

## **DAMPAK PANDEMI COVID-19 TERHADAP PEMANFAATAN MOBIL UNIT PELAYANAN (MUYAN) KB TAHUN 2020**

Lidya Dwijayani, Rita Damayanti

Departemen PKIP Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia,  
Kampus Baru UI Depok 16424, Indonesia  
E-mail: damayanti.rita257@gmail.com

### ***THE IMPACT OF COVID-19 PANDEMIC ON THE UTILIZATION OF MUYAN KB IN 2020***

**Abstract:** *Determination of the national emergency status of COVID-19 in Indonesia since March 31, 2020 has caused people's accessibility to get contraceptive service with MUYAN KB to decline; this is one of the factors decreasing the achievement of new family planning participants nationally. This study is a descriptive study with secondary data analysis of data belonging to the Central BKKBN, the data collection technique used in literature research. The decline in the movement of MUYAN KB occurred in April 2020 (46%), the largest decrease was in November 2020, namely 76% compared to the previous year. The decline in the movement of MUYAN KB has led to a decrease in the number of new family planning participants since April 2020 (12,25%) and May 2020 (8,67%). The decline in the role of MUYAN KB during the COVID-19 pandemic is in accordance with PSBB policy issued by the central government. This effort was made in order to prevent the transmission of COVID-19 that might from mobile family planning services using MUYAN KB. This decline needs to be anticipated by the managers of the family planning program. A new adaptation era family planning service mechanism is needed so that the level of contraceptive use does not decrease dramatically and its implementation remains in accordance with health protocols during the COVID-19 pandemic, such as: use of tele registration, use of online communication to counseling provision of PPE for health workers and increasing the role of PLK/PKB to distribute emergency contraceptive likes birth control pills and condoms.*

**Keywords:** *COVID-19, Mobile Family Planning Service, MUYAN KB, PLKB*

**Abstrak:** *Penetapan status kegawatdaruratan nasional COVID-19 di Indonesia sejak 31 Maret 2020 menyebabkan aksesibilitas masyarakat mendapatkan pelayanan kontrasepsi melalui MUYAN KB menurun, hal ini menjadi salah satu faktor penurunan pencapaian peserta KB Baru nasional. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif melalui analisis data sekunder terhadap data milik BKKBN Pusat, teknik pengumpulan data yang digunakan yaitu literature research. Penurunan gerak MUYAN KB terjadi di bulan April 2020 (46%) dan penurunan terbesar di bulan November 2020 yaitu 76% dibandingkan tahun sebelumnya. Penurunan gerak MUYAN KB menyebabkan terjadinya penurunan jumlah peserta KB Baru sejak bulan April 2020 (12,25%) dan Mei 2020 (8,67%). Penurunan peran MUYAN KB selama masa pandemi COVID-19 sesuai dengan kebijakan PSBB yang dikeluarkan oleh Pemerintah pusat. Upaya ini dilakukan dalam rangka mencegah terjadinya penularan COVID-19 melalui pelayanan KB mobile dengan MUYAN KB. Penurunan gerak MUYAN KB ini perlu diantisipasi oleh para pengelola program KB. Diperlukan mekanisme pelayanan KB era adaptasi baru sehingga tingkat pemakaian kontrasepsi tidak mengalami penurunan drastic dan pelaksanaannya tetap sesuai dengan protokol kesehatan selama pandemi COVID-19, seperti: pemanfaatan tele registrasi, pemanfaatan komunikasi online untuk konseling, penyediaan APD bagi tenaga kesehatan serta peningkatan peran PLKB/PKB untuk mendistribusikan kontrasepsi darurat seperti Pil KB dan Kondom.*

**Kata Kunci:** *COVID-19, Pelayanan KB Bergerak, MUYAN KB, PLKB*

## PENDAHULUAN

Penetapan status darurat dan bencana nasional akibat pandemi Corona Virus Disease (COVID-19) berdasarkan Keputusan Presiden Nomor 11 Tahun 2020 tentang Penetapan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat COVID-19 pada 31 Maret 2020 lalu, telah menghadirkan perubahan mekanisme pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat. Perubahan pelayanan kesehatan dasar yang terdampak akibat COVID-19 ini salah satunya adalah pemberian pelayanan kontrasepsi dan keluarga berencana. Jill Shelfied selaku Kepala Komite FIGO Kontrasepsi dan Keluarga Berencana menyatakan bahwa pelayanan kontrasepsi dan keluarga berencana merupakan hak asasi manusia, sehingga hal ini perlu tetap diperhatikan dan dilindungi sebagai prioritas pemerintah walaupun selama pandemi COVID-19 terjadi (Sheffield, 2020).

Data global menunjukkan bahwa COVID-19 memberikan dampak penurunan penggunaan kontrasepsi jangka panjang maupun jangka pendek sebesar 10 persen, diperkirakan sebanyak 48.558.000 wanita tidak terpenuhi kebutuhan kontrasepsi modernnya serta kemungkinan terjadinya 15.401.000 kehamilan yang tidak diinginkan (Riley, 2020). Sedangkan kondisi di Indonesia, berdasarkan laporan statistik rutin BKKBN bulan April 2020, menunjukkan penurunan yang cukup signifikan untuk *mix methode* jika dibandingkan dengan bulan sebelumnya (Maret 2020) yaitu sebesar 51.297

peserta KB baru atau sekitar 12,25 persen (BKKBN, 2020b). Penurunan ini selanjutnya dikhawatirkan memberikan dampak tidak tercapainya target Renstra BKKBN 2020-2024 yaitu prevalensi pemakaian kontrasepsi modern *mix methode* (mCPR) tahun 2020 sebesar 61,78 persen (BKKBN, 2020c).

Sebagai lembaga yang diberikan mandat dalam mengatasi urusan kependudukan dan keluarga berencana berdasarkan Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, maka memerlukan strategi dalam menjamin pemenuhan kebutuhan pelayanan KB bagi Pasangan Usia Subur (PUS) di tengah pandemi COVID-19 yang terjadi. Salah satu upaya tersebut yaitu melalui penyelenggaraan pelayanan KB Bergerak yang telah memiliki dasar hukum pelaksanaannya melalui Peraturan Kepala BKKBN Nomor 10 Tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Pelayanan KB Bergerak. Berdasarkan peraturan tersebut, pelayanan KB Bergerak diselenggarakan bagi wilayah yang belum memiliki fasilitas kesehatan memadai dan tenaga kesehatan berkompeten untuk melakukan layanan kontrasepsi dan kesehatan reproduksi serta pada kegiatan momentum. Oleh karena itu, mekanisme penyelenggaraan terdiri dari 2 (dua) cara, yaitu melalui kunjungan tim pelayanan KB Bergerak menuju rumah calon akseptor KB yang kemudian dibawa menggunakan Mobil Antar Akseptor menuju fasilitas kesehatan terdekat atau

menggunakan Mobil Unit Pelayanan (MUYAN) KB (BKKBN, 2019).

Namun selama pandemi terjadi, pemerintah mengeluarkan kebijakan terkait pembatasan kegiatan yang berpotensi dalam pengumpulan massa melalui penerbitan kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB), dan hal ini berdampak pada penurunan fungsi MUYAN KB sebagai salah satu sarana pelayanan yang memiliki ruang operasi di dalamnya dan dapat dipergunakan untuk melakukan tindakan pemasangan kontrasepsi Implan, IUD, teknik vasektomi dan pemberian obat suntik KB dan pil KB (BKKBN, 2019). Penurunan gerak MUYAN KB, salah satunya berdampak pada penurunan aksesibilitas masyarakat dalam menjangkau pelayanan kontrasepsi yang berkualitas, baik dari segi penyedia layanan hingga sarana dan prasarana pelayanan yang memadai. Oleh karena itu, diperlukan mekanisme pelayanan kontrasepsi darurat selama pandemi COVID-19 sehingga aksesibilitas masyarakat mendapatkan pelayanan yang berkualitas tetap terjaga.

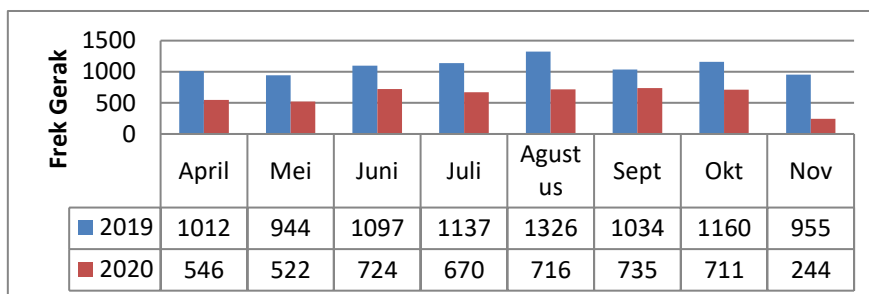
## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan desain studi *cross sectional*. Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan Analisis Data Sekunder (ADS) berupa data statistik rutin pengendalian lapangan (DALAP) dan pelayanan kontrasepsi (PELKON) yang tersedia di website BKKBN Pusat serta dokumen terkait yang dimiliki oleh Direktorat Pelayanan KB Wilayah Khusus (DITYANSUS) BKKBN Pusat.

Teknik pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini yaitu *literature research* terhadap data sekunder yang dikumpulkan oleh peneliti.

## HASIL PENELITIAN

Hasil laporan Statistik Rutin Pengendalian Lapangan (Dalap) BKKBN menunjukkan bahwa sejak penetapan status pandemi COVID-19 pada Maret 2020 lalu, terjadi penurunan pemanfaatan MUYAN KB di seluruh wilayah Indonesia jika dibandingkan dengan tahun 2019 pada rentang bulan April- November sebagai berikut:

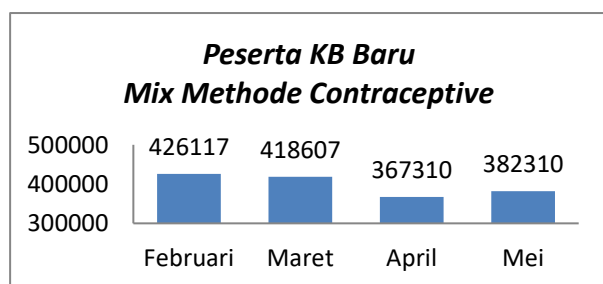


Sumber: Laporan Statistik Rutin BKKBN

**Gambar 1. Perbandingan Frekuensi Gerak MUYAN KB Bulan April – Nov Tahun 2019 dan Tahun 2020.**

Tampak dari grafik diatas bahwa penurunan pemanfaatan MUYAN KB pada April 2020 hingga 46,05% jika dibandingkan tahun sebelumnya. Penurunan pemanfaatan paling lebar bahkan terjadi di November 2020 hingga 74,4% dibandingkan tahun 2019.

Sejak penetapan status kegawatdaruratan pandemi COVID-19 Indonesia pada bulan Maret 2020, jumlah peserta KB Baru (PB) *mix method contraceptive* terus mengalami penurunan jika dibandingkan pencapaian di bulan Februari 2020. Hal ini terlihat pada grafik sebagai berikut:

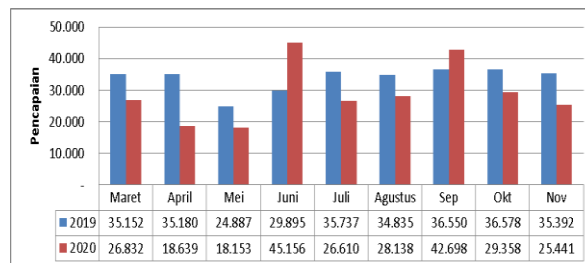


Sumber: Laporan Statistik Rutin BKKBN

**Gambar 2. Pencapaian Peserta KB Baru Mix Methode Contraceptive**

Grafik diatas menunjukkan penurunan mulai tampak di bulan Maret 2020 yaitu sebesar 1,76% dan berlanjut sebesar 12,25% di bulan April 2020 jika dibandingkan bulan sebelumnya. Namun, sedikit peningkatan mulai tampak di bulan Mei 2020 dengan selisih (*gap*) pencapaian sebesar 8,67% dibandingkan Maret 2020. Penurunan pencapaian PB ini sebagian besar disebabkan oleh terjadinya penurunan pencapaian PB KB IUD, Implan, MOP dan Suntik KB yang mengalami penurunan bervariasi dari bulan

Maret–November 2020. Hal ini tampak pada gambar grafik-grafik di bawah ini.

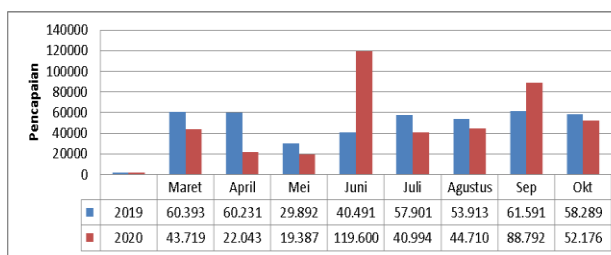


Sumber: Laporan Statistik Rutin BKKBN

**Gambar 3. Perbandingan Pencapaian PB KB IUD Bulan Maret-November Tahun 2019 dan Tahun 2020**

Gambar di atas menunjukkan bahwa pencapaian PB IUD tahun 2020 telah mengalami penurunan sejak bulan Maret 2020 (23,66%) jika dibandingkan tahun sebelumnya. Pencapaian terkecil terjadi di bulan April 2020 dan Mei 2020, jika dibandingkan dengan pencapaian Maret 2020, selisih pencapaian bulan April 2020 memiliki selisih hingga 30,53%, dan di bulan Mei 2020 mencapai 32,34%.

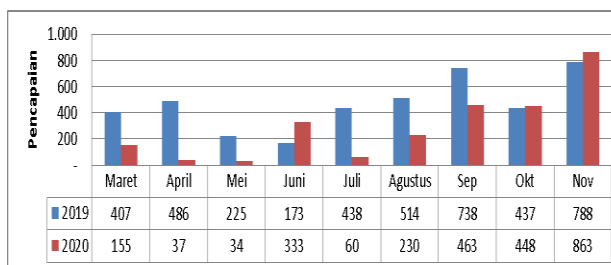
Selanjutnya, Penurunan pencapaian PB Implan memiliki trend menurun sejak bulan Maret 2020, dimana selisih pencapaian mencapai 27,61% jika dibandingkan tahun sebelumnya. Pencapaian terendah terjadi di bulan April – Mei 2020 dengan selisih pencapaian sebesar 49,58% bahkan semakin merosot pada Mei 2020 sebesar 55,65% jika dibandingkan dengan Maret 2020. Hal ini tampak pada grafik di bawah ini:



Sumber: Laporan Statistik Rutin BKKBN

**Gambar 4. Perbandingan Pencapaian PB KB Implan Bulan Maret-November Tahun 2019 dan Tahun 2020**

Penurunan KB MOP di bulan Maret 2020 jika dibandingkan tahun sebelumnya sebesar 61,9% dengan pencapaian terkecil terjadi di antara bulan April-Mei 2002. Adapun selisih pencapaian KB MOP di April 2020 memiliki *gap* hingga 76,13% bahkan masih berlanjut di bulan Mei 2020 sebesar 78,06% jika dibandingkan bulan Maret 2020. Hal ini tampak pada grafik di bawah ini:

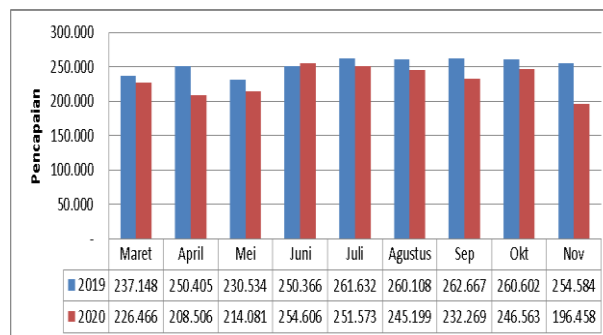


Sumber: Laporan Statistik Rutin BKKBN

**Gambar 5. Perbandingan Pencapaian PB KB MOP Bulan Maret-November Tahun 2019&Tahun 2020**

Metode kontrasepsi berikutnya yang memberikan dampak terhadap penurunan pencapaian PB kontrasepsi *mix methode* secara nasional yaitu metode KB Suntik di mana setelah penetapan status kegawatdaruratan COVID-19 pada akhir maret lalu, terjadi selisih pencapaian di bulan April 2020 sebesar 7,93% dibandingkan

bulan sebelumnya. Hal ini tampak pada grafik dibawah ini:



Sumber: Laporan Statistik Rutin BKKBN

**Gambar 6. Perbandingan Pencapaian PB KB Suntik Bulan Maret-November Tahun 2019 dan Tahun 2020**

## PEMBAHASAN

Penurunan kesertaan beberapa metode kontrasepsi di atas, yang biasanya dapat terlayani melalui penyelenggaraan KB *mobile*, salah satunya disebabkan oleh terbatasnya aksesibilitas masyarakat menjangkau pelayanan kontrasepsi yang dibutuhkan selama pandemi COVID-19. Data global yang disusun oleh *International Planned Parenthood Federation (IPPF)* menunjukkan bahwa pandemi ini berdampak terhadap penghentian sementara pelayanan kontrasepsi di 5.633 fasilitas kesehatan statis maupun *mobile* yang tersebar di 64 negara (IPPF, 2020) . Keterbatasan aksesibilitas PUS terhadap pelayanan KB di masa pandemi COVID-19, selain dipengaruhi oleh keterbatasan yang disebabkan oleh kondisi geografis wilayah dan sosial ekonomi calon akseptor KB, dipengaruhi pula terbitnya Peraturan Pemerintah Nomor 21 Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dan hal ini selanjutnya

menghambat penyelenggaraan pelayanan KB *mobile* yang selama ini dilakukan oleh BKKBN, salah satunya melalui penyelenggaraan kegiatan momentum bakti sosial bersama mitra kerja. Terbitnya kebijakan PSBB oleh pemerintah pusat menjadikan akses masyarakat mendapatkan pelayanan kontrasepsi yang berkualitas menjadi sangat terbatas (UNFPA, 2020). Kondisi ini selanjutnya menyebabkan pemanfaatan sarana pelayanan KB dalam mendekati akses masyarakat melalui pemanfaatan MUYAN KB menjadi menurun.

MUYAN KB sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan dasar merupakan hal yang berpengaruh terhadap aksesibilitas masyarakat untuk mendapatkan pelayanan KB yang berkualitas. Ketersediaan sarana kesehatan merupakan salah satu upaya dalam meningkatkan *demand* masyarakat terhadap suatu pelayanan kesehatan, khususnya di wilayah tertinggal, perbatasan, kepulauan serta miskin perkotaan (Megatsari et al., 2019); (Laksono & Sukoco, 2016); (Pratiwi & Basuki, 2014). Namun dikarenakan terjadinya pandemi COVID-19, menjadikan pelayanan KB Bergerak menggunakan MUYAN KB dihentikan sementara waktu dalam rangka mencegah berkumpulnya kerumunan masyarakat. Oleh karena itu, diperlukan mekanisme pelayanan kontrasepsi dan kesehatan reproduksi *new normal* sehingga tidak menyebabkan peningkatan angka putus pakai yang berdampak pada tidak tercapainya target penurunan *unmet need* sebesar

8,6 pada tahun 2020 dan 7,4 pada akhir renstra 2020-2024 (BKKBN, 2020a).

Salah satu upaya yang dilakukan untuk mengantisipasi dampak penurunan pemanfaatan MUYAN KB sebagai sarana mendekati akses pelayanan KB selama pandemi COVID-19 yaitu melakukan rangkaian mekanisme pelayanan yang didasarkan pada rekomendasi WHO, diantaranya yaitu pemanfaatan *telehealth* untuk konseling dan penyediaan informasi mengenai kontrasepsi darurat yang dapat digunakan selama pandemi COVID-19 hingga peningkatan upaya pemberian kontrasepsi jangka panjang pasca persalinan selama pandemi berlangsung. Rekomendasi yang disusun oleh WHO tersebut mengutamakan pembatasan kunjungan tatap muka secara langsung sehingga pelayanan KB *mobile* tidak direkomendasikan (Nanda et al., 2020).

Sekaitan dengan hal tersebut, maka BKKBN bersama Kementerian Kesehatan menyusun panduan pelayanan KB era adaptasi baru dimana mekanisme pemberian pelayanan dibedakan berdasarkan zona risiko COVID-19 yang terbagi menjadi zona hijau, zona kuning, zona orange dan zona merah. Dijelaskan di dalam panduan tersebut, bahwa pemberian KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) serta kegiatan konseling tanpa adanya keluhan komplikasi yang dilakukan oleh para Penyuluh KB (PKB), Petugas Lapangan KB (PLKB) dapat dilakukan dengan memanfaatkan saluran komunikasi seperti *Whatsapp*, telepon, SMS maupun aplikasi lainnya. Namun, bagi wilayah dengan zona risiko hijau dan kuning, pelaksanaan

KIE dan konseling masih diperkenankan untuk dilakukan secara tatap muka namun harus dilengkapi dengan APD serta mekanisme pelaksanaannya sesuai dengan protokol kesehatan yang berlaku. Sedangkan bagi wilayah zona risiko oranye dan merah tidak diperkenankan untuk dilakukan secara tatap muka (Kementerian Kesehatan, 2020b).

Selain itu, dalam rangka menghindari terjadinya putus pakai pemakaian kontrasepsi selama pandemi COVID-19, peran PKB dan PLKB pun ditingkatkan ketika melakukan tugas pokoknya yang berkaitan dengan KIE program keluarga berencana, tambahan tugas tersebut yaitu mendistribusikan pil KB dan Kondom bagi akseptor KB yang masa pakai IUD dan Implannya sudah habis. Pemberian kondom dan pil KB oleh PLKB/PKB dilakukan melalui koordinasi dengan petugas kesehatan setempat, mekanisme pemberiannya dilakukan melalui kunjungan rumah para calon akseptor sehingga kemungkinan terjadinya kerumunan dapat dihindarkan (Kementerian Kesehatan, 2020a). Hal ini dilakukan apabila tindakan medis pemasangan kontrasepsi jangka panjang di fasilitas kesehatan terdekat tidak diperkenankan oleh dinas kesehatan setempat. Namun apabila terdapat Pasangan Usia Subur (PUS) yang diharuskan menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) dikarenakan tidak dapat menggunakan suntik KB, pil KB maupun Kondom maka PLKB/PKB tetap diperkenankan melakukan penggerakan calon akseptor KB menuju faskes yang direkomendasikan oleh OPD

KB setempat dengan tetap memperhatikan protokol kesehatan yang berlaku (BKKBN, 2020d).

Bagi wilayah yang termasuk zona risiko hijau dan kuning, diperkenankan melakukan tindakan pemasangan IUD, Implan, MOP dan MOW dengan perjanjian terlebih dahulu dan adanya kelengkapan APD yang memadai sesuai protokol kesehatan COVID-19. Sedangkan temu janji para calon akseptor didahului dengan upaya skrining melalui *tele register* sehingga tidak terjadi penumpukan pasien ketika melakukan pemeriksaan kesehatan awal (Nanda et al., 2020); (Kementerian Kesehatan, 2020a). Namun bagi wilayah yang berada di zona risiko oranye dan merah, tindakan pemasangan jenis kontrasepsi diatas diupayakan ditunda dan diberikan alat/obat kontrasepsi jangka pendek seperti Pil KB dan Kondom (Kementerian Kesehatan, 2020a). Adanya jaminan ketersediaan APD bagi tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kontrasepsi jangka panjang selama pandemi COVID-19 merupakan salah satu upaya yang wajib dipenuhi oleh pemerintah pusat dan daerah dalam menjamin ketersediaan akses masyarakat terhadap salah satu kesehatan dasar tersebut (Aly et al., 2020).

Sebagai salah satu pelayanan kesehatan dasar yang dapat berdampak pada kualitas masyarakat Indonesia di masa mendatang, maka pelaksanaan pelayanan kontrasepsi di masa pandemi COVID-19 pun perlu menjadi perhatian pemerintah pusat hingga daerah. Salah satunya yaitu melalui kolaborasi antar lembaga terkait

dalam mendukung tugas para PKB dan PLKB serta tokoh masyarakat setempat sehingga aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan KB berkualitas tetap terkendali. Kolaborasi yang dimaksud, dapat berupa jaminan ketersediaan APD bagi para tenaga kesehatan hingga keamanan pasokan alat dan obat kontrasepsi hingga ke faskes beserta jejaringnya. Selain itu, aksesibilitas masyarakat terhadap pelayanan kontrasepsi selama pandemi COVID-19 dapat dilakukan melalui penggerakan calon akseptor KB di kegiatan-kegiatan momentum yang dilaksanakan sesuai dengan protokol kesehatan berlaku. Upaya-upaya tersebut diperlukan dalam rangka mencegah terjadinya peningkatan angka putus pakai bagi para peserta KB aktif maupun peningkatan pencapaian mCPR yang salah satunya didasari pada peningkatan pencapaian peserta KB Baru kontrasepsi modern *mix methode*.

## PENUTUP

Penetapan status kegawatdaruratan COVID-19 di Indonesia sejak 30 Maret 2020 berdampak lebih lanjut terhadap aksesibilitas masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kontrasepsi yang dibutuhkan, salah satunya disebabkan oleh penurunan gerak MUYAN KB yang selama digunakan sebagai sarana pelayanan KB *mobile* dalam menjangkau masyarakat yang memiliki keterbatasan mengakses fasilitas kesehatan terdekat untuk mendapatkan pelayanan yang berkualitas. Adanya kebijakan PSBB

selama pandemi COVID-19 menyebabkan BKKBN bersama Kementerian Kesehatan menyusun panduan pelayanan KB era adaptasi baru, dimana pemanfaatan teknologi diutamakan untuk kegiatan konseling dan KIE. Namun, kegiatan konseling dan KIE serta pelayanan kontrasepsi tatap muka tetap diperkenankan dengan memperhatikan beberapa syarat, antara lain: zona risiko wilayah setempat hingga ketersediaan perlengkapan APD bagi tenaga kesehatan, PKB dan PLKB yang sesuai dengan protokol kesehatan selama pandemi COVID-19.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aly, J., Haeger, K. O., Christy, A. Y., & Johnson, A. M. (2020). Contraception access during the COVID-19 pandemic. *Contraception and Reproductive Medicine*, 5(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s40834-020-00114-9>
- BKKBN. (2019). *Panduan Penyelenggaraan Pelayanan KB Bergerak*.
- BKKBN. (2020a). *Cara BKKBN Cegah Kehamilan Tidak Diinginkan di Tengah Pandemi COVID-19 dan Cegah ODHA Tertular Covid-19*. <https://www.bkkbn.go.id/detailpost/cara-bkkbn-cegah-kehamilan-tidak-diinginkan-di-tengah-pandemi-covid-19-dan-cegah-odha-tertular-covid-19>
- BKKBN. (2020b). *Laporan Pelkon | Statistik Rutin*. <http://aplikasi.bkkbn.go.id/sr/Klinik/Laporan2013/ViewLaporanPELKON.aspx>
- BKKBN. (2020c). *Rencana Strategis BKKBN 2020-2024*. 1–71.
- BKKBN, D. (2020d). *Panduan Penyuluhan dan Kerja Penyuluh KB/Petugas Lapangan KB dalam Kondisi Pandemi COVID-19*.



- IPPF. (2020). *COVID-19 pandemic cuts access to sexual and reproductive healthcare for women around the world* | IPPF. <https://www.ippf.org/news/covid-19-pandemic-cuts-access-sexual-and-reproductive-healthcare-women-around-world>
- Kementerian Kesehatan, R. (2020a). *Panduan Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi dalam Situasi Pandemi Covid 19*.
- Kementerian Kesehatan, R. (2020b). *Pelayanan KB Adaptasi Kehidupan Baru*.
- Laksono, A. D., & Sukoco, N. E. (2016). Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia (Healthcare Accessibility in Indonesia). In *PT Kanisius* (Issue January). [https://www.researchgate.net/publication/315892278\\_Aksesibilitas\\_Pelayanan\\_Kesehatan\\_di\\_Indonesia](https://www.researchgate.net/publication/315892278_Aksesibilitas_Pelayanan_Kesehatan_di_Indonesia)
- Megatsari, H., Laksono, A. D., Ridlo, I. A., Yoto, M., & Azizah, A. N. (2019). Perspektif Masyarakat Tentang Akses Pelayanan Kesehatan. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 21(4), 247–253. <https://doi.org/10.22435/hsr.v21i4.231>
- Nanda, K., Lebetkin, E., Steiner, M. J., Yacobson, I., & Dorflinger, J. (2020). *Contraception in the Era of COVID-19*. 8(2), 166–168.
- Pratiwi, N. L., & Basuki, H. (2014). Health Seeking Behavior dan Aksesabilitas Pelayanan Keluarga Berencana di Indonesia (Health Seeking Behavior and Family Planning Services Accessibility in Indonesia ). *Buletin Penelitian Kesehatan Kesehatan*, 17, 45–53.
- Riley, et all. (2020). Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health in Low and Middle Income Countries. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46(2), 73–76. <https://doi.org/10.33314/jnhrc.v18i2.2747>
- Sheffield, J. (2020). In the response to COVID-19, we can't forget health system commitments to contraception and family planning. *Int J Gynecol Obstet*, 150, 273–274. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13226>
- UNFPA. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage. *Interim Technical Note*, April, 7. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19\\_impact\\_brief\\_for\\_UNFPA\\_24\\_April\\_2020\\_1.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_impact_brief_for_UNFPA_24_April_2020_1.pdf)

## **DAMPAK SOSIAL EMOSIONAL REMAJA SELAMA SOCIAL DISTANCING : LITERATURE REVIEW**

Ghifari Andini Mukti<sup>1)</sup>, Hadi Pratomo<sup>2)</sup>, Nur Khotimah Elfiyani<sup>1)</sup>, Rizky Dhahifa Wahyuni<sup>1)</sup> dan Safitri Widayanti Putri<sup>1)</sup>,

<sup>1)</sup>Pascasarjana Peminatan Kesehatan Reproduksi FKM, Universitas Indonesia

<sup>2)</sup>Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku FKM, Universitas Indonesia  
E-mail : hadi.pratomo@ui.ac.id

### **SOCIAL EMOTIONAL IMPACT IN ADOLESCENTS DURING SOCIAL DISTANCING: LITERATURE REVIEW**

**Abstract:** To control the COVID-19 Pandemic, the Indonesian Government has issued a large scale social restriction policies. The community including adolescent are expected to remain at home and required to attend school from home. This study aims to assess the impact of large scale social restriction to the social-emotional condition of the adolescents. This study is a literature review using online journal search engine PubMed, Wiley, ScienceDirect, SpingerLink, Proquest, BioMed Central Health and google scholar. The criteria of the journal published in 2020. The results showed that there were changes in adolescents' interactions with peers and parents. Meanwhile, the emotional condition showed that girls are more prone to experiencing emotional problems than boys. The emotional problems that appear are stress, depression, and anxiety.

**Keywords:** Adolescents, social-emotional, social distancing, COVID-19

**Abstrak:** Untuk mengendalikan Pandemi COVID-19, Pemerintah Indonesia telah mengeluarkan kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB). Masyarakat termasuk remaja diharapkan tetap tinggal di rumah dan diwajibkan bersekolah dari rumah. Penelitian ini bertujuan untuk menilai dampak dari pembatasan sosial berskala besar terhadap kondisi sosial-emosional pada remaja. Penelitian ini merupakan literature review menggunakan mesin pencari jurnal online PubMed, Wiley, ScienceDirect, SpingerLink, Proquest, BioMed Central Health dan google scholar. Kriteria jurnal yang digunakan adalah yang diterbitkan pada tahun 2020. Hasil menunjukkan bahwa terdapat perubahan interaksi remaja dengan teman sebaya dan orang tua. Sedangkan kondisi emosi menunjukkan bahwa anak perempuan lebih rentan mengalami gangguan emosi dibandingkan anak laki-laki. Gangguan emosional yang muncul adalah stres, depresi, dan kecemasan.

**Kata kunci:** Remaja, sosial-emosional, social-distancing, COVID-19

## **PENDAHULUAN**

WHO telah menyatakan *Coronavirus Disease* 2019 (COVID-19) sebagai pandemi dan Pemerintah Indonesia telah menetapkan COVID-19 sebagai bencana nasional non-alam melalui Keputusan Presiden RI No. 12 Tahun 2020. Guna memperlambat penyebaran COVID-19, Pemerintah Indonesia mengambil

langkah untuk meminimalisir interaksi sosial, salah satunya dengan membuat kebijakan mengenai Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB). PSBB merupakan pembatasan kegiatan tertentu penduduk dalam suatu wilayah (yang diduga terinfeksi COVID-19) sedemikian rupa untuk mencegah kemungkinan penyebaran COVID-19. PSBB ini meliputi,

diliburkannya sekolah dan tempat kerja, pembatasan kegiatan keagamaan, pembatasan kegiatan di tempat atau fasilitas umum, pembatasan kegiatan sosial dan budaya, pembatasan transportasi, dan pembatasan kegiatan lainnya khusus terkait aspek pertahanan dan keamanan (Permenkes No 9, 2020).

Pemberlakuan PSBB dilakukan guna sebagai langkah berikutnya dari pemberlakuan aturan untuk menerapkan *social distancing*. *Social distancing* atau yang sering disebut dengan “jaga jarak” merupakan upaya untuk menjaga jarak dengan orang lain setidaknya sejauh 2 meter. *Social distancing* memaksa masyarakat untuk tetap berada dirumah dan mengurangi aktivitas di luar rumah. *Social distancing* memiliki beberapa pengaruh dan dampak, dimana *social distancing* akan berpengaruh pada semua golongan usia terutama pada remaja dan juga memiliki dampak pada aktivitas sehari-hari masyarakat. Remaja berpeluang untuk terkena dampak karena adanya penutupan sekolah, peralihan kegiatan pembelajaran menjadi sistem pembelajaran jarak jauh (*online*), aturan untuk tetap tinggal dirumah dan ketidakmampuan untuk berkumpul dengan teman (Adam A. Rogers *et al.*, 2020). Dampak dari pembelajaran online ini menyebabkan remaja tidak dapat berinteraksi langsung dengan guru, teman sebaya dan tidak dapat mengikuti kegiatan ekstrakurikuler serta organisasi di sekolah (Clemens *et al.*, 2020).

Peraturan untuk tinggal di rumah dan *social distancing* membuat adanya perubahan dalam hidup remaja, remaja lebih banyak menghabiskan waktu di rumah bersama keluarganya dan menghalangi interaksi remaja dengan teman sebayanya. Padahal pada tahap perkembangan ini, remaja sangat bergantung pada koneksi teman sebaya untuk mencari dukungan sosial dan perkembangan emosional (Magson *et al.*, 2020).

Adanya *social distancing* membuat beberapa perubahan dalam remaja, seperti hubungan sosialnya dengan teman sebaya dan orang tua serta kondisi emosionalnya. Dengan adanya *social distancing* remaja merasa terganggu dengan kurangnya kontak sosial dengan teman sehingga mengalami kebosanan yang dapat mempengaruhi keadaan emosionalnya.

*Social-distancing* juga mempengaruhi rutinitas remaja. Terlalu banyak pekerjaan rumah yang harus dilakukan, tidak bisa keluar rumah, tidak bisa melakukan hobi, hal ini dapat meningkatkan kerentanan remaja terhadap kesehatan mentalnya (Scott *et al.*, 2020).

Keharusan remaja untuk tetap tinggal dirumah membuat remaja semakin memiliki banyak waktu untuk mengakses media sosial dengan tujuan untuk dapat tetap terhubung dan berinteraksi dengan teman-temannya. Teknologi digital saat ini telah mendukung remaja untuk melakukan komunikasi secara virtual, yang dapat menampilkan interaksi layaknya seperti bertatap muka secara

langsung. Usaha ini merupakan upaya remaja dalam hal pencarian dukungan yang mungkin didapatkan dari teman sebaya maupun keluarga yang akan berpengaruh pada keadaan emosional remaja saat pandemi ini (Branquinho et al., 2020).

Berdasarkan latar belakang diatas tim penulis ingin mengetahui lebih lanjut mengenai dampak sosial emosional yang terjadi pada remaja selama *social distancing* pada pandemi COVID-19.

## **METODE PENELITIAN**

Sumber pencarian literature dilakukan pada beberapa portal jurnal terindeks yaitu PubMed, Wiley, ScienceDirect, SpingerLink, Proquest dan BioMed Central Health. Tim penulis juga akan mengambil artikel jurnal berbahasa Indonesia melalui *google scholar*. Artikel yang di inklusi adalah dampak sosial emosional pada remaja selama *social distancing*, dampak kesehatan mental remaja, riset kuantitatif, riset kualitatif, *mix method*, tahun publikasi 2020, publikasi *full text*, berbahasa Inggris dan Indonesia.

Secara independen, tim penulis mengekstraksi data yang terkait latar belakang dan tujuan, metode, hasil, serta instrumen yang digunakan. Artikel dieksklusi jika riset tidak berbahasa Inggris dan Indonesia, ada data yang tidak lengkap, dan tidak ada upaya lain yang dilakukan tim penulis untuk mendapatkan data yang dimaksud.

## **HASIL PENELITIAN**

Hasil pencarian pada beberapa portal pencarian jurnal ditemukan 9 artikel jurnal yang memenuhi kriteria yaitu jurnal dengan topik dampak sosial emosional *social distancing* pada remaja selama pandemi COVID-19, artikel yang dipublikasikan pada tahun 2020, *full text*, dan berbahasa Inggris. Berdasarkan pencarian tim penulis tidak menemukan artikel jurnal berbahasa Indonesia dengan topik dampak sosial emosional *social distancing* pada remaja.

Sembilan penelitian yang dianalisis menunjukkan terjadi perubahan sosial emosional remaja selama *social distancing* pandemi COVID19. Desain artikel jurnal yang didapatkan adalah 3 artikel jurnal *mix method* (Adam A. Rogers et al., 2020; Commodari & La Rosa, 2020; Waselewski et al., 2020), 3 artikel jurnal kualitatif (Branquinho et al., 2020; Scott et al., 2020; Waselewski et al., 2020), 2 artikel jurnal kuantitatif (Elmer et al., 2020; Oosterhoff et al., 2020) dan 1 artikel jurnal kuantitatif disertai pertanyaan terbuka (Magson et al., 2020).

*Social distancing* yang dilakukan guna mencegah penyebaran COVID19 memberikan dampak pada interaksi sosial remaja. Dampak yang timbul adalah penurunan intensitas interaksi dengan teman (Scott et al., 2020) (Luijten et al., 2020), berkurangnya dukungan teman (Adam A. Rogers et al., 2020), peningkatan konflik dengan teman dan

kehilangan teman (Scott et al., 2020). Selain dampak pada hubungan sosial dengan teman sebaya, remaja juga mengalami perubahan pada interaksi sosial dengan orang tua. Perubahan yang terjadi adalah lebih banyak konflik dengan orang tua (Adam A. Rogers et al., 2020) (Magson et al., 2020) (Scott et al., 2020).

Hasil tersebut tidak sesuai dengan penelitian lain yang mengemukakan bahwa dukungan sosial untuk remaja selama masa pandemi ini, masih didapatkan dari interaksi secara virtual dengan menggunakan *video call* (Branquinho et al., 2020).

Selain memberikan dampak pada interaksi sosial remaja, *social distancing* juga memberikan dampak pada keadaan emosional remaja. Gangguan emosional yang tampak adalah stres, depresi dan *anxiety* (Scott et al., 2020) (Adam A. Rogers et al., 2020) (Magson et al., 2020) (Oosterhoff et al., 2020) (Commodari & La Rosa, 2020). Gangguan emosional yang timbul akibat *social distancing* juga lebih banyak pada remaja perempuan dibanding laki-laki (Magson et al., 2020) (Commodari & La Rosa, 2020).

Ada juga dampak *social distancing* pada kehidupan sehari-hari remaja seperti rasa bosan dan produktifitas yang rendah (Branquinho et al., 2020) (Luijten et al., 2020). Selain itu dampaknya terhadap perubahan sistem pendidikan yang diharuskan untuk belajar secara online di rumah (Magson et al., 2020). Hasil penelitian menunjukkan bahwa beralih ke pembelajaran online berpengaruh

pada gejala kecemasan dan depresi pada remaja. Selain itu terdapat perbedaan motivasi sebelum dan sesudah terjadi pandemi COVID-19 terhadap perubahan gejala depresi dan kecemasan pada remaja (Magson et al., 2020).

Strategi coping yang dilakukan remaja untuk mengatasi semua masalah yang dihadapi adalah dengan tetap tinggal di dalam rumah, berkomunikasi dengan orang, berpikir positif, mencoba melakukan tugas sekolah online, berolahraga dan yoga (Waselewski et al., 2020).

## PEMBAHASAN

Gangguan emosional yang paling sering ditemukan pada remaja adalah stres, depresi dan *anxiety* (Terzian et al., 2011). Gangguan emosional pada remaja dapat menyebabkan berbagai kesulitan dalam bidang akademik, penurunan performa dalam aktivitas, kesulitan menjalin hubungan interpersonal, penurunan kualitas hidup, dan gangguan dalam kesehatan fisik (Sulaiman & Mansoer, 2019).

Selama *social distancing* ini mempengaruhi perubahan sosial emosional remaja, karena pada tahap perkembangan remaja ini sangat bergantung pada koneksi teman sebaya untuk dukungan emosional. Penelitian menunjukkan terdapat peningkatan gejala depresi dan kecemasan pada remaja terkait kesulitan belajar online, meningkatnya konflik dengan orang tua dan teman sebaya dan stres terkait pemberitaan mengenai COVID-19. Penelitian ini juga menunjukkan remaja

perempuan lebih banyak terkena gejala depresi dan kecemasan sedangkan anak laki-laki menunjukkan lebih banyak konflik dengan keluarga selama periode *social distancing* (Magson et al., 2020).

Perubahan sistem pendidikan menjadi pembelajaran online berdampak pada gangguan emosional pada remaja. penelitian ini menemukan bahwa remaja mengalami kesulitan selama pembelajaran online yang dikaitkan dengan peningkatan gejala depresi. Kesulitan yang paling sering dilaporkan terkait masalah teknologi, tidak memahami materi pembelajaran, tidak dapat bertanya dengan guru dan masalah dengan motivasi (Magson et al., 2020). Tetapi hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian sebelumnya bahwa terjadi kekhawatiran remaja yang diakibatkan perubahan sistem pendidikan, mungkin penelitian sebelumnya dilakukan pada saat permulaan pembelajaran online sehingga remaja harus beradaptasi dengan lingkungan belajar yang baru (Ellis et al., 2020).

Penelitian (Elmer et al., 2020) mengemukakan bahwa, jejaring sosial antar siswa selama di sekolah berubah selama krisis COVID-19. Terdapat lima perubahan jejaring sosial yaitu adanya perubahan dalam aspek interaksi sosial, persahabatan, belajar/berdiskusi bersama, dukungan informasional, dan dukungan emosional. Hasil menunjukkan bahwa ketika terdapat dua hingga empat aspek perubahan pada jejaring sosial, maka tingkat kualitas keadaan remaja baik dari segi fisik

maupun emosional hanya sebesar 45,4%, lain halnya jika tidak terdapat perubahan sama sekali maka hasil dari kualitas keadaan remaja mencapai 84,9% sampai dengan 87,2%.

Persepsi penurunan dukungan teman selama COVID-19 disebabkan karena gejala depresi pada remaja dan konflik yang terjadi dengan teman sebaya terkait dengan perasaan kesepian. Persahabatan menjadi sumber ketertarikan, keintiman dan dukungan sosial yang penting pada masa remaja (Adam A. Rogers et al., 2020). Kedekatan dengan teman sebaya membantu remaja untuk beradaptasi dengan lingkungan sehingga mengurangi perasaan stres dan cemas. Penelitian menyatakan bahwa persahabatan dengan teman dapat mencegah remaja dari meningkatnya gangguan emosional (Yeung Thompson & Leadbeater, 2013). Kurangnya interaksi teman sebaya karena aturan *social distancing* selama pandemi COVID-19 menyebabkan penurunan dukungan teman sebaya sehingga terjadi peningkatan konflik dan gangguan emosional pada remaja (Adam A. Rogers et al., 2020).

Remaja merasakan perubahan sosial emosional selama pandemi COVID-19 karena remaja kurang berinteraksi dengan lingkungannya selama pandemi COVID-19 sehingga mereka lebih banyak menghabiskan waktu dengan keluarga (Adam A. Rogers et al., 2020). Penelitian menemukan bahwa penambahan usia pada remaja awal menyebabkan menurunnya kualitas hubungan orangtua dengan anak. Remaja yang mengalami

kurang perhatian dari keluarga meningkatkan konflik sehingga dapat menyebabkan pengaruh emosi ke arah negatif seperti stres, cemas dan depresi (Marques de Miranda *et al.*, 2020). Terdapat peningkatan konflik keluarga yang lebih besar selama pandemi COVID-19 yang dikaitkan dengan gangguan emosional (Adam A. Rogers *et al.*, 2020).

Dukungan keluarga dan teman sebaya berperan penting dalam hasil kesehatan mental remaja selama pandemi. Perhatian orang tua terhadap remaja yang ditandai dengan komunikasi yang baik dan kasih sayang dapat menurunkan gangguan emosional dan remaja dengan mudah menyelesaikan konflik yang diterimanya dengan teman sebaya (Marques de Miranda *et al.*, 2020). Selain itu remaja yang melakukan *social distancing* karena mereka lebih suka tinggal di rumah melaporkan lebih sedikit untuk kecemasan dan gejala depresi (Brooks *et al.*, 2020).

Kecemasan dan gejala depresi dapat berkurang dikarenakan remaja tetap mendapatkan dukungan dari lingkungan disekitarnya. Walaupun *social distancing* mengharuskan remaja untuk tetap tinggal di rumah dan membuat terhentinya interaksi secara langsung, namun dengan adanya perkembangan teknologi, membuat remaja semakin mudah mengakses media sosial, salah satunya dengan menggunakan aplikasi *video call* yang dapat membuat psikologis remaja seperti bertemu secara langsung dengan teman sebayanya. Dengan menggunakan *video call*

ini, remaja akan dapat berkomunikasi untuk menyatakan dukungannya, membicarakan apapun sesuai keinginannya dan menceritakan kondisinya dengan tetap mendengar dan melihat mimik muka dari lawan bicaranya, sehingga remaja tersebut tidak akan menganggap dirinya sedang melakukan *social distancing* (Branquinho *et al.*, 2020). Selain itu, remaja juga mencoba melakukan kegiatan produktif seperti olahraga, tetap mengerjakan tugas sekolah, melakukan hobi dan melakukan rutinitas seperti biasa. Hal ini dilakukan remaja untuk mengatasi permasalahan mental yang dialaminya selama masa *social distancing* (Waselewski *et al.*, 2020).

Fluktuasi suasana hati juga dapat menjadi tantangan bagi remaja selama COVID-19. Dibandingkan dengan orang dewasa, remaja mengalami emosi yang lebih bervariasi dan intens yang dapat menyebabkan peningkatan risiko masalah kesehatan mental (Bailen *et al.*, 2019). Kesehatan mental menjadi perhatian khusus pada masa pandemi ini dan remaja dianggap sebagai sub kelompok yang rentan pada pandemi COVID-19 (Adam A. Rogers *et al.*, 2020).

## **PENUTUP**

Peraturan untuk tinggal di rumah dan *social distancing* selama pandemi COVID-19 membuat adanya perubahan sosial emosional pada remaja. Perubahan sosial yang timbul adalah perubahahn interaksi dengan teman sebaya dan perubahan interaksi dengan orang

tua. Selain memberikan dampak pada interaksi sosial remaja, *social distancing* juga memberikan dampak pada keadaan emosional remaja.

Adanya perubahan sosial emosional remaja selama *social distancing* perlu mendapat perhatian yang lebih karena akan mempengaruhi kualitas hidup dan gangguan dalam kesehatan fisik remaja. Oleh karena itu perlu dilakukannya intervensi pada remaja agar tidak menimbulkan dampak kesehatan yang lebih buruk.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Adam A. Rogers, P. D., Thao Ha, P. D., & Ockey, S. (2020). Adolescents' Perceived Socio-Emotional Impact of COVID-19 and Implications for Mental Health: Results From a U.S.-Based Mixed-Methods Study. *Journal of Adolescent Health, 14*(4)(January), 337–339.
- Bailen, N. H., Green, L. M., & Thompson, R. J. (2019). Understanding Emotion in Adolescents: A Review of Emotional Frequency, Intensity, Instability, and Clarity. *Emotion Review, 11*(1), 63–73. <https://doi.org/10.1177/1754073918768878>
- Branquinho, C., Kelly, C., Arevalo, L. C., Santos, A., & Gaspar de Matos, M. (2020). “Hey, we also have something to say”: A qualitative study of Portuguese adolescents' and young people's experiences under COVID-19. *Journal of Community Psychology, 48*(8), 2740–2752. <https://doi.org/10.1002/jcop.22453>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet, 395*(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Clemens, V., Deschamps, P., Fegert, J. M., Anagnostopoulos, D., Bailey, S., Doyle, M., Eliez, S., Hansen, A. S., Hebebrand, J., Hillegers, M., Jacobs, B., Karwautz, A., Kiss, E., Kotsis, K., Kumperscak, H. G., Pejovic-Milovancevic, M., Christensen, A. M. R., Raynaud, J. P., Westerinen, H., & Visnapuu-Bernadt, P. (2020). Potential effects of “social” distancing measures and school lockdown on child and adolescent mental health. *European Child and Adolescent Psychiatry, 29*(6), 739–742. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01549-w>
- Commodari, E., & La Rosa, V. L. (2020). Adolescents in Quarantine During COVID-19 Pandemic in Italy: Perceived Health Risk, Beliefs, Psychological Experiences and Expectations for the Future. *Frontiers in Psychology, 11*(September), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.559951>
- Ellis, W. E., Dumas, T. M., & Forbes, L. M. (2020). Physically isolated but socially connected: Psychological adjustment and stress among adolescents during the initial COVID-19 crisis. *Canadian Journal of Behavioural Science, 52*(3), 177–187. <https://doi.org/10.1037/cbs0000215>
- Elmer, T., Mepham, K., & Stadtfeld, C. (2020). Students under lockdown: Comparisons of students' social networks and mental health before and during the COVID-19 crisis in Switzerland. *PLoS ONE, 15*(7 July), 1–22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236337>
- Luijten, M. A. J., van Muilekom, M. M., Teela, L., van Oers, H. A., Terwee, C. B., Zijlmans, J., Klaufus, L., Popma, A., Oostrom, K. J., Polderman, T. J. C., & Haverman, L. (2020). The impact of



- lockdown during the COVID-19 pandemic on mental and social health of children and adolescents. *MedRxiv*, 2020.11.02.20224667.  
<http://medrxiv.org/content/early/2020/11/04/2020.11.02.20224667.abstract>
- Magson, N. R., Freeman, J. Y. A., Rapee, R. M., Richardson, C. E., Oar, E. L., & Fardouly, J. (2020). Risk and Protective Factors for Prospective Changes in Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Youth and Adolescence*. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01332-9>
- Marques de Miranda, D., da Silva Athanasio, B., Sena Oliveira, A. C., & Simoes-e-Silva, A. C. (2020). How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents? *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 51(August), 101845.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2020.101845>
- Permenkes No 9, PMK No. 9, BN.2020/NO.326 9 (2020). <https://doi.org/10.4324/9781003060918-2>
- Oosterhoff, B., Ph, D., Palmer, C. A., Ph, D., Wilson, J., S, M., Shook, N., Ph, D., Huang, Y., Zhao, N., Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., Anum S. Minhas, M.D., Paul Scheel, M.D., Brian Garibaldi, M.D., Gigi Liu, M.D., M.Sc., Maureen Horton, M.D., Mark Jennings, M.D., M.H.S., Steven R. Jones, M.D., Erin D. Michos, M.D., M.H.S., Allison G. Hays, M. D., Sonja A. Rasmussen, MD, MS, J. C. S., Crespo-facorro, B., Wang, S. (2020). Adolescents' Motivations to Engage in Social Distancing During the COVID-19 Pandemic: Associations With Mental and Social Health. *Journal of Adolescent Health*, 290(January), 19–21.
- Scott, S. R., Rivera, K. M., Rushing, E., Manczak, E. M., Rozek, C. S., & Doom, J. R. (2020). "I hate this": A qualitative analysis of adolescents' self-reported challenges during the COVID-19 pandemic. *Journal of Adolescent Health*, 329. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.11.010>
- Sulaiman, N., & Mansoer, W. W. (2019). Kehangatan Hubungan dengan Orangtua , Pengasuh dan Teman dengan Sindrome Depresi pada Remaja Panti Asuhan di Jakarta. *Jurnal PSYCHE*, 12(2), 112–123.
- Terzian, M., Hamilton, K., & Ericson, S. (2011). What works to prevent or reduce internalizing problems or socio-emotional difficulties in adolescents: Lessons from experimental evaluations of social interventions. *Child Trends*, 34, 337–344.  
<http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/06/2011-34DUPWhatWorksSocio-Emotional.pdf>
- Waselewski, E. A., Waselewski, M. E., & Chang, T. (2020). Needs and Coping Behaviors of Youth in the U.S. During COVID-19. *Journal of Adolescent Health*, 67(5), 649–652. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.043>
- Yeung Thompson, R. S., & Leadbeater, B. J. (2013). Peer victimization and internalizing symptoms from adolescence into young adulthood: Building strength through emotional support. *Journal of Research on Adolescence*, 23(2), 290–303. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2012.00827.x>

## **STUDI KUALITATIF : ANALISIS KEBUTUHAN SISTEM INFORMASI KEGIATAN PEMBINAAN, PENGAWASAN DAN PENGENDALIAN (BINWASDAL) PUSKESMAS UNTUK PROGRAM KESEHATAN IBU PADA ERA KEBIASAAN BARU DI SUKU DINAS KESEHATAN JAKARTA PUSAT**

Ita Ainy Ulfah<sup>1)</sup> dan Tris Eryando<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, FKM, Universitas Indonesia

<sup>2)</sup>Departemen Biostatistik dan Ilmu Kependudukan, FKM, Universitas Indonesia

E-mail : [datin.sudinkesjp@gmail.com](mailto:datin.sudinkesjp@gmail.com)

### ***QUALITATIVE STUDY: ANALYSIS OF INFORMATION SYSTEM REQUIREMENTS FOR PRIMARY HEALTH CARE MONITORING AND SUPERVISION OF MATERNAL HEALTH PROGRAMS IN NEW NORMAL ERA IN CENTRAL JAKARTA HEALTH OFFICE***

**Abstract:** Maternal Mortality Rate in Indonesia has not reached the SDGs target, so it is necessary to improve the quality of services for the Maternal Health program at the district level. One of the problems faced is the implementation of recording and reporting which is not optimal because the health information system is not yet integrated. The purpose of this study was to analyze the information system requirements for primary health care monitoring and supervision of Maternal Health Programs in the Central Jakarta Health Office. This type of research is qualitative research with thematic analysis. The Central Jakarta Health Office, as a regional unit that deals with health issues in Central Jakarta, has many limitations in the implementation of information and communication technology. With advances in information technology, the Health Office, which has the main tasks of supervision and monitoring of all health facilities, especially primary health care, must be able to develop an information system that can accommodate the activities that have been carried out so far. The information system developed must be integrated with all existing applications, both those developed by the Indonesian Ministry of Health, the DKI Jakarta Provincial Health Office, and the Primary Health Care unit.

**Keywords:** maternal health program, monitoring and supervision, binwasdal, information system requirement

**Abstrak:** Angka Kematian Ibu di Indonesia belum mencapai target SDGs sehingga diperlukan peningkatan mutu pelayanan Program Kesehatan Ibu di tingkat kabupaten/kota. Salah satu permasalahan yang dihadapi adalah pelaksanaan pencatatan dan pelaporan yang belum optimal karena sistem informasi kesehatan yang belum terintegrasi. Tujuan penelitian ini adalah melakukan analisis kebutuhan sistem informasi kegiatan pembinaan, pengawasan dan pengendalian (Binwasdal) Puskesmas untuk Program Kesehatan Ibu di Suku Dinas Kesehatan Jakarta Pusat. Jenis penelitian ini adalah riset kualitatif dengan analisis tematik. Suku Dinas Kesehatan Jakarta Pusat sebagai unit kesatuan perangkat daerah yang mengurus masalah kesehatan di Jakarta Pusat memiliki banyak keterbatasan dalam penyelenggaraan teknologi informasi dan komunikasi (TIK). Dengan kemajuan teknologi informasi, Suku Dinas Kesehatan yang memiliki tupoksi utama dalam pembinaan, pengawasan dan pengendalian seluruh fasilitas kesehatan, khususnya puskesmas, harus dapat mengembangkan suatu sistem informasi yang dapat mengakomodir kegiatan yang selama ini dilakukan. Sistem informasi yang dikembangkan haruslah terintegrasi dengan seluruh aplikasi yang ada saat ini, baik itu yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan RI, Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, maupun Puskesmas.

**Kata kunci:** program kesehatan ibu, pembinaan, pengawasan dan pengendalian, binwasdal, kebutuhan sistem informasi

## PENDAHULUAN

SDGs merupakan sebuah kesepakatan pembangunan baru pengganti MDGs yang berisi 17 tujuan dan 169 sasaran pembangunan yang disepakati oleh lebih dari 190 negara (UCLG, 2015). SDGs sebagai agenda pembangunan global merupakan bagian dari agenda pembangunan nasional. Dari 169 target yang ada di SDGs, sekitar 57 persen (96 target SDGs) telah sesuai dengan prioritas pembangunan nasional (Ermalena, 2017). Seluruh isu kesehatan dalam SDGs diintegrasikan dalam satu tujuan, yakni tujuan no. 3 yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia (Hoelman et al., 2016).

Sekitar 70 persen dari total indikator yang mengukur target MDGs telah berhasil dicapai, namun beberapa indikator yang mengukur target di bidang kesehatan masih cukup jauh dari capaian dan harus mendapatkan perhatian khusus (Budiantoro, 2017). Target yang belum tercapai adalah tingkat kemiskinan nasional, angka kematian bayi, angka kematian ibu, prevalensi gizi buruk, prevalensi HIV dan AIDS serta beberapa indikator terkait lingkungan (BPS, 2016). Keempat sasaran yang belum selesai itu tidak dapat dilupakan dan diabaikan begitu saja, karena sasaran-sasaran tersebut juga termuat ke dalam beberapa tujuan dan sasaran SDGs sebagai goal no 2, 3 dan 6 (Anung, 2015).

AKI sebagai indikator no 3.1.1 merupakan indikator penting untuk melihat derajat kesehatan suatu bangsa dan menjadi salah satu komponen indeks pembangunan maupun indeks kualitas

hidup. AKI merupakan indikator paling sensitif untuk menilai derajat kesehatan dan kualitas hidup suatu bangsa. Menurunkan angka kematian ibu melahirkan merupakan tantangan besar bagi bangsa Indonesia, karena kematian ibu melahirkan di Indonesia disebabkan oleh multi faktor. Berbagai faktor dapat menjadi akar masalah yang mungkin belum dapat disentuh hanya melalui program kesehatan, namun harus melibatkan berbagai sektor (Sumarmi, 2017).

Target SDGs untuk kematian ibu adalah pada tahun 2030 diharapkan AKI menurun dari 305 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2015 menjadi 70 per 100.000 kelahiran hidup di tahun 2030 (Hoelman et al., 2016). Sejalan dengan target SDGs, dari 19 indikator RPJMN 2020-2024, AKI menjadi salah satu indikator utama yang dijadikan sebagai target pembangunan, yakni menurunkan AKI dari 305 per 100rb KH pada tahun 2015 menjadi 232 per 100rb KH pada tahun 2024 (Bappenas, 2014).

Menurut data SDKI, Angka Kematian Ibu pada tahun 2015 sebesar 305 per 100rb KH, jauh diatas target MDGs. Padahal, AKI di Indonesia sudah mengalami penurunan pada periode tahun 1994-2012 yaitu pada tahun 1994 sebesar 390 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 1997 sebesar 334 per 100.000 kelahiran hidup, tahun 2002 sebesar 307 per 100.000 kelahiran hidup dan tahun 2007 sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Namun pada tahun 2012, Angka Kematian Ibu melonjak drastis menjadi sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup (Kemenkes RI, 2019). Peningkatan AKI tersebut membawa Indonesia mundur 15 tahun

dan menempatkan Indonesia pada peringkat kedua AKI tertinggi di Asia Tenggara setelah Laos, bahkan jauh lebih buruk dari negara-negara paling miskin di Asia, seperti Timor Leste, Myanmar, Bangladesh dan Kamboja (BPS, 2016).

Target penurunan AKI ditentukan melalui tiga model Average Reduction Rate (ARR) atau angka penurunan rata-rata kematian ibu. Dari ketiga model tersebut, Kementerian Kesehatan menggunakan model kedua dengan rata-rata penurunan 5,5% pertahun sebagai target kinerja. Berdasarkan model tersebut diperkirakan pada tahun 2030 AKI di Indonesia turun menjadi 131 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini sama sekali belum mencapai target SDGs Tahun 2030 (Kemenkes RI, 2019). Untuk itu diperlukan peningkatan mutu pelayanan program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di tingkat kabupaten/kota.

Peningkatan mutu program KIA dapat dinilai dari besarnya cakupan program di masing-masing wilayah kerja yang dipantau secara terus menerus. Untuk memantau cakupan pelayanan KIA tersebut dilakukan melalui sistem pencatatan KIA terpadu melalui sistem Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA) yang lebih fokus kepada kegiatan aktif surveilans (UNICEF, 2007).

Kota Administrasi Jakarta Pusat merupakan salah satu kota di Provinsi DKI Jakarta yang berada di jantung Ibukota Jakarta dan merupakan sebuah kota yang mempunyai kekhususan, diantaranya sebagai pusat pemerintahan nasional serta pusat keuangan dan bisnis. Jakarta Pusat dengan luas wilayah 48,13 km<sup>2</sup> terdiri dari 8

kecamatan, 44 kelurahan, 389 RW dan 4566 RT. Jumlah kematian Ibu di wilayah Kota Administrasi Jakarta Pusat pada tahun 2018 adalah sebanyak 9 orang dari 12.437 jumlah lahir hidup dengan kasus penyebab kematian yang berbeda-beda, seperti eklamsi, perdarahan, infeksi, dan lain-lain. Dari data tersebut diperoleh Rasio Angka Kematian Ibu (AKI) di Jakarta Pusat pada Tahun 2018 sebesar 72 per 100.000 kelahiran hidup. Terjadi penurunan Rasio Angka Kematian Ibu (AKI) yang cukup signifikan bila dibandingkan dengan AKI Tahun 2017 sebesar 95 per 100.000 kelahiran hidup. Jumlah kematian ibu tahun 2018 terbesar berada di wilayah Kecamatan Kemayoran sebanyak 3 kasus (Sudinkes JP, 2019).

Permasalahan dan tantangan yang dihadapi dalam pelaksanaan Program Kesehatan Ibu berdasarkan capaian Renstra Tahun 2015 antara lain pelaksanaan pencatatan dan pelaporan belum optimal, tingkat isian jejaring komunikasi data yang disediakan untuk kab/kota tingkat masih rendah, pelaporan berbasis puskesmas belum terintegrasi dengan laporan pelayanan kesehatan dirumah sakit, sistem informasi kesehatan belum 1 pintu, keterbatasan sumber daya strategis yang berkualitas untuk mendukung program kesehatan keluarga di Dinas Kesehatan maupun di Puskesmas, akses pelayanan Kesehatan keluarga masih belum optimal, belum optimalnya jejaring dan regionalisasi rujukan maternal dan neonatal antara pelayanan primer dan rumah sakit serta belum optimalnya penguasaan data dan informasi

manajemen Kesehatan Keluarga (PWS, AMP, DTSP, Supfas) (Gustina, 2016).

Selama pandemi COVID-19, Suku Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta Pusat harus menghentikan kegiatan pembinaan, pengawasan dan pengendalian (Binwasdal) program kesehatan dalam dan luar gedung yang umumnya rutin dilakukan setiap bulan untuk meminimalisir penularan COVID-19. Hal ini tentu menyulitkan untuk pemegang program di Suku Dinas Kesehatan dalam melakukan pembinaan terhadap pemegang program di Puskesmas. Oleh karena itu diperlukan pemanfaatan teknologi informasi agar pemegang program di Suku Dinas Kesehatan dapat melakukan tugasnya dalam membina, memantau dan mengawasi pemegang program di Puskesmas meningkatkan capaian Program Kesehatan Ibu sesuai target Renstra dan menurunkan jumlah kematian Ibu di Jakarta Pusat dan Angka Kematian Ibu di Indonesia sesuai target RPJMN Tahun 2024 dan SDGs Tahun 2030.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan riset kualitatif dengan desain *Rapid Assessment Procedure* (Pearson, 2014). Informan pada penelitian ini adalah pemegang Program Kesehatan Ibu di Suku Dinas Kesehatan, pemegang program kesehatan ibu di Puskesmas, Kepala Suku Dinas Kesehatan dan Kepala Puskesmas. Metoda pengumpulan data yang digunakan yaitu wawancara mendalam dengan instrumen yang digunakan adalah pedoman wawancara. Sebelum pengumpulan data

dilakukan, persetujuan sesudah penjelasan (*informed consent*) dijelaskan kepada informan yang mengacu pada Deklarasi Helsinki (WMA & World Medical Association, 2013).

Pelaksanaan pengumpulan data dilakukan 22 September – 30 September 2020 secara tatap muka virtual dibantu dengan program *Zoom*. Untuk menjaga obyektifitas data dilakukan triangulasi sumber. Sumber dalam triangulasi pada penelitian ini adalah Kepala Suku Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta Pusat (Informan sumber 1) dan Kepala Puskesmas Cempaka Putih (Informan sumber 2). Pada setiap akhir wawancara peneliti membuat rangkuman dan ditanyakan kembali kepada informan apakah dalam rangkuman sudah memasukkan semua ide atau pemikiran dari informan. Ini merupakan salah satu strategi untuk memperoleh *trustworthiness* data kualitatif. Untuk membantu analisis tim peneliti menyusun matriks data kualitatif. Data dianalisis menggunakan analisis tematik.

## **HASIL PENELITIAN**

Lima orang informan dan dua orang informan sumber direkrut dalam penelitian ini. Terdapat 5 tema besar terkait analisis kebutuhan sistem informasi kegiatan binwasdal puskesmas untuk Program Kesehatan Ibu yang diperdalam melalui subtema dan dijelaskan melalui pernyataan informan yang mendukung. Lima tema besar tersebut adalah: SDM pengelola sistem informasi (man), anggaran penyediaan sistem informasi (money), infrastruktur jaringan, *hardware* dan *software* (material), prosedur

pengumpulan data rutin (method) dan aspek legal pendukung pengembangan sistem informasi. Jawaban informan dalam bentuk kutipan pernyataan dapat dilihat pada Tabel 1.

No	Tema	Sub-tema	Pernyataan Informan
1.	SDM Pengelola Sistem Informasi (Man)	Pengelola Program Kesehatan Ibu	“Ada 2 orang pengelola program KIA di Sudinkes Jakpus, 1 orang pengelola kesehatan ibu dan 1 nya lagi anak. Keduanya mahir menggunakan excel.” (Informan A) “Di Puskesmas, pengelola KIA ada 3 orang. Lumayan mahir pakai excel.” (Informan B)
		Pengelola IT	“Di Sudin gak ada pengelola IT.” (Informan A) “Kalau di Puskesmas sih ada pengelola IT nya, 3 orang. Mereka yang mengelola jaringan komputer, pemrograman dan pengembangan sistem/aplikasi, maintenance TIK, server dll.” (Informan C) “Sudin dengan segala keterbatasan nya memang tidak bias menganggarkan gaji atau honor pengelola IT sehingga sampai saat ini belum ada tenaga pengelola IT di Sudin.” (Informan D)
		Kepala UKPD	“Ya, Kasudin Kami mendukung pengembangan sistem.” (Informan A) “Kalau Kepala Puskesmas Kami sih mendukung banget pengembangan sistem.” (Informan B) “Pada dasarnya, Kami mendukung pengembangan sistem apa pun ya apalagi sekarang ini kan udah era nya 4.0 jadi sudah seharusnya lah Sudinkes maju ke arah sana.” (Informan D)
2.	Anggaran Penyediaan Sistem Informasi (Money)	Anggaran Penyediaan Jaringan, <i>Hardware</i> dan <i>Software</i>	“Sudin gak boleh nganggarkan internet, jadi internet Kami dari Diskominfo. Bandwithnya kecil banget.” (Informan A) “Puskes pake jaringan internet diskominfo, tapi pake dari vendor juga karena klo dari diskominfo kan kecil banget bandwithnya.” (Informan C) “Kami menggunakan 2 sumber untuk jaringan internet. Dari pihak ketiga digunakan untuk pelayanan dll, dari diskominfo untuk backup aja.” (Informan E)
		Anggaran Honor Pengelola IT	“Sudin gak boleh nganggarkan tenaga IT, jadi Kami gak punya pengelola IT.” (Informan A) “Puskes nganggarkan honor pengelola IT dari BLUD.” (Informan B) “Puskesmas memang diberi keleluasaan yang lebih dengan adanya dana BLUD sehingga Kami bisa menganggarkan gaji tenaga IT dan bisa menggunakan pihak ketiga untuk pengelolaan SIMPUS.” (Informan E)
3.	Infrastruktur Jaringan, <i>Hardware</i> dan <i>Software</i> (Material)	Infrastruktur Jaringan	“Ya itu tadi, dari Diskominfo internet nya. Kecil banget.” (Informan A) “Saya ga tau kapasitas bandwith nya yang berapa. Tapi cukup kok.” (Informan B) “Mungkin kalau di Puskesmas tidak ada masalah dengan pengadaan TIK ya karena mereka sudah BLUD. Cuman untuk di Sudin, karena memang hanya dari APBD saja memang agak sulit dan Kami harus meminta rekomendasi dari Diskominfo dulu bila mau menganggarkan pembelian atau pengadaan TIK.” (Informan D)

	Infrastruktur Perangkat Keras	<p>“Komputer kalau 1 Sudin sih ada 30an ya. Kalau buat KIA sih 1 ya. Server ga punya.” (Informan A)</p> <p>“Puskes Saya belum ada server. Masih pake servernya vendor.” (Informan B)</p> <p>“Kami di KIA Puskes ada 2 komputer. Ya, Kami udh punya server sendiri.” (Informan C)</p>
	Infrastruktur Perangkat Lunak	<p>“Gak punya. Aplikasi KIA cuman Komdat Kesga aja yang punya Kemenkes.” (Informan A)</p> <p>“Gak ada aplikasi khusus, masih pake excel aja.” (Informan B)</p> <p>“Kami punya aplikasi namanya simbiosis. Aplikasi ini yang Kami gunakan untuk pencatatan dan pelaporan KIA.” (Informan C)</p>
4.	Prosedur Pengumpulan Data Rutin (Method)	<p>Prosedur pengumpulan data rutin</p> <p>“Kalau Sudin dapet data dari puskes kecamatan. Kebanyakan sih masih manual pencatatannya, pake excel gitu. Nah nanti mereka ngisi spreadsheet nya Sudin buat pelaporan ke tingkat Sudinnya.” (Informan A)</p> <p>“Kami dapat data dari puskes kelurahan dan dari pelayanan di puskes kecamatan juga. Di Puskes Kami masih manual, pake excel. Kirim via email sama print an nya juga buat arsip.” (Informan B)</p> <p>“Puskes Kami kan ada aplikasi yang namanya simbiosis. Itu Kami pakai buat pencatatan dan pelaporan. Laporan nya tinggal cetak dalam bentuk excel aja gitu.” (Informan C)</p>
	Ketepatan waktu pengumpulan data	<p>“Selama ini sih tepat waktu karena Kita pake sistem buka tutup gitu. Jadi tiap akhir bulan, tanggal 25 tuh spreadsheetnya dibuka, biar temen-temen puskes pada ngisi. Trus nanti tanggal 5 ditutup biar Sudin bisa validasi. Ada beberapa yang telat tapi ya gitu sering-sering diingetin aja.” (Informan A)</p> <p>“Sekarang kan lagi heboh Covid, jadi suka agak telat-telat kirim data nya.” (Informan B)</p>
	Keterisian formulir pencatatan	<p>“Gak sih, lengkap karena kan Kita pantau terus.” (Informan A)</p> <p>“Iya sih puskes kelurahan suka ngasal ngisi nya gak lengkap. Jadi ya harus Kita balikin suruh lengkapin. Makan waku sih jadi suka telat ngumpul ke Sudin nya.” (Informan B)</p> <p>“Lengkap kok. Karena klo ada yang gak lengkap aplikasi nya jadi gak mau nyimpan gitu.” (Informan C)</p>
	Penyimpanan hasil pencatatan data dan laporan	<p>“Simpen nya ya palingan di google drive gitu sih. Masih aman sih.” (Informan A)</p> <p>“Simpen di komputer aja.” (Informan B)</p> <p>“Kami udah punya server sendiri sih, Alhamdulillah.” (Informan C)</p>
	Prosedur pengolahan dan analisis data	<p>“Analisis nya pakai excel, buat bikin grafik PWS gitu sih. Laporrinnya ke Dinas Kesehatan Provinsi.” (Informan A)</p> <p>“Analisis pakai excel aja. Laporrin nya ke Sudin Kesehatan.” (Informan B)</p>
	Tindak lanjut hasil analisis data	<p>“Bila hasil dari grafik PWS menunjukkan ada permasalahan, maka RTL nya macem-macem disesuaikan sama kebutuhan Puskes nya. Ada yang RTL nya membuat komunikasi dengan lintor, peningkatan sarana prasarana, macem-macem.” (Informan A)</p> <p>“Tiap bulan sih ngasih feedbacknya.” (Informan A)</p>
	Pemanfaatan data dan informasi	<p>“Kalau di Kita internal Sudin sih biasanya yang rutin tiap bulan itu dari program lain, contohnya Gizi, HIV, PTM dan PM juga. Kalau UKPD lain ada sih tapi gak rutin, contohnya dari PPAPP, Kemenkumham, PLKB, PKK.” (Informan A)</p> <p>“Puskes yang minta palingan Sudin ya.” (Informan C)</p>

		Peranan kegiatan Binwasdal dalam pencatatan dan pelaporan data	<p>“Binwasdal ini penting banget buat Kita di Sudin buat mantau capaian nya Puskes. Apa sudah tercapai atau belum. Dan kalau belum, apa yang harus dilakukan.” (Informan A)</p> <p>“Kalau buat Puskes sih Binwasdal nya Sudin ini buat menyamakan persepsi ya. Karena kadang ada DO yang rancu dan bikin bingung Kita di bawah.” (Informan B)</p>
		Mekanisme kegiatan Binwasdal	<p>“Binwasdal itu kan ada yang Kita turun ke lapangan, ada juga yang orang Puskes nya dateng ke Sudin. Klo pas Sudin nya yang ke Puskes itu Kita biasanya pake checklist gitu. Ada item-item yang harus ada dan Kita liat Puskes punya ga.” (Informan A)</p> <p>“Ada kok. Ada SOP nya.” (Informan A)</p> <p>“Kalau pas Sudin turun binwasdal itu jadi kayak Kita diaudit gitu sih. Di cek alat ini ada ga, pedoman ini punya ga, trus diliat laporan-laporan yang Kita buat udah betul belum.” (Informan B)</p>
		Sistem informasi yang dibutuhkan	<p>“Kalau mau dibuat sistem informasi Binwasdal KIA sih bagus banget ya. Kita sih butuh nya ya sistem yang terintegrasi sama Komdat Kesga nya Kemenkes, jadi tuh Sudin gak usah input-input lagi. Trus data dari semua puskes di Jakarta pusat juga tinggal narik aja, gak usah diinput lagi sama temen-temen puskes trus gak usah isi-isi spreadsheet lagi.” (Informan A)</p> <p>“Bagus, tapi kalau bisa udah integrasi sama SIKDA nya Kita juga.” (Informan B)</p> <p>“Bagus banget, cuman kan Kita udah punya duluan aplikasi SIMBIOSIS ini, jadi kalau bisa ya integrasi sama aplikasi nya Kita juga selain sama SIKDA. Jadi gak usah input dua kali Kita nya.” (Informan C)</p> <p>“Kami di Suku Dinas menginginkan sebuah sistem informasi kesehatan daerah yang terintegrasi ya. Wacana ini sebenarnya sudah lama sekali dibahas tapi selalu gagal dikembangkan karena di Jakarta Pusat sendiri, Puskesmas menggunakan 3 vendor yang berbeda untuk SIMPUS nya. Ada SIKDA OPTIMA, ENA dan EPUS. Hal ini tentunya membutuhkan regulasi yang kuat untuk mengintegrasikan sistem yang dibuat oleh ketiga vendor tersebut. Belum lagi aplikasi-aplikasi dari Kemenkes dan Dinas. Biar tidak ada lagi double input Saya rasa sistem ini harus sudah integrasi dengan semua aplikasi itu. Selain itu, ada banyak aplikasi-aplikasi yang dibuat oleh Puskesmas sebagai inovasi mereka. Tentunya Kita ingin inovasi-inovasi itu tetap dimanfaatkan dan tidak terbelengkalai begitu saja.” (Informan D)</p> <p>“Kami di Puskesmas memang sudah banyak melakukan pengembangan sistem, baik itu untuk keperluan Gugus Kendali Mutu (GKM), lomba nakes teladan maupun untuk proyek perubahan. Sehingga ada banyak sekali aplikasi yang Kami buat dan kalau saja semua aplikasi itu bisa terintegrasi dengan sistem informasi nya Sudinkes, tentunya Kami di Puskes akan sangat senang sekali.” (Informan E)</p>
5.	Aspek Pendukung Pengembangan Sistem Informasi	Legal Capaian program KIA selama pandemi COVID-19	<p>“Selama pandemi ini sih capaian turun tapi gak signifikan banget ya karena kan Puskes aktif kunjungan ke setiap Bumil secara virtual pakai VC gitu. Palingan yang agak turun K1 sih.” (Informan A)</p> <p>“Gak sih ya kalau Bumil sih tetep karena yang hamil tetep aja banyak. Kalau kunjungan balita iya agak turun.” (Informan B)</p> <p>“K1 akses sih gak ada penurunan ya karena mungkin sudah menjadi kesadaran mereka sebagai ibu hamil untuk mengecek kehamilannya pertama kali di Puskesmas mau di trimester berapa</p>



		pun mereka pasti dateng. Cuman klo K1 murni memang ada penurunan.” (Informan C)
	Strategi peningkatan capaian	“Strategi nya sih ya itu tadi puskes aktif video call Bumil-bumilnya satu per satu.” (Informan A) “Sekarang ini Puskes Kami sih palingan telponin Ibu hamil nya satu satu. Tapi nantinya Kami ingin membuat aplikasi HP buat Ibu Hamil. Jadi semacam Buku KIA nya mereka tapi di HP gitu.” (Informan C)
	Mekanisme kegiatan Binwasdal selama pandemic COVID-19	“Selama pandemi ini jadi susah sih klo mau turun ke lapangan. Apalagi sekarang kasus di Jakpus lagi tinggi-tinggi nya. Beberapa Puskes ada yang tutup 3 hari karena banyak karyawan nya yang kena. Kita sih mensiasatinya dengan Binwasdal virtual ya, pake Zoom gitu.” (Informan A) “Sementara ini sih Sudin binwasdalnya pake Zoom.” (Informan B)
	Payung hukum pengembangan SI	“Penting banget ya kayaknya buat jadi acuan dan dipatuhi oleh semua pihak. Mungkin Sudin bisa membuatkan SE atau SK nya gitu yang ditandatangani Kasudin.” (Informan A) “Harus ada sih kayaknya ya. Mungkin minimal ada SE Kasudin nya gitu. Jadi semua pihak bisa patuh.” (Informan C)

**Tabel 1. Tema, Subtema, dan Pernyataan Informan tentang Sistem Informasi Kegiatan Pembinaan, Pengawasan dan Pengendalian (Binwasdal) Puskesmas Program Kesehatan Ibu**

**PEMBAHASAN**

***Gambaran Karakteristik Informan***

Informan penelitian terdiri dari 3 orang perempuan dan 2 orang laki-laki dalam rentang usia 30-45 tahun, dengan latar belakang pekerjaan adalah 1 orang Aparatur Sipil Negara dan 2 orang Non Aparatur Sipil Negara. Sedangkan informan sumber terdiri dari 1 orang Kepala Suku Dinas Kesehatan dan 1 orang Kepala Puskesmas sebagai triangulasi sumber.

***SDM Pengelola Sistem Informasi***

Wawancara dengan tema ini memberikan informasi terkait kondisi SDM pengelola sistem informasi di Suku Dinas Kesehatan dan Puskesmas. Berdasarkan hasil wawancara dari kelima narasumber, diperoleh keterangan bahwa di Suku Dinas Kesehatan ada 1 orang tenaga pengelola kesehatan ibu dan di Puskesmas rata-rata ada 3 orang tenaga pengelola kesehatan ibu

dan anak. Di Suku Dinas Kesehatan tidak ada tenaga pengelola IT, sedangkan di Puskesmas terdapat tenaga pengelola IT yang berjumlah rata-rata sekitar 3 orang.

Pimpinan di Suku Dinas Kesehatan dan Puskesmas sangat mendukung pengembangan sistem informasi kesehatan karena menyadari bahwa saat ini sistem informasi sangatlah diperlukan dalam mendukung manajemen dan pelayanan kesehatan. Pimpinan di Suku Dinas Kesehatan dan Puskesmas bersedia untuk membuatkan prosedur dan payung hukum penyelenggaraan sistem informasi di tingkat Kota dan Kecamatan agar sistem informasi yang dibangun dapat dimanfaatkan dengan baik.

***Anggaran Penyediaan Sistem Informasi***

Wawancara dengan tema ini memberikan informasi terkait kondisi anggaran penyediaan

sistem informasi di tingkat Suku Dinas Kesehatan dan Puskesmas. Berdasarkan hasil wawancara dari kelima narasumber, diperoleh keterangan bahwa Suku Dinas Kesehatan tidak diperbolehkan menyusun anggaran penyediaan tenaga IT karena Suku Dinas Kesehatan hanya mengandalkan anggaran yang berasal dari APBD. Sementara itu, Puskesmas dapat menganggarkan penyediaan tenaga IT karena Puskesmas memiliki anggaran yang bersumber dari BLUD.

Suku Dinas Kesehatan mulai Tahun Anggaran 2020 juga tidak diperbolehkan lagi untuk menyusun anggaran jaringan internet karena adanya kebijakan penyediaan internet satu pintu oleh Diskominfo. Oleh karena itu, saat ini Suku Dinas Kesehatan hanya mengandalkan jaringan internet dari Diskominfo saja dan tidak lagi menggunakan jaringan internet dari pihak ketiga.

Lain halnya dengan Suku Dinas Kesehatan, Puskesmas berdasarkan hasil analisa kebutuhannya, masih sangat membutuhkan jaringan internet dari pihak ketiga untuk keperluan layanan kesehatan. Oleh karena itu, Puskesmas diperbolehkan untuk mengadakan penyediaan anggaran jaringan internet dari pihak ketiga dengan menggunakan anggaran yang bersumber dari BLUD. Selama ini, anggaran yang disusun oleh puskesmas untuk penyediaan jaringan internet masih dapat mencukupi kebutuhan puskesmas setiap tahunnya.

### ***Infrastruktur Jaringan, Hardware dan Software***

Wawancara dengan tema ini memberikan informasi terkait kondisi infrastruktur jaringan, perangkat keras dan perangkat lunak di Suku Dinas Kesehatan dan Puskesmas. Berdasarkan hasil wawancara dari kelima narasumber, diperoleh keterangan bahwa di Suku Dinas Kesehatan jaringan internet nya dikelola secara terpusat oleh Diskominfo dan tidak diperbolehkan untuk menyediakan jaringan internet dari pihak ketiga. Oleh karena itu, jaringan internet di Suku Dinas Kesehatan hanya mengandalkan jaringan internet dari Diskominfo saja.

Kapasitas bandwidth jaringan internet dari Diskominfo sangat kecil dan tidak mengakomodir kebutuhan Suku Dinas Kesehatan sehingga ada beberapa staf pengelola program di Suku Dinas Kesehatan yang mengandalkan jaringan internet sendiri (*tethering*). Sementara itu, Puskesmas dapat menyediakan anggaran jaringan internet dari pihak ketiga dengan mengandalkan anggaran BLUD sehingga Puskesmas mampu menyediakan jaringan internet dengan kapasitas bandwidth yang besar.

Puskesmas juga dapat menyediakan anggaran untuk pengadaan pihak ketiga pengelola SIMPUS sehingga Puskesmas memiliki jaringan komputer yang baik. Puskesmas dan Suku Dinas Kesehatan telah memiliki jumlah komputer yang cukup untuk digunakan oleh pengelola KIA. Beberapa Puskesmas ada yang sudah memiliki server sendiri, namun ada pula yang masih menggunakan server dari pihak ketiga.

Suku Dinas Kesehatan belum memiliki aplikasi sendiri untuk pengelolaan program kesehatan ibu. Selama ini Suku Dinas Kesehatan hanya melakukan penginputan data pada aplikasi Komdat Kesga milik Kemenkes RI dan pada spreadsheet yang dikelola oleh Dinas Kesehatan Provinsi. Begitu pula sebagian besar Puskesmas belum memiliki aplikasi sendiri untuk pengelolaan data kesehatan ibu. Namun, ada sebagian kecil Puskesmas yang sudah berhasil mengembangkan aplikasi sendiri dan secara konsisten telah memanfaatkannya.

#### ***Prosedur Pengumpulan Data Rutin***

Wawancara dengan tema ini memberikan informasi terkait prosedur pengumpulan data rutin kesehatan ibu di Suku Dinas Kesehatan dan Puskesmas. Berdasarkan hasil wawancara dari kelima narasumber, diperoleh keterangan bahwa di Jakarta Pusat mekanisme pengumpulan data rutin kesehatan ibu dilakukan secara berjenjang dari Puskesmas Kelurahan ke Puskesmas Kecamatan kemudian berakhir di Suku Dinas Kesehatan untuk diolah dan dilaporkan ke Dinas Kesehatan Provinsi.

Di Puskesmas Kelurahan, data kesehatan ibu dicatat secara manual di buku register KIA, kartu KIA, buku KIA dan Kohort Ibu oleh bidan puskesmas yang melakukan pelayanan. Kemudian, setiap bulan bidan puskesmas akan membuat laporan bulanan LB3 yang akan dilaporkan berjenjang ke Puskesmas Kecamatan. Puskesmas Kecamatan selanjutnya akan melakukan rekapitulasi laporan bulanan LB3 dari

seluruh Puskesmas Kelurahan yang ada di wilayah kerjanya. Hasil rekapitulasi akan dilaporkan ke Suku Dinas Kesehatan dengan cara melakukan penginputan ke dalam *google spreadsheet* LB3 yang dikelola Suku Dinas Kesehatan. Pelaporan dalam kesehatan ibu umumnya berupa laporan hasil deteksi kehamilan resiko tinggi, komplikasi yang terjadi serta pelaporan hasil AMP dan penyebab kematian.

Ada beberapa Puskesmas Kecamatan di Jakarta Pusat yang sudah memiliki aplikasi khusus pencatatan dan pelaporan data KIA, diantaranya Puskesmas Cempaka Putih yang memiliki aplikasi bernama *SIMBIOSIS*. Aplikasi ini merupakan aplikasi yang dikembangkan oleh Tim IT Puskesmas Cempaka Putih yang berfungsi untuk mencatat dan melaporkan data pelayanan ANC, Nifas, KB, Bayi dan Balita. Aplikasi ini dikembangkan semenjak tahun 2019 dan masih digunakan sampai saat ini.

Pengumpulan data rutin yang dilakukan sampai saat ini tidak menemukan kendala yang berarti. Data yang dikumpulkan tepat waktu dalam bentuk *google spreadsheet* karena ada sistem buka tutup yang diberlakukan oleh pemegang program kesehatan ibu di Sudin Kesehatan. Keterisian data pun terjamin kelengkapannya karena pemegang program Sudin Kesehatan yang terus melakukan monitoring dan secara rutin memberikan tegura kepada puskesmas yang belum melengkapi data.

Suku Dinas Kesehatan masih menggunakan *google drive* untuk penyimpanan data. Layanan penyimpanan online ini dianggap masih mencukupi kebutuhan program untuk menyimpan

data karena data yang disimpan pun tidak terlalu besar. Pemegang program pun secara periodik melakukan pencetakan laporan dalam bentuk *excel* sebagai backup data untuk mencegah terjadinya kehilangan data. Sementara itu, beberapa Puskesmas sudah menggunakan server untuk penyimpanan data. Beberapa puskesmas ada yang sudah memiliki server sendiri, namun ada pula yang masih menggunakan server dari pihak ketiga.

Untuk pengolahan dan analisis data, pemegang Program Kesehatan Ibu di Suku Dinas Kesehatan dan Puskesmas masih menggunakan *excel* untuk membuat grafik PWS KIA dan secara rutin melaporkannya ke Kepala UKPD nya masing-masing. Analisis dalam kesehatan ibu berupa analisis terhadap pelaporan kasus kehamilan resiko tinggi dan komplikasi untuk mencari faktor-faktor penyebab atau faktor yang mempengaruhi terjadinya kasus, menentukan tindak lanjut yang cepat dan tepat untuk menyelamatkan ibu hamil dan analisis terhadap hasil AMP untuk menentukan rekomendasi dan intervensi yang tepat.

Setiap bulan, pemegang program kesehatan ibu di Suku Dinas Kesehatan akan memberikan umpan balik kepada pemegang program kesehatan ibu di puskesmas apabila terdapat penurunan capaian kunjungan atau terjadi peningkatan kematian ibu hamil. Umpan balik dan tindak lanjutnya akan berbeda-beda tergantung kebutuhan dan kemampuan puskesmas nya masing-masing. Umpan balik dalam kesehatan ibu berupa umpan balik hasil analisis kasus dan hasil

AMP dari suku dinas kesehatan kepada puskesmas serta hasil penanganan kasus dari RS kepada puskesmas sesuai jenjang rujukannya dengan harapan kasus yang sama tidak terjadi lagi di masa yang akan datang. Umpan balik dapat juga disampaikan dalam kegiatan pertemuan review program kesehatan ibu secara berkala di Suku Dinas Kesehatan dengan melibatkan ketiga unsur pelayanan kesehatan tersebut. Umpan balik dikirimkan dengan tujuan untuk melakukan tindak lanjut terhadap berbagai masalah yang ditemukan.

Data kesehatan ibu sangat diperlukan dan banyak dimanfaatkan oleh berbagai pihak baik internal Suku Dinas Kesehatan maupun pihak luar. Secara rutin, pihak internal Suku Dinas Kesehatan seperti pemegang program gizi, HIV, PTM dan PM akan meminta data kesehatan ibu. Sementara itu, untuk pihak luar Suku Dinas Kesehatan seperti Suku Dinas PPAPP, Kemenkumham, PLKB, PKK. ataupun Walikota umumnya akan meminta data kesehatan ibu saat diperlukan saja atau tidak rutin.

Pengumpulan data rutin kesehatan ibu sangat memerlukan pengawasan dan supervisi secara berkala karena rentan terjadi kesalahan dan data nya bersifat sangat sensitif. Oleh karena itu, diperlukan suatu kegiatan yang dapat memonitor dan mengawasi proses pencatatan dan pelaporan data kesehatan ibu di puskesmas secara berkala. Berdasarkan Peraturan Gubernur No. 159 Tahun 2019, Suku Dinas Kesehatan tingkat Kota memiliki tugas pokok dan fungsi dalam menjalankan kegiatan pembinaan, pengawasan dan pengendalian (Binwasdal) dalam bidang

kesehatan masyarakat, pencegahan dan pengendalian penyakit, sumber daya kesehatan dan pelayanan kesehatan tingkat Kota. Maka dari itu, sudah menjadi tugas utama Suku Dinas Kesehatan dalam melakukan monitoring dan supervisi program kesehatan ibu di puskesmas.

Kegiatan binwasdal di Suku Dinas Kesehatan memiliki standar operasional prosedur dan *check list* tersendiri. Bagi suku dinas kesehatan, kegiatan binwasdal ini berfungsi untuk memantau dan mensupervisi secara langsung prosedur pengumpulan data di puskesmas. Bagi puskesmas, kegiatan binwasdal ini dirasakan sangat berguna untuk menyamakan persepsi terkait definisi operasional yang seringkali dianggap rancu dan prosedur pengambilan data kesehatan ibu yang terkadang dirasakan rumit dan membingungkan.

Selama ini Suku Dinas Kesehatan melakukan kegiatan binwasdal dengan cara melakukan kunjungan ke setiap puskesmas satu per satu secara berkala. Kegiatan ini bisa dilakukan secara terpadu yang melibatkan seluruh seksi di Suku Dinas Kesehatan ataupun secara terpisah sesuai dengan kebutuhan program. Namun, apabila ada kebutuhan program yang mendesak dan harus secepatnya dilakukan konsolidasi dengan seluruh pemegang program di Puskesmas, maka pemegang program di Suku Dinas Kesehatan akan mengumpulkan seluruh pemegang program puskesmas di ruang rapat Suku Dinas Kesehatan.

Pada saat melakukan kunjungan ke puskesmas, umumnya pemegang program akan

melakukan pengecekan kelengkapan alat, SOP, pedoman dan laporan yang dibuat oleh puskesmas sesuai dengan checklist Binwasdal. Pemegang program dapat langsung melakukan koreksi dan evaluasi apabila diperlukan. Pada akhir kegiatan, pemegang program akan membacakan laporan hasil kegiatan binwasdal dan temuan-temuan yang ditemukan pada saat pengecekan kepada Kepala Puskesmas agar dapat segera ditanggulangi dan dilakukan perbaikan. Selanjutnya, pemegang program akan membuat laporan tertulis untuk dilaporkan kepada Kepala Suku Dinas Kesehatan.

Suku Dinas Kesehatan menginginkan sebuah sistem informasi kesehatan daerah yang terintegrasi dengan seluruh aplikasi yang ada saat ini, baik itu yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan RI, Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, maupun Puskesmas. Saat ini ada lebih dari dua puluh aplikasi milik Kemenkes RI dan Dinas Kesehatan Provinsi yang harus dientri oleh Suku Dinas Kesehatan. Selain itu, ada puluhan aplikasi yang dikembangkan oleh Puskesmas secara mandiri sebagai bentuk inovasi Puskesmas. Konsep pengembangan SIKDA yang terintegrasi sudah menjadi wacana yang selalu dicanangkan namun belum berhasil diupayakan karena terkendala oleh adanya tiga vendor berbeda yang menjadi pengelola sistem informasi di Puskesmas. Oleh karena itu, diperlukan regulasi yang kuat untuk mengintegrasikan sistem yang sudah dibuat oleh ketiga vendor tersebut.

### ***Aspek Legal Pendukung Pengembangan Sistem Informasi***

Selama pandemi COVID-19, capaian kunjungan ibu hamil mengalami sedikit penurunan, terutama untuk capaian kunjungan K1 murni. Sementara itu, untuk capaian K1 akses, K4, nifas, KB dan persalinan di fasilitas kesehatan tidak mengalami penurunan yang berarti. Hal ini karena Puskesmas sudah melakukan strategi jemput bola dengan cara melakukan kunjungan aktif melalui video call kepada ibu hamil. Bidan Puskesmas melakukan video call dengan ibu hamil untuk memantau kondisi kehamilannya dan mendeteksi adanya komplikasi kehamilan secara dini.

Begitu pula dengan Suku Dinas Kesehatan yang terkendala dalam melakukan kegiatan Binwasdal selama pandemi COVID-19 ini berlangsung. Suku Dinas Kesehatan tidak bisa melakukan kunjungan ke Puskesmas sebagaimana biasanya untuk mencegah penyebaran dan penularan COVID-19. Apalagi saat dilakukan wawancara, kasus COVID-19 di Jakarta Pusat sedang tinggi dan banyak tenaga kesehatan di Puskesmas yang menjadi korban. Oleh karena itu untuk mensiasatinya, Suku Dinas Kesehatan melakukan kegiatan Binwasdal secara virtual dengan menggunakan media Zoom.

Dalam pengembangan sistem informasi, kebijakan merupakan salah satu komponen implementasi e-kesehatan yang harus tersedia selain infrastruktur, aplikasi, standar, tata kelola, dan pengamanan data. Adanya landasan hukum untuk mendukung keberhasilan berjalannya

sebuah sistem informasi mutlak diperlukan. Hal ini juga merupakan bentuk komitmen dari seluruh komponen yang terlibat dalam suatu sistem informasi. Peraturan perundang-undangan untuk penyelenggaraan sistem informasi kesehatan baik di tingkat transaksi layanan kesehatan maupun di tingkat pelaporan saat ini dirasa masih lemah. Peraturan perundang-undangan yang ada belum secara spesifik menjawab kebutuhan integrasi sistem informasi kesehatan.

Di beberapa kabupaten/kota belum ada landasan hukum yang cukup kuat untuk mengimplementasi sistem informasi kesehatan di daerah yang seharusnya berlaku secara terintegrasi. Walaupun beberapa peraturan perundangundangan yang ada seperti UU ITE, UU KIP, PP PSTE, PP SIK, dan lain-lain dapat dijadikan acuan. Namun peraturan perundang-undangan yang spesifik mengatur secara teknis penyelenggaraan sistem informasi kesehatan perlu disiapkan seperti peraturan perundang-undangan terkait rekam medis/kesehatan elektronik.

### **PENUTUP**

Suku Dinas Kesehatan Jakarta Pusat sebagai unit kesatuan perangkat daerah yang mengurus masalah kesehatan dan berada dalam wilayah kota administrasi Jakarta Pusat memiliki banyak keterbatasan dalam penyelenggaraan teknologi informasi dan komunikasi (TIK). Suku Dinas Kesehatan Jakarta Pusat ingin membangun suatu sistem informasi kesehatan yang terintegrasi dengan SIMPUS dan beragam aplikasi yang telah dikembangkan oleh Puskesmas, Dinas Kesehatan

Provinsi dan Kemenkes. Dengan kemajuan teknologi informasi, Suku Dinas Kesehatan yang memiliki tupoksi utama dalam bidang pembinaan, pengawasan dan pengendalian seluruh fasilitas kesehatan khususnya puskesmas harus dapat mengembangkan suatu sistem informasi yang dapat mengakomodir kegiatan Binwasdal yang selama ini dilakukan. Sistem informasi yang dikembangkan haruslah terintegrasi dengan seluruh aplikasi yang ada saat ini, baik itu yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan RI, Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta, maupun Puskesmas. Oleh karena itu, diperlukan adanya landasan hukum untuk mendukung keberhasilan berjalannya sistem informasi ini. Landasan hukum ini merupakan bentuk komitmen bagi seluruh pengguna, baik itu Puskesmas Kelurahan, Puskesmas Kecamatan, maupun Suku Dinas Kesehatan untuk dapat memanfaatkan sistem informasi dengan baik. Selain itu, untuk menjadi landasan penanggulangan apabila terjadi kesimpangsiuran dalam pengendalian program dan untuk mengevaluasi pihak mana yang menimbulkan kesimpangsiuran tersebut.

#### DAFTAR PUSTAKA

Anung. (2015). Kesehatan dalam Kerangka Sustainable Development Goals (SDGs). *Rakorpok Kementerian Kesehatan RI*, 97, 24.  
[http://www.pusat2.litbang.depkes.go.id/pusat2\\_v1/wp-content/uploads/2015/12/SDGs-Ditjen-BGKIA.pdf](http://www.pusat2.litbang.depkes.go.id/pusat2_v1/wp-content/uploads/2015/12/SDGs-Ditjen-BGKIA.pdf)

Badan Pusat Statistik. (2016). Potret Awal Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development Goals) di Indonesia. In

*Katalog BPS*. file:///C:/Users/Windows 10/Downloads/Documents/3 BPS Potret Awal TPB di Indonesia.pdf

Bappenas. (2014). *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2015 2019*. 313. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Budiantoro, S. (2017). Metadata untuk Penyusunan Rencana Aksi yang Partisipatif. *Pertemuan Nasional Masyarakat Sipil Untuk SDGs, November*, 14–15.

Ermalena MHS, D. H. (2017). *INDIKATOR KESEHATAN SDGs DI INDONESIA*. <https://doi.org/10.1007/BF01886316>

Gustina, E. (2016). *Rencana Aksi Kegiatan Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2016 - 2019*.

Hoelman, M. B., Parhusip, B. T. P., Eko, S., Bahagijo, S., & Santono, H. (2016). Sustainable Development Goals-SDGs Panduan Untuk Pemerintah Daerah (Kota dan Kabupaten) dan Pemangku Kepentingan Daerah. *Sustainable Development*, 1–92.

Kemenkes RI. (2019). *Profil Kesehatan Indonesia 2018 [Indonesia Health Profile 2018]*. [http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Data-dan-Informasi\\_Profil-Kesehatan-Indonesia-2018.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Data-dan-Informasi_Profil-Kesehatan-Indonesia-2018.pdf)

Pearson, R. (2014). 32. *Use of rapid assessment procedures for evaluation by UNICEF*. November.

Sudinkes JP. (2018). *Profil Kesehatan Jakarta Pusat Tahun 2018*. Suku Dinas Kesehatan Kota Administrasi Jakarta Pusat. <http://sudinkes.jakselkota.net/?p=visi.misi>

Sumarmi, S. (2017). Model Sosio Ekologi Perilaku Kesehatan Dan Pendekatan Continuum of Care Untuk Menurunkan Angka Kematian Ibu. *The Indonesian Journal of Public Health*, 12(1), 129.

<https://doi.org/10.20473/ijph.v12i1.2017.129-141>

UCLG. (2015). Tujuan Pembangunan Berkelanjutan Yang Perlu Diketahui Oleh Pemerintah Daerah. *United Cities and Local Governments Asia-Pacific*, 411(8953).

WMA, & World Medical Association. (2013). WMA DECLARATION OF HELSINKI – ETHICAL PRINCIPLES FOR Scientific Requirements and Research Protocols. *World Medical Association, June 1964*, 29–32.



## **ANALISIS KEBUTUHAN SISTEM INFORMASI KONSELING KESEHATAN GIGI SISWA DISABILITAS INTELEKTUAL DENGAN PIECES FRAMEWORK**

Dea Allan Karunia Sakti<sup>1)</sup>, Indang Trihandini<sup>2)</sup>, dan Rico Kurniawan<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, FKM, Universitas Indonesia

<sup>2)</sup>Departemen Biostatistik dan Ilmu Kependudukan, FKM, Universitas Indonesia  
E-mail : allansakti@gmail.com

### **REQUIREMENTS ANALYSIS OF STUDENTS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES DENTAL HEALTH COUNSELING INFORMATION SYSTEM WITH PIECES FRAMEWORK**

**Abstract:** *Students with intellectual disabilities (mental retardation) have not received attention due to the lack of prevention and early intervention in dental health. One of the reasons is the lack of information on dental health status which is an indicator of evidence-based data. SLB Dharma Asih Kraksaan organizes dental health counseling activities to produce evidence-based information but has experienced various problems. Information systems can be used and developed to improve dental health services to produce evidence-based information. In this system development stage, the initial steps of a system requirements analysis are carried out to form a problem-solving framework and compile system requirements with the PIECES Framework. This study aims to analyze the needs of students' dental health counseling information system. This research is a qualitative research with a PIECES needs analysis approach (performance, information, economy, control, efficiency, and service). The results of the analysis produce information system requirements that can be accessed by the Health and Education Offices, provide a menu of counseling schedules and consultation messages, add educational material data, generate information dashboards, systems equipped with databases for storage and passwords for security, and produce accurate information, relevant and real time for the needs of prevention and intervention efforts.*

**Keywords:** *Requirements Analysis, Information System, PIECES (performance, information, economy, control, efficiency, and service), Dental Health*

**Abstrak:** *Siswa penyandang disabilitas intelektual (tunagrahita) belum mendapatkan perhatian dengan masih kurangnya upaya pencegahan dan intervensi dini kesehatan gigi. Salah satu penyebabnya adalah minimnya informasi status kesehatan gigi yang merupakan indikator data berbasis bukti. SLB Dharma Asih Kraksaan menyelenggarakan kegiatan konseling kesehatan gigi untuk menghasilkan informasi berbasis bukti namun mengalami berbagai permasalahan. Sistem informasi dapat digunakan dan dikembangkan untuk meningkatkan layanan kesehatan gigi untuk menghasilkan informasi berbasis bukti. Dalam tahap pengembangan sistem ini dilakukan langkah awal analisis kebutuhan sistem untuk membentuk kerangka pemecahan masalah dan menyusun kebutuhan sistem dengan PIECES Framework. Penelitian ini bertujuan untuk melakukan analisis kebutuhan sistem informasi konseling kesehatan gigi siswa. Penelitian ini merupakan riset kualitatif dengan pendekatan analisis kebutuhan PIECES (performance, information, economy, control, efficiency, dan service). Hasil analisis menghasilkan kebutuhan sistem informasi yang dapat diakses sampai Dinas Kesehatan dan Dinas Pendidikan, menyediakan menu jadwal konseling serta pesan konsultasi, menambahkan data materi edukasi, menghasilkan dashboard informasi, sistem dilengkapi basis data untuk penyimpanan serta kata sandi untuk keamanan, dan menghasilkan informasi akurat, relevan dan real time untuk kebutuhan upaya pencegahan dan intervensi.*

**Kata kunci:** *Analisis kebutuhan, Sistem Informasi, PIECES (performance, information, economy, control, efficiency, and service), Kesehatan Gigi.*

## PENDAHULUAN

Penyandang disabilitas merupakan kelompok masyarakat berkebutuhan khusus yang memiliki keterbatasan dalam menghambat partisipasi, peran, dan serta dalam kehidupan di masyarakat (Kementrian Kesehatan RI, 2014). Keadaan penduduk penyandang disabilitas dalam berkehidupan di masyarakat dipengaruhi oleh kecenderungan kondisi kesehatan (WHO, 2015). Penduduk penyandang disabilitas sering kehilangan hak untuk mendapatkan layanan kesehatan dasar sehingga berpengaruh terhadap kondisi kesehatannya (Hicham A. Diab & Ayoub, 2017). Di Indonesia penduduk penyandang disabilitas terbanyak adalah disabilitas intelektual atau tunagrahita (Ismandari, 2019).

Kondisi kesehatan gigi merupakan permasalahan kesehatan yang paling banyak dialami penyandang tunagrahita (Hicham A. Diab & Ayoub, 2017). Penyandang tunagrahita sejauh ini belum mendapatkan perhatian dengan masih kurangnya upaya pencegahan dan intervensi dini kesehatan gigi. Sehingga pemeliharaan kebersihan dan kesehatan gigi tidak dilakukan dengan baik dan benar (Rosmawati & Surayah, 2018). Salah satu penyebabnya adalah minimnya informasi status kesehatan gigi yang merupakan indikator data berbasis bukti yang dapat digunakan untuk upaya pencegahan dan intervensi dini (Kementrian Kesehatan RI, 2014).

SLB Dharma Asih Kraksaan memiliki program Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS) dengan bentuk kegiatan konseling kesehatan gigi

kepada siswa tunagrahita. Konseling kesehatan sangat tepat digunakan untuk menghasilkan informasi kesehatan gigi siswa tunagrahita (Kementrian Pendidikan dan Kebudayaan, 2014). Konseling kesehatan dilakukan dengan interaksi melalui komunikasi, informasi, dan edukasi menghasilkan informasi berbasis bukti untuk upaya pencegahan dan intervensi (Pérez et al., 2017). Namun kegiatan konseling kesehatan gigi dan mulut di SLB Dharma Asih Kraksaan mengalami berbagai permasalahan sehingga tidak dapat menghasilkan informasi status kesehatan gigi siswa sesuai kebutuhan.

Ketiadaan penjadwalan konseling, penggunaan media konvensional, pencatatan hasil konseling secara manual, sering hilangnya dokumen formulir dan informasi yang tidak rutin dilaporkan kepada Puskesmas Pembina maupun Dinas terkait menyebabkan kegiatan konseling kesehatan gigi tidak berjalan optimal dan tidak dapat menghasilkan informasi berbasis bukti. Hal tersebut menyebabkan tindak lanjut upaya pencegahan dan intervensi kesehatan gigi siswa tidak dilakukan.

WHO telah memberikan *tools* yang dapat digunakan untuk meningkatkan layanan kesehatan gigi melalui sistem informasi kesehatan. Sistem ini dapat dikembangkan untuk menghasilkan informasi berbasis bukti upaya pencegahan dan intervensi (Asgari, 2018). Salah satunya adalah dengan *tools* konseling kesehatan online web yang tepat bagi penyandang tunagrahita (Cipolletta & Mocellin, 2018). Konseling kesehatan online

dengan sistem informasi dapat memberikan interaksi antar personal lebih nyaman, dapat diakses dimana saja dan kapan saja serta menghasilkan bukti informasi yang berguna untuk intervensi kesehatan gigi (Gao *et al.*, 2015). Sedangkan program web dapat membantu menyediakan sistem yang berkualitas, menyelesaikan pekerjaan dalam waktu cepat, dan hemat biaya (Sampieri, 2005).

Pengembangan suatu *tools* sistem informasi dibutuhkan untuk dapat membantu dan menunjang layanan kegiatan konseling kesehatan gigi bagi siswa penyandang disabilitas di sekolah. Sistem informasi ini dapat menghasilkan informasi berbasis bukti yang digunakan untuk upaya program pencegahan dan intervensi dini kesehatan gigi siswa. Langkah awal dari pengembangan sistem ini adalah melakukan analisis kebutuhan sistem. Analisis kebutuhan sistem digunakan sebagai kerangka yang dapat membantu pemecahan masalah dan mengkategorikan kebutuhan (Supriyatna, 2015). Analisis kebutuhan sistem yang digunakan adalah *PIECES Framework (performance, information, economy, control, efficiency, and service)*. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis kebutuhan sistem informasi konseling kesehatan gigi siswa disabilitas intelektual (tunagrahita) di SLB Dharma Asih Kraksaan menggunakan *PIECES Framework*.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini merupakan riset kualitatif, dengan metode analisis kebutuhan pengembangan sistem informasi menggunakan *PIECES Framework (performance, information, economy, control, efficiency, and service)*. Informan pada penelitian ini adalah orangtua siswa, guru pembina UKS, tenaga kesehatan Puskesmas Pembina dan Kepala Sekolah. Metode pengumpulan data yang dilakukan menggunakan wawancara mendalam. Sebelum pengumpulan data dilakukan, persetujuan setelah penjelasan (*informed consent*) dijelaskan kepada informan.

Lokasi penelitian dilakukan di SLB Dharma Asih Kraksaan Kabupaten Probolinggo. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Desember 2020. Untuk menjaga obyektivitas data dilakukan triangulasi sumber. Sumber triangulasi pada penelitian ini adalah Kepala Sekolah SLB Dharma Asih Kraksaan. Pada setiap akhir wawancara peneliti membuat rangkuman dan ditanyakan kembali kepada informan. Ini merupakan salah satu strategi untuk memperoleh *trustworthiness* data kualitatif. Untuk membantu analisis peneliti menyusun matriks data kualitatif. Data dianalisis menggunakan analisis tematik.

## **HASIL PENELITIAN**

Lima orang informan direkrut dalam penelitian ini. Karakteristik informan dapat dilihat pada Tabel 1. Terdapat 6 tema besar terkait analisis kebutuhan sistem informasi konseling kesehatan gigi siswa disabilitas intelektual yang

diperdalam melalui subtema dan dijelaskan melalui pernyataan informan yang mendukung. 6 tema besar tersebut adalah analisis *performance*,

analisis *information*, analisis *economy*, analisis *control*, analisis *eficiency*, dan analisis *service*.

Informan	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan
Informan 1	Laki - laki	28	S1	Karyawan Swasta
Informan 2	Perempuan	32	D3	Ibu Rumah Tangga
Informan 3	Perempuan	39	S1	Guru
Informan 4	Perempuan	34	D3	Perawat Gigi
Informan 5	Laki - laki	56	S1	Kepala Sekolah

**Tabel 1. Karakteristik Informan**

### Analisis *Performance*

Analisis *performance* untuk tujuan identifikasi kebutuhan sistem informasi terdiri dari sub-tema pengguna, jadwal, dan waktu konseling kesehatan. Kegiatan konseling kesehatan gigi dan mulut di SLB Dharma Asih Kraksaan dilakukan oleh guru pembina UKS sebagai konselor pelayanan kesehatan dan siswa dengan didampingi orangtua atau pengasuh sebagai konseli serta kepala sekolah sebagai pembina kegiatan. Kemudian hasil konseling kesehatan gigi dan mulut siswa dilaporkan kepada Puskesmas Pembina untuk selanjutnya dilakukan tindaklanjut.

Masing-masing unit yang terlibat dalam kegiatan ini merupakan pengguna sistem informasi yang akan dikembangkan. Menurut guru pembina UKS dan tenaga kesehatan Puskesmas Pembina hasil informasi kegiatan berupa status kesehatan gigi siswa tunagrahita perlu diinformasikan juga kepada Dinas terkait yaitu Dinas Kesehatan dan Dinas Pendidikan agar

turut membantu dalam tindak lanjut upaya pencegahan dan intervensi. Sehingga Dinas terkait tersebut dapat mengakses sistem informasi sebagai pengguna. Hal tersebut didukung pemaparan informan dalam hasil wawancara sebagai berikut:

“...Informasi atau laporan status kesehatan gigi anak SLB perlu diinfokan sampai dinas kesehatan atau juga dinas pendidikan biar bantu ikut menindaklanjuti...” (Informan 4)

“...informasi harus sampai ke dinas dinas seperti dinas kesehatan atau pendidikan yang menaungi sekolah ini biar siswa SLB lebih dapat perhatian apalagi tentang kesehatan...” (Informan 3)

Kegiatan konseling kesehatan gigi siswa dengan menggunakan sistem lama tidak dapat memberikan dan membagikan informasi jadwal rutin kepada siswa atau orangtua. Selama ini setiap akan melakukan kegiatan konseling, guru pembina UKS menginformasikan melalui guru kelas untuk diumumkan kepada siswa dan orangtua atau mengumumkannya menggunakan

aplikasi pesan grup di Handphone. Menurut guru pembina UKS dan orangtua siswa pengumuman jadwal konseling di aplikasi pesan grup memiliki kendala yaitu pesan yang tidak sengaja terhapus. Sehingga orangtua lupa kapan jadwal anaknya untuk melakukan kegiatan konseling kesehatan di sekolah. Hal tersebut didukung pemaparan informan dalam hasil wawancara sebagai berikut:

*"...Saya dapat info jadwal konseling itu dari WA, kadang juga diinjoin sama gurunya di kelas...kalau mau buat kayak sistem-sistem gitu bisa dilihat kapan anak saya jadwal konselingsnya..."* (Informan 1)

*"...Pernah saya dapat WA dari gurunya jadwal anak konseling, tapi kena hapus gak sengaja, terus saya tanya ke ibu-ibu lainnya yg kelasnya sama dengan anak saya..."* (Informan 2)

*"...Saya harap sistem yang dikembangkan jenengan ini bisa menampung menu jadwal konseling, saya nanti bisa masukkan disitu jadwalnya, bisa dilihat nanti sama siswanya biar gak lupa..."* (Informan 3)

Pelaksanaan konseling kesehatan gigi dan mulut siswa yang dilakukan di sekolah berlangsung selama 15 sampai 30 menit. Namun waktu ini dirasa kurang oleh orangtua siswa. Sehingga orangtua siswa membutuhkan waktu konseling atau konsultasi yang dapat dilakukan diluar jadwal. Pada masa pandemi COVID-19 ini untuk mengurangi kontak fisik, orangtua siswa menyarankan agar konsultasi kesehatan ini juga dapat dilakukan di rumah. Karena selama pandemi

COVID-19 siswa hanya datang ke sekolah seminggu satu kali pada saat mengumpulkan tugas. Hal tersebut didukung pemaparan informan dalam hasil wawancara sebagai berikut:

*"...Waktunya kurang untuk konseling itu, apalagi anak saya hanya seminggu sekali ke sekolah bahkan pernah sebulan sekali selama pandemi ini, kalau bisa sistem nanti yang mau dibikin itu bisa digunakan anak saya konsultasi di rumah diluar jadwal sekolah..."* (Informan 2)

*"...dimungkinakn sistem nanti bisa digunakan untuk konsultasi online ya agar kegiatan konseling atau konsultasi ini tetap berjalan..."* (Informan 5)

Untuk memenuhi kebutuhan pengguna, sistem informasi yang dikembangkan akan menyediakan jadwal konseling kesehatan yang dapat diinputkan oleh guru pembina UKS dan dapat ditampilkan pada pengguna siswa atau orangtua. Pengembangan sistem informasi akan menyediakan menu konsultasi online yang dapat dilakukan oleh siswa didampingi orangtua tanpa harus ke sekolah, dapat diakses dimana saja dan kapan saja serta informasi konsultasi dapat tersimpan pada sistem.

### **Analisis Information**

Analisis *information* untuk tujuan identifikasi kebutuhan sistem informasi terdiri dari sub-tema masukan (input) data dan keluaran (output) informasi. Pada sistem lama kegiatan konseling kesehatan gigi dan mulut dilakukan secara tatap muka langsung antara guru pembina

UKS dengan siswa didampingi oleh orangtua atau pengasuh. Data yang dikumpulkan dari kegiatan konseling dicatat secara manual atau menggunakan kertas (formulir). Formulir kegiatan berdasarkan formulir kesehatan gigi dan mulut siswa yang diberikan oleh Puskesmas Pembina. Tujuan pengisian formulir ini adalah untuk menghasilkan informasi status kesehatan gigi dan mulut siswa tunagrahita..

Formulir berisi data identitas siswa, keadaan kesehatan gigi dan gusi, foto kondisi gigi siswa, kondisi keluhan kesehatan gigi dan mulut siswa dan keterampilan kebiasaan. Data-data pada formulir kesehatan gigi dan mulut ini diisi oleh siswa didampingi orang tua atau pengasuh dan guru pembina UKS pada saat konseling kesehatan berlangsung. Menurut guru pembina UKS terdapat data yang belum sesuai dengan kegiatan konseling kesehatan pada lembar formulir yang disediakan yaitu data materi edukasi dan perubahan. Dikarenakan pada saat melakukan pemberian konseling kesehatan, guru pembina UKS memberikan edukasi kesehatan gigi dan mulut serta melihat perubahan siswa setelah memberikan edukasi tersebut. Hal tersebut didukung pemaparan informan dalam hasil wawancara sebagai berikut:

*“...Data yang perlu diisi sewaktu kegiatan konseling itu dasarnya dari formulir kesehatan gigi yang diberikan puskesmas, tapi isian datanya ada yang kurang terkait materi edukasi sama perubahan siswa, isian itu nanti bisa ditambahkan dipengembangan sistemnya...”* (Informan 3)

Data-data hasil konseling kesehatan kemudian diolah oleh guru pembina UKS yang kemudian disajikan menjadi informasi status kesehatan gigi dan mulut siswa dalam bentuk tabel yang kemudian dikirimkan kepada Puskesmas Pembina. Status kesehatan gigi dan mulut yang dibutuhkan Puskesmas Pembina untuk selanjutnya ditindaklanjuti adalah kondisi keluhan kesehatan gigi siswa (jumlah siswa mengalami gigi berlubang, sakit gigi atau mulut, dan gusi bengkak). Tenaga kesehatan puskesmas pembina memberikan masukan agar pengembangan sistem informasi dapat menampung media edukasi promosi dan pencegahan yang dapat diakses oleh siswa maupun orangtua.

Pada pengembangan sistem baru melalui prototipe sistem informasi dalam memenuhi kebutuhan pengguna dapat memberikan menu masukan (input) data sesuai permintaan pengguna sehingga menghasilkan keluaran (output) informasi secara akurat, relevan, *real time* dan *up to date*. Hasil konseling kesehatan gigi dan mulut siswa diakomodir oleh sistem yang akan dikembangkan dengan menyajikan dashboard berupa informasi siswa yang telah melakukan konseling kesehatan gigi, keadaan gigi dan gusi siswa, serta keluhan kondisi kesehatan gigi siswa jumlah siswa mengalami gigi berlubang, sakit gigi atau mulut, dan gusi bengkak).

### **Analisis Economy**

Analisis *economy* untuk tujuan identifikasi kebutuhan sistem informasi terdiri dari sub-tema pembiayaan dan fasilitas. Pada

sistem lama hasil konseling kesehatan gigi di SLB Dharma Asih Kraksaan masih dicatat secara manual sehingga perlu membutuhkan biaya pengadaan kertas untuk menyediakan formulir. Serta sekolah juga perlu menyediakan kebutuhan buku yang digunakan untuk proses pengolahan data untuk menghasilkan informasi. Hal tersebut didukung pemaparan informan dalam hasil wawancara sebagai berikut:

*“...pengeluaran sekolah kegiatan konseling ini untuk pengadaan kertas sama buku yang dipakai untuk mengisi hasil konseling...” Informan 3)*

*“...untuk kebutuhan kegiatan konseling ini seluruhnya difasilitasi sekolah...” (Informan 5)*

Dengan pengembangan sistem informasi untuk proses pencatatan sampai pengolahan data hasil konseling kesehatan gigi dapat dilakukan dengan cepat dan menghemat biaya. Dikarenakan tidak dibutuhkan lagi adanya kebutuhan kertas dan buku. Namun penggunaan sistem informasi ini harus difasilitasi perangkat seperti komputer dan internet untuk mengaksesnya. Di sekolah telah dilengkapi fasilitas wifi dan terdapat perangkat komputer di ruang UKS. Selama pandemi COVID-19 ini atau pembelajaran daring siswa juga mendapatkan bantuan kuota internet.

### **Analisis Control**

Analisis *control* untuk tujuan identifikasi kebutuhan sistem informasi terdiri dari sub-tema penyimpanan dan keamanan. Pada sistem lama hasil kegiatan konseling kesehatan gigi siswa berupa dokumen formulir disimpan pada ruang

Unit Kesehatan Sekolah (UKS). Dokumen formulir tersebut disimpan dan ditumpuk begitu saja di ruang UKS. Kondisi ruang UKS yang tidak terlalu luas menyebabkan ruangan tidak dapat menampung penyimpanan dokumen-dokumen. Guru pembina UKS pernah kehilangan dokumen konseling kesehatan gigi siswa sehingga siswa tersebut harus kembali mengulang kegiatan konseling dikarenakan kebutuhan informasi kesehatan gigi siswa yang sangat penting. Hal tersebut didukung pemaparan informan dalam hasil wawancara sebagai berikut:

*“...Pernah saya kehilangan beberapa dokumen ada sampai 5 formulir siswa yang hilang, terus saya ulang lagi konselingsnya janji lagi sama siswa sama orangtua...” (Informan 3)*

Salah satu informasi yang juga harus dipenuhi dalam kegiatan konseling kesehatan gigi ini adalah foto tampak gigi dan wajah siswa. Siswa mengirimkan foto tersebut melalui pesan aplikasi di Handphone kepada guru pembina UKS. Namun menurut guru pembina UKS menggunakan pesan aplikasi untuk mengirim foto memiliki kelemahan. Dikarenakan ada pesan yang terhapus sehingga file foto hilang dan memory Handphone yang tidak mencukupi untuk menyimpan seluruh foto siswa. Hal tersebut didukung pemaparan informan dalam hasil wawancara sebagai berikut:

*“...salah satu data dari kegiatan konseling itu mengirimkan foto gigi dan wajah siswa, selama ini saya minta orangtuanya memfoto terus dikirim ke WA..nanti di sistemnya berikan menu upload*

*upload foto biar disimpan saja di sistem gak harus di HP saya..”* (Informan 3)

Melalui pengembangan sistem informasi, akan menyediakan penyimpanan dan keamanan data melalui sistem manajemen basis data. Untuk lebih menjaga keamanan sistem, akses akan dibatasi sesuai pengguna atau user dengan dilengkapi kata sandi.

### **Analisis Efficiency**

Analisis *efficiency* untuk tujuan identifikasi kebutuhan sistem informasi terdiri dari sub-tema efisiensi kinerja. SLB Dharma Asih Kraksaan memiliki satu guru pembina UKS untuk memberikan upaya pelayanan kesehatan gigi siswa. Dalam melaksanakan kegiatan konseling kesehatan gigi, guru pembina UKS membutuhkan waktu yang lama dalam proses pengumpulan data sampai pengolahan serta penyajian data. Data tersebut yang akan disajikan dalam bentuk informasi sebagai bukti digunakan untuk upaya pencegahan dan intervensi kesehatan. Hal tersebut didukung pemaparan informan dalam hasil wawancara sebagai berikut:

*“...saya butuh hampir tiga hari nyelesaikan hasil laporan konseling ini di excel, itu pun untuk satu tingkat konseling siswa, belum tingkat yang lain...saya harap sistem nanti bantu saya langsung otomatis download hasilnya dalam excel...”* (Informan 3)

Pengembangan sistem informasi diharapkan dapat membantu pekerjaan guru pembina UKS dan unit lainnya. Dengan sistem

informasi dapat membantu mempermudah kinerja pengguna dan menyediakan informasi berupa laporan yang *up to date* dan *real time* serta dapat langsung diunduh setelah data diinputkan.

### **Analisis Service**

Analisis *service* untuk tujuan identifikasi kebutuhan sistem informasi terdiri dari sub-tema harapan serta kenyamanan dan kemudahan. Pelaksanaan kegiatan konseling kesehatan gigi siswa mendukung program khusus bina diri di sekolah. Tujuannya adalah untuk pencegahan permasalahan kesehatan gigi siswa. Dengan adanya pengembangan sistem informasi konseling kesehatan gigi diharapkan dapat membantu upaya pelayanan kesehatan gigi siswa berupa komunikasi kesehatan gigi, informasi kesehatan gigi, dan materi edukasi kesehatan gigi kepada siswa penyandang disabilitas intelektual.

Dengan adanya sistem informasi juga diharapkan pelayanan konseling dapat terjadwalkan dengan rutin, dilakukan dimana saja dan kapan saja, serta menghasilkan informasi yang akurat, relevan dan *real time* untuk kebutuhan intervensi. Sistem informasi ini diharapkan dapat digunakan dengan nyaman dan mudah oleh pengguna. Hal tersebut didukung pemaparan informan dalam hasil wawancara sebagai berikut:

*“..dapat bantu apalagi pandemi gini, anak saya bisa dikasih edukasi, kalau saya butuh informasi saya buka aplikasinya, Gampang dioperasikan,*



*kalau bisa nanti bisa chat gurunya, jadi saya bisa mengirim pesan ke gurunya...”* (Informan I)

## PEMBAHASAN

Pemanfaatan sistem informasi pada kesehatan gigi telah banyak diterapkan salah satunya adalah konseling kesehatan gigi secara online web. Konseling kesehatan merupakan salah satu upaya konseling individu yang digunakan untuk intervensi kesehatan gigi. Konseling kesehatan digunakan untuk menghasilkan bukti yang belum diketahui dan terdata pada kesehatan. Diharapkan dengan perpaduan antara sistem informasi dan konseling kesehatan yang dapat memberikan kemudahan, kenyamanan, dapat diakses dimanapun dan kapanpun, serta efisiensi waktu sehingga dapat digunakan untuk intervensi dini permasalahan kesehatan gigi (Gao *et al.*, 2015).

Penggunaan dan pengembangan konseling kesehatan online dalam sistem informasi merupakan suatu *tools* yang sangat berguna dan dapat dimanfaatkan secara tepat untuk untuk penyandang disabilitas intelektual (tunagrahita) (Cipolletta & Mocellin, 2018). Dalam pengembangan sistem informasi konseling kesehatan gigi dibutuhkan suatu kerangka yang dapat digunakan untuk membantu pemecahan masalah dan mengkategorikan kebutuhan sistem. *PIECES Framework* merupakan suatu kerangka yang dapat membantu pemecahan masalah dengan

menyediakan sekumpulan kategori masalah kebutuhan sistem.

*PIECES Framework* digunakan untuk menganalisis sistem yang ada, baik secara manual maupun otomatis. *PIECES Framework* akan memudahkan dalam mengkategorikan kebutuhan dan masalah yang ada. Sehingga persyaratan kebutuhan dapat digali untuk meningkatkan atau memperbaiki sistem informasi. *PIECES Framework* terdiri dari 6 (enam) komponen analisis yang meliputi *performance, information, economy, control, efficiency, dan service* (Jogiyanto, 2005). Analisis *performance* memberikan analisis kehandalan atau kinerja suatu sistem yang mencakup pengguna dan waktu dalam memproses atau mengolah data untuk menghasilkan informasi dan tujuan yang diharapkan sesuai kebutuhan pengguna (Stevens *et al.*, 2018).

Analisis *information* memberikan analisis suatu sistem informasi yang mencakup kemampuan dalam memberikan informasi yang sesuai dengan kebutuhan pengguna. Informasi dan data yang disajikan harus sesuai dengan kebutuhan pengguna. Informasi yang dihasilkan sistem informasi harus benar-benar memiliki nilai yang berguna untuk pengambilan keputusan oleh manajemen organisasi. Selanjutnya analisis *economy* dapat memberikan analisis kebutuhan sistem untuk dapat mengolah data dengan cepat dan hemat biaya. Dibanding dengan proses manual secara ekonomi atau pembiayaan, proses

dengan menggunakan sistem lebih menghemat biaya (Maslahah, 2011).

Analisis *control* memberikan analisis kebutuhan suatu sistem agar memiliki kemampuan untuk pengendalian penyimpanan serta keamanan dan kerahasiaan data. Suatu sistem informasi harus menjamin pengamanan sehingga pihak dari luar sangat sulit masuk dan mengacaukan sistem. Sistem manajemen basis data pada suatu sistem informasi dapat digunakan untuk mengelola data secara efisien dan menyediakan keamanan akses data yang disimpan (Susanto & Meiryani, 2019).

Analisis *efficiency* membantu menyediakan kebutuhan sistem informasi agar memiliki kemampuan dan keunggulan pada nilai keefisienan setelah digunakan dan diterapkan. Sistem informasi dapat menghasilkan keluaran yang besar dengan masukan yang sekecil mungkin. Analisis *service* menyediakan analisis kebutuhan suatu sistem informasi agar memiliki kemampuan untuk dapat diandalkan, dipercaya, mudah dipelajari, mudah digunakan, memiliki nilai kenyamanan, fleksibel, dan kompatibel (Supriyatna, 2015).

## PENUTUP

Dalam tahap pengembangan sistem informasi ini dilakukan langkah awal analisis kebutuhan sistem untuk membentuk kerangka pemecahan masalah dan menyusun kebutuhan sistem dengan PIECES Framework. Dengan analisis kebutuhan pada pengembangan sistem informasi ini diharapkan sistem informasi

konseling kesehatan gigi bagi siswa penyandang disabilitas intelektual (tunagrahita) dapat memproses dan mengolah data sesuai kebutuhan pengguna; menghasilkan informasi yang akurat, relevan dan *real time*; menghemat kebutuhan biaya; terjamin penyimpanan dan keamanan data; memudahkan dan membantu kinerja pengguna; dan nyaman serta mudah digunakan oleh pengguna. Sistem informasi konseling gigi diharapkan dapat digunakan kapan saja dan dimana saja serta menghasilkan informasi berbasis bukti yang digunakan untuk pencegahan dan intervensi kesehatan gigi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Asgari, I. (2018). Development an Electronic Oral Health Record Application for Educational Dental Setting. *Journal of Education and Health Promotion*, 7. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_177\\_17](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_177_17)
- Cipolletta, S., & Mocellin, D. (2018). Online counseling: An exploratory survey of Italian psychologists' attitudes towards new ways of interaction†. *Psychotherapy Research*, 28(6), 909–924. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1259533>
- Gao, X., Lo, E. C. M., McGrath, C., & Ho, S. M. Y. (2015). Face-to-face individual counseling and online group motivational interviewing in improving oral health: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0946-0>
- Hicham A. Diab, G. N. H., & Ayoub, F. (2017). A Survey of Oral Health in Institutionalized Population with Intellectual Disabilities: Comparison with a National Oral Health Survey of the Normal Population. 10(January), 26–37. <https://doi.org/10.4103/>

- jispd.JISPCD
- Ismandari, F. (2019). *Situasi Disabilitas*. 1–10.
- Jogiyanto. (2005). *Analisis dan Desain Sistem Informasi : Pendekatan Terstruktur Teori dan Praktik Aplikasi Bisnis* (Ed. III). ANDI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI Situasi Kesehatan Gigi dan Mulut. In *Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan Republik Indonesia* (pp. 1–6).
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. (2014). *Pedoman Pengembangan Diri Untuk Peserta Didik Tunagrahita*.
- Kementrian Kesehatan RI. (2014). Situasi Penyandang Disabilitas. *Buletin Jendela Data & Informasi Kesehatan, Semester 2*(1), 1–5. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Maslahah, K. (2011). Analisis Sistem Informasi Perpustakaan IAIN Surakarta Dengan PIECES. *Universitas Pendidikan Indonesia*.
- Pérez, A., Santamaria, E. K., Operario, D., Tarkang, E. E., Zotor, F. B., Cardoso, S. R. de S. N., Autor, S. E. U., De, I., Dos, A., Vendas, O. D. E., Empresas, D. A. S., Atividades, P. O., Artigo, N., Gest, G. N. R. M. D. E., Para, D. E. F., Miranda, S. F. da R., Ferreira, F. A. A., Oliver, J., Dario, M., ... Volk, J. E. (2017). Health Communication From Theory To Practice. In *BMC Public Health* (Vol. 5, Issue 1). <https://ejournal.poltektegal.ac.id/index.php/siklus/article/view/298%0Ahttp://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2015.10.005%0Ahttp://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/58%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&P>
- Rosmawati, & Surayah. (2018). Status Kesehatan Gigi dan Mulut pada Anak Berkebutuhan Khusus Penyandang Cacat Fisik. *Jurnal Bahan Kesehatan Masyarakat*, 2(1), 27–32.
- Sampieri, R. H. (2005). *Strategic Software Engineering*.
- Stevens, N. J., Salmon, P. M., Walker, G. H., Stanton, N. A., Stevens, N. J., Salmon, P. M., Walker, G. H., & Stanton, N. A. (2018). Systems Analysis and Design Methods. In *Human Factors in Land Use Planning and Urban Design*. <https://doi.org/10.1201/9781315587363-10>
- Supriyatna, A. (2015). Analisis Dan Evaluasi Kepuasan Pengguna Sistem Informasi Perpustakaan Dengan Menggunakan Pieces Framework. *None*.
- Susanto, A., & Meiryani. (2019). Database management system. *International Journal of Scientific and Technology Research*, 8(6), 309–312. <https://doi.org/10.5120/179-310>
- WHO. (2015). *Er Health for All Better People Health With for Disability All People With Disability*. 1–32.

## **EFEKTIVITAS RENDAM KAKI AIR HANGAT DENGAN SERAI TERHADAP KUALITAS TIDUR LANSIA PENDERITA HIPERTENSI DI DESA BANYU URIP, KLEGO, BOYOLALI**

Aris Widiyanto<sup>1)</sup>, Krisnanda Aditya Pradana<sup>2)</sup>, Ndaru Syukma Putra<sup>3)</sup>,  
Joko Tri Atmojo<sup>1)</sup>, Asruria Sani Fajriah<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>STIKES Mamba'ul 'Ulum Surakarta

<sup>2)</sup>RSUD dr. Sayidiman Magetan

<sup>3)</sup>IIK Strada Indonesia

E-mail: widiyantoaris99@gmail.com

### **THE EFFECTIVENESS OF WARM WATER SOAK WITH SERAI ON QUALITY SLEEP ELDERLY PATIENTS WITH HYPERTENSION IN THE VILLAGE BANYU URIP, KLEGO, BOYOLALI**

**Abstract:** Elderly with increasing age have a higher risk of developing hypertension. Hypertension in the elderly causes several signs and symptoms that affect daily life, one of which is the quality of sleep. The purpose of this study was to determine the effectiveness of foot soaking in warm water with lemongrass on the sleep quality of elderly people with hypertension in Banyu Urip Village, Klego, Boyolali. The research design used pre-experimental method with pre and post test approach without control. The sleep quality measurement of the elderly before and after being given a warm foot bath with lemongrass used the Sleep Quality Questioner. Sampling was taken by total sampling, a number of 36 elderly who have hypertension. The results of this study found that all elderly with hypertension as many as 36 respondents experienced poor sleep quality and after the intervention the majority of elderly with hypertension experienced good sleep quality as many as 32 respondents. The Wilcoxon test found that soaking feet in warm water with lemongrass was effective in improving the sleep quality of elderly people with hypertension in Banyu Urip Village, Klego, Boyolali with a p value of 0.000 ( $p < 0.05$ ). It is hoped that the elderly can improve the quality of their sleep by utilizing lemongrass which is used as a regular warm water foot soak mixture.

**Keywords:** Soak feet in warm water with lemongrass, hypertension, sleep quality

**Abstrak:** Lansia seiring dengan bertambahnya usia maka semakin beresiko tinggi mengalami hipertensi. Hipertensi pada lansia menimbulkan beberapa tanda dan gejala yang mempengaruhi kehidupan sehari-hari salah satunya gangguan kualitas tidur. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui efektivitas rendam kaki air hangat dengan serai terhadap kualitas tidur lansia penderita hipertensi di Desa Banyu Urip, Klego, Boyolali. Desain penelitian menggunakan metode pre-experimental dengan pendekatan pre and post test without control. Pengukuran kualitas tidur lansia sebelum dan sesudah diberikan rendam kaki air hangat dengan serai menggunakan kuesioner Sleep Quality Questioner. Pengambilan sampel dengan cara total sampling, sejumlah 36 lansia yang mengalami hipertensi. Hasil penelitian ini didapatkan semua lansia dengan hipertensi sebanyak 36 responden mengalami kualitas tidur buruk dan sesudah intervensi mayoritas lansia dengan hipertensi mengalami kualitas tidur baik sebanyak 32 responden. Uji Wilcoxon didapatkan rendam kaki air hangat dengan serai efektif meningkatkan kualitas tidur lansia penderita hipertensi di Desa Banyu Urip, Klego, Boyolali dengan p value 0,000 ( $p < 0,05$ ). Diharapkan lansia dapat memperbaiki kualitas tidurnya dengan memanfaatkan serai yang digunakan untuk campuran rendam kaki air hangat secara rutin.

**Kata kunci:** Rendam kaki air hangat dengan serai, Hipertensi, Kualitas tidur

## PENDAHULUAN

Lansia adalah stase akhir dari siklus hidup manusia, yaitu bagian dari proses kehidupan yang tidak dapat dihindari dan akan di alami oleh setiap individu (Maruti & Marittina, 2015). Semakin bertambahnya umur maka resiko terjadi penyakit hipertensi semakin besar (Kemenkes, 2018).

Menurut data Organisasi kesehatan dunia WHO memperkirakan, 600 juta orang di dunia kini menderita hipertensi dan 3 juta diantaranya meninggal setiap tahun (WHO, 2017). Prevalensi kasus hipertensi di Indonesia berdasarkan Riskesdas tahun 2018 sebesar 34,1% meningkat dari 25,8 pada tahun 2013 dengan angka prevalensi tertinggi di Provinsi Kalimantan Selatan sebesar 44,1% (Kemenkes, 2018). Berdasarkan Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah prevalensi penyakit hipertensi di Provinsi Jawa Tengah tahun 2017 sebesar 12,98% dengan persentase tertinggi di kota Salatiga sebesar 77,72% sedangkan hipertensi di Kota Surakarta jumlah keseluruhan sebesar 24,2% (Dinkes Provinsi Jawa Tengah, 2017). Prevalensi hipertensi pada lansia di Desa Banyu Urip, Klego, Boyolali di dapatkan jumlah lansia sebanyak 32 orang.

Hipertensi pada lansia berdampak pada kualitas tidur yang buruk. Hipertensi menimbulkan gangguan seperti rasa nyeri kepala atau pusing sehingga penderita hipertensi mengalami ketidaknyamanan pada malam hari dan menyebabkan kualitas tidur buruk (Wahid & Roni, 2018). Penderita

hipertensi pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk berdampak pada kualitas hidupnya (Xianlong, Yunshaang, & Zumin, 2016).

Terapi non farmakologi untuk mengatasi gangguan tidur yaitu terapi psikologi dan terapi relaksasi. (Sitalita, 2010). Merendam kaki dengan air hangat yang dikombinasikan dengan bahan herbal (Nurahmandani dkk, 2016). Serai merupakan jenis rempah-rempah yang digolongkan seperti jenis rumput-rumputan, bisa bermanfaat juga sebagai obat tanaman herbal (Price, 2012). Serai memiliki sifat kimiawi dan efek farmakologi yaitu rasa pedas dan bersifat hangat sehingga dapat melancarkan sirkulasi darah (Andriani, 2016).

Penelitian Aziz (2016), menjelaskan ada penurunan insomnia pada lansia setelah diberikan masase kaki dan aromaterapi serai. Penelitian Leo & Laras (2019) mengatakan aromaterapi serai lebih cepat mengatasi insomnia dibandingkan dengan *massage* kaki. Penelitian Syarif (2016) mengatakan terapi dengan air hangat dapat meningkatkan kualitas tidur lansia.

Tujuan penelitian ini ialah untuk mengetahui efektivitas rendam kaki air hangat dengan serai terhadap kualitas tidur lansia penderita hipertensi di Desa Banyu Urip, Klego, Boyolali.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini yaitu *pre-experimental* menggunakan *one-group prettest-posttest*

*design*. Penelitian ini berlangsung pada bulan Juli - Agustus 2020 di Desa Banyu Urip, Klego, Boyolali. Responden dalam penelitian ini sebanyak 30 responden. Analisa data pada penelitian ini menggunakan uji *Wilcoxon*. Penelitian ini sudah melewati uji *ethical clearance* di RSUD dr. Moewardi

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Berikut ini adalah data dari gambaran umum responden meliputi usia, jenis kelamin, kualitas tidur sebelum dan kualitas tidur sesudah rendam kaki air hangat dengan serai di Desa Banyu Urip, Klego, Boyolali.

### a. Karakteristik Responden Menurut Usia

Kategori	Penilaian				
	Min	Max	Mean	SD	Median
Usia	59	81	68,2	7,2	67,8

**Tabel 1 Karakteristik Responden Menurut Usia (N=36)**

Hasil penelitian ini menunjukkan rata-rata usia adalah 70,2 tahun dengan median 69,8, standar deviasi 7,2, usia termuda 59 tahun dan usia tertua 81 tahun. Sejalan dengan hasil penelitian Erfrandau dkk (2017) mengatakan lansia yang mengalami gangguan kualitas tidur rata-rata usia 68,6.

Usia merupakan salah satu faktor penentu lamanya tidur yang dibutuhkan seseorang. (Rudimin dkk, 2017). Proses penuaan tersebut menyebabkan penurunan fungsi neurontransmitter yang ditandai

menurunnya distribusi norepinefrin. Hal itu menyebabkan perubahan irama sirkadian, dimana terjadi perubahan tidur lansia pada fase *Non-Rapid Eye Movement* (NREM) 3 dan 4 sehingga lansia hampir tidak memiliki fase 4 atau tidur dalam (Widyastuti, 2015).

Menurut asumsi peneliti penuaan menyebabkan perubahan fisiologi tubuh sehingga beberapa fase tidur tidak dilewati secara optimal akan menyebabkan gangguan kualitas tidur pada lansia. Selain itu faktor psikologi lansia juga berpengaruh pada kualitas tidur. Beberapa penyakit yang timbul pada lansia akan semakin memperberat gangguan kualitas tidur yang dialami lansia.

### b. Karakteristik Responden Menurut Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	F	(%)
Laki-Laki	14	38,9
Perempuan	22	61,1
Jumlah	36	100%

**Tabel 2 Karakteristik Responden Menurut Jenis Kelamin (N=36)**

Hasil penelitian ini menunjukkan mayoritas responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 22 responden (61,1%). Sejalan dengan hasil penelitian Kumar & Ratep (2017) mengatakan mayoritas lansia perempuan mengalami gangguan kualitas tidur sebanyak 22 lansia (73,3%). Hasil penelitian Farisma (2018)

mengatakan terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas tidur pada lanjut usia di Indonesia.

Perempuan cenderung mengalami kualitas tidur buruk disebabkan oleh berbagai faktor seperti penurunan hormon *estrogen* dan *progesterone* pada perempuan yang secara berkaitan akan mempengaruhi reseptor hormon tersebut yang berada di *hipotalamus* (Kozier, 2012). Lansia perempuan akan mengalami fase transisi menuju menopause dan fase post menopausal cenderung terkait dengan perubahan fisik dan psikologis yang dapat meningkatkan munculnya gangguan seperti nocturnal hotflashes, gangguan mood dan gangguan pernapasan saat tidur yang dapat mengurangi kualitas tidur (Madrid & Valero, 2016).

Menurut asumsi peneliti lansia berjenis kelamin perempuan akan mengalami masa menopause yang berpengaruh pada perubahan hormon didalam tubuh. Perubahan hormon selain merubah fisiologi tubuh juga akan merubah psikologis perempuan seperti sensitive mudah marah, meningkatnya kecemasan, stres dan emosi yang sulit dikontrol yang menyebabkan lansia tersebut mengalami gangguan tidur sehingga berpengaruh pada kualitas tidur yang buruk.

- c. Kualitas Tidur Sebelum Pemberian Rendam Kaki Air Hangat Dengan Serai

Kualitas Tidur	F	(%)
Buruk	36	100
Jumlah	36	100%

**Tabel 3 Kualitas Tidur Sebelum Pemberian Rendam Kaki Air Hangat Dengan Serai (N=36)**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas tidur sebelum pemberian rendam kaki air hangat dengan serai didapatkan semua responden mempunyai kualitas tidur buruk sebanyak 36 lansia (100%). Sejalan dengan hasil penelitian Indriasari & Putra (2019) mengatakan sebagian besar lansia mengalami kualitas tidur buruk sebanyak 26 responden (60%).

Kualitas tidur mengalami kebiasaan durasi tidur yang pendek atau kualitas tidur yang buruk dapat meningkatkan tekanan darah pada seseorang (Calhoun & Harding, 2014). Durasi tidur yang pendek selain dapat meningkatkan rata-rata tekanan darah dan denyut jantung juga meningkatkan aktivitas sistem syaraf simpatik dan merangsang stres fisik dan psikososial, pada akhirnya bisa mengakibatkan hipertensi berkelanjutan. (Zharfan, 2013).

Menurut asumsi peneliti, pada penelitian ini mayoritas lansia mengalami kualitas tidur buruk disebabkan gejala yang ditimbulkan dari hipertensi pada malam hari sehingga mengganggu tidur lansia yang berdampak pada pada siang harinya lansia akan merasakan mengantuk. Kualitas tidur

yang buruk lansia seperti kuantitas tidur 2-4 jam, sering terbangun pada malam hari, bangun pada pagi hari badan merasakan tidak enak, penggunaan obat yang tidak rutin, diet dan olahraga yang tidak dilakukan lansia memperburuk peningkatan tekanan darah.

d. Kualitas Tidur Setelah Pemberian Rendam Kaki Air Hangat Dengan Serai

**Tabel 4 Kualitas Tidur Setelah Pemberian Rendam Kaki Air Hangat**

Kualitas Tidur	F	(%)
Buruk	4	20
Baik	32	80
Jumlah	36	100%

**Dengan Serai (N=36)**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas tidur setelah pemberian rendam kaki air hangat dengan serai diketahui bahwa mayoritas responden mempunyai kualitas tidur baik sebanyak 32 lansia (93,3%). Hasil penelitian Leo & Laras (2019) mengatakan intervensi aromaterapi serai lebih efektif dikombinasikan dengan massage kaki pada lansia untuk menurunkan insomnia.

Tekanan hidrostatik air terhadap tubuh mendorong pembesaran pembuluh darah dari kaki menuju ke rongga dada dan darah akan berakumulasi di pembuluh darah jantung. Air hangat akan menyebabkan dilatasi pembuluh darah, menurunkan kekentalan darah, menurunkan ketegangan

otot, meningkatkan metabolisme jaringan dan meningkatkan permeabilitas (Muhamad & Erwan, 2017).

Merendam kaki dapat dikombinasi dengan rempah-rempah (Nurahmandani dkk, 2016). Rempah yang banyak digunakan dan mudah didapatkan salah satunya serai. Serai sebagai terapi non farmakologis memiliki kandungan utama antara lain: minyak asitri yang terdiri dari sitrat, sitroneral, lonalol, geraniol, a-pinen, kamfen, sabinen, mirsen, psimen, limonen, cisosimen, terpinol, sitronelal, borneol, dan farsenol, yang memiliki efek menenangkan, menyeimbangkan, stimulasi, antidepresan, dan vasodilator yang dapat membantu meningkatkan kualitas tidur, memberikan efek hangat, dan melemaskan otot (Nuraini, 2014). Aroma serai dihirup akan masuk melalui hidung (sebagai indra penciuman), kemudian akan ditangkap oleh bulbofaktori (sebagai saraf terpenting dalam penciuman), kemudian akan di bawa ke thalamus dan hipotalamus (sebagai saraf pusat kerja dan memori ), kemudian akan dilanjutkan dengan memberi perintah ke struktur otak untuk meresponnya, sehingga akan melepaskan zat endorfin (senyawa kimia yang dapat menimbulkan rasa senang dan nyaman) (Sari, 2018).

Menurut asumsi peneliti adanya peningkatan kualitas tidur pada lansia di Desa Banyu Urip, Klego, Boyolali dikarenakan efek rendam kaki air hangat



dengan serai dapat memberi kenyamanan dari sensasi rasa hangat dari kaki dan aroma serai yang enak dan menenangkan ditandai dengan pernyataan responden yang menyebutkan bahwa rendam kaki air hangat dengan serai dapat memberikan perbedaan pada kualitas tidur lansia. Hal ini sesuai dengan pernyataan kuesioner yang diisi lansia seperti peningkatan jumlah waktu tidur pada malam hari, tidak membutuhkan waktu yang lama untuk memulai tidur, tidak terbangun pada malam hari, merasakan tidur nyenyak dan pagi hari terbangun badan terasa segar, lansia juga sudah tidak merasakan mengatuk pada siang hari.

- e. Analisa Kualitas Tidur Lansia Penderita Hipertensi Setelah Rendam Kaki Air Hangat dengan Serai

**Tabel 5 Analisa Kualitas Tidur Lansia Penderita Hipertensi Setelah Rendam Kaki Air Hangat dengan Serai**

Kualitas Tidur	Hasil Uji Wilcoxon	
	Z	P-value
Kualitas tidur sebelum dan setelah rendam kaki air hangat dengan serai	-4,362	0,000

Hasil penelitian ini didapatkan uji Wilcoxon menunjukkan nilai  $P\ value = 0,000$  sehingga  $P\ value < 0,05$  maka  $H_0$  di tolak dan  $H_a$  di terima bahwa rendam kaki air hangat dengan serai efektif meningkatkan

kualitas tidur lansia penderita hipertensi di Desa Banyu Urip, Klego, Boyolali. Hal ini disebabkan kualitas tidur lansia mengalami peningkatan karena mendapatkan rendam kaki air hangat dengan serai selama 15-20 menit pada waktu sore hari diberikan 7 hari sehingga responden stimulus yang meyebabkan responden menjadi rileks. Sejalan dengan hasil penelitian Sari dkk (2018) mengatakan terdapat pengaruh aromaterapi minyak sereh terhadap pencegahan postpartum blues pada ibu primipara, dengan nilai p sebesar 0,01 ( $p < 0,05$ ).

Hasil penelitian Natassia dkk (2017) mengatakan terdapat pengaruh pengaruh rendam kaki dengan larutan aromaterapi *lavender* terhadap gangguan insomnia pada lansia di Kecamatan Grobogan Kabupaten Grobogan. Penelitian Lotu dkk (2020) mengatakan terapi mandi air hangat dengan *lemongrass oil massage* lebih efektif dalam meningkatkan kualitas tidur lansia.

Rendam air hangat pada kaki dapat meningkatkan kualitas tidur dengan mekanisme syaraf pada daerah kaki terutama di kulit yaitu plexus venosus dari rangkaian saraf ini stimulasi diteruskan ke cornu posterior kemudian dilanjutkan ke medulla spinalis, setelah itu diteruskan ke lamina I, II, III, radix dorsalis, kemudian dilanjutkan ke ventrobasal thalamus dan masuk ke batang otak tepatnya di daerah

rafe bagian bawah pons dan medula, sehingga akan menumbulkan efek soparifik (efek ingin tidur) (Prananto, 2016). Pada sistem endokrin merendam kaki dengan air hangat dapat menstimulasi peningkatan sekresi hormon dalam tubuh, adapun hormon yang disekresi pada saat merendam kaki dengan air hangat yaitu serotonin yang kemudian diubah menjadi hormon melatonin (hormon yang menyebabkan rileks dan mengantuk) (Permady, 2015).

Minyak sereh dapat digunakan untuk mandi terapi, yang mampu membantu untuk menenangkan saraf, mengurangi gejala depresi dan kelelahan akibat stress. Minyak sereh juga memiliki khasiat membantu merangsang sirkulasi darah dan meremajakan jaringan kulit. Hal ini membantu untuk mengangkat dan mengencangkan kulit yang lesu dan lelah (Sumiartha, 2012).

Menurut asumsi peneliti kualitas tidur lansia mendapatkan rendam kaki air hangat dengan mengalami peningkatan kualitas tidur karena saat menghirup bau serai dari air rendaman lansia dapat merasakan rileks. Aroma serai memiliki sifat anti depresan untuk membantu menurunkan kegelisahan, ketakutan, dan kecemasan sehingga sirkulasi darah dan pernapasan menjadi lancar selain itu rasa hangat yang didapatkan dari rendaman dapat menstimulus pembuluh darah di kaki yang akan menyebabkan dilatasi pembuluh

darah sehingga sirkulasi darah lancar maka lansia tidak akan kesulitan untuk memulai tidurnya. Rendam kaki hangat dengan serai dapat dilakukan siapa saja dan tidak perlu mendatangkan terapis. Lansia dapat meminta tolong keluarga bahkan dapat dilakukan secara mandiri.

## **PENUTUP**

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa karakteristik lansia penderita hipertensi rata-rata berusia 68,2 tahun, mayoritas jenis kelamin perempuan sebanyak 22 lansia (61,1%). Kualitas tidur lansia penderita hipertensi sebelum rendam kaki air hangat dengan serai didapatkan seluruh lansia mengalami kualitas tidur buruk sebanyak 36 lansia (100%). Sedangkan, kualitas tidur lansia penderita hipertensi sesudah rendam kaki air hangat dengan serai mayoritas responden mengalami kualitas tidur baik sebanyak 32 lansia (80%). Rendam kaki air hangat dengan serai efektif meningkatkan kualitas tidur lansia penderita hipertensi di Desa Banyu Urip, Klego, Boyolali.dengan nilai p value 0,000.

Para lansia hendaknya dapat memperbaiki kualitas tidurnya dengan memanfaatkan serai untuk digunakan rendam kaki air hangat secara rutin. Diharapkan juga agar Puskesmas dapat membentuk Posyandu Lansia untuk kualitas hidup lansia lebih optimal. Dengan adanya hasil penelitian ini dapat berguna juga sebagai bahan bacaan dan acuan belajar dan mengajar. Peneliti lain

hendaknya dapat mengembangkan penelitian ini menggunakan variabel yang berbeda. Penelitian ini dibuat agar dapat mengembangkan penelitian lain, serta dapat mengajarkan hal-hal yang dapat meningkatkan kualitas tidur yang baik di lahan praktik dan pekerjaan.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Andriani M.(2016). Pengaruh kompres serei hangat terhadap penurunan intensitas nyeri artritis rheumatoid pada lanjut usia. *Jurnal Ipteks Terapan*.  
ejournal.kopertis10.or.id
- Aziz, W.F. (2016). *Pengaruh Masase Kaki dan Aroma Terapi Sereh Terhadap Insomnia Pada Lansia Di Panti Werdha Daerah Surakarta*.
- Calhoun, D.A dan Harding, S.M. (2014). Sleep and Hypertension. *Journal Circulation*. 138. 434-443
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, (2017). Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2017*
- Kemendes RI. (2018). Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018. [http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi\\_rakorpop\\_2018/Hasil%20Riskesdas%202018.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpop_2018/Hasil%20Riskesdas%202018.pdf)
- Kozier. (2012). *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis*. Edisi 6. Jakarta : EGC
- Leo Rulino & Laras Santi (2019). *Studi Kasus Efektivitas Intervensi Massage Kaki, Aromaterapi Sereh & Kombinasi Keduanya Terhadap Penurunan Insomnia Pada Lansia*. Akademi Keperawatan Husada Karya Jaya. JAKHKJ 5 (2)
- Lotu M.L, Yohanes D, Balbina A.M. (2020). *Efektifitas Terapi Mandi Air Hangat Dengan Lemongrass Oil Massage Terhadap Kualitas Tidur Lansia Di Panti Sosial Lansia Budi Agung Kupang*. Skripsi. Program Studi Ners Universitas Citra Bangsa, Kupang
- Muhamad B.C, Erwan S (2017). *Efektifitas Terapi Rendam Kaki Dengan Air Jahe Hangat Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Di Puskesmas Kecamatan Cempaka Putih Jakarta Pusat*. Skripsi. Universitas Muhammadiyah Jakarta
- Natassia K, Mingle A P. (2017). *Pengaruh Rendam Kaki Dengan Larutan Aromaterapi Lavender Terhadap Gangguan Insomnia Pada Lansia Di Kecamatan Grobogan Kabupaten Grobogan*. Skripsi. Universitas An Nuur
- NSF. (2017). *Nasional Sleep Foundation*. Diakses pada laman: [https://sleepfoundation.org/sites/default/files/CME/SleepAwarenessWeek\\_MediaKit\\_0.pdf](https://sleepfoundation.org/sites/default/files/CME/SleepAwarenessWeek_MediaKit_0.pdf). tanggal 18 Desember 2019
- Nurahmandani A, Hartati E, Supriyono M.(2016).Efektivitas Pemberian Terapi Rendam Kaki Air Jahe Hangat Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi Di Panti Werdha Pucang Gading Semarang. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan (JIKK)*. 1 (1): 1-8
- Nuraini, Dian Nuris. (2014). *Aneka daun khasiat untuk obat*. Yogyakarta, penerbit: Gava Media
- Olorunnisola, S. ., Asiyandi, H. ., Hammed, A. ., & Simsek, S. (2014). Biological Properties Of Lemongrass: An Overview. *International Food Research Journal*, IFRJ 21:2-4

- Permady, G.G. (2015). *Pengaruh Merendam Kaki Dengan Air Hangat Terhadap Kualitas Tidur Lansia Di Wilayah Kerja Puskesmas Astanalanggar Kecamatan Losari Cirebon Jawa Barat*. (<http://repository.uinjkt.ac.id/dspace/bisstream/123456789/28907/1/GILANG%20GUMILAR%20PERMADY-FKIK.PDF>)
- Price SA, Wilson LM. (2012). *Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit*, edisi ke-6. Jakarta: EGC.
- Rudimin, Harianto T, Rahayu W.(2017). Hubungan Tingkat Umur Dengan Kualitas Tidur Pada Lansia Di Posyandu Permadi Kelurahan Tlogomas Kecamatan Lowokwaru Malang. *Nursing News*. 2(1): 119-127
- Sari, N. R. W. (2018). *Pengaruh Aromaterapi Minyak Sereh (Cymbopogon Citratus) Terhadap Pencegahan Post Partum Blues Pada Ibu Primipara Di Rsud Kabupaten Sukoharjo*, 5(1), Pp. 7–11
- Sari D, Leonard D.(2018). Pengaruh Aroma Terapi Lavender Terhadap Kualitas Tidur Lansia Di Wisma Cinta Kasih. *Jurnal Endurance* 3(1):121-130
- Sitralita D.(2010). Pengaruh Latihan Relaksasi Otot Progresif terhadap Kualitas Tidur Lansia. *Journal Keperawatan*. 4(1): 11-20
- Sumiartha,K. (2012). *Modul pelatihan Budidaya dan Pasca panen Tanaman Sereh (Cymbopogon citrates (DC.)Stapf.)*. Bali: Pusat Studi Ketahanan pangan Universitas Udayana
- Syarif M.(2016). *pengaruh terapi dengan air hangat terhadap kualitas tidur lansia di dusun cambahan gamping kab. sleman Yogyakarta*.  
<http://digilib.unisayogya.ac.id/2194/>
- Wahid A, Roni Y.(2018). Hubungan Kualitas Tidur Dengan Tekanan Darah Pasien Hipertensi. *Jurnal Berkala Epidemiologi*. 6 (1): 18-26
- Widyastuti Y.(2015). *Hubungan Antara Kualitas Tidur Lansia Dengan Tingkat Kekambuhan Pada Pasien Hipertensi Di Klinik Dhanang Husada Sukoharjo. Stikes Kusuma Husada Surakarta*. Skripsi Online.  
<http://digilib.stikeskusumahusada.ac.id/>
- Wu, E.-L., Chien, I.-C., & Lin, C.-H. (2014). Increased risk of hypertension in patients with anxiety disorders: A population-based study. *Journal of Psychosomatic Research*, 77(6)
- Xianlong X, Yunshaang R, & Zumin S. (2016). Hypertension Impact on Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Survey among Middle-Aged Adults in Chongqing China`. *Internation Journal of Hypertension*, 2016, 1–7.
- Zharfan. (2013). *Hubungan Durasi Tidur dan Peningkatan Risiko Hipertensi pada Usia Lanjut dan Paruh Baya* dalam <http://drhoki.com/2013/07/hubungan-durasi-tidur-dan-peningkatan.html?m=1>,
- Kumar, V.A.H., Ratep, N. (2017). Kualitas tidur pada geriatri di panti jompo tresna wana seraya, Denpasar-Bali. *Intisari Sains Medis*.8(2): 151-154.
- Erfrandau A, Murtaqib, Widayati N.(2017). Pengaruh Terapi Tawa terhadap Kualitas Tidur pada Lansia di Unit Pelayanan Teknis Panti Sosial Lanjut Usia (UPT PSLU) Kabupaten Jember. *e-Jurnal Pustaka Kesehatan*.5(2)
- Madrid-Valero, J. J., Martínez-Selva, J. M., Ribeiro do Couto, B., Sánchez-Romera, J. F., & Ordoñana, J. R. (2016). Age and gender effects on the prevalence of poor sleep quality in the adult population. *Gaceta Sanitaria*, 31(1), 18–22

Indriasari S & Putra R.(2019). Pengaruh Yoga Terhadap Kualitas Tidur Lansia (Elderly). *Jurnal Keterapian Fisik*.4(2):59-118

Farisma O.(2017). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Tidur Pada Lanjut Usia Di Indonesia*. Diakses 5 Juli 2020.  
[https://repository.unsri.ac.id/13447/2/RA\\_MA\\_%2013201%20\\_10011181419026\\_0021018101\\_01\\_front\\_ref.pdf](https://repository.unsri.ac.id/13447/2/RA_MA_%2013201%20_10011181419026_0021018101_01_front_ref.pdf)

## **GAMBARAN PERAN KELUARGA DALAM PEMENUHAN ACTIVITY DAILY LIVING (ADL) LANSIA PASCA STROKE DI DESA GUNUNGRONGGO KECAMATAN TAJINAN**

Nanda Eka Retnani<sup>1)</sup>, Lenni Saragih<sup>1)</sup>, Zainol Rachman<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>Poltekkes Kemenkes Malang  
Jl. Besar Ijen 77 C Malang  
E - mail: saragihlenni@gmail.com

### ***The Role of the Family in Meeting the Activity Daily Living at Elderly Patients Post Stroke in Gunungronggo Vilage Tajinan***

**Abstract:** *The role the family must play in order to fulfill the expectations of themselves or others in the family. The elderly during post-stroke are in a critical phase of recovery. The purpose of this study was to describe the role of the family in meeting the daily needs of the post-stroke elderly.. The purpose of this study was to describe the role of families in fulfilling ADL in post-stroke elderly. The design of this study is a descriptive case study. This study used two family subjects who had family members suffering from post-stroke. This research was conducted on 7-12 January 2019. This research method was interview and observation. The results of the case studies obtained were that both subjects carried out their roles as motivators and family nurses. The conclusion of this study is that both families play a good role by obtaining a score of 43 and 39. Recommendations for future researchers are expected to conduct similar research, but examine other types of informal roles so that other actions can be taken by the family in fulfilling the ADL of post-stroke elderly.*

**Keywords:** *Family Role, Elderly, Post Stroke, Activity Daily Living.*

**Abstrak:** *Peran keluarga harus lakukan agar memenuhi harapan mereka sendiri atau orang lain dalam keluarga tersebut. Lansia pada masa pasca stroke berada pada fase kritis pemulihan. Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui gambaran peran keluarga dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari lansia pasca stroke. Desain penelitian ini adalah deskriptif studi kasus. Penelitian ini menggunakan dua subjek keluarga yang memiliki anggota keluarga menderita pasca stroke. Penelitian ini dilaksanakan pada 7-12 Januari 2019. Metode penelitian ini wawancara dan observasi. Hasil studi kasus yang diperoleh yaitu, kedua subjek menjalankan perannya sebagai pendorong dan perawat keluarga. Kesimpulan dari penelitian ini adalah kedua keluarga berperan baik dengan memperoleh skor 43 dan 39. Rekomendasi untuk peneliti selanjutnya adalah diharapkan dapat melakukan penelitian serupa, tetapi meneliti jenis peran informal lainnya sehingga dapat diketahui tindakan lain yang dilakukan keluarga dalam memenuhi ADL lansia pasca stroke.*

**Kata kunci:** *Peran Keluarga, Lansia, Pasca Stroke, Activity Daily Living (ADL).*

## PENDAHULUAN

Lanjut usia (lansia) merupakan bagian dari proses tumbuh kembang. Manusia tidak secara tiba-tiba menjadi tua, tetapi berkembang dari bayi, anak-anak, dewasa dan akhirnya menjadi tua. Lansia merupakan suatu proses alami yang ditentukan oleh Tuhan Yang Maha Esa. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir. Menurut Undang – Undang No.13 Tahun 1998 Bab I Pasal I ayat (2) tentang Kesejahteraan Usia Lanjut, lanjut usia (lansia) adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas. (Azizah, 2011:1).

Menurut data Riskesdas (2013:93), di Indonesia angka lansia penderita stroke pada tahun 2013 dalam prevalensi usia 55-64 tahun adalah 33%, prevalensi usia 65-74 tahun adalah 46,1%, prevalensi pada usia 75 tahun lebih adalah 67%. Di Jawa Timur, angka lansia penderita stroke sebanyak 6,6% (Infodatin, 2014:3). Di Kabupaten Malang sendiri terdapat 9,55% lansia penderita stroke (Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2016:65).

Keluarga merupakan *support system* utama dalam perawatan lansia pasca stroke khususnya dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari. Lansia pasca stroke membutuhkan peranan yang lebih dari keluarga maupun lingkungan sekitar dalam kesehariannya. Peran keluarga adalah apa yang individu-individu harus lakukan dalam situasi tertentu agar dapat memenuhi harapan-harapan mereka sendiri atau harapan orang lain menyangkut peran-peran tersebut (Nye 1976 dalam Andarmoyo, 2012:20). Menurut Hidayat (2009) dalam Rijalallah (2013:2), peran keluarga sangat diperlukan untuk membantu memenuhi kebutuhan lansia pasca stroke terutama kebutuhan *activity daily living* (ADL). Peran keluarga dikategorikan menjadi peran formal dan peran informal.

Pada peran keluarga dalam pemenuhan *activity daily living* (ADL) lansia pasca stroke, peneliti memilih meneliti peran

informal keluarga. Peran informal merupakan peran implisit yang tidak terlihat di permukaan, tetapi diharapkan untuk dapat memenuhi kebutuhan emosional keluarga. Peneliti tidak memilih peran formal karena peran formal tidak bisa digantikan, misalnya peran formal suami atau istri, sedangkan peran informal bisa dilakukan oleh semua anggota keluarga atau dengan membayar seseorang. Peran informal keluarga yang dipilih oleh peneliti adalah peran pendorong, yaitu memuji, menerima dan menghargai pemikiran, selain itu peneliti juga memilih peran perawat keluarga, yaitu merawat dengan ikhlas dan sukarela (Setiadi, 2008:23).

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran peran keluarga dalam pemenuhan *activity daily of living* (ADL) lansia pasca stroke.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah deskriptif studi kasus. Subjek penelitian studi kasus ini adalah keluarga yang memiliki lansia pasca stroke, yang berjumlah dua keluarga dan sesuai dengan kriteria inklusi, yaitu 1) keluarga memiliki lansia pasca stroke yang mengalami serangan stroke pertama dan terdapat hasil pemeriksaan yang menunjukkan bahwa lansia tersebut mengalami stroke. 2) keluarga yang memiliki lansia pasca stroke dengan ketergantungan dalam aktivitas sehari-hari dengan nilai 62-90 (ketergantungan sedang), 3) keluarga yang tinggal bersama lansia pasca stroke, 4) anggota keluarga yang sehari-hari membantu memenuhi kebutuhan ADL lansia pasca stroke, 5) bersedia menjadi responden dan menandatangani *informed consent*, 6) keluarga kooperatif selama penelitian.

## HASIL PENELITIAN

Gambaran umum subjek penelitian adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Identitas Subjek 1

Jenis data	Subjek 1	Lansia 1	Keterangan
Nama	Ny. S	Tn. K	Usia perkawinan 40 tahun
Umur	54 tahun	67 tahun	
Jenis Kelamin	Perempuan	Laki-laki	
Pendidikan	SD	SD	
Pekerjaan	Wiraswasta	-	
Alamat	Gunungron ggo	Gunungron ggo	
Hubungan dengan lansia	Istri	Lansia	

Tabel 2. Identitas Subjek 2

Jenis data	Subjek 2	Lansia 2	Keterangan
Nama	Ny. P	Tn. T	Usia perkawinan 45 tahun
Umur	60 tahun	72 tahun	
Jenis Kelamin	Perempuan	Laki-laki	
Pendidikan	SD	-	
Pekerjaan	Petani	-	
Alamat	Gunungron ggo	Gunungron ggo	
Hubungan dengan lansia	Istri	Lansia	

## PEMBAHASAN

### 1. Peran Keluarga Sebagai Pendorong dalam Pemenuhan ADL Lansia Pasca Stroke

Peran keluarga sebagai pendorong dalam pemenuhan ADL lansia pasca stroke pada subjek 1 dan subjek 2, sebagai berikut:

1. Peran Keluarga Sebagai Pendorong dalam Pemenuhan ADL Lansia Pasca Stroke pada Subjek 1

Peran keluarga sebagai pendorong dalam pemenuhan ADL lansia pasca stroke pada subjek 1 dilihat berdasarkan pemaparan hasil studi kasus pada subjek 1. Penelitian ini dilakukan sebanyak 6 kali kunjungan dengan metode wawancara dan observasi. Subjek 1 sudah menjalankan dengan baik perannya sebagai pendorong, hal ini dapat diketahui pada hasil wawancara pada kunjungan ke-1. Subjek 1 mendapatkan skor 7 pada pernyataan tentang memberikan pujian pada Tn. K, skor 9 pada pernyataan tentang menerima keadaan Tn. K dan skor 9 pada pernyataan tentang menghargai pendapat Tn. K. Total skor yang diperoleh subjek 1 adalah 25 pada peran pendorong. Selain itu, untuk menentukan hal tersebut, peneliti juga mencocokkan dengan hasil observasi pada peran pendorong. Pada subjek 1 hasil wawancara sesuai dengan hasil observasi. Berikut hasil observasi yang didapatkan pada subjek 1:

a. Hari pertama

Subjek 1 melakukan tindakan memberikan pujian pada Tn. K saat keluar masuk kamar mandi, mandi, merawat diri dan berpakaian. Subjek 1 menerima keadaan Tn. K dengan tidak mengabaikannya dan menghargai pemikiran Tn. K dengan menuruti kemauannya saat BAK, keluar masuk kamar mandi, mandi, merawat diri dan berpakaian. Pada hari pertama, subjek 1 memberikan respon pada 5 ADL.

b. Hari kedua

Subjek 1 melakukan tindakan memberikan pujian pada Tn. K, menerima keadaan Tn. K dengan tidak mengabaikannya dan menghargai pemikiran Tn. K dengan menuruti kemauannya. Tindakan tersebut muncul saat Tn. K makan/minum, berjalan, mandi, merawat diri dan berpakaian. Pada hari kedua, respon yang diberikan subjek 1 sama dengan kunjungan pertama, yaitu pada 5 ADL.



c. Hari ketiga

Subjek 1 melakukan tindakan memberikan pujian pada Tn. K saat makan, keluar masuk kamar mandi, berpindah dan berjalan. Subjek 1 menerima keadaan Tn. K dengan tidak mengabaikannya, menghargai pemikiran Tn. K dengan menuruti kemauannya saat makan, keluar masuk kamar mandi, BAB, berpindah dan berjalan. Pada hari ketiga, respon yang diberikan subjek 1 sama dengan kunjungan kedua, yaitu pada 5 ADL.

Hasil penelitian ini sesuai dengan yang dituliskan Nugroho (2008:94), peran keluarga yang harus dijalankan dalam perawatan lansia adalah, keluarga harus menciptakan suasana yang aman, tidak gaduh dan membiarkan mereka melakukan sesuatu sesuai keinginannya. Selain itu, keluarga harus membangun semangat dan kreasi lansia dalam memecahkan dan mengurangi rasa putus asa, rasa rendah diri dan rasa keterbatasan. Hal itu bisa dilakukan dengan memberikan pujian dan menerima keadaannya sebagai akibat dari ketidakmampuan fisik dan kelainan yang dideritanya.

Hasil penelitian peran pendorong pada subjek 1 memiliki kesamaan dengan yang dituliskan Nugroho (2008:94). Kesamaannya yaitu terdapat pada tindakan memberikan pujian, menerima keadaan dan menghargai pendapat lansia pasca stroke. Menurut peneliti, subjek 1 sudah baik dalam menjalankan perannya sebagai pendorong dengan melakukan tindakan tersebut. Tindakan itu dilakukan karena subjek 1 memiliki kesadaran sebagai anggota keluarga yang membantu memenuhi ADL Tn. K, dirinya harus memberikan dorongan psikologis. Hal tersebut dibuktikan, misalnya saat Tn. K makan, Ny. S dengan senang hati menyiapkan dan menuruti menu yang diinginkan Tn. K. Selain itu, Ny. S juga bersedia menyiapkan air hangat dan peralatan untuk mandi, setelah Tn. K mandi, Ny. S senang melihatnya. Selanjutnya, Ny. S bersedia menyiapkan dan membantu memakaikan kemeja dan kancing Tn. K, serta Ny. S bersedia menemani saat Tn. K keluar masuk kamar mandi untuk mandi, BAB dan BAK. Ny. S juga bersedia mengawasi saat Tn. K berpindah tempat dan berjalan. Dorongan psikologis yang diberikan bertujuan meningkatkan harga diri, semangat, perasaan aman berada di tengah-

tengah keluarga dan rasa kasih sayang dari lingkungannya. Hal ini sesuai dengan pernyataan Ahsan dkk (2018), keluarga memiliki peranan penting dalam memberikan dorongan psikologis berupa memberikan dukungan dan memberi perhatian untuk meningkatkan kualitas hidup lansia. Salah satu cara meningkatkan kualitas hidup lansia adalah dengan pemenuhan ADL nya.

2. Peran Keluarga Sebagai Pendorong dalam Pemenuhan ADL Lansia Pasca Stroke pada Subjek 2

Peran keluarga sebagai pendorong dalam pemenuhan ADL lansia pasca stroke pada subjek 2 dilihat berdasarkan pemaparan hasil studi kasus pada subjek 2. Penelitian ini dilakukan sebanyak 6 kali kunjungan dengan metode wawancara dan observasi. Subjek 2 sudah menjalankan dengan baik perannya sebagai pendorong, hal ini dapat diketahui pada hasil wawancara pada kunjungan ke-1. Subjek 2 mendapatkan skor 3 pada pernyataan tentang memberikan pujian pada Tn. T, skor 9 pada pernyataan tentang menerima keadaan Tn. T dan skor 9 pada pernyataan tentang menghargai pendapat Tn. T. Total skor yang diperoleh subjek 2 adalah 21 pada peran pendorong. Selain itu, untuk menentukan hal tersebut, peneliti juga mencocokkan dengan hasil observasi pada peran pendorong. Pada subjek 2 hasil wawancara sesuai dengan hasil observasi. Berikut hasil observasi yang didapatkan pada subjek 2:

a. Hari pertama

Subjek 2 melakukan tindakan memberikan pujian pada Tn. T saat makan/minum, berjalan, mandi dan berpakaian. Menerima keadaan Tn. T dengan tidak mengabaikannya, menghargai pemikiran Tn. T dengan menuruti kemauannya saat makan/minum, berpindah, berjalan, mandi, merawat diri dan berpakaian. Pada hari pertama, subjek 2 memberikan respon pada 6 ADL.

b. Hari kedua

Subjek 2 melakukan tindakan memberikan pujian pada Tn. T saat berjalan, menerima keadaan Tn. T dengan tidak mengabaikannya, menghargai pemikiran Tn. T dengan menuruti kemauannya saat berpindah dan berjalan. Pada hari kedua, terjadi penurunan respon, subjek 2 memberikan respon pada 2 ADL.

c. Hari ketiga

Subjek 2 melakukan tindakan memberikan pujian pada Tn. T saat makan/minum dan berjalan, menerima keadaan Tn. T dengan tidak mengabaikannya, menghargai pemikiran Tn. T dengan menuruti kemauannya saat BAB, BAK, keluar masuk kamar mandi, berpindah dan berjalan. Pada hari ketiga, terjadi peningkatan respon, subjek 2 memberikan respon pada 5 ADL.

Hasil penelitian ini sesuai dengan yang ditulis Maryam (2008:41), dalam melakukan perawatan terhadap lansia, setiap anggota keluarga memiliki peranan yang sangat penting. Ada beberapa hal yang dapat dilakukan oleh anggota keluarga dalam melaksanakan perannya terhadap lansia. Diantaranya menghormati, menghargai pendapat, memberi dorongan untuk hidup, menerima keadaan, tidak menganggapnya sebagai beban dan memberi kasih sayang berupa memberikan pujian, memberikan perhatian dan menyediakan waktu.

Hasil penelitian peran pendorong pada subjek 2 memiliki kesamaan dengan yang ditulis Maryam (2008:41). Kesamaan terdapat pada hal yang harus dilakukan yang berupa menghargai pendapat, memberikan pujian dan menerima keadaan lansia pasca stroke. Menurut peneliti, subjek 2 sudah baik dalam berperan sebagai pendorong dengan melakukan hal tersebut. Tindakan yang dilakukan subjek 2 didasari oleh kesadaran keluarga akan fungsi yang harus dijalankannya. Hal tersebut dibuktikan, misalnya saat Tn. T makan, Ny. P dengan senang hati menyiapkan dan menuruti menu yang diusulkan Tn. T. Selain itu, Ny. P juga bersedia menyiapkan air hangat dan peralatan untuk mandi. Selanjutnya, Ny. P bersedia menyiapkan dan membantu memakaikan kaos pada Tn. T, serta Ny. P bersedia menemani saat Tn. T keluar masuk kamar mandi untuk mandi, BAB dan BAK. Ny. P juga bersedia mengawasi saat Tn. T berpindah tempat dan berjalan. Menurut Peraturan Pemerintah no. 21 tahun 1994 dalam Ekawati (2010) fungsi keluarga yang harus dijalankan pada lansia, yaitu berupa fungsi cinta kasih, dan fungsi melindungi yang bertujuan membuat lansia merasa bernilai dan diterima.

## 2. Peran Keluarga Sebagai Perawat Keluarga dalam Pemenuhan ADL Lansia Pasca Stroke

Berikut ini peran keluarga sebagai perawat keluarga dalam pemenuhan ADL lansia pasca stroke pada subjek 1 dan subjek 2, sebagai berikut:

### 1. Peran Keluarga Sebagai Perawat Keluarga dalam Pemenuhan ADL Lansia Pasca Stroke pada Subjek 1

Peran keluarga sebagai perawat keluarga dalam pemenuhan ADL lansia pasca stroke pada subjek 1 dilihat berdasarkan pemaparan hasil studi kasus pada subjek 1. Penelitian dilakukan sebanyak 6 kali kunjungan dengan metode wawancara dan observasi. Subjek 1 sudah menjalankan dengan baik perannya sebagai perawat keluarga, hal ini dapat diketahui pada hasil wawancara pada kunjungan ke-2. Subjek 1 mendapatkan skor 9 pada pernyataan tentang merawat Tn. K dengan ikhlas dan skor 9 pada pernyataan tentang sukarela membantu Tn. K. Total skor yang diperoleh subjek 1 adalah 18 pada peran perawat keluarga. Selain itu, untuk menentukan hal tersebut, peneliti juga mencocokkan dengan hasil observasi tindakan yang dilakukan subjek 1 sebagai perawat keluarga untuk mengetahui apakah subjek 1 benar-benar memberikan respon sesuai dengan apa yang dikatakan pada saat wawancara. Pada subjek 1 hasil wawancara sesuai dengan hasil observasi. Berikut hasil observasi yang didapatkan pada subjek 1:

#### a. Hari pertama

Subjek 1 melakukan tindakan merawat Tn. K dengan ikhlas, sukarela membantu Tn. K saat mandi, merawat diri, berpakaian, BAK, keluar masuk kamar mandi, berpindah dan berjalan. Pada hari pertama, subjek 1 memberikan respon pada 7 ADL.

#### b. Hari kedua

Subjek 1 melakukan tindakan merawat Tn. K dengan ikhlas dan sukarela membantu Tn. K saat makan/minum, berjalan, mandi, merawat diri dan berpakaian. Pada hari kedua terjadi penurunan, subjek 1 memberikan respon pada 5 ADL.

#### c. Hari ketiga

Subjek 1 melakukan tindakan merawat Tn. K dengan ikhlas dan sukarela membantu Tn. K saat makan, berpindah, keluar masuk kamar

mandi dan berjalan. Pada hari ketiga sama dengan hari kedua, subjek 1 memberikan respon pada 5 ADL.

Hasil penelitian ini sesuai dengan yang ditulis Nugroho (2008:96), peran keluarga yang harus dijalankan dalam perawatan lansia pasca stroke salah satunya berupa memperhatikan dan membantu dengan sukarela lansia untuk bernafas dengan lancar. Selain itu, untuk makan, minum, eliminasi, tidur, duduk, berjalan, berpindah, kebersihan tubuh, memakai dan menukar pakaian. Keluarga juga harus membimbing, merawat dengan sabar dan ramah.

Hasil penelitian peran perawat keluarga pada subjek 1 memiliki kesamaan dengan teori Nugroho (2008:96), kesamaan terdapat pada tindakannya yaitu merawat dengan ikhlas/sabar dan sukarela membantu. Menurut peneliti, subjek 1 sudah baik dalam menjalankan perannya sebagai perawat keluarga karena sudah menjalankan tindakan tersebut. Subjek 1 melakukan tindakan tersebut karena sadar harus menjalankan tugasnya sebagai keluarga, yaitu memberi perawatan pada lansia yang sedang sakit. Hal tersebut dibuktikan, misalnya saat Tn. K makan, keluarga merawat dan membantu dengan memotongkan makanannya. Selain itu, saat Tn. K mandi, Ny. S membantu menyiapkan air hangat dan peralatan mandinya. Selanjutnya, saat Tn. K menyisir rambut, Ny. S membantunya merapikan serta Ny. S membantu memasang pakaian dan kancing baju Tn. K. Ny. S juga ikhlas menemani dan membantu Tn. K saat keluar masuk kamar mandi untuk mandi, BAB, BAK. Saat berpindah tempat dan berjalan, Ny. S juga mendampingi dan mengawasi Tn.K. Ahsan dkk (2018) mengatakan, tugas kesehatan keluarga terhadap lansia salah satunya adalah memberi perawatan pada lansia. Keluarga memiliki peranan penting bagi kehidupan lansia, khususnya saat terjadi perubahan-perubahan fisik lansia. Dengan adanya perubahan tersebut, keluarga harus merawat lansia dengan baik.

## 2. Peran Keluarga Sebagai Perawat Keluarga dalam Pemenuhan ADL Lansia Pasca Stroke pada Subjek 2

Peran keluarga sebagai perawat keluarga dalam pemenuhan ADL lansia pasca stroke pada subjek 2 dilihat berdasarkan pemaparan hasil studi kasus pada subjek 2. Penelitian dilakukan

sebanyak 6 kali kunjungan dengan metode wawancara dan observasi. Subjek 2 sudah menjalankan dengan baik perannya sebagai perawat keluarga, hal ini dapat diketahui pada hasil wawancara pada kunjungan ke-2. Subjek 2 mendapatkan skor 9 pada pernyataan tentang merawat Tn. K dengan ikhlas dan skor 9 pada pernyataan tentang sukarela membantu Tn. K. Total skor yang diperoleh subjek 2 adalah 18 pada peran perawat keluarga. Selain itu, untuk menentukan hal tersebut, peneliti juga mencocokkan dengan hasil observasi tindakan yang dilakukan subjek 2 sebagai perawat keluarga untuk mengetahui apakah subjek 2 benar-benar memberikan respon sesuai dengan apa yang dikatakan pada saat wawancara. Pada subjek 2 hasil wawancara sesuai dengan hasil observasi. Berikut hasil observasi yang didapatkan pada subjek 2:

### a. Hari pertama

Subjek 2 melakukan tindakan merawat Tn. T dengan ikhlas dan sukarela membantu Tn. T saat berpindah, mandi, merawat diri, berpakaian dan berjalan. Pada hari pertama, subjek 2 memberikan respon pada 7 ADL.

### b. Hari kedua

Subjek 2 melakukan tindakan merawat Tn. T dengan ikhlas dan sukarela membantu Tn. T saat berpindah dan berjalan. Pada hari kedua terjadi penurunan dari hari pertama, yaitu subjek 2 memberikan respon pada 2 ADL.

### c. Hari ketiga

Subjek 2 melakukan tindakan merawat Tn. T dengan ikhlas dan sukarela membantu Tn. T saat berpindah, BAB, BAK, keluar masuk kamar mandi dan berjalan. Pada hari ketiga terjadi peningkatan dari hari kedua, yaitu subjek 2 memberikan respon pada 5 ADL.

Hasil penelitian ini sesuai dengan yang ditulis Maryam (2008:41), hal yang dapat dilakukan keluarga dalam melaksanakan peranannya terhadap lansia, yaitu membantu dalam segala hal dengan sukarela. Selain itu, keluarga harus bersikap sabar dan ikhlas saat merawat lansia. Keluarga juga harus mencukupi kebutuhan, mengatur keuangan, bertanggung jawab memelihara kesehatan dan tanpa mengharap imbalan dengan bersikap yang baik.

Hasil penelitian peran perawat keluarga pada subjek 2 memiliki kesamaan dengan yang

dituliskan Maryam (2008:41), kesamaan terdapat pada tindakan merawat dengan sabar/ikhlas, sukarela membantu dan tanpa mengharap imbalan. Menurut peneliti, keluarga subjek 2 sudah baik dalam berperan sebagai perawat keluarga dengan melaksanakan tindakan tersebut. Hal tersebut dibuktikan, misalnya saat Tn. T makan/minum, Ny. P ikhlas membantunya memotong makanan. Selain itu, Ny. P membantu Tn.T dengan menyiapkan air dan peralatan untuk mandi. Selanjutnya, Ny. P membantu Tn. T merapikan rambut dan memakaikan kaos. Ny. P juga ikhlas membantu Tn. T keluar masuk kamar mandi untuk mandi, BAB dan BAK. Selain itu, Ny. P ikhlas membantu Tn. T untuk berpindah tempat dan berjalan. Subjek 2 melaksanakan perawatan yang didasari oleh kesadaran akan tugas keluarga terhadap lansia. Ahsan dkk (2018) mengatakan, jika kesadaran keluarga akan tugasnya terhadap lansia itu baik maka keluarga akan optimal dalam menjalankan tugasnya dalam merawat lansia.

Dari pembahasan di atas, yang dilakukan peneliti terhadap Ny. S dan Ny. P membuktikan bahwa kedua subjek memberikan respon yang baik. Respon tersebut yaitu saat melaksanakan peran sebagai pendorong dan perawat keluarga dalam pemenuhan ADL lansia pasca stroke. Hal ini dikarenakan faktor yang mempengaruhi pelaksanaan peran, yaitu kesadaran yang dimiliki oleh kedua subjek. Hal tersebut dibuktikan dengan kedua subjek yang memiliki kesanggupan dalam melaksanakan perannya. Oleh karena itu, keluarga berusaha berperan dengan baik dalam merawat lansia pasca stroke dengan memenuhi aktivitas sehari-harinya.

Menurut peneliti, faktor lain yang mempengaruhi peran keluarga terlaksana adalah karena perasaan/*mood* yang sedang dirasakan oleh kedua subjek. Kedua subjek memiliki *mood* yang baik, dibuktikan dengan memberikan sambutan baik pada peneliti dan sikap positif yang ditunjukkan saat memenuhi ADL lansia pasca stroke. Hal itu merupakan sebuah kebiasaan yang dilakukan keluarga untuk menghargai tamu. Hal ini sesuai dengan pendapat Kurniawan (2008), yaitu faktor yang mempengaruhi terlaksananya peran adalah kesadaran dan kebiasaan.

Menurut penelitian yang dilakukan Luthfa (2017), yang berjudul Peran Keluarga Merawat Lansia Pasca Stroke di Kelurahan Bangetayu Semarang, diperoleh hasil lansia yang peran keluarganya tinggi, maka pemenuhan kebutuhan perawatan diri juga cenderung tinggi. Begitu pula sebaliknya, apabila peran keluarga lansia rendah, maka mereka tidak akan mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri.

Peran keluarga dalam pemenuhan ADLnya sangat dibutuhkan oleh lansia pasca stroke. Dengan adanya peran keluarga, ADL lansia pasca stroke dapat terpenuhi. Lansia pasca stroke dengan ketergantungan sedang masih membutuhkan peran keluarga berupa bantuan, meskipun pada beberapa ADL dapat dilakukannya sendiri. Menurut peneliti, dengan hasil peran keluarga baik, mungkin juga bisa membuat ketergantungan pada lansia pasca stroke menurun karena sudah diberikan dorongan dari peran keluarga. Peran keluarga yang diberikan diharapkan bisa membuat lansia pasca stroke semangat dalam meningkatkan kemampuan ADLnya. Sehingga akan menurunkan ketergantungannya, tetapi juga harus diimbangi dengan latihan secara rutin dalam melakukan ADL.

## **PENUTUP**

Kesimpulan:

1. Keluarga subjek 1 yaitu keluarga Ny. S sudah menjalankan perannya sebagai pendorong dan perawat keluarga, jadi dapat disimpulkan bahwa keluarga Ny. S berperan baik dalam pemenuhan ADL Tn. K.
2. Keluarga subjek 2 yaitu keluarga Ny. P sudah menjalankan perannya sebagai pendorong dan perawat keluarga, jadi dapat disimpulkan bahwa keluarga Ny. P berperan baik dalam pemenuhan ADL Tn. T.
3. Didapatkan perbedaan pada subjek 1 dan subjek 2, yaitu pada respon jawaban dan tindakan pada peran pendorong, yaitu pada poin memberikan pujian pada lansia pasca stroke. Perbedaannya yaitu, respon subjek 1 lebih banyak daripada subjek 2 untuk memberikan pujian. Selebihnya tidak didapatkan perbedaan pada kedua subjek.

Saran:

Diharapkan keluarga, khususnya kedua subjek untuk meningkatkan perannya

sebagai pendorong. Peran sebagai pendorong yang harus ditingkatkan yaitu, pada respon memberi pujian pada lansia pasca stroke. Hal ini bertujuan agar meningkatkan rasa kepercayaan diri dan semangat lansia pasca stroke dalam melakukan ADL.

Saran untuk peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian serupa akan tetapi dengan meneliti pada jenis peran informal lainnya sehingga dapat diketahui tindakan-tindakan lain yang dilakukan keluarga dalam memenuhi ADL lansia pasca stroke. Selain itu, diharapkan jika membuat kontrak waktu dengan subjek menggunakan kontrak sewaktu-waktu untuk datang. Hal ini agar keluarga menampilkan peran yang sebenarnya, bukan yang sudah dipersiapkan jika sudah terjadwal.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Andarmoyo, Sulistyono. 2012. *Keperawatan Keluarga Konsep Teori, Proses dan Praktik Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Azizah M.A, 2011. *Keperawatan lanjut usia*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Maryam, S, dkk. 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nugroho, Wahyudi. 2008. *Keperawatan gerontik/geriatric*. Jakarta: EGC
- Luthfa, I. 2017. *Peran Keluarga Merawat Lansia Pasca Stroke* .Skripsi . Semarang: Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
- Setiadi. 2008. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

## **PENERAPAN DATA EXTRACTION ANALYSIS MENGGUNAKAN QUERY PADA PELAPORAN RL4 STUDI KASUS RSUD RD.ISKAK TULUNGAGUNG**

**Rahmadyo Yudhi**

Poltekkes Kemenkes Malang  
Jl. Besar Ijen No.77 C Malang  
E-mail : [rahmadyo\\_yudhi@poltekkes-malang.ac.id](mailto:rahmadyo_yudhi@poltekkes-malang.ac.id)

### ***Dr.Iskak Tulungagung Hospital Case Study Data Extraction Analysis Using Query For Reporting RL4***

**Abstract :** RSUD Dr Iskak Tulungagung has carried out the transfer of SIRS VI in 2013. The incident of delays in sending external reporting when collecting external reporting data there were still problems caused by the SIMRS application which was unable to produce the RL4 reporting format. The purpose of this study is to design a query procedure using SQL commands through the Data Extraction stage. With measuring parameters in the form of processing time (running time) to produce data with the formal report RL 4a and RL4b. The method in this research is quantitative. Sources of data used are primary data and secondary data. This study concludes that the use of queries in data processing with a very large number of records and various parameters given results in a very good level of effectiveness of the running time, namely for RL4b it takes 9 minutes 45 seconds while for RL4a it takes 9 minutes 45 seconds 5 minutes 12 seconds with the resulting data validity level of 100% valid

**Keywords:** Data Extraction, Query, Reporting RL4

**Abstrak :** RSUD Dr Iskak Tulungagung telah melaksanakan perpindahan SIRS VI pada tahun 2013. Kejadian terlambatnya pengiriman pelaporan eksternal saat pengumpulan data pelaporan eksternal masih terdapat kendala disebabkan karena aplikasi SIMRS yang tidak dapat menghasilkan format pelaporan RL4. Tujuan dari penelitian ini adalah merancang prosedur query dengan menggunakan perintah SQL melalui tahapan Data Extraction. Dengan parameter ukur berupa waktu proses (running time) sampai dengan menghasilkan data dengan formal laporan RL 4a dan RL4b. Metode pada penelitian ini adalah kuantitatif. Sumber data yang digunakan yaitu data primer serta data sekunder. Kesimpulan pada penelitian ini adalah bahwa penggunaan query pada pengolahan data dengan jumlah record yang sangat banyak serta berbagai parameter yang diberikan memberikan hasil tingkat efektivitas waktu proses (running time) yang sangat baik, yaitu untuk RL4b diperlukan waktu 9 menit 45 detik sedangkan untuk RL4a diperlukan waktu 5 menit 12 detik dengan tingkat validitas data yang dihasilkan yaitu 100 % valid.

**Kata Kunci :** Data Extraction, Query, Pelaporan RL4

## PENDAHULUAN

Kebutuhan data dan informasi pada era modern saat ini semakin meningkat dan mencakup di berbagai aspek, termasuk dalam bidang kesehatan. Rumah sakit sebagai pusat pelayanan kesehatan bagi masyarakat harus mampu menjaga dan meningkatkan mutu rumah sakit seperti dalam pengambilan keputusan yang secara cepat dan tepat. Oleh karena itu setiap rumah sakit menjalankan fungsi unit rekam medis yang memiliki peran dalam menunjang tercapainya tertib administrasi untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit berupa laporan (UU RI Nomor 4 Tahun 2009 tentang Rumah Saki).

Berdasarkan PERMENKES RI No.1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS) dan Juknis SIRS 2011 revisi VI sebagaimana telah ditetapkan pada tanggal 15 juni 2011, merupakan standar pelaporan yang harus dilaksanakan setiap Rumah Sakit yang terdiri dari Rekapitulasi Laporan (RL). Pelaporan adalah satu diantara rangkaian kegiatan administrasi yang harus dilaksanakan, baik secara periodik maupun yang tidak periodik.

Menurut Setyo Rini dkk (2015:23) jenis pelaporan terdapat pelaporan yang harus diperbaharui (*update*) yang perlu dilakukan setiap harian, mingguan, bulanan, dan tahunan. Pelaporan tersebut dilakukan oleh rumah sakit di Unit Rekam Medis. Isi pelaporan kegiatan pelaporan rumah sakit terdiri dari dari rekam medis pasien yang berkunjung kerumah sakit tiap harinya untuk dibuat laporan mingguan, data pasien baik rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat dikumpulkan menjadi laporan bulanan yang kemudian jadi

bahan pelaporan dalam laporan satu tahun. Pelaporan akan bermakna apabila data dan material yang dilaporkan mengandung unsur keakuratan dalam hal waktu, volume, sumber data, prosedur pengambilan dan Pengolahan.

Salah satu indikator dari laporan RL yang digunakan sebagai penilaian mutu adalah RL 4a dan RL 4b yang berisikan mengenai data Pelaporan morbiditas dan mortalitas pasien rawat inap (RL 4a) dan rawat jalan (RL 4b). Laporan RL 4a dan RL 4b menghasilkan laporan 10 besar penyakit pasien rawat inap dan rawat jalan yang akan dilaporkan kepada pihak internal maupun eksternal rumah sakit. Laporan tersebut dapat dimanfaatkan untuk perencanaan persediaan obat dengan melihat jumlah kasus dan kelompok penyakit yang ada serta sebagai pengambilan keputusan untuk membuat program rencana pembangunan kesehatan oleh rumah sakit. Selain itu juga digunakan untuk evaluasi data penyakit oleh Kementerian Kesehatan RI, Dinas Kesehatan Provinsi serta Dinas Kesehatan Kabupaten/kota sebagai dasar penanggulangan dan tindakan preventif (Gunawan:2013)

Berdasarkan survey pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr.Iskak Tulungagung pada pelaporan eksternal telah beralih ke SIRS revisi VI mulai tahun 2013. Tetapi pada saat pengumpulan data pelaporan eksternal masih terdapat kendala yang disebabkan karena SIMRS yang tidak dapat mengolah data-data yang dibutuhkan dalam pembuatan pelaporan eksternal, hal ini mengakibatkan terjadinya keterlambatan dalam pengiriman pelaporan eksternal dikarenakan harus diolah terlebih dahulu secara manual menggunakan excel dengan

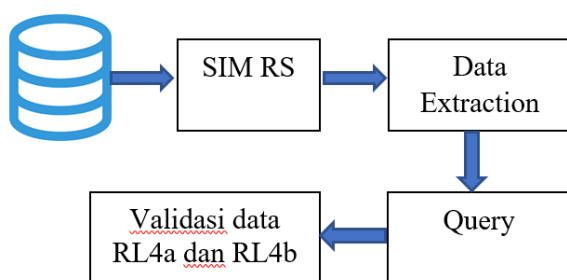
kemampuan SDM yang terbatas serta jumlah data yang sangat banyak serta berbagai parameter yang harus diolah.

Menurut Lubis (2017:45) extraction adalah proses memilih dan mengambil data dari satu atau beberapa sumber misalnya database, spreadsheet Excel, Web scraping atau flat files untuk dibaca atau diakses dengan mendefinisikan terlebih dahulu kebutuhan terhadap sumber data yang akan digunakan.

Tujuan dari penelitian ini adalah merancang prosedur query dengan menggunakan perintah SQL melalui tahapan Data Extraction. Dengan parameter ukur berupa waktu proses (*running time*) sampai dengan menghasilkan data dengan formal laporan RL 4a dan RL4b.

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif, dimulai dengan studi pustaka, kemudian pengumpulan data, analisis kebutuhan system yang digunakan untuk penelitian, pembuatan database termasuk juga pembuatan table setelah itu melakukan pengujian dari data yang dihasilkan. Adapun alur metodologi penelitian dapat dilihat pada Gambar 1.



Gambar 1. Metodologi Penelitian

Dalam penelitian ini terkait dengan proses pelaporan eksternal di bagian pelaporan rumah

sakit. Rancangan penelitian yang digunakan adalah pendekatan cross sectional yaitu pengambilan data yang dilakukan dalam satu waktu atau dalam suatu periode tertentu berupa data rekam medis pasien rawat jalan dan rawat inap tahun 2019. Obyek penelitian ini adalah data pelaporan eksternal SIRS VI di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Iskak Tulungagung. Subyek penelitian ini adalah petugas bagian analisis reporting di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Iskak Tulungagung.

Tahapan pada penelitian ini dimulai dengan cara pengambilan extract data primer melalui aplikasi SIMRS berupa file excel yang kemudian dioleh dengan menggunakan query secara bertingkat menggunakan Microsoft Access 2013 sampai dengan menghasilkan nilai atau data sesuai dengan format pelaporan RL4a dan RL4b. Secara alur diperlihatkan pada gambar 1.

## HASIL PENELITIAN

### 1. Data Extraction

Pada proses ini akan menghasilkan data primer ini diambil pada periode tahun 2019 dengan hasil lama waktu extrac sebagai berikut :

Tabel 1. Run Time Extraction Data

No	Jenis Data	Jml Data (record)	Waktu (detik)
1	Rawat Jalan	239.566	201
2	Rawat Inap	47.876	104

### 2. Query / Perintah SQL

Selanjutnya data primer yang telah di ekstrak dari database SIMRS diolah menggunakan query



pada MS Access dengan hasil berupa *running time* (lama proses) sebagai berikut :

Tabel 2. Run Time Query

No	Jenis Data	Jml Data (record)	Waktu (detik)
1	Rawat Jalan	239.566	383
2	Rawat Inap	47.876	208

Sehingga secara keseluruhan waktu yang diperlukan (*running time*) untuk menghasilkan data pada format RL4a serta RL4b adalah sebagai berikut :

Tabel 3. Total Run Time

No	Jenis Pelaporan	Total Waktu (detik)
1	RL 4b	584
2	RL 4a	312

## PEMBAHASAN

Berdasarkan analisis sistem yang sedang berjalan saat ini (SIMRS), maka permasalahan yang dihadapi oleh RSUD Dr Iskak Tulungagung saat ini adalah besarnya data mengenai *track record* penyakit pasien yang ada pada database rumah sakit. Akibat dari begitu besarnya data yang ada sehingga menyebabkan sering terjadinya kesulitan dalam mengolah informasi. Waktu yang lama dalam proses pengolahan informasi menghambat pihak rumah sakit untuk membuat laporan RL4 b dan RL 4a.

### 1. Data Extraction

Pada proses ini field yang diperlukan untuk masing – masing format RL4 dari database rumah sakit antara lain untuk RL4b adalah : no.RM, Jenis Kelamin, Statuskasus, Kelompok umur serta kelompok data tabulasi dasar (DTD) sedangkan yang membedakan pada pelaporan

RL4a adalah adanya kolom status keluar (meninggal atau tidak).

Berikut ini contoh data hasil extraction sebagai berikut :

#### a. Data extraction Rawat Jalan

NoCM	JK	KelompokUmur	statuskasus	DxUtama
12123599	L	7-28 hr	Baru	Z00.1
12123523	L	5-14 th	Lama	D66
11837725	L	1-4 th	Lama	D56.9
12124583	L	5-14 th	Lama	D66
12123870	P	5-14 th	Baru	F84.0
11624715	L	5-14 th	Lama	J06.9
12124535	P	7-28 hr	Lama	Z00.1
11712778	L	5-14 th	Lama	A16.2
12121723	L	28hr-1th	Lama	Z00.2
12122115	P	1-4 th	Baru	F89
12112547	L	5-14 th	Lama	J45.9
12120263	P	28hr-1th	Baru	J06.9

Gambar 2. Data Primer Rawat Jalan

#### b. Data extraction Rawat Inap

NoCM	JK	KelompokUr	StatusKeluar	DxUtama
12102413	L	45-64 th	Pulang	N39.0
12124739	L	45-64 th	Pulang	I61.0
11916424	L	>=65 th	Pulang	E11.9
11832031	L	45-64 th	Pulang	J18.9
12104663	P	25-44 th	Pulang	C22.1
11653658	L	>=65 th	Pulang	I21.2
12122447	P	45-64 th	Pulang	U07.1
12122798	P	>=65 th	Meninggal	I61.9
11623159	L	5-14 th	Pulang	G41.9
11600889	P	45-64 th	Pulang	U07.1
11800551	L	>=65 th	Pulang	E11.5
12124256	P	45-64 th	Pulang	I74.3
12124460	L	25-44 th	Pulang	S06.40
12124521	L	>=65 th	Pulang	I63.3

Gambar 3. Data Primer Rawat Inap

## 2. Query

Pada proses ini beberapa jenis operasi yang dilakukan antara lain

### 1. Select Query

Select query merupakan cara menampilkan data dari satu tabel atau lebih menggunakan suatu kriteria tertentu, yang kemudian ditampilkan berupa table (Martha dkk:201).

Pada tahapan ini dilakukan pengolahan data dengan merelasikan 2 table, yaitu table data\_primer serta table master DTD dengan perintah sql sebagai berikut :

```
SELECT [DATA PRIMER].NoCM, [DATA
PRIMER].JK, [DATA
PRIMER].KelompokUmur, [DATA
PRIMER].statuskasus, [DATA
PRIMER].DxUtama, DTD.NOURUT, 0 AS
no_umur INTO tbl_data1
FROM [DATA PRIMER] INNER JOIN DTD
ON [DATA PRIMER].DxUtama = DTD.DX
WHERE (((DTD.NOURUT) Is Not Null))
ORDER BY DTD.NOURUT;
```

## 2. Parameter Query

Parameter query adalah jenis query yang ketika dijalankan, akan menampilkan kotak dialog yang menanyakan sebuah informasi. Informasi ini digunakan sebagai kriteria untuk mengambil data atau suatu nilai yang ingin disisipkan ke dalam suatu *field*. Selain itu, parameter query juga berfungsi sebagai basis bagi form dan report.

Berikut ini perintah SQL Parameter :

```
SELECT tbl_data1.NOURUT,
tbl_data1.DxUtama, tbl_data1.no_umur AS
no_urut, tbl_data1.KelompokUmur,
tbl_data1.statuskasus, tbl_data1.JK,
Count(tbl_data1.NoCM) AS rm INTO
tbl_proses3
FROM tbl_data1
GROUP BY tbl_data1.NOURUT,
tbl_data1.DxUtama, tbl_data1.no_umur,
tbl_data1.KelompokUmur,
tbl_data1.statuskasus, tbl_data1.JK
HAVING (((tbl_data1.statuskasus)="Baru"))
ORDER BY tbl_data1.NOURUT,
tbl_data1.DxUtama;
```

## 3. Crosstab Query

Crosstab query merupakan jenis query yang menampilkan nilai-nilai yang telah diolah dari suatu field dalam tabel, misalnya jumlah nilai, rata-rata nilai, total nilai, dan lain sebagainya, untuk selanjutnya dikelompokkan ke dalam satu kelompok fakta yang didaftarkan.

Selain itu, ketika menggunakan crosstab query, data crosstab dapat ditampilkan tanpa membuat query yang terpisah dalam database, yaitu menggunakan Pivot Table Wizard.

Berikut ini perintah SQL crosstable :

```
TRANSFORM First(tbl_proses4.SumOfrm)
AS rm
SELECT tbl_proses4.NOURUT AS no_dtd,
tbl_proses4.no_urut AS no_umur,
First(tbl_proses4.SumOfrm) AS Total
FROM tbl_proses4
GROUP BY tbl_proses4.NOURUT,
tbl_proses4.no_urut
PIVOT tbl_proses4.JK;
```

## 4. Action Query

Action query adalah jenis query yang membuat perubahan terhadap satu atau beberapa record sekaligus. Terdapat empat macam action query, yaitu:

- Update Query, yang digunakan untuk membuat perubahan umum atau global terhadap sekumpulan record dalam satu atau lebih.

Berikut ini perintah SQL Update :

```
UPDATE tbl_hasil INNER JOIN
tbl_cross ON tbl_hasil.[NO URUT] =
tbl_cross.no_dtd SET
```

```
tbl_hasil.umur7_L = [tbl_cross]![L],  
tbl_hasil.umur7_P = [tbl_cross]![P]  
WHERE ((([tbl_cross]![no_umur])=7  
And ([tbl_cross]![no_umur]=7));
```

- Make-Table Query, yang digunakan untuk membuat tabel baru dari seluruh atau sebagian data dalam satu atau lebih tabel. Query ini juga berguna dalam membuat tabel untuk ditransfer ke database Access yang lain, membuat report yang menampilkan data mulai posisi tertentu, membuat salinan dari suatu tabel, serta membuat tabel history yang berisi record-record yang sudah lama.

Berikut ini perintah SQL make table data :

```
SELECT [DATA PRIMER].NoCM,  
[DATA PRIMER].JK, [DATA  
PRIMER].KelompokUmur, [DATA  
PRIMER].statuskasus,  
[DATA PRIMER].DxUtama,  
DTD.NOURUT, 0 AS no_umur INTO  
tbl_data1  
FROM [DATA PRIMER] INNER JOIN  
DTD ON [DATA PRIMER].DxUtama =  
DTD.DX  
WHERE (((DTD.NOURUT) Is Not  
Null))ORDER BY DTD.NOURUT;
```

### 3. Validasi

Proses validasi dilakukan dengan cara membandingkan data hasil akhir pada proses query dengan data primer yang berupa file excel dengan yang diolah secara manual dengan menghitung jumlah kasus pada

kelompok DTD tertentu dengan beberapa parameter berdasarkan distribusi kelompok umur sesuai dengan format RL4 dan diperoleh data yang sama antara perhitungan manual dan hasil dari proses query.

## PENUTUP

Berdasarkan pembahasan yang telah diuraikan diatas, tentang penggunaan query pada pengolahan data, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Query adalah perintah SQL yang mempunyai peran penting dalam database manajemen system (DBMS), namun penggunaan query haruslah tepat karena akan berpengaruh dengan kecepatan pengolahan data terhadap tingkat validitas data yang dihasilkan.
2. Penggunaan query pada pengolahan data yang memiliki jumlah record sangat banyak dengan beberapa parameter yang dipergunakan menghasilkan waktu proses (*running time*) yang sangat efektif serta mampu menghindari kemungkinan terjadinya *human error*.
3. Pada penelitian ini waktu yang diperlukan untuk pengolahan data menjadi format pelaporan RL4b adalah 9 menit 42 detik sedangkan untuk RL4a adalah 5 menit 12 detik.

Saran untuk peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian serupa dengan output data untuk mendukung pelaporan RL3 maupun RL5.

## DAFTAR PUSTAKA

Bustami, MS, MQIH. 2011. *Penjaminan Mutu Pelayanan Kesehatan dan Akseptabilitasnya*. Jakarta : Erlangga.

- Djarwanto Ps, Se. 2001. Mengenal Beberapa Uji Statistik dalam Penelitian. Yogyakarta : Liberty Yogyakarta.
- Gunawan I. *Evaluasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit ( SIMRS) RSUD Brebes Dalam Kesiapan Penerapan Sistem Informasi Rumah Sakit ( SIRS ) Online Kemenkes Ri Tahun 2013.* 2013;1–15.
- KepMenKes RI. 2011. Juknis SIRS 2011 (Sistem Informasi Rumah Sakit). Jakarta : KepMenKes RI.
- Lubis, J. H. ( 2017 ). *ANALISA PERFORMANSI QUERY PADA DATABASE SMELL.* Jurnal Mantik Penusa, ISSN:2088-3943.
- Martha, R., Firdaus, Y., & Laksitowening, K. A. (2010). *Analisa Perbandingan Response Time dan Throughput pada XML dan DBMS sebagai Media Penyimpanan Data.* Seminar Nasional Aplikasi Teknologi Informasi, ISSN : 1907-5022
- PerMenKes RI No. 1171/ MENKES/ PER/V I/ 2011. Sistem Informasi Rumah Sakit. Jakarta.
- Rustiyanto, E. 2014. *Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit.* Yogyakarta :Politeknik Kesehatan Pertama Indonesia.
- Sugiyono. 2010 . *Metodelogi Penelitian (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D).* Bandung. Alfabeta.
- Setyo Rini N, Pujihastuti A. *Tinjauan Proses Pelaporan Eksternal di bagian pelaporan Rumah Sakit Umum Daerah Pandan Arang Boyolali.* J Manaj Inf Kesehat Indones. 2015