

JFK

JURNAL FORUM KESEHATAN

Media Publikasi Kesehatan Ilmiah

Pengaruh Dimensi Mutu dan Peran Kepala Ruangan Rawat Inap Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana RSUD Selasih Pangkalan Kerincit

Ardenny, Rohani

Perbedaan Edukasi/Penyuluhan dengan Penggunaan Media Terhadap Perubahan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Konsumsi Sayur dan Buah pada Siswa SMP di Pekanbaru

Fitriani, Yessi Marlina, Roziana

Penganggaran dalam Rencana Pengembangan Program Jamkesda di Kabupaten Banjar

Juni Ramadhani

Potensi Pengembangan Buah Lokal Kalimantan Tengah: Selai Buah Cemot (*Passiflora foetida* L.)

Nur Hasanah, Mars Khendra Kusfrijadi, Agnescia Clarissa Sera

Pengalaman Keluarga Merawat Lansia Demensia di Wilayah Kerja Puskesmas Menteng

Missesa, Syam'ani

Kepemimpinan Demokratis Dapat Meningkatkan Motivasi dan Kinerja Keperawatan di Bangsal Rawat Inap di RSUD Ie Moeis Samarinda

Rasmun, Edi Sukamto

Kunjungan ke Empat Pemeriksaan Kehamilan Terhadap Kejadian BBLR di Desa Lok Baintan Wilayah Kerja Puskesmas Sei Tabuk Kabupaten Banjar Tahun 2017

Tri Tunggal, Hapisah

Faktor yang Berhubungan dengan Status Imunisasi Dasar

Wahidah Sukriani, Dani Aturrofikil A'La

TIM REDAKSI
Jurnal Forum Kesehatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya

Pembina : Direktur Poltekkes Kemenkes Palangka Raya

Penanggung Jawab : Wakil Direktur I
Wakil Direktur II
Wakil Direktur III

Chief Editor : Noordiati, MPH

Section Editor

1. Reviewer : Itma Annah, M.Kes
2. Editing : Erma Nurjanah Widiastuti, SKM., MPH
3. Editor : M. Syabriannur, SKM
4. Lay Out : Irene Febriani, SKM., MKM
Arif Adiguna, ST
Daniel, A.Md.Kom

Proofreader

1. Kebidanan : Eline Charla Sabatina Bingan, SST., M.Kes
2. Keperawatan : Ns. Fetty Rahmawaty, S.Kep., M.Kep
3. Gizi : Cucu Rahayu, S.Gz

Mitra Bestari

1. Dr. Jusuf Kristianto, MM., MHA, MQIH., PhD.
2. Dr. Tri Johan Agus Yuswanto, S.Kp., M.Kep.
3. Dr. Marselinus Heriteluna, S.Kp., MA.

Distribusi : Arizal, Amd

Alamat Redaksi :

Unit Perpustakaan Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya
Jalan George Obos No. 32 Palangka Raya 73111- Kalimantan Tengah
Telepon/Fax : 0536 – 3221768

Email : *jfk@poltekkes-palangkaraya.ac.id*

Website : *www.poltekkes-palangkaraya.ac.id*

Terbit 2 (dua) kali setahun

PENGANTAR REDAKSI

Salah satu tugas utama dari lembaga pendidikan tinggi sebagaimana tercantum dalam Tri Dharma Perguruan Tinggi adalah melaksanakan penelitian. Agar hasil-hasil penelitian dan karya ilmiah lainnya yang telah dilakukan oleh civitas akademika Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya lebih bermanfaat dan dapat dibaca oleh masyarakat, maka diperlukan suatu media publikasi yang resmi dan berkesinambungan.

Jurnal Forum Kesehatan merupakan Jurnal Ilmiah sebagai Media Informasi yang menyajikan kajian hasil-hasil penelitian, gagasan dan opini serta komunikasi singkat maupun informasi lainnya dalam bidang ilmu khususnya keperawatan, kebidanan, gizi, dan umumnya bidang ilmu yang berhubungan dengan kesehatan.

Puji dan syukur kita panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa, karena hanya berkat bimbingan dan petunjuk-Nyalah upaya untuk mewujudkan media publikasi ilmiah Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya yang diberi nama **Jurnal Forum Kesehatan Volume IX Nomor 1, Februari 2019** ini dapat terlaksana. Dengan tekak yang kuat dan kokoh, kami akan terus lebih memacu diri untuk senantiasa meningkatkan kualitas tulisan yang akan muncul pada penerbitan – penerbitan selanjutnya.

Ucapan terima kasih disampaikan kepada Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya sebagai Penanggung Jawab serta Dewan Pembina yang telah memberikan kepercayaan dan petunjuk kepada redaktur hingga terbitnya **Jurnal Forum Kesehatan Volume IX Nomor 1, Februari 2019** ini. **Ucapan terimakasih dan penghargaan juga disampaikan kepada Dewan Redaksi dan Tim Mitra Bestari yang telah meluangkan waktunya untuk mengkaji kelayakan beberapa naskah hasil penelitian/karya ilmiah yang telah disampaikan kepada redaksi.**

Kepada para penulis yang telah menyampaikan naskah tulisannya disampaikan penghargaan yang setinggi-tingginya dan selalu diharapkan partisipasinya untuk mengirimkan naskah tulisannya secara berkala dan berkesinambungan demi lancarnya penerbitan **Jurnal Forum Kesehatan** ini selanjutnya.

Akhirnya, semoga artikel-artikel yang dimuat dalam **Jurnal Forum Kesehatan Volume IX Nomor 1, Februari 2019** ini dapat menambah wawasan dan memberikan pencerahan bagai lentera yang tak kunjung padam. Kritik dan saran yang bersifat membangun sangat diharapkan demi penyempurnaan penerbitan selanjutnya.

Tim Redaksi

DAFTAR ISI

	Hal.
Pengaruh Dimensi Mutu dan Peran Kepala Ruangan Rawat Inap Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana RSUD Selasih Pangkalan Kerinci <i>Ardenny, Rohani</i>	1
Perbedaan Edukasi/Penyuluhan dengan Penggunaan Media Terhadap Perubahan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Konsumsi Sayur dan Buah pada Siswa SMP di Pekanbaru <i>Fitriani, Yessi Marlina, Roziana</i>	6
Penganggaran dalam Rencana Pengembangan Program Jamkesda di Kabupaten Banjar <i>Juni Ramadhani</i>	12
Potensi Pengembangan Buah Lokal Kalimantan Tengah: Selai Buah Cemot (<i>Passiflora foetida</i> L.) <i>Nur Hasanah, Mars Khendra Kusfriyadi, Agnescia Clarissa Sera</i>	24
Pengalaman Keluarga Merawat Lansia Demensia di Wilayah Kerja Puskesmas Menteng <i>Missesa, Syam'ani</i>	30
Kepemimpinan Demokratis Dapat Meningkatkan Motivasi dan Kinerja Keperawatan di Bangsal Rawat Inap di RSUD Ie Moeis Samarinda <i>Rasmun, Edi Sukamto</i>	36
Kunjungan ke Empat Pemeriksaan Kehamilan Terhadap Kejadian BBLR di Desa Lok Baintan Wilayah Kerja Puskesmas Sei Tabuk Kabupaten Banjar Tahun 2017 <i>Tri Tunggal, Hapisah</i>	46
Faktor yang Berhubungan dengan Status Imunisasi Dasar <i>Wahidah Sukriani, Dani Aturrofikil A'La</i>	53

Pengaruh Dimensi Mutu dan Peran Kepala Ruangan Rawat Inap Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana RSUD Selasih Pangkalan Kerinci

Ardenny¹, Rohani²

^{1,2}Poltekkes Kemenkes Riau

email : ardenny_2010@yahoo.coi.id

Abstract : The quality management system is an order that ensures the achievement of the planned objectives and quality objectives including in the nursing service. The purpose of this study is to determine the effect of quality management system and head of the inpatient ward on the performance of nurses in RSUD Selasih Pangkalan Kerinci. The design of this study using SEM approach with SmartPLS with the specified sample is all nurses inpatient room is 52 people. The research instrument used questionnaire with data collection method through secondary data and primary data through interview process and field observation. The result of research shows that there is influence between variable dimension quality (R^2 0,000) and role of room head (R^2 0,038) to nurse performance at RSUD Selasih Pangkalan Kerinci. R^2 value of nurse performance variable equal to 0,259% meaning 25,9% kinerja nurse influenced by dimension of quality and role of head of room. It is suggested to the hospital to develop the quality of service in the quality dimension namely the dimension of reliability (reliability) and empathy (empathy) in improving the performance of nurses in the inpatient ward. While for the role of the head of the room can be improved through training-related management functions.

Keywords: Dimension of Quality, Performance, Role of Room Head

Abstrak : Sistem manajemen mutu merupakan suatu tatanan yang menjamin tercapainya tujuan dan sasaran mutu yang direncanakan termasuk di dalam pelayanan keperawatan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh sistem manajemen mutu dan kepemimpinan kepala ruangan rawat inap terhadap kinerja perawat pelaksana di RSUD Selasih Pangkalan Kerinci. Rancangan penelitian ini menggunakan pendekatan SEM dengan *SmartPLS* dengan sampel yang ditetapkan adalah seluruh perawat ruangan rawat inap berjumlah 52 orang. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner dengan metode pengumpulan data melalui data sekunder dan data primer melalui proses wawancara dan observasi lapangan. Hasil penelitian terdapat pengaruh antara variabel dimensi mutu (R^2 0,000) dan peran kepala ruangan (R^2 0,038) terhadap kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Selasih Pangkalan Kerinci. Nilai R^2 variabel kinerja perawat sebesar 0,259% artinya sebesar 25,9% kinerja perawat dipengaruhi oleh dimensi mutu dan peran kepala ruangan. Disarankan pada pihak Rumah Sakit untuk mengembangkan kualitas pelayanan dalam dimensi mutu yakni dimensi keandalan (*reliability*) dan empati (*empathy*) dalam meningkatkan kinerja perawat pelaksana di ruangan rawat inap. Sedangkan untuk peran kepala ruangan dapat ditingkatkan melalui pelatihan-pelatihan terkait fungsi manajemen.

Keywords: Dimensi Mutu, Kinerja, Peran Kepala Ruangan

PENDAHULUAN

Mutu pelayanan kesehatan menunjukkan tingkat kesempurnaan layanan kesehatan yang menimbulkan kepuasan bagi setiap pasien. Mutu pelayanan yang baik menyebabkan pasien puas sehingga bersedia menggunakan jasa pelayanannya di waktu yang akan datang. Pelayanan yang bermutu sangat diperlukan karena merupakan hak setiap pelanggan, dan dapat memberi peluang untuk memenangkan persaingan dengan pemberi layanan kesehatan lainnya. Kualitas pelayanan dan nilai berdampak langsung terhadap pelanggan (Kemenkes RI, 2012).

Sistem manajemen mutu merupakan suatu tatanan yang menjamin tercapainya tujuan dan sasaran mutu yang direncanakan termasuk di dalam pelayanan keperawatan (Semuel & Zulkarnain 2011). Agar penyelenggaraan pelayanan keperawatan dapat menjangkau tujuan dan sasaran yang diinginkan, maka pelayanan yang diberikan harus sesuai dengan Standar Pelaksanaan Operasional (SPO) yang ditetapkan (Kemenkes RI, 2012). Menurut Pratiwi (2016) bahwa rendahnya implementasi sistem manajemen mutu pelayanan keperawatan menjadi penyebab utama tidak tercapainya tujuan yang diharapkan.

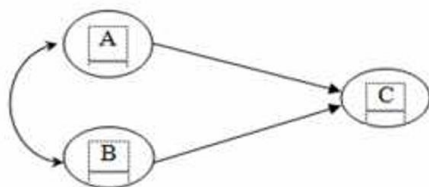
Hasil survei pada kegiatan pendampingan penerapan mutu pelayanan keperawatan dalam pelayanan rawat inap RSUD Selasih ditemukan kesenjangan peran sebagai kepala ruangan dalam penerapan manajemen mutu pelayanan keperawatan yang meliputi fungsi perencanaan, pelaksanaan, pemeriksaan, dan perbaikan. Fokus manajemen mutu pada penelitian ini ditinjau dari lima dimensi mutu pelayanan keperawatan yaitu keandalan (*reliability*), ketanggapan (*responsiveness*), jaminan (*aassurance*), empati (*emphaty*), bukti fisik (*tanggibles*). Penerapan dimensi mutu tersebut dapat ditinjau mulai dari fungsi perencanaan hingga evaluasi yang digunakan untuk perbaikan fungsi manajemen.

Kepala ruangan juga kadang merasa beban kerja yang sangat tinggi yaitu dengan seringnya mereka harus mengikuti rapat-rapat manajemen, dibebani dengan pembuatan laporan-laporan manajemen sehingga mereka merasa tugasnya bertambah seperti tugas administrasi. Akibat dari keterbatasan kemampuan kepala ruangan dalam mengelola unit organisasi maka berdampak buruk terhadap kinerja perawat sebagai bawahannya.

Penelitian bertujuan Pengaruh Dimensi Mutu dan Peran Kepala Ruangan Rawat Inap terhadap Kinerja Perawat Pelaksana RSUD Selasih Pangkalan Kerinci.

METODE

Penelitian ini menggunakan desain penelitian kuantitatif dengan metode SEM (*Statistic Equation Modeling*) dengan pendekatan *Partial Least Square (PLS)*. Penelitian ini dilakukan dengan memberikan intervensi pada kelompok variabel yang diteliti yaitu kepala ruangan dan perawat pelaksana melalui pelatihan dan pendampingan peran sebagai kepala ruangan dan perawat pelaksana di ruang rawat inap. Selengkapnya dapat dilihat pada skema di bawah ini :



Skema 3.2 Rancangan Penelitian

HASIL

Kuesioner yang digunakan didalam penelitian ini telah melalui rangkaian uji validitas dan reabilitas sehingga layak untuk digunakan dan dapat dipercaya. Berdasarkan hasil

perhitungan yang dilakukan dengan menggunakan bantuan *software Microsoft Office Excel 2007* dan *software program SmartPLS 2.0 M3*.

UJI VALIDITAS

Tabel 1. Hasil Uji Validitas Cross Loading

Variabel	Sub Variabel	Loading Factor	Nilai Batas/ Nilai Kritis	Keterangan
Dimensi Mutu		0,983	0,5	Valid
	Peran Karu	0,960	0,5	Valid
Kinerja	Y1	0,959	0,5	Valid
	Y2	0,723	0,5	Valid
	Y3	0,853	0,5	Valid
	Y4	0,711	0,5	Valid
	Y5	0,778	0,5	Valid
	Y6	0,818	0,5	Valid
	Y7	0,720	0,5	Valid
	Y8	0,853	0,5	Valid

Uji Reabilitas

Tabel 2. Hasil Uji Reliabilitas Cronbach's Alpha & Compositre Reliability

Variabel	Cronbach's Alpha	Composite Reliability	Keputusan
Kinerja Perawatan	0,923	0,936	Reliabel
Dimensi Mutu	0,983	0,983	Reliabel
Peran Karu	0,960	0,960	Reliabel

Analisis Univariat:

1. Karakteristik

Penelitian ini sebagian besar berusia 30-40 tahun yaitu sebanyak 32 orang (61,5%), umumnya responden berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 49 (94,3%) dengan tingkat pendidikan formal sebagian besar responden Diploma III Keperawatan, dan masa kerja lebih atau sama dengan 5 tahun.

2. Deskripsi Variabel Dimensi Mutu (X₁)

Tabel 3. Analisis Deskriptif pada Variabel Dimensi Mutu

No	Indikator	Rata-rata	Rentang	Kategori
1	Keandalan (<i>reliability</i>)	1,79	1-2	Setuju
2	Daya tanggap (<i>responsiveness</i>)	1,73	1-2	Setuju
3	Jaminan (<i>assurence</i>)	1,71	1-2	Setuju
4	Empati (<i>empathy</i>)	1,79	1-2	Setuju
5	Bukti fisik (<i>Tangible</i>)	1,5	1-2	Setuju
Dimensi Mutu		1,704	1-2	Setuju

3. Deskripsi Variabel Dimensi Mutu (X₂)

Tabel 4. Analisis Deskriptif pada Variabel Peran Kepala Ruangan

No	Indikator	Rata-rata	Rentan	Kategori
1	Perencanaan	1,83	1-2	Setuju
2	Pengorganisasian	1,73	1-2	Setuju
3	Pengarahan	1,75	1-2	Setuju
4	Pengawasan	1,73	1-2	Setuju
Dimensi Mutu		1,76	1-2	Setuju

4. Variabel Kinerja Perawat (Y)

Tabel 5. Analisis Deskriptif pada Variabel Kinerja Perawat

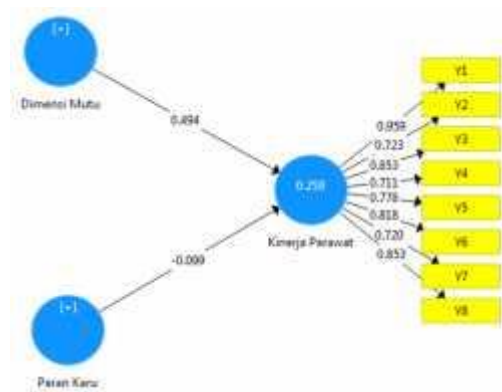
No	Indikator	Rata-rata	Rentang	Kategori
1	Pengetahuan	1,54	1-2	Tanpa diarahkan
2	Kualitas kerja	1,63	1-2	Tanpa diarahkan
3	Produktifitas	1,58	1-2	Tanpa diarahkan
4	Adaptasi	1,60	1-2	Tanpa diarahkan
5	Inisiatif pemecahan masalah	1,56	1-2	Tanpa diarahkan
6	Kooperatif	1,62	1-2	Tanpa diarahkan
7	Tanggung jawab	1,52	1-2	Tanpa diarahkan
8	Komunikasi	1,62	1-2	Tanpa diarahkan
Kinerja Perawat		1,58	1-2	Tanpa diarahkan

Hasil SmartPLS

Tabel 6. Hasil Uji Model Struktural

Model Struktural	R Square	R Square Adjusted
Kinerja Perawat	0,259	0,229

Nilai *R Square* variabel kinerja perawat sebesar 0,259 Artinya adalah bahwa sebesar 25,6% variabel kinerja perawat dipengaruhi oleh dimensi mutu dan peran kepala ruangan. Selengkapnya dapat dilihat pada model diagram PLS berikut ini:



Gambar Model Diagram PLS (Loading Factor)

Hasil pengujian Hipotesis dengan menggunakan smartPLS pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 7. Hasil Pengujian Hipotesis

Variabel	Original Sample (O)	Sample mean (M)	Standard Deviation (STDEV)	T Statistics	P Values
Dimensi mutu > kinerja perawat	0,494	0,510	0,107	4,630	0,000
Peran Karu > kinerja perawat	0,099	0,106	0,113	1,878	0,038

Diperoleh nilai koefisien jalur sebesar 0,494 dengan t statistik 4,630 dan Pvalue 0,000. Hasil tersebut menunjukkan bahwa t-statistik (4,630) > t table (1,960) atau Pvalue (0,000) < 0,05. Dengan demikian dapat diartikan bahwa Dimensi Mutu berpengaruh signifikan terhadap kinerja perawat. Diperoleh nilai koefisien jalur sebesar 0,099 dengan t statistik 0,878 dan Pvalue 0,380. Hasil tersebut menunjukkan bahwa t-statistik (2,878) > t table (1,960) atau P value (0,038) > 0,05. Dengan demikian dapat diartikan bahwa peran kepala ruangan berpengaruh signifikan terhadap kinerja perawat.

PEMBAHASAN

1. Pengaruh Dimensi Mutu terhadap kinerja perawat

Berdasarkan hasil analisis dan pengujian yang dilakukan maka dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh antara dimensi mutu terhadap kinerja perawat. Hal ini berarti kinerja perawat akan meningkat seiring peningkatan mutu pelayanan di RSUD Selasih. Hasil pengujian secara parsial menunjukkan bahwa dimensi mutu berpengaruh positif dan signifikan terhadap kinerja perawat.

Pengaruh positif menunjukkan bahwa mutu pelayanan searah dengan kinerja perawat, dimana semakin meningkatnya kualitas pelayanan maka akan semakin meningkat juga kinerja perawat, demikian juga sebaliknya semakin menurunnya mutu pelayanan maka akan semakin menurun juga kinerja perawat. Pengaruh signifikan menunjukkan bahwa dimensi mutu mempunyai peranan penting dalam meningkatkan kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Selasih.

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Melinda (2011) dan Pratiwi, dkk (2016), bahwa dimensi mutu memberikan pengaruh kuat terhadap kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Selasih terutama pada dimensi Keandalan (reliability) dan empati (empathy) menjadi indikator yang memberikan kriteria persepsi tertinggi dibandingkan dengan indikator-indikator lainnya.

2. Pengaruh Peran Karu terhadap kinerja perawat

Hasil pengujian secara parsial menunjukkan bahwa peran kepala ruangan berpengaruh positif dan signifikan terhadap kinerja perawat. Pengaruh positif menunjukkan bahwa peran kepala ruangan searah dengan kinerja perawat, dimana semakin meningkatnya peran kepala ruangan maka akan semakin meningkat juga kinerja perawat, demikian juga sebaliknya semakin menurunnya peran kepala ruangan maka akan semakin menurun juga kinerja perawat. Pengaruh signifikan menunjukkan bahwa peran kepala ruangan mempunyai peranan penting dalam meningkatkan kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Selasih.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Abdilah, A.C, dan Wajdi, F. (2011), Yuliana I, dan Ariefiantoro T (2012), Panjaitan, H, (2010) bahwa kinerja perawat pelaksana dipengaruhi dengan peranan seorang kepala ruangan dalam menerapkan fungsi manajemen pelayanan keperawatan. Fungsi manajerial yang menangani pelayanan keperawatan di ruang perawatan di koordinatori oleh kepala ruang.

KESIMPULAN

1. Terdapat pengaruh antara variabel dimensi mutu terhadap kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Selasih Pangkalan Kerinci. Hal ini berarti bahwa setiap peningkatan upaya dalam penerapan dimensi mutu, maka akan meningkatkan kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Selasih Pangkalan Kerinci.
2. Terdapat pengaruh antara variabel peran

kepala ruangan terhadap kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Selasih Pangkalan Kerinci. Hal ini berarti bahwa setiap peningkatan upaya dalam penerapan peran kepala ruangan, maka akan meningkatkan kinerja perawat di ruang rawat inap RSUD Selasih Pangkalan Kerinci.

SARAN

Disarankan bagi pihak RSUD Selasih Pangkalan Kerinci hendaknya mengembangkan kualitas pelayanan dalam dimensi mutu yakni dimensi keandalan (*reliability*) dan empati (*empathy*) serta melibatkan peran kepala ruangan dalam meningkatkan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdilah, A.C dan Wajdi, F (2011). *Pengaruh Kepemimpinan, stress kerja, disiplin kerja, dan kompensasi dengan kinerja pegawai*, Jurnal Manajemen Sumber Daya, Vol. 12 No. 1 Hal 1-11
- Amaliyah, M., (2014). *Hubungan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruangan dan Kinerja Perawat Dengan Mutu Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang*. Jurnal Manajemen Keperawatan, 2 (2) pp. 108-115.
- Azwar, A., (2010). *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan: Aplikasi Prinsip Lingkaran Pemecahan Masalah*, Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Daisy Debora Grace Pangemanan & Tarore, H., 2013. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Efektivitas Penerapan Sistem Manajemen Mutu Iso 9001: 2008 Pada Perusahaan Kontraktor Di kota Manado*. Jurnal Ilmiah media Engineering, 3(1), Jurnal Manajemen Keperawatan, pp.49-53.
- Dhinamita Nivalinda, M.C. Inge Hartini, A.S., 2013. *Pengaruh Motivasi Perawat Dan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruang Terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana Pada Rumah Sakit Pemerintah di Semarang*. Jurnal Manajemen Keperawatan, 1(2), pp.138-145.
- Hidayat. (2009). *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisis data*.

Jakarta: Salemba Medika.

Nursalam,(2014). *Managemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*, Jakarta: Salemba Medika.

Nursalam. (2003). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.

Parahita, I.K., (2010). *Analisis Kinerja Kepala Ruang Setelah Mendapat Pelatihan Manajemen Keperawatan Menurut Persepsi Staf Keperawatan di Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Surakarta*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Panjaitan, H (2012). *Analisis Mutu Pelayanan Melalui Kepemimpinan dan Kinerja Paramedis di RSUD Pasuruan Jawa Timur*, PT. Revka Petra Media, Surabaya.

Semuel, H. & Zulkarnain, J., 2011. *Pengaruh Sistem Manajemen Mutu Iso Terhadap Kinerja Karyawan Melalui Budaya Kualitas Perusahaan* (Studi Kasus PT. Otsuka Indonesia Malang). *Jurnal Manajemen dan Kewirausahaan*, 13 (2), pp. 162-176.

Setiadi. (2013). *Konsep dan Praktek Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.

Sugiyono. (2010). *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung : Alfabeta.

Yuliana I. dan Ariefiantoro. T. (2012). *Analisis Pengaruh Kepemimpinan, motivasi dan disiplin terhadap kinerja karyawan PT Adira Kredit Cabang Semarang*. Q-MAN Vo.1 No.2 Hal 103-113.

Perbedaan Edukasi/Penyuluhan dengan Penggunaan Media Terhadap Perubahan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Konsumsi Sayur dan Buah pada Siswa SMP di Pekanbaru

Fitriani¹, Yessi Marlina, Roziana

Jurusan Gizi Politeknik Kementerian Kesehatan Riau

Email : fitriani_nani@ymail.com

Abstract : Nutrition is the main component in preparing quality human resources (Director General of the Health Ministry Republic of Indonesia, 2017). The health condition of nutrition depends on the level of consumption which is determined by the quality and quantity of the menu, which means that the menu contains nutrients in the portion that suits your needs. One of the nutrients needed by the body is vitamins and minerals which are generally found in vegetables and fruits. Consumption of vegetables and fruits in adolescents is still a lot that has not met WHO recommendations of 400 grams per day. The low consumption of fruits and vegetables in adolescents can cause various degenerative diseases in adulthood and the elderly. The purpose of this study was to determine differences in counseling with the use of media on changes in knowledge of vegetable and fruit consumption attitudes and behaviors for junior high school students at Pekanbaru Hasanah MTs, starting in July. The type of research used is quasi-experimental research (*quasi experimental*). The number of samples needed is 18 people per group using the random sampling method. This study used a *t-test* to see the differences between the two groups. The results of this study show that there is no difference between the knowledge, attitudes and behavior of respondents before and after counseling using video media and leaflets. It is recommended for the school to be able to provide information on the consumption of vegetables and fruit and provide food for vegetables and fruit to increase consumption of vegetables and fruits for students.

Keywords : vegetables and fruit, consumption of vegetables and fruit, teenagers

Abstrak : Gizi merupakan komponen utama dalam penyiapan sumber daya manusia yang berkualitas (Dirjen Kemenkes RI, 2017). Keadaan kesehatan gizi tergantung dari tingkat konsumsi yang ditentukan oleh kualitas serta kuantitas menu, yang berarti menu tersebut mengandung zat gizi dalam porsi yang sesuai dengan kebutuhan. Salah satu zat gizi yang diperlukan tubuh adalah vitamin dan mineral yang pada umumnya banyak terdapat dalam sayur dan buah. Konsumsi sayur dan buah pada remaja masih banyak yang belum memenuhi rekomendasi WHO sebesar 400 gram perhari. Rendahnya konsumsi buah dan sayur pada remaja dapat menyebabkan berbagai penyakit degeneratif dimasa dewasa dan lanjut usia. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui perbedaan penyuluhan dengan penggunaan media terhadap perubahan pengetahuan sikap dan perilaku konsumsi sayuran dan buah pada siswa SMP di MTs Hasanah Pekanbaru, dimulai pada bulan juli. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian eksperimen semu (*quasi eksperimental*). Jumlah sampel yang diperlukan yaitu 18 orang per kelompok dengan menggunakan metode random sampling. Penelitian ini menggunakan uji *t-test* untuk melihat perbedaan dua kelompok. Hasil pada penelitian ini diketahui bahwa tidak terdapat perbedaan antara pengetahuan, sikap dan perilaku responden sebelum dan setelah dilakukan penyuluhan menggunakan media video maupun leaflet. Disarankan untuk pihak sekolah agar dapat memberikan penyuluhan mengenai konsumsi sayur dan buah serta menyediakan ketersediaan pangan sayur dan buah untuk meningkatkan asupan konsumsi sayur dan buah bagi siswa.

