

ANALISIS IMPLEMENTASI KEBIJAKAN SOSIAL PEMERINTAH KABUPATEN MALANG DALAM PEMBATAAN SOSIAL BERSKALA BESAR

ANALYSIS OF SOCIAL POLICY IMPLEMENTATION GOVERNMENT OF MALANG REGENCY IN LARGE SCALE SOCIAL LIMITATIONS

Erwin N. Pratama¹, Tri Sulistyarningsih², Tutik Sulistyowati³

¹Mahasiswa Pascasarjana Sosiologi, Universitas Muhammadiyah Malang

²Jurusan Ilmu Pemerintahan, Universitas Muhammadiyah Malang

³Program Studi Sosiologi Universitas Muhammadiyah Malang

ABSTRAK

Munculnya wabah Covid-19 di tahun 2020 sangat luar biasa hingga penyebarannya sampai di wilayah Malang Raya. Penyebaran yang masif tersebut berupaya dihentikan melalui kebijakan PSBB. Artikel ini akan menganalisis kebijakan sosial terkait PSBB di Kabupaten Malang, serta bertujuan untuk mengetahui gambaran PSBB dan dampak dari penetapan kebijakan sosial tersebut. Kajian literatur adalah metode yang digunakan dalam penelitian ini. Hasil artikel ini antara lain: PSBB sebagai kebijakan sosial yang dipilih Pemerintah Kabupaten Malang sebagai upaya menanggulangi Covid-19 di Malang Raya yang semakin tinggi, pada pelaksanaan kebijakan PSBB tetap saja ada masyarakat yang belum mematuhi ketentuan dalam PSBB, dan PSBB memiliki dampak positif dan negatif.

Kata kunci: PSBB; Kebijakan Sosial; Covid-19

ABSTRACT

The emergence of the Covid-19 outbreak in 2020 was so extraordinary that it spread throughout the Malang Raya area. The massive spread is trying to stop through PSBB policy. This article will analyze social policies related to PSBB in Malang Regency, and the aim is to find out the picture of PSBB and the impact of the determination of the social policy. Literature review is the method used in this study. The results of this article include: PSBB as a social policy chosen by the Malang Regency Government as an effort to tackle Covid-19 in Malang Raya which is getting higher, in the implementation of the PSBB policy there are still people who have not complied with the provisions in the PSBB, and PSBB has positive and negative impacts.

Keywords: PSBB; Social Policy; Covid-19

PENDAHULUAN

Sejak teridentifikasinya Virus Corona jenis baru (Novel Corona Virus/2019-nCoV/ COVID-19) di China pada awal Januari 2020 lalu, virus tersebut telah menyebar dan menyebabkan ratusan ribu korban di berbagai belahan dunia, tidak terkecuali Indonesia. Virus yang dapat menyebabkan sindrom gangguan pernafasan akut yang berujung pada kegagalan fungsi paru-paru dan kematian ini setidaknya per-20 Juni 2020 telah menginfeksi sekitar 8.685.046 orang dan menyebabkan kematian sekitar 460.530 orang berdasarkan data Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. Namun begitu, ada sekitar 4.271.164 orang yang dinyatakan telah sembuh dari virus tersebut. Di Indonesia sendiri, hasil *update* informasi pada 20 Juni 2020 menunjukkan total jumlah kasus positif COVID-19 telah mencapai 45.029 kasus, dengan korban meninggal sebanyak 2.429 orang, dan juga korban yang sembuh sebanyak 17.883 orang. (JHU, 2020) Data-data yang disebutkan di atas tentunya merupakan data yang tercatat di pemerintah, dan bisa saja secara kenyataan di lapangan jumlahnya melampaui angka tersebut

karena banyaknya kasus-kasus yang tidak atau belum dilaporkan kepada pemerintah.

Berdasarkan data Satgas Covid Jatim jumlah kasus warga yang terjangkit positif virus COVID-19 yang ditemukan telah mencapai 9.115 kasus. Angka kematian pasien COVID-19 di Jawa Timur ini sendiri sudah sebanyak 716 jiwa, dan jumlah pasien yang sembuh ada 2717 orang. (SatgasCovidJatim, 2020) Sedangkan di Malang raya sendiri yang terdiri dari Kota Malang, Kabupaten Malang dan Kota Batu juga terdapat kasus positif terkonfirmasi terjangkit COVID-19 sebagaimana di tabel berikut:

Tabel 1. Data Covid-19 di Malang Raya

Data Covid-19	Kota Malang	Kab. Malang	Kota Batu
Kasus positif terkonfirmasi	135	167	54
Kematian	10	18	4
sembuh	47	49	14

Sumber: Peta Sebaran Covid-19 Jatim per 20 Juni 2020

Penyebaran masif virus COVID-19 sejak Januari sampai dengan April 2020 saat ini terus terjadi seolah tak terbendung. Telatnya identifikasi awal penyebaran virus, lemahnya kebijakan proteksi pintu masuk wilayah di suatu negara

ataupun daerah, telatnya respons sistematis negara dalam penanggulangan penyebaran virus, hingga kurangnya persediaan alat pengaman diri dan fasilitas kesehatan, menjadi salah satu dari beberapa faktor mengapa penyebaran virus ini menjadi begitu masif di berbagai belahan dunia.

Akibat dari penyebaran wabah dan penularan virus COVID-19 ini mengakibatkan banyaknya warga sakit dan tertular, hingga menyebabkan kematian. Tak hanya itu, sedikitnya alat pelindung diri tenaga medis, menyebabkan tenaga medis seperti dokter maupun perawat menjadi sangat rentan dan ada yang tertular virus COVID-19. (Heriskam, 2020) Di sisi lain, sampai saat ini pemerintah tidak dapat melindungi dan menjamin hak-hak warganya yang berada dalam situasi wabah pandemi COVID-19 seperti saat ini. Misalnya ribuan buruh yang di-PHK oleh perusahaan demi memotong biaya produksi perusahaan, pengurangan secara drastis pendapatan warga yang bekerja di sektor informal, dan lain sebagainya. (Karunia, 2020)

Sejak mulai merebaknya isu virus COVID-19, Pemerintah Indonesia tidak melakukan langkah yang sigap untuk mengantisipasi pencegahan penyebaran virus ini. Hal ini dapat dilihat dari munculnya berbagai pernyataan dari pejabat pemerintah pusat Indonesia yang cenderung menganggap enteng persoalan virus COVID-19. (Hendarto, 2020) Tak tanggung-tanggung, alih-alih mulai siap siaga mencegah masuknya virus COVID-19 ke wilayah Indonesia, Pemerintah Indonesia justru mengeluarkan paket kebijakan stimulasi dan subsidi bisnis sektor pariwisata melalui promosi dan diskon tiket pesawat, (Ananda, 2020) yang membuat orang-orang berbondong-bondong mudah bermobilitas untuk rekreasi dan mempercepat potensi penularan virus COVID-19.

Perhatian khusus baru diambil ketika Pemerintah mengumumkan 2 (dua) orang pertama yang diduga positif mengidap virus COVID-19 kepada publik pada tanggal 2 Maret 2020. (Ihsanuddin, 2020) Menindaklanjuti penanggulangan virus COVID-19, pada tanggal 13 Maret 2020 Presiden RI lantas menerbitkan Keputusan Presiden RI No. 7 Tahun 2020 tentang Gugus Tugas Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19), yang kemudian direvisi menjadi Keputusan Presiden RI No. 9 Tahun 2020. (Bayu, 2020; Kusuma, 2020)

Barulah pada tanggal 31 Maret 2020 lalu, pemerintah pusat Indonesia mengeluarkan 3 (tiga) produk hukum yang berkenaan sebagai respons terhadap upaya penanggulangan wabah COVID-19:

1. Keputusan Presiden RI No. 11 Tahun 2020 tentang Penetapan Darurat Kesehatan

Masyarakat *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19);

2. Peraturan Pemerintah No. 21 Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Rangka Percepatan Penanganan *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19), dan;
3. Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-undang (Perppu) No. 1 Tahun 2020 tentang Kebijakan Keuangan Negara dan Stabilitas Sistem Keuangan untuk Penanganan Pandemi *Corona Virus Disease* 2019 (COVID-19) dan/ atau Dalam Rangka Menghadapi Ancaman Yang Membahayakan Perekonomian Nasional dan/atau Stabilitas Sistem Keuangan.

Lantas pada 3 April 2020 Menteri Kesehatan RI menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 9 Tahun 2020 tentang Pedoman Pembatasan Sosial Berskala Besar dalam Rangka Percepatan Penanganan COVID-19. Permenkes tersebut mengatur tata cara mengenai permohonan penetapan PSBB, tata cara penetapan PSBB, pelaksanaan PSBB, laporan pemantauan saat PSBB, dan lain sebagainya. Oleh karenanya, peraturan menteri kesehatan ini lebih bersifat teknis dan administratif, khususnya terkait konteks pengaturan aspek administratif dalam penerapan dan pelaksanaan PSBB.

Selain Kementerian Kesehatan, tercatat juga Kementerian Ketenagakerjaan RI menerbitkan Surat Edaran Menteri Ketenagakerjaan No. M/3/HK.04/III/2020 tentang Pelindungan Pekerja/Buruh dan Kelangsungan Usaha dalam Rangka Pencegahan dan Penanggulangan COVID-19, yang mana menghimbau agar perusahaan menerapkan skema kerja dari rumah (*Work from Home*) bagi pekerjanya dan perlindungan hak pekerja yang terjangkit positif virus COVID-19.

Setelah penerbitan status Kedaruratan Kesehatan Masyarakat lewat Keputusan Presiden RI No. 11 Tahun 2020 maupun Peraturan Pemerintah No. 21 Tahun 2020 terkait PSBB (Pembatasan Sosial Berskala Besar), pemerintah daerah Jawa Timur mengikuti skema PSBB yang dicanangkan oleh Pemerintah Pusat dan Kementerian Kesehatan RI. Pemerintah Provinsi Jawa Timur lantas menerbitkan Peraturan Gubernur Jawa Timur No. 18 Tahun 2020 tentang Pedoman Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Penanganan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) Di Provinsi Jawa Timur pada 22 April 2020 dan menerbitkan Peraturan Gubernur Jawa Timur No. 20 Tahun 2020 tentang Perubahan Atas Peraturan Gubernur Jawa Timur No. 18 Tahun 2020 tentang Pedoman Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Penanganan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) Di Provinsi Jawa Timur pada 25 April.

Peraturan Gubernur Jawa Timur tersebut mengatur lebih rinci mengenai teknis pelaksanaan PSBB, yang meliputi hak dan kewajiban warga Jawa Timur selama PSBB, lingkup pembatasan di ranah kegiatan pelaksanaan pendidikan, lingkungan pekerjaan, lingkungan peribadatan keagamaan, lingkungan sosial dan budaya, di ruang/areal publik, hingga juga pembatasan mobilitas warga. Masing-masing Pemerintah Daerah dari Kota dan Kabupaten tersebut juga membentuk Peraturan Walikota maupun Peraturan Bupati untuk mengatur lebih lanjut teknis pelaksanaan PSBB di wilayahnya masing-masing. Pemerintahan Kabupaten Malang juga menyambutnya dengan menerbitkan Peraturan Bupati Malang No. 16 Tahun 2020 tentang Pedoman Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Penanganan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) Di Kabupaten Malang pada 14 Mei 2020.

Peraturan Bupati Malang merupakan sebuah kebijakan sosial sekaligus juga sebagai kebijakan kesehatan dalam konteks kegawat-daruratan kesehatan. Kebijakan sosial dapat diartikan dalam dua aspek. Pertama, kebijakan sosial dipahami sebagai kegiatan akademik yang mencakup deskripsi, eksplanasi, dan evaluasi terhadap kebijakan sosial. Kedua kebijakan sosial yang berimplikasi dalam dunia nyata yaitu dipahami sebagai kebijakan dan program yang dijalankan oleh pemerintah, swasta dan volunteer untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat atau meningkatkan harkat manusia (Blakemore & Griggs, 2007).

Kebijakan kesehatan sendiri merupakan salah satu bentuk dari kebijakan sosial. Kebijakan kesehatan itu sangat penting karena sektor kesehatan merupakan bagian dari sektor ekonomi. Penggambarannya, sektor kesehatan ibarat suatu *sponge* yang mengabsorpsi banyak anggaran belanja negara untuk membayar sumber daya kesehatan. Ada yang mengatakan bahwa kebijakan kesehatan merupakan *driver* dari ekonomi, itu disebabkan karena adanya inovasi dan investasi dalam bidang teknologi kesehatan, baik itu *bio-medical* maupun produksi, termasuk usaha dagang yang ada pada bidang farmasi. Namun yang lebih penting lagi adalah keputusan kebijakan kesehatan melibatkan persoalan hidup dan mati manusia (Buse et al., 2005). Kebijakan kesehatan itu adalah tujuan dan sasaran, sebagai instrumen, proses dan gaya dari suatu keputusan oleh pengambil keputusan, termasuk implementasi serta penilaian (Lee et al., 2002). Kebijakan kesehatan adalah bagian dari institusi, kekuatan dari aspek politik yang mempengaruhi masyarakat pada tingkat lokal, nasional dan dunia (Leppo, 2001).

Kebijakan kesehatan harus berdasarkan pembuktian yang menggunakan pendekatan *problem solving* secara linear. Penelitian kesehatan adalah suatu kegiatan untuk mendapatkan bukti yang akurat. Setelah dilakukan penelitian kesakitan dan penyakit dari masyarakat, termasuk kebutuhan akan kesehatan, sistem kesehatan, tantangannya selanjutnya adalah mengetahui persis penyebab dari kesakitan dan penyakit

itu. Walaupun disadari betapa kompleksnya pengertian yang berbasis bukti untuk dijadikan dasar dari kebijakan (Fafard, 2008).

Tujuan dari kebijakan kesehatan adalah untuk menyediakan pola pencegahan, pelayanan yang terfokus pada pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit dan perlindungan terhadap kaum rentan (Gormley, 1999). Kebijakan kesehatan juga peduli terhadap dampak dari lingkungan dan sosial ekonomi terhadap kesehatan (Porter et al., 1999). Kebijakan kesehatan dapat bertujuan banyak terhadap masyarakat. Untuk kebanyakan orang kebijakan kesehatan itu hanya peduli kepada konten saja. Contohnya, pembiayaan kesehatan dari pemerintah dan swasta atau kebijakan dalam hal pemantapan pelayanan kesehatan ibu dan anak (Walt, 1994). Kebijakan kesehatan berpihak pada hal-hal yang dianggap penting dalam suatu institusi dan masyarakat, bertujuan jangka panjang untuk mencapai sasaran, menyediakan rekomendasi yang praktis untuk keputusan-keputusan penting (WHO, 2000).

Kebijakan kesehatan dapat bermanifestasi dalam berbagai hal dan tidak selalu dalam bentuk dokumen-dokumen (Ritsatakis, 1987). Kebijakan kesehatan diekspresikan dalam bentuk suatu konstitusi, undang-undang dan peraturan-peraturan termasuk juga platform dari partai-partai politik atau kertas-kertas kebijakan (Ritsatakis et al., 2000). Artikel ini akan menganalisa kebijakan sosial terkait PSBB di Kabupaten Malang, hasil penelitian yang dimanfaatkan untuk pengembangan kebijakan sosial dan kebijakan kesehatan. Tujuannya adalah untuk mengetahui gambaran PSBB dan dampak dari penetapan kebijakan sosial tersebut.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini adalah *literature review*. *Literature review* atau kajian literatur adalah satu penelusuran dan penelitian kepustakaan dengan membaca berbagai buku, jurnal, dan terbitan-terbitan lain yang berkaitan dengan topik penelitian, untuk menghasilkan satu tulisan berkenaan dengan satu topik atau isu tertentu (Marzali, 2016). Artikel-artikel dan data yang dipilih adalah artikel dan data dengan tema utamanya adalah Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB). Artikel yang terkumpul tidak dikelompokkan berdasarkan kriteria inklusi. Proses pelaksanaan *systematic review* dengan mengumpulkan artikel-artikel yang ada dalam <http://satgascovid19.malangkab.go.id/>.

HASIL DAN PEMBAHASAN

PSBB sebagai kebijakan sosial di Kabupaten Malang

Kegiatan PSBB menjadi kebijakan Bupati Malang berdasarkan Perbup nomor 16 tahun 2020

tentang Pedoman Pembatasan Sosial Berskala Besar dalam Penanganan *Corona Virus Disease* 2019 di Kabupaten Malang. Peraturan tersebut dibuat dengan tujuan: 1. Membatasi kegiatan Tertentu dan pergerakan orang dan /atau barang dalam menekan penyebaran Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) 2. Meningkatkan antisipasi perkembangan eskalasi penyebaran Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) 3. Memperkuat upaya penanganan kesehatan akibat Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) 4. Menangani dampak sosial dan ekonomi dari penyebaran Corona Virus Disease 2019 (Covid-19). (PemKab.Malang, 2020)

Keputusan yang dilakukan Pemerintah Kabupaten Malang dalam hal ini Bupati Sanusi didasarkan adanya instrumen hukum yang dimilikinya sebagai Kepala Daerah untuk mengeluarkan kebijakan. Kebijakan sendiri dapat didefinisikan sebagai serangkaian konsep dan asas yang mendasari rencana program, aktivitas, aksi, keputusan, sikap, untuk bertindak maupun tidak bertindak, sebagai tahapan untuk penyelesaian masalah yang dihadapi. (Blakemore & Griggs, 2007) Penetapan kebijakan merupakan suatu faktor penting bagi organisasi untuk mencapai tujuannya. Kebijakan tersebut akan dipatuhi dan dilaksanakan oleh *stakeholders* dalam rangka memecahkan suatu permasalahan tertentu. (Haerul et al., 2016)

Secara umum, pelaksanaan kebijakan dapat digambarkan sebagai ketetapan aturan yang dibuat pemerintah yang memiliki dampak tertentu seperti perincian program secara spesifik, yakni tentang tata cara dan dimana lembaga harus menjalankan program, dan bagaimana program tersebut ditafsirkan. Selain pengalokasian sumber daya yakni bagaimana pendistribusian anggaran, petugas yang akan melaksanakan program dan organisasi yang bertanggung jawab atas pelaksanaan program. (Fischer et al., 2007)

Terkait kebijakan PSBB, sebenarnya juga sudah diatur dalam Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan. Karantina adalah pembatasan kegiatan dan/ atau pemisahan seseorang yang terpapar penyakit menular sebagaimana ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan meskipun belum menunjukkan gejala apapun atau sedang berada dalam masa inkubasi, dan/atau pemisahan peti kemas, Alat Angkut, atau Barang apapun yang diduga terkontaminasi dari orang dan/atau Barang yang mengandung penyebab penyakit atau sumber bahan kontaminasi lain untuk mencegah kemungkinan penyebaran ke orang dan/atau Barang di sekitarnya. ("Undang-Undang Nomor 6 tahun 2018 tentang Kekarantinaan Wilayah," 2018)

Dalam pasal 9 Undang-Undang Nomor 6 tahun 2018 disebutkan bahwa: Penyelenggaraan karantina bertujuan untuk melindungi masyarakat dari penyakit dan atau faktor risiko Kesehatan Masyarakat yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat, mencegah dan menangkal penyakit dan/atau Faktor Risiko Kesehatan Masyarakat yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat, meningkatkan ketahanan nasional di bidang kesehatan masyarakat, memberikan perlindungan dan kepastian hukum bagi masyarakat dan petugas kesehatan.

Dalam kegiatan karantina ini tentu saja Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab melindungi kesehatan masyarakat dari penyakit atau faktor risiko kesehatan masyarakat yang berpotensi menimbulkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat. Dalam perihal tersebut, sudah nyata bahwa Pemerintah Kabupaten Malang telah menetapkan kebijakan sosial dalam upaya melindungi warganya.

Pelaksanaan PSBB di Kabupaten Malang

Pelaksanaan PSBB di Kabupaten dimulai sejak tanggal 17 Mei 2020, dimana dalam pelaksanaannya pemda mengerahkan segenap aparaturnya untuk melaksanakan berbagai kegiatan. Pengerahan ini di koordinir langsung oleh Gugus Tugas Covid-19 Kabupaten Malang.

Disampaikan oleh Kapolres Malang dalam kegiatan PSBB di Kabupaten Malang dibagi dalam 3 fase, yaitu: Giat Himbauan (17 & 18 Mei 2020) 1. Melaksanakan himbauan bersama dengan seluruh instansi yang libat dalam gugus tugas Covid-1 untuk mematuhi Pergub/Perbup. 2. Menghimbau melalui media massa (cetak dan elektronik) maupun media sosial. 3. Menghimbau untuk melaksanakan *work from home*. 4. Tetap menjaga kebersihan tempat bekerja/fasum dengan menyediakan tempat cuci tangan dan menggunakan masker. 5. Untuk penyedia jasa makanan akan dihimbau tetap melayani namun layanan bawa pulang/*take away*. 6. Menghimbau pemilik perusahaan dan tempat bekerja lainnya untuk menerapkan jam malam (pukul 21.00-04.00 WIB).

Giat Himbauan dan Teguran (19 s/d 21 Mei 2020) 1. Apabila tidak mematuhi Pergub/Perbup, maka akan diberikan himbauan kembali serta diberikan sanksi berupa teguran lisan dan tertulis. 2. Melakukan penyemprotan disinfektan di tempat yang masih ada keramaian. Giat Teguran dan Tindakan (22 s/d 30 Mei 2020) Apabila masih tidak mematuhi Pergub/Perbup, maka akan diberikan eskalasi hukuman mulai dari berupa tindakan administrasi, cabut izin, penyegelan atau tindakan lain sesuai

dengan kewenangan instansi yang tergabung dalam gugus tugas.(Polres Malang, 2020)

Dan kegiatan yang dilakukan Gugus Tugas Covid-19 Kabupaten Malang adalah: Pertama, menjaga kepatuhan masyarakat dengan: 1) melakukan penyekatan kendaraan di 6 titik *check point*. 2) melakukan himbauan kepada masyarakat di kawasan permukiman, 3) patroli skala besar 3 pilar dan *strong point* di tempat yang diperbolehkan buka selama PSBB (restoran, kafe, warkop, pasar tradisional, minimarket, dll.). 4) patroli dialogis di tempat yang tidak boleh beraktivitas (perkantoran, sekolah, tempat ibadah, fasum, kawasan pendidikan, sanggar seni, terminal, stasiun, kawasan pabrik dan pergudangan).

Kedua, menurunkan penyebaran COVID-19 dengan: 1) melakukan penyemprotan disinfektan di zona merah, pemukiman, perbatasan dan tempat layanan publik. 2) bersama dengan Dinkes, Satpol PP dan TNI-Polri melaksanakan razia ODP, PDP, positif corona yang masih berkeliaran untuk ditempatkan.

Ketiga, memberikan stimulan ekonomi tidak terganggu dengan: 1) patroli di tempat-tempat pusat perekonomian (mal, restoran, cafe, warkop, pasar tradisional, mini *market*, dll.), 2) pengawasan pendistribusian bantuan sosial. (PolresMalang, 2020)

Dalam menangkap kondisi-kondisi dimasyarakat yang tidak dapat dipantau secara langsung oleh Gugus Tugas Covid-19 Kabupaten Malang, dibuat juga survei terbuka dengan hasil berikut:

Tabel 2. Gambaran Kegiatan & Perilaku Masyarakat pada Pelaksanaan PSBB Kabupaten Malang

Kegiatan & Perilaku Masyarakat	Ya	Tidak
Masyarakat masih bekerja saat pelaksanaan PSBB	82,7%	17,3%
Penggunaan masker pada saat bekerja	98,7%	1,3%
Pelaksanaan <i>Physical distancing</i> pada saat bekerja	95,5%	4,5%
Pelaksanaan cuci tangan dengan sabun atau <i>hand sanitizer</i> saat bekerja	97,9%	2,1%
Masyarakat masih melakukan aktivitas ibadah di Tempat Ibadah saat pelaksanaan PSBB	15,5%	84,5%
Penggunaan masker pada saat ibadah	69,6%	30,4%
Pelaksanaan <i>Physical distancing</i> pada saat ibadah	78,3%	21,7%
Pelaksanaan cuci tangan dengan sabun atau <i>hand sanitizer</i> saat ibadah	92,6%	7,4%
Masyarakat masih melakukan aktivitas sosial budaya saat pelaksanaan PSBB	22,5%	77,5%
Penggunaan masker	95,2%	4,8%
Pelaksanaan <i>Physical distancing</i>	86,4%	13,6%
Pelaksanaan cuci tangan dengan sabun atau <i>hand sanitizer</i>	97,1	2,9%
Masyarakat masih melakukan aktivitas cangkrukan (kumpul-kumpul/ nongkrong) saat pelaksanaan PSBB	7,1%	92,9%
Penggunaan masker	78,1%	21,9%
Pelaksanaan <i>Physical distancing</i>	71,9%	28,1%
Pelaksanaan cuci tangan dengan sabun atau <i>hand sanitizer</i>	78,1%	21,9%

Sumber: <http://satgascovid19.malangkab.go.id/>

Dari tabel tersebut dapat kita tarik kesimpulan bahwa sebagian besar masyarakat Kabupaten Malang lebih banyak yang mematuhi tata aturan PSBB, kecuali pada kegiatan bekerja. Hal ini dapat dipahami, karena bekerja merupakan kegiatan utama manusia untuk mendapatkan uang, dimana uang akan dipergunakan untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. (Anshori, 2013) someone who grew in Javanese cultural roots of understanding of a work by looking at the individual's understanding of the philosophies associated with Javanese culture. The uniqueness of such cultural influence on human behavior patterns provide insight into that culture plays an important role in determining an individual basis or construction ideas. This study used a qualitative approach in scientific situations, in Keraton Ngayogyakarta Hadiningrat, D.I Yogyakarta. Type of research is ethnography. The study involved five informants purposively determined in accordance with the reference informants in ethnographic methods. Data obtained through observations and interviews in a research setting directly. Analysis of survey data is used by using four types of ethnographic analysis which are domain analysis, taxonomic analysis, component analysis, and analysis of themes. Overall analysis of this ethnographic's type is a series of Developmental Research Sequence. The results of this study show that the meaning of work for the abdi dalem Keraton Ngayogyakarta Hadiningrat as part of the Javanese culture formed by the values and teachings of particular culture. The meaning of work in the Javanese cultural perspective can be described as: 1 Kebutuhan paling dasar pada manusia adalah kebutuhan makanan, minuman, tempat berteduh, tidur dan oksigen (sandang, pangan, papan) dan yang khas dalam kebutuhan fisiologis ini adalah hakikat pengulangannya, yakni: setelah manusia makan, mereka akhirnya akan menjadi lapar lagi dan akan terus menerus mencari makanan. (Feist & Feist, 2006; Goble, 1980) Sedangkan perilaku masyarakat, terlihat bahwa sebagian besar masyarakat melaksanakan perilaku yang dianjurkan PSBB.

Dampak Positif dan Negatif Kebijakan PSBB di Kabupaten Malang

Upaya pemerintah dalam mengantisipasi perkembangan virus corona saat ini cukup membuat khawatir masyarakat. Bukan hanya khawatir terjangkit virus corona saja, tetapi kebijakan pemerintah daerah yang memberlakukan PSBB untuk beberapa wilayah. Karena tentunya akan menyulitkan masyarakat dalam melakukan kegiatan dan mobilitasnya. Hal ini walaupun berisiko besar, tetapi harus dilakukan

guna menghentikan penyebaran virus corona tersebut. PSBB sebenarnya adalah perluasan dari *social distancing*, yang mencangkup wilayah dan teritorial tertentu. Bila suatu daerah atau wilayah telah mengalami PSBB, maka artinya menutup pintu masuk dan pintu keluar bagi warga masyarakat.

Sulit tentunya menerapkan kebijakan PSBB bagi suatu komunitas sosial saat ini. Apalagi bagi 2.839.354 penduduk beragama Islam di Kabupaten Malang yang merupakan mayoritas penduduk (BPS, 2020), sedang khusus dalam nuansa Ramadhan yang dituntut untuk mengurangi kegiatan keagamaan di masjid, dan ditambah lagi persiapan Idul Fitri menjadikan PSBB sebagai beban tersendiri. Oleh karenanya, keberhasilan implementasi kebijakan ini membutuhkan keterlibatan *stakeholders* secara demokratis dan partisipatif. *Stakeholders* dan pembuat kebijakan harus terus menerus terlibat dalam dialog untuk menganalisis konsekuensi dari pelaksanaan kebijakan tersebut. Evaluasi pelaksanaan kebijakan perlu dilakukan untuk melihat akuntabilitas dan peningkatan kinerja suatu kebijakan publik. Model Helmut Wollman menguraikan evaluasi pelaksanaan kebijakan pada tiga tipe utama, yaitu: *ex-ante evaluation*, *ongoing evaluation*, dan *ex-post evaluation*. (Fischer et al., 2007)

Membahas mengenai kebijakan, tentu saja akan ada dampak positif dan negatif yang muncul disebabkan oleh wabah virus corona ini. Dampak positif dan negatif kebijakan PSBB tentu saja tidak akan lepas dari aspek sosial dan ekonomi. Dampak negatif yang pertama kali bisa langsung dirasakan akibat wabah virus corona ini adalah merosotnya pertumbuhan ekonomi. Namun, jika tidak segera diberlakukan PSBB dengan segera, maka virus akan terus masuk ke wilayah yang tadinya belum terjangkit dan semakin memperburuk wilayah yang sudah terjangkit. Upaya PSBB ini jika tidak ada persiapan, maka upaya PSBB juga tidak akan bisa berjalan dengan baik.

Dampak positif dari kebijakan PSBB adalah pemerintah dapat mengurangi jumlah masyarakat yang terdampak virus Covid-19, karena mengurangi aktivitas di luar dapat menjaga risiko penularan yang tinggi, selain dampak positifnya secara tidak langsung sudah mengurangi polusi udara, mengingat jumlah pengendara di Malang Raya yang cukup tinggi.

Upaya yang dilakukan pemerintah selain PSBB juga menyiapkan tempat cuci tangan dan sabun di beberapa area umum untuk masyarakat agar bisa digunakan setelah bersentuhan dan selalu mengingatkan agar mencuci tangan untuk menghindari virus masuk ke dalam tubuh.

Selain dari aspek ekonomi dan sosial di atas, ada aspek kriminalitas yang perlu diperhatikan akibat wabah corona ini. Seperti laporan Gugus Tugas Covid-19 Kabupaten Malang terjadi 16 kasus kriminal. Hal ini sesuai dengan pernyataan Mohamad Anwar, Dosen Universitas Pamulang.

Saat ini masyarakat tak hanya dirisaukan dengan penyebaran Covid-19, masyarakat juga harus mawas diri dari aksi kriminalitas. Hal tersebut dikarenakan kondisi ekonomi saat ini yang carut-marut di tengah pandemic corona virus atau Covid-19, pengangguran yang banyak, hidup susah sehingga menjadikan potensi kriminologinya besar sekali. Maka tak heran sejumlah napi nekat berulah kembali. (Anwar, 2020). Dengan wabah corona berimbas pada banyaknya perusahaan yang tutup dan industri-industri kecil yang gulung tikar yang pada akhirnya akan meningkatkan pengangguran. Pengangguran merupakan faktor yang memiliki pengaruh positif terbesar terhadap terjadinya kriminalitas. (Dermawanti et al., 2015)

KESIMPULAN

Hasil penelitian menyatakan bahwa kebijakan PSBB di Kabupaten Malang perlu dilakukan sebagai upaya meminimalisir penyebaran wabah virus tersebut. Walaupun tentunya menimbulkan dampak negatif yang berisiko pada masyarakat Kabupaten Malang. Dalam pelaksanaan PSBB ini perlu adanya kerja sama antara pemerintah dan masyarakat guna mewujudkan kesejahteraan sosial dan kesehatan masyarakat.

Sebagai kesimpulan kebijakan sosial kesehatan dapat dikembangkan dan akan terlaksana apabila ada bukti-bukti yang menunjang dan lengkap, mengklarifikasikannya sesuai dengan tujuan dan sasaran yaitu untuk menangani persoalan-persoalan kesehatan demi meningkatkan status kesehatan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

1. Ananda, A. (2020). *Jurus Jokowi Lawan Virus Corona dengan Diskon Tiket Pesawat*. CNN Indonesia. <https://www.cnnindonesia.com/ekonomi/20200226091352-532-478192/jurus-jokowi-lawan-virus-corona-dengan-diskon-tiket-pesawat>
2. Anshori, N. S. (2013). MAKNA KERJA (Meaning of Work) Suatu Studi Etnografi Abdi Dalem Keraton Ngayogyakarta Hadiningrat Daerah Istimewa Yogyakarta. *Jurnal Psikologi Industri Dan Organisasi*, 2(3), 157–162. <https://doi.org/10.1049/oap-cired.2017.1227>
3. Anwar, M. (2020). Asimilasi dan Peningkatan Kriminalitas Di Tengah Pembatasan Sosial Berskala Besar Pandemi Corona. *Adalah*;

- Buletin Hukum Dan Keadilan*, 4, 101–106. <http://journal.uinjkt.ac.id/index.php/adalah/article/view/15504/7263>
4. Bayu, D. J. (2020). *Jokowi Bentuk Gugus Tugas Percepatan Penanganan Covid-19*. Katadata.Co.Id. <https://katadata.co.id/berita/2020/03/13/jokowi-bentuk-gugus-tugas-percepatan-penanganan-covid-19>
 5. Blakemore, K., & Griggs, E. (2007). *Social Policy: An Introduction* (Third edition). In *Open University Press*.
 6. BPS. (2020). Kabupaten Malang dalam Angka (Malang Regency In Figures) 2020: Penyediaan Data untuk Perencanaan Pembangunan. In *BPS Kab. Malang*.
 7. Buse, K., Meis, N., & Walt, G. (2005). *Making Health Policy: Understanding Public Health*. In *Open University Press*.
 8. Dermawanti, Hoyyi, A., & Rusgiyono, A. (2015). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kriminalitas di Kabupaten Batang Tahun 2013 Dengan Analisis Jalur. *Gaussian: Jurnal Statistika Undip*, 4(2), 247–256.
 9. Fafard, P. (2008). Evidence and Healthy Public Policy: Insights from Health and Political Sciences. In *Public Policy* (Vol. 33, Issue Mei, pp. 1–33). <http://www.ncchpp.ca/docs/FafardEvidence08June.pdf>
 10. Feist, J., & Feist, G. J. (2006). *Theories of Personality*. McGraw Hill, 412–429.
 11. Fischer, F., Miller, G. J., & Sidney, M. S. (2007). *Handbook of Public Policy: Theory, Politics, and Methods*. In *Taylor & Francis e-Library*.
 12. Goble, F. G. (1980). The Third Force: The Psychology of Abraham Maslow. In *Pocket Books*. <http://books.google.com/books?id=IE9Uj40Wh3cC%5Cnhttp://www.amazon.com/dp/0671421743>
 13. Gormley, K. (1999). *Social Policy and Health Care*. In *Churchill*.
 14. Haerul, Akib, H., & Hamdan. (2016). Implementasi Kebijakan Program Makassar Tidak Rantasa (MTR) Di Kota Makassar. *Jurnal Ilmiah Ilmu Administrasi Publik*, 6(2), 21–34. <https://doi.org/10.26858/jiap.v6i2.2477>
 15. Hendarto, Y. M. (2020). *Menggugat Langkah Pemerintah Hadapi Wabah Virus Korona*. Kompas.Com. <https://kompas.id/baca/riset/2020/03/03/menggugat-langkah-pemerintah-hadapi-wabah-virus-korona-covid-19/>
 16. Heriskam. (2020). *Pandemi Covid-19: Jumlah APD Kurang, Tenaga Medis Rentan Terserang*. Suara.Com. <https://www.suara.com/yoursay/2020/04/22/095442/pandemi-covid-19-jumlah-apd-kurang-tenaga-medis-rentan-terserang>
 17. Ihsanuddin. (2020). *Fakta Lengkap Kasus Pertama Virus Corona di Indonesia*. Kompas.Com. <https://nasional.kompas.com/read/2020/03/03/06314981/fakta-lengkap-kasus-pertama-virus-corona-di-indonesia?page=all>
 18. JHU. (2020). *COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University*. Johns Hopkins University. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
 19. Karunia, A. M. (2020). *Dampak Covid-19, Menaker: Lebih dari 2 Juta Pekerja Di-PHK dan Dirumahkan*. Kompas.Com. <https://money.kompas.com/read/2020/04/23/174607026/dampak-covid-19-menaker-lebih-dari-2-juta-pekerja-di-phk-dan-dirumahkan>
 20. Kusuma, F. (2020). *Jokowi Presiden Terbitkan Keppres 9/2020 untuk Memperkuat Gugus Tugas COVID-19*. Suara Surabaya.Net. <https://www.suarasurabaya.net/kelanakota/2020/jokowi-presiden-terbitkan-keppres-9-2020-untuk-memperkuat-gugus-tugas-covid-19/>
 21. Lee, K., Buse, K., & Fustukian, S. (2002). *Health Policy in a Globalising World*. In *Cambridge University Press*. www.cambridge.org/9780521804196
 22. Leppo, K. (2001). *Strengthening Capacities for Policy Development and Strategic Management in National Health Systems*. *WHO Background Paper, July*, 16–18.
 23. Marzali, A. (2016). Menulis Kajian Literatur. *ETNOSIA : Jurnal Etnografi Indonesia*, 1(2), 27. <https://doi.org/10.31947/etnosia.v1i2.1613>
 24. PemKab.Malang. (2020). *Buku Panduan: Gotong Royong melawan Covid-19 dalam PSBB di Kabupaten Malang*.
 25. PolresMalang. (2020, Mei 17). *Paparan Kapolres Malang dalam Rangka Kesiapan Pelaksanaan Pembatasan Sosial Berskala Besar Di Wilayah Hukum Polres Malang*.
 26. Porter, J., Ogden, J., & Pronyk, P. (1999). *Infectious Disease Policy: Towards the Production of Health*. *Health Policy and Planning*, 14(4), 322–328. <https://doi.org/10.1093/heapol/14.4.322>
 27. Ritsatakis, A. (1987). *Framework for the Analysis of Country (HFA) Policies*. In *World Health Organization Regional Publications - European Series*.
 28. Ritsatakis, A., Barnes, R., Dekker, E., Harrington, P., Kokko, S., & Makara, P. (2000). *Exploring Health Policy Development in Europe*. In *World Health Organization Regional Publications - European Series*.
 29. SatgasCovidJatim. (2020). *JATIM Tanggap COVID-19*. SATGAS COVID-19 JATIM. <http://infocovid19.jatimprov.go.id/>
 30. Undang-Undang Nomor 6 tahun 2018 tentang *Kekarantinaan Wilayah*. (2018). In *Sekretariat Negara*.
 31. Walt, G. (1994). *Health Policy: An Introduction to Process and Power*. In *Zed Books*. <https://doi.org/10.2307/3342629>
 32. WHO. (2000). *The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance*. In *World Health Organization*.

DAMPAK PEMBATASAN SOSIAL BERSKALA BESAR DI KOMUNITAS TERHADAP KUNJUNGAN PASIEN COVID-19 DI RUMAH SAKIT

IMPACT OF LARGE-SCALE SOCIAL RESTRICTIONS IN COMMUNITIES ON COVID-19 PATIENTS VISITS IN HOSPITAL

Gde Yulian Yogadhita¹, Bella Donna¹, Madelina Ariani¹, Happy Pangaribuan¹, Tri Aktariyani¹

¹Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada

ABSTRAK

Pandemi Covid-19 ini sudah berlangsung lebih dari enam bulan, jumlah pasien terus bertambah, dan belum ada tanda-tanda kurva epidemi turun. Sementara sudah banyak kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah untuk mencegah penularan. Kebijakan pemerintah dalam pelaksanaan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) merupakan harapan bagi rumah sakit untuk mengurangi jumlah kenaikan kasus Covid-19 di rumah sakit. Penelitian ini bertujuan mendokumentasikan dampak kebijakan terkait PSBB terhadap kunjungan pasien penanganan COVID-19 di wilayah DIY dan DKI Jakarta melalui pendekatan penelitian kuantitatif dengan analisis penelitian deskriptif. Sejak Januari sampai 7 Agustus 2020, terdapat sekitar 241 regulasi regulasi tingkat nasional dan daerah, di mana 100 mengatur mengenai kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dan sisanya mengatur hal lain. Bersamaan dengan penerbitan kebijakan tersebut, pada 25 Maret – 5 Juli 2020 jumlah angka kunjungan pasien penanganan covid di rumah sakit fluktuatif. Pemerintah dan pemerintah daerah DIY dan DKI Jakarta sudah mengupayakan berbagai kebijakan pembatasan sosial, sementara di sisi lain kunjungan pasien rumah sakit baik itu pasien dalam pengawasan (sekarang dikenal dengan sebutan *suspect*) dan pasien konfirmasi positif masih belum menunjukkan penurunan secara signifikan. Selama Maret hingga Juli, terlihat bahwa tidak terjadi lonjakan pasien yang ekstrem yang melampaui kapasitas kesehatan setempat. Artinya kebijakan pembatasan sosial ini mampu menekan tingkat kunjungan pasien. Sehingga selama belum terjadi lonjakan pasien dengan pemberlakuan kebijakan pembatasan sosial, dapat memberikan waktu untuk pemerintah daerah dalam upaya menyiapkan kapasitas lonjakan (*surge capacity*) dengan memperbaiki maupun meningkatkan kapasitas layanan kesehatan.

Kata kunci: PSBB; pembatasan sosial; kunjungan pasien; persepsi masyarakat; COVID-19

ABSTRACT

Covid-19 pandemic has been going on for more than six months, and new cases emerge in various regions. In Indonesia, there have been many public health intervention policies applied by central government and local governments to prevent the transmission. In red zones areas, Large-Scale Social Restrictions considered to be a major intervention strategy to reduce the transmission of COVID-19. The government's policy in implementing the Large-Scale Social Restrictions give hope for health facilities on reduction of the number Covid-19 increasing cases in hospitals. This study aims to document the impact of large-scale social restrictions (PSBB) related policies on COVID-19 cases admission in the DIY and DKI Jakarta areas. This study uses a quantitative research approach with descriptive research analysis. The sampling technique is non-probability sampling using the snowball method. From January to August 2020, there were 241 regulations at the national and regional levels, of which 100 policies on Large-Scale Social Restrictions. During 25 March to 5 July 2020, the number of COVID-19 cases in health facilities fluctuated, it means the community has not fully understood and involved in implementing these policies. In March to July, government and local governments DIY and DKI Jakarta have attempted to implement various social restriction intervention policies, while on the other hand COVID-19 cases and patients under surveillance visit to health facilities have not shown a significant decrease. However, there has been no extreme surge in number of patients who have exceeded local health capacities. This means that this social restriction policy is able to reduce the level of patient visits to health facilities, and this public health intervention policy able to provide enough time for local governments to prepare surge capacity by improving the capacity of health local services.

Keywords: Large-Scale Social Restrictions (PSBB), social restrictions, patient visits, public perception, Covid-19

PENDAHULUAN

Pandemi Covid-19 ini sudah berlangsung lebih dari enam bulan, dan belum ada tanda-tanda untuk berkurang, bahkan di Indonesia, jumlah pasien terus bertambah (Kemenkes RI, 2020a). Pemerintah sudah berupaya sebaik mungkin untuk menerapkan kebijakan kebijakan mitigasi, termasuk diantaranya pembatasan sosial. Tujuan dari langkah-langkah mitigasi ini adalah untuk mengurangi penularan, sehingga menunda

puncak epidemi, mengurangi ukuran puncak epidemi, dan menyebarkan kasus dalam waktu yang lebih lama untuk mengurangi tekanan pada sistem perawatan kesehatan (Ristyawati, 2020). Pro dan kontra mengenai pembatasan sosial ini terjadi di masyarakat, antara memilih untuk tetap tinggal di rumah dan tidak melakukan aktivitas seperti sekolah, bekerja maupun melakukan aktivitas lain di luar rumah seperti waktu normal. Namun demikian lebih banyak masyarakat memilih untuk tetap melakukan aktivitas di luar rumah

karena dorongan faktor ekonomi, baik karena tempat bekerja tetap meminta mereka untuk masuk, maupun untuk yang berprofesi sebagai wiraswasta aktivitas di luar rumah untuk mencari nafkah, meskipun belum ada kepastian jaminan kesehatan dari pemberi kerja (Rahmatullah, 2020).

Pemerintah terus berupaya untuk menekan jumlah kasus di berbagai daerah. Banyak pedoman dan kebijakan yang dikeluarkan sesuai dengan status risiko di daerah. Wilayah yang tercatat sebagai zona merah, pembatasan akses menjadi strategi unggul untuk menekan penularan COVID-19. Kebijakan pembatasan akses tersebut sangat jelas terlihat dengan adanya Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) untuk mencegah penyebaran virus Corona. Gelombang peningkatan kasus COVID-19 di Indonesia berbeda dengan negara lainnya, tercatat bahwa negara lain sudah mencapai puncak pandemik gelombang pertama dan sekarang grafik sudah menunjukkan penurunan. Namun kasus di Indonesia masih terus meningkat meskipun penambahan kasus setiap hari tidak dalam jumlah besar. Meskipun WHO memberikan surat himbauan kepada Indonesia agar menerapkan sistem *Lockdown*, namun pemerintah enggan menerapkan hal tersebut melainkan memilih untuk menerapkan PSBB (Thorik, 2020). Kebijakan PSBB diatur dalam PP Nomor 21 tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar dalam Rangka Percepatan Penanganan COVID-19. Pemberlakuan PSBB dimulai dari ibukota Jakarta kemudian diikuti oleh wilayah lainnya. Pihak yang pro mengatakan PSBB ini menjadi strategi yang baik untuk menjaga kestabilan perekonomian masyarakat. Namun disisi lain pihak yang kontra mengatakan, justru dengan adanya kelonggaran masyarakat rentan tidak mematuhi PSBB (Handayanto & Herlawati, 2020). Hal yang sangat penting untuk diperhatikan sebagai bahan evaluasi kegiatan PSBB ini adalah apakah informasi terkait pedoman PSBB ini sudah dipahami dan dipatuhi oleh masyarakat.

Yang menjadi perhatian peneliti dalam melatarbelakangi penelitian ini adalah bagaimana kebijakan pemerintah pusat maupun daerah terkait dengan pembatasan sosial berpengaruh terhadap pemenuhan kebutuhan masyarakat dalam sektor Kesehatan, khususnya kasus Covid-19 yang dilayani di rumah sakit. Apakah masyarakat memenuhi kebutuhan layanan kesehatannya secara mandiri dengan pengetahuan yang terbatas (*swamedikasi*), menggunakan metode *online (telemedicine)* atau tetap melakukan kunjungan ke fasilitas pelayanan Kesehatan seperti klinik, puskesmas maupun rumah sakit. Dengan memperhitungkan jumlah kenaikan kasus covid-19 maka fasilitas pelayanan

kesehatan seperti rumah sakit diharapkan mampu menjalankan fungsinya dengan kesiapsiagaan yang konkret. Kebijakan pemerintah dalam pelaksanaan pembatasan sosial termasuk salah satunya pembatasan berskala besar merupakan harapan bagi rumah sakit untuk mengurangi jumlah kenaikan kasus Covid-19 di rumah sakit. Dengan demikian penelitian ini bertujuan untuk mendokumentasikan dampak PSBB terhadap masyarakat maupun adaptasi terhadap kenormalan baru terhadap penurunan kasus Covid-19 di rumah sakit.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan penelitian kuantitatif dengan analisis penelitian deskriptif. Penelitian ini akan menggambarkan bagaimana dampak kebijakan terkait pembatasan sosial berskala besar (PSBB) terhadap masyarakat maupun adaptasi terhadap kenormalan baru dalam kunjungan kasus Covid-19 di rumah sakit, serta *lesson learnt* dan *success story* kesiapsiagaan rumah sakit dalam menghadapi kenormalan baru pandemic covid-19 menggunakan dokumen HDP. Pengisian kuesioner menggunakan pengisian *google form*. Waktu penelitian dua bulan yakni Juni – Juli 2020 setelah *ethical clearance* diterima.

Subjek penelitian ini adalah masyarakat di Jabodetabek dan DI Yogyakarta. Teknik pengambilan sampel adalah *non- probability sampling* dengan menggunakan metode *snowball*. Peneliti akan mencari beberapa orang yang tinggal di keempat daerah tersebut, kemudian dari mereka diminta partisipasinya untuk masyarakat lainnya yang tinggal di daerah yang sama sebagai sampel. Jumlah sampel dihitung dengan estimasi proporsi dengan presisi mutlak, menggunakan proporsi pada populasi 5%, dengan derajat kepercayaan 90% dan presisi mutlak yang diinginkan 10%, maka jumlah sampel minimal untuk tiap daerah adalah 24 orang (Lemeshow, 1991).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Penelitian ini menyajikan perjalanan atau *timeline* dari regulasi penanganan Covid-19 dalam konteks terbatas pada pembatasan sosial yang dikeluarkan oleh pemerintah pusat (Presiden, Menteri maupun Pimpinan Lembaga Negara lainnya), dan regulasi yang dikeluarkan oleh Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta dan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (baik Pemerintah Provinsi maupun Pemerintah Kabupaten/Kota yang berhasil diakses). Dengan adanya regulasi tersebut disajikan juga perkembangan angka mingguan

pasien dalam pengawasan (PDP) dan kasus konfirmasi positif yang diolah oleh tim peneliti dari sumber data sekunder berupa laporan harian resmi dari masing-masing provinsi.

Pengumpulan Produk Hukum/Kebijakan PSBB Tingkat Nasional, DKI Jakarta & DIY

Pada 28 Januari 2020 BNPB mengeluarkan Keputusan No. 9A/2020 tentang Penetapan Status Keadaan Tertentu Darurat Bencana Wabah Penyakit Akibat Virus Corona di Indonesia. Keputusan ini memperhatikan perkembangan wabah virus corona di luar negeri yang semakin meluas dan menyebabkan jatuhnya banyak korban jiwa. Kasus pertama Covid-19 ditemukan Indonesia pada 2 Maret 2020. Kemudian, WHO telah menyatakan Covid-19 sebagai *global pandemic*. Pada 19 Agustus 2020, terdapat 144.945 penduduk Indonesia yang terinfeksi Covid-19 dan jumlah penduduk yang meninggal akibat Covid-19 sebanyak 6.346 orang. Jumlah pasien Covid-19 di Indonesia sampai saat ini terus melambung.

Sejak Januari sampai 7 Agustus 2020, jumlah regulasi yang berhasil dikumpulkan tingkat nasional dan daerah dalam penelitian ini sebanyak 241 regulasi, di mana 100 regulasi mengatur mengenai kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) dan sisanya mengatur hal lain. Kebijakan PSBB ditetapkan melalui PP No. 21/2020 (31 Maret 2020). Kebijakan PSBB ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan berdasarkan usulan Ketua Gugus Tugas dan Kepala Daerah (Gubernur/Walikota/Bupati). Kebijakan PSBB meliputi peliburan sekolah dan tempat kerja, pembatasan kegiatan keagamaan, pembatasan kegiatan di fasilitas umum, kegiatan sosial dan budaya, moda transportasi dan kegiatan lainnya khusus terkait aspek pertahanan dan keamanan. Implementasi kebijakan PSBB mengikuti UU No.6/2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan. UU Kekarantinaan Kesehatan mengatur mengenai tanggung jawab pemerintah pusat dan pemerintah daerah dalam pelaksanaan kebijakan PSBB.

Tabel 1. Produk Hukum/Kebijakan Penanganan Covid-19

Wilayah	Isi Kebijakan		Jumlah
	Lainnya	PSBB	
Nasional	94	68	162
DKI Jakarta	27	21	48
DI Yogyakarta	20	11	31
Total	141	100	241

Sumber: diolah oleh Peneliti, 2020

Sejak 7 April hingga 12 Mei 2020, Kementerian Kesehatan telah menetapkan kebijakan PSBB pada 46 Kabupaten/Kota di 10 Provinsi Indonesia. Penelitian ini fokus menganalisis kebijakan

PSBB pada dua lokasi penelitian terpilih yakni DKI Jakarta dan DI Yogyakarta. Pemerintah DKI Jakarta mengeluarkan kebijakan berupa Instruksi Gubernur, Surat Edaran OPD, dan Seruan Gubernur sebelum ditetapkan kebijakan PSBB. Kebijakan tersebut mengatur tentang Optimalisasi Antisipasi dan Pencegahan Penularan Covid-19. Kementerian Kesehatan menetapkan kebijakan PSBB di wilayah Provinsi DKI Jakarta pada 7 April 2020 melalui Keputusan Menteri Kesehatan No. 239/2020 tentang Penetapan PSBB di wilayah Provinsi DKI Jakarta. Kemudian, pemerintah DKI Jakarta menindaklanjuti kebijakan PSBB tersebut dengan mengeluarkan peraturan/kebijakan sebagai berikut.

Tabel 2. Uraian Kebijakan PSBB di DKI Jakarta

Produk Hukum/ Kebijakan	DKI Jakarta	
	Jumlah	Isi
Peraturan Gubernur	5	Pengenaan Sanksi terhadap Pelanggaran PSBB, Pembatasan Kegiatan Berpergian Keluar dan/atau Masuk Provinsi DKI Jakarta, Pelaksanaan PSBB pada Masa Transisi Menuju Masyarakat Sehat, Aman dan Produktif, Pengendalian Kegiatan Berpergian di Provinsi DKI Jakarta
Keputusan Gubernur	4	Pemberlakuan Pelaksanaan PSBB, Perpanjangan PSBB, Pemberlakuan, Tahapan dan Pelaksanaan Kegiatan/Aktivitas PSBB pada Masa Transisi
Surat Edaran	1	tentang Penjatuhan Hukum Disiplin bagi ASN yang melakukan Kegiatan Berpergian Luar Daerah dan/atau Kegiatan Mudik
Seruan	1	Penerapan Protokol Kesehatan Covid-18 dalam Kegiatan Peribadatan

Sumber: diolah oleh peneliti, 2020

Jumlah kasus Covid-19 di DKI Jakarta yang telah memperpanjang kebijakan PSBB per-19 Agustus 2020 telah mencapai 30.465 jiwa. Sedangkan di DIY, jumlah penduduk yang terinfeksi Covid-19 jumlahnya terus meningkat mencapai 1.059 jiwa. DIY menempati urutan ke- 22 Provinsi dengan kasus terbanyak. Namun, berdasarkan hasil identifikasi regulasi penanganan Covid-19, pemerintah DIY tidak mengusulkan kebijakan PSBB. Sejak diumumkannya secara nasional bahwa Covid-19 merupakan bencana non-alam di Indonesia, Pemerintah DIY telah mengeluarkan 31 produk hukum/kebijakan. Ada 11 produk hukum/kebijakan yang secara tidak langsung mengatur mengenai pembatasan aktivitas masyarakat. Produk hukum/kebijakan tersebut terdiri dari peraturan gubernur, keputusan gubernur dan surat edaran gubernur/bupati/Walikota, di mana mengatur mengenai Pedoman Penyusunan Panduan Pelaksanaan Kegiatan Pelayanan Publik dan Perekonomian Masyarakat di DIY dalam Pencegahan dan Pengendalian Covid-19, Pembentukan Tim Posko Terpadu Pengendalian Transportasi dalam Rangka Pencegahan Penyebaran Covid-19 di Jalan dan Terminal, dan

Pembatasan Jam Operasional Pusat Perbelanjaan dan Toko serta Pasar Rakyat, Penambahan Waktu Pembelajaran Jarak Jauh (Online), Panduan Penerimaan Kedatangan Mahasiswa dari Luar Daerah.

Pengumpulan Informasi mengenai PDP dan Kasus Konfirmasi di DKI Jakarta & DIY

Informasi mengenai kunjungan pasien ke rumah sakit didapatkan dari pengumpulan data sekunder dari standar kelurahan data corona 25

Maret – 5 Juli 2020. Jumlah angka kunjungan pasien penanganan covid di rumah sakit fluktuatif. Informasi mengenai kasus positif dan pasien dalam pengawasan harian dirangkum dalam tabel berikut : Sementara untuk dukungan data dan informasi nasional, disadur dari mengakses <https://infeksiemerging.kemkes.go.id/>, <https://covid19.go.id/peta-sebaran> dan laporan situasi WHO Indonesia di <https://www.who.int/indonesia/news/novel-coronavirus>.

Tabel 3. Jumlah Kasus Positif dan Pasien dalam Pengawasan Harian

Tanggal	Kasus(+) DKI	PDP Harian DKI	Kasus(+) DIY	PDP Harian DIY	02-May	190	10	19	
25-Mar	43	854	10	15	03-May	55	264	1	18
26-Mar	51	62	0	12	04-May	169	155	0	14
27-Mar	37	48	1	11	05-May	68	14	6	51
28-Mar	98	21	0	21	06-May	66	19	1	28
29-Mar	26	61	0	18	07-May	126	49	15	22
30-Mar	14	39	0	7	08-May	57	36	6	28
31-Mar	75	104	6	13	09-May	182	24	3	28
01-Apr	93	8	3	18	10-May	55	57	7	19
02-Apr	81	6	1	60	11-May	108	346	6	18
03-Apr	81	826	2	17	12-May	134	337	10	27
04-Apr	80	11	3	28	13-May	180	64	12	39
05-Apr	148	51	1	5	14-May	62	183	4	34
06-Apr	144	129	2	34	15-May	116	128	3	26
07-Apr	109	4	1	13	16-May	127	61	6	26
08-Apr	167	30	0	6	17-May	88	24	5	18
09-Apr	91	35	2	55	18-May	43	66	1	22
10-Apr	93	64	0	2	19-May	97	278	6	16
11-Apr	179	26	1	23	20-May	72	43	3	12
12-Apr	160	15	7	31	21-May	97	119	6	41
13-Apr	107	11	7	29	22-May	127	4	5	15
14-Apr	98	41	6	20	23-May	118	184	5	16
15-Apr	223	11	1	34	24-May	67	304	1	3
16-Apr	153	8	1	19	25-May	93	434	0	5
17-Apr	79	400	1	16	26-May	105	295	0	7
18-Apr	131	2290	3	20	27-May	103	139	2	17
19-Apr	79	12	0	12	28-May	124	156	0	24
20-Apr	167	24	2	20	29-May	100	382	2	18
21-Apr	120	10	3	20	30-May	119	109	3	24
22-Apr	107	11	3	25	31-May	111	713	3	12
23-Apr	99	15	1	12	01-Jun	73	214	1	18
24-Apr	76	21	1	24	02-Jun	101	31	0	21
25-Apr	65	24	2	15	03-Jun	62	203	0	13
26-Apr	86	13	3	14	04-Jun	83	177	0	12
27-Apr	118	19	1	20	05-Jun	102	378	1	9
28-Apr	83	195	10	16	06-Jun	160	89	4	8
29-Apr	105	52	1	8	07-Jun	96	107	2	11
30-Apr	145	31	1	15	08-Jun	194	133	3	18
01-May	72	22	9	32	09-Jun	187	293	2	19
					10-Jun	129	29	1	10

11-Jun	76	576	2	14	24-Jun	195	108	1	10
12-Jun	120	137	10	15	25-Jun	168	287	7	11
13-Jun	115	191	2	9	26-Jun	213	114	3	13
14-Jun	105	317	5	14	27-Jun	132	72	2	7
15-Jun	94	145	3	11	28-Jun	95	93	2	8
17-Jun	176	275	3	11	29-Jun	198	31	0	5
18-Jun	140	250	0	15	30-Jun	204	85	7	12
19-Jun	178	2022	1	2	01-Jul	198	153	1	3
20-Jun	127	84	8	11	02-Jul	144	97	6	13
21-Jun	127	32	3	5	03-Jul	215	67	6	6
22-Jun	166	107	0	3	04-Jul	256	90	1	8
23-Jun	154	164	3	11	05-Jul	231	137	6	6

Sumber : <https://data.jakarta.go.id/dataset> , <https://corona.jakarta.go.id/id/data-pemantauan> , <https://corona.jogjaprovo.go.id/>

Pengumpulan Informasi Data Pendukung Mengenai Perspektif Masyarakat Terhadap Kebijakan Pembatasan Sosial di Jabodetabek dan DIY

Hasil pengumpulan data primer sebagai informasi pendukung dari perspektif masyarakat menyikapi kebijakan pembatasan sosial, didapatkan 114 responden mengisi kuesioner Online. Responden dari wilayah DIY berdomisili di Kabupaten Bantul, Kabupaten Sleman dan Kota Yogyakarta. Responden dari Jabodetabek berdomisili di DKI Jakarta, Kota Depok, Kota Tangerang, Kabupaten Bekasi, Kabupaten Bogor, Kabupaten Tangerang, Kabupaten Tangerang Selatan, Kota Bogor dan Kota Bekasi.

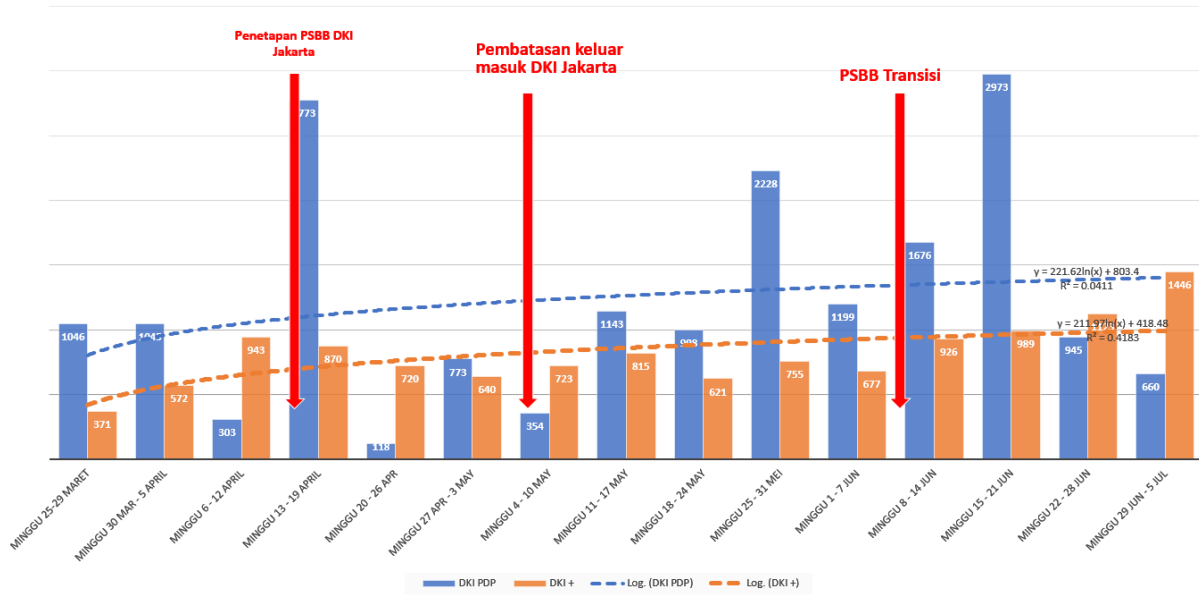
Pemberdayaan masyarakat dalam pencegahan COVID-19 dilihat dari keterlibatan mereka dalam pendataan kesehatan, mendapatkan informasi mengenai faktor risiko, dan kegiatan musyawarah masyarakat menyusun pencegahan COVID. Dari hasil kuesioner diperoleh presentasi keterlibatan warga dalam pendataan kesehatan di DIY, DKI dan Bodetabek masih tergolong rendah. Demikian halnya persentase keterlibatan warga dalam kegiatan musyawarah dengan warga masyarakat untuk menyusun kegiatan pencegahan COVID-19 juga masih tergolong rendah. Rata-rata persentase warga yang menyatakan sering dilibatkan sekitar 19%. Secara keseluruhan persentase keterlibatan warga DIY lebih tinggi dibandingkan dengan DKI dan Botabek. DIY, DKI Jakarta dan Bodetabek menunjukkan persentase pengetahuan mereka terhadap terkait pembagian tugas pemerintah daerah dalam pelaksanaan pembatasan sosial, tergolong rendah. Rata-rata responden yang menyatakan mengetahui dan mengerti tentang pembagian tugas tersebut sekitar 15%.

Tokoh masyarakat, kelurahan/RT/RW aktif dalam memberikan informasi mengenai COVID-19 kepada warga DIY, DKI dan Bodetabek. Sekitar 73% responden yang menyatakan ada informasi

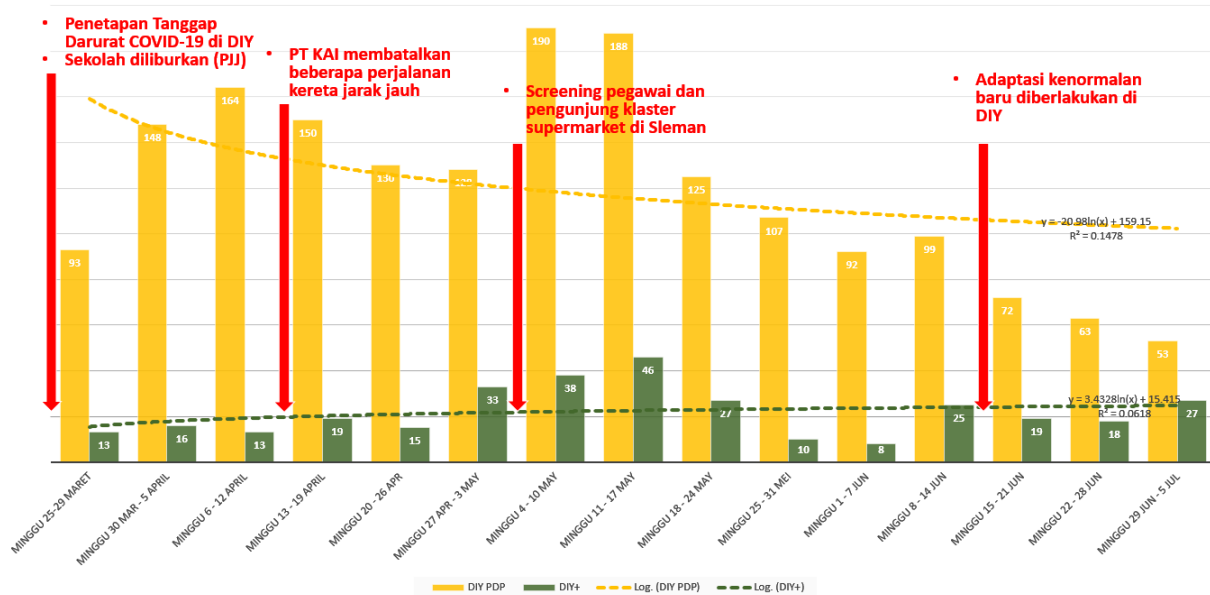
yang diberikan dari tokoh masyarakat, kelurahan/RT/RW ke warga mengenai Covid-19 di DIY, DKI dan Jabodetabek. Sumber informasi lainnya paling tinggi didapatkan dari sosial media dan media cetak. Sekitar 65% responden menyatakan dengan adanya pembatasan sosial yang dianjurkan pemerintah tidak mengganggu pemenuhan nafkah rutin warga. Dalam pemenuhan kebutuhan primer keluarga sehari-hari, masyarakat lebih banyak belanja ke pasar tradisional dan supermarket. Pemenuhan kebutuhan layanan kesehatan keluarga jika ada yang mengalami gangguan kesehatan, responden lebih banyak memilih datang ke klinik dokter/ puskesmas/ rumah sakit dan membeli obat ke apotek. Hal yang membuat responden bepergian keluar rumah adalah untuk bekerja dan berolahraga. Kondisi tersebut sama di semua wilayah.

PEMBAHASAN

Berdasarkan rumusan masalah penelitian, dari hasil yang didapatkan oleh tim peneliti, maka hubungan antara kebijakan pembatasan sosial terhadap penurunan jumlah kasus Covid-19 di rumah sakit dapat digambarkan dalam beberapa grafik di bawah ini:



Gambar 1. Grafik mingguan PDP dan konfirmasi positif DKI Jakarta disarikan dari laporan rutin harian kelurahan dan Gugus Tugas Percepatan Penanganan Covid-19 DKI dengan milestone kebijakan pembatasan sosial daerah



Gambar 2. Grafik mingguan PDP dan konfirmasi positif DI Yogyakarta disarikan dari laporan rutin harian Humas Pemprov DIY dengan milestone kebijakan pembatasan sosial daerah

Dari gambaran di atas, setiap daerah sudah mengupayakan berbagai kebijakan pembatasan sosial, namun begitu, kunjungan pasien baik itu pasien dalam pengawasan (sekarang dikenal dengan sebutan *suspect*) dan pasien konfirmasi positif di Jabodetabek dan DIY masih tinggi. Kondisi tersebut berkaitan dengan hasil kuesioner responden dari masyarakat pembatasan sosial yang akan dibahas di bagian selanjutnya dari penelitian ini di mana kedisiplinan masyarakat

terhadap implementasi kebijakan pembatasan sosial masih belum optimal.

Dalam penelitian lain, terbukti bahwa kebijakan pembatasan sosial skala besar (*partial lockdown*) tidak memberikan pengaruh yang signifikan terhadap penurunan jumlah kasus COVID-19 di empat provinsi: Banten, Jawa Barat, Jawa Timur dan DKI Jakarta pada Maret – Mei yang menemukan bahwa kebijakan PSBB tidak efektif dalam mengurangi masuknya lalu lintas manusia

dari luar wilayah Jakarta. Perpindahan penduduk dari Bekasi (Jawa Barat) ke Jakarta dan dari Banten ke Jakarta setelah kebijakan PSBB Jakarta diterapkan sedikit berubah dibandingkan dengan pergerakan sebelum diberlakukan. Analisis mobilitas harian menunjukkan bahwa penurunan mobilitas masyarakat yang signifikan hanya terjadi pada akhir pekan. Laporan Dinas Perhubungan Provinsi DKI Jakarta yang digunakan dalam penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa jumlah kendaraan yang masuk ke Jakarta dari Jawa Barat dan Banten selama periode kedua PSBB masih tinggi. Proses sosial dan bisnis yang dibatasi menimbulkan beban keuangan jangka pendek dan mungkin jangka menengah, terutama mereka yang bekerja di sektor informal, perlu terus bekerja atau membuka usaha untuk mendapatkan penghasilan. Namun, kepatuhan terhadap protokol kesehatan masyarakat mungkin dipengaruhi oleh adanya kompensasi finansial atas kerugian yang terjadi (Suraya et al., 2020).

Selama Maret hingga Juli, terlihat bahwa dengan kebijakan pemerintah dan pemerintah daerah, kunjungan pasien PDP dan konfirmasi positif ini dapat ditekan sehingga tidak terjadi lonjakan yang ekstrem sehingga memberikan waktu untuk pemerintah daerah dalam melakukan persiapan dalam memperbaiki maupun meningkatkan kapasitas layanan kesehatan. Hal ini sejalan dengan referensi ilmiah yang diacu pada awal penelitian milik Handayanto, di mana hasil simulasi dengan Model SIR menunjukkan adanya laju penurunan kasus COVID-19 di Kota Bekasi. Hal ini menunjukkan efektivitas yang baik dari penerapan PSBB di kota tersebut, begitu juga efektivitas di wilayah lain yang telah menerapkan PSBB sebagai pembanding, misalnya Kota DKI Jakarta. Hal-hal lain tentu saja masih perlu dikaji mengiringi kebijakan PSBB seperti masalah ekonomi, sosial, dan budaya. Namun perlu tetap mempertahankan pengawasan ketat terutama ketika mulai beralih dari PSBB menjadi kebijakan dalam kondisi normal (Handayanto & Herlawati, 2020). Pemerintah pusat dan pemerintah daerah telah mempertimbangkan dan menerapkan banyak strategi untuk mengatasi COVID-19, dengan tes-lacak-isolasi, namun masih kurangnya kebijakan yang mengatur perusahaan untuk menggunakan metode *work from home*, jika hal tersebut tidak bisa dilaksanakan maka pimpinan perusahaan harus menyusun aturan atau kebijakan pembatasan jumlah orang dalam suatu tempat (Setyawan & Lestari, 2020).

Kebijakan pemerintah dan pemerintah daerah terkait dengan pembatasan sosial yang terbukti sudah ada dan menjangkau hingga ke masyarakat. Namun demikian dari informasi data

pendukung mengenai perspektif masyarakat terhadap kebijakan pembatasan sosial di DKI Jakarta dan DIY yang dikumpulkan oleh peneliti, keterlibatan masyarakat yang difasilitasi oleh perangkat pemerintahan terkecil kurang, sehingga walau kebijakan itu sampai kepada masyarakat, masyarakat belum memahami makna dari kebijakan tersebut. Kebijakan pemerintah dan pemerintah daerah masih kurang dapat dikomunikasikan oleh perangkat pemerintahan terbawah seperti ketua RT dan RW ke masyarakat. Kebijakan yang dikeluarkan seharusnya sampai ke perangkat desa dan bisa dikomunikasikan ke masyarakat, sehingga masyarakat bisa memahami harus melakukan apa. Hal ini terlihat dari banyaknya masyarakat yang masih keluar rumah melakukan kegiatan dengan alasan untuk menghidupi kebutuhan keluarganya. Hasil ini juga dibahas dalam penelitian tentang pengetahuan, sikap dan keterampilan masyarakat dalam pencegahan Covid-19 di provinsi DKI Jakarta, di mana hasil penelitian ini menunjukkan bahwa 83% responden memiliki pengetahuan yang baik mengenai pencegahan COVID-19, 70,7% responden memiliki sikap yang baik mengenai pencegahan COVID-19 dan 70,3% responden memiliki keterampilan yang baik mengenai pencegahan COVID-19, akan tetapi kasus baru COVID-19 setiap harinya bertambah sejumlah kurang lebih seribu kasus. Hal ini menunjukkan bahwa masih perlu ada upaya yang lebih dalam penanganan COVID-19 ini. Penerapan *new normal* harus diimbangi dengan kepatuhan yang tinggi dari masyarakat akan pencegahan COVID-19 agar tidak bertambah kasus baru.

Proses Adaptasi Kebiasaan Baru (AKB) harus konsisten dilaksanakan mulai dari penggunaan masker, menjaga jarak, mencuci tangan, tidak melakukan kontak fisik, meningkatkan daya tahan tubuh melalui asupan nutrisi dan olahraga (Utami et al., 2020). Menjadi pendekatan *bottom-up* yang kerap diedukasikan oleh pemerintah maupun pemerintah daerah melalui usaha-usaha pemberdayaan masyarakat. Intervensi didasarkan pada teori yang meningkatkan pengetahuan masyarakat dan kesadaran akan risiko kesehatan tertentu akan menghasilkan perubahan perilaku yang positif (Andrews et al., 2020). Akibat ketidakpatuhan masyarakat yang dikarenakan informasi kebijakan tidak sampai serta pemahaman penyakit yang terkait dengan situasi pandemik saat ini, justru mengakibatkan meningkatnya jumlah kunjungan kasus ke fasilitas kesehatan. Kebijakan Hukum Terhadap Penanganan Pandemi Covid-19 Di Indonesia belum dapat dilaksanakan dengan baik sebagaimana yang diamanatkan dalam peraturan perundang-undangan, karena

masih banyak masyarakat yang melanggar dalam kegiatan PSBB. Walaupun sudah sangat jelas ada sanksi pidana yang dapat dikenakan bagi yang melakukan pelanggaran. Dengan keadaan yang demikian seharusnya Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah memastikan keterbukaan informasi publik secara nyata untuk dapat mengetahui rantai penyebaran virus tersebut, dan harus dapat menjamin dan memastikan terutama kepada kaum menengah ke bawah mampu memenuhi kebutuhannya untuk menjamin hak atas hidup masyarakatnya dan tidak terkurangi suatu apa pun harkat martabat masyarakatnya (sesuai amanat UUD NRI Tahun 1945) dan perlunya peran publik dalam hal saling menjaga, saling mengingatkan, dan saling membantu satu sama lain (Saraswati, 2020).

KESIMPULAN

Kebijakan pembatasan sosial yang dikeluarkan oleh pemerintah dan pemerintah daerah DIY dan DKI Jakarta mampu menekan tingkat kunjungan pasien selama Maret hingga Juli, terlihat bahwa tidak terjadi lonjakan yang ekstrem yang melampaui kapasitas kesehatan setempat. Sehingga selama belum terjadi lonjakan kunjungan pasien dengan pemberlakuan kebijakan pembatasan sosial, dapat memberikan waktu untuk pemerintah daerah dalam upaya menyiapkan kapasitas lonjakan (*surge capacity*) baik berupa memperbaiki maupun meningkatkan kapasitas layanan kesehatan. Namun demikian kebijakan PSBB belum berdampak signifikan terhadap penurunan jumlah kunjungan pasien pelayanan COVID-19 di fasyankes.

Persepsi masyarakat terhadap regulasi dan pedoman yang dikeluarkan pemerintah cukup baik. Sebagian besar responden menyatakan ada informasi dari tokoh masyarakat, kelurahan/RT/RW kepada masyarakat mengenai pencegahan COVID-19. Namun masyarakat kurang dilibatkan dalam pemberdayaan upaya-upaya pencegahan COVID-19 seperti keterlibatan dalam pendataan kesehatan, mendapatkan informasi mengenai faktor risiko, dan kegiatan musyawarah masyarakat menyusun pencegahan COVID. Hal yang membuat warga masyarakat bepergian keluar rumah paling banyak adalah untuk bekerja, sehingga meskipun anjuran mengenai pembatasan sosial, dan kebijakan PSBB untuk daerah DKI Jakarta diterapkan, warga masyarakat tetap keluar rumah untuk melakukan pekerjaan.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih ditujukan kepada *Knowledge Sector Initiative* (KSI) sebagai

penyedia dana penelitian dan kepada Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FK-KMK), Universitas Gadjah Mada (UGM) yang membantu memfasilitasi proses penelitian. Ucapan terima kasih juga ditujukan kepada pihak yang bersedia menjadi responden penelitian dan kepada Dr. dr. Darwito, Sp.B(K) Onk sebagai pembahas selama proses presentasi proposal, progress, Dr. Pandu Riono, Ph.D. saat presentasi hasil penelitian, dan dr. Fitri dari Dinkes DIY dan dr. Sulung Mulia Putra dari Dinkes DKI saat presentasi diseminasi penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. Adli, D. N. (2020). *The Impact of hashtag #IndonesiaWhatever to the effectiveness policy of handling COVID-19 : case study in Indonesia. Mei.*
2. BNPB. (2020). *Surat Edaran Gugus Tugas no.4 tahun 2020 tentang Kriteria Pembatasan Perjalanan Orang dalam Rangka Percepatan Penanganan Covid-19.* 1–39.
3. Bodenstejn, M., Corsetti, G., & Guerrieri, L. (2020). Social Distancing and Supply Disruptions in a Pandemic. *Finance and Economics Discussion Series, 031.* <https://doi.org/10.17016/feds.2020.031>
4. Faccincani, R., Pascucci, F., & Lennquist, S. (2020). How to surge to face SARS-CoV-2 outbreak. Lessons learned from Lombardy, Italy. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 42–44.* <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.64>
5. Feng, S., Shen, C., Xia, N., Song, W., Fan, M., & Cowling, B. J. (2020). Rational use of face masks in the COVID-19 pandemic. *The Lancet Respiratory Medicine, 8(5), 434–436.* [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30134-X](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30134-X)
6. Fong, M. W., Gao, H., Wong, J. Y., Xiao, J., Shiu, E. Y. C., Ryu, S., & Cowling, B. J. (2020). Nonpharmaceutical Measures for Pandemic Influenza in Nonhealthcare Settings-Social Distancing Measures. *Emerging Infectious Diseases, 26(5), 976–984.* <https://doi.org/10.3201/eid2605.190995>
7. Handayanto, R. T., & Herlawati, H. (2020). Efektifitas Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) di Kota Bekasi Dalam Mengatasi COVID-19 dengan Model Susceptible-Infected-Recovered (SIR). *Jurnal Kajian Ilmiah, 20(2), 119–124.* <https://doi.org/10.31599/jki.v20i2.119>

8. Kemenkes RI. (2020a). *Laporan Mingguan: COVID-19 dalam Angka, 26 Juni 2020*.
9. Kemenkes RI, 2020. (2020b). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2020 Tentang Pedoman Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Rangka Percepatan Penanganan Corona Virus Disease 2019 (Covid-19). *Kementerian Kesehatan RI*, 28. http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No_9_Th_2020_ttg_Pedoman_Pembatasan_Sosial_Berskala_Besar_Dalam_Penanganan_COVID-19.pdf
10. Kemenkes RI, 2020. (2020). Pedoman Pemberdayaan Masyarakat Dalam Pencegahan Covid-19. *Foreign Affairs*, 91(5), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
11. Kumparan.com. (2020). *Hasil Survei AJI Gorontalo Tentang Persepsi Masyarakat soal Penerapan*. 1–5. <https://kumparan.com/banthayoid/hasil-survei-aji-gorontalo-tentang-persepsi-masyarakat-soal-penerapan-psbb-1tSP0C3pjwQ>
12. Lemeshow. (1991). *Sample Size Determination in Health Studies: A Practical Manual*. https://apps.who.int/iris/bitstream/and1e/10665/40062/9241544058_%28p1-p22%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Rahmatullah, I. (2020). Jaminan Hak Kesehatan Pekerja Work From Office. *Jurnal Buletin Hukum Dan Keadilan*, 4(1), 57–62.
14. Ristyawati, A. (2020). *Efektifitas Kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam Masa Pandemi Corona Virus 2019 oleh Pemerintah Sesuai Amanat UUD NRI Tahun 1945*. 3(2), 240–249.
15. Saraswati, P. S. (2020). Kebijakan Hukum Terhadap Penanganan Pandemi Covid-19 di Indonesia. *Kertha Wicaksana*, 14(2), 147–152. <https://doi.org/10.22225/kw.14.2.1923.147-152>
16. Suraya, I., Nurmansyah, M. I., Rachmawati, E., Al Aufa, B., & Koire, I. I. (2020). The Impact of Large-scale Social Restriction on COVID-19 Incidence: A Case Study of Four Regions in Indonesia. *Kesmas: National Public Health Journal*, 15(2), 49–53. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v15i2.3990>
17. Thorik, S. H. (2020). Efektivitas Pembatasan Sosial Berskala Besar Di Indonesia Dalam Penanggulangan Pandemi Covid-19. *Jurnal Adalah : Buletin Hukum Dan Keadilan*, 4 No. 1, 115–120.
18. Utami, R. A., Mose, R. E., & Martini, M. (2020). Pengetahuan, Sikap dan Keterampilan Masyarakat dalam Pencegahan COVID-19 di DKI Jakarta. *Jurnal Kesehatan Holistic*, 4(2), 68–77. <https://doi.org/10.33377/jkh.v4i2.85>
19. WHO-WEPRO. (2020). *Interim guidance note for hospitals : managing hospital services, maintaining essential routine health care and generating surge capacity*. Manila : WHO Regional Office for the Western Pacific. April, 1–7. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332381>
20. WHO. (2020). Overview of public health and social measures in the context of COVID-19. *World Health Organization 2020.*, Mei, 1–8.
21. Williams, S. N., Armitage, C. J., Tampe, T., & Dienes, K. (2020). Public perceptions and experiences of social distancing and social isolation during the COVID-19 pandemic: A UK-based focus group study. *MedRxiv*, 2020.04.10.20061267. <https://doi.org/10.1101/2020.04.10.20061267>
22. World Health Organization. (2020). *Pertimbangan Penyesuaian Langkah-Langkah Kesehatan Masyarakat dan Sosial Dalam Konteks COVID-19*. April, 1–7. https://www.who.int/docs/default-source/searo/indonesia/covid19/who---pertimbangan-penyediaan-langkah-langkah-kesehatan-masyarakat-dan-sosial-dalam-konteks-covid-19.pdf?sfvrsn=e57102d4_2
23. Xia, S., Zhou, X. N., & Liu, J. (2017). Systems thinking in combating infectious diseases. *Infectious Diseases of Poverty*, 6(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s40249-017-0339-6>

IMPLEMENTASI PMK NO. 40 TAHUN 2017 TENTANG JENJANG KARIER PROFESIONAL PERAWAT RUMAH SAKIT ISLAM SURABAYA

IMPLEMENTATION PMK NO. 40 YEAR 2017 CONCERNING PROFESSIONAL CAREER LEVELS OF NURSES OF ISLAMIC HOSPITALS SURABAYA

Muhadi¹

¹Program Studi Administrasi Rumah Sakit, STIKES Yayasan RS.Dr.Soetomo

ABSTRAK

Pengembangan jenjang karier perawat perlu mendapat perhatian bagi manajemen rumah sakit karena akan mempengaruhi kualitas pelayanan. Perawat RSI belum optimal dalam mengikuti pelatihan yang terkait dengan kompetensi profesional. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis Implementasi Jenjang Karier Profesional Perawat RSI Surabaya. Penelitian ini kualitatif, dimana penelitian kualitatif ini untuk melihat dan berusaha memahami masalah sosial berdasarkan dengan fakta yang didapatkan di lapangan (eksplorasi). Penentuan jumlah informan dalam 5 orang pejabat struktural menggunakan teknik *purposive sampling*. Penelitian ini penulis menggunakan triangulasi pengumpulan data keabsahan data (*trustworthiness*) dalam penelitian kualitatif dapat dilakukan dengan menggunakan teknik pemeriksaan, yang didasarkan pada kriteria, yaitu: derajat kepercayaan (*credibility*), ketidaktetapan (*confirmability*), ketergantungan (*dependability*) dan keteralihan (*transferability*). Kesimpulan penelitian ini yaitu pelaksanaan PMK No.40 Tahun 2017 tentang jenjang karier profesional perawat kurang optimal. Proses kenaikan level kompetensi perawat dilaksanakan dan sesuai dengan pedoman oleh komite keperawatan namun perlu diperbaharui pedoman. Promosi jabatan dilakukan dengan pendekatan penilaian *peer group*, hubungan personal dan kedekatan secara emosional dengan staf perawat yang menjadi usulan dan sasaran. Perhatian RSI terhadap kebutuhan dan pengembangan karier profesional perawat sangat terbatas dan belum dioptimalkan. Komite keperawatan membuat pedoman lama yang belum disesuaikan dengan kebijakan baru. PMK No.40 2017 tentang jenjang karier profesional perawat di RSI di fokuskan pada perawat klinis dan perawat manajer secara berjenjang.

Kata kunci: Jenjang karier Profesional; Pola penerapan kebijakan; Kompetensi; Perawat

ABSTRACT

The development of a nurse's career path needs attention for hospital management because it will affect the quality of service. RSI nurses have not been optimal in participating in training related to professional competence. The purpose of this study was to analyze the Implementation of Professional Career Paths for Nurses in RSI Surabaya. This research is qualitative, where this qualitative research is to see and try to understand social problems based on facts obtained in the field (exploration). Determination of the number of informants in 5 structural officials using purposive sampling technique. This study the authors use triangulation of data collection, data validity (trustworthiness) in qualitative research can be done using inspection techniques, which are based on criteria, namely: degree of trust (credibility), uncertainty (confirmability), dependability (dependability) and transferability (transferability). The conclusion of this study is that the implementation of PMK No.40 of 2017 concerning the professional career path of nurses is not optimal. The process of increasing the level of nurse competence is carried out and in accordance with the guidelines by the nursing committee but the guidelines need to be updated. Job promotion is carried out with the peer group assessment approach, personal relationships and emotional closeness with nursing staff who are the suggestions and targets. RSI's attention to the needs and professional career development of nurses is very limited and has not been optimized. Nursing committees create old guidelines that have not been adapted to new policies. PMK No.40 2017 concerning the professional career paths of nurses at RSI is focused on clinical nurses and nurse managers in stages.

Keywords: Professional career path; Policy implementation patterns; Competence; Nurse

PENDAHULUAN

Pengembangan karier profesional perawat mencakup empat peran utama perawat yaitu, Perawat Klinis (PK), Perawat Manajer (PM), Perawat Pendidik (PP), dan Perawat Peneliti/Riset (PR). Perawat Klinis (PK) yaitu, perawat yang memberikan asuhan keperawatan langsung kepada klien sebagai individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Perawat Manajer (PM) yaitu, perawat yang mengelola pelayanan keperawatan di sarana kesehatan, baik sebagai pengelola tingkat bawah (*frontline manager*), tingkat menengah (*middle management*), maupun tingkat

atas (*top manager*). Perawat Pendidik (PP) yaitu, perawat yang memberikan pendidikan kepada peserta didik di institusi pendidikan keperawatan. Perawat Peneliti/Riset (PR) yaitu, perawat yang bekerja di bidang penelitian keperawatan/kesehatan (Kementrian Kesehatan RI, 2017).

Beberapa Rumah Sakit swasta belum mengembangkan jenjang karier sesuai dengan kebutuhannya masing-masing dan belum mengarah pada pengembangan jenjang karier profesional (*professional career ladder*) sesuai dengan regulasi dari pemerintah. Hal ini menarik untuk dilakukan studi atau penelitian di rumah sakit swasta. Pengembangan karir pada saat

ini lebih menekankan pada posisi/jabatan baik struktural maupun fungsional (*job career*) sedangkan pengembangan karir profesional (*profesional career*) sejauh ini lebih berfokus pada pengembangan jenjang karier profesional yang sifatnya individual. Sebanyak 200 orang jumlah Perawat RSI Ditindaklanjuti untuk memperoleh informasi terkait implementasi kebijakan jenjang karier profesional perawat. Hasil penelitian (Muhadi, 2019) pada penilaian dimensi struktur organisasi memperoleh hasil bahwa kemampuan organisasi dalam menyediakan jaminan pengembangan bagi perawat RSI masih tergolong cukup. Sebagian besar perawat RSI belum maksimal dalam mengikuti program pelatihan berbasis kompetensi seperti hasil penelitian yang telah dilakukan awal Tahun 2019 dengan 55 sampel perawat RSI. Tujuan penelitian ini yaitu memperoleh gambaran implementasi jenjang karier profesional perawat klinik, perawat manajer, perawat pendidik dan perawat peneliti di RSI Ahmad Yani dan penelitian ini memperoleh gambaran implementasi pola pengorganisasian jenjang karier profesional perawat di RSI Ahmad Yani Surabaya.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif. Desain Penelitian yang digunakan menggunakan *narrative research*. Penelitian kualitatif ini merupakan penelitian yang bertujuan untuk mendeskripsikan atau menjelaskan implementasi jenjang karier profesional perawat RSI Surabaya. Eksplorasi dilakukan guna mendapatkan informasi yang sesuai dengan tujuan kebijakan PMK No.40 Tahun 2017 tentang Jenjang Karier Profesional Perawat. Lokasi Penelitian ini yaitu di RSI Ahmad Yani Surabaya terletak di Jl. Achmad Yani No.2-4, Wonokromo, Kota SBY, Jawa Timur 60243. Waktu pelaksanaan penelitian dilakukan pada bulan November s/d Desember 2019. Data Primer, yaitu data yang diperoleh langsung oleh peneliti dari sumbernya, yaitu dari informasi/responden yang berupa kata-kata dan tindakan orang-orang yang diamati atau diwawancarai. Data primer dalam penelitian ini bersumber 5 Informan terkonfirmasi. Data Sekunder adalah data tertulis yang berasal dari sumbernya dan diperoleh dari dokumen-dokumen yang ada terkait dengan obyek yang diteliti. Data sekunder yang digunakan dalam penelitian ini berasal dari dokumen berupa pedoman jenjang karier RSI, laporan komite, atau informasi tertulis dari komite keperawatan hasil studi pustaka yang bersumber pada literatur, surat kabar, internet serta media lainnya yang berkaitan dengan permasalahan

penelitian. Penentuan informan dengan menggunakan teknik *purposive* yaitu dilakukan dengan mengambil orang yang terpilih oleh peneliti menurut ciri spesifik yang dimiliki sampel itu. *Purposive* diartikan juga teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu. Yang dimaksud pertimbangan tertentu itu seperti orang yang dianggap paling tahu tentang apa yang kita harapkan, atau mungkin dia sebagai penguasa sehingga akan memudahkan peneliti menjelajahi situasi sosial yang diteliti (Sugiyono, 2014). Dalam penelitian ini yang digunakan adalah penelitian kualitatif dimana sumber data utama yang digunakan yaitu kata, ucapan dan tindakan informan. Teknik wawancara ini bertujuan untuk memperkuat data dan informasi yang didapatkan penulis melalui hasil observasi untuk memberikan pedoman atau acuan bagi peneliti dalam mengadakan wawancara, maka dibuat tentang panduan dasar tentang hal yang akan ditanyakan sesuai dengan tujuan dan kebutuhan penelitian. Sesuai dengan jenisnya, peneliti memakai jenis wawancara terstruktur (*structured interview*). Aktivitas dalam analisis data yaitu data *condensation*, data *display*, dan *conclusion verifications*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengembangan karier profesional perawat mencakup empat peran utama perawat yaitu, Perawat Klinis (PK) yaitu, perawat yang memberikan asuhan keperawatan langsung kepada klien sebagai individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Perawat Klinis (PK) di RSI yang terdiri dari 202 perawat yang sudah mendapatkan sertifikat sebagai perawat profesional. Setiap pengajuan level kompetensi klinis perawat dilakukan melalui proses kredensialing oleh komite keperawatan dan tim untuk uji kelayakan terhadap kompetensi perawat. RSI menetapkan minimal 3 tahun pengalaman kerja sudah dapat mengajukan uji kelayakan naik level.

“Setelah kontrak PK 1 itu sudah punya pengalaman minimal 2 tahun sebagai tenaga tetap RSI”(Informan 1).

“ Proses awalnya Karyawan 3 Bulan masuk Pra PK kemudian 3 Bulan kemudian dilakukan kontrak dan 3 Bulan masuk ke PK 1. Jika kinerja 2 atau 3 tahun baik kemudian di kredensial oleh komite keperawatan kelayakan menuju PK2, kemudian 4 tahun kemudian PK2 diajukan lagi kredensial jika baik maka dia naik ke PK3. PK3 setara dengan PM yang kemudian bisa di promosikan menjadi perawat Clinical Educator (pendidik) atau Perawat Case Manager yang kemudian dilakukan rekredensial ”(Informan 2).

“Perawat yang sudah diterima kemudian magang dan disebut pra klinis sebelum di kontrak”(Informan 3).

"Tidak semua perawat menjadi Perawat Klinis karena ada yang tidak bersentuhan dengan pasien misalnya di BPJS (Informan 4).

"Ada aplyment ke rumah sakit, ada tes tulis, ada tes wawancara, kemudian menunggu 1 bulan kemudian dipanggil. Ada masa training 3 bulan sebelum kontrak. Dipanggil lagi untuk dites dan seleksi. Peraturan kadang berubah tiap tahun kontrak pertama 1 tahun dan kontrak kedua 2 tahun"(Informan 5).

Perawat Manajer (PM) yaitu, perawat yang mengelola pelayanan keperawatan di sarana kesehatan, baik sebagai pengelola tingkat bawah (*front line manager*), tingkat menengah (*middle management*), maupun tingkat atas (*top manager*). Perawat manajer adalah perawat yang melaksanakan fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, kepemimpinan dan pengendalian segala aktivitas dalam upaya pelayanan keperawatan.

"Pedoman sudah ada untuk PK 1,2,3..namun implementasinya belum sesuai dan kurang paham...ada SPK (surat penugasan klinis) dan RKK (Rincian Kewenangan Klinis) baru mereka paham (Informan 1)".

"Ada proses akselerasi PK2 menuju PK3 untuk menjadi Perawat CE" (Informan 2).

"Proses seleksi untuk menjadi kepala ruangan (karu) mengganti baru, harus memperhatikan kelayakan kredensial, kriterianya terlihat mumpuni, hubungan dengan sejawat, membimbing mahasiswa baik, keputusan di ajukan ke direktur dan direktur mengembalikan ke kabid" (Informan 2)

"Dari komite keperawatan sudah ada tentang pedoman karier profesional perawat, ada mapping juga level perawat (Informan 3)".

"Kenaikan level dari PK1 menuju PK 2 ada kredensial dari komite keperawatan...setiap 2 tahun selalu ada kredensial oleh komite keperawatan (Informan 4)".

"Ada Proses Kredensiling kompetensi perawat oleh komite keperawatan" (Informan 5).

"Kepala ruangan terkadang diakselerasi ke PK3"(Informan 1).

Perawat Pendidik (PP) yaitu, perawat yang memberikan pendidikan kepada peserta didik di institusi pendidikan keperawatan. Perawat pendidik juga diistilahkan dengan CE (*Clinical Educaion*).

"Semua kepala ruangan ditugaskan untuk menjadi CE"(Informan 1).

"PK 3 Banyak namun tidak diberdayakan ke struktural"(Informan 1).

"PK 3 rata2 sudah memiliki pengalaman kerja sekitar 10 tahun dengan proses yang panjang"(Informan 2).

"Perawat PK3 yang memiliki keahlian tertentu misalnya HD, ICU, OK berbasis kompetensi dapat dipromosikan juga ke struktural" (Informan 2).

"Proses promosi ada, prosedurnya saya panggil kemudian di interviu terkait usulan promosi" (Informan 2).

"Masa kerja kepala ruangan bisa di ganti, bisa naik dan bisa turun jadi perawat biasa, ada proses regenerasi perawat yang lebih muda juga termaksud PK3 yang sudah lama" (Informan 2).

"Meskipun PK 3 ttp segitu2 aja insentifnya, sama aja"(Informan 3).

"Perawat pendidikan tidak hanya PK3 tapi harus lama sekali bekerja disini" (Informan 3).

"RSI Banyak mahasiswa juga jadi CE nya harus banyak"(Informan 4).

"Saya selalu melakukan pendampingan dan pengarahan ke mahasiswa"(Informan 5).

Perawat Peneliti (PR) yaitu, perawat yang bekerja di bidang penelitian keperawatan. RSI belum terdapat perawat peneliti sesuai PMK No.40 Tahun 2017 hanya saja ada perawat yang menjadi dosen di salah satu perguruan tinggi swasta di Surabaya.

Tahap Rekrutmen dan Seleksi

Tahap rekrutmen dimulai dari proses administrasi kesehatan dan psikologis (Psikotes) seleksi keaslian Ijazah, transkrip dan nilai surat tanda registrasi (STR), Wawancara dan tes kesehatan. Tahap rekrutmen dilaksanakan sesuai dengan PMK No.40 Tahun 2017.

"Alur MSDM Perawat di RSI Dimulai dari : Pembukaan Lowongan lewat webiste, pemanggilan, uji tulis, lisan dan interviu, melibatkan kabag keperawatan dan pihak SDM ditambah pihak bimro. Ada Psikotes dan Tes Kesehatan"(Informan 1).

"Proses awalnya dibuka lowongan oleh RSI melalui website ada seleksi administrasi, tes kesehatan, wawancara "(Informan 2).

"Ada lowongan kerja dibuka, taruh lamaran, lengkapi dokumen (STR, Ijazah dll.) "(Informan 3).

"Rekrutmen dan seleksi dilaksanakan di RSI"(Informan 4).

"Ada Rekrutmen dan Seleksi di sini mas, perawat wajib ada STR"(Informan 5).

Tahap Orientasi

Visi, Misi, Kebijakan organisasi, hak dan kewajiban staf, keselamatan klien, pengendalian dan pengontrolan infeksi, mutu pelayanan, caring, etik dan asuhan keperawatan serta dokumentasi asuhan keperawatan. Orientasi khusus adalah orientasi setelah penempatan di unit kerja yang meliputi visi, misi, kebijakan, hak dan kewajiban di unit kerja. Tahap orientasi belum dioptimalkan sampai kepada orientasi khusus berdasarkan ketentuan PMK No.40 Tahun 2017.

"Orientasi ada dilakukan untuk perawat baru, istilah pendampingan awal"(Informan 1).

"Orientasi khusus juga ada meskipun tidak detail" (Informan 1)

"Proses Orientasi perawat baru ada" (Informan 2).

"Ada orientasi dan sosialisasi awal kerja" (Informan 3).

"Orientasi dilakukan di awal secara umum tidak spesifik" (Informan 4).

"Orientasi itu sama dengan pengenalan tentang RSI Secara Umum sebelum masuk bekerja" (Informan 5).

"Hampir semua sudah kami lakukan sesuai prosedur kredensial" (Informan 3).

"Usul banding tidak pernah dilakukan" (Informan 3).

"Nomor 1,2 6 dan 7 wajib mas" (Informan 3).

Tahap Internship

Proses melaksanakan asuhan di unit kerja Bersama preceptor. Preceptor menjadi role model dari perawat baru, mengarahkan dan mengevaluasi pencapaian kompetensi serta melaksanakan asuhan bersama dengan perawat baru. Preceptorship dilaksanakan melalui *one to one*, dimana preceptor tidak hanya menjadi role model. Tahap *Internship* belum dioptimalkan berdasarkan ketentuan PMK No.40 Tahun 2017.

"Internship yang dimaksud disini semacam magang yah. Kalo magang iya untuk perawat baru masuk selama 3 bulan" (Informan 1).

"Preceptornya yaitu karu di masing-masing unit" (Informan 3).

"Preceptorship tidak optimal dilakukan di sini" (Informan 3).

"Di awal kami menguji kemandirian perawat menghadapi pasien" (Informan 2).

"Pada saat magang ada yang evaluasi setiap perawat" (Informan 4).

"Magang ada" (Informan 5).

Tahap Kredensial

Tahapan asesmen kompetensi dari evaluasi diri, verifikasi log book dan porto folio. Mengajukan permohonan asesmen diketahui dan disetujui oleh preceptor dan kepala ruangan. Melaksanakan pra konsultasi, untuk validasi kesiapan asesmen dan kontrak pelaksanaan asesmen. Pelaksanaan asesmen untuk kompetensi PK I oleh asesor. Melaksanakan usulan banding (jika diperlukan). Pengambilan keputusan hasil asesmen kompetensi. Pemberian Sertifikat Kompetensi bagi perawat yang kompeten. Tahap Kredensial sesuai dan dilaksanakan berdasarkan ketentuan PMK No.40 Tahun 2017.

"Logbook ada semacam portofolio perawat setiap ruangan dan setiap hari" (Informan 1).

"Alur Kredensial sudah kami sesuaikan dengan pedoman" (Informan 4).

"Pra konsultasi tidak ada, mungkin diskusi biasa aja" (Informan 2).

"Ada kredensial dan rekredensial. kredensial berlaku sampai 2 tahun. setiap 2 tahun selalu ada kredensial oleh komite keperawatan (Informan 3)".

Penetapan Kewenangan Klinis (PK)

Mengajukan permohonan untuk memperoleh Kewenangan Klinis kepada Ketua Komite Keperawatan sesuai Rincian Kewenangan Klinis dan Buku Putih (*White Paper*). Mengikuti proses kredensial dengan cara review, verifikasi dan evaluasi dengan berbagai metode yang dilakukan oleh panitia Adhoc (Mitra Bestari) yang ditentukan. Memperoleh hasil kredensialing berupa daftar kewenangan klinis bagi perawat klinis level PK I selanjutnya direkomendasikan oleh Komite. Keperawatan untuk mendapatkan surat penugasan klinis dari pimpinan/direktur rumah sakit. Pemberian Penugasan Klinis (*Clinical Appointment*) PK I. Tahap Penetapan Kewenangan Klinis sesuai dan dilaksanakan berdasarkan ketentuan PMK No.40 Tahun 2017.

"White paper ada dan dilaksanakan" (Informan 3).

"Mengikuti proses kredensial dengan cara review, verifikasi dan evaluasi, iya ada dokumennya dan kami laksanakan" (Informan 3).

"SK Permohonan oleh komite tidak ada" (Informan 3).

"Surat penugasan dari direktur ada" (Informan 3).

"SPK dan RKK ada" (Informan 3).

"Program Kerja Komite keperawatan ada dokumennya, nun sewu ini dokumennya" (Informan 3).

Perawat mendapatkan penugasan di unit kerja sesuai dengan penugasan klinis (*clinical appointment*) yang ditetapkan. Kompetensi perawat terus ditingkatkan melalui kegiatan-kegiatan Pengembangan Keperawatan Berkelanjutan (PKB) yang telah ditetapkan di komite keperawatan melalui program mutu profesi. Kenaikan jenjang karier perawat hendaknya diiringi dengan kenaikan penghargaan yang berupa remunerasi.

"Jenjang karier dan remun nggak ada pengaruh" (Informan 1)

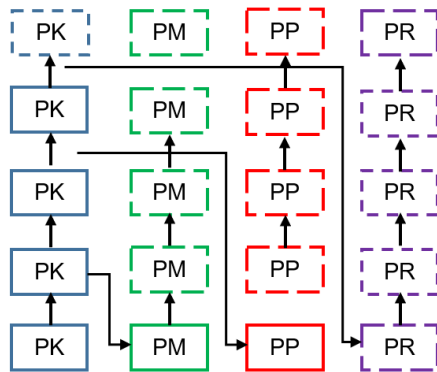
"Jenjang karier dan remunnya belum terkoneksi, tidak ada bedanya" (Informan 2).

"Jenjang karier sama gaji tidak ada hubungan" (Informan 4)

"Sementara belum ada kaitan antara jenjang karier dan gaji atau insentif, sama aja, yang beda hanya struktural" (Informan 5).

Berdasarkan hasil triangulasi data dan analisis interpretasi data dapat ditemukan pola penerapan

jenjang karier profesional perawat RSI Ahmad Yani Surabaya Tahun 2019 Sebagai berikut:



Gambar 1. Pola Implementasi Jenjang Karier Profesional RSI Perawat Klinis I (*Novice*) di RSI Sebagian besar berlatar belakang S1 Ners setelah menjadi tenaga tetap kemudian mempunyai pengalaman kerja hingga dua tahun. Perawat klinis II (*Advance Beginner*) menjalani masa klinis level II pengalaman kerja ≥ 3 tahun dan dan menjalani masa klinis level II selama 4 - 7 tahun. Perawat klinis III (*competent*) menjalani masa klinis level III dengan pengalaman kerja ≥ 7 tahun dan menjalani masa klinis level III selama 6 - 9 tahun Perawat Klinis IV. Perawat klinis IV (*Proficient*) memiliki latar belakang pendidikan Ners dengan pengalaman kerja ≥ 13 tahun dan menjalani masa klinis level IV selama 9 – 12 tahun. RSI Belum menetapkan Perawat klinis V (*Expert*) memiliki latar belakang pendidikan Ners Spesialis.

Perawat Manajer (PM), Perawat Pendidik (PP), dan Perawat Peneliti/Riset (PR). Perawat Klinis (PK) belum ada kebijakan ataupun pedoman yang menjelaskan secara detail. Perawat Manajer (PM) dan Perawat Pendidik (PP) sudah menjalankan sesuai status dan struktur tugasnya kepada klien sebagai individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Perawat Manajer (PM) yaitu, perawat yang mengelola pelayanan keperawatan di sarana kesehatan, baik sebagai pengelola tingkat bawah (*front line manager*), tingkat menengah (*middle management*), maupun tingkat atas (*top manager*). Perawat Pendidik (PP) yaitu, perawat yang memberikan pendidikan kepada peserta didik di institusi pendidikan keperawatan.

KESIMPULAN

Implementasi jenjang karier profesional perawat PMK No.40 Tahun 2017 di RSI Surabaya di fokuskan pada perawat klinis dan perawat manajer secara berjenjang. Pedoman Jenjang Karier, Pendidik dan Peneliti belum diatur oleh pihak rumah sakit. Proses kenaikan level kompetensi perawat dilaksanakan dengan pedoman lama

oleh komite keperawatan. Pengorganisasian jenjang karier profesional perawat RSI belum optimal yang ditandai dengan. Promosi jabatan dilakukan dengan pendekatan penilaian *peer group*, hubungan personal dan kedekatan secara emosional dengan staf perawat yang menjadi usulan dan sasaran.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan RI. Undang-Undang RI No. 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan. Jakarta: Sekretariat Negara; 2014.
2. Gillies D. Nursing Management ; A System Approach. Philadelphia: WB Saunder Company; 1994.
3. Swansburg R. Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan untuk perawat klinis. Jakarta: EGC Kedokteran; 2000.
4. Potter, P.A,&Perry A. Fundamental of nursing: concepts, process and practice. Harcourt Australia: Mosby; 2005.
5. Baucom B. Nurses perception of clinical ladder program. Gardner - Webb University; 2012.
6. Kementrian Kesehatan RI. PMK No.40 Tahun 2017 Tentang Jenjang Karir Profesional Perawat. 2017.
7. Muhadi. Laporan Penelitian Analisis Kebutuhan Pelatihan Kompetensi Perawat RSI Surabaya. Surabaya; 2019.
8. Nazeli B, Adisasmito W. Rancangan Pola Karir Perawat Klinik di Rumah Sakit Tentara Jakarta. J Keperawatan Indones. 2007;11(2):59-65.
9. Meissam Hamed Ismaiel, Alice Edward Reizian GMH. Factors Affecting Nurses' Career Development. J Am Sci. 2013;9(1):25-6.
10. Siagian S. Manajemen Sumber Daya Manusia. Jakarta: PT.Bumi Aksara; 2014.
11. Hasibuan PS. Manajemen Sumber Daya Manusia. Cetakan Ke. Jakarta: PT Bumi Aksara; 2013.
12. Gomes C. Manajemen Sumber Daya Manusia. Cetakan Ke. Yogyakarta: Andi Offset; 2001.
13. Handoko TH. Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia. Yogyakarta: BPFY-Yogyakarta.; 2014.
14. Marquis, BL. HC. Leadership Role and Management Funtion in Nursing: Theory and Aplication. Third Edit. Philadelphia: Lippincott; 2000.
15. Benner P. From Novice to Expert : Excelent and Power in Nursing Practice. California: Menlo Park: Addison Wesley; 1984.
16. Meldona. Manajemen Sumber Daya Manusia Perspektif Integratif. Malang: UIN-Malang Press; 2009.

17. Azwir, Ayuningtyas, Dumilah R. Pengembangan Pola Karir Perawat Klinik Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan Jakarta Pusat Tahun 2008 Career Pattern Development of Clinical Nurse. *J Manaj Pelayanan Kesehat.* 2010;13(1):16–22.
18. Sugiyono. Memahami Penelitian Kualitatif. Bandung: CV.Afabeta; 2014.
19. Moleong L. Metode Penelitian Kualitatif. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.; 2006.

IDENTIFIKASI HAMBATAN DALAM PELAKSANAAN PROGRAM USAHA KESEHATAN SEKOLAH (UKS) DI SMPN 1 PANGKALAN KURAS KABUPATEN PELALAWAN

IDENTIFICATION OF OBSTACLES IN THE IMPLEMENTATION OF SCHOOL HEALTH EFFORT PROGRAMS (UKS) IN SMPN 1 PANGKALAN KURAS DISTRICT PELALAWAN

Welly Sando¹, M. Dedi Widodo¹, Dami Yanthi¹, Nino Reza¹

¹S1 Kesehatan Masyarakat, STIKes Hang Tuah Pekanbaru

ABSTRAK

Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) di SMPN 1 Kecamatan Pangkalan Kuras Kabupaten Pelalawan belum ada kerja sama yang baik dengan pihak-pihak terkait seperti Dinas Kesehatan, Puskesmas, Dinas Pendidikan, dan orang tua siswa. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui identifikasi hambatan dalam pelaksanaan program usaha kesehatan sekolah (UKS) di SMPN 1 Kecamatan Pangkalan Kuras Kabupaten Pelalawan Tahun 2020. Jenis penelitian kualitatif dengan menggunakan observasional. Waktu penelitian dilakukan pada bulan Februari-Agustus di SMPN 1 Kecamatan Pangkalan Kuras Kabupaten Pelalawan. Subjek penelitian yaitu Kepala Sekolah, pembina Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) Sekolah, pembina Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) Puskesmas dan kader Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). Analisis data yang digunakan dengan cara mengatur secara sistematis pedoman wawancara, selanjutnya memproses data, data dari observasi diidentifikasi untuk menggambarkan masing-masing variabel, ringkasan akan disajikan dalam bentuk narasi. Hasil penelitian ini menunjukkan pendanaan UKS sudah tersedia dari dana sehat, pembina UKS saling bekerja sama dengan kader UKS dalam menjalankan program UKS, untuk sarana prasarana masih kekurangan tempat tidur dan membutuhkan ruangan UKS yang lebih besar sesuai dengan banyaknya murid. Berdasarkan hasil penelitian kesimpulannya hendaknya lebih meningkatkan jalinan kerja sama dengan puskesmas atau lembaga terkait, dengan orang tua dan masyarakat sekitar agar tujuan untuk meningkatkan masyarakat sekolah yang sehat dapat terwujud. Selain itu sekolah sebaiknya berusaha menyediakan sarana dan prasarana untuk mendukung terlaksanakannya program UKS di sekolah, seperti penambahan tempat tidur dan ruangan diperbesar. Serta pembina UKS hendaknya lebih aktif dalam memberikan pemahaman tentang TRIAS UKS pada siswa, orang tua, dan masyarakat sekitar pelaksanaan UKS dapat berjalan seoptimal mungkin.

Kata Kunci: Pendanaan; Pembina; Kader; dan Sarana Prasarana UKS

ABSTRACT

The School Health Effort at SMPN 1 Pangkalan Kuras District, Pelalawan Regency has not had good cooperation with related parties such as the Health Office, Puskesmas, Education Office, and parents of students. This study aims to identify obstacles in the implementation of the school health effort program at SMPN 1 Pangkalan Kuras District, Pelalawan Regency in 2020. This type of qualitative research uses observational research. When the research was conducted in February-August at SMPN 1 Pangkalan Kuras District, Pelalawan Regency. The research subjects were school principals, school health effort coaches schools, health centers school health effort coaches and school health effort cadres. Data analysis is used by systematically arranging the interview guidelines, then processing the data, data from observations are identified to describe each variable, a summary will be presented in narrative form. The results of this study indicated that funding was already available from healthy funds, supervisors collaborated with cadres in carrying out the program, for infrastructure facilities they still lacked beds and needed a larger room according to the number of students. Based on the results of the research, the conclusion should be to further enhance the collaboration with the health center or related institutions, with parents and the surrounding community so that the goal of improving a healthy school community can be realized. In addition, schools should try to provide facilities and infrastructure to support the implementation of the at program in schools, such as additional beds and enlarged rooms. As well as the supervisor, they should be more active in providing an understanding of to students, parents, and the community around the implementation as well as possible.

Keywords: Cadres; Funding; Trustees; and Infrastructure Facilities

PENDAHULUAN

Sekolah merupakan sebuah lembaga formal, tempat anak didik memperoleh pendidikan dan pelajaran yang diberikan oleh guru. Sekolah mempersiapkan anak didik memperoleh ilmu pengetahuan dan keterampilan, agar mampu berdiri sendiri dalam masyarakat. Di dalam pengembangan nasional, anak merupakan investasi pembangunan dalam bagian tenaga kerja dan pewaris negara di masa depan, maka

pembinaan untuk anak perlu dimulai sejak dini. Sehubungan dengan itu bidang pendidikan dan kesehatan mempunyai peranan yang besar karena secara organisatoris sekolah berada di bawah Departemen Pendidikan Nasional, sedangkan secara fungsional Departemen Kesehatan bertanggung jawab atas kesehatan peserta didik (Poernomo, 2018).

Berdasarkan rumusan Undang-Undang tentang Sistem Pendidikan Nasional No.20 tahun 2003 yang dimaksud dengan pendidikan adalah usaha sadar

untuk menyiapkan peserta didik melalui kegiatan bimbingan, pengajaran dan atau latihan bagi peranannya di masa yang akan datang (Depdiknas, bab 1 pasal 1). Selain itu menurut Menteri Pendidikan dan Kebudayaan, Menteri Kesehatan, Menteri Agama dan Menteri Dalam Negeri Tentang Pembinaan dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah/Madrasah bab 1 pasal 1 No.1 tahun 2004 yang dimaksud dengan UKS adalah kegiatan yang dilakukan untuk meningkatkan kesehatan anak usia sekolah pada setiap jalur, jenis, dan jenjang pendidikan. Keberadaan Usaha Kesehatan Sekolah yang telah dirintis sejak 1956, sangat penting seperti yang tercermin dalam pasal 45 UU No.23 Tahun 1992 tentang kesehatan, yaitu usaha kesehatan sekolah diselenggarakan untuk meningkatkan kemampuan peserta didik dalam hidup sehat, sehingga mereka dapat belajar, tumbuh, dan berkembang secara harmonis dan optimal menjadi manusia yang berkualitas (Depkes RI, 2014).

Tujuan pendidikan nasional adalah mencerdaskan kehidupan bangsa dan mengembangkan manusia Indonesia seutuhnya, bahwa peserta didik dan generasi muda harus dibina dalam pertumbuhan dan perkembangan demi mencapai cita-cita mencerdaskan kehidupan bangsa dan kesejahteraan. Hal ini tercantum dalam Sistem Pendidikan Nasional dan Sistem Kesehatan Nasional. Oleh karena itu, salah satu bidang yang terpenting adalah bidang kesehatan sekolah. Departemen Kesehatan melakukan berbagai usaha atas tanggung jawabnya terhadap kesehatan Bangsa Indonesia secara keseluruhan. Salah satu usaha yang dilakukan dan terus dikembangkan adalah Usaha Kesehatan Sekolah atau yang disebut dengan UKS (Depkes RI, 2014).

Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) adalah bentuk dari usaha kesehatan masyarakat yang dilaksanakan di sekolah dan menyatakan usaha kesehatan sekolah merupakan perpaduan antara dua upaya dasar, yaitu upaya pendidikan dan upaya kesehatan, yang pada gilirannya nanti diharapkan UKS dapat dijadikan sebagai usaha untuk meningkatkan kesehatan anak usia sekolah pada setiap jalur, dan jenjang pendidikan (Makhfudli, 2016).

Program UKS pada semua jenis dan tingkat pendidikan, baik Sekolah Negeri maupun Swasta mulai dari tingkat Sekolah Dasar hingga Sekolah Menengah Atas, khusus pengembangan UKS tingkat Sekolah Menengah Pertama penyelenggaraannya bersama-sama dengan lembaga pendidikan mulai tingkat daerah sampai tingkat pusat. Program UKS ini hendaknya dilaksanakan dengan baik sehingga sekolah

menjadi tempat yang dapat meningkatkan atau mempromosikan derajat kesehatan peserta didik. Penyelenggaraan program kesehatan sekolah sebagai upaya untuk mencapai tujuan keberhasilan pembinaan dan pengembangan kemampuan hidup, sebagai syarat utama tercapainya derajat kesehatan yang optimal, dan selanjutnya menghasilkan tenaga kerja yang berkualitas (Depkes RI, 2014).

Keberhasilan pembinaan dan pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) pada akhirnya akan terlihat/tercermin pada perilaku hidup sehat dan derajat kesehatan peserta didik, dan ini merupakan dampak yang diharapkan dari keseluruhan pola pembinaan dan pengembangan UKS. Hal ini dikarenakan UKS merupakan wadah dan program untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat dan derajat kesehatan peserta didik sedini mungkin, yang dilakukan secara terpadu oleh 4 Kementerian terkait beserta seluruh landasannya, yaitu SKB 4 Menteri, yaitu Menteri Pendidikan Nasional, Menteri Kesehatan, Menteri Agama dan Menteri Dalam Negeri (Depkes RI, 2014).

Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) merupakan saluran utama pendidikan kesehatan yang ada di sekolah untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat dan selanjutnya membentuk perilaku hidup sehat, yang nantinya akan menghasilkan derajat kesehatan peserta didik secara optimal. Dalam mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya peserta didik diberi kesempatan untuk tumbuh dan berkembang sebaik-baiknya dengan menyediakan lingkungan-lingkungan yang sebaik-baiknya pula (Poernomo, 2018).

Dengan adanya UKS sebagai saluran utama untuk pendidikan kesehatan, diharapkan pada akhirnya bukan masyarakat sekolah saja yang menjalankan hidup sehat, tetapi masyarakat sekitar juga akan menjalankan hidup sehat dalam kesehariannya. Cita-cita UKS telah diterima di lingkungan pendidikan, terbukti dengan adanya pendidikan olahraga, PMR, dan sebagainya. Masyarakat sekolah terorganisir secara rapi, dengan demikian mudah menyebarluaskan usaha hidup sehat. Dari pendapat di atas sudah dapat diketahui bahwa pendidikan kesehatan melalui Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) adalah sangat penting dan harus digalakkan. Hal itu karena kesehatan merupakan unsur sangat penting bagi anak didik di sekolah. Terutama bagi anak Sekolah Menengah Pertama (SMP) kesehatan harus menjadi perhatian yang sungguh mengingat siswa SMP merupakan tonggak keberhasilan pendidikan yang selanjutnya (Sadjimin, 2015).

Berdasarkan hasil penelitian Johari (2018)

dalam kegiatan evaluasi UKS tahun 2017, menunjukkan bahwa terdapat 413 dari 787 sekolah (52,48%) yang melaksanakan penjangkaran kesehatan di Kabupaten Purwakarta sehingga masih terdapat sekolah yang belum terpantau kesehatan muridnya. Data Sistem Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas (SP3) tahun 2017 terdapat penyakit ISPA sebanyak 1.406 murid, penyakit gigi 7.238 murid, penyakit kulit 719 murid, penyakit mata 125 murid, penyakit kusta 3 murid dan penyakit TB Paru 389 murid. Untuk itu perlu dikembangkan sistem penjangkaran kesehatan dan sistem pelayanan kesehatan pada anak sekolah perlu di tingkatkan untuk meningkatkan kesehatan pada anak sekolah.

Kecamatan Pangkalan Kuras memiliki 17 desa, salah satunya yang menjalankan program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) ada di Sekolah Menengah Pertama yang terletak di Kecamatan Pangkalan Kuras yaitu SMP Negeri 1 Pangkalan Kuras. Berdasarkan survei awal peneliti di SMP Negeri 1 Pangkalan Kuras, dengan melakukan wawancara dengan pembina Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) mengatakan sekolah ini belum mampu mengorganisasi Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dengan baik, belum ada kerja sama yang baik dengan pihak-pihak terkait misal Dinas Kesehatan, Puskesmas, Dinas Pendidikan, orang tua siswa dan dengan organisasi lainnya, sehingga terkesan bahwa kesehatan anak didik adalah tanggung jawab orang tua semata. Pendanaan sangat diperlukan untuk membiayai pelaksanaan program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), sampai saat ini dana masih kurang sehingga terkendala dalam menjalankan kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), program pendidikan dan penyuluhan kesehatan di sekolah untuk saat ini tidak tersedia waktu khusus, sehingga menjadi kendala tersendiri bagi pembina Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) maupun petugas puskesmas dalam melaksanakan pendidikan dan penyuluhan, kader Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dipegang oleh anggota Palang Merah Remaja (PMR) yang belum bekerja sama dengan baik bersama TIM PMR dalam mengelola pelayanan di Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).

Sedangkan program pelayanan kesehatan sekolah masih kurang maksimal, kondisi tersebut kurang optimal dengan ketersediaan sarana dan prasarana Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang masih terbatas seperti kurangnya obat-obatan dan ada sebagian obat-obatan yang sudah kadaluwarsa (exspayer), sebagaimana yang kita lihat bahwa di sekolah ini memiliki ruang Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang belum sesuai standar, tanpa ada sarana dan prasarana yang cukup maka mustahil program UKS akan berjalan

dengan baik. Oleh sebab itu berbagai pihak harus mengupayakan sumber-sumber untuk keperluan penyelenggaraan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), mengingat Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) adalah suatu yang sangat penting untuk keberhasilan anak didik di sekolah. Karena dalam kenyataannya tidak sedikit sekolah yang tidak dapat melaksanakan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dengan alasan minimnya dana yang tersedia. Namun demikian meski dengan semua keterbatasan yang kompleks, hendaknya program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) pada sekolah harus tetap diupayakan seoptimal mungkin. Karena anak adalah modal bangsa yang sangat penting sebagai generasi penerus bangsa dan sekolah merupakan tonggak utama dalam pendidikan terhadap anak untuk melanjutkan ke tingkat pendidikan yang lebih tinggi (Profil SMP Negeri 1 Kecamatan Pangkalan Kuras, 2020).

Berdasarkan uraian di atas maka peneliti tertarik mengangkat penelitian dengan judul "Identifikasi Hambatan dalam Pelaksanaan Program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) di SMPN 1 Kecamatan Pangkalan Kuras Kabupaten Pelalawan Tahun 2020".

METODE

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kualitatif dengan desain *deskriptif kualitatif* dilakukan di di SMPN 1 Kecamatan Pangkalan Kuras Kabupaten Pelalawan. Adapun waktu penelitian ini dilakukan pada bulan Juni-Agustus 2020. Subjek penelitian adalah informan atau orang yang dapat memberikan sumber informasi sehubungan dengan penelitian yang akan dilakukan. Adapun yang menjadi subjek penelitian ini berjumlah 5 orang, yang terdiri dari *informan* utama (Kepala Sekolah), *informan* penunjang (pembina Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) Sekolah), *informan* penunjang (pembina Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) Puskesmas) dan *informan* penunjang kader Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang ada di SMPN 1 Kecamatan Pangkalan Kuras Kabupaten Pelalawan.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini sesuai dengan pedoman atau acuan untuk mendapatkan jawaban yang sesuai dengan penelitian yang dilaksanakan adalah dengan menggunakan pedoman wawancara mendalam yang berisikan pertanyaan yang berhubungan dengan penelitian dan menggunakan alat bantu alat-alat seperti alat perekam suara, kamera, alat tulis, dan pedoman wawancara.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Pendanaan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan melalui wawancara mendalam dan observasi secara langsung ditemukan bahwa pendanaan di UKS sekolah berasal dari dana sehat yaitu uang/barang diterima atau dikumpulkan oleh Tim Pelaksana Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) baik dari peserta didik, komite sekolah, pemerintah maupun dari masyarakat untuk pelaksanaan program Usaha Kesehatan Sekolah, yang menjalani program UKS di sekolah ini ada 2 orang pembina UKS. Untuk pendanaan di UKS ini langsung di pegang oleh pembina UKS dan dana tersebut sudah ada rekening bank tersendiri, sehingga jika mengadakan kegiatan di program UKS dana akan diambil sesuai yang dibutuhkan, jika dana kurang pembina akan mencari jalan solusinya seperti mengadakan sumbangan secara sukarela untuk melaksanakan kegiatan UKS.

Pembina Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan melalui wawancara mendalam dan observasi secara langsung ditemukan bahwa belum baik kerjasamanya pembina UKS sekolah dengan pembina UKS Puskesmas karena ketika ada kegiatan program UKS pembina UKS Puskesmas sering tidak berperan serta dalam kegiatan tersebut dan jarang sekali melakukan pelatihan pada pembina UKS dan kader UKS. Kemudian pembina UKS sekolah kurang aktif dalam menata ruang UKS sehingga ruang UKS terkesannya sangat tidak nyaman.

Kader Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan melalui wawancara mendalam dan observasi secara langsung terkait peran kader UKS. Kader UKS sudah terbentuk hanya saja masih belum baik kerja sama antar kader UKS dalam menjalankan program UKS, karena ketika melakukan kegiatan UKS seperti penyuluhan selalu tidak ada yang mau, kemudian ketika ada yang sakit, kader UKS tidak ada yang mau berperan serta dalam menjalankan program UKS yang sudah dibentuk pembina UKS.

Sarana Prasarana

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan melalui wawancara mendalam dan observasi secara langsung ditemukan bahwa belum cukupnya sarana dan prasarana yang ada di UKS SMPN 1 Kecamatan Pangkalan Kuras Kabupaten

Pelalawan, seperti kekurangan tempat tidur, karena tidak sebanding dengan jumlah siswanya yang ribuan, kemudian ruangan UKS yang kecil dan kurang nyaman, dan ada juga terdapat alat P3K yang sudah *expired*.

Pembahasan

Pendanaan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)

UKS merupakan usaha kesehatan yang ditujukan untuk peserta didik yang ada disekolah maupun dilingkungan sekitar sekolah dengan tujuan untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat, tumbuh dan berkembang secara harmonis serta optimal, menjadi sumber daya manusia yang berkualitas (A. Muis, 2016).

Pendanaan adalah suatu rencana yang disusun secara sistematis yang meliputi seluruh kegiatan perusahaan, yang dinyatakan dalam unit (kesatuan) moneter dan berlaku untuk jangka waktu (periode) tertentu yang akan datang." Dari pengertian anggaran yang telah diutarakan di atas dapatlah diketahui bahwa anggaran merupakan hasil kerja (*output*) terutama berupa taksiran-taksiran yang akan dilaksanakan di waktu yang akan datang. Karena suatu anggaran merupakan hasil kerja (*output*), maka anggaran dituangkan dalam suatu naskah tulisan yang disusun secara teratur dan sistematis (Poernomo, 2016).

Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dalam pelaksanaannya tidak terlepas dari biaya atau dana, sebagai penunjang tercapainya program yang telah direncanakan sebelumnya. Kegiatan yang memerlukan dana, perlu dipertimbangkan dan diatur sehingga dana yang diperlukan tidak memberatkan orang tua peserta didik (d disesuaikan dengan kemampuan). Sumber dana kegiatan pada sekolah diperoleh dari orang tua peserta didik, dan SBPP. Inpres sumbangan lain yang tidak mengikat, dan dana yang diusahakan oleh sekolah melalui kegiatan peserta didik misalnya hasil kebun sekolah (Poernomo, 2016).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurhayu dkk (2018), bahwa Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dalam pelaksanaannya tidak terlepas dari biaya atau dana, sebagai penunjang tercapainya program yang telah direncanakan sebelumnya. Kegiatan yang memerlukan dana, perlu dipertimbangkan dan diatur sehingga dana yang diperlukan tidak memberatkan orang tua peserta didik (d disesuaikan dengan kemampuan). Sumber dana kegiatan pada sekolah diperoleh dari orang tua peserta didik, dan SBPP.

Berdasarkan hasil penelitian dan teori, maka peneliti berpendapat bahwa pendanaan UKS di sekolah ini walaupun sudah cukup,

yaitu dana berasal dari dana sehat, sebaiknya pendanaan UKS ini bekerjasama dengan peran serta masyarakat, wali murid siswa, tenaga kesehatan dan dinas pemerintah setempat saling bekerjasama dalam menanggulangi dana, agar UKS tetap berjalan dan tanpa ada kendala dalam menjalankan program kegiatan UKS.

Pembina Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)

Pembina adalah orang yang mengatur struktur dan organisasi Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang telah mengikuti kursus pelatih pembina Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) tentang sistem pendidikan dalam UKS (Sulistyowati, 2012).

Tugas pembina adalah usaha, tindakan, dan kegiatan yang dilakukan secara efisien dan efektif untuk memperoleh hasil yang lebih baik. Pembinaan merupakan proses, cara membina dan penyempurnaan atau usaha tindakan dan kegiatan yang dilakukan untuk memperoleh hasil yang lebih baik. Pembina pada dasarnya merupakan aktivitas atau kegiatan yang dilakukan secara sadar, berencana, terarah, dan teratur secara bertanggung jawab dalam rangka penumbuhan, peningkatan dan mengembangkan kemampuan serta sumber-sumber yang tersedia untuk mencapai tujuan (Sulistyowati, 2012).

Dalam penelitian Suryani (2014) menyatakan bahwa sudah terbentuknya pembina UKS, tetapi peran serta pembina UKS dalam pelaksanaan UKS masih merasa keberatan karena kurangnya kesadaran dan pemahaman mengenai peran tim pelaksana UKS di tingkat sekolah.

Berdasarkan hasil penelitian dan teori, maka peneliti berpendapat pembina sangat berperan penting dalam menjalankan program UKS, dimana pembina UKS agar menerapkan dan menjalankan TRIAS UKS, supaya siswa-siswi mengerti dan paham dengan kesehatan, dan mengajarkan pada kader UKS bagaimana memberikan penyuluhan yang benar serta pembina UKS sekolah dan pembina UKS Puskesmas saling bekerja sama dalam menjalankan kegiatan program UKS di sekolah.

Kader Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)

Kader Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) (Dokter kecil) pada hakikatnya adalah siswa yang memenuhi kriteria dan telah dilatih untuk ikut melaksanakan sebagai usaha pemeliharaan dan peningkatan kesehatan terhadap diri sendiri, teman, keluarga dan lingkungannya (Esensi, 2012).

Kegiatan yang dilakukan, pasti tidak lepas dari aspek tujuan. Karena suatu kegiatan yang dilakukan tanpa tujuan yang jelas, maka kegiatan itu akan sia-sia. Begitu pula dengan program dokter kecil. Program dokter kecil mempunyai

dua tujuan yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umumnya yaitu meningkatkan partisipasi siswa dalam program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). Tujuan khususnya yaitu agar siswa dapat menjadi penggerak hidup sehat di sekolah, rumah dan lingkungannya, agar siswa dapat menolong dirinya sendiri (Esensi, 2012).

Menurut penelitian Johari (2018), sekolah mempunyai kewajiban untuk membentuk kader UKS/dokter kecil. Hal ini merupakan salah satu memberdayakan peserta didik untuk terlibat dalam kegiatan Trias UKS. Berdasarkan Panduan Depdiknas dan TP UKS Pusat menyatakan bahwa sekolah wajib membentuk dokter kecil berjumlah 10% dari jumlah siswa.

Berdasarkan hasil penelitian dan teori maka peneliti berpendapat bahwa kader UKS merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan dalam kegiatan TRIAS UKS, dimana agar program kegiatan UKS berjalan dengan baik diharapkan dengan adanya pembentukan dan saling bekerja sama antara pembina UKS dengan kader UKS maka dalam hal ini dapat mewujudkan dan menerapkan perilaku hidup sehat dilingkungan sekolah.

Sarana Prasarana

Berdasarkan Permendiknas No. 24 Tahun 2007 tentang Sarana dan Prasarana menyatakan bahwa ruangan UKS memiliki standar dalam pengadaan perabot UKS seperti sarana yang ada diruang UKS adalah seperti meja obat/ meja alat kedokteran, *bed* pemeriksa, meja dan kursi petugas UKS, sekat pembatas/gorden, lemari obat atau kotak obat, alat pengukur tinggi badan, wastafel atau waskop, ember plastik untuk menampung kotoran bekas, pembalut dan lain-lain.

Dalam penelitian Hidayat (2015) menyatakan apabila kelengkapan sarana dan prasarana UKS ditingkatkan terutama perihal alat penunjang untuk kegiatan Trias UKS khususnya pelayanan kesehatan serta pembinaan lingkungan sekolah sehat. Akibatnya, Trias UKS di sekolah berhasil terselenggara dengan optimal karena adanya dukungan kelengkapan sarana dan prasarana.

Berdasarkan hasil penelitian dan teori, dimana bangunan ruang UKS belum memenuhi standar sarana prasarana UKS, maka peneliti berpendapat bahwa luas bangunan atau ruangan UKS masih belum memadai dan jumlah tempat tidur yang harus ditambah dengan jumlah siswa-siswi yang ribuan, dengan hal ini jika program UKS ini terselenggara dengan baik dengan didukung sarana prasarana yang lengkap maka akan tercipta lingkungan hidup yang sehat.

KESIMPULAN

Pendanaan UKS ini sudah ada dari dana sehat, yaitu uang/barang diterima atau dikumpulkan oleh Tim Pelaksana Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) baik dari peserta didik, komite sekolah, pemerintah maupun dari masyarakat untuk pelaksanaan program Usaha Kesehatan Sekolah. Pembina UKS sekolah ini ada 2 orang yang mengelola UKS, dalam hal ini 2 pembina ini saling bekerja sama dalam melaksanakan kegiatan program UKS. Pembina UKS Puskesmas turut serta dalam kegiatan program UKS, tetapi pembina UKS puskesmas ini sering tidak bisa hadir dalam kegiatan UKS sekolah dan juga jarang memberikan pelatihan pada pembina UKS sekolah dan kader-kader sekolah. Kader UKS berperan serta dalam menjalankan program UKS dengan didampingi pembina UKS, tetapi kader sering menolak jika ada kegiatan penyuluhan untuk memberikan persentase dalam kegiatan UKS. Sarana prasarana UKS sekolah ini sudah cukup baik, tetapi kurang luasnya UKS dan keterbatasan jumlah *bed* tidur, sehingga tidak memadai dari jumlah siswa yang begitu banyak.

DAFTAR PUSTAKA

1. A. Muis. (2016). *Gambaran Pelaksanaan Program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) Pada Sekolah-Sekolah Yang Ada Di Wilayah Kerja Puskesmas Dobo Kabupaten Kepulauan Aru Kota Mutiara Indah Cenderawasih Lestari*. Diakses dari <http://repository.unhas.ac.id/pada tanggal 02 Februari 2020>.
2. Departemen Kesehatan RI. (2012). *Tim Pembina UKS Pusat, Pedoman Pembinaan Dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI
3. _____. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5*. Jakarta: Depkes RI, p441-448.
4. Esensi, K. (2012). *Kesehatan Sekola*. Jakarta: Depdikbud
5. Hikmawati, Z., Yasnani, & Sya'ban, A. R. (2016). *Pengaruh Penyuluhan dengan Media Promosi Puzzle Gizi Terhadap Perilaku Gizi Seimbang Pada Siswa Kelas V Di Sd Negeri 06 Poasia Kota Kendari*. Ejournal Kesehatan: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Halu Oleo. Vol 01 No 2. Diakses 2 Februari 2020
6. Johari. (2018). *Peningkatan Keterampilan Dokter Kecil Sebagai Upaya Memajukan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) di Madrasah Ibtidaiyah Meiholi'ul Falah Desa Buko Kecamatan Wedung Kabupaten Demak*. Journal Warta, Vol.12, No.1. <http://publikasiilmiah.ums.ac.id/bitstream/handle/123456789/1155/>. Diakses 2 Februari 2020.
7. Makhfudli, E. F. (2016). *Keperawatan Kesehatan Komunitas*. Jakarta: Salemba Medika.
8. Martunus. (2013). *Peran Pelaksana Usaha Kesehatan Sekolah Dalam Kesehatan Anak SD Negeri No. 026 Simpang Tiga Kecamatan Loa Janan Ilir*. eJournal Ilmu vol.1, No.2, 2013:51-64. Diakses dari <http://ejournal.sos.fisip-unmul.ac.id> pada tanggal 4 Februari 2020
9. Mihardja., Laurentia., & Dika. (2017). *Media Litbang Kesehatan: Penanganan Kegemukan pada Anak Sekolah Dasar di Kecamatan Menteng Jakarta Pusat Melalui Usaha Kesehatan Sekolah dan Penyertaan Peran Orangtua*. Journal Ilmiah Vol. XVII, No. 3, Hal 1-9, (<http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/MPK/article/download/814/165>). Diakses 2 Februari 2020
10. Profil SMP Negeri 1 Pangkalan Kuras. (2020). Kabupaten Pelalawan-Riau
11. Pumomo. A. (2018). *Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah*. Jakarta: Departemen Kesehatan
12. Sadjimin, T. (2015). *Pedoman Kesehatan Sekolah dan Masyarakat*. Yogyakarta: Yayasan Essentia Medica.
13. Soetatmo, D. (2012). *Kesehatan Pribadi*. Jakarta: Rora Karya
14. Sulistyowati., Limbu., & Mochny. (2012). *Analisis Pelaksanaan Tiga Program Pokok Usaha Kesehatan Sekolah (TRIAS UKS) Sekolah Dasar Kecamatan Blimbing Kota Malang*. The Indonesian Journal of Public Health Vol. 9, No.1, Juli 2012: 52-66. Diakses dari <http://journal.unair.ac.id/> pada tanggal 1 Februari 2020.
15. Undang-Undang RI No.20 tahun 2003. *Tentang Sistem Pendidikan Nasional*.
16. Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992. *Tentang Kesehatan*. Penerbit Ariloka: Surabaya
17. Wahyuni & Sri N.P.D. (2015). *Program Dokter Kecil Sebagai Upaya Meningkatkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Pada Siswa Sekolah Dasar*. Diakses dari <http://ejournal.undiksha.ac.id> Vol 01 No 2. Diakses 29 Januari 2020
18. Wibowo, S. (2012). *Hubungan Tingkat pengetahuan Kader UKS Dengan Pemeberian Pelayanan Kesehatan di SMP Negeri 1 Tambakrejo Kabupaten Bojonegoro*. Diakses dari <http://ejournal.rajekwesi.ac.id> pada tanggal 12 Februari 2020
19. Riyadi, M. W. (2015). *Pedoman Klinis Pediatri*. Jakarta: EGC.
20. Roesli, U. (2015). *Mengenal Asi Eksklusif*. Jakarta: Trubus Agriwidya.
21. Suradi, R. (2018). *Manfaat ASI dan Menyusui*. Jakarta: Balai Penerbit FK-UI.

REVIEW KEBIJAKAN PENANGANAN COVID-19 DI KOTA SURAKARTA DENGAN PENDEKATAN SEGITIGA KEBIJAKAN DAN ANALISIS SWOT

POLICY REVIEW ON HANDLING COVID-19 IN SURAKARTA CITY WITH A POLICY TRIANGLE APPROACH AND SWOT ANALYSIS

Ayu Khoirotul Umaroh¹, Candra Kirana Mustahziyin¹, Paramita Boni Lestari¹, Zulfa Kevaladandra¹ dan Hadi Pratomo²

¹Mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

²Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

ABSTRAK

Pendahuluan: COVID-19 merupakan permasalahan serius yang berdampak multi-sektor. Berbagai kebijakan telah ditetapkan untuk mengatasi COVID-19 baik di tingkat pusat maupun Kota Surakarta. **Tujuan:** Mengidentifikasi kebijakan lintas sektor terkait COVID-19 di Kota Surakarta, membandingkan kecepatan respons kebijakan dengan pusat, dan memberikan rekomendasi model strategi. **Metode:** Penelitian ini merupakan *Rapid Analysis* dengan *Media Content Analysis* dengan data sekunder berupa kebijakan COVID-19 Kota Surakarta pada sektor pemerintahan, sosial, kesehatan, ekonomi, pendidikan, dan keagamaan, periode Maret-Mei 2020, dan dapat diakses publik melalui situs dan akun media sosial resmi pemerintah, media lokal dan nasional. Analisis dilakukan dengan model segitiga kebijakan dan SWOT. **Hasil:** Terdapat 22 kebijakan dengan aktor Walikota Surakarta, Dinas Pendidikan, dan Kementerian Agama Kota Surakarta serta konteks meliputi keenam sektor tersebut. Dirumuskan 5 model strategi utama: (1) Membentuk kebijakan turunan terkait sanksi pelanggaran; (2) Membentuk dan mensosialisasikan buku pedoman untuk masyarakat meliputi pencegahan dan penanggulangan COVID-19 beserta edukasi hukum; (3) Memfokuskan strategi pada pemberdayaan masyarakat dengan kerjasama *stakeholder* lain; (4) Membentuk situs/aplikasi khusus sebagai sarana informasi dan komunikasi risiko; dan (5) Memformulasikan kebijakan pada sektor ekonomi kreatif. **Kesimpulan:** Pemkot Surakarta telah responsif menetapkan kebijakan derivatif yang selaras dengan pemerintah pusat. Pemkot Surakarta dapat mengaplikasikan 5 model strategi utama untuk meningkatkan keberhasilan implementasi kebijakan.

Kata kunci: COVID-19; Kebijakan Pemerintah; Lintas Sektor; Segitiga Kebijakan, SWOT

ABSTRACT

Background: COVID-19 is a serious health problem that causes multi-sectoral impacts. Many of policies have been established to resolve COVID-19 in national level and Surakarta City. **Aims:** To identify cross-sectoral policies about COVID-19 in Surakarta City, to compare the speed of policy response with the national level, to give a strategic model recommendation. **Methods:** This study used *Rapid Analysis* by *Media Content Analysis*. Secondary data used is COVID-19 policies in Surakarta City in government, social, health, economy, education, and religion sector in period 1 March up to 30 Mei 2020. COVID-19 policies are public access through the site and government media social account, and also local and national media. Data analysis used *Policy Triangle* model and *SWOT* analysis. **Results:** This study found there are 22 policies that were released by some actors, such as Mayor of Surakarta, Department of Education Surakarta City, Ministry of Religion Surakarta City and the context of these policies are described. It was formulated five points strategic model: (1) Formulate derivative policy that related to grill sanction; (2) Formulate and socialize a guide book of COVID-19 prevention and control to local society along with legal education; (3) Focus on strategic of community empowerment with stakeholder collaboration; (4) Form the site or application as a risk communication and information; (5) Formulate a policy of creative economy sector. **Conclusion:** Surakarta government has been responsive to set derivative policy in line with national government policy. Surakarta government can apply 5 points strategic model to increase the successful of policy implementation.

Keywords: COVID-19; Government Policy; Cross-sectoral; Policy Triangle; SWOT

PENDAHULUAN

COVID-19 adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *coronavirus* jenis baru yang dinamai SARS-CoV-2.¹ a previous unidentified coronavirus, currently named as the 2019 novel coronavirus#, emerged from Wuhan, China, and resulted in a formidable outbreak in many cities in China and expanded globally, including Thailand, Republic of Korea, Japan, United States, Philippines, Viet Nam, and our country (as of 2/6/2020 at least 25 countries COVID-19 dilaporkan pertama kali pada tanggal 31

Desember 2019 di Wuhan, China, dan menyebar pesat ke berbagai negara di dunia. Menurut laporan WHO, penyakit tersebut diketahui serupa dengan wabah *Middle East Respiratory Syndrome* dan *Severe Acute Respiratory Syndrome* dengan penularan dari manusia ke manusia melalui *droplet*, kontak fisik, dan benda yang terkontaminasi virus. Sebagian besar orang yang terinfeksi COVID-19 akan mengalami gangguan pernapasan seperti batuk, kesulitan bernapas, dan hasil rontgen menunjukkan infiltrat pneumonia luas di kedua paru mulai dari kondisi ringan hingga berat.² Data WHO per tanggal 16

Juni 2020 menunjukkan jumlah kasus COVID-19 secara global mencapai 7,9 juta kasus di 216 negara dengan jumlah kematian sebesar 434.796 orang.² Sedangkan di Indonesia, kasus COVID-19 pertama dikonfirmasi pada tanggal 2 Maret 2020 dan meningkat hingga 40.400 jiwa dengan jumlah kematian mencapai 2.231 orang pada tanggal 16 Juni 2020.³ Kota Surakarta merupakan salah satu wilayah terdampak COVID-19 dengan kasus positif pertama pada 11 Maret 2020. Dilansir dari Solopos (23 April 2020), Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah menetapkan Kota Surakarta sebagai zona merah yakni wilayah transmisi atau penularan lokal COVID-19 antar pasien.⁴ Sampai dengan 16 Juni 2020, Satuan Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19 Kota Surakarta melaporkan terdapat 37 kasus pasien positif COVID-19 terkonfirmasi dan 4 orang yang meninggal dunia.⁵ Meskipun kasus terkonfirmasi COVID-19 di Kota Surakarta hanya berada pada urutan ke-23 dari 35 daerah di Provinsi Jawa Tengah, Kota Surakarta mengalami deflasi tertinggi dibandingkan wilayah lain di Pulau Jawa. Hal ini ditandai dengan pertumbuhan ekonomi daerah yang melambat hingga kinerja industri dan pariwisata yang menurun drastis.⁶

COVID-19 merupakan permasalahan serius yang tidak hanya berdampak pada sektor kesehatan, melainkan juga sektor ekonomi, sosial, pendidikan, dan lain sebagainya.^{7,8} 107 countries had implemented national school closures by March 18, 2020. It is unknown whether school measures are effective in coronavirus outbreaks (eg, due to severe acute respiratory syndrome [SARS], Middle East respiratory syndrome, or COVID-19 Permasalahan COVID-19 diketahui lebih banyak berdampak pada sektor sosial dan ekonomi. Hal ini dikarenakan keberadaan wabah dapat menyebabkan krisis ekonomi, resesi, hingga peningkatan pengangguran.⁸ Salah satu strategi yang dapat dilakukan adalah pembentukan kebijakan penanganan wabah baik di tingkat nasional maupun lokal. Pemerintah Kota (Pemkot) Surakarta telah membentuk beberapa kebijakan daerah demi mencegah penyebaran COVID-19 dan mengurangi dampak penyakit. Kebijakan multi sektor merupakan hal yang penting untuk memperkuat ketahanan dan kesiapan daerah pada pengendalian penyakit. Berkaca dari pandemi influenza, pendekatan kebijakan multi sektor dapat membantu mengurangi kerentanan, memperkuat kapasitas dan efektivitas implementasi strategi mitigasi wabah.^{9,10} Penelitian ini merupakan salah satu publikasi akademik pertama yang berfokus pada telaah kebijakan lintas sektor mengenai COVID-19 di Kota Surakarta dan sangat dibutuhkan sebagai

bahan kajian bagi Pemkot Surakarta mengenai strategi pencegahan dan penanggulangan COVID-19. Pernyataan tersebut telah dikonfirmasi oleh Taufiqurahman, Wakil Ketua DPRD Kota Surakarta dan anggota Satuan Tugas Percepatan Penanganan COVID-19 Kota Surakarta, melalui wawancara pada 27 Juni 2020. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan wawasan bagi semua *stakeholder* dalam penyusunan strategi maupun penetapan kebijakan terutama di tingkat daerah. Terdapat tiga tujuan penelitian, antara lain: (1) mengidentifikasi kebijakan lintas sektor (pemerintahan, sosial, kesehatan, ekonomi, pendidikan, keagamaan) pencegahan dan penanggulangan COVID-19 di Kota Surakarta; (2) menganalisis perbandingan kebijakan daerah dengan pusat; serta (3) memberikan rekomendasi model strategi yang dapat dilakukan oleh Pemkot Surakarta berdasarkan kelebihan, kelemahan, peluang, dan tantangan dari kebijakan lintas sektor.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian *Rapid Analysis* (RA) pendekatan *Media Content Analysis*.¹¹ RA digunakan dalam kajian kebijakan penanganan wabah seperti kesiapan sistem kesehatan dalam pandemi Flu Burung dan dampak kebijakan pandemi COVID-19 di sektor pariwisata dan lingkungan.^{12,13} Pendekatan *Media Content Analysis* berfokus pada informasi publik yang dapat membantu membandingkan kebijakan dan analisa respons kebijakan.^{14,15} Penelitian menggunakan data sekunder berupa kebijakan Pemkot Surakarta terkait pencegahan dan pengendalian COVID-19 di Kota Surakarta yang diterbitkan dalam rentang waktu 1 Maret hingga 31 Mei 2020. Data penelitian diperoleh dari situs resmi Pemkot Surakarta (surakarta.go.id; dinkes.surakarta.go.id; dinaspendidikan.surakarta.go.id; kotasurakarta.kemenag.go.id; organisasi.surakarta.go.id), akun media sosialnya (Instagram @pemkotsurakarta; @humaspemkotsurakarta) dan konferensi pers Pemkot Surakarta di media lokal (Surat Kabar Harian Solopos, Tribun Solo) dan media nasional (kompas.com; tempo.co) dengan kata kunci 'COVID-19', 'kebijakan', dan 'Surakarta'.

Analisis kebijakan menggunakan model segitiga kebijakan yang dikembangkan oleh Walt dan Gilson dengan mengidentifikasi aktor, konteks, dan konten kebijakan pemerintah daerah. Analisis kecepatan respons Pemkot Surakarta didapatkan dengan membandingkan waktu terbit kebijakan daerah dengan pusat. Segitiga kebijakan dapat

digunakan untuk mengkomparasi kebijakan kesehatan pada pandemi COVID-19.¹⁶2020, the World Health Organization (WHO Analisis SWOT diaplikasikan untuk mengulik kekuatan, kelemahan, peluang, dan tantangan kebijakan lintas sektor terkait COVID-19 di Kota Surakarta.¹⁷ Model SWOT telah digunakan oleh penelitian terdahulu untuk menganalisis strategi vaksin pandemi influenza dan pencegahan dan penanggulangan wabah COVID-19.¹⁸⁻²⁰ Setelah mengidentifikasi keempat aspek SWOT, peneliti merumuskan formulasi strategi yang dapat dilakukan oleh Pemkot Surakarta berdasarkan temuan penelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Terdapat 22 kebijakan daerah yang diterbitkan pada bulan Maret hingga Mei 2020 terkait pencegahan dan penanggulangan COVID-19 di Kota Surakarta (Tabel 1). Kebijakan pertama diterbitkan pada tanggal 4 Maret 2020 mengenai kesiapsiagaan menghadapi COVID-19 di Kota Surakarta. Pemkot Surakarta merespons kebijakan pemerintah pusat paling cepat 1 hari mengenai pembentukan Satuan Tugas COVID-19 dan paling lambat 15 hari mengenai peraturan bekerja di rumah untuk ASN.

Tabel 1. Daftar Kebijakan di Kota Surakarta periode Maret hingga Mei 2020

Tanggal Terbit	Masa Berlaku	Lembaga Penerbit	Judul Kebijakan	Referensi
4 Maret 2020	Sampai dengan terbitnya kebijakan/ pernyataan lebih lanjut dari Walikota	Walikota Surakarta	Kesiapsiagaan Menghadapi <i>Corona Virus Disease</i> 2019 (COVID-19)	Surat Edaran Nomor 443.26/581 Tahun 2020
13 Maret 2020	Sampai Walikota Surakarta mencabut penetapan KLB COVID-19	Walikota Surakarta	Penetapan Status Kejadian Luar Biasa <i>Corona Virus Disease</i> (COVID-19) di Kota Surakarta	Surat Keputusan Nomor 443.76/28 Tahun 2020
13 Maret 2020	-	Walikota Surakarta	Kebijakan Pemerintah Kota Surakarta Menghadapi COVID-19	Surat Edaran Nomor 441.1/668 Tahun 2020
14 Maret 2020	30 Maret 2020	Dinas Pendidikan Kota Surakarta	Kesiagaan dan Pencegahan <i>Corona Virus Disease</i> (COVID-19) pada Satuan Pendidikan Kota Surakarta	Surat Edaran Nomor 443.26/489 Tahun 2020
24 Maret 2020	29 Maret 2020	Walikota Surakarta	Jam Operasional Tempat Hiburan, Pusat Perbelanjaan/Mall, Mall Retail, Pasar Modern, Pusat Kuliner, Gedung Pertemuan dan Hotel Dalam Hal Tindak Lanjut Penyebaran <i>Corona Virus Disease</i> (COVID-19) di Kota Surakarta	Surat Edaran Nomor 510/708 Tahun 2020
26 Maret 2020	-	Walikota Surakarta	Penerimaan Peserta Didik Baru pada Taman Kanak-Kanak, Sekolah Dasar, dan Sekolah Menengah Pertama	Peraturan Walikota Surakarta Nomor 3.2 Tahun 2020
26 Maret 2020	13 April 2020	Dinas Pendidikan Kota Surakarta	Pelaksanaan Layanan Pendidikan dalam Pencegahan <i>Corona Virus Disease</i> (COVID-19) pada Satuan Pendidikan Kota Surakarta	Surat Edaran Nomor 443.26/531 Tahun 2020
26 Maret 2020	Sampai Walikota Surakarta mencabut penetapan KLB COVID-19	Walikota Surakarta	Pembatasan Aktivitas Pertemuan Warga Terkait Pencegahan Penyebaran COVID-19 di Kota Surakarta	Surat Edaran Nomor 443.76/718 Tahun 2020
30 Maret 2020	-	Walikota Surakarta	Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19 Kota Surakarta	Keputusan Walikota Surakarta Nomor 443.05/34.3 Tahun 2020
30 Maret 2020	12 April 2020	Walikota Surakarta	Petunjuk Teknis Perpanjangan Pelaksanaan Sistem Kerja Aparatur Sipil Negara dalam Upaya Pencegahan Penyebaran <i>Corona Virus Disease</i> (COVID-19) di Lingkungan Pemerintah Kota Surakarta	Surat Edaran Nomor 061.1/725 Tahun 2020
30 Maret 2020	12 April 2020	Walikota Surakarta	Perpanjangan Pembatasan Jam Operasional Tempat Hiburan Pusat Perbelanjaan/Mall, Mall Retail, Pasar Modern, Pusat Kuliner, Gedung Pertemuan, dan Hotel dalam Hal Tindak Lanjut Penyebaran <i>Corona Virus Disease</i> (COVID-19) di Kota Surakarta	Surat Edaran Nomor 510/726 Tahun 2020
1 April 2020	21 April 2020	Kepala Kantor Kementerian Agama Kota Surakarta	Perpanjangan Peniadaan Sementara Kegiatan Peribadatan dan Keagamaan di Rumah Ibadah dalam Rangka Mencegah Penyebaran Wabah <i>Corona Virus Disease</i> (COVID-19)	Imbauan Kepala Kantor Kementerian Agama Kota Surakarta Nomor 847 Tahun 2020
3 April 2020	Sampai status KLB COVID-19 Kota Surakarta dicabut	Walikota Surakarta	Pemakaian Masker Non Medis/Kain	Surat Edaran Nomor 440.758 Tahun 2020
7 April 2020	21 April 2020	Walikota Surakarta	Perubahan atas Surat Edaran Nomor 061.1/725 tentang Petunjuk Teknis Perpanjangan Pelaksanaan Sistem Kerja Aparatur Sipil Negara dalam Upaya Pencegahan Penyebaran <i>Corona Virus Disease</i> (COVID-19) di Lingkungan Pemerintah Kota Surakarta	Surat Edaran Nomor 440.1/760 Tahun 2020
8 April 2020	-	Walikota Surakarta	Tetap Belajar di Rumah	Surat Edaran Nomor 800/767 Tahun 2020

9 April 2020	30 April 2020	Walikota Surakarta	Perpanjangan Kedua Pembatasan Jam Operasional Tempat Hiburan Pusat Perbelanjaan/ Mall, Mall Retail, Pasar Modern, Pusat Kuliner, Gedung Pertemuan, dan Hotel dalam Hal Tindak Lanjut Penyebaran <i>Corona Virus Disease</i> (COVID-19) di Kota Surakarta	Surat Edaran Nomor 510/792 Tahun 2020
9 April 2020	-	Dinas Pendidikan Kota Surakarta	Evaluasi Pelaksanaan Belajar dari Rumah dan Penilaian Kelulusan atau kenaikan Kelas bagi Siswa Didik di Lingkungan Satuan Pendidikan Kota Surakarta	Surat Edaran Nomor 420/569 Tahun 2020
14 April 2020	Sampai dengan ditetapkan kebijakan lebih lanjut	Walikota Surakarta	Pembatasan Kegiatan Bepergian ke Luar Daerah dan/atau Kegiatan Mudik dan/atau Cuti bagi Aparatur Sipil Negara di Lingkungan pemerintah Kota Surakarta dalam Upaya Pencegahan Penyebaran <i>Corona Virus Disease</i> (COVID-19)	Surat Edaran Nomor 850/809 Tahun 2020
20 April 2020	13 Mei 2020	Walikota Surakarta	Perubahan Kedua Atas Surat Edaran Nomor 061.1/725 tentang Petunjuk Teknis Perpanjangan Pelaksanaan Sistem Kerja Aparatur Sipil Negara dalam Upaya Pencegahan Penyebaran <i>Corona Virus Disease</i> (COVID-19) di Lingkungan Pemerintah Kota Surakarta	Surat Edaran Nomor 061.1/840 Tahun 2020
28 April 2020	15 Mei 2020	Walikota Surakarta	Perpanjangan Ketiga Pembatasan Jam Operasional Tempat Hiburan Pusat Perbelanjaan/ Mall, Mall Retail, Pasar Modern, Pusat Kuliner, Gedung Pertemuan, dan Hotel dalam Hal Tindak Lanjut Penyebaran <i>Corona Virus Disease</i> (COVID-19) di Kota Surakarta	Surat Edaran Nomor 440/876 Tahun 2020
13 Mei 2020	29 Mei 2020	Walikota Surakarta	Perubahan Ketiga Atas Surat Edaran Nomor 061.1/725 tentang Petunjuk Teknis Perpanjangan Pelaksanaan Sistem Kerja Aparatur Sipil Negara dalam Upaya Pencegahan Penyebaran <i>Corona Virus Disease</i> (COVID-19) di Lingkungan Pemerintah Kota Surakarta	Surat Edaran Nomor 061.1/930 Tahun 2020
20 Mei 2020	29 Mei 2020	Walikota Surakarta	Perubahan Perpanjangan Keempat Pembatasan Jam Operasional Tempat Hiburan Pusat Perbelanjaan/Mall, Mall Retail, Pasar Modern, Pusat Kuliner, Gedung Pertemuan, dan Hotel dalam Hal Tindak Lanjut Penyebaran <i>Corona Virus Disease</i> (COVID-19) di Kota Surakarta	Surat Edaran Nomor 440/955 Tahun 2020

(Sumber: peneliti, disusun dari berbagai sumber)

Analisis segitiga kebijakan menunjukkan bahwa terdapat tiga aktor kebijakan antara lain Walikota Surakarta, Dinas Pendidikan, dan Kementerian Agama Kota Surakarta. Sebagian besar kebijakan di Kota Surakarta berkonteks pada sektor sosial

dan pemerintahan. Hanya terdapat satu kebijakan dengan konteks keagamaan (Tabel 2). Hasil segitiga kebijakan secara lengkap dijabarkan dalam Lampiran 1.

Tabel 2. Ringkasan Analisis Segitiga Kebijakan di Kota Surakarta

No	Konteks	Aktor	Konten
1	Pemerintahan	Walikota	Pembentukan Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19 Penerapan WFH (<i>Work From Home</i>) bagi ASN Pembatasan kegiatan bepergian, cuti dan mudik bagi ASN
2	Sosial	Walikota	Imbauan pegawai pemkot untuk melaksanakan protokol kesehatan Aturan untuk kegiatan seni, olahraga dan salaman Pembatasan jam operasional fasilitas/tempat umum Pembatasan aktivitas warga yang mengumpulkan banyak orang Aturan <i>social distancing</i> di lingkungan kerja dan masyarakat
3	Kesehatan	Walikota	Penetapan status KLB Imbauan penggunaan masker non medis dan penerapan PHBS di lingkungan kerja dan masyarakat
4	Ekonomi	Walikota	Aturan untuk kegiatan CFD, pariwisata, mal dan pasar Pembatasan jam operasional fasilitas/tempat umum
5	Pendidikan	Walikota Dinas Pendidikan Kota Surakarta	Imbauan kegiatan pembelajaran di rumah Teknis pelaksanaan pembelajaran di rumah Penerimaan peserta didik baru
6	Keagamaan	Kepala Kantor Kementerian Agama Kota Surakarta	Peniadaan sementara kegiatan peribadatan dan keagamaan di tempat ibadah

Keterangan: Informasi lengkap terdapat di Lampiran 1

Berdasarkan analisis SWOT dari kebijakan lintas sektor di Kota Surakarta, didapatkan masing-masing 3 butir kekuatan, 1 kelemahan, 3 peluang, dan 3 ancaman dengan 10 model strategi (Tabel 3). Model strategi tersebut kemudian dirumuskan berdasarkan kesamaan topik dan diurutkan dengan

mempertimbangkan kebutuhan dan urgensi di Kota Surakarta. Didapatkan 5 model strategi utama, antara lain: (1) Membentuk kebijakan turunan terkait sanksi pelanggaran (WO1); (2) Membentuk dan mensosialisasikan buku pedoman untuk masyarakat meliputi pencegahan

dan penanggulangan COVID-19 beserta edukasi hukum (SO1; SO2; WT1); (3) Memfokuskan strategi pada aspek pemberdayaan masyarakat dengan kerja sama dari *stakeholder* lain (SO3;

WO2; ST3); (4) Membentuk situs/aplikasi khusus sebagai sarana informasi dan komunikasi risiko (ST1; ST3); dan (5) Memformulasikan kebijakan pada sektor ekonomi kreatif (ST2; WT2).

Tabel 3. Analisis SWOT dan Model Strategi COVID-19 di Kota Surakarta

	S	W
	S1: Respons kebijakan daerah lebih cepat S2: Menjangkau seluruh aspek terdampak secara komprehensif S3: Kebijakan lintas sektor bersinergi dengan baik	W: Jika terjadi pelanggaran, tidak ada sanksi hukum yang mengikat
O	SO	WO
O1: Sarana edukasi kesehatan O2: Membangun masyarakat 'melek' hukum O3: Meningkatkan keterlibatan masyarakat dan <i>stakeholders</i> dalam implementasi kebijakan	SO1: Kebijakan daerah ditingkatkan menjadi produk panduan atau pedoman SO2: Meningkatkan inovasi edukasi hukum di seluruh bidang SO3: Mengorganisasi LSM dan <i>stakeholder</i> sebagai agen pemberdayaan masyarakat	WO1: Membentuk aturan turunan di masing-masing RT/RW (tiap sektor pemerintahan mengajukan sanksi administrasi maupun sosial WO2: Satgas bekerja sama dengan tokoh masyarakat dan tokoh agama untuk menjangkau pengawasan di tingkat RT/RW
T	ST	WT
T1: Pemberitaan media yang berlebihan menciptakan keresahan di masyarakat T2: Kesadaran masyarakat masih rendah untuk menjalankan imbauan pemerintah T3: COVID-19 berdampak pada kehidupan sehari-hari masyarakat sehingga mereka tidak mematuhi kebijakan	ST1: Bekerja sama dengan media lokal dan nasional untuk mempublikasikan perkembangan kebijakan ST2: Penyesuaian segera tata kelola sektor ekonomi ST3: Memperkuat keterlibatan <i>stakeholder</i> dalam masyarakat untuk menyebarkan informasi yang benar	WT1: Meningkatkan edukasi protokol kesehatan masyarakat WT2: Memformulasikan kebijakan sektor ekonomi kreatif

Keterangan:

S1-3: kekuatan

W: kelemahan

O1-3: peluang

T1-3: tantangan

SO: kekuatan-peluang

WO: kelemahan-peluang

ST: kekuatan-tantangan

WT: kelemahan-tantangan

PEMBAHASAN

Kebijakan Lintas Sektor

Sektor Pemerintahan

Pada tanggal 13 Maret 2020, Pemkot Surakarta telah menetapkan status KLB terhitung 2 hari sejak meninggalnya satu kasus terkonfirmasi positif COVID-19 di Kota Surakarta. Menurut Peraturan Presiden Nomor 17 Tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Penanggulangan Bencana dalam Keadaan tertentu, Walikota dapat menentukan status keadaan darurat bencana di tingkat daerah. Dilansir dari Tempo (14/03), penetapan KLB di Kota Surakarta patut diapresiasi.²¹ Ketika pemerintah pusat belum mengeluarkan kebijakan pembatasan kegiatan, Pemkot Surakarta telah bereaksi cepat untuk mengendalikan penularan wabah dan meminimalkan dampak penyakit. Bahkan, Pemkot Surakarta telah membentuk Satuan Tugas COVID-19 satu hari setelah adanya Surat Edaran Mendagri Nomor 440/2622/SJ tentang Pembentukan Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19 Daerah (29 Maret 2020). Tim tersebut dipimpin oleh Walikota Surakarta, FX Hadi Rudyatmo, dan Sekretaris Daerah Kota Surakarta, Ahyani, sebagai ketua

pelaksana, serta melibatkan berbagai lembaga pemerintahan daerah seperti Dinas Kesehatan, Dinas Pendidikan, Dinas Perhubungan, Polresta, Badan Penanggulangan Bencana Daerah, dan sebagainya. Dalam hal ini, dapat dikatakan bahwa Pemkot Surakarta sudah responsif untuk menyiapkan kebijakan derivatif di daerahnya. Aksi Pemkot Surakarta dirasa tepat mengingat bahwa kecepatan respons merupakan hal krusial dalam penanganan pandemi dan termasuk dalam kriteria penilaian terkait kesiapan negara terhadap wabah.^{162020, the World Health Organization (WHO)}

Sistem kerja pegawai pemerintahan turut berubah untuk menekan jumlah kasus COVID-19. Hal tersebut diatur dalam Surat Edaran Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 19 Tahun 2020 tentang Penyesuaian Sistem Kerja ASN Dalam Upaya Pencegahan Penyebaran COVID-19 di Lingkungan Instansi Pemerintahan yang efektif sejak tanggal 16 Maret 2020 dan diperpanjang hingga 29 Mei 2020 melalui Surat Edaran Nomor 50 Tahun 2020 dan Surat Edaran Nomor 54 Tahun 2020. Terhitung 15 hari sejak edaran pertama, Pemkot Surakarta menerapkan sistem bekerja dari rumah (*Work from Home*) mulai 30 Maret 2020 dan kembali diperpanjang sebagaimana arahan pemerintah pusat. Perubahan sistem kerja bukanlah perkara

kecil. Pemkot Surakarta perlu mengatur sistem kerja yang akuntabel dan selektif agar tetap menjamin produktivitas kinerja ASN sehingga dibutuhkan waktu untuk mempersiapkan protokol baru. Selain itu, tidak semua ASN dapat bekerja dari rumah. Dibutuhkan penentuan kelompok pekerja esensial yang harus tetap datang ke tempat kerja misalnya administrasi kependudukan yang disertai penilaian risiko meliputi kondisi kesehatan pegawai.²² Pemkot Surakarta juga melarang ASN untuk bepergian ke luar daerah atau mudik dalam rangka Hari Raya Idul Fitri 1441 H sesuai konferensi pers Presiden Jokowi pada Kamis, 9 April 2020.²³ Bagi ASN yang melanggar akan dikenakan sanksi disiplin sedang hingga berat mulai dari penundaan kenaikan gaji atau bahkan penurunan pangkat sesuai Peraturan Pemerintah Nomor 53 Tahun 2010 tentang Disiplin Pegawai Negeri Sipil dan Peraturan Pemerintah Nomor 49 Tahun 2018 tentang Manajemen Pegawai Pemerintah Dengan Perjanjian Kerja. Hal tersebut menunjukkan bahwa kebijakan pemerintah pusat dan Pemkot Surakarta mengenai sistem kerja dan larangan mudik ASN telah selaras.

Sektor Sosial

Kebijakan dalam bidang sosial yang dikeluarkan oleh pemerintah Kota Surakarta untuk merespons dan menanggulangi pandemi COVID-19 yakni mengatur tentang kegiatan bepergian, pertemuan warga yang melibatkan banyak orang, *social distancing* di lingkungan, serta penggunaan masker kain/non medis dalam kegiatan sehari-hari.

Pertama, peraturan untuk penundaan bepergian ke luar negeri dan melakukan karantina mandiri selama 14 hari terdapat dalam Surat Edaran Walikota Nomor 443.26/581 Tahun 2020 yang dikeluarkan tanggal 4 Maret 2020 sebagai langkah kesiapsiagaan menghadapi COVID-19 di Kota Surakarta. Padahal kasus pertama COVID-19 di Indonesia terpublikasi pada tanggal 2 Maret 2020 dan berlokasi di Jakarta yang menimpa warga Depok, Jawa Barat.²⁴ Sementara, pada tanggal 4 Maret 2020 pemerintah pusat melalui Mendagri menerbitkan Surat Edaran tentang penangguhan sementara perjalanan umrah ke Mekkah dan kunjungan ke Masjid Nabawi di Madinah bagi seluruh warga negara Arab Saudi dan seluruh ekspatriat yang tinggal di Arab Saudi sebagai respons atas kebijakan pemerintah Arab Saudi (27 Februari 2020). Kemudian pemerintah pusat secara berkala mengeluarkan imbauan untuk tidak pergi ke luar di beberapa negara yang memiliki potensi penyebaran tinggi. Melihat hal tersebut, respons kebijakan pemerintah Kota Surakarta dinilai relatif cepat dan tepat untuk mencegah

pandemi COVID-19 meluas di daerah Surakarta. Seperti hasil penelitian yang telah ada, bahwa proporsi estimasi kasus yang diimpor menurut kota tujuan sangat berkorelasi dengan proporsi dari kasus impor yang terdeteksi.²⁵

Kedua, peraturan terkait aktivitas atau pertemuan warga yang melibatkan orang banyak juga diatur oleh Pemkot Surakarta dalam Surat Edaran Nomor 441.1/668 Tahun 2020 (13 Maret 2020), Surat Edaran Nomor 510/708 Tahun 2020 (24 Maret 2020) dan Surat Edaran Nomor 443.76/718 Tahun 2020 (26 Maret 2020). Sementara pemerintah pusat pada tanggal 19 Maret 2020 melalui Kapolri mengeluarkan Maklumat Nomor Mak/2/III/2020 tentang Kepatuhan terhadap Kebijakan Pemerintah Dalam Penanganan Penyebaran Virus Corona (COVID-19) yang salah satu poinnya berisi tidak mengadakan kegiatan kemasyarakatan yang menyebabkan berkerumun. Maklumat ini dijadikan dasar dalam SE Walikota Surakarta No. 510/708 Tahun 2020. Selain itu, pemerintah pusat mengeluarkan kebijakan tentang PSBB yang diatur dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 21 Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar dalam Rangka Percepatan Penanganan COVID-19 (31 Maret 2020) yang mengatur tentang semua aktivitas di sebuah wilayah terinfeksi COVID-19. Namun, Pemkot Surakarta tidak memutuskan untuk melakukan PSBB. Pemkot Surakarta memilih untuk mengeluarkan perpanjangan Surat Edaran 510/708 hingga 4 kali perpanjangan masa kebijakan sampai dengan 29 Mei 2020. Kebijakan pembatasan tersebut tergolong relatif cepat dibandingkan dengan peraturan tertulis yang ditetapkan oleh pemerintah pusat dan patut diapresiasi. Jaringan sosial yang memiliki kepadatan tinggi memiliki peluang tinggi untuk penyebaran virus, sedangkan jaringan sosial dengan kepadatan rendah memiliki peluang lebih rendah.²⁶ Kebijakan pembatasan aktivitas sosial yang dilakukan oleh Pemerintah Kota Surakarta dinilai cukup baik dalam pelaksanaannya. Hal ini karena sosialisasi kebijakan tersebut dilakukan terus-menerus melalui program Sirkel (siaran keliling) oleh Diskominfo Kota Surakarta dengan menggunakan bahasa Jawa, bahasa yang dianggap lebih mudah dimengerti oleh masyarakat sekitar. Sementara tantangan dari pelaksanaan kebijakan ini adalah masyarakat yang masih menganggap remeh kemudian berani mengadakan kegiatan berkumpul, sehingga harus terpaksa dibubarkan oleh pihak ketertiban Kota Surakarta.

Ketiga, kebijakan pemakaian masker non medis/kain di dalam kegiatan sehari-hari lingkungan kerja diatur dalam Surat Edaran Nomor 440.758 Tahun

2020 (3 April 2020). Dalam peraturan ini dituliskan lengkap peraturan untuk setiap warga diimbau menggunakan masker kain yang dapat dicuci secara rutin, pimpinan perusahaan memastikan pegawai atau pengunjung menggunakan masker, dan warga diberikan kebebasan untuk memproduksi dan membagikan masker kain secara massal. Kebijakan ini merupakan tindak lanjut dari rekomendasi yang dikeluarkan WHO dan Pemerintah Republik Indonesia yang mewajibkan penggunaan masker kain mulai tanggal 5 April 2020.²⁷ Penggunaan masker kain ini sangat berdampak bagi kehidupan sosial masyarakat. Setidaknya masyarakat dapat lebih tenang saat harus pergi keluar rumah karena menggunakan alat pelindung dan persediaan masker medis untuk tenaga kesehatan tidak lagi mengalami kelangkaan akibat terjadinya fenomena *panic buyer*. Selain itu, Pemkot Surakarta dengan kebijakan tersebut mendorong warganya untuk gotong royong dalam penyediaan masker kain yang berpotensi juga memunculkan sektor ekonomi baru. Sebuah penelitian mendukung penggunaan masker kain secara sederhana, ekonomis dan berkelanjutan, sebagai alternatif masker bedah untuk penggunaan masyarakat umum, sehingga masker bedah sekali pakai dan respirator N95 dapat dipesan untuk digunakan di fasilitas perawatan kesehatan.²⁸

Sektor Kesehatan

Berbagai protokol kesehatan juga ditetapkan oleh Pemkot Surakarta di masa KLB sebagai upaya pencegahan, merespons serta menangani COVID-19. Beberapa kebijakan yang dilakukan antara lain penerapan karantina diri selama 14 hari terhitung sejak hari kepulangan dari luar daerah Eks-keresidenan Surakarta, penggunaan masker non medis/kain setiap hari, penerapan *social distancing* dan PHBS. Upaya pencegahan tersebut telah sejalan dengan protokol kesehatan dari pemerintah pusat dalam Surat Edaran Nomor HK 02.01/MENKES/202/2020 tentang Protokol Isolasi Diri Sendiri dalam Penanganan COVID-19 (16 Maret 2020) dan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/247/2020 (9 April 2020).

Selain itu, Pemkot Surakarta membentuk Posko COVID-19 sejak tanggal 2 April 2020 di Balai Kota Surakarta untuk sebagai bentuk komunikasi risiko kepada masyarakat yang kemudian dipindah ke Graha Wisata Niaga di Jalan Slamet Riyadi pada tanggal 6 April 2020. Per 9 April 2020, Graha Wisata Niaga juga dimanfaatkan sebagai lokasi karantina ODP termasuk pemudik untuk menekan laju penularan virus Corona. Puskesmas sebagai perpanjangan tangan Dinas Kesehatan

melakukan pemantauan kepada ODP maupun PDP baik yang berasal dari wilayah terjangkit COVID-19 ataupun hasil *tracking contact* dengan pasien terkonfirmasi. Sebelum dilakukan pemantauan, dilakukan penyelidikan epidemiologi dengan beberapa pertanyaan yang diajukan oleh petugas surveilans puskesmas seperti tanggal kedatangan, asal daerah kedatangan, usia, dan keluhan yang mungkin dirasakan (batuk, pilek, demam, sesak nafas, atau nyeri tenggorokan). Pemantauan dilakukan melalui aplikasi *WhatsApp*, dimana ODP atau PDP akan ditanya tentang keluhan yang dirasakan. Pemantauan dilakukan selama 14 hari terhitung dari hari kedatangan di wilayah Kota Surakarta. Kegiatan tersebut sesuai dengan Pedoman Pencegahan dan Pengendalian COVID-19 dari pemerintah pusat.

Pada pedoman pencegahan dan pengendalian COVID-19, disebutkan bahwa akan dilakukan pemeriksaan *Rapid Test-Polymerase Chain Reaction* selama masa isolasi mandiri untuk mendeteksi keberadaan virus Corona. Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01/07/MENKES/182/2020, laboratorium Rumah Sakit Universitas Negeri Sebelas Maret Surakarta melayani pemeriksaan PCR yang dibuka secara resmi pada tanggal 15 April 2020. Sebagaimana protokol pemeriksaan dari Kementerian Kesehatan, konfirmasi kasus COVID-19 didapatkan melalui uji PCR. Pemkot Surakarta telah menyiapkan enam rumah sakit rujukan COVID-19 sesuai Keputusan Gubernur Jawa Tengah Nomor 445/46 Tahun 2020, antara lain Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi, Rumah Sakit Umum Daerah Kota Surakarta, Rumah Sakit Kasih Ibu, Rumah Sakit Dr. Oen, Rumah Sakit Umum Tingkat IV Slamet Riyadi, dan Rumah Sakit Umum PKU Muhammadiyah.

Sektor Ekonomi

Pada sektor ekonomi, ditetapkan kebijakan pembatasan jam operasional melalui Surat Edaran Walikota Surakarta Nomor 510/708 pada tanggal 24 Maret 2020. Dalam hal ini, semua lokasi yang disebutkan dalam kebijakan hanya dapat beroperasi mulai pukul 11.00 hingga 20.00 WIB, menerapkan praktik *social distancing*, dan tidak diperbolehkan menyelenggarakan kegiatan yang bersifat mengumpulkan banyak orang. Hal ini sejalan dengan Maklumat Kapolri Nomor Mak/2/III/2020 (19 Maret 2020). Pada maklumat tersebut disebutkan bahwa tidak diizinkan untuk mengadakan kegiatan yang menyebabkan berkumpulnya massa dalam jumlah banyak, baik di tempat umum maupun di lingkungan sendiri.

Meskipun kebijakan pembatasan jam operasional di Kota Surakarta disebutkan berdasar

pada Surat Edaran Mendagri Republik Indonesia Nomor 440/2436/SJ/2020 Tentang Pencegahan COVID-19 (17 Maret 2020), secara konten, nyatanya tidak ada poin peraturan pembatasan fasilitas umum pada surat edaran Mendagri. Konten pembatasan tersebut lebih banyak merujuk pada kebijakan pemberlakuan PSBB. Namun, Pemkot Surakarta tidak dapat memberikan sanksi pelanggaran yang ketat sebagaimana dalam PSBB. Apabila terjadi pelanggaran jam operasional, Pemkot Surakarta hanya dapat menegur dan menindaklanjuti dengan pendekatan humanis.²⁹ Padahal, ketegasan kebijakan pun berkaitan kepatuhan masyarakat untuk mematuhi imbauan pemerintah.³⁰

Sektor Pendidikan

Pengendalian COVID-19 dalam ranah pendidikan juga segera dilakukan oleh Pemkot Surakarta setelah dikeluarkannya imbauan dari Kemendikbud melalui Surat Edaran Nomor 4 Tahun 2020 tentang Pelaksanaan Kebijakan Pendidikan dalam Masa Darurat Penyebaran COVID-19 pada tanggal 24 Maret 2020. Kebijakan tersebut direspons dua hari kemudian melalui Surat Edaran Dinas Pendidikan Kota Surakarta Nomor 443.26/531 pada 26 Maret 2020. Selain itu, Pemerintah Kota Surakarta juga telah mengeluarkan Surat Edaran Nomor 420/569 mengenai evaluasi pelaksanaan belajar di rumah pada tanggal 9 April 2020. Peraturan tersebut merupakan peraturan tambahan yang menjelaskan bahwa kegiatan belajar di rumah diperpanjang hingga 26 April 2020 serta penjelasan lebih lanjut mengenai penyetaraan lulusan program paket. Kebijakan Pemkot Surakarta di sektor pendidikan telah memenuhi poin-poin yang dikehendaki oleh Kemendikbud. Kebijakan belajar di rumah dibuat oleh pemerintah pusat dan daerah untuk menjaga kesehatan fisik dan mental baik dari tenaga pendidik, petugas sekolah, dan seluruh warga sekolah, dalam hal ini termasuk juga siswa didik. Penutupan sekolah sendiri diyakini dapat mencegah kematian disebabkan oleh COVID-19 sebesar 2-4%.^{7107 countries had implemented national school closures by March 18, 2020. It is unknown whether school measures are effective in coronavirus outbreaks (eg, due to severe acute respiratory syndrome [SARS], Middle East respiratory syndrome, or COVID-19} Selain itu, penutupan sekolah juga diyakini dapat menjaga anak-anak, mengurangi kesempatan untuk penyebaran virus pada keluarga dan komunitas khususnya lansia dan kelompok berisiko lainnya.³¹

Sektor Keagamaan

Kemenag Surakarta telah mengeluarkan imbauan tentang peniadaan sementara kegiatan

peribadatan dan keagamaan di rumah ibadah sebagai salah satu cara pencegahan COVID-19 melalui Surat Imbauan Kemenag Surakarta Nomor 84/2020 pada 1 April 2020. Tersurat bahwa seluruh tokoh agama dan lembaga keagamaan diharapkan dapat melanjutkan peniadaan kegiatan keagamaan baik di masjid, gereja, pura, wihara, klenteng, dan tempat ibadah lainnya. Kegiatan ini dilakukan hingga 21 April 2020 dan akan dievaluasi sesuai dengan perkembangan. Meskipun salah satu rujukan imbauan tersebut adalah Fatwa MUI Nomor 14 Tahun 2020 pada 16 Maret 2020 mengenai penyelenggaraan ibadah dalam situasi COVID-19 bagi umat muslim, tetapi Kemenag Surakarta juga turut mengimbuai seluruh umat beragama di Kota Surakarta. Sementara pemerintah pusat melalui Kemenag Republik Indonesia baru mengeluarkan aturan ibadah pada tanggal 29 Mei 2020 (Surat Edaran Nomor 15 Tahun 2020). Hal tersebut menunjukkan bahwa Kemenag Surakarta telah terlebih dahulu memberikan respons dibandingkan pemerintah pusat. Baik kebijakan pusat maupun daerah, belum ada sanksi yang tegas apabila terjadi pelanggaran dalam kegiatan beribadah.

Imbauan Kemenag Surakarta telah dilaksanakan oleh seluruh pengurus rumah ibadah dan lembaga keagamaan Surakarta. Sebagai contoh, perayaan Waisak di Vihara Dhamma Sundara Solo dilakukan secara *live streaming* dan diikuti jemaat dari rumahnya masing-masing.³² Selain itu, Polresta Surakarta tidak mengizinkan penyelenggaraan Shalat Idul Fitri di lapangan dan jalan raya. Kebijakan tersebut dikeluarkan setelah adanya surat pengantar dari Kemenag agar memperpanjang ibadah di rumah saja hingga tanggal 29 Mei 2020. Sejumlah Gereja pun meniadakan ibadah Minggu dan kegiatan kebaktian bersama, serta menggantinya dengan sistem *live streaming* selama status KLB di Kota Surakarta.³³

Pemkot Surakarta telah berupaya untuk memutus penyebaran COVID-19 melalui regulasi yang telah dikeluarkan. Namun pada praktiknya, masih banyak masyarakat yang melanggar aturan dan tetap beribadah di luar rumah. Untuk mengatasi permasalahan tersebut, pemerintah menggaet lembaga keagamaan yang menjadi panutan masyarakat seperti Nahdlatul Ulama dan Muhammadiyah. Keefektifan program pencegahan berbasis komunitas membutuhkan kerja sama lintas sektor baik pemuka agama lokal maupun pemerintah untuk melakukan peran penting dalam implementasi dan *monitoring* terkait pencegahan wabah, sebagaimana aksi pemerintah Afrika Barat ketika wabah Ebola. Keikutsertaan pemuka agama dan tokoh masyarakat dapat meningkatkan

pemahaman dan ketaatan masyarakat dalam beribadah.³⁴

Model Strategi Pencegahan dan Penanggulangan COVID-19 di Kota Surakarta

Model strategi pencegahan dan penanggulangan COVID-19 di Kota Surakarta berikut merupakan rekomendasi baru yang mengacu pada strategi pemerintah pusat. Strategi tersebut telah disesuaikan dengan keadaan dan kebutuhan masyarakat di Kota Surakarta. Berikut penjelasan dari masing-masing model strategi.

Membentuk Kebijakan Turunan Terkait Sanksi Pelanggaran

Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular sudah mencantumkan sanksi pelanggaran protokol pencegahan wabah di tingkat pusat. Namun, belum ada kebijakan dari Pemkot Surakarta mengenai sanksi pelanggaran protokol pencegahan COVID-19. Disebutkan dalam Pasal 14 Ayat 1 bahwa barang siapa yang dengan sengaja menghalangi pelaksanaan penanggulangan wabah, diancam penjara selama 1 tahun atau denda 1 juta rupiah. Adanya kebijakan mengenai sanksi pelanggaran protokol pencegahan dapat meningkatkan kepatuhan masyarakat untuk mengikuti peraturan yang ada.^{35,36}

Membentuk dan Mensosialisasikan Buku Pedoman untuk Masyarakat Meliputi Pencegahan dan Penanggulangan Covid-19 Beserta Edukasi Hukum

Merujuk pada buku pedoman pencegahan dan pengendalian COVID-19 yang disusun oleh Kementerian Kesehatan, perlu adanya media edukasi mengenai protokol pencegahan COVID-19 di Kota Surakarta. Pemkot Surakarta dapat menyusun buku pedoman terkait COVID-19 yang dikemas dengan desain menarik misalnya dilengkapi ilustrasi khas identitas Jawa seperti blangkon, beskap, atau batik. Pemkot Surakarta juga dapat mengadaptasi buku pedoman di tingkat pusat untuk dikembangkan dalam bahasa lokal Kota Surakarta yaitu Bahasa Jawa. Penggunaan bahasa lokal telah digunakan oleh Pemkot Surakarta dalam akun sosial media dan layanan Siaran Keliling dari Dinas Komunikasi dan Informasi Kota Surakarta.³⁷ Selain itu, perlu adanya edukasi hukum agar masyarakat sadar dan memahami pesan hukum yang tercantum dalam kebijakan terkait COVID-19.³⁸ Kemudian, penting melakukan sosialisasi efektif berbasis kearifan lokal agar masyarakat lebih menerima pesan edukasi hingga akhirnya mampu meningkatkan kedisiplinan mereka dalam pelaksanaan protokol pencegahan COVID-19.³⁵

Memfokuskan Strategi Pada Aspek Pemberdayaan Masyarakat dengan Kerja sama dari Stakeholder Lain

Seperti halnya Gugus Tugas Percepatan Penanganan COVID-19 di tingkat pusat, Pemkot Surakarta juga sebaiknya mengimplementasikan pendekatan pentaheliks berbasis komunitas. Pendekatan Pentaheliks telah banyak direkomendasikan untuk mengatasi permasalahan kesehatan masyarakat melalui kolaborasi multi-stakeholder yaitu pemerintah, institusi pendidikan, swasta, media, dan masyarakat.^{39,40} Dalam hal ini, semua sektor bersama-sama bergerak untuk meningkatkan ketahanan dan kemandirian masyarakat dalam melawan wabah dan mengatasi dampak COVID-19. Pemberdayaan masyarakat diketahui efektif untuk surveilans epidemiologi wabah Flu Burung⁴¹ dan mencegah penularan HIV/AIDS⁴². Pemberdayaan masyarakat tidak hanya mampu meningkatkan kesadaran akan pentingnya mematuhi protokol pencegahan penyakit, tetapi juga dapat berperan sebagai sarana edukasi dan pengawas agar masyarakat turut disiplin mengimplementasikan kebijakan pemerintah mengenai pandemi COVID-19.⁴³

Membentuk Situs/Aplikasi Khusus Sebagai Sarana Informasi dan Komunikasi Risiko.

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 14 tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik, termuat beberapa pasal mengenai kewajiban badan publik, salah satunya adalah pemerintah daerah, untuk mengumumkan informasi publik kepada masyarakat dengan cara yang mudah dijangkau dan bahasa yang mudah untuk dipahami. Berkaitan dengan kasus COVID-19, Pemkot Surakarta secara transparan telah mengunggah data surveilans dan berita lokal melalui rubrik khusus di situs resmi pemerintah kota (surakarta.go.id). Namun, situs tersebut masih dirasa belum lengkap dibandingkan situs Gugus Tugas COVID-19 di tingkat pusat (covid19.go.id) dan Pemerintah Provinsi Jawa Tengah (corona.jatengprov.go.id). Masyarakat masih harus mengakses informasi secara terpisah, misalnya daftar rumah sakit rujukan COVID-19 dapat diakses melalui situs Dinas Kesehatan Kota Surakarta, kemudian untuk mengunduh kebijakan terkait COVID-19 harus mencari secara manual di laman situs organisasi perangkat daerah yang lain. Selain itu, belum terdapat situs atau aplikasi khusus untuk menangkal berita palsu atau *hoaks* yang beredar di masyarakat. Padahal *hoax buster* merupakan salah satu bentuk komunikasi risiko yang disebutkan dalam Pedoman Pencegahan dan Penanggulangan COVID-19 yang telah disusun oleh Kementerian Kesehatan. Oleh

karena itu, akan lebih baik jika seluruh informasi mengenai COVID-19 secara lengkap dikumpulkan dan dapat diakses dalam satu pintu.

Memformulasikan Kebijakan Pada Sektor Ekonomi Kreatif

Kota Surakarta memiliki beragam kebudayaan dengan tradisi Jawa dan kerajinan lokal yang khas. Pemkot Surakarta dapat membantu ekonomi masyarakat melalui pengembangan sektor ekonomi kreatif seperti membentuk wadah bersama pelaku usaha ekonomi kreatif, mendampingi, hingga memberi pelatihan strategi pemasaran yang tepat untuk diaplikasikan di masa pandemi COVID-19. Adanya payung hukum yang kuat dapat membantu masyarakat untuk tetap bertahan menghadapi dampak COVID-19 terutama di bidang ekonomi.⁴⁴

KESIMPULAN

Pemkot Surakarta dapat dikatakan sudah responsif untuk menyiapkan kebijakan derivatif dari pemerintah pusat. Bahkan, terdapat beberapa kebijakan daerah yang diterbitkan terlebih dahulu dibandingkan kebijakan pusat. Pemkot Surakarta memiliki waktu respons tercepat yaitu 1 hari dan paling lama 15 hari. Kebijakan Pemkot Surakarta mengenai upaya pencegahan dan penanggulangan COVID-19 telah selaras dengan kebijakan pemerintah pusat. Selain itu, untuk dapat meningkatkan keberhasilan implementasi kebijakan, terdapat 5 model strategi utama yang dapat dilakukan oleh Pemkot Surakarta, antara lain membentuk kebijakan turunan terkait sanksi pelanggaran, membentuk dan mensosialisasikan buku pedoman untuk masyarakat meliputi pencegahan dan penanggulangan COVID-19 beserta edukasi hukum, memfokuskan strategi pada aspek pemberdayaan masyarakat dengan kerja sama dari stakeholder lain, membentuk situs/aplikasi khusus sebagai sarana informasi dan komunikasi risiko, dan memformulasikan kebijakan pada sektor ekonomi kreatif.

DAFTAR PUSTAKA

1. Wu YC, Chen CS, Chan YJ. The Outbreak of COVID-19: An overview. *J Chinese Med Assoc* [Internet]. 2020;83(3):217–20. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1097/JCMA.0000000000000270>
2. WHO. Coronavirus Disease COVID-2019: Situation Report - 148 [Internet]. World Health Organization. 2020. Tersedia pada: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
3. Gugus Tugas Percepatan Penanganan Covid-19. Peta Sebaran Covid-19 di Indonesia [Internet]. covid19.go.id. 2020. Tersedia pada: <https://covid19.go.id/peta-sebaran>
4. Solopos. Awas! Solo Zona Merah Covid-19 di Jateng. *Solopos.com* [Internet]. 12 April 2020 [dikutip 17 Juni 2020]; Tersedia pada: <https://m.solopos.com/awas-solo-zona-merah-covid-19-di-jateng-1057815>
5. Pemerintah Kota Surakarta. Situasi Covid-19 Kota Surakarta [Internet]. surakarta.go.id. 2020 [dikutip 16 Juni 2020]. Tersedia pada: <https://surakarta.go.id/>
6. medcom.id. Solo Alami Deflasi Tertinggi Imbas Pandemi Korona [Internet]. medcom.id. Surakarta; 2020 [dikutip 16 Juli 2020]. Tersedia pada: <https://www.medcom.id/ekonomi/bisnis/GNG40Zpb-solo-alami-deflasi-tertinggi-imbaspandemi-korona>
7. Viner RM, Russell SJ, Croker H, Packer J, Ward J, Stansfield C, et al. School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. *Lancet Child Adolesc Heal* [Internet]. 2020;4(5):397–404. Tersedia pada: [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30095-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30095-X)
8. Nicola M, Alsafi Z, Sohrabi C, Kerwan A, Al-Jabir A, Iosifidis C, et al. The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *Int J Surg* [Internet]. 2020;78:185–93. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.04.018>
9. Smith KM, Machalaba CC, Seifman R, Feferholtz Y, Karesh WB. Infectious Disease and Economics: The Case for Considering Multi-sectoral Impacts. *One Heal* [Internet]. 2019;7(100080):2352–7714. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2018.100080>
10. Wignjadiputro I, Widaningrum C, Setiawaty V, Wulandari EW, Sihombing S, Prasetyo WA, et al. Containment Exercise in Indonesia. *J Infect Public Health* [Internet]. 2020;1–4. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2018.100080>
11. Bai Z, Gong Y, Tian X, Cao Y, Liu W, Li J. The Rapid Assessment and Early Warning Models for COVID-19. *Virolog Sin* [Internet]. 2020;12250. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1007/s12250-020-00219-0>
12. Adisasmito W. Health System and Pandemic Influenza Preparedness: Results from Rapid Situation Analysis (RSA) in Jakarta and Bali. *OSIR* [Internet]. 2010;3(1):1–9. Tersedia pada: <http://www.osirjournal.net/issue.php?id=17>
13. Gössling S, Scott D, Hall CM. Pandemics, Tourism and Global Change: A Rapid Assessment of COVID-19. *J Sustain Tour* [Internet]. 2020;9582:1–20. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1080/09669582.2020.1758708>

14. Saraisky NG. Analyzing Public Discourse: Using Media Content Analysis to Understand the Policy Process. *Curr Issues Comp Educ* [Internet]. 2015;18(1):26–41. Tersedia pada: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1095584.pdf>
15. Djalante R, Lassa J, Setiamarga D, Sudjatma A, Indrawan M, Haryanto B, et al. Review and Analysis of Current Responses to COVID-19 in Indonesia: Period of January to March 2020. *Prog Disaster Sci* [Internet]. 2020;6(100091):1–9. Tersedia pada: <http://www.researchgate.net/publication/340430688>
16. Raoofi A, Takian A, Sari AA, Olyaeemanesh A, Haghighi H, Aarabi M. COVID-19 Pandemic and Comparative Health Policy Learning in Iran. *Arch Iran Med* [Internet]. 2020;23(4):220–34. Tersedia pada: <https://doi.org/10.34172/aim.2020.02>
17. Jasiulewicz-Kaczmarek M. SWOT Analysis for Planned Maintenance Strategy - A Case Study. *IFAC-PapersOnLine* [Internet]. 2016;49(12):674–9. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1016/j.ifacol.2016.07.788>
18. Ramezanpour B, Pronker ES, Kreijtz JHCM, Osterhaus ADME, Claassen E. Market Implementation of The MVA Platform for Pre-pandemic and Pandemic Influenza Vaccines: A Quantitative Key Opinion Leader Analysis. *Vaccine* [Internet]. 2015;33(35):4349–58. Tersedia pada: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.086>
19. Davey S, Davey A, Jain R. Impact of Social Distancing on Curtailing COVID 2019 Epidemic in India: A Systematic Review by SWOT Analysis Approach. *Epidemiol Int* [Internet]. 2020;05(01):44–9. Tersedia pada: <https://doi.org/10.24321/2455.7048.202009>
20. Wang J, Wang Z. Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats (SWOT) Analysis of China's Prevention and Control Strategy for The Covid-19 Epidemic. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(2235):1–17. Tersedia pada: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/7/2235>
21. Tempo. Apresiasi KLB Corona di Kota Solo, YLKI: Mestinya Jakarta juga. *Tempo.co* [Internet]. 14 Maret 2020 [dikutip 18 Juni 2020]; Tersedia pada: <https://metro.tempo.co/read/1319443/apresiasi-klb-corona-di-kota-solo-ylki-mestinya-jakarta-juga>
22. Sekretaris Kabinet RI. Inilah Kebijakan Nasional tentang Penyesuaian Sistem Kerja ASN [Internet]. 16 Maret 2020. [dikutip 18 Juni 2020]. Tersedia pada: <https://setkab.go.id/inilah-kebijakan-nasional-tentang-penyesuaian-sistem-kerja-asn/>
23. Kompas. Presiden Jokowi Larang ASN Mudik, Begini Sanksinya Jika Dilanggar [Internet]. Indonesia: Kompas TV; 2020 [dikutip 18 Juni 2020]. Tersedia pada: <https://www.kompas.tv/article/75385/presiden-jokowi-larang-asn-mudik-begini-sanksinya-jika-dilanggar>
24. Kompas. Fakta Lengkap Kasus Pertama Virus Corona di Indonesia. *Kompas.com* [Internet]. 3 Maret 2020; Tersedia pada: <https://nasional.kompas.com/read/2020/03/03/06314981/fakta-lengkap-kasus-pertama-virus-corona-di-indonesia?page=all>
25. Candido DDS, Watts A, Abade L, Kraemer MUG, Pybus OG, Croda J, et al. Routes for COVID-19 importation in Brazil. *J Travel Med* [Internet]. 2020;27(3):1–3. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa042>
26. Mona N. Konsep Isolasi Dalam Jaringan Sosial Untuk Meminimalisasi Efek Contagious (Kasus Penyebaran Virus Corona Di Indonesia). *J Sos Hum Terap* [Internet]. 2020;2(2):117–25. Tersedia pada: <https://doi.org/10.7454/jsht.v2i2.86>
27. Kompas. Pemerintah: Keluar Rumah Wajib Pakai Masker! [Internet]. Indonesia: Kompas TV; 2020. Tersedia pada: <https://www.kompas.tv/article/74676/pemerintah-keluar-rumah-wajib-pakai-masker>
28. Esposito S, Principi N, Leung CC, Migliori GB. Universal use of face masks for success against COVID-19: evidence and implications for prevention policies. *Eur Respir J* [Internet]. 2020; Tersedia pada: <https://doi.org/10.1183/13993003.01260-2020>
29. Solopos. Dampak Corona, Jam Operasional Toko dan Mall di Solo Dibatasi. *Solopos.com* [Internet]. 23 Maret 2020 [dikutip 17 Juni 2020]; Tersedia pada: <https://m.solopos.com/dampak-corona-jam-operasional-toko-dan-mall-di-solo-dibatasi-1053472>
30. Rahman AA, Azizah A, Kurniadewi E, Sunardi I. Faktor-Faktor Psikososial dari Ketidakpatuhan Masyarakat pada Masa Pandemi. *UIN Sunan Gunung Djati* [Internet]. 2020;19. Tersedia pada: <http://digilib.uinsgd.ac.id/id/eprint/30892>
31. CDC. Considerations for School Closure. 2020.
32. Tribun Solo. Waisak Saat Corona, Vihara Dhammar Sundara Solo Tiadakan Perayaan, Umat Diminta Live Streaming. *Tribunnews.com* [Internet]. 7 Mei 2020 [dikutip 17 Juni 2020]; Tersedia pada: <https://solo.tribunnews.com/2020/05/07/waisak-saat-corona-vihara-dhammar-sundara-solo-tiadakan-perayaan-umat-diminta-live-streaming?page=all>

33. Solopos. Solo KLB Corona, Jemaat Gereja di Solo Ibadah Minggu via Online. Solopos.com [Internet]. 21 Maret 2020 [dikutip 17 Juni 2020]; Tersedia pada: <https://m.solopos.com/solo-klb-corona-jemaat-gereja-di-solo-ibadah-minggu-via-online-1053086>
34. Manguvo A, Mafuvadze B. The impact of traditional and religious practices on the spread of Ebola in West Africa: time for a strategic shift. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2015;22(Supp 1):9. Tersedia pada: <https://doi.org/10.11694/pamj.supp.2015.22.1.6190>
35. Arditama E, Lestari P. Joko Tonggo: Membangkitkan Kesadaran dan Ketaatan Warga Berbasis Kearifan Lokal Pada Masa Pandemi COVID-19 di Jawa Tengah. *J Pendidik Kewarganegaraan Undiksha* [Internet]. 2020;8(1):35–46. Tersedia pada: <https://ejournal.undiksha.ac.id/index.php/JJPP>
36. Setyawati N. Beraktivitas Di Luar Rumah Saat Terjadinya Pandemi Covid-19. *J Educ Dev Inst Pendidik Tapanuli Selatan* [Internet]. 2020;8(2):135–40. Tersedia pada: <http://journal.ipts.ac.id/index.php/ED/article/view/1671>
37. Dinas Komunikasi dan Informasi Kota Surakarta. Diskominfo SP Terus Informasikan Himbauan Walikota Lewat Sirkel. 16 April 2020; Tersedia pada: <https://diskominfo.sp.surakarta.go.id/2020/04/16/diskominfo-sp-terus-informasikan-himbauan-lewat-sirkel/>
38. Usman AH. Kesadaran Hukum Masyarakat Dan Pemerintah Sebagai Faktor Tegaknya Negara Hukum Di Indonesia. *J Wawasan Yuridika* [Internet]. 2014;30(1):26–53. Tersedia pada: <http://ejournal.sthb.ac.id/index.php/jwy/article/view/74>
39. Astuti RS, Asmarasari B. Collaborative Governance in Policy Advocacy of Exclusive Breastfeeding Practice in Semarang City. In: *Proceedings of the Third International Conference on Social Transformation, Community and Sustainable Development (ICSTCSD 2019)* [Internet]. 2020. hal. 188–92. Tersedia pada: <https://doi.org/10.2991/icstcsd-19.2020.38>
40. Nurlatif RV, Priharwanti A. Stunting: Besaran Masalah & Strategi Pencegahannya di Kabupaten Pekalongan. *Kajen* [Internet]. 2019;3(2):69–82. Tersedia pada: <http://jurnal.pekalongankab.go.id/index.php/jurnalkabpekalongan/article/view/72>
41. Mariner JC, Jones BA, Hendrickx S, El Masry I, Jobre Y, Jost CC. Experiences in participatory surveillance and community-based reporting systems for H5N1 highly pathogenic avian influenza: A case study approach. *Ecohealth*. 2014;11(1):22–35.
42. Kerrigan DL, Fonner VA, Stromdahl S, Kennedy CE. Community empowerment among female sex workers is an effective HIV prevention intervention: A systematic review of the peer-reviewed evidence from low- and middle-income countries. *AIDS Behav* [Internet]. 2013;17(6):1926–40. Tersedia pada: <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0458-4>
43. Adisasmito W, Suwandono A, Aisyah DN. Measuring Indonesia H1N1 Pandemic Preparedness Through Stakeholder Analysis A Healthcare Advertising, Health care legislation. *Heal Care Curr Rev* [Internet]. 2014;02(01):1–5. Tersedia pada: <http://dx.doi.org/10.4172/hccr.1000119>
44. Bangsawan MI. Pemberdayaan Ekonomi Kreatif di Kota Surakarta Melalui Instrumen Hukum Perizinan Industri Kreatif. In: *Prosiding Seminar Nasional “Perizinan sebagai Instrumen Peningkatan Kesejahteraan Masyarakat di Era Industrialisasi (Citizen Friendly)”* [Internet]. 2017. hal. 318–34. Tersedia pada: <http://hdl.handle.net/11617/9428>

EVALUASI PEMANFAATAN DANA JAMPERSAL PADA PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK DI INDONESIA

EVALUATION OF JAMPERSAL UTILIZATION ON MATERNAL AND CHILD HEALTH SERVICES IN INDONESIA

Anissa Rizkianti¹, Suparmi¹, Iram Barida¹, Ika Saptarini¹, Siti Kulsum²

¹Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI

²Direktorat Kesehatan Keluarga, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, Kementerian Kesehatan RI

ABSTRAK

Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan memiliki Program Jampersal untuk menurunkan kematian ibu dan neonatal. Jampersal dinilai mampu meningkatkan cakupan persalinan di fasilitas kesehatan, namun pelaksanaan Jampersal masih memiliki kendala, baik di tingkat pusat maupun daerah. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi sejauh mana implementasi kebijakan Jampersal yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di Indonesia dengan menggunakan data dari Studi Evaluasi Dana Alokasi Khusus (DAK) Non Fisik Tahun 2018. Desain penelitian yang digunakan adalah potong lintang dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Penelitian ini menemukan bahwa 48,5% Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan 65% puskesmas menyatakan bahwa dana Jampersal dirasa cukup untuk pelayanan kehamilan, persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir. Dalam hal perencanaan, 94,8% Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan 84,2 persen puskesmas telah menggunakan data berbasis bukti dari tahun sebelumnya dalam menyusun perencanaan Jampersal. Namun, realisasi anggaran Jampersal pada tahun 2018 hanya sebesar 32,3 persen. Selain itu, masih ditemukan sejumlah hambatan dalam hal pemanfaatan dana Jampersal, antara lain sulitnya proses pencairan klaim serta kurangnya sosialisasi terkait penggunaan dana Jampersal. Pemanfaatan Jampersal dapat terus dilakukan dengan mempertimbangkan beberapa potensi daerah seperti penguatan aturan daerah khusus mengenai Jampersal serta ketersediaan dana desa yang dapat dioptimalkan untuk menunjang pelayanan kesehatan ibu dan anak.

Kata kunci: Evaluasi; Jampersal; Kesehatan ibu dan anak; Pelayanan kesehatan

ABSTRACT

The Indonesian Government through Ministry of Health has implemented the Jampersal program to reduce maternal and neonatal deaths. Jampersal is considered capable of increasing the coverage of institutional deliveries, but the implementation of Jampersal still faces several obstacles, both at the central and regional levels. This study aims to evaluate to what extent the Jampersal program has been implemented by the district/city Health Office in Indonesia using data from "Studi Evaluasi Dana Alokasi Khusus (DAK) Non Fisik Tahun 2018". This research applies cross-sectional study design using quantitative and qualitative approaches. This study found that 48.5% of District Health Offices and 65% of Public Health Centers stated that the Jampersal funds were sufficient to provide services for pregnancy, childbirth, postpartum and newborns. In regards of planning, 94.8% of District Health Offices and 84.2% of Public Health Centers have used data from the previous year in planning for Jampersal. However, the realization of Jampersal budget in 2018 was only 32.3%. In addition, there are still a number of barriers in the use of Jampersal funds, including the difficulty of the claim disbursement process and the lack of socialization related to the use of Jampersal. Utilization of Jampersal funds can be sustained by considering several regional potentials such as strengthening regional-level regulations regarding Jampersal and the availability of village funds which can be optimized to support maternal and child health services.

Keywords: Evaluation; Jampersal; Maternal and child health; Health services

PENDAHULUAN

Tingginya angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) hingga kini masih menjadi fokus persoalan kesehatan masyarakat di Indonesia. Setiap tahun, dari lima juta kelahiran yang terjadi, diperkirakan 20 ribu ibu meninggal akibat komplikasi kehamilan dan persalinan¹. Sejak berlakunya *Sustainable Development Goals* (SDGs), setiap negara diharapkan dapat mengurangi AKI hingga di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup dan mengakhiri kematian bayi dan balita yang dapat dicegah, dengan menurunkan Angka Kematian Neonatal (AKN) hingga 12 per

1.000 KH dan Angka Kematian Balita (AKBA) 25 per 1.000 KH².

Untuk mempercepat penurunan kematian ibu, bayi dan balita, Pemerintah perlu fokus pada penyebab langsung kematian yang 90 persen terjadi pada saat persalinan dan segera setelah persalinan³. Pada tahun 2010, persentase persalinan oleh tenaga kesehatan pada kelompok miskin (kuintil 1) mencapai 64 persen, sedangkan persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan baru mencapai 55 persen⁴. Salah satu kendala utama adalah rendahnya akses ke layanan persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan karena keterbatasan biaya⁵the

United Nations' Millennium Development Goals, which included a goal to improve maternal health by the end of 2015, has facilitated significant reductions in maternal morbidity and mortality worldwide. However, despite more focused efforts made especially by low- and middle-income countries, targets were largely unmet in sub-Saharan Africa, where women are plagued by many challenges in seeking obstetric care. The aim of this review was to synthesise literature on barriers to obstetric care at health institutions in sub-Saharan Africa. Methods: This review was guided by the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA).

Untuk mengatasi hambatan tersebut, Kementerian Kesehatan mengeluarkan terobosan berupa program kebijakan jaminan pembiayaan yang dikenal dengan Jaminan Persalinan (Jampersal)³. Jampersal adalah jaminan pembiayaan kesehatan dari Pemerintah yang digunakan untuk pemeriksaan kehamilan, pertolongan persalinan, pelayanan nifas termasuk pelayanan KB pasca persalinan dan pelayanan bayi baru lahir⁶.

Sejak pertama kali dikeluarkan pada 2011, Jampersal merupakan perluasan kepesertaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), namun penerima manfaatnya tidak hanya masyarakat miskin. Sasaran penerima Jampersal termasuk ibu hamil, ibu bersalin dan ibu nifas yang belum memiliki jaminan pembiayaan persalinan (pasca melahirkan sampai 42 hari) serta bayi baru lahir (0-28 hari)⁶.

Walaupun petunjuk teknis Jampersal bervariasi antar kabupaten/kota, pengelolaan dana Jampersal masih terintegrasi dengan Jamkesmas yang dikelola oleh Dinas Kesehatan selaku tim pengelola Jamkesmas tingkat kabupaten/kota. Pendanaan Jampersal merupakan belanja bantuan sosial bersumber dari Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN) yang diperuntukkan untuk pelayanan kesehatan dan rujukan pelayanan dasar peserta Jamkesmas, pelayanan persalinan serta rujukan risiko tinggi (risti) persalinan peserta Jamkesmas dan sasaran ibu hamil yang belum memiliki jaminan persalinan sebagai penerima manfaat jaminan³.

Dana Jampersal kemudian disalurkan pemerintah melalui Surat Perintah Pencairan Dana (SP2D) ke rekening Dinas Kesehatan sebagai penanggung jawab program dan rekening rumah sakit. Status dana tersebut kemudian berubah menjadi dana masyarakat dan berubah menjadi pendapatan fasilitas kesehatan setelah digunakan oleh puskesmas dan jaringannya serta fasilitas kesehatan lainnya³.

Seiring waktu, Jampersal dinilai telah berhasil

meningkatkan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan terutama di daerah yang sebelumnya memiliki cakupan rendah, yang umumnya adalah daerah pedesaan. Studi di Kabupaten Garut menunjukkan bahwa penggunaan Jampersal meningkatkan cakupan persalinan di fasilitas kesehatan hingga hampir 3 kali lipat⁷. Akan tetapi, sejak dimulainya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di tahun 2014, program ini dihentikan.

Program Jampersal kemudian dimulai kembali di tahun 2017 melalui skema pembiayaan Dana Alokasi Khusus (DAK) non fisik yang bersumber Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN) yang dialokasikan ke daerah untuk membiayai operasional kegiatan program prioritas nasional di bidang kesehatan guna meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan di daerah⁸. Lebih lanjut, program Jampersal II tidak hanya menanggung biaya persalinan bagi ibu bersalin miskin yang belum memiliki jaminan, tetapi juga sebagian dari biaya tambahan seperti biaya penyediaan rumah tunggu kelahiran (RTK) bagi ibu hamil yang tinggal di daerah yang jauh dari fasilitas kesehatan⁸.

Namun demikian, pemanfaatan Jampersal di lapangan bukan berarti tidak tanpa kendala. Penerapan kebijakan Jampersal di tiap daerah dipengaruhi oleh dukungan dan kemampuan pemerintah daerah yang berbeda-beda. Hal ini antara lain terkait dengan ketersediaan fasilitas pelayanan KIA dan tenaga kesehatan, seperti bidan di desa. Selain itu, dari sisi masyarakat, pemanfaatan Jampersal masih dipengaruhi oleh faktor sosial ekonomi dan budaya, seperti jarak dan waktu tempuh ke fasilitas kesehatan, serta sarana transportasi untuk sampai ke fasilitas kesehatan⁹.

Mengingat bahwa pelaksanaan program Jampersal melalui skema DAK non fisik masih menemui berbagai kendala serta belum adanya evaluasi Jampersal yang dilakukan secara menyeluruh di tingkat nasional hingga saat ini, maka perlu dilakukan studi evaluasi pemanfaatan Jampersal yang bertujuan untuk mengetahui sejauh mana implementasi kebijakan Jampersal yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di Indonesia. Hal ini juga bertujuan untuk mengetahui potensi dan hambatan pemanfaatan dana Jampersal dalam aspek perencanaan, pelaksanaan, monitoring/evaluasi, dan pelaporan.

METODE PENELITIAN

Sumber data

Penelitian ini merupakan bagian dari Studi Evaluasi Dana Alokasi Khusus (DAK) Non Fisik Tahun 2018 yang dilaksanakan oleh peneliti Pusat

Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan bekerja sama dengan Sekretariat Direktorat Kesehatan Masyarakat. Desain penelitian yang digunakan adalah potong lintang (*cross-sectional*) dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif.

Pengumpulan data

Data mengenai pemanfaatan dana Jampersal diperoleh dari hasil *self-assessment* dan diskusi kelompok terarah terhadap pengelola Jampersal di 100 Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan 100 puskesmas terpilih di 34 provinsi yang diadakan pada saat pertemuan nasional evaluasi pelaksanaan BOK dan Jampersal di Bekasi, 28-31 Oktober 2019. Sampel Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota diperoleh dari hasil stratifikasi berdasarkan Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM) dan dipilih secara acak 25 persen dari total jumlah kabupaten/kota, sedangkan pemilihan puskesmas mengikuti keterwakilan dari kabupaten/kota tersebut. Instrumen yang digunakan pada saat *self-assessment* adalah instrumen google-form yang disebarluaskan melalui media sosial oleh Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat ke seluruh sampel terpilih secara berjenjang, yaitu dari Dinas Kesehatan kemudian ke puskesmas.

Selain itu, wawancara mendalam juga dilakukan terhadap pengelola Jampersal di empat Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan dua puskesmas terpilih. Pemilihan informan wawancara mendalam dilakukan melalui metode *purposive sampling*, berdasarkan jawaban informan pada saat diskusi kelompok terarah. Baik kabupaten/kota yang dinilai cukup berhasil maupun kurang berhasil dari empat aspek pertanyaan pada saat diskusi kelompok terarah selanjutnya diwawancara secara mendalam untuk menggali secara lebih mendalam mengenai perencanaan sampai dengan pelaporan terkait program Jampersal.

Empat aspek mengenai Jampersal tersebut mencakup aspek perencanaan, pelaksanaan, monitoring/evaluasi dan pelaporan, yang ditanyakan menggunakan pedoman yang telah disiapkan sebelumnya. Adapun rincian topik yang ditanyakan dari masing-masing aspek tersebut dijabarkan dalam Tabel 1.

Analisis data

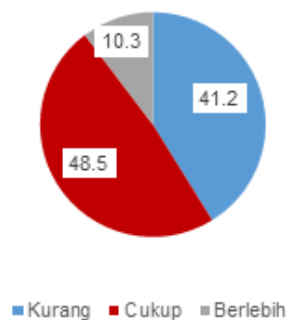
Data kemudian dianalisis menggunakan metode *content analysis*. Analisis dilakukan melalui beberapa tahapan antara lain reduksi data, penelusuran tema jawaban menurut topik pertanyaan ke dalam bentuk matriks, lalu dihubungkan dengan informasi yang diperoleh dari penelusuran literatur terkait seperti peraturan dan regulasi, petunjuk teknis maupun pedoman mengenai pemanfaatan Jampersal. Sementara

itu, data *self-assessment* diolah secara deskriptif kuantitatif yang disajikan dalam bentuk grafik.

HASIL DAN PEMBAHASAN

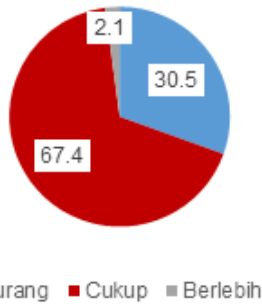
Pemanfaatan Dana Jampersal pada Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Secara umum, hasil penelitian menemukan bahwa dana Jampersal masih dirasakan cukup sebagai sumber pembiayaan pelayanan ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir. Hasil *self-assessment* menunjukkan bahwa secara keseluruhan 48,5 persen Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyatakan bahwa dana Jampersal dirasa cukup untuk pelayanan ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir (Gambar 1). Sekitar 41,2 persen Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang mengungkapkan bahwa dana Jampersal masih kurang.



Gambar 1. Kecukupan Dana Jampersal untuk Pelayanan Ibu Hamil, Bersalin, Nifas dan Bayi Baru Lahir menurut Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Sementara itu, lebih dari 65 persen puskesmas yang melaporkan bahwa dana Jampersal sudah cukup dalam pelaksanaan pelayanan KIA (Gambar 2). Namun demikian, berdasarkan laporan Studi Evaluasi Dana Alokasi Khusus (DAK) Non Fisik Tahun 2018, rerata realisasi anggaran Jampersal pada tahun 2018 cukup rendah, yaitu hanya sebesar 32,3 persen. Dari laporan tersebut, ditemukan pula bahwa kurang dari 15 persen kabupaten/kota yang memiliki realisasi Jampersal ≥ 90 persen¹⁰. Hal ini menunjukkan bahwa pemanfaatan dana Jampersal di puskesmas tergolong masih rendah meskipun jumlahnya dirasa sudah cukup. Hasil capaian kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman tahun 2020, sebagai contoh, memperlihatkan bahwa anggaran untuk Jampersal dari DAK cenderung besar padahal sasarannya sedikit, sehingga realisasinya menjadi rendah¹¹. Lebih lanjut, hasil evaluasi pemanfaatan dana Jampersal dapat terlihat dari keempat aspek tema di gambar 2.



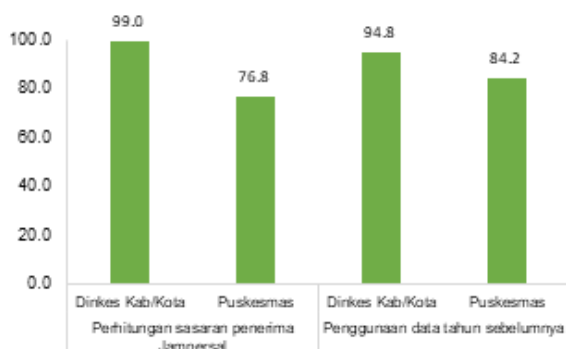
Gambar 2. Kecukupan Dana Jampersal untuk Pelayanan Ibu Hamil, Bersalin, Nifas dan Bayi Baru Lahir menurut Puskesmas

Perencanaan

Hasil *self-assessment* menemukan bahwa hampir seluruh (99%) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota telah menghitung sasaran penerima dana Jampersal (Gambar 3). Namun demikian, baru 76,8 persen puskesmas yang menyatakan telah melakukan perhitungan ibu hamil sebagai sasaran penerima dana Jampersal (Gambar 3). Hasil perhitungan estimasi sasaran penerima Jampersal selanjutnya diusulkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota untuk ditetapkan di tingkat kabupaten/kota. Dasar perhitungan pun menggunakan pagu atau alokasi anggaran yang telah ditetapkan oleh kabupaten/kota. Berikut pernyataan yang disampaikan oleh beberapa informan.

“Tidak ada dokumen dana Jampersal di puskesmas, hanya saja misalnya untuk dimana akan diadakan rumah tunggu, maka puskesmas yang mengusulkan. Kemudian bahwa berapa jumlah sasaran ibu hamil di puskesmas masing-masing, ada di puskesmas.” (Z, Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat).

“Untuk perencanaan anggaran kami sudah mengacu pada PAGU, tapi untuk tarif RS, kemudian tarif yang ada di puskesmas [...] menjadi dasar kita dalam perencanaan pelayanan persalinan. Untuk rujukan, kita pakai SHBJ... Satuan Harga Barang Jasa, [...] termasuk juga sewa kendaraan.” (K, Dinas Kesehatan Kabupaten Gunung Kidul).



Gambar 3. Proses Perencanaan Dana Jampersal di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas

Perhitungan sasaran penerima Jampersal

Selain itu, sebesar 94,8 persen Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan 84,2 persen puskesmas telah menggunakan data berbasis bukti dari tahun sebelumnya meliputi data cakupan program dan laporan. Sebagai contoh, di Kabupaten Gunung Kidul, sasaran ibu hamil penerima dana Jampersal diperoleh dari laporan Dinas Kesehatan tahun sebelumnya. Penetapan sasaran awalnya sendiri diperoleh berdasarkan data Dinas Sosial maupun proyeksi. Selaras dengan hal tersebut, Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat menggunakan data estimasi ibu melahirkan yang belum mendapat jaminan kesehatan berdasarkan laporan BPJS per bulan. Berikut adalah pernyataan informan dari dua Kabupaten tersebut.

“[...] untuk proses data sasaran kita kaitkan dengan data yang ada di Dinas Sosial, yang mencari SKTM selama ini. Kita juga pakai data riil dan sasaran proyeksi serta data dari Dinsos, sekaligus data realisasi tahun kemarin.” (K, Informan Dinas Kesehatan Kabupaten Gunung Kidul)

“Yang ketiga, yang kami lihat jumlah sasaran, dimana sasaran dari Jampersal ini untuk memberikan pelayanan kepada ibu hamil. Perhitungan kami adalah dari estimasi jumlah ibu yang akan melahirkan, yang merupakan ibu-ibu memiliki jaminan kesehatan. Jadi dasarnya juga yang kami lihat adalah berapa persen masyarakat kami yang belum memiliki jaminan kesehatan. Kami rutin mendapat laporan jumlah masyarakat Lombok Barat yang sudah memiliki jaminan kesehatan [...] dari BPJS. BPJS mengirimkan ke kami. Kami melakukan evaluasi setiap tiga bulan untuk rekon yang besar, tapi ada evaluasi bulanan untuk merekon penambahan kepesertaan.” (Z, Dinas Kesehatan Kabupaten Lombok Barat).

Lebih lanjut, hasil kualitatif menemukan bahwa periode perencanaan Jampersal bervariasi yaitu bulan Mei di tahun sebelumnya dan pada tiap triwulan ke-4. Adapun tim yang terlibat dalam proses perencanaan dana Jampersal terdiri dari pegawai di bidang Kesehatan Masyarakat dan pegawai Sub Bagian Perencanaan. Selain itu, beberapa program lain, seperti bidang pencegahan dan pengendalian penyakit (P2P) dan sumber daya manusia kesehatan (SDMK) juga turut dilibatkan.

Meskipun sebagian besar informan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyatakan bahwa tidak ada forum khusus untuk pertemuan lintas sektor, namun beberapa informan yang menyatakan bahwa Kepala Dinas Kabupaten/Kota cukup terlibat aktif dalam proses perencanaan, sebagaimana kutipan beberapa informan di bawah ini.

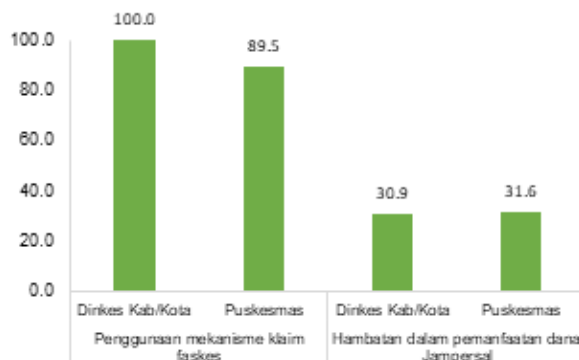
“Untuk penyusunan perencanaan di Kabupaten Lampung Tengah, itu melibatkan bidang Yankes juga dan sekretariat.. sekretariat itu perencanaan di sekretariat. [...] untuk penyusunannya sendiri itu..

eh.. pak Kadis selalu ikut terlibat dalam penyusunan perencanaan, bahkan beliau ikut mengarahkan pada saat penyusunan sehingga dari mulai penentuan sasaran sampai dengan finishing perencanaan itu eh.. terlibat bu, baik sekretaris maupun Kepala Dinas.” (M, Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Tengah)

“Untuk keterlibatan Kepala Dinas, di Sijunjung ini sudah sangat proaktif, termasuk juga nanti kalau ada komunikasi yang tidak harmonis dengan RS, terkait dengan rujukan, hmm, Kepala Dinas juga bersedia turun tangan, bahkan menghubungi pihak RS. Di Kabupaten Sijunjung kita punya tim, sebenarnya tim ini sudah tergabung dengan tim BOK. [...] Namun yang sering desknya itu dua kali setahun kita punya. Kemudian tim yang Dinas yang terlibat yaitu semua kepala bidang, Kepala Dinas, sekretaris dan juga perwakilan kepala seksi, tidak semua kepala seksi, ada juga pengelola program khususnya KIA dan gizi.” (R, Dinas Kesehatan Kabupaten Sijunjung)

Pelaksanaan

Berdasarkan hasil *self-assessment*, terlihat bahwa seluruh (100%) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyatakan bahwa pemanfaatan dana Jampersal menggunakan mekanisme klaim dari fasilitas kesehatan. Hal ini juga diakui oleh hampir 90 persen (89,5%) pengelola Jampersal di puskesmas, sebagaimana terlihat pada Gambar 4.



Gambar 4. Pengelolaan Dana Jampersal di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Puskesmas

“Kalau untuk pengklaiman, kemarin kami pakai risiko tinggi, tahun kemarin berapa nah itu yang dikalikan standar biayanya RS, sudah dikalikan.” (M, Dinas Kesehatan Kabupaten Bangka Selatan)

Namun demikian, sejumlah informan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyatakan bahwa lamanya proses verifikasi di Badan Pengelolaan Keuangan dan Aset Daerah (BPKAD)/Badan Keuangan Daerah (Bakeuda) hingga penerbitan Surat Perintah Pencairan Dana (SP2D) yang cenderung sulit menghambat proses klaim tersebut. Hal ini sebagaimana disampaikan oleh salah satu informan berikut ini.

“Di Lampung Tengah, prosesnya terlalu panjang. Dari klaim masuk, sampai verifikasi pengelola program, kemudian diantarkan ke bagian keuangan. Keuangan

itu biasanya lambat penerbitan SPMnya Bu. Itu alasannya karena banyak kegiatan. Terus kemudian yang dari keuangan Dinas itu baru ke BPKAD. Nah, itu di BPKAD lebih dari 2 minggu bahkan sampai 1 bulan. Nanti di BPKAD itu yang bikin SP2D. Karena di Lampung Tengah itu kan dari tahun 2018 sudah non tunai, jadi pembayarannya melalui payroll. Dari SP2D baru masuk ke BUD kemudian dari bank disalurkan ke rekening Dinas. Dari rekening Dinas baru payroll ke masing-masing rekening klaim.” (M, Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Tengah)

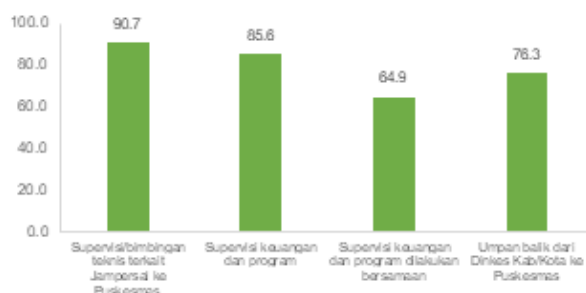
Hambatan lain yang disampaikan oleh informan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota adalah masih adanya permasalahan terkait sulitnya mendapatkan rumah sewa untuk RTK. Sementara itu, informan pengelola Jampersal di puskesmas justru mengeluhkan belum optimalnya sosialisasi terkait Jampersal dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dimana sebagian besar puskesmas kurang memahami besaran alokasi Jampersal di kabupaten/kota masing-masing serta porsi anggaran Jampersal untuk masing-masing menu kegiatan, sebagai contoh, besaran alokasi dana Jampersal yang dapat digunakan untuk skrining hipertiroid kongenital (SHK) dan *antenatal care* (ANC) ibu hamil risiko tinggi. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sendiri menyatakan bahwa penentuan alokasi anggaran Jampersal yang pertama kali didasarkan pada asumsi, sedangkan pada tahun-tahun berikutnya ditentukan dari realisasi tahun sebelumnya. Berikut adalah pernyataan beberapa informan mengenai hal tersebut.

“Kalau untuk tahun ini (2019), kami mengacu pada tahun kemarin Bu.. eh realisasi tahun sebelumnya. Kemarin transpornya berapa. Jadi besarnya kami mengacu ke situ. Selain melihat sebaran dari sasaran per puskesmasnya. Kalau pertama kali, kita asumsi, kira-kira yang besar itu dimana, apakah besar di transpor atau besar di rumah tunggu kelahiran. [...] ya ada yang (meleset) dekat, ada yang jauh. Biasanya yang tidak tepat itu pelayanan.” (H, Dinas Kesehatan Kabupaten Merangin)

“Kalau kami menggunakan estimasi. Bu. Kalau pelayanan kita tidak bisa langsung memplotin kita sasaran 3000 kemudian belum tentu 3000 itu melahirkan semua. Kita pakai estimasi. Jadi ada rumah tunggu... eh.. jadi kita melihat daerah terpencil itu, dia jauh dari faskes [...] kemudian ada transpor kami punya standar biaya. Untuk transpor sendiri itu untuk monev dari kabupaten ke BPM maupun ke FKTP. Untuk bayar listrik itu juga dari estimasi, dilihat dari rata-rata pembayaran setiap bulannya. [...] pakai proporsi aja Bu. Dari sasaran 3000 tadi kita keluarkan dulu jasa pelayanannya berapa. Dari 3000 itu dikalikan (tarif) 700.000 per pelayanan persalinan normal. Terus kemudian dilihat lagi apa saja kebutuhan lain, misalnya transpornya. Mereka melakukan monev setahun berapa kali. Kalau komplikasi per paket Bu, dari evaluasi tahun lalu.” (M, Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Tengah)

Monitoring/Evaluasi

Monitoring pelaksanaan jampersal perlu dilakukan untuk memastikan pelaksanaan kebijakan berjalan dengan baik serta mengatasi hambatan yang terjadi. Gambar 5 memperlihatkan bahwa hampir 90,7 persen Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota telah melakukan supervisi/bimbingan teknis terkait Jampersal ke fasilitas kesehatan, baik ke puskesmas maupun Rumah Sakit. Pelaksanaan monitoring evaluasi dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, yaitu tim manajemen pengelolaan program dan keuangan serta tim verifikator Jampersal, sebanyak 1-2 kali setahun menggunakan anggaran khusus untuk alokasi dukungan manajemen. Lebih lanjut, delapan dari 10 (85,6%) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota telah melakukan supervisi keuangan dan supervisi program yang berkaitan dengan Jampersal (Gambar 5). Namun, hanya 64,9 persen yang melakukan supervisi keuangan dan program secara bersamaan, termasuk mengecek kesesuaian pemanfaatan dana Jampersal (Gambar 5). Kegiatan supervisi yang dilakukan secara bersamaan dirasakan lebih efisien dari sisi waktu. Pelaksanaan yang dilakukan secara lintas program dan menyeluruh dapat mengatasi permasalahan secara lebih baik.



Gambar 5. Monitoring dan Evaluasi Pemanfaatan Dana Jampersal di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Akan tetapi, pelaksanaan monitoring dan evaluasi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota juga mengalami beberapa kendala. Hambatan akses geografis masih menjadi kendala di beberapa wilayah di Indonesia termasuk dalam hal monitoring dan evaluasi. Hal ini telah dicoba diatasi dengan melakukan monitoring di kabupaten/kota (puskesmas yang datang), sebagaimana penjelasan informan berikut ini.

"Kami di Kabupaten Malinau, untuk movev dari Kabupaten ke puskesmas, kami memang keterbatasan di akses, transportasi. [...] Untuk movev ini kami yang mengundang mereka, membuat pertemuan." (Dinas Kesehatan Kabupaten Malinau)

Pelaporan

Berdasarkan hasil diskusi kelompok terarah, diketahui bahwa sebagian besar Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan pelaporan setiap bulan dan tiga bulan sekali (triwulan) ke Dinas Kesehatan Provinsi. Sedangkan, pelaporan ke Kementerian Kesehatan dilakukan melalui aplikasi e-renggar oleh pengelola dana Jampersal di bagian Subbag Program dan Keuangan, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Meskipun demikian, informan mengakui bahwa Kementerian Kesehatan belum memberikan *feedback* terkait laporan yang mereka kirimkan melalui aplikasi e-renggar.

Di sisi lain, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota memberikan umpan balik kepada fasilitas kesehatan seperti puskesmas dan Rumah Sakit terkait pemanfaatan dana Jampersal. Lebih dari 70 persen (76,3%) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menyatakan telah memberikan umpan balik (Gambar 5). Umpan balik ini biasanya dilakukan dalam kurun waktu satu kali setahun. Meskipun tidak disebutkan secara jelas di dalam petunjuk teknis mengenai frekuensi pemberian umpan balik dari kabupaten/kota ke puskesmas maupun dari provinsi ke kabupaten/kota, baik puskesmas maupun Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota wajib memberikan laporan rutin setiap bulan kepada instansi Dinas Kesehatan di atasnya⁸. Dengan demikian, pemberian umpan balik pun seyogyanya perlu dilakukan setiap bulan sehingga umpan balik yang diberikan diharapkan mampu mengatasi permasalahan yang terjadi terkait kebijakan Jampersal.

Secara keseluruhan, rendahnya serapan anggaran Jampersal mungkin terjadi karena masih cukup banyak hambatan terkait pemanfaatan Jampersal. Sebagai contoh, sulitnya proses klaim pembiayaan dipengaruhi oleh lamanya proses verifikasi pencairan dana melalui kas daerah^{12,13}. Hal ini sejalan dengan hasil studi kualitatif di Kabupaten Brebes tahun 2013 yang menemukan bahwa pembayaran klaim Jampersal terlalu lama karena masalah verifikasi dan persyaratan yang rumit¹⁴. Sebagian bidan di puskesmas PONEJ juga merasa rugi karena peraturan daerah setempat hanya memberikan pengembalian jasa pelayanan medis sebesar 60 persen sesuai yang peraturan daerah yang berlaku pada saat itu¹⁴. Gambaran serupa juga terjadi di Kabupaten Batang dimana biaya jasa medis dipotong sebesar 2 persen untuk pajak dan 5 persen untuk kas daerah¹⁵. Keterlambatan penggantian klaim tentu saja akan berdampak pada hambatan dalam proses pengadaan alat dan bahan habis pakai di fasilitas kesehatan, serta munculnya ketidakpuasan para tenaga kesehatan sehingga menurunkan kualitas pelayanan secara umum¹².

Kebijakan mengenai Jampersal dapat berbeda tiap daerah. Besaran tarif Jampersal yang dibebankan untuk pelaksanaan Jampersal akan disesuaikan kembali dengan APBD daerah masing-masing. Perbedaan tarif pelayanan persalinan pada bidan praktik mandiri (BPM) dengan anggaran Jampersal, contohnya, membuat BPM sering sekali merasa dirugikan dalam memberikan pelayanan serta menimbulkan rasa enggan untuk melayani pasien dengan Jampersal. Akibatnya, BPM cenderung merujuk pasien bersalin ke rumah sakit¹⁶.

Namun, pada kenyataannya, belum semua kabupaten/kota memiliki aturan atau regulasi khusus yang mengatur tentang Jampersal, baik berbentuk Peraturan Bupati maupun Peraturan Walikota. Berdasarkan hasil riset evaluasi Jampersal yang dilakukan di tujuh provinsi di Indonesia tahun 2013, muatan politik mempengaruhi dukungan pemerintah daerah terhadap pelaksanaan Jampersal¹⁷. Hal ini sejalan dengan model implementasi kebijakan publik Donald P. Warwick bahwa komitmen pimpinan dan peran politik merupakan salah satu faktor pendorong dalam implementasi program¹⁸. Di samping itu, hanya sebagian kabupaten/kota yang telah melakukan perhitungan sasaran penerima Jampersal menggunakan data sasaran riil. Padahal, data tersebut sangat diperlukan, terutama data berdasarkan hasil penelusuran dari bidan desa sebagai dasar perencanaan program KIA. Beberapa informan mengaku bahwa perencanaan disesuaikan dengan kebutuhan yang ada seperti RTK serta berdasarkan cakupan program dan hasil evaluasi tahun sebelumnya, sedangkan data sasaran diperoleh berdasarkan proyeksi Badan Pusat Statistik (BPS).

Hambatan lain yang ditemukan dari hasil penelitian ini adalah kurangnya pemahaman tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan akan alokasi Jampersal di kabupaten/kota. Hal ini mungkin terjadi akibat kurangnya sosialisasi mengenai petunjuk teknis (juknis) Jampersal kepada tenaga kesehatan di puskesmas, rumah sakit, klinik dan praktik swasta lainnya. Sebagai contoh, di kota Depok tahun 2016, proses penerbitan juknis cukup terlambat dan sosialisasi juknis masih dirasa kurang. Selain itu, tidak adanya juknis turunan (juklak) untuk penggunaan dana program Jampersal menimbulkan interpretasi yang berbeda-beda di antara pengelola dan pelaksana Jampersal¹⁹.

Sosialisasi menjadi faktor yang penting untuk keberhasilan pelaksanaan program Jampersal. Untuk itu, sosialisasi Jampersal juga perlu dilakukan kepada lintas sektor dan masyarakat guna menjalin komitmen dan meningkatkan

pemanfaatan Jampersal²⁰. Kurangnya sosialisasi ini diketahui akibat tidak tersedianya anggaran¹³. Padahal Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2019 telah menyebutkan bahwa kegiatan sosialisasi dan advokasi lintas program dan sektor dapat dibiayai melalui dana dukungan manajemen pengelolaan Jampersal yang diberikan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota⁸.

Di sisi evaluasi dan pelaporan, permasalahan banyak ditemukan pada keterbatasan sumber daya manusia (SDM) yang melaksanakan monitoring evaluasi, akses geografis ke puskesmas yang sulit serta rendahnya umpan balik yang diberikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Laporan umpan balik terkait hasil pelaporan Jampersal pada dasarnya dilaksanakan secara berjenjang dimana Kementerian Kesehatan akan melakukan analisis dan memberikan umpan balik kepada Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota, kemudian Dinas Kesehatan Provinsi memberikan umpan balik ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan seterusnya²¹. Di negara lain seperti India, sistem dibuat lebih memadai untuk meningkatkan kapasitas dan motivasi petugas kesehatan, termasuk mekanisme umpan balik secara berkala untuk mengidentifikasi dan mengatasi berbagai kendala operasional^{22,23}.

Di balik permasalahan dan kendala di atas, Jampersal masih dibutuhkan oleh kabupaten/kota. Studi di Kabupaten Sampang menemukan bahwa sejak dimulainya program Jampersal, cakupan pelayanan ANC K1 dan K4 mengalami peningkatan pada tahun 2011-2012. Begitu pula cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan juga mengalami peningkatan dari tahun ke tahun²⁴. Selain untuk persalinan, dana Jampersal juga dapat dioptimalkan pemanfaatannya untuk penyediaan RTK maupun biaya transpor rujukan dari rumah ke fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) maupun dari FKTP ke fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL). Meskipun demikian, pemanfaatan RTK dipengaruhi oleh kondisi sarana prasarana RTK, misalnya ketersediaan dan kebersihan toilet, air, listrik, dapur dan kecukupan ruang untuk keluarga yang menemani ibu bersalin²⁵.

Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan dari sisi metodologi dimana tidak seluruh informan merupakan pengelola Jampersal. Sebagian kecil informan yang ikut serta dalam diskusi kelompok terarah merupakan tenaga perencana di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang tidak secara langsung mengelola program Jampersal, sehingga informasi yang diberikan menjadi kurang adekuat. Selain itu, triangulasi data tidak

dapat dilakukan kepada informan lain yang terkait, seperti pemegang program di Kementerian Kesehatan, karena pelaksanaan FGD sendiri dilaksanakan pada saat pertemuan nasional evaluasi pelaksanaan BOK dan Jampersal, dimana pihak Kementerian Kesehatan juga turut hadir dalam acara tersebut. Meskipun studi ini bersifat independen, bias informasi kemungkinan dapat terjadi karena studi ini dilaksanakan sebagai bagian dari riset evaluasi program di Kementerian Kesehatan.

KESIMPULAN

Program Jampersal telah berjalan di kabupaten/kota, namun masih ada sejumlah hambatan yang ditemui oleh tenaga kesehatan dan pengelola program Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan puskesmas dalam hal pemanfaatan dana Jampersal. Hambatan yang paling banyak ditemukan antara lain sulitnya proses pencairan klaim pembiayaan pelayanan serta kurangnya sosialisasi terkait penggunaan dana Jampersal. Pemanfaatan Jampersal dapat terus dilakukan dengan mempertimbangkan beberapa potensi daerah yang ada, misalnya dukungan dan komitmen pemerintah daerah melalui regulasi dan aturan daerah khusus mengenai Jampersal serta penguatan strategi dan komitmen dari tiap pelaksana program terutama dalam hal perencanaan dana Jampersal di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Untuk mengatasi berbagai tantangan ke depan, program Jampersal juga perlu diperkuat dengan cara memperluas menu kegiatan Jampersal. Selain itu, perlu adanya peningkatan sosialisasi program Jampersal mengenai juknis Jampersal oleh Dinas Kesehatan selaku tim pengelola Jamkesmas/Jampersal ke tenaga kesehatan baik di lingkungan puskesmas dan jaringannya maupun di Rumah Sakit, yang tidak hanya terbatas pada pertemuan rutin Kepala Puskesmas. Sosialisasi lintas program dan sektor juga perlu terus digalakkan sehingga dukungan dan komitmen pemerintah daerah mulai dari level kabupaten, kecamatan sampai tingkat kelurahan dan desa akan semakin meningkat. Sosialisasi dan distribusi petunjuk teknis terkait pelaksanaan jampersal sebaiknya dilakukan satu tahun sebelum pelaksanaan sehingga pemerintah daerah dapat bersinergi dengan kebijakan Jampersal di tingkat pusat dan pemanfaatan dana Jampersal juga menjadi lebih efektif.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada dr. Mayang Sari, MARS selaku Kepala Bagian Program dan Informasi, Sekretariat Direktorat

Jenderal (Setditjen) Kesehatan Masyarakat atas kerja sama yang baik dalam penelitian ini. Selain itu, penulis juga berterima kasih kepada Ario Baskoro, M.Sc (IHM) selaku Kepala Subbagian Program, Bagian Program dan Informasi, Setditjen Kesehatan Masyarakat beserta segenap staf yang telah membantu proses pengumpulan data, serta perwakilan Direktorat Kesehatan Keluarga, Direktorat Kesehatan Lingkungan, Direktorat Kesehatan Kerja dan Olahraga serta Direktorat Promosi Kesehatan yang telah memberikan masukan selama pelaksanaan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Tejayanti T, Harimat H, Sabatini K, Afifah T, Hapsari D, Pambudi I, et al. Disparitas akses dan kualitas: Kajian determinan kematian maternal di lima region Indonesia. Jakarta; 2012.
2. Badan Pusat Statistik Indonesia. Kajian Indikator Lintas Sektor: Potret Awal Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development Goals) di Indonesia. 2016.
3. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2562/Menkes/Per/XII/2011 tentang Petunjuk Teknis Jaminan Persalinan. 2011.
4. Departemen Kesehatan. Laporan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2010. Departemen Kesehatan RI. Jakarta; 2010.
5. Kyei-Nimakoh M, Carolan-Olah M, McCann T V. Access barriers to obstetric care at health facilities in sub-Saharan Africa—a systematic review. *Syst Rev.* 2017;6(110):1–16. doi: 10.1186/s13643-017-0503-x
6. Pusat Promosi Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Buku Saku Jampersal. 2011.
7. Achadi E, Achadi A, Pambudi E, Marzoeki P. A Study on the Implementation of Jampersal Policy in Indonesia. 2014.
8. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2019 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan. Jakarta: Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia; 2019.
9. Isabela M. Evaluasi pemanfaatan Jaminan Persalinan di Kabupaten Rote Ndao Provinsi Nusa Tenggara Timur. *J Kebijakan Kesehat Indones.* 2018;7(3):140–6.
10. Pusat Penelitian dan Pengembangan Upaya Kesehatan Masyarakat, Sekretariat Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat. Laporan Studi Evaluasi Dana Alokasi Khusus (DAK) Non Fisik Tahun 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan; 2018.

11. Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman. Rencana Kerja Perangkat Daerah Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman 2020. Sleman: Dinas Kesehatan; 2019.
12. UNFPA Indonesia, Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan UGM. Review Jampersal 2013: Penelitian Kolaborasi untuk Sepuluh Kabupaten Indonesia. Jakarta; 2014.
13. Rachmawati T, Iljanto S, Pranata S, Aimanah IU, Pratiwi NL, Rukmini, et al. Policy Paper: Pentingnya Keberlangsungan Jampersal sebagai Upaya Terobosan Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu. Jakarta: Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan; 2013.
14. Suparwati CSA, Kartikawulan R. Assessment Program Jaminan Persalinan (Jampersal) dan Rencana Tindak Lanjutnya di Kabupaten Brebes Tahun 2013 [Internet]. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro; 2013.
15. Rinayati, Erawati AD, Wahyuning S. Evaluasi Pelaksanaan Program Jampersal oleh Bidan Praktik Mandiri di Kabupaten Batang. *J Ilmu dan Teknol Kesehat*. 2014;5(2). doi: <https://doi.org/10.33666/jitk.v5i2.96>
16. Syafrawati. Analisis Biaya Jaminan Persalinan (Jampersal) (Studi Kasus pada Salah Satu Bidan Praktek Swasta Kota Padang). *J Kesehat Masy Andalas*. 2015;10(1):87–93.
17. Rachmawati T, Pranata S, Wati V, Siahaan S, Tarigan IU, Pratiwi NL, et al. Riset Evaluasi Jampersal. Surabaya; 2013.
18. Fitriana IN. Implementasi Program Jaminan Persalinan (Jampersal) di Puskesmas Ngrayun (Studi Deskriptif Tentang Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Implementasi Program Jampersal di Puskesmas Ngrayun Kecamatan Ngrayun Kabupaten Ponorogo). *J Kebijak dan Manaj Publik*. 2013;
19. Kurniawati A. Analisis permasalahan penggunaan Dana Alokasi Khusus (DAK) non fisik bidang kesehatan program Jampersal di Kota Depok tahun 2016. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia; 2017.
20. Aryastami NK, Permana M, Widyasari R, Alwi Q. Kebijakan Jaminan Persalinan di Indonesia: Pendekatan Berbasis Budaya untuk Meningkatkan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan di Perdesaan. *Bul Penelit Sist Kesehat*. 2014;17(4):415–24.
21. Fatmawati. Perancangan Sistem Informasi Jaminan Persalinan (Jampersal) di Dinas Kesehatan Kota Depok Tahun 2012. Universitas Indones; 2012.
22. Berman P, Ahuja R, Tandon A, Sparkes S, Gottret P. Government health financing in India: Challenges in achieving ambitious goals. The World Bank; 2010.
23. Gupta A, Fledderjohann J, Reddy H, Raman VR, Stuckler D, Vellakkal S. Barriers and prospects of India's conditional cash transfer program to promote institutional delivery care: a qualitative analysis of the supply-side perspectives. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):40.
24. Rukmini, Rachmawaty T, Laksono AD. Analisis Kebijakan Jampersal di Dinas Kesehatan Kabupaten Sampang. *Bul Penelit Sist Kesehat*. 2013;16(2):154–67.
25. Penn-Kekana L, Pereira S, Hussein J, Bontogon H, Chersich M, Munjanja S, et al. Understanding the implementation of maternity waiting homes in low-and middle-income countries: a qualitative thematic synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):269.