kategori sedang, adanya paket yang direkomendasikan dari layanan kesehatan ke sekolah seperti halnya pemberian tablet tambah darah pada setiap hari jumat untuk anak

putri SMP N 22 Semarang adanya kegiatan senam bersama yang dilakukan satu minggu sekali, adanya stok obat yang di berikan puskesmas kepada sekolah ataupun pelayanan imunisasi dari puskesmas. Namum untuk pelayanan kesehatan di UKS jarang dilakukan hanya dilaksanakan saat ada yang sakit ataupun saat kegiatan tambah darah yang dilakukan satu minggu sekali sehingga kami kategorikan sedang walaupun kegiatan pelayanan kesehatan di UKS sudah berjalan tetapi kurang maksimal untuk dilakukan. kurangnya sumber daya manusia (SDM) seperti kurangnya guru yang mengajar pendidikan kesehatan atau guru yang menangani UKS dan kader kesehatan sekolah yang terlatih dalam Analisis Kebijakan Usaha Kesehatan Sekolah bidang kesehatan baik pendidikan dan pelayanan berperan penting dalam terciptanya kesuksesan pelayanan kesehatan dan gizi berbasis sekolah di SMP N 22 Semarang (Septiani 2016).

Program UKS dalam upaya peningkatan pendidikan dan kesehatan peserta didik maka peran petugas kesehatan mempunyai peranan yang sangat penting dan intensitas pembinaan dan pengembangan UKS perlu di tingkatkan agar derajat kesehatan anak dan lingkungan sekolah tercapai melalui pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sehat, mengingat fungsi tugas dan kewajibannya sebagai pelayan masyarakat di samping guru yang setiap hari menghadapi peserta didik (Depkes, 2002).

## **PENUTUP**

Berdasarkan hasil penelitian dengan menggunakan Instrumen Fresh dapat disimpulkan bahwa SMP N 22 Semarang masuk dalam kategori baik walaupun ada beberapa pelayanan kesehatan di SMP N 22 Semarang belum berjalan secara maksimal. Hal ini ditunjukkan dengan jumlah penilaian yang telah kami lakukan bahwa untuk kebijakan kesehatan sekolah yang setara berada pada kategori baik dengan nilai 18, Lingkungan belajar yang aman kategori baik dengan nilai 21, pendidikan kesehatan berbasis ketrampilan kategori baik dengan nilai 27, layanan kesehatan dan gizi berbasis sekolah kategori sedang dengan nilai 9.

## **UCAPAN TERIMA KASIH**

Dengan selesainya penelitian ini, penulis ingin mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang turut membantu, khususnya:

3. Kepala SMP N 22 Semarang yang telah memberikan izin penelitian.
4. Wakil Kepala Sekolah Bidang Kurikulum yang telah mendampingi selama penelitian dan Siswa SMP N 22 Semarang sebagai responden dan membantu jalannya penelitian.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahmed. (2005). Utilition and benefits of instructional media in teaching social studies. *Malaysians On line Jurnal*, 1-8..
- Depkes RI. (2002). *Kualitas Sumber Daya Manusia Ditentukan Pendidikan dan Kesehatan*. Jakarta.
- Purwanto. (2005). Psikologi Belajar. *UNNES PRESS*.
- Sari, I. P. (2013). Pendidikan Kesehatan Sekolah Sebagai Proses Perubahan Perilaku Siswa. *Jurnal Pendidikan Jasmani Indonesia*, 141-147.
- Septiani, A. (2016). Analisi Kebijakan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) Di Dinas. *Kesehatan*.
- Yudi, M. (2014). *Panduan Pelaksanaan Pembinaan Sekolah Dasar Bersih dan Sehat (SD Bersih Sehat)*. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Jendral Pendidikan Dasar Direktorat Pembinaan Sekolah Dasar.

# PROFIL BERBAGAI JENJANG PELAYANAN PERSALINAN YANG TERKAIT DENGAN KEMATIAN MATERNAL

Dewi Sari Rochmayani <sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Prodi Kebidanan STIKES Widya Husada Semarang

E-mail Korespondensi: dewisari.smg@gmail.com

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Dalam pembangunan kesehatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi target penting yang menjadi indikator keberhasilan pembangunan. Kota Semarang termasuk dalam 5 besar wilayah dengan AKI yang tinggi dan cenderung meningkat. Data AKI tahun 2015 menunjukkan masih cukup tinggi, yaitu 109,2 per 100.000 kelahiran hidup. Oleh karena itu perlu dikaji bagaimana pelayanan persalinan di berbagai jenjang pelayanan.

**Metode:** Penelitian menggunakan desain kualitatif dengan pendekatan *grounded theory*. Terdapat 4 fokus penelitian, yaitu untuk mengetahui gambaran pelaksanaan pelayanan persalinan di tingkat pertama, tingkat persiapan rujukan, tingkat lanjut, serta pelayanan persalinan di Puskesmas Poned

**Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan masih kurangnya kualitas layanan ANC. Kurang maksimalnya peran Puskesmas Poned menjadi salah satu penyebab meningkatnya kepadatan BOR ruang bersalin pada pasien di rumah sakit rujukan. Masih terdapat permasalahan terkait keterlambatan rujukan, serta terdapat beberapa penyimpangan SOP dalam pelayanan persiapan rujukan. Rumah sakit sering menerima pasien rujukan yang terlambat dirujuk serta informasi medis yang tidak lengkap dari pemberi rujukan.

**Simpulan:** Pada pelayanan tingkat pertama terdapat permasalahan yang berhubungan dengan kurangnya kualitas layanan ANC, serta kurang maksimalnya peran Puskesmas Poned menjadi salah satu penyebab meningkatnya kepadatan BOR ruang bersalin pada pasien di rumah sakit rujukan.

**Kata Kunci :** Angka Kematian Ibu, Actor, Keterlambatan rujukan

## ABSTRACT

**Background:** In the development of health decline of Maternal Mortality Rate (MMR) become important target which become indicator of development success. The city of Semarang is included in the top 5 areas with high MMR and tends to increase. Data of AKI in 2015 shows still high enough, that is 109,2 per 100,000 live births. Therefore need to be studied how delivery service at various level of service.

**Method:** The research used qualitative design with grounded theory approach. There are 4 research focus, that is to know description of delivery service in first level, level of preparation of referral, advanced level, and delivery service at Puskesmas Poned

**Results:** The results show that there is still a lack of ANC service quality. Inadequate role of Puskesmas Poned menjadi one cause of increasing density of birth room BOR in patient at referral hospital. There are still problems with referral delays, and there are some deviations from the SOPs in the service of referral preparation. Hospitals often receive referral patients who are referred late and incomplete medical information from the referrer.

**Conclusion:** At first level service there are problems related to the lack of ANC service quality, and the lack of maximal role of Poned Puskesmas become one of the causes of increasing BOR density of delivery room in patients in referral hospital.

**Key Words:** Maternal Mortality Rate, Actor, Referral Delay

## PENDAHULUAN

Kematian ibu atau kematian maternal menurut batasan dari ICD-10 didefinisikan sebagai kematian perempuan yang terjadi selama kehamilan, persalinan atau dalam 42 hari post partum, tidak tergantung dari lama dan lokasi kehamilan, disebabkan oleh apapun yang berhubungan dengan kehamilan, atau yang diperberat oleh kehamilan tersebut, atau penanganannya, tetapi bukan kematian yang disebabkan kebetulan atau kecelakaan (Hoyert, 2007).

Kematian ibu merupakan masalah yang penting untuk mendapat perhatian. Hal ini dikarenakan kematian ini tidak hanya mempengaruhi seorang ibu saja. Lebih luas, kematian tersebut akan berpengaruh bagi keluarga dan masyarakat. Dalam hal ini perlu dipahami bahwa ibu merupakan aktor utama dalam terbentuknya pola asuh anak yang sehat, bahkan ibu juga memberikan kontribusi yang besar dalam membantu perekonomian sebuah keluarga.

Dalam pembangunan kesehatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi target penting yang menjadi indikator keberhasilan pembangunan. Upaya penurunan AKI telah dilakukan melalui berbagai program pembiayaan persalinan mulai dari Program Jaminan Persalinan (Jampersal) hingga saat ini era BPJS. Hadirnya program jaminan persalinan yang diharapkan mampu menurunkan AKI secara optimal (Dinkes Kota Semarang, 2011; Helmizar, 2014).

Kota Semarang termasuk dalam 5 besar wilayah dengan AKI yang tinggi dan cenderung meningkat. AKI di Kota Semarang pernah menunjukkan trend menurun, tercatat di tahun 2010 sebesar 73,8 per 100.000 kelahiran hidup. Namun bersamaan digulirkannya program Jampersal pada tahun 2011, AKI justru meningkat menjadi 119,9 per 100.000 kelahiran hidup (Dinkes Kota Semarang, 2011). Hal ini menunjukkan AKI belum sesuai dengan target nasional. Pada era BPJS data tahun 2015 menunjukkan masih cukup tinggi, yaitu 109,2 per 100.000 kelahiran hidup.

Berdasarkan latar belakang tersebut perlu dilakukan kajian kualitatif untuk mempelajari fenomena tingginya AKI, khususnya bagaimana kualitas pelayanan persalinan di berbagai jenjang. Dengan pendekatan *grounded theory* diharapkan akan dihasilkan suatu temuan penelitian yang dapat digunakan untuk percepatan penurunan AKI khususnya di Kota Semarang.

## METODE

Penelitian Kualitatif ini menggunakan pendekatan *grounded theory*. Tujuan dari pendekatan *grounded theory* ini adalah untuk menghasilkan atau menemukan suatu teori

yang berhubungan dengan situasi angka kematian ibu yang tinggi, khususnya tentang situasi pelayanan persalinan di berbagai jenjang pelayanan. Penelitian kualitatif ini adalah jenis penelitian yang menghasilkan penemuan-penemuan yang tidak dapat dicapai dengan menggunakan prosedur-prosedur statistik atau disebut metode Naturalistik.

Penelitian ini melibatkan subyek penelitian yang terdiri dari dokter obstetri dan ginekologi, tim Poned Puskesmas, bidan, dan Seksi Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Kota Semarang. Adapun fokus penelitian ini adalah sebagai berikut :

- 1) Mengetahui gambaran pelaksanaan pelayanan persalinan di tingkat pertama
- 2) Mengetahui gambaran pelaksanaan pelayanan persalinan di tingkat persiapan rujukan
- 3) Mengetahui gambaran pelaksanaan pelayanan persalinan di tingkat lanjut
- 4) Mengetahui gambaran pelaksanaan pelayanan persalinan di PONE D

Penelitian menggunakan sumber data primer dan sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara dan *focus group discussion* (FGD) dengan melibatkan subyek yang telah ditentukan. Adapun data sekunder diperoleh melalui review dokumen yang terkait dengan fokus penelitian.

Analisis induktif digunakan sebagai landasan utama untuk mengkaji berbagai data yang diperoleh berdasarkan pendekatan teori dasar (*grounded theory*). Pendekatan ini mempunyai tiga elemen dasar yang saling terkait antara satu dengan yang lain meliputi konsep, kategori dan proposisi. Untuk menghasilkan proposisi ditempuh prosedur analisis data yaitu tahap *open coding*, tahap *axial coding*, dan tahap *selective coding*.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Kajian kualitatif ini diperoleh dari hasil FGD dan wawancara yang melibatkan bidan, Kepala Puskesmas PONE D, dokter kandungan, dan seksi Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Kota Semarang. Kegiatan yang dilakukan pada bulan Mei 2017 tersebut menghasilkan beberapa temuan yang dapat menjadi koreksi untuk perbaikan layanan persalinan. Pelayanan jampersal tersebut terdiri dari 3 tingkatan, yaitu pelayanan persalinan tingkat pertama, pelayanan persiapan rujukan, dan pelayanan tingkat lanjut.

Pelayanan persalinan tingkat pertama adalah pelayanan yang diberikan oleh dokter atau bidan yang berkompeten dan berwenang memberikan pelayanan yang meliputi pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan nifas dan pelayanan KB pasca salin, serta pelayanan kesehatan bayi baru lahir, termasuk pelayanan persiapan rujukan pada saat terjadinya komplikasi (kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir serta KB pasca salin) tingkat pertama. Jenis pelayanan Jaminan Persalinan di tingkat pertama ini meliputi pelayanan ANC, deteksi dini faktor risiko, pertolongan persalinan normal,

Pertolongan persalinan Puskesmas Poned, pelayanan nifas (PNC), dan pelayanan KB paska persalinan.

Pelayanan persiapan rujukan adalah pelayanan pada suatu keadaan dimana terjadi kondisi yang tidak dapat ditatalaksana secara paripurna di fasilitas kesehatan tingkat pertama sehingga perlu dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut. Pelayanan ini dapat diberikan pada kasus yang tidak dapat ditatalaksana paripurna di fasilitas kesehatan karena keterbatasan SDM dan keterbatasan peralatan dan obat-obatan. Selain itu dengan merujuk dipastikan pasien akan mendapat pelayanan paripurna yang lebih baik dan aman di fasilitas kesehatan rujukan. Dalam pelaksanaannya ketika pelayanan ini diberikan pasien harus dalam keadaan aman selama proses rujukan sampai dengan penanganannya di tingkat lanjutan.

Pelayanan tingkat lanjut adalah pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan spesialis untuk pelayanan kebidanan dan bayi baru lahir kepada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir dengan risiko tinggi dan atau dengan komplikasi yang tidak dapat ditangani pada fasilitas kesehatan tingkat pertama yang dilaksanakan berdasarkan rujukan atas indikasi medis. Jenis pelayanan persalinan di tingkat lanjutan meliputi pelayanan ANC, pertolongan persalinan dengan risti dan penyulit, penanganan komplikasi kebidanan, pemeriksaan paska persalinan (PNC), dan penatalaksanaan KB paska salin.

#### 1. Pelayanan persalinan tingkat pertama

Hasil FGD menunjukkan adanya permasalahan terkait pelayanan jampersal tingkat pertama. Berikut ini diperoleh beberapa contoh permasalahan :

- a) Bidan tidak melakukan pemeriksaan tensi pada saat ANC
- b) Didapati pasien yang tidak mempunyai buku KIA
- c) Buku KIA tidak diisi dengan lengkap
- d) Pada salah satu kasus kematian ibu, ditemukan informasi bahwa pada saat ANC pertama dan ke enam sebenarnya sudah ditemukan kenaikan tensi pasien, yaitu 140/80 mmHg. Namun demikian saat itu belum ada tindakan perhatian khusus ke pasien.
- e) Pada contoh kasus kematian yang lain, diperoleh informasi pada kunjungan ANC yang ke tujuh, pasien mengalami kenaikan tekanan darah (140/90 mmHg) dan kaki bengkak, namun belum ada tindakan segera untuk merujuk ke rumah sakit. Keadaan ini selanjutnya menyebabkan terjadinya keterlambatan rujukan di fasilitas pelayanan kesehatan dalam memberikan pertolongan yang dibutuhkan.
- f) Puskesmas Poned sebagai bagian dari pelayanan tingkat pertama sering tidak dimanfaatkan secara maksimal. Hasil FGD menunjukkan adanya pernyataan dari



bidan bahwa pelayanan Puskesmas Poned pada malam hari hanya dilakukan oleh bidan. Adapun dokter penanggungjawab tidak ada ditempat. Selain itu seringkali terjadi dokter penanggungjawab Puskesmas Poned yang sudah dilatih dipindah tugaskan atau diganti dengan dokter yang belum dilatih.

Informasi dari FGD juga menunjukkan bahwa kebanyakan pasien yang dilayani oleh Puskesmas Poned hanya pasien yang ANC di Puskesmas tersebut. Jarang sekali ditemukan pasien dari bidan praktik swasta yang dirujuk ke Puskesmas Poned.

## 2. Pelayanan persiapan rujukan

Pada pelayanan persiapan rujukan, hasil FGD menunjukkan adanya beberapa permasalahan. Berikut ini diperoleh beberapa contoh permasalahan :

- a) Adanya keterlambatan merujuk karena keputusan dari pihak keluarga yang rumit, sehingga pasien dibiarkan lama di pelayanan dasar.

Contoh kasus yang diperoleh dari hasil FGD adalah seorang pasien dengan kasus preeklamsia berat. Suami dari pasien tersebut bekerja di luar kota, sementara itu orang tua dari pasien sudah tua dan menderita penyakit. Meskipun bidan sudah memberikan rujukan, namun pasien tidak segera dibawa ke rumah sakit dengan alasan orang tuanya tidak ada yang merawat. Dalam kasus ini selanjutnya pasien mengalami kejang dan oleh tetangganya pasien dibawa ke rumah sakit rujukan, namun kemudian pasien meninggal karena preeklamsia berat.

- b) Pada beberapa kejadian terdapat *informed choice* tidak dilakukan kepada pasien dan keluarga. Tidak adanya informasi tentang kondisi pasien dan perlunya dirujuk ke rumah sakit menyebabkan keluarga tidak bisa langsung mengambil keputusan untuk dirujuk ke rumah sakit.
- c) Pada salah satu contoh kasus kematian diperoleh informasi adanya kejadian bidan tidak mengantar pasien rujukan yang mengalami perdarahan dan tidak dilakukan pemasangan infus saat merujuk.

## 3. Pelayanan tingkat lanjut

Hasil FGD menunjukkan adanya beberapa permasalahan terkait pelayanan jampersal pada pelayanan persalinan rujukan. Berikut ini diperoleh contoh permasalahan :

- a) Rumah sakit menerima pasien yang terlambat dirujuk.

Terdapat contoh yang menunjukkan penyebab keterlambatan rujukan tersebut. Seorang bidan dalam FGD menyampaikan kadang jika akan merujuk bertanya melalui telepon di jawab oleh rumah sakit rujukan bahwa pasiennya penuh. Jika dari beberapa

rumah sakit rujukan pasiennya penuh, maka keadaan ini akan menyebabkan terjadinya keterlambatan pasien untuk sampai ke rumah sakit rujukan.

b) BOR ruang bersalin rumah sakit rujukan yang tinggi.

Dalam FGD diperoleh informasi beberapa faktor yang memicu tingginya BOR, antara lain kejadian yang diungkapkan oleh peserta FGD terkait dengan salah diagnosa VT oleh bidan pengirim. Terdapat contoh dimana bidan sudah memimpin pasien untuk mengejan, namun tidak segera lahir (partus lama). Ketika pasien dirujuk ke rumah sakit dan diperiksa ulang VT ternyata pembukaan belum lengkap. Jika hal ini terjadi pada banyak pasien tentu akan berdampak pada meningkatnya BOR ruang bersalin di rumah sakit rujukan.

Tingginya BOR juga diindikasikan karena pemanfaatan Puskesmas Poned yang kurang maksimal. Jarang ada bidan praktik swasta yang merujuk pasiennya ke Puskesmas Poned. Bidan praktek swasta cenderung langsung merujuk pasiennya ke rumah sakit karena fasilitas yang lebih lengkap.

BOR yang tinggi, selanjutnya berdampak pada tidak cukup tersedianya ruang tindakan kebidanan. Konsekuensi lain dari tingginya BOR adalah lama hari perawatan yang dapat berujung pada buruknya kualitas pelayanan nifas (PNC).

c) Rumah sakit sering menerima pasien rujukan dengan informasi medis yang sangat minim. Hasil FGD menunjukkan adanya pasien rujukan yang tidak memiliki buku KIA atau memiliki namun datanya tidak lengkap.

#### 4. Peran Puskesmas Poned

Di Kota Semarang terdapat 6 Puskesmas Poned, yaitu Puskesmas Mijen, Mangkang, Halmahera, Ngesrep, Bangetayu, dan Ngaliyan. Pembahasan tentang peran Puskesmas Poned ini diperoleh dari hasil wawancara dengan tim Poned dari beberapa Puskesmas Poned yang ada di Kota Semarang.

Dari hasil wawancara dengan tim Poned Puskesmas diperoleh informasi yang menunjukkan adanya keterkaitan antara BOR ruang bersalin di rumah sakit rujukan yang tinggi dengan potoret pemanfaatan Puskesmas Poned. Secara kronologis dapat dijelaskan bahwa faktanya banyak bidan praktik swasta yang langsung merujuk pasiennya ke rumah sakit Ponek. Puskesmas Poned sebagai bagian layanan tingkat pertama program Jampersal bukan menjadi pilihan tempat merujuk. Hal ini menyebabkan terjadinya tingginya BOR ruang bersalin. Keadaan ini pada akhirnya menyebabkan tidak cukup tersedianya ruang tindakan kebidanan bagi seluruh pasien. Penuhnya bed di ruang bersalin menyebabkan terjadinya pengalihan pasien ke rumah sakit rujukan yang lain, demikian seterusnya. Hal ini pada

akhirnya dapat menyebabkan terjadinya keterlambatan penanganan pada pasien. Selanjutnya keterlambatan penanganan pasien akan menjadi faktor risiko yang besar pengaruhnya terhadap kematian ibu jika secara bersamaan ternyata pasien terdapat komplikasi / penyulit persalinan.

Penjelasan berikut dapat menerangkan mengapa Puskesmas Poned belum maksimal dimanfaatkan untuk mengurangi kepadatan BOR ruang bersalin di rumah sakit rujukan :

- a) Terdapat Puskesmas Poned sudah memiliki tim Poned yang telah dilatih (1 dokter, 1 bidan, dan 1 perawat), namun selama ini hanya melakukan pertolongan pada persalinan normal.
- b) Terdapat petugas Poned (dokter) yang sudah dilatih dipindah tugaskan ke tempat lain, sementara itu pada Puskesmas awal mendapat petugas pengganti yang belum dilatih Poned.
- c) Selama ini Puskesmas Poned baru bisa melayani persalinan normal. Petugas penolong persalinan di Puskesmas Poned hampir selalu dilakukan oleh bidan. Dokter jarang menangani persalinan karena tidak 24 jam di lokasi.

Penjelasan di atas menunjukkan beberapa aspek yang perlu menjadi perhatian. Perbaikan layanan program jampersal pada semua tingkatan perlu dilakukan untuk membantu upaya penurunan angka kematian ibu. Pada masa yang akan datang apapun bentuk program jaminan persalinan yang diberikan hendaknya dapat menarik pembelajaran dari kekurangan program sejenis pada masa lalu.

## **PENUTUP**

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan :

1. Pada pelayanan tingkat pertama terdapat permasalahan yang berhubungan dengan kurangnya kualitas layanan ANC, serta kurang maksimalnya peran Puskesmas Poned menjadi salah satu penyebab meningkatnya kepadatan BOR ruang bersalin pada pasien di rumah sakit rujukan.
2. Pada pelayanan persiapan rujukan terdapat permasalahan terkait keterlambatan rujukan, serta terdapat beberapa penyimpangan SOP dalam pelayanan persiapan rujukan.
3. Pada pelayanan rujukan terdapat permasalahan, yaitu BOR ruang bersalin di rumah sakit rujukan sering terlalu tinggi, serta rumah sakit sering menerima pasien rujukan yang terlambat dirujuk serta informasi medis yang tidak lengkap dari pemberi rujukan.

4. Belum maksimalnya peran Puskesmas Poned berkontribusi pada tingginya beban rumah sakit rujukan (BOR ruang bersalin tinggi). Keadaan tersebut bersama-sama dengan kehadiran faktor risiko komplikasi kehamilan/ persalinan/nifas pada pasien akan meningkatkan probabilitas kematian ibu.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Anisa Fawad, Humaira Naz, Ansa Islam, Seemi Zaffar, Aziz-un-Nisa Abbasi. 2011. Maternal Mortality in a Tertiary Care Hospital. *J Ayub Med Coll Abbottabad* vol :23(1).
- Asamoah, et.al. 2011. Distribution of Causes of Maternal Mortality Among Different Socio Demographic Groups in Ghana, A Descriptive Study. *BMC Public Health*, 11: 159
- Diaz, V., Pellokila, M., Rafael, P., 2017. Health Services Maternal Intrinsic and Socio-Cultural Factors and Perinatal Mortality. *Jurnal Kemas* 12 (2) : 96 - 105
- Elviera, G., Siti, M., Indah, P.S. 2016. The Determinants of Husband Behavior in the Care of Pregnant Women. *Jurnal Kemas* 12 (1) : 68-75
- Dinkes Kota Semarang. 2011. Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2011. Semarang.
- Hematram Yadav. 2012. A Review of Maternal Mortality in Malaysia. *JeJSME* vol: 6 (Suppl 1): S142-S151.
- Helmizar. 2014. Evaluasi Kebijakan Jaminan Persalinan (JAMPERSAL) Dalam Penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi di Indonesia. *Jurnal KEMAS* 9 (2) : 197-205
- Hoyert DL. 2007. Maternal Mortality and Related Concepts. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 3(33).
- Isti M, M Azam, Dina N. 2011. Faktor Tindakan Persalinan Operasi Sectio Caesarea. *Jurnal Kemas*, 7(1): 14-21
- Natalie Carvalho, Ahmad Shah Salehi and Sue J Goldie. 2013. National and Sub-National Analysis of the Health Benefits and Cost-Effectiveness of Strategies to Reduce Maternal Mortality in Afghanistan. Published by Oxford University Press in association with The London School of Hygiene and Tropical Medicine. *Health Policy and Planning* 28:62–74.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2562 / MENKES / PER / XII / 2011 tentang Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan
- Story et al. 2012. Husbands' Involvement In Delivery Care Utilization In Rural Bangladesh: A Qualitative Study. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 12:28
- Van Den Broek, N.R and Falconer, A.D. 2011. Maternal Mortality and Millenium Development Goal 5. *British Medical Bulletin* 99 : 25-38.
- Vitricya Purnama Sari, Jati listiyanto Pujo. 2012. Angka Kematian Ibu Kategori Pasien. Obstetric di ICU dan HCU Rumah Sakit Karyadi Semarang priode Februari 2010 – 2012. *Jurnal Media Medika Muda KTI*

# EVALUASI UKS DALAM PELAKSANAAN PHBS SISWA DI SDN PEDURUNGAN KIDUL 1 SEMARANG

Ismah Dwi Cahyani<sup>1\*</sup>, Faizal Ramadhan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

Email: ismahdwicahyani@gmail.com

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Banyak penyakit yang dapat disebabkan karena PHBS yang masih kurang. Penyakit yang diderita anak sekolah terkait perilaku seperti cacingan sebesar 60–80 %, dan karies gigi sebesar 74,4 %. Berdasarkan permasalahan tersebut maka diperlukan dukungan dari pelaksanaan program UKS. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran evaluasi UKS dalam pelaksanaan PHBS siswa yang dinilai menggunakan instrument FRESH.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan desain penelitian kuantitatif-kualitatif. Populasi dalam penelitian ini adalah Sekolah Dasar se-Kecamatan Pedurungan kota Semarang. Sampel penelitian ini adalah SDN Pedurungan Kidul 1. Proses pengambilan data kualitatif dilakukan dengan cara melakukan wawancara mendalam dengan kepala sekolah dengan menggunakan instrument FRESH.

**Hasil:** Berdasarkan hasil analisis secara kuantitatif evaluasi UKS dalam pelaksanaan PHBS siswa di SDN Pedurungan Kidul 1 masuk dalam kategori sedang atau cukup. Hal tersebut dibuktikan dengan adanya kebijakan sekolah terkait kesehatan seperti terbentuknya dokter kecil dan adanya guru pembina UKS serta guru olahraga yang sudah terlatih. Namun dalam praktiknya siswa belum mampu menerapkan PHBS dengan baik.

**Simpulan:** Dalam pelaksanaan PHBS di SDN Pedurungan Kidul 1 belum berjalan dengan baik. Sehingga sekolah perlu meningkatkan kesadaran siswa untuk melakukan PHBS.

**Kata Kunci:** UKS, PHBS, SDN Pedurungan Kidul 1

## ABSTRACT

**Background:** Many diseases can be caused due to lack of PHBS. The illness of schoolchildren was associated with behaviors such as intestinal worms 60-80%, and dental caries at 74.4%. Based on these issues, support from the Health Programs program was needed. This study aims to obtain a general overview of the evaluation of Health Programs in the implementation of PHBS students assessed using FRESH instruments.

**Methods:** This research uses quantitative-qualitative research design. The population in this research was Kecamatan Pedurungan Primary School of Semarang. The sample of this research was SDN Pedurungan Kidul 1. The process of collecting qualitative data was done by conducting in-depth interview with principal using FRESH instrument.

**Results:** Based on the results of quantitative analysis of Health Programs evaluation in the implementation of PHBS students in SDN Pedurungan Kidul 1 was medium or enough. It was evidenced by the existence of health-related school policies such as the establishment of a small doctor and the presence of Health Program's teachers and trained sports teachers. However, in practice the students has not been able to apply PHBS properly.

**Conclusion:** In the implementation of PHBS in SDN Pedurungan Kidul 1 had not run well. So schools need to raise awareness of students to do PHBS.

**Key Word:** School Health Programs, PHBS, SDN Pedurungan Kidul 1

## **PENDAHULUAN**

Anak usia sekolah merupakan kelompok usia yang rentan terhadap masalah kesehatan. Masalah kesehatan yang dihadapi oleh anak usia sekolah pada dasarnya cukup kompleks dan bervariasi. Peserta didik pada tingkat Sekolah Dasar (SD) misalnya, masalah kesehatan yang muncul biasanya berkaitan dengan kebersihan perorangan dan lingkungan.

Laporan Riset Kesehatan Dasar (RIKESDAS) Nasional tahun 2013, dapat disimpulkan bahwa perilaku yang menyangkut kebersihan dapat mempengaruhi kesehatan. Banyak penyakit yang dapat disebabkan karena perilaku hidup bersih dan sehat yang masih kurang seperti diare, kecacingan, masalah periodontal, filariasis, demam berdarah dan muntaber. Masalah kebersihan diri yang cukup banyak dialami oleh murid sekolah dasar yaitu : 86% murid yang bermasalah pada gigi, 53% tidak biasa potong kuku, 42% murid yang tidak biasa menggosok gigi, dan 8% murid yang tidak mencuci tangan sebelum makan. Selain itu data penyakit yang diderita oleh anak sekolah terkait perilaku seperti cacingan adalah sebesar 60 – 80 %, dan caries gigi sebesar 74,4 %. Kompleksnya masalah kesehatan anak sekolah perlu ditanggulangi secara komprehensif dan multisektor. (Kementrian Kesehatan RI, 2013)

Selain rentan terhadap masalah kesehatan, anak usia sekolah juga berada pada kondisi yang sangat peka terhadap stimulus sehingga mudah dibimbing, diarahkan, dan ditanamkan kebiasaan – kebiasaan yang baik, termasuk kebisaan untuk berperilaku hidup bersih dan sehat. Untuk mendukung pencapaian hal tersebut, maka diperlukan dukungan dari Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang dalam pelaksanaannya menitik beratkan pada upaya promotif dan preventif disamping juga upaya kuratif dan rehabilitatif yang berkualitas. Usaha Kesehatan Sekolah dilaksanakan dalam tiga program pokok (TRIAS UKS) yang meliputi : pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembinaan lingkungan sekolah sehat. (Nadia, 2012)

Dibentuknya Program Usaha Kesehatan Sekolah tercantum dalam UU No. 23 tahun 1992 pasal 45 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa Usaha Kesehatan Sekolah wajib diselenggarakan di sekolah. Beberapa hal yang menjadi permasalahan dalam pembinaan dan pengembangan program promosi kesehatan di sekolah ialah perilaku hidup bersih dan sehat belum mencapai pada tingkat yang diharapkan. Berdasarkan dari data Dinkes Jateng menyatakan bahwa pencapaian indikator PHBS di Jawa Tengah tahun 2014 masih rendah yaitu 71,46%, lebih rendah dibandingkan dengan target renstra sebesar 74,9% (Dinkes Jateng, 2014). Disamping itu ancaman sakit terhadap murid sekolah masih cukup tinggi dengan adanya penyakit endemis dan kekurangan gizi.

Jika dilihat lebih jauh, sekolah sebenarnya memiliki potensi yang besar untuk mensukseskan program promosi kesehatan. Banyak sekolah yang dapat dimanfaatkan untuk menanamkan nilai PHBS melalui promosi kesehatan terintegrasi dg program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) Guru dan Masyarakat Sekolah menjadi mitra pengembangan promosi kesehatan di sekolah. Anak sekolah menjadi kader kesehatan bagi keluarga dan masyarakat.

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai evaluasi Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dalam pelaksanaan perilaku hidup bersih dan sehat siswa yang dinilai menggunakan instrumen FRESH (*Focusing Resources on Effective School Health*).

## **METODE**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif-kualitatif untuk mendapatkan gambaran mengenai program kesehatan di sekolah. Populasi dalam penelitian ini adalah Sekolah Dasar di kecamatan Pedurungan, Semarang. Sampel dalam penelitian ini adalah SDN Pedurungan Kidul 1.

Proses pengambilan data kualitatif dilakukan dengan melakukan wawancara mendalam dengan kepala sekolah yang menjadi tempat penelitian. Panduan wawancara menggunakan instrument FRESH (*Focusing Resources on Effective School Health*).

FRESH adalah instrument yang digunakan untuk melakukan monitoring dan evaluasi program kesehatan di sekolah. Lembaga internasional menyetujui kerangka kerja bersama untuk kesehatan sekolah pada Forum Pendidikan Dunia di Dakar pada tahun 2000. FRESH memonitoring dan mengevaluasi program kesehatan pada tingkat nasional dan tingkat sekolah.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

SDN Pedurungan Kidul 1 mempunyai 295 siswa yang terbagi dalam 9 kelas, dan dibina oleh 15 guru. Penelitian ini dilakukan dengan wawancara mendalam kepada kepala sekolah sebagai pemegang kebijakan tertinggi di sekolah. Panduan wawancara yang digunakan adalah instrument FRESH (*Focusing Resources on Effective School Health*).

Berdasarkan hasil analisis secara kuantitatif dari kuesioner FRESH diambil 17 pertanyaan secara keseluruhan dengan kategori antara lain kategori kurang dengan nilai sebesar 0 – 11,3 , kategori sedang/cukup sebesar 11,4 – 22,6 , dan kategori baik sebesar 22,7 – 34. Total nilai yang didapatkan dari hasil perhitungan keseluruhan pertanyaan yaitu sebesar 17. Sehingga hasil tersebut masuk dalam kategori sedang atau cukup.

SDN Pedurungan Kidul 1 memiliki kebijakan sekolah terkait program kesehatan sekolah beserta prosedur untuk memantau dan memberlakukan kebijakan. Dilihat dari pelaksanaan Usaha Kesehatan Sekolah di SDN Pedurungan Kidul 1 yang dipegang oleh seorang Pembina UKS dibantu dengan adanya 20 siswa sebagai dokter kecil. Dokter kecil ini terdiri dari siswa kelas IV, kelas V, dan kelas VI. Mereka menerima pelatihan dari Puskesmas dan Dinas Kesehatan Kota Semarang setiap satu tahun sekali. Setiap hari Senin saat upacara bendera, dokter kecil bertugas membawa temannya yang sakit ke tempat perawatan dan diserahkan kepada guru yang mengurus UKS.

Saat penelitian dilaksanakan, kepala sekolah mengungkapkan bahwa seluruh siswa di sekolah tersebut masing-masing memiliki formulir yang harus mereka isi setiap minggu berupa jadwal memantau jentik-jentik nyamuk di rumahnya atau Siswa Cari Jentik (Sicentik). Setiap minggu para siswa melakukan pemantauan jentik di rumah dan hasilnya akan dilaporkan kepada guru wali kelas masing-masing yang kemudian data tersebut akan diambil oleh Petugas Surveilans Kesehatan (Gasurkes) koordinator kecamatan dan kota setiap bulan.

Sekolah sudah memiliki kebijakan yang cukup baik terkait penyediaan lingkungan pembelajaran fisik dan sosio-emosional yang aman dan sehat bagi guru dan siswa. Penyediaan lingkungan pembelajaran fisik disini meliputi kebersihan kelas yang dijaga setiap siswa dengan diadakannya regu piket dengan didampingi guru yang bertugas setiap pagi untuk membersihkan kelas. Sedangkan untuk kebersihan lingkungan sekolah dilakukan oleh petugas kebersihan sekolah. Sayangnya siswa belum mampu menerapkan perilaku membuang sampah pada tempatnya dan membedakan mana sampah yang organik maupun an-organik. Disamping itu Tempat Pembuangan Akhir (TPA) di daerah tersebut seringkali penuh membuat sampah-sampah di sekolah dan rumah sekitar juga tidak ikut terangkut oleh petugas kebersihan kota yang kemudian menumpuk untuk beberapa waktu. Sehingga hal tersebut dapat memicu sarang penyakit untuk siswa maupun warga sekolah yang lain.

Mengenai sosio-emosional anak, kepala sekolah mengatakan "...Kalo di SD itu kan tidak ada petugas BP atau bimbingan penyuluhan sendiri itu kan ndak ada, lah ya guru kelasnya. Guru kelasnya itu memberikan anak yang emosionalnya tinggi itu didudukkan sendiri kemudian ada apa to, nah itu kan ditanya...".

Dalam kebijakan terkait keamanan jajan di sekolah belum terdapat peraturan yang tegas yang mengatur siswa agar tidak jajan di luar sekolah. Masih banyak siswa yang dengan mudah dapat menjangkau jajanan yang di jual bebas di luar sekolah. Panduan untuk mengajarkan pendidikan kesehatan berbasis ketrampilanpun di sekolah belum ada. Serta kebijakan kesehatan sekolah dalam hal penyediaan layanan kesehatan dan gizi sekolah juga



belum bisa berjalan dengan baik. Penanganan dalam hal merujuk anak didik yang sakit ke puskesmas jika tidak dapat ditangani di sekolah belum berjalan. Jika terdapat anak yang sakit, sekolah lebih sering memulangkan anak tersebut kepada orang tua mereka. Selain itu, Saat penelitian dilakukan penyediaan air minum untuk siswa tidak tersedia. Sedangkan untuk ketersediaan air bersih sudah baik namun penyediaan sabun untuk melakukan cuci tangan tidak ada.

Sudah terdapat dua tenaga guru yang terlatih yaitu guru olah raga dan guru UKS yang sudah mendapat pelatihan untuk mengembangkan kesadaran mereka akan standar lingkungan fisik yang sehat dan aman. Implementasi dari pelatihan guru tersebut yaitu dilakukan dengan demonstrasi sikat gigi bersama siswa kelas 1, kelas 2, dan kelas 3 dengan melibatkan dokter kecil di sekolah tersebut. Namun dukungan dari guru untuk menyediakan, memelihara, dan mengembangkan lingkungan fisik yang aman masih berjalan setengah-setengah.

Penyediaan jamban bersih dan sehat merupakan hal yang perlu diperhatikan terdapat tujuh jamban yang tersedia. Satu jamban untuk guru, tiga jamban untuk murid laki-laki dan tiga jamban untuk murid perempuan. Namun saat penelitian dilakukan kondisi jamban sudah kotor dan berkerak, lalu satu jamban siswa rusak dan ditumpuki dengan barang-barang yang tidak terpakai serta tidak tersedia sabun.

Berdasarkan analisis dari tingkat frekuensi kesehatan yang diajarkan di sekolah bahwa sampai sejauh ini topik kesehatan yang sesuai dengan kondisi dan tantangan setempat yaitu pencegahan penyakit yang sering terjadi pada kalangan usia anak-anak sekolah. Seperti penyakit yang berkaitan dengan perilaku hidup bersih dan sehat yang menjadi salah satu peran UKS untuk meningkatkan PHBS anak sekolah. Namun pelaksanaannya belum dapat berjalan. Adapun dukungan dari pihak sekolah terkait topik kesehatan yang diajarkan yaitu dengan adanya poster yang di pasang di dinding sekolah sebagai media promosi kesehatan kepada siswa. Sedangkan untuk topik kesehatan yang sesuai dengan gagasan siswa tentang masalah yang mereka hadapi di SDN Pedurungan Kidul 1 yaitu terkait dengan kenakalan anak.

Paket minimum yang direkomendasikan untuk layanan kesehatan dan gizi berbasis sekolah, pelaksanaannya baru berjalan seputar pemberian makanan tambahan seperti kacang hijau setiap hari Jumat setelah senam. Kemudian dalam beberapa bulan terakhir ada pembagian susu kepada siswa. Selain itu, ada pelaksanaan imunisasi dari Puskesmas dimana sekolah sangat berperan untuk mengajak siswa-siswanya mau berturut serta di dalamnya. Apabila terdapat orang tua yang tidak mengizinkan anaknya untuk mengikuti imunisasi bersama di sekolah, maka sekolah akan meminta surat pernyataan dari orang tua

murid tersebut atau memberikan saran agar orang tua mau mengikut sertakan anaknya mendapat imunisasi di puskesmas.

Hubungan antara layanan kesehatan seperti puskesmas dan sekolah telah terjalin dalam penyelenggaraan BIAS atau Bulan Imunisasi Anak Sekolah. Sayangnya belum ada guru atau staf yang dilatih untuk memberikan kesehatan berbasis sekolah dan layanan gizi seperti pengiriman termasuk rujukan. Serta tidak ada sistem pendukung untuk guru yang terlibat dalam penyampaian layanan kesehatan berbasis sekolah dan gizi.

Berdasarkan UU No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional dan UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 79 dapat disimpulkan bahwa Usaha Kesehatan Sekolah diselenggarakan untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat peserta didik dalam lingkungan hidup sehat sehingga peserta didik belajar, tumbuh dan berkembang secara harmonis dan setinggi-tingginya menjadi Sumber Daya Manusia yang berkualitas. Sumber daya manusia yang berkualitas yaitu sehat fisik, mental dan sosial serta mempunyai produktivitas yang optimal diperlukan upaya-upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan secara terus menerus yang dimulai sejak dalam kandungan, anak usia dini sampai dengan usia lanjut.

Poernomo (1982:15) mengatakan bahwa sekolah merupakan lembaga yang dengan sengaja dihidupkan untuk mempertinggi derajat bangsa dalam segala aspek. Selain itu, Usaha Kesehatan melalui masyarakat sekolah mempunyai kemungkinan yang lebih efektif diantara beberapa usaha yang ada, untuk mencapai kebiasaan hidup sehat dari masyarakat pada umumnya, karena masyarakat sekolah; mempunyai prosentase yang tinggi; merupakan masyarakat yang terorganisir, sehingga mudah dicapai dalam rangka pelaksanaan usaha-usaha kesehatan masyarakat; peka terhadap pendidikan pada umumnya, dapat menyebarkan modernisasi (sebagai "*agent of change*"), karena dalam usia dini anak-anak sekolah berada dalam taraf perkembangan dan pertumbuhan, mudah dibimbing dan dibina. Masa dini adalah masa yang tepat untuk menanamkan kebiasaan-kebiasaan hidup sehat dengan harapan, agar mereka dapat meneruskan serta mempengaruhi lingkungan sekarang dan dimasa akan datang. Masyarakat sehat yang akan datang merupakan salah satu dari hasil pengertian, sikap dan kebiasaan hidup sehat yang dimiliki anak-anak pada waktu sekarang. (Poernomo, 1982)

Martoyo (Entjang 1986:120), mengatakan bahwa bersama-sama membina kesehatan masyarakat sekolah, dengan jalan meningkatkan dan mengembangkan kegiatan-kegiatan dalam bidang Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), demi pembinaan rakyat pada umumnya. Dalam rangka meningkatkan dan mengembangkan UKS perlu diperhatikan; menjalin hubungan dan kerjasama dengan lembaga-lembaga kesehatan setempat (Rumah sakit,

Perguruan Tinggi khususnya Fakultas kedokteran, PMI, Puskesmas, dan lain-lain); dan menjalin hubungan dan kerjasama dengan tenaga-tenaga medis seperti dokter, perawat dan lain-lain. Disamping itu sekolah juga harus menyiapkan tenaga-tenaga gurunya untuk mendapatkan pengertian praktis tentang kesehatan masyarakat sekolah dan rakyat pada umumnya. (Martoyo, 1982)

Memperhatikan pendapat dan pernyataan diatas bahwa bukan hanya anak didik saja yang harus disehatkan tetapi juga lingkungannya. Ini berarti masyarakat diluar atau disekitar anak didik perlu pula disehatkan. Masyarakat tersebut terdiri atas masyarakat yang disekitar sekolah, para pendidik dan pengajar serta keluarga dari anak didik.

## **PENUTUP**

Berdasarkan hasil dan pembahasan diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa SDN Pedurungan Kidul 1 dalam pelaksanaan UKS nya sudah cukup baik. Sehingga berpengaruh terhadap penerapan PHBS siswa yang dilaksanakan di sekolah. Hal tersebut dibuktikan dengan adanya dokter kecil yang berperan dalam membantu pelaksanaan UKS dan adanya guru pembina UKS serta guru olahraga yang sudah terlatih. Namun dalam praktiknya siswa di SDN Pedurungan Kidul 1 belum mampu melakukan perilaku hidup bersih dan sehat dengan baik seperti, membuang sampah tidak pada tempatnya, belum mampu membedakan mana sampah organik dan anorganik, masih melakukan jajan sembarangan, kurangnya kesadaran akan kebersihan jamban di sekolah, serta kurangnya fasilitas yang mendukung dalam pelaksanaan PHBS misalnya tidak ada sabun untuk cuci tangan dan tidak tersedia air minum untuk siswa. Sehingga sekolah perlu meningkatkan upaya untuk menciptakan siswa dan warga sekolah yang lainnya agar dapat menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Bani, A. (2016). Peran Pendidikan Kesehatan Terhadap Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Siswa Kelas Atas SD N 1 Kesugihan Kecamatan Kesugihan Kabupaten Cilacap. *Skripsi*, 74.
- Dinkes Jateng. (2014). *Profil Kesehatan Provinsi Jateng*. Semarang.
- Erlisa Candrawati, E. W. (2015). Pelaksanaan Program UKS dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) Siswa Sekolah Dasar di Kecamatan Kedung Kandang Kota Malang. *Jurnal CARE, Vol.3, No. 1, 2015*, 21.
- Kementrian Kesehatan RI. (2013). *Pembinaan perilaku hidup bersih dan sehat di berbagai tatanan*. Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan.
- Martoyo, S. (1982). *Pendidikan Kesehatan dan Usaha Kesehatan Sekolah*. Solo: Tiga Serangkai.

Nadia, R. S. (2012). Hubungan Pelaksanaan Program Usaha Kesehatan Sekolah Terhadap Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Pada Siswa SDN 13 Seberang Padang Utara. 2-3.

Poernomo. (1982). *Usaha Kesehatan Sekolah*. Jakarta: Kemenkes RI.

## MONITORING DAN EVALUASI PROGRAM KESEHATAN DI SEKOLAH DENGAN MENGGUNAKAN INSTRUMEN *FRESH* (STUDI di MTS AL- ISLAM SUMURREJO GUNUNGPATI KOTA SEMARANG)

Hamimah<sup>1\*</sup>, Maudy Agustina<sup>1</sup>, Hauna Anja Ramadhanty<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

E-mail Korespondensi: hamimahbachdim00@gmail.com

### ABSTRAK

**Latar Belakang:** Beberapa hal yang menjadi permasalahan dalam pembinaan dan pengembangan program promosi kesehatan di sekolah ialah : Perilaku hidup bersih dan sehat belum mencapai pada tingkat yang diharapkan, disamping itu ancaman sakit terhadap murid sekolah masih cukup tinggi dengan adanya penyakit endermis dan kekuarangan gizi. Peranan sekolah belum optimal dalam mengembangkan promosi kesehatan di sekolah Masih banyak sekolah belum termasuk sekolah sehat, dukungan kebijakan promosi kesehatan di sekolah masih kurang. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran mengenai implementasi program kesehatan di MTS Al-Islam Sumurrejo dan hasilnya diharapkan dapat menjadi bahan evaluasi untuk sekolah agar dapat menerapkan program kesehatan yang sesuai sehingga tercapainya sekolah yang sehat.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pengambilan data kualitatif dilakukan dengan observasi dan wawancara mendalam dengan menggunakan instrumen *FRESH (Focusing Resources on Effective School Health)*. Sampel penelitian yaitu MTs Al-Islam Sumurejo Semarang yang dipilih secara random sampling. Informan penelitian ini yaitu Kepala Sekolah yang diwakilkan Guru Bahasa Indonesia dan satu orang Siswa Kelas Delapan (8).

**Hasil:** Hasil ceklist menunjukkan bahwa MTs AL-ISLAM SUMURREJO Kecamatan Gunungpati Kota Semarang sudah termasuk dalam kategori sedang menuju baik dalam penerapan pembangunan program kesehatan sekolah bila ditinjau melalui metode *FRESH (Focusing Resources on Effective School Health)*.

**Simpulan:** Ada beberapa hal yang harus dibenahi seperti fasilitas dan biaya operasional kebutuhan sekolah untuk mendukung program kesehatan sekolah yang lebih baik seperti ; fasilitas cuci tangan yang memadai, operasional perbaikan UKS dan pemberian pelajaran tambahan baik didalam kelas maupun diluar kelas, misalnya dengan pembentukan Ekstrakurikuler PMR (Palang Merah Remaja).

**Kata Kunci:** *FRESH*, Sekolah, Program Kesehatan

### ABSTRACT

**Background:** Some of the things that become problems in coaching and development program health promotion at school is clean and healthy lifestyles has not reached the expected level, on the threat of pain against the disciples of the school still pretty high with the presence of the disease endermis and kekuarangan nutrition. The role of the school has not been optimal in developing health promotion at school is still a lot of schools do not include healthy schools, support the policy of health promotion at school is still lacking. The purpose of this research is to gain an overview about the health program implementation in MTS Sumurrejo Al-Islam and the resultis expected to be the subject of evaluation for the school to be able to apply the appropriate health programs so that the achievement of a healthy school.

**Methods:** *This study used a quantitative and qualitative approach. Qualitative data retrieval done by observation and in-depth interviews using the instrument FRESH (Focusing Resources on Effective School Health). Sample research namely MTs Al-Islam Sumurejo Semarang selected by random sampling. Informant this research. Headmaster who represented Indonesia Language Teacher and one grade eight (8)*

**Results:** *The results showed that MTs ceklist Al-Islam Sumurrejo Subdistrict Gunungpati Semarang city is included in the category are heading both in the implementation of school health programs when development is reviewed through FRESH (Focusing Resources on Effective School Health).*

**Conclusion:** *There are some things that must be addressed as facilities and operational costs for the needs of the school health program to support better school such as; adequate hand washing facilities, operational improvements to the INFIRMARY and the granting of additional lessons both in the classroom and outside the classroom, for example with the creation of Extra-curricular PMR.*

**Key Words:** FRESH, School, Health Program

## **PENDAHULUAN**

Pembangunan bidang kesehatan harus bersifat menyeluruh (holistik), karena dipengaruhi oleh banyak faktor yang bertujuan untuk peningkatan, pemeliharaan dan perlindungan kesehatan pada masyarakat. Pembangunan berwawasan kesehatan berarti pembangunan semua sektor harus memberikan kontribusi positif bagi pengembangan perilaku dan lingkungan yang sehat (Depkes RI, 2004).

Pembangunan yang ingin dicapai oleh bangsa Indonesia adalah tercapainya bangsa yang maju dan mandiri, sejahtera lahir dan batin. Salah satu ciri bangsa yang maju adalah mempunyai derajat kesehatan yang tinggi, karena derajat kesehatan mempunyai pengaruh yang sangat besar terhadap kualitas sumberdaya manusia. Hanya dengan sumber daya yang sehat akan lebih produktif dan meningkatkan daya saing bangsa (Wahyuni, 2013).

Pembangunan kesehatan bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Derajat kesehatan merupakan salah satu faktor yang sangat berpengaruh pada kualitas sumberdaya manusia. Sumber daya manusia yang sehat akan lebih produktif dan meningkatkan daya saing manusia (Wahyuni, 2013).

Untuk tercapainya visi pembangunan kesehatan di Indonesia, yakni Indonesia Sehat 2017 telah ditetapkan sejumlah misi, strategi, pokok-pokok program serta program-programnya. Salah satu program yang dimaksud adalah Program Usaha Kesehatan Sekolah. UU No. 23 tahun 1992 pasal 45 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa Usaha Kesehatan Sekolah wajib di selenggarakan di sekolah (Wahyuni, 2013).

Beberapa hal yang menjadi permasalahan dalam pembinaan dan pengembangan program promosi kesehatan di sekolah ialah : Perilaku hidup bersih dan sehat belum

mencapai pada tingkat yang diharapkan, disamping itu ancaman sakit terhadap murid sekolah masih cukup tinggi dengan adanya penyakit endermis dan kekuarangan gizi (Notoatmodjo, 2007).

Jika dilihat lebih jauh, sekolah sebenarnya memiliki potensi yang besar untuk mensukseskan program promosi kesehatan. Banyak sekolah yang dapat dimanfaatkan untuk menanamkan nilai PHBS melalui promosi kesehatan terintegrasi dengan program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) Guru dan Masyarakat Sekolah menjadi mitra pengembangan promosi kesehatan di sekolah Anak sekolah menjadi kader kesehatan bagi keluarga dan masyarakat. Ada peluang dan dukungan dlm promosi kesehatan di sekolah (dana dan kebijakan) (Ratih Sulistyoningrum, 2002).

Tujuan promkes di sekolah diantaranya adalah meningkatkan peserta didik, guru dan masyarakat lingkungan sekolah untuk ber-PHBS, meningkatkan lingkungan sekolah yang sehat, aman dan nyaman, meningkatkan pendidikan kesehatan di sekolah, meningkatkan akses (kesempatan) untuk pelaksanaan pelayanan kesehatan di sekolah, meningkatkan peran aktif peserta didik, guru dan masyarakat lingkungan sekolah untuk meningkatkan kesehatan masyarakat di sekitar lingkungan sekolah, meningkatkan penerapan kebijakan sehat dan upaya di sekolah untuk mempromosikan kesehatan (Ratih Sulistyoningrum, 2002).

Berbagai strategi telah ditempuh dalam upaya meningkatkan promosi kesehatan di sekolah seperti pemberdayaan Warga Sekolah dan Masyarakat Lingkungan Sekolah dalam Membangun Lingkungan Sekolah yang Sehat, penggalangan Kemitraan untuk Meningkatkan Upaya Promosi Kesehatan di Sekolah, memberikan Pendidikan Kesehatan bagi Anak, pengkajian/Penelitian untuk Meningkatkan Program Promosi Kesehatan di Sekolah, memberikan Akses Pelayanan Kesehatan yang Bersifat Promotif dan Preventif bagi Peserta Didik, berperan Aktif dalam Meningkatkan Kesehatan Masyarakat (Notoatmodjo S. , 2003).

Usia awal sekolah baik untuk menanamkan nilai PHBS tetapi belum dimanfaatkan optimal, Usia anak sekolah: masa rawan terserang gangguan berbagai penyakit. Masalah kesehatan pada kelompok pra remaja (usia 6 s.d <10 tahun), umumnya berkaitan dengan PHBS. Peranan sekolah belum optimal dalam mengembangkan promosi kesehatan di sekolah Masih banyak sekolah belum termasuk sekolah sehat, dukungan kebijakan promosi kesehatan di sekolah masih kurang.

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai program kesehatan yang dinilai menggunakan instrumen FRESH (*Focusing Resources on Effective School Health*).

## METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif-kualitatif untuk mendapatkan gambaran mengenai program kesehatan di sekolah. Sample dalam penelitian ini adalah MTs Al-Islam Sumurrejo Kecamatan Gunungpati Kota Semarang. Sample di ambil menggunakan teknik simple random sampling.

Proses pengambilan data kualitatif dilakukan dengan melakukan wawancara mendalam dengan kepala sekolah, guru, dan siswa MTs Al-Islam Sumurrejo Kecamatan Gunungpati Kota Semarang. Panduan wawancara menggunakan instrument FRESH (*Focusing Resources on Effective School Health*).

FRESH adalah instrument yang digunakan untuk melakukan monitoring dan evaluasi program kesehatan di sekolah. Lembaga internasional menyetujui kerangka kerja bersama untuk kesehatan sekolah pada Forum Pendidikan Dunia di Dakar pada tahun 2000. FRESH memonitoring dan mengevaluasi program kesehatan pada tingkat nasional dan tingkat sekolah. Kerangka FRESH terdiri dari 4 poin yaitu, (1) Kebijakan kesehatan sekolah yang setara – Ceklist 2, (2) Lingkungan belajar yang aman – Ceklist 4, (3) Pendidikan kesehatan berbasis ketrampilan – Ceklist 6, (4) Layanan kesehatan dan gizi berbasis sekolah – Ceklist 8.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Hasil monitoring dan evaluasi program kesehatan di sekolah

Instrumen	Jumlah Pertanyaan	Nilai Maksimu m	Katego ri	Interval	Penilaian	Jumlah Skor
				<i>Nilai Maksimum</i> <i>Jumlah Kategori</i>		
CEKLIST 2	10	20	3 (Kuran g, Sedan g, Baik)	6,6	<b>Sedang</b> (Kurang= ≤ 6,6, Sedang= 6,7 –13,2, Baik = > 13,2)	13
CEKLIST 4	11	22	3	7,3	<b>Baik</b> (Kurang= ≤ 7,3, Sedang= 7,4 –14,6, Baik = > 14,6)	21
CEKLIST 6	17	34	3	11,3	<b>Sedang</b> (Kurang= ≤ 11,3, Sedang= 11,4 –22,6, Baik = > 22,6)	15



CEKLIST	7	14	3	4,6	<b>Baik</b>	11
8					(Kurang= ≤	
					4,6, Sedang=	
					4,7 – 9,2, Baik	
					=	
					> 9,2)	

**Penjelasan Tabel:**

Pada poin Kebijakan Kesehatan Sekolah yang Setara, MTs Al-Islam Sumurejo Semarang masuk dalam kategori sedang. Dari tabel penelitian yang di dapat dengan jumlah pertanyaan 10 dan nilai maksimum 20, MTs tersebut mendapatkan nilai 13 (sedang) dengan nilai interval skor *kurang* yaitu  $\leq 6,6$ ; *sedang* yaitu  $6,7 - 13,2$  dan *baik* yaitu  $> 13,2$ . Maka dapat menunjukkan bahwa MTS AL-ISLAM SUMURREJO tersebut mendapatkan penilaian sedang, karena sekolah bekerjasama dan menjalin kemitraan yang baik dengan Puskesmas wilayah setempat dalam pembangunan program kesehatan sekolah yakni meliputi : Pengobatan kesehatan gratis bagi guru dan murid sekolah tersebut dan Pemeriksaan THT rutin kepada seluruh murid. Selain itu sekolah pun membuat kebijakan akan pentingnya PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk) di lingkungan sekolah.

Pada poin Lingkungan Belajar yang Aman, MTs Al-Islam Sumurejo Semarang masuk dalam kategori baik. Dari tabel penelitian yang di dapat dengan jumlah pertanyaan 11 dan nilai maksimum 22, MTs tersebut mendapatkan nilai 21 (baik) dengan nilai interval skor *kurang* yaitu  $\leq 7,3$ ; *sedang* yaitu  $7,4 - 14,6$  dan *baik* yaitu  $> 14,6$ . Maka dapat menunjukkan bahwa MTS AL-ISLAM SUMURREJO tersebut mendapatkan penilaian baik, karena kapasitas sekolah sudah lumayan baik hanya kurang beberapa hal sebagai berikut: Air minum hanya tersedia untuk para guru dan staff saja, tidak ada untuk siswanya. Air sudah tersedia tetapi tidak semua kamar mandi memiliki sabun, dan tidak ada wastafel.

Pada poin Pendidikan Kesehatan Berbasis Keterampilan, MTs Al-Islam Sumurejo Semarang masuk dalam kategori sedang. Dari tabel penelitian yang di dapat dengan jumlah pertanyaan 17 dan nilai maksimum 34, MTs tersebut mendapatkan nilai 15 (sedang) dengan nilai interval skor *kurang* yaitu  $\leq 11,3$ ; *sedang* yaitu  $11,4 - 22,6$  dan *baik* yaitu  $> 22,6$ . Maka dapat menunjukkan bahwa MTS AL-ISLAM SUMURREJO tersebut mendapatkan penilaian sedang, karena: Kesehatan ada pada mata pelajaran Penjasorkes saja dan hanya mendapatkan pada kelas 7 karena kelas 8 hanya fokus pada pelatihan fisik saja, Hanya ada ekstrakurikuler Pramuka saja, belum ada ekstrakurikuler PMR, Pelatihan yang telah diikuti oleh guru-guru pada MTs tersebut adalah Diklat, dan untuk mendatang akan ada pelatihan tentang Narkoba, Belum pernah ada penyuluhan.

Pada poin Layanan Kesehatan dan Gizi Berbasis Sekolah, MTs AL-ISLAM SUMUREJO SEMARANG masuk dalam kategori sedang. Dari tabel penelitian yang di dapat dengan jumlah pertanyaan 1 dan nilai maksimum 14, MTs tersebut mendapatkan nilai 11 (baik) dengan nilai interval skor *kurang* yaitu  $\leq 4,6$ ; *sedang* yaitu 4,7 – 9,2 dan *baik* yaitu  $> 9,2$ . Maka dapat menunjukkan bahwa MTs AL-ISLAM SUMUREJO tersebut mendapatkan penilaian baik, karena dalam pelayanan kesehatan hampir semua sudah memenuhi yaitu sebagai berikut: Adanya imunisasi MR; Adanya pemeriksaan THT rutin setiap 1 tahun 1 kali; Ada UKS dan setiap hari ada guru piket untuk menjaga UKS tersebut; Mengadakan pemeriksaan jentik nyamuk di rumah siswa.

## **PENUTUP**

Berdasarkan hasil dan pembahasan yang telah dilakukan, dapat disimpulkan bahwa MTs AL-ISLAM SUMUREJO Kecamatan Gunungpati Kota Semarang sudah termasuk dalam kategori sedang menuju baik dalam penerapan pembangunan program kesehatan sekolah bila ditinjau melalui metode FRESH (*Focusing Resources on Effective School Health*). Disamping itu ada juga beberapa hal yang harus dibenahi seperti fasilitas dan biaya operasional kebutuhan sekolah untuk mendukung program kesehatan sekolah yang lebih baik seperti ; fasilitas cuci tangan yang memadai, operasional perbaikan UKS dan pemberian pelajaran tambahan baik didalam kelas maupun diluar kelas, misalnya dengan pembentukan Ekstrakurikuler PMR (Palang Merah Remaja).

## **DAFTAR PUSTAKA**

- (2004). *Depkes RI*.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta.
- Ratih Sulistyoningrum. (2002). *Modul Pelatihan Dokter Kecil*. DKI Jakarta: 2013.
- RI, D. (2004).
- Wahyuni, N. P. (2013). PROGRAM DOKTER KECIL SEBAGAI UPAYA MENINGKATKAN. *Seminar Nasional FMIPA UNDIKSHA III*, 185.

# ANALISIS PRECEDE-PROCEDE DALAM PENGEMBANGAN “KELAS IBU HAMIL PLUS” SEBAGAI MODEL EDUKASI SUAMI TERHADAP KEHAMILAN BERISIKO DI PEDESAAN

Muhammad Azinar<sup>1\*</sup>, Arulita Ika Fibriana<sup>1</sup>, Anik Setyo Wahyuningsih<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Prodi Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Semarang

E-mail Korespondensi: azinar.ikm@mail.unnes.ac.id

## ABSTRAK

**Latar Belakang:** Kasus kematian ibu masih menjadi masalah serius bangsa ini. Determinan penting kasus kematian ibu adalah kehamilan risiko tinggi. Di wilayah kecamatan Singorojo kabupaten Kendal, kehamilan risiko tinggi masih banyak ditemukan. Edukasi masyarakat saat ini terbatas hanya dari Bidan saat pemeriksaan kehamilan. Edukasi masyarakat perlu ditingkatkan dengan model yang inovatif. Model “Kelas Ibu Hamil Plus” adalah inovasi yang dikembangkan untuk meningkatkan peran suami atau keluarga dalam edukasi kehamilan risiko tinggi. Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan dan menganalisis hasil uji penerapan model “Kelas Ibu Hamil Plus” sebagai model edukasi kehamilan berisiko.

**Metode:** Penelitian ini merupakan pre eksperimental research. Uji penerapan model “Kelas Ibu Hamil Plus” dilakukan di desa Singorojo sebagai salah satu wilayah dengan jumlah kehamilan risiko tinggi yang cukup besar. Subjek penelitian ini adalah suami ibu hamil dan Kader Posyandu di desa Singorojo kabupaten Kendal. Analisis data dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif.

**Hasil:** Hasil penelitian menyatakan bahwa suami yang mengikuti program “Kelas Ibu Hamil Plus” selama tiga bulan, mengalami peningkatan pengetahuan khususnya dalam mengenali faktor risiko kehamilan berisiko serta upaya mengatasi kegawatan dan kedaruratan akibat kehamilan risiko tinggi ( $p$  value 0,022), selain itu model “Kelas Ibu Hamil Plus” juga dapat merubah sikap suami dalam menghadapi kehamilan berisiko, deteksi dini kehamilan berisiko, upaya pencegahan dan penanganannya ( $p$  value 0,0004).

**Simpulan:** Model “Kelas Ibu Hamil Plus” dapat meningkatkan pengetahuan, dan sikap suami ibu hamil terhadap kehamilan berisiko.

**Kata Kunci:** kehamilan risiko tinggi, kelas ibu hamil

## ABSTRACT

**Background:** Maternal mortality is a serious problem in this nation. Important determinants of maternal mortality are high-risk pregnancies. In the Singorojo of Kendal district, high-risk pregnancies are still commonly found. Community education is limited only to midwives. Community education needs to be improved with an innovative model. The "Prenatal Class Plus" model is an innovation developed to enhance the role of a husband or family in high-risk pregnancy education. This study aims to develop and analyze the test results of the application of "Prenatal Class Plus" model as a risk pregnancy education model.

**Methods:** This research is pre experimental research. The application for the "Prenatal Class Plus" model was conducted in Singorojo village as one of the areas with a high number of high risk pregnancies. The subjects of this study were husband of pregnant mother and Posyandu cadre in Singorojo village Kendal district. Data analysis by quantitatively and qualitatively.

**Results:** The results of the study stated that husbands who participated in the "Prenatal Class Plus" program for three months experienced increased knowledge, especially in identifying risk factors for risk pregnancy and overcoming the emergency and emergency

*due to high risk pregnancy (p value 0.022). "Prenatal Class Plus" can also change the attitude of the husband in the face of risky pregnancy, early detection of risk pregnancies, prevention and treatment (p value 0.0004).*

**Conclusion:** *The "Prenatal Class Plus" model can increase knowledge, and attitudes of husbands to pregnant women at risk*

**Key Words:** risk pregnancy, prenatal class plus

## **PENDAHULUAN**

Target penurunan angka kematian ibu (AKI) menjadi 102/100.000 kelahiran hidup masih belum dapat dicapai oleh bangsa Indonesia sampai berakhirnya MDGs 2015. Kematian ibu pada masa kehamilan dan persalinan menjadi masalah besar di negara berkembang termasuk Indonesia. Negara berkembang menyumbang 99% dari total kematian ibu (Gutierrez *et al*, 2007; Karlsen *et al*, 2011).

Kematian ibu di kabupaten Kendal masih menjadi masalah serius. Pada tahun 2015 terjadi kasus kematian ibu sebanyak 23 kasus, naik dari tahun sebelumnya yaitu 19 kasus. Kenaikan kasus tersebut menempatkan Kendal urutan kedelapan AKI terbanyak di Jawa Tengah (Dinkes Kendal, 2015). Wilayah dengan kasus kematian ibu yang sampai saat ini masih stagnan di Kendal adalah kecamatan Singorojo. Data Puskesmas Singorojo menunjukkan pada tahun 2014 dan 2015 berturut-turut masih terjadi 2 kasus kematian ibu. Penyebab kasus kematian ibu tersebut adalah perdarahan, hipertensi dan karena anemia ( $Hb < 10g/dl$ ). Fakta ini sesuai dengan penelitian Aeni (2013), faktor yang berpengaruh terhadap kematian ibu adalah komplikasi kehamilan, komplikasi persalinan, dan riwayat penyakit ibu hamil. Riwayat penyakit berpengaruh terhadap kematian ibu. Riwayat penyakit ibu ini dapat meningkatkan risiko kematian ibu (Bazaar, dan Azhari, 2012).

Faktor risiko kematian ibu tersebut secara keseluruhan juga diperberat oleh keadaan "3 terlambat" yaitu terlambat dalam pengambilan keputusan, terlambat mencapai tempat rujukan, serta terlambat dalam mendapatkan pertolongan yang tepat di fasilitas kesehatan. Kondisi geografis wilayah kecamatan Singorojo yang jauh dari pusat layanan kesehatan rujukan persalinan dengan komplikasi menjadi penyebab semakin tingginya risiko kematian ibu khususnya pada masa persalinan. Masyarakat di wilayah kecamatan Singorojo harus menempuh jarak 33 kilometer untuk bisa merujuk kasus kehamilan berisiko maupun persalinan dengan komplikasi (terdapat kegawatan-daruratan obstetrik) ke rumah sakit (Dinkes Kendal, 2015).

Selain itu, penyebab kematian maternal di wilayah Singorojo juga tidak lepas dari kondisi ibu sendiri yang banyak masuk dalam kategori "4 terlalu" yaitu terlalu tua saat melahirkan, terlalu muda, terlalu banyak anak dan terlalu rapat jarak kelahiran (Dinkes

Kendal, 2015). Dalam setahun terakhir, di wilayah puskesmas Singorojo masih ditemukan kasus persalinan muda (di bawah usia 18 tahun) yang cukup besar yaitu 92 kasus. Kondisi ini sangatlah berisiko terhadap terjadinya komplikasi persalinan dan tidak sedikit berdampak pada kematian ibu melahirkan, karena pada usia tersebut, secara anatomis maupun fisiologis, organ-organ reproduksi ibu belum siap secara sempurna untuk mengalami kehamilan maupun persalinan.

Masih rendahnya pengetahuan masyarakat mengenai pentingnya kesehatan ibu hamil serta faktor-faktor risiko gangguan kehamilan, menyebabkan masyarakat tidak bisa mengenali sejak dini tanda-tanda dan gejala kehamilan berisiko juga menjadi penyebab tidak langsung terjadinya kasus kematian ibu di wilayah ini. Akibatnya masyarakat di wilayah ini masih banyak yang menganggap kurang pentingnya pemeriksaan kehamilan (*Antenatal Care*). Fakta ini sesuai penelitian Pratitis dan Kamidah (2013), menyebutkan semakin tinggi pengetahuan seseorang tentang tanda bahaya kehamilan maka akan semakin patuh melakukan pemeriksaan kehamilan.

Pengetahuan masyarakat yang masih rendah terkait pentingnya kesehatan ibu hamil serta faktor-faktor risiko gangguan kehamilan akan mempengaruhi kecepatan ibu hamil maupun keluarganya untuk mengambil keputusan terkait kondisi dan kegawatan obstetri yang dialami oleh ibu hamil (Aeni, 2012). Deteksi dini terhadap faktor risiko gangguan kehamilan menjadi informasi yang wajib diketahui oleh setiap ibu hamil dan masyarakat sejak sedini mungkin. Deteksi dini akan memberikan kontribusi terhadap upaya menurunkan jumlah kasus kematian ibu.

Strategi pendidikan kesehatan yang efektif dan inovatif sangat diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktik pencegahan komplikasi dan kehamilan berisiko pada ibu hamil dan keluarganya di daerah-daerah pedesaan, mengingat di daerah-daerah pedesaan tersebut faktor-faktor risiko terjadinya kehamilan risiko tinggi masih sangat besar serta edukasi yang dilakukan masih sangat terbatas, salah satunya dengan model "Kelas Ibu Hamil Plus". Kelas ibu hamil menjadi program pemerintah untuk menekan laju kasus kematian ibu, namun di wilayah Singorojo, sebagian besar desa di wilayah tersebut belum melaksanakan program kelas ibu hamil secara intensif. Oleh karena itu, penelitian ini akan menganalisis uji penerapan model "Kelas Ibu Hamil Plus" dalam edukasi suami terhadap kehamilan berisiko di pedesaan menggunakan pendekatan *Precede-Procede* model di masyarakat pedesaan.

## **METODE**

Jenis penelitian ini adalah pre eksperimental research. Penelitian ini ditujukan untuk mengembangkan model dan menganalisis penerapan model “Kelas Ibu Hamil Plus” dengan pendekatan Precede-Procede model, dengan tahapan sebagai berikut:

1. Melakukan penilaian terhadap kehamilan berisiko tinggi dan faktor risikonya melalui *Epidemiological Diagnosis*.
2. Menganalisis praktik *Antenatal Care* melalui *Behavioral Diagnosis*.
3. Menganalisis tingkat pengetahuan dan sikap ibu hamil terkait kehamilan berisiko, deteksi dini, dan upaya pencegahan dan penanganannya melalui *Educational Diagnosis*.
4. Menganalisis pelaksanaan kelas ibu hamil selama ini dan faktor-faktor yang menjadi kekuatan, kelemahan, potensi untuk pengembangan model “Kelas Ibu Hamil Plus” sebagai model untuk optimalisasi edukasi keluarga dalam *antenatal care* dan pemetaan kehamilan risiko tinggi melalui (*Administrative and Policy Diagnosis*).
5. Ujicoba model “Kelas Ibu Hamil Plus” dan evaluasinya (*process evaluation*).

Model ini dikembangkan di desa Singorojo sebagai salah satu wilayah dengan jumlah kehamilan risiko tinggi yang cukup besar. Subjek penelitian ini adalah suami ibu hamil yaitu sebanyak 31 orang dan Kader Posyandu 6 orang serta stakeholder terkait di wilayah tersebut (Bidan Desa, Kepala Puskesmas dan Pemerintah Desa).

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dan panduan FGD. Kuesioner digunakan untuk mengumpulkan data terkait pengetahuan, sikap dan praktik *Antenatal Care* (ANC) baik sebelum dan sesudah penerapan model “Kelas Ibu Hamil Plus”, sedangkan panduan FGD digunakan sebagai instrumen untuk mengetahui pelaksanaan kelas ibu hamil saat ini serta untuk menguji kelayakan model “Kelas Ibu Hamil Plus” sebagai metode edukasi suami ibu hamil dalam *Antenatal Care* dan pemetaan kehamilan risiko tinggi di masyarakat pedesaan.

Data pengembangan model dianalisis secara deskriptif kualitatif, sedangkan data hasil ujicoba efektifitas model dalam perbedaan pengetahuan dan sikap suami ibu hamil dianalisis secara kuantitatif dengan uji statistik.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **Epidemiological Diagnosis untuk Penilaian Kehamilan Risiko Tinggi dan Faktor Risikonya**

Diagnosis Epidemiologi merupakan fase awal dalam pengembangan model “Kelas Ibu Hamil Plus” sebagai model untuk optimalisasi edukasi keluarga dalam

*antenatal care* dan pemetaan kehamilan risiko tinggi di masyarakat pedesaan. Diagonosis Epidemiologi ini dilakukan dengan penilaian kehamilan berisiko menggunakan skor Poedji Rochjati.

Dasar penilaian kehamilan berisiko antara lain usia ibu hamil, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, dan riwayat penyakit yang pernah dialami oleh ibu hamil. Skor dari masing-masing kondisi tersebut dijumlahkan, dan hasilnya dikelompokkan menjadi 3 (tiga) kategori yaitu, kehamilan risiko rendah, kehamilan risiko tinggi dan kehamilan risiko sangat tinggi.

1. Kehamilan Risiko Rendah (KRR) : jumlah skor 2
2. Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) : jumlah skor 6-10
3. Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) : jumlah skor  $\geq 12$

Hasil survei yang dilakukan terhadap 69 ibu hamil yang menjadi sampel penelitian ini, menunjukkan bahwa 22 orang ibu hamil (31,88%) dalam kategori kehamilan risiko tinggi (KRT). Hasil penilaian ini juga ditemukan 6 orang ibu hamil (8,69%) dalam kategori risiko sangat tinggi.

Hasil survei tersebut juga menunjukkan berdasarkan faktor risiko yang menjadi penyebab kehamilan berisiko tinggi adalah usia ibu hamil, riwayat kehamilan, riwayat persalinan dan riwayat penyakit yang dialami oleh ibu hamil. Berdasarkan hasil penelitian diketahui 12 orang ibu hamil (17,39%) berusia kurang dari 20 tahun, 4 orang ibu hamil (5,79%) berusia lebih dari 35 tahun, 7 orang ibu hamil (10,14%) memiliki riwayat kehamilan 4 kali atau lebih, 3 orang ibu hamil (4,35%) pernah caesar dan 1 orang ibu hamil (1,45%) mengalami anemia.

### **Behavioral Diagnosis untuk Menganalisis Praktik Antenatal Care**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa semua ibu hamil telah melakukan pemeriksaan kehamilannya di Poliklinik Kesehatan Desa (PKD) dan Puskesmas. Namun demikian, peran serta suami dalam ikut serta mendampingi ibu hamil dalam ANC masih tergolong rendah. Hasil survei menunjukkan 12 orang (17,39%) ibu hamil selalu didampingi suami pada waktu pemeriksaan kehamilan oleh Bidan baik di PKD maupun di Puskesmas.

Fakta ini menunjukkan bahwa peran serta suami dalam *antenatalcare* (ANC) masih termasuk rendah. Dukungan dan pendampingan dari suami dalam ANC sangat penting karena akan menguatkan secara psikologis serta dapat menguatkan ibu hamil dalam mengambil keputusan terkait tindakan-tindakan yang mendukung pada perawatan kehamilan maupun upaya-upaya yang harus dipersiapkan oleh keluarga dalam mempersiapkan persalinan dengan baik.

Hal senada, disampaikan oleh Bidan Desa yang menyatakan bahwa ketika ANC di PKD maupun Puskesmas sebagian besar ibu hamil datang sendiri atau diantar oleh anggota keluarga yang lain, namun ketika pemeriksaan anggota keluarga tersebut tidak ikut masuk dan menemani ibu hamil dalam ANC.

### **Educational Diagnosis**

Tahap *educational diagnosis* dilakukan untuk menganalisis tingkat pengetahuan ibu hamil terkait kehamilan berisiko serta faktor-faktor risiko yang menyebabkan terjadinya kehamilan risiko tinggi serta sikap ibu hamil terhadap deteksi dini kehamilan berisiko, upaya pencegahan dan penanganannya. Pengumpulan data pada tahap ini menggunakan kuesioner.

#### **1. Tingkat Pengetahuan Ibu Hamil tentang Kehamilan Berisiko dan Faktor-Faktor Risikonya**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 69 orang ibu hamil yang diteliti, sebagian besar ibu hamil (66,67%) masih memiliki pengetahuan yang kurang dan ibu hamil yang telah memiliki pengetahuan baik hanya 23 orang (33,33%). Banyak ibu hamil di wilayah pedesaan tidak tahu tentang kehamilan berisiko. Mereka menganggap bahwa kehamilan adalah suatu proses alamiah yang dialami oleh seorang wanita. Gejala-gejala yang dirasakan selama kehamilan dianggap adalah hal yang normal dan pasti dialami oleh ibu hamil.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa ibu hamil banyak yang tidak mengetahui tentang usia yang ideal untuk hamil dan melahirkan. Banyak di antara mereka yang kurang memperhatikan bahwa usia kurang dari 20 tahun dan usia lebih dari 35 tahun merupakan usia yang menjadi faktor risiko kehamilan. Fakta di lapangan menunjukkan terdapat 12 orang ibu hamil (17,39%) berusia kurang dari 20 tahun, 4 orang ibu hamil (5,79%) berusia lebih dari 35 tahun.

Selain usia ideal untuk hamil dan melahirkan, banyak ibu hamil yang tidak mengetahui bahwa keluarnya bercak darah atau flek pada masa hamil adalah sebagai tanda bahaya pada kehamilan yang dialami dan dapat menyebabkan keguguran. Fakta di lapangan menyatakan banyak ibu hamil yang menganggap hal tersebut tidak berbahaya karena hanya bercak-bercak kecil dan dianggap bukan perdarahan dan tidak menyebabkan terjadinya keguguran.

#### **2. Sikap Ibu Hamil terhadap Deteksi Dini Kehamilan Berisiko, Upaya Pencegahan dan Penanganannya**

Pada tahapan *educational diagnosis* yang tujuannya untuk menganalisis sikap ibu hamil terkait deteksi dini kehamilan berisiko, upaya pencegahan dan penanganannya diperoleh hasil bahwa masih banyak ibu hamil yang memiliki sikap kurang baik (kurang



mendukung) dalam deteksi dini kehamilan berisiko, serta upaya-upaya untuk melakukan pencegahan dan penanganan kehamilan berisiko. Hal ini ditunjukkan dari 69 ibu hamil yang diteliti, 37 orang ibu hamil (53,6%) masih memiliki sikap yang kurang baik.

Sikap yang kurang baik antara lain ditunjukkan dengan pernyataan ibu hamil terkait dengan pemeriksaan kehamilan. Masih banyak ibu hamil yang tidak setuju untuk memeriksakan kehamilan paling sedikit 1 kali dalam setiap bulannya di Poliklinik Kesehatan Desa, Puskesmas maupun Dokter. Menurut mereka pemeriksaan kehamilan yang wajib adalah pemeriksaan pada awal kehamilan dan menjelang kelahiran saja. Oleh karena mereka lebih sering memeriksakan kehamilannya adalah ketika usia kehamilannya sudah mencapai 8 bulan atau lebih.

Mereka kurang menyadari bahwa pemeriksaan kehamilan (ANC) yang dilakukan secara rutin setiap bulan akan dapat membantu dalam mendeteksi secara dini terhadap gejala-gejala yang dapat menjadi faktor risiko terjadinya kehamilan berisiko tinggi. Selain itu, diperoleh fakta bahwa ibu hamil yang sudah pernah hamil dan melahirkan sebelumnya serta merasa tidak memiliki riwayat penyakit tertentu, merasa lebih tenang dengan kehamilannya yang sekarang sehingga pemeriksaan kehamilannya juga hanya dilakukan di awal usia kehamilan dan di bulan-bulan terkahir menjelang kelahiran.

### **Administrative and Policy Diagnosis**

Tahap *administrative and policy diagnosis* dilakukan untuk menganalisis faktor-faktor yang menjadi kekuatan, kelemahan, potensi serta ancaman pengembangan model “Kelas Ibu Hamil Plus” sebagai model untuk optimalisasi edukasi keluarga dalam *antenatal care* dan pemetaan kehamilan risiko tinggi di lokasi penelitian. Berikut ini tahapan *administrative and policy diagnosis* yang dilakukan:

#### **1. Analisis Deskriptif Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil yang Sudah Berjalan di Lokasi Penelitian**

Berdasarkan hasil wawancara dengan Bidan Desa dan Kepala Puskesmas, diketahui: (1) Program Kelas Ibu Hamil telah ada di setiap desa yaitu (setiap desa satu kelas ibu hamil), (2) Kegiatan kelas ibu hamil dilaksanakan 3 kali dalam setahun, (3) Kegiatan kelas ibu hamil dilaksanakan di aula balai desa, (4) Wilayah masing-masing desa sangat luas menyebabkan partisipasi ibu hamil rendah (ibu hamil yang mengikuti kelas ibu hamil adalah yang tinggal di sekitar balai desa atau yang rumahnya berdekatan dengan balai desa), (5) Partisipasi suami atau keluarga belum pernah dilibatkan dalam pelaksanaan kelas ibu hamil, kelas hanya diikuti oleh ibu-ibu hamil saja, (6) Ibu hamil yang mengikuti program kelas ibu hamil tidak mencapai 50% dari seluruh jumlah ibu hamil di wilayah tersebut.

**2. Identifikasi dan Analisis Faktor Kekuatan, Kelemahan, Potensi serta Ancaman Pengembangan Model “Kelas Ibu Hamil Plus”**

<p style="text-align: center;">IFAS</p> <p style="text-align: center;">EFAS</p>	<p style="text-align: center;"><b>S (Strength)</b></p> <p style="text-align: center;">Faktor-Faktor Kekuatan Internal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapat penanggungjawab Kelas Ibu Hamil di tingkat Puskesmas</li> <li>2. Terdapat penanggungjawab Kelas Ibu Hamil di tingkat Puskesmas</li> <li>3. Bidan Desa berperan sebagai fasilitator</li> <li>4. Terdapat tempat untuk pelaksanaan kelas ibu hamil dengan ukuran lebih dari 3x4 meter dengan sarana prasarana yang cukup (ventilasi, pencahayaan, alat tulis dan beberapa alat peraga)</li> <li>5. Terdapat dukungan anggaran dana dari pemerintah desa</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>W (Weakness)</b></p> <p style="text-align: center;">Faktor-Faktor Kelemahan Internal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belum ada struktur organisasi pelaksana Kelas Ibu Hamil di desa</li> <li>2. Belum ada SOP Kelas Ibu Hamil di desa</li> <li>3. Sarana prasarana masih kurang (alat peraga, buku pegangan untuk fasilitator, food model, KB kit, dll)</li> <li>4. Beberapa suami bekerja di luar daerah</li> <li>5. Belum ada perencanaan pengembangan program kelas ibu hamil</li> <li>6. Belum terdapat pencatatan data kegiatan secara teratur</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>O (Opportunity)</b></p> <p style="text-align: center;">Faktor-Faktor Peluang Eksternal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suami menjadi motivator dan pengambil keputusan dalam keluarga</li> <li>2. Suami dan Keluarga sering mengantar ibu hamil periksa kehamilan</li> <li>3. PKK dan Kader Posyandu berperan sebagai fasilitator</li> <li>4. Fasilitator telah mendapatkan pelatihan</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>Strategi SO</b></p> <p style="text-align: center;">(menggunakan kekuatan untuk memanfaatkan peluang)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kelas Ibu Hamil dapat dioptimalkan dengan meningkatkan peran keluarga khususnya suami</li> <li>2. Untuk meningkatkan partisipasi ibu hamil dan keluarganya dilakukan dengan bantuan koordinasi melalui peran PKK dan Kader Posyandu</li> <li>3. Kegiatan kelas ibu hamil dilaksanakan di beberapa titik (misal RW)</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>Strategi WO</b></p> <p style="text-align: center;">(meminimalkan kelemahan untuk memanfaatkan peluang)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jadwal kelas ibu hamil dibuat secara bergantian agar sarana prasarana (alat peraga, media edukasi) dapat digunakan secara bergantian</li> <li>2. Pelaksanaan mengacu pada pedoman dari Puskesmas</li> <li>3. Melibatkan PKK dan Kader Posyandu dalam struktur organisasi penanggungjawab dan pelaksana Kelas Ibu Hamil di desa</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>T (Threat)</b></p> <p style="text-align: center;">Faktor-Faktor Ancaman Eksternal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partisipasi suami masih rendah</li> <li>2. Kelas ibu hamil dilaksanakan pada hari dan jam kerja</li> <li>3. Pengawasan dari pihak terkait belum intensif</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>Strategi ST</b></p> <p style="text-align: center;">(menggunakan kekuatan untuk mengatasi ancaman)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kelas ibu hamil dijadwalkan pada sore hari atau hari libur</li> <li>2. Pengawasan pelaksanaan kelas ibu hamil melibatkan kepala desa</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>Strategi WT</b></p> <p style="text-align: center;">(meminimalkan kelemahan dan menghindari ancaman)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kelas ibu hamil dilaksanakan di beberapa titik pada hari libur</li> <li>2. Membuat dokumen pelaporan pelaksanaan kelas ibu hamil di tingkat desa dan dimonev langsung oleh pemerintah desa</li> </ol>

Gambar 1. Matrik analisis SWOT Pengembangan Model “Kelas Ibu Hamil Plus” di Masyarakat Pedesaan

Berdasarkan pada matrik analisis SWOT di atas, dapat diketahui:

1. Kelas Ibu Hamil Plus dapat menjadi model promosi dalam optimalisasi upaya menurunkan kematian ibu maupun kehamilan berisiko tinggi melalui proses edukasi

yang intensif dengan melibatkan suami dan keluarga sebagai motivator dan pengambil keputusan dalam keluarga.

2. Kegiatan kelas ibu hamil plus dapat dilaksanakan di beberapa titik (misal RW) pada sore hari atau hari libur yang tidak mengganggu aktifitas pekerjaan suami.
3. Pelaksanaan kelas ibu hamil plus secara bergantian di masing-masing lokasi agar sarana prasarana (alat peraga, media edukasi) dapat digunakan secara bergantian.

### **Pre Implementation (Ujicoba Model)**

Uji coba model dilakukan di enam dukuh di desa Singorojo kecamatan Singorojo kabupaten Kendal selama tiga bulan. Sasaran implementasi model ini adalah suami ibu hamil sebanyak 31 orang. Setelah dilakukan implementasi model Kelas Ibu Hamil Plus selama tiga bulan, diperoleh hasil terjadi peningkatan pengetahuan suami ibu hamil dalam identifikasi kehamilan berisiko serta upaya mengatasi kegawatan dan kedaruratan akibat kehamilan risiko tinggi.

Tabel 1. Perbedaan pengetahuan suami ibu hamil antara sebelum dan sesudah tiga bulan mengikuti program kelas ibu hamil plus

Pengetahuan Suami		Sesudah			<i>p value</i>
		Kurang baik	Baik	Jumlah	
<b>Sebelum</b>	Kurang baik	9	11	20	0,022
	Baik	2	9	11	
	Jumlah	11	20	31	

Selain itu, model Kelas Ibu Hamil Plus ini juga secara signifikan dapat meningkatkan pengetahuan suami atau keluarganya khususnya dalam mengenali faktor risiko kehamilan berisiko serta upaya mengatasi kegawatan dan kedaruratan akibat kehamilan risiko tinggi. Dari 31 orang suami/ keluarga yang mengikuti program Kelas Ibu Hamil Plus, hanya 11 orang (35,48%) yang memiliki pengetahuan yang baik, jumlah ini meningkat setelah mereka mengikuti program Kelas Ibu Hamil Plus yaitu menjadi 20 orang (64,51%). Hal ini menunjukkan ada peningkatan pengetahuan yang signifikan (*p value* 0,022).

Tabel 2. Perbedaan sikap suami ibu hamil terhadap deteksi dini kehamilan berisiko, upaya pencegahan dan penanganannya antara sebelum dan sesudah tiga bulan mengikuti program kelas ibu hamil plus

Sikap Suami		Sesudah			<i>p value</i>
		Kurang baik	Baik	Jumlah	
<b>Sebelum</b>	Kurang baik	9	12	21	0,0004
	Baik	0	10	10	
	Jumlah	9	22	31	

Fakta yang sama dari penelitian ini juga bahwa model Kelas Ibu Hamil Plus ini juga secara signifikan dapat merubah sikap suami ibu hamil dalam menghadapi kehamilan berisiko, deteksi dini kehamilan berisiko, upaya pencegahan dan penanganannya (*p value* 0,0004). Sebelum mengikuti program Kelas Ibu Hamil Plus, dari 31 orang suami/ keluarga yang mengikuti program Kelas Ibu Hamil Plus, hanya 10 orang (32,26%) yang telah memiliki sikap yang positif terhadap deteksi dini kehamilan berisiko, upaya pencegahan dan penanganannya. Setelah mengikuti program Kelas Ibu Hamil Plus, jumlah ini meningkat menjadi 22 orang (70,97%). Hal ini menunjukkan ada perubahan sikap yang positif terhadap deteksi dini kehamilan berisiko, upaya pencegahan dan penanganannya pada suami dan keluarga ibu hamil (*p value* 0,0004).

Model “Kelas Ibu Hamil Plus” sebagai inovasi edukasi yang bertujuan untuk optimalisasi peran suami ibu hamil dan keluarganya dalam menurunkan kematian ibu di daerah pedesaan melalui upaya-upaya preventif dan promotif. Model ini tidak hanya melibatkan ibu hamil saja, namun juga melibatkan suami maupun keluarga untuk menjadi peserta kelas ibu hamil. Selain itu, model ini menggunakan inovasi-inovasi metode dan media sehingga lebih menarik perhatian ibu dan suami atau keluarganya.

Setelah dilakukan implementasi model Kelas Ibu Hamil Plus selama tiga bulan, diperoleh hasil terjadi peningkatan pengetahuan yang signifikan terkait dengan kemampuan suami ibu hamil dalam identifikasi kehamilan berisiko serta upaya mengatasi kegawatan dan kedaruratan akibat kehamilan risiko tinggi. Perubahan sikap yang semakin baik itu ditunjukkan oleh sikap suami ibu hamil yang meyakini bahwa pemeriksaan kehamilan adalah kebutuhan dasar bagi ibu hamil untuk mengetahui kesehatan ibu dan janin.

Kelas ibu hamil merupakan sarana belajar ibu hamil secara bersama-sama dalam bentuk tatap muka dalam kelompok tentang kesehatan bagi ibu hamil. Tujuan yang diharapkan setelah ibu mengikuti kelas ibu hamil adalah meningkatkan pengetahuan, merubah sikap dan perilaku ibu agar memahami tentang kehamilan, perawatan kehamilan,

persalinan, perawatan nifas, KB, perawatan bayi baru lahir, mitos, penyakit menular serta akte kelahiran anak.

Setelah mengikuti kelas ibu hamil plus, suami ibu hamil dapat melakukan perubahan perilaku dan lebih menyadari pentingnya pemeriksaan kehamilan ke pelayanan kesehatan. Sehingga dicapai *output* yang berupa kunjungan ANC, serta ibu hamil dan keluarga nantinya menerapkan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) dengan baik. Penelitian ini menyatakan bahwa terjadi peningkatan pengetahuan yang signifikan pada suami ibu hamil yang mengikuti kelas ibu hamil plus secara intensif. Penelitian lain Azwar, pembentukan sikap dapat terjadi karena pendidikan/ pelatihan di samping adanya pengalaman pribadi, pengaruh, kebudayaan, media massa, dan emosional seseorang (Azwar, 2008).

Kelas ibu hamil berpengaruh terhadap pengetahuan dan sikap ibu (Elsa Budi Sihsilya R, et al, 2016). Kelas Ibu Hamil dapat merubah sikap masyarakat dalam pemilihan persalinan yang dibantu oleh tenaga medis. Perubahan sikap dalam pemilihan persalinan tersebut didorong oleh karena pengetahuan yang semakin baik serta motivasi dan peran dari tenaga kesehatan yang baik (Rochayah, 2012). *Output* lainnya yang menjadi kekuatan program KIH adalah kelas ibu hamil ini dilaksanakan: 1) pengetahuan peserta kelas ibu hamil menjadi meningkat, 2) sikap peserta ibu hamil menjadi lebih baik, 3) praktik pencegahan risiko dan komplikasi kehamilan oleh ibu hamil menjadi lebih baik, 4) Peserta kelas ibu hamil menjadi lebih intensif melakukan kunjungan *Antenatal Care* (Arulita Ika Fibriana, Muhammad Azinar, 2016).

Pengetahuan ibu hamil maupun keluarganya sangat penting untuk selalu ditingkatkan melalui model kelas ibu hamil untuk mengurangi faktor risiko kematian maternal maupun kematian perinatal. Pengetahuan ibu hamil maupun keluarganya terkait kehamilan berisiko berhubungan dengan kejadian kematian perinatal (Ummul Mahmudah, et al, 2011).

## **PENUTUP**

Model “Kelas Ibu Hamil Plus” relevan dengan permasalahan kehamilan berisiko dan dapat meningkatkan pengetahuan dan sikap suami dan keluarga terhadap kehamilan risiko tinggi khususnya dalam identifikasi kehamilan berisiko serta upaya mengatasi kegawatan dan kedaruratan akibat kehamilan risiko tinggi dan dapat menunjang kegiatan *antenatal care* (ANC).

## UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terimakasih disampaikan kepada Direktorat Riset dan Pengabdian Masyarakat Direktorat Jenderal Penguatan Riset dan Pengembangan Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi atas pendanaan pelaksanaan Penelitian Produk Terapan ini sesuai dengan Kontrak Penelitian Nomor: 1869/UN37.3.1/LT/2017.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aeni, Nurul. (2012). Perilaku Kesehatan Ibu Hamil di Kabupaten Pati (Studi Pada Kasus Kematian Maternal Tahun 2011). *Jurnal Litbang*. 8 (3): 200-7.
- Aeni, Nurul. (2013). Risk Factors of Maternal Mortality. *Kesmas (Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional)*. 7(10) : 453-459.
- Arulita Ika Fibriana, Muhammad Azinar. (2016). Model Kelas Ibu Hamil Untuk Pemetaan Risiko Kehamilan Dan Pencegahan Komplikasi Persalinan. *ABDIMAS*. Vol. 20 (1): 11-18.
- Azwar. (2008). Perbedaan Efektifitas Metode Demonstrasi dengan Pemutaran Video Tentang Pemberantasan DBD terhadap Peningkatan Pengetahuan dan Sikap Anak SD di Kecamatan Wedarijaksa Kabupaten Pati. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*. (2) 2: 115-129.
- Bazaar A, Theodorus and A, Azhari. (2012). Maternal Mortality and Contributing Risk Factors. *Indonesian Journal of Obstetric and Gynecology*. 36 (1): 8-13.
- Dinkes Kendal. (2015). *Laporan Data Kematian Ibu Tahun 2015*. Kendal: Dinkes Kendal.
- Elsa Budi Sihilya R, Kuntoro, Bambang Trijanto. (2016). Participation in Prenatal Class Affects Mothers' Knowledge and Attitude in Early Breastfeeding Initiation. *Majalah Obstetri & Ginekologi*. Vol. 24 (1): 8-12.
- Gutierrez. R, Gustavo, Vera.E, de Lean P, Vargas LF. (2007). Risk Factors of Maternal Death in Mexico. *Birth*. Vol 34 : 21-25.
- Karlsen et.al., (2011). The Relationship between Maternal Education and Mortality among Women Giving Birth in Health Care Institutions: Analysis of the cross sectional WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Public Health*. Vol 11.
- Pratitis, Dian dan Kamidah. (2013). Hubungan antara Pengetahuan Ibu Hamil tentang Tanda Bahaya Kehamilan dengan Kepatuhan Pemeriksaan Kehamilan di BPS Ernawati Boyolali. *GASTER*. (10) 2: 33-41.
- Rochayah. (2012). Hubungan Kelas Ibu Hamil dengan Pemilihan Penolong Persalinan di Wilayah Puskesmas Bruno Kabupaten Purworejo Tengah. Skripsi. Universitas Indonesia.
- Ummul Mahmudah, Widya Hary Cahyati, Anik Setyo Wahyuningsih. (2011). Faktor Ibu dan Bayi yang Berhubungan dengan Kejadian Kematian Perinatal. *Jurnal KEMAS*. Vol. 7 (1): 41-50.