Kata Kunci : sayur dan buah, konsumsi sayur dan buah, remaja

Keywords : vegetables and fruit, consumption of vegetables and fruit, teenagers

PENDAHULUAN

Gizi merupakan komponen utama dalam penyiapan sumber daya manusia yang berkualitas (Dirjen Kemenkes RI, 2017). Keadaan kesehatan gizi tergantung dari tingkat konsumsi. Tingkat konsumsi ditentukan oleh kualitas serta kuantitas hidangan. Jika susunan hidangan memenuhi kebutuhan tubuh, baik dari sudut kualitas maupun kuantitasnya, maka tubuh akan mendapat kondisi kesehatan gizi yang sebaik-baiknya (Sediaoetama 2000). Kualitas gizi ditentukan oleh protein, karbohidrat, lemak, vitamin dan mineral yang terkandung pada makanan tersebut.

Bahan makanan yang memberikan kontribusi besar sumber vitamin dan mineral adalah sayur dan buah. Konsumsi sayur dan buah pada remaja masih banyak yang belum memenuhi rekomendasi WHO sebesar 400 gram perhari. Rendahnya konsumsi buah dan sayur pada remaja dapat menyebabkan berbagai penyakit degeneratif dimasa dewasa dan lanjut usia. Kurangnya konsumsi sayur dan buah diperkirakan akan menjadi penyebab kanker gastrointestinal sebesar 19%, penyakit jantung iskemik sebesar 31%, dan stroke sebesar 11% di seluruh dunia. Setiap tahunnya sekitar 2,7 juta warga dunia meninggal akibat rendah konsumsi sayur dan buah. Rendahnya konsumsi kedua sumber serat tersebut menjadikannya masuk ke dalam 10 besar faktor penyebab kematian dunia.

Serat merupakan bahan makanan yang banyak mengandung nutrisi, tetapi jarang dikonsumsi oleh mayoritas penduduk Indonesia khususnya remajadan dewasa, padahal Indonesia adalah negara yang sangat kaya dengan buah dan sayur. Apabila kekurangan dalam mengonsumsi buah dan sayur dapat menyebabkan tubuh kekurangan nutrisi seperti vitamin, mineral, dan tidak seimbangnya asam basa tubuh sehingga dapat mengakibatkan berbagai penyakit.

Pengetahuan yang dimiliki remaja sangatlah berperan untuk menghadapi kondisi tersebut. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Apabila adopsi perilaku didasari oleh pengetahuan, kesadaran dan sikap positif maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*) dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoadmodjo 2007).

Hasil penelitian Achmad (2014) pada 2 SMA di Makassar menunjukkan hasil berturut-turut yaitu konsumsi sayur dan buah dalam kategori kurang yaitu sebesar 97,3% dan 97,5%

diiringi dengan pengetahuan baik yaitu hanya 63,1% dan 41,5%. Demikian juga penelitian sebelumnya pada SMAN 1 di Pekanbaru menunjukkan konsumsi sayur dan buah juga termasuk dalam kategori kurang yaitu berturut-turut hanya 64,6% dan 61,5% (Gustiara 2012).

Konsumsi sayur dan buah dikategorikan kurang apabila konsumsi sayur dan buah kurang dari 5 porsi per hari selama 7 hari dalam seminggu. Berdasarkan data Riskedas 2013 menunjukkan tingkat konsumsi sayur dan buah penduduk Indonesia pada kelompok usia ≥ 10 tahun dikategorikan kurang yaitu sebesar 93,5%. Sedangkan data di Riau menunjukkan 98,8% mengkonsumsi sayur dan buah kurang dari 5 porsi /hari. Demikian juga di kota Pekanbaru konsumsi sayuran dengan kategori kurang, lebih tinggi dari data nasional yaitu sebesar 98,7%. (Riskedas, 2013)

Remaja didefinisikan sebagai tahap perkembangan transisi yang membawa individu dari masa kanak-kanak ke masa dewasa. Remaja awal dimulai pada usia 12 hingga 14 atau 15 tahun. Pada usia ini lazimnya remaja tersebut pada tingkat pendidikan formal yaitu di Sekolah Menengah Pertama (SMP).

Setelah dilakukan survey pendahuluan, diketahui bahwa Siswa MTS Hasanah belum pernah mendapatkan penyuluhan tentang sayur dan buah. Hasil survey tersebut terdapat 40,5% siswa tidak mengkonsumsi sayur setiap hari dan 48% siswa tidak mengkonsumsi buah setiap hari.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian eksperimen (*eksperimental*). Dengan desain penelitian *one group pre-test post-test design* dengan menggunakan randomisasi, pada penelitian ini dilakukan pengujian pertama (*pre-test*) yang memungkinkan peneliti dapat menguji perubahan-perubahan yang terjadi setelah adanya perlakuan. Pada penelitian ini, peneliti melakukan perlakuan dengan memberikan intervensi berupa penyuluhan dengan menggunakan media yang berbeda yaitu *leaflet* dan audio visual terhadap subjek penelitian kemudian dinilai perbedaannya pada pengujian kedua (*post-test*), setelah itu dibandingkan perbedaannya pada dua media yang diberikan. Penelitian ini dilaksanakan di MTs Hasanah Pekanbaru.

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Pengetahuan Responden Terhadap Konsumsi Sayur dan buah

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indra penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau ranah kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*) (Notoatmodjo, 2012).

Penelitian yang telah dilakukan menunjukkan hasil tingkat pengetahuan responden terhadap sayur dan buah pada kelompok *video* sebelum diberikan penyuluhan dapat dilihat pada Tabel 5.2, pada kelompok *video* tingkat pengetahuan responden terhadap sayur dan buah sebelum penyuluhan yaitu kategori baik 11 orang (55%), kategori cukup yaitu 7 orang (35%) sedangkan pada kategori kurang yaitu 2 orang (10%), setelah diberikan penyuluhan tingkat pengetahuan responden terhadap konsumsi sayur dan buah pada kategori kurang menjadi tidak ada dan kategori cukup menjadi 5 orang (25%) dan kategori baik meningkat menjadi 15 orang (75%). Pada kelompok *leaflet* responden lebih banyak pada kategori baik yaitu 10 orang (50%) dan kategori cukup yaitu 9 orang (45%), sisanya kategori kurang yaitu 1 orang (5%), setelah diberikan penyuluhan kategori baik menurun menjadi 9 orang (45%), kategori cukup menjadi 11 orang (55%) dan kategori kurang menjadi tidak ada.

Pengetahuan diberikan menggunakan *leaflet* dan *video* yang diberikan kepada responden. *Video* dan *leaflet* berisi tentang pengertian sayur dan buah, manfaat sayur dan buah, kandungan sayur dan buah, anjuran konsumsi sayur dan buah dalam sehari, dampak tidak mengonsumsi sayur dan buah. Proses pelaksanaan edukasi *video* dan *leaflet* dilakukan ± 15 menit.

B. Sikap Responden Terhadap Konsumsi Sayur dan buah

Menurut Notoatmodjo (2012) sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi merupakan predisposisi tindakan suatu perilaku, sikap memiliki tiga komponen pokok

yang secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*), yaitu:

1. Kepercayaan (keyakinan), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
2. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
3. Kecenderungan untuk bertindak.

Penelitian yang telah dilakukan menunjukkan hasil sikap responden terhadap sayur dan buah pada kelompok *video* dapat dilihat pada Tabel 5.2 sebelum diberikan penyuluhan tidak ada responden yang sikapnya dalam kategori kurang dan sikap responden lebih banyak yaitu 17 orang (85%) pada kategori baik, sedangkan pada kategori cukup hanya 3 orang (15%), setelah diberikan penyuluhan kategori baik menjadi 19 orang (95%), dan untuk sikap dengan kategori cukup sisanya menjadi 1 orang (5%). Pada kelompok *leaflet* sebelum diberikan penyuluhan terdapat 18 orang (90%) pada kategori baik, dan sisanya responden berada dalam kategori cukup yaitu 2 orang (10%), setelah diberikan penyuluhan pada kategori baik dan sedang berjumlah tetap tidak mengalami perubahan sama sekali.

Pada data ini dapat dilihat bahwa pada penilaian sikap hanya kelompok *video* yang mengalami perubahan sedangkan di kelompok *leaflet* tidak terjadi perubahan. Perubahan ini terjadi dikarenakan pengetahuan pada kelompok *video* juga mengalami perubahan, sehingga tingkat pengetahuan seseorang dapat mempengaruhi perubahan sikap seseorang seperti kutipan Notoatmodjo (2012) untuk membentuk sebuah sikap yang utuh, pengetahuan, pikiran keyakinan, dan emosi memegang peranan penting.

C. Perilaku Responden Terhadap Konsumsi Sayur dan Buah

Pendidikan kesehatan seperti penyuluhan mempunyai tujuan fokus utama yaitu perubahan perilaku, dengan pengetahuan yang benar tentang kesehatan maka akan mendorong mempunyai sikap positif tentang kesehatan, sehingga selanjutnya diharapkan akan terjadi perubahan perilaku (Notoatmodjo, 2012).

Penelitian yang telah dilakukan menunjukkan hasil perilaku responden terhadap sayur dan buah pada kelompok *video dan leaflet* dapat dilihat pada Tabel 5.2, sebelum diberikan penyuluhan *video dan leaflet* seluruh responden

memiliki perilaku tidak mengonsumsi sayur 20 orang (100%), setelah diberikan penyuluhan perilaku responden tetap sama, tidak mengonsumsi sayur 20 orang (100%). Perilaku responden terhadap asupan buah, responden sebelum mendapatkan penyuluhan menggunakan video pada kategori baik sebanyak 3 orang (15%) dan pada kategori kurang sebanyak 17 orang (85%). Setelah diberikan penyuluhan menggunakan video, responden yang mengonsumsi buah tidak mengalami peningkatan melainkan mengalami penurunan, dari kategori baik menjadi 2 orang (10%) dan kategori kurang menjadi 18 orang (90%). Pada kelompok *leaflet* bahwa responden sebelum diberikan penyuluhan memiliki perilaku baik mengonsumsi buah yaitu 1 orang (5%) dan perilaku kurang mengonsumsi buah sebanyak 19 orang (95%), setelah diberikan penyuluhan perilaku responden mengalami penurunan pada kategori baik menjadi 0 (0%) yang , dan perilaku mengonsumsi buah menjadi 20 orang (100%). Dalam indikator perilaku ini, responden tidak ada yang mengalami peningkatan asupan buah maupun sayur.

Kurangnya asupan sayur dan buah pada responden juga disebabkan oleh kurangnya ketersediaan pangan, terutama untuk sayur dan buah. Responden sehari-hari berada di sekolah sehingga hanya mendapatkan makanan dari kantin sekolah atau membawa bekal dari rumah. Sementara di kantin tidak begitu banyak menyediakan makanan berupa sayuran atau buah-buahan.

5.5 Analisa Bivariat

Analisa bivariat ini dilakukan dengan menggunakan uji beda dua mean independen (*unpaired*) maka uji statistik yang dilakukan adalah uji *Mann Whitney* (Dahlan, 2008).

1.5.1 Perbedaan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Konsumsi Sayur dan Buah Sebelum dan Setelah Penyuluhan dengan Menggunakan Media Video dan Leaflet.

Perbedaan pengetahuan, sikap dan perilaku konsumsi sayur dan buah sebelum dan setelah penyuluhan dapat dilihat pada tabel 1

Tabel 1. Perbedaan Pengetahuan, Sikap dan Perilaku Konsumsi Sayur dan Buah Sebelum dan Setelah Penyuluhan

Variabel	Sebelum		Setelah	
	Mean	P value	Mean	P value

Pengetahuan				
Video	11,35	0,57	13,45	0,099
Leaflet	11,15		12,55	
Sikap				
Video	9,75	0,239	10,35	0,711
Leaflet	10,1		10,35	
Asupan sayur				
Video	51,1	0,795	28,25	0,329
Leaflet	36,75		13,25	
Asupan buah				
Video	32,5	0,847	20,25	0,498
Leaflet	22,25		17,25	

Berdasarkan hasil tersebut dapat diketahui p value pengetahuan responden sebelum diberikan penyuluhan mengenai konsumsi sayur dan buah yaitu 0.57 (>0.05) yang berarti tidak terdapat beda antara pengetahuan melalui media leaflet dan video. Sedangkan untuk p value pengetahuan setelah dilakukan penyuluhan mengenai sayur dan buah yaitu 0.099 (>0.05) yang juga menunjukkan tidak terdapat beda pengetahuan menggunakan media video dan leaflet setelah dilakukan penyuluhan. Meskipun tidak terdapat beda antara sesudah dan sebelum diberi penyuluhan mengenai konsumsi buah dan sayur, tetapi terdapat peningkatan rata-rata pengetahuan setelah diberikan penyuluhan. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Saputra, MD, dkk (2016) yang juga mendapatkan hasil bahwa tidak terdapat beda sebelum dilakukan penyuluhan menggunakan video dan leaflet mengenai konsumsi sayur dan buah. Pada saat penelitian ini dipengaruhi oleh waktu untuk memberikan pengajaran, karena terbatasnya waktu bagi peneliti saat melakukan edukasi. Terutama saat pemutaran video, edukasi yang disampaikan mendapat gangguan dari lingkungan sehingga siswa tidak fokus dalam menyerap pengetahuan yang telah di sampaikan. Pada pemutaran video dilakukan bersamaan dengan waktu ekstrakurikuler yang lainnya seperti drumband, silat, pramuka, dan sebagainya yang menimbulkan kebisingan. Setelah dilakukan uji statistik untuk sikap responden sebelum penyuluhan menggunakan video dan leaflet mengenai konsumsi sayur dan buah diketahui p value 0.239 (>0.05) yaitu tidak terdapat beda, begitu juga dengan sikap responden setelah dilakukan penyuluhan diketahui p value 0.711 (>0.05) yang juga menunjukkan tidak terdapat beda sikap setelah

dilakukan penyuluhan menggunakan video dan leaflet.

Sedangkan untuk uji statistik yang sudah dilakukan untuk perilaku responden dalam mengonsumsi asupan sayur dan buah sebelum diberi penyuluhan didapatkan p value 0,795 (>0.005) untuk asupan sayur dan p value 0.847 (>0.05) untuk asupan buah. Diketahui bahwa tidak ada beda antara perilaku asupan makan sayur dan buah sebelum dilakukan penyuluhan. Untuk uji statistik setelah dilakukan penyuluhan didapat hasil p value 0.329 (>0.05) untuk asupan sayur dan p value 0.498 (>0.05) untuk asupan buah. Dari hasil tersebut juga dapat diketahui tidak terdapat beda antara asupan sayur dan buah setelah dilakukan penyuluhan dengan media video dan leaflet.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Tidak terdapat perbedaan pengetahuan antara setelah dan sebelum pemberian edukasi melalui video dan leaflet. Didapatkan hasil p value 0.570 sebelum dilakukan penyuluhan dan p value 0.099 setelah dilakukan penyuluhan, sehingga dapat diketahui tidak ada beda pengetahuan antara kedua nya.
2. Tidak terdapat perbedaan sikap antara setelah dan sebelum pemberian edukasi melalui video dan leaflet. Didapatkan hasil p value 0.239 sebelum dilakukan penyuluhan dan p value 0.711 setelah dilakukan penyuluhan, sehingga dapat diketahui tidak ada beda sikap antara kedua nya.
3. Perilaku asupan buah dan sayur responden sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan menggunakan media video dan leaflet tidak terjadi peningkatan dalam perilaku, namun mengalami penurunan. Dan didapatkan hasil p value asupan sayur sebelum dilakukan penyuluhan menggunakan media video dan leaflet yaitu 0.795 dan sesudah dilakukan penyuluhan yaitu 0.329. Sehingga dapat diketahui tidak ada perbedaan antara kedua nya. Begitu pula dengan p value asupan buah sebelum dilakukan penyuluhan yaitu 0.847 dan setelah dilakukan penyuluhan yaitu 0.498, dapat diketahui juga bahwa tidak terdapat beda antara kedua nya.

Saran

1. Bagi institusi pendidikan disarankan untuk melakukan sosialisasi tentang pentingnya konsumsi sayur dan buah pada siswa melalui media baik secara langsung yaitu melalui penyuluhan kepada siswa saat jam pelajaran atau diluar jam pelajaran. Kemudian secara tidak langsung melalui media leaflet maupun spanduk dan banner yang di letakkan di lingkungan sekolah.
2. Pihak sekolah melakukan advokasi kepada pedagang makanan di sekolah tentang pentingnya sayur dan buah bagi para siswa. Sehingga pihak sekolah mengeluarkan aturan tentang penyediaan sayur dan buah di kantin sekolah.

DAFTAR PUSTAKA

- Briawan, D., 2013. *Anemia Masalah Gizi Pada Remaja Wanita*, Jakarta: EGC.
- Dahlan, MS. 2008. *Statistik Kesehatan Untuk Kedokteran Deskriptif, Bivariat dan Multivariat Dilengkapi Aplikasi dengan Menggunakan SPSS Edisi – 3*. Salemba Medika. Jakarta
- Farida, I., 2010. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Konsumsi Buah dan Sayur pada Remaja di Indonesia Tahun 2007*. UIN Hidayatullah Jakarta.
- Farisa, S. (2012). Hubungan Sikap, Pengetahuan, Ketersediaan Dan Keterpaparan Media Massa Dengan Konsumsi Buah Dan Sayur Pada Siswa SMPN 8 Depok Tahun 2012. *Skripsi*. FKM, Gizi, Universitas Indonesia.
- Fitriani, S., 2011. *Promosi Kesehatan* Cetakan 1., Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Graimes, N., Pertiwi, D. & Tevingrum, S., 2004. *Brain Foods For Kids*, Jakarta.
- Gustiara, 2012. *Gambaran Konsumsi Sayuran dan Buah Pada Siswa SMA Negeri 1 Pekanbaru Tahun 2012*.
- Indra, D. & Wulandari, 2013. *Prinsip-Prinsip Dasar Ahli Gizi*, Jakarta: Dunia Cerdas.
- Kapti, R. E. (2010). Efektifitas Audiovisual Sebagai Media Penyuluhan Kesehatan Terhadap Peningkatan Pengetahuan Dan Sikap Ibu Dalam Tatalaksana Balita Dengan Diare Di Dua Rumah Sakit Kota Malang. *Skripsi*. FKM, Gizi, Universitas Indonesia.
- Khomsan, A., 2010. *Pangan dan Gizi Untuk Kesehatan*, Jakarta: Raja Grafindo Persada.

- Kurniawati, N. (2014). Perbedaan Media Leaflet Dan Video Terhadap Pengetahuan Ibu Tentang Cara Mengatasi Keluhan Pada Masa Kehamilan. *Jurnal Komunikasi Kesehatan*. 5(2). Hal: 1 -8.
- Lazzeri, G., Pammolli, A., Azzolini, E., Simi, R., Meoni, V., de Wet, D. R., & Giacchi, M. V. (2013). Association Between Fruits And Vegetables Intake And Frequency Of Breakfast And Snacks Consumption: A Cross-Sectional Study. *Nutrition Journal*. 12(123). Hal: 1-10.
- Mitayani & Sartika, 2010. *Buku Saku Ilmu Gizi*, Jakarta: Trans Info Media.
- Nasir, A., 2011. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Yogyakarta: Nuha Medika.
- Notoatmodjo, S., 2004. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoadmodjo, S., 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S., 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Parhati, R., 2011. *Analisis Perilaku Pembelian dan Konsumsi Buah di Perdesaan dan Perkotaan*. Institusi Pertanian Bogor.
- Putri, A., 2011. *Makanan Ringan Ekstrudat*. Universitas Sumatera Utara.
- Sediaoetama, A., 2000. *Ilmu Gizi*, Jakarta Timur: Dian Rakyat.
- Wahmuji, 2014. *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Jakarta: PT Gramedia Pusaka Utama. Available at: <http://bahasa.kemdiknas.go.id/kbbi/index.php>.
- Waruis, Atika, & Punuh, M. I., (2015). Hubungan Antara Asupan Energi Dengan Status Gizi Pada Pelajar SMP Negeri 10 Kota Manado. *Jurnal Ilmiah Farmasi*. 4(4). Hal: 303-308.
- Yatim, F., 2005. *Penyakit Kandungan Myoma, Kista Indung Telur, Kanker Rahim/Leher Rahim Serta Gangguan Lainnya*, Jakarta: Pustaka Populer Obor.
- Yuliarti, N., 2008. *Food Supplement: Panduan Mengonsumsi Makanan Tambahan Untuk Kesehatan Anda*, Yogyakarta: Banyu Media

Penganggaran dalam Rencana Pengembangan Program Jamkesda di Kabupaten Banjar

Juni Ramadhani¹

¹Jurusan Gizi, Poltekkes Kemenkes Palangka Raya Jl. G. Obos No.32

Email : juni.r.mph@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Anggaran yang harus disediakan oleh pemerintah Kabupaten Banjar di bidang kesehatan bertambah besar dengan diterapkannya program pelayanan kesehatan bersubsidi 24 jam (PKDG 24 jam). Pada tahun 2009 program ini akan dikembangkan menjadi Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) untuk meningkatkan perlindungan sosial kepada setiap warga masyarakat dan penerapan PP No. 38 tahun 2007 tentang pembagian fungsi dan wewenang pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Penelitian ini untuk mengkaji sistem penganggaran rencana pengembangan Program Jamkesda, mengidentifikasi tersedia atau tidaknya anggaran yang berkaitan langsung dengan program Jamkesda di Kabupaten Banjar, dan mengevaluasi penganggaran rencana program Jamkesda di Kabupaten Banjar. Penelitian ini menggunakan rancangan studi kasus dengan metode kualitatif. Variabel yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari anggaran program Jamkesda, kesiapan sumber daya manusia, kepesertaan program Jamkesda dan persepsi *Stkaeholder* dengan teknik wawancara mendalam. Berdasarkan penelitian diperoleh hasil bahwa anggaran program Jamkesda sudah dialokasikan dalam DPA-SKPD sebesar Rp.3.381.769.000, khusus untuk persiapan pelaksanaan Jamkesda dianggarkan sebesar Rp.1.014.538.800(30%). Sumberdaya manusia pengelola program Jamkesda masih masih belum siap, terbukti pengelolaan belum dilakukan. Kepesertaan program Jamkesda adalah masyarakat miskin dan kurang mampu yang tidak terakomodir oleh program Jamkesmas (Askeskin). Persepsi *stakeholder* terhadap rencana pengembangan program Jamkesda di Kabupaten Banjar sangat positif terbukti dengan adanya persiapan baik dari segi anggaran dan sarana prasana dalam pelaksanaan program Jamkesda tahun 2010. Penganggaran pelaksanaan Jamkesda belum dianggarkan tersendiri karena masih menyatu dengan anggaran PDKN, yaitu sebesar 30%. Jumlah sasaran Program Jamkesda di Kabupaten Banjar sebanyak 10.422 orang. Persepsi *stakeholder* terhadap rencana pengembangan Jamkesda adalah positif yang ditunjukkan dengan adanya anggaran untuk persiapan pelaksanaan.

Kata Kunci : Penganggaran, Rencana Pengembangan Program Jamkesda, Pelayanan Kesehatan Dasar Bersubsidi 24 jam.

ABSTRACT

Background: Budget that has to be provided by Banjar District Government in health sector is increasing in line with the implementation of 24 hour subsidized health service program (PKDG 24 jam). Budget for PKDG 24 jam comes from local revenue and expenditure budget and other sources permitted by the regulation. In 2009 the program was to be developed to Local Health Insurance Program (Jamkesda) to increase better social protection for every member of the local community and implement Government Regulation No. 38/2007 on the distribution of function and authority of central and local government. In the process of program development planning there are two propositions: the development from PKDG to Jamkesda and the development of Jamkesda by sustaining PKDG program.

Objective: The study aimed to evaluate budget proposition of subsidized health service program at District of Banjar in the development plan of Jamkesda program, identify availability of budget directly related with Jamkesda program and evaluate budget plan of Jamkesda program at District of Banjar.

Method: The study was descriptive with case study design and qualitative method. Variables of the study were budget of Jamkesda program, preparedness of human resources, participation in Jamkesda program and perception of stakeholders. Data were obtained through indepth interview and analyzed using descriptive qualitative technique.

Result: Budget of Jamkesda program had been allocated in DPA-SKPD as much as Rp 3,381,769,000, especially for the preparation of Jamkesda implementation the allocation was as much as Rp 1,014,538, 800 (30%). Human resources that would manage Jamkesda program were not yet prepared since the management was not based on education and experience. Participants of Jamkesda program were poor communities that were not accommodated in Jamkesmas (Askeskin) program. Stakeholders had very positive perception about Jamkesda program development plan either in aspect of budget or facilities for Jamkesda program implementation 2010.

Conclusion: Budget for the implementation of Jamkesda had not been allocated separately, the budget was still part of (30%) a bigger program. The number of targets of Jamkesda were as many as 10,427 people. Perception of stakeholders about Jamkesda development plan was positive as reflected from the availability of budget for its implementation.

Keywords: health budget, Jamkesda, basic health service, free health service

PENDAHULUAN

Terjadi pertentangan dalam mekanisme pembiayaan masyarakat, ada yang mengatakan bahwa mekanisme pembiayaan ini telah memberikan beban justru kepada mereka yang sebenarnya kurang mampu membayar (yaitu masyarakat pedesaan yang lebih miskin). Hal ini juga dianggap sebagai penyimpangan sebab akibat ketidak-mampuan politik pemerintah untuk memperoleh sumber pembiayaan baru atau melakukan realokasi sumber daya yang tersedia. Meskipun di beberapa kasus mekanisme ini telah berhasil memberikan kontribusi yang memadai bagi pelayanan kesehatan. Pada gilirannya hal ini berarti pula sebagai pemenuhan kebutuhan kesehatan, dan memang seharusnya dipandang sebagai sumber daya pelengkap ketimbang sebagai pengganti dari sumber daya yang seharusnya disediakan.

Penganggaran program pelayanan kesehatan di Kabupaten Banjar masih menggunakan prosedur penganggaran pemerintah yang tidak dapat membantu efisiensi manajemen maupun penyediaan informasi yang diperlukan oleh pembuat kebijaksanaan dan perencanaan. Kritik utamanya mengenai prosedur penganggaran ini berkaitan dengan berbagai prosedur dalam pelaksanaan dan struktur anggaran itu sendiri. Akibatnya pada proses penyusunan anggaran kesehatan masih terbentur dengan perencanaan program kesehatan yang akan dilaksanakan. Padahal penganggaran program pada dasarnya telah di susun sebagai suatu bentuk pengendalian atas segala pengeluaran dan juga bagi tujuan akuntansi, bukan sebagai pendukung kegiatan perencanaan. Ketidak-sinkronan inilah yang mengakibatkan penganggaran yang 'incremental' setiap tahunnya memberikan tambahan sedikit atau kurang sedikit tanpa memperhitungkan efisiensi dan efektivitas pengeluaran.

Sistem jaminan kesehatan sejak lama sebenarnya sudah menjadi bagian kehidupan masyarakat dalam komunitas lokal. Sebagian besar komunitas masyarakat lokal sudah mengenal istilah lumbung desa, jimpitan, iuran dan arisan sebagai sebuah cara pengelolaan jaminan sosial dalam skala kecil. Namun negara memiliki peran yang sangat besar untuk mempengaruhi ketersediaan kesejahteraan. Peran besar negara ini disebabkan karena: (1) Negara memiliki kapasitas untuk menentukan kebijakan, yang akan mempengaruhi layanan (kebijakan belanja). Negara bisa memutuskan

siapa yang akan diijinkan menjadi *provider* atau bukan, menentukan kualifikasinya, menentukan bagaimana mekanisme *delivery* layanannya serta mengatur kualitas dan kuantitas layanan. (2) Negara dapat berperan langsung dalam penyediaan layanan dan benefit, (3) Negara dapat berperan dalam merencanakan dan mengawasi *delivery* layanan, (4) Negara juga dapat berperan dalam memberikan bantuan langsung, memberikan dukungan fiskal dan subsidi⁽¹⁾

Program Jaminan Kesehatan Daerah adalah suatu upaya pemeliharaan kesehatan yang pembiayaannya dilakukan secara pra-upaya dan dikelola berdasarkan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat dan bermaksud untuk memberikan jaminan penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan masyarakat yang pembiayaannya dikelola secara terpadu. Dalam penyelenggaraannya ditemukan beberapa masalah⁽²⁾

Di Kabupaten Banjar, upaya dan peningkatan kesehatan telah mengalami pergeseran orientasi, sejalan dengan perubahan dan perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi, sosial, ekonomi dan budaya. Upaya kesehatan yang semula lebih berfokus pada penyembuhan dan pemulihan penderita (*kuratif* dan *rehabilitatif*) secara berangsur telah bergeser dan berkembang ke arah keterpaduan upaya kesehatan untuk seluruh penduduk dengan peran aktif masyarakat menuju peningkatan kesehatan (*promotif*) dan pencegahan penyakit (*preventif*) tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif. Kondisi tersebut dapat terlihat pada data kunjungan masyarakat ke Puskesmas. Pada tahun 2007 jumlah kunjungan Puskesmas mencapai 440.747 atau rata-rata 64 orang per puskesmas per hari, sedangkan untuk rawat jalan mencapai 399.202 orang atau rata-rata 58 orang per puskesmas per hari, lebih baik dibandingkan tahun 2006 yaitu 52 orang per puskesmas per hari. Untuk alokasi anggaran Dinas Kesehatan sebesar Rp. 32.491.704.950,- realisasi 92,69% dan Rumah Sakit Ratu Zalecha sebesar Rp. 48.682.728.420,- realisasi 97,95%.⁽³⁾

Pada tahun 2009 pemerintah Kabupaten Banjar berencana mengembangkan Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) bertujuan untuk meningkatkan perlindungan sosial kepada setiap warga masyarakat di daerah yang lebih baik dan penerapan PP No. 38 tahun 2007 tentang Pembagian Fungsi dan Wewenang Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah.

Rencana pengembangannya berupa peningkatan cakupan peserta, peningkatan paket layanan sampai ke rumah sakit, dan pembentukan badan penyelenggara. Dalam proses penyusunan perencanaan pengembangan program tersebut ada dua opsi yang ditawarkan yaitu; pengembangan Pelayanan Kesehatan Dasar Bersubsidi 24 jam menjadi Jamkesda dan pengembangan Jamkesda dengan tetap mempertahankan program Pelayanan Kesehatan Dasar Bersubsidi 24 jam.

Mengingat bahwa anggaran daerah untuk salah satu program kesehatan yang diselenggarakan pemerintah Kabupaten Banjar, yaitu program Pelayanan Kesehatan Dasar Bersubsidi 24 jam saja sudah relatif cukup menyerap APBD. Maka apakah beban anggaran ini tidak akan bertambah berat dengan rencana pemerintah Kabupaten Banjar untuk tahun anggaran 2009 yang akan mengembangkan program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda), dan hal apa yang melatarbelakangi sehingga pemerintah mencetuskan pengembangan program ini, maka perlu dilakukan penelitian tentang penganggaran rencana pengembangan Jamkesda di Kabupaten Banjar. Hal ini dimaksudkan agar ke depannya nanti penyusunan perencanaan sistem penganggaran program jaminan kesehatan di daerah dapat efisien dan efektif, serta *reliable* dengan pendekatan kebutuhan biaya pelayanan secara kapitasi. Kebutuhan anggaran yang jelas akan menentukan pengambilan kebijakan pengembangan program kesehatan termasuk program jaminan.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan rancangan studi kasus⁽⁴⁾. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif, artinya data-data penelitian yang digunakan merupakan data yang yang diperoleh berasal dari hasil pengumpulan informasi dari berbagai sumber, baik dokumen maupun narasumber. Subjek penelitian ini adalah *stakeholder* yang berperan dalam pengambilan kebijakan dan terlibat dalam penganggaran program Pelayanan Kesehatan Dasar Bersubsidi 24 jam dan Jamkesda, yang terdiri dari; Bupati Kabupaten

Banjar, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar, Kepala Puskesmas, Dokter dan perawat yang bertugas di Puskesmas yang menjadi tempat penelitian. Instrumen penelitian ini adalah wawancara mendalam (*indepth interview*), *check list* dokumen, dan data sekunder agar dapat diperoleh data sistematis berdasarkan jenis-jenis data yang diperlukan untuk menjawab pertanyaan yang sudah dirumuskan. Untuk mempermudah pengumpulan data, tak menutup kemungkinan pelaksanaan wawancara dibantu dengan alat *tape recorder*, yang dilengkapi dengan kamera, alat tulis, dan lain-lain. Analisis data dalam penelitian ini akan dilakukan secara deskriptif. Analisis, interpretasi, dan penyajian data dalam penelitian kualitatif bertujuan untuk memberi makna pada data, mereduksi volume informasi, mengidentifikasi pola-pola yang bermakna, dan menyusun kerangka guna mengkonsumsi esensi data yang dikumpulkan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Rencana Pengembangan Jamkesda di Kabupaten Banjar

Mencermati aspek kesehatan dalam arti luas, maknanya tidak hanya sehat secara fisik namun juga psikis, termasuk di dalamnya kesehatan mental yang direfleksikan dalam indikator kemampuan atau kecerdasan intelektual, emosional dan spritual. Dalam konteks ini jelas, derajat kesehatan dapat memberikan pengaruh ke berbagai aspek kehidupan masyarakat. Dan harus diakui, selama ini masih banyak permasalahan kesehatan, seperti masih rendahnya derajat kesehatan dari warga miskin, akibat rendahnya akses terhadap pelayanan kesehatan, minimnya dana yang dialokasikan untuk menunjang program kesehatan, beberapa penyakit menular, yang dapat menjadi ancaman utama bagi masyarakat.

Hasil penelitian menunjukkan beberapa penyakit yang sering diderita oleh sebagian besar masyarakat Kabupaten Banjar dapat dikelompokkan ke dalam 10 besar penyakit sebagai berikut :

Tabel 1. Sepuluh Besar Penyakit di Poliklinik Umum di RSUD Ratu Zalecha Martapura

No.	Jenis Penyakit	Jumlah Kasus	Persentase (%)
01.	ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Atas)	607	31,53
02.	Hipertensi (HT)	468	24,31

03.	Penyakit Kulit	153	7,95
04.	Gastritis	150	7,79
05.	Diabetes Melitus	91	4,72
06.	Dispepsia	91	4,72
07.	KP	90	4,67
08.	GE	72	3,74
09.	Brochitis	68	3,53
10.	Myalgia	67	3,48
Jumlah/Total		1925	100,00

Sumber : Rumah Sakit Umum Ratu Zalecha Martapura, 2008

Pada tabel 1 tersebut menunjukkan bahwa derajat kesehatan masyarakat di Kabupaten Banjar masih relatif rendah diakibatkan karena sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan. Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan memang mahal. Peningkatan biaya kesehatan yang diakibatkan oleh berbagai faktor seperti perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran *out of pocket*. Derajat kesehatan yang rendah ber-pengaruh terhadap rendahnya produktifitas kerja yang pada akhirnya akan berpengaruh pada meningkatnya masyarakat miskin dan hal tersebut menjadi beban masyarakat dan pemerintah.

Adanya Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah Provinsi, dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota merupakan landasan yuridis untuk pengembangan sistem Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Dalam peraturan pemerintah ini tercantum adanya kewenangan daerah untuk mengelola dan menyelenggarakan jaminan kesehatan daerah. Walaupun secara nasional pemerintah pusat sudah menjamin kesehatan masyarakat miskin melalui Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), pemerintah daerah dengan menggunakan dana APBD selanjutnya akan menjamin kesehatan masyarakat miskin yang tidak tertampung dalam Jamkesmas dan masyarakat rentan yang berpenghasilan rendah dan belum memiliki jaminan pemeliharaan kesehatan seperti Askes, Jamsostek, Asabri, dan Askes Komersial.

Sesuai tugas dan wewenang Pemerintah Kabupaten dalam Bidang Kesehatan maka pemerintah daerah dalam hal

ini Dinas Kesehatan dalam kerangka desentralisasi terintegrasi memiliki tugas dan wewenang sebagai *operator* baik dalam *delivery* pelayanan kesehatan ataupun *financing* (pembiayaan), *stewardship/regulator* yaitu sebagai lembaga yang menetapkan kebijakan dan regulator terhadap upaya pelayanan kesehatan, serta pelaksanaan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kebijakan. Adanya hal tersebut, Pemerintah Kabupaten Banjar terdorong untuk mengeluarkan Peraturan Bupati Banjar No. 01 tahun 2008 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Pelayanan Kesehatan Bersubsidi 24 Jam sebagai dasar hukum dalam menyelenggarakan program Jamkesda sebagai pelengkap kebijakan pusat dengan program Askeskin.

“...masih banyaknya masyarakat miskin di Kabupaten Banjar, pemerintah mengalokasikan anggaran kesehatan dalam bentuk pelayanan kesehatan bersubsidi dan jaminan kesehatan...” (R.5)

Anggaran kesehatan di Kabupaten Banjar pada tahun 2009 mengalami kenaikan yang relatif besar, namun anggaran ini sudah termasuk dana untuk pelayanan kesehatan dasar bersubsidi, sehingga kegiatan kuratif cukup memberikan prosentasi yang cukup besar dalam anggaran kesehatan. Anggaran tersebut dialokasikan untuk program-program pelayanan dan penjaminan kesehatan masyarakat, baik itu ke arah promotif maupun preventif. Salah satu program yang sudah direncanakan oleh pemerintah Kabupaten Banjar adalah Program jaminan kesehatan (Jamkesda).

Program Jamkesda di Kabupaten Banjar diluncurkan pada Tahun 2009 merupakan pengembangan dari Program Askeskin, dengan tujuan secara umum adalah meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan terhadap seluruh masyarakat

miskin dan tidak mampu agar tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal secara efektif dan efisien. Sedangkan secara khusus, tujuan yang ingin dicapai adalah:

- Meningkatnya cakupan masyarakat miskin dan tidak mampu yang mendapat pelayanan kesehatan di Puskesmas serta jaringannya dan di Rumah Sakit
- Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin.
- Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

Pelaksanaan jaminan kesehatan di Kabupaten Banjar dilakukan secara menyeluruh dengan meningkatkan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin dan kurang mampu. Berdasarkan data pada tahun 2008, data masyarakat miskin yang belum terakomodir oleh Jamkesmas (Askeskin) masih relatif besar jumlahnya, sekitar 119.309 jiwa. Untuk itulah, pemerintah Kabupaten Banjar dalam rencana pengembangan Program Jamkesda akan memfokuskan pada jumlah tersebut dengan memberikan pelayanan dasar bersubsidi (PKDB) dan Program Jamkesda. Sebagai upaya peningkatan pelayanan kesehatan, maka dirumuskanlah beberapa jenis kegiatan Dinas Kesehatan Kabupaten yang dikembangkan menjadi kegiatan Program Jamkesda.

Rencana pengembangan Program Jamkesda di Kabupaten Banjar tentu bukan suatu kebijakan yang dibuat tanpa arah dan tujuan. Program ini diorientasikan untuk lebih meningkatkan peran masyarakat miskin dan kurang mampu dalam mengakses pelayanan kesehatan dalam bentuk asuransi. Adanya sistem jaminan dengan bentuk asuransi ini, akan lebih menumbuhkan kesadaran masyarakat akan hak-hak mendapatkan

pelayanan kesehatan dengan data dan sistem pengelolaan yang lebih baik. Keberadaan Jamkesmas dengan Askeskin dan Program Pelayanan Kesehatan Dasar Bersubsidi (PKDB) merupakan cikal bakal dan menjadi inspirasi untuk mengembangkan program Jamkesda. Sasaran dan fokus kegiatan pelayanan Program Jamkesda sama dengan PKDB, yang membedakannya adalah dari segi kepesertaan dan cakupan kegiatan. Kepesertaan Jamkesda dikhususkan pada masyarakat miskin yang tidak terakomodir oleh Program Jamkesmas dan cakupan kegiatan selain pelayanan kesehatan dasar, Jamkesda juga memberikan pelayanan kesehatan lanjutan.

Program kegiatan PKDB mencakup beberapa Jenis pelayanan dasar sesuai dengan Pasal 3 Peraturan Bupati Banjar No. 01 Tahun 2008 sebagai berikut:

- Konsultasi medis dan penyuluhan kesehatan
- Pemeriksaan fisik
- Laboratorium sederhana
- Tindakan medis sederhana
- Pemeriksaan dan pengobatan gigi
- Pemeriksaan ibu hamil/nifas/meyusui, bayi dan balita
- Pemberian obat-obatan sesuai ketentuan
- Pelayanan KB dan penanganan efek samping
- Pelayanan gawat darurat
- Paket rawat inap
- Pertolongan persalinan

Dari seluruh kegiatan pelayanan kesehatan dasar tersebut, pemerintah mengalokasikan anggaran sebesar Rp 3.058.387.000,00. Anggaran tersebut dialokasikan dalam beberapa kegiatan sebagai berikut:

Tabel 2. Anggaran Jaminan Kesehatan Dasar Bersubsidi (PKDB) dan Jamkesda di Kabupaten Banjar Tahun 2009

No.	Kegiatan	Anggaran	%
1.	Honorarium Petugas Khusus PKD bersubsidi	2.038.565.000,00	66,65%
2.	Pelayanan Kesehatan dasar bersubsidi	650.800.000,00	21,28%
3.	Jasa sarana PKD bersubsidi	172.000.000,00	5,62%
4.	Obat-obatan non standar dan BAKHP	114.166.000,00	3,73%
5.	Kelompok Kerja PKD Bersubsidi	76.200.000,00	2,49%
6.	Bahan dan alat kesehatan PKD bersubsidi habis pakai	4.506.000,00	0,15%
7.	Belanja alat tulis kantor PKD bersubsidi	2.150.000,00	0,07%
	Jumlah	3.058.387.000,00	100%

Sumber: DPA-SKPD Dinkes Kabupaten Banjar Tahun 2009

Terlihat dari data di atas, bahwa anggaran Jaminan Kesehatan Dasar Bersubsidi (PKDB) termasuk anggaran persiapan pengembangan Program Jamkesda untuk tahun 2009 sebesar Rp 3.058.387.000,00. Khusus untuk anggaran program Jamkesda sampai saat ini pemerintah belum mengalokasikan anggaran tersendiri dikarenakan masih dalam proses persiapan. Namun demikian pemerintah tetap mengalokasikan anggaran program Jamkesda yang masih menyatu dalam alokasi anggaran PKDB. Hasil wawancara dengan narasumber sebagai berikut:

“...dalam penyusunan anggaran yang diajukan oleh pemerintah belum secara eksplisit mengalokasikan untuk program Jamkesda, tetapi sebagian anggaran yang ada dalam PKDB digunakan untuk mempersiapkan pengembangan Program Jamkesda...” (R.5).

Alokasi anggaran kesehatan pemerintah untuk orang miskin tersebut perlu disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat miskin dan ditekankan pada upaya promotif dan preventif. Harus ada *political will* dari pemerintahan, legislatif, swasta, dan masyarakat untuk menindak-lanjuti pelayanan kesehatan. Pelayanan bersubsidi maupun sistem jaminan kesehatan tidak akan secara otomatis meningkatkan cakupan, karena masih ada biaya diluar biaya pelayanan kesehatan yang harus ditanggung masyarakat miskin. Pola pembagian tugas yang jelas antara pusat dan daerah baik dari sisi demand maupun sisi supply terutama dalam sharing penganggaran. Pentingnya keterlibatan seluruh pihak atau *stakeholder* dalam pelaksanaan upaya kesehatan untuk masyarakat miskin. Ada beberapa hal yang harus diperhatikan dalam peningkatan pelayanan kesehatan, antara lain adanya pemantapan asuransi kesehatan nasional sebagai bagian dari pelaksanaan Undang-undang Sistem Jaminan Sosial, sebagai bagian dari peningkatan akses orang miskin terhadap layanan kesehatan, dan peningkatan akuntabilitas dalam pelayanan

kesehatan. Selain itu juga Perlu memperhatikan pelayanan kesehatan yang didasarkan pada permintaan masyarakat (*Demand-based programs*) sehingga masyarakat dapat memilih layanan kesehatan yang diinginkan. Hal ini dilakukan dengan memperhatikan beberapa faktor, antara lain (a) penentuan sasaran secara hati-hati; (b) pelibatan rumah sakit, puskesmas dan pusat layanan kesehatan; (c) penjamin mutu layanan kesehatan bagi masyarakat miskin; (d) sosialisasi kepada masyarakat; (e) evaluasi secara kritis terhadap hasil pelayanan kesehatan.

Cakupan dari anggaran program tersebut terdiri dari kegiatan-kegiatan yang memfokuskan pada memberikan pelayanan kesehatan masyarakat secara umum, seperti Pelayanan Kesehatan Dasar Berdubsidi (PKDB) dan program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). PKDB yang dijalankan oleh pemerintah Kabupaten Banjar sebagai upaya peningkatan kesehatan untuk seluruh masyarakat Kabupaten Banjar, sedangkan Jamkesda merupakan sebuah program yang dilaksanakan pemerintah daerah untuk mengantisipasi adanya warga yang tidak *tercover*/masuk dalam program Jamkesmas yang dilaksanakan pemerintah pusat. Tujuan program ini untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat terutama yang masuk dalam kategori keluarga miskin (GAKIN). Pembiayaan kedua program tersebut berasal dari subsidi pemerintah Kabupaten Banjar dalam hal ini Dinas Kesehatan.

“...persiapan pelaksanaan Program Jamkesda tahun 2010, memang belum dianggarkan secara eksplisit dalam DPA-SKPD” tetapi diambil dari anggaran PKDB sekitar 30%...”. (R. 1)

Berdasarkan informasi yang diperoleh dari narasumber tersebut, maka anggaran persiapan pelaksanaan Jamkesda dapat diketahui sebesar 30% dari total anggaran PKDB yang dialokasikan dalam DPA-SKPD Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar. Hal tersebut dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3. Pembagian Anggaran antara PKDB dan Jamkesda di Kabupaten Banjar Tahun 2009

Program	Anggaran	Persen (%)
PKDB	2.140.870.900	70%
Jamkesda	917.516.100	30%
Jumlah	3.058.387.000	100%

Sumber: Dinkes Kabupaten Banjar tahun 2009

Pembagian anggaran antara PKDB dan Jamkesda merupakan bentuk dari komitmen pemerintah Kabupaten Banjar untuk pelaksanaan Jamkesda. Pada tabel di atas terlihat bahwa anggaran untuk PKDB memang cukup besar dibandingkan dengan anggaran Jamkesda dikarenakan PKDB merupakan program bersubsidi bagi seluruh masyarakat Kabupaten Banjar tanpa melihat status dan tingkat ekonomi masyarakat, sedangkan Jamkesda merupakan bentuk pengembangan dari program-program jaminan kesehatan yang sudah ada, yaitu dalam bentuk penjaminan kesehatan masyarakat yang dikhususkan untuk masyarakat miskin dan kurang mampu. Anggaran sebesar Rp 917.516.100,00 (30%) tersebut merupakan anggaran persiapan pelaksanaan program Jamkesda yang akan dilaksanakan pada tahun 2010. Alokasi anggaran tersebut digunakan untuk mempersiapkan pelaksanaan Jamkesda, seperti pendataan masyarakat miskin, pembentukan lembaga pengelola Jamkesda, persiapan sumberdaya manusia pengelola dan lain sebagainya. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara sebagai berikut:

"...program peningkatan kesehatan masyarakat memang menjadi prioritas Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar dengan memberikan pelayanan kesehatan bersubsidi dan program Jamkesda kepada masyarakat miskin dan kurang mampu..." (R-1)

"...pemerintah Kabupaten Banjar meluncurkan program jaminan kesehatan pada tahun 2009 dalam bentuk program Jamkesda, tetapi realisasi dari program tersebut baru akan dilaksanakan pada tahun 2010..." (R-2)

Rencana pengembangan Jamkesda difokuskan dalam bentuk perlindungan sosial kepada setiap warga masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan secara paripurna dengan menggerakkan masyarakat

untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang pengelolaannya dengan mekanisme asuransi. Hal tersebut didorong dengan biaya kesehatan yang terus naik hingga mengakibatkan kemampuan publik miskin dan paling miskin merosot, pemerintah daerah harusnya menjadikan program Jamkesda ini menjadi lebih bermanfaat dan berdaya guna. Bukannya cenderung berupaya menambah porsi keterlibatan publik dalam pembiayaan pelayanan kesehatan, seraya mengurangi berbagai macam subsidi. Implementasinya berupa perubahan status Puskesmas dari bersubsidi ke Puskesmas swakelola dan swadaya; ataupun metamorfosis status rumah sakit pemerintah dari perusahaan daerah menjadi perseroan terbatas.

"...pengembangan program Jamkesda ini diorientasikan untuk mewujudkan Puskesmas dan Rumah Sakit lebih mandiri karena terbatasnya anggaran yang dimiliki oleh pemerintah..." (R.5)

Setiap penyelenggaraan jaminan sosial khususnya bidang kesehatan dasar bertujuan memberikan jaminan kepada masyarakat dengan ekonomi rendah untuk menikmati pelayanan kesehatan secara mudah, namun semua itu harus ditinjau dari unsur keterjangkauan (*affordability*). Tentu dalam hal ini harus didukung oleh adanya keterlibatan pihak-pihak lain selain pemerintah dalam pembiayaan maupun sarana dan prasarana.

Keterlibatan pihak swasta dan pihak lainnya akan memberikan kekuatan dan perkembangan program Jamkesda semakin mandiri dan mampu memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh kepada masyarakat khususnya masyarakat miskin dan kurang mampu. Dalam proses pergeseran ini, disadari atau tidak, sebagai upaya untuk mengurangi subsidi dan menswastakan puskesmas dan rumah sakit pemerintah. Ini bukan berarti pemerintah tak bicara soal

pemenuhan kewajiban negara pemenuhan hak sosial bidang kesehatan, namun lebih karena konsepsi pemenuhan hak-hak sosial bidang kesehatan adalah dengan memandirikan individu.

Sumberdaya Manusia Pengelola Jamkesda

Dalam pengelolaan program Jamkesda sebaiknya ada garis batas yang jelas antara fungsi pelaksana dan fungsi regulasi yaitu dengan memisahkan badan penyelenggara jaminan kesehatan, badan regulasi dan badan pelaksana pelayanan kesehatan, walaupun masih dalam satu koordinasi di tingkat kabupaten yaitu Dinas Kesehatan. Hal ini dimaksudkan agar mutu pelayanan dan efektifitas pelaksanaan program jaminan kesehatan lebih terjaga, di samping itu berguna

dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi. Sebagai pelaksana pelayanan kesehatan pemerintah daerah harus berusaha meningkatkan mutu pelayanan, mempermudah akses pelayanan dengan meningkatkan sarana dan prasarana penunjang, meningkatkan efisiensi dan meningkatkan sumber daya manusia kesehatan.

Rencana pengembangan program Jamkesda di Kabupaten Banjar dilakukan oleh Satuan Tugas (UPT) di bawah Dinas Kesehatan. UPT ini mempunyai tugas dan fungsi untuk mengelola pelaksanaan program Jamkesda dan tugasnya sesuai dengan SK Kepala Dinas Kesehatan yang beranggota staf Dinas Kesehatan. Adapun karakteristik dari tim UPT ini sebagai berikut:

Tabel 4. Karakteristik Tim Pengelola Program Pelayanan Kesehatan Dasar Bersubsidi Kabupaten Banjar

Karakteristik	Jumlah	Persentase
Jenis Kelamin		
- Laki-laki	8	47,05%
- Perempuan	9	52,95%
Jabatan		
- Pejabat Struktural	12	70,58%
- Staf	5	29,42%
Pendidikan Akhir		
- S2	2	11,76%
- S1	10	58,82%
- Akademi	1	5,88%
- Sederajat SLTA	4	23,54%

Sumber: Dinkes Kabupaten Banjar, 2009

Dari data tersebut di atas terlihat bahwa yang menjadi anggota Tim UPT Program Jamkesda di Kabupaten Banjar 70,58% adalah menduduki jabatan struktural baik eselon III maupun eselon IV sehingga dalam hal ini terjadap jabatan rangkap, sedangkan yang berasal dari staf hanya 29,42%. Untuk latar belakang pendidikan Strata satu sebesar

55,82%, sedangkan sisanya berlatar belakang pendidikan strata S2, akademi dan SLTA.

Kepesertaan Program Jamkesda

Data peserta masyarakat Kabupaten Banjar yang menjadi sasaran pelayanan kesehatan dasar gratis berdasar PKK I sebagai berikut :

Tabel 5. Data Masyarakat Miskin yang menjadi Sasaran Program Jamkesda Kabupaten Banjar Tahun 2008

No.	Nama Puskesmas (PKM)	Jumlah Total	Persen (%)
01.	PKM Karang Intan	2.876	2.41
02.	PKM Sungai Alang	2.269	1.90
03.	PKM Sungai Pinang	7.711	6.46
04.	PKM Simpang Empat	5.863	4.91
05.	PKM Sungkai	4.192	3.51
06.	PKM Aluh-aluh	11.450	0.96
07.	PKM Jambu Burung	5.965	5.00
08.	PKM Kertak Hanyar	5.781	4.85
09.	PKM Tatah Pemangkih Laut	4.344	3.64
10.	PKM Gambut	6.950	0.58
11.	PKM Sungai Tabuk	5.627	4.72
12.	PKM Lok Baintan	2.812	2.36
13.	PKM Sungai Rangas	6.149	5.15
14.	PKM Dalam Pagar	7.458	6.25
15.	PKM Martapura	10.792	9.05
16.	PKM Pasayangan	3.982	3.34
17.	PKM Pengaron	4.150	0.35
18.	PKM Astambul	9.196	7.71
19.	PKM Bawah Selan	4.953	4.15
20.	PKM Aranio	1.990	0.17
21.	PKM Sambung Makmur	2.909	2.44
22.	PKM Sungai Lulut	1.890	0.16
Jumlah/Total		119.309	100%

Sumber: Program JPK-MM Dinas Kesehatan Kabupaten Banjar, 2008

Dari tabel tersebut diketahui bahwa jumlah masyarakat miskin yang menjadi target kepesertaan Jamkesda dari 22 Puskesmas (PKM) di Kabupaten Banjar sebanyak 119.309 orang. Jumlah masyarakat miskin tertinggi berada pada PKM Aluh Aluh sebesar 9,60% dengan jumlah warga miskin sebanyak 11.450 orang, sedangkan jumlah masyarakat terkecil dimiliki oleh PKM Sungai Lulut sebesar 0,16% dengan warga miskin berjumlah 1.890 orang.

Peserta program Jamkesda di Kabupaten Banjar adalah masyarakat miskin yang tidak terakomodir Jamkesmas, dan masyarakat rentan berpenghasilan rendah dan belum memiliki jaminan pemeliharaan kesehatan seperti Askes, Jamsostek, Asabri, dan Askes Komersial, selanjutnya disebut dengan peserta Jamkesda Kabupaten Banjar, yang terdaftar dan memiliki kartu Jamkesda dan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Kondisi ini memerlukan pendataan yang cukup kompleks karena setiap saat dapat berubah ditambah lagi dengan karakteristik masyarakat yang kurang respon dalam proses pendataan, sehingga tidak sedikit dalam proses pendataan ini masyarakat terdaftar ganda atau dengan data yang sudah tidak akurat.

“...kepesertaan Jamkesda perlu adanya evaluasi dan pendataan ulang agar lebih akurat dan mempermudah dalam penghitungan klaim oleh Puskesmas dan rumah sakit...” (R.3, R.4).

Prosedur Klaim Program Jamkesda di Kabupaten Banjar

Permasalahan klaim ini memang sangat erat kaitannya dengan sistem pendataan kepesertaan, sehingga apabila pada proses pendataan kepesertaan baik, maka pada proses klaim akan berjalan lancar karena berdasarkan data yang sudah ada. Tetapi sebaliknya apabila pada pendataan terjadi kesalahan dan kurang akurat maka pada proses klaim akan menghadapi kendala dalam proses pencocokan data peserta yang akan dibayar. Dan biasanya memang Dinas kesehatan harus berdasarkan data yang valid dan akurat berdasarkan sistem pendataan yang sudah dilakukan oleh beberapa lembaga lainnya, padahal seringkali hasil dari pendataan antara lembaga tersebut tidak sama. Misalnya antara BPS dengan Askeskin sering terjadi ketidakcocokan data, maka untuk menghadapi permasalahan tersebut hasil verifikasi menjadi acuan dalam pembayaran klaim.

Pembayaran baru dapat dilakukan apabila sudah melewati proses verifikasi secara sederhana yang dilakukan oleh tim verifikasi yaitu dengan mencocokkan format PKDB 1 (satu) dengan PKDB 2 (dua) dan dibayar setiap triwulan sesuai dengan sistem anggaran yang ada. Jumlah yang diterima PPK (khususnya untuk rawat jalan terlebih dahulu dikurangi sebesar 30% untuk pemda sebagai retribusi daerah dan sisanya dijadikan 100%. Dari 100% tersebut dipotong 20% untuk Dinas Kesehatan sebagai manajemen fee. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara sebagai berikut :

“...dalam pengajuan klaim, kita dari pihak PPK hanya menerima dana bersih pelayanan kesehatan setelah dipotong 30% oleh pihak Dinas...” (R. 4).

Kebijakan pemotongan sebesar 30% tersebut berdasarkan Perda tarif, bahwa setiap retribusi harus masuk ke kas daerah sebagai jasa sarana karena pemda sudah menyediakan sarana dan fasilitas, sedangkan 20% untuk manajemen *fee*. kebijakan manajemen *fee* diambil berdasarkan SK Bupati tentang tarif Perda pasal 19 yang menyebutkan bahwa 70% dikembalikan ke dinas, antara lain digunakan untuk jasa pelayanan, operasional dan pengembangan dan pembinaan sumberdaya manusia. Menurut PPK besarnya persentase untuk manajemen *fee* langsung ditetapkan Dinas Kesehatan hal tersebut tidak menjadi permasalahan asal ada dasar hukum yang mengharuskan seperti itu, yang penting fungsi dan tugas PPK adalah memberikan pelayanan. Hal tersebut sesuai hasil wawancara sebagai berikut:

“...RS tidak ada akan menolak pasien, itu sudah menjadi prinsip kami setiap pasien tidak pernah ditolak, tapi loss cost kami harus ada orang yang memeriksa...” (R.3).

“... yang menjadi komitmen kami, siapapun yang datang ke kami sebagai pasien akan selalu diberi pelayanan yang terbaik sesuai dengan kapasitas kami...” (R.4).

Sistem pembayaran berdasarkan pelayanan merupakan sistem yang memang disukai oleh PPK, karena dinilai lebih obyektif dan menguntungkan. Berapapun klaim yang diajukan dan berdasarkan hasil verifikasi tidak menjadi masalah karena akan tetap dibayarkan. Namun permasalahan muncul dari waktu pembayaran yang kadang-kadang tidak sesuai

dengan ketentuan yang sudah ada. Misalnya seharusnya pembayaran klaim diberikan tiap triwulan setelah proses pelayanan selesai dengan pembayaran penuh, tetapi pada kenyataannya seringkali walaupun dibayarkan per triwulan tapi pembayarannya tidak penuh. Hal ini sesuai hasil wawancara sebagai berikut:

“...ketersediaan dana bagi kami yang masih meragukan, dalam arti kata, ya jumlahnya tadi. Pelayanan kan berjalan terus, nah ketersediaannya kami tidak ngerti berapa sih yang disiapkan dana untuk Jamkesda oleh pemerintah...” (R. 3)

Dari hasil wawancara tersebut, menunjukkan adanya ketidak transparan pemerintah dalam hal ini Dinas Kesehatan atas anggaran yang disediakan untuk pembayaran klaim pelayanan program Jamkesda. Sistem seperti inilah yang akan memunculkan saling curiga antara pihak pemerintah dengan pihak penyedia pelayanan, sehingga dikhawatirkan pelayanan bagi peserta Jamkesda akan terganggu. Apalagi program Jamkesda di Kabupaten Banjar masih relatif baru dilaksanakan, sehingga dibutuhkan komitmen dan kerjasama yang baik diantara instansi yang terkait dengan program ini. Ketersediaan anggaran pada pemerintah juga menjadi hal penting untuk melakukan pengembangan program Jamkesda, apalagi untuk masa-masa yang akan datang proses pelayanan kesehatan memerlukan sarana dan prasarana yang lebih memadai dan berkualitas.

KESIMPULAN

1. Penganggaran rencana pengembangan program Jamkesda di Kabupaten Banjar sudah dialokasikan pada DPA-SKPD sebesar Rp 3.058.387.000,- yang termasuk pada alokasi anggaran peningkatan kesehatan masyarakat. Besarnya anggaran untuk program Jamkesda sebesar Rp. 917.516.100,-.
2. Kesiapan sumberdaya manusia dalam rencana pengembangan program Jamkesda masih perlu dilakukan peningkatan, baik dari segi kualitas maupun kuantitas. Hal ini ditunjukkan dengan pelaksanaan program pelayanan kesehatan dasar bersubsidi masih dikelola oleh UPT yang berada di bawah Dinas Kesehatan dengan sumber daya manusia pengelola masih rangkap jabatan, baik secara struktural maupun fungsional.

3. Sistem kepesertaan program Jamkesda dikhususkan bagi masyarakat miskin dan kurang mampu yang tidak terakomodir oleh program jaminan lainnya seperti Askeskin. Jumlah sasaran program Jamkesda di Kabupaten Banjar yang masih perlu dilakukan verifikasi kepesertaan program sebanyak 10.422 orang.
4. Persepsi *stakeholder* terhadap rencana pengembangan program Jamkesda adalah positif. Hal tersebut ditunjukkan dengan adanya regulasi yang dikeluarkan oleh pemerintah melalui SK Bupati dan Perda terhadap pengaturan pelaksanaan program pelayanan kesehatan dasar bersubsidi. Selain itu juga sudah dibuktikan dengan dialokasikannya anggaran pada tahun 2009.

SARAN

1. Pemda Kabupaten Banjar perlu mempersiapkan anggaran yang cukup besar untuk membiayai pelaksanaan program Jamkesda dan pelayanan kesehatan dasar bersubsidi lainnya dengan menggandeng pihak-pihak ketiga yang menjadi sumber PAD. Selain itu juga perlu adanya sosialisasi bagi masyarakat akan pentingnya berpartisipasi dalam pelayanan kesehatan dengan ikut serta dalam kepesertaan jaminan kesehatan yang di luncurkan oleh pemerintah.
2. Persiapan sumber daya manusia menjadi salah satu hal yang penting untuk pelaksanaan program Jamkesda, baik dari segi kualitas maupun kuantitas. Selain itu juga persiapan lembaga pengelola yang independen perlu dilakukan sesegera mungkin agar mampu mempersiapkan hal-hal yang berkaitan dengan pelaksanaan program, mulai dari penyusunan program, pendataan peserta serta terknis pelaksanaan program.
3. Sistem pembayaran klaim kepada PPK perlu dilakukan secara transparan dan sesuai dengan ketentuan yang sudah ditetapkan. Hal ini dilakukan untuk memperlancar pelayanan kesehatan ditingkat PPK. Hal tersebut dapat disusun dengan prosedur pencairan biaya klaim yang secara bersamaan, antara pemerintah dengan PPK sebagai penyedia pelayanan untuk menentukan *standart procedure* yang baku dan dapat dilaksanakan oleh semua pihak. Adanya standar prosedur tidak saja untuk efisiensi dana tetapi juga untuk meningkatkan pelayanan kesehatan ke arah preventif dan promotif sehingga memberikan peluang ke arah efisiensi.

DAFTAR PUSTAKA

Thabrany, H. (2005), *Asuransi Kesehatan Nasional*, Jakarta: Pamjaki.

Mukti; A. G. dan Moertjahjo. (2008). *Sistem Jaminan Kesehatan: Konsep Desentralisasi Terintegrasi*. Magister Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi/Jaminan Kesehatan. Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada bekerja sama dengan Asosiasi Jaminan Sosial Daerah; Yogyakarta.

Informasi Laporan Penyelenggaraan Pemerintahan Daerah (ILPPD) Tahun 2007, Bagian Humas Pemerintah Kabupaten Banjar, Kalimantan Selatan.

Yin, R.K. (2002), *Studi Kasus: Desain dan Metode* (Rev. ed), Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.

Departemen Kesehatan, R.I, (2004), *Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*, Jakarta: Keputusan Menteri Kesehatan R.I., Nomor 128/SK/II/2004

Mukti, A.G. (2003), *Mencari Alternatif Model Sistem Pembiayaan Berbagai Asuransi Kesehatan Sosial di Era Desentralisasi*, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 06 (2), pp.45-55.

Potensi Pengembangan Buah Lokal Kalimantan Tengah: Selai Buah Cemot (*Passiflora foetida* L.)

Nur Hasanah¹, Mars Khendra Kusfriyadi², Agnescia Clarissa Sera²

¹Mahasiswa Diploma IV Gizi Poltekkes Kemenkes Palangka Raya

²Dosen Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Palangka Raya

Email: agnesciasera@gmail.com

Abstract: Cemot (*Passiflora foetida* L.) is a local fruit can be easily found in bushes and tropical forest of Central Kalimantan. It is very popular amongst native children and usually eaten in fresh condition. To date no research has ever done to study its processed product. This experimental research aims to explore the potential of cemot which is processed into fruit jam by adding 0.25%, 0.75%, 1.25%, 1.75% and 2.25% pectin. Complete randomized design was employed. Most of panellist confirmed that cemot jam were sweet, has natural aroma, very thick and dark brown in color. Total dissolved solids in cemot jam with pectin addition of 0.25%; 0.75%; 1.25%; 1.75%; 2.25% were 66.7%; 67.3%; 68.4%; 69.2%; 69.8% brix, respectively. Pectin concentration does not affect the taste ($p=0.244$), aroma ($p=0.621$) and color ($p=0.492$) of cemot jam but affect its texture ($p=0.000$) and total dissolved solid ($p=0.000$).

Keywords: cemot (*Passiflora foetida* L.), jam, pectin, organoleptic, total dissolved solids.

Abstrak : Buah cemot (*Passiflora foetida* L.) merupakan buah lokal yang umum ditemui di semak liar dan hutan Kalimantan Tengah. Buah ini sangat populer di kalangan anak-anak penduduk setempat dan lazim dikonsumsi dalam kondisi segar. Sampai saat ini belum ada penelitian yang membahas tentang produk olahan buah cemot. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk menggali potensi buah cemot yang diproses menjadi selai dengan berbagai variasi penambahan pektin: 0,25%; 0,75%; 1,25%; 1,75% dan 2,25%. Penelitian eksperimental ini menggunakan desain Rancangan Acak Lengkap (RAL). Rata-rata panelis menyatakan selai cemot berasa manis, aroma buah nyata, tekstur sangat kental dan warna sangat coklat. Persen padatan terlarut selai buah cemot untuk perlakuan 0,25%; 0,75%; 1,25%; 1,75%; 2,25% berturut-turut adalah 66,7%; 67,3%; 68,4%; 69,2%; 69,8% brix. Konsentrasi pektin tidak mempengaruhi rasa ($p=0,244$), aroma ($p=0,621$) dan warna selai ($p=0,492$). Namun, mempengaruhi tekstur ($p=0,000$) dan persen padatan terlarut selai buah cemot ($p=0,000$).

Kata Kunci: cemot (*Passiflora foetida* L.), selai, pektin, organoleptik, persen padatan terlarut

Kalimantan Tengah, salah satu provinsi dengan area hutan hujan tropis terbesar di Indonesia memiliki beragam tanaman lokal yang belum diteliti secara maksimal. Penduduk aslinya memanfaatkan tanaman lokal ini sebagai bahan makanan, obat-obatan dan kosmetik. Salah satu tanaman lokal yang belum banyak dieksplorasi kegunaannya adalah buah cemot (*Passiflora foetida* L.). Buah ini umum ditemukan di semak-semak rimbun, padang rumput dan hutan Kalimantan Tengah. Buah cemot cukup populer di kalangan anak-anak Kalimantan Tengah yang masih sering bermain di alam. Buah ini mempunyai rasa yang manis dan kulitnya berwarna kuning (Patil *et al.*, 2013). Tidak banyak yang memanfaatkan buah ini padahal menurut penelitian yang dilakukan oleh Sasikala, Saravana, dan Parimelazhagan (2011) tanaman *Passiflora foetida* L. merupakan sumber antioksidan alami yang sangat baik.

Buah cemot umumnya langsung dikonsumsi dalam kondisi segar dan belum diolah dan dikembangkan menjadi produk

pangan lain. Salah satu teknik pengolahan yang mungkin dapat diterapkan pada buah cemot adalah teknik penggulaan, yaitu mengolah buah menjadi selai. Oleh karena itu, pembuatan selai dengan bahan dasar buah cemot ini pun dapat memberikan dampak positif bagi pengembangan industri rumah tangga yang ada di Kalimantan Tengah serta pengembangan pengetahuan di bidang teknologi pangan, secara khusus terkait pengembangan pangan lokal.

METODE

Pembuatan selai buah cemot dilakukan di Laboratorium Pangan sedangkan uji organoleptik dilakukan di Laboratorium Organoleptik Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Palangka Raya. Rancangan penelitian ini menggunakan Rancangan Acak Lengkap (RAL) dengan penambahan pektin sebagai berikut:

P₁ = Selai buah cemot dengan penambahan pektin 0,25%

P₂ = Selai buah cemot dengan penambahan pektin 0,75%

P₃ = Selai buah cemot dengan penambahan pektin 1,25%

P₄ = Selai buah cemot dengan penambahan pektin 1,75%

P₅ = Selai buah cemot dengan penambahan pektin 2,25%

Alat yang digunakan dalam pembuatan selai buah cemot antara lain kompor, timbangan digital, wajan, sutil kayu, sendok, baskom, blender, refraktometer dan pH universal. Bahan yang digunakan dalam pembuatan selai antara lain gula, pektin, asam sitrat, air dan buah cemot dengan kriteria kulit masih baik, tidak busuk, tidak ada memar dan memiliki tingkat kematangan yang cukup (berwarna hijau kekuningan hingga orange).

Pembuatan selai buah cemot mengikuti prosedur sebagai berikut

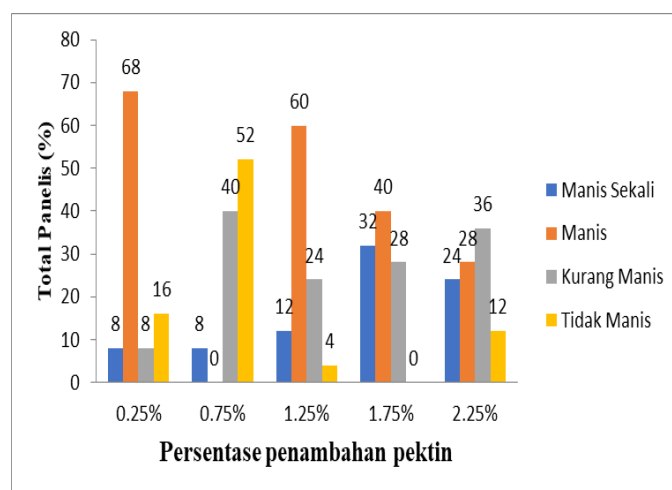
1. Kupas buah cemot dan keluarkan daging buah kemudian masukkan ke dalam baskom yang sudah disediakan masing-masing 250 gr.
2. Karena buah cemot mempunyai biji yang kecil, maka daging buah dihaluskan menggunakan blender bersamaan dengan biji buah lalu ditambahkan air sebanyak 10% dari berat bahan.
3. Buah cemot yang telah dihaluskan dimasukkan ke dalam wajan, kemudian ditambahkan gula sebanyak 55% dari berat bahan. Masak pada suhu 100-105 °C selama 30 menit hingga mengental dan berwarna kecoklatan.
4. Tambahkan pektin untuk masing-masing formula sebanyak 0,25%, 0,75%, 1,25%, 1,75% dan 2,25% dari berat bahan.
5. Tambahkan asam sitrat 0,02% hingga mencapai pH 3,1 – 3,5.
6. Dinginkan selai dan kemas dalam botol yang telah dipasteurisasi

Uji organoleptik dilakukan untuk mendeskripsikan produk yang telah dibuat. Data yang diperoleh diolah dengan menggunakan cara tabulasi dan dianalisis secara deskriptif. Pengaruh penambahan pektin terhadap atribut rasa, aroma, tekstur dan warna serta persen padatan terlarut dianalisis menggunakan uji *Kruskal Wallis* pada program *SPSS 20*.

HASIL

Rasa

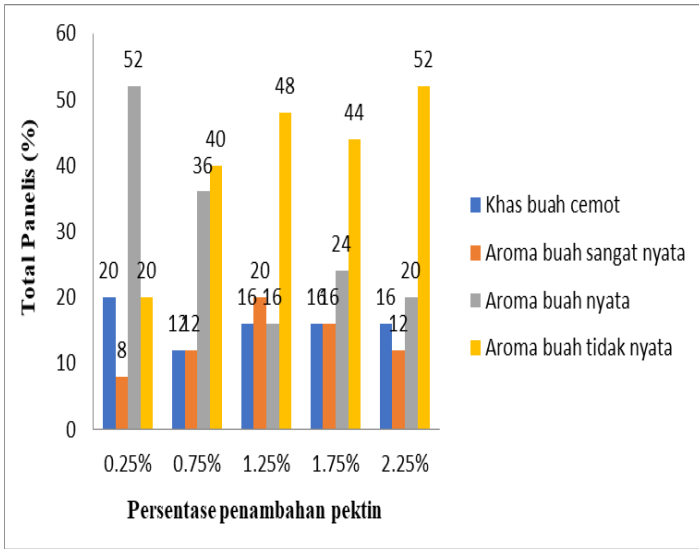
Terdapat empat indikator rasa pada produk selai buah cemot, yaitu tidak manis, kurang manis, manis dan manis sekali. Secara umum, rata-rata panelis menyimpulkan produk selai cemot berasa manis. Hasil uji organoleptik terhadap rasa selai buah cemot menunjukkan bahwa semakin meningkatnya persentase penambahan pektin, semakin sedikit panelis yang menyatakan selai terasa manis, meskipun pernyataan ini tidak berlaku untuk selai dengan penambahan pektin 0,75%, dimana hanya 8% panelis menyatakan selai berasa manis dan manis sekali. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada pengaruh antara konsentrasi pektin dengan rasa manis yang dihasilkan ($p=0,244$).



Gambar 1 Hasil Uji Organoleptik Terhadap Rasa Selai Buah Cemot

Aroma

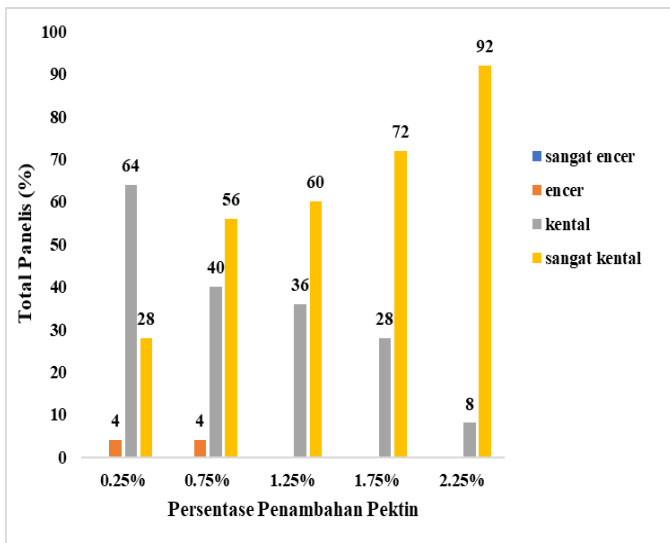
Dalam penilaian organoleptik aroma selai buah cemot, ada empat karakteristik aroma yang wajib dipilih panelis, yaitu aroma buah tidak nyata, aroma buah nyata, aroma buah sangat nyata dan aroma khas buah cemot. Gambar 2 menunjukkan bahwa pada perlakuan dengan penambahan pektin sebesar 0,25% hingga 1,75%, rata-rata panelis menyatakan aroma buah nyata dan kurang dari 20% menyatakan aroma selai khas buah cemot. Namun, pada formula selai dengan penambahan pektin 2,25%, sebagian besar panelis menyatakan aroma buah tidak nyata. Uji statistik menyimpulkan bahwa aroma selai tidak dipengaruhi oleh konsentrasi pektin ($p=0,621$).



Gambar 2 Hasil Organoleptik terhadap Aroma Selai Buah Cemot

Tekstur

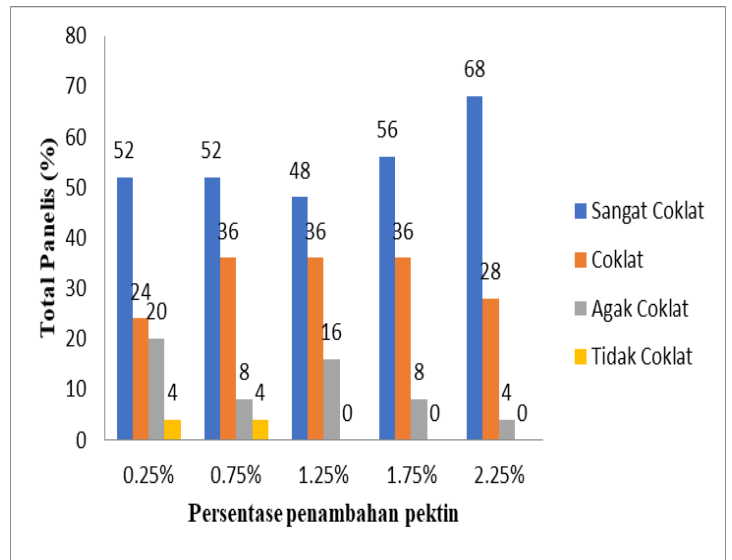
Hasil uji organoleptik terhadap tekstur selai buah cemot menunjukkan bahwa hanya formula selai dengan konsentrasi penambahan pektin sebesar 0.25% saja yang menghasilkan tekstur kental, sedangkan formula lainnya bertekstur sangat kental. Uji statistik menyimpulkan bahwa kadar pektin mempengaruhi tekstur selai buah cemot ($p=0,000$).



Gambar 3 Hasil Organoleptik terhadap Tekstur Selai Buah Cemot

Warna

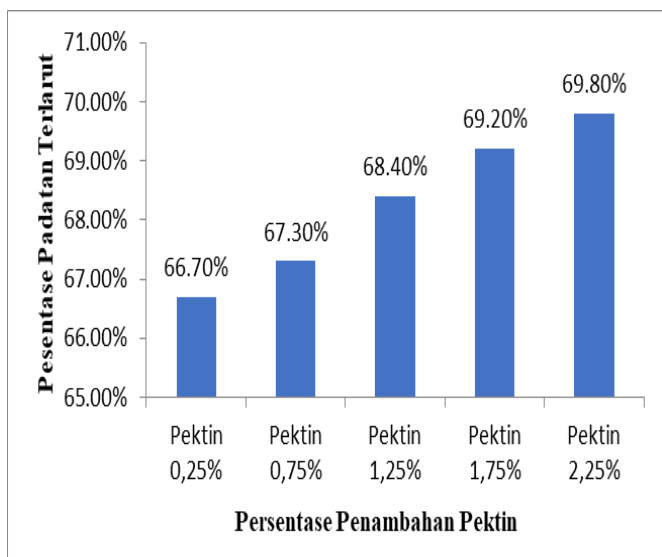
Warna selai buah cemot yang dihasilkan dibagi menjadi 4 jenis, yaitu berwarna tidak coklat, agak coklat, coklat, dan sangat coklat. Hasil uji organoleptik menunjukkan sebagian besar panelis mengidentifikasi selai cemot berwarna sangat coklat, dimana selai dengan konsentrasi penambahan pektin tertinggi (2,25%) memiliki warna yang lebih gelap dibandingkan dengan selai cemot lainnya. Uji statistik menunjukkan bahwa kadar pektin tidak mempengaruhi warna dari selai buah cemot ($p=0,492$).



Gambar 4 Hasil Organoleptik terhadap Warna Selai Buah Cemot

Padatan Terlarut

Persentase padatan terlarut pada selai buah cemot semakin meningkat seiring dengan meningkatnya jumlah pektin yang ditambahkan dalam formula selai (Gambar 5). Persentase padatan terlarut berada pada rentang 66,70 – 69,80% Brix untuk penambahan pektin sebesar 0,25 – 2,25%. Uji statistik menunjukkan bahwa kadar pektin mempengaruhi persen padatan terlarut selai buah cemot ($p=0,000$).



Gambar 5 Persentase Padatan Terlarut dalam Selai Buah Cemot

PEMBAHASAN

Rasa

Penilaian terhadap rasa merupakan salah satu penilaian organoleptik menggunakan indera pengecap atau lidah. Rasa yang enak membuat produk tersebut dapat diterima oleh konsumen, begitu pula sebaliknya. Oleh sebab itu, rasa memiliki peranan yang penting terutama dalam pengembangan produk selai cemot. Secara umum, rata-rata panelis menyimpulkan produk selai cemot berasa manis. Rasa manis ini merupakan kombinasi dari glukosa yang terkandung dalam buah maupun sukrosa yang dicampurkan ke dalam selai. Lebih lanjut, hasil uji organoleptik pada gambar 1 menunjukkan bahwa semakin meningkatnya persentase penambahan pektin, semakin sedikit panelis yang menyatakan selai terasa manis. Walaupun demikian, pernyataan ini tidak berlaku untuk selai dengan penambahan pektin 0,75%. Inkonsistensi ini dapat dijawab melalui perhitungan statistik yang menunjukkan tidak ada pengaruh antara konsentrasi pektin dengan rasa manis yang dihasilkan ($p=0,244$). Dengan kata lain, pektin tidak menyumbang rasa manis pada selai. Rasa manis berasal dari glukosa pada buah dan sukrosa yang digunakan pada formula selai. Pektin tidak memiliki rasa yang tajam dan hanya sebagai pembentuk gel atau pengemulsi (Cahyadi, 2012). Pada prinsipnya, agar suatu senyawa dapat dikenali rasanya, senyawa tersebut harus dapat mengadakan

hubungan dengan mikrovilus dan impuls yang terbentuk dan dikirim melalui syaraf ke pusat susunan syaraf konsumen. Dengan demikian penilaian setiap panelis terhadap selai akan sangat mungkin berbeda-beda karena adanya peningkatan atau penurunan intensitas rasa yang dipengaruhi oleh senyawa kimia, konsentrasi dan interaksi dengan komponen rasa yang lain serta faktor lingkungan seperti suhu, waktu saat melakukan penilaian organoleptik) dan kondisi fisik panelis.

Aroma

Aroma merupakan salah satu faktor penting bagi konsumen, dengan memiliki produk pangan yang memiliki aroma khas, akan mampu menarik konsumen untuk membeli produk tersebut. Penilaian terhadap aroma merupakan penilaian organoleptik menggunakan indera pencium. Hasil uji organoleptik pada gambar 2 menunjukkan bahwa aroma buah nyata tercium pada formula selai dengan penambahan pektin sebesar 0,25% hingga 1,75%. Namun, pada formula selai dengan penambahan pektin 2,25%, sebagian besar panelis tidak mendeteksi aroma khas buah cemot. Menurut Simanjuntak, Sudaryati dan Aritonang (2013), aroma adalah bau yang sulit diukur sehingga dapat menimbulkan perbedaan pendapat dalam penilaian kualitas aroma. Perbedaan pendapat setiap orang disebabkan adanya perbedaan kepekaan penciuman dan perbedaan tingkat selera. Di sisi lain, buah cemot tidak memiliki bau yang kuat, sehingga pada saat penambahan gula saat proses pemasakan, bau karamel dari gula pasir yang ditambahkan pada formula selai akan lebih dominan dibandingkan aroma khas buah cemot. Lebih lanjut, uji statistik juga menyimpulkan bahwa aroma selai tidak dipengaruhi oleh konsentrasi pektin ($p=0,621$). Pektin merupakan serbuk halus pembentuk gel berwarna putih sampai kecoklatan yang hampir tidak memiliki bau (Suryani, 2014). Dengan demikian, pektin tidak memberikan sumbangsih terhadap aroma selai buah cemot.

Tekstur

Penilaian terhadap tekstur merupakan salah satu penilaian organoleptik yang menggunakan indera peraba. Tekstur yang sesuai membuat produk tersebut dapat diterima oleh konsumen, begitu pula sebaliknya. Tekstur yang diharapkan dari selai adalah tekstur yang kental

namun tidak terlalu lengket dimana pada akhirnya tekstur akan sangat mempengaruhi daya oles dari selai (Ikhwal, Lubis dan Ginting, 2014). Berdasarkan gambar 3, hanya formula selai dengan penambahan pektin 0,25% saja yang memenuhi kriteria tekstur yang diharapkan karena formula selai lainnya bertekstur sangat kental dan cenderung keras. Di sisi lain, uji statistik juga menunjukkan bahwa kadar pektin mempengaruhi tekstur dari selain buah cemot sehingga semakin banyak penambahan pektin akan semakin membuat tekstur selai menjadi padat. Dengan demikian dapat diasumsikan bahwa penambahan pektin maksimal pada formulasi buah cemot adalah 0.25%. Hal ini sekaligus mengungkapkannya bahwa dalam cemot terkandung pektin dalam jumlah yang tinggi sehingga dengan penambahan sedikit pektin tekstur selai sudah menjadi kental. Dengan kata lain, dapat diasumsikan bahwa dalam pembuatan selai buah cemot kemungkinan besar tidak memerlukan penambahan pektin untuk menghasilkan tekstur selai yang baik. Sayangnya, sampai saat ini, belum ada literatur yang mengungkapkan secara pasti total pektin yang terkandung dalam buah cemot. Di samping pektin, faktor lain yang mempengaruhi pembentukan gel pada selai adalah pH, suhu, ion kalsium, dan gula (Marcella, 2016). Dengan demikian, pada penelitian berikutnya, faktor-faktor di atas patut diawasi. Dalam hal ini, penambahan gula sebanyak 55% dari jumlah bahan penting mendapat perhatian, walaupun secara teoritis gula yang ditambahkan pada selai tidak boleh lebih dari 65% agar terbentuknya kristal-kristal di permukaan gel dapat dicegah (Marcella, 2016). Bisa jadi, tekstur yang sangat kental dan cenderung keras pada selai cemot disebabkan karena penambahan gula yang terlalu banyak. Di sisi lain, tekstur yang dihasilkan oleh formula selain dengan penambahan pektin 0,75%, 1,25%, 1,75% dan 2,25% lebih menyerupai kembang gula dibandingkan dengan tekstur selai. Oleh karena itu, sekali lagi, penambahan jumlah pektin dalam formulasi selai akan sangat ditentukan oleh kandungan pektin dan persentase gula pasir yang ditambahkan. Tekstur selai yang dihasilkan tidak memungkinkan untuk dilanjutkan dengan uji daya oles.

Warna

Rata-rata panelis menilai selai buah cemot berwarna sangat coklat. Uji statistik menunjukkan bahwa kadar pektin tidak mempengaruhi warna dari selai buah cemot. Buah cemot segar memiliki kulit berwarna kuning dengan daging buah berwarna putih transparan seperti selaput tipis dan biji berwarna hitam. Bagian yang diolah menjadi selai adalah bagian daging dan biji buah. Dengan demikian, warna coklat gelap ini kemungkinan besar berasal dari campuran warna biji cemot dan warna gula yang telah mengalami reaksi Maillard saat pemasakan adonan selai. Reaksi Maillard adalah reaksi yang terjadi antara karbohidrat, khususnya gula pereduksi dengan gugus amina primer. Hasil reaksi tersebut menghasilkan bahan berwarna coklat (Arsa, 2016). Selain itu buah cemot memiliki vitamin C sebesar 1,2% - 2,4%, dimana vitamin C merupakan suatu senyawa reduktor dan juga dapat bertindak sebagai precursor untuk pembentukan warna coklat nonenzimatik. Asam-asam askorbat berada dalam keseimbangan dengan asam dehidrokaskorbat. Dalam suasana asam, cincin lakton asam dehidroaskorbat terurai secara *irreversible* dengan membentuk suatu senyawa diketogulonati kemudian berlangsung reaksi Maillard dan proses pencoklatan (Arsa, 2016).

Padatan Terlarut

Menurut Andarwulan, Kusnanda dan Herawati (2011), kandungan total padatan terlarut suatu bahan meliputi gula reduksi, gula nonreduksi, asam organik, pektin dan protein. Muchtadi dan Sugiyono (2013) menambahkan, total padatan terlarut pada suatu bahan makanan sangat dipengaruhi oleh pektin yang larut. Lebih jauh, persentase padatan terlarut pada produk selai akan sangat mempengaruhi tekstur dari produk akhir (Fahrizal dan Fadhil, 2014). Persentase padatan terlarut pada selai buah cemot diukur menggunakan *hand refractometer* dan menunjukkan hasil dimana jumlahnya semakin meningkat seiring dengan peningkatan jumlah pektin yang ditambahkan dalam formula selai (Gambar 5). Hal ini diperkuat dengan hasil uji statistik yang menunjukkan bahwa pektin mempengaruhi persen padatan terlarut selai buah cemot ($p=0,000$). Pektin dan sukrosa diduga sebagai komponen penyusun dari total padatan terlarut ini. Persentase padatan terlarut selai cemot berada pada rentang 66,70 –

69,80% Brix untuk penambahan pektin sebesar 0,25 – 2,25%. Nilai padatan terlarut ini masih berada dalam ambang batas yang dapat diharapkan pada produk selai, yaitu di rentang 65-70% (Yunita dan Achir, 2013; Suryani, 2014). Namun, persentase padatan terlarut ini dapat dikatakan cukup tinggi untuk selai buah cemot, karena secara fisik, tekstur selai yang dihasilkan sangat kental. Diasumsikan bahwa selai cemot akan memiliki tekstur yang baik bila memiliki total padatan terlarut 65%.

SIMPULAN

Secara umum, selai buah cemot memiliki karakteristik rasa manis, aroma buah nyata, tekstur sangat kental dan berwarna sangat coklat. Selai buah cemot dengan konsentrasi penambahan pektin sebesar 0,25% merupakan formulasi terbaik, terutama ditinjau dari atribut teksturnya. Persen padatan terlarut selai buah cemot semakin meningkat seiring dengan penambahan jumlah pektin. Konsentrasi pektin tidak mempengaruhi rasa, aroma dan warna selai namun mempengaruhi tekstur dan persen padatan terlarut selai buah cemot.

SARAN

Perlu dilakukan analisis kadar pektin dalam buah cemot untuk mengetahui persentase ideal pektin yang dapat ditambahkan dalam selai buah cemot. Di sisi lain, perlu dipertimbangkan untuk menggunakan kulit buah cemot pada proses pengolahan selai agar warna selai yang dihasilkan tidak terlalu gelap.

DAFTAR PUSTAKA

- Patil *et al.*, 2013. *Passiflora foetida* linn: A Complete Morphological and Phytopharmological Review, International Journal of Pharma and Bio Sciences <http://imsear.li.mahidol.ac.th/bitstream/123456789/150792/1/japs2011v1n4p89.pdf> diakses pada tanggal 7 Agustus 2017.
- Sasikala V, *et al.*, 2011. *Evaluation Of Antioxidant Potential Of Different Parts of Wild Edible Plant Passiflora foetida L.* Journal of Applied Pharmaceutical Science <https://pdfs.semanticscholar.org/64d4/6feaaf0ac3ba27c2ef8c9d47ae987a9c33ad.pdf> diakses pada tanggal 7 Agustus 2017.
- Cahyadi, W. 2012. *Analisis dan Aspek Kesehatan Bahan Tambahan Pangan.* PT Bumi Aksara. Jakarta
- Simanjuntak, R.D, Sudaryati, E., Aritonang, E. 2013. *Uji Daya Terima Selai Kulit Jeruk Manis (Citrus Sinensis L) Dan Nilai Gizinya.* Jurnal Gizi Kesehatan Reproduksi dan Epidemiologi. Vol., 1. No. 5. [http://download.portalgaruda.org/article.php?article=438179&val=4108&title=UJI%20DAYA%20TERIMA%20SELA%20KULIT%20JERUK%20MANIS%20\(Citrus%20sinensis%20L\)%20DAN%20NILAI%20GIZIN%20YA](http://download.portalgaruda.org/article.php?article=438179&val=4108&title=UJI%20DAYA%20TERIMA%20SELA%20KULIT%20JERUK%20MANIS%20(Citrus%20sinensis%20L)%20DAN%20NILAI%20GIZIN%20YA) diakses pada tanggal 29 Mei 2018.
- Suryani, A. 2014. *Membuat Aneka Selai.* Swadaya. Jakarta
- Ikhwal, P.A, Lubis, Z dan Ginting, S. 2014. *Pengaruh Konsentrasi Pektin dan Lama Penyimpanan Mutu Selai Nanas Lembaran.* Jurnal Rekayasa Pangan. Vol. 2, No. 4. <https://jurnal.usu.ac.id/index.php/jrpp/article/viewFile/Ahmad%20Ikhwal/pdf> diakses pada tanggal 19 Juli 2017.
- Marcella, Bunga. 2016. *Studi Aktivitas Antioksidan Dan Karakteristik Fisikokimia Selai Buah Dari Varietas Apel (Malus Sylvestris Mill) dan Penambahan Ekstrak Pektin Daun Cincau Hijau (Premna oblongifolia. Merr).* Universitas Muhammadiyah Malang. Malang.
- Arsa, Made. 2016. *Proses Pencoklatan (Browning Process) pada Bahan Pangan.* Universitas Udayana. Denpasar.
- Andarwulan, N., Kusnanda, F., Herawati, D. 2011. *Analisis Pangan.* PT. Dian Rakyat. Jakarta
- Muchtadi, T.R dan Sugiyono. 2013. *Prinsip dan Proses Teknologi Pangan.* Alfabeta. Bandung.
- Fahrizal, Fadhil, R. 2014, *Kajian Fisiko Kimia Dan Daya Terima Organoleptik Selai*

Nenas yang Menggunakan Pektin Dari Limbah Kulit Kakao, Jurnal Teknologi dan Industri Pertanian Indonesia.

Yunita, S dan Achir, S. 2013. *Pengaruh Jumlah Pektin dan Gula Terhadap Sifat Organoleptik Jam Buah Naga Merah (Hylocereus polyrhizus)*. Universitas Negeri Surabaya. Surabaya. https://www.google.co.id/url?sa=t&ct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKEwi9xNjQyJnVAhUGE5QKHRbxDZkQFgg6MAI&url=http%3A%2F%2Fjurnalmahasiswa.unesa.ac.id%2Farticle%2F5986%2F48%2Farticle.pdf&usg=AFQjCNHn6Ua8ekH_RM8iLBwoYK1eO_gw6A diakses pada tanggal 19 Juli 2017.

Pengalaman Keluarga Merawat Lansia Demensia di Wilayah Kerja Puskesmas Menteng

¹Missesa, ²Syam'ani

^{1,2}Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya

Email : missesa80@gmail.com

Abstract : The WHO study results (2013) indicate that the increase in cases of dementia in the Southeast Asian region including Indonesia is highest at the age of 75 - 79 years with an estimated prevalence of 6.4% (including international standards as high as 6 - 9%). Research Objectives: Gain a deep understanding of the meaning of family experience about the burden and source of support in treating elderly with dementia in the Working Area of Menteng Community Health Center. Method of Research: The design of this study using qualitative research methods of phenomenology studies. The samples in this research are 5 elderly's family with dementia in area of Puskesmas Menteng Kota Palangka Raya. Data collection strategies are interviews, observations and field notes. This study takes into account the ethical principles during the research conducted. The research finds 7 themes: 1) Family Knowledge about elderly dementia, 2) elderly condition of dementia, 3) family burden of dementia, 4) family strategy in caring for elderly, 5) Caregiver Coupling Management, 6) Source of Family Support in caring for elderly Dementia and 7) Elderly care that is affordable and cost efficient. Recommendation: Nurses with other health workers support the family's active participation in caring for elderly dementia at home through affordable health care both in terms of service and cost.

Keywords : dementia, family, elderly

Abstrak : Hasil penelitian WHO (2013) menunjukkan bahwa peningkatan kasus demensia di wilayah Asia tenggara termasuk Indonesia tertinggi pada usia 75 – 79 tahun dengan estimasi prevalensi 6,4 % (termasuk tinggi sesuai standar internasional 6 – 9 %). Mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang makna pengalaman keluarga tentang beban dan sumber dukungan dalam merawat lansia demensia di Wilayah Kerja Puskesmas Menteng. Desain penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif studi fenomenologi. Sampel dalam penelitian ini adalah keluarga lansia dengan demensia di wilayah kerja Puskesmas Menteng Kota Palangka Raya sebanyak 5 partisipan. Strategi pengumpulan data adalah wawancara, observasi dan catatan lapangan. Penelitian ini memperhatikan prinsip etik selama penelitian dilakukan. Hasil Penelitian menemukan 7 tema yaitu 1) Pengetahuan Keluarga tentang lansia demensia, 2) Kondisi lansia yang demensia, 3)Beban keluarga yang demensia, 4)Strategi keluarga dalam merawat lansia, 5)Manajemen Koping Caregiver, 6) Sumber Dukungan Keluarga dalam merawat lansia demensia dan 7)Perawatan lansia yang terjangkau dan biaya efisien. Perawat bersama tenaga kesehatan lainnya mendukung partisipasi aktif keluarga dalam merawat lansia demensia di rumah melalui pelayanan kesehatan yang terjangkau baik dari segi tempat layanan maupun biaya.

Kata kunci : demensia, keluarga, lansia

PENDAHULUAN

Demensia merupakan salah satu gangguan mental emosional yang sering terjadi pada lansia selain depresi dan ansietas (WHO, 2014). Demensia merupakan suatu sindroma klinis yang menggambarkan kerusakan fungsi kognitif secara global yang biasanya bersifat progresif dan mempengaruhi aktivitas sosial dan aktivitas pekerjaan sehari-hari (Bowers, 2008).

Lansia yang mengalami demensia di seluruh dunia pada tahun 2010 diperkirakan mencapai 35,6 juta dan diperkirakan hampir dua kali lipat setiap 20 tahun menjadi 65,7 juta

pada tahun 2030 dan 115.400.000 pada tahun 2050, dengan demikian diproyeksikan meningkat menjadi 71 % pada tahun 2050 (WHO, 2013).

Demensia di Indonesia tidak dijabarkan secara langsung tetapi diidentifikasi sebagai salah satu masalah gangguan mental emosional yang dialami dengan prevalensi secara nasional berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Tahun 2013 adalah 6,0% dengan peningkatan kejadian meningkat seiring usia lanjut tepatnya tertinggi dialami usia 75 tahun ke atas. (Badan

Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan, 2013).

Tanda dan gejala demensia menurut Stuart (2013) yaitu onset bertahap, klien mengalami disorientasi, bingung, afek labil kemudian apatis pada tahap lanjut, daya ingat mengalami gangguan terutama kejadian yang baru terjadi, gangguan penalaran dan berhitung, keluyuran, perilaku sosial yang tidak pantas, penampilan secara konsisten buruk. Hilangnya ingatan yang menonjol pada lansia demensia mengakibatkan mereka mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Dampak demensia diantaranya yaitu kesulitan dalam memori, bereaksi, membuat rencana dan melakukan perawatan diri secara mandiri (Steele, 2010).

Keluarga memiliki peran perawatan anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa seperti demensia, menurut Pitoyo (2012) ada 8 peran keluarga merawat anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa yaitu menyadari masa transisi adaptasi keluarga, memantau terapi farmakologis, peka terhadap reaksi emosional penderita, garda terdepan dan menumbuhkan keterbukaan, terbuka terhadap lingkungan sosial, memberikan harapan yang realistis, mempelajari pengetahuan yang baru dan meningkatkan partisipasi anggota keluarga yang lain.

Keluarga memegang peranan dalam perawatan demensia, sekitar 70% lansia dirawat di rumah dan menimbulkan permasalahan pada keluarga seperti isolasi sosial, keletihan dan masalah keuangan serta banyak menghabiskan waktu mereka (Stanley & Beare, 2006). Beban keluarga atau disebut juga *family burden* digunakan untuk mengidentifikasi kesulitan keluarga secara subjektif sehubungan dengan adanya anggota keluarga mengalami gangguan mental dalam jangka waktu yang lama (Magliano, 2008).

Mengatasi hal tersebut maka dibutuhkan dukungan keluarga yang efektif karena berpengaruh besar pada kesehatan jiwa lansia. Dukungan keluarga yang positif akan sangat membantu meningkatkan pemulihan kesehatan anggota keluarga sehingga lansia dapat sejahtera dalam keluarga.

Tujuan umum penelitian ini adalah Mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang makna pengalaman keluarga tentang beban dan sumber dukungan dalam merawat lansia demensia di Wilayah Kerja Puskesmas Menteng. Adapun tujuan khususnya yaitu :

- a. Menguraikan pengetahuan keluarga tentang lansia demensia.
- b. Menguraikan dampak yang dirasakan selama merawat lansia.
- c. Menggambarkan cara keluarga mengatasi beban selama merawat lansia.
- d. Menggambarkan sumber dukungan keluarga melakukan perawatan lansia demensia di rumah.
- e. Menggambarkan pelayanan kesehatan untuk perawatan lansia dari persepektif keluarga.

METODOLOGI PENELITIAN

Desain penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif yaitu suatu desain penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subyek penelitian. Kriteria sampel dalam penelitian kualitatif ini antara lain: anggota keluarga yang tinggal serumah dan berperan penting dalam perawatan lansia, usia 18 – 59 tahun, mampu berkomunikasi dengan baik, bersedia menjadi partisipan dengan memberikan persetujuan atau *informed consent*. Sampel dalam penelitian ini terdiri dari 5 partisipan. Penelitian ini dilakukan pada bulan Mei– Desember 2016 yaitu pada keluarga yang merawat lansia dengan demensia. Penelitian dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Menteng Kota Palangka Raya.

Pertimbangan etik yang digunakan peneliti untuk menjelaskan kepada partisipan adalah menghormati harkat martabat manusia dan bebas paksaan (*autonomy*), berbuat baik (*beneficence*), dan keadilan (*justice*) atau berbuat adil (Polit & Beck 2008). Strategi pengumpulan data yang digunakan pada riset kualitatif ini adalah wawancara, observasi dan catatan lapangan.

HASIL PENELITIAN

1. Pengetahuan Keluarga tentang Demensia

Pengetahuan keluarga tentang demensia dari hasil penelitian meliputi pengertian, penyebab.

- a. Pengetahuan tentang Pengertian Demensia

Semua partisipan menyampaikan bahwa demensia lebih dikenal dengan istilah pikun atau bahasa dayaknya "*Ngalilu*" yaitu penyakit mudah lupa.

"Kalau pikun itu lupa"(P1)

"Anu...*Ngalilu* te bisa lupa"(P2)

"Oh, Banyak atau suka lupa"(P3)

"orang yang sudah tua dan sering lupa"(P4)

"Pikun itu lupa ingatannya "(P5)

b. Pengetahuan tentang Penyebab Demensia

Empat partisipan menyampaikan bahwa penyebab demensia yaitu adanya penuaan.

".. saat tua munculnya..."(P1)

"...Karena tua, .."(P3)

"...dialami semua orang yang sudah menjadi tua..."(P5)

"...orang yang sudah tua...(P4)

Satu partisipan menyampaikan bahwa demensia disebabkan oleh masalah pada kepala.

"...masalah di kepala... (P2)

1. Kondisi Lansia Demensia yang Dirawat Keluarga

a. Kondisi Kognitif Lansia Demensia Yang Dirawat Keluarga

Kondisi kognitif lansia yang mengalami demensia berdasarkan pernyataan 2 (dua) partisipan yaitu adanya gangguan orientasi waktu.

"...hampir tiap hari bapak nanya hari. Apa hari ini nah?..." (P1).

"...Iyalah kata bapak, kukira hari ini katanya..." (P5)

Dua partisipan menyampaikan bahwa kondisi kognitif lansia demensia yaitu adanya gangguan orientasi tempat.

"...Alamat rumah bisa bapak lupa..."(P1).

"...Ia bilang"kenapa pas ke jalan ke depan rumah saya bingung alamat rumah" jadi ia balik lagi..."(P4).

Tiga partisipan menyampaikan bahwa kondisi kognitif lansia demensia yaitu adanya gangguan orientasi orang.

kalo cucu-cucunya kadang bisa lupa..."(P1).

Ada tamu datang, tanya orang...ini siapa, masuk rumah sebentar...nanti keluar lagi tanya..ini siapa... lebih 3 kali ..." (P2).

Jangankan orang, cucu ja sekarang ni bisa lupa..."(P5)

Dua partisipan menyampaikan bahwa kondisi kognitif lansia demensia yaitu lansia tampak bingung.

Biasanya bingung naruh barang, ... (P1).

Cari pinang, bingung kesana kemari(P3)

b. Kondisi Perilaku lansia yang dirawat keluarga

Kondisi Perilaku lansia yang mengalami demensia berdasarkan pernyataan dua partisipan yaitu Perilaku sulit diatur.

"...bisa kesal kalau tidak dituruti keinginannya atau tidak sesuai dengan mau nya..." (P1).

"...sulit diatur..."(P4)

Dua partisipan menyampaikan bahwa kondisi perilaku lansia demensia yaitu kebersihan diri kurang.

"...sering baju yang seharusnya dicuci tapi dipakai lagi..."(P1).

"...Begini juga perilaku bapak sering menggunakan pakaian yang itu-itu saja, belum dicuci tapi dijemur nanti dipakai lagi...(P2).

Empat partisipan menyampaikan bahwa kondisi perilaku lansia demensia yaitu sulit melakukan aktivitas sehari-hari.

"...panci gosong saat ia memanaskan bubur kacang hijau..."(P1).

"Bapak itu baru saja makan, tidak lama satu jam ia bilang lapar karena belum makan..."(P2).

"...kukasih tahu "kenapa mandi, maka tadi sudah..." (P5).

"...bisa balik lagi ke kamar mandi karena ia bilang belum mandi....."(P3)

Dua partisipan menyampaikan bahwa kondisi perilaku lansia demensia yaitu kehilangan barang miliknya.

"...karena pikunnya kartu BPJS dan KTP nya hilang..."(P3).

"...Tapi ini bisa besok begitu lagi, ada yang hilang lagi kata bapak..."(P5).

Tiga partisipan menyampaikan bahwa kondisi perilaku lansia demensia yaitu berperilaku seperti anak kecil.

“...Padahal kenyataannya ia yang seperti anak kecil...”(P1).

“...kelakuan orantua ini kayaknya anak kecil juga...”(P5)

Kelakuan seperti anak kecil...”(P4)

Tiga partisipan menyampaikan bahwa kondisi perilaku lansia demensia yaitu pelupa.

“...kesal karena belum dikasih uang untuk belanja di warung, padahal sudah dikasih...”(P1).

“Sehari bisa satu sampai dua kali ada saja barang yang hilang...”(P2).

“...sering lupanya....lebihlah dari lima kali sehari...”(P3).

“...baru tanya sesuatu nanti lupa..tanya lagi, dua tiga kali...”(P4).

Dua partisipan menyampaikan bahwa kondisi perilaku lansia demensia yaitu mengulang pembicaraan.

“...sekali nanya sesuatu tidak masalah tapi ini sampai sepuluh kali rasanya...”(P2)

“Suka bertanya sesuatu ulang-ulang terus...”(P3)

Dua partisipan menyampaikan bahwa kondisi perilaku lansia demensia yaitu mondar-mandir.

“Bapak itu,maunya jalan sana..jalan sini tapi tidak ada ja dikerjakan...”(P5).

“...bingung kesana kemari”(P3).

c. Kondisi Sosial lansia yang dirawat keluarga

Dua partisipan menyampaikan bahwa kondisi sosial lansia demensia yaitu konflik dengan orang lain.

“....anak saya jujur ngaku, eh malah dimarahin bapak karena makan mangga punyaanya...”(P1).

“...menyalahkan orang lain...(P2).

d. Kondisi Afektif lansia yang dirawat keluarga

Dua partisipan menyampaikan bahwa kondisi afektif lansia demensia yaitu marah.

“...marah karena cari buah mangga.....”(P1).

“..malah ia marah”(P2).

Satu partisipan menyampaikan bahwa kondisi afektif lansia demensia yaitu cerewet.

Cerewet cari sesuatu, yang paling sering duitnya....”(P5).

e. Faktor Risiko lansia demensia yang dirawat keluarga

Tiga partisipan menyampaikan tentang riwayat kesehatan lansia demensia yaitu adanya penyakit fisik.

Sakitnya tekanan darah...(P1)

Penyakit Maag...”(P2)

Ada tensinya naik, mulainya sekitar empat tahun....(P5).

Satu partisipan menyampaikan bahwa faktor risiko demensia yaitu adanya trauma kepala.

“...Pas rumah di kampung kan ada lotengnya, ia jatuh dari tangga dan kepala terbentur meja...hampir ja meninggal...(P4).

“....Ada juga tiga Tahun yang lalu pas saya bonceng naik sepeda, ia duduk di belakang dan jatuh..ampun, hampir ja. Kemungkinan bisa itulah.... (P4).

2. Beban keluarga selama merawat lansia

Beban keluarga selama merawat lansia terdiri dari beban psikologis, beban sosial, beban fisik dan beban ekonomi, yaitu sebagai berikut :

a. Beban psikologis

Beban psikologis pada keluarga lansia demensia yaitu malu, kuatir dan marah

Satu partisipan menyampaikan beban psikologis pada keluarga lansia demensia yaitu malu.

“....bikin kita malu ja....”(P5).

Satu partisipan menyampaikan beban psikologis pada keluarga lansia demensia yaitu kuatir.

“Was..was, bisa pas pulang tinggal baju di badan. Baju sampai pakaian dalam tidak ada”. (P2).

Dua partisipan menyampaikan beban psikologis pada keluarga lansia demensia yaitu marah.

“.....sambil mengomel..”(P1).

“Pernah juga saya marah dengan umai.....”(P3).

b. Beban sosial

Beban sosial yang dialami keluarga yang merawat lansia di rumah adalah keluarga

membatasi hubungan sosial disampaikan oleh salah satu partisipan.

"...jadi sekarang saya jarang lagi keluar rumah dan ikut acara keluarga atau acara orang...."(P2).

c. Beban Fisik

Beban fisik yang dialami keluarga yang merawat lansia di rumah adalah disampaikan empat partisipan.

"Sakit kepala kita... tidak ketemu...." (P1).

"Kadang bisa terganggu istirahat...." (P2).

'...sampai sakit kepala..' (3).

"Sampai tidak bisa tidur, pernah aku baru tidur jam 12 malam..." (P4).

d. Beban ekonomi

Beban ekonomi yang dialami keluarga yang merawat lansia di rumah disampaikan oleh tiga partisipan.

"Lupa taruh duitkita kasih saja duitnya daripada cari sambil mengomel" (P1).

"Untung ada tetangga yang mencium bau gosong dan terbakar..."(P2).

"Uangnya tadi hilang..."(P3).

"Bisa sampai tidak bekerja..."(P4).

e. Beban spiritual

Beban spiritual dialami keluarga yang merawat lansia di rumah disampaikan oleh satu partisipan

"Jadi kepikiran bisa dosa kalau melawan orangtua, istilahnya durhaka. Apalagi kalau ia ngomel begini" Bisa juga kalian ini nanti..., kalau ngomong kasar dengan orangtua." (P3).

3. Strategi keluarga dalam merawat lansia

Strategi keluarga dalam merawat lansia yaitu memberikan peringatan, bekerjasama, membantu lansia dalam aktivitas sehari-hari dan pengaturan jadwal.

Dua partisipan menyatakan Strategi keluarga dalam merawat lansia yaitu dengan memberikan peringatan.

"...saya ingatkan uangnya dijaga supaya tidak hilang..."(P1).

"...kami ingatkan jangan jauh-jauhlah nanti sesat..."(P2).

Tiga partisipan menyatakan Strategi keluarga dalam merawat lansia yaitu bekerjasama.

"Saya telp dari kantor pas ingatkan sesuatu, melalui pengasuh anak saya..."(P1).

"Untung ja ada tetangga, sudah seperti keluarga jadi kalau memang penting. Saya titip bapak ke mereka tuk dilihat-lihat..."(P2).

"...jalan menteng antar ke dokter untuk berobat..."(P4).

Tiga partisipan menyatakan Strategi keluarga dalam merawat lansia yaitu membantu lansia dalam aktivitas sehari-hari.

"Aktivitas sehari-hari saya bantu..."(P2).

"Saya bantu aktivitas ibu sehari-hari di rumah..."(P4).

Tiga partisipan menyatakan strategi keluarga dalam merawat lansia yaitu dengan penagturan jadwal.

"...bersama adik saya yang kerja, jadi kami atur jadwal kerja bergantian dan kasih tahu pimpinan" (P3).

"Bergantian ja kami..." (P4).

"Gantian ja dengan suami,"(P4).

4. Manajemen Koping Caregiver

Manajemen Koping Caregiver lansia demensia terdiri dari koping positif dan koping negatif yaitu sebagai berikut :

a. Koping Positif

Koping positif responden yaitu humor, spiritual, pengelolaan emosi, pengalihan pikiran negatif dan berpikir positif.

Dua responden memiliki koping positif yaitu humor.

"..ha..ha (tertawa kecil) saat bapak itu tanya kacamata malah ada di atas kepala sendiri..."(P1).

"Bisa tertawa sendiri..."(P3).

Dua responden memiliki koping positif yaitu spiritual.

"Pas baca Firman Tuhan, hormatilah ayah dan ibu supaya lanjut umurmu...sabar lagi..."(P1).

"Sabar sabar ja, ...oh Tuhan. Doa ja supaya tenang..."(P3).

Tiga responden memiliki koping positif yaitu pengelolaan emosi.

"Tidak mau ikut-ikutan, berusaha paham dan sabar..."(P3).

"Benar-benar sabar..."(P5).

"....jaga perasaan saya sendiri supaya tidak ikut kesal juga...(P1).

Satu responden memiliki koping positif yaitu pengalihan pikiran negatif .

“...tidak mau dipikir terus..., kalau ada anak datang...”(P2).

Satu responden memiliki koping positif berpikir positif.

“Gantian ja, sudah di asuh dulu kita nakal mungkin pas kecil,tapi sekarang gantian ngasuh orangtua...”(P1)

b. Koping negatif

Koping negatif keluarga dalam merawat lansia demensia yaitu diam dan marah.

Dua partisipan memiliki koping negatif yaitu diam.

“saya diam saja...”(P1)

“...ya nyarenan ih (ditahan saja).....”(P3).

Tiga partisipan memiliki koping negatif yaitu marah.

“...bisa dibilang kesal lah..”(P1)

“.....Saya omelin.....”(P2)

“...bisa juga ikutan ngomel....”(P5)

5. Sumber dukungan keluarga dalam merawat lansia demensia

Sumber dukungan keluarga dalam merawat lansia demensia terdiri dari dukungan internal keluarga dan dukungan eksternal keluarga.

a. Sumber dukungan internal keluarga

Sumber dukungan internal keluarga terdiri dari dukungan dari pasangan, anak dan saudara.

Dua partisipan menyampaikan dukungan internal keluarga adalah dukungan dari pasangan.

“.....Yang tadinya kesal mau menjawab kasar tidak jadi lah, sama lah dengan suami sabar juga...” (P1).

“Suami saya tidak banyak bicara, mungkin paham ja dengan kondisi orangtua.....”(P4).

Dua partisipan menyampaikan dukungan internal keluarga adalah dukungan dari anak.

“Saya punya tiga orang anak, yang bisa diharap yang paling tua. Ia sudah kelas lima Sekolah Dasar. Bisa menelpon kalau ada sesuatu...”(P4).

“Syukurnya, bisa ja dua anak saya saya suruh bantu bue nya.....”(P5).

Dua partisipan menyampaikan dukungan internal keluarga adalah dukungan dari saudara.

“....saya sering itu menghubungi kaka”(P4).

“Ada, diurus sama ade saya dan dikasih kartu kesehatan...”(P5).

b. Sumber dukungan eksternal keluarga

Sumber dukungan internal keluarga terdiri dari dukungan dari tetangga disampaikan dua partisipan.

“...Untung ada tetangga yang mencium bau gosong dan terbakar....”(P2).”

“Tetangga sini dekat, jadi ngobrol ja dengan mereka...”(P4).

6. Perawatan Kesehatan Lansia terjangkau dan biaya efisien

Perawatan Kesehatan Lansia terjangkau dan biaya efisien menunjukkan empat subtema yaitu perawatan ke rumah, pendidikan kesehatan, tindakan pencegahan dan pelayanan kesehatan dengan biaya terjangkau.

Tiga partisipan mengharapkan perawatan lansia ke rumah.

“Maunya ada perawat yang bantu kita merawat orangtua di rumah, kan pasti lebih tahu caranya dan pasti sabar tanpa konflik perawatan...”(P1).

“Kalau sudah tua susah kesana-kemari,jadi maunya orang kesehatan datang ke rumah...”(P2).

“Bagus lagi ada kunjungan ke rumah, perawat dan dokternya...”(P3).

Satu partisipan membutuhkan pendidikan kesehatan tentang perawatan demensia.

“Kita diberi penjelasan, cara merawat orang pikun....”(P5).

Dua partisipan menyatakan ingin adanya tindakan pencegahan.

“...Bisa sesekali perawat datang periksa kesehatan dan bantu merawat....”(P4).

“...mencegah pikunya bertambah berat, kami mau ja....”(P1).

Semua partisipan membutuhkan pelayanan kesehatan dengan biaya terjangkau.

“..Tapi bayarnya jangan mahal, mau nya gratis...”(P2).

“Kalau ada kegiatan kesehatan ikut ja, kalau gratis apalagi dekat rumah...”(P3).

“...Kalau ada obat, tapi jangan mahal-mahal....”(P5).

“Kami berharap ada pelayanan kesehatan yang murah, bagus lagi gratis...”(P4).

“Diberi pelayanan kesehatan gratis...”(P1).

PEMBAHASAN

1) Pengetahuan tentang Demensia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa istilah demensia masih asing di dengar oleh partisipan, semua partisipan menyampaikan bahwa demensia lebih dikenal dengan istilah pikun atau bahasa dayaknya “*Ngalilu*” yaitu penyakit mudah lupa. Hal ini karena kentalnya bahasa daerah yang digunakan, selain itu istilah tersebut kurang populer walaupun penyakitnya tersebut banyak dialami lansia usia lanjut. Pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh informasi yang ia dapatkan, kondisi inilah yang dialami karena kurangnya informasinya yang didapatkan maka keluarga belum memiliki pengetahuan yang adekuat tentang penyakit demensia.

Pemahaman penyakit demensia menurut persepsi keluarga dimana demensia merupakan penyakit dengan penurunan daya ingat, hal ini disampaikan oleh partisipan. Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 5 (Lima) partisipan utama, semua menyampaikan bahwa penyebab demensia yaitu adanya penuaan. Hasil penelitian ini sejalan dengan pernyataan Stanley dan Beare (2006) yang menyatakan bahwa Korteks serebral pada lansia adalah daerah otak yang paling besar dipengaruhi oleh neuron, adanya penurunan aliran darah serebral, penyusutan neuron potensial 10%, distribusi neuron kolinergik, norepinefrin dan dopamin yang tidak seimbang dikompensasi oleh hilangnya sel-sel yang pada akhirnya penurunan intelektual seperti daya ingat. Penuaan bukan satu-satunya penyebab tetapi akan diperberat dengan adanya masalah pada kepala, dimana salah satu partisipan menyampaikan bahwa demensia disebabkan oleh masalah pada kepala akibat benturan saat terjatuh.

2) Kondisi Lansia Demensia

Hasil penelitian terkait kondisi lansia menunjukkan 4 (empat) aspek yaitu gangguan fungsi kognitif, gangguan perilaku, gangguan sosial dan gangguan afektif. Hal ini relevan dengan tanda dan gejala demensia menurut DSM-IV (2000) dalam Videbeck (2011) yaitu adanya kerusakan memori sehingga terjadi

gangguan orientasi, penurunan daya ingat, perilaku yang tidak terkoordinasi, terganggunya aktivitas sehari-hari, kebingungan dan kurang harmonisnya hubungan sosial.

Gangguan orientasi waktu dialami semua lansia, adanya gangguan orientasi tempat pada dua lansia adanya gangguan orientasi orang pada tiga lansia. Menonjolnya masalah orientasi waktu, karena orientasi waktu melibatkan fungsi eksekutif dalam mengurutkan waktu secara kontinyu. Hal penelitian ini relevan dengan teori yang disampaikan Stuart (2013) bahwa adanya tanda dan gejala disorientasi dan bingung pada lansia yang mengalami demensia. Disorientasi ini timbul sebagai akibat menurunnya kemampuan memori pada lansia, sehingga keluarga dibutuhkan untuk melakukan pendampingan sebagai bagian pendukung lansia yang terdekat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perilaku lansia yang mengalami demensia yaitu perilaku sulit diatur, kebersihan diri kurang, sulit melakukan aktivitas sehari-hari, kehilangan barang miliknya, dan berperilaku seperti anak kecil. Kondisi tersebut terkait dengan kemampuan lansia dalam melakukan aktivitas motorik secara utuh dan kurangnya melakukan aktivitas terorganisir sesuai dengan pernyataan, hal ini senada dengan pernyataan Steele (2010) dan hasil penelitian Missesa, Helena dan Putri (2014) bahwa lansia demensia akan mengalami kehidupannya sehari-hari seperti defisit perawatan diri karena kurang kemampuan perawatan mandiri, kesulitan bereaksi terhadap situasi yang dihadapi dan membuat rencana.

Hubungan sosial lansia yang mengalami demensia kurang terjalin dengan baik dengan keluarga atau orang lain sehingga terpicunya konflik, hal diperburuk dengan kondisi afektif lansia yaitu marah dan cerewet. Hasil penelitian ini selaras dengan teori yang disampaikan oleh Stuart (2013) bahwa lansia memiliki perilaku sosial yang tidak pantas. Perilaku yang ditampilkan lansia sering tidak sinkron dengan situasi dan bertentangan dengan orang lain.

3) **Beban Care Giver dalam Merawat Lansia Demensia**

Keluarga sebagai caregiver lansia demensia berperan penting dalam memberikan perawatan di rumah yang siap sedia memenuhi kebutuhan dan memfasilitasi lansia yang kesulitan dalam berbagai aktivitas hariannya. Hasil penelitian menemukan 4 subtema dalam penelitian terkait beban keluarga sebagai caregiver yang merawat lansia demensia yaitu beban psikologis, beban fisik, beban sosial, beban ekonomi, beban spiritual. Hasil penelitian ini sama dengan penelitian yang dilakukan Widyastuti (2011) yang menemukan empat tema yang sama yaitu beban psikologis, beban fisik, beban sosial, beban ekonomi. Subtema yang berbeda adalah terkait beban spiritual. Hal ini karena keluarga memegang teguh kenyakinannya

4) **Strategi Caregiver dalam merawat lansia Demensia**

Strategi keluarga dalam merawat lansia berdasarkan hasil penelitian yaitu memberikan peringatan, hal ini sejalan dengan teori Friedman, Bowden dan Jones (2003) yaitu sebagai wujud fungsi perlindungan dimana keluarga memenuhi kebutuhan rasa aman anggota keluarga, misalnya ada ungkapan dari keluarga yang kuatir bahaya fisik pada lansia maupun anggota kesehatan lainnya akibat kelalaian lansia saat memasak.

Strategi keluarga dalam merawat lansia berdasarkan hasil penelitian lainnya yaitu bekerjasama dan membantu lansia dalam aktivitas sehari-hari, dan pengaturan jadwal. Hal tersebut merupakan upaya yang dilakukan keluarga sebagai caregiver untuk mendukung perawatan lansia di rumah sesuai dengan fungsi keluarga yang disampaikan oleh Kaakinen, Hanson dan Denham (2010) yaitu memelihara perawatan atau pemeliharaan kesehatan, yaitu berfungsi mempertahankan keadaan kesehatan lansia secara optimal

5) **Manajemen koping Caregiver**

Manajemen koping keluarga selaku caregiver mengatasi beban yang dirasakannya terdiri dari koping positif dan koping negatif, hasil penelitian ini relevan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Widyastuti, Sahar, Permatasari (2011) yaitu mekanisme

koping caregiver terdiri dari koping adaptif dan maladaptif. Koping negatif diartikan sebagai bagian dari koping maladaptif, dan koping positif diartikan sebagai koping adaptif. Koping positif yang adaptif lebih banyak digunakan oleh keluarga dibanding yang negatif atau maladaptif, hal ini menunjukkan bahwa kemampuan dalam manajemen stress pada seluruh partisipan lebih baik.

Manajemen koping positif caregiver secara tidak langsung memberikan dukungan yang positif untuk kesejahteraan lansia, hal ini mengacu pada peran keluarga yang disampaikan oleh Pitoyo (2012) dan dukungan keluarga yang dimaksud oleh Kuntjoro (2012) dimana adanya penerimaan keluarga melalui pengelolaan koping terhadap lansia yang menderita sakit demensia.

6) **Sumber Dukungan Keluarga dalam merawat lansia demensia**

Sumber dukungan keluarga dalam merawat lansia demensia adalah dukungan internal keluarga berasal dari anggota keluarga ada 3 partisipan dan dukungan eksternal dari tetangga dua partisipan. Dukungan penting ini sangat diperlukan untuk meningkatkan peran keluarga sebagai caregiver. Hasil penelitian sesuai dengan hasil penelitian yang dilaksanakan oleh Widyastuti (2011) menemukan 2 subtema terkait sumber dukungan pada keluarga dari internal keluarga dan dari eksternal keluarga. Dukungan ini dapat memberikan kemampuan melakukan perawatan yang optimal pada lansia ya demensia di rumah.

Hasil penelitian tentang tema Sumber dukungan Keluarga juga relevan dengan pernyataan Purnawan dalam Rahayu (2008) yaitu dipengaruhi faktor internal dan eksternal, namun dalam hal ini lebih difokuskan tentang dukungan dalam internal keluarga. Dukungan internal keluarga berasal dari pasangan caregiver, anak dan saudara ini tentunya selaras dengan teori yang disampaikan oleh Pitoyo (2012) bahwa salah satu peran keluarga adalah meningkatkan partisipasi anggota keluarga yang lain, dimana dalam hal ini adalah keluarga yang tinggal serumah dengan lansia yang mengalami demensia.

7) Pelayanan kesehatan terjangkau dan efisien

Tiga partisipan mengharapkan perawatan lansia ke rumah, satu partisipan membutuhkan pendidikan kesehatan, dua partisipan menyatakan ingin adanya tindakan pencegahan dan semua partisipan membutuhkan pelayanan kesehatan dengan biaya terjangkau. Lansia memiliki keterbatasan sehingga membutuhkan pelayanan yang mudah dan murah mengingatkan keterbatasan ekonomi. Hasil penelitian ini relevan ini sesuai penelitian Widyastuti (2011) menemukan tema yaitu pelayanan kesehatan yang bebas biaya, hal ini tentunya diharapkan menjadi bahan masukan untuk pelayanan kesehatan selanjutnya.

Fokus perawatan kesehatan yang ditujukan kepada lansia demensia di rumah, tidak hanya secara individu, tetapi akan lebih baik ditujukan juga kepada keluarga selaku caregiver, mengingat teori yang telah disampaikan oleh Stanley dan Beare (2006) terkait beban keluarga lebih banyak pada saat merawat lansia di rumah. Dukungan layanan kesehatan yang terjangkau tentunya memudahkan keluarga dalam mobilisasi lansia yang memiliki keterbatasan fisik dan status sosial ekonomi yang masih rendah. Dengan demikian akan tercapaian pemerataan layanan kesehatan yang optimal pada lansia dan keluarganya.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan disimpulkan sebagai berikut :

- 1) Pemahaman penyakit demensia menurut persepsi keluarga dimana demensia merupakan penyakit dengan penurunan daya ingat.
- 2) Kondisi lansia demensia menunjukkan 4 (empat) aspek yaitu gangguan fungsi kognitif, gangguan perilaku, gangguan sosial dan gangguan afektif.
- 3) Keluarga sebagai caregiver lansia demensia berperan penting dalam memberikan perawatan di rumah yang siap sedia memenuhi kebutuhan dan memfasilitasi lansia yang kesulitan dalam berbagai aktivitas hariannya.
- 4) Strategi keluarga dalam merawat lansia yaitu dengan memberikan peringatan, bekerjasama, membantu lansia dalam

aktivitas sehari-hari dan pengaturan jadwal.

- 5) Koping keluarga dalam merawat lansia terdiri dari koping positif dan negatif
- 6) Sumber dukungan keluarga dalam merawat lansia demensia adalah dukungan internal keluarga dan eksternal keluarga.
- 7) Lansia memiliki keterbatasan sehingga membutuhkan pelayanan yang mudah dan murah mengingatkan keterbatasan ekonomi.

SARAN

Diharapkan adanya ketersediaan pelayanan kesehatan yang pada lansia demensia dan keluarga seperti pendidikan kesehatan tentang demensia, pemeriksaan dini masalah kognitif di Posyandu lansia dan Homevisit lansia demensia.

Perawat memberikan dukungan pada keluarga untuk melakukan perawatan pada lansia yang demensia di rumah dengan pelayanan yang terjangkau baik dari segi tempat maupun biaya yang seefisien mungkin.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Penelitian dan Pengembangan Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013*. Jakarta : Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Friedman, M., Bowden, V.R., Jones, E.G. 2003. *Family Nursing Research, Theory and Practice*. New Jersey : Prentice Hall.
- Kementerian Kesehatan R.I. 2013. *Buletin Jendela Semester I 2013 : Topik Utama Gambaran Kesehatan Lanjut Usia di Indonesia*. Jakarta : Pusat Data dan Informasi Kesehatan Kementerian Kesehatan R.I
- Pitoyo. 2012. *Peran Keluarga dalam Perawatan Anggota Keluarga Gangguan Jiwa*. Feb 20,2013. <http://www.poltekkes-malang.ac.id/artikel-216>
- Polit dan Beck. 2008. *Nursing research : Methods, appraisal and utilization (5th ed)*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Missesa, Daulima, N.H., Putri, Y.S.E. 2013. *Manajemen kasus spesialis keperawatan Jiwa pada lansia demensia dengan*

- konfusi kronis menggunakan pendekatan adaptasi Roy di Ruang Saraswati Rumah Sakit dr. Marzoeki Mahdi Kota Bogor. Karya Ilmiah Akhir. Jakarta : Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.*
- Stanley, M. dan Beare, P.G. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik Edisi 2. Alih bahasa : Juniarti N., Kurnianingsih, S. Editor :Meylin E., Ester M.* Jakarta : EGC.
- Steele, C. 2010. *Nurse to Nures Demensia Care : Expert Intervention.* USA: The McGraw-Hill Companies.
- Stuart, G.W., 2013. *Principles and practice of psychiatric nursing. (Tenth Edition).* St Louis: Elsevier Mosby.
- Videbeck, S.L. 2011. *Psychiatric Mental Health Nursing. (5th edition).* Philadhelpia: Lippincott. Williams & Wilkins.
- Word Health Organization (WHO). 2013. *Demensia : A Public Health Priority.* [Http://site.ebrary.com/id/10718026?ppg=1](http://site.ebrary.com/id/10718026?ppg=1)
- Word Health Organization (WHO). (2014). *Mental Health Action Plan 2013-2014..* [Http://site.ebrary.com/id/10265303?ppg=6](http://site.ebrary.com/id/10265303?ppg=6)

Kepemimpinan Demokratis Dapat Meningkatkan Motivasi dan Kinerja Keperawatan di Bangsal Rawat Inap di RSUD Ie Moeis Samarinda

Rasmun¹, Edi Sukamto²

^{1,2)} Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim
Jl Wolter Monginsidi N0 38 Samarinda 75123

Abstract : The leadership style will influence the performance of staff and nursing staff which provides direct services to patients., Nurses, as executors, and managers should be able to assign and manage human resources, implement standards, as well as achieve the goals of nursing services effectively and efficiently. The purposes of this study were to determine relationship between democratic leadership style and nurse practitioners' performances. This research was conducted at IA. Moeis Hospital, Samarinda in August 2018 using a descriptive analytic method with a cross-sectional approach. The results showed that of the 44 who had democratic leadership style there were 20 nurses with good performances (45.5%) while in a very good democratic leadership there were 30 nurses (66.7%). From the results of the statistical test, a p-value of 0.044 ($p \text{ value} < \alpha$) with alpha (α) of 0.05 was stated that there was a relationship between democratic leadership style and nurse performances with OR (Odds Ratio) at 0.417 (95% CI: 0.177 - 0.983). This means that nurses who worked with good democratic leaders have 2.4 times of good performances compared to those working with less democratic leaders.

Keywords : leadership, democratic leadership, nurse performance, hospital

Abstrak : Gaya kepemimpinan akan berpengaruh terhadap kinerja staf dan tenaga keperawatan itu sendiri yaitu tenaga profesi yang memberikan pelayanan langsung kepada masyarakat, perawat sebagai pelaksana maupun manajer harus mampu mempergunakan dan mengelola sumber sumber daya manusia dengan baik, menerapkan standar serta mencapai tujuan pelayanan keperawatan dengan efektif dan efisien. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan gaya kepemimpinan demokratis dengan kinerja perawat pelaksana. Penelitian ini dilakukan di RSUD IA. Moeis Samarinda Bulan Agustus 2018 menggunakan metode deskriptif analitik dengan pendekatan potong lintang. Hasil penelitian didapatkan bahwa dari 44 yang memiliki gaya kepemimpinan yang demokratis terdapat 20 perawat berkinerja baik atau sebesar 45,5%, sedangkan pada gaya kepemimpinan yang sangat demokratis terdapat 30 orang perawat berkinerja baik atau sebesar 66,7%. Dari hasil uji statistik, didapatkan nilai p sebesar 0,044 ($p \text{ value} < \alpha$) dengan alpha (α) sebesar 0,05 dinyatakan bahwa terdapat hubungan antara gaya kepemimpinan demokratis dengan kinerja perawat. Nilai OR (*Odds Ratio*) didapatkan sebesar 0,417 (95% CI: 0,177 – 0,983) yang berarti bahwa pada ruang rawat yang kepala ruangnya memiliki gaya kepemimpinan yang sangat demokratis memiliki odd sebesar 2,4 kali lebih besar perawat pelaksanaannya memiliki kinerja yang baik dibandingkan dengan ruangan yang gaya kepemimpinannya demokratis.

Kata Kunci : gaya kepemimpinan, demokratis, kinerja perawat

Gaya kepemimpinan akan berpengaruh terhadap kinerja tenaga keperawatan itu sendiri yaitu tenaga profesi yang memberikan pelayanan langsung kepada masyarakat, perawat sebagai pelaksana maupun manajer harus mampu mempergunakan dan mengelola sumber sumber daya manusia dengan baik. Memberikan pelayanan yang berorientasi pada hasil dan kualitas, menerapkan standar serta mencapai tujuan pelayanan keperawatan dengan efektif dan efisien.

Untuk dapat melaksanakan hal ini diperlukan kepemimpinan keperawatan yang efektif dan profesional sehingga dapat mempengaruhi sumber

daya tenaga keperawatan dan lainnya dalam memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas. Fenomena umum yang sedang dihadapi oleh manajer rumah sakit baik milik pemerintah mau pun swasta saat ini adalah tentang kualitas sumber daya manusia yang jika tidak dilakukan penataan ulang akan merupakan kendala dalam mengembangkan pelayanan yang berkualitas. Masalah kepemimpinan, penurunan disiplin kerja, prestasi kerja, motivasi kerja, kepuasan kerja dan kinerja adalah *alarming* bagi manajemen

organisasi rumah sakit (Depkes 1993.,Ilyas 1999).

Selanjut nya disebutkan bahwa adanya keluhan klien dan tenaga keperawatan merupakan indikator bahwa adanya masalah kepemimpinan dalam keperawatan. Faktor lain yang mempengaruhi mutu pelayanan terdiri dari unsur input (masukan) tenaga, dana dan sarana , unsur lingkungan meliputi kebijakan , organisasi dan manajemen, unsur proses meliputi tindakan medis dan tindakan non medis (Azwar, 1996). Dalam unsur tenaga terdapat hal yang penting yaitu kepemimpinan.

Gaya kepemimpinan kepala ruangan adalah salah satu hal yang penting yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah mutu pelayanan melalui perbaikan kepemimpinan. Selanjutnya kepemimpinan kepala ruangan yang efektif akan mempengaruhi dan menggerakkan perawat dalam lingkup kewenangannya untuk meningkatkan kinerja perawat, motivasi kerja perawat, dan kepuasan kerja perawat yang pada akhirnya dapat meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

Rumah sakit umum IE MOEIS Samarinda adalah rumah sakit milik pemerintah kota yang bertujuan memberikan pelayanan rujukan pertama kepada masyarakat kotamadya samarinda, yang fungsi utama memberikan pelayanan umum, spesialis dan rujukan tingkat pertama. Hingga saat ini rumah sakit umum daerah ini terus meningkatkan pelayanan dengan cara membenahi sumber daya manusia khususnya tenaga keperawatan pemberi pelayanan langsung kepada masyarakat.

Penelitian berjudul Pengaruh gaya kepemimpinan kepala ruangan terhadap kinerja perawat pelaksana ini akan dilaksanakan di rumah sakit umum daerah IE MOEIS Samarinda, adalah salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian diskriptif *corellasi* yaitu penelitian yang bertujuan menggambarkan peristiwa atau kejadian dalam periode tertentu, dan menghubungkan dengan sebab akibat kejadian tersebut dalam hal ini adalah hubungan model kepemimpinan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD IE Moeis Samarinda.

HASIL

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah IE Moeis terletak di Jl. Rifadin Kec Samarinda Sebrang berdiri sejak tahun 2007 merupakan rumah sakit milik pemerintah kotamadya Samarinda. Rumah Sakit Type C ini

memiliki Visi Menjadi RS unggulan pilihan masyarakat dan Misi 1) Meningkatkan kualitas dan kuantitas sumber daya RS, 2) Meningkatkan Sarana dan prasarana RS 3) Meningkatkan sistem manajemenRS dan 4) Meningkatkan status RS menjadi kelas B, pendidikan dan rujukan provinsi Kaltim.

B. Analisis Univariat

Analisa ini bertujuan untuk melihat gambaran umum tentang karakteristik responden, berupa usia, jenis kelamin, pendidikan dan pelatihan, ruang perawatan, dan lama kerja, serta kinerja perawat pelaksana.

Tabel 1. Distribusi Frekwensi Responden berdasarkan Karakteristik Ibu dan Keluarga di Wilayah Kerja RSUD IE MOEIS Samarinda tahun 2018

Variabel	n	%
Usia		
a. 21 – 25 tahun	17	19,1
b. 26 – 30 tahun	28	31,5
c. 31 – 35 tahun	34	38,2
d. 36 – 40 tahun	10	11,2
Jenis kelamin		
a. Laki-laki	23	25,8
b. Perempuan	66	74,2
Pendidikan		
a. D3 Perawat	73	82
b. D4/ S1 Keperawatan	16	18
Pelatihan		
a. Tidak Pernah	9	10,1
b. Pernah 1 kali	61	68,5
c. Pernah 2 kali	18	20,2
d. Pernah 3 kali	1	1,1
Ruang Perawatan		
a. Mahakam	12	13,5
b. Hemodialisa	6	6,7
c. Intensive Care Unit	15	16,9
d. Karang Asam	30	33,7
e. Karang Mumus	26	29,2
Lama Bekerja		
a. Kurang dari 1 tahun	6	6,7
b. 1 – 5 tahun	31	34,8
c. 6 – 10 tahun	47	52,8
d. 11 – 15 tahun	5	5,6
Kinerja Perawat		
a. Baik	44	49,4
b. Sangat Baik	45	50,6
Total	89	100

Berdasarkan tabel 1, didapatkan bahwa dari 89 perawat yang menjadi responden, yang terbanyak berusia 31 – 35 tahun sejumlah 34 orang (38,2%) dan paling sedikit berusia 36 – 40 tahun sejumlah 10 orang (11,2%). Sebagian besar (74,2%) berjenis kelamin

perempuan yaitu sejumlah 66 orang. Tingkat pendidikan perawat sebagian besar (82 %) merupakan lulusan D3 Perawat, sebanyak 9 orang belum pernah mengikuti pelatihan, lebih dari sebagian (52,8%) bekerja selama 6 – 10 tahun, dengan ruang perawatan terbanyak yaitu di ruang Karang Asam sejumlah 30 orang (33,7%).

Berdasarkan kinerja perawat didapatkan data bahwa sebanyak 44 orang (49,4%) perawat berkinerja baik, dan 45 orang (50,6%) berkinerja sangat baik.

C. Analisa Bivariabel

Analisa bivariabel dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel independen (faktor resiko) dengan variabel dependen (efek).

Tabel 2. Hubungan antara Gaya Kepemimpinan Demokratis dengan Kinerja Perawat di RSUD IE MOEIS Samarinda Tahun 2018

Variabel	Kinerja Perawat		Total (%)	P value	OR (95% CI)
	Baik (%)	Sangat Baik (%)			
Gaya Kepemimpinan Demokratis	20	24	44	0,044	0,417 (0,177 – 0,983)
• Demokratis	(45,5)	(54,5)	(100)		
• Sangat Demokratis	30	15	45		
	(66,7)	(33,3)	(100)		

Berdasarkan tabel 2 didapatkan bahwa dari 44 yang memiliki gaya kepemimpinan yang demokratis terdapat 20 perawat berkinerja baik atau sebesar 45,5%, sedangkan pada gaya kepemimpinan yang sangat demokratis terdapat 30 orang perawat berkinerja baik atau sebesar 66,7%. Dari hasil uji statistik, didapatkan nilai p sebesar 0,044 (p value < α) dengan alpha (α) sebesar 0,05 dinyatakan bahwa terdapat hubungan antara gaya kepemimpinan demokratis dengan kinerja perawat.

Nilai OR (Odds Ratio) didapatkan sebesar 0,417 (95% CI: 0,177 – 0,983) yang berarti bahwa pada ruang rawat yang kepala ruangnya memiliki gaya kepemimpinan yang sangat demokratis memiliki odd sebesar 2,4 kali lebih besar perawat pelaksanaannya memiliki kinerja yang baik dibandingkan dengan ruangan yang gaya kepemimpinannya demokratis.

D. Analisa Multivariabel

Analisa multivariabel digunakan untuk melihat hubungan antara variabel independen utama (gaya kepemimpinan) dengan variabel dependen (kinerja perawat) setelah dikontrol oleh variabel lain. Analisa multivariabel yang digunakan adalah analisa regresi logistik berganda model faktor resiko, karena

variabel dependennya merupakan data kategorik dengan dua kategori (dikotom).

Sebelum dilakukan analisa multivariabel, terlebih dahulu dilakukan seleksi bivariabel untuk menentukan variabel apa saja yang mungkin berperan sebagai variabel confounder dengan cara melakukan analisa bivariabel dengan analisa regresi logistik sederhana. Setelah dilakukan, didapatkan hasil:

Tabel 3. Hasil Seleksi Bivariabel

Variabel	p-value	Kandidat multivariabel
Ruang Rawat	0,023	Kandidat
Usia	0,155	Kandidat
Jenis Kelamin	0,154	Kandidat
Pendidikan	0,269	Tidak kandidat
Pelatihan	0,426	Tidak kandidat
Lama Kerja	0,048	Kandidat

Dari tabel 3 didapatkan, variabel-variabel yang memenuhi syarat (nilai $p < 0,25$) untuk dianalisa lebih lanjut dengan analisa multivariabel adalah: Ruang rawat, usia, jenis kelamin, dan lama kerja. Variabel pendidikan dan pelatihan tidak terpilih sebagai kandidat multivariabel, namun karena pendidikan dianggap penting secara substansi dalam mempengaruhi kinerja, maka variabel pendidikan tetap diikutsertakan dalam analisa multivariabel.

Selanjutnya variabel independen utama dan variabel confounder di analisa secara bersama-sama untuk melihat hubungannya dengan variabel dependen. Selain itu diuji juga adanya interaksi antara variabel independen utama dengan variabel lain jika diduga adanya interaksi.

Setelah dilakukan uji interaksi antara gaya kepemimpinan dengan umur dan gaya kepemimpinan dengan ruang rawat, didapatkan bahwa secara statistik tidak ada interaksi antara gaya kepemimpinan dengan umur dan gaya kepemimpinan dengan ruang rawat.

Kemudian, dilakukan uji *confounder*, dengan mengeluarkan variabel confounder yang memiliki nilai p di atas 0,05 satu persatu dimulai dari variabel dengan nilai p terbesar. Setelah dikeluarkan dilihat perubahan OR pada variabel independen utama, jika perubahan OR lebih dari 10 % maka variabel tersebut dimasukkan kembali ke dalam model. Setelah dilakukan uji *confounder* didapatkan

variabel-variabel yang berperan sebagai confounder antara lain: ruang rawat, dan usia.

Tabel 4. Model Akhir

Variabel	Nilai B	Nilai p
Gaya		
Kepemimpinan		
Demokratis	-	0,002
Sangat Demokratis	2,8	
Ruang Rawat		
Mahakam	-	0,055
Hemodialisa	- 2,139	0,080
ICU	1,038	0,138
Karang Asam	0	0,020
Karang Mumus	- 2,177	0,018
Usia		
Kurang dari 1 tahun	-	0,135
1 – 5 tahun	0,783	0,305
6 – 10 tahun	1,624	0,029
11 – 15 tahun	1,484	0,118

Nilai OR dapat dilihat pada $\text{Exp}(B)$, dimana didapatkan bahwa nilai OR1 sebesar 0,061, artinya bahwa perawat yang berkerja pada ruang perawatan yang memiliki gaya kepemimpinan yang SANGAT DEMOKRATIS memiliki odd sebesar **16,4** kali lebih besar untuk berkinerja BAIK dibandingkan dengan perawat yang bekerja pada ruang perawatan yang kepala ruangnya memiliki gaya kepemimpinan yang DEMOKRATIS, setelah dikontrol oleh variabel usia dan ruang perawatan.

Dari uji statistik secara multivariabel didapatkan bahwa nilai p sebesar 0,002, dengan demikian H_0 ditolak, artinya secara statistik terdapat hubungan antara gaya kepemimpinan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana, setelah dikontrol oleh variabel usia dan ruang perawatan.

Nilai Nagelkerke R Square sebesar 0,247, artinya variabel kinerja perawat dapat dijelaskan oleh model ini sebesar 24,7 % saja, selebihnya mungkin dapat dijelaskan oleh variabel lain yang tidak dikontrol dalam penelitian ini.

Dari hasil penelitian didapatkan data karakteristik responden umur responden perawat mayoritas adalah antara umur 26-40 tahun, sedangkan jenis kelamin perawat yang bekerja di ruang rawat inap adalah mayoritas perawat perempuan yaitu (74%) dari sebagian besar perawat berpendidikan D3 keperawatan yaitu 83%, dan sudah pernah mendapatkan pelatihan teknik keterampilan yaitu antara 1-2 kali, dan sebagian besar mereka telah bekerja di rumah sakit RSUD IE Moeis antara 5-15 tahun.

Penelitian terhadap kepemimpinan kepala ruangan mayoritas menunjukkan hasil bahwa kepala tuangan selama ini menerapkan gaya kepemimpinan yang sangat demokratis, selanjutnya dari hasil

penelitian terhadap kinerja perawat pelaksana diperoleh gambaran bahwa 50,6% perawat pelaksana berkinerja sangat baik. Dan Sebanyak 40,6% perawat yang berkinerja baik.

Hasil uji statistic *corellasi* didapatkan nilai p sebesar 0,044 ($p \text{ value} < \alpha$) dengan alpha (α) sebesar 0,05 dinyatakan bahwa terdapat hubungan antara gaya kepemimpinan demokratis dengan kinerja perawat.

PEMBAHASAN

Penelitian ini sejalan dengan teori kepemimpinan demokratis Didin Kurniadin dan Imam Machali (2014), Kepemimpinan demokratis berorientasi pada manusia dan memberikan bimbingan yang efisien kepada pengikutnya. Terdapat koordinasi pekerjaan pada semua bawahan, dengan penekanan rasa tanggungjawab internal (pada dirinya sendiri) dan kerjasama yang baik, kepemimpinan demokratis ini dapat meningkatkan memotivasi kerja dan akhirnya dapat meningkatkan kinerja staf kepeawatan dan meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian I Kadek Agus Adi Putra 2014 di RSUD RAA Soewondo 2014, Hubungan kepemimpinan dengan kinerja perawat pelaksana hasil penelitian ; Ruang keperawatan yang dipimpin oleh kepala ruangan yang menerapkan kepemimpinan demokratis mayoritas perawat pelaksana berkinerja baik 52 perawat (76,5%). Uji statistic *correlasi* menunjukkan terdapat hubungan antara kepemimpinan demokratis dengan kinerja perawat pelaksana.

SIMPULAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kepemimpinan demokratis dapat meningkatkan efek positif pada staf perawat pelaksana, sehingga dapat meningkatkan motivasi kerja, meningkatkan kinerja dan dapat meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit secara keseluruhan dan berdampak meningkatkan kepuasan pasien,

SARAN

Diharapkan upaya pembinaan yang terus menerus dari pihak manajemen Rumah Sakit agar momentum kinerja yang sudah baik ini dapat di pertahankan dan di tingkatkan lagi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Pada kesempatan ini kami tim peneliti mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang terlibat dalam penelitian ini, terutama kepada bapak direktur RSUD IE MOEIS Samarinda dan staf kepada kepala bidang keperawatan, kepada para enumerator penelitian semoga sumbangsuhnya mendapat manfaat bagi perkembangan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

Azwar, Asrul. (1996). *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan.
Hasibuan (1996) *organisasi dan motivasi* cet 1., Jakarta Gunung Agung
Ilyas (1999) *Kinerja Jakarta Pusat kajian ekonomi kesehatan FKM UI*
I Kadek Agus AAP,dkk (2014) *Hubungan gaya kepemimpinan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di RSUD RAA Soewondo Pati*
Mangkunegara A.P (200) *Manajemen sumberdaya*

manusia Bandung ; Rosda

Rasmun (2002) *Tesismagister Analisis hubungan karakteristik perawat dn iklim kerja dengan disiplin kerja perawat pelaksana di RSUD Banyumas Jawa tengah; Pasca Sarjana UI*
Ratanto (2013) *Tesis magister keperawatan hubungan faktor internal dan eksternal dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang intalasi rawat inap RSAWS Samarinda; Pasca sarjana UI*
Makali Imam dkk (2014) *Manajemen Pendidikan konsep dan prinsip pengelolaan pendidikan.,Arruzal Jogjakarta*

Kunjungan ke Empat Pemeriksaan Kehamilan Terhadap Kejadian BBLR di Desa Lok Baintan Wilayah Kerja Puskesmas Sei Tabuk Kabupaten Banjar Tahun 2017

Tri Tunggal¹, Hapisah²

¹ Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Banjarmasin

² Puskesmas Sei Tabuk Kabupaten Banjar

Email: trijurbid.bjm@gmail.com

Abstract: Low birth weight infant has higher risk of death, illness and disability babies are at high risk of death, illness and disability. The risk of death is 20 times higher than that of a normal baby born. According to Banjar Regency's Health Profile in 2015 of BBLR increase and K4's visit did not meet the target. The purpose of the research was to correlation visits to four pregnancy against the occurrence of low birth weight and normal baby born in the work area of Puskesmas Sungai Tabuk. This research is an observational research with case control study design. The instrument used was a questionnaire containing a list of questions and a mother and baby cohort card. The population was all infants born recorded in the maternal cohort in Lok Baintan Village Puskesmas Sei Tabuk Banjar Regency in March 2016 until March 2017, while the sample case and control in the ratio 1 : 1. Bivariate analysis was using chi square statistical test and multivariate analysis using test statistic logistic regression. The result of the research was 80 respondents (32.0%) did not visit K4 and most of them had BBLR of 27 people (67,5%), with OR value 14,5 There was a significant association between visits to four pregnancy checkups with low birth weight infants, with $p = 0,000$.

Keywords : fourth visit , pregnancy examination, LBW infants

Abstrak: Bayi berat lahir rendah berisiko tinggi mengalami kematian, kesakitan dan kecacatan. Risiko kematian 20 kali lebih tinggi dibandingkan bayi berat lahir normal. Menurut Profil Kesehatan Kabupaten Banjar pada tahun 2015 jumlah bayi lahir dengan BBLR meningkat dan kunjungan K4 tidak memenuhi target. Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan kunjungan ke empat pemeriksaan kehamilan dengan bayi berat lahir rendah dan bayi berat lahir cukup berdasarkan kunjungan ke empat di Lok Baintan Wilayah Kerja Puskesmas Sei Tabuk. Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan *rancangan case control study*. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner berisi daftar pertanyaan dan kartu kohort ibu dan bayi. Populasi penelitian adalah seluruh bayi yang lahir yang tercatat di kohort ibu di Desa Lok Baintan Puskesmas Sei Tabuk Kabupaten Banjar pada bulan Maret 2016 sampai dengan Maret 2017, Sampel kasus dan control dengan perbandingan 1 : 1. Analisis bivariat menggunakan uji statistic *chi square* dan analisis multivariat menggunakan uji statistic regresi logistik. Hasil Penelitian di dapatkan sebanyak 80 responden sebanyak 32 orang (40,0%) tidak melakukan kunjungan K4 dan sebagian besar mengalami BBLR sebanyak 27 orang (67,5%), dengan nilai OR sebesar 14,5. yaitu ada hubungan yang bermakna antara kunjungan ke empat pemeriksaan kehamilan dengan kejadian bayi berat lahir rendah, dengan nilai $p = 0,000$.

Kata Kunci : Kunjungan Ke Empat Pemeriksaan Kehamilan, BBLR

PENDAHULUAN

Bayi berat lahir rendah berisiko tinggi mengalami kematian, kesakitan dan kecacatan. Risiko kematian 20 kali lebih tinggi dibandingkan bayi berat lahir normal. Risiko kesakitan dan kecacatan akan berdampak pada pertumbuhan, perkembangan dan kualitas hidup di masa mendatang misalnya penurunan IQ, penyakit degeneratif (penyakit jantung, *diabetes mellitus*, stroke dan hipertensi). Kondisi berbahaya yang dapat terjadi saat kelahiran diantaranya asfiksia, hipotermi, infeksi, perdarahan spontan pada ventrikel lateralis otak,

gangguan pernafasan, hiperbilirubinemia, pneumonia aspirasi (Barros & Diaz, 2007; UNICEF & WHO, 2004; Saifuddin, 2001).

Kejadian bayi berat lahir rendah tanpa melihat usia kehamilan diperkirakan 16% terjadi di seluruh dunia, 19% terjadi di negara berkembang dan 7% terjadi di negara maju. Kejadian bayi berat lahir rendah karena *IUGR (intra uterine growth retardation)* diperkirakan lebih banyak terjadi di negara berkembang dibanding negara maju dengan prevalensi 75% di negara Asia, 20% di bagian Afrika dan 5% di Amerika (Badshah *et al.*, 2008).

Hasil *Declaration United Nation session on children* (2002) diantaranya adalah menurunkan kejadian bayi berat lahir rendah paling sedikit sepertiga pada tahun 2000 sampai 2010 dan upaya pencegahan bayi berat lahir rendah dengan asuhan/pelayanan antenatal (UNICEF & WHO, 2004). Pemanfaatan asuhan antenatal dini sangat membantu memperbaiki kesehatan ibu dan janin (Cunningham, 2005).

Kondisi ibu selama hamil berpengaruh terhadap keberlangsungan kehamilan dan pertumbuhan janin, mulai dari konsepsi sampai sebelum kelahiran. Asuhan antenatal sangat membantu melihat kehamilan sebagai proses fisiologis, psikologis, deteksi dini kelainan atau komplikasi kehamilan yang dapat berdampak buruk pada ibu dan janin (McKinley Health Center, 2005) pemeriksaan kehamilan sebaiknya sebelum usia kehamilan 12 minggu untuk meminimalkan *outcome* buruk (Adekanle & Isawumi, 2008).

Risiko kelahiran bayi berat lahir rendah dapat dikurangi dengan pemeriksaan kehamilan lebih awal melalui deteksi dini faktor resiko, pengobatan penyakit dan rujukan dalam upaya penatalaksanaan lebih lanjut (Alexander & Korenbrot, 1995; McCormick & Siegel, 2001) serta mengidentifikasi perilaku ibu yang dapat merugikan kondisi ibu dan janin sehingga dapat dilakukan koreksi segera (Kogan *et al.*, 1998). Dan dilanjutkan dengan kunjungan keempat sehingga, diagnosis lebih awal, pengobatan dan pencegahan lebih awal merupakan langkah terpenting dalam penurunan risiko kelahiran bayi berat lahir rendah (Saili, 2008).

Kunjungan empat (K4) adalah kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan yang keempat atau lebih, untuk mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar yang ditetapkan, (Saifuddin, 2007)

Data tentang cakupan pelayanan antenatal selama masa kehamilan menunjukkan bahwa cakupan K 1 (kunjungan pertama ibu hamil pada triwulan 1) selama tahun 2004 – 2010, meningkat dari 88,9% menjadi 95,26%, sedangkan cakupan K 4 (kunjungan ibu hamil pada triwulan 3) dari 77% tahun 2014 menjadi 85,56% tahun 2010, dari angka tersebut diketahui adanya kesenjangan antara cakupan K 1 dan K4, tahun 2010, yaitu sebesar 9%, hal ini menunjukkan angka *drop out* K 1 dan K 4. Kesenjangan demikian tidak akan terjadi jika adanya peran serta masyarakat atau partisipasi yang tinggi dari ibu hamil untuk terus memeriksakan kehamilannya atau melakukan

kunjungan antenatal. Jika Kesenjangan kecil maka hampir semua ibu hamil yang melakukan kunjungan antenatal pertama meneruskan kunjungan pada triwulan 3 sehingga kehamilannya dapat terus dipantau oleh petugas kesehatan. (Kementrian Kesehatan, 2011).

Upaya pemerintah untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian bayi adalah dengan cara meningkatkan akses dan cakupan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir yang berkualitas, membangun kemitraan melalui kerjasama dengan petugas kesehatan, mendorong pemberdayaan wanita dan keluarga melalui peningkatan pengetahuan dan perilaku hidup sehat, dan mendorong keterlibatan masyarakat dalam menjamin pelayanan dan manfaat pelayanan antenatal dalam kunjungan kehamilan keempat (DepKes, 2010).

Pada umumnya kehamilan berkembang dengan normal dan menghasilkan kelahiran bayi sehat, cukup bulan melalui jalan lahir, namun terkadang tidak sesuai dengan yang diharapkan, Sulit diketahui sebelumnya bahwa kehamilan akan menjadi suatu masalah, oleh karena itu pelayanan atau asuhan antenatal kunjungan keempat merupakan cara penting untuk memonitor dan mendukung kesehatan ibu hamil normal, agar bisa mencegah terjadinya berbagai gangguan kesehatan pada ibu dan bayi yang dikandungnya, seperti prematur, IUGR dan BBLR (Hani, 2010).

Selain beberapa hal diatas, yang tak kalah penting dalam pelayanan asuhan antenatal kunjungan kehamilan keempat adalah memberikan informasi tentang kondisi kehamilan ibu,berhubungan dengan tumbuh kembang bayi, hal ini dimaksudkan agar jika terjadi sesuatu hal yang tidak diinginkan ibu bisa ditangani dengan secepatnya. (Sulistyawati A, 2009).

Kunjungan keempat (K4) kehamilan sangat membantu mengidentifikasi kondisi ibu sebagai persiapan *outcome* kehamilan yang baik. Pemeriksaan kehamilan yang tidak adekuat meningkatkan risiko kejadian bayi berat lahir rendah (Goldani, *et.al.*..2004). Pemeriksaan kehamilan yang tidak adekuat berisiko untuk melahirkan bayi berat lahir rendah 1,4 kali, dibandingkan ibu yang memeriksakan kehamilan adekuat. (Heaman *et al.*.2018).

Profil Kesehatan Indonesia tahun 2016, menyebutkan data kunjungan ibu hamil di Kalimantan Selatan dari 83.758 ibu hamil yang melakukan kunjungan kesatu (K1) adalah

83.257 (99,40%) dan kunjungan keempat 67.857 (81,02%).

Sedangkan menurut Profil Kesehatan Kabupaten Banjar pada tahun 2015 dari 10.815 jumlah bayi lahir hidup terdapat 465 BBLR (4,3%), dan untuk Puskesmas Sei Tabuk 1, bayi baru lahir berjumlah 607, bayi lahir dengan berat lahir rendah berjumlah 31 (5.1%).

Data kunjungan ibu hamil ke empat di Puskesmas Sungai Tabuk tahun 2015 khusus kunjungan K4 565 (84,6%) sedangkan untuk desa Lok Baintan untuk kunjungan K4 tahun 2015 dari 213 ibu hamil yang melakukan kunjungan K4 68,5%, , padahal dari target ditetapkan kunjungan K4 adalah 80%.. Berdasarkan hasil studi pendahuluan kepada 6 orang ibu hamil didapatkan kunjungan keempat masih di bawah target, disebabkan karena ketidaktahuan ibu tentang manfaat pemeriksaan kehamilan dan merasa tidak ada keluhan, sehingga tidak perlu melakukan pemeriksaan lanjutan, hal ini ditambah lagi dengan kondisi geografis desa berada di pinggiran aliran sungai Martapura dan akses jalan menuju ke fasilitas kesehatan yang paling mudah adalah dengan transportasi air, sehingga ini juga merupakan salah satu faktor penyebab ibu hamil tidak melakukan pemeriksaan kehamilan keempat.

Berdasarkan itulah maka peneliti tertarik untuk menelaah lebih jauh kunjungan keempat pemeriksaan kehamilan terhadap kejadian bayi berat lahir rendah di desa Lok Baintan wilayah kerja Puskesmas Sei Tabuk Kabupaten Banjar Tahun 2016.

METODE

Rancangan penelitian menggunakan *case control* Penelitian dilaksanakan di desa Lok Baintan wilayah kerja Puskesmas Sei Tabuk Kabupaten Banjar Tahun 2017. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh ibu yang melahirkan periode Januari sampai dengan Desember 2016 di desa Lok Baintan wilayah kerja Puskesmas Sei Tabuk Kabupaten Banjar Tahun 2016 yang berjumlah 229 orang. Sampel dengan perbandingan antara kasus dan kontrol 1 : 1. Pengambilan sampel untuk kontrol menggunakan random sampel secara acak sistematis (*Systematic Random Sampling*) yaitu sebanyak 40 orang. Jadi sampel dalam penelitian ini adalah 80 orang.

Instrumen penelitian menggunakan kuesioner Pengumpulan data dari pencatatan Puskesmas PWS (Pemantauan Wilayah Setempat) KIA puskesmas, buku/kartu KIA responden, KMS bayi. Data primer diperoleh dari responden melalui wawancara menggunakan kuesioner. Analisis yang digunakan analisis univariabel, analisis bivariabel dengan uji statistik menggunakan *chi-square* dan analisis multivariabel dengan uji statistik menggunakan *logistic regression analysis*

HASIL

Hasil penelitian dapat dilihat secara rinci disajikan pada tabel 1 dibawah ini :

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tabuk 2 Kabupaten Banjar Tahun 2017

BBL	Frekuensi	%
BBLR	40	50
BBLC	40	50
Total	80	100,0

Sumber : Data Sekunder dan Primer

Tabel 1 menunjukkan bahwa jumlah responden penelitian sebanyak 80 sesuai perhitungan besar sampel terdiri dari 40 kasus dan 40 kontrol.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Pemeriksaan Kehamilan Berdasarkan Kunjungan K4 di

Kunjungan K4	Frekuensi	%
Tidak Melakukan K4	32	40
Melakukan K4	48	60
Total	80	100,0

Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tabuk 2 Kabupaten Banjar Tahun 2017

Sumber : Data Sekunder dan Primer

Tabel 2 menunjukkan bahwa dari 80 ibu yang paling banyak yang melakukan kunjungan K4 yaitu sebesar 48 orang (60%).

Karakteristik Responden	BBLR n = 40(%)	BBLC n = 40(%)	P	OR	95% CI
Kualitas pelayanan antenatal care					
Terpenuhi	19(47,5%)	7(17,5%)	0,009	4,3	1,53-11,88
Tidak Terpenuhi	21(52,5%)	33(82,5%)			
Pekerjaan ibu					
Bekerja	25(62,5%)	15(37,5%)	0,044	2,8	1,13-6,86
Tidak Bekerja	15(37,5%)	25(62,5%)			
Sosial ekonomi					
Rendah	24(60,0%)	13(32,5%)	0,025	3,1	1,24-7,78
Cukup	16(40,0%)	27(67,5%)			

Tabel 3. Hubungan Kejadian BBLR dengan Kunjungan K4 Pemeriksaan Kehamilan di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tabuk 2 Kabupaten Banjar Tahun 2017

Kunjungan K4	Berat Badan Lahir				Total	%
	BBLR		BBLC			
	f	%	f	%		
Tidak Melakukan K4	27	67,5	5	12,5	32	40
Melakukan K4	13	32,5	3	87,5	48	160
Total	40	100,0	4	100,0	80	100,0
			0	0		

Continuity Correction $\rho = 0.000$
 $\alpha = 0,05$
Odds Ratio 14,5

Berdasarkan tabel 3. menyajikan data dari 40 orang yang melahirkan bayi berat lahir rendah sebanyak 27 orang (67,5%) yang tidak melakukan kunjungan K4 dan 13 orang (32,5%) yang melakukan kunjungan K4.

Berdasarkan analisa data dengan uji statistik *chi-square* diketahui nilai $\rho = 0,000 \leq \alpha = 0.05$, yaitu artinya bahwa jika nilai signifikan berada di bawah atau sama dengan 0.05 maka hipotesa diterima, kesimpulan secara statistik ada hubungan antara kejadian BBLR dengan Kunjungan K4 Pemeriksaan Kehamilan.

Tabel 4. Hubungan Kejadian BBLR dengan Kunjungan K4 Pemeriksaan Kehamilan di

Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tabuk 2 Kabupaten Banjar Tahun 2017

Tabel 4. Menunjukkan hasil Uji *Chi-Square* menunjukkan kualitas pelayanan antenatal juga memberikan pengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan untuk kesehatan ibu dan anak.

Tabel 5. Hasil Analisis Regresi Logistik Hubungan Kunjungan K4 Pemeriksaan Kehamilan, Kualitas Pelayanan ANC, Pekerjaan Ibu, dan Sosial Ekonomi di Wilayah Kerja Puskesmas Sungai Tabuk 2 Kabupaten Banjar Tahun 2017

Variabel	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Kunjungan K4 pemeriksaan kehamilan				
Melakukan K4	33,4	39,2	42,7	33,4
Tidak Melakukan K4	(35,8-2,34)	(42,1-2,9)	(46,1-3,42)	(35,76-2,34)
Kualitas pelayanan antenatal care				
Terpenuhi		4,7		7,72
Tidak Terpenuhi		(5,09-0,34)		(8,36-0,64)
Pekerjaan ibu				
Bekerja			7,6	8,1
Tidak Bekerja			(8,1-0,64)	(8,8-0,63)
Sosial ekonomi				
Rendah				3,9
Cukup				(4,17-0,24)
N	80	80	80	80

Tabel 5. menunjukkan hubungan antara kunjungan K4 pemeriksaan kehamilan terhadap kejadian bayi berat lahir rendah mempunyai hubungan yang bermakna baik sebelum maupun setelah ada variabel luar. Kualitas pelayanan antenatal, pekerjaan, dan tingkat social ekonomi faktor yang berpengaruh terhadap kejadian bayi berat lahir rendah namun bukan sebagai variabel *confounding*.

PEMBAHASAN

Penelitian dilakukan untuk melihat proporsi kejadian bayi berat lahir rendah dan kejadian bayi berat lahir cukup berdasarkan kunjungan K4 pemeriksaan kehamilan diantara ibu yang melakukan antenatal. Hasil Penelitian

menunjukkan dari 80 responden sebanyak 32 orang (40,0%) tidak melakukan kunjungan K4 dan sebagian besar mengalami BBLR sebanyak 27 orang (67,5%). Riwayat kunjungan K4 terpenuhi akan memberi peluang 14,5 kali terhadap kejadian bayi berat lahir rendah.

Kunjungan keempat (K4) kehamilan sangat membantu mengidentifikasi kondisi ibu sebagai persiapan *outcome* kehamilan yang baik. Pemeriksaan kehamilan yang tidak adekuat meningkatkan risiko kejadian bayi berat lahir rendah (Goldani, et.al...2004). Pemeriksaan kehamilan yang tidak adekuat berisiko untuk melahirkan bayi berat lahir rendah 1,4 kali, dibandingkan ibu yang memeriksakan kehamilan adekuat. (Heaman et al..2018).

Pada umumnya kehamilan berkembang dengan normal dan menghasilkan kelahiran bayi sehat, cukup bulan melalui jalan lahir, namun terkadang tidak sesuai dengan yang diharapkan, Sulit diketahui sebelumnya bahwa kehamilan akan menjadi suatu masalah, oleh karena itu pelayanan atau asuhan antenatal kunjungan keempat merupakan cara penting untuk memonitor dan mendukung kesehatan ibu hamil normal, agar bisa mencegah terjadinya berbagai gangguan kesehatan pada ibu dan bayi yang dikandungnya, seperti prematur, IUGR dan BBLR (Hani, 2010).

Faktor utama penyebab bayi berat lahir rendah yaitu faktor janin, faktor plasenta dan faktor ibu. Faktor janin (kelainan kongenital, kelainan kromosom dan jenis kelamin janin) sedangkan faktor plasenta disebabkan karena insufisiensi plasenta. Faktor ibu lebih banyak disebabkan faktor demografi, sosial ekonomi merupakan determinan utama kejadian bayi berat lahir rendah karena sangat berdampak pada kemampuan asupan nutrisi, gaya hidup, pemanfaatan pelayanan kesehatan, kualitas pelayanan selama kehamilan dan status reproduksi (UNICEF & WHO, 2004; McCarthy & Maine, 1997; Shah & Ohlsson, 2002).

Kualitas pelayanan antenatal berpengaruh terhadap kejadian bayi berat lahir rendah dan kualitas pelayanan yang diperoleh dari ibu pada kunjungan K4 pemeriksaan kehamilan yang bernilai positif karena sebagian besar telah memenuhi aspek klinik dan aspek hubungan interpersonal. Satu hal yang mendapat perhatian ada 26 orang (32,5%) kualitas pelayanan antenatal tidak terpenuhi sebagian besar mengalami BBLR sebanyak 19 orang (47,5 %) dengan Kualitas antenatal yang tidak

terpenuhi 4,3 kali ditemukan pada kelompok bayi berat lahir rendah.

Hal ini disebabkan secara kuantitas pelayanan terpenuhi namun belum maksimal sesuai standar yang diharapkan. Penilaian kualitas antenatal dengan pemanfaatan pelayanan (tempat pemeriksaan, inisiasi dan frekuensi antenatal), tehnik kompetensi (pengukuran tekanan darah, berat badan, pemeriksaan darah, pemeriksaan urin, pemeriksaan abdomen, tetanus toxoid, pemberian tablet Fe/asam folat, informasi) dan hubungan interpersonal antara provider-klien (Hancock, 2007).

Penelitian ini menunjukkan dari 80 responden ada 40 orang (50,0 %) yang berkerja selain rutinitas ibu rumah tangga sebagian besar melahirkan BBLR sebanyak 25 orang (62,5%). Status pekerjaan ibu berpengaruh terhadap kejadian bayi berat lahir rendah. Pada ibu yang bekerja mempunyai peluang sebesar 2,8 kali untuk mengalami bayi berat lahir rendah.

Peningkatan insiden kejadian janin bayi berat lahir rendah sebesar tujuh kali lipat pada wanita yang bekerja di ladang. Hasil penelitian menunjukkan wanita hamil yang melakukan pekerjaan yang mengharuskan berdiri lama berisiko lebih besar mengalami kelahiran prematur tetapi tidak terdapat efek pada pertumbuhan janin. Penelitian Mozurkewich *et al.* Meneliti 160.000 ibu hamil dihubungkan pekerjaan selama hamil. Hasil penelitian menunjukkan pekerjaan dengan kegiatan fisik berat memberi kontribusi 20-60% terjadinya kelahiran prematur, gangguan pertumbuhan janin dan hipertensi (Cunningham, 2005). Setiap aktivitas yang menyebabkan ibu hamil mengalami tekanan fisik berat dan kelelahan harus dibatasi atau dihindari, diupayakan ada periode istirahat yang cukup selama kerja. Pekerjaan yang berlebihan dapat memperburuk kesehatan ibu hamil. Suplai darah secara dramatis meningkat selama kehamilan dan sebagian besar difungsikan untuk mendukung perkembangan janin. Stres fisik atau mental dapat mempengaruhi suplai dan asupan energi yang dibutuhkan janin. Jika janin tidak mendapatkan nutrisi dan aliran darah yang cukup dapat menyebabkan kelahiran prematur atau gangguan pertumbuhan janin (Senturia, 1997).

Mayoritas tingkat social ekonomi responden berada dalam kategori rendah yaitu dari 80 responden masih ada 37 orang (46,3%) dan ini berpengaruh pada kejadian BBLR

sebesar 24 orang (60,0%). Kondisi sosial ekonomi rendah mempunyai risiko 3,1 mengalami bayi berat lahir rendah di bandingkan ibu dengan status ekonomi cukup.

Hasil penelitian Torres-Arreola *et al.* (2005) bahwa faktor sosial ekonomi memberi kontribusi besar dalam pemenuhan gizi dan perawatan kesehatan termasuk pengawasan antenatal. Wanita dengan sosial ekonomi rendah mempunyai risiko 2,2 kali mengalami bayi berat lahir rendah dibandingkan wanita dengan status ekonomi menengah atau tinggi. Penelitian Nobile *et al.* (2006) salah satu hambatan yang menyebabkan perawatan antenatal tidak optimal adalah status ekonomi, status sosial ekonomi dan pendidikan rendah akan berisiko mendapatkan perawatan kehamilan yang kurang.

SIMPULAN

Terdapat hubungan yang bermakna antara kunjungan K4 pemeriksaan kehamilan terhadap kejadian BBLR dari $\rho=0,000 \leq \alpha=0,05$. Hubungan antara kunjungan K4 pemeriksaan kehamilan terhadap kejadian bayi berat lahir rendah mempunyai hubungan yang bermakna baik sebelum maupun setelah ada variabel luar. Kualitas pelayanan antenatal, pekerjaan, dan tingkat social ekonomi faktor yang berpengaruh terhadap kejadian bayi berat lahir rendah namun bukan sebagai variabel *confounding*.

SARAN

Bagi petugas puskesmas lebih mendekatkan pelayanan antenatal ke masyarakat dengan mengutamakan kualitas pelayanan dan meningkatkan penyuluhan tentang pentingnya melakukan Kunjungan K4 untuk mencegah komplikasi yang mungkin terjadi pada saat persalinan.

DAFTAR PUSTAKA

Adekanle, D.A. & Isawumi, A.L. (2008) Late antenatal care booking and its predictor among pregnant women in South Western Nigeria. *Ojhas*, Jan-Mar;7(1):1-6.

Alexander, G. R. & Korenbrot, C.C. (1995) The Role of Prenatal Care in Preventing Low

Birth Weight. *Future Child* 5(1):103–20.

Ariawan, I. (2006) Indeks sosio-ekonomi menggunakan principal component analysis. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 1(2),hal.83-7.

Badan Pusat Statistik, Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Departemen Kesehatan & ORC Macro (2003) *Survei demografi dan kesehatan Indonesia 2002-2003*. Jakarta: BPS dan ORC Macro.

Badshah, S., Mason, L., McKelvie, K., Payne, R. & Lisboa, P. (2008) Risk factor for lowbirthweight in the public-hospital at Peshawar, NWFPakistan. *BMC Public Health*, Jun 4;8:197.

Barros, F.C. & Diaz, R.J. (2007) Essential care of low birthweight neonates. *Am J Pediatr*, 45(2):13-15.

Cunningham, F.G. (2005) *Obstetrik williams 21st ed*. Hartanto, H., Suyono, J., Yusna, D., Kosasih, A.A. Prawira. J. & Cendika. R. ed. Jakarta: EGC.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2004) *Pedoman pemantauan wilayah setempat kesehatan ibu dan anak (PWS-KIA)*. Jakarta: Direktorat jenderal bina kesehatan masyarakat & Direktorat kesehatan keluarga..

BMC Pregnancy Childbirth, May 1;8(15):1471-77. Khatun, S. & Rahman, M. (2008) Socioeconomic determinants of low birth weight in Bangladesh: a multivariate approach. *Bangladesh Med Res Counc Bull*, 34:81-86.

Ministry of Health and Population (2005) *Basic essential obstetric care: protocols for physicans in standards of practice for integrated MCH/RH Services 1st ed. chaps 5&6*. Cairo.

Muninjaya, A.A.G. (2004) *Manajemen Kesehatan*. Edisi kedua. Jakarta: EGC.

Murti, B. (2003) Mengembangkan indikator kualitas pelayanan kesehatan. *Jurnal*

- manajemen pelayanan kesehatan*, 6(2):51-62.
- Musbikin, Imam. (2005) *Panduan bagi ibu hamil dan melahirkan*. Jakarta: Mitra Pustaka.
- National Collaborating Centre (2003) *Antenatal care routine for the healthy pregnant woman. Clinical guideline*.
- Negi, K.S., Kandpal, S.D. & Kukreti, M. (2006) Epidemiological factors low birth weight. *J Med Educ*, Jan-Mar;8(1):31-4.
- Nobile, C.G., Raffaele, G., Altomare, C. & Pavia, M. (2006) Influence of maternal and social factors as predictors of low birthweight. *BMC Public Health*, Aug 3;7(192):1471-79.
- Saifuddin, A.B. (2001) *Acuan nasional pelayanan kesehatan maternal dan neonatal*. Jakarta: Yayasan bina pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saili, A. (2008) Essential care of low birth weight neonates. *J Indian Pediatr*, Jan;45(1):13-5.
- Senturia, K.D. (1997) A woman's work is never done: woman's work and pregnancy outcome in Albania. *Medical Anthropology Quarterly*, Mar;(11): 375-395.
- Shah, P. & Ohlsson, A. (2002) *Literature review of low birthweight including small for gestational age and preterm birth*. Toronto: public health Toronto.
- Smith, G.C., Pell, J.P. & Dobbie, R. (2003) Interpregnancy interval and risk of preterm birth and neonatal death : retrospective cohort study. *BMJ*, Aug 9;327-13.

Faktor yang Berhubungan dengan Status Imunisasi Dasar

Wahidah Sukriani¹, Dani Aturrofikil A'La²

^{1,2}Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya
Email: wahidahsukriani@gmail.com

Abstract: Immunization is an attempt to actively raise or enhance one's immunity against an illness. This study aimed at factors related to basic immunization status in the work area of Pahandut Community Health Center, Palangka Raya City. This study was an observational analytic study with a cross-sectional design. The sample in this study were mothers who had babies aged > 11 months in the working area of Pahandut Community Health Center, Palangka Raya. The instrument used is in the form of a fill sheet. Data analysis using *chi-square* test. The results showed that there was a relationship between family support and family income with Basic Immunization status in Infants.

Keywords : baby, family support, family income, basic immunization status

Abstrak: Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan atau meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit. Penelitian ini bertujuan untuk faktor yang berhubungan dengan status imunisasi dasar di wilayah kerja Puskesmas Pahandut Kota Palangka Raya. Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan rancangan *cross-sectional*. Sampel dalam penelitian ini adalah ibu yang memiliki bayi usia > 11 bulan di wilayah kerja Puskesmas Pahandut Kota Palangka Raya. Instrumen yang digunakan berupa lembar isian. Analisis data menggunakan uji *chi-square*. Hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan dukungan keluarga dan pendapatan keluarga dengan status Imunisasi Dasar Pada Bayi.

Kata Kunci: Bayi, Dukungan Keluarga, Pendapatan Keluarga, Status Imunisasi Dasar.

Pendahuluan

Imunisasi merupakan salah satu intervensi kesehatan yang paling efektif biaya. Imunisasi telah mencegah 2-3 juta kematian per tahun. Vaksinasi tidak hanya mencegah penderitaan dan kematian yang terkait dengan penyakit menular seperti tuberkulosis, diare, campak, pneumonia (infeksi paru-paru), polio dan batuk rejan, tetapi juga membantu mendukung prioritas nasional seperti pendidikan dan pembangunan ekonomi (WHO, 2018)

Data WHO dan UNICEF memperkirakan 1 dari 10 bayi di dunia masih belum mendapatkan imunisasi lengkap (WHO, 2016). Di Indonesia, program imunisasi pada bayi mengharapkan agar setiap bayi mendapatkan kelima jenis imunisasi dasar lengkap. Keberhasilan seorang bayi dalam mendapatkan 5 jenis imunisasi dasar tersebut di

ukurmelalui indikator imunisasi dasar lengkap. Berdasarkan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan, Target imunisasi Nasional 2015-2019 yaitu, tercapainya cakupan Imunisasi Dasar Lengkap kepada 93% bayi 0-11 bulan (Kemenkes RI, 2015) Pada kurun waktu tahun 2014-2016, masih terdapat 1.716.659 anak yang belum mendapat imunisasi dan imunisasinya tidak lengkap (IDAI, 2018)

Capaian indikator Imunisasi Dasar Lengkap di provinsi Kalimantan Tengah pada tahun 2015 hanya mencapai 64,76% dan kota palangka raya menempati urutan ke empat terendah dari kabupaten/kota se Kalimantan Tengah dengan dengan cakupan imunisasi dasar lengkap hanya 61,04% cakupan tersebut masih belum mencapai target minimal yaitu sebesar 80%. Di Kota Palangka Raya Puskesmas Pahandut menjadi puskesmas dengan capaian imunisasi dasar lengkap

terendah pada tahun 2015 yaitu sebesar 31,7% (Dinkes Kota Palangka Raya, 2016). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan status Imunisasi Dasar di wilayah kerja Puskesmas Pahandut Kota Palangka Raya.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian analitik observasional dengan rancangan *cross-sectional*. Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Pahandut Kota Palangka Raya pada bulan Februari-April 2017.

Populasi pada penelitian ini adalah Bayi usia > 11 bulan yang datang ke Puskesmas Panarung periode februari-April 2018. Perhitungan jumlah sampel yang diperlukan menggunakan rumus Lemeshow sehingga jumlah sampel yang diperlukan adalah 97 bayi. Pengambilan sampel akan dilakukan dengan teknik *consecutive sampling* yaitu semua bayi > 11 bulan yang datang melakukan pemeriksaan di Puskesmas Panarung yang memenuhi kriteria inklusi.

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah bayi berdomisili di wilayah Puskesmas Panarung, bayi yang diantar langsung oleh ibunya ke puskesmas dan ibu bayi membawa buku KIA/ KMS bayi. Kriteria eksklusi adalah Responden atau wali yang tidak bersedia berpartisipasi dalam penelitian.

Instrument yang digunakan pada penelitian ini adalah format isian. Analisis dilakukan dengan uji *chi square* dan uji *fisher* Exact (untuk data yang tidak memenuhi ketentuan uji *chi square*)

HASIL

Hasil analisis univariat dapat dilihat pada table distribusi frekuensi dibawah ini:

Tabel 1. Distribusi Frekuensi faktor yang berhubungan dengan Status Imunisasi Dasar di wilayah kerja Puskesmas Pahandut

Variabel	n	%
Status Imunisasi dasar		
Tidak Lengkap	9	9,3
Lengkap	88	90,7
Usia Ibu		
≤ 25 Tahun	58	59,8
> 25 Tahun	39	40,2
Pendidikan		

Pendidikan Dasar	42	43,3
Pendidikan Menengah keatas	55	56,7
Pekerjaan Ibu		
Tidak Bekerja	75	77,3
Bekerja	22	22,7
Dukungan Keluarga		
Tidak Mendukung	5	5,2
Mendukung	92	94,8
Pendapatan keluarga		
<UMR	37	38,1
≥ UMR	60	61,9

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa 90,7% bayi telah mendapatkan imunisasi dasar lengkap, usia ibu bayi sebagian besar ≤25 tahun (59,8%), pendidikan ibu sebagian besar menengah ke atas (56,7%), sebagian besar ibu bayi tidak bekerja (77,3%), sebagian besar keluarga mendukung dilakukannya imunisasi pada bayi (94,8) dan pendapatan keluarga sebagian besar ≥ UMR (61,9%)

Untuk mengetahui hubungan antar variable dilakukan analisis bivariat. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 2. Hubungan usia ibu, gravida, pendidikan ibu, pekerjaan Ibu, dukungan keluarga, pendapatan dengan status Imunisasi dasar di Puskesmas Pahandut Kota Palangka Raya Tahun 2018

Variabel	Status Imunisasi Dasar		Nilai <i>p</i>	OR	CI		
	Tidak Lengkap	Lengkap					
	n	%					
Usia Ibu							
≤ 25 Tahun	8	8,2	50	51,5	0,060	6,080	0,729–
> 26 Tahun	1	1,1	38	39,2			50,715
Pendidikan Ibu							
Pendidikan Dasar	5	5,2	37	38,1	0,436	1,723	0,433 –
Pendidikan Menengah keatas	4	4,1	51	52,6			6,827
Pekerjaan Ibu							
Tidak Bekerja	9	9,3	66	68,0	0,088	0,880	0,809 –
Bekerja	0	0	22	22,7			0,957
Dukungan Keluarga							
Tidak Mendukung	5	5,2	0	0	0,000	23,000	8,820 –
Mendukung	4	4,1	88	90,7			59,975
Pendapatan keluarga							
<UMR	7	7,2	30	30,9	0,010	6,767	1,323 –
≥ UMR	2	2,1	58	59,8			34,609

Berdasarkan tabel diatas diketahui bahwa variable usia ibu, pendidikan ibu dan pekerjaan ibu tidak berhubungan dengan status imunisasi dasar pada bayi ($p > 0,05$). Variabel dukungan keluarga dan pendapatan keluarga memiliki hubungan dengan status imunisasi dasar pada bayi ($P < 0,05$). Bayi yang mendapatkan dukungan keluarga untuk diimunisasi memiliki peluang 23 kali lebih besar untuk memiliki status imunisasi lengkap dan bayi dengan pendapatan keluarga \geq UMR memiliki peluang 6,767 kali lebih besar memiliki status imunisasi lengkap.

PEMBAHASAN

Hubungan usia ibu dengan status imunisasi dasar

Hasil analisis menunjukkan bahwa baik pada bayi dengan status imunisasi dasar tidak lengkap maupun lengkap sebagian besar ibunya memiliki usia \geq 25 Tahun, sehingga hasil uji statistic menyatakan tidak ada hubungan usia ibu dengan status imunisasi dasar.

Hasil ini sejalan dengan penelitian Nugroho dkk (2012) yang menyatakan tidak ada hubungan usia ibu dengan status imunisasi dasar bayi. Program imunisasi merupakan program pemerintah yang mana tidak memberikan perbedaan dalam mendapatkan pelayanan imunisasi bagi bayinya.

Ibu yang berusia lebih muda dan baru memiliki anak biasanya cenderung untuk memberikan perhatian yang lebih akan kesehatan anaknya, termasuk pemberian imunisasi. Namun, Semakin dewasa usia seseorang, tingkat berpikirnya akan semakin matang. Semakin matang seseorang, maka semakin banyak pula pengalaman tentang imunisasi (Hariyanto, 2016). Sehingga baik berusia muda maupun semakin menua memiliki perhatian yang sama terhadap imunisasi.

Hubungan Pendidikan ibu dengan status imunisasi dasar

Hasil analisis menunjukkan baik pada bayi yang memiliki status imunisasi dasar lengkap maupu tidak sebagian besar memiliki ibu dengan pendidikan menengah keatas, Sehingga hasil uji statistic menunjukkan tidak ada hubungan pendidikan ibu dengan status imunisasi dasar.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Triana (2015) bahwa tidak terdapat

hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan orang tua dengan pemberian imunisasi dasar lengkap pada bayi. Namun, terdapat hubungan pengetahuan terhadap status imunisasi dasar. Pengetahuan dapat mempengaruhi persepsi seseorang terhadap suatu penyakit yang pada akhirnya dapat mempengaruhi perilaku seseorang (Azwar, 2013)

Pendidikan menjadi hal yang sangat penting dalam mempengaruhi pengetahuan. Individu yang mempunyai tingkat pendidikan tinggi cenderung lebih mudah menerima informasi begitu juga dengan masalah informasi tentang imunisasi yang diberikan oleh petugas kesehatan, sebaliknya ibu yang tingkat pendidikannya rendah akan mendapat kesulitan untuk menerima informasi yang ada sehingga mereka kurang memahami tentang kelengkapan imunisasi. Pendidikan juga akan mempengaruhi seseorang dalam pengambilan keputusan, pada ibu yang berpendidikan tinggi lebih mudah menerima suatu ide baru dibandingkan ibu yang berpendidikan rendah sehingga informasi lebih mudah dapat diterima dan dilaksanakan (Rahmawati, 2013). Pada penelitian ini tidak ada hubungan pendidikan dengan status imunisasi dasar dimungkinkan oleh faktor lain selain pendidikan seperti dukungan keluarga.

Hubungan Pekerjaan ibu dengan status imunisasi dasar

Hasil analisis menunjukkan pada bayi dengan imunisasi dasar lengkap sebagian besar merupakan ibu tidak bekerja dan pada bayi dengan imunisasi tidak lengkap seluruhnya memiliki ibu yang tidak bekerja. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan pekerjaan ibu dengan status imunisasi dasar bayi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Triana (2015) yang menyatakan tidak ada hubungan pekerjaan dengan status imunisasi dasar bayi. Ibu yang tidak bekerja memiliki waktu yang lebih banyak untuk mengantarkan bayinya ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan imunisasi. Menurut Istriyani (2011) pada ibu yang bekerja maka kesempatan untuk membawa bayinya imunisasi berkurang. Pada penelitian ini ibu bayi dengan status imunisasi dasar tidak lengkap seluruh nya memiliki ibu yang tidak bekerja, hal ini dapat dimungkinkan karena kurangnya informasi yang didapatkan oleh ibu

tentang imunisasi maupun faktor lain seperti dukungan keluarga.

Hubungan dukungan keluarga dengan status imunisasi dasar

Hasil analisis menunjukkan pada bayi dengan imunisasi dasar lengkap seluruhnya mendapatkan dukungan keluarga sedangkan pada bayi dengan imunisasi dasar tidak lengkap sebagian besar tidak mendapat dukungan keluarga. Hasil uji statistic menunjukkan adanya hubungan dukungan keluarga dengan status imunisasi dasar. Bayi yang mendapatkan dukungan keluarga berpeluang 23 kali lebih besar untuk mendapatkan imunisasi lengkap

Hasil ini sejalan dengan penelitian Lumangkun (2014) yang menyatakan terdapat hubungan dukungan keluarga dengan status imunisasi dasar. Penelitian lain oleh Istriyani (2011) menunjukan bahwa ibu yang tidak mendapat dukungan keluarga berisiko 5, 714 kali untuk tidak mengimunitasikan anaknya secara lengkap. Untuk mewujudkan sikap menjadi perilaku diperlukan faktor pendukung. Sikap ibu yang positif terhadap imunisasi tidak serta merta menjadikan ibu membayai bayi melakukan imunisasi jika tidak mendapat dukungan dari pihak lain terutama keluarga dekat.

Ahmad dkk (2010) mengungkapkan hal yang sama yaitu terdapat pengaruh dukungan keluarga terhadap kelengkapan imunisasi. Mengingat tingginya hubungan dukungan keluarga terhadap kepatuhan melakukan imunisasi, maka sosialisasi mengenai risiko penyakit yang dapat dilakukan tidak hanya kepada ibu tapi kepada seluruh keluarga bayi seperti ayah dan nenek bayi (Ahmad dkk, 2010)

Hubungan pendapatan keluarga dengan status imunisasi dasar

Hasil analisis menunjukkan bahwa sebagian besar ibu dengan imunisasi dasar lengkap merupakan bayi dengan pendapatan keluarga \geq UMR. Hasil uji statistic menyatakan ada hubungan pendapatan keluarga dengan status imunisasi dasar. Bayi dengan pendapatan keluarga \geq UMR berpeluang 6,767 kali untuk mendapatkan imunisasi dasar lengkap.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Rahmawati (2014) bahwa terdapat hubungan pendapatan keluarga dengan kelengkapan status imunisasi anak. Tingkat ekonomi seseorang berhubungan pada

kemampuan seseorang membiayai pelayanan kesehatan. Seseorang mungkin tahu akan pentingnya kesehatan namun karena terkendala biaya orang tersebut memutuskan untuk tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya. Pendapatan keluarga yang rendah akan menjadi pertimbangan ibu untuk tidak mengimunitasikan anaknya (Mulyanti, 2013)

Imunisasi dasar sudah menjadi program pemerintah dengan biaya gratis, Sehingga seharusnya faktor pendapatan keluarga tidak menjadi penghalang untuk bayi untuk mendapatkan imunisasi lengkap. Masih adanya bayi yang tidak mendapatkan imunisasi lengkap pada keluarga dengan pendapatan $<$ UMR dimungkinkan karena kurangnya informasi, kurangnya dukungan keluarga dan hal-hal lain.

SIMPULAN

Dukungan Keluarga dan penghasilan keluarga menjadi faktor yang berhubungan dengan status imunisasi dasar pada bayi di wilayah kerja Puskesmas Pahandut Kota Palangka Raya. Bayi yang mendapatkan dukungan keluarga untuk melakukan imunisasi dasar serta berasal dari keluarga dengan penghasilan \geq UMR memiliki peluang lebih besar untuk mendapatkan imunisasi dasar lengkap.

SARAN

Diperlukan sosialisasi lebih lanjut mengenai imunisasi dasar kepada seluruh keluarga bayi agar mendukung dilaksanakannya imunisasi dasar pada bayi Sehingga diharapkan seluruh bayi mendapatkan imunisasi dasar lengkap.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, J., Hazra, A., Khan, ME. 2010. Increasing Complete Immunization in Rural Uttar Pradesh. The Journal of Family Welfare. Vol 56.
- Azwar, S. 2013. Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya. Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah, 2016, Profil Kesehatan 2015 Provinsi Kalimantan Tengah, Dinas Kesehatan Provinsi, Kalimantan Tengah
- Dinas Kesehatan Kota Palangkaraya, 2016, Profil Kesehatan Kota

- PalangkarayaTahun 2015, Dinas Kesehatan Kota, Palangkaraya
- Hariyanto, M.W, 2016, Hubungan Tingkat Pendidikan Ibu dengan Status Kelengkapan Imunisasi Balita Umur 1-5 Tahun di Desa Gatak Sukoharjo, Stikes Kusuma Husada, Surakarta
- Ikatan Dokter Anak Indonesia, 2018, Seputar Pekan Imunisasi Dunia 2018, [online]dari: <http://www.idai.or.id/artikel/klinik/imunisasi/seputar-pekan-imunisasidunia-2018> tanggal 31 Juli 2018.
- Istriyati, E, 2011, Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kelengkapan Imunisasi Dasar Pada Bayi Di Desa Kumpulrejo Kecamatan Argomulyo Kota Salatiga, Universitas Negeri Semarang, Semarang.
- Kementerian Kesehatan RI.2015. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. Jakarta:Kementerian Kesehatan RI
- Lumangkun,K., Ratag, BT., Tumbol, RA. 2014. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Status Imunisasi Dasar Anak Berumur Tiga Tahun Di Wilayah Kerja Puskesmas Kombos Kota Manado. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi: Skripsi
- Nugroho, PJ, Kusumawati P, Raharjo, B. 2012. Hubungan Tingkat Pengetahuan, Usia Dan Pekerjaan Ibu Dengan Status Imunisasi Dasar Bayi Di Desa Japanan Kecamatan Cawas Kabupaten Klaten Tahun 2012. Prodi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta: Naskah Publikasi
- Rahmawati AI. Faktor Yang Mempengaruhi Kelengkapan Imunisasi Dasar Di Kelurahan Krembangan Utara. FKM Unair. 2013.
- Triana, V. 2016. Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemberian Imunisasi Dasar Lengkap Pada Bayi Tahun 2015. Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas. Vol. 10 (2)
- World Health Organization. 10 facts on immunization. Diakses dari <http://www.who.int/features/factfiles/immunization/en/> pada tanggal 1 September 2018
- World Health Organization. 1 in 10 infants worldwide did not receive any vaccinations in 2016. Diakses dari: <https://www.who.int/news-room/detail/17-07-2017-1-in-10-infants-worldwide-did-not-receive-any-vaccinations-in-2016> tanggal 1 september 2018

p-ISSN: 2087-9105



9 772087 910022