

STRATEGI PENGEMBANGAN SP2TP ELEKTRONIK DI PUSKESMAS PARONGPONG KABUPATEN BANDUNG BARAT

STRATEGY FOR THE DEVELOPMENT ELECTRONIC SP2TP AT THE PARONGPONG HEALTH CENTER WEST BANDUNG REGENCY

Lutfi Nadira¹, Wardani Ratna²

¹Kebijakan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Institut Ilmu Kesehatan Strada Indonesia,

Jl. Manila No.37, Tosaren, Kec. Pesantren, Kota Kediri, Jawa Timur 64123, Indonesia

²Biostatistika, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Institut Ilmu Kesehatan Strada Indonesia,

Jl. Manila No.37, Tosaren, Kec. Pesantren, Kota Kediri, Jawa Timur 64123, Indonesia

Email: lutfnanad@gmail.com

Tanggal submisi: 10 Agustus 2022; Tanggal penerimaan: 26 Desember 2022

ABSTRAK

Berdasarkan aturan dari pemerintah yang terdapat dalam Permenkes Nomor 31 Tahun 2019 bahwa sistem informasi puskesmas dapat diselenggarakan secara elektronik agar data yang diperoleh dapat disimpan dengan aman. Sistem informasi puskesmas secara elektronik harus memiliki aplikasi, jaringan internet dan jaringan lokal (LAN), hal ini juga dapat mendukung adanya kegiatan promkes (Promosi Kesehatan) melalui media elektronik serta pelaporan online kepada Menteri Kesehatan. Tujuan penelitian ini yaitu mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan belum terealisasinya RTL (Rencana Tindak Lanjut) secara nyata sehingga target tidak terpenuhi dan tidak ada tindakan evaluasi terhadap kegiatan UKM Puskesmas Parongpong dengan analisa diagram fishbone (diagram tulang ikan), menentukan prioritas penyelesaian masalah yang menyebabkan belum terealisasinya RTL secara nyata sehingga target tidak terpenuhi dan tidak ada tindakan evaluasi terhadap kegiatan UKM di Puskesmas Parongpong dengan analisa USG (urgency, seriousness, growth) dan mengidentifikasi strategi pengembangan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) berbasis elektronik di Puskesmas Parongpong dengan analisa SWOT (strength, weakness, opportunity, threats). Kegiatan ini dilakukan dengan beberapa tahapan yaitu melakukan analisa masalah dengan fishbone, USG, dan Analisa SWOT kemudian dilakukan penyuluhan kepada seluruh bidang yang terlibat dalam kegiatan UKM di Puskesmas Parongpong. Hasil yang diperoleh dari perhitungan skor menggunakan Analisa SWOT adalah membuat regulasi tatacara dan standar prosedur operasional (SOP) alur penggunaan SIMPUS untuk SP2TP dalam upaya mengoptimalkan manajemen informasi kesehatan di Puskesmas Parongpong dan evaluasi dari strategi yang telah dibuat adalah dengan melakukan koordinasi antara manajemen dengan pelaksana dalam upaya mengoptimalkan penggunaan SPK untuk SP2TP berbasis elektronik.

Kata kunci: Pengabdian Masyarakat; Elektronik; SIMPUS; Puskesmas; SP2TP

ABSTRACT

Based on the rules from the government contained in the Minister of Health Regulation Number 31 of 2019 that the public health center information system can be organized electronically so that the data obtained can be stored safely. The electronic public health center information system must have an application, internet network and local network (LAN), this can also support health promotion activities (Health Promotion) through electronic media and online reporting to the Minister of Health. The purpose of this study is to identify the factors that cause the real follow-up plan has not been realized so that the target is not met and there is no evaluation of the community activity unit Parongpong public health center by analyzing fishbone diagrams, determining priorities for solving problems that have caused the real follow-up plan not to be realized so that targets are not met and there is no evaluation of community activity units at the Parongpong Public Health Center with USG analysis and identify strategies for developing an electronic-based Health Center Integrated Recording and Reporting System (SP2TP) at Parongpong Health Center with a SWOT analysis. This activity was carried out in several stages, namely analyzing the problem with fishbone, USG, and SWOT analysis, then counseling was carried out to all fields involved in the community activity unit at the Parongpong Public Health Center. The results obtained from the calculation of scores using SWOT analysis are to make regulations on procedures and standard operational procedure (SOP) for the use of the public health center management information system for the integrated recording and reporting system of the puskesmas (SP2TP) in an effort to optimize health information management at the Parongpong public health center and evaluation of the strategy that has been made is to coordinate between management and implementers in an effort to optimize the use of the decision-making system for the electronic-based integrated recording and reporting system of the public health center (SP2TP).

Keywords: Community Dedication; Electronic; Health Management Information System; Public Health Centers; Public Health Center Integrated Recording And Reporting System

PENDAHULUAN

Sistem Informasi Kesehatan memberikan dasar-dasar untuk pengambilan keputusan dan memiliki empat fungsi utama: pembuatan data, kompilasi data, analisis dan sintesis data, serta komunikasi dan penggunaan data (Herawati & Purnomo, 2016). Salah satu Sistem Informasi Kesehatan Puskesmas (SIMPUS) di Indonesia adalah Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) yang berisikan data umum dan data demografi, ketenagaan, sarana, kegiatan pokok Puskesmas. Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Tingkat Puskesmas (SP2TP) adalah kegiatan Pencatatan dan Pelaporan Puskesmas secara menyeluruh dengan konsep wilayah kerja Puskesmas. Sistem pelaporan ini diharapkan mampu memberikan informasi baik bagi Puskesmas maupun jenjang administrasi yang lebih tinggi, guna mendukung manajemen kesehatan (Yusran, 2008) dalam (Ibrahim A, 2020).

Hasil wawancara yang dilakukan dengan CI Pembimbing Lahan mengenai faktor-faktor yang dapat menghambat pengumpulan data SP2TP secara manual diantaranya, berkas sering tertinggal ketika akan melakukan kunjungan desa binaan, terkadang data hilang sebelum diarsipkan, karena menggunakan kertas sehingga sering tercecer dan sulit untuk merekap data, dari keseluruhan faktor tersebut menyebabkan tidak dijalkannya RTL (Rencana Tindak Lanjut) terhadap desa binaan dan tidak dapat di simpulkan perkembangan dari desa binaan tersebut. Selain itu, Adapun dari segi dana untuk pengembangan SIMPUS (Sistem Informasi Manajemen Puskesmas) di wilayah Parongpong yaitu program penyelenggaraan informasi Kesehatan terintegrasi dengan baik akan tetapi pengadaan alat pendukung dan jaringan internet belum tersedia.

Berdasarkan aturan dari pemerintah yang terdapat dalam Permenkes Nomor 31 Tahun 2019 bahwa sistem informasi puskesmas dapat diselenggarakan secara elektronik agar data yang diperoleh dapat disimpan dengan aman. Sistem informasi puskesmas secara elektronik harus memiliki aplikasi, jaringan internet dan jaringan local (LAN), hal ini juga dapat mendukung adanya kegiatan promkes (Promosi Kesehatan) melalui media elektronik serta pelaporan *online* kepada Menteri Kesehatan.

Berdasarkan aturan dari pemerintah dalam Permenkes Nomor 31 Tahun 2019, maka penulis melakukan Penggunaan SIMPUS untuk SP2TP berbasis elektronik di Puskesmas Parongpong

Tujuan residensi ini adalah untuk menganalisa faktor-faktor yang menjadi penyebab belum terealisasi-nya RTL (Rencana Tindak Lanjut) secara nyata sehingga target tidak terpenuhi dan tidak ada tindakan evaluasi terhadap kegiatan UKM dan mencari strategi yang tepat dalam upaya pengembangan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) berbasis elektronik di Puskesmas Parongpong.

METODE PENELITIAN

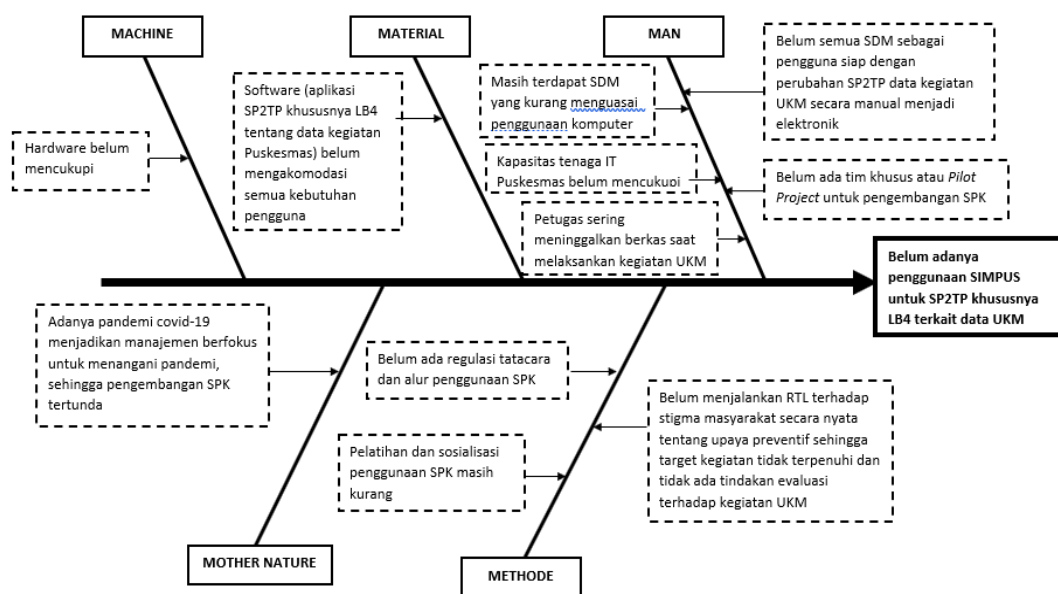
Kegiatan ini dilakukan dengan beberapa tahapan yaitu melakukan analisa masalah dengan fishbone, USG, dan Analisa SWOT kemudian dilakukan penyuluhan kepada seluruh bidang yang terlibat dalam kegiatan UKM di Puskesmas Parongpong

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengkajian masalah belum adanya penggunaan SIMPUS untuk SP2TP khususnya LB4 terkait data UKM di Puskesmas Parongpong dikategorikan menggunakan 5M, yaitu : *man, method, material, mother nature, machine*. Penjabaran 5M yang telah ditemukan meliputi :

Berdasarkan diagram *fishbone* yang telah dibuat terkait belum adanya penggunaan SIMPUS untuk SP2TP khususnya LB4 terkait data UKM di Puskesmas Parongpong di Puskesmas Parongpong, dapat diidentifikasi faktor penyebab masalah sebagai berikut:

1. Masih terdapat SDM yang kurang menguasai penggunaan computer.
2. Kapasitas tenaga IT Puskesmas belum mencukupi.
3. Petugas sering meninggalkan berkas saat melaksanakan kegiatan UKM.
4. Belum semua SDM sebagai pengguna siap dengan perubahan SP2TP data kegiatan UKM secara manual menjadi elektronik.
5. Belum ada tim khusus atau *Pilot Project* untuk pengembangan SPK.
6. Belum ada regulasi tata cara dan alur penggunaan SPK.
7. Pelatihan dan sosialisasi penggunaan SPK masih kurang
8. Belum menjalankan RTL. terhadap stigma masyarakat secara nyata tentang upaya preventif sehingga target kegiatan tidak terpenuhi dan tidak ada tindakan evaluasi terhadap kegiatan UKM.



Gambar 1. Diagram Tulang Ikan (Fishbone Diagram)

Tabel 1. Prioritas Masalah dengan Metode USG

No	Indikator	U	S	G	UxSxG	Rangking
1	Masih terdapat SDM yang kurang menguasai penggunaan komputer	5	4	5	100	2
2	Kapasitas tenaga IT Puskesmas belum mencukupi	4	4	5	80	3
3	Petugas sering meninggalkan berkas saat melaksanakan kegiatan UKM	5	5	5	125	1
4	Belum semua SDM sebagai pengguna siap dengan perubahan SP2TP data kegiatan UKM secara manual menjadi elektronik	5	4	5	100	2
5	Belum ada tim khusus atau <i>Pilot Project</i> untuk pengembangan SPK	4	4	4	64	4
6	Belum ada regulasi tata cara dan alur penggunaan SPK	5	5	5	125	1
7	Pelatihan dan sosialisasi penggunaan SPK masih kurang	5	4	5	100	2
8	Belum menjalankan RTL terhadap stigma masyarakat secara nyata tentang upaya preventif sehingga target kegiatan tidak terpenuhi dan tidak ada tindakan evaluasi terhadap kegiatan UKM	5	5	5	125	1
9	Software (aplikasi SP2TP khususnya LB4 tentang data kegiatan Puskesmas) belum mengakomodasi semua kebutuhan pengguna	4	5	5	100	2
10	Hardware belum mencukupi	4	4	5	80	3
11	Adanya pandemi covid-19 menjadikan fokus manajemen tercurah untuk menangani pandemi, sehingga pengembangan SIMRS untuk RME tertunda	3	3	4	36	5

9. Software (aplikasi SP2TP khususnya LB4 tentang data kegiatan Puskesmas) belum mengakomodasi semua kebutuhan pengguna.
10. Hardware belum mencukupi.
11. Adanya pandemi covid-19 menjadikan fokus manajemen tercurah untuk menangani pandemi, sehingga pengembangan SIMPUS untuk SP2TP tertunda.

Berdasarkan identifikasi faktor penyebab masalah yang telah dicatat pada permasalahan belum adanya penggunaan SIMPUS untuk SP2TP khususnya LB4 terkait data UKM dari analisa *fishbone*, kemudian dilakukan penentuan prioritas masalah dengan metode USG (*urgency, serious-*

ness, growth). Berikut, penentuan prioritas masalah dengan metode USG:

Dari tabel di atas, masalah yang perlu diprioritaskan penyelesaiannya adalah belum adanya regulasi alur penggunaan SPK dikarenakan petugas sering meninggalkan berkas saat melaksanakan kegiatan UKM menyebabkan tidak berjalannya RTL secara nyata sehingga target tidak terpenuhi dan tidak ada tindakan evaluasi terhadap kegiatan UKM.

Berdasarkan penentuan prioritas penyelesaian masalah di atas, maka untuk menentukan rencana intervensi pada residensi ini adalah melakukan analisis SWOT (*strength, weakness, opportunity, threats*) terhadap faktor internal dan eksternal yang

Tabel 2. Perhitungan Matriks Internal Factor Evaluation (IFE)

No	Faktor-Faktor Analisa	Bobot	Rating	Skor
Kekuatan - Strength (S)				
1	Kepemimpinan yang berpengalaman	0,10	5	0,50
2	Pengembangan Puskesmas Parongpong sebagai wilayah binaan sudah baik	0,11	5	0,55
3	Adanya dukungan dana dari Puskesmas	0,12	5	0,60
4	Dukungan SDM (manajemen, dokter, perawat, dll)	0,10	5	0,50
5	Kompetensi SDM yang baik	0,07	4	0,28
6	Pengadaan sarana prasarana pendukung SIMPUS untuk SP2TP	0,14	5	0,60
Total Strength		0,64		3,03
Kelemahan - Weakness (W)				
1	Belum tersedianya SPK berikut regulasi tata cara dan alur penggunaan SPK	0,09	4	0,36
2	Kesiapan dan kemauan pengguna (belum semua staf/pengguna siap dan atau mau menerima perubahan sistem SP2TP)	0,05	4	0,20
3	Kapasitas SDM pada instalasi Teknologi Informasi belum mencukupi	0,06	3	0,18
4	Pelatihan dan sosialisasi penggunaan SPK masih kurang	0,07	4	0,28
5	Belum menjalankan RTL terhadap stigma masyarakat secara nyata tentang upaya preventif sehingga target kegiatan tidak terpenuhi dan tidak ada tindakan evaluasi terhadap kegiatan UKM	0,09	4	0,36
Total Weaknesses		0,36		1,38
Total IFE		1,00		
S-W (3,03-1,38)				1,65

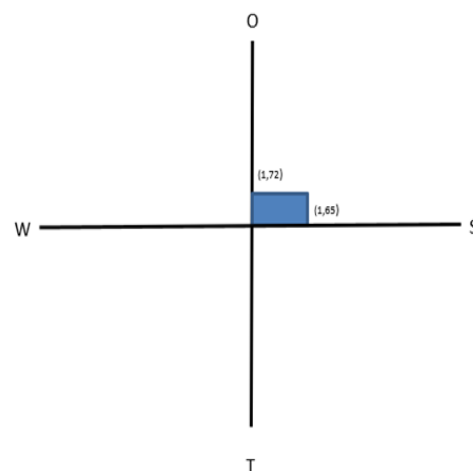
Tabel 3. Perhitungan Matriks External Factor Evaluation (EFE)

No	Faktor-Faktor Analisa	Bobot	Rating	Skor
Peluang - Opportunities (O)				
1	Permenkes Nomor 31 tahun 2019 tentang Sistem Informasi Puskesmas berbasis elektronik	0,40	5	2,00
2	Kementerian Kesehatan mendukung upaya digitalisasi Kesehatan 2024	0,25	4	1,00
Total Opportunities		0,64		3,03
Ancaman - Threats (T)				
1	Persaingan antar puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik, cepat bermutu dan aman	0,13	4	0,52
2	Perubahan regulasi dari pemerintah dan atau kementerian kesehatan	0,10	4	0,40
3	Perubahan persepsi masyarakat dalam pengisian data kegiatan UKM di Puskesmas berbasis elektronik	0,12	3	0,36
Total Threats		0,35		1,28
Total EFE		1,00		
O-T (3,00-1,28)				1,72

ada di Puskesmas Parongpong. Berikut analisis penyelesaian masalah yang dapat dilakukan dengan analisa SWOT :

Dari hasil perhitungan nilai masing-masing faktor internal yang meliputi kekuatan dan kelemahan, serta faktor eksternal yang meliputi peluang dan ancaman, didapatkan nilai akhir S-W adalah 1,65 dan nilai O-T adalah 1,72. Kedua nilai S-W dan O-T tersebut kemudian digambarkan pada diagram layang SWOT untuk menentukan posisi kuadran SWOT nya. Dari hasil kuadran yang didapat kemudian ditentukan strategi yang mungkin bisa diterapkan.

Berdasarkan diagram layang SWOT pada gambar 3.3 di atas, didapatkan strategi yang dapat diterapkan adalah pada kuadran I atau strategi agresif yaitu strategi untuk memaksimalkan



Gambar 2. Diagram Layang Analisa SWOT Strategi Pengembangan SP2TP

Tabel 4. Analisis SWOT Pengembangan SP2TP Puskesmas Parongpong

<p>Faktor Internal (IFE)</p>	<p>Kekuatan/Strength (S)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kepemimpinan yang berpengalaman • Pengembangan Puskesmas Parongpong sebagai wilayah binaan sudah baik • Kompetensi SDM yang baik • Dukungan SDM (manajemen, dokter, perawat, dll) • Kompetensi SDM yang baik • Pengadaan sarana prasarana pendukung SIMPUS untuk SP2TP 	<p>Kelemahan/Weakness (W)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Belum adanya SPK berikut regulasi tatacara dan alur penggunaan SPK • Kesiapan dan kemauan pengguna (belum semua staf/pengguna siap dan atau mau menerima perubahan sistem SP2TP) • Kapasitas SDM pada instalasi teknologi informasi belum mencukupi
<p>Faktor Eksternal (EFE)</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan dan sosialisasi penggunaan SPK masih kurang • Belum menjalankan RTL terhadap stigma masyarakat secara nyata tentang upaya preventif sehingga target kegiatan tidak terpenuhi dan tidak ada tindakan evaluasi terhadap kegiatan UKM
<p>Peluang/Opportunity (O)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permenkes Nomor 31 tahun 2019 tentang Sistem Informasi Puskesmas berbasis elektronik • Kementerian Kesehatan mendukung upaya digitalisasi Kesehatan 2024 	<p>Strategi SO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengoptimalisasian system pengembangan SP2TP didukung dengan SPK • SIMPUS untuk SP2TP terus dikembangkan sesuai kebutuhan pengguna dan regulasi yang berlaku • Pembuatan tatacara dan alur penggunaan SIMPUS untuk SP2TP dilanjutkan pelatihan dan sosialisasi serta <i>review</i> berkala • Menyiapkan <i>username</i> bagi masing-masing pengguna SIMPUS untuk SP2TP dengan hak akses sesuai regulasi • Membentuk tim khusus atau <i>Pilot Project</i> untuk pengembangan SPK • Memaksimalkan fungsi penelitian dan pengembangan khususnya terkait SIMPUS untuk SP2TP 	<p>Strategi WO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivasi dan komitmen bersama serta dukungan pimpinan untuk keberhasilan perubahan sistem SP2TP manual menjadi elektronik • Mengintegrasikan data pasien pada SIMPUS untuk SP2TP di setiap kegiatan UKM • Mengusulkan penambahan tenaga IT Puskesmas dengan kapasitas analisis programmer

kekuatan dan peluang yang dimiliki oleh puskesmas dengan cara menyerang atau agresif.

Berdasarkan usulan strategi di atas, dari hasil analisa *fishbone*, USG, dan SWOT, maka strategi yang dapat diterapkan dalam kegiatan residensi ini sekaligus sebagai pengabdian masyarakat adalah membuat regulasi tatacara dan standar prosedur operasional (SOP) alur penggunaan SIMPUS untuk SP2TP dalam upaya mengoptimalkan penggunaan SIMPUS untuk SP2TP di Puskesmas Parongpong.

KESIMPULAN

Kesimpulan yang dapat diambil dari kegiatan pengabdian masyarakat ini dengan topik “Strategi Pengembangan SP2TP Elektronik di Puskesmas Parongpong” adalah membuat regulasi/ alur penggunaan SPK untuk SP2TP berbasis elektronik dan evaluasi dari strategi yang telah dibuat adalah dengan melakukan koordinasi antara manajemen dengan pelaksana dalam upaya mengoptimalkan penggunaan SPK untuk SP2TP berbasis elektronik.

DAFTAR PUSTAKA

- 2020, P. R. N. 21 tahun. (2020). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024.
- Depkes RI. 1997. Petunjuk Pengolahan dan Pemanfaatan Data SP2TP. Jakarta
- Fadila, R. 2017. Analisis Pelaksanaan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) di Puskesmas Kotanopan Kabupaten Mandailing Natal Tahun 2017. Skripsi. Medan. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.
- Fentiana, N., & Ginting, D. (2020). Strategi Peningkatan Pendapatan Rumah Sakit Berdasarkan Analisis SWOT. Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi, 20(3), 1008. <https://doi.org/10.33087/jjubj.v20i3.1034>
- Ibrahim Apriyana. (2020). Analisis Pelaksanaan Sistem Pencatatan Dan Pelaporan

- Terpadu Puskesmas (SP2TP). <https://stikespanakkukang.ac.id>
- KBBI online. (n.d.). <https://kbbi.web.id/agresif>
- KEMKOMINFO. (2016). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 Tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 Tentang Informasi Dan Transaksi Elektronik. UU No. 19 Tahun 2016, 1, 1–31. https://web.kominfo.go.id/sites/default/files/users/4761/UU_19_Tahun_2016.pdf
- Kusnadi, E. (2020). Blog Eris Fishbone Diagram dan Blog Eris Fishbone Diagram dan Langkah- Langkah Pembuatannya Langkah- Langkah Pembuatan Fishbone Diagram. <http://eriskusnadi.wordpress.com/2011/12/24/fishbone-diagram-dan-la>
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 82 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. Peraturan Menteri Kesehatan, 87, 1–36.
- Mubarak. 2012. Analisis Sistem Pencatatan dan Pelaporan. Bandung. <https://stikespanakkukang.ac.id>
- Noor, S. (2014). Penerapan Analisis Swot dalam Menentukan Strategi Pemasaran Daihatsu Luxio di Malang. Jurnal INTEKNA, 14(2), 102–209.
- Oktariany, W. H., Triastuti, R., & Prajoko, Y. S. (2015). Strategi Peningkatan Mutu Pendidikan Menggunakan Diagram Ishikawa Di SMA Negeri 1 Suruh. ... Nasional Pendidikan Ekonomi ..., November. Online, K. B. B. I. (n.d.). No Title. <https://kbbi.web.id/defensif>
- Permenkes Nomor 82 Tahun 2013. <https://www.kemhan.go.id>
- Presiden RI. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 Tentang Sistem Informasi Kesehatan, 1–66. <http://jdih.kkp.go.id/peraturan/pp-46-2014.pdf>
- RI, U. N. 24. (2004). Undang-undang RI Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran.
- Wardani, R., & Minarno, B. (2021). Strategi Pelayanan IPSM RSUD Dr Soetomo Surabaya Modifikasi Tata Udara Ruang Operasi Covid-19 Untuk Mendukung Kesehatan dan Keselamatan Kerja / K3 Rumah Sakit Pada Masa Pandemi Covid-19 Pendahuluan. 2(4), 378–382.

PEMBIAYAAN PROGRAM UKM ESENSIAL DI DINAS KESEHATAN KOTA TERNATE (FINANCING OF ESSENTIAL PUBLIC HEALTH SERVICES PROGRAM AT THE TERNATE HEALTH OFFICE)

Muhammad Agus Mikrajab^{1,2}, Eka Denis Machfutra¹

¹Badan Riset dan Inovasi Nasional, Jakarta, Indonesia.

²Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia, Jakarta, Indonesia.

Korespondensi: naufal0817@yahoo.com

Tanggal submisi: 22 Agustus 2022; Tanggal penerimaan: 26 Desember 2022

ABSTRAK

Latar belakang: Program UKM Esensial merupakan bagian dari upaya kesehatan yang wajib diselenggarakan setiap pelayanan kesehatan primer di FKTP. Secara regulasi, pengelolaan Pembiayaan Program UKM Esensial berada di Dinas Kesehatan. **Tujuan:** Mengelaborasi pembiayaan program UKM Esensial di Dinas Kesehatan Kota Ternate. **Metode:** Rancangan studi potong lintang. Studi ini merupakan analisis data sekunder Rifaskes 2019. Unit analisis dari studi ini adalah Pembiayaan Program UKM Esensial. **Hasil:** Realisasi pembiayaan program UKM Esensial tahun 2017, tertinggi pada Program Pengembangan Lingkungan Sehat yaitu Rp 314.321.432 (99,64%) dengan SiLPA 0,36% dan terendah pada Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak yaitu Rp 1.245.373.680 (83,06%) dengan SiLPA 16,94%. Realisasi pembiayaan program UKM Esensial tahun 2018, tertinggi pada ketiga Program dengan realisasi 100% dan SiLPA 0% pada masing-masing Program yaitu Program Pengembangan Lingkungan Sehat yaitu Rp 137.600.000 disusul Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat yaitu Rp 115.000.000 dan Program Perbaikan Gizi Masyarakat yaitu Rp 92.427.000. Terendah pada Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak yaitu Rp 1.791.007.600 (92,26%) dengan SiLPA 7,74%. Terdapat belanja pegawai, barang dan jasa namun tidak terdapat belanja modal pada Program UKM Esensial dua tahun terakhir. Secara rata-rata, hanya Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak yang mengalami kenaikan pembiayaan 44% dalam dua tahun terakhir. **Kesimpulan:** Realisasi pembiayaan dan SiLPA pada Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak dari 83,06% tahun 2017 naik menjadi 92,26% tahun 2018 sedangkan SiLPA dari 16,94% tahun 2017 turun menjadi 7,74% tahun 2018. **Saran:** Melaksanakan evaluasi, pengawasan, advokasi, dan koordinasi kepada berbagai pihak terkait pelaksanaan program UKM esensial serta sinkronisasi dan harmonisasi kebijakan program UKM esensial dengan berfokus pada program prioritas nasional yaitu KIA, PTM/PM, dan Gizi.

Kata kunci: Pembiayaan, Program, UKM Esensial; Dinas Kesehatan

ABSTRACT

Background: Essential Public Health Services Program (EPHSP) is part of health endeavors that must be held in every primary health care at First Level Health Facility. By regulation, the management of financing for the Essential Public Health Services Program is at the Health Office. **Objective:** To elaborate on Financing the EPHSP at the Ternate City Health Office. **Methods:** It was a cross-sectional design. The study analyzed secondary data from Rifaskes 2019, whereas the unit of analysis of this study is Financing for EPHSP. **Results:** The realization of financing for the EPHSP in 2017, the highest was in the Healthy Environments Development Program, which was IDR 314,321,432 (99.64%) with Time Over Budget Calculation (called SiLPA) 0.36%, and the lowest was in the Maternal and Child Safety Improvement Program, which was IDR 1,245,373,680 (83.06 %) with 16.94% SiLPA. The realization of financing for the EPHSP in 2018 was the highest was in the three programs, with 100% realization and 0% SiLPA in each program, i.e., the Healthy Environment Development Program, which was IDR 137,600,000, followed by Health Promotion and Community Empowerment, which was IDR 115,000,000 and the Nutrition Improvement Program. The community was IDR 92,427,000. The lowest was in the Maternal and Child Safety Improvement Program, IDR 1,791,007,600 (92.26%), with a SiLPA of 7.74%. There are personnel, goods, and services expenditures but no capital expenditures for the last two years in the EPHSP. On average, only the Maternal and Child Safety Improvement Program experienced a 44% increase in financing in the last two years. **Conclusion:** The realization of financing and SiLPA in the Maternal and Child Safety Improvement Program from 83.06% in 2017 rose to 92.26% in 2018, while SiLPA from 16.94% in 2017 fell to 7.74% in 2018. **Suggestion:** Carry out evaluation, supervision, advocacy, and coordination to various parties related to the implementation of the EPHSP as well as synchronization and harmonization of policies for the EPHSP by focusing on national priority programs, namely Maternal and Child Health, NCD/CD, and Nutrition.

Keywords: Financing, Program, Essential Public Health Services, Health Office

PENDAHULUAN

Sistem Kesehatan merupakan bagian krusial dari pembangunan kesehatan di Indonesia. Sistem Kesehatan yang termaktub dalam regulasi merupakan Sub Sistem Pelayanan Kesehatan. Sub Sistem Pelayanan Kesehatan

pada level Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) khususnya Puskesmas meliputi Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP).

Sistem Kesehatan Nasional (SKN), pada pasal 3 ayat 1 disebutkan bahwa upaya kesehatan

merupakan salah satu sub sistem yang saling terkait dengan sub sistem pembiayaan kesehatan dan sub sistem lainnya. Dalam konteks pelayanan kesehatan, peran Upaya Kesehatan terkait upaya kesehatan masyarakat dideskripsikan dalam lima (5) jenis pelayanan dasar dan wajib dilaksanakan oleh FKTP merupakan urusan konkuren bidang kesehatan sesuai amanat regulasi^{1,2}. Program Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) merupakan dimensi program utama di level FKTP saat ini. Sasaran program UKM adalah keluarga, kelompok, dan masyarakat. pelayanan kesehatan merupakan rangkaian dari keberlangsungan pembangunan kesehatan nasional. Secara garis besar Pelayanan kesehatan terdiri dari dua dimensi utama yaitu upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP). UKM dibagi menjadi dua (2) jenis yaitu UKM Esensial dan UKM Pengembangan. UKM Esensial merupakan upaya kesehatan yang wajib diadakan dan dilaksanakan setiap pelayanan kesehatan primer di FKTP (Puskesmas) meliputi lima (5) jenis pelayanan yaitu promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan ibu, anak, dan KB, pelayanan gizi dan pencegahan, dan pengendalian penyakit. Sedangkan UKM Pengembangan merupakan upaya kesehatan yang dikembangkan oleh Puskesmas dengan mempertimbangkan keadaan geografis, faktor demografi, faktor sosioantropologi, literasi kesehatan, prioritas masalah kesehatan, ketersediaan SDM, difusi teknologi dan kemampuan fiskal. UKM Pengembangan sangat memungkinkan berbeda antar puskesmas yang berada di dalam Kab/Kota maupun antar Kab/Kota³⁻⁵.

Program UKM Esensial terdiri dari pelayanan promosi kesehatan, pelayanan kesehatan lingkungan, pelayanan kesehatan keluarga, pelayanan gizi, dan pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit. Program UKM dalam rangka pencapaian Standar Pelayanan Minimal Kabupaten/Kota bidang Kesehatan³. Pasal 5 huruf a menyebutkan bahwa penyelenggaraan UKM di level FKTP, Pasal 61 ayat 1 sumber pendanaan FKTP adalah APBN, APBD, dan sumber lain yang sah dan tidak mengikat^{3,6}.

Sangat sedikit studi terdahulu berkaitan dengan pembiayaan pelayanan UKM esensial di Puskesmas bersumber Pemerintah. Sebuah studi menunjukkan bahwa perbedaan substansi dalam biaya penyediaan layanan dasar mulai dari USD 15 di perkotaan Yogyakarta hingga USD 48 di Maluku Utara yang jarang penduduknya. Biaya ini sebagian besar didorong oleh struktur populasi, khususnya

jumlah kelahiran, bayi dan anak serta penyakit utama dengan biaya/prevalensi dan variasi yang tinggi, terutama tingkat gizi buruk⁷.

Berdasarkan data Dinkes Kota Ternate, Pembiayaan Program UKM Esensial di Dinkes Kota Ternate mengalami peningkatan yang tidak signifikan dari tahun ke tahun. Ditambahkan pula bahwa berdasarkan profil, wilayah kerja Dinkes mencakup 11 Puskesmas terdiri dari 4 PKM rawat inap dan 7 PKM non rawat inap^{8,9}.

Tujuan dari studi ini adalah mengelaborasi pembiayaan program UKM Esensial di Dinas Kesehatan Kota Ternate tahun anggaran 2017-2018.

METODE PENELITIAN

Justifikasi studi adalah berdasarkan kapasitas Fiskal Indeks Kota Ternate tahun 2017-2018 kategori Rendah dan IPKM 2018 rangking 197. Rancangan studi potong lintang. Studi ini merupakan analisis data sekunder Riset Fasilitas Kesehatan (Rifaskes) 2019 dimana pengumpulan data tersebut dilaksanakan berdasarkan persetujuan etik penelitian dari Komisi Etik Badan Litbangkes No.LB.02.01/2/KE.011/2019 tertanggal 21 Januari 2019. Unit analisis dari studi ini adalah Program UKM Esensial yang dikelola oleh Dinas Kesehatan Kota Ternate.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil studi dan pembahasan terkait pembiayaan Program UKM Esensial di Dinas Kesehatan Kota Ternate dalam dua tahun terakhir disajikan secara detail pada Tabel 1.

Berdasarkan Tabel 1 menunjukkan bahwa realisasi pembiayaan program UKM Esensial tertinggi pada Program Pengembangan Lingkungan Sehat yaitu Rp 314.321.432 (99,64%) dengan SiLPA 0,36% dan terendah pada Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak yaitu Rp 1.245.373.680 (83,06%) dengan SiLPA 16,94%. Realisasi Total Pembiayaan Program UKM esensial yaitu 94,84% dengan SiLPA 5,16% sedangkan Total SiLPA Pembiayaan Program UKM esensial yaitu Rp 589.777.068 dengan SiLPA 10,33%.

Merujuk data di atas bahwa tingginya capaian realisasi pembiayaan terkait pada pelaksanaan Program Pengembangan Lingkungan Sehat meliputi tiga kegiatan utama yaitu pengkajian pengembangan lingkungan sehat, penyuluhan menciptakan lingkungan sehat, dan verifikasi penilaian *incinerator*.

Tabel 1. Pembiayaan Program UKM Esensial bersumber APBD Dinkes Kota Ternate Tahun 2017

No	Program	Alokasi	Realisasi	SiLPA*	Persentase (%)	
					Realisasi	SiLPA
1	Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	339.770.000	328.430.000	11.340.000	96,66	3,34
2	Program Perbaikan Gizi Masyarakat	203.157.710	195.372.244	7.785.466	96,17	3,83
3	Program Pengembangan Lingkungan Sehat	315.450.000	314.321.432	1.128.568	99,64	0,36
4	Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular	3.351.897.400	3.331.212.900	20.684.500	99,38	0,62
5	Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak	1.499.323.680	1.245.373.680	253.950.000	83,06	16,94
Total Pembiayaan UKM Esensial		5.709.598.790	5.414.710.256	294.888.534	94,84	5,16
Total SiLPA Pembiayaan UKM Esensial				589.777.068		10,33

Ket: * SiLPA = Sisa Lebih Penggunaan Anggaran

Tabel 2. Pembiayaan Program UKM Esensial bersumber APBD Dinkes Kota Ternate Tahun 2018

No	Program	Alokasi	Realisasi	SiLPA*	Persentase (%)	
					Realisasi	SiLPA
1	Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	115.000.000	115.000.000	-	100,00	0,00
2	Program Perbaikan Gizi Masyarakat	92.427.000	92.427.000	-	100,00	0,00
3	Program Pengembangan Lingkungan Sehat	137.600.000	137.600.000	-	100,00	0,00
4	Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular	1.036.959.500	1.036.509.500	450.000	99,96	0,04
5	Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak	1.941.298.000	1.791.007.600	150.290.400	92,26	7,74
Total Pembiayaan UKM Esensial		3.323.284.500	3.172.544.100	150.740.400	95,46	4,54
Total SiLPA Pembiayaan UKM Esensial				301.480.800		9,07

Ket: * SiLPA = Sisa Lebih Penggunaan Anggaran

Dalam RPJMD 2016-2021 Kota Ternate disebutkan bahwa realisasi pembiayaan 13 Program Strategis Dinas Kesehatan minimal 20%¹⁰. Merujuk temuan hasil pada Tabel 1 di atas dikatakan bahwa rata-rata realisasi pembiayaan 94,84% artinya realisasi pembiayaan Program Strategis jauh di ambang batas minimal. Namun disisi lain, Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak masih cukup tinggi sisa anggaran (SiLPA) yang tidak dimanfaatkan meskipun sisa anggaran tersebut dapat dimanfaatkan pada tahun berikutnya untuk kegiatan Program KIA atau Program yang berbeda melalui mekanisme penyusunan APBD yang selanjutnya akan dituangkan kedalam Dokumen Pelaksanaan Anggaran/Perubahan Anggaran (DPA/DPPA) Dinas Kesehatan.

Sebuah studi menyebutkan bahwa beberapa penyebab utama tingginya SiLPA dalam pelaksanaan Program KIA adalah transfer dana APBN terlambat dan realisasi di akhir tahun. Untuk dana dekonsentrasi dan APBD dicairkan pertengahan tahun sehingga capaian target program tidak maksimal berdampak pada rendahnya serapan dana yang didistribusikan¹¹. Studi lain

menyebutkan dalam perencanaan pembiayaan KIA mekanisme koordinasi tidak berjalan sesuai harapan meskipun telah berkolaborasi dengan lintas sektoral dan lintas program¹².

Studi di Kota Nunukan melaporkan bahwa proporsi pembiayaan KIA didominasi kegiatan langsung (74%) dan sisanya kegiatan tidak langsung (26%). Untuk pembiayaan program KIA bersumber APBD sekitar 75% menyebabkan efektifitas kinerja pembiayaan program KIA dalam meningkatkan target indikator SPM nasional dan penurunan AKI belum optimal¹³. Ditambahkan studi yang dilakukan di Kabupaten Kepulauan Aru diperoleh informasi bahwa hasil pemetaan pembiayaan menunjukkan bahwa proporsi realisasi program kesehatan masyarakat hanya 11,25% dari total anggaran, dimanfaatkan untuk program upaya kesehatan individual sebesar 18,36% namun proporsi terbesar justru untuk program penunjang sebesar 70,39%¹⁴.

Berdasarkan Tabel 2 bahwa realisasi pembiayaan program UKM Esensial tertinggi pada ketiga Program dengan realisasi 100% dan SiLPA 0% pada masing-masing Program yaitu

Program Pengembangan Lingkungan Sehat yaitu Rp 137.600.000 disusul Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat yaitu Rp 115.000.000 dan Program Perbaikan Gizi Masyarakat yaitu Rp 92.427.000. Terendah pada Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak yaitu Rp 1.791.007.600 (92,26%) dengan SiLPA 7,74%. Realisasi Total Pembiayaan Program UKM esensial yaitu 95,46% dengan SiLPA 4,54% sedangkan Total SiLPA Pembiayaan Program UKM esensial yaitu Rp 301.480.800 dengan SiLPA 9,07%.

Dalam RPJMD 2016-2021 Kota Ternate disebutkan bahwa realisasi pembiayaan 13 Program Strategis Dinas Kesehatan diwajibkan mencapai minimal 20% seperti tahun sebelumnya¹⁰. Selanjutnya, temuan hasil pada tabel di atas dikatakan bahwa rata-rata realisasi pembiayaan 95,46% atau hanya naik 0,62% artinya realisasi pembiayaan salah satu Program Strategis Nasional tetap jauh dari ambang batas minimal tetapi kenaikan tidak berbeda jauh dalam dua tahun terakhir. Namun disisi lain, Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak sisa anggaran yang belum bisa dimanfaatkan secara maksimal masih tetap tinggi.

Hasil studi di atas menunjukkan ada perubahan cukup signifikan terhadap realisasi pembiayaan UKM Esensial dibandingkan tahun 2017 terutama pada 3 Program UKM Esensial terjadi efisiensi pembiayaan Program. Namun perlu diingat perlu perbaikan strategi perencanaan dan evaluasi terhadap pelaksanaan program terutama pada Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak dan mencari akar masalah inefisiensi realisasi pembiayaan program yang masih tinggi dibandingkan program UKM esensial lainnya.

Jenis kegiatan program peningkatan keselamatan Ibu melahirkan dan anak yang terdapat dalam DPPA Perangkat Dinas Kesehatan 2018 meliputi pelatihan dan Pendidikan perawatan anak balita, perawatan secara berkala bagi ibu hamil dan bagi keluarga kurang mampu, pelacakan dan penanganan ibu resti dan komplikasi di tingkat kelurahan serta penguatan kapasitas tenaga dalam melakukan APN. Semua jenis kegiatan tersebut pembiayaannya sebaiknya sudah dialokasikan dan direalisasikan awal tahun dengan melakukan evaluasi tahun sebelumnya.

Sebuah studi menunjukkan bahwa PAD, DAU, dan SiLPA berkorelasi positif terhadap belanja daerah¹⁵. Hasil studi lain menunjukkan determinan pembiayaan kesehatan daerah Kabupaten Pontianak tahun 2006 meliputi komitmen daerah, advokasi, kemampuan perencanaan, prioritas masalah kesehatan, pemilihan intervensi program, kemampuan perencanaan, ketersediaan dana perimbangan, lain-lain pendapatan yang sah, informasi alur pembiayaan, dan keseimbangan antara akun pembiayaan namun ketersediaan PAD bukan merupakan determinan pembiayaan kesehatan daerah¹⁶.

Berdasarkan Tabel 3 menunjukkan bahwa realisasi pembiayaan menurut jenis belanja tertinggi yaitu belanja barang dan jasa pada Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular yaitu Rp 2.870.180.500 dan Terendah jenis belanja pegawai pada Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat yaitu Rp 3.600.000. Tidak terdapat belanja modal pada Program UKM Esensial. Untuk serapan belanja pada lima (5) program UKM Esensial yaitu Rp 5.414.710.256 sedangkan realisasi belanja pada 13 Program strategis Dinas Kesehatan mencapai yaitu Rp 30.508.881.075.-

Tabel 3. Pembiayaan Program UKM Esensial menurut Jenis Belanja Dinkes Kota Ternate Tahun 2017

No	Program	Alokasi	Realisasi			Serapan*
			Pegawai	Barang dan Jasa	Modal	
1	Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	339.770.000	3.600.000	324.830.000	-	328.430.000
2	Program Perbaikan Gizi Masyarakat	203.157.710	38.550.000	156.822.244	-	195.372.244
3	Program Pengembangan Lingkungan Sehat	315.450.000	53.220.000	261.101.432	-	314.321.432
4	Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular	3.351.897.400	461.032.400	2.870.180.500	-	3.331.212.900
5	Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak	1.499.323.680	890.500.000	354.873.680	-	1.245.373.680
Total Pembiayaan UKM Esensial		5.709.598.790	1.446.902.400	3.967.807.856	-	5.414.710.256
Total Pembiayaan 13 Program Strategis Dinas Kesehatan (LRA)**		32.646.214.775	2.536.622.400	17.374.293.995	10.597.964.680	30.508.881.075

Ket. * Realisasi Menurut Jenis Belanja, ** LRA = Laporan Realisasi Anggaran

Jenis kegiatan pada Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular dalam DPA/ DPPA 2017 mencakup pencegahan penularan penyakit endemik/epidemi, peningkatan surveilans epidemiologi dan penanggulangan wabah, penemuan dan penanganan kasus PTM, fasilitasi Jambore Nasional Eliminasi Malaria, Eliminasi Kusta tahun 2019 dan pembersihan wilayah *Briding Place* dan penanaman tanaman anti nyamuk.

Berdasarkan Tabel 4 menunjukkan bahwa realisasi pembiayaan menurut jenis belanja tertinggi yaitu belanja barang dan jasa pada Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat yaitu Rp 115.000.000 dan Terendah jenis belanja pegawai pada Program Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular yaitu Rp 158.950.000. Tidak terdapat belanja modal pada Program UKM Esensial. Untuk serapan belanja pada 5 program UKM Esensial yaitu Rp 3.172.544.100 sedangkan realisasi belanja pada 13 Program strategis Dinas Kesehatan mencapai yaitu Rp 25.148.604.870.-

Sebuah studi terkait pola belanja menunjukkan bahwa jenis kegiatan tidak langsung yaitu belanja investasi dan pembiayaan¹⁷. Studi lain

menyebutkan bahwa dari sisi sumber pembiayaan PKM di dominasi APBD dan APBN. Sejauh ini, Dinas Kesehatan dan PKM berperan utama dalam manajemen pembiayaan dan pelayanan kesehatan sedangkan dari sisi fungsi pembiayaan kesehatan peran utama di bidang urusan pemerintahan dan administrasi juga kegiatan tidak langsung. Hasil studi tersebut ditemukan pula bahwa biaya operasional lebih tinggi dibandingkan pemeliharaan dan investasi, sebaliknya kegiatan UKM dan UKP lebih rendah dibandingkan program pengembangan kapasitas¹⁸.

Program kegiatan berdasarkan tujuan, proporsi belanja terbesar dalam dua tahun terakhir yaitu program pembiayaan kesehatan dari 36,29% tahun 2012 naik menjadi 39,48% tahun 2013 tetapi tahun 2014, justru proporsi belanja terbesar bergeser pada program administrasi dan manajemen yaitu 30,92%¹⁹.

Berdasarkan Tabel 5 menunjukkan bahwa secara umum terjadi penurunan realisasi belanja Program UKM Esensial rata-rata 61%, hanya Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak yang mengalami kenaikan 44% dalam dua tahun terakhir.

Tabel 4. Pembiayaan Program UKM Esensial menurut Jenis Belanja Dinkes Kota Ternate Tahun 2018

No	Program	Alokasi	Realisasi			Serapan*
			Pegawai	Barang dan Jasa	Modal	
1	Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	115.000.000	-	115.000.000	-	115.000.000
2	Program Perbaikan Gizi Masyarakat	92.427.000	16.500.000	75.927.000	-	92.427.000
3	Program Pengembangan Lingkungan Sehat	137.600.000	22.200.000	115.400.000	-	137.600.000
4	Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular	1.036.959.500	158.950.000	877.559.500	-	1.036.509.500
5	Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak	1.941.298.000	1.128.022.600	662.985.000	-	1.791.007.600
Total Pembiayaan UKM Esensial		3.323.284.500	1.325.672.600	1.846.871.500	-	3.172.544.100
Total Pembiayaan 13 Program Strategis Dinas Kesehatan (LRA)**		30.308.564.600	2.385.922.600	16.190.899.742	6.571.782.528	25.148.604.870

Ket. *Realisasi Menurut Jenis Belanja, ** LRA = Laporan Realisasi Anggaran

Tabel 5. Rata-rata Realisasi Belanja UKM Esensial Dinkes Kota Ternate Tahun 2017-2018

No	Program	Tahun		Rata-Rata Realisasi Belanja UKM Esensial
		2017	2018	
1	Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat	328.430.000	115.000.000	221.715.000
2	Program Perbaikan Gizi Masyarakat	195.372.244	92.427.000	143.899.622
3	Program Pengembangan Lingkungan Sehat	314.321.432	137.600.000	225.960.716
4	Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular	3.331.212.900	1.036.509.500	2.183.861.200
5	Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak	1.245.373.680	1.791.007.600	1.518.190.640
Total		5.414.710.256	3.172.544.100	4.293.627.178

Rata-rata realisasi belanja program UKM esensial dalam dua tahun terakhir tertinggi pada Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular (Rp. 2.183.861.200) dan terendah pada Program Gizi Masyarakat (Rp. 143.899.622) sedangkan rata-rata realisasi belanja seluruh program UKM esensial dalam dua tahun terakhir sebesar Rp. 4.293.627.178.-

Keutamaan dari Pembiayaan Program UKM Esensial telah tertuang dalam rencana kerja Pemerintah tahun 2018 dan 2022 disebutkan bahwa terdapat tiga prioritas nasional program kesehatan yaitu 1). Peningkatan Kualitas Ibu dan Anak yang mencakup kualitas pelayanan kesehatan, perbaikan gizi, dan peningkatan akses pelayanan. 2). Pencegahan dan Penanggulangan penyakit mencakup menyediakan vaksin dan imunisasi dasar, melakukan deteksi dini PTM, dan menyediakan unit pengendalian dan penanggulangan PM. 3). Penguatan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat mencakup pengawasan pasar sehat, Gerakan Memasyarakatkan Makan Ikan (Gemarikan), Gerakan Masyarakat Cerdas Menggunakan Obat (Gema Cermat), dan Kampanye Hidup Sehat melalui media^{20,21}. Ketiga program prioritas nasional tersebut seharusnya menjadi agenda utama Dinas Kesehatan Kota Ternate terkait Pembiayaan UKM esensial Tahun Anggaran 2017-2018.

KESIMPULAN

Berdasarkan temuan studi ini disimpulkan beberapa hal signifikan terkait Pembiayaan UKM Esensial di Dinas Kesehatan Kota Ternate sebagai berikut: Realisasi pembiayaan dan SiLPA dalam dua tahun terakhir mengalami perubahan cukup signifikan pada Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak dari 83,06% tahun 2017 naik menjadi 92,26% tahun 2018 sedangkan SiLPA dari 16,94% tahun 2017 turun menjadi 7,74% tahun 2018. Untuk Program Pengembangan Lingkungan Sehat dari 99,64% tahun 2017 naik menjadi 100,00% tahun 2018 sedangkan SiLPA dari 0,36% tahun 2017 turun menjadi 0,00% tahun 2018.

Pada tahun 2017, Belanja Barang dan Jasa terbanyak pada Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular dan paling sedikit belanja Pegawai pada Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat sedangkan pada tahun 2018, sebaliknya. Dan tidak terdapat belanja modal pada Program UKM Esensial dalam dua tahun terakhir.

Secara umum terjadi penurunan realisasi belanja Program UKM Esensial rata-rata 61%,

hanya Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak yang mengalami kenaikan 44% dalam dua tahun terakhir. Rata-rata realisasi belanja program UKM esensial dalam dua tahun terakhir tertinggi pada Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular dan terendah pada Program Gizi Masyarakat.

SARAN

Saran yang diberikan dari studi ini bersifat rekomendasi adalah evaluasi komprehensif terhadap pelaksanaan prioritas nasional Program Peningkatan Keselamatan Ibu Melahirkan dan Anak serta melaksanakan monitoring realisasi pembiayaan di level Puskesmas dan Dinas Kesehatan. Melakukan advokasi dan koordinasi antar lintas sektor dan lintas program untuk memperoleh fakta hambatan penyerapan anggaran dan pemecahan masalah.

Meningkatkan realisasi belanja langsung khususnya Belanja Barang dan Jasa, serta belanja Pegawai pada Program UKM Esensial melalui sinkronisasi program dan kegiatan prioritas nasional dan RPJMD Kota Ternate yang lebih *evidence based* di level Puskesmas dan Dinas Kesehatan.

Melakukan sinkronisasi dan harmonisasi kebijakan terkait program kesehatan dan UKM esensial yang ada di Pusat dan Daerah.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih disampaikan kepada Kepala Pusat Riset Kesehatan Masyarakat dan Gizi, Badan Riset dan Inovasi Nasional atas persetujuan studi ini. Tak lupa pula kami sampaikan terima kasih kepada kolega di Kelompok Riset Kesehatan Keluarga, dan Kesehatan Reproduksi yang telah mendukung penyusunan karya ilmiah ini hingga publikasi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Setneg RI. Perpres No. 72 tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional [Homepage on the Internet]. Jakarta, Indonesia: 2012; Available from: <https://jdih.setneg.go.id/>
2. Setneg RI. Undang-Undang No. 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah [Homepage on the Internet]. Jakarta, Indonesia: 2014; Available from: <https://jdih.setneg.go.id/>
3. Hukor Kemenkes. Permenkes No. 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Jakarta, Indonesia: 2019;

4. Hukor Kemenkes. Permenkes No. 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. Jakarta, Indonesia: 2019;
5. Setneg RI. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Jakarta, Indonesia: 2009;
6. Setneg RI. PP No. 2 Tahun 2018 tentang SPM. Jakarta, Indonesia: 2018;
7. Ensor T, Firdaus H, Dunlop D, et al. Budgeting based on need: a model to determine sub-national allocation of resources for health services in Indonesia. *Cost Eff Resour Alloc* [homepage on the Internet] 2012;10(1):11. Available from: <https://doi.org/10.1186/1478-7547-10-11>
8. Dinkes Kota Ternate. Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Ternate 2019. Kota Ternate, Maluku: 2020;
9. Dinkes Kota Ternate. Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Ternate 2020. Kota Ternate, Maluku: 2021;
10. JDIH. Perda Kota Ternate No. 8 Tahun 2016 tentang RPJMD Kota Ternate Tahun 2016-2021 [Homepage on the Internet]. Kota Ternate: 2021; Available from: <https://jdih.ternatekota.go.id/read.ini?1556593270h9e6um9l5c26eoh5f5ord>
11. Dodo D, Laksono Trisnantoro SR. Analisis pembiayaan program kesehatan ibu dan anak bersumber pemerintah dengan pendekatan health account. *J Kebijak Kesehat Indones JKKI* 2012;1(1):13–23.
12. Erpan LN, Laksono Trisnantoro T. Koordinasi Pelaksanaan Pembiayaan Program Kesehatan Ibu dan Anak di Kabupaten Lombok Tengah Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2011. *J Kebijak Kesehat Indones JKKI* 2012;1(1).
13. Hariyadi M, Hendrartini J, Budiarto MA. Analisis Pembiayaan Kesehatan Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) Berdasarkan Standar Pelayanan Minimal (SPM) di Kabupaten Nunukan. *J Kebijak Kesehat Indones JKKI* 2015;4(3):80–89.
14. Laksmiarti T, Nugraheni WP. Analisis Kebijakan Pembiayaan Kesehatan di Kabupaten Kepulauan Aru. *Bul Penelit Sist Kesehat* 2013;16(3):321–329.
15. Solikin A. Analisis Flypaper Effect pada Pengujian Pengaruh Dana Alokasi Umum (DAU), Pendapatan Asli Daerah (PAD), dan Sisa Lebih Penghitungan Anggaran (SILPA) terhadap Belanja Pemerintah Daerah di Indonesia (Studi Tahun 2012-2014). *J Akunt Dan Bisnis* 2016;16(1):11–25.
16. Harmana T, Adisasmito W. Faktor-faktor yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan daerah bersumber anggaran pendapatan dan belanja daerah tahun 2006. *J Manaj pelayanan Kesehat* 2006;9(03):134–145.
17. Armahedi G, Witcahyo E, Utami S. Analisis Pembiayaan pada Program Kesehatan Ibu dan Anak Melalui Metode Health Account di Kabupaten Jember. *J Ekon Kesehat Indones* [homepage on the Internet] 2020;5(1):1–14. Available from: <https://doi.org/10.7454/eki.v5i1.3705>
18. Murniati NN, Indrayathi PA, Januraga PP. Analysis of Public Health Centre Financing using the District Health Account (DHA) Model in Karangasem District, Bali, Indonesia. *Public Heal Prev Med Arch* [homepage on the Internet] 2020;8(1):66–71. Available from: <https://www.phpmajournal.org/index.php/phpma/article/view/256>
19. Handayani T, Nadjib M. Analisis Pembiayaan Kesehatan Daerah Bersumber Publik: Studi Kasus di Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor Tahun 2012, 2013 dan 2014. *J Ekon Kesehat Indones* 2017;1(2):35–43.
20. Setneg RI. Perpres No. 79 Tahun 2017 tentang Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2018 [Homepage on the Internet]. Jakarta, Indonesia: 2017; Available from: <https://jdih.setneg.go.id/>
21. Setneg RI. Perpres No. 85 Tahun 2021 tentang Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2022 [Homepage on the Internet]. Jakarta, Indonesia: 2021; Available from: <https://jdih.setneg.go.id/>

DETERMINAN PEMANFAATAN PELAYANAN ANTENATAL CARE PADA MASA PANDEMI COVID-19

DETERMINANTS OF THE UTILIZATION ANTENATAL CARE SERVICES DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Ramadhanisa Dwi Primastuti¹, Septo Pawelas Arso², Rani Tiyas Budiyan¹

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

²Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro,

Jl. Prof. Sudarto No. 13, Tembalang, Kec. Tembalang, Kota Semarang, Jawa Tengah 50275, Indonesia

Email: ramadhanisadwi@gmail.com

Tanggal submit: 26 Agustus 2022; Tanggal penerimaan: 26 Desember 2022

ABSTRAK

Pandemi COVID-19 membatasi akses di seluruh sektor termasuk pelayanan *antenatal care* menyebabkan pelaksanaannya menjadi terhambat. Pemerintah menghimbau agar pelayanan kesehatan tetap terlaksana dengan semestinya terutama pelayanan *antenatal care* yang penting untuk dilakukan pada ibu hamil. Namun setelah dilakukan penyesuaian, frekuensi kunjungan ibu hamil masih rendah. Ibu hamil yang enggan melakukan pemeriksaan di fasilitas kesehatan karena takut tertular COVID-19 serta kurang mendapatkan dukungan dari keluarga. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan *antenatal care* ibu hamil pada masa pandemi COVID-19 di Puskesmas Campurejo Kota Kediri. Utilisasi pelayanan *antenatal care* berdasarkan terpenuhinya jumlah kunjungan minimal pemeriksaan antenatal serta melakukan pemanfaatan kembali setelah vacuum pada masa pandemi COVID-19. Penelitian ini dilakukan pada bulan Februari – Juli 2022 dengan metode kuantitatif serta menggunakan pendekatan *cross sectional*. Besar sampel 75 ibu hamil, metode pengambilan sampel dengan teknik *accidental sampling*. Pengumpulan data dengan kuesioner dan wawancara, serta dianalisis secara univariat dan bivariat dengan uji *chi-square*. Hasil penelitian menunjukkan faktor yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan *antenatal care* yaitu pengetahuan (p -value=0.000), penilaian individu (p -value=0.001), nilai keyakinan (p -value=0.001), dukungan keluarga (p -value=0.001), persepsi manfaat (p -value=0.001), persepsi hambatan (p -value=0.000), dan isyarat untuk bertindak (p -value=0.000). Sedangkan faktor yang tidak berhubungan dengan utilisasi pelayanan *antenatal care* yaitu pemberi pelayanan kesehatan (p -value=0.105). Perlu dilakukannya kerja sama antara pihak puskesmas dan kader ibu hamil untuk melakukan desiminasi informasi terkait pemeriksaan *antenatal care*, pendampingan kepada ibu hamil dan anggota keluarganya, perlengkapan USG, pengadaan sarana media KIE terkait pemeriksaan *antenatal care*, serta kerja sama dengan bidan wilayah dan kader dalam monitoring perkembangan kehamilan ibu melalui *whatsapp*.

Kata kunci: *Antenatal Care*; COVID-19; Utilisasi Pelayanan *Antenatal Care*,

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has limited access in all sectors, including antenatal care services, causing implementation to be hampered. The government urges that health services continue to be carried out properly, especially antenatal care services which are important for pregnant women. However, after adjustment, the frequency of visits by pregnant women is still low. Pregnant women who are reluctant to check at health facilities for fear of contracting COVID-19 and lack of support from their families. This study aims to determine the factors related to the utilization of antenatal care services for pregnant women during the COVID-19 pandemic at the Campurejo Health Center, Kediri City. The utilization of antenatal care services is based on the fulfillment of the minimum number of antenatal check-ups and re-utilization after the vacuum during the COVID-19 pandemic. This research was conducted in February – July 2022 with quantitative methods and using a cross sectional approach. The sample size is 75 pregnant women, the sampling method is accidental sampling technique. Collecting data by questionnaires and interviews, and analyzed by univariate and bivariate with chi-square test. The results showed that the factors related to the utilization of antenatal care services were knowledge (p -value = 0.000), individual assessment (p -value = 0.001), confidence value (p -value = 0.001), family support (p -value = 0.001), perceived benefits (p -value=0.001), perceived barriers (p -value=0.000), and cues to action (p -value=0.000). While the factors that are not related to the utilization of antenatal care services are health service providers (p -value = 0.105). It is necessary to cooperate between the puskesmas and cadres of pregnant women to disseminate information related to antenatal care examinations, assistance to pregnant women and their family members, ultrasound equipment, procurement of IEC media facilities related to antenatal care examinations, as well as cooperation with regional midwives and cadres in monitoring Maternal pregnancy development via *whatsapp*.

Keywords: *Antenatal Care*; COVID-19; Utilization of *Antenatal Care Services*

PENDAHULUAN

Pada pertengahan bulan Maret tahun 2020, WHO melaporkan bahwa COVID-19 dinyatakan sebagai pandemi. Dilihat dari penambahan jumlah kasus yang terjadi khususnya di Indonesia terus menerus mengalami peningkatan, sampai bulan Juni 2020 sebanyak 31.186 kasus terkonfirmasi dan 1851 kasus meninggal. Dan di wilayah Kota Kediri pada tahun 2020 mencapai 737 kasus terkonfirmasi dan 56 kasus meninggal dunia.⁽¹⁾

Salah satu kelompok masyarakat yang rentan terkena COVID-19 yaitu ibu hamil, dikarenakan selama masa kehamilan terjadi perubahan fisiologis yang otomatis mempengaruhi kekebalan tubuh yang mengakibatkan ibu rentan terpapar virus.⁽²⁾ Dengan adanya upaya *safe motherhood* pemerintah membErikan pelayanan ibu hamil yaitu salah satunya *antenatal care*. Dengan maraknya pembatasan dari segala sektor di tengah pandemi COVID-19 ini mengakibatkan seluruh bentuk layanan kesehatan termasuk layanan *antenatal care* terhambat. Pemeriksaan *antenatal care* membantu dalam mengurangi terjadinya morbiditas dan mortalitas ibu dengan menyediakan informasi terkait tanda bahaya dan perawatan untuk komplikasi kehamilan, dimana pemeriksaan *antenatal care* juga berperan dalam upaya mengurangi angka kematian ibu.

Berdasarkan laporan dari Profil Kesehatan Jawa Timur pada tahun 2019, Angka Kematian Ibu Provinsi Jawa Timur sebanyak 89,81 per 100.000 kelahiran hidup, dan mengalami kenaikan jika dibandingkan tahun 2020 yang mencapai 98,39 per 100.000 kelahiran hidup. Ditengah pandemi COVID-19 yang semakin hari meningkat, menyebabkan kematian ibu dengan kasus lain-lain (terkonfirmasi COVID-19) sebanyak 56 orang yang memberi kontribusi naiknya jumlah kematian ibu di Provinsi Jawa Timur.⁽³⁾

Hasil data yang didapatkan dari Dinas Kesehatan diketahui capaian kunjungan K1 pada tahun 2020 di wilayah kota Kediri sebesar 96,5% dan cakupan K4 sebesar 90,5% dimana angka tersebut mengalami penurunan dari tahun 2019 cakupan K1 sebesar 99,6% dan cakupan K4 94,6%. Tren yang mengalami penurunan setelah adanya pandemi COVID-19 yang menghambat sistem penyesuaian layanan kesehatan di semua fasilitas kesehatan di Kota Kediri.

Antenatal care adalah salah satu pelayanan kesehatan yang melakukan kegiatan pemeriksaan kehamilan yang bertujuan untuk mengetahui keadaan ibu dan janin yang dilakukan secara

rutin dan berkala guna mendeteksi gangguan ataupun masalah kehamilan.⁽⁴⁾ Tujuan dari asuhan *antenatal care* yaitu untuk memantau perkembangan kesehatan ibu maupun bayi, mendeteksi dini gangguan kehamilan ataupun komplikasi, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial ibu, serta membantu mempersiapkan persalinan cukup bulan.⁽⁵⁾ Berdasarkan Permenkes No. 21 Tahun 2021 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual menyebutkan bahwa pelayanan *antenatal care* masa kehamilan normal dilakukan sekurang-kurangnya dilakukan sebanyak 6 kali dengan 2 kali kunjungan saat trimester I, 1 kali kunjungan saat trimester II, dan 3 kali kunjungan saat trimester III. Dan minimal dilakukan 2 kali pemeriksaan oleh dokter saat kunjungan pertama saat trimester I dan saat kunjungan kelima di trimester III.⁽⁶⁾

Berdasarkan hasil survey pendahuluan di Dinas Kesehatan Kota Kediri, didapatkan data capaian kunjungan K1 dan K4 terendah ada di Puskesmas Campurejo dimana cakupan pelayanan *antenatal care* mengalami penurunan di setiap tahunnya. Cakupan kunjungan K1 di Puskesmas Campurejo pada tahun 2019 sebesar 100,3%, tahun 2020 sebesar 94,1%, dan di tahun 2021 turun menjadi 88,5%. Sedangkan cakupan kunjungan K4 pada tahun 2019 sebesar 94,98%, tahun 2020 sebesar 88,96%, dan tahun 2021 turun menjadi 83,02%. Dimana cakupan sudah mencapai target yaitu 80%, namun tren yang terus menurun tiap tahunnya pasti didasari oleh berbagai faktor penghambat.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan dengan bidan koordinator puskesmas Campurejo penurunan cakupan kunjungan K1 dan K4 disebabkan karena adanya kendala yang dihadapi dalam pemeriksaan *antenatal care* pada masa pandemi COVID-19 di Puskesmas Campurejo dengan adanya pandemi COVID-19 adanya himbuan untuk melakukan penundaan kehamilan di tengah pandemi COVID-19, adanya PPKM yang mengakibatkan keterbatasan mobilisasi, serta adanya Surat Keputusan Walikota Kediri No. 188.45/220/419.033/2021 yang melarang adanya UKBM selama PPKM level 4 di Kota Kediri yang mengakibatkan tidak adanya kegiatan posyandu. Selain itu hasil wawancara dengan dua ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Campurejo ditemukan keduanya memiliki kecemasan ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan *antenatal care* di fasilitas

kesehatan karena takut terpapar virus serta tidak adanya dukungan dari pihak keluarga termasuk suami.

Pemeriksaan *antenatal care* pada ibu hamil merupakan hal yang sangat dibutuhkan di tengah pandemi COVID-19 dimana dalam upaya pencegahan adanya kasus kematian ibu dan adanya komplikasi ibu hamil. Puskesmas telah melakukan berbagai penyesuaian dalam memberikan pelayanan kesehatan yang memadai agar pemeriksaan berjalan dengan baik dan aman seperti, cek suhu badan dan riwayat penyakit, lalu pasien yang bergejala akan dilakukan *rapid-test* dan dipisahkan dari pasien lain. Seharusnya, dengan adanya fasilitas pelayanan yang telah diberikan oleh puskesmas, masyarakat terutama ibu hamil memiliki kesadaran akan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* tersebut. Namun dengan adanya cakupan kunjungan antenatal yang tetap menurun diketahui bahwa pemanfaatan pelayanan antenatal di Puskesmas Campurejo rendah.

Beberapa variabel yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan *antenatal care* pada masa pandemi COVID-19 berdasarkan modifikasi dua teori utilisasi pelayanan kesehatan yang dikemukakan oleh Andersen (1975) dan Dever (1984) serta teori *Health Belief Model* oleh Becker (1974) yaitu, pengetahuan, penilaian individu, nilai keyakinan, pemberi pelayanan kesehatan, dukungan keluarga, persepsi manfaat, persepsi hambatan, dan isyarat untuk bertindak.

Pengetahuan merupakan suatu usaha yang diperoleh dari rasa ingin tahu seseorang terhadap sesuatu hingga membentuk sebuah informasi. Apabila pengetahuan yang terbentuk adalah pengetahuan positif maka akan menumbuhkan sikap yang semakin positif terhadap seseorang melakukan tindakan. Oleh karena itu, pengetahuan yang baik akan membentuk sikap dan tindakan yang baik pula bagi seseorang dalam menentukan pelayanan kesehatan⁽⁷⁾

Penilaian kondisi kesehatan yang dirasakan oleh seseorang, seberapa besar rasa takut terhadap penyakit dan luar biasa tentang sakit yang dirasakan sehingga individu dapat memutuskan untuk menggunakan pelayanan kesehatan ataupun tidak. Persepsi masyarakat terhadap sehat dan sakit memiliki hubungan erat dengan bagaimana perilaku seseorang dalam mencari pengobatan. Dengan adanya pola berfikir seperti itu akan mempengaruhi seseorang untuk melakukan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang telah disediakan atau tidak.⁽⁸⁾

Nilai keyakinan atau *health belief* merupakan pengetahuan seseorang, sikap, dan keyakinan terhadap kepercayaan seseorang jika pelayanan kesehatan mampu membantu proses pemulihan penyakit. Menurut Allport dalam Notoatmodjo (2020) komponen pokok sikap yaitu terdiri dari kepercayaan atau keyakinan terhadap objek tersebut, kehidupan emosional serta evaluasi terhadap objek, serta kecenderungan untuk bertindak.

Pemberi pelayanan kesehatan atau providers kesehatan merupakan suatu organisasi yang bertujuan untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan masyarakat secara perorangan maupun kelompok.⁽⁹⁾ Faktor yang berhubungan dengan pemberi pelayanan kesehatan meliputi, bagaimana pemberi pelayanan kesehatan memberikan kesan masyarakat untuk merasa membutuhkan pelayanan kesehatan tersebut meliputi pelayanan tenaga medis, tenaga kesehatan, karyawan, informasi pelayanan, dan ketersediaan fasilitas kesehatan yang sesuai dengan pedoman protokol kesehatan.

Dukungan keluarga salah satu bentuk hubungan erat antara dalam penentuan sikap, tindakan, dan penerimaan terhadap anggota keluarganya berupa dukungan secara lahir dan batin. Orang yang berada dalam lingkungan sosial yang suportif umumnya memiliki kondisi yang lebih baik dikarenakan adanya dukungan keluarga akan berdampak pada peningkatan rasa percaya diri pada penderita dalam menghadapi proses pengobatan penyakitnya.⁽¹⁰⁾

Persepsi manfaat dapat didefinisikan sejauh mana pemikiran seseorang bahwa perilaku seseorang terhadap sesuatu yang baik akan memberikan manfaat seperti mengurangi resiko timbulnya penyakit. Jika seseorang percaya bahwa dirinya pasti akan mengalami ancaman dari sebuah gangguan kesehatan maka akan membuat dirinya tergugah melakukan perilaku hidup sehat untuk mengurangi resiko terjadinya gangguan penyakit tersebut. Kesadaran seseorang hingga melakukan tindakan juga bergantung pada seberapa banyak manfaat yang akan diperoleh saat melakukan tindakan tersebut.⁽¹¹⁾

Persepsi hambatan yang dirasakan merupakan hal yang berhubungan dengan hambatan selama proses seorang individu dalam mengadopsi perilaku. Hal ini bisa didasari karena terhambatnya akses menuju pelayanan kesehatan pada masa pandemi COVID-19, hambatan terkait rasa takut pada diri sendiri untuk melakukan pemeriksaan antenatal care di puskesmas.

Isyarat untuk bertindak atau *cues to action* merupakan suatu hal yang dapat menggerakkan seseorang untuk merubah perilaku mereka. *Cues to action* merupakan konsep yang menjelaskan tentang faktor yang dapat menstimulasi individu untuk mau berperilaku sehat yang dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal yang dapat mempengaruhi seseorang. Isyarat untuk bertindak ini dapat berasal dari informasi media massa, nasihat orang terdekat, pengalaman pribadi maupun keluarga, artikel, dan lainnya.⁽¹²⁾

Utilisasi pelayanan kesehatan merupakan pemakaian fasilitas pelayanan yang telah difasilitasi mulai dari rawat jalan, rawat inap, *home care* yang dilakukan oleh tenaga medis maupun bentuk pemanfaatan pelayanan lainnya yang ditentukan dari tersedianya pelayanan yang berkelanjutan dan akses terjangkau serta kualitas bermutu. Pelayanan kesehatan (*Health Service*) ialah usaha yang dilakukan secara individu atau berkelompok dalam organisasi yang bertujuan sebagai upaya peningkatan derajat kesehatan dengan upaya preventif hingga rehabilitatif kesehatan secara individu, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾ Pada hal ini pemanfaatan pelayanan *antenatal care* dapat dilihat dari frekuensi ibu hamil dalam melakukan pemeriksaan sesuai dengan jumlah minimal yaitu enam kali, serta ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kembali setelah lama vakum pada masa pandemi COVID-19

Oleh karena itu penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan utilisasi pelayanan *antenatal care* ibu hamil pada masa pandemi COVID-19 di Puskesmas Campurejo Kota Kediri.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan yaitu penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Campurejo pada bulan Februari – Juli 2022. Sumber data yang digunakan pada penelitian ini yaitu data primer terdiri dari data umum serta jawaban dari 75 responden tentang utilisasi pelayanan *antenatal care*. Data sekunder terdiri dari Profil Kesehatan Jawa Timur 2020, Profil Kesehatan Kota Kediri 2019-2020, data GEMAKIBA Puskesmas Campurejo bulan Mei 2022. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *accidental sampling* yang berasal dari lima kelurahan yaitu, kelurahan Campurejo, kelurahan Tamanan, kelurahan Banjarmlati,

Tabel 1. 1 Analisis Univariat Karakteristik Responden

No.	Karakteristik Responden	f	%
Usia			
1.	<25 tahun	15	20
2.	25-35 tahun	41	54.7
3.	>25 tahun	19	25.3
Tingkat Pendidikan			
1.	SD	2	2.7
2.	SMP	7	9.3
3.	SMA	53	70.7
4.	Perguruan Tinggi (D1/D3/S1)	13	17.3
Pekerjaan			
1.	Tidak Bekerja	52	69.3
2.	Bekerja	23	30.7
Sebaran Responden			
1.	Kelurahan Campurejo	15	20
2.	Kelurahan Tamanan	25	33.3
3.	Kelurahan Bandarkidul	7	9.3
4.	Kelurahan Lirboyo	12	16
5.	Kelurahan Banjarmlati	16	21.3

Tabel 1.2 Analisis Univariat Variabel Penelitian

Variabel	f	%
Pengetahuan		
Kurang baik	35	46.7
Baik	40	53.3
Penilaian Individu		
Kurang baik	33	44
Baik	42	56
Nilai Keyakinan		
Kurang baik	33	44
Baik	42	56
Pemberi Pelayanan Kesehatan		
Kurang baik	27	36
Baik	48	64
Dukungan Keluarga		
Kurang baik	36	48
Baik	39	52
Persepsi Manfaat		
Kurang baik	31	41.3
Baik	44	58.7
Persepsi Hambatan		
Kurang baik	35	46.7
Baik	40	53.3
Isyarat untuk Bertindak		
Kurang baik	36	48
Baik	39	52
Utilisasi Pelayanan Antenatal Care		
Kurang Baik	43	57.3
Baik	32	42.7

kelurahan Bandar Kidul, dan kelurahan Lirboyo dengan total populasi 227 ibu hamil. Variabel bebas pada penelitian ini yaitu pengetahuan, penilaian

individu, nilai keyakinan, pemberi pelayanan kesehatan, dukungan keluarga, persepsi manfaat, persepsi hambatan, dan isyarat untuk bertindak. Sedangkan variabel terikat yaitu utilisasi pelayanan *antenatal care*. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner dan wawancara langsung dengan responden. Data dianalisis secara univariat dan bivariat dengan uji *chi-square*. Penelitian ini telah dinyatakan lulus uji kaji etik dengan Nomor 268/EA/KEPK-FKM/2022 pada tanggal 27 Juni 2022 dikeluarkan oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil analisis univariat diketahui bahwa responden dalam penelitian ini sebagian besar terdiri dari rentang usia 25-35 tahun sebesar 54.7% dan memiliki pendidikan terakhir di Sekolah Menengah Atas (SMA) sebesar 70.7% serta sebagian besar responden tidak bekerja atau sebagai ibu rumah tangga (IRT) sebesar 69.3%. Adapun beberapa ibu yang bekerja mayoritas sebagai pegawai swasta. Sebaran responden berasal dari lima kelurahan yang terdiri dari wilayah kerja Puskesmas Campurejo dengan responden mayoritas dari Kelurahan Tamanan sebanyak 33.3%.

Berdasarkan hasil univariat penelitian, diketahui sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang baik (53.3%), memiliki penilaian individu yang baik (56%), memiliki nilai keyakinan yang baik (56%), merasa pemberi pelayanan kesehatan sudah baik (64%), memiliki dukungan keluarga yang baik (52%), memiliki persepsi manfaat yang baik (58.7%), memiliki sedikit persepsi hambatan (53.3%), memiliki isyarat untuk bertindak yang baik (52%), serta mayoritas responden kurang memanfaatkan pelayanan *antenatal care* (57.3%). Pada kategori utilisasi pelayanan *antenatal care* dikatakan kurang baik karena responden belum mencapai jumlah minimal pemeriksaan antenatal yaitu enam kali seperti, melakukan pemeriksaan hanya satu kali selama masa kehamilan yang digunakan sebagai syarat dan melakukan pemeriksaan saat sakit dan dirasa membutuhkan saja. Kategori utilisasi pelayanan *antenatal care* dikatakan baik atas dasar ibu yang melakukan pemeriksaan kembali setelah penundaan selama masa pandemi COVID-19 dan rutin sebanyak enam kali.

Hasil analisis bivariat pada penelitian ini terdapat hubungan antara pengetahuan dengan utilisasi pelayanan *antenatal care* ibu hamil pada masa pandemi COVID-19. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok responden yang kurang melakukan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* dengan baik sebagian besar memiliki pengetahuan kurang baik dibandingkan dengan responden yang memiliki pengetahuan baik. Berdasarkan hasil jawaban responden, diketahui bahwa pengetahuan ibu tentang *antenatal care* kurang baik karena ibu tidak mengetahui jumlah kunjungan minimal pemeriksaan selama kehamilan serta sasaran pemeriksaan antenatal yang tidak hanya diperuntukkan ibu hamil resiko tinggi saja. Hal ini dapat menjadi faktor predisposisi secara tidak langsung kedalam tindakan ibu untuk melakukan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* di Puskesmas.

Berdasarkan sebaran jawaban responden yang sebagian besar memiliki latar belakang pendidikan SMA dapat memengaruhi kemampuan ibu dalam menangkap informasi dan materi yang disampaikan oleh tenaga kesehatan tentang *antenatal care*. Menurut Muhaimin (2008), individu dengan pendidikan formal yang rendah cenderung memiliki pengetahuan yang lebih rendah dikarenakan lebih sulit dalam memahami arti dan pentingnya kesehatan serta gangguan kesehatan.⁽¹⁵⁾ Penelitian ini sejalan dengan Mulyanto (2015) bahwa ada hubungan antara pengetahuan ibu hamil dengan pemanfaatan pelayanan *antenatal care*. Ibu hamil ibu hamil dengan tingkat pengetahuan yang tinggi akan memengaruhi keputusan dalam melakukan kunjungan ANC secara rutin.⁽¹⁶⁾

Untuk meningkatkan pengetahuan ibu salah satu langkah yang dapat dilakukan oleh Puskesmas yaitu dengan cara diseminasi informasi kepada ibu hamil dengan melibatkan peran kader terkait penyampaian informasi mengenai manfaat, sasaran, hingga jumlah minimal pemeriksaan *antenatal care*. Berdasarkan penelitian Saleha (2018) diseminasi informasi akan berhasil dalam meningkatkan tingkat pengetahuan apabila komunikator dapat mengidentifikasi sasaran atau melakukan pendekatan dengan sasaran.

Hasil yang sama pada analisis bivariat terdapat hubungan antara penilaian individu dengan utilisasi pelayanan *antenatal care* ibu hamil pada masa pandemi COVID-19. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok responden yang kurang melakukan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* dengan baik sebagian besar memiliki penilaian individu

Tabel 1.2 Hubungan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal Care

Variabel	Utilisasi pelayanan antenatal care				Total		Sig.	Koef. korelasi
	Baik		Kurang Baik		N	%		
	F	%	f	%				
Pengetahuan								
Kurang baik	3	8.6	32	91.4	35	100	0.000	0.645
Baik	29	72.5	11	27.5	40	100		
Penilaian Individu								
Kurang baik	6	18.2	27	81.8	33	100	0.000	0.439
Baik	26	61.9	16	38.1	42	100		
Nilai Keyakinan								
Kurang baik	6	18.2	27	81.8	33	100	0.000	0.439
Baik	26	61.9	16	38.1	42	100		
Pemberi Pelayanan Kesehatan								
Kurang baik	5	18.5	22	81.5	27	100	0.002	0.366
Baik	27	56.2	21	43.8	48	100		
Dukungan Keluarga								
Kurang baik	6	16.7	30	83.3	36	100	0.000	0.505
Baik	26	66.7	13	33.3	39	100		
Persepsi Manfaat								
Kurang baik	2	6.5	29	93.5	31	100	0.000	0.615
Baik	30	68.2	14	31.8	44	100		
Persepsi Hambatan								
Kurang baik	9	25.7	26	74.3	35	100	0.005	0.321
Baik	23	57.5	17	42.5	40	100		
Isyarat untuk bertindak								
Kurang baik	1	2.8	35	97.2	36	100	0.000	0.775
Baik	31	79.5	8	20.5	39	100		

kurang baik dibandingkan dengan responden yang memiliki penilaian individu baik. Berdasarkan hasil jawaban dari responden diketahui bahwa penilaian ibu terhadap pemanfaatan *antenatal care* kurang baik karena sebagian besar responden memiliki penilaian bahwa tidak melakukan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* dengan maksimal pada masa pandemi COVID-19 dikarenakan responden akan melakukan pemeriksaan hanya jika dirasa butuh dan mengalami gangguan sakit saja. Hal ini dapat menjadi faktor kebutuhan dalam tindakan ibu untuk melakukan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* di Puskesmas.

Menurut Rumengan (2015), persepsi yang baik pula juga berpengaruh dalam mendorong seseorang melakukan pemanfaatan layanan kesehatan di Puskesmas.⁽¹⁷⁾ Upaya yang dapat dilakukan sama dengan variabel pengetahuan dimana perlu dilakukan diseminasi informasi untuk meningkatkan pemahaman terhadap ibu hamil pentingnya melakukan pemeriksaan *antenatal care* untuk mencegah terjadinya komplikasi pada kehamilan.

Ada hubungan antara nilai keyakinan dengan utilisasi pelayanan *antenatal care* ibu hamil

pada masa pandemi COVID-19. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok responden yang kurang melakukan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* dengan baik sebagian besar memiliki nilai keyakinan kurang baik dibandingkan dengan responden yang memiliki nilai keyakinan baik. Berdasarkan sebaran jawaban responden diketahui bahwa nilai keyakinan ibu kurang baik karena sebagian besar ibu hamil hanya melakukan pemeriksaan satu kali saja sebagai syarat. Berdasarkan hasil wawancara dengan responden masih ada beberapa ibu yang melakukan praktik pijat di dukun bayi. Dan masih ada beberapa keluarga yang memiliki kepercayaan turun temurun untuk melakukan pengobatan tradisional jika mengalami gangguan kehamilan. Oleh karena itu penyebab kepercayaan responden kurang baik dalam penelitian ini dikarenakan responden yang masih memiliki kepercayaan di dalam lingkungan sekitar menyebabkan pemanfaatan *antenatal care* hanya dilakukan sekali saat mendekati waktu persalinan.⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾

Menurut tasliah (2017), ada hubungan antara kepercayaan dengan frekuensi kunjungan *antenatal care* ibu hamil dikarenakan sebagian besar ibu

hamil dengan tingkat kepercayaan yang tinggi terhadap pelayanan *antenatal care* lebih memahami pentingnya pemanfaatan pelayanan kesehatan. Notoatmodjo (2010) Tingkat kepercayaan pun juga dipengaruhi oleh dukungan lingkungan sekitar dalam meyakini suatu hal yang dapat memengaruhi seseorang melakukan tindakan.

Upaya yang dapat dilakukan Puskesmas dalam meningkatkan nilai keyakinan responden yaitu dengan melakukan pendampingan kepada ibu hamil dan anggota keluarganya dengan melibatkan peran kader dan tokoh masyarakat untuk meyakinkan akan pentingnya melakukan pemeriksaan *antenatal care* di masa pandemi COVID-19. Upaya pendampingan telah dilakukan pada penelitian Kholifah (2017), melakukan pendampingan dengan melibatkan kader, tokoh masyarakat, dan tokoh agama dalam melaksanakan program kesehatan sangat diperlukan sehingga pencapaian target kesehatan dapat maksimal. Dikarenakan intensitas kedekatan antara kader dengan ibu hamil lebih tinggi dibandingkan dengan orang lain.

Berdasarkan analisis terdapat hubungan antara pemberi pelayanan kesehatan dengan utilisasi pelayanan *antenatal care* ibu hamil pada masa pandemi COVID-19. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok responden yang kurang melakukan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* dengan baik sebagian besar merasa pemberi pelayanan kesehatan kurang baik dibandingkan dengan responden yang merasa pemberi pelayanan kesehatan baik. Berdasarkan sebaran jawaban responden sebagian besar jawaban mengenai pemberi pelayanan kesehatan baik dibandingkan pemberi pelayanan kesehatan kurang baik, namun pemberi pelayanan kesehatan yang baik tidak menjamin responden untuk melakukan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* secara rutin dan maksimal.

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden ditemukan keluhan ibu karena tidak ada fasilitas USG di Puskesmas Campurejo yang menyebabkan ibu melakukan pemeriksaan di Puskesmas lain. Serta keluhan lainnya yaitu antrian yang lama membuat waktu ibu tersita lebih banyak untuk melakukan pemeriksaan *antenatal care* di Puskesmas. Hal ini dapat menjadi hambatan dari segi faktor *provider* kesehatan dalam memengaruhi tindakan ibu untuk melakukan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* di Puskesmas. Penelitian ini juga didukung oleh penelitian Titaley (2010) yang menjelaskan bahwa alasan ibu hamil tidak

melakukan pemanfaatan yaitu karena terbatasnya ketersediaan fasilitas yang ada.⁽²⁰⁾

Upaya yang dapat dilakukan Puskesmas yaitu melakukan inovasi pada peralatan medis dengan memberikan kelengkapan alat USG yang berguna untuk menunjang penilaian klinis yang tepat dan akurat terhadap suatu kehamilan. Upaya ini telah dilakukan pada penelitian Cindy (2013), dalam melakukan inovasi pelayanan kesehatan dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan di Puskesmas dan telah terbukti memberikan kontribusi positif untuk pelaksana maupun untuk pengguna jasanya.

Hasil analisis yang sama juga terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan utilisasi pelayanan *antenatal care* ibu hamil pada masa pandemi COVID-19. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok responden yang kurang melakukan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* dengan baik sebagian besar memiliki dukungan keluarga kurang baik dibandingkan dengan responden yang memiliki dukungan keluarga baik. Berdasarkan hasil jawaban responden sebagian besar responden kurang mendapatkan dukungan dan motivasi dari anggota keluarga untuk melakukan pemeriksaan *antenatal care* di Puskesmas pada masa Pandemi COVID-19 serta anggota keluarga hanya mendukung pemeriksaan *antenatal care* hanya perlu dilakukan saat mengalami gangguan kehamilan saja. Hal ini dapat menjadi faktor *enabling* yang dapat memengaruhi tindakan ibu untuk melakukan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* di Puskesmas.

Berdasarkan wawancara dengan responden hal ini terjadi dikarenakan beberapa keluarga kurang mendukung ibu hamil untuk melakukan pemeriksaan *antenatal care* di puskesmas pada masa pandemi COVID-19 jika dirasa tidak ada keluhan serta sebagian besar anggota keluarga sibuk dengan pekerjaannya. Eliwarti (2020) menyebutkan bahwa terdapat hubungan bermakna antara dukungan keluarga dengan kunjungan *antenatal care* pada ibu hamil, hal ini dikarenakan dukungan keluarga yang didapatkan hanya berupa dukungan instrumental seperti mengantar ke pelayanan kesehatan bukan dukungan secara emosional.⁽¹⁹⁾⁽¹⁰⁾

Upaya yang dapat dilakukan Puskesmas yaitu sama dengan variabel nilai keyakinan yaitu melakukan pendampingan kepada ibu hamil dan anggota keluarganya dengan melibatkan peran kader dan tokoh masyarakat dalam menyampaikan pentingnya pemeriksaan *antenatal care* dengan

dilampiri brosur atau booklet yang berisi tentang manfaat, tujuan, serta jadwal pemeriksaan *antenatal care* di Puskesmas Campurejo.

Berdasarkan hasil analisis terdapat hubungan antara persepsi manfaat dengan utilisasi pelayanan *antenatal care* ibu hamil pada masa pandemi COVID-19. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok responden yang kurang melakukan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* dengan baik sebagian besar memiliki persepsi manfaat kurang baik dibandingkan dengan responden yang memiliki persepsi manfaat baik. Berdasarkan hasil sebaran jawaban responden yang masih ragu dan tidak memahami manfaat pemeriksaan *antenatal care* yaitu deteksi dini gangguan kehamilan.

Berdasarkan hasil wawancara sebagian besar ibu juga kurang memahami tentang apa itu pemeriksaan *antenatal care*, sehingga kurang mengetahui informasi terkait apa saja manfaat melakukan pemeriksaan *antenatal care* di puskesmas, bahkan juga ada yang memiliki pemahaman bahwa pemeriksaan *antenatal care* hanya diperuntukkan ibu hamil risiko tinggi saja.

Upaya yang dapat dilakukan Puskesmas yaitu pengadaan sarana dan media KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi) terkait pemeriksaan *antenatal care* berupa spanduk atau poster yang dipasang di ruang tunggu KIA Puskesmas Campurejo. Upaya ini terbukti telah dilakukan pada penelitian Syntia (2021) memberikan pengaruh signifikan sebelum dan sesudah diberikan edukasi dengan media poster terhadap sikap ibu di Puskesmas Kota Bengkulu.

Berdasarkan hasil analisis terdapat hubungan antara persepsi hambatan dengan utilisasi pelayanan *antenatal care* ibu hamil pada masa pandemi COVID-19. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok responden yang kurang melakukan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* dengan baik sebagian besar memiliki banyak persepsi hambatan atau kurang baik dibandingkan dengan responden yang memiliki sedikit persepsi hambatan atau baik. Berdasarkan hasil sebaran jawaban responden sebagian besar merasa takut tertular virus dan lebih memilih melakukan pemeriksaan di fasilitas kesehatan lainnya.

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden masih ada beberapa responden yang merasa bahwa akses menuju puskesmas terhambat dikarenakan ada ibu hamil yang berdomisili luar wilayah kerja puskesmas Campurejo yang mengakibatkan terkena penyekatan. Selain itu ada

responden yang takut melakukan pemeriksaan *antenatal care* di puskesmas dikarenakan ibu hamil yang riskan terhadap virus takut tertular. Hal tersebut didasari karena ditemukan masih ada beberapa ibu hamil yang belum melakukan vaksinasi COVID-19.

Upaya yang dapat dilakukan Puskesmas yaitu kerja sama antara bidan wilayah dan kader untuk melakukan pemantauan perkembangan kehamilan ibu hamil yang berada di luar wilayah Puskesmas Campurejo melalui *whatsapp*. Upaya ini telah diteliti pada penelitian Faisal (2021), dengan edukasi berbasis *whatsapp* dapat memberikan pengaruh yang signifikan serta efektif untuk dilakukan. Serta Puskesmas lebih mengoptimalkan program vaksinasi kepada ibu hamil dimana ibu hamil merupakan salah satu kelompok rentan terkena virus dan harus lebih diperhatikan proteksinya, serta vaksinasi merupakan syarat dalam melakukan pemeriksaan di fasilitas kesehatan.

Hasil yang sama terdapat hubungan antara isyarat untuk bertindak dengan utilisasi pelayanan *antenatal care* ibu hamil pada masa pandemi COVID-19. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok responden yang kurang melakukan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* dengan baik sebagian besar memiliki isyarat untuk bertindak kurang baik dibandingkan dengan responden yang memiliki isyarat untuk bertindak baik.

Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa responden didapatkan bahwa masih terdapat responden yang tidak mengetahui jadwal kunjungan pemeriksaan *antenatal care* yang telah ditetapkan oleh puskesmas, selain itu ada responden yang bekerja sehingga sulit menyesuaikan jadwal pemeriksaan. Selain itu ada beberapa ibu hamil yang melakukan pemeriksaan tidak tepat waktu dikarenakan terlambat mengetahui bahwa ternyata mengalami kehamilan.

Upaya yang dapat dilakukan Puskesmas yaitu melakukan kerja sama antara kader dan bidan desa dalam melakukan pemantauan secara berkala terkait perkembangan kehamilan ibu, serta melakukan *reminder* jadwal pemeriksaan *antenatal care* melalui *whatsapp grup*. Upaya ini sudah diimplementasikan dan diteliti oleh Faisal (2021), menyebutkan bahwa *interactive reminder* berbasis *whatsapp* memiliki pengaruh signifikan terhadap kepatuhan pasien dan dapat diimplementasikan di Puskesmas karena efektif dan terbukti dapat meningkatkan kepatuhan pasien dalam melakukan tindakan pengobatan.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis penelitian dapat disimpulkan ada delapan variabel yang berhubungan dengan dengan utilisasi pelayanan *antenatal care* ibu hamil pada masa pandemi COVID-19 di Puskesmas Campurejo Kota Kediri yaitu pengetahuan, penilaian individu, nilai keyakinan, pemberi pelayanan kesehatan, dukungan keluarga, persepsi manfaat, persepsi hambatan, dan isyarat untuk bertindak. Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan cakupan pemanfaatan pelayanan *antenatal care* ibu hamil pada masa pandemi COVID-19 yaitu kerja sama antara Puskesmas dengan kader untuk melakukan desiminasi informasi terkait manfaat, tujuan, dan sasaran pemeriksaan *antenatal care* pada masa pandemi COVID-19, bekerja sama dengan kader dan tokoh masyarakat untuk memberikan pendampingan dalam rangka meyakinkan ibu hamil dan anggota keluarga terkait pentingnya pemeriksaan *antenatal care* pada masa pandemi COVID-19 untuk mencegah gangguan kehamilan, melakukan inovasi peralatan medis dengan perlengkapan USG yang berguna menunjang penilaian klinis, pengadaan sarana media KIE yang berisi pemeriksaan antenatal care dalam bentuk spanduk atau poster yang dipasang di sekitar ruang tunggu KIA Puskesmas, serta melibatkan peran bidan desa dengan kader untuk melakukan pemantauan perkembangan kehamilan ibu hamil serta memberikan informasi dan motivasi melalui *whatsapp grup* secara berkala.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih terutama ditujukan kepada Puskesmas Campurejo dan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Campurejo atas bantuan dan kerja samanya dalam menyusun hingga menyelesaikan penelitian ini. Serta seluruh pihak termasuk keluarga, dosen pembimbing, dosen penguji, serta teman – teman yang terlibat dalam penyusunan artikel skripsi ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur 2020. 2020.
2. Dinas Kesehatan Kota Kediri. Profil Kesehatan Kota Kediri 2020. Kediri; 2020.
3. Kementerian Kesehatan RI. PEDOMAN PELAYANAN ANTENATAL, PERSALINAN, NIFAS, DAN BAYI BARU LAHIR Di Era Adaptasi Kebiasaan Baru. 2020.
4. Yulifah R, Yuswanto TJA. Asuhan Kebidanan Komunitas [Internet]. 2014. Available from: <https://r2kn.litbang.kemkes.go.id/handle/123456789/73093>
5. Syahda S. Faktor-Faktor Yang Kunjungan Antenatal Care (Anc) Di Desa Muara Mahat. J Kebidanan STIKes Tanku Tambusai Riau. 2014;
6. Ninla Elmawati Falabiba, Anggaran W, Mayssara A. Abo Hassanin Supervised A, Wiyono B., Ninla Elmawati Falabiba, Zhang YJ, et al. Permenkes no 21 tahun 2021. Pap Knowl Towar a Media Hist Doc. 2014;5(2):40–51.
7. Yuliana D, Sutisna I. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Ceramah Terhadap Tingkat Pengetahuan Remaja Tentang Kesehatan Reproduksi Di Smp Negeri 2 Tanjungsari Sumedang. J Keperawatan Komprehensif (Comprehensive Nurs Journal). 2017;3(1):45–51.
8. Purwadi H, Hadi H, Hasan MN. Faktor Yang Mempengaruhi Pemanfaatan Posyandu Lansia di Imogiri Kabupaten Bantul. J Ners dan Kebidanan Indones. 2016;1(3):76.
9. Azwar A. Manajemen Kualitas Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan; 1994.
10. Misgiyanto & Susilawati D. Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan Penderita Kanker Serviks Paliatif. 2014.
11. Jones CL, Jensen JD, Scherr CL, Brown NR, Christy K WJ. The Health Belief Model as an Explanatory Framework in Communication Research: Exploring Parallel, Serial, and Moderated Mediation. Heal Commun. 2015;30(6):566–76.
12. Priyoto. Teori Sikap Dan Perilaku Kesehatan. Yogyakarta: PT Nuha Medika; 2014. 83–85 p.
13. Azwar A. Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Yayasan Penerbit IDI; 2010.
14. Azrul A. Puskesmas dan Usaha Kesehatan Pokok. Jakarta: CV. Akadoma; 1980.
15. Basith ZA, Prameswari GN. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas. Higeia J Public Heal Res Dev [Internet]. 2020;4(1):52–63. Available from: <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia%0APemanfaatan>
16. Cahyani ISD. Pemanfaatan Pelayanan Antenatal Care di Puskesmas. Higeia J Public Heal Res Dev. 2020;1(3):84–94.
17. Rumengan D., Umboh JM., Kandou GD. Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan

- Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Peserta BPJS Kesehatan Di Puskesmas Paniki Bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado. 2015;
18. Febriyeni, Damayanti TP. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kunjungan K4 ibu hamil di wilayah kerja Puskesmas Lima Kaum I Kabupaten Tanah Datar Tahun 2019. *J Menara Ilmu [Internet]*. 2020;14(1):40–50. Available from: <http://jurnal.umsb.ac.id/index.php/menarailmu/article/view/1864>
 19. Eliwarti. FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KUNJUNGAN ANTENATAL CARE PADA IBU HAMIL DI PUSKESMAS LUBUK BUAYAPADANG. *J Nurs Sci*. 2020;9:57–68.
 20. Titaley CR, Dibley MJ, Roberts CL. *Dapus* 11. 2010;

STRATEGI KEBIJAKAN KEUANGAN NEGARA BERDASARKAN PROPORSI KEBUTUHAN DALAM UPAYA PENGENTASAN PANDEMI COVID-19 DI INDONESIA

STATE FINANCIAL ALLOCATION STRATEGY BASED ON NEEDS PROPORTION IN INDONESIAN EFFORTS TO COMBAT THE COVID-19 PANDEMIC

Erwin Purwaningsih¹

¹Departemen Administrasi Rumah Sakit, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mutiara Mahakam
JI Ery Suparjan RT 12, No 9A, Samarinda, Indonesia
Email: erwinpurwaningsih.ars@gmail.com

Tanggal submisi: 30 Juli 2022; Tanggal penerimaan: 26 Desember 2022

ABSTRAK

Keuangan adalah salah satu aspek penting selain aspek kesehatan yang harus menjadi fokus perhatian saat pandemi terjadi, termasuk ketika wabah Covid 19 terjadi, tercatat juga negara Indonesia yang menjadi negara terdampak. Kebijakan yang diambil pemerintah di bidang keuangan negara adalah hal yang sangat krusial dalam mendampingi APBN sampai berakhirnya masa anggaran. Regulasi dan kebijakan pendapatan, penatausahaan keuangan dan maksimalisasi penggunaan barang milik level pusat dan daerah harus dioptimalisasikan demi stabilitas ekonomi nasional. **Tujuan:** Mengidentifikasi strategi kebijakan keuangan negara berdasarkan proporsi kebutuhan dalam upaya menangani pandemi yang masih berlangsung dan meminimalisir dampak ikutan yang akan terjadi. **Metode:** Studi ini merupakan penelitian deskriptif analitik menggunakan desain non eksperimental (*Cross Sectional*). Menggunakan analisa pustaka atau library research yang berasal dari beberapa sumber seperti laporan Kemenkeu, Kemnaker, BPS, dan beberapa artikel terkait penelitian. **Hasil:** Kebijakan fiskal untuk penerimaan negara diatur dalam Peraturan Menteri Keuangan Nomor 23 Tahun 2020 (PMK 23 Tahun 2020) tentang insentif pajak untuk wajib pajak terdampak wabah Virus Covid-19; Kebijakan fiskal untuk pengeluaran negara dibagi menjadi 3 langkah yaitu 1. Penerbitan Surat Utang (SUN) 2. Melakukan *Refocusing* APBN 2020, dan 3. Konsekuensi Hukum Terhadap Penyelewengan Dana Penanggulangan Covid-19; Strategi kebijakan fiskal terhadap output perekonomian Indonesia dengan pemotongan pajak sebagai stimulus perekonomian; Strategi fiskal pada inflasi yaitu dengan stimulus 1, 2 dan 3; Kebijakan pemerintah daerah berfokus pada realokasi anggaran dan *refocusing* program; Anggaran kesehatan dan kebijakan bidang kesehatan menjadi fokus penganggaran; Analisis proporsi kebutuhan dibagi menjadi beberapa aspek yaitu kesehatan; perlindungan sosial; sektoral, K/L & Pemda; Insentif Usaha; UMKM; dan pembiayaan korporasi. **Kesimpulan:** Pandemi Covid-19 memberikan pelajaran untuk memperkuat ketahanan sistem keuangan. Peran penting sektor keuangan dalam mempertahankan momentum pemulihan ekonomi nasional membutuhkan tatanan regulasi dan praktek yang serasi. Berbagai level pemerintahan maupun swasta diharuskan memiliki visi dan misi yang sama sehingga stabilitas ekonomi dan pengentasan dampak pandemi dapat dilakukan secara efektif dan efisien.

Kata Kunci: Covid-19; Keuangan; Proporsi Kebutuhan; Strategi

ABSTRACT

Finance is one of the important aspects in addition to health aspects that must be the focus of attention when the pandemic occurs, including when the Covid-19 outbreak occurs, it is also recorded that the Indonesian state is the affected country. The policies taken by the government in the field of state finance are very crucial in accompanying the state budget until the end of the budget period. Regulation and income policy, financial administration and maximization of the use of goods belonging to the central and regional levels must be optimized for the stability of the national economy. **Objective:** Identify the country's financial policy strategy based on the proportion of needs in an effort to deal with the ongoing pandemic and minimize the impact of the ongoing follow-up. **Method:** This study is an analytical descriptive study using a non-experimental design (*Cross Sectional*). Using library analysis or library research that comes from several sources such as reports from the Ministry of Finance, Ministry of Manpower, BPS, and several articles related to research. **Results:** Fiscal policy for state revenues is regulated in the Minister of Finance Regulation Number 23 of 2020 (PMK 23 of 2020) concerning tax incentives for taxpayers affected by the Covid-19 Virus outbreak; Fiscal policy for state expenditures is divided into 3 steps, namely 1. Issuance of Debt Securities (SUN) 2. Refocusing the 2020 State Budget, and 3. Legal Consequences of Misappropriation of Covid-19 Countermeasures Funds; Fiscal policy strategy on Indonesia's economic output with tax cuts as an economic stimulus; Fiscal strategy on inflation is with stimulus 1, 2 and 3; Local government policies focus on budget reallocation and program refocusing; Health budgets and health sector policies are the focus of budgeting; The analysis of the proportion of needs is divided into several aspects, namely health; social protection; sektoral, K/L & Local Government; Business Incentives; MSMEs; and corporate financing. **Conclusion:** The Covid-19 pandemic provides lessons for strengthening the resilience of the financial system. The important role of the financial sector in maintaining the momentum of national economic recovery requires a harmonious regulatory order and practices. Various levels of government and the private sector are required to have the same vision and mission so that economic stability and alleviation of the impact of the pandemic can be carried out effectively and efficiently.

Keywords: Covid-19; Finance; Needs Proportion; Strategy

PENDAHULUAN

Dua tahun yang lalu, 7,5 miliar orang di Bumi tidak akan memperkirakan dampak besar COVID-19. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), kasus COVID-19 pertama yang dapat diidentifikasi ditemukan pada Desember 2019 di provinsi Wuhan, Cina, dan penyakit itu dinyatakan sebagai darurat global pada 30 Januari 2020. Namun, banyak ahli percaya bahwa virus menyebar tanpa pemberitahuan ke seluruh wilayah beberapa bulan sebelumnya (1). Wabah tersebut diduga berasal dari daging salah satu binatang yang dijual di pasar pada daerah tersebut dan menginfeksi sebagian orang yang berada di pasar itu. Setelah diteliti, virus tersebut sudah meluas sampai ke negara tetangga. Pandemi COVID-19 terjadi begitu cepat hingga akhir 2020. Ketika Oktober 2020, pandemi COVID-19 telah terjadi tidak kurang dari 200 negara dengan level kefatalan yang beragam (World Health Organization, 2020). Oleh World Health Organization, wabah COVID19 diduga sebagai akar permasalahan yang menimbulkan dampak sama sekali tidak sedikit dan tahapan kematian yang tidaklah rendah. Sampai bulan Oktober 2020, jumlah permasalahan positif COVID-19 di seluruh dunia telah mencapai 37 juta permasalahan dengan tingkat mortalitas hingga 1 juta penduduk(2)

Sumber penularan utama virus SARS- Cov2 merupakan droplet yang bisa dengan mudah tersebar pada saat manusia berhubungan secara langsung dengan posisi tertentu. Pada awal penyebarannya, rerata kekuatan transmisi virus tersebut dibawah standar rerata, yaitu kurang lebih 2,2% (3). Tetapi dalam perjalanannya, virus SARS- Cov- 2 terjadi mutasi sehingga timbul sebagian varian virus baru yang mempunyai keahlian penularan lebih besar, serupa yang berlangsung di Inggris, Afrika Selatan, Brazil, serta India (4) Wabah virus corona (COVID-19) telah berdampak besar pada kegiatan ekonomi di seluruh dunia. Guncangan tersebut terjadi secara tiba-tiba dan bersamaan di seluruh negara, dan telah ditandai dengan ketidakpastian yang signifikan mengenai besaran dan durasinya. Penularan virus yang cepat telah menyebabkan orang-orang di seluruh dunia secara bersamaan mengisolasi diri mengikuti perintah kesehatan masyarakat yang ketat. Jarak sosial dan tindakan penahanan lainnya adalah tindakan darurat yang menyelamatkan nyawa, tetapi mereka telah berkontribusi pada keruntuhan yang sinkron dalam kegiatan ekonomi. Indeks pasar saham

utama jatuh pada kecepatan yang belum pernah terjadi sebelumnya (5)

Awal bulan Maret tahun 2020 Covid-19 mulai masuk ke Indonesia dan memunculkan dampak tidak hanya untuk kesehatan warga, tetapi berakibat pula pada bidang-bidang yang lain, termasuk zona ekonomi sampai mendesak pemerintah guna mengambil upaya segera, tepat, serta akurat dalam pengendalian pandemi covid- 19. Langkah- langkah pemerintah dalam upaya menekan dampak pandemi covid- 19 tersebut dicoba dengan memadukan pemanfaatan kewenangan ketentuan perundang- undangan, berbagai kebijakan, aksi badan organisasi serta pejabat birokrasi, dan dorongan pemerintahan selaku badan eksekutif kebijakan.

Pada upaya pengendalian pandemi covid-19 Presiden mengambil suatu langkah dengan menetapkan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang Undang (Perppu) No 1 Tahun 2020 tentang Peraturan fiskal negara serta Stabilitas model guna Pengendalian Pandemi Corona Virus Disease(Covid- 19) serta/ ataupun Dalam Rangka Mengalami Ancaman yang Membahayakan Perekonomian Nasional serta/ ataupun stabilitas sistem moneter pada 31 Maret 2020. Perppu No 1 Tahun 2020, diresmikan selaku landasan hukum dalam pengendalian covid- 19 sebab sudah teruji bahwa wabah covid- 19 berakibat diantaranya pada lambatnya pertumbuhan ekonomi Indonesia, penyusutan penerimaan negeri, serta kenaikan pengeluaran negara serta finansial. Dari hal itu dibutuhkan upaya aparat negara untuk melaksanakan kontrol pencegahan kesakitan serta urusan fiskal nasional, disertai konsentrasi untuk pengeluaran anggaran kesehatan, jaring pengaman sosial(social safety net), dan perbaikan finansial guna kegiatan wiraswasta serta warga yang terkena akibat negatifnya (6) Proporsi penggunaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) di Indonesia diatur berdasarkan Undang-Undang oleh Badan Pemeriksa Keuangan (BPK RI) sebelum tahun selanjutnya berjalan. Anggaran kesehatan ditetapkan sebesar 5% dari total 100% APBN Indonesia. Proporsinya pun bervariasi, dapat kurang dari 5% atau lebih dari 5%, bahkan hampir mencapai 10% ketika pandemi Covid-19 menyerang penduduk dunia tidak terkecuali Indonesia. Penelitian ini dimaksudkan untuk mengidentifikasi strategi kebijakan keuangan negara berdasarkan proporsi kebutuhan dalam upaya menangani pandemi yang masih berlangsung dan meminimalisir dampak ikutan yang akan terjadi.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini termasuk dalam penelitian deskriptif analitik yang menggunakan desain non eksperimental (*Cross Sectional*). Menggunakan analisa pustaka atau *library research* yang berasal dari beberapa sumber laporan Kementerian Keuangan (Kemenkeu RI), Kementerian Tenaga Kerja (Kemnaker RI), Badan Pusat Statistik (BPS RI), dan sumber dari artikel terkait. Populasi yang diikutsertakan yaitu semua warga Indonesia yang merupakan warga sehat, pasien suspek, terkonfirmasi dan pasien meninggal akibat Covid-19. Pada akumulasi data yang diproses dalam penelitian ini yaitu data non primer pasien terdeteksi penyakit yang tersebut di atas yang dibagi berdasarkan proporsi kebutuhan seperti kesehatan; perlindungan sosial; sektoral, K/L & Pemda; Insentif Usaha; UMKM; serta pembiayaan non individual.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kebijakan

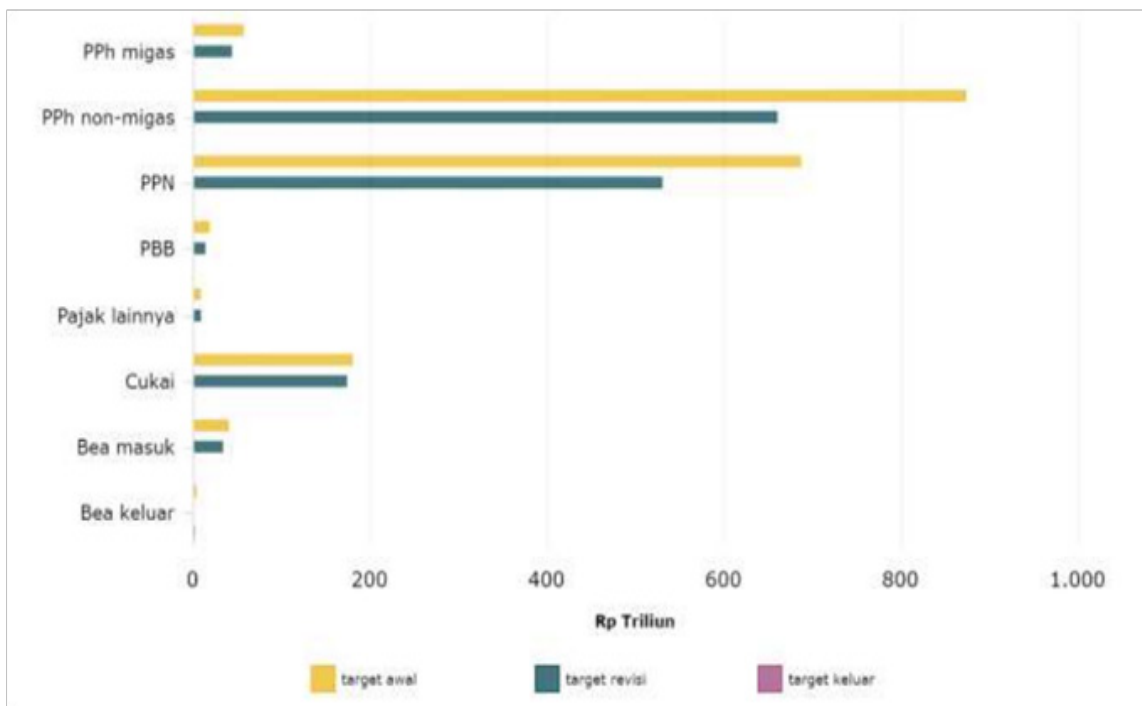
1. Kebijakan Pemerintah Pusat

a. Kebijakan Fiskal Pada Keuangan Negara

Perwujudan Akseptasi pajak hingga berakhirnya akhir bulan Mei 2020 masih terpaku mengalami penurunan sebesar 10,8% dibandingkan waktu yang serupa dengan tahun sebelumnya. Depresiasi itu tercatat bertambah intens disandingkan dengan

akhir bulan sebelumnya 3,1%. Hal ini disampaikan Menteri Keuangan Sri Mulyani Indrawati melalui *video conference* Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, bahwa pendapatan dari pajak sampai akhir Mei 2020 sejumlah Rp 444,6 triliun / 35,4% terhadap capaian APBN 2020 yang telah direvisi sesuai Perpres No. 54 /2020 berjumlah Rp1.254,1 triliun. Gambar 1 berikut akan menunjukkan ilustrasi tersebut.

Kementerian keuangan menetapkan Peraturan Menteri Keuangan Nomor 23 Tahun 2020 (PMK 23 Tahun 2020) mengenai pendapatan dari pajak bagi para wajib pajak akibat imbas wabah Virus Covid-19. Penyaluran dana sosial ini sebagai jawaban dari pemerintah karena turunnya keaktifan para pengusaha disebabkan karena arus keuangan para wajib pajak yang anjlok secara drastis akibat wabah ini (8). Serupa dengan Indonesia, pendapatan pajak pada kuartal I-2020 diketahui sedang tercatat mengalami peregang/berkurang hingga 2,5%. Pada sejumlah bidang pajak yang berkurang akibat kegiatan pengendalian Covid-19 adalah PPh Organisasi dan Pajak pada kegiatan Impor (PDRI) mencakup sejumlah jenis, yaitu Pajak Penghasilan (PPh) pasal 22 tentang impor, PPh pasal 22 tentang ekspor, Pajak Pertambahan Nilai (PPN) non ekspor, dan Pajak Penjualan Barang Mewah (PPnBM) (9)



Gambar 1. Realisasi penerimaan pajak tahun 2020

Sumber Data : Kementerian Keuangan, 2020(7)

b. Kebijakan Fiskal Untuk Pengeluaran Negara

Mengatasi masalah ekonomi dari wabah Covid-19 pada aspek keuangan Indonesia akan sangat ditentukan pada pilihan peraturan serta ketentuan dan kesiapsiagaan aparat birokrat agar dapat menanggulangi pandemi tersebut(10). Ketidaksamaan tingkat *fatality rate* pada sejumlah negara dapat menjadi pelajaran berharga bahwa kebijakan pemerintah sangat menentukan dalam menanggulangi wabah ini, dilain sisi dorongan sistem dan perilaku masyarakat. Sejumlah upaya yang baik untuk dilaksanakan aparat pemerintah pada efisiensi sisi pengeluaran adalah(8) :

1. Pembuatan Surat Utang (SUN) dengan nominal Rupiah Untuk mengantisipasi penagihan Bunga.
2. Melaksanakan Refocusing APBN 2020
3. Akibat Hukum pada Penyalahgunaan Dana Pengendalian wabah Covid-19

c. Desain Kebijakan Keuangan Pada Luaran Finansial Indonesia

Strategi Keynesian menganggap bahwa terdapat *price rigidity* dan *excess capacity*. jadi output ditentukan oleh pengajuan keseluruhan (*demand driven*). Keynes mengungkapkan bahwa pada situasi resesi, finansial yang belatar belakang sistem *market* akan sangat kesulitan untuk kembali seperti semula tanpa pengaruh birokrat. Pada teori Keynes, kebijakan moneter bisa mempengaruhi kegiatan finansial disebabkan oleh meningkatnya belanja birokrat atau diskon pajak yang ternyata memiliki dampak majemuk dengan cara merangsang pengajuan lebih bagi kebutuhan rumah tangga. Hal tersebut juga terjadi jika aparat pemerintah memberi diskon pajak sebagai upaya merangsang kegiatan ekonomi. Berkurangnya jumlah pajak akan menambah *disposable income yang nantinya* akan memberi pengaruh pada pengajuan. Fokus rumah tangga guna menambah pengeluaran bersama atas *marginal propensity to consume*(11). Beriringan Terhadap upaya yang dilaksanakan aparat birokrat, upaya tersebut menunjukkan adanya niat baik pemerintah untuk tetap mempertahankan kegiatan moneter di tahun 2020. Dampak nyata defisit APBN sampai dengan April 2020 menembus Rp74,47 triliun atau pada kisaran 0,44 % PDB. Perwujudan Realisasi keuangan sampai April 2020 mencapai Rp 221,84 triliun dan terus meningkat sejumlah 53,58%, utamanya berasal dari pembayaran hutang (7).

d. Strategi Kebijakan Fiskal Terhadap Inflasi Perekonomian Indonesia

Saat-saat wabah seperti ini, aparat negara menentukan aturan dan ketentuan yang termaktub dalam 3 upaya dorongan fiskal, antara lain :

1. Pada bulan Februari, aparat negara menyumbang stimulus Rp 8,5 triliun demi revitalisasi keuangan dalam negeri yang berasal dari sektor pariwisata.
2. Ketika sampai pada tengah bulan Maret, aparat negara selanjutnya mengeluarkan dorongan ekonomi lanjutan sejumlah Rp 22,5 triliun. Dorongans ini berupa ketentuan negara pada bidang fiskal dan nonfiskal demi menahan sektor industri serta memperlancar kegiatan ekspor-impor.
3. Di akhir bulan Maret, aparat negara menentukan pembatasan sosial berskala besar (PSBB) demi menangani tersebar luasnya virus. Stimulus Rp 405,1 triliun juga ditetapkan berdampingan dengan ketentuan kesehatan tersebut.

Biaya tersebut dianggarkan pada,

- (a) Sejumlah Rp 150 triliun diperuntukkan pada anggaran kegiatan pemulihan ekonomi nasional seperti perbaikan struktur angsuran dan klaim serta kegiatan jual beli pada UMKM dan sektor usaha,
- (b) Rp75 triliun diperuntukkan untuk kesehatan, termasuk melindungi petugas kesehatan, pengorderan peralatan kesehatan, renovasi fasilitas kesehatan, dan honor dokter,
- (c) Rp110 triliun diperuntukkan bagi pengaman sosial (*social safety net*), agar meningkatkan keuntungan dari bantuan sosial, penggratisan listrik, dan dorongan kebutuhan primer,
- (d) Rp70,1 Triliun diperuntukkan pada diskon tarif pajak pendapatan dan penundaan transaksi keuangan KUR (7).

2. Kebijakan Pemerintah daerah

Pada sisi pemerintahan daerah selama pandemi Covid-19 pada saat ini, penyusunan kebijakan tidak hanya pada aspek perencanaan dan pelaksanaan saja, tetapi bidang penganggaran juga menjadi aspek terpenting untuk suksesnya penyelenggaraan berbagai rencana yang telah disusun. Gambar 2 akan menunjukkan deskripsi realokasi anggaran untuk pemerintah daerah di Indonesia



Gambar 2. Realokasi anggaran dan penyesuaian pemerintah daerah



Gambar 3. Realokasi APBD dan aplikasi SDGs di masa pandemi covid-19

Gambar 2 menunjukkan bahwa dari 100% anggaran keuangan pemerintah daerah dibagi menjadi 2 fokus utama yaitu belanja barang dan jasa (50%) dan belanja modal (50%), ketika pandemi melanda pemerintah daerah harus

menyesuaikan perencanaan dan pelaksanaan anggarannya menjadi beberapa fokus utama (*Refocusing program*) yaitu anggaran kesehatan, jejaring pengaman sosial dan upaya mengatasi efek ekonomi. Lebih jauh mengenai realokasi

anggaran daerah (APBD) dalam masa pandemi akan ditunjukkan gambar 3.

Gambar 3 menunjukkan bahwa terdapat 3 tahapan yang menjadi fokus pemerintah daerah dalam mengelola kekayaan daerahnya dalam menghadapi pandemi covid-19. Diantaranya realokasi, *refocusing* dan realisasi yang tiap tahapannya dibedakan lagi menjadi kondisi fundamental (hal yang dapat dipastikan terjadi) dan situasional (terjadi/tidaknya tergantung kondisi). Pada aspek *Sustainable Development Goals* (SDGs) di masa pandemi semula memiliki 17 tujuan dasar, maka di masa pandemi ini (data 2020) menunjukkan adanya *refocusing* pada 3 aspek utama yaitu mengurangi kemiskinan, kesehatan dan ekonomi (12).

Penganggaran

Anggaran kesehatan yang dilakukan oleh aparat negara Indonesia oleh kementerian keuangan selama pandemi Covid-19 tahun 2020-2022 akan ditampilkan pada gambar 4.

Gambar 4 menunjukkan perkembangan anggaran kesehatan sejak tahun 2019 hingga anggaran perkiraan tahun 2023. Pada tahun 2019 jumlah anggaran mencapai 111,4 Triliun, tahun 2020 dengan 172,3 triliun, tahun 2021 dengan 312,4 triliun, tahun 2022 dengan 255,4 triliun, serta perkiraan anggaran kesehatan tahun 2023 dengan batas atas maksimal 209,9 triliun. Hal ini

menampilkan suatu penambahan yang cukup signifikan sejak tahun 2019 ke 2020 dengan penambahan anggaran sekitar 60,9 triliun, kembali meningkat tajam di tahun 2021 sebesar 140,1 dari tahun sebelumnya yaitu tahun 2020 bahkan dapat dikatakan hampir 2x lipatnyanya. Menurun di tahun 2022 sebesar 57 triliun dibanding 2021, dan diperkirakan kembali mengalami penurunan pada tahun depan di 2023 sebesar 45,5 triliun. Data ini menunjukkan bahwa penggunaan pagu anggaran akan sangat disesuaikan dengan kondisi pandemi yang terjadi, diketahui bahwa pada tahun 2021 saja terdapat 2 kali gelombang covid-19 di Indonesia, peningkatan jumlah cakupan vaksin-19 juga mempengaruhi tingginya jumlah anggaran yang digunakan.

Analisis Proporsi Kebutuhan

Besarnya bayaran yang diperlukan untuk pengendalian covid-19 di Indonesia telah disiapkan pemerintah melalui pagu anggaran tahunan. Besarnya biaya penanganan Covid-19 tahun 2020 akan ditunjukkan oleh gambar 5.

Dana sebesar 695,20 T telah pemerintah siapkan sebagai dana pengentasan Covid-19 di Indonesia saat 2020. Dana tersebut kemudian dibagi penggunaannya menjadi 6 jenis cluster diantaranya: kesehatan 97,26 T, perlindungan sosial 234,33 T, sektoral, K/L & pemda 65,97 T, Insentif usaha 120,61 T, UMKM 114,81 T dan pembiayaan korporasi 62,22 T.



Gambar 4. Anggaran kesehatan dan kebijakan bidang kesehatan (13)



Gambar 5. Biaya penanganan Covid-19 tahun 2020 (kemnaker)

Meninjau peningkatan jumlah kasus pandemi covid-19 tahun 2020 yang belum usai, pemerintah telah menentukan jumlah proyeksi anggaran penanganan covid 19 tahun 2021. Hal tersebut akan ditunjukkan gambar 6.

Dana sebesar 403,9 T telah disiapkan pemerintah Indonesia untuk menangani dampak ikutan dari wabah Covid-19 yang berlangsung di Indonesia. Sejumlah pos anggaran ditentukan menjadi fokus alokasi biaya ini, antara lain: Kesehatan 25,4 T, perlindungan sosial 110,2 T, sektoral k/l pemda 184,2 T, dukungan UMKM dan pembiayaan korporasi 63,64 T dan insentif usaha 20,26 T.

Tahun 2022 diprediksi bahwa pandemi Covid-19 masih akan terjadi, maka dari itu pemerintah tetap menyiapkan dana penanganan Covid-19. Besarnya anggaran khusus kesehatan dari pemerintah RI akan ditunjukkan oleh gambar 7.

Terlepas dari biaya perlindungan sosial dan lain-lain, khusus untuk penganggaran bidang kesehatan yang berlangsung di Indonesia terhitung sejak pasien Covid-19 diketahui pada bulan Maret tahun 2020, hingga saat ini tahun 2022 yang masih berlangsung pemerintah telah mengakumulasi penggunaan dana kesehatan yang fluktuatif sejak 2020 hingga 2022. Pada tahun 2020 dana kesehatan ditetapkan sebesar 172,3 T, tahun 2021 sebesar 312,4 T dan tahun 2022 sebesar 255,4 T. Berangkat dari perkembangan kasus Covid-19 yang terus menurun pada tahun 2022 dari awal

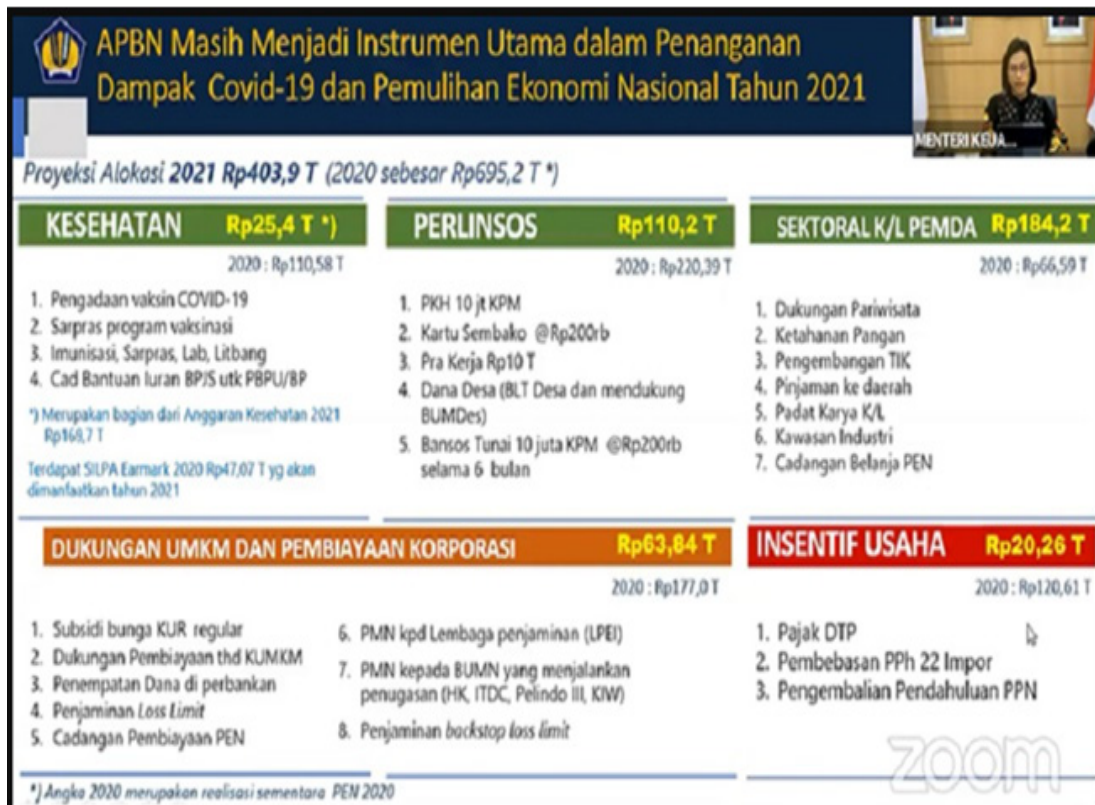
hingga pertengahan tahun maka pemerintah RI memutuskan tidak ada lagi anggaran Covid-19 tahun 2023, yang berarti Indonesia telah siap menyambut endemi dan bukan lagi Pandemi Covid-19.

Pembahasan

Identifikasi kebutuhan barang dan jasa pada pengendalian Covid-19

Persediaan barang dan jasa untuk situasi darurat saat pandemi Covid-19 telah termaktub pada Peraturan Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah (LKPP) No 13 Tahun 2018 mengenai pemenuhan barang/jasa dalam menanggulangi situasi darurat. Negara telah memberikan anggaran yang ditujukan pada penanganan pandemi Covid-19 dari APBN sejumlah Rp 695,2 triliun, APBD senilai Rp 72,63 triliun, dan dana desa senilai Rp 22,48 triliun. Tidak sedikit perubahan pada jumlah penerimaan dan pengeluaran negara (APBN) dan terdapatnya kegiatan penunjang langsung pada alat pelindung diri (APD), masker dan hand sanitizer bisa berdampak pada suasana yang tidak tenang (15)

Selama kondisi darurat wabah virus corona atau Covid-19, upaya penyediaan barang/jasa tetap diizinkan. Hal tersebut mengekor pada Peraturan Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah (LKPP) No 13/2018 tentang Pengadaan Barang/Jasa pada pengendalian kondisi darurat (16)



Gambar 6. Alokasi dana APBN untuk penanganan covid-19 tahun 2021 (14)



Gambar 7. Anggaran kesehatan dan kebijakan bidang kesehatan (2019-2023) (13)

Selain peraturan dari LKPP, pada upaya penyediaan barang/jasa kegawatdaruratan untuk Covid-19 harus mempertimbangkan jumlah peraturan yang ditentukan sebagai dasar peraturan semacam Undang-Undang RI No 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana, Peraturan

Pemerintah No 22 Tahun 2008 mengenai Pembiayaan dan pengolahan Bantuan Bencana, Peraturan Presiden No 16 Tahun 2018 mengenai Pengadaan barang/jasa negara, Instruksi Presiden RI No 4 Tahun 2020 mengenai Refocusing Aktivitas, Realokasi Dana serta Penyediaan barang/jasa pada

upaya mempercepat penanggulangan CoronaVirus Disease 2019 (COVID-19) dan Keppres RI No 12 Tahun 2020 mengenai pengumuman Bencana Non Alam pada persebaran *Corona Virus Disease* (Covid-19) atas bencana Nasional juga peraturan pendahulunya yang berhubungan dengan kebijakan COVID-19 (17).

Pada tingkat menyusun rencana penyediaan ragam keperluan barang/jasa, analisa keberadaan sumber daya dan penentuan upaya penyediaan merupakan sesuatu yang wajib dijalani, Selanjutnya pada kegiatan aksi penyediaan barang/jasa bisa dilakukan melalui swakelola atau melalui distributor. Jika aparat penting penyusun komitmen (PPK) memakai distributor maka PPK memilih pihak lain dan membuat surat pesanan (SP) / surat perintah untuk mulai kerja (SPMK), Distributor melakukan tugas dan menyediakan berkas kewajaran harga guna pemeriksaan (audit), jika berasal dari swakelola PPK melakukan komunikasi bersama pihak yang ikut serta dalam penanggulangan kondisi darurat, menjalankan pemeriksaan bersama dan rapat persiapan, pelaksanaan pekerjaan dan serah terima pekerjaan (18). Untuk penyelesaian pembayaran melalui 3 tahap yakni kontrak, pembayaran dan post audit dimana aparat pengawas internal pemerintah (APIP) atau badan pengawasan keuangan dan pembangunan (BPKP) melakukan audit/pemeriksaan atas kewajaran harga yang ditawarkan oleh penyedia (19)

Usaha pemerintah untuk menyiasati lebih cepat upaya penanganan COVID-19 antara lain:

1. Mengidentifikasi kriteria pada keperluan warga pada kondisi pandemic Covid-19 setelah notifikasi arahan Presiden (Inpres) No 4 Tahun 2020 mengenai focussing Kegiatan, Penggunaan majemuk Anggaran, dan Penyediaan Barang Jasa terhadap upaya mempercepat Penanggulangan *Corona Virus Disease* 2019 (Covid-19) (20).
2. Menyediakan akomodasi keperluan yang bersifat darurat baik dari bidang kesehatan dan *social safety net*. Apakah menjamin di luar PKH, bagaimana metode perhitungannya, akan dijamin, dan menemukan apa saja kebutuhan perusahaan. Pada jilid 2 untuk usaha manufaktur, pada jilid 3 sektor usaha transportasi dan perhotelan telah diberikan tunjangan dan termasuk dalam paket serupa dengan manufaktur. Hal tersebut akan memberi pengaruh pendapatan nasional tahun ini, dan kita melakukan investasi dan umpan balik secepat mungkin (19)

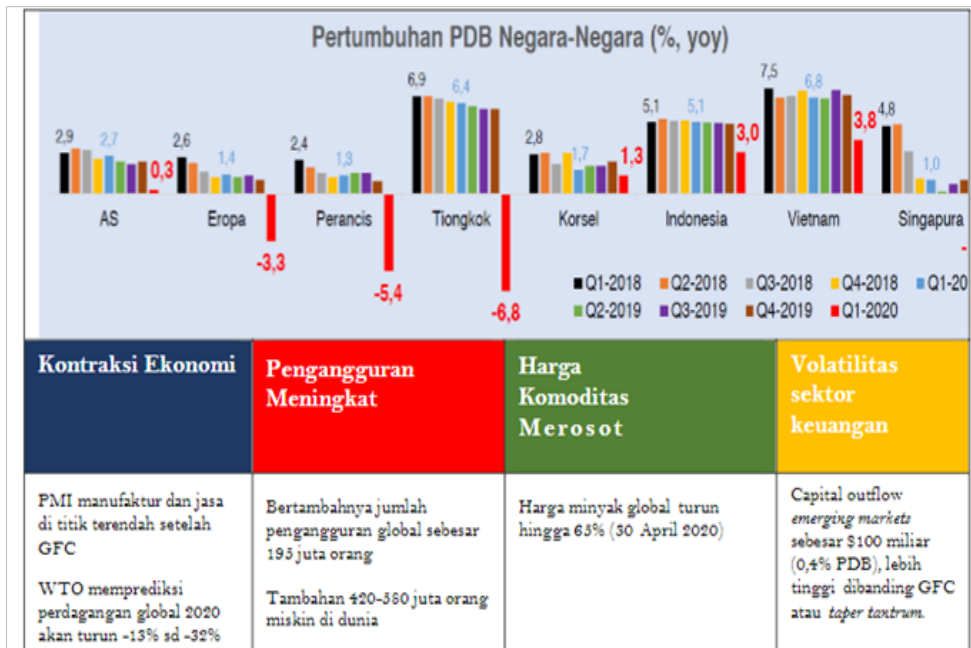
Prioritas penggunaan anggaran untuk pemulihan ekonomi nasional (PEN)

Wabah Covid-19 telah mengubah dominansi tatanan kehidupan bernegara pada setiap negara terdampak. Gambar 8 menunjukkan beberapa dampak dan dampak atas wabah Covid-19 yang terjadi dalam 3 tahun terakhir.

Pertumbuhan PDB negara-negara (% , yoy) menunjukkan bahwa terdapat beberapa negara besar dan dapat dikatakan stabil dalam hal ekonominya juga mengalami dampak yang signifikan akibat pengaruh dari pandemi Covid-19 yang telah membatasi segala kegiatan ekonomi pada keadaan normal. Sebut saja Eropa minus pada PDB sebesar -3,3%, kemudian Prancis penurunan sebesar -6,4%, kemudian disusul Tiongkok sebesar -6,8%, kemudian beberapa negara lain seperti AS, Korsel, Indonesia, Vietnam, Singapura yang mengalami penurunan persentase PDB hingga hanya meningkat sebesar 0,3% hingga yang tertinggi 3,8% dalam setahun.

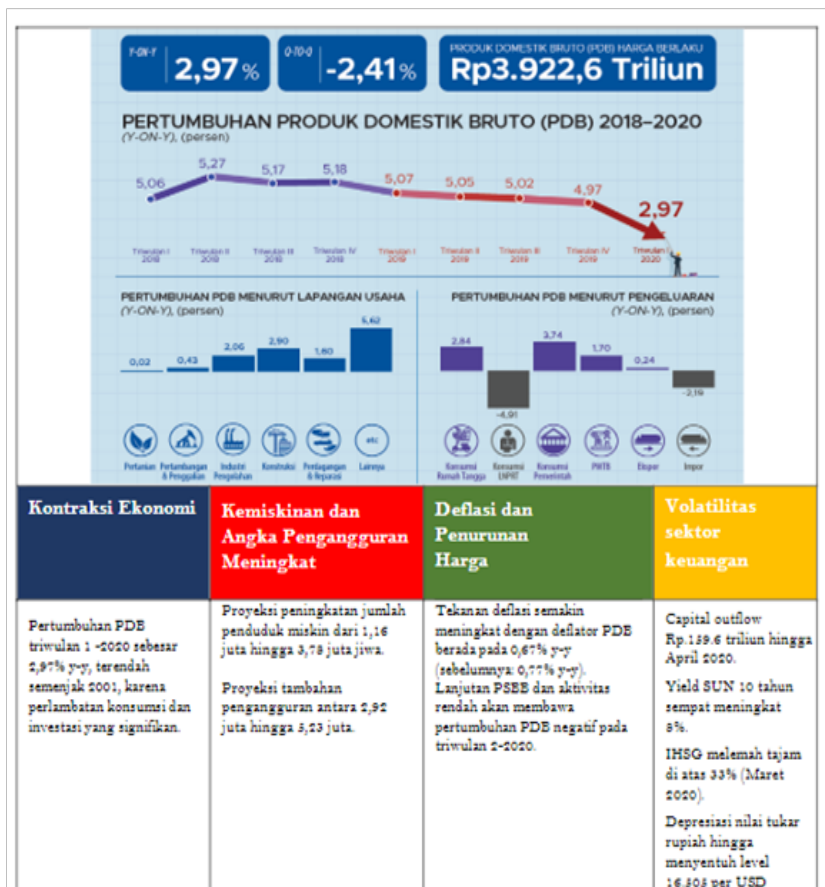
Minusnya persentase PDB turut mempengaruhi berbagai aspek kehidupan lain seperti kontraksi ekonomi, pengangguran meningkat karena pengetatan kegiatan masyarakat sehingga konsumsi komoditi sepi peminat, harga komoditas merosot karena aktivitas ekonomi tidak giat seperti kondisi normal akibat pembatasan sosial, dan volatilitas sektor keuangan akibat nilai tukar mata uang mengalami penurunan hingga peningkatan yang cukup signifikan. Dalam lingkup nasional pertumbuhan dan perkembangan PDB Indonesia akan ditunjukkan gambar 9.

Sektor Ekonomi Indonesia pada periode Januari s/d Maret-2020 terhadap Periode Januari s/d Maret-2019 meningkat sejumlah 2,97 persen (y-on-y), berjalan semakin lambat disandingkan dengan capaian periode Januari s/d Maret-2019 sejumlah 5,07%. Dibandingkan dengan Ekonomi Indonesia periode Januari s/d Maret-2020 pada triwulan sebelumnya terjadi peregangannya sebesar 2,41% (q-to-q). Disisi lain, finansial Indonesia mengacu pada jumlah Produk Domestik Bruto (PDB) atas prinsip harga berlaku pada periode Januari s/d Maret-2020 menembus Rp3.922,6 triliun. Akumulasi tersebut dijumlah berdasarkan harga tetap 2010 yang menembus Rp2.703,1 triliun. Desain ekonomi di Indonesia berbentuk spasial pada periode Januari s/d Maret-2020 dikuasai oleh kelompok provinsi di Pulau Jawa dan Pulau Sumatera. Faksi provinsi Pulau Jawa berkontribusi paling besar terhadap PDB Indonesia, yaitu sejumlah 59,14%. Kemudian diiringi oleh Pulau



Gambar 8. Dampak Pandemi Covid-19 Lingkup Global

Sumber:Kemenkeu RI (2020), Program Pemulihan Ekonomi Nasional (PEN), April 2020 dalam M IkhsanM (21)



Gambar 9. Akibat pada sisi keuangan dan Sosial Wabah Covid-19 di Indonesia

Sumber:Badan Pusat Statistik, Bank Indonesia (Diolah) dalam M Ikhsan M (21)

Sumatera sejumlah 21,40%, Pulau Kalimantan sejumlah 8,12%, dan Pulau Sulawesi sejumlah 6,19%, serta Bali juga Nusa Tenggara sejumlah 2,95%.

Dampak COVID-19 pada ketidaksetaraan kesehatan tidak hanya dalam hal infeksi dan kematian terkait virus, tetapi juga dalam hal konsekuensi kesehatan dari respons kebijakan yang dilakukan di sebagian besar negara (22). Perhotelan, pariwisata dan penerbangan, sektor real estate dan perumahan, industri olahraga, teknologi informasi, media, penelitian & pengembangan, sektor makanan, serta dampak sosial baik individu, keluarga dan masyarakat juga merasakan dampak pada perubahan tatanan kehidupan akibat dari pandemi Covid-19 ini (23). Pandemi mengakibatkan masalah ekonomi yang ditandai dengan kebangkrutan usaha, penyitaan/ penggusuran, dan penangguhan utang. Intervensi pemerintah penting untuk memperbaiki kegagalan ekonomi dan mempromosikan kesejahteraan umum masyarakat (24).

Pada umumnya, kondisi darurat dari pandemi Covid-19 memberi pengaruh pada semua provinsi di Indonesia. Namun, seperti halnya secara sektoral, ada pula secara non homogenisasi dari pengaruh yang terdapat pada finansial setiap provinsi. Awalnya, wabah Covid-19 mempunyai akibat ekonomi dan sosial paling besar pada provinsi yang mempunyai tidak sedikit daerah perkotaan yang padat penduduk. Kedua, penyumbang utama penyusutan PDRB pada sejumlah provinsi yang terdapat di Indonesia adalah secara terus-menerus terjadi *social distancing* apakah secara formal melalui ketentuan PSBB (pembatasan sosial berskala besar) /dilaksanakan secara nonformal. Ketiga, merosotnya kegiatan sosial ekonomi rakyat didominasi sebagai akibat dari pembatasan sosial yang tidak mampu secara serta merta diperbaiki oleh banyaknya dukungan bantuan ekonomi, yang barang tentu mempunyai tidak sedikit ketidakmampuan baik dari segi sumber ataupun instrumen yang dapat dimanfaatkan(21)

Rekomendasi perbaikan kebijakan

1. Menentukan *grand design* susunan kegiatan satuan kerja penanggulangan COVID-19 yang pasti dan dapat dihitung .
2. Membuat susunan identifikasi kebutuhan barang dan jasa dalam upaya penanggulangan pandemi COVID-19
3. Mengutamakan pendanaan untuk PC-PEN.
4. Menentukan peraturan dan langkah-langkah distribusi tunjangan dan perencanaan

pemenuhan peredaran serta peliputan penyebaran alat-alat kesehatan.

5. Melaksanakan uji coba kelaziman harga yang diinformasikan oleh rekanan.
6. Verifikasi dan pembaharuan informasi penerima bantuan seperti *by name by address*, serta menyingkat tahapan dan waktu distribusi dana ke penerima akhir dan menambah kontrol pengendalian serta menjalankan indikasi resesi negara dan regional yang sinkron dengan peraturan perundang-undangan (25)
7. Pembuat kebijakan dapat memanfaatkan sumber data dan waktu riil untuk membantu menginformasikan intervensi kebijakan strategis mereka guna membantu aspek kehidupan yang terdampak oleh krisis (26)

KESIMPULAN

Aparat birokrat telah mengumumkan serangkaian respons kebijakan baik berasal dari segi fiskal, moneter, jasa keuangan, dunia usaha dan jaring pengaman sosial. Pemerintah pusat hingga pemerintah daerah diharapkan mampu mengelola anggaran pendapatan yang dimiliki untuk dapat digunakan secara efektif dan efisien ditengah keadaan pandemi Covid-19 yang terjadi sejak tahun 2020 hingga 2022 saat ini di Indonesia. Lemahnya aktivitas ekonomi akibat adanya upaya pemberlakuan pembatasan kegiatan masyarakat diharapkan dapat segera kembali membaik, walaupun upaya yang dilakukan juga harus dilakukan secara serius. Keterbatasan ruang fiskal melalui kebijakan diharapkan dapat dibarengi dengan perkembangan ekonomi keuangan dan kerja sama berbagai instansi pemerintah dan swasta, baik nasional maupun internasional.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan ucapan terima kasih terhadap semua pihak yang terlibat dalam penyusunan penelitian ini. Khususnya kepada STIKES Mutiara Mahakam sebagai pihak yang sangat mendukung pelaksanaan dan penyelesaian penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. X. He, E.H.Y. Lau, P. Wu et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nat Med*, 26 (2020), pp 672-675, 101038/s41591-020-0869-5.
2. WHO. Coronavirus disease (COVID-19). 2020;((Issue October)).

3. Sun, P., Lu, X., Xu, C., Sun, W., & Pan B. Understanding of COVID-19 Based On Current Evidence. *J Med Virol* 92, 548–551 <https://doi.org/101002/jmv25722>. 2020;
4. van Oosterhout, C., Hall, N., Ly, H., & Tyler KM. COVID-19 Evolution during the Pandemic–Implications of new SARS-CoV2 Variants on Disease Control and Public Health Policies. *. Virulence*, 12(1), 507–508 <https://doi.org/101080/215055942021187706> 6. 2021;
5. B. Becker, U. Hege PM-B. Corporate debt burdens threaten economic recovery after COVID-19: planning for debt restructuring should start now. *VoxEU.org*. 2020;
6. Henny Juliani. Analisis Yuridis Kebijakan Keuangan Negara dalam Penanganan Pandemi Covid-19 Melalui Peraturan Pemerintah Pengganti UndangUndang Nomor 1 Tahun 2020. *Adm Law Gov J*. 2020;Volume 3 I.
7. Kemenkeu.go.id. Kebijakan Fiskal dan Moneter Menanggapi Dampak Covid 19. 2020;Diakses 12 Juni 2022.
8. Dina Eva dan RR. Strategi Kebijakan Fiskal Pemerintah Indonesia dalam Menghadapi Dampak Pandemi Covid 19. *J Ekon dan Ekon Syariah*. 2020;Vol 3 No 2.
9. Ayu Feranika DH. Strategi Kebijakan Fiskal Terhadap Output dan Inflasi Pada Perekonomian Indonesia dalam Menghadapi Dampak Virus Covid-19. *Bussiness Innov Entrepreneursh J*. 2020;Vol 2 No 3.
10. A. Solihat. “How Behavioral Finance during Pandemic,,” *BIEJ Bus Innov Entrep J*. 2020;Vol. 2, no.
11. Nurul A. Dampak Kebijakan Fiskal Terhadap Output dan Inflasi. *J STIE Syariah Bengkalis*. 2010;
12. LOCALISE SDGs Indonesia. Infografis - Realokasi Anggaran dan Penyesuaian Program untuk Hadapi Pandemi. 2020;<https://localisesdgs-indonesia.org/publikasi> (Diak.
13. Kementerian Keuangan. Anggaran Kesehatan dan Kebijakan Bidang Kesehatan. 2022;
14. Kementerian Keuangan. APBN Masih Menjadi Instrumen Utama Dalam Penanganan Dampak Covid-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional Tahun 2021. 2021;
15. Deby Triasti. PENGADAAN BARANG DAN JASA DALAM RANGKA PERCEPATAN PENANGANAN COVID-19. *J Syntax Admiration*. Vol. 2 No.(p-ISSN : 2722-7782 e-ISSN : 2722-5356).
16. Ramli S. Bacaan wajib pengadaan barang/ jasa penanganan keadaan darurat [sumber elektronik]. Firma KM Partners Google Sch. 2020;
17. Florentina, Indri Erkaningrum et al. Media, Komunikasi dan Krisis Covid-19. Penerbit Lembaga Pendidikan Sukarno Pressindo (LPSP). Google Scholar. 2020;
18. Hamidi. Evaluasi Pelaksanaan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah dalam Mewujudkan Good Governance. (Studi Penelit di Dinas Cipta Karya dan Tata Ruang Kota Batam) *EQUILIBRIA*, 7(1) Google Sch. 2020;
19. Triasti D. Pengadaan Barang dan Jasa dalam Rangka Percepatan Penanganan COVID-19. *J Admiration*. 2021;2(5), 819–.
20. Manao JJT. Peran Ombudsman Republik Indonesia Perwakilan Provinsi Sumatera Utara Dalam Menindaklanjuti Aduan Distribusi Bantuan Sosial Yang Menyimpang Di Kota Medan Pada Era Pandemi Covid-19. Google Scholar. 2020;
21. Mohamad Ikhsan Modjo. Memetakan Jalan Penguatan Ekonomi Pasca Pandemi. *J Perenc Pembang Indones J Dev Plan*. 2020;Vol. 4 No.:<https://doi.org/10.36574/jpp.v4i2.117>.
22. Clare Bambra, Ryan Riordan, John Ford FM. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Epidemiol Community Heal [BMJ Journals]*. 2020;Volume 74,.
23. Maria Nicola, Zaid Alsafi, Catrin Sohrabi, Ahmed Kerwan, Ahmed Al-Jabir, Christos Iosifidis, Maliha Agha RA. The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *Int J Surg [Science Direct] Elsevier*. 2020;78(185–193).
24. Dr. Mario Arturo Ruiz Estrada, Evangelos Koutronas ML. Staggression: The economic and financial impact of the COVID-19 Pandemic. *SSRN Electron J [Research Gate]*. 2020;<https://www.researchgate.net/profile/Mario-Ruiz-Es>.
25. Badan Pemeriksa Keuangan (BPK). Jenis Pemeriksaan BPK. 2020;<https://www.bpk.go.id/news/jenis-pemeriksaan->.
26. Ross Brown, Augusto Rocha MC. No Title Financing entrepreneurship in times of crisis: Exploring the impact of COVID-19 on the market for entrepreneurial finance in the United Kingdom. *Int Small Bus J Res Entrep [SAGE Journals]*. 2020;<https://doi.org/10.1177/0266242620937464>.

PENGGUNAAN THEORETICAL FRAMEWORK OF ACCEPTABILITY UNTUK MENILAI PROGRAM PENCEGAHAN KEHAMILAN REMAJA: DALAM KONTEKS PENANGGULANGAN STUNTING DI DI YOGYAKARTA

USING THE THEORETICAL FRAMEWORK OF ACCEPTABILITY FOR ASSESSMENT OF THE PREVENTING TEEN PREGNANCY PROGRAM: IN THE CONTEXT OF STUNTING REDUCTION IN YOGYAKARTA

Tri Siswati^{1,2}, Yustiana Olfah³, Eni Maryuni⁴, Lutfi Rahmawati⁴, Rahmad Satya Nugroho⁴,
Muhammad Primiaji Rialihanto^{1,2}

¹Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Yogyakarta,
Jl Tata Bumi no 3, Banyuraden, Gamping, Sleman, Yogyakarta. 55293. Indonesia

²Pusat Unggulan Iptek Inovasi Teknologi Terapan Bidang Kesehatan Masyarakat
(PUI-Novakesmas), Indonesia

³Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta,
Jl Tata Bumi no 3, Banyuraden, Gamping, Sleman, Yogyakarta. 55293. Indonesia

⁴Puskesmas Dlingo II, Desa Terong Kecamatan Dlingo Kabupaten Bantul. Yogyakarta, Indonesia
Korespondensi: tri.siswati@poltekkesjogja.ac.id

Tanggal submisi: 10 Oktober 2022; Tanggal penerimaan: 26 Desember 2022

ABSTRAK

Kehamilan usia dini merupakan penyebab lahirnya stunting balita sehingga harus dicegah. Penelitian ini bertujuan untuk menilai inovasi program pencegahan kehamilan usia dini dengan menggunakan Theoretical Framework of Acceptability (TFA). Penelitian ini adalah mix-method dengan data kuantitatif berupa capaian indikator program, incidence kehamilan usia dini, dan prevalensi stunting balita. Sedangkan penelitian kualitatif dilakukan dengan desain rapid assessment procedures (RAP). Penelitian dilakukan Desa Terong, Wilayah Puskesmas Dlingo II, Kab Bantul, Yogyakarta pada bulan Juli-Agustus 2022. Data kuantitatif dianalisis dengan trend, dan data kualitatif dianalisis berdasarkan tema. Hasil penelitian ini menyatakan bahwa Puskesmas Dlingo II telah menerapkan program Emping Jamil (Pendampingan Remaja untuk Ibu Hamil) sejak tahun 2016. Selama tahun 2016-2021, semua indikator program meningkat, jumlah kehamilan usia dini dan prevalensi stunting menurun. Hasil analisis TFA menyatakan bahwa program Emping Jamil sangat linear dengan upaya pemerintah dalam mengatasi stunting melalui pencegahan kehamilan usia dini (etik), meningkatkan pengetahuan, pemahaman, persepsi remaja dan ibu hamil tentang kesehatan ibu hamil dan balita (persepsi efektivitas) dan semua komponen masyarakat memahami bagaimana prosedur kerja Emping Jamil (koherensi intervensi). Selain itu semua komponen masyarakat mempunyai sikap positif terhadap intervensi (sikap afektif positif), berperan aktif dan mendukung program (efikasi diri yang positif), dan merasakan adanya manfaat kesejahteraan bagi ibu hamil yang didampingi, pemahaman remaja tentang kehamilan, penundaan usia perkawinan, dan dampak penurunan prevalensi stunting balita (efektivitas intervensi). Keberhasilan program ini didukung dengan pembiayaan yang berasal dari pengelolaan bank sampah, dana masyarakat, dan Puskesmas serta dilakukan oleh tenaga pendamping remaja yang terlatih (beban). Sebagai kesimpulannya, program Emping Jamil dapat diterima oleh semua masyarakat sehingga berhasil mengeliminasi kehamilan usia dini, meningkatkan kesejahteraan ibu hamil, dan menurunkan prevalensi stunting.

Kata kunci: Pencegahan; kehamilan remaja; ibu hamil; stunting; TFA

ABSTRACT

Pregnancies that occur at a younger age should be avoided because they are the root cause of childhood growth retardation. This study aims to assess the innovation of early pregnancy prevention programs (namely Emping Jamil or in Bahasa, Pendampingan Remaja untuk Ibu Hamil) using the Theoretical Framework of Acceptability (TFA). This research is a mixed-method with quantitative data for assessing program indicator achievements, early pregnancy incidence, and stunting prevalence. Meanwhile, qualitative research was carried out with a rapid assessment procedure (RAP) design. The research was conducted in Terong Village, Dlingo II Health Center, Bantul Regency, Yogyakarta in July-August 2022. Quantitative data is analyzed by trend, and qualitative data is analyzed by theme. As a result, the Dlingo II Health Center implemented a program for preventing early pregnancy Emping Jamil since 2016. During 2016–2021, all program indicators increased, while the rate of early pregnancy and stunting prevalence decreased. The results of the TFA analysis stated that the Emping Jamil program is very linear with the government's efforts to overcome stunting through early pregnancy prevention (ethics), increasing knowledge, understanding, and public perception of the health of pregnant women and toddlers (perception of effectiveness), and all components of society understand how to have a positive attitude towards interventions (positive affective attitudes), play an active role and support the program (coherence), and increasing of pregnant women well-being, adolescent understanding of pregnancy, delaying the age of marriage, and reducing the prevalence of stunting (effectiveness of the intervention). The program is supported by financing derived from waste banks,

community funds, and Puskesmas and is carried out by trained adolescent assistance personnel (burden). In conclusion, the Emping Jamil program can be accepted by all communities so that it succeeds in eliminating early pregnancy, improving the welfare of pregnant women, and reducing the stunting prevalence.

Keywords: Prevention; pregnancy adolescent; pregnant women; stunting; TFA

PENDAHULUAN

Kehamilan usia dini merupakan kehamilan yang terjadi pada remaja atau wanita kurang dari 20 tahun. Studi *demographic health survey* (DHS) di Indonesia melaporkan bahwa terjadi peningkatan jumlah perkawinan remaja perempuan <18 tahun, dari 5% pada tahun 2012 menjadi 18% pada tahun 2017(1). Sementara itu jumlah pernikahan dispensasi atau perkawinan anak dibawah umur di Yogyakarta, Indonesia mengalami peningkatan. Pada tahun 2019 terdapat 294 pasangan menikah usia dini dan pada tahun 2020 angka ini naik 200% menjadi 948, sementara itu pada tahun 2021 mengalami penurunan menjadi 757 pasang, namun angka ini tetap tinggi(2). Sedangkan di Kabupaten Bantul mencatat 124 kasus remaja yang mengajukan dispensasi pernikahan pada tahun 2019, 157 remaja tahun 2020 dan 162 remaja pada tahun 2021(3)

Beberapa faktor berkaitan antara perkawinan dini dan kehamilan usia muda, antara lain karena ekonomi, budaya, nilai mahar yang tinggi bila si perempuan berpendidikan tinggi, pendidikan yang rendah, kehamilan usia remaja sebelum menikah(4) serta pengetahuan kesehatan reproduksi yang kurang dan sulitnya orang tua mengawasi pergaulan remajanya dan mudahnya akses semua informasi melalui gadget(5). Dilaporkan bahwa perkawinan usia dini di Kabupaten Bantul disebabkan oleh faktor ekonomi, kehamilan yang tidak diinginkan, pergaulan bebas, pengaruh akses informasi melalui gadget, dan tidak melanjutkan sekolah(3,6,7).

Kehamilan usia dini menyebabkan tingginya risiko infeksi, pendarahan saat proses melahirkan, keguguran, kehamilan usia dini, malnutrisi intergenerasi. Kehamilan usia muda juga berkaitan dengan ketegangan, emosi negatif (misalnya, kemarahan, depresi dan frustrasi), dan pada gilirannya, koping maladaptif (misalnya, kenakalan dan penggunaan bahan terlarang)(8). Selain itu kehamilan usia dini memberikan kontribusi terjadinya outcome kehamilan yang buruk seperti lahirnya BBLR, stunting, IUGR(4)(9). Secara spesifik anak-anak yang lahir dari ibu remaja memiliki skor TB/U lebih rendah (perbedaan rata-rata -0.53 SD), BB/U (-0.40 SD), and BB/TB badan (-0.16 SD) daripada anak-anak yang lahir dari ibu dewasa (10).

Beberapa inovasi telah dilakukan untuk mencegah kehamilan usia dini, seperti edukasi remaja di sekolah, di masyarakat, kelompok sebaya, edukasi orang tua, kampanye, komunikasi perubahan perilaku dan lain sebagainya. Program Emping Jamil merupakan strategi komunikasi perubahan perilaku yang memberikan fasilitas kepada remaja untuk terlibat aktif melalui peningkatan pengetahuan, ketrampilan, dan pengalaman dengan memberikan pendampingan kepada ibu hamil melalui kunjungan rumah. Output dari program untuk mencegah kehamilan usia dini sehingga prevalensi stunting menurun. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan informasi secara mendalam mengenai implementasi program Emping Jamil melalui TFA.

METODE

Jenis penelitian dan analisis data

Penelitian ini adalah penelitian mix-method dengan desain kualitatif-kuantitatif. Penelitian kualitatif dilakukan dengan rapid assessment prosedur (RAP) melalui FGD dan in depth interview. Data kuantitatif dikumpulkan melalui dokumentasi laporan untuk mengetahui trend capaian indikator program, insiden kehamilan usia dini, dan prevalensi stunting.

Tempat dan waktu

Penelitian dilakukan di Desa Terong wilayah kerja Puskesmas Dlingo II, Kapanewon Dlingo, Kab Bantul, Yogyakarta. Desa Terong merupakan desa dengan prevalensi stunting paling tinggi dan kehamilan usia remaja tinggi di Yogyakarta. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Juli-Agustus 2022.

Cara pengumpulan data

Sumber data dalam penelitian ini adalah data primer dan sekunder. Data primer diperoleh dengan cara FGD kepada kelompok ibu hamil dan remaja masing-masing 10 orang serta in depth interview kepada kader, suami ibu hamil dan pamong desa. Semua informasi yang diperoleh direkam dengan recorder atas persetujuan informant. Sedangkan data sekunder diperoleh dengan cara desk review laporan dan dokumentasi kegiatan.

Cara analisis data

Data kuantitatif dianalisis dengan analisis trend, sedangkan data kualitatif dianalisis dengan content analisis secara manual dan transkripsi berdasarkan tema dan sub tema menurut teori Theoretical Framework of Acceptability (TFA). Informasi dikategorikan menurut tema sikap afektif, beban, etika, persepsi efektifitas, koherensi intervensi, biaya peluang, dan efikasi diri serta proses pendampingan.

Pertimbangan Etik

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik oleh Komisi Etik Poltekkes Kemenkes Kesehatan No. e-KEPK/POLKESYO/0522/VI/2022, 27 Juni 2022.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik informan

Informan FGD adalah remaja (12 orang), ibu hamil (12 orang) dan informan in-depth interview adalah kader, pamong dan pengelola program (8 orang) secara detail seperti pada Tabel 1.

Sedangkan informan indepth interview meliputi kader 2 orang, suami ibu hamil 2 orang, pamong desa/dusun/tokoh masyarakat 2 orang dan programmer kesehatan 2 orang.

Implementasi Program Inovasi Emping Jamil

Program Emping Jamil merupakan program inovasi promotif dan preventif untuk mencegah kehamilan usia dini berbasis pemberdayaan masyarakat. Sasaran kegiatan ini meliputi remaja, ibu hamil, orangtua, masyarakat, dan lintas sektor terkait. Setiap remaja yang tergabung dalam Emping Jamil mendapatkan pelatihan 1 minggu sekali selama 3 bulan tentang kesehatan reproduksi, gizi masa hamil, komplikasi kehamilan, kesehatan ibu hamil, dan kesehatan balita. Berbagai pembinaan dilakukan untuk menjamin keberlangsungan program, seperti pembinaan dan dukungan dari Dinas Kesehatan, dinas pendidikan, pemerintahan kecamatan, Puskesmas, desa, petugas kesehatan (bidan desa dan bidan coordinator), kader dan tokoh masyarakat. Trend capaian program Emping Jamil pada tahun 2016-2021 secara detail pada Gambar 1.

Insidens Kehamilan Usia Dini dan Prevalensi Stunting

Program Emping Jamil berhasil menurunkan incidence kehamilan usia dini, dari 14,3% pada tahun 2016 menjadi *zero incidence* pada tahun

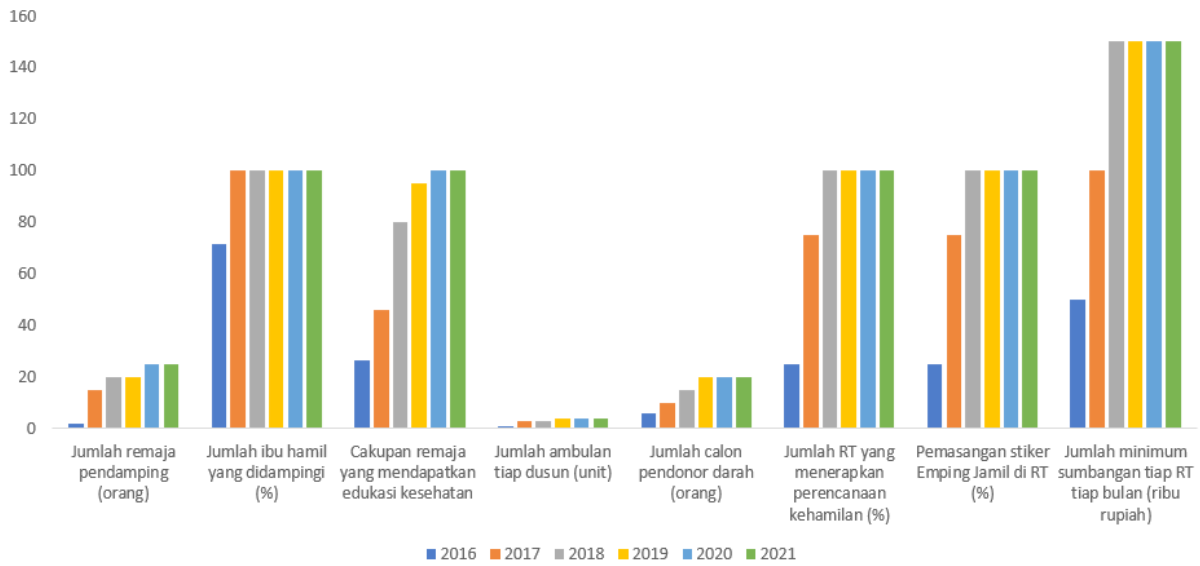
Tabel 1. Karakteristik informan

Karakteristik	Jumlah
FGD Remaja	
Usia (tahun)	
18- 19	2
20-25	8
26	2
Jenis kelamin	
Laki-laki	7
Perempuan	5
Pendidikan	
SMA/ sederajat	9
Sarjana	3
Pekerjaan	
Pelajar	2
Bekerja	10
Keterlibatan program	
1-4 tahun	2
≥5 tahun	10
FGD ibu hamil	
Usia (tahun)	
20-25	5
26-35	3
>35	4
Pekerjaan	
Petani/Buruh	4
Wiraswasta	2
Ibu Rumah Tangga	5
Karyawan	1
Pendidikan	
SMP	6
SMA	5
PT	1

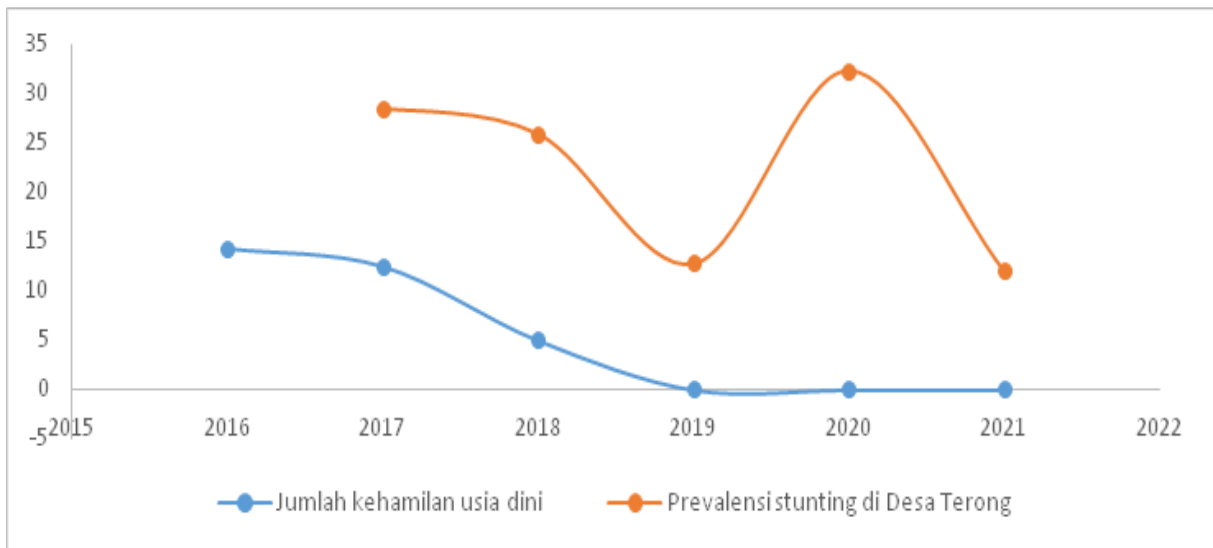
2021. Lebih jauh prevalensi stunting juga mengalami penurunan selama tahun 2016-2021 (Gambar 2).

Implementasi program Emping Jamil merupakan intervensi sensitive sekaligus intervensi spesifik. Intervensi sensitive meliputi kebersihan lingkungan, pemberantasan sarang nyamuk (PSN), peningkatan ekonomi melalui pengelolaan bank sampah, dan menurunkan risiko morbiditas. Sedangkan intervensi spesifik meliputi perbaikan gizi atau PMT pada ibu hamil, edukasi tentang ASI, PMBA, dan pendampingan sesuai dengan masalah kesehatan ibu hamil. Dalam beberapa studi dilaporkan bahwa sinergitas antar program intervensi akan meningkatkan outcome program(11–13). Selain itu intervensi penanggulangan stunting pada remaja memberikan peluang implementasi dan keberhasilan yang baik dalam waktu yang lebih lama(14).

Meskipun tidak dilakukan analisis dampak program Emping Jamil terhadap prevalensi stunting



Gambar 1. Capaian indikator program Emping Jamil tahun 2016-2021 di Desa Terong Kab Bantul, Yogyakarta



Gambar 2. Insiden Kehamilan Usia Dini dan Prevalensi Stunting balita di Desa Terong, Dlingo, Bantul pada Tahun 2016-2021

balita, namun penurunan incidence kehamilan usia dini yang tajam telah cukup memberikan alasan penurunan stunting. Studi terdahulu telah banyak membuktikan kehamilan remaja sebagai predictor kuat terjadinya kelahiran stunting balita, diantaranya adalah studi di India(15), Bangladesh(16), dan Indonesia(17). Kehamilan remaja menjadi penyebab kelahiran balita stunting melalui beberapa *pathway* antara lain kompetisi pemenuhan kebutuhan zat gizi untuk remaja yang sedang tumbuh dan berkembang dengan kebutuhan gizi janin(18), berat badan remaja putri yang rendah, pendidikan formal yang belum memadai,

faktor sosial ekonomi yang kurang menguntungkan, pengetahuan yang rendah, dan tingkat konsumsi remaja yang kurang adequate(19). Semua faktor tersebut memberikan kontribusi terhadap kejadian stunting yang cenderung permanen pada kehidupan selanjutnya serta potensi melahirkan stunting intergenerasi(20,21). Kehamilan usia muda meningkatkan risiko melahirkan bayi dengan tingkat mortalitas dan morbiditas yang tinggi, stunting, gangguan perkembangan dan dampak ini lebih parah jika remaja perempuan menikah dengan remaja laki-laki(22). Selain itu kehamilan usia remaja sering melahirkan bayi dengan

berat lahir rendah, padahal BBLR merupakan predictor kuat terjadinya stunting(21,23–25). Selain masalah kurang gizi intergenerasi, kehamilan di usia dini sering kali dikaitkan dengan kemiskinan intergenerasi. Hal ini dapat dijelaskan dari beberapa *pathway*, antara lain: 1) remaja yang hamil biasanya mengalami putus sekolah, sehingga tingkat pendidikannya rendah. 2) Pendidikan yang rendah membatasi remaja untuk memperoleh kesempatan mendapatkan pendidikan yang lebih tinggi dan berkualitas karena keterbatasan daya pikir dan kapasitasnya serta pengetahuan dan wawasan yang rendah 3) Pendidikan yang rendah biasanya dikaitkan dengan kesempatan mendapatkan pekerjaan yang layak terbatas, sehingga berdampak pada ekonomi keluarga, 4) ekonomi keluarga yang rendah menyebabkan pemilihan bahan pangan yang berkualitas untuk anaknya dan keluarganya terbatas, 5) konsumsi pangan sangat berkaitan dengan status gizi, utamanya pada kelompok rentan seperti balita, anak-anak, remaja dan ibu hamil 6) ekonomi keluarga yang rendah juga membatasi pemilihan sekolah, fasilitas kesehatan, fasilitas rekreasi, dan tempat tinggal yang memadai(26,27). Beberapa bukti tersebut telah cukup untuk mendorong pentingnya pencegahan kehamilan usia dini.

Penerapan program intervensi pada remaja Emping Jamil sesuai dengan Amanah Peraturan Presiden RI no 72 tahun 2021 tentang percepatan penurunan stunting yang menyatakan bahwa sasaran program tersebut meliputi remaja, calon pengantin, ibu hamil, Ibu menyusui dan balita(28). Remaja merupakan penduduk usia 10-19 tahun mempunyai peluang *second period window of opportunity*, masa kesempatan emas untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan baik pada masa remaja maupun di seluruh rentang kehidupannya(29). Masa remaja adalah masa yang amat penting karena; a)terdapat berbagai proses perubahan pada masa remaja, b) masa ini merupakan masa kritis berkaitan dengan pembentukan masa kehidupan selanjutnya termasuk masalah-masalah kesehatan yang mungkin terjadi, c) berbagai masalah kesehatan dan risiko penyakit tidak menular muncul pada masa remaja, d) menjadi prediksi masalah kesehatan di periode kehidupan selanjutnya di sepanjang hidup(15).

Dalam penelitian ini akseptabilitas program Emping Jamil dilaporkan menurut 3 pandangan kelompok informan, yaitu kelompok ibu hamil, remaja serta pendukung/support system (suami,

kader dan pamong). Secara detail terdapat 7 tema dan sub tema yang dikembangkan berdasarkan *theoretical framework analysis* yang biasa digunakan untuk menilai penerimaan program intervensi kesehatan(30). Secara detail pada Gambar 3.

Secara detail, informasi setiap tema sebagai berikut:

Tema 1. Sikap efektif

Sikap afektif merupakan suatu hal yang dirasakan oleh individu yang terlibat dalam program, meliputi perasaan, emosi, nilai, apresiasi dan motivasi(30). Program Emping Jamil memberikan perasaan nyaman bagi ibu hamil, merasa diperhatikan, didampingi, didengarkan keluh kesahnya, dibantu selingkungan, lebih tenang sehingga memperbaiki outcome kehamilan. Secara keseluruhan semua aspek masyarakat menerima program secara positif. Hal ini seperti pernyataan informan sebagai berikut :

“Saya merasa lebih siap dan percaya diri untuk selalu siaga menjadi pendamping ibu hamil. Memberi arahan dan pendampingan yang lebih bermanfaat untuk ibu hamil “(remaja, 26 tahun).

“Saya merasakan mendapat banyak manfaat yang positif, tahu fase kehamilan, lebih disiplin minum Fe dan tau gizi ibu untuk menjaga kesehatan ibu hamil” (Ibu hamil, 26 tahun)

Kader menambahkan bahwa pernyataan sebagai berikut :

“Kerja sama bidan, kader, karang taruna, dan ibu hamil menjadikan kita maju dan sehat bersama. Sebelumnya hanya kerja sama antar kader dan koordinasi dengan ibu bidan, dengan adanya Emping Jamil kegiatan karang taruna jadi aktif. Misal membantu PMT ibu hamil dan mendata calon pendonor darah serta menggalang dana masyarakat dari bank sampah dan donatur” (Kader, 42 tahun)

Tema 2. Beban

Beban diartikan sebagai jumlah upaya yang dirasakan perlu untuk berpartisipasi dalam intervensi seperti waktu, biaya, dan kognitif(30). Program Emping Jamil didukung dengan pembiayaan yang berasal dari pengelolaan bank sampah, dana masyarakat, dan Puskesmas serta dilakukan oleh tenaga pendamping remaja yang terlatih. Hal ini seperti pernyataan informan sebagai berikut:

“Program ini dapat berjalan dengan baik jika ada sumber daya yang memadai, SDM yang terlatih, dana yang cukup, dukungan pemerintah untuk memenuhi biaya operasional lapangan dan mencukupi kebutuhan



Gambar 3. Tema dan Sub-tema yang Diidentifikasi dari Hasil FGD dan In Depth Interview

ibu hamil untuk tetap sehat, dukungan masyarakat dan kerja sama dan kerja keras tim” (Remaja 19 tahun).

“Kami mengumpulkan sampah, memilah dan menjualnya. Hasil penjualan digunakan untuk mendukung program-program Emping Jamil” (Remaja, 20 tahun)

“Kegiatan ini bagus dan membutuhkan dukungan dana, selain itu pendataan dan pendampingan dengan kunjungan rumah perlu waktu dan komitmen remaja, kader dan ibu hamil yang dikunjungi”. (Kader, 46 tahun)

Tema 3. Etika

Etika diartikan sebagai sejauh mana intervensi memiliki kesesuaian yang baik dengan sistem nilai individu(30). Program Emping Jamil sangat linear dengan upaya pemerintah dalam mengatasi stunting melalui pencegahan kehamilan usia dini. Seperti pernyataan berikut :

“Semua yang bersangkutan dengan pelaksanaan program saling mendukung, baik suami, bu bidan, pamong”(Ibu hamil, 21 tahun)

“... tidak ada yang bertentangan, bahkan warga dengan sukarela menjadi calon pendonor dan mobilnya menjadi mobil ambulans desa yang sewaktu-waktu bisa digunakan untuk mengantarkan ibu hamil ke tempat layanan kesehatan”. Program ini sebagai strategi mengurangi kehamilan usia dini dan stunting balita (Pamong, 51 tahun)

Tema 4. Koherensi Inovasi

Koherensi intervensi adalah sejauh mana peserta memahami intervensi dan bagaimana intervensi bekerja(30). Hasil wawancara menunjukkan bahwa semua komponen masyarakat baik unsur remaja, ibu hamil, kader, pamong, dan masyarakat memahami program kerja emping. Seperti statement beberapa informan berikut:

“Di program ini kami melakukan kunjungan rumah kepada ibu hamil bersama dengan kader secara rutin 1 bulan sekali” (Remaja, 16 tahun).

“Sejauh ini cara kami bekerja menurut kami sudah solid, baik, dan ada Kerjasama antara remaja pendamping, keluarga ibu hamil, kader dan semua pihak. Metode ini sangat bagus, inovatif dan inspiratif“(Remaja, 18 tahun).

“Edukasi, Pemberian makanan tambahan dan kunjungan rumah ke kami menjadikan kami ibu hamil paham dan mengerti, serta merasa diperhatikan” (Ibu hamil 39 tahun).

Tema 5. Biaya Peluang

Biaya peluang didefinisikan sebagai sumber daya yang digunakan untuk membangun program dan manfaat yang diperoleh (30). Program

Emping Jamil ini adalah program pemberdayaan masyarakat yang berhasil menurunkan kehamilan usia dini. Seperti pernyataan berikut :

“Menurut saya setelah penerapan program ini angka kehamilan usia dini jauh berkurang” (Remaja, 20 tahun)

“Remaja mendapatkan pengalaman dari kami tentang bagaimana mengelola kehamilan, dan setau saya tidak ada lagi remaja yang hamil di usia dini” (Ibu Hamil, 26 tahun)

“Kehamilan remaja tidak ada lagi, stunting juga menurun” (Kader, 46 tahun)

Tema 6. Persepsi Efektivitas

Persepsi efektivitas merupakan persepsi keberhasilan masyarakat terhadap program intervensi(30). This study finding program Emping Jamil meningkatkan pengetahuan, pemahaman, persepsi remaja tentang kesehatan semasa kehamilan, dan meningkatkan kesejahteraan ibu hamil. Hal ini seperti pendapat informan berikut:

“Menurut saya program ini berhasil mendampingi ibu hamil sehingga derajat kesehatannya meningkat, mencegah hamil diluar nikah, edukasi hidup sehat dan menjaga asupan gizi ibu hamil, mengurangi angka stunting balita serta mencegah risiko kehamilan yang tidak sehat “(Remaja, 18 tahun).

“Program ini berjalan baik dan menurunkan risiko ancaman kesehatan ibu hamil dan bayinya”(Ibu Hamil, 24 tahun)

“Kalo dilihat dari data penurunan stunting dan pengurangan angka nikah dini menurut saya program ini cukup efektif dan berhasil” (Bidan, 46 tahun)

Tema 7. Efikasi Diri

Efikasi diri mencerminkan kepercayaan diri seseorang untuk terlibat dalam intervensi tersebut(30). Dalam penelitian ini, semua masyarakat memahami cara kerja dan peran masing-masing individu dalam mencegah kehamilan usia dini, seperti pernyataan berikut:

“Ya, setelah pelatihan dan turun bersama kader saya lebih percaya diri melakukan pendampingan kepada ibu hamil. Saat ini saya sudah bisa melakukan pendampingan sendiri ke ibu hamil jika kader berhalangan” (Remaja, 20 tahun)

“Program Emping Jamil meningkatkan kesadaran ibu hamil dalam hal memperhatikan dari awal kehamilan hingga nifas” (Ibu hamil, 29 tahun)

“Saya lihat remaja lebih percaya diri dalam melakukan pendampingan, meskipun terkadang mereka melakukan home visit ibu hamil bersama kader” (Bidan, 46 tahun)

Secara keseluruhan program Emping Jamil dapat diterima oleh remaja, ibu hamil, pamong maupun masyarakat keseluruhan. Program ini merupakan salah satu strategi komunikasi perubahan perilaku, yaitu proses interaktif dari setiap intervensi dengan individu, komunitas, dan/atau masyarakat untuk mempromosikan perilaku kesehatan, termasuk kampanye kesehatan masyarakat, pendidikan kesehatan dan antara petugas kesehatan dan masyarakat(31). Dalam beberapa program kesehatan, strategi perubahan perilaku telah dibuktikan berhasil meningkatkan praktik pemberian makanan pada balita di Ethiopia(32), praktik layanan PMBA, pertumbuhan dan perkembangan anak pada masa pandemic COVID-19 di Afrika Selatan (32) dan Bangladesh(33), menunda usia perkawinan, kehamilan usia dini serta meningkatkan retensi sekolah pada remaja di India(34).

Participants yang tergabung dalam program Emping Jamil merupakan remaja usia SMP, SMA hingga masa prakonsepsi. Masa remaja merupakan periode perkembangan yang unik namun sudah matang dengan peluang untuk upaya pencegahan dan intervensi untuk mencapai dan menjaga kesehatan dan perkembangan yang positif (35–38). Ditambahkan pula bahwa intervensi pada remaja untuk meningkatkan derajat kesehatan dan menurunkan prevalensi penyakit mempunyai keuntungan yang sangat tinggi(29) serta kemungkinan implementasinya dalam jangka lebih panjang(36). Untuk mengembangkan dan memberikan fondasi dalam hal kesehatan, remaja perlu didukung dengan informasi, edukasi, ketrampilan, peluang berpartisipasi, mendesain dan mendeliver intervensi untuk memperbaiki kesehatan mereka. Memperluas peluang tersebut adalah kunci untuk memenuhi kebutuhan dan hak-hak spesifik remaja(34). Sementara itu partisipan program pada periode prakonsepsi akan memberikan pengalaman yang luar biasa tentang kesehatan di masa hamil. Studi sebelumnya melaporkan bahwa kesehatan prakonsepsi penting utamanya perencanaan dan manajemen perilaku kesehatan pada masa prakonsepsi(39), meningkatkan derajat kesehatan ibu hamil dan balita, serta dalam jangka panjang mencegah terjadinya penyakit tidak menular (PTM) (39–41). Beberapa alasan pentingnya intervensi pada masa prakonsepsi adalah: 1) masa sebelum pembentukan embrio atau calon kehidupan baru, 2) masa penting saat seorang ibu menginginkan kehamilan yang sehat, dan 3) masa kritis untuk

mencegah risiko segala masalah kesehatan termasuk dampak lanjut dari malnutrisi kronis yang dialami ibu semasa hamil (40).

Hal yang penting dalam temuan riset ini adalah akseptabilitas program pada semua aspek masyarakat sebagai suatu kunci pokok yang harus dipertimbangkan dalam mendesain dan melakukan implementasi intervensi kesehatan(30). Telah dilaporkan oleh peneliti terdahulu bahwa berbagai hambatan dan tantangan akan dialami oleh seorang programmer kesehatan dalam upaya intervensi penanggulangan masalah kesehatan, namun penerimaan user terhadap program akan mendukung dan memudahkan capaian program(42). Dalam penelitian ini, program Emping Jamil telah diterima dengan baik oleh masyarakat baik dari sisi social maupun program intervensinya. Peneliti lain juga telah berhasil membuktikan keberhasilan inovasi program berbasis pemberdayaan masyarakat untuk menurunkan prevalensi stunting, misalnya pemberdayaan wanita dalam mengolah makanan untuk mencegah stunting balita di Kabupaten Kulon Progo-DIY (43), Pakem Nyengkuyung Penanganan Stunting (Payung Penting) dan Gerakan Ayah Peduli Hari Kehidupan Pertama (Gaya Puspaku) di Kabupaten Sleman(44), penanggulangan stunting terintegrasi dengan pencegahan COVID-19 di Kabupaten Gunung Kidul (45).

Keterbatasan Penelitian

Penelitian implementasi program Emping Jamil ini hanya melihat peran masyarakat madani dalam penurunan stunting, sementara itu masih terdapat sektor lainnya yang turut berkontribusi. Setting penelitian adalah di daerah rural, sehingga hasil bisa berbeda dengan karakteristik masyarakat dan wilayah yang berbeda.

KESIMPULAN DAN SARAN

Program Emping Jamil dapat diterima oleh semua masyarakat baik remaja, ibu hamil, masyarakat maupun programmer kesehatan. Capaian indikator program Emping Jamil mengalami peningkatan dari tahun ketahun, *zero incidence* kehamilan usia dini, dan penurunan prevalensi stunting. Selanjutnya program Emping Jamil baik dilakukan pada sasaran populasi dan area yang lebih luas sebagai strategi komunikasi perubahan perilaku pencegahan kehamilan usia dini pada remaja, peningkatan kesejahteraan ibu hamil dan penurunan prevalensi stunting.

KONFLIK INTEREST

Kami menyatakan tidak ada konflik kepentingan.

UCAPAN TERIMAKASIH

Kami mengucapkan terimakasih kepada BKKBN sebagai sponsor penelitian ini, Kepala Puskesmas Dlingo II, Ibu hamil, remaja, kader, pamong, bidan, petugas gizi dan surveyor yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Child Marriage [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 27]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/>
2. Republika. Angka Pernikahan Anak di Bawah Umur di DIY Masih Tinggi [Internet]. [cited 2022 Sep 27]. Available from: <https://www.republika.co.id/berita/rib8pd409/angka-pernikahan-anak-di-bawah-umur-di-diy-masih-tinggi>
3. Pertama PR. Pernikahan Dini di Bantul Melonjak 3 Tahun Terakhir, Ini Sebabnya [Internet]. www.detik.com. 2022 [cited 2022 Oct 9]. Available from: <https://www.detik.com/jateng/jogja/d-6036651/pernikahan-dini-di-bantul-melonjak-3-tahun-terakhir-ini-sebabnya>
4. WHO. Adolescent pregnancy [Internet]. WHO. 2022 [cited 2022 Oct 9]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
5. Tri Siswati, Bunga Astria Paramashanti, Yustiana Olfah HSK. Improving Adolescent Knowledge and Attitude toward the Intergenerational Cycle of Undernutrition through Audiovisual Education: Findings from RESEPIN Study in Yogyakarta, Indonesia. *Indian J community Med*. 2022;
6. Daruwaskita. Pandemi, Pernikahan Dini di Bantul Terus Meningkat [Internet]. [jogja.idtimes](http://jogja.idtimes.com). 2022 [cited 2022 Oct 9]. Available from: <https://jogja.idtimes.com/news/jogja/daruwaskita/pandemik-pernikahan-dini-di-bantul-terus-meningkat-c1c2>
7. Yuwono M. Kemenag Bantul Catat Pernikahan Dini Meningkat 3 Tahun Terakhir [Internet]. www.kompas.com. 2022 [cited 2022 Oct 9]. Available from: <https://yogyakarta.kompas.com/read/2022/04/18/150928678/kemenag-bantul-catat-pernikahan-dini-meningkat-3-tahun-terakhir>.
8. Walker D, Holtfreter K. Teen Pregnancy, Depression, and Substance Abuse: The Conditioning Effect of Deviant Peers. *Deviant Behav [Internet]*. 2021;42(3):297–312. Available from: <https://doi.org/10.1080/01639625.2019.1666610>
9. Paul P. Maternal Age at Marriage and Adverse Pregnancy Outcomes: Findings from the India Human Development Survey, 2011-2012. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2018;31(6):620–4.
10. Nguyen PH, Scott S, Neupane S, Tran LM, Menon P. Social, biological, and programmatic factors linking adolescent pregnancy and early childhood undernutrition: a path analysis of India's 2016 National Family and Health Survey. *Lancet Child Adolesc Heal*. 2019;3(7):463–73.
11. Fahmida U, Htet MK, Ferguson E, Do TT, Buanasita A, Titaley C, et al. Effect of an integrated package of nutrition behavior change interventions on infant and young child feeding practices and child growth from birth to 18 months: Cohort evaluation of the baduta cluster randomized controlled trial in east Java, Indonesia. *Nutrients*. 2020;12(12):1–16.
12. Abdullahi LH, Rithaa GK, Muthomi B, Kyallo F, Ngina C, Hassan MA, et al. Best practices and opportunities for integrating nutrition specific into nutrition sensitive interventions in fragile contexts: a systematic review. *BMC Nutr*. 2021;7(1):1–17.
13. Gani AA, Hadju V, Syahrudin AN, Otuluwa AS, Palutturi S, Thaha AR. The effect of convergent action on reducing stunting prevalence in under-five children in Banggai District, Central Sulawesi, Indonesia. *Gac Sanit*. 2021;35:S421–4.
14. Kim T KJ. Linking adolescent future expectations to health in adulthood: Evidence and mechanisms. *Soc Sci Med*. 2020;263:113282.
15. Dorn LD, Hostinar CE, Susman EJ, Pervanidou P. Conceptualizing Puberty as a Window of Opportunity for Impacting Health and Well-Being Across the Life Span. *J Res Adolesc*. 2019;29(1):155–76.
16. Haque MA, Wahid BZ, Tariqujjaman M, Khanam M, Farzana FD, Ali M, et al. Stunting Status of Ever-Married Adolescent Mothers and Its Association with Childhood Stunting with a Comparison by Geographical Region in Bangladesh. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(11).
17. Simbolon D, Jumiyati J, Ningsih L, Riastuti F. Is there a Relationship Between Pregnant Women's Characteristics and Stunting Incidence In Indonesia? *J Kesehat Masy*. 2021;16(3):331–9.

18. Wallace JM. Competition for nutrients in pregnant adolescents: consequences for maternal, conceptus and offspring endocrine systems. *J Endocrinol.* 2019;242(1):T1–19.
19. Nguyen P, Scott S, Khuong L, Pramanik P, Ahmed A, Afsana K, et al. Why Are Adolescent Mothers More likely to Have Stunted and Underweight Children Than Adult Mothers? A Path Analysis Using Data from 30,000 Bangladeshi Mothers, 1996–2014. *Curr Dev Nutr.* 2020;4(Supplement_2):1463.
20. Khatun W, Rasheed S, Alam A, Huda TM, Dibley MJ. Assessing the intergenerational linkage between short maternal stature and under-five stunting and wasting in Bangladesh. *Nutrients.* 2019;11(8).
21. Orellana JDY, Gatica-Domínguez G, Vaz JDS, Neves PAR, de Vasconcellos ACS, Hacon S de S, et al. Intergenerational association of short maternal stature with stunting in yanomami indigenous children from the brazilian amazon. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(17):1–14.
22. Cameron L, Contreras Suarez D, Wiecekiewicz S. Child marriage: using the Indonesian family life survey to examine the lives of women and men who married at an early age. *Review of Economics of the Household.* Springer US; 2022.
23. Rahman MS, Howlader T, Masud MS, Rahman ML. Association of low-birth weight with malnutrition in children under five years in Bangladesh: Do mother's education, socio-economic status, and birth interval matter? *PLoS One.* 2016;11(6).
24. Aryastami NK, Shankar A, Kusumawardani N, Besral B, Jahari AB, Achadi E. Low birth weight was the most dominant predictor associated with stunting among children aged 12-23 months in Indonesia. *BMC Nutr.* 2017;3(1):1–7.
25. Siswati T. Risk Factors for Stunting and Severe Stunting among under Five Years Children in Rural Areas in Indonesia. *Int J Sci Res.* 2019;8(11):1635–40.
26. Farooq MU, Rafique MZ, Shah MAR. The effects of mother education and intervening mechanisms on rural-urban child stunting: evidence from Pakistan. *Rev Pan-Amazônica Saúde.* 2019;10(0):1–10.
27. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep.* 2014;129(Suppl2):19–31.
28. Presiden RI. Peraturan Presiden RI No 72 tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting. Jakarta, Indonesia; 2021 [cited 2022 Feb 20]. Available from: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/174964/perpres-no-72-tahun-2021>
29. Sparrow R, Agustina R, Bras H, Sheila G, Rieger M, Yumna A, et al. Adolescent Nutrition—Developing a Research Agenda for the Second Window of Opportunity in Indonesia. *Food Nutr Bull.* 2021;42(1_suppl):S9–20.
30. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of healthcare interventions: An overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):1–13.
31. Ngigi S, Busolo DN. Behaviour Change Communication in Health Promotion: Appropriate Practices and Promising Approaches. *Int J Innov Res Dev.* 2018;7(9).
32. Workicho A, Biadgilign S, Kershaw M, Gizaw R, Stickland J, Assefa W, et al. Social and behaviour change communication to improve child feeding practices in Ethiopia. *Matern Child Nutr.* 2021;17(4):1–10.
33. Hoddinott J, Ahmed A, Karachiwalla NI, Roy S. Nutrition behaviour change communication causes sustained effects on IYCN knowledge in two cluster-randomised trials in Bangladesh. *Matern & Child Nutr.* 2018;14(1):e12498.
34. Mehra D, Sarkar A, Sreenath P, Behera J, Mehra S. Effectiveness of a community based intervention to delay early marriage, early pregnancy and improve school retention among adolescents in India. *BMC Public Health.* 2018;18(1):1–13.
35. Salam. Adolescent Health Interventions: Conclusions, Evidence Gaps, and Research Priorities.
36. WHO. Adolescent health and development. 2020; Available from: <https://www.who.int/philippines/news/q-a-detail/adolescent-health-and-development>
37. Liang M, Simelane S, Fortuny Fillo G, Chalasani S, Weny K, Salazar Canelos P, et al. The State of Adolescent Sexual and Reproductive Health. *J Adolesc Heal.* 2019;65(6):S3–15.
38. Bundy DAP, de Silva N, Horton S, Patton GC, Schultz L, Jamison DT, et al. Investment in child and adolescent health and development: key messages from Disease Control Priorities, 3rd Edition The Lancet. *Lancet.* 3rd ed. 2018;391(10121):687 – 699.

39. Stephenson J. Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *Lancet*. 391(ue 10132).
40. Bell Z, Scott S, Visram S, Rankin J, Bamba C, Heslehurst N. Experiences and perceptions of nutritional health and wellbeing amongst food insecure women in Europe: A qualitative meta-ethnography. *Soc Sci Med*. 2022;311:115313.
41. Hill B, Skouteris H, Teede HJ, Bailey C, Baxter J-AB, Bergmeier HJ, et al. Health in Preconception, Pregnancy and Postpartum Global Alliance: International Network Preconception Research Priorities for the Prevention of Maternal Obesity and Related Pregnancy and Long-Term Complications. *J Clin Med*. 2019;8(12).
42. Russo S, Jongerius C, Faccio F, Pizzoli SFM, Pinto CA, Veldwijk J, et al. Understanding Patients' Preferences: A Systematic Review of Psychological Instruments Used in Patients' Preference and Decision Studies. *Value Heal*. 2019;22(4):491–501.
43. Sabrina Nur Afyati, I Made Alit Gunawan, Tri Siswati. Pemberdayaan Perempuan Melalui Pelatihan Pengolahan Makanan Untuk Mengatasi Stunting Di Daerah Perdesaan. 2022;XX:5617.
44. Asmaripa Ainy dan Yuni Masrona. Implementasi program inovasi “payung penting” dan “gaya puspaku” di puskesmas pakem, kabupaten sleman. *J Kebijak Kesehat Indones*. 2021;10(04):203–8.
45. Siswati T, Endah Widyawati H, Khoirunissa S, Subaris Kasjono H, Studi Gizi P, Studi Sanitasi P, et al. Literasi Stunting pada Masa Pandemi Covid-19 untuk Ibu Balita dan Kader Posyandu Desa Umbulrejo Kapanewon Ponjong Kabupaten Gunung Kidul. *J ABDINUS J Pengabdian Nusant*. 2021;4(2):407–16.

ANALISIS KESIAPSIAGAAN MANAJEMEN KEGAWATDARURATAN DAN BENCANA BERDASARKAN HOSPITAL SAFETY INDEX (HSI) PAHO/WHO DI RS DKT DR. SOETARTO YOGYAKARTA

ANALYSIS OF EMERGENCY AND DISASTER MANAGEMENT PREPAREDNESS BASED ON THE PAHO/WHO HOSPITAL SAFETY INDEX (HSI) AT RS DKT DR. SOETARTO YOGYAKARTA

Krisnawati Gulo¹

¹Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan
Universitas Gadjah Mada
JI Farmako Sekip Utara, Yogyakarta 55281 Indonesia
Email: krisnawatigulo@mail.ugm.ac.id

Tanggal submisi: 4 November 2022; Tanggal penerimaan: 26 Desember 2022

ABSTRAK

Latar Belakang : Kejadian bencana (*event*) hampir dapat menimbulkan krisis kesehatan termasuk menyebabkan tidak berfungsinya pelayanan kesehatan. *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction (2015-2030)* melanjutkan paradigma *Hyogo Framework for Action (2005-2015)* dari Penanggulangan Bencana ke Pengurangan Risiko Bencana (PRB). Kunci untuk setiap keberhasilan menguasai krisis adalah dipersiapkan dengan baik. Kesiapsiagaan atau *preparedness* adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan untuk mengantisipasi bencana melalui pengorganisasian serta melalui langkah yang tepat guna dan berdaya guna. Kesiapsiagaan rumah sakit tertuang dalam *Hospital Disaster Plan (HDP)*. Mengukur tingkat keselamatan rumah sakit dalam situasi bencana penting untuk mengurangi risiko di bidang kesehatan. Tujuan rumah sakit aman adalah RS tidak terlalu rentan tetapi lebih aman dan lebih siap menghadapi keadaan darurat dan bencana. Salah satu instrumen penilaian dalam dokumen (HDP) adalah *Hospital Safety Index (HSI) assessment* dan bisa dilakukan secara mandiri (*self assessment*). Penilaian dalam HSI termasuk modul 4 atau Manajemen Kegawatdaruratan dan Bencana yang menilai koordinasi aktivitas manajemen kegawatdaruratan dan bencana; perencanaan penanggulangan bencana rumah sakit; manajemen informasi dan komunikasi; sumber daya manusia; logistik dan keuangan; layanan pasien dan layanan penunjang; serta evakuasi, dekontaminasi dan sistem keamanan. Salah satu institusi yang selalu dilibatkan dalam upaya pelayanan kesehatan pada kejadian krisis kesehatan adalah TNI dan RS DKT Dr. Soetarto Yogyakarta termasuk rumah sakit umum yang dinaungi oleh TNI AD dan sudah terakreditasi SNARS Edisi 1 Utama pada tahun 2019, sudah memiliki Struktur Kewaspadaan Bencana namun belum memiliki kebijakan penanggulangan bencana yang tertuang dalam dokumen *Hospital Disaster Plan (HDP)* sehingga kesiapan RS menghadapi bencana belum memadai.

Tujuan : Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi level kesiapsiagaan, kapasitas, kendala dan hambatan dalam manajemen kegawatdaruratan dan bencana pada RS DKT Dr. Soetarto Kota Yogyakarta Provinsi DIY sesuai dengan *Hospital Safety Index (HSI)* serta solusi yang mungkin bisa diterapkan.

Metode : Penelitian ini merupakan penelitian kombinasi (*mixed-methods research*) dengan *sequential explanatory design*. Pengumpulan data dilakukan secara kuantitatif dan kualitatif. Data primer menggunakan *self-assessment Hospital Safety Index (HSI) checklist* yang dilakukan rumah sakit dan penilaian HSI oleh evaluator melalui pedoman wawancara kelompok terfokus (*focus group discussion*), observasi, dan inspeksi. Data sekunder menggunakan dokumen pendukung penanggulangan bencana rumah sakit. Analisis data menggunakan *Framework-Analysis*.

Hasil : Dr. Soetarto Yogyakarta setelah dinilai oleh RS dan peneliti adalah B dengan penilaian oleh RS memiliki indeks keamanan 0,43 dan indeks kerentanan 0,57, dan penilaian oleh peneliti memiliki indeks keamanan 0,65 dan indeks kerentanan 0,35.

Kesimpulan : Fasilitas kesehatan dinilai dapat bertahan pada situasi bencana, tetapi peralatan dan pelayanan penting lainnya berada dalam risiko. Ini juga berarti bahwa tindakan perbaikan diperlukan dalam jangka pendek. Status kesiapsiagaan cukup memadai tetapi masih berpotensi gagalnya fungsi rumah sakit dalam merespon bencana.

Kata Kunci : Kesiapsiagaan, indeks keamanan rumah sakit, HSI PAHO/WHO, manajemen kegawatdaruratan dan bencana

ABSTRACT

Background : *Disaster events (events) can almost cause a health crisis, including causing health services to malfunction. The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction (2015-2030) continues the paradigm of the Hyogo Framework for Action (2005-2015) from Disaster Management to Disaster Risk Reduction (DRR). The key to any successful crisis mastery is to be well prepared. Preparedness is a series of activities carried out to anticipate disasters through organizing and through appropriate and efficient steps. Hospital preparedness is stated in the Hospital Disaster Plan (HDP). Measuring the level of hospital safety in disaster situations is important to reduce risks in the health sector. The goal of a safe hospital is that the hospital is less vulnerable but safer and more prepared to deal with emergencies and disasters. One of the assessment instruments in the document (HDP) is the Hospital Safety Index (HSI) assessment and can be done independently (self-assessment). Assessments in HSI include module 4 or Emergency and Disaster Management which assesses the coordination of emergency and disaster management activities; hospital disaster management planning; information and communication management; human Resources; logistics and finance; patient services and support services; and evacuation, decontamination and security systems. One of the institutions that*

is always involved in health service efforts in the event of a health crisis is the TNI and Dr. DKT Hospital. Soetarto Yogyakarta is a public hospital under the auspices of the Indonesian Army and has been accredited with SNARS Edition 1 Main in 2019, already has a Disaster Alert Structure but does not yet have a disaster management policy as stated in the Hospital Disaster Plan (HDP) document so that the hospital's readiness to face disasters is not adequate. .

Objective : This study aims to explore the level of preparedness, capacity, constraints and obstacles in emergency and disaster management at Dr. DKT Hospital. Soetarto, Yogyakarta City, DIY Province, according to the Hospital Safety Index (HSI) and possible solutions.

Methods : This research is a combination research (mixed-methods research) with sequential explanatory design. Data collection was carried out quantitatively and qualitatively. The primary data used the self-assessment Hospital Safety Index (HSI) checklist conducted by the hospital and the evaluation of the HSI by the evaluator through focus group discussion, observation, and inspection guidelines. Secondary data uses hospital disaster management supporting documents. Data analysis using Framework-Analysis.

Result : Dr. Soetarto Yogyakarta after being assessed by the hospital and researchers was B with an assessment by the hospital having a security index of 0.43 and a vulnerability index of 0.57, and an assessment by researchers having a security index of 0.65 and a vulnerability index of 0.35.

Conclusion : Health facilities are considered to be able to withstand disaster situations, but equipment and other essential services are at risk. It also means that corrective action is needed in the short term. The state of preparedness is adequate but there is still the potential for the hospital's function to fail in responding to disasters.

Keywords: Preparedness, hospital safety index, HSI PAHO/WHO, emergency and disaster management.

PENDAHULUAN

Hampir semua kejadian bencana (*event*) dipastikan menimbulkan krisis kesehatan seperti korban jiwa, luka-luka, pengungsi dan terganggunya masalah kesehatan, ketersediaan air bersih, sanitasi, kesehatan lingkungan, gizi, kesehatan jiwa serta lumpuhnya pelayanan kesehatan seperti rumah sakit.¹ *World Risk Report* pada tahun 2016 menetapkan Indonesia sebagai negara dengan tingkat risiko bencana tinggi. Risiko Indonesia semakin tinggi karena tingginya tingkat keterpaparan (*exposure*) dan kerentanan (*vulnerability*) terhadap bencana.² Dampak bencana selain menimbulkan korban juga menyebabkan kerusakan pada sarana pelayanan masyarakat termasuk fasilitas pelayanan kesehatan (*fasyankes*). Fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit masih rentan baik secara fisik/struktur, non struktur dan kesiapsiagaan fungsi manajemen.³ Berdasarkan data dari Badan Penanggulangan Bencana Daerah Provinsi DIY, Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) termasuk wilayah rawan bencana di Indonesia,⁴ dengan memiliki indeks risiko 140.92 dan masuk dalam kategori sedang.⁵

Sendai Framework for Disaster Risk Reduction (2015-2030) melanjutkan paradigma *Hyogo Framework for Action* (2005-2015) dari Penanggulangan Bencana ke Pengurangan Risiko Bencana atau PRB.⁶ Sesuai dengan SFDRR maka perlu dilakukan upaya pengurangan risiko yang harus diutamakan, yaitu dengan cara pencegahan, mitigasi dan kesiapsiagaan.⁷ Penting untuk mengukur tingkat keselamatan rumah sakit dalam situasi bencana untuk mengurangi risiko di bidang kesehatan. Kesiapsiagaan rumah sakit tertuang dalam *hospital disaster plan* atau HDP.⁸

Salah satu komponen yang tercantum dalam HDP adalah instrumen untuk menilai kesiapan rumah sakit menghadapi bencana secara komprehensif yang digunakan secara global dan nasional dengan melakukan *Hospital Safety Index* (HSI) *assessment* dan bisa dilakukan secara mandiri (*self assessment*). HSI merupakan alat pengkajian rumah sakit aman yang digunakan yang sangat penting untuk bergerak lebih dekat ke tujuan rumah sakit yang tidak terlalu rentan tetapi lebih aman dan lebih siap menghadapi keadaan darurat dan bencana. Salah satu penilaian dalam HSI adalah menilai modul 4 atau Manajemen kegawatdaruratan dan bencana.⁹

Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada bulan Mei 2022, RS Dr. Soetarto belum memiliki dokumen *Hospital Disaster Plan* (HDP) yang sudah diperbaharui sehingga menjadi pedoman atau dasar untuk operasional yang berisi potensi bencana yang dihadapi rumah sakit, aktivasi sistem komando, prosedur penanganan bencana, fasilitas saat bencana, dan alur komunikasi. HDP ini merupakan dokumen yang bersifat hidup atau *update* dan menjadi satu sistem untuk memenuhi kebutuhan menuju *Safe Hospital* yang dapat digunakan dalam keadaan krisis kesehatan sehari-hari di rumah sakit.¹⁰ Menarik untuk melanjutkan penelitian kesiapsiagaan rumah sakit di DIY pada rumah sakit-rumah sakit yang belum pernah diteliti, khususnya pada rumah sakit kepolisian dan militer yang harapannya sudah terbiasa dengan upaya kesiapsiagaan dan rantai komando koordinasi. Salah satu rumah sakit kepolisian dan militer yang belum memiliki dokumen kesiapsiagaan atau HDP dan belum pernah ada penelitian adalah RS DKT Dr. Soetarto padahal rumah sakit ini menjadi

salah satu rumah sakit rujukan dalam penanganan penyakit Covid 19.¹¹

Pada beberapa kejadian besar di Indonesia, komando langsung dipegang oleh TNI karena TNI sudah terbiasa dengan sistem komando dalam penanggulangan bencana. Rumah sakit DKT Dr. Soetarto merupakan RS di bawah naungan TNI AD yang dalam pengambilan keputusannya mengikuti rantai komando. Sebagai sebuah struktur organisasi mesin (*machine bureaucracy*) dengan adanya kontrol (pengendalian) dan pengawasan yang sangat kuat, kondisi yang cocok untuk institusi seperti ini adalah lingkungan yang stabil dan sederhana.¹² Namun, kejadian bencana adalah kejadian di luar kontrol dan tidak dapat diperkirakan waktunya. RS harus menghadapi perubahan situasi dari kondisi normal ke bencana dan pihak manajemen RS harus bisa mengantisipasi hal ini. Apakah RS TNI AD mempunyai kesiapan dalam menghadapi dan menanggulangi bencana dan bagaimana kesiapan RS untuk menghadapi berbagai potensi bencana? Berdasarkan uraian di atas, penelitian ini memfokuskan pengkajian kesiapsiagaan manajemen kegawatdaruratan dan bencana untuk membantu rumah sakit mengukur dan menganalisis kesiapsiagaan rumah sakit dalam menghadapi bencana dengan menggunakan instrumen HSI modul 4 sehingga dapat menjadi data dasar pengambilan kebijakan penanggulangan kebencanaan di RS DKT Dr. Soetarto Yogyakarta.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian *mixed-methods* (kombinasi) dengan *sequential explanatory design*. Desain penelitian ini menggabungkan metode penelitian kuantitatif dan kualitatif secara berurutan (serial), dimana pada tahap pertama penelitian dilakukan dengan menggunakan metode kuantitatif dan pada tahap kedua dilakukan dengan metode kualitatif.¹³ Penilaian level kesiapsiagaan manajemen kegawatdaruratan dan bencana (Modul 4) HSI PAHO/WHO RS terlebih dahulu dilakukan secara mandiri (*self assessment*) oleh Rumah Sakit DKT Dr. Soetarto Yogyakarta, kemudian dilanjutkan dengan penilaian HSI RS oleh peneliti dengan menggunakan panduan penilaian HSI PAHO/WHO yang peneliti adaptasi dari dokumen *Hospital Safety Index (HSI) PAHO/WHO: Guide for Evaluators* tahun 2019. Penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* dengan menggunakan pertimbangan dan alasan tertentu yaitu dengan memilih responden penelitian yang tergabung dalam Tim Pengawas Manajemen

Fasilitas (MFK) RS sesuai Surat Perintah No : Sprin/ 07/ I/ 2022. Variabel yang diidentifikasi dari modul 4 HSI yang diteliti terdiri dari 7 (tujuh) sub modul yaitu : koordinasi aktivitas manajemen kegawatdaruratan dan bencana; perencanaan penanggulangan bencana rumah sakit; manajemen informasi dan komunikasi ; sumber daya manusia ; logistik dan keuangan ; layanan pasien dan layanan pendukung ; evakuasi, dekontaminasi dan sistem keamanan. Analisis data penelitian *mixed-methods* dapat dilakukan secara konkuren (bersamaan) atau sekuensial (berurutan). Data kuantitatif dianalisis dengan menghitung indeks kesiapsiagaan manajemen kegawatdaruratan dan bencana (modul 4) yang terdiri dari 7 sub modul dan 40 item. Level kesiapsiagaan dibagi menjadi tiga, yaitu rendah, sedang dan tinggi. Indeks Kesiapsiagaan dihitung dengan menggunakan kalkulator HSI dari WHO. Setelah didapatkan hasil indeks level kesiapsiagaan manajemen kegawatdaruratan dan bencana rumah sakit, maka dilanjutkan dengan analisis data kualitatif yang didapatkan oleh peneliti dari wawancara kelompok terfokus (*focus group discussion*), observasi, inspeksi dan telaah dokumen, untuk membandingkan data yang diperoleh serta mengeksplorasi kendala, hambatan, solusi, dan rencana rekomendasi kebijakan. Teknik analisis data yang digunakan adalah *framework analysis*.

HASIL

Tabel berikut menunjukkan perbandingan penilaian indeks keamanan (*safety index*) modul 4 yaitu modul yang menilai manajemen kegawatdaruratan dan bencana RS dengan perhitungan kalkulator HSI PAHO/WHO. Penilaian HSI oleh RS menunjukkan hasil indeks keamanan sebesar 0,43 dan indeks kerentanan sebesar 0,57 sedangkan penilaian HSI oleh peneliti menunjukkan hasil indeks keamanan RS sebesar 0,65 dan indeks kerentanan sebesar 0,35. Penilaian status fasilitas kesehatan oleh RS dan peneliti adalah B yang berarti fasilitas kesehatan dinilai dapat bertahan pada situasi bencana, tetapi peralatan dan pelayanan penting lainnya berada dalam risiko.

Selanjutnya tabel 2 menunjukkan perbandingan tingkat keamanan (level kesiapsiagaan) per sub modul HSI modul 4 (modul manajemen kegawatdaruratan dan bencana) yang terdiri dari 7 (tujuh) sub modul penilaian HSI oleh RS dengan penilaian HSI oleh peneliti dimana hasil penilaian ada yang berbeda dan ada yang sama.

Tabel 1. Perbandingan Penilaian Indeks Keamanan (Safety Index) dengan Perhitungan Kalkulator HSI PAHO/WHO oleh Penilaian Mandiri RS dengan Penilaian oleh Peneliti

Modul	Hospital Safety Index (HSI) Self Assessment (Penilaian HSI oleh RS)			HSI Assessment by Evaluator (Penilaian HSI oleh Peneliti)		
	Indeks Keamanan	Indeks Kerentanan	Status Fasilitas Kesehatan	Indeks Keamanan	Indeks Kerentanan	Status Fasilitas Kesehatan
Manajemen Kegawat-daruratan dan Bencana (Modul 4)	0,43	0,57	B	0,65	0,35	B

Tabel 2. Level Kesiapsiagaan Sub Modul 4 HSI Penilaian HSI oleh RS dan Penilaian HSI oleh Peneliti

No	Modul 4 Hospital Safety Index (HSI) PAHO/WHO: Manajemen Kegawatdaruratan dan Bencana	Hospital Safety Index (HSI) Self Assessment (Penilaian HSI oleh RS)			HSI Assessment by Evaluator (Penilaian HSI oleh Peneliti)			Keterangan (Sama/ Berbeda)
		Tingkat Keamanan			Tingkat Keamanan			
Sub Modul 4.1 (Koordinasi Aktivitas Manajemen Kegawatdaruratan dan Bencana)		Rendah	Sedang	Tinggi	Rendah	Sedang	Tinggi	
1.	Ketersediaan Komite Bencana dan Kegawatdaruratan RS.		v			v		Sama
2.	Tanggung Jawab anggota komite dan <i>training</i> .		v			v		Sama
3.	Koordinator manajemen kegawatdaruratan dan bencana.			v		v		Berbeda
4.	Program persiapan untuk menguatkan kesiapsiagaan, respon dan <i>recovery</i> .		v			v		Sama
5.	Sistem manajemen insiden RS.			v		v		Sama
6.	<i>Emergency Operation Center (EOC)</i> .			v		v		Sama
7.	Mekanisme Koordinasi dan pengaturan kerja sama dengan jaringan layanan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana lokal.		v			v		Berbeda
8.	Mekanisme koordinasi dan pengaturan kerja sama dengan jaringan pelayanan kesehatan.			v		v		Sama
Sub Modul 4.2 (Perencanaan Penanggulangan Bencana Rumah Sakit)		Rendah	Sedang	Tinggi	Rendah	Sedang	Tinggi	
1.	Perencanaan Respon Bencana atau Kegawatdaruratan RS.			v		v		Berbeda
2.	Sub Perencanaan tentang Spesifikasi Bahaya di RS.		v			v		Sama
3.	SOP Aktivasi dan Deaktivasi Perencanaan.		v				v	Berbeda
4.	Latihan, evaluasi dan koreksi pelaksanaan perencanaan respon bencana dan kegawatdaruratan RS.		v				v	Berbeda
5.	Perencanaan Pemulihan RS.		v			v		Berbeda
Sub Modul 4.3 (Manajemen Informasi dan Komunikasi)		Rendah	Sedang	Tinggi	Rendah	Sedang	Tinggi	
1.	Komunikasi internal dan eksternal dalam kegawatdaruratan dan bencana.		v			v		Berbeda
2.	Direktori (Daftar file/berkas) <i>stakeholder</i> eksternal.		v			v		Sama
3.	Prosedur komunikasi dengan publik dan media.			v		v		Berbeda
4.	Manajemen Informasi Pasien.		v			v		Berbeda
Sub Modul 4.4 (Sumber Daya Manusia)		Rendah	Sedang	Tinggi	Rendah	Sedang	Tinggi	
1.	Daftar kontak staf di RS.			v			v	Sama
2.	Ketersediaan Staf.		v			v		Sama
3.	Mobilisasi dan rekrutmen staf selama keadaan darurat atau bencana.			v			v	Sama
4.	Pembagian tugas staf untuk tanggap darurat dan pemulihan RS.		v				v	Berbeda
5.	Kesejahteraan staf rumah sakit selama bencana.		v				v	Berbeda

Sub Modul 4.5 (Logistik dan Keuangan)		Rendah	Sedang	Tinggi	Rendah	Sedang	Tinggi	
1.	Kesepakatan dengan supplier dan vendor lokal dalam keadaan darurat dan bencana.		v			v		Sama
2.	Ketersediaan transportasi seperti ambulans dan kendaraan lain selama keadaan darurat dan bencana.		v				v	Berbeda
3.	Ketersediaan pasokan makanan dan air selama bencana.		v				v	Berbeda
4.	Sumber daya keuangan dan mekanisme prosedur untuk mengakses dana darurat selama keadaan kegawatdaruratan dan bencana.		v		v			Berbeda
Sub Modul 4.6 (Layanan Pasien dan Layanan Pendukung)		Rendah	Sedang	Tinggi	Rendah	Sedang	Tinggi	
1.	Keberlanjutan pelayanan kritis dan kegawatdaruratan.		v				v	Berbeda
2.	Keberlanjutan pelayanan klinik esensial pendukung.		v				v	Berbeda
3.	Perluasan ruangan yang dapat digunakan untuk korban massal.		v				v	Berbeda
4.	Triase untuk kegawatdaruratan mayor dan bencana.		v				v	Berbeda
5.	Triase tag dan suplai logistik lainnya untuk insiden massal (<i>Mass Casualty Incident/MCI</i>).		v				v	Berbeda
6.	Sistem rujukan, transfer dan penerimaan pasien.	v					v	Berbeda
7.	Surveilans infeksi, pencegahan dan prosedur pengendalian.			v			v	Sama
8.	Pelayanan Psikososial.	v					v	Berbeda
9.	Prosedur Post Mortem pada insiden fatal (insiden kematian massal).	v			v			Sama
Submodul 4.7 (Evakuasi, Dekontaminasi dan Sistem Keamanan)		Rendah	Sedang	Tinggi	Rendah	Sedang	Tinggi	
1.	Perencanaan Evakuasi.			v			v	Sama
2.	Dekontaminasi dari bahaya kimia dan radiologi.			v			v	Sama
3.	APD dan isolasi untuk penyakit infeksi dan epidemik.	v				v		Berbeda
4.	Prosedur Keamanan dan kegawatdaruratan.		v			v		Sama
5.	Keamanan jaringan sistem komputer.		v				v	Berbeda
Jumlah		5	24	11	3	18	19	

Hasil tabulasi otomatis kalkulator HSI PAHO/WHO penilaian HSI RS oleh peneliti ditunjukkan dalam tabel 3.

PEMBAHASAN

Level Kesiapsiagaan Manajemen Kegawatdaruratan dan Bencana Rumah Sakit DKT Dr. Soetarto

Indeks kesiapsiagaan manajemen kegawatdaruratan dan bencana Rumah Sakit TK. III 04.06.03 Dr. Soetarto Yogyakarta setelah dinilai oleh RS dan peneliti adalah B yang berarti fasilitas kesehatan dinilai dapat bertahan pada situasi bencana, tetapi peralatan dan pelayanan penting lainnya berada dalam risiko. Ini juga berarti

bahwa tindakan perbaikan diperlukan dalam jangka pendek. Status kesiapsiagaan cukup memadai tetapi masih berpotensi gagal fungsi rumah sakit dalam merespon bencana.

Manajemen Kegawatdaruratan dan Bencana Rumah Sakit DKT Dr. Soetarto sesuai HSI PAHO/WHO

Koordinasi aktivitas manajemen kegawatdaruratan dan bencana

Rumah Sakit DKT Dr. Soetarto Yogyakarta mempunyai level sedang untuk setiap item sub modul 4.1. Sebagai rumah sakit berbasis komando, RS DKT Dr. Soetarto mempunyai mekanisme koordinasi dan pengaturan kerja

Tabel 3. Tabulasi Otomatis Modul 4 *Hospital Safety Index* oleh Peneliti

Manajemen Kegawatdaruratan dan Bencana (Modul 4)	Jumlah Butir			Bobot Kontribusi Terhadap Modul (%)			Total
	Rendah	Sedang	Tinggi	Rendah	Sedang	Tinggi	
Sub Modul 4							
4.1 Koordinasi Aktivitas Manajemen Kegawatdaruratan dan Bencana	0	8	0	0,00	15,00	0,00	15,00
4.2 Perencanaan Penanggulangan Bencana Rumah Sakit	1	2	2	1,44	11,70	4,86	18,00
4.3 Manajemen Informasi dan Komunikasi	0	4	0	0,00	7,00	0,00	7,00
4.4 Sumber Daya Manusia	0	1	4	0,00	8,00	12,00	20,00
4.5 Logistik dan Keuangan	1	1	2	2,40	2,00	3,60	8,00
4.6 Layanan Pasien dan Layanan Pendukung	0	0	9	0,00	0,00	25,00	25,00
4.7 Evakuasi, Dekontaminasi, dan Sistem Keamanan	0	2	3	0,00	2,10	4,90	7,00
Total	2	18	20	3,84	45,80	50,36	100,00

sama dengan jaringan layanan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana lokal serta dengan jaringan pelayanan kesehatan lainnya. RS sudah memiliki organisasi kegawatdaruratan RS dalam Struktur Organisasi Kewaspadaan Bencana Rumah Sakit TK. III 04.06.03 Dr. Soetarto Yogyakarta namun dokumen belum diperbaharui. POKJA MFK belum melibatkan seluruh komponen RS dan koordinator manajemen kegawatdaruratan sudah ada tetapi bukan merupakan tugas utamanya. Rumah sakit juga sudah memiliki Pusat pengendalian Operasi Gawat Darurat RS atau *Emergency Operation Center* (EOC) yang berfungsi setiap saat. RS DKT Dr. Soetarto lebih tanggap terhadap penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana meskipun termasuk dalam organisasi *machine bureaucracy*. Saat terjadi kegawatdaruratan dan bencana, desain organisasi RS DKT Dr. Soetarto dari *machine bureaucracy* berubah menjadi *adhocracy* yang sangat fleksibel dan memungkinkan inovasi dengan minimnya standardisasi dalam bekerja.

Perencanaan Penanggulangan Bencana Rumah Sakit

Perencanaan Penanggulangan Bencana Rumah Sakit tertuang dalam dokumen *Hospital Disaster Plan* (HDP). HDP RS DKT Dr. Soetarto tertuang dalam "Buku Pedoman tentang Kewaspadaan Bencana di RS Tk.III 04.06.03 Dr. Soetarto" yang disusun pada tahun 2018 dan belum dibaharui saat penelitian dilakukan. Tidak ada *Hospital Disaster Plan* (HDP) mengakibatkan tidak terorganisasi aktivitas tiap anggota tim saat terjadi bencana. Tim penanggulangan bencana seharusnya dibentuk ketika sudah ada dokumen HDP namun yang terjadi tim penanggulangan bencana rumah sakit sudah dibentuk meskipun belum memiliki dokumen perencanaan.⁹ Setiap

rumah sakit idealnya telah memiliki dokumen HDP, memiliki tim penanggulangan bencana dan mengaktifkan HDP saat terjadi bencana.10 RS DKT Dr. Soetarto sudah memiliki beberapa dokumen yang terkait dengan penanggulangan kegawatdaruratan dan bencana namun beberapa dokumen lainnya dipersiapkan untuk kebutuhan akreditasi RS.

Manajemen Informasi dan Komunikasi

RS DKT Dr. Soetarto memiliki level sedang untuk komunikasi internal dan eksternal dalam kegawatdaruratan dan bencana, direktori *stakeholder* eksternal, prosedur komunikasi dengan publik dan media, dan manajemen informasi pasien. Berkomunikasi strategis perlu memperhatikan peran juru bicara atau *spokesperson*. Juru bicara juga berarti pembicara yang mewakili suara kelompok atau lembaga dan bisa berarti penyambung lidah. Juru bicara bertugas memberikan keterangan resmi untuk kepentingan organisasi agar perusahaan tercapai tujuannya. Posisi juru bicara juga melekat pada pimpinan, artinya pimpinan organisasi atau lembaga memiliki kewajiban untuk menyampaikan pesan kepada pihak luar agar tujuan organisasi tercapai. Tugas sebagai juru bicara bisa dilimpahkan kepada seseorang yang telah ditunjuk. Sehingga seorang yang ditunjuk sebagai *spokesperson* haruslah dilengkapi dengan atribut dan keterampilan yang meliputi kecakapan seorang jurnalis, komunikator ulung, merangkap seorang Humas yang handal dengan peran penting meyakinkan publiknya.¹¹

Sumber Daya Manusia

Ketersediaan staf di RS DKT Dr. Soetarto termasuk sedang karena kekurangan staf RS sudah dari sehingga RS mengambil karyawan PHL atau pegawai harian lepas untuk memenuhi

kebutuhan SDM RS terutama saat terjadi kondisi kegawatdaruratan dan bencana. RS berkoordinasi dengan satuan KOREM dan satuan KODIM untuk memenuhi ketersediaan staf. Situasi darurat yang terjadi di masyarakat, kejadian epidemi, atau bencana alam akan melibatkan RS, seperti gempa bumi yang menghancurkan area rawat inap pasien atau ada epidemi flu yang akan menghalangi staf masuk kerja.¹¹ Dalam situasi bencana, hal-hal yang paling sering muncul di RS adalah pada satu saat ada penderita dalam jumlah banyak yang harus dilayani sehingga persiapan yang terlalu sederhana (“*simple alarm*”) akan tidak mencukupi, dan diperlukan persiapan yang lebih komprehensif dan intensif (*Organization for a Mass admission of Patients – OMP*”). Kebutuhan yang melampaui kapasitas RS, dimana hal ini akan diperparah bila terjadi kekurangan logistik dan SDM, atau kerusakan terjadi infrastruktur dalam RS itu sendiri.¹²

Logistik dan Keuangan

Sumber daya keuangan dan mekanisme prosedur untuk mengakses dana darurat selama keadaan kegawatdaruratan dan bencana RS DKT Dr. Soetarto termasuk rendah karena penggunaan dana tidak ada dana khusus untuk digunakan saat terjadi kondisi kegawatdaruratan dan bencana. Dana yang digunakan berasal dari pengalihan dana bersifat situasional dan dari dana RS yang tersedia kemudian digunakan sesuai instruksi/ perintah atasan. Penelitian yang pernah dilakukan di rumah sakit Iran menunjukkan bahwa sebagian besar masalah fungsional (manajerial) saat bencana, terkait dengan kurangnya sumber keuangan dan manajemen sumber non-pemrograman yang sesuai.¹³

Layanan Pasien dan Layanan Pendukung

Layanan pasien dan layanan pendukung RS DKT Dr. Soetarto sudah memiliki level tinggi untuk keberlanjutan pelayanan kritis dan kegawatdaruratan; keberlanjutan pelayanan klinik esensial pendukung; perluasan ruangan yang dapat digunakan untuk korban massal; triase untuk kegawatdaruratan mayor dan bencana; *triase tag* dan suplai logistik lainnya untuk insiden massal (*mass casualty incident/MCI*); sistem rujukan, transfer dan penerimaan pasien; surveilans infeksi, pencegahan dan prosedur pengendalian, serta pelayanan psikososial. Namun rumah sakit memiliki level rendah untuk prosedur *post mortem* pada insiden fatal (insiden kematian massal).

Rumah sakit berkoordinasi dengan Bunga Selasih untuk mengatasi hal ini. Rumah sakit yang tidak berfungsi menyebabkan banyak orang tidak mendapat perawatan kesehatan. Banyak rumah sakit terletak di daerah bahaya alam atau terpapar bahaya yang dapat mempengaruhi keselamatan dan fungsinya.¹⁴ Selama situasi krisis kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan harus aman, mudah diakses serta berfungsi dengan kapasitas maksimal untuk menyelamatkan korban dan melakukan pelayanan kesehatan dasar.¹⁵

Evakuasi, Dekontaminasi dan Sistem Keamanan

RS DKT Dr. Soetarto memiliki level tinggi untuk perencanaan evakuasi, dekontaminasi dari bahaya kimia dan radiologi, serta keamanan jaringan sistem komputer. Namun untuk APD dan isolasi untuk penyakit infeksi dan epidemik serta prosedur keamanan dan kegawatdaruratan, RS memiliki level keamanan sedang. Hal ini disebabkan karena persediaan kurang dari 72 jam dan pengujian prosedur tidak dilakukan secara berkala (tahunan).

KESIMPULAN DAN SARAN

Penilaian HSI oleh RS menunjukkan hasil indeks keamanan sebesar 0,43 dan indeks kerentanan sebesar 0,57 sedangkan penilaian HSI oleh peneliti menunjukkan hasil indeks keamanan RS sebesar 0,65 dan indeks kerentanan sebesar 0,35. Hasil penelitian mengenai analisis kesiapsiagaan manajemen kegawatdaruratan dan bencana berdasarkan *Hospital Safety Index* (HSI) PAHO/ WHO di RS Dr. Soetarto Kota Yogyakarta menunjukkan bahwa level kesiapsiagaan RS berdasarkan penilaian status fasilitas kesehatan oleh RS dan peneliti adalah B yang berarti fasilitas kesehatan dinilai dapat bertahan pada situasi bencana, tetapi peralatan dan pelayanan penting lainnya berada dalam risiko.

Perlunya kebijakan penanggulangan bencana RS secara menyeluruh dan komprehensif, mencakup :

1. Kelengkapan dokumen yang terkait dengan penanggulangan bencana harus dilengkapi dan siap sedia, bukan hanya saat akreditasi dibutuhkan
2. Untuk posisi-posisi yang harus selalu *stand by* dan memerlukan keahlian, perlu ditentukan siapa yang akan bertugas dan bisa ditempatkan dalam jangka waktu yang cukup lama. Jika terjadi pergantian personil, perlu dilakukan persiapan yang cukup pada personil baru sebelum berpindah tempat

3. Tim Penanggulangan Bencana atau Kewaspadaan Bencana Rumah Sakit perlu mendapatkan pelatihan manajemen penanggulangan bencana misalnya pelatihan HSI.

REFERENSI

1. Pusat Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). Modul Peningkatan Kapasitas Petugas Kesehatan dalam Pengurangan Risiko Bencana Internasional (*International Training Consortium on Disaster Risk Reduction*). https://www.who.int/docs/default-source/searo/indonesia/non-who-publications/2015-training-on-disaster-risk-reduction--bahasa.pdf?sfvrsn=c9bba3c1_2
2. Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB). (2020a). Rencana Nasional Penanggulangan Bencana 2020-2024. <https://bnpb.go.id/buku/rencana-nasional-penanggulangan-bencana-20202024>
3. Pusat Krisis Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Penanggulangan Krisis Kesehatan Tahun 2020. <https://pusatkrisis.kemkes.go.id/buku-tinjauan-penanggulangan-krisis-kesehatan-tahun-2020>
4. Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB). (2020a). Rencana Nasional Penanggulangan Bencana 2020-2024. <https://bnpb.go.id/buku/rencana-nasional-penanggulangan-bencana-20202024>
5. Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB). (2020b). Indeks Risiko Bencana Indonesia (IRBI) 2020. <https://inarisk.bnpb.go.id/pdf/BUKU%20IRBI%202020%20KP.pdf>
6. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2019 Tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan. http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No_75_Th_2019_ttg_P_enanggulangan_Krisis_Kesehatan.pdf
7. Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB). (2015). Kerangka Kerja Sendai untuk Pengurangan Risiko Bencana Tahun 2015-2030. http://mpbi.info/wp-content/uploads/2019/04/20160321-Kerangka-Kerja-Sendai-2015-2030_ed-SI.pdf
8. Ariani, et al. (2020). Kajian Kesiapsiagaan Rumah Sakit dalam Menghadapi Pandemi Covid-19 Berbasis Sistem Komando di DKI Jakarta dan DIY. <https://sistemkesehatan.net/wp-content/uploads/2020/11/5.-Kajian-Kesiapsiagaan-Rumah-Sakit-dalam-Menghadapi-Pandemi-Covid.pdf>
9. Pan American Health Organization (PAHO) & World Health Organization (WHO). (2019). *Hospital Safety Index : Guide for Evaluators. Second Edition*. Washington, DC. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258966>
10. Divisi Manajemen Bencana Kesehatan Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan FKKMK UGM. (2020). Garis-Garis Besar Program Pembelajaran (GBPP) Modul Hospital Disaster Plan. <https://www.bencana-kesehatan.net/index.php/54-halaman/4530-buku-dokumen-disaster-plan-dan-modul#modul>
11. Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta. (2021). Keputusan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 162/KEP/2021 tentang Perubahan atas Keputusan Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 61/KEP/2020 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penanggulangan Penyakit Infeksi Emerging Tertentu. https://jdih.jogjaprovo.go.id/storage/16529_skgub162-2021.pdf

STUDI KASUS PEMBIAYAAN PELAKSANAAN PROGRAM TUBERKULOSIS SAAT PANDEMI COVID-19 DI KOTA MEDAN

Syafriana Sitorus,¹ Yodi Mahendradhata,² Faozi Kurniawan³

^{1,2,3} Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada Jl. Farmako, Senolowo, Sekip Utara, Kec. Depok, Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta 55281
e-mail: syafrianasitorus@gmail.com

Tanggal submisi: 07 September 2022; Tanggal penerimaan: 26 Desember 2022

ABSTRAK

Tuberkulosis (TB) masih menjadi penyakit global dengan tingkat morbiditas dan mortalitas yang tinggi (1,2 juta meninggal tahun 2019). Selain itu, dunia justru dihadapkan dengan permasalahan kesehatan baru yaitu coronavirus disease 2019 (COVID-19) yang mempengaruhi semua sektor kesehatan termasuk di Indonesia. Kota Medan memiliki kasus COVID-19 yang tinggi (90.717 kasus dengan 2.166 meninggal dunia). Peningkatan kasus COVID-19 memberikan dampak terhadap cakupan penemuan kasus dan keberhasilan pengobatan TB (35,2% dari target 65% tahun 2020). Adanya refocusing anggaran pengendalian TB menghambat realisasi pengadaan dan kegiatan yang telah direncanakan. Pelayanan TB di fasilitas kesehatan juga terganggu. Tujuan Penelitian ini untuk menganalisis pembiayaan pelaksanaan program Tuberkulosis saat adanya pandemi COVID-19 di Kota Medan.

Penelitian menggunakan studi kasus dengan *single case design (embedded)* di Dinas Kesehatan Kota Medan dan BPJS Kesehatan Kota Medan. Subjek penