

POLA PELAYANAN KESEHATAN PENDERITA HIPERTENSI PESERTA JKN DI FKTP JAWA BARAT 2015-2016

PATTERNS OF HEALTH SERVICE FOR JKN PARTICIPANTS WITH HYPERTENSION AT WEST JAVA FKTP 2015-2016

Shuffi Galuh Adityanti¹, Yulia Sofiatin² * Irvan Afriandi², Nita Arisanti², Budi Sujatmiko²

¹Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran

²Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran

ABSTRAK

Angka kejadian hipertensi di Jawa Barat sejak tahun 2013 hingga 2017 terus meningkat. Hipertensi merupakan salah satu penyakit kronis yang pengobatannya ditanggung oleh Badan Penyelenggara Jaminan (BPJS) Kesehatan. Pelayanan tingkat pertama yang diberikan BPJS Kesehatan yaitu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kuantitatif dengan menggunakan data tersier. Hasil dari penelitian ini, terdapat 80.840 pasien dengan diagnosis hipertensi, mayoritas perempuan dengan kelompok usia 55-64 tahun, dan segmen Pekerja Penerima Upah (PPU). Semua subjek dari penelitian ini menjalani rawat jalan dengan dirujuk ke rumah sakit, sehingga pasien hipertensi yang berobat pada FKTP Kapitasi Jawa Barat merupakan pasien rujuk balik. *Hypertensive Heart Disease* merupakan salah satu komplikasi dari hipertensi esensial yang paling banyak ditemui pada penelitian ini (44,3%). Pelayanan faskes primer dapat berperan dalam pencegahan sekunder hipertensi untuk mencegah komplikasi. Layanan penunjang sederhana dilakukan secara tepat, cepat dan meningkatkan kualitas pelayanan agar pasien hipertensi merasa nyaman dan mempercayai kompetensi dokter pada layanan primer. Terutama pada penderita hipertensi dengan jenis kelamin perempuan di usia 55-64 tahun dan dari segmen PPU, karena angka kejadiannya yang tinggi dan untuk mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

Kata kunci: BPJS Jawa Barat; FKTP; Hipertensi; Sosiodemografi

ABSTRACT

The incidence of hypertension in West Java from 2013 to 2017 continues to increase. Treatment of hypertension as a chronic disease was covered by the Social Security Administrator for Health (BPJS Kesehatan), served in Primary Health Facility (FKTP) as first-line management. This study was a quantitative descriptive using tertiary data. At least, 80.840 individual was diagnosed by hypertension. Hypertension was more frequent in women age 55-64 years and Wage Workers (PPU) segment. Subjects in use were patients who underwent outpatient management and patients referred to the hospital in/from FKTP in West Java, or patients back referral from hospital to FKTP. Hypertensive heart disease was the most common complication (44.3%). Primary health facilities can play a role in prevented complications as secondary prevention management. Time-fast and improved quality of service made hypertension feel comfortable, resulting in patients' trust for doctors in charge. Management in female cases with age 55-64 years and PPU segment were a major concern in preventing Hypertension's further complications

Keywords: FKTP; Hypertension; Sociodemography; West Java BPJS

PENDAHULUAN

Hipertensi merupakan salah satu Penyakit Tidak Menular (PTM) yang dapat menyebabkan komplikasi seperti stroke, penyakit jantung, dan lainnya.(1)Hipertensi sering kali disebut dengan "the silent killer" karena biasanya tidak disertai dengan gejala dan terjadi dalam jangka waktu yang lama.(2,3) Pada tahun 2013, berdasarkan hasil pengukuran tekanan darah pada penduduk usia ≥ 18 tahun, Jawa Barat memiliki prevalensi hipertensi 29,40% (peringkat ke 4 nasional). Prevalensi hipertensi di Jawa Barat meningkat dari tahun 2013 ke 2018 dan menjadi peringkat pertama di Indonesia.(4) Sementara itu, pada Data Profil Kesehatan Jawa Barat 2016 dilaporkan 790.382 orang dengan hipertensi (2,46% terhadap jumlah penduduk ≥ 18 tahun) yang tersebar di 26 Kabupaten/Kota.(5)

Faktor risiko hipertensi dikategorikan menjadi dua yaitu yang dapat dimodifikasi dan tidak dapat dimodifikasi. Faktor yang dapat dimodifikasi seperti gaya hidup, *sleep apnea*, dan sosial ekonomi. Sedangkan pada faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi yaitu riwayat keluarga, usia, jenis kelamin, ras/etnis.(6,7) Berdasarkan penelitian Rasajati dkk. (2015) di Kota Semarang, ditemukan adanya hubungan antara sosiodemografi, seperti status pekerjaan, status tempat tinggal, pengetahuan tentang tatalaksana hipertensi, dan status perkawinan, dengan keberhasilan dan kepatuhan pengobatan pasien hipertensi. Sedangkan jenis kelamin, pendidikan, dan pendapatan tidak memengaruhi kepatuhan pengobatan pada penderita hipertensi.(8)

Pemerintah berkewajiban atas pengoperasian Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sehingga dibentuklah BPJS Kesehatan. Fasilitas Kesehatan

Tingkat Pertama (FKTP) merupakan pelayanan pertama peserta BPJS yang berperan penting dalam usaha peningkatan kesehatan peserta. FKTP yang terdistribusi dengan baik melalui upaya mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dapat mencegah kejadian penyakit lebih lanjut.(9,10)

Hipertensi merupakan salah satu penyakit yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan untuk ditangani di FKTP. Hipertensi juga menjadi salah satu dari sembilan penyakit kronis yang mendapatkan fasilitas dan perhatian lebih dari BPJS Kesehatan berupa program pengobatan, pemantauan dan pencegahan sekunder melalui prolans dan program rujuk balik.(11) Berdasarkan data sampel BPJS Kesehatan tahun 2015-2016, hipertensi merupakan diagnosis urutan ke-tiga terbanyak yang mendapat pelayanan FKTP dengan jumlah 94.378 orang (5,5%).(12) Tujuan penelitian ini untuk mendeskripsikan karakteristik sosiodemografi, pelayanan yang didapat dan klinis penderita hipertensi yang mendapat pelayanan di FKTP Kapitasi Jawa Barat.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini bersifat deskriptif kuantitatif. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Agustus hingga Desember 2020 setelah mendapatkan persetujuan dari Komite Etik Penelitian Universitas Padjadjaran Bandung (No.867/UN6.KEP/EC/2020) dan mengirimkan Surat Pemberitahuan Penggunaan Data Sampel BPJS Kesehatan Tahun 2015-2016 (No.9676/UN6.C/TU/2020).

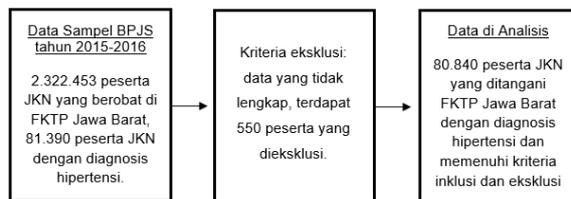
Data yang digunakan adalah data tersier yaitu data *sampling* BPJS Kesehatan tahun 2015-2016. Data sampel ini didapat dengan menggunakan metode *stratified random sampling* berdasarkan keluarga sebagai unit sampel. Data ini bersifat terbuka dan dapat dianalisis dengan mengajukan pemberitahuan kepada pihak BPJS Kesehatan. Semua data pasien dengan diagnosis hipertensi yang berobat di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Kapitasi Provinsi Jawa Barat tahun 2015-2016 digunakan dalam penelitian ini. Data yang diperoleh kemudian dikelompokkan berdasarkan variabel penelitian, yaitu:

1. Karakteristik Sosiodemografi Pasien Hipertensi: Jenis Kelamin, Kelompok Usia, Status Perkawinan, Kelas Premi, Segmen Peserta, dan Kab/Kota Faskes;
2. Pelayanan FKTP: Jenis Faskes, Tingkat Layanan, Jenis Poli, Kepemilikan Faskes Asal Rujukan, Jenis Faskes Asal Rujukan, Tipe Faskes Asal Rujukan, dan Poli Faskes Asal Rujukan;
3. Diagnosis Pertama Pasien Hipertensi: Kode Diagnosis ICD-10 (3-4 digit);

4. Diagnosis Akhir Pasien Dengan Hipertensi: Kode Kategori Diagnosis ICD-10 (3 digit) dan Status Pulang.

Data diolah menggunakan perangkat lunak SPSS® dan *Microsoft® excel*, dianalisis menggunakan statistik deskriptif yang ditampilkan dalam bentuk tabel. Dalam analisis data, dilakukan perhitungan terhadap pembobotan sampel yang telah disediakan dalam data sampel. Tujuan dari pembobotan adalah membuat sampel menjadi lebih representatif terhadap populasi dengan jumlah yang terbatas dengan menyamakan peluang terpilihnya subjek.(13) Informasi dasar mengenai data sebelum diberi bobot (tidak tertimbang) dapat dilihat pada Lampiran.

Berdasarkan data sampel BPJS Kesehatan tahun 2015-2016, terdapat 2.322.453 pasien yang melakukan kunjungan ke FKTP Kapitasi Jawa Barat pada tahun 2015-2016. Peserta JKN dengan diagnosis hipertensi menurut ICD-10 terdapat 81.390 orang dengan proporsi 3,5% yang ditangani FKTP Jawa Barat. Namun, hanya 80.840 orang yang memenuhi kriteria inklusi dan dapat dianalisis.



Gambar 1. Diagram Alur Penentuan Data

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pasien dengan diagnosis hipertensi yang mendapat pelayanan di FKTP Kapitasi Jawa Barat setelah dilakukan seleksi terdapat 80.840 pasien yang tersebar pada 26 dari 27 Kabupaten/kota di Jawa Barat. Kabupaten/kota yang menyumbang proporsi sampel terbesar adalah Kota Bandung (16,2%), Kota Bekasi (11,3%), dan Kab. Bekasi (10,3%).

Tabel 1 menunjukkan karakteristik sosiodemografi berdasarkan kelas premi dan segmen peserta pada pasien hipertensi yang berobat ke FKTP Kapitasi Jawa Barat tahun 2015-2016. Proporsi terbanyak adalah pasien perempuan (60,8%), terbanyak terdaftar pada premi kelas II dan segmen PBP, sementara laki-laki lebih banyak terdaftar pada premi kelas I dan segmen PPU. Pelayanan hipertensi terbanyak diberikan kepada pasien dengan usia 55-64 tahun (28,5%), yang mayoritas terdaftar pada premi Kelas I (54,6%), dan segmen PBP (41,6%). Pasien hipertensi yang mendapatkan pelayanan

mayoritas sudah menikah (79,3%) yang banyak terdaftar pada premi kelas I (47,9%) dan dari segmen PPU (46,5%).

Pada penelitian ini didapatkan bahwa pasien hipertensi yang ditangani FKTP didominasi oleh perempuan yaitu 60,8%. Hal ini sesuai dengan data Riskesdas 2007 dan 2013 serta pada data Profil Kesehatan Jabar 2016 yang menunjukkan bahwa perempuan lebih banyak menderita hipertensi daripada laki-laki.(5,14) Menurut penelitian Rasajati, dkk (2015) di Kota Semarang dan Wahyudi, dkk (2017) di Depok pada perempuan lebih memperhatikan kesehatannya dan lebih sering datang untuk berobat saat sakit dibandingkan laki-laki.(8,15) Hal ini dapat juga berarti bahwa perempuan lebih banyak menggunakan fasilitas kesehatan dan bisa menjadi indikator keberhasilan dalam pengendalian hipertensi.

Peserta perempuan lebih banyak yang terdaftar pada premi Kelas II dan proporsi terbesar dari segmen PBPU. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Lesmana dan Wulandari (2020) di D.I. Yogyakarta yang mendapatkan bahwa perempuan pada segmen PBPU lebih banyak berada di premi Kelas II. Pada umumnya PBPU adalah wiraswasta sehingga dapat memilih kelas yang sesuai dengan kebutuhan pribadi dan keluarganya. Dalam penelitiannya Lesmana dan Wulandari menyebutkan bahwa peserta pada segmen PBPU dengan anggota keluarga yang banyak lebih sensitif terhadap besaran dari iuran.(16)

Kelompok usia terbanyak pada penelitian ini adalah 55-64 tahun, sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa seiring bertambahnya usia terjadi perubahan struktur pada pembuluh darah, sehingga dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah.(6) Didukung dengan penelitian Oktora dkk. (2020) yang menyatakan bahwa pada peserta BPJS Kesehatan Indonesia hipertensi merupakan salah satu jenis penyakit yang diderita banyak orang di usia produktif.(17) Pada pasien hipertensi kelompok usia 55-64 tahun lebih banyak terdaftar premi Kelas I, dengan segmen PPU. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan Oktora dkk. (2020) yang menunjukkan bahwa peserta usia produktif dan bekerja akan cenderung berada pada kelas premi yang lebih rendah.(17) Hal ini dapat dijelaskan dengan hasil penelitian Saputra (2016) di Jawa Barat, yang menyatakan bahwa per-ekonomian di Jawa Barat setiap tahunnya meningkat (BPS Jawa Barat) meskipun distribusinya masih belum merata, sehingga pada pasien hipertensi di FKTP Kapitasi Jawa Barat dengan usia produktif dan memiliki pekerjaan cenderung memilih kelas premi yang tinggi yaitu kelas Premi I.(18)

Pasien hipertensi dengan status kawin menduduki peringkat pertama dengan proporsi 79,3%, dapat dijelaskan dengan tingginya proporsi peserta pada kelompok usia produktif. Hal ini menjanjikan keberhasilan pengendalian tekanan darah yang lebih baik jika merujuk pada hasil penelitian Azmi, dkk (2018) di Kecamatan Tampan Pekanbaru dan Rasajati, dkk (2015) di Kota Semarang yang menyatakan bahwa pasien yang memiliki pasangan hidup akan mempermudah proses pengendalian tekanan darah dalam kehidupan sehari-hari, antara lain dengan kepatuhan yang lebih tinggi terhadap pengobatan. (8,19) Pasien hipertensi yang berstatus kawin banyak memilih premi Kelas I dengan segmen terbanyak PPU. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Oktora dkk (2020) di BPJS Kesehatan Indonesia yang menyatakan bahwa pasien yang berstatus kawin cenderung berada pada kelas premi yang lebih tinggi yaitu pada premi Kelas I.(17)

Dalam tabulasi silang tertimbang kelas premi dengan segmen penderita hipertensi yang mendapat layanan di FKTP Kapitasi Jawa Barat diperoleh pada segmen PPU banyak terdaftar di premi Kelas I (20,4%), segmen PBPU banyak terdaftar di premi Kelas III (12,8%) dan segmen BP banyak terdaftar di premi Kelas I (12,0%), sedangkan PBI APBD maupun APBN hanya terdaftar pada premi Kelas III. Pasien hipertensi yang banyak menggunakan fasilitas kesehatan di FKTP Kapitasi Jawa Barat yaitu segmen PPU dan diikuti oleh PBPU. Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 menyatakan bahwa "Pemberi pekerja secara bertahap wajib mendaftarkan dirinya dan pekerjaannya sebagai peserta kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial".(20) Hal ini berarti bahwa pasien hipertensi dengan segmen PPU menggunakan fasilitas kesehatan dengan baik yang sudah didaftarkan dan dibayarkan oleh pemilik perusahaannya. Pada perusahaan dengan penghasilan yang tinggi akan mendaftarkan pekerjaannya di kelas premi yang lebih tinggi, sehingga pada segmen PPU mayoritas dari premi Kelas I. Sedangkan pasien dengan segmen PBPU banyak terdaftar pada premi Kelas III, hal ini dikarenakan PBPU merupakan pekerja mandiri dengan usaha berskala kecil yang cenderung mendapatkan upah yang tidak menentu. Namun, pada segmen ini pasien akan tetap menanggung seluruh pembayaran iuran tanpa adanya bantuan, sehingga akan cenderung berada di kelas premi yang rendah.(16)

Tabel 1. Tabulasi Silang Tertimbang Kelas Premi dan Segmen Kepesertaan Dengan Jenis Kelamin, Kelompok Usia, dan Status Perkawinan

Karakteristik	Sampel Total (n) = 80.840 n (%)	Kelas Premi			Segmen Kepesertaan				
		I n (%)	II n (%)	III n (%)	BP n (%)	PBI APBD n (%)	PBI APBN n (%)	PBPU n (%)	PPU n (%)
Jenis Kelamin									
Laki-laki	31.679(39,2)	19.772(62,4)	8.892(28,1)	3.015(9,5)	7.328(23,1)	91(0,3)	890(2,8)	7.438(23,5)	15.932(50,3)
Perempuan	49.161(60,8)	14.242(29,0)	19.909(40,5)	15.010(30,5)	9.755(19,8)	693(1,4)	5.915(12,0)	17.591(35,8)	15.207(30,9)
Kelompok Usia									
0-14 tahun	56(0,1)	-	56(100)	-	-	-	-	-	56(100)
15-24 tahun	999(1,2)	248(24,8)	103(10,3)	649(64,9)	-	-	213(21,3)	472(47,2)	315(31,5)
25-34 tahun	4.114(5,1)	138(3,4)	3.055(74,3)	921(22,4)	-	60(1,5)	555(13,5)	924(22,5)	2.575(62,6)
35-44 tahun	10.700(13,2)	1.003(9,4)	5.785(54,1)	3.912(36,6)	-	116(1,1)	2.182(20,4)	1.991(18,6)	6.411(59,9)
45-54 tahun	18.951(23,4)	8.889(46,9)	6.515(34,4)	3.548(18,7)	34(0,2)	-	1.849(9,8)	3.622(19,1)	13.448(71,0)
55-64 tahun	23.030(28,5)	12.576(54,6)	6.024(26,2)	4.429(19,2)	4.676(20,3)	253(1,1)	930(4,0)	9.578(41,6)	7.592(33,0)
65-74 tahun	16.278(20,1)	8.826(54,2)	3.707(22,8)	3.745(23,0)	8.148(50,1)	355(2,2)	560(3,4)	6.654(40,9)	560(3,4)
75+ tahun	6.711(8,3)	2.333(34,8)	3.557(53,0)	822(12,2)	4.224(62,9)	-	515(7,7)	1.788(26,6)	184(2,7)
Status Perkawinan									
Belum Kawin	2.904(3,6)	791(27,2)	1.504(51,8)	609(21,0)	776(26,7)	116(4,0)	-	998(34,4)	1.014(34,9)
Kawin	64.126(79,3)	30.744(47,9)	24.434(38,1)	8.948(14,0)	13.803(21,5)	313(0,5)	131(0,2)	20.034(31,2)	29.845(46,5)
Cerai	7.060(8,4)	2.479(35,1)	2.785(39,4)	1.796(25,4)	2.505(35,5)	355(5,0)	1(0)	3.996(56,6)	203(2,9)
Tidak terdefinisi	6.750(8,4)	-	78(1,2)	6.672(98,8)	-	-	6.672(98,8)	-	78(1,2)

Keterangan: BP: Bukan Pekerja, PBI APBD: Penerima Bantuan Iuran Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, PBI APBN: Penerima Bantuan Iuran Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, PBPU: Pekerja Bukan Penerima Upah, dan PPU: Pekerja Penerima Upah.

Tabel 2. Pelayanan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Terimbang)

Pelayanan FKTP	Sampel Total (n) = 80.840 N (%)	RS TNI Polri Kelas II	11.881 (14,7)
		RS TNI Polri Kelas III	2 (0)
		RS TNI Polri Kelas IV	882 (1,1)
Jenis Faskes		Missing	150 (0,2)
Dokter Umum	8.519 (10,5)	Poli Faskes Asal Rujuk Balik	
Klinik Pratama	33.748 (41,7)	Bedah	465 (0,6)
Puskesmas	38.573 (47,7)	Fisioterapi	13 (0)
Tingkat Layanan		Gigi	201 (0,2)
Rawat Inap	552 (0,7)	Hemodialisis	2 (0)
Rawat Jalan	80.287 (99,3)	Internis	45.693 (56,6)
Jenis Poli		Instansi Gawat Darurat	2.517 (3,1)
KIA	2.318 (2,9)	Instansi Rehab Medik	28 (0)
Kandungan	619 (0,8)	Jantung	20.461 (25,3)
UGD	724 (0,9)	Jiwa	132 (0,2)
Umum	77.179 (95,5)	Kulit	78 (0,1)
Kepemilikan Faskes Asal Rujuk Balik		Mata	798 (1,0)
BUMN	628 (0,8)	Obstetri Ginekologi	5.659 (7,0)
Pemerintah Kabupaten/Kota	33.101 (40,9)	Orthopedi	121 (0,1)
Pemerintah Provinsi	1.463 (1,8)	Paru	49 (0,1)
POLRI	162 (0,2)	Saraf	4.509 (5,6)
Swasta	32.572 (40,3)	Missing	115 (0,1)
TNI AD	8.753 (10,8)		
TNI AU	3.907 (4,8)		
Vertikal	255 (0,3)		
Jenis Faskes Asal Rujuk Balik			
Rumah Sakit	80.840 (100)		
Tipe Faskes Asal Rujuk Balik			
Khusus Ibu dan Anak	40 (0)		
Khusus Jantung	41 (0,1)		
Khusus Paru	255 (0,3)		
RS Kelas B	25.605 (31,7)		
RS Kelas C	8.605 (10,6)		
RS Kelas D	1.170 (1,4)		
RS Swasta Setara Tipe B	5.995 (7,4)		
RS Swasta Setara Tipe C	20.501 (25,4)		
RS Swasta Setara Tipe D	5.714 (7,1)		

Tabel 2 menunjukkan fasilitas kesehatan di FKTP yang melayani pasien hipertensi. Peserta paling banyak mengunjungi jenis faskes puskesmas (47,7%). Sebagian besar pasien melanjutkan dengan rawat jalan (99,3%) ke klinik umum (95,5%). Peserta dirujuk balik dari FKTP milik Pemerintah Kabupaten/Kota sebanyak 40,9%, FKTP milik Swasta sebanyak 40,3%; semua pasien hipertensi yang dilayani di FKTP dirujuk balik oleh rumah sakit, dan 56,6% di antaranya dirujuk oleh Internis; tipe faskes asal rujukan paling banyak adalah RS kelas B 31,7%.

Hipertensi merupakan salah satu penyakit kronis yang masuk dalam cakupan program rujuk balik (PRB).(11) Sehingga pada penelitian ini seluruh pasien hipertensi yang berobat ke FKTP Kapitasi Jawa Barat merupakan pasien rujuk balik dari FKRTL. Pelayanan pengobatan pada PRB dapat diperoleh pada Apotek/Depo farmasi yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dalam pelayanan Obat PRB. Obat yang diberikan pada pasien PRB tiga kali berturut-turut selama tiga bulan di FKTP. Setiap tiga bulan sekali pasien PRB perlu melakukan rujukan kembali kepada Dokter Spesialis/Sub Spesialis di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan untuk melihat perkembangan kondisi dari pasien dan dapat melakukan perubahan jenis ataupun dosis obat jika diperlukan.(21)

Berdasarkan Open Data Jawa Barat, terdapat 63 Rumah Sakit milik Pemerintah Kab/Kota pada Jawa Barat dan 262 Rumah Sakit milik Swasta.(22,23) Dalam penanganan hipertensi kepemilikan faskes asal rujuk balik terbanyak adalah Faskes milik Pemerintah Kabupaten/Kota dan memiliki selisih yang sedikit dengan Faskes milik Swasta. Hal ini berarti bahwa pemanfaatan fasilitas pelayanan BPJS di Rumah Sakit milik Pemerintah Kab/Kota lebih tinggi dari Rumah Sakit milik Swasta. Semua pasien hipertensi pada penelitian ini dirujuk balik dari rumah sakit yang 31,7% proporsinya adalah RS kelas B, dan 56,6% dirujuk oleh Internis. Hipertensi merupakan penyakit metabolik yang kompetensi utamanya dari penyakit dalam (internis), sedangkan hipertensi yang ditangani pada Spesialis/Sub spesialis lain adalah kasus-kasus komplikasi seperti kelainan jantung dan stroke, atau pada kasus yang menjadi penyulit pada keadaan lain seperti pada kehamilan. Sehingga pada penelitian ini terdapat 16 poli asal rujukan yang menangani kasus hipertensi, namun proporsi terbesar pada Internis.(24)

Tabel 3. Diagnosis Hipertensi (Tertimbang)

Kode dan Nama Diagnosis	Diagnosis (n) = 80.840 N (%)
I10: <i>Essential (primary) hypertension</i>	23.695 (29,3)
I11: <i>Hypertensive heart disease</i>	35.824 (44,3)
I12: <i>Hypertensive renal disease</i>	706 (0,9)
I13: <i>Hypertensive heart and renal disease</i>	974 (1,2)
I15: <i>Secondary hypertension</i>	9.848 (12,2)
<i>Other hypertension (I67, O10, O11, O13, O14, O15, O16, dan P00)</i>	9.794 (12,1)
Status Pulang	N (%)
Rujuk Lanjut	80.840 (100,0)

Tabel 3 menunjukkan diagnosis hipertensi peserta JKN di FKTP Kapitasi Jawa Barat berdasarkan kategori ICD 10. Terdapat tiga belas kategori diagnosis hipertensi yang tercantum

dalam kolom diagnosis pasien yang mendapat layanan di FKTP Kapitasi di Jawa Barat, dengan dua diagnosis terbanyak, yaitu: *Hypertensive heart disease* (44,3%) dan *Essential (primary) hypertension* (29,3%), seluruh pasien hipertensi yang berobat pada FKTP Jawa Barat, menjalani rujuk lanjut ke rumah sakit.

Hipertensi yang kronik pada jangka panjang akan mengakibatkan komplikasi, terutama pada organ yang paling berperan dengan proses kompensasi yaitu jantung.(25) *Hypertensive heart disease* merupakan salah satu komplikasi dari hipertensi esensial, yang dapat dikarenakan penanganan yang kurang baik saat pasien masih dengan diagnosis hipertensi esensial. Hasil penelitian I Ketut Gama (2014) di Puskesmas Payangan menyimpulkan bahwa semakin lama pasien menderita hipertensi maka tingkat kepatuhan dalam mengkonsumsi obat menjadi semakin rendah, hal ini diakibatkan banyak penderita yang akan merasa bosan dalam mengkonsumsi obat-obatan antihipertensi secara rutin.(26) Sedangkan pada pasien yang memiliki penyakit kronis membutuhkan pengobatan rutin secara terus menerus. Sehingga pada pasien hipertensi yang penanganannya di FKTP belum cukup baik dapat menyebabkan komplikasi. Pasien yang mengalami komplikasi, urgensi, dan tidak menunjukkan kemajuan untuk sembuh memerlukan penanganan FKRTL sehingga membutuhkan surat rujukan dari FKTP.(27)

Namun, dengan hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa proporsi terbesar adalah *Hypertensive heart disease* yang merupakan komplikasi, dapat dicurigai dengan adanya kecurangan atau *fraud*. Berdasarkan penelitian Dewi, dkk (2019) di Kota Denpasar menyatakan bahwa pada pembayaran kapitasi banyak terjadi *fraud*. Pembayaran kapitasi adalah pembayaran peserta JKN yang menjadi tanggungan FKTP, tanpa memperhatikan frekuensi ataupun jumlah pelayanan yang akan didapatkan. Kurangnya pelayanan di FKTP karena dokter berasumsi bahwa pembayaran tidak produktif dan mengurangi pendapatan, sehingga terjadi *fraud* dengan penulisan kode diagnosis yang dapat dirujuk.(27) *Fraud* dapat terjadi juga karena pihak pasien yang meminta untuk dirujuk. Pada penelitian Dewi, dkk (2019) di Kota Denpasar menemukan bahwa pasien merasa sudah membayar dan terbiasa untuk berobat langsung ke dokter sub spesialis/ spesialis atau lebih mempercayai kompetensi dokter sub spesialis/spesialis, sehingga dari pihak pasien ingin mendapatkan fasilitas yang lebih baik. Padahal hipertensi merupakan penyakit yang masih bisa ditangani di FKTP. Pada pasien yang meminta dirujuk maka akan ada dokter yang

mempertahankan untuk penanganannya tetap di FKTP, tetapi ada dokter yang tidak mau berdebat dengan pasien sehingga menuruti keinginan pasien agar dirujuk. Diharapkan pada pelayanan FKTP dapat dilakukan secara tepat, cepat dan meningkatkan kualitas pelayanan sehingga pasien hipertensi yang melakukan pengobatan di FKTP Jawa Barat merasa nyaman dan mempercayai kompetensi dokter pada layanan primer.(27)

Pada data sampel BPJS Kesehatan tahun 2015-2016 diagnosis *Essential (primary) hypertension* memiliki proporsi yang besar pada pelayanan FKTP se-Indonesia dan menempati urutan ketiga.(12) Hal ini membuktikan bahwa Jawa Barat juga memiliki proporsi yang besar pada diagnosis *Essential (primary) hypertension* di FKTP yaitu 29,3%. Pada penelitian ini hipertensi esensial lebih tinggi proporsinya dari pada hipertensi sekunder, didukung dengan teori yang menyatakan bahwa prevalensi hipertensi esensial sebesar 90-95%, sedangkan pada hipertensi sekunder hanya 5-10% dari seluruh kasus hipertensi.(2,28,29)

Limitasi penelitian ini yaitu pada peneliti dapat terjadi interpretasi yang tidak tepat dan terbatasnya panduan mengenai data yang tidak ada informasinya.

KESIMPULAN

Proporsi pasien hipertensi di FKTP Kapitasi Jawa Barat adalah 3,5%. Peserta dengan jenis kelamin perempuan dan atau pada usia 55-64 tahun merupakan kelompok terbesar penderita hipertensi. Pasien dengan segmen PPU paling banyak menggunakan fasilitas kesehatan yang ada pada faskes primer. Segmentasi peserta JKN saling berkaitan dengan kelas premi, yang akan menentukan pelayanan serta fasilitas apa saja yang diterima oleh pasien. Seluruh pasien hipertensi yang berobat pada FKTP Kapitasi merupakan pasien rujuk balik dari FKRTL. Diagnosis yang paling banyak ditemukan adalah *Hypertension heart disease*. Hal ini memperlihatkan perlunya upaya pencegahan komplikasi pada penderita hipertensi yang dapat dikerjakan di FKTP, baik berupa pengobatan yang adekuat, edukasi yang baik maupun penapisan dini.

SARAN

Data sampel BPJS tahun 2018-2019 telah diumumkan, perbandingan kondisi tahun 2015-2016 dengan kondisi terkini akan memperlihatkan masalah apa yang sudah teratasi dan masalah apa yang masih memerlukan penanganan lebih lanjut.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kjeldsen SE. Hypertension and Cardiovascular risk: General aspect [Internet]. National Center for Biotechnology Information (NCBI). 2018 [cited 2020 Aug 12]. p. 1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29127059/>
2. Sherwood L. Human Physiology: From Cells to Systems. 6th ed. Walker J, editor. Boston, Massachusetts: Cengage Learning; 2016. 365–367 p.
3. Hall JE. Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology. 13th ed. Philadelphia: Elsevier, Inc.; 2016. 174 p.
4. Kemenkes RI. Laporan Nasional Riskesdas 2018 [Internet]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan; 2019. p. 156. Available from: http://labdata.litbang.kemkes.go.id/images/download/laporan/RKD/2018/Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.pdf
5. Dinkes Jabar. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Barat Tahun 2016. Bandung: Dinas Kesehatan Jawa Barat; 2016. p. 189.
6. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Teknis Penemuan dan Tatalaksana Penyakit Hipertensi [Internet]. Jakarta: Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular Subdit Pengendalian Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah; 2013. p. 7. Available from: <http://p2ptm.kemkes.go.id/dokumen-p2ptm/pedoman-teknis-penemuan-dan-tatalaksana-hipertensi>
7. CDC. Know Your Risk for High Blood Pressure [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2020 [cited 2020 Jun 27]. p. 1. Available from: https://www.cdc.gov/bloodpressure/risk_factors.htm
8. Rasajati QP, Raharjo BB, Ningrum DNA. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Pengobatan Pada Penderita Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Kedungmundu Kota Semarang. Public Health [Internet]. 2015;3(1):17, 22. Available from: <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/ujph>
9. BPJS Kesehatan. Panduan Layanan Bagi Jaminan Kesehatan Nasional Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS). Jakarta Pusat: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan; 2018. p. 45–18.
10. Widarsa dr. IKT, MPH. Keberadaan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Fak Kedokt Univ Udayana [Internet]. 2017;5. Available from: https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_penelitian_1_dir/7a2344cae3043da3ad97bd0c1859c09f.pdf

11. BPJS Kesehatan. Panduan praktis Prolanis (Program pengelolaan penyakit kronis) [Internet]. Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan; 2014. p. 5, 7. Available from: <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/06-PROLANIS.pdf>
12. Ariawan I, Sartono B, Jaya C, Mawardi J, Sodik J, Baros WA, et al. Data Sampel BPJS Kesehatan Tahun 2015-2016. Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan; 2016. p. 16.
13. Juwita P. Ketepatan Klasifikasi Metode Regresi Logistik Dan Chaid Dengan Pembobotan Sampel [Internet]. Semarang: Universitas Negeri Semarang; 2017. p. 7. Available from: <http://lib.unnes.ac.id/id/eprint/32212>
14. Kemenkes RI. Hipertensi. Jakarta: Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas); 2017. p. 5.
15. Wahyudi CT. 14 Chandra Tri Wahyudi, Diah Ratnawati dan Sang Ayu Made. J JKFT Univ Muhammadiyah Tangerang. 2017;14–28.
16. Lesmana TC, Wulandari DA. Pemilihan Kelas BPJS Pekerja Bukan Penerima Upah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. J Kesehat Masy [Internet]. 2020;13(02):271–3, 275, 276, 278. Available from: <http://jurnal.stikeswirahusada.ac.id/jkm/article/view/282/201>
17. Oktora SI, Wulansari IY, Ermawan GY. Analysis Of Risk for Class Shifting And Determinants of BPJS Kesehatan Membership Using Generalized Ordered Logit-Unconstrained Partial Proportional Odds Model. J Ekon Kesehat Indones [Internet]. 2020;4(2):1, 4. Available from: <http://journal.fkm.ui.ac.id/jurnal-eki/article/view/3390>
18. Saputra D. Analisis Pertumbuhan Ekonomi dan Tingkat Ketimpangan Antar Kabupaten/ Kota di Provinsi Jawa Barat. Ekon Kesehat Indones. 2016;2(1):2–3.
19. Azmi N, Karim D, Nauli FA. Gambaran Kualitas Hidup Lansia Dengan Hipertensi di Wilayah Kerja Puskesmas Sidomulyo Kecamatan Tampan Pekanbaru. 2018;5(2):443.
20. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2004 (Sistem Jaminan Sosial Nasional) [Internet]. 2004 p. 5. Available from: https://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/assets/uploads/tiny_mce/PERATURAN/09012015_101126_uu_40_04_jamnas.pdf
21. BPJS Kesehatan. Panduan Praktis Program Rujuk Balik [Internet]. Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan; 2014. p. 5, 9, 13, 14. Available from: <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/dmdocuments/07-Program Rujuk Balik.pdf>
22. Open Data Jawa Barat. Daftar Rumah Sakit Milik Pemerintah di Provinsi Jawa Barat. Open Data Jawa Barat. 2020.
23. Open Data Jawa Barat. Daftar Rumah Sakit Milik Swasta di Provinsi Jawa Barat. Open Data Jawa Barat. 2020.
24. Ketua Konsil Kedokteran Indonesia. Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia. Standar Pendidik Dr Spes Penyakit Dalam [Internet]. 2017;(4):77–9, 83–5, 95. Available from: http://www.kki.go.id/assets/data/arsip/Peraturan_Konsil_Kedokteran_Indonesia_Nomor_48_Tahun_2017.pdf
25. Achmad C, Martanto E, Aprami TM, Purnomowati A, Soedjana Ningrat RRF, Febrianora M. Indeks Massa Ventrikel Kiri dengan Disfungsi Diastole pada Pasien Konsentrik Penyakit Jantung Hipertensi. Glob Med Heal Commun. 2017;5(1):71.
26. Gama IK, Sarmadi IW, Harini I. Faktor penyebab ketidakpatuhan kontrol penderita hipertensi. J Keperawatan Politek Kesehat Denpasar [Internet]. 2014;1:4–7. Available from: http://www.poltekkes-denpasar.ac.id/files/JURNAL_GEMA_KEPERAWATAN/DESEMBER_2014/ARTIKEL_I_Ketut_Gama_dkk_2.pdf
27. Dewi NM., Hardy IPD., Sugianto M. Gambaran Pencapaian Indikator Kapitasi Berbasis Komitmen Pelayanan (KBKP) di Klinik Kimia Farma Diponegoro Kota Denpasar. Pros Sintesa [Internet]. 2019;161, 162, 168. Available from: <https://www.jurnal.undhirabali.ac.id/index.php/sintesa/article/view/832>
28. Widmaier EP, Raff H, Strang KT. Vander's Human Physiology THE MECANISM OF BODY FUNCTION [Internet]. 14th ed. McGraw-Hill Education. New York: Mc Graw Hill Education; 2016. 421 p. Available from: <https://books.google.com/books?id=R9EHQgAACAAJ&pgis=1>
29. Staeling EH, Jodrell J. Principles of Human Physiology. 5th ed. Scharf S, editor. Vol. 5, Southern Medical Journal. United States of America: Pearson Education; 2013. 425 p

FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN PEDULI REMAJA (PKPR): SEBUAH KAJIAN LITERATUR

ASSOCIATE FACTORS OF ADOLESCENT FRIENDLY HEALTH SERVICE UTILIZATION: A LITERATURE REVIEW

Muhammad Salman Ali Muzaky¹, Izzatul Arifah²*

^{1,2}Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta

ABSTRAK

Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) diselenggarakan dengan tujuan untuk menyediakan pelayanan khusus yang berkualitas untuk remaja agar mampu menghindarkan remaja dari masalah kesehatan. Akan tetapi cakupan pemanfaatan pelayanan PKPR dinilai masih rendah. Penelitian ini bertujuan menganalisis faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan PKPR dan melihat cakupan/prevalensi pemanfaatan pelayanan PKPR. Metode yang digunakan pada penelitian ini adalah literatur review. Pencarian artikel dengan menggunakan kata kunci "PKPR", "Adolescent", "Health Service" pada mesin pencarian Google Scholar dengan kriteria inklusi artikel full teks terindeks minimal sinta 6 atau scopus, artikel bahasa indonesia/inggris yang terbit pada rentang tahun 2014-2020. Berdasarkan 5 artikel yang didapatkan dan dikaji, hasil analisis menunjukkan bahwa variabel yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan PKPR adalah Faktor Predisposing (usia, pengetahuan, sikap, sosial budaya dan akseptabilitas), Faktor Enabling (variabel aksesibilitas, dukungan sekolah, dukungan keluarga, dukungan teman sebaya, peran petugas, tarif, fasilitas), dan Faktor Need factor (Variabel kebutuhan). Cakupan pemanfaatan layanan PKPR di setiap daerah masih < 50% yaitu dengan persentase terendah yaitu 26,4% dan persentase tertinggi yaitu 46,9%. Penelitian selanjutnya perlu dilakukan untuk menggali faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan PKPR, terutama faktor petugas kesehatan dan dukungan sekolah yang belum banyak digali. Perlu pula dilakukan penelitian pada lingkup yang lebih luas.

Kata kunci: Remaja; PKPR; Pemanfaatan; Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja

ABSTRACT

Adolescent Friendly Health Service (AFHS) was a service that aimed to provide quality services in order to prevent adolescents' health problems. However, the utilization of PKPR services is still considered low. This study aims to analyze the factors related to the utilization of PKPR services and describe the coverage/prevalence of the use of PKPR services. The method used in this study is a literature review. Search for articles using the keywords "PKPR", "Adolescent", "Health Service" on the Google Scholar search engine with inclusion criteria for full-text articles indexed at least Sinta 6 or Scopus, Indonesian/English articles published in the 2014-2020 range. Based on the 5 articles obtained and reviewed, the results of the analysis show that the variables related to the use of PKPR services are predisposing factors (age, knowledge, attitudes, socio-cultural and acceptability), enabling factors (accessibility variables, school support, family support, peer support, the role of health officers, fee of service, facilities), and need factor (variable needs). The coverage of PKPR service utilization in each region is still <50%, with the lowest percentage being 26.4% and the highest percentage being 46.9%. Further research needs to be done to explore factors related to the use of PKPR, especially the factors of health workers and school support which have not to gain much attention. It is also necessary to conduct research on a wider scope.

Keywords: adolescents; PKPR; utilization; health service; adolescent-friendly health service

PENDAHULUAN

Remaja merupakan faktor penting dalam pembangunan suatu bangsa dimana remaja akan menjadi aset dan potensi untuk kemajuan bangsa di masa depan. Fase remaja merupakan fase perkembangan secara fisik, intelektual, emosional, sosial dan terjadi peningkatan kebutuhan akan kebebasan dan perkembangan seksualitas sehingga dapat menimbulkan masalah kesehatan pada remaja (1). Di Indonesia faktor risiko utama masalah kesehatan pada remaja adalah kebiasaan merokok, gizi tidak seimbang, kurang aktifitas fisik, *hygiene* dan sanitasi individu, depresi/stress, konsumsi obat-obatan terlarang dan konsumsi minuman beralkohol (2). Bila

masalah tersebut tidak dapat segera diselesaikan akan mempengaruhi tumbuh kembang dari remaja di Indonesia.

Untuk menangani permasalahan pada remaja di Indonesia pada tahun 2003 Indonesia membuat layanan kesehatan remaja yaitu Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). PKPR adalah pelayanan kesehatan yang tersedia di Puskesmas dengan mengadopsi kriteria pelayanan ramah remaja WHO, yaitu dapat dijangkau oleh remaja, menyenangkan, menerima remaja dengan tangan terbuka, menghargai remaja, menjaga kerahasiaan, peka akan kebutuhan terkait dengan kesehatannya, serta efektif dan efisien dalam memenuhi kebutuhan tersebut (3).

Pada tahun 2018 persentase puskesmas yang telah menyelenggarakan kegiatan kesehatan remaja di seluruh Indonesia adalah sebesar 62,08%, persentase tersebut sudah mencapai target nasional yang sebesar 40% (4). Akan tetapi data nasional tentang cakupan akses remaja terhadap program PKPR sampai saat ini belum ada. Penelitian dari Violita dan Hadi (2019) tentang pemanfaatan PKPR di Makassar menunjukkan bahwa hanya 24,3% siswa yang memanfaatkan layanan kesehatan reproduksi remaja (5). Sementara penelitian Rahmawati (2016) tentang pemanfaatan PKPR di kota Surabaya menyebutkan bahwa dari 130 respondennya 37 remaja (28,47%) memanfaatkan poli PKPR di Puskesmas Kota Surabaya. Berdasarkan beberapa penelitian di atas menunjukan bahwa cakupan remaja yang mengakses program PKPR di Indonesia masih rendah (6).

Rendahnya remaja yang mengakses pelayanan tersebut berdampak pada kurangnya efektifitas program dalam menangani masalah kesehatan remaja. Berdasarkan data SDKI Remaja (2017) menunjukkan perilaku berisiko pada remaja masih terjadi peningkatan. Contohnya adalah persentase pria belum kawin 15-19 tahun yang mulai merokok sebelum umur 15 tahun meningkat dari 52 persen dalam SDKI 2007 menjadi 57 persen dalam SDKI 2017, kehamilan tidak diinginkan yang dilaporkan oleh wanita kelompok umur 15-19 adalah 16% atau dua kali lebih besar jika dibandingkan dengan kelompok umur 20-24 yaitu 8% (7).

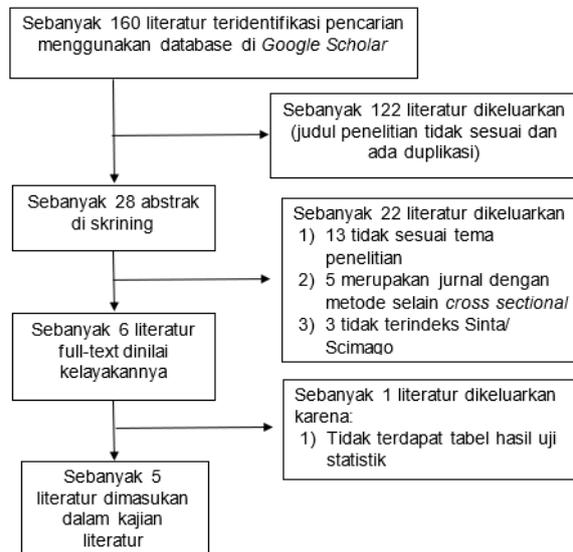
Cakupan pemanfaatan yang rendah pada pelayanan PKPR dipengaruhi oleh beberapa faktor, teori Andersen dan Newman (2005) mengenai *individual determinants of health service utilization* menggambarkan model perilaku pemanfaatan layanan kesehatan individu di pengaruhi oleh 3 faktor yaitu faktor *predisposing* (demografi, kultur sosial, keyakinan), faktor *enabling* (keluarga, komunitas) dan faktor tingkat penyakit (*Perceived, Evaluated*) (8). Berdasarkan Studi terdahulu mengenai pemanfaatan pelayanan PKPR di puskesmas menunjukkan faktor yang berhubungan yaitu pengetahuan, sikap, dukungan keluarga, paparan informasi, *perceived susceptibility, benefit, barrier* ((9) (10)).

Melihat dari teori dan hasil penelitian tersebut dapat dilihat bahwa dalam pelaksanaan program PKPR banyak faktor yang dapat mempengaruhi. Penelitian-penelitian yang dilakukan tentang pemanfaatan layanan PKPR oleh remaja masih banyak dilakukan dengan pendekatan kualitatif. ((11), (12), (13), (14), (15)). Sementara itu penelitian kuantitatif masih jarang dilakukan. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan kajian literatur berdasarkan penelitian yang

sudah ada tentang topik pemanfaatan pelayanan PKPR dengan tujuan menggambarkan faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan PKPR berdasarkan kerangka teori Andersen dan Newman tentang *individual determinants of health service utilization*, dan tujuan tambahan yaitu melihat cakupan/prevalensi pemanfaatan PKPR.

METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan dalam *literatur review* ini menggunakan strategi dengan cara berurutan dimulai dari pencarian artikel dalam database jurnal penelitian, hingga meninjau ulang artikel. Mesin pencarian artikel yang digunakan yaitu *Google Scholar* dengan kata kunci "PKPR", "faktor", "pemanfaatan", "remaja", "Adolescents", "health service". Kriteria inklusi dari artikel publikasi yang diambil adalah artikel merupakan artikel penelitian dengan variabel terikat akses/pemanfaatan pelayanan PKPR di Indonesia yang dituliskan dalam bahasa Indonesia atau Bahasa Inggris, artikel diterbitkan antara tahun 2014-2020, metode penelitian menggunakan observasional dengan pendekatan *cross sectional*, jurnal terindeks minimal Sinta 6 atau Scopus, dan artikel dapat di akses *full teks* dan ber-ISSN (*International Standard Serial Number* atau Standar Internasional Nomor Majalah) dan kriteria eksklusinya yaitu artikel tidak menampilkan hasil uji statistik dalam bentuk tabel dengan alur review jurnal sebagai berikut:



Gambar 1. Alur review jurnal

Sehingga ada 5 jurnal terpilih dari 160 jurnal yang ditemukan, selanjutnya jurnal yang telah diperoleh kemudian ditelaah, disusun secara sistematis, dan dibandingkan satu sama lain.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Demografi

Tabel 1 menampilkan informasi mengenai karakteristik demografi dari sampel lima penelitian yang digunakan meliputi jenis kelamin, usia, dan lokasi penelitian. Berdasarkan tabel 1, lima penelitian yang digunakan dalam kajian literatur ini ada empat penelitian yang dilakukan di daerah

perkotaan dan satu penelitian dilakukan di pedesaan. Berdasarkan artikel yang digunakan menunjukkan bahwa sebagian besar responden penelitiannya adalah perempuan dengan kelompok umur paling banyak yaitu 16-19 tahun. Ada satu penelitian yang tidak mencantumkan/menulis data mengenai jenis kelamin dan usia yaitu Witari (2014).

Tabel 1. Hasil analisis karakteristik responden

Karakteristik Demografi	Penulis				
	Witari (2014)	Dafroyanti (2017)	Kristina (2017)	Ruwadya (2017)	Violita (2019)
Jenis Kelamin	Tidak ditulis				
Laki-laki		48	200	35	122
Perempuan		62	139	61	261
Usia	Tidak ditulis				
10-13 Tahun		1	0	42	0
14-15 Tahun		77	60	54	34
16-19 Tahun		4	333	0	349
Lokasi Penelitian	Tegallalang (Bali)	Kota Kupang	Kota Jayapura	Kota Jambi	Makassar

Sumber: (16), (17), (18), (19), (5)

METODE PENELITIAN

Rancangan penelitian yang digunakan pada 5 artikel pada kajian literatur ini adalah penelitian observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Tabel 2 menampilkan informasi mengenai metode penelitian yang digunakan oleh lima penelitian meliputi penulis dan tahun, teknik *sampling*, populasi, sampel, variabel bebas dan uji statistik.

Tabel 2 menunjukan bahwa dari tiga penelitian yang menampilkan teknik *sampling* menunjukkan teknik yang digunakan yaitu *random sampling* dengan jenis yang berbeda-beda. Sampel yang diambil dalam lima penelitian tersebut > 50 orang. Uji statistik yang digunakan pada 3 penelitian yaitu Univariat, bivariat (*chi-square*), dan multivariat (regresi logistik) sedangkan 2 penelitian hanya menggunakan univariat dan bivariat (*chi-square*).

Tabel 2. Hasil analisis metode penelitian

Penulis Pertama, tahun	Teknik <i>Sampling</i>	Populasi	Sampel	Variabel Bebas	Uji Statistik
Witari, 2014	<i>Systematic random sampling</i>	4725 Remaja di wilayah kerja Puskesmas	84 Orang	Pengetahuan, sikap, kebutuhan remaja, akses (keterjangkauan) dan penerimaan keluarga	Univariat, bivariat (<i>chi-square test</i>) dan multivariat (regresi logistik)
Dafroyanti, 2017	<i>Simple random sampling</i>	Tidak ditulis	110 Remaja	Akses dan akseptabilitas pelayanan kesehatan. V.pengganggu: kebutuhan remaja, sikap remaja, dan harapan remaja	Univariat, bivariat (<i>chi-square</i>)
Kristina (2017)	Tidak ditulis	4010 Siswa dari 5 SMA/K	393 Siswa	Kelompok umur, jenis kelamin, agama, status tempat tinggal, uang saku, sosial budaya, persepsi remaja tentang jarak layanan PKPR, tarif layanan, petugas pelayanan (Pelayanan Konsep Youth Friendly), fasilitas, pengetahuan responden, sikap, kebutuhan.	Bivariat (<i>chi-square</i>), Multivariat (Uji Regresi Logistik)
Ruwadya (2017)	<i>One stage cluster random sampling</i>	583 Orang siswa SMPN 19 kota Jambi	96 Siswa	Pengetahuan, persepsi, sarana prasarana, dukungan sekolah peran petugas	Univariat, bivariat (<i>chi-square</i>)
Violita (2019)	Tidak ditulis	Siswa 6 SMA/SMK di kecamatan yang menyediakan layanan Kesehatan remaja.	372 Siswa	Pengetahuan, persepsi kerentanan, persepsi keparahan dan keseriusan, persepsi manfaat, hambatan yang dirasakan, dukungan keluarga, dukungan teman sebaya	Univariat, Bivariat (<i>Chi-square</i>), Multivariat (regresi logistik)

Sumber: (16), (17), (18), (19), (5)

Persentase Pemanfaatan Layanan PKPR

Tabel 3 menampilkan informasi mengenai persentase pemanfaatan layanan PKPR oleh dari 5 penelitian yang digunakan dalam kajian literatur

ini. Hasilnya adalah dari 5 penelitian, persentase pemanfaatan PKPR < 50 % dari responden penelitian.

Tabel 3. Persentase pemanfaatan layanan PKPR oleh remaja

Witari (2014)	Dafroyanti (2017)	Kristina (2017)	Ruwadya (2017)	Violita (2019)
38% Remaja memanfaatkan	26,4% Remaja memanfaatkan	43% Remaja memanfaatkan	46,9% Remaja memanfaatkan	24,3% Remaja memanfaatkan

Sumber: (16), (17), (18), (19), (5)

Hasil Analisis Bivariat

Tabel 4 menunjukkan hasil analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan layanan PKPR bivariat dari 5 artikel penelitian. Variabel yang dibahas ≥ 2 peneliti yaitu variabel pengetahuan, sikap, kebutuhan remaja, akses,

dan peran petugas dengan variabel sikap, akses dan peran petugas memiliki hubungan dengan pemanfaatan PKPR ($p < 0,05$) dan untuk variabel pengetahuan dan kebutuhan remaja mendapatkan hasil yang berbeda dalam setiap penelitian.

Tabel 4. Hasil analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan layanan PKPR

Variabel Bebas	Witari (2014)	Dafroyanti (2017)	Kristina (2017)	Ruwadya (2017)	Violita (2019)
Pengetahuan	$p = 0,043 (< 0,05)$	-	$p = 0,002 (< 0,05)$	$p = 0,570 (> 0,05)$	$p = 0,010 (< 0,05)$
Sikap	$p = 0,047 (< 0,05)$	$p = 0,03 (< 0,05)$	$p = 0,006 (< 0,05)$	-	-
Kebutuhan remaja	$p = 0,177 (> 0,05)$	$p = 0,037 (< 0,05)$	$p = 0,104 (> 0,05)$	-	-
Akses	$p = 0,018 (< 0,05)$	$p = 0,00 (< 0,05)$	-	-	-
Penerimaan keluarga	$p = 0,042 (< 0,05)$	-	-	-	-
Akseptabilitas	-	$p = 0,01 (< 0,05)$	-	-	-
Harapan remaja	-	$p = 0,04 (< 0,05)$	-	-	-
Persepsi	-	-	-	$p = 0,438 (> 0,05)$	-
Variabel Bebas	Witari (2014)	Dafroyanti (2017)	Kristina (2017)	Ruwadya (2017)	Violita (2019)
Sarana prasarana	-	-	-	$p = 0,825 (> 0,05)$	-
Dukungan sekolah	-	-	-	$p = 0,005 (< 0,05)$	-
Peran Petugas	-	-	$p = 0,043 (< 0,05)$	$p = 0,000 (< 0,05)$	-
Persepsi kerentanan	-	-	-	-	$p = 0,977 (> 0,05)$
Persepsi Keparahan dan Keseriusan	-	-	-	-	$p = 1,289 (> 0,05)$
Persepsi manfaat	-	-	-	-	$p = 1,000 (> 0,05)$
Hambatan yang dirasakan	-	-	-	-	$p = 0,664 (> 0,05)$
Dukungan keluarga	-	-	-	-	$p = 0,018 (< 0,05)$
Dukungan teman sebaya	-	-	-	-	$p = 0,000 (< 0,05)$
Usia	-	-	$p = 0,037 (< 0,05)$	-	-
Jenis kelamin	-	-	$p = 0,067 (> 0,05)$	-	-
Agama	-	-	$p = 0,086 (> 0,05)$	-	-
Status tempat tinggal	-	-	$p = 0,085 (> 0,05)$	-	-
Uang saku	-	-	$p = 0,000 (< 0,05)$	-	-
Sosial budaya	-	-	$p = 0,001 (< 0,05)$	-	-
Jarak	-	-	$p = 0,657 (> 0,05)$	-	-
Tarif	-	-	$p = 0,047 (< 0,05)$	-	-
Fasilitas	-	-	$p = 0,046 (< 0,05)$	-	-

Sumber: (16), (17), (18), (19), (5)

Hasil Analisis Multivariat

Berdasarkan artikel yang di kaji dari lima penelitian terdapat tiga penelitian yang melakukan uji multivariat. Pertama adalah penelitian Witari (2014) dengan hasil menunjukkan variabel akses (keterjangkauan) merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan PKPR dengan $p = 0,021$ dan $OR = 3,523$ (16). Selanjutnya penelitian (Kristina, 2017) dengan hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa variabel yang paling mempengaruhi pemanfaatan

layanan PKPR adalah variabel petugas ($p = 0,006$ dan $OR = 8.292$) dan kebutuhan ($p = 0,011$ dan $OR = 2,739$) (18). Penelitian terakhir yang melakukan uji multivariat adalah penelitian Violita (2019) dengan hasil analisis membuktikan bahwa pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan layanan yang tersedia paling mempengaruhi pemanfaatan pelayanan PKPR dengan nilai $p = 0,035$ dan $OR = 1,740$ (5).

Tabel 5. Hasil analisis multivariat

Variabel Bebas	Witari (2014)	Kristina (2017)	Violita (2019)
Pengetahuan	$p = 0,675$, $OR = 1,259$ dan $CI = 0,429-3,696$	$p = 0,015$, $OR = 0,563$ dan $CI = 0,355-0,894$	$p = 0,035$, $OR = 1,740$ dan $CI = 1,040-2,911$
Sikap	$p = 0,056$, $OR = 2,842$ dan $CI = 0,975-8,289$	$p = 0,015$, $OR = 0,568$ dan $CI = 0,360-0,896$	-
Kebutuhan remaja	$p = 0,478$, $OR = 1,461$ dan $CI = 0,513-4,164$	$p = 0,011$, $OR = 2,739$ dan $CI = 1,259-5,962$	-
Akses	$p = 0,021$, $OR = 3,523$ dan $CI = 1,211-10,244$	-	-
Penerimaan keluarga	$p = 0,042$, $OR = 2,067$ dan $CI = 0,691-6,176$	-	-
Peran Petugas	-	$p = 0,006$, $OR = 8.292$ dan $CI = 1,828-37,615$	-
Dukungan keluarga	-	-	$p = 0,129$, $OR = 1,577$ dan $CI = 0,875-2,843$
Dukungan teman sebaya	-	-	$p = 0,055$, $OR = 1,664$ dan $CI = 0,988-2,802$
Status tempat tinggal	-	$p = 0,002$, $OR = 2,591$ dan $CI = 1,412-4,755$	-
Uang saku	-	$p = 0,000$, $OR = 0,406$ dan $CI = 0,249-0,662$	-
Sosial budaya	-	$p = 0,003$, $OR = 0,505$ dan $CI = 0,324-0,787$	-
Tarif	-	$p = 0,048$, $OR = 1,938$ dan $CI = 1,004-3,741$	-

Sumber: (16), (18), (5)

Data mengenai pemanfaatan layanan PKPR di Indonesia pada saat ini masih belum tersedia, pada rencana strategis Kementerian Kesehatan tahun 2018 salah satu yang menjadi indikator yaitu Persentase puskesmas menyelenggarakan kegiatan kesehatan remaja akantetapi belum diikuti data persentase remaja yang mengakses atau memanfaatkan layanan PKPR, sehingga sampai saat ini belum diketahui berapa cakupan pelayanan PKPR secara nasional. Berdasarkan 5 penelitian yang digunakan pada kajian literatur ini didapatkan hasil bahwa persentase pemanfaatan layanan PKPR disetiap daerah masih < 50% yaitu dengan persentase terendah yaitu 26,4% (Dafroyanti,2017) dan persentase tertinggi yaitu 46,9% (Ruwadya,2017). Serta pada lima artikel pada kajian literatur ini tidak menjelaskan mengenai layanan PKPR yang tersedia dan dimanfaatkan oleh remaja, padahal jenis pelayanan yang tersedia pada setiap pelayanan kesehatan dapat mempengaruhi akses remaja, jenis pelayanan yang seharusnya tersedia dalam

PKPR adalah pemberian informasi dan edukasi, pelayanan klinis medis, konseling, pendidikan keterampilan hidup sehat (PKHS), pelatihan pendidik sebaya dan konselor sebaya, pelayanan rujukan, monitoring dan evaluasi.

Sebuah penelitian kuantitatif *cross-sectional* berbasis komunitas dilengkapi dengan penyelidikan kualitatif tentang pemanfaatan layanan ramah remaja dan faktor-faktor terkait di kalangan remaja di Kota Harar, Ethiopia timur dengan sampel sebanyak 845 remaja, ditemukan bahwa hampir 64% remaja sudah memanfaatkan layanan ramah remaja setidaknya sekali pada saat survey dilaksanakan (20). Sebuah studi *cross-sectional* terkait tentang pemanfaatan layanan kesehatan dan laporan kepuasan di kalangan remaja di Dejen, Ethiopia mengungkap bahwa sebanyak 313 (45,4%) remaja telah menggunakan layanan kesehatan selama satu tahun terakhir (21). Hasil penelitian lain tentang penilaian pengetahuan, akses dan pemanfaatan dari layanan kesehatan ramah remaja di District

Kumbungu, Ghana tercatat bahwa 54,2% telah memanfaatkan layanan PKPR (22).

Melihat hasil penelitian tersebut dapat diketahui jika dibandingkan dengan negara lain, pemanfaatan pelayanan PKPR di Indonesia masih dalam kategori rendah (<50%). Untuk itu perlu adanya penelitian lebih lanjut yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan PKPR, misalnya penelitian mengenai alasan mengapa cakupan pemanfaatan PKPR masih rendah dapat dilihat dari sisi remaja maupun petugas layanan ataupun penelitian mengenai cara efektif meningkatkan pemanfaatan pelayanan PKPR dengan metode pendekatan yang sesuai dengan karakteristik remaja.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan PKPR berdasarkan penelitian ini sangat banyak dan bervariasi, jika di kelompokkan dengan teori Andersen dan Newman maka dapat dikategorikan menjadi 3 yaitu faktor *Predisposing*, faktor *enabling* dan faktor *illness level (need factor)*.

1. Faktor *Predisposing*

Faktor *Predisposing* adalah faktor yang menggambarkan kecenderungan yang berbeda-beda dari setiap orang dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Faktor *predisposing* sangat berkaitan dengan karakteristik individu. Hasil penelitian faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan program PKPR dan masuk dalam faktor *predisposing* adalah usia, pengetahuan, sikap, sosial budaya dan akseptabilitas.

Berdasarkan penelitian Kristina (2017) di dapatkan hasil bahwa variabel usia berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan PKPR oleh remaja ($p=0,037$) (18). Hasil tersebut sesuai dengan penelitian Napit dkk (2020) di Bhaktapur district, Nepal dimana variabel usia adalah salah satu variabel yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan *adolescent-friendly services (AFS)* dengan rentang usia yang mendominasi menggunakan layanan adalah 15-19 tahun. Usia dapat mempengaruhi pemanfaatan pelayanan remaja dikarenakan setiap perkembangan usia pada manusia memiliki karakteristik yang berbeda-beda. Pada usia remaja terjadi perubahan baik secara fisik, kognitif maupun emosional. Perubahan kognitif pada remaja yaitu terjadi peningkatan kapasitas untuk menetapkan tujuan, perhatian pada nilai moral, berpikir tentang makna kehidupan, sedangkan untuk perubahan emosional pada remaja adalah rentan terhadap perubahan suasana hati, merasa canggung tentang perubahan tubuh, dan lebih mudah terpengaruh oleh lingkungan (23).

Penelitian mengenai sikap pada 3 penelitian ((Witari,2014), (Dafroyanti,2017), (Kristina,2017)) mendapatkan hasil bahwa sikap adalah salah satu

faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan PKPR. Sedangkan hasil analisis multivariatnya mendapatkan hasil yang berbeda dimana penelitian Witari (2014) menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan sedangkan pada penelitian Kristina (2017) menunjukkan adanya hubungan yang signifikan, perbedaan hasil tersebut dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor misalnya besarnya sampel, serta karakteristik sampelnya ((16), (18)). Hasil penelitian lain tentang sikap pada pemanfaatan pelayanan puskesmas menunjukkan adanya hubungan antara sikap dengan pemanfaatan pelayanan remaja dengan $P=0,000$ pada penelitian Juanidi dan Yunita (2015) dan $p=0,006$ pada penelitian Singal dkk (2018) ((25), (26)). Sikap remaja dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, menurut Gerungan (1982) dalam Suntoyo (2013) perkembangan sikap seseorang dapat melalui 3 cara yaitu dari asosiasi grup, pengalaman pribadi, dan kelompok lain yang berpengaruh. Secara garis besar sikap dibedakan atas 2 macam yaitu sikap positif dan sikap negatif. Sikap positif adalah sikap menyetujui, menerima atau menyenangkan. Sebaliknya, sikap negatif adalah sikap tidak menyetujui, menolak atau tidak menyenangkan (27).

Pada variabel pengetahuan dari 4 penelitian yang meneliti variabel tersebut, terdapat 3 penelitian yang menunjukkan adanya hubungan (<0,05) terhadap pemanfaatan layanan PKPR ((Witari,2014) (Kristina,2017), (Violita,2019)). Sedangkan hasil uji multivariat pada penelitian Violita (2019) dan Kristina (2017) menunjukkan adanya hubungan, sedangkan penelitian Witari (2014) menunjukkan tidak ada hubungan, perbedaan hasil analisis multivariat tersebut dapat disebabkan karena beberapa hal misalnya besarnya sampel dan karakteristik responden yang berbeda ((5). Hasil penelitian Cudjoe (2018) di Kumbungu distrik, Ghana menunjukkan hasil dimana pengetahuan terbukti memiliki hubungan dengan akses dan pemanfaatan *Adolescent Friendly Health Services (AFHS)* (22).

Pengetahuan tentang pelayanan PKPR dapat mempengaruhi remaja dalam pemanfaatan pelayanan PKPR untuk memeriksakan kesehatan maupun konseling. Tingkat pengetahuan mempunyai pengaruh terhadap penggunaan pelayanan PKPR. hal tersebut didukung oleh penelitian Winangsih (2015) dimana pengetahuan mengenai PKPR pada responden masih kurang, sehingga sebagian besar siswa tidak mengetahui bentuk pelayanan klinik dalam PKPR secara benar, hal tersebut mempengaruhi perilaku kesehatan mereka yaitu pemanfaatan pelayanan kesehatan di puskesmas, mereka tidak memanfaatkan pelayanan klinik tersebut dengan maksimal, sesuai

dengan laporan puskesmas dimana kunjungan siswa ke puskesmas kurang dari lima orang per bulan (11).

Variabel yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan PKPR selanjutnya adalah variabel akseptabilitas, hasil penelitian Dafroyanti (2017) menunjukkan adanya hubungan dengan nilai $p=0,01$ ($p<0,05$) (17). Pada penelitian lain mengenai akseptabilitas terhadap pemanfaatan pusat informasi dan konsultasi kesehatan reproduksi remaja (PIK-KRR) didapatkan hasil bahwa variabel akseptabilitas tentang PIK-KRR berhubungan dengan pemanfaatan PIK-KRR dengan nilai $p=0,0003$ (28). Penerimaan layanan PKPR dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, pada penelitian Dafroyanti (2017) menyebutkan remaja menerima adanya layanan PKPR karena membutuhkan pelayanan untuk mendapatkan informasi dan konsultasi, akan tetapi penerimaan tersebut terhambat karena adanya faktor sosial budaya dimana masyarakat memandang negatif terhadap remaja yang mengakses layanan PKPR. Hal tersebut diperkuat dengan penelitian Kristina (2017) dimana variabel sosial budaya adalah salah satu variabel yang berkaitan dengan pemanfaatan pelayanan PKPR ((17), (18)).

Pada penelitian lain mengenai faktor *social-cultural* yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan *adolescent-friendly services* (AFS) dengan mix metode diketahui bahwa variabel merasa malu mendapatkan layanan yang terkait dengan *sexual and reproductive health* (SRH) dan variabel takut terlihat saat mendapatkan layanan SRH berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan AFS. Penelitian menunjukkan bahwa para remaja yang takut terlihat saat menggunakan layanan dan yang merasa malu untuk menggunakan layanan tersebut kecil kemungkinannya menggunakan AFS. Peneliti menyebutkan bahwa mereka merasa tidak nyaman berbagi masalah SRH dengan orang tua, atau guru mereka. Mereka ditanamkan dengan konsep bahwa kesehatan seksual dan reproduksi adalah urusan pribadi dan tidak boleh dibahas secara terbuka dengan orang lain. Demikian pula, kebanyakan orang tua enggan membahas hal-hal terkait SRH dengan anak-anak mereka. Karena itu, remaja kurang memiliki pengetahuan dan informasi yang memadai tentang SRH dan layanan terkait. Selain itu, mereka merasa tidak nyaman menggunakan layanan karena sikap negatif dari populasi umum tentang SRH sebagai hasil dari budaya dan kepercayaan konvensional (23).

2. Faktor *Enabling*

Faktor *enabling* adalah faktor yang memungkinkan seseorang untuk bertindak

/ menggunakan pelayanan kesehatan, memungkinkan menyediakan sumber daya untuk memfasilitasi individu dalam mengakses suatu layanan. Pada lima penelitian yang digunakan dalam kajian literatur ini terdapat beberapa variabel yang merupakan faktor *enabling* dan terdapat hubungan dengan pemanfaatan pelayanan PKPR yaitu variabel akses, dukungan sekolah, dukungan keluarga, dukungan teman sebaya, peran petugas, tarif, fasilitas.

Variabel pertama yang berhubungan adalah variabel akses, dimana dari 2 peneliti yang meneliti variabel tersebut mendapatkan hasil adanya hubungan dengan nilai $p=0,018$ (Witari, 2018) dan $p=0,00$ (Dafroyanti, 2017) ((16), (17)). Hasil analisis multivariat pada penelitian Witari (2014) menunjukkan variabel akses (keterjangkauan) memiliki hubungan bermakna dimana remaja yang memiliki akses yang mudah 3 kali kemungkinannya untuk memanfaatkan PKPR (16). Hasil tersebut sesuai dengan penelitian Femi-Adebayo (2017) di Lagos State, Nigeria dimana faktor akses merupakan salah satu faktor yang berhubungan terhadap pemanfaatan *youth friendly facilities* (YFF) dengan nilai $p= < 0,001$, kemudahan akses akan berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan Kesehatan (29). Akses tidak hanya terbatas pada kedekatan fisik dan waktu tempuh ke pusat layanan, akan tetapi akses merupakan konstruk multidimensi yang terdiri dari lima elemen yaitu geografik/ fisik, ekonomi, administrasi, kognisi, dan psikososial (30).

Hasil penelitian selanjutnya yang berhubungan adalah variabel dukungan yang terdiri dari dukungan keluarga ($p=0,005$), teman sebaya ($p=0,000$) dan sekolah ($p=0,018$) ((19), (5)). Hasil tersebut sesuai dengan penelitian Adriana (2014) yaitu terdapat hubungan antara dukungan keluarga terhadap pemanfaatan fasilitas persalinan ($p<0,001$) dan penelitian Endang (2019) menyebutkan bahwa terdapat hubungan antara dukungan teman sebaya dengan tingkat kehadiran remaja di posyandu remaja ($p=0,010$) ((31), (32)).

Variabel dukungan yang ada pada penelitian ini belum sesuai dengan teori Andersen dan Newman dimana *enabling* pada faktor keluarga yang dimaksud adalah pendapatan, asuransi kesehatan dan akses sedangkan pada penelitian ini dukungan keluarga dan dukungan teman sebaya adalah dukungan dalam bentuk informasi. Akan tetapi informasi mengenai pelayanan PKPR juga merupakan hal yang penting dimana keluarga dan teman sebaya dapat menjadi sumber informasi agar remaja tau akan adanya pelayanan PKPR. Adanya dukungan tersebut berdampak positif bagi ilmu dan pengetahuan pemanfaatan pelayanan kesehatan reproduksi remaja. Oleh

karena itu, dukungan keluarga perlu ditingkatkan dengan memberikan program sosialisasi kepada orang tua remaja dan mendorong mereka untuk lebih terbuka dalam berdiskusi masalah kesehatan reproduksi anak-anak mereka dan dukungan teman sebaya perlu di tingkatkan karena pada kehidupan sehari-hari, sebagian besar remaja menghabiskan waktunya di sekolah bersama seusia mereka, sehingga teman sebaya yang menjadi kader / pendidik sebaya dapat lebih mendorong pemanfaatan remaja (5).

Variabel berikutnya adalah variabel peran petugas, berdasarkan penelitian Kristina (2017) dan Ruwadya (2017) didapatkan hasil bahwa peran petugas berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan PKPR ((18), (19)). Hasil analisis multivariat pada penelitian Kristina menunjukkan bahwa variabel petugas memiliki hubungan yang bermakna dengan hasil bahwa petugas yang bersahabat memberikan kesempatan remaja untuk memanfaatkan pelayanan PKPR 8 kali lebih besar dibandingkan petugas yang kurang bersahabat. Penelitian tersebut sesuai dengan penelitian mengenai peran petugas lainnya yaitu terdapat hubungan antara peran petugas dengan permintaan pelayanan kesehatan (33). Berdasarkan karakteristik AFHS dari WHO (2012) petugas AFHS harus memperlakukan semua klien remaja dengan rasa hormat yang sama tanpa memandang status, dan petugas AFHS harus mempunyai sifat tidak menghakimi, penuh perhatian dan mudah pendekatan ke remaja (34).

Variabel selanjutnya adalah variabel tarif, berdasarkan penelitian Kristina (2017) didapatkan hasil bahwa tarif layanan berhubungan dengan pemanfaatan PKPR dengan nilai $p=0,047$ (18). Hasil berbeda didapatkan pada penelitian Damayanti dkk (2017) dimana persepsi mengenai biaya pelayanan tidak berhubungan secara bermakna dengan permintaan terhadap pelayanan rawan jalan RSUD dr. R. Soetijono Blora dengan nilai $p=0,948$ (35). Perbedaan tersebut terjadi karena perbedaan karakteristik responden. Pada remaja hal yang menyebabkan remaja tidak mengakses PKPR dikarenakan tarif yang mahal, hal ini dikarenakan remaja belum memiliki kemampuan untuk memenuhi kebutuhannya diri sendiri (18).

Variabel yang terakhir yaitu variabel fasilitas, berdasarkan penelitian Kristina (2017) fasilitas berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan PKPR oleh remaja ($p=0,046$) (18). Pada penelitian Maghrifah (2017) mendapatkan hasil yang sama dimana variabel fasilitas kesehatan berhubungan dengan rencana pemanfaatan pelayanan persalinan (36). Kelengkapan fasilitas turut menentukan penilaian kepuasan pasien/

pengguna, menurut penelitian Winangsih (2015) salah satu faktor yang menghambat pemanfaatan layanan PKPR adalah sarana prasarana kurang lengkap, misalnya tidak ada ruang konseling khusus sehingga remaja kurang nyaman dan tidak dapat menjamin kerahasiaan responden (11).

3. *Illness level/ Need factor*

Faktor ini adalah persepsi kebutuhan dari seseorang terhadap penggunaan pelayanan kesehatan, dengan asumsi ada kecenderungan dan kemungkinan bahwa individu atau keluarga harus merasakan sakit agar mau menggunakan layanan kesehatan. Hasil analisis bivariat dari 5 jurnal yang termasuk dalam *need factor* adalah variabel kebutuhan remaja.

Pada variabel kebutuhan remaja, 2 dari 3 artikel yang membahas variabel tersebut menyatakan tidak ada hubungan antara kebutuhan remaja dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan dengan nilai $p=0,177$ (Witari, 2014) dan nilai $p=0,104$ (Kristina, 2017) ((16), (18)). Sedangkan penelitian Dafroyanti (2017) menyebutkan bahwa adanya hubungan antara kebutuhan remaja terhadap pemanfaatan pelayanan PKPR dengan nilai $p=0,037$ (17). Pada analisis multivariat mendapatkan 2 hasil yang berbeda dimana pada penelitian Witari (2014) menunjukkan tidak adanya hubungan sedangkan penelitian Kristina (2017) menunjukkan adanya hubungan, perbedaan hasil tersebut disebabkan karena adanya perbedaan jumlah sampel ((16), (18)). Penelitian lain tentang variabel kebutuhan yaitu penelitian dari Afirma (2011) dimana hasil analisis bivariat menunjukkan variabel kebutuhan terhadap PIK-KRR mempunyai hubungan yang bermakna dengan pemanfaatan PIK-KRR dengan nilai $p=0,017$, hasil wawancara mendalam pada penelitian Afirma menemukan sebagian besar siswa membutuhkan PIK-KRR untuk mendapatkan informasi kesehatan reproduksi yang benar dan untuk menyelesaikan masalah kesehatan reproduksi yang mereka hadapi (28). Masa remaja adalah waktu yang kritis untuk menghindari timbulnya masalah kesehatan. Perilaku berisiko seperti merokok dan aktivitas seksual yang tidak aman yang dapat menyebabkan masalah kesehatan seumur hidup, untuk itu remaja membutuhkan pelayanan kesehatan untuk menekankan pencegahan, intervensi awal, dan Pendidikan (37).

Melihat hasil tersebut banyak sekali variabel yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan PKPR dengan model teori Andersen dan Newman, faktor yang berhubungan dan mempengaruhi pemanfaatan PKPR baik pada analisis bivariat maupun multivariatnya adalah variabel akses dan peran petugas. Untuk itu solusi yang dapat diberikan berdasarkan penelitian ini

adalah meningkatkan kemudahan akses dan membentuk petugas yang ramah remaja sebagai upaya meningkatkan pemanfaatan pelayanan PKPR.

Sedangkan variabel yang lain yang masih jarang di teliti dan memiliki hubungan yang kuat berdasarkan hasil analisisnya adalah variabel sosial budaya dan variabel dukungan sekolah, dimana menurut peneliti kedua variabel tersebut berpengaruh terhadap pemanfaatan layanan PKPR dan masih jarang diteliti, untuk itu apabila ada peneliti yang tertarik untuk membahas topik yang sama direkomendasikan dapat lebih mendalami pada variabel tersebut untuk menegakan bukti hubungan diantara variabel tersebut dengan pemanfaatan PKPR.

Ditambah lagi berdasarkan hasil analisis karakteristik dan metode ditemukan bahwa sebagian besar penelitian yang sudah ada usia responden hanya mencakup pada usia 16-19 tahun, sedangkan program PKPR adalah program yang diperuntukan untuk usia remaja yaitu dari 10-19 tahun untuk itu pada penelitian selanjutnya dapat meneliti dengan cakupan usia yang lebih lebar sesuai dengan rentang usia sasaran PKPR agar hasilnya dapat lebih mempresentasikan keadaan remaja pada penelitian tersebut. Untuk lokasi penelitian juga direkomendasikan untuk memiliki cakupan yang luas misalnya wilayah kerja Puskesmas, Kecamatan, maupun wilayah kerja Dinas Kesehatan sehingga hasil penelitian dapat memprestasikan pemanfaatan atau akses remaja ke layanan PKPR dengan baik.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang didapatkan, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa variabel yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan PKPR dan sesuai dengan teori Andersen dan Newman adalah Faktor *predisposing* (usia, pengetahuan, sikap, sosial budaya dan akseptabilitas), Faktor *Enabling* (variabel akses, dukungan sekolah, dukungan keluarga, dukungan teman sebaya, peran petugas, tarif, fasilitas), dan faktor *Illness level/ Need factor* (Variabel kebutuhan). Variabel yang hasil analisis bivariat dan multivariat yang menunjukkan pengaruh yang kuat adalah variabel akses dan variabel peran petugas. Dapat diketahui juga untuk persentase pemanfaatan layanan PKPR disetiap daerah masih < 50% yaitu dengan persentase terendah yaitu 26,4% dan persentase tertinggi yaitu 46,9%. Untuk itu perlu adanya penelitian lebih lanjut yang berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan PKPR, misalnya penelitian mengenai alasan mengapa cakupan pemanfaatan PKPR masih rendah dapat dilihat dari sisi remaja

maupun petugas layanan ditujukan agar dapat mengidentifikasi masalah yang ada dan dapat meningkatkan cakupan pemanfaatan PKPR. Perlu juga menggali variabel sosial budaya dan variabel dukungan sekolah karena variabel tersebut memiliki hubungan dan masih jarang diteliti.

DAFTAR PUSTAKA

1. Sammon EM, Monica M, Mehjabeen J, Revita W. Overview of Promising Practices in Adolescent Programming in Indonesia by UNICEF (and other partners). Oxford: Oxford Policy Management; 2017.
2. WHO. Hasil Survey Nasional Kesehatan Berbasis Sekolah di Indonesia [Internet]. 2015. Available from: <https://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/indonesia/en/>
3. Direktorat Kesehatan Keluarga, Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, Depkes RI. Pedoman Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas. Jakarta: 2005.
4. Kemenkes RI. Data Dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2018. Jakarta: Kemenkes RI; 2019.
5. Violita F, Hadi EN. Determinants of adolescent reproductive health service utilization by senior high school students in Makassar, Indonesia. BMC Public Health. 2019;19(1): 1-7.
6. Rahmawati S. Analisis Pengaruh Bauran Promosi Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas Kota Surabaya (Tesis). Surabaya: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga; 2016.
7. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, Badan Pusat Statistic, Kementerian Kesehatan dan USAID. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia: Kesehatan Reproduksi Remaja. Jakarta: BKKBN, BPS, Kemenkes RI dan USAID; 2018.
8. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. 2005;83(4):1-28.
9. Laili AN., Riyanti, E., Syamsulhuda. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Praktik Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (Pkpr) Oleh Remaja Di Wilayah Kerja Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang. J Kesehat Masy. 2019;7:421-9.
10. Sari ND, Musthofa SB, Widjanarko B. Hubungan Partisipasi Remaja dalam Kegiatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) dengan Pengetahuan dan Persepsi Mengenai Kesehatan Reproduksi di Sekolah Menengah Pertama Wilayah Kerja Puskesmas Lebdosari. J Kesehat Masy. 2017;5(5):1072-80.

11. Winangsih R, Yuli K, Dyah PD. Faktor Predisposisi, Pendukung dan Pendorong Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di Kuta Selatan. *Public Heal Prev Med Arch*. 2015;3(2):133–40.
12. Amieratunnisa A, Indarjo S. Implementasi Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja. *Higeia J Public Heal Res Dev*. 2018;2(1):69–79.
13. Pesiwarissa PE, Messakh ST, Panuntun B. Gambaran Implementasi Program Kesehatan Reproduksi Remaja di Puskesmas Getasan. *J Keperawatan Respati Yogyakarta*. 2019;6(2):570–574.
14. Rohmayanti R, Rahman IT, Nisman WA. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja Menurut Perspektif Remaja di Semarang. *J Kesehat Reproduksi*. 2015;2(1):12–20.
15. Zainab, Zahroh S, Bagoes W. Pelaksanaan Program PKPR Pada Puskesmas Guntung Payung di Kota Banjarbaru. *J Promosi Kesehat Indones*. 2012;7(1):1–9.
16. Witari D, Suariyani NLP, Karmaya INM. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja di Wilayah Kerja Puskesmas Tegallalang I. *Public Heal Prev Med Arch*. 2014;2(1):22–6.
17. Dafroyati Y. Health Reproductive Health Services and Its use in Public Health Center Areas of Kupang City. *J Info Kesehat*. 2017;15(2):380–96.
18. Kristina Y. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja di Kota Jayapura. *J Biol Papua*. 2017;9(2):63–73.
19. Ruwadya N. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Oleh Remaja Di SMPN 19 Wilayah Kerja Puskesmas Aur Duri Kota Jambi. *J Bahana Kesehat Masy*. 2017;1(2):114–120.
20. Motuma A, Syre T, Egata G, Kenay A. Utilization of youth friendly services and associated factors among youth in Harar town, east Ethiopia: A mixed method study. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:272.
21. Tangut D, Fasil T, Hiko D. Health service utilization and reported satisfaction among adolescents in Dejen District, Ethiopia: a cross-sectional study. *Ethiop J Health Sci*. 2015;25(1):17–28.
22. Cudjoe FK. Assessing The Knowledge, Access And Utilization Of Adolescent Friendly Health Services In Kumbungu District, Ghana (Tesis). Tamale: Department of Public Health University for Development Studies; 2018.
23. Krishtee Napit, Shrestha KB, Magar SA, Paudel R, Thapa B, Dhakal BR, et al. Factors associated with utilization of adolescent-friendly services in Bhaktapur district, Nepal. *J Health Popul Nutr*. 2020;39(2).
24. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Eze AC, et al. Adolescence: A foundation for future health. *Lancet*. 2012;379:1630-1640.
25. Junaidi H, Yunita A. Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap Masyarakat dengan Pemanfaatan Puskesmas Guguk Panjang oleh Masyarakat di Kelurahan Bukik Cangang Kr Bukittinggi. *J Ilmu Kesehat*. 2015;2(2).
26. Singal HIV, Kandou GD, Rumayar AR. Hubungan Antara Pengetahuan, Sikap dan Pendapatan dengan Pemanfaatan Puskesmas oleh Masyarakat Desa Kima Bajo Kecamatan Wori. *J KESMAS*. 2018;7(5).
27. Suntoyo D. Teori, Kuisisioner, dan Analisis Data Sumber Daya Manusia. Yogyakarta: CAPS (Center for Academic Publishing Service); 2013.
28. Afirma A, Ismail D, Emilia O. Akseptabilitas dan Pemanfaatan Pusat Informasi dan Konsultasi Kesehatan Reproduksi Remaja pada Siswa Sekolah Menengah Umum (Acceptability and Utilization of Information and Consultation Center-adolescent Reproductive Health by Senior High School Students). *Ber Kedokt Masy [Internet]*. 2011;27(3):160–168.
29. Femi-Adebayo T., Kuyinu Y, Adejumo O.A, Goodman O. Factors affecting utilization of youth friendly health services in Lagos State, Nigeria. *Int J Adolesc Med Health*. 2017;
30. Bertrand Karen Hardee JT. Access, Quality of Care and Medical Barriers. *Access, Quality of Care and Medical Barriers*. *Int Fam Plan Perspect [Internet]*. 1995; Available from: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/2106495.pdf>
31. Adriana N, Wulandari LPL, Duarsa DP. Akses Pelayanan Kesehatan Berhubungan dengan Pemanfaatan Fasilitas Persalinan yang Memadai di Puskesmas Kawangu, Kabupaten Sumba Timur. *Public Heal Prev Med Arch [Internet]*. 2014;2(2). Available from: <https://doi.org/10.15562/phpma.v2i2.140>
32. Endang L. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kehadiran Remaja Di Posyandu Remaja Desa Bedikulon Kabupaten Ponorogo. *Skripsi Fak Kesehat Masyarakat, Stikes Bhakti Husada Madiun*. 2019; Retrieved from <http://repository.stikes-bhm.ac.id/581/>
33. Irianti I. Faktor yang berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Petani Rumput Laut Desa Garassing Kecamatan Bangkala Barat Kabupaten Jenepontong Tahun 2018. *Universitas Hasanuddin*; 2018.

34. WHO. Making health services adolescent friendly. Developing National Quality Standards for Adolescent Friendly Health Services. 2012;
35. Damayanti M, Jati S, Arso S. Analisis Permintaan Masyarakat Terhadap Pelayanan Rawat Jalan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Soetijono Blora. *J Kesehat Masy.* 2017;5(1):85–94.
36. Maghfirah N. Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Rencana Pemanfaatan Pelayanan Persalinan Oleh Pasien Antenatal Care Di Rumah Sakit Muhammadiyah Taman Puring Tahun 2017. Universitas Islam Negeri (UIN) Syarif Hidayatullah. Universitas Islam Negeri (UIN) Syarif Hidayatullah; 2017.
37. Brindis CD, Morreale MC, English A. The unique health care needs of adolescents. *Futur Child* [Internet]. 2003;13(1):117–35. Available from: <https://doi.org/10.2307/1602643>

PERAN TOKOH AGAMA DALAM MENCEGAH COVID-19 DAN MENGURANGI STIGMA COVID-19 DI KECAMATAN GUNUNGSARI KABUPATEN LOMBOK BARAT

Muhammad Munip¹, Menap², Sismulyanto³, Bahjatun Nadrat⁴

^{1,2,3}Program Studi Magister Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Qamarul Huda Badaruddin

⁴STIKES Yarsi Mataram

ABSTRAK

Pandemi covid-19 saat ini masih mewabah diseluruh dunia termasuk di Negara Indonesia yang menyebabkan semua bergelut melawan Virus Covid-19, jumlah kasus covid-19 terus bertambah, sebagian dilaporkan sembuh, tetapi tidak sedikit yang dilaporkan meninggal dunia. Usaha penanganan dan pencegahan terus dilakukan oleh pemerintah dan Tim Satgas Covid-19 termasuk juga dengan melibatkan tokoh agama dalam pencegahan covid-19. Peran tokoh agama dimasyarakat dianggap mampu mempengaruhi dan mengajak masyarakat untuk menerapkan protokol kesehatan dalam kehidupan sehari-hari termasuk juga masalah stigma covid-19 dimasyarakat yang lebih berbahaya dibanding covid-19 itu sendiri. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis peran tokoh agama dalam mencegah dan mengurangi stigma Covid-19 di Kecamatan Gunungsari Kabupaten Lombok Barat. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Partisipan atau informan dalam penelitian ini adalah para tokoh agama yang ada di Kecamatan Gunungsari berjumlah 6 orang. Pengumpulan data dilakukan dengan metode wawancara langsung dengan informan. Analisa data dilakukan dengan cara reduksi data, penyajian data, dan verifikasi data. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tokoh agama secara aktif mengajak masyarakat melalui pendekatan religi untuk menerapkan protokol kesehatan. Selain itu tokoh agama juga aktif mengajak masyarakat untuk tidak melakukan stigma covid-19 dengan memberikan nasehat kepada masyarakat untuk tidak berburuk sangka kepada orang atau keluarga yang terpapar covid-19. Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa tokoh agama memiliki peran dalam mencegah covid-19 dan mengurangi stigma covid-19 di Kecamatan Gunungsari Kabupaten Lombok Barat.

kata kunci: Covid-19; Tokoh agama; Stigma covid-19

PENDAHULUAN

Virus Corona atau *Severe Acute Respiratory Syndrome 2* (SARS-CoV-2) adalah virus yang menyerang system pernafasan. Penyakit karena virus ini disebut dengan covid-19. Virus corona bisa menyebabkan gangguan ringan pada sistem pernafasan, infeksi paru-paru yang berat, hingga kematian. Virus corona ini merupakan jenis virus baru dari coronavirus yang menular ke manusia. Virus ini dapat menyerang siapa saja, baik bayi, anak-anak, orang dewasa, lansia, ibu hamil, maupun ibu menyusui (Kemenkes RI, 2020).

Dari data WHO menyatakan bahwa total Negara yang terpapar covid-19 yaitu sejumlah 216 Negara dengan total pasien terkonfirmasi yaitu 13.575.158 orang dengan total meninggal yaitu 584.940 orang. Berdasarkan data situs resmi Gugus Tugas Penanganan Covid-19 di Indonesia sampai dengan Tanggal 17 Juli 2020 tercatat bahwa total pasien terkonfirmasi positif yaitu 83.130 orang dengan 41.834 orang dinyatakan sembuh dan 3.957 dinyatakan meninggal dunia (WHO, 2020).

Provinsi Nusa Tenggara Barat tidak luput dari serangan Covid-19, tercatat sampai dengan tanggal 17 Juli 2020 menyatakan bahwa kasus terkonfirmasi positif covid 19 di NTB yaitu 1,671 orang (2.0%) dari total kasus covid-19 di

Indonesia. Data ini menunjukkan NTB sebagai daerah dengan urutan ke 12 dari 34 provinsi dengan kasus positif terbanyak. Sedangkan di Kabupaten Lombok Barat berdasarkan data dari Gugus Tugas Covid-19 Kabupaten Lombok Barat mencatat bahwa total kasus positif yaitu 384 orang dengan 23 orang meninggal dan 227 orang dinyatakan sembuh (Dikes NTB, 2020).

Kecamatan Gunungsari merupakan salah satu dari 10 kecamatan yang ada di Kabupaten Lombok Barat dengan total kasus positif sampai dengan tanggal 7 Juli 2020 yaitu 50 orang dengan 30 orang dinyatakan sembuh dan 1 orang dinyatakan meninggal serta 19 orang masih positif covid-19. Data ini terus mengalami peningkatan seiring berjalannya waktu karena sampai dengan saat ini masih belum ditemukan obat yang dapat menghentikan penyebarannya. Dibawah ini merupakan table perkembangan pasien Covid-19 di Kecamatan Gunungsari Kabupaten Lombok Barat (Dikes Lobar, 2020).

Peningkatan kasus covid di Gunung sari cukup memprihatinkan yaitu rata-rata 92 kasus dalam seminggu pada bulan Agustus 2020. Berdasarkan data diatas, berbagai upaya terus dilakukan untuk menekan peningkatan angka kasus positif covid-19 di Kabupaten Lombok Barat dan dimasing-masing kecamatan tanpa terkecuali Kecamatan Gunungsari dengan melakukan

tindakan preventif, promotif, kuratif, termasuk juga maskerasi masyarakat, karantina mandiri, isolasi mandiri, serta isolasi di Rumah sakit bagi pasien terpapar Covid-19, termasuk juga dengan melibatkan tokoh agama namun hingga saat ini belum menunjukkan hasil seperti yang diharapkan.

Masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Gunungsari sebagian besar beragama Islam yaitu sebanyak 96.7% dari total penduduk yang ada di Kecamatan Gunungsari melalui BPS Lombok Barat, (2018).

Peran tokoh agama dalam bidangnya telah menjadikan mereka sebagai seorang tokoh panutan dan teladan bagi masyarakat, dan inilah salah satu bentuk potensi yang mereka miliki. Data resmi Kantor Urusan Agama (KUA) Kecamatan Gunungsari mencatat ada 10 Tuan Guru, 30 orang mubalig dan 60 masjid serta ada 9 pondok pesantren di wilayah kerja Puskesmas Gunungsari (KUA Gunungsari, 2017).

Disamping itu dalam wawancara singkat tersebut kaitan dengan percaya atau tidaknya tokoh agama terhadap Covid-19 ini mereka menjawab sangat percaya dan harus diwaspadai, sehingga dalam hal pencegahan para tokoh agama ini selalu menerapkan protokol kesehatan atau *physical distancing* diantaranya dengan selalu menggunakan masker, kemudian meliburkan majlis-majlis ta'lim yang diberikan pengajian olehnya, kemudian mereka tidak keluar rumah jika tidak terlalu mendesak. Hal ini menunjukkan disisi lain para tokoh agama juga mengikuti anjuran dari Satgas Covid-19 dan Pemerintah Daerah.

Jika ditinjau lebih dalam saat ini di wilayah-wilayah santri dimana masyarakat sangat mendengar saran dan arahan dari para tokoh agama, selain itu tokoh agama juga sering menjadi teladan bagi masyarakat terkait gaya hidup dan lain sebagainya. Hal ini tentu jika ada kolaborasi antara pemerintah dan tokoh agama dalam pencegahan dan stigma covid-19 minimal informasi terkait bahaya covid-19 tentu ini akan menjadi salah satu cara yang paling ampuh untuk mengurangi angka kejadian covid-19 karena di wilayah Gunungsari saran dan arahan serta sikap dari para tokoh agama sangat ditunggu-tunggu oleh masyarakat terlebih disaat-saat awal kejadian covid-19 sebelum diberlakukan masa new normal ini.

Berdasarkan uraian diatas, peneliti melakukan penelitian tentang Peran Tokoh Agama Dalam Mencegah Covid-19 dan Mengurangi Stigma Covid-19 di Kecamatan Gunungsari Kabupaten Lombok Barat.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Partisipan atau

informan dalam penelitian ini adalah para tokoh agama yang ada di Kecamatan Gunungsari berjumlah 6 orang. Pengumpulan data dilakukan dengan metode wawancara mendalam dengan informan. Analisa data dilakukan dengan cara reduksi data, penyajian data, dan verifikasi data.

HASIL

Hasil wawancara mendalam yang dilakukan dengan informan di record dan disajikan sebagai berikut:

Pandangan umum informan terkait kepercayaan terhadap wabah covid-19

Informan 1 (I 1) menjawab bahwa "wabah covid-19 ini memang benar adanya dan tidak bisa diremehkan, jadi kita jangan main-main dengan wabah covid-19 ini"

I 2 menjawab bahwa "covid ini buat kita bingung karena jika kita bilang ada tapi bukti nyatanya mana? Kan tidak terlihat. Tapi jika kita anggap tidak ada juga nyatanya banyak yang meninggal, sehingga lama-lama saya juga jadi percaya terhadap covid-19 ini"

I 4 menjawab bahwa "corona virus atau covid-19 ini memang betul ada, dan dulu pernah terjadi dan berulang-ulang dan ini adalah ujian dan teguran dari Allah, dan tidak hanya covid-19 tetapi banyak sekali macam penyakit dan itu benar adanya, karena dalam satu teori Allah SWT dalam satu riwayat menurunkan 6666 macam penyakit dan tentu bermacam-macam namanya dan yang ini namanya covid-19"

I 5 "covid ini memang ada, hanya saja tingkat keganasannya itu yang berbeda-beda, sehingga dari sisi apa yang disampaikan (aturan) pemerintah dalam pencegahan covid ini sangat bagus, tetapi kadang-kadang dari sisi masyarakat tidak melihat demikian"

Dari jawaban-jawaban para tokoh agama (informan) diatas secara umum kaitan dengan percaya atau tidaknya akan adanya covid-19 ini dapat ditarik jawaban umum bahwa semua tokoh agama ini percaya akan adanya wabah covid-19 yang melanda Indonesia secara khusus dan dunia secara umum.

Kepatuhan tokoh agama dalam menerapkan protokol kesehatan

Dalam hal ini peneliti juga melakukan observasi kepatuhan informan dalam menerapkan protokol kesehatan:

I 1 saat diwawancara menggunakan masker, kemudian saat masuk gerbang rumahnya terlihat juga sarana cuci tangan lengkap dengan sabun. I 1 ditanya terkait penerapan protokol kesehatan, beliau menjawab

"hal ini sudah dilakukan sejak dikeluarkannya peraturan oleh bapak Bupati Lombok Barat, dari saat itu disini kita siapkan tempat cuci tangan, spanduk harus mengenakan masker jika akan masuk lingkungan pondok pesantren, namun kita belum punya alat untuk mengukur suhu badan seperti yang sering kita di tes saat masuk sebuah kantor (yang dimaksud Thermogun)".

Hal ini tentu menunjukkan kepatuhan informan dalam menerapkan protokol kesehatan dilangkungan tempat tinggalnya cukup baik.

I 2 saat diamati lingkungan sekitar rumah beliau juga tidak nampak adanya tempat cuci tangan apalagi kemudian alat pengukur suhu tubuh. Saat ditanya tentang pondok pesantren yang diasuh beliau menjawab

“ooow kalau dipondok lengkap dari tempat cuci tangan, garis shof shof sholat di Musholla diberikan jarak dengan ditempelkan stiker tanda silang yang artinya jamaah tidak boleh berdiri disana, hanya saja dirumah memang tidak ada ini karena pemerintah tidak kasih kita” **tambahnya.**

I 6 saat diwawancarai terlihat menggunakan masker tetapi cara pemakaiannya tidak sesuai karena hanya dikalungkan saja tetapi tidak dipakai pada tempatnya, baru kemudian saat wawancara mulai beliau memakai masker pada posisi yang benar. Saat ditanya apakah sehari-hari selalu menerapkan protokol kesehatan, beliau menjawab

“iya, kemana saja sekarang harus pakai masker terus, karena kan dijalan banyak razia masker. Takutnya nanti kalau tidak pakai kemudian dijalan ada razia kan malu kita sama pak polisi dan bisa kena tilang, **katanya**”

I 3 saat diwawancara menggunakan masker dari awal hingga akhir wawancara, saat ditanya kaitan dengan menggunakan maskerr beliau menjawab

“setiap hari saya selalu pakai masker kalau ada tamu, ini kan bentuk kewaspadaan kita, siapa tau nanti tamu yang datang membawa virus jadi kita bisa terhindar, **pungkasnya**”.

Selain itu juga dirumahnya terlihat ada wadah cuci tangan yang disampingnya juga disiapkan sabun, namun terlihat jarang digunakan karena para santri saat ini sedang dipulangkan sambil melihat perkembangan covid-19 dan edaran dari pihak Kemenag Lombok Barat dan Bupati Lombok Barat.

Pandangan tokoh agama terhadap dampak social, ekonomi, pendidikan dan stigma masyarakat akibat covid-19 ini

Peran atau hal-hal yang dilakukan tokoh agama dalam pencegahan covid-19

Dalam hal ini peneliti ingin melihat peran apa saja yang dilakukan tokoh agama dalam mencegah covid-19 ini

I 1 dalam hal ini mengatakan bahwa “ini kan ujian dari Allah, ya tentu kita harus menerima dengan ikhlas, kami disini begitu mulai ada info-info tentang wabah ini kami langsung berkoordinasi dengan Bapak Bupati, beliau jawab besok kita keluarkan surat edaran tentang covid ini pak tuan guru (jawab Bapak Bupati), setelah edaran keluar yang kami lakukan pertama adalah menggelar rapat yayasan kemudian disepakati bahwa semua santri dipulangkan untuk waktu yang belum ditentukan juga, sehingga esok harinya semua wali santri datang menjemput anak-anaknya”.

Lalu ketika kami tanyakan bagaimana dengan peran tuan guru dalam mencegah covid-19 ini, beliau menambahkan

“ya pencegahannya kan mulai dari diri kita sendiri dengan selalu menjaga kebersihan baik badan ataupun pakaian dan lingkungan, terus dimanapun saya hadir semisal pengajian atau undangan apa saja saya selalu pakai masker dan pada pengajian saya selalu sampaikan kepada jamaah untuk selalu waspada terhadap virus ini, selain itu juga banyak dari warga dan wali santri yang menghubungi saya terkait covid ini ya saya selalu jawab agar taati pemerintah karena dia yang punya bidang masalah virus ini, yang penting selalu jaga jarak dan pakai masker kemanapun side (anda) pergi” **tambahnya.**

I 2 menjawab “saya bilang sama jamaah untuk ikuti pemerintah selama kita masih bisa mengikuti, artinya kalau disuruh pakai masker iya pakai, jaga jarak iya jaga jarak, kalau sholat shofnya berjarak 1 meter ya ikuti saja, tapi kalau sampe melarang kita sholat berjamaah atau sholat jum’at disuruh kita tiadakan maka jangan mau”

“selain itu juga pengajian-pengajian sebagian besar diliburkan untuk yang diluar-luar, iya intinya tetap saya pesan kepada jamaah untuk selalu waspada, rajin-rajin amalkan wudhu, itu saja”

I 3 menjawab “saya selalu contohkan kemanapun pergi dengan memakai masker, terus sy hindari juga salaman, dirumah ini side (anda) bisa lihat selalu ada tempat cuci tangan disertai sabunya, jadi kalau ada tamu yang akan datang ngundang pasti disuruh cuci tangan dulu, yang penting kan patuhi protokol kesehatan saja, masalah kena atau tidak kita kembalikan bahwa itu takdir Allah SWT”

I 4 menjawab “ia saya selalu sampaikan disetiap kesempatan untuk selalu patuhi protokol kesehatan, bahkan ketika ada undangan saya tanya dulu bagaimana covid-19 disana, karena masyarakat kana da yang menanggapi serius dan ada yang tidak peduli, kalau yang menanggapi serius ya saya bilang diliburkan saja, tapi kalau yang tidak peduli covid ya saya datang tapi sy minta mereka mematuhi protokol kesehatan agar tidak menyalahi aturan pemerintah”

Tetapi juga pemerintah sendiri plin plan dalam menerapkan kebijakan, seperti contoh kita dilarang berkumpul tapi berkumpul yang bagaimana Karena dipasar itu setiap hari orang berkumpul ndaq bisa diatur-atur sama pemerintah, lalu kita yang kumpul pengajian dilarang, kan aneh juga jadinya. Tetapi kembali saya selalu himbau kepada masyarakat untuk jangan anggap remeh ini, silahkan patuhi protokol kesehatan secara maksimal sekemampuan anda, kuncinya adalah selalu jaga kebersihan. Karena dalam sebuah riwayat sudah jelas, bahwa penyakit ini tidak dapat dihindari karena Allah SWT menciptakan 6.666 (enam ribu enam ratus enam puluh enam macam penyakit), mungkin kita bisa hindari yang ini tapi belum tentu bisa hindari yang lain”.

I 5 menjawab “kan sebagian besar pengajian diliburkan, walaupun ada yang datang untuk bertanya tentang suatu masalah apapun, tiang pesan semua agar patuhi protokol kesehatan, yang penting jangan sampai meninggalkan ibadah yang wajib saja”

I 6 menjawab “namanya kita sebagai da’i ya hanya bisa membantu pemerintah denagn cara dakwah, artinya kalau ada kesempatan saya selalu pesan jamaah untuk jaga kondisi, jaga kesehatan, dan jangan lupa pakai masker kemanapun pelungguh (anda) pergi”

Peran atau hal-hal yang dilakukan tokoh agama dalam mengurangi stigma covid-19 yang berkembang dimasyarakat

Dalam hal ini peneliti ingin mengetahui peran tokoh agama dalam mengurangi atau bahkan menghilangkan stigma covid-19, karena jika dilihat saat ini tidak hanya virus covid-19 ini yang berbahaya, namun tidak kalah berbahaya juga stigma covid-19 yang berkembang dimasyarakat sehingga banyak terjadi pengucilan terhadap seseorang yang dianggap terpapar covid-19, termasuk juga pengusiran dari tempat tinggalnya, termasuk juga dijauhi secara sosial dan lain sebagainya, bahkan yang lebih parah jenazah pasien positif covid-19 ditolak oleh warga untuk dimakamkan ditempat pemakaman umum warga.

I 4 “ini berasal dari berlebih-lebihan, pengumuman yang berlebih-lebihan dan tidak lengkap, bahkan mohon maaf kadang-kadang tenaga medis itu seperti mau perang, pokoknya seru, dan ini alami barangkali tidak bisa kita hilangkan sekaligus semuanya. Ada hadist Nabi yang sangat jelas disana bahwa kalau saudaramu terpapar virus maka kamu jangan datang di dia, begitu juga yang terkena virus ini suruh dia diam jangan kemana-mana. Apa kata nabi, virus atau wabah itu sudah jelas siapa yang dia tuju, dia mau kemana dan mau kenai siapa sudah ada, itu pada tingkat terakhir ketika kita harus bersama dengan orang-orang yang terpapar. Pada akhirnya kembalikan serahkan diri kepada Allah seapa yang akan kena dan tidak kena, pada akhirnya tawakkal itu yang perlu”.

Hanya saja mohon maaf kesannya ini pencegahannya setengah-setengah, seharusnya kan seperti yang diperintahkan Allah SWT”. **Lalu langkah apa saja yang dilakukan tuan guru untuk mencegah atau mengurangi stigma covid-19 ini?** “orang yang sakit apakah akan menularkan kepada orang lain, belum tentu. Alhamdulillah saya selalu mau menyampaikan kepada masyarakat bahwa dalam pengajian-pengajian jangan dibesar-besarkan lah, misalkan ada yang sudah pernah positif covid-19 lalu kembali ke masyarakat itu tidak ada masalah, dia sudah kena ujian dari Allah SWT dan sudah terlepas dari ujian itu, kita belum tentu, ilustrasinya begini, misalkan ada yang meninggal karena tabrakan dari sepeda motor, lalu apakah kita semua akan berhenti menggunakan sepeda motor, kan tidak. Lalu misalnya apakah ada yang sakit ini lalu meninggal dunia kemudian apakah ada keluarganya yang seperti itu juga kan belum tentu juga, hanya saja kita mempunyai pemahaman yang berbeda-beda. Ketika pemahaman berbeda-beda maka kita susah untuk menyamakan. Belum lagi kita dikacaukan oleh banyaknya orang yang berpendapat, dan yang berpendapat ini tidak punya dasar dan pemahaman yang kuat terhadap itu, sehingga Alhamdulillah dengan saya selalu sampaikan dipengajian-pengajian maupun diberbagai kesempatan lain masyarakat menjadi tidak terlalu berlebih-bahkan menyikapi covid ini dan tidak ada lagi yang menghakimi saudaranya atau tetangganya yang pernah covid-19 dengan stigma yang tidak-tidak”.

“semestinya sebelum turun aka nada persamaan persepsi dulu, sebab walaupun tokoh agama dia belum faham juga apa itu virus dan bagaimana penyebarannya dan seterusnya, kemudian yang kedua

mestinya kita tidak menggunakan perkhilafan dalam masalah ini, terutama masalah uzur ini. Kemudian tentang ketakutan kita bilang satgas, satgas juga macam-macam, ada yang lebay, atau karena capek juga aduuuh dia lemah, karena yang jadi satgas ini juga yang penting jadi satgas padahal dia juga tidak faham. Begitu juga dengan tokoh-tokoh kita, kita tidak menutup mata bahwasanya kita faham fiqih, kita faham tentang agama tapi kita tidak faham virus dan sebagainya, sehingga untuk menyamakan persepsi ini perlu pengorbanan serius”. Kadang juga istilah dilarang jum’atan ini salah pemakaian, seharusnya bukahn dilarang jumatan, tetapi boleh jum’atan dengan menerapkan protokol kesehatan ketat.

Lalu apakah pernah diajak oleh pemda untuk duduk bareng membahas covid ini?

“pernah, tetapi malah musyawarah itu menimbulkan perdebatan-perdebatan, karena yang diundang sekupnya luas, ada kadus, kades, sehingga perdebatan tidak bisa dihindarkan. Dan solusinya sampai akhir belum ada, tapi Alhamdulillah umumnya hanya sedikit yang menolak terhadap ajakan pemerintah dalam masalah ini, dan kadang ada kata-kata yang digunakan pemerintah seperti kata himbauan ini yang menunjukkan belum ada ketegasan dari pemerintah, seharusnya kalau mau tegas ya tegas saja sekalian”.

I 5 menjawab “iya kurang bagus juga, katanya juga kan menurut ahlinya orang yang kena covid ini kan karena imunnya kurang, yang menyebabkan orang imunnya kurang kan perasaan, seharusnya kan ini yang mendapat perhatian, bukan dikucilkan, tapi kenapa masyarakat sampai mengucilkan bukan karena takut tertular tetapi takut akan mendapat perlakuan seperti itu, artinya masyarakat tidak mau repot karena nanti kalau dikira positif akan dikarantina, terus pisah dari keluarga. Makanya tiang sampaikan kepada jamaah terkait stigma untuk tidak berprasangka yang tidak-tidak, dan mengembalikan bahwa ini adalah takdir Allah, siapa yang dia kehendaki pasti walaupun sudah menjaga diri bagaimanapun ya pasti akan kena, begitu juga sebaliknya sehingga kembali caranya ya kita ajak masyarakat untuk menyerahkan sepenuhnya kepada Allah dengan tentu tetap waspada”.

I 1 menjawab “dulu pernah ada yang ngusul (bertanya) karena ada tetangganya yang sudah selesai karantina, lalu bertanya apakah dikasih ikut pengajian atau tidak? Saya jawab silahkan diberikan izin ikut pengajian, justru yang itu harus kita rangkul, karena islam tidak pernah membeda-bedakan orang, dan salah kita kalau kita jauhi orang tersebut. Jadi di semua santri sebelum dipulangkan saya sampaikan bahwa kalau ada keluarga atau siapapun yang terkena covid maka tidak boleh dikucilkan, tetapi harus diberikan support atau motivasi, nah motivasi ini kan tidak mesti dengan bertemu tetapi bisa juga lewat telfon atau lainnya, yang jelas jangan sampai memutus silaturahmi dengan mereka”.

I 6 menjawab “ow kalau ada yang dianggap covid, tiang berikan dukungan moril, malah saya ajak jamaah untuk menjenguknya walaupun tidak sampai bertemu karena tidak diperbolehkan, tetapi dengan kita terlihat memberikan dukungan moril itu membuat dia semakin sehat dan kuat menghadapi penyakitnya, sehingga secara tidak langsung masyarakat menjadi tidak ada mempunyai stigma negative terhadap saudanya”

1 2 menjawab “iya kita himbau masyarakat untuk jangan seperti itu, bahkan ada dulu beberapa warga saya panggil datang kerumah karena dia menolak warga yang pindah, saya sampaikan tidak boleh begitu karena orang yang akan datang ini belum tentu benar dia bawa virus, akhirnya mereka sadar dan jadi contoh juuga sama yang lain untuk tidak berbuat seperti itu lagi”.

Sehingga dari jawaban-jawaban informan diatas secara umum informan sangat tidak setuju dengan adanya stigma-stigma covid-19 yang berkembang dimasyarakat, dan untuk mencegahnya sebagian besar tokoh agama melakukan pendekatan dengan memberikan nasehat kepada masyarakat yang datang meminta pendapat dan saran terkait hal itu. Dismaping itu juga para tokoh agama melalui jalur dakwah sering berdakwah kepada masyarakat saat ada kesempatan ceramah atau pengajian agar tidak ada stigma yang berkembang dimasyarakat, meskipun stigma tetap ada tetapi masih dalam taraf wajar dan sifatnya manusiawi dan tidak sampai merugikan orang lain.

Pandangan informan terkait kepercayaan terhadap wabah covid-19

PEMBAHASAN

Setelah dilakukan wawancara mendalam terhadap informan, dari jawaban yang disampaikan menunjukkan ada yang percaya dan juga yang tidak percaya. Yang menunjukkan kepercayaan berarti hal ini sesuai dengan Fatwa Majelis Ulama Indonesia (MUI) yang telah dipublikasikan berjumlah 10 lembar dengan nomor. 14 tahun 2020 mengenai ibadah dalam musim pandemi covid-19. Didalam fatwa tersebut terdapat pertimbangan-pertimbangan diterbitkannya fatwa dan pemaparan landasan nilai yang diambil dari Alqur'an, Hadist, Kaidah Fiqh, dan pendapat para ulama (Mushodiq & Imron, 2020).

Adapun poin-poin penting dalam fatwa yang diterbitkan adalah Setiap orang wajib melakukan ikhtiar menjaga dan menjauhi setiap hal yang dapat menyebabkan terpapar penyakit, karena hal itu merupakan bagian dari menjaga tujuan pokok beragama. Orang yang telah terpapar virus Covid-19, wajib menjaga dan mengisolasi diri agar tidak terjadi penularan kepada orang lain (Mushodiq & Imron, 2020).

Berdasarkan wawancara yang telah dilakukan, ternyata ada juga tokoh agama yang belum mempercayai adanya wabah covid-19, hal ini karena menurutnya belum ada bukti nyata yang menunjukkan adanya wabah covid-19 tersebut. Baginya selama ini informasi yang ada masih simpang siur dan belum dapat membuatnya percaya atas kejadian covid-19.

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Juditha, (2020)”(Juditha, 2020 menurutnya

adanya masyarakat yang masih tidak percaya terhadap covid-19 ini didasarkan oleh banyaknya informasi hoaks yang disebarkan baik oleh oknum petugas, oknum media dan oknum masyarakat. Karena banyaknya informasi hoaks tersebut membuat rasa peduli masyarakat menjadi pudar bahkan telah hilang. Akibatnya saat masyarakat diberikan informasi yang benar namun karena sudah tertanam dalam dirinya akan kebiasaan informasi hoaks maka informasi yang benar pun tetap tidak dapat dipercaya.

Pengetahuan informan yang memadai dan kurang memadai tentang covid-19 juga didukung karena penggunaan media sebagai saluran informasi. Hasil penelitian menyebutkan bahwa kebanyakan responden memperoleh informasi tentang covid-19 dari media online, atau situs berita, media sosial, televisi, pesan singkat, serta website-website yang ada serta website resmi pemerintah. Media lainnya seperti surat kabar, media luar ruang serta radio meski jumlahnya sangat sedikit tetapi masih digunakan untuk memperoleh informasi tentang covid-19.

Informan banyak mendengar dan melihat informasi objek (covid-19 dan hoaks) dari sejumlah media sebagai saluran penyampai informasi. Media online dan situs berita merupakan media yang paling banyak dimanfaatkan oleh informan dalam memperoleh informasi. Hal ini karena situs berita sangat mudah diakses melalui handphone. Apalagi kini hampir semua perusahaan situs berita memiliki akun diberbagai media sosial sehingga semakin memudahkan masyarakat untuk mendapatkan informasi (Juditha, 2020).

Kepatuhan Tokoh Agama dalam penerapan Protokol Kesehatan

Saat peneliti mendatangi tokoh agama sesuai waktu yang telah disepakati, sebagian besar tokoh agama menggunakan masker. Dari 6 tokoh agama yang didatangi hanya 1 tokoh agama yang tidak menggunakan masker, alasannya karena saat itu beliau lupa namun dilain waktu beliau tetap menggunakan masker terlebih ketika beliau keluar rumah.

Sebagai tokoh agama yang menyadari bahwa mereka tentu menjadi teladan masyarakat sudah sepatutnya mematuhi dan menerapkan protokol kesehatan. Ketika pemerintah mengeluarkan surat edaran bahwa seluruh masyarakat dimusim pandemi harus menerapkan protokol kesehatan sebagai cara menjaga diri dan orang lain maka para tokoh agama juga semaksimal mungkin melakukan hal seperti itu. Apalagi para tokoh agama juga biasanya sangat dekat dengan pemerintah dan sering dimintai nasehat ketika ada hal-hal yang perlu diputuskan berkaitan dengan pemerintah.

Selain itu para tokoh agama juga menyadari bahwa sebagai warga Negara, taat kepada pemimpin merupakan suatu perintah Allah SWT yang harus diikuti. Selain itu adanya Fatwa MUI terkait dengan pencegahan covid-19 harus didahulukan dibandingkan dengan ibadah secara berjamaah di Masjid membuat tokoh agama juga menjadikan hal tersebut sebagai landasan menggunakan masker (Mushodiq & Imron, 2020).

Namun dari sisi masyarakat ada juga yang menolak menggunakan masker dengan alasan bahwa virus covid-19 ini tidak ada, atau jika pun dikatakan ada tetapi tidak terlalu berbahaya seperti yang disampaikan oleh pemerintah (Juditha, 2020). Hal ini sah-sah saja karena tidak bisa juga memaksakan suatu kehendak orang lain agar sama dengan apa yang kita kehendaki.

Selain penggunaan masker, sebagian besar para tokoh agama menempatkan tempat cuci tangan di rumahnya sebagai sarana fasilitas cuci tangan bagi para tamu yang hendak datang bertamu atau bagi penghuni rumah yang kembali kerumah sehabis beraktifitas diluar rumah. Mencuci tangan sejak masa pandemic merupakan suatu yang diharuskan dan menjadi syarat mutlak bagi setiap warga untuk menaruh tempat cuci tangan. hal ini didasarkan pada kesadaran untuk menjaga kebersihan badan dan lingkungan sebagai pencegahan penularan covid-19 (Desi Citra Dewi, Jesika Setyani, 2020).

Manfaat mencuci tangan sendiri adalah untuk membersihkan tangan dari kuman penyakit serta mencegah penularan penyakit seperti diare, kolera, disentri, thypus, penyakit ispa dan lain sebagainya. Selain itu juga tentu akan membuat seseorang menjadi lebih nyaman ketika sudah mencuci tangan (Desi Citra Dewi, Jesika Setyani, 2020). Penerapan protokol kesehatan merupakan cara yang paling jitu untuk menghindarkan diri dari penularan covid-19 karena sampai saat ini belum ditemukan formula terbaik untuk melawan covid-19 ini (Yuliana, 2020).

Pandangan tokoh agama terhadap dampak sosial, ekonomi, pendidikan dan stigma masyarakat akibat covid-19

Secara umum dampak dari covid-19 ini sangat dirasakan oleh semua orang tanpa terkecuali tokoh agama dan masyarakat. Bahkan dampaknya dianggap lebih parah daripada virus covid-19 itu sendiri. Tentu ini sangat merugikan semua pihak, dan semua berharap covid-19 ini segera berlalu sehingga semua dapat melakukan aktifitas dengan normal.

Hal-hal yang dilakukan tokoh agama dalam pencegahan covid-19

Dalam hal pencegahan covid-19 tokoh agama melakukan banyak hal sesuai dengan kemampuan masing-masing, artinya yang memiliki kemampuan ekonomi cukup maka tokoh agama menyiapkan

segala keperluan mulai dari masker, hand sanitaizer, thermo gun, dan tempat cuci tangan lengkap dengan sabunnya. Ini dilakukan sebagai bentuk menjaga diri dan orang lain dari penularan virus covid-19 (Sastrawan, 2021).

Tetapi bagi tokoh agama yang secara ekonomi kurang tentu tidak terlihat sarana-sarana seperti thermo gun, hand sanitaizer dan lainnya. yang terlihat hanya menggunakan masker dan itupun sudah terelihat lusuh. Namun disisi lain pada umumnya tokoh agama melakukan banyak hal unttuk mencegah covid-19 ini seperti selalu menasehati jamaah untuk tetap selalu waspada terhadap covid-19 ini.

Hal-hal yang dilakukan tokoh agama dalam mengurangi stigma covid-19

Dampak dari covid-19 tidak hanya terpaparnya covid-19 bagi seseorang namun juga adanya stigma yang berkembang membuat masyarakat takut ketika sampai stigma tersebut disematkan pada mereka (Sismulyanto, Supriyanto, & Nursalam, 2015). Para tokoh agama yang menjadi panutan dan teladan bagi jamaahnya tetntu sangat diharapkan dapat meredakan suasana dengan banyak memberikan pencerahan-pencerahan terkait dengan stigma tersebut. Maka hal-hal yang dilakukan adalah dengan sering menasehati masyarakat yang melakukan stigmatisasi kepada salah sat uwarga atau keluarga. Selain itu tokoh agama juga disetiap ceramahnya selalu menekankan untuk tidak melakukan stigmatisasi (berburuk sangka) karena agama sengat merang hal tersebut. Selain itu tokoh agama juga banyak didatangi oleh warganya yang meminta casehat kaitan dengan adanya stigmatisasi ditengah masyarakat dan hasilnya sangat positif, banyak stigma yang berkembang dapat dicegah atau dikurangi dengan hadirnya tokoh agama menenangkan masyarakat.

Berdasarkan hasil penelitian lain terkait dengan stigma juga menunjukkan adanya bahaya atau ancaman yang sangat besar dari sebuah stigma yang berkembang dimasyarakat, selain itu juga stigma yang muncul dari suatu kejadian dapat mempengaruhi cara penanganan dari seseorang yang terpapar sebuah penyakit. Ada beberapa factor yang menyebabkan dan mempengaruhi stigma seperti factor pekerjaan, fasilitas yang ada, nilai dan faktor pengetahuan seseorang (Sismulyanto et al., 2015).

Bentuk Peran Tokoh Agama dalam Sebagai Teladan Penerapan Protokol Kesehatan

Tokoh Agama ditengah masyarakat merupakan seseorang yang memiliki karismatik yang sangat tinggi. Kehadirannya ditengah-tengah masyarakat sering dijadikan sebagai teladan atau panutan

dibidang agama karena keilmuan yang dimiliki. Selain itu para tokoh agama tidak hanya dijadikan sebagai teladan dalam hal perilaku beragama, tetapi dalam hal-hal yang sifatnya aktifitas sehari-hari masyarakat sering menjadikan tokoh agama sebagai contoh perilaku bermasyarakat. Dalam hal pencegahan covid-19 tokoh agama juga sering ditunggu tanggapan dan tindakannya yang kemudian diikuti oleh masyarakat. Berikut hal-hal yang dilakukan oleh tokoh agama sebagai bentuk peran dalam pencegahan covid-19.

Tugas tokoh agama sebagai penyebar agama islam sudah sangat melekat di masyarakat. Bahkan karena dipercayanya tokoh agama tersebut terkadang sering juga tokoh agama menyampaikan hal lain diluar konteks agama islam didalam ceramahnya dan itu juga sangat diterima oleh masyarakat.

Para tokoh agama yang menjadi informan sangat memanfaatkan waktu dan kesempatan yang ada. Ketika menghadiri sebuah acara tokoh agama selalu meluangkan diri disisa waktu yang ada untuk menyampaikan tentang perkembangan covid-19 dan menghimbau jamaah atau masyarakat untuk waspada dan menjaga diri dengan cara mengikuti anjuran pemerintah dalam hal menerapkan protokol kesehatan.

Tokoh agama sangat berperan dalam memutus rantai penyebaran covid-19. Perannya yang sangat vital di masyarakat serta arahan-arahannya yang sangat didengar oleh masyarakat sangat membantu didalam memutus penyebaran covid-19. Banyak warga yang semula tidak mengindahkan himbauan dari pemerintah namun setelah mendengar arahan dari tokoh agama berubah menjadi sangat patuh terhadap protokol kesehatan. Bahkan mereka menjadi pegiat dalam meneruskan informasi terkait bahaya covid-19 dan perapan protokol kesehatan kepada keluarga dan masyarakat lainnya (Nurul Aula, 2020).

Dalam konteks penelitian ini yang melibatkan peran tokoh agama dalam pencegahan covid-19 yang melanda hampir seluruh dunia tanpa terkecuali Negara Kesatuan Republik Indonesia serta daerah-daerah yang menjadi bagian dari NKRI. Setiap kebijakan yang diambil oleh pemerintah melalui Tim Satgas Covid-19 selalu mengajak para tokoh agama agar dapat mempermudah menjalankan kebijakan tersebut, namun fakta dilapangan terkadang berbeda dikarenakan konsep-konsep ketaqwaan dihadapkan langsung dengan aturan-aturan yang dibuat oleh pemerintah melalui tim satgas dalam hal pencegahan penyebaran covid-19. Seperti contoh misalkan pemerintah mengeluarkan kebijakan bahwa untuk mencegah covid-19 maka harus dilakukan *Phisycal Distancing*, kebijakan

ini dianggap oleh sebagian tokoh agama sebagai suatu aturan yang berlebihan karena adanya rasa takut terhadap penyakit yang diciptakan oleh Allah, sementara dalam hal beragama rasa takut yang patut dimiliki hanyalah rasa takut kepada Allah SWT.

Berdasarkan penelitian yang telah kami lakukan terhadap para informan yang merupakan tokoh agama, dalam hal perannya mengenai pencegahan covid-19 sangat besar. Para tokoh agama mengambil peran sebagai garda terdepan sebagai peyambung lidah dari tim satgas covid-19 atau pemerintah yang selalu memberikan tausiah (ceramah) yang bersifat ajakan kepada para jamaah untuk selalu mematuhi protokol kesehatan seperti menggunakan masker, mencuci tangan dengan sabun, bahkan termasuk juga mandi setiap selesai melakukan aktifitas diluar rumah, termasuk juga himbauan untuk tidak mengadakan keramaian atau larangan berkumpul.

Dari beberapa hal yang dilakukan oleh tokoh agama tersebut menunjukkan bahwa para tokoh agama tidak tinggal diam dalam hal pencegahan covid-19, bahkan disetiap kesempatan para tokoh agama tidak hanya mengajak masyarakat secara lisan saja, tetapi langsung memberikan contoh nyata terkait pencegahan covid-19 seperti selalu menggunakan masker setiap menghadiri acara atau undangan dari masyarakat dan para jamaah. Selain itu di area rumah atau pondok para tokoh agama terlihat beberapa tempat cuci tangan yang dilengkapi dengan sabun, hal ini tentu untuk memudahkan setiap orang yang datang agar dapat dengan mudah mencuci tangan sebagai bentuk penerapan protokol kesehatan demi menjaga diri dan sebagai bentuk pencegahan covid-19.

Tokoh agama mampu memberikan perubahan besar terhadap kondisi sosial masyarakat. Mereka mampu menggeser tindakan masyarakat kearah tindakan yang mereka kehendaki. Faktor yang menyebabkan keberhasilan yang diinginkan oleh tokoh agama selain disebabkan kepatuhan adalah kemampuan para tokoh agama didalam menjelaskan persoalan-persoalan yang rumit bagi masyarakat menjadi lebih mudah. Kemampuan komunikasi ini menjadi nilai lebih bagi tokoh agama untuk mempen garuhi kesadaran masyarakat agar dapat melakukan hal yang diperintahkan. Kemampuan ini membuktikan bahwa tokoh agama merupakan elemen penting dalam merubah kesadaran masyarakat sesuai dengan tujuan yang diinginkan.

Hal inilah yang membuat Pemerintah Daerah melalui tim Satgas Covid-19 selalu melibatkan tokoh agama dalam setiap kegiatan sosialisasi, promosi dan preventif pencegahan covid-19 bahkan tokoh agama dimasukkan menjadi

tim satgas covid-19 baik ditingkat Kabupaten, kecamatan, maupun desa di setiap wilayah di Kabupaten Lombok Barat. Walaupun tokoh agama tidak menjadi ujung tombak pencegahan covid-19 tetapi paling tidak dengan keberadaan tokoh agama didalam tim satgas, ada rasa ketenangan yang didapat sehingga sangat membawa pengaruh positif di setiap kegiatan-kegiatannya.

Tokoh agama merupakan sejumlah orang yang karena pengaruhnya sangat luas dan besar dalam masyarakat muslim baik pengetahuannya, perjuangannya menegakkan syariat islam, perilaku yang baik dan diteladani maupun kharismatik yang membuat sangat disegani dimasyarakat (Malik, 1994).

Peran (*role*) merupakan aspek yang dinamis dari kedudukan (*status*), artinya seseorang yang elah menjalankan hak-hak dan kewajibannya sesuai dengan kedudukannya maka seseorang tersebut telah melaksanakan suatu peran. Keduanya tidak dapat dipisahkan karena satu dengan yang lain saling ketergantungan, sehingga Tokoh Agama akan dapat berperan jika kedudukannya dimasyarakat mendapat pengakuan. Peran tokoh agama sangat penting karena dapat mengatur perilaku seseorang, disamping itu peran dapat menyebabkan seseorang menyesuaikan perilakunya sendiri dengan perilaku masyarakat disekitarnya (Dwi, 1982).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, tokoh agama dalam mencegah covid-19 sangat memiliki peran yang besar dan telah dilakukan dengan berbagai cara, namun kemudian ada hal yang berbeda dari peran tokoh agama tersebut disaat ada himbuan dari tim satgas covid-19 tentang himbuan untuk tidak mengadakan sholat Jum'at maupun ibadah-ibadah seperti biasa di masjid karena dikhawatirkan dapat mengundang kerumunan atau keramaian sehingga penyebaran covid-19 semakin meluas, disini para tokoh agama justru menentang himbuan ini dan tetap melakukan sholat jumat di masjid, sebagian besar masjid di kampung-kampung yang ada di Kecamatan Gunungsari tetap melakukan sholat jum'at. Hal ini dilakukan tentu atas dasar arahan dari tokoh agama itu sendiri, karena tokoh agama berfikir bahwa semua orang yang akan melaksanakan sholat jum'at pasti membersihkan diri terlebih dahulu yang artinya secara kebersihan pasti sangat terjaga terlebih juga dihimbau kepada semua jamaah untuk menggunakan masker sehingga penyebaran covid-19 dapat ditekan dan tidak ada terjadi kluster sholat jumat.

Adapun peran Tokoh Agama diharapkan dapat menjadi contoh bagi pengikutnya, baik untuk mematuhi maupun tidak mematuhi protokol kesehatan. Budi Hidayat yang seorang

Plt. Dirjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit kementerian Kesehatan (Kemenkes RI) menekankan kepada seluruh tokoh agama atau siapapun yang memiliki peran penting dalam suatu komunitas tertentu agar lebih bijak serta memberikan keteladanan kepada masyarakat tentang pentingnya penerapan protokol kesehatan. Budi Hidayat meminta agar selama masa pandemi, para tokoh tidak menggelar kegiatan yang menimbulkan banyak kerumunan orang. Sebab, kerumunan dapat memicu penularan virus SARS-CoV-2 penyebab covid-19 yang dapat berakibat fatal.

Peran tokoh agama dalam pandemi ini adalah penguatan literasi hubungan antara agama dan ilmu pengetahuan, menjaga keharmonisan antara manusia dan alam, mendorong rasional, dan tidak fatalistis dalam pengendalian diri lahir batin. Imam besar Masjid Istiqlal Jakarta Profesor Nasaruddin Umar mengatakan kehadiran agama sangat diperlukan ditengah masyarakat, khususnya ditengah situasi saat pandemi ataupun pasca pandemi. Tokoh agama harus dapat melakukan suatu upaya dalam rangka menyelesaikan atau paling tidak ikut berperan serta mengeliminir dampak-dampak negatif yang lebih besar dari covid-19 ini (Nurul Aula, 2020).

Kepala Puskesmas Gunungsari dalam segala hal yang berkaitan dengan promosi kesehatan ataupun sosialisasi terkait suatu program kesehatan pasti melibatkan para tokoh tanpa terkecuali tokoh agama. Bahkan sebelum melakukan suatu kegiatan yang akan melibatkan masyarakat luas terlebih dahulu mendatangi tokoh agama kerumahannya untuk meminta izin sekaligus menjelaskan maksud dan tujuan dari suatu kegiatan. Begitu juga kaitan dengan covid-19 ini, karena penyakit ini tidak terlihat dan sangat berkaitan dengan masyarakat umum, maka setiap langkah pencegahan yang diambil selalu sedapat mungkin melibatkan tokoh agama.

Pemerintah Kecamatan Gunungsari mengatakan bahwa diawal-awal masa lock down diberlakukan atau diawal masa work from home diberlakukan yang membuat kita jarang masuk kantor, selain itu juga pendaftaran nikah kita libur saat pandemic tersebut karena dikhawatirkan akan mengundang kerumunan praktis membuat aktifitas tidak terlalu banyak sehingga kami mengambil langkah banyak berdiskusi dengan para tokoh agama terkait dengan pencegahan covid-19 ini. Kami melihat bahwa permasalahan utama adalah ketidak patuhan masyarakat dalam mengikuti himbuan dari pemerintah terhadap penerapan protokol kesehatan. Disini kami melihat adanya benang yang terputus antara pemerintah atau tim satgas covid-19 dengan masyarakat yang

menjadi sasaran program. Hal ini yang menurut kami harus ada penyambung antara masyarakat dan pemerintah atau tim Satgas Covid-19, dan posisi ini yang paling tepat adalah tokoh agama, karena kakmi melihat dan sering membuktikan ketika seorang tuan guru sudah menyampaikan sesuatu dihadapan jamaahnya, maka dengan cepat jamaahnya dapat menangkap maksud dan mengikuti serta melaksanakan arahan dari seorang tokoh agama yang sangat disegani oleh jamaah tersebut. Ini salah satu bukti bahwa dalam pencegahan covid-19 peran tokoh agama tidak dapat dipandang sebelah mata.

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian yang dilakukan dapat diambil kesimpulan bahwa Tokoh Agama mendukung upaya pemerintah untuk mencegah penyebaran covid-19 ini dengan menerapkan protokol kesehatan, selain itu Tokoh Agama juga membantu pemerintah dalam hal menyebarluaskan informasi terkait cara pencegahan kepada masyarakat serta mengajak masyarakat atau jamaahnya untuk menerapkan protokol kesehatan dan hasilnya berdampak pada terkendalinya penyebaran covid-19 di Wilayah Kecamatan Gunungsari.

Dalam hal stigma covid-19, tokoh agama tidak memiliki stigma terhadap covid-19. Hal ini karena tokoh agama percaya bahwa dalam agama islam segala jenis penyakit datangnya dari Allah dan sudah digariskan sebagai takdir bagi setiap hambanya. Selain itu agama islam juga melarang seseorang untuk berburuk sangka atau suudzon terhadap sesama terlebih pada seseorang atau keluarga yang terpapar covid-19. Peran tokoh agama dalam mencegah stigma ini sangat efektif sehingga penyebaran covid-19 dapat ditekan diwilayah Kecamatan Gunungsari.

DAFTAR PUSTAKA

1. Barat, B. L. (2018). *jumlah penduduk kabupaten lombok barat*. lombok barat.
2. Desi Citra Dewi, Jesika Setyani, S. Y. (2020). Cara pencegahan penyebaran covid-19. *Universitas Pamulang*, 1(1), 111–115.
3. Dikes, L. (2020). *laporan kewaspadaan covid-19 tingkat kabupaten lombok barat, rekap per kecamatan*. lombok barat.
4. Dikes, N. (2020). *laporan kewaspadaan covid-19 provinsi NTB, rekap per kabupaten*. NTB.
5. Dwi, j narwoko. (1982). *psikologi sosial*. surabaya: pt. bina ilmu.
6. Gunungsari, K. (2017). *data KUA kecamatan gunungsari*. gunungsari.
7. Juditha, C. (2020). People Behavior Related To The Spread Of Covid-19's Hoax. *Journal Pekommas*, 5(2), 105. <https://doi.org/10.30818/jpkm.2020.2050201>
8. Malik, nabi bin. (1994). *membangun dunia baru islam*. bandung: mizan.
9. Mushodiq, M. A., & Imron, A. (2020). Peran Majelis Ulama Indonesia Dalam Mitigasi Pandemi Covid-19 (Tinjauan Tindakan Sosial dan Dominasi Kekuasaan Max Weber). *SALAM: Jurnal Sosial Dan Budaya Syar-I*, 7(5). <https://doi.org/10.15408/sjsbs.v7i5.15315>
10. Nurul Aula, S. K. (2020). Peran Tokoh Agama Dalam Memutus Rantai Pandemi Covid-19 Di Media Online Indonesia. *Living Islam: Journal of Islamic Discourses*, 3(1), 125. <https://doi.org/10.14421/lijid.v3i1.2224>
11. RI, kementerian kesehatan. (2020). info infeksi emerging.
12. Sastrawan, S. (2021). Dinamika Perilaku Kesehatan Masyarakat dalam Konteks Pandemi Covid-19. *Perspektif Akademisi Indonesia*, 2(1 SE-), 70–80. <https://doi.org/10.37824/pai.v2i1.42>
13. Sismulyanto, S., Supriyanto, S., & Nursalam, N. (2015). Model to Reduce HIV Related Stigma among Indonesian Nurses. *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, 4(3), 184. <https://doi.org/10.11591/ijphs.v4i3.4731>
14. WHO. (2020). *novel coronavirus*.
15. Yuliana, Y. (2020). Corona virus diseases (Covid-19): Sebuah tinjauan literatur. *Wellness And Healthy Magazine*, 2(1), 187–192. <https://doi.org/10.30604/well.95212020>

PERBEDAAN TINGKAT KEPUASAN IBU HAMIL PENDAMPINGAN LANGSUNG DAN TELEMEDICINE SELAMA PANDEMI COVID-19

Emi Widiarti Cahyati¹, Ayun Sriatmi², Eka Yunila Fatmasari²

¹ Mahasiswa Peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro

² Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro

ABSTRAK

Pemerintah Kota Semarang membuat strategi pendampingan ibu hamil selama pandemi COVID-19 menggunakan dua model pendampingan yaitu pendampingan langsung dan *telemedicine* sebagai pencegahan terhadap penyebaran kasus COVID-19. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk melihat perbedaan kepuasan antara ibu hamil yang mendapatkan pendampingan langsung dan ibu hamil yang mendapatkan model *telemedicine*. Metode penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross-sectional*. Penelitian ini terdiri dari 110 sampel ibu hamil yang dibagi menjadi dua kelompok secara merata baik untuk model pendampingan langsung maupun model *telemedicine*. Pengambilan data dilakukan melalui online menggunakan *google form* yang disebarluaskan secara personal kepada ibu hamil melalui *whatsapp mesenger*. Terdapat dua metode yang digunakan untuk menunjukkan tingkat kepuasan dalam penelitian ini, yaitu analisis univariat dengan tabel frekuensi dan analisis bivariat menggunakan uji Mann-Whitney U. Analisis univariat menunjukkan tingkat kepuasan yang lebih baik dari mereka yang menerima model *telemedicine* dibandingkan dengan model pendampingan langsung. Analisis bivariat menunjukkan adanya perbedaan tingkat kepuasan antara dua kelompok sampel (sig. = 0,020), pada aspek hubungan petugas-ibu hamil (sig. = 0,013), aspek kenyamanan (sig. = 0,013), serta aspek pengetahuan dan kompetensi petugas (sig. = 0,008). Dengan demikian disarankan Dinas Kesehatan Kota Semarang untuk melakukan mix model pendampingan, mengembangkan teknologi *telemedicine*, dan meningkatkan pendampingan model *telemedicine* untuk masa depan.

Kata kunci: Pendampingan Ibu Hamil; Kepuasan Ibu Hamil; Telemedicine

ABSTRACT

The Semarang City Government made a strategy for accompaniment pregnant women during COVID-19 pandemic using two models, i.e direct accompaniment and telemedicine as a precaution against the spread of COVID-19 cases. This study aims to determine the differences in level of satisfaction between pregnant women who received the direct accompaniment model and those who received the telemedicine model. The research used a quantitative method with cross-sectional approach. The research consisted of the total of 110 samples of pregnant women who were divided into two groups evenly to receive either direct accompaniment or telemedicine model. Data collection online using google form that is distributed personally to pregnant women via whatsapp mesenger. There are two data analysis methods used to show the satisfaction level in this study, i.e. univariate analysis with frequency table and bivariate analysis using Mann-Whitney U test. The univariate result shows a better satisfaction level of those who received telemedicine compared to direct accompaniment model. Bivariate analysis shows there are significant differences satisfaction between the two sample groups (sig. = 0,020), relationship (sig. = 0,013), comfort of accompaniment (sig. = 0,013), and knowledge and competence of health insurance (sig. = 0,008). Therefore it is recommended to the Semarang City Health Office to mix the accompaniment pregnant women models, develop telemedicine technology, and improve telemedicine models for the future.

Keyword: Pregnant Women Accompaniment; Pregnant Women Satisfaction; Telemedicine

PENDAHULUAN

Penyebaran *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19) yang luar biasa, bukan hanya di Indonesia namun hampir seluruh negara di dunia menyumbang jumlah kasus positif. Kemudian, pada tanggal 31 Maret 2020 Presiden Jokowi menetapkan Keputusan Presiden Nomor 11 tentang Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat *Corona Virus Disease* 2019. Pada tahun 2019, Kota Semarang dengan jumlah 18 kasus kematian ibu menduduki posisi keempat untuk Kabupaten/ Kota dengan AKI tertinggi di Jawa Tengah setelah Kabupaten Banjarnegara dengan 22 kasus, Kabupaten Grobogan dengan 36 kasus, dan Kabupaten Brebes dengan 37 kasus.¹ Pada tahun 2016 hingga 2019, kunjungan K4 pada ibu hamil di Kota Semarang terus mengalami penurunan.

Dalam situasi normal, masalah kesehatan ibu masih menjadi perhatian besar terlebih lagi pada saat pandemi. Pelayanan kesehatan yang semakin terbatas selama pandemi COVID-19 penting untuk terus berjalan. Hal tersebut dibutuhkan juga untuk mempertahankan capaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) pada Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil pada tahun 2019 yang telah mencapai target. Oleh karena itu Dinas Kesehatan Kota Semarang mengeluarkan SOP Pendampingan Ibu Hamil Selama Masa Pandemi COVID-19 di Era New Normal pada tanggal 15 Juni 2020 dengan Nomor Dokumen B/7613/4418/11/2020 sebagai strategi dalam pemberian layanan kesehatan ibu hamil selama pandemi COVID-19. Pendampingan ibu hamil selama pandemi COVID-19 dilakukan melalui dua model, yaitu model pendampingan

langsung dan model *telemedicine*. Model pendampingan langsung dilakukan seperti kondisi normal dengan menerapkan protokol kesehatan. Sedangkan dalam model *telemedicine* Gasurkes KIA menggunakan alat bantu *handphone* melalui aplikasi *whatsapp*.²

Namun, berdasarkan hasil survey pendahuluan, ditemukan bahwa dalam pelaksanaan model pendampingan langsung terdapat proses komunikasi yang terganggu akibat jaga jarak dan penggunaan masker. Selain itu ibu hamil mengeluhkan kurang jelasnya pesan yang disampaikan oleh Gasurkes KIA sehingga ibu hamil seringkali harus meminta Gasurkes KIA untuk mengulangi perkataannya sehingga menimbulkan ketidaknyamanan. Sementara komunikasi menjadi salah satu aspek yang mempengaruhi kepuasan terhadap pelayanan kesehatan.³ Kemudian, terdapat pula kekhawatiran terhadap keamanan pendampingan yang dalam hal ini adalah risiko penularan COVID-19 dari kedatangan Gasurkes KIA kerumah. Berdasarkan observasi yang telah dilakukan, terdapat Gasurkes KIA yang kurang bisa menjaga jarak dengan ibu hamil saat melakukan kunjungan rumah, dimana keamanan pelayanan maupun tindakan yang dilakukan oleh petugas juga mempengaruhi kepuasan.⁴ Sedangkan dalam pendampingan menggunakan *telemedicine*, ibu hamil mengeluh karena tidak dapat berhadapan langsung dengan Gasurkes KIA.

Kepuasan ibu hamil ini penting diketahui untuk mengevaluasi serta meningkatkan pelayanan yang belum optimal agar kesehatan ibu hamil dapat terjaga sehingga AKI di Kota Semarang dapat dikendalikan. Selama ini belum diketahui bagaimana perbedaan tingkat kepuasan antara ibu hamil yang mendapatkan model pendampingan langsung dan ibu hamil yang mendapatkan *telemedicine*. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk mengetahui perbedaan tingkat kepuasan ibu hamil yang mendapatkan pendampingan langsung dan ibu hamil yang mendapatkan *telemedicine* di Puskesmas Kota Semarang selama masa pandemi COVID-19.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang dilaksanakan adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross-sectional*. Lokasi penelitian di Puskesmas Kota Semarang dengan tempat pengambilan sampel di 6 puskesmas terpilih yaitu Puskesmas

Miroto, Puskesmas Pandanaran, Puskesmas Mijen, Puskesmas Karangmalang, Puskesmas Karangayu, dan Puskesmas Kedungmundu. Pemilihan puskesmas didasarkan pada kriteria puskesmas yang berada di pusat kota, pertengahan kota, dan jauh dari pusat Kota Semarang yang kemudian dipilih lagi berdasarkan jumlah ibu hamil paling banyak dan paling sedikit. Variabel penelitian adalah model pendampingan ibu hamil dan kepuasan ibu hamil dengan aspek yang diukur adalah hubungan petugas-ibu hamil, kenyamanan pendampingan, pengetahuan dan kompetensi petugas, efektifitas pendampingan, dan keamanan pendampingan.

Populasi penelitian adalah seluruh ibu hamil yang ada di 37 Puskesmas Kota Semarang yang berjumlah 25.981 dengan kriteria yang telah ditentukan. Penelitian ini terdiri dari 110 sampel ibu hamil yang dibagi menjadi dua kelompok secara merata baik untuk model pendampingan langsung maupun model *telemedicine*. Pengambilan sampel dengan teknik *purposive sampling* didasarkan pada kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan. Kriteria inklusi pengambilan sampel adalah ibu hamil dengan usia kehamilan trimester ketiga, pernah mendapatkan pendampingan selama pandemi COVID-19 masing-masing dengan hanya pendampingan langsung ataupun *telemedicine* minimal 1 kali, telah mengisi *informed consent*, dan dapat berkomunikasi dengan baik. Sedangkan kriteria eksklusi adalah ibu hamil tidak mengisi kuesioner secara lengkap, tidak bersedia menjadi responden, dan ibu hamil yang mendapatkan kedua model pendampingan. Pengambilan data dilakukan secara *online* menggunakan *google form* yang dibagikan secara personal kepada ibu hamil melalui *whatsapp messenger*.

Penelitian ini menggunakan uji *Mann Whitney U-test* untuk kedua kelompok sampel yang tidak berpasangan dan berdistribusi tidak normal. Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada perbedaan tingkat kepuasan ibu hamil kelompok model pendampingan langsung dan kelompok *telemedicine* pada aspek hubungan petugas-ibu hamil, kenyamanan pendampingan, pengetahuan dan kompetensi petugas, efektifitas pendampingan, keamanan pendampingan dan kepuasan secara komposit selama pandemi COVID-19 di Puskesmas Kota Semarang.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Karakteristik Responden

Tabel 1. Dsistribusi Frekuensi Karakteristik Responden

Karakteristik	Responden pendampingan langsung		Responden <i>telemedicine</i>	
	f	%	f	%
Usia ibu				
< 35 tahun	39	71	45	82
≥ 35 tahun	16	29	10	18
Karakteristik	Responden pendampingan langsung		Responden <i>telemedicine</i>	
	f	%	f	%
Pendidikan terakhir				
Tidak tamat SD	0	0	0	0
SD	0	0	0	0
SMP/MTs/ sederajat	1	2	8	15
SMA/MA/ sederajat	22	40	27	49
Perguruan Tinggi	32	58	20	36
Jenis pekerjaan				
Tidak bekerja/ibu rumah tangga	33	60	19	35
Guru/dosen	2	4	0	0
Karakteristik	f	%	f	%
Buruh	0	0	3	5
Pedagang/wiraswasta	3	5	0	0
Pegawai swasta	12	22	16	29
Pegawai pemerintah/PNS	5	9	1	2
Lainnya	0	0	5	9

Tabel 1. menunjukkan bahwa sebagian besar responden pada kedua kelompok model pendampingan berusia < 35 tahun dengan presentase paling besar pada kelompok pendampingan langsung (75%) dan kelompok *telemedicine* (82%). Hal tersebut menunjukkan bahwa ibu hamil didominasi oleh usia muda. Responden kelompok model pendampingan langsung sebagian besar memiliki latar belakang

pendidikan perguruan tinggi (58%), Sedangkan responden kelompok model *telemedicine* sebagian besar memiliki latar belakang pendidikan SMA/MA/ sederajat (49%). Kemudian, baik responden pada kelompok model pendampingan langsung (60%) maupun kelompok model *telemedicine* (35%) sebagian besar tidak bekerja atau berperan sebagai ibu rumah tangga.

Gambaran Kepuasan Ibu Hamil Terhadap Model Pendampingan Langsung dan *Telemedicine*

Tabel 2. Perbedaan Tingkat Kepuasan Ibu Hamil Kelompok Model Pendampingan Langsung dan Kelompok Model *Telemedicine*

Aspek	Kategori	Pendampingan langsung		Telemedicine		Uji Mann Whitney U	Keputusan
		f	%	f	%		
Kepuasan secara komposit	Puas	28	50,9	29	52,73	0,020	Ada perbedaan
	Tidak puas	27	49,1	26	47,27		
Hubungan Petugas Dengan Ibu Hamil	Puas	36	65,45	30	54,55	0,013	Ada perbedaan
	Tidak puas	19	34,55	25	45,45		
Kenyamanan Pendampingan	Puas	31	56,36	29	52,73	0,013	Ada perbedaan
	Tidak puas	24	43,64	26	47,27		
Pengetahuan Dan Kompetensi Petugas	Puas	24	43,64	28	50,91	0,008	Ada perbedaan
	Tidak puas	31	56,36	27	49,09		
Efektifitas Pendampingan	Puas	35	63,64	38	69,09	0,162	Tidak ada perbedaan
	Tidak puas	20	36,36	17	30,91		
Keamanan Pendampingan	Puas	38	69,09	37	67,27	0,113	Tidak ada perbedaan
	Tidak puas	17	30,91	18	32,73		

Tabel 2. menunjukkan hasil analisis statistika menggunakan *Mann Whitney U* yaitu nilai sig. 0,020 (sig. < 0,05) sehingga dapat diartikan

bahwa ada perbedaan tingkat kepuasan antara responden kelompok pendampingan langsung dan responden kelompok *telemedicine*.

Perbedaan tingkat kepuasan ibu hamil terhadap model pendampingan diantara kedua kelompok sampel ini terletak pada aspek hubungan petugas dengan ibu hamil (sig. = 0,013), aspek kenyamanan pendampingan (sig. = 0,013) serta aspek pengetahuan dan kompetensi teknis (sig. = 0,008). Dimana melalui perhitungan nilai median diketahui bahwa presentase responden yang menyatakan puas terhadap model *telemedicine* (52,73%) lebih besar dibandingkan dengan model pendampingan langsung (50,90%).

Kepuasan adalah penilaian secara subjektif dari penerima layanan dalam hal ini ibu hamil atas hasil perbandingan layanan yang diterima dengan harapannya. Ibu hamil akan merasa puas apabila layanan yang diterimanya melalui pendampingan sesuai atau bahkan melebihi harapannya. Pendampingan ibu hamil selama pandemi COVID-19 di Kota Semarang dilakukan melalui dua model yaitu model pendampingan langsung dan model *telemedicine*. Dengan adanya perbedaan dalam model pendampingan yang diterima oleh ibu hamil memungkinkan adanya perbedaan pada kepuasan yang dirasakan oleh masing-masing kelompok model.

Penelitian ini membuktikan bahwa tingkat kepuasan ibu hamil berbeda antara kelompok ibu hamil yang mendapatkan model pendampingan langsung dengan model *telemedicine*. Hasil ini sejalan dengan penelitian Grant terkait kepuasan klien dengan layanan *telehealth* di agen perawatan kesehatan rumah bahwa terdapat perbedaan kepuasan yang signifikan antara kelompok responden *telemedicine* dengan kelompok perawatan konvensional di rumah sakit.⁵ Selain itu sejalan juga dengan hasil penelitian Tantara *et al* terkait Analisis Kualitas Pelayanan terhadap Kepuasan Pasien Pengguna Aplikasi *Telemedicine* dan Konsultasi Tatap Muka di Pelayanan Kesehatan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara responden yang melakukan konsultasi melalui aplikasi *telemedicine* dan tatap muka.⁶

Kemudian, perhitungan menggunakan nilai median menunjukkan jumlah responden pada kelompok model *telemedicine* yang menyatakan puas lebih besar dibandingkan dengan kelompok model pendampingan langsung. Hasil ini sejalan dengan penelitian Polinski terkait kepuasan pasien dan preferensi untuk kunjungan *telehealth* dimana (95%) responden sangat puas dengan pelayanan *telemedicine* dan sepertiga dari responden menyatakan lebih memilih *telemedicine* dibandingkan dengan konsultasi tatap muka.⁷ Pendampingan ibu hamil menggunakan model *telemedicine* memungkinkan ibu hamil untuk lebih mudah mendapatkan layanan dari gasurkes

terkait kehamilannya dimanapun dan kapanpun sehingga pendampingan menjadi lebih mudah dimanfaatkan. Sejalan dengan penelitian Ayun *et al* dimana terbukti dengan adanya penyuluhan secara virtual/*online* mempermudah ibu hamil untuk mengakses informasi penting secara lebih mudah karena dapat tetap tersampaikan dimanapun dan kapanpun ibu hamil berada.⁸ Terlebih lagi, ditemukan persepsi positif terkait *telemedicine* menggantikan.

Dengan besarnya kepuasan terhadap model *telemedicine* dapat menjadi salah satu cara yang efektif untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu hamil dengan tetap mengendalikan penyebaran kasus COVID-19. Dimana risiko penularan yang diakibatkan oleh kontak langsung secara fisik antara petugas dengan ibu hamil saat proses pemberian layanan dapat dihindari sehingga dapat meningkatkan surveilans populasi.¹⁰ Selain itu, penelitian Harrison *et al* membuktikan bahwa *telemedicine* dapat mengurangi penundaan dalam perawatan akibat kebutuhan kunjungan langsung. Disamping itu, dengan adanya kombinasi transmisi data secara elektronik dan layanan konsultasi melalui telepon dapat meningkatkan kepuasan dan manajemen perawatan yang lebih efisien.⁹

Penelitian ini membuktikan adanya perbedaan kepuasan diantara kedua model pendampingan terhadap aspek pengetahuan dan kompetensi petugas. Hal tersebut menunjukkan bahwa melalui kedua model pendampingan terdapat perbedaan kemampuan ataupun keterampilan dalam memberikan pendampingan sesuai dengan komptensinya sebagai seorang bidan. Perbedaan ini sejalan dengan berkembangnya ilmu pengetahuan, teknologi, sosial, dan ekonomi yang kemudian membuat masyarakat dapat memberikan penilaian terhadap apa yang mereka butuhkan. Oleh karena itu, layanan yang bermutu semakin dicari. Dengan adanya masalah kesehatan yang kompleks, pengetahuan dan kompetensi petugas kesehatan menjadi tantangan yang besar untuk memberikan pelayanan yang bermutu dan memuaskan.

Model *telemedicine* terbukti memberikan kepuasan yang lebih besar dibandingkan dengan pendampingan langsung dalam aspek pengetahuan dan kompetensi teknis petugas. Hal tersebut dikarenakan pemeriksaan kondisi kesehatan telah dilakukan dengan baik, hasil ANC selalu dicek oleh petugas melalui buku KIA, dan informasi terkait permasalahan kesehatan diberikan dengan jelas melalui *telemedicine*. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mojdehbakhsh terkait peningkatan kualitas pelayanan *telemedicine* dalam ginekologi klinis selama pandemi COVID-19 dengan kepuasan

pasien, dimana sebagai besar responden menyatakan bahwa ketelitian, kehati-hatian, dan keterampilan dinilai sangat baik. Selain itu ditemukan bahwa penjelasan oleh petugas dalam *telemedicine* sangat baik.¹¹

Pendampingan ibu hamil disebut efektif apabila tujuan pendampingan oleh petugas dapat tercapai dimana ibu hamil akan merasa terbantu oleh adanya gasurkes serta konseling yang diberikan dapat menjawab keluhan yang dirasakan ibu hamil. Meskipun tidak ditemukan adanya perbedaan yang signifikan diantara kedua model, secara statistik ibu hamil menunjukkan kepuasan yang lebih besar terhadap model *telemedicine*. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ayun *et al* terkait dengan Kelas Ibu Hamil Model Virtual dalam Meningkatkan Praktik Pencegahan Risiko Tinggi Kehamilan ditemukan bahwa kelas ibu hamil model virtual terbukti lebih efektif dalam meningkatkan perilaku ibu hamil dibandingkan dengan model konvensional.⁸ Hal tersebut dapat disebabkan oleh kemampuan *telemedicine* dalam mengatasi keterbatasan jarak dan waktu yang menjadi masalah dalam model pendampingan langsung, sehingga pendampingan dapat diberikan dengan lebih fleksibel.^{6,12}

Meski terbukti bahwa model *telemedicine* dapat memberikan kepuasan yang lebih besar terdapat beberapa hal yang belum bisa menggantikan model pendampingan langsung. Penelitian ini membuktikan bahwa terdapat perbedaan kepuasan diantara kedua model pendampingan terhadap aspek hubungan petugas dengan ibu hamil dan aspek kenyamanan. *Telemedicine* memungkinkan hilangnya interaksi antar pribadi antara petugas dengan ibu hamil dimana terbukti bahwa kepuasan model pendampingan langsung lebih besar jika dibandingkan dengan model *telemedicine* pada aspek hubungan petugas dengan ibu hamil dan aspek kenyamanan.

Edgoose dalam artikelnya terkait Hubungan Dokter-Pasien Di Era *Telemedicine* yang sedang Berkembang menyatakan bahwa hubungan tatap muka tetap penting dalam membangun hubungan manusia yang paling fundamental/dasar.¹³ Untuk itu petugas dapat lebih memperhatikan keterampilan komunikasi *online* karena komunikasi yang baik penting untuk mengembangkan hubungan petugas dengan ibu hamil.¹⁴ Selain itu keramahan juga menjadi hal yang penting untuk diekspresikan melalui *online* dimana keramahan petugas serta kenyamanan berhubungan erat dengan kepuasan pasien.^{15,16}

Kenyamanan pendampingan dapat diartikan sebagai segala sesuatu yang dirasakan responden atas pelayanan yang diberikan oleh petugas. Model *telemedicine* dapat menjadi pelayanan

yang tidak nyaman bagi sebagian ibu hamil karena diperlukannya akses internet. Sementara pada kebutuhan akan akses internet ini dimungkinkan menjadi gangguan karena tidak terjangkaunya akses internet di tempat tinggal mereka ataupun kurangnya kemampuan responden dalam mengakses teknologi.¹⁷ Selain itu keamanan terhadap kerahasiaan informasi dalam model *telemedicine* masih menjadi kekhawatiran ibu hamil karena masih menggunakan aplikasi populer yakni *whatsapp mesengger* yang belum bisa menjamin keamanan informasi privasi yang diberikan ibu hamil kepada gasurkes. Hal tersebut menunjukkan bahwa *telemedicine* yang diyakini menjadi solusi dari masalah pemberian layanan kesehatan selama pandemi COVID-19 masih harus diperhatikan.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan penelitian yang telah diuraikan terkait analisis perbedaan tingkat kepuasan ibu hamil berdasarkan model pendampingan langsung dan model *telemedicine* selama pandemi COVID-19 di Puskesmas Kota Semarang, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan tingkat kepuasan ibu hamil berdasarkan model pendampingan langsung dan model *telemedicine* selama pandemi COVID-19 di Puskesmas Kota Semarang. Perbedaan ini terletak pada aspek hubungan petugas dengan ibu hamil, aspek kenyamanan pendampingan serta aspek pengetahuan dan kompetensi teknis petugas. Dimana responden dalam kelompok model *telemedicine* lebih puas dibandingkan dengan kelompok model pendampingan langsung. Hal tersebut dapat terjadi karena pendampingan model *telemedicine* lebih mudah dan fleksibel untuk dilakukan dengan mengurangi risiko penularan COVID-19.

Dinas Kesehatan Kota Semarang sebagai *stakeholder* pendampingan ibu hamil diharapkan dapat menggabungkan model pendampingan (*mix model*) untuk menjaga kepuasan ibu hamil terhadap hubungan dengan petugas melalui model pendampingan langsung serta sesi konseling dan pemberian pendidikan kesehatan terkait kehamilan melalui model *telemedicine*. Selain itu dapat pula mengembangkan teknologi yang digunakan dalam *telemedicine* misalnya menggunakan *video call* atau *video meeting* dengan tujuan memberikan pelayanan secara tatap muka meskipun melalui media *online*. Pendampingan ibu hamil dengan model *telemedicine* diharapkan dapat terus dilakukan di masa depan mengingat ibu hamil yang didominasi dengan usia muda serta tingkat kepuasan yang besar terhadap model ini. Sehingga dapat disesuaikan dengan keadaan tertentu di masa depan seperti memberikan pilihan model pendampingan sesuai dengan kemauan ataupun kondisi kesehatan ibu hamil.

DAFTAR PUSTAKA

1. Dinas Kesehatan Kota Semarang. Profil Kesehatan Kota Semarang 2019. 2020. p. 1–104.
2. Dinas Kesehatan Kota Semarang. Petugas Surveilans Kesehatan Kesehatan Ibu dan Anak. Semarang; 2015.
3. Azwar A. Pengantar Administrasi Kesehatan. 3rd ed. Jakarta: Binapura Aksara; 2010.
4. Fauzy S. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kepuasan Ibu Hamil Terhadap Program Pendampingan Ibu Hamil Oleh Gasurkes (Petugas Surveilans Kesehatan) Di Kota Semarang. *Manaj Kesehat Indones*. 2020;8(1):43–8.
5. Grant LA, Rockwood T, Stennes L. Client Satisfaction with Telehealth Services in Home Health Care Agencies. *J Telemed Telecare*. 2015;21(2):88–92.
6. Tantarto T, Kusnadi D, Sukandar H. Analysis of Service Quality Towards Patient Satisfaction (Comparative Study of Patients Using Telemedicine Application and Face to Face Consultation in Healthcare). *Eur J Bus Manag Res*. 2020;5(5):1–7.
7. Polinski JM, Barker T, Gagliano N, Sussman A, Brennan TA, Shrank WH. Patients' Satisfaction with and Preference for Telehealth Visits. *J Gen Intern Med*. 2016;31(3):269–75.
8. Sriatmi A, Suwitri S, Shaluhayah Z, Nugraheni SA. Dapatkah Kelas Ibu Hamil Model Virtual Meningkatkan Praktik Pencegahan Risiko Tinggi Kehamilan? *Media Penelit dan Pengemb Kesehat*. 2020;30(1):1–14.
9. Harrison TN, Sacks DA, Parry C, Macias M, Ling Grant DS, Lawrence JM. Acceptability of Virtual Prenatal Visits for Women with Gestational Diabetes. *Women's Heal Issues [Internet]*. 2017;27(3):351–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2016.12.009>
10. Aslani N, Garavand A. The Role of Telemedicine to Control COVID-19. *Arch Clin Infect Dis*. 2020;15(COVID-19).
11. Mojdehbakhsh RP, Rose S, Peterson M, Rice L, Spencer R. A Quality Improvement Pathway To Rapidly Increase Telemedicine Services In A Gynecologic Oncology Clinic During The COVID-19 Pandemic With Patient Satisfaction Scores And Environmental Impact. *Gynecol Oncol Reports*. 2021;36.
12. Prptomojati A. Menembus Batas Pandemi Covid-19 melalui Telepsychology Breaking the Limits of the Covid-19 Pandemic through Telepsychology. *Bul Psikol*. 2020;28(2):130.
13. Edgoose JYC. Exploring the Face-to-face: Revisiting Patient-Doctor Relationships in A Time of Expanding Telemedicine. *J Am Board Fam Med*. 2021;34(February):S252–4.
14. Liu X, Sawada Y, Takizawa T, Sato H, Sato M, Sakamoto H, et al. Doctor-Patient Communication: A Comparison Between Telemedicine Consultation and Face-to-Face Consultation. *Intern Med*. 2007;46(5):227–32.
15. Sabarguna BS. Quality Assurance Pelayanan Rumah Sakit. Yogyakarta: Konsorsium Rumah Sakit Islam Jateng-DIY; 2006.
16. Agritubella SM. Kenyamanan dan Kepuasan Pasien dalam Proses Interaksi Pelayanan Keperawatan di RSUD Petala Bumi. *J Endur*. 2018;3(1):42.
17. Purbaningsih E, Hariyanti TS. Pemanfaatan Sistem Telehealth Berbasis Web Pada Ibu Hamil: Kajian Literatur. *J Ilm Ilmu Keperawatan Indones*. 2020;10(04):163–71.

FAKTOR PREDISPOSING YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERSEPSI KEBUTUHAN PADA PELAYANAN KESEHATAN PEDULI REMAJA DI SMKN 7 SURAKARTA

PREDISPOSING FACTORS OF NEED'S PERCEPTION OF ADOLESCENT-FRIENDLY HEALTH SERVICES AT SMKN 7 SURAKARTA

Syalma Qurrotu'aini Islami¹, Isnani Zahwa Azizah¹, Izzatul Arifah¹

¹Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta

ABSTRAK

Melalui Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR), remaja dapat memperoleh pengetahuan dan pelayanan kesehatan yang memperhatikan kebutuhan remaja di Puskesmas. Namun belum banyak remaja yang mengetahui dan memanfaatkan PKPR, berbagai faktor mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan salah satunya kebutuhan pada pelayanan kesehatan. Penelitian bertujuan untuk menganalisis hubungan antara jenis kelamin dan status sosial ekonomi orang tua dengan persepsi kebutuhan remaja pada PKPR. Jenis penelitian studi potong lintang yang dilaksanakan pada bulan Maret 2021. Sampel penelitian adalah 130 siswa dipilih dari 300 siswa Pekerja Sosial SMKN 7 Surakarta. Teknik pengambilan sampel menggunakan *proportional random sampling* (proporsional di tingkat angkatan). Instrumen yang digunakan berupa angket daring melalui *google form* dan kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitas dengan nilai 0,619 (persepsi kebutuhan) dan 0,705 (sosial ekonomi). Analisis statistik menggunakan uji *chi square* dengan tingkat kepercayaan 95%. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara jenis kelamin (*p-value* 0,019) dan tidak ada hubungan antara status sosial ekonomi orang tua (*p-value* 0,394) dengan persepsi kebutuhan remaja pada PKPR. Provider Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja diharapkan dapat menggunakan pendekatan khusus dalam menjangkau remaja laki-laki untuk meningkatkan kebutuhan remaja pada pelayanan PKPR. Penelitian selanjutnya perlu dilakukan untuk mengkaji faktor yang berhubungan dengan kebutuhan pelayanan PKPR.

Kata kunci : Jenis kelamin, Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR), Persepsi Kebutuhan, Status Sosial Ekonomi Orang Tua

ABSTRACT

*Adolescent-Friendly Health Services (AFHS) facilitate adolescents to gain knowledge and access health services for adolescents. However, not many adolescents know and utilize AFHS. Various factors affect the use of health services, one of which is the need for health services. This study aims to analyze the relationship between gender and socioeconomic status of parents with the perception of adolescent needs for AFHS. This type of research is a cross-sectional study conducted in March 2021. The research sample was 130 students selected from 300 Social Worker students at SMKN 7 Surakarta. The sampling technique used was proportional random sampling (proportional at the grade level). The instrument used was an online questionnaire via google form and the questionnaire has been tested for validity and reliability with a value of 0.619 (perception of needs) and 0.705 (socio-economic). Statistical analysis used the chi-square test with a 95% confidence level. The results showed that there was a relationship between gender (*p-value* 0.019) and no relationship between the socioeconomic status of parents (*p-value* 0.394) with the perception of needs for AFHS. Provider of AFHS is expected to use a special approach in reaching boys to increase the needs of adolescents for AFHS services. Further research was needed to examine factors related to the need for PKPR services.*

Keywords: Gender, Adolescent Friendly Health Services (AFHS), Perception Needs, Socioeconomic status of the parents

PENDAHULUAN

Masa remaja merupakan masa yang rentan terjadi masalah kesehatan seperti kehamilan remaja yang tidak diinginkan yaitu hubungan seks pranikah, aborsi, penyakit Menular Seksual (PMS), HIV-AIDS, merokok, konsumsi minuman beralkohol serta narkoba. Data Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017 sebanyak 0,9% perempuan dan 3,6% laki-laki umur 15-19 tahun pernah melakukan hubungan seks pranikah. Sebanyak 16,4% remaja perempuan pernah mengalami kehamilan yang tidak diinginkan. Menurut hasil Survei Sosial dan Ekonomi Indonesia (Susenas) tahun 2020, perkiraan jumlah remaja sebesar 64,50 juta jiwa atau hampir seperempat

dari total penduduk Indonesia (23,86%). Remaja laki-laki lebih banyak daripada remaja perempuan, dimana setiap 103 remaja laki-laki terdapat 100 remaja perempuan.

Remaja memiliki rasa keingintahuan yang cukup besar, sehingga jika remaja tidak memiliki pengetahuan yang cukup maka dapat menjerumuskan mereka kepada hal-hal yang dapat membahayakan kesehatan dan lingkungan mereka. Berbagai permasalahan yang dapat dialami oleh remaja, maka Kementerian Kesehatan RI membentuk program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di tingkat puskesmas. Melalui PKPR, akses remaja untuk mendapatkan pengetahuan maupun pelayanan kesehatan

tentang masalah remaja dapat lebih luas. Namun belum banyak remaja yang mengetahui dan memanfaatkan PKPR.

Salah satu faktor yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan yakni kebutuhan pada pelayanan kesehatan. Remaja yang membutuhkan pelayanan kesehatan mempunyai kemungkinan untuk dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan reproduksi dua kali lebih besar dibandingkan dengan remaja yang tidak membutuhkan pelayanan kesehatan. Kebutuhan pada pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh banyak faktor dalam memperoleh pelayanan kesehatan seperti jenis kelamin dan aspek sosial ekonomi orang tua baik dari segi demografi, sosial, maupun ekonomi⁶. Jenis kelamin dan status sosial ekonomi merupakan salah satu faktor yang menarik untuk diteliti dan belum banyak diteliti oleh peneliti sebelumnya.

Data dari *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) tahun 2017 menunjukkan bahwa remaja laki-laki lebih rentan terkena Infeksi Menular Seksual (IMS) mengingat dorongan seks yang mereka miliki lebih tinggi daripada remaja perempuan. Namun perempuan lebih mudah terkena IMS dibandingkan laki-laki karena saluran reproduksi perempuan lebih dekat ke anus dan saluran kencing. Remaja perempuan lebih mengetahui PKPR dan banyak memanfaatkan PKPR dibandingkan dengan laki-laki.

Meskipun kebutuhan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja tinggi, namun pemanfaatannya masih relatif rendah disebabkan oleh suatu hambatan dalam memperoleh pelayanan kesehatan salah satunya aspek sosial ekonomi orang tua baik dari segi demografi, sosial, maupun ekonomi. Menurut laporan WHO bahwa angka kesakitan (*morbidity*) dan angka kematian (*mortality*) yang paling tinggi terjadi pada kelompok masyarakat dengan kondisi sosial ekonomi kebawah. Hal tersebut disebabkan salah satunya karena kelompok masyarakat ini umumnya hanya mampu untuk memenuhi kebutuhan dasar, sehingga belum ada kemampuan untuk memenuhi kebutuhan yang sifatnya lebih tinggi seperti pemeliharaan kesehatan. Status sosial ekonomi merupakan konsep multidimensi yang terkait dengan status pekerjaan, prestasi, pendidikan, pendapatan, kekayaan, dan kemiskinan. Pertimbangan status sosial ekonomi keluarga juga memiliki peranan penting dalam menentukan level akses remaja terhadap PKPR. Kondisi sosial ekonomi orang tua dapat mempengaruhi persepsi kebutuhan remaja terhadap pemanfaatan PKPR. Apabila remaja memiliki status sosial ekonomi keluarga yang rendah, maka akan cenderung memiliki persepsi kebutuhan yang kurang terhadap

pelayanan kesehatan sehingga pemanfaatan terhadap PKPR juga rendah.

Pencapaian program PKPR di Jawa Tengah sebesar 45,43%. Dari 876 Puskesmas yang ada di Jawa Tengah, hanya 398 Puskesmas yang melaksanakan program PKPR (Dinkes Jateng, 2019). Pemilihan populasi penelitian di Kota Surakarta didasarkan atas seluruh puskesmas telah melaksanakan program PKPR dimana terdapat 7 Puskesmas dari 17 Puskesmas di Surakarta telah mendapatkan nilai optimal penilaian menggunakan Standar Nasional PKPR. Pada tahun 2019 cakupan pelayanan puskesmas Purwosari memiliki cakupan tertinggi yaitu 79% (optimal). Salah satu cakupan pelayanan puskesmas purwosari dengan PKPR adalah pelayanan konseling yang mencapai 16% dari jumlah target. Berdasarkan wawancara dengan petugas PKPR Puskesmas Purwosari, penulis memilih di SMKN 7 Surakarta karena telah mendapatkan bimbingan konselor sebaya, penyuluhan mengenai kesehatan reproduksi dan NAPZA, serta berpartisipasi aktif dalam kegiatan yang diadakan oleh puskesmas. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk mengetahui hubungan antara jenis kelamin dan status sosial ekonomi orang tua dengan persepsi kebutuhan pada Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja di SMKN 7 Surakarta.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif observasional dengan pendekatan cross sectional. Penelitian dilakukan pada bulan Maret 2021 dengan tempat penelitian di SMK Negeri 7 Surakarta. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh siswa jurusan Pekerja Sosial kelas X, XI, dan XII yang berjumlah 300 orang. Jumlah sampel yang didapatkan sebanyak 130 siswa yang dipilih menggunakan teknik *proportional random sampling* dengan pertimbangan proposional di tingkat angkatan. Kuesioner sudah dilakukan uji validitas dan reliabilitas dengan nilai 0,619 untuk variabel persepsi kebutuhan dan 0,705 untuk variabel sosial ekonomi. Persepsi kebutuhan didefinisikan sebagai penilaian subjektif responden terhadap kondisi kesehatan reproduksi diri dan penilaian tentang perlunya pemberian informasi, konseling, dan PKPR baik di dalam maupun di luar gedung puskesmas. Data persepsi kebutuhan dikategorikan menjadi persepsi rendah (total skor < 29) dan persepsi tinggi (total skor ≥ 29). Status sosial ekonomi didefinisikan sebagai penilaian atau pandangan responden mengenai kondisi sosial ekonomi orang tua responden yang mencakup variabel demografi (jumlah tanggungan keluarga), variabel sosial (pendidikan kepala keluarga) dan ekonomi (pendapatan, pekerjaan,

kepemilikan aset, tabungan dan status tempat tinggal). Pengategorian sosial ekonomi dibagi menjadi sosial ekonomi bawah (total skor < 53) dan sosial ekonomi menengah ke atas (total skor ≥ 53).

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan kuesioner daring melalui *google form*. Peneliti menghubungi responden yang terpilih berdasarkan hasil randomisasi melalui *whatsapp* yang didapatkan dari grup kelas, kemudian menjelaskan maksud, tujuan penelitian, dan memberikan *link google form* kepada responden yang bersedia mengisi kuesioner. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat dan bivariat. Analisis univariat digunakan untuk mendeskripsikan variabel jenis kelamin, status sosial ekonomi orang tua, dan persepsi kebutuhan remaja pada PKPR yang disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi. Sedangkan analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara jenis kelamin dan status sosial ekonomi orang tua dengan persepsi kebutuhan remaja pada PKPR menggunakan software statistik uji *chi-square* dengan nilai keyakinan 95%.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Responden dalam penelitian berjumlah 130 responden. Adapun karakteristik yang dianalisis meliputi jenis kelamin, umur, dan angkatan. Berdasarkan tabel 1, responden dalam penelitian ini adalah perempuan (64,6%), rata-rata berusia 17 tahun (34,6%), dan angkatan XI paling banyak mengisi kuesioner (36,9%).

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	46	35,4
Perempuan	84	64,6
Umur		
15 tahun	8	6,2
16 tahun	35	26,9
17 tahun	45	34,6
18 tahun	35	26,9
19 tahun	6	4,6
20 tahun	1	0,8
Minimal		
Maksimal	15	
Rata-rata	20	
	17	
Kelas		
X PS	36	27,7
XI PS	48	36,9
XII PS	46	35,4

Sumber : Data Primer Terolah Maret 2021

Hasil penelitian univariat menampilkan distribusi frekuensi status sosial ekonomi orang tua dan variabel persepsi kebutuhan yang dapat dilihat pada tabel 2. Responden yang memiliki status sosial ekonomi menengah ke atas paling banyak 57,7% sedangkan 43,2% memiliki status sosial ekonomi bawah. Persepsi kebutuhan remaja pada Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja yang rendah sebanyak 43,8% dan 56,2% siswa memiliki

persepsi kebutuhan yang tinggi. Dalam penelitian ini, status sosial ekonomi orangtua kaitannya dengan persepsi kebutuhan remaja pada PKPR dibagi menjadi tiga kelompok yaitu demografi, sosial, dan ekonomi.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Status Sosial Ekonomi Orang Tua dengan Persepsi Kebutuhan

Variabel	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Status Sosial Ekonomi		
Sosial Ekonomi Bawah	55	43,2
Sosial Ekonomi Menengah ke atas	75	57,7
Persepsi Kebutuhan		
Rendah	57	43,8
Tinggi	73	56,2

Sumber : Data Primer Terolah Maret 2021

Berdasarkan Tabel 3 hasil uji statistik menggunakan *chi-square* menunjukkan bahwa bahwa laki-laki yang memiliki persepsi kebutuhan rendah sebesar 58,7% dan persepsi kebutuhan tinggi sebesar 41,3%. Sedangkan pada perempuan yang memiliki persepsi kebutuhan rendah sebesar 34,5% dan persepsi kebutuhan tinggi sebesar 65,5%. Laki-laki sebagian besar memiliki persepsi kebutuhan yang rendah dibandingkan dengan perempuan yang sebagian besar memiliki persepsi kebutuhan yang tinggi. Hasil analisis *p-value* sebesar 0,019 < 0,05 yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara jenis kelamin dengan persepsi kebutuhan remaja pada PKPR di SMKN 7 Surakarta.

Pada variabel status sosial ekonomi, status sosial ekonomi bawah memiliki persepsi kebutuhan rendah sebesar 49,1% dan status sosial menengah ke atas memiliki persepsi kebutuhan yang tinggi sebesar 60%. Status sosial ekonomi bawah sebagian besar memiliki persepsi kebutuhan yang rendah dibandingkan dengan status sosial ekonomi menengah ke atas yang sebagian besar memiliki persepsi kebutuhan yang tinggi. Hasil analisis *p-value* sebesar 0,394 > 0,05 yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status sosial ekonomi orang tua dengan persepsi kebutuhan remaja pada PKPR di SMKN 7 Surakarta.

Tabel 3. Hubungan Jenis Kelamin dan Status Sosial Ekonomi Orang Tua dengan Persepsi Kebutuhan

Variabel	Persepsi Kebutuhan		Total		p-value		
	Rendah	Tinggi	(n)	%			
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	
Jenis Kelamin							
Laki-laki	27	58,7	19	41,3	46	100	0,019
Perempuan	30	34,5	54	65,5	84	100	
Status Sosial Ekonomi							
Bawah	27	49,1	28	50,9	55	100	0,394
Menengah ke atas	30	40	45	60	75	100	

Sumber : Data Primer Terolah Maret 2021

Perbedaan karakteristik fisik maupun psikologis antara laki-laki dan perempuan melahirkan perbedaan kebutuhan, harapan, keinginan, gaya

hidup, lingkungan sosial, dan pola konsumsi. Laki-laki dan perempuan mungkin memiliki keinginan yang sama, tetapi kekuatan keinginan tersebut bisa saja berbeda. Oleh karena itu, mereka berbeda dalam hal perilaku, termasuk dalam hal pemanfaatan pelayanan kesehatan. Pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh perempuan ternyata lebih tinggi daripada laki-laki karena perempuan mempunyai insidensi terhadap penyakit yang lebih besar dan angka kerja wanita lebih kecil 87 dari laki-laki sehingga kesediaan meluangkan waktu untuk pelayanan kesehatan juga lebih besar. Perempuan lebih banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan dibandingkan dengan laki-laki dikarenakan wanita lebih banyak memiliki waktu, selain itu perempuan memiliki tingkat kekhawatiran yang lebih besar dibandingkan dengan laki-laki yang sedikit lebih tidak peduli sehingga perempuan lebih memperhatikan kondisi kesehatannya dengan pergi ke pelayanan kesehatan apabila sakit.

Jenis kelamin berkaitan dengan peran kehidupan dan perilaku yang berbeda antara laki-laki dan perempuan dalam masyarakat. Dalam hal menjaga kesehatan, biasanya kaum perempuan lebih memperhatikan kesehatannya dibandingkan laki-laki. Perbedaan pola perilaku sakit juga dipengaruhi oleh jenis kelamin, perempuan lebih sering mengobati dirinya dibandingkan dengan laki-laki. Perempuan juga lebih rentan terhadap penyakit-penyakit infeksi yang disebabkan oleh tahap-tahap kehidupan yang dialaminya mulai dari remaja (haid), dewasa (mengandung dan melahirkan), masa tua (*menopause*). Remaja perempuan lebih mungkin untuk melakukan perilaku promotif kesehatan seperti kebiasaan diet, perawatan, dan keamanan daripada laki-laki. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja diharapkan dapat menggunakan pendekatan khusus dalam menjangkau remaja laki-laki untuk meningkatkan kebutuhan remaja pada pelayanan PKPR. Tenaga kesehatan perlu mengoptimalkan peran teman sebaya dalam program kesehatan peduli remaja untuk memberikan contoh positif dalam mengurangi perilaku seksual pranikah, terutama pada remaja laki-laki. Pembentukan teman sebaya/*peer counselor* berdasarkan jenis kelamin sehingga baik laki-laki atau perempuan dapat melakukan konseling dengan nyaman. Pengaruh teman sebaya terhadap perilaku seks pranikah pada remaja laki-laki lebih besar dibandingkan pada remaja perempuan.

Hasil penelitian mengenai status sosial ekonomi orang tua dengan persepsi kebutuhan remaja pada PKPR menunjukkan tidak terdapat hubungan. Berdasarkan hasil analisis statistik dari beberapa item mengenai status sosial ekonomi orang tua

yang dihubungkan dengan variabel persepsi kebutuhan terhadap Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) menunjukkan adanya responden yang memiliki status sosial ekonomi bawah, justru responden memiliki persepsi kebutuhan yang tinggi terhadap Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Sehingga dari hasil analisis tersebut menguatkan bahwa penelitian ini tidak terdapat hubungan.

Walaupun tidak terdapat hubungan, akan tetapi dari hasil analisis statistik menunjukkan bahwa jumlah responden dengan status sosial ekonomi bawah sejumlah 27 responden (49,1%) memiliki persepsi kebutuhan yang rendah terhadap PKPR. Hal ini menunjukkan bahwa kondisi sosial ekonomi merupakan beberapa kendala yang dirasakan oleh subjek penelitian. Siswa SMKN 7 yang memiliki persepsi kebutuhan terhadap PKPR yang tinggi karena fasilitas kesehatan tersebut dapat memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan dengan biaya yang terjangkau. Adapun sebagian kecil siswa yang memiliki persepsi kebutuhan yang rendah meskipun biaya pelayanan terjangkau, hal tersebut dapat disebabkan karena perilaku siswa yang masih berada pada tahap sikap menerima atau menyetujui adanya pelayanan tetapi mereka belum pada tahap tindakan yaitu memanfaatkan sepenuhnya pelayanan kesehatan dikarenakan merasa tidak mengalami permasalahan kesehatan pada remaja.

Faktor kerentanan terhadap suatu penyakit meliputi kecemasan menjadi salah satu aspek sebagian siswa dengan sosial ekonomi menengah keatas lebih banyak memiliki persepsi kebutuhan yang lebih tinggi dibandingkan dengan siswa yang memiliki sosial ekonomi bawah. Kerentanan yang dirasakan responden berupa tingkat keparahan penyakit dan kecemasan bila sakit yang dialami dapat mengganggu aktifitas sehari-hari serta hubungan dengan orang lain. Aspek kerentanan erat kaitannya dengan persepsi responden terkait kesehatan, artinya persepsi individu tentang kemungkinan terjadinya suatu penyakit akan mempengaruhi perilaku khususnya dalam melakukan pencegahan dan mencari pengobatan. Kerentanan atau risiko pribadi yang dapat dirasakan tersebut merupakan salah satu persepsi yang lebih kuat yang mendorong mengadopsi perilaku sehat. Semakin besar risiko yang dirasakan, maka kemungkinan individu untuk terlibat dalam perilaku mengurangi risiko tersebut juga semakin baik. Dengan demikian, upaya yang dilakukan individu untuk mengurangi risiko tersebut salah satunya dengan memanfaatkan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR).

Berdasarkan penelitian ini dapat diketahui bahwa responden yang memiliki pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan keluarga yang

baik lebih banyak memiliki persepsi kebutuhan terhadap PKPR yang tinggi karena mereka lebih mementingkan untuk menjaga kesehatannya meskipun dengan mengeluarkan biaya, meskipun mereka tidak memiliki gejala atau gangguan yang mengarah pada permasalahan kesehatan remaja mereka tetap memiliki persepsi kebutuhan yang tinggi terhadap PKPR. Hasil penelitian terhadap variabel sosial ekonomi baik aspek demografi, sosial maupun ekonomi didapatkan bahwa responden yang memiliki status sosial ekonomi bawah maupun menengah keatas sama-sama memiliki persepsi kebutuhan yang tinggi terhadap Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Hal ini dikarenakan saat ini untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan cukup terjangkau serta terbantu dengan adanya subsidi dari pemerintah melalui jaminan kesehatan sehingga responden tidak perlu mengeluarkan biaya yang mahal. Oleh karena itu hal tersebut menjadi suatu alasan yang tidak memberatkan bagi responden untuk membutuhkan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja apalagi jika tergolong berpendapatan rendah. Penelitian selanjutnya perlu dilakukan pada ruang lingkup yang lebih luas, untuk mengonfirmasi hubungan kedua variabel ini dengan mengontrol variabel lain. Diharapkan peneliti lain dapat menambah variabel yang memiliki kemungkinan berhubungan dengan persepsi kebutuhan remaja dalam PKPR seperti umur, fasilitas, sosial budaya, petugas kesehatan, tarif, dsb yang tidak ada dalam penelitian ini.

SIMPULAN

Remaja yang mempersepsikan membutuhkan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja sebanyak 56,2%. Laki-laki sebagian besar memiliki persepsi kebutuhan yang rendah dibandingkan dengan perempuan yang sebagian besar memiliki persepsi kebutuhan yang tinggi. Hasil analisis *p-value* sebesar $0,019 < 0,05$ yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara jenis kelamin dengan persepsi kebutuhan remaja pada PKPR di SMKN 7 Surakarta. Status sosial ekonomi bawah sebagian besar memiliki persepsi kebutuhan yang rendah dibandingkan dengan status sosial ekonomi menengah ke atas yang sebagian besar memiliki persepsi kebutuhan yang tinggi. Hasil analisis *p-value* sebesar $0,394 > 0,05$ yang menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara status sosial ekonomi orang tua dengan persepsi kebutuhan remaja pada PKPR di SMKN 7 Surakarta.

Remaja laki-laki diharapkan dapat melakukan upaya pencegahan, konseling, dan pencarian informasi kesehatan reproduksi lebih aktif dengan memanfaatkan teman sebaya. Pembentukan teman sebaya/*peer counselor* berdasarkan jenis kelamin

sehingga baik laki-laki atau perempuan dapat melakukan konseling dengan nyaman. Bagi peneliti lain diharapkan dapat menambah variabel lain yang memiliki kemungkinan berhubungan dengan persepsi kebutuhan remaja dalam PKPR seperti umur, fasilitas, sosial budaya, petugas kesehatan, tarif, dsb yang tidak ada dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Izah, N. dan Rahmanindar, N. Analisis Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Persepsi Remaja Tentang Praktik Kesehatan Reproduksi Remaja Di Smk YPE Nusantara Slawi', *Siklus : Journal Research Midwifery Politeknik Tegal*. 2019;8(2) pp. 166–172. doi: 10.30591/siklus.v8i2.1358.
2. BKKBN. Survei Demografi Dan Kesehatan : Kesehatan Reproduksi Remaja 2017. *Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional*. 2017; pp. 1–606. Available at: <http://www.dhsprogram.com>.
3. Badan Pusat Statistik. *Statistik Pemuda Indonesia 2020*. Jakarta: BPS; 2021.
4. Arsani, N. L. Peranan Program PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) Terhadap Kesehatan Reproduksi Remaja Di Kecamatan Buleleng. *Jurnal Ilmu Sosial Dan Humaniora*. 2013;2(1), 129–137.
5. Kristina, Y. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja di Kota Jayapura. *Jurnal Biologi Papua*. 2017; 9(2), 63-73.
6. Centers for Disease Control and Prevention. (Youth Risk Behavior Surveillance – United States 2017. *MMWR Surveillance Summaries*: 2018 ; 67(8), 1-162.
7. Rabbaniyah, F. and Nadjib, M. Analisis Sosial Ekonomi dalam Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan untuk Berobat Jalan di Provinsi Jawa Barat : Analisis Data Susenas Tahun 2017', *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*. 2019;15(1), p. 73. doi: 10.30597/mkmi.v15i1.5888.
8. Arifah, I., dkk. The Determinants of Access To Adolescent-Friendly Health Service: a Case Control Study. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 2020;8(2).
9. Rabbaniyah, F. dan Nadjib, M. Analisis Sosial Ekonomi dalam Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan untuk Berobat Jalan di Provinsi Jawa Barat : Analisis Data Susenas Tahun 2017', *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*. 2019;15(1), p. 73. doi: 10.30597/mkmi.v15i1.5888.
10. Dinkes Jateng. *Data Dasar Kesehatan Anak Provinsi Jawa Tengah tahun 2018*. Semarang: Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah ; 2019.

11. Rahmawati, T. Jenis kelamin sebagai variabel moderasi dalam hubungan kualitas pelayanan pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) dan kepercayaan pasien: sebuah model konseptual. *Quality Management Review*, 2016;(1), 30-58.
12. Fuchs, V. R. *Who Shall Live? Health Economics and Social Change*. Expanded Edition. World Scientific ; 1998.
13. Logen, dkk. Faktor yang Berpengaruh dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Pemulung di TPA Tamangapa. Makasar: Repository Universitas Hasanuddin ; 2015.
14. Notoatmodjo S. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta ; 2010.
15. Hudkins Saffer, E.J. *Health Promoting Behavior and Subjective Well-Being Among Early Adolescents*. Thesis and Dissertation On Line (6th ed). Belmont, Wodsworth. CA ; 2011.
16. Wulandari, M. R. S., & Kusuma, A. N. N. Peran Teman Sebaya Terhadap Perilaku Seksual Remaja Laki-Laki Dan Remaja Perempuan: Studi Komparatif. *Jurnal Riset Kesehatan Nasional*, 2011;3(1), 8-14.

IMPLEMENTASI PROGRAM INOVASI “PAYUNG PENTING” DAN “GAYA PUSPAKU” DI PUSKESMAS PAKEM, KABUPATEN SLEMAN

IMPLEMENTATION INOVATION PROGRAM “PAYUNG PENTING” AND “GAYA PUSPAKU” AT PAKEM PUBLIC HEALTH CENTER, SLEMAN DISTRICT

Yuni Masrona¹, Asmaripa Ainy²*

^{1,2} Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya

ABSTRAK

Stunting merupakan keadaan gagal tumbuh pada balita akibat kekurangan gizi kronis yang ditandai dengan kondisi tubuh lebih pendek. Menurut data Riskesdas tahun 2018 prevalensi balita stunting di Indonesia yaitu sebesar 30.8% sedangkan target WHO yaitu 20%. Puskesmas Pakem menciptakan inovasi program “Payung Penting” dan “Gaya Puspaku” untuk penanggulangan stunting. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana implementasi program “Payung Penting” dan “Gaya Puspaku” di Puskesmas Pakem, Sleman. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif, pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa petugas pelaksana program merasa senang dan bersemangat dengan adanya program tersebut, petugas juga memiliki efikasi diri dan pemahaman yang baik terkait program. Program dinilai efektif karena angka stunting di Kecamatan Pakem mengalami penurunan. Akan tetapi masih terdapat kekurangan yaitu pada sarana dan prasarana yang kurang memadai, terdapat kesulitan ketika melakukan pendekatan dengan lintas sektor, serta hambatan dari masyarakat yang masih percaya akan mitos terkait imunisasi dan ASI eksklusif. Selain itu, kader mengalami kesulitan saat melakukan pendampingan karena sulit menemukan waktu yang sesuai, serta kader merasa bahwa peserta program tidak sepenuhnya menerima informasi yang diberikan oleh kader. Implementasi program “Payung Penting” dan “Gaya Puspaku” memberikan dampak positif dalam pencegahan stunting. Akan tetapi masih terdapat hambatan terkait sarana, kerja sama lintas sektor, dan pada proses pendampingan oleh kader.

Kata kunci: Gaya Puspaku; Program Inovasi; Payung Penting; Puskesmas; Stunting

ABSTRACT

Stunting is a condition of failure to grow in toddlers due to malnutrition which is characterized by a shorter body condition. According to Riskesdas data in 2018, the prevalence of stunting under five in Indonesia is 30.8%, while the WHO target is 20%. Pakem Public Health Center created the “Payung Penting” and “Gaya Puspaku” innovation program for stunting prevention. The purpose of this study was to find out how the implementation of the “Payung Penting” and “Gaya Puspaku” programs at the Pakem Public Health Center, Sleman. This study used qualitative approach, data collection is conducted by in-depth interview, observation, and documents review. The results of this study indicated that program implementing officers feel excited about the and have a good understanding concerning the program. The program is considered effective because the stunting rate in Pakem District has decreased. However, there are still obstacles, namely inadequate facilities and infrastructure, cross-sectors communication, as well as obstacles from the community related to basic vaccination for infant and exclusive breastfeeding. In addition, cadres experience difficulties when providing assistance because it is difficult to find a suitable time, and cadres feel that program participants do not fully accept the information provided by cadres. The implementation of the “Payung Penting” and “Gaya Puspaku” programs had a positive impact on stunting prevention. However, there are still obstacles related to facilities, cross-sectoral cooperation, and the mentoring process by cadres.

Keywords: Gaya Puspaku; Innovation Program; Payung Penting; Puskesmas; Stunting

PENDAHULUAN

Stunting merupakan keadaan gagal tumbuh pada balita akibat kekurangan gizi kronis yang ditandai dengan kondisi tubuh lebih pendek dari tinggi badan standar WHO 2005, yaitu nilai z-score kurang dari -2SD atau -3SD. Isu stunting dianggap merupakan hal yang penting karena tidak hanya berdampak pada tinggi badan (kerdil), namun juga berpengaruh pada perkembangan otak, kondisi fisik maupun mental balita¹. Tingkat Kecukupan Energi (TKE) yang kurang, pengetahuan gizi ibu yang kurang, dan pendapatan perkapita keluarga yang kurang merupakan faktor risiko kejadian stunting pada balita². Berdasarkan data

prevalensi balita stunting dari badan Kesehatan dunia atau WHO, Indonesia merupakan negara dengan prevalensi stunting tertinggi ke-3 di regional Asia Tenggara/South-East Asia Regional (SEAR).

Stunting merupakan masalah gizi utama yang dihadapi negara Indonesia saat ini. Menurut data Riskesdas tahun 2018 prevalensi balita stunting di Indonesia yaitu sebesar 30.8%. Angka ini sudah mengalami penurunan jika dibandingkan dengan data Riskesdas tahun 2017 yaitu sebesar 37,2%. Meskipun sudah mengalami penurunan namun angka tersebut masih belum mencapai target dari WHO yaitu 20%. Selanjutnya prevalensi stunting di D.I. Yogyakarta pada tahun 2018

adalah sebesar 17,7%, dan di Kabupaten Sleman sendiri, prevalensi stunting pada balita yaitu sebesar 14,7%³. Angka ini belum mencapai target dari Kabupaten Sleman yaitu 11%.

Untuk mengatasi permasalahan stunting, diperlukan Kerjasama dan komitmen bukan hanya dari sektor kesehatan tetapi juga dari berbagai sektor. Upaya penurunan angka stunting salah satunya dapat dilakukan dengan upaya preventif. Pusat Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang berfokus pada pelayanan preventif dan promotif⁴. Salah satu bentuk upaya preventif di puskesmas adalah dengan melaksanakan program inovasi. Program inovasi puskesmas merupakan hal yang sangat penting dilakukan karena bertujuan untuk meningkatkan pemahaman, rasa kesadaran dan kepedulian masyarakat mengenai suatu permasalahan kesehatan.

Untuk mengatasi permasalahan gizi di Yogyakarta khususnya di Kabupaten Sleman, Puskesmas Pakem telah menciptakan suatu inovasi program, yaitu "Payung Penting (Pakem Nyengkuyung Penanganan Stunting)" dan "Gaya Puspaku (Gerakan Ayah Peduli Hari Kehidupan Pertama)". Inovasi program ini diterapkan sebagai bentuk upaya penurunan angka stunting di wilayah kerja Puskesmas Pakem. Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mendapatkan informasi secara mendalam mengenai implementasi program payung penting dan gaya puspaku di wilayah kerja Puskesmas Pakem yang dinilai dari segi sikap afektif, beban, etika, koherensi intervensi, biaya peluang, persepsi efektivitas dan efisiensi diri petugas.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan kualitatif dimana memiliki tujuan untuk mendapatkan informasi secara mendalam mengenai implementasi program payung penting dan gaya puspaku di Puskesmas Pakem. Data yang dikumpulkan merupakan data primer hasil wawancara mendalam dan data sekunder dari laporan atau dokumen terkait yang ada di puskesmas Pakem. Teori yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Theoretical Framework of Acceptability* (TFA). Informan dalam penelitian ini berjumlah 10 orang, yang terdiri dari Kepala Puskesmas, pengelola program, petugas pelaksana dan kader.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Sikap Afektif

Sikap afektif didefinisikan sebagai sesuatu yang dirasakan oleh petugas setelah terlibat

dalam pelaksanaan program⁵. Afektif berkaitan dengan emosi seperti perasaan, nilai, apresiasi, dan motivasi⁶. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa, setelah program payung penting diimplementasikan, petugas puskesmas dan kader merasa bangga dan bersemangat dikarenakan pertumbuhan balita terpantau baik, kader dapat memberikan edukasi kepada masyarakat dan pelaksanaan program ini mendapat dukungan dari lintas sektor. Sedangkan pada program gaya puspaku, petugas puskesmas dan kader merasa senang dan lebih percaya diri saat mengikuti pertemuan dengan dinkes dikarenakan sudah memiliki program inovasi untuk penanggulangan stunting, akibatnya angka stunting menurun, cakupan ASI Eksklusif meningkat, serta pengetahuan masyarakat meningkat. Russell (2003) mengatakan bahwa kualitas afektif dikaitkan dengan perilaku sebagai hasil dari pengalaman emosi saat memberlakukan perilaku. Akan tetapi, terdapat satu informan yang menyatakan bahwa perubahan dari program gaya puspaku ini belum signifikan dikarenakan program hanya diterapkan di satu dusun dari 61 dusun yang ada di kecamatan Pakem. Hal ini sesuai dengan kutipan hasil wawancara dari beberapa informan sebagai berikut:

"Respon dari lintas sektor bagus, dari pak camatnya "pak camat bisa kayak gini loh" jadi ada kebanggaan juga, jadi yang selama ini kita sampaikan ke mereka masuk juga di planning." (112SIN)

"Senang, lebih bersemangat lagi karena balitanya terus kepantau pertumbuhannya bagus." (114SUP)

"Setidaknya kita sudah punya program jadi sudah lebih percaya diri ketika kita disebut setidaknya kita sudah ada usaha yang nyata." (122SIN)

"Perubahan secara global kewilayahan belum bisa dikatakan signifikan, karena inikan baru 1 dusun diantara 61 dusun. Itu artinya perubahan apapun tidak akan signifikan karena satu dibanding 60." (121KUM)

Beban

Dalam pelaksanaan program payung penting, terdapat beberapa hal yang memberatkan, diantaranya yaitu masih ada beberapa kepala desa yang tidak memprioritaskan permasalahan stunting. Selain itu, pemahaman masyarakat terkait stunting masih kurang, serta kesulitan ketika melakukan pendekatan dengan lintas sektor. Menurut penelitian Mugianti (2018) stunting merupakan permasalahan malnutrisi yang diperlukan peran lintas sektor dalam penanganannya⁸infectious diseases of (80.6%. Sedangkan pada program gaya puspaku, hal yang memberatkan adalah waktu pelaksanaan kegiatan yang dilakukan pada malam hari, sulit untuk membujuk peserta agar ikut serta dalam

program dan sulit menemukan waktu yang pas untuk melakukan pendampingan oleh kader kepada sasaran (ayah). Hal ini sesuai dengan kutipan hasil wawancara dari beberapa informan sebagai berikut:

"Tidak semua kepala desa menganggap ini adalah sebuah prioritas masalah mungkin ada yang lebih prioritas kayak "aku mau pembangunan fisik", selain itu pemahaman masyarakat yang masih belum paham apa itu stunting, (yang paling memberatkan) adalah yang kepala desa tadi." (111KUM)

"Ada, bagaimana kita meningkatkan pendekatan ke lintas sektor terkait bagaimana mereka mau berperan." (113FIY)

"...yang beratnya itu tadi harus malam hari." (122SIN)

"Dalam melaksanakan program ini pasti ada hal-hal yang memberatkan Kader, yang paling berat adalah membujuk Suami agar Suami ikut serta mengikuti kegiatan program ini." (124SUJ)

Beban yang berlebih akan menurunkan keefektifan dan keefisienan dari hasil kerja⁷. Pada program gaya puspaku, kader mengalami kesulitan saat melakukan kegiatan pendampingan, sedangkan pendampingan oleh kader merupakan hal penting yang perlu dilakukan untuk menyukseskan program. Pentingnya peran pendamping dijelaskan dalam penelitian Deppi Sentia (2019) yang menyatakan bahwa peran pendamping yaitu mengembangkan komunikasi sosial dan pembangunan masyarakat yang bertujuan untuk memberikan informasi dan penyuluhan kesehatan serta membantu memperbaiki kualitas SDM dalam pencapaian derajat kesehatan yang optimal melalui perbaikan, peningkatan gizi, dan kesehatan.

Etika

Terdapat budaya atau kebiasaan masyarakat setempat yang mendukung implementasi program payung penting, yaitu adanya budaya gotong-royong yang tinggi. Hal ini sejalan dengan penelitian Erwina (2020) yang menjelaskan bahwa upaya pemberdayaan masyarakat melalui budaya gotong-royong merupakan salah satu upaya pencegahan stunting⁹. Akan tetapi, terdapat budaya atau kebiasaan di masyarakat yang bertentangan dengan pelaksanaan kegiatan program, yaitu masyarakat masih percaya dengan mitos mengenai imunisasi dan ASI-Eksklusif. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Pratiwi Sulistiyani (2017), menjelaskan bahwa sebagian masyarakat Kelurahan Sendangmulyo beranggapan bahwa, vaksin adalah haram menurut kepercayaan mereka, karena bahannya mengandung babi. Adanya ketidaksesuaian dengan budaya setempat, menandakan bahwa program payung-penting belum sepenuhnya diterima oleh seluruh masyarakat¹⁰. Sedangkan

pada program gaya puspaku, tidak ada budaya atau kebiasaan yang menghambat implementasi program, melainkan masyarakat setempat memiliki budaya "jagong" yang merupakan tradisi berkumpul dan menghadiri hajatan bayi yang baru lahir. Hal ini dapat dimanfaatkan petugas sebagai wadah untuk menyampaikan edukasi program. Hal ini sesuai dengan kutipan hasil wawancara dari beberapa informan sebagai berikut:

"Masyarakat gotong royongnya tinggi terus kepedulian terhadap tetangga sekitar cukup tinggi itu bisa kita gunakan untuk penanggulangan stunting" (112SIN)

"...mereka kan ada kumpulan-kumpulan RT lah, RW nah jadi mereka bisa menyampaikan seperti penyuluhan tentang ASI Eksklusif di pertemuan itu. Kemudian dulu pernah kita sepakati kalau disana ada bayi baru lahir ada jagong (translate: tunggu bayi yang baru lahir) nah pas minggu-minggu awal bapak-bapak kumpul bisa disampaikan disana." (123CAH)

Koherensi Intervensi

Koherensi merupakan keselarasan yang mendalam. Kurangnya koherensi dalam strategi intervensi seringkali mengarah pada biasanya pengambilan keputusan dan akan berpengaruh pada output dari suatu intervensi tersebut. Petugas dan kader dalam program payung penting dan gaya puspaku dinilai sudah paham dan mengerti dengan cara kerja program, dikarenakan alur kerja program sudah berjalan sesuai dengan perencanaan Puskesmas. Hal ini ditandai dengan adanya perubahan positif yang dihasilkan dari program ini, yaitu terdapat peningkatan pengetahuan dan perubahan perilaku para peserta program, dan cakupan ASI Eksklusif meningkat tahun 2018 sebesar 30,77% menjadi 66,67% di tahun 2019. Berdasarkan hasil telaah dokumen juga sudah terdapat deskripsi tugas dari masing-masing petugas pelaksana program. Hal ini sesuai dengan kutipan hasil wawancara dari beberapa informan sebagai berikut:

"Saya kira sih ini sudah melalui tahap perencanaan sudah berjalan sesuai dengan perencanaan cuma ya mungkin nanti lebih pengorganisasiannya penjadwalannya itu mungkin lebih baik lagi." (122SIN)

"Sedikit banyak bisa lah ya, sasaran kita sedikit banyak sudah pada banyak yang paham." (112SIN)

"Terdapat peningkatan pemahaman dan perubahan perilaku pada masyarakat yang dilihat dari angka cakupan ASI Eksklusif meningkat." (123CAH)

Menurut penelitian mengenai Acceptability Notifikasi Wajib Tuberkulosis (TB) pada Dokter Praktik Mandiri dan Klinik Pratama Swasta di Kota Yogyakarta, menyatakan bahwa pemahaman awal yang baik ditambah pemahaman lanjut yang komprehensif dan penguatan kapasitas, merupakan modal penting bagi koherensi intervensi¹¹.

Biaya Peluang

Dalam melaksanakan program payung penting dan gaya puspaku, terdapat beberapa hal yang dibutuhkan untuk melaksanakan program. Diantaranya yaitu SDM, sarana dan prasarana, serta alokasi anggaran (dana). Gambaran ketersediaan SDM pada program payung penting dan gaya puspaku dinilai sudah cukup karena dalam pelaksanaan program turut melibatkan kader. Sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk melaksanakan program gaya puspaku sudah cukup memadai. Sumber Daya Manusia (SDM) kesehatan merupakan elemen yang sangat penting dan berpengaruh terhadap peningkatan seluruh aspek dalam sistem pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat¹² masih mengalami beberapa permasalahan seperti SDM pelaksana pelayanan kesehatan yang masih belum mencukupi baik dari segi kuantitas, distribusi dan kualitas. Penelitian ini bertujuan untuk melakukan evaluasi program JKN dari aspek SDM pelaksana pelayanan kesehatan di Kabupaten Tabalong periode Januari-Juni 2014. Penelitian ini menggunakan *mix method* dengan desain urutan pembuktian *sequential explanatory*. Subjek penelitian berasal dari Dinas Kesehatan Kabupaten Tabalong, RSUD H. Badaruddin, Puskesmas Kelua dan BPJS Kesehatan. Hasil evaluasi konteks, informan memahami mengenai batasan JKN, *roadmap* dan hambatan program. Hasil evaluasi input SDM pelaksana pelayanan kesehatan, kuantitas masih mengalami kekurangan 136 orang. Distribusi di Puskesmas Kelua sudah sesuai dengan standar ketenagaan di puskesmas tetapi kuantitasnya masih belum sesuai standar rasio per 100.000 jumlah penduduk. Distribusi di RSUD H. Badaruddin berdasarkan standar ketenagaan kesehatan di rumah sakit sudah sesuai, kecuali untuk dokter spesialis. Penilaian kualitas SDM di Puskesmas Kelua belum menggunakan standar Kepmenkes Nomor 857 Tahun 2009. Sedangkan di RSUD H. Badaruddin masih menggunakan penilaian Daftar Penilaian Pelaksanaan Pekerjaan (DP3). SDM merupakan hal yang perlu diperhatikan dan dimaksimalkan agar dapat mencapai tujuan organisasi¹³. Dalam penelitian Zubaedah (2007) menyatakan bahwa SDM Pokja DBD sebagai pelaku utama dari setiap aktivitas kegiatan, maka maju mundurnya suatu kegiatan Pokja DBD sangat dipengaruhi oleh kemauan kemampuan SDM dalam melaksanakan program dan menggerakkan masyarakat sehingga dapat mencapai tujuan.

Namun pada program payung penting sarana dan prasarana masih terdapat kekurangan, terutama pada alat untuk kegiatan posyandu. Sarana prasarana yang tidak memadai akan

menyebabkan kemungkinan kegiatan tidak bisa berjalan optimal. Hal ini sejalan dengan penelitian Juniardi (2012) yang menjelaskan bahwa sarana dan prasarana merupakan faktor yang mempengaruhi rendahnya kunjungan lansia ke posyandu lansia di Puskesmas Batang Beruh Kecamatan Sidikalang¹⁴. Sedangkan untuk alokasi anggaran pada program payung penting dan gaya puspaku dinilai sudah cukup. Salah satu isu penting dalam penyelenggaraan program kesehatan adalah pembiayaan kesehatan¹⁵. Alokasi anggaran kesehatan adalah salah satu penentu kinerja suatu program kesehatan. Anggaran atau dana merupakan faktor penunjang operasional pelaksanaan suatu kegiatan. Terdapat beberapa sumber dana dalam pelaksanaan program ini, yaitu dari Puskesmas Pakem dengan dana BOK yang dilakukan untuk pelaksanaan pemeriksaan kualitas air, sedangkan dana SOP digunakan untuk penyuluhan penyehatanair, bimtek MP-ASI, serta cetak lembar balik. Kemudian dari Dinas Kesehatan melalui dana APBD, menggambarkan dana untuk monitoring kegiatan program gaya puspaku. Serta ada dana dari Swadaya masyarakat yang digunakan untuk kegiatan pertemuan kader ayah. Dana dari Puskesmas sebesar Rp.1.000.000, dan dana dari swadaya sebesar kurang lebih Rp.3.000.000.

"Cukup karena kita harus mengoptimalkan apa yang ada karena semua sudah ada ketentuannya. Jadi tentang bagaimana kita mengelolanya." (111KUM)

"...posyandu kemarin sudah ada alat-alat ukurnya cuma belum sesuai standar kayak alat ukur panjang bayi kita masih pakai kayu segitiga nek (translate: kan) bagusnya kan pakai yang kayak di Pakem Candibinangun itu kayak kotak, kayak koper itu." (114SUP)

"Pembiayaan program kami ada dari berbagai macam, dari puskesmas, dinas, dan desa." (123CAH)

Persepsi Efektivitas

Persepsi efektifitas merupakan komponen untuk mengukur apakah intervensi tersebut efektif atau tidak dalam mencapai keberhasilan. Dari hasil penelitian ini diketahui bahwa program payung penting dan gaya puspaku diketahui pelaksanaannya sudah efektif dikarenakan program ini memberikan dampak positif yaitu turunnya angka kejadian stunting. Hal ini dilihat dari persentase kejadian stunting di Puskesmas Pakem mengalami yang penurunan, yaitu sebesar 17,1% pada tahun 2018 dan 15,49% di tahun 2019. Prevalensi KEK pada ibu hamil menurun dari 26,15% di tahun 2017 menjadi 14,2% di tahun 2018 serta terjadi peningkatan keluarga sadar gizi di wilayah kerja Puskesmas Pakem, yaitu sebesar 79,49% ditahun 2019 dan 91,03% ditahun 2018. Oleh karena itu dapat

dikatakan bahwa program payung penting sangat berperan dalam penanganan stunting. Hal ini juga sejalan dengan hasil wawancara mendalam dengan beberapa informan, program payung penting sangat berperan dalam menurunkan angka stunting dikarenakan semua sektor ikut andil dalam menyukseskan program. Selain itu juga karena adanya pengalokasian dana dari kepala desa untuk pembelian alat, serta adanya pengadaan PMT di posyandu. Begitupun dengan program program gaya puspaku juga sangat berperan dalam menurunkan angka stunting, karena adanya kegiatan pendampingan yang dilakukan oleh kader ayah, memberikan dampak positif yaitu adanya perubahan perilaku pada peserta program, adanya pembenahan sarana air bersih, serta cakupan ASI Eksklusif meningkat yaitu sebesar 30,77% ditahun 2018 dan 66.67% di tahun 2019. Hal ini sesuai dengan kutipan hasil wawancara dari beberapa informan sebagai berikut:

"Perannya sangat besar, karena yang menangani stunting dari semua lini dan sektor itu juga ikut menangani." (113FIY)

"Perubahan menyeluruh, air bersih bisa dibenahi, balitanya dan ayah yang didampingi tingkah lakunya berbeda dari yang kemarin." (124KAR)

"Adanya peningkatan cakupan ASI Eksklusif." (123CAH)

Efektivitas merupakan konsep yang sangat penting karena mampu memberikan gambaran keberhasilan organisasi dalam mencapai tujuannya. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Aini tahun 2018, terdapat empat variabel yang mempengaruhi efektivitas program yaitu penyusunan tujuan strategis, pemanfaatan sumber daya, proses komunikasi, dan pengambilan keputusan¹⁶.

Efikasi Diri

Efikasi diri didefinisikan sebagai keyakinan petugas kesehatan bahwa mereka dapat melakukan perilaku yang diperlukan untuk melaksanakan inovasi program⁵. Keyakinan pribadi seperti ini memegang peranan penting dalam pengembangan minat seseorang. Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa petugas pelaksana program meyakini bahwa cara atau metode yang mereka lakukan dalam program payung penting dan gaya puspaku ini dinilai dapat berdampak positif pada keberhasilan program. Tingginya tingkat efikasi diri petugas kesehatan, akan mempengaruhi kesuksesan program yang dilaksanakan. Karena petugas yang memiliki tingkat efikasi diri yang tinggi akan merasa yakin bahwa dia mampu untuk mencapai tujuan program, sehingga keinginan petugas untuk menanggulangi

stunting semakin kuat. Hal ini sejalan dengan penelitian Farida (2016) yang menjelaskan bahwa tingginya tingkat efikasi diri yang berkaitan dengan kewirausahaan, berpengaruh pada kesuksesan seseorang dalam berwirausaha¹⁷.

Cara/metode yang dilakukan oleh petugas program payung penting untuk menyukseskan program ini yaitu dengan melakukan monitoring dan evaluasi, menyediakan alat untuk posyandu, memberikan insentif kepada kader, memperluas jangkauan sasaran, serta melakukan pendekatan kepada keluarga balita. Sedangkan, cara/metode yang dilakukan oleh petugas program gaya puspaku untuk menyukseskan program ini yaitu dengan turut hadir langsung dalam pelaksanaan kegiatan, memberi dukungan dana, serta melakukan monitoring sehingga program pemberdayaan masyarakat ini tetap terpantau. Hal ini sesuai dengan kutipan hasil wawancara dari beberapa informan sebagai berikut:

"Saya yakin cara atau metode yang saya lakukan dalam program ini dapat berdampak positif. Karena program-program itu mendukung sekali keberhasilan payung penting. Kalau semua program itu bisa berjalan saya yakin 90% angka stunting bisa teratasi bisa ditekan semaksimal mungkin." (114SUP)

"Hal yang dilakukan untuk menyukseskan program ini itu ya dengan monitoring evaluasi karena kita disitu bisa tau kendala-kendala dalam pelaksanaan program." (111KUM)

"Ya, yang sudah saya lakukan dalam program ini saya yakin dapat berdampak positif. Karena bisa silaturahmi, berkumpul, bertukar pendapat, berbagi pengalaman. Saya berkeyakinan 100%..." (124SUJ)

"Saya mendukung, mensupport dengan dana saja dan terkadang saya juga mengikuti kegiatannya untuk melihat seperti apa kegiatannya." (121KUM)

KESIMPULAN

Implementasi program payung penting dan gaya puspaku dinilai sudah efektif karena memberikan dampak positif dalam penurunan angka stunting di Kecamatan Pakem. Petugas juga merasa senang dan bersemangat dengan adanya program ini, dan sudah paham dengan cara kerja program. Akan tetapi masih terdapat kekurangan dan hambatan dalam pelaksanaannya. Masih terdapat sarana dan prasarana yang belum memadai, terdapat beberapa kepala desa tidak memprioritaskan permasalahan stunting, dan terdapat kesulitan ketika melakukan pendekatan dengan lintas sektor. Selain itu, kader mengalami kesulitan saat melakukan pendampingan karena sulit menemukan waktu yang pas untuk melakukan pendampingan, serta kader merasa bahwa peserta program tidak patuh dengan informasi yang diberikan oleh kader. Namun program gaya puspaku baru diterapkan di 1 dusun, harapannya dapat diterapkan di 60 dusun lain di Kecamatan Pakem.

DAFTAR PUSTAKA

1. Widianingsih I, Gunawan B, Rusyidi B. Peningkatan Kepedulian Stakeholder Pembangunan Dalam Mencegah Stunting Di Desa Cangkuang Wetan Kecamatan Dayeuhkolot Kabupaten Bandung. *Kumawula J Pengabdian Kpd Masy*. 2019;1(2):120.
2. Elsa Nur Aini, Sri Achadi Nugraheni SFP, Bagian. Faktor Yang Mempengaruhi Stunting Pada Balita Usia 24-59 Bulan Di Puskesmas Cepu Kabupaten Blora. *J Kesehatan Masy*. 2018;6(5):454–61.
3. Kesehatan K. Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *J Phys A Math Theor*. 2018;44(8):1–200.
4. Ela Febriana, Najiah Meirina Anwar TI. Faktor-Faktor yang Menghambat Pelayanan Preventif Dan Promotif di Puskesmas. 2020;(December).
5. Lynn Murphy A, Martin Gardner D. Pharmacists' acceptability of a men's mental health promotion program using the Theoretical Framework of Acceptability. *AIMS Public Heal* [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 8];6(2):195–208. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31297404/>
6. Sukanti S. Penilaian Afektif Dalam Pembelajaran Akuntansi. *J Pendidik Akunt Indones*. 2011;9(1):74–82.
7. Purwanti S. Analisis Pengaruh Karakteristik Individu, Fasilitas, Supervisi, Dan Motivasi Terhadap Kinerja Petugas Pelaksana Pelayanan Program MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit) Di Kabupaten Banyumas Tahun 2010. *To Βημα Του Ασκληπιου*. 2010;9(1):76–99.
8. Mugianti S, Mulyadi A, Anam AK, Najah ZL. Faktor penyebab anak stunting usia 25-60 Bulan di Kecamatan Sukorejo Kota Blitar. *J Ners dan Kebidanan (Journal Ners Midwifery)*. 2018;5(3):268–78.
9. Erwina Sumartini, Septi Nurawaliyah, Faridatul Aima, Rita Hermawati, Susi Susanti SI. Pemberdayaan Masyarakat dalam Pencegahan Stunting melalui budaya Gotong Royong. 2020;02:5–8.
10. Sulistiyani P. Gambaran Penolakan Masyarakat terhadap Imunisasi Dasar Lengkap bagi Balita. *J Kesehatan Masy* [Internet]. 2017;5(5):1081–91. Available from: <http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm%0Apenyakit>
11. Ari Kurniawati YMRSP. Acceptability Notifikasi Wajib Tuberkulosis (TB) pada Dokter Praktik Mandiri dan Klinik Pratama Swasta di Kota Yogyakarta. [cited 2020 Aug 19]; Available from: <https://journal.ugm.ac.id/jkki/rt/printerFriendly/37426/0>
12. Saputra M, Marlinae L, Rahman F, Rosadi D. Program Jaminan Kesehatan Nasional Dari Aspek Sumber Daya Manusia Pelaksana Pelayanan Kesehatan. *J Kesehatan Masy*. 2015;11(1):32.
13. Supomo R. NE. Manajemen Sumber Daya Manusia. Yrama Widya; 2018.
14. Juniardi F. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Rendahnya Kunjungan Lansia Ke Posyandu Lansia Di Puskesmas Batang Beruh Kecamatan Sidikalang Kabupaten Dairi. *J Chem Inf Model*. 2012;53(9):1689–99.
15. Dodo DO, Trisnantoro L, Riyarto S. Analisis Pembiayaan Program Kesehatan Ibu dan Anak Bersumber Pemerintah dengan Pendekatan Health Account. *J Kebijakan Kesehatan Indones* [Internet]. 2012;01(1):13–23. Available from: <https://journal.ugm.ac.id/jkki/article/download/3071/2727>
16. Aini N, Ulfah IF, Afala LM. Efektivitas Program Desa Tangguh Bencana Di Desa Sirnoboyo Kecamatan Pacitan Kabupaten Pacitan Tahun 2017. *J Gov Policy*. 2018;4(2):50–61.
17. Farida S, Nurkhin A. Pengaruh Pendidikan Kewirausahaan, Lingkungan Keluarga, Dan Self Efficacy Terhadap Minat Berwirausaha Siswa Smk Program Keahlian Akuntansi. *Econ Educ Anal J*. 2016;5(1):273–89.

POLA BELANJA KESEHATAN KATASTROPIK PESERTA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL DI KOTA JAMBI

CATASTROPIC HEALTH EXPENDITURE PATTERNS OF NATIONAL HEALTH INSURANCE PARTICIPANTS IN JAMBI CITY

Adila Solida¹, Dwi Noerjoedianto², Arnild Augina Mekarisce³, Fitri Widiastuti⁴

^{1,2,3}Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Jambi

⁴Program Studi Manajemen, Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Jambi

ABSTRAK

Prevalensi penyakit tidak menular yang cenderung tinggi berpotensi menimbulkan kejadian katastrofik di Kota Jambi, sementara kemampuan masyarakat untuk membiayai pelayanan kesehatan cukup terbatas. Studi ini bertujuan untuk menganalisis determinan yang mempengaruhi pola belanja kesehatan katastrofik pada peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mandiri di Kota Jambi. Studi dilakukan dengan pendekatan kuantitatif melalui desain *crosssectional*. Instrumen penelitian menggunakan angket yang melibatkan 80 responden. Data dianalisis melalui uji chi-square dan uji regresi logistik berganda. Hasil studi bahwa pola belanja kesehatan masyarakat di Kota Jambi cenderung menimbulkan belanja katastrofik sebesar 31.3%. Terdapat hubungan antara jenis kelamin, status pernikahan, pekerjaan, pendapatan, jumlah anggota keluarga, pemanfaatan JKN, status sakit, rawat inap dan rawat jalan dengan pola belanja katastrofik. Determinan pendapatan, jumlah anggota keluarga dan status sakit menjadi pencetus paling dominan dalam mempengaruhi pola belanja kesehatan katastrofik. Perlu memprioritaskan peserta JKN mandiri terutama kategori pendapatan rendah atau rentan miskin, sebagai sasaran utama program kesehatan preventif dan promotif yang mengacu pada pola hidup sehat yang dapat melindungi keluarga dari belanja katastrofik.

Kata Kunci : Katastrofik; Pola Belanja Kesehatan; Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

ABSTRACT

The prevalence of non-communicable diseases that tend to be high has the potential to cause catastrophic events in Jambi City, while the ability of the community to finance health services is quite limited. This study aims to analyze the determinants that affect catastrophic health expenditure patterns on independent National Health Insurance participants in Jambi City. The study was conducted with a quantitative approach through a cross-sectional design. The research instrument used a questionnaire involving 80 respondents. Data were analyzed through chi-square test and multiple logistic regression. The results of the study show that the pattern of public health expenditure in Jambi City tends to lead to catastrophic expenditure of 31.3%. There is a relationship between gender, marital status, occupation, income, number of family members, National Health Insurance utilization, illness status, inpatient and outpatient with catastrophic expenditure patterns. The determinants of income, number of family members and illness status are the most dominant triggers in influencing catastrophic health expenditure patterns. It is necessary to prioritize independent National Health Insurance participants, especially the category of low income or vulnerable to poverty, as the main target of preventive health programs that refer to a healthy lifestyle that can protect families from catastrophic expenditure.

Keywords : *Catastrophic; Health Expenditure Pattern; Participants of the National Health Insurance (JKN)*

PENDAHULUAN

Katastrofik merupakan istilah yang digunakan untuk penyakit golongan tidak menular yang memerlukan biaya besar dalam pengobatan, berpotensi atau disertai komplikasi yang dapat mengancam jiwa. Sifat penyakit katastrofik adalah laten, sering tidak disadari, dan perlu waktu lama untuk penyembuhannya. Belanja kesehatan akibat katastrofik berpotensi untuk menurunkan kemampuan keuangan rumah tangga tak terkecuali kalangan masyarakat kurang mampu. Keadaan ini dirasakan oleh hampir sebagian besar negara di dunia. Studi banyak negara oleh *World Health Organization* bahwa lebih dari 44 juta rumah tangga atau lebih dari 150 juta individu di dunia dengan latar belakang sosiodemografi yang berbeda mengalami kejadian belanja katastrofik, 25 juta rumah tangga atau 100 juta individu

diantaranya merupakan masyarakat ekonomi rendah (1).

Batasan kategori belanja kesehatan katastrofik suatu rumah tangga menurut WHO jika belanja kesehatan yang ditimbulkan di atas 40% dari total pendapatan rumah tangga. Lebih dari setengah penduduk di beberapa negara yang belanja kesehatannya melebihi 40% (2). Di Indonesia, masyarakat berisiko mengalami kejadian belanja katastrofik sebesar 5,38%. Tren perkembangan penyakit tidak menular menjadi faktor pemicu meningkatnya belanja katastrofik di Indonesia. Hal ini menyebabkan hampir 2,3 juta individu tiap tahun mengalami kerapuhan keuangan rumah tangga dan jatuh dalam kemiskinan (3).

Dalam upaya mengurangi resiko masyarakat menanggung biaya kesehatan katastrofik dari kantong sendiri (*out of pocket*), Kementerian

Kesehatan melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menjamin pelayanan untuk delapan penyakit katastropik (jantung, stroke, hemofilia, leukemia, talasemia, kanker, sirosis hati dan gagal ginjal) yang ditanggung oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Sejak pemberlakuan BPJS tahun 2014 hingga saat ini biaya yang dibutuhkan untuk pelayanan katastropik memang besar. Tahun 2016 biaya penanganan katastropik 28 % hingga tahun 2019 biaya yang ditimbulkan mencapai 48% dari biaya total pelayanan kesehatan rujukan. Namun, kebijakan ini sebagai bentuk perlindungan bagi masyarakat dalam rangka pencapaian cakupan kesehatan semesta.

Penekanan biaya kesehatan katastropik dari BPJS Kesehatan bukan berarti menghentikan belanja kesehatan katastropik yang harus ditanggung masyarakat. Beberapa studi terdahulu menghasilkan bahwa hampir 77% rumah tangga harus mengeluarkan lebih dari 50% belanja selain makan dalam sebulan untuk belanja katastropik rawat inap. Kepemilikan jaminan kesehatan dapat menurunkan belanja kesehatan katastropik sebesar 12,97% (4). Rumah tangga di Indonesia masih mengalami risiko belanja katastropik yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor signifikan diantaranya; pendapatan, kunjungan rawat inap dan rawat jalan, usia, pendidikan, lokasi, tempat tinggal, jumlah anggota keluarga kepemilikan rumah, morbiditas, kepemilikan JKN dan status sosial (3).

Laporan Dinas Kesehatan Provinsi Jambi tahun 2019 bahwa angka kejadian penyakit tidak menular cenderung tinggi Provinsi Jambi. Hipertensi merupakan penyakit tidak menular dengan kejadian tertinggi di Provinsi Jambi, prevalensi sebesar 28,99% tahun 2018. Pada tahun 2014 hingga 2018, hipertensi menempati urutan ke dua sebagai kejadian penyakit terbanyak di Provinsi Jambi dengan rentang persentase 12,16% sampai 14,14% dari 10 penyakit terbanyak yang terdata di seluruh puskesmas Provinsi Jambi. Diikuti dengan prevalensi penyakit Kanker 1,32% dan Diabetes Mellitus 1,02%. Kondisi yang sama terjadi di Kota Jambi, pada tahun 2018 kejadian hipertensi menjadi kasus penyakit tertinggi dengan prevalensi 26,20% diikuti prevalensi diabetes mellitus 2,19%. Pada tahun 2019, penyakit hipertensi tetap berada pada urutan teratas dengan jumlah 21.092 kasus yang didominasi oleh kelompok usia 45 hingga 54 tahun. Kejadian penyakit kronis lain diantaranya diabetes mellitus 8.193 kasus, penyakit jantung 1.757 kasus dan stroke 309 kasus.

Terdapat potensi belanja kesehatan yang tinggi dan akan mempengaruhi kemampuan keuangan rumah tangga masyarakat di Kota Jambi melihat angka kejadian penyakit kronis

yang cenderung tinggi. Sementara itu studi terdahulu terkait belanja rumah tangga diketahui bahwa kemampuan membeli (*Ability To Pay / ATP*) pelayanan kesehatan oleh masyarakat di Provinsi Jambi berada pada rentang Rp 25.235,- sampai Rp 110.044,- (5). Khususnya pada peserta Jaminan Kesehatan Nasional mandiri yang mayoritas merupakan pekerja dari sektor informal, meskipun telah memperoleh perlindungan kebutuhan kesehatan dari BPJS Kesehatan, tak menutup kemungkinan kejadian belanja katastropik dapat mengganggu keuangan rumah tangga. Fenomena ini menjadi permasalahan yang memerlukan kajian tentang determinan apa saja yang mempengaruhi pola belanja kesehatan katastropik rumah tangga terutama pada peserta JKN mandiri di Kota Jambi.

METODE PENELITIAN

Studi dilakukan dengan pendekatan kuantitatif menggunakan desain *cros-sectional*. Instrumen yang digunakan berupa angket. Responden dipilih berdasarkan teknik *quota sampling*, melibatkan 80 responden dengan kriteria inklusi merupakan peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mandiri. Waktu pelaksanaan pada bulan Mei hingga Juli tahun 2021, tersebar pada lima wilayah kerja Puskesmas di Kota Jambi yang dipilih berdasarkan urutan tertinggi kejadian penyakit kronis di Kota Jambi.

Variabel penelitian terdiri dari variabel dependen (belanja kesehatan katastropik) dan variabel independen (usia, jenis kelamin, status pernikahan, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, jumlah anggota keluarga, kepemilikan rumah, kepemilikan kendaraan, pemanfaatan JKN, status sakit, rawat inap dan rawat jalan). Pengolahan data berbasis komputerisasi. Analisis data melalui tahap analisis univariat, analisis bivariat menggunakan uji chi-square dan analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik berganda.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil analisis univariat diperoleh data bahwa responden yang berisiko mengalami kejadian belanja katastropik sebanyak 31,3%. Artinya, sepertiga dari seluruh responden mengeluarkan dana lebih dari 40% per bulannya untuk belanja kesehatan, sehingga membentuk pola belanja kesehatan katastropik. Rata – rata responden mengeluarkan 10%-20% dari total pengeluaran rumah tangga untuk belanja kesehatan. Belanja kesehatan tersebut mencakup besaran dana (biaya, ongkos atau pengorbanan yang timbul) yang harus dikeluarkan suatu rumah tangga untuk mendapatkan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan.

Terdapat perbedaan besaran dana yang dikeluarkan peserta JKN mandiri dengan peserta JKN lainnya dikarenakan pembayaran iuran JKN dari biaya sendiri tanpa bantuan oleh pemerintah ataupun instansi kerja. Biaya yang dikeluarkan menjadi bagian dari pengeluaran rumah tangga. Sebagian besar pekerjaan responden merupakan sektor informal (77,5%). Setengah (50%) dari total responden mempunyai pendapatan kurang dari 2,5 juta (di bawah UMK Kota Jambi tahun 2021), sebanyak 36,3% dengan pendapatan antara 2,5

juta hingga 4,5 juta dan 13,8% dengan pendapatan lebih dari 4,5 juta. Meskipun telah memperoleh perlindungan kebutuhan kesehatan dari BPJS Kesehatan, masih terdapat 10% peserta JKN yang pernah mengeluarkan dana kesehatan dari kantong sendiri (*out of pocket*) untuk menanggulangi biaya kesehatan tambahan yang tidak ditanggung BPJS Kesehatan. Sementara itu belanja kesehatan yang terlalu tinggi meningkatkan risiko rumah tangga mengalami kondisi katastrofik(2)(6).

Tabel 1. Determinan yang Berhubungan dengan Pola Belanja Kesehatan Katastropik

Variabel Katastropik		Belanja Kesehatan (%)		OR (95% CI)	p-value
		Non Katastropik	Katastropik		
Usia					
	Lansia	11 (26.2)	31 (73.8)	0.608	
	Dewasa	14 (36.8)	24 (63.2)	(0.235-1.577)	0.305*
Jenis Kelamin					
	Laki-laki	7 (19.4)	29 (80.6)	0.349	
	Perempuan	18 (40.9)	26 (59.1)	(0.126-0.968)	0.039**
Pendidikan Terakhir					
	Rendah	11 (23.9)	35 (76.1)	0.449	
	Tinggi	14 (41.2)	20 (58.8)	(0.172-1.175)	0.100*
Status Pernikahan					
	Menikah	25 (40.3)	37 (59.7)	0.597	
	Lainnya	0 (0.0)	18 (100.0)	(0.486 -0.732)	0.001**
Pekerjaan					
	Sektor Informal	24 (38.7)	38 (61.3)	10.737	
	Sektor Formal	1 (5.6)	17 (94.4)	(1.341 - 85.988)	0.008**
Pendapatan					
	Rendah	17 (42.5)	23 (57.5)	2.957	
	Tinggi	8 (20.0)	32 (80.0)	(1.091-8.009)	0.030**
Jumlah Anggota Kluarga					
	> 4 orang	15 (45.5)	18 (54.4)	3.083	
	≤ 4 orang	10 (21.3)	37 (78.7)	(1.159 - 8.203)	0.022**
Kepemilikan Rumah					
	Tidak Memiliki	17 (26.6)	47 (73.4)	0.362	
	Memiliki	8 (50.0)	8 (50.0)	(0.117-1.115)	0.070*
Kepemilikan Kendaraan					
	Tidak Memiliki	0 (0.0)	2 (100.0)	1.472	
	Memiliki	25 (32.1)	53 (67.9)	(1.264-1.714)	0.334*
Pemanfaatan JKN					
	Tidak	1 (6.2)	15 (93.8)	0.111	
	Ya	24 (37.5)	40 (62.5)	(0.014-0.895)	0.016**
Status Sakit					
	Ya	22 (42.3)	30 (57.7)	6.111	
	Tidak	3 (10.7)	25 (89.3)	(1.636-22.828)	0.004**
Rawat Inap					
	Pernah	21 (39.6)	32 (60.4)	3.773	
	Tidak Pernah	4 (14.8)	23 (85.2)	(1.141-12.478)	0.024**
Rawat Jalan					
	Pernah	24 (37.5)	40 (62.5)	9.000	
	Tidak Pernah	1 (6.2)	15 (93.8)	(1.117-72.513)	0.016**

(Keterangan: * = p > 0.005, ** = p ≤ 0.005)

Pada tahap analisis bivariat diperoleh data bahwa kejadian belanja kesehatan katastrofik lebih banyak terjadi pada kelompok usia dewasa (36,8%), jenis kelamin perempuan (40,9%), pendidikan terakhir tinggi (41,2%), berstatus menikah (40,3%), pekerjaan dari sektor informal (38,7%) pendapatan kategori rendah (42,5%), jumlah anggota keluarga lebih dari 4 orang (45,5%), memiliki rumah (50%), memiliki

kendaraan (32,1%), memanfaatkan JKN (37,5%), sedang menderita penyakit katastrofik (42,3%), pernah menjalani rawat inap (39,6%) dan pernah mendapatkan perawatan rawat jalan (37,5%).

Hasil analisis uji *chi-square* menunjukkan adanya hubungan yang signifikan (*p-value* ≤ 0,05) antara jenis kelamin, status pernikahan, pekerjaan, pendapatan, jumlah anggota keluarga, pemanfaatan JKN, status sakit, rawat inap dan

rawat jalan dengan pola belanja kesehatan katastrofik pada peserta JKN di Kota Jambi. Pada determinan jenis kelamin, perempuan lebih signifikan memiliki hubungan dengan pola belanja kesehatan katastrofik, hal ini sejalan dengan temuan penelitian terdahulu bahwa belanja kesehatan perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki (4). Upaya preventif yang dapat dilakukan adalah dengan menelusuri sifat alami perempuan yang lebih peduli dengan kesehatan sehingga perempuan menjadi sasaran prioritas pada program kesehatan terutama program pencegahan penyakit katastrofik.

Status menikah berhubungan signifikan dengan pola belanja kesehatan katastrofik. Penelitian terdahulu menemukan bahwa biaya kesehatan seseorang dengan status menikah 1.085 kali lebih besar dibandingkan dengan yang tidak menikah (3). Temuan tersebut seiring dengan teori Andersen tentang model perilaku bahwa perilaku seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan dipengaruhi faktor status pernikahan.

Pekerjaan responden pada studi ini sebagian besar berasal dari sektor informal diantaranya buruh, pedagang kaki lima dan pekerja lepas. Pekerjaan memiliki hubungan signifikan dengan pola belanja katastrofik, pekerjaan sektor informal lebih banyak berdistribusi dalam membentuk pola belanja katastrofik (38,7%) dibandingkan dengan sektor formal (5,6%). Ketiadaan jaminan kesehatan di kalangan sektor informal akan mengakibatkan pengeluaran katastrofik yang mengancam mereka jatuh miskin (7)(8), sementara pada studi ini responden merupakan peserta JKN oleh karena itu temuan ini sejalan dengan salah satu studi yang menyatakan banyak pasien JKN masih mengeluarkan biaya tinggi (9)(10). Fenomena ini harusnya menjadi bagian dari upaya pemerintah dalam mengoptimalkan program kesehatan pada sektor informal. Terdapat banyak risiko pada tempat kerja sektor informal yang berpotensi menimbulkan masalah kesehatan, sehingga dapat berujung pada kondisi katastrofik (11) where one of its main targets is to guarantee a healthy life and to encourage welfare for all people of all ages or later to be called Universal Health Coverage (UHC)(12).

Determinan pemanfaatan JKN berhubungan signifikan dengan pola belanja kesehatan katastrofik. Banyak penelitian menghasilkan bahwa sejak diberlakukan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) proporsi rumah tangga yang mengalami kejadian katastrofik berkurang dibandingkan dengan sebelum adanya program

JKN. JKN mampu menurunkan *out of pocket* secara signifikan dan memiliki kontribusi paling kecil dalam kejadian katastrofik dibandingkan asuransi kesehatan lain (4)(13)(14).

Berdasarkan studi ini diperoleh informasi bahwa peserta yang tidak memanfaatkan JKN akan berisiko mengalami belanja katastrofik dibandingkan dengan peserta yang memanfaatkan JKN. Adapun peserta yang tidak memanfaatkan JKN dapat disebabkan banyak faktor; permasalahan administratif, kurangnya pengetahuan tentang program dan manfaat JKN, fasilitas kesehatan (rumah sakit) yang belum memadai atau regulasi tentang pemanfaatan layanan kesehatan (15). Salah satu regulasi terkait pelayanan kesehatan yang menyebabkan peserta tidak memanfaatkan JKN yaitu perpindahan kelas rawat inap.

Determinan rawat inap dan rawat jalan merupakan bagian dari faktor utilisasi layanan kesehatan yang diketahui berhubungan signifikan dengan pola belanja kesehatan katastrofik. Nilai OR 95% CI menunjukkan bahwa peserta JKN yang pernah menjalani rawat inap berpeluang 3,773 kali berisiko mengalami katastrofik dibandingkan yang tidak pernah mendapatkan perawatan rawat inap, sementara peserta JKN yang pernah mendapatkan rawat jalan berpeluang 9 kali berisiko mengalami katastrofik. Besarnya peluang risiko katastrofik pada peserta JKN yang menjalani rawat inap sejalan dengan penelitian bahwa pasien JKN masih mengeluarkan biaya sendiri (*out of pocket*) disebabkan adanya kenaikan kelas perawatan yang diusulkan oleh pasien. Regulasi yang masih memperbolehkan pindah kelas rawatan atau jumlah bed yang penuh menjadi faktor penyebab kondisi tersebut (13). Keadaan ini perlu menjadi perhatian pemerintah selaku *stakeholder* untuk mempertimbangkan kebijakan agar tetap menjamin biaya perawatan ketika pasien harus memilih opsi kenaikan kelas rawatan ketika ruang bed penuh.

Pada tahap analisis multivariat, seluruh variabel bebas dalam studi ini diseleksi melalui tahapan seleksi bivariat, variabel dengan *p-value* < 0,25 dimasukkan menjadi kandidat variabel yang akan masuk pemodelan multivariat. Selanjutnya dilakukan pemodelan bertahap, variabel yang memiliki *p-wald* > 0,05 diurutkan dari *p-wald* tertinggi kemudian dikeluarkan satu persatu hingga diperoleh variabel dengan *p-wald* ≤ 0,05 dengan tetap memperhatikan perubahan OR.Exp(B) variabel lainnya di dalam model.

Tabel 2. Hasil Pemodelan Analisis Multivariat

Variabel	P-Wald									
	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5	Model 6	Model 7	Model 8	Model 9	Model 10
Jenis Kelamin	0.208	0.105	0.107	0.108	0.157*	-	-	-	-	-
Status Pernikahan	0.998*	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pekerjaan	0.068	0.160	0.163	0.177	0.156	0.159	0.120*	-	-	-
Pendidikan	0.383	0.238	0.225	0.178	0.139	0.167*	-	-	-	-
Pendapatan	0.650	0.180	0.175	0.110	0.118	0.080	0.067	0.024	0.038	
Jumlah Anggota Keluarga	0.059	0.161	0.159	0.074	0.094	0.028	0.027	0.014	0.021	
Kepemilikan Rumah	0.531	0.398	0.404*	-	-	-	-	-	-	
Pemanfaatan JKN	0.150	0.223	0.204	0.200	0.083	0.094	0.078	0.075*	-	
Status Sakit	0.084	0.099	0.093	0.119	0.057	0.071	0.095	0.062	0.002	
Rawat Inap	0.462	0.879*	-	-	-	-	-	-	-	
Rawat Jalan	0.144	0.304	0.308	0.223*	-	-	-	-	-	

(Keterangan; *= $p\text{-wald} > 0.005$ dan nilai tertinggi, variabel yang dikeluarkan)

Hasil pemodelan multivariat menunjukkan bahwa terdapat signifikansi ($p\text{-wald} \leq 0,005$) pengaruh determinan pendapatan, jumlah anggota keluarga, dan status sakit terhadap pola belanja kesehatan katastrofik. Untuk mengetahui adanya interaksi antara ketiga variabel tersebut, dilakukan uji interaksi. Hasil uji omnibus pada analisis uji interaksi adalah $p\text{-value} = 0,055$ atau

$p\text{-value} > 0,05$. Artinya tidak terdapat interaksi antara determinan pendapatan, jumlah anggota keluarga dan status sakit dalam mempengaruhi pola belanja kesehatan katastrofik pada peserta JKN di Kota Jambi, sehingga pemodelan terakhir dari analisis multivariat melalui uji regresi logistik berganda ditunjukkan pada tabel 3.

Tabel 3. Determinan yang Memiliki Pengaruh Paling Dominan Terhadap Pola Belanja Kesehatan Katastrofik

Variabel	B	Wald	P-Wald	OR Exp (B) (95% CI)
Pendapatan	1.190	4.296	0.038	3.288 (1.067 - 10.134)
Jumlah Anggota Keluarga	1.331	5.319	0.021	3.784 (1.221 - 11.723)
Status Sakit	2.264	9.306	0.002	9.626 (2.247 - 41.237)

Hasil akhir analisis multivariat didapatkan bahwa pendapatan, jumlah anggota keluarga dan status sakit menjadi determinan yang memiliki pengaruh paling dominan dalam membentuk pola belanja kesehatan katastrofik peserta JKN di Kota Jambi. Pendapatan menjadi determinan pertama yang memiliki pengaruh dominan terhadap pola belanja kesehatan peserta JKN di Kota Jambi. Peserta JKN dengan pendapatan rendah mempunyai peluang 3,288 kali berisiko mengalami belanja katastrofik dibandingkan dengan peserta JKN dengan pendapatan tinggi. Temuan ini justru berseberangan dengan teori ekonomi klasik bahwa semakin besar pendapatan maka pengeluaran semakin banyak, yang menunjukkan bahwa rumah tangga dengan pendapatan yang tinggi cenderung mengalami kejadian belanja kesehatan katastrofik, namun yang terjadi adalah sebaliknya.

Terdapat studi yang sejalan bahwa pendapatan rumah tangga berhubungan positif dengan belanja kesehatan katastrofik (4)(16). Kelompok dengan pendapatan menengah berisiko 10 kali lebih besar untuk jatuh miskin dibanding dengan kelompok kaya. Kelompok dengan pendapatan menengah tidak memiliki beban berlebih untuk pengeluaran rumah tangganya. Kondisi berbeda

ketika salah satu atau lebih anggota keluarga jatuh sakit yang mengharuskan rumah tangga tersebut untuk menyisihkan biaya non kesehatan untuk keperluan pengobatan. Berbeda dengan kelompok pendapatan tinggi yang masih dapat bertahan secara ekonomi saat ada anggota keluarga keluarga yang jatuh sakit (17).

Jumlah anggota keluarga juga terbukti sebagai pencetus dominan dalam membentuk pola belanja kesehatan katastrofik pada peserta JKN di Kota Jambi. Peserta dengan jumlah anggota keluarga lebih dari 4 orang mempunyai peluang 3,784 kali berisiko mengalami belanja katastrofik. Sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa determinan jumlah anggota rumah tangga berhubungan positif dengan belanja kesehatan katastrofik (3)(4). Rumah tangga dengan jumlah anak dan anggota rumah tangga yang besar juga mempengaruhi semakin besarnya total pengeluaran rumah tangga. Rumah tangga dengan jumlah anggota ≥ 4 orang mengalami masalah pembiayaan kesehatan dibandingkan dengan rumah tangga perseorangan (16). Kondisi tersebut dapat dijelaskan bahwa jumlah anggota keluarga yang besar akan cenderung membutuhkan layanan kesehatan yang lebih banyak sehingga angka utilisasi kesehatan juga akan meningkat, berujung pada jumlah pengeluaran rumah tangga akan

semakin besar sehingga menambah beban ekonomi keluarga, karena jumlah anggota rumah tangga adalah salah satu indikator dalam pengukuran beban ekonomi rumah tangga.

Determinan status kesehatan merupakan bagian dari faktor *need* yang merupakan faktor utama mempengaruhi belanja kesehatan. *Needs* mewakili penjelasan tentang kebutuhan dasar manusia dalam hal ini kebutuhan akan layanan kesehatan. Orang sakit lebih cenderung akan mencari layanan kesehatan daripada orang sehat. Dalam teori Lawrence Green menyebutkan bahwa status kesehatan merupakan salah satu faktor penentu perilaku seseorang mencari kesehatan. Pada studi ini terbukti status kesehatan berpengaruh dominan terhadap belanja kesehatan katastrofik peserta JKN di Kota Jambi. Sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa orang sakit cenderung belanja kesehatan dalam jumlah tinggi (3)(9). Selain itu tingkat keparahan penyakit seseorang menentukan besaran belanja kesehatan. Seseorang dapat memiliki pengeluaran medis yang lebih tinggi jika tingkat keparahan penyakit tinggi.

Penyakit katastrofik merupakan kategori penyakit dengan tingkat keparahan tinggi dan cenderung menyebabkan belanja kesehatan yang tinggi (*high risk, high cost* dan *high volume*). Terbukti dalam studi ini bahwa peserta JKN dengan status sedang menderita penyakit katastrofik berpeluang 9,626 kali berisiko mengalami belanja katastrofik dibandingkan dengan peserta yang tidak menderita penyakit katastrofik. Kondisi tersebut mendapat istilah *iatrogenic poverty* oleh Van Damme bahwa penyakit dapat memiskinkan. Kejadian katastrofik tersebut dapat mengakibatkan rumah tangga jatuh miskin. Selain itu terdapat dampak negatif akibat katastrofik yaitu bahwa si penderita terus menjadi sakit karena tidak mampu meneruskan pengobatan.

BPJS Kesehatan telah mengakomodir pembiayaan pelayanan delapan penyakit katastrofik (jantung, stroke, hemofilia, leukemia, talasemia, kanker, sirosis hati dan gagal ginjal) melalui program JKN. Permasalahan yang dihadapi peserta JKN mandiri bahwa ada pengeluaran penyerta yang harus mereka tanggung diluar biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan. Karena kategori belanja kesehatan termasuk di dalamnya ongkos atau pengorbanan yang harus dikeluarkan untuk memperoleh manfaat kesehatan yang dibutuhkan secara utuh. Sehingga jika suatu keluarga membelanjakan pendapatannya lebih dari 40% dari total pengeluarannya diluar makan dan minum untuk kesehatan, maka akan dikategorikan mengalami kejadian katastrofik atau bangkrut akibat pengeluaran kesehatannya (2).

Hasil studi menunjukkan tidak adanya interaksi antara determinan pendapatan dengan status sakit, namun terdapat hasil studi sebelumnya bahwa seorang pasien yang menderita penyakit katastrofik dan mengalami belanja katastrofik, memiliki risiko kehilangan produktifitas yang lebih tinggi sehingga dapat memperburuk keadaan ekonomi rumah tangganya (4). Oleh karena itu kejadian sakit yang menimbulkan katastrofik menjadi ancaman bagi keluarga terutama dengan pendapatan rendah, terutama jika keluarga tersebut tergolong dalam keluarga besar yang jumlah anggotanya lebih dari 4 orang.

KESIMPULAN

Sebanyak 31,3% peserta JKN mandiri di Kota Jambi mengalami belanja kesehatan katastrofik. Determinan jenis kelamin, status pernikahan, pekerjaan, pendapatan, jumlah anggota keluarga, pemanfaatan JKN, status sakit, rawat inap dan rawat jalan memiliki hubungan yang signifikan dalam membentuk pola belanja katastrofik. Determinan pendapatan, jumlah anggota keluarga dan status sakit menjadi pencetus paling dominan dalam mempengaruhi pola belanja kesehatan katastrofik pada peserta JKN di Kota Jambi.

Hasil studi ini merekomendasikan kepada pemerintah agar memprioritaskan peserta JKN mandiri terutama kategori pendapatan rendah atau kelompok rentan miskin sebagai sasaran utama program - program kesehatan preventif dan promotif yang mengacu pada pola hidup sehat untuk mencegah anggota keluarga jatuh sakit, mengendalikan jumlah anggota keluarga agar tidak terlalu besar sehingga dapat melindungi keluarga dari belanja katastrofik.

DAFTAR PUSTAKA

1. Report GS, Diseases N. WHO. *Global Status Report. NCD Executive Summary*. New Dir Youth Dev. 2013;2013(140).
2. Ke X, Saksena P, Holly A. *The Determinants of Health Expenditure : A Country-Level Panel Data Analysis*. Work Pap Results Dev Inst. 2011;
3. Nugraheni WP, Hartono RK. *Determinan Pengeluaran Kesehatan Katastropik Rumah Tangga Indonesia Pada Tahun Pertama Implementasi Program JKN*. Bul Penelit Kesehat. 2017;45(1).
4. Situmeang LE, Hidayat B. *Pengaruh Kepemilikan Jaminan Kesehatan terhadap Belanja Kesehatan Katastropik Rumah Tangga di Indonesia Tahun 2012*. J Kebijakan Kesehat Indones JKKI. 2018;7(1).

5. Noerjoedianto D. *Kajian Ability To Pay (Atp) Bagi Calon Peserta Bpjs Kesehatan Dalam Pemilihan Besar luran Di Propinsi Jambi Tahun 2015*. Jambi Med J. 2016;4(2).
6. Arenliu Qosaj F, Froeschl G, Berisha M, Bellaqa B, Holle R. *Catastrophic expenditures and impoverishment due to out-of-pocket health payments in Kosovo*. Cost Eff Resour Alloc. 2018;16(1).
7. Rafidah F, Adi S, Ulfah NH. *Faktor Predisposing, Enabling, dan Reinforcing dengan Keputusan Pembelian Premi BPJS Kesehatan*. Prev Indones J Public Heal. 2019;4(1).
8. Cendekia DG. *Apakah Jaminan Kesehatan Diminati Pekerja Sektor Informal*. J Kebijak Kesehat Indones. 2019;08(04).
9. Dewi DAPS, Satibi S, Puspandari DA. *Analisis Biaya Obat Pada Era Jkn Dan Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Di Fasilitas Penunjang Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta*. J Manag Pharm Pract. 2015;5(4).
10. Setiyono B. *Perlunya Revitalisasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Di Indonesia*. Polit J Ilmu Polit. 2018;9(2).
11. Satriawan D, Pitoyo AJ, Giyarsih SR. *Cakupan Kesehatan Universal (UHC) Pekerja Sektor Informal di Indonesia*. TATALOKA. 2020;22(4).
12. Kemenkes. *Pemerintah upayakan Universal Health Coverage bagi Masyarakat Indonesia*. 12 Desember 2020. 2020.
13. Nugraheni W, Mubasyiroh R, Kusuma R. *Peran Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Mengurangi Beban Keuangan pada Perawatan Persalinan* Pendahuluan Metode. Badan Litbangkes. 2019;(November).
14. Tarigan I, Suryati T. *Gambaran Out of Pocket pada Awal Era JKN di Indonesia*. J Penelit dan Pengemb Pelayanan Kesehat. 2018;
15. Harfina D, Purwaningsih SS, Vibriyanti D, Rahadian AS, Seftiani S, Hidayati I, et al. *Naskah Kebijakan Pemanfaatan Jaminan Kesehatan Nasional dalam Upaya Meningkatkan Produktivitas Pekerja Sektor Informal*. Pus Penelit Kependud Kedeputian Ilmu Pengetah Sos Dan Kemanus Lemb Ilmu Pengetah Indones. 2019;
16. Sihombing RG, Nurul TR. *Dampak Pembiayaan Kesehatan Terhadap Ability to pay dan Catastropic Payment*. J Adm Kesehat Indones. 2013;1.
17. Wati H, Thabrany H. *Perbandingan Klaim Penyakit Katastropik Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Provinsi DKI Jakarta dan Nusa Tenggara Timur Tahun 2014*. J Ekon Kesehat Indones. 2017;1(2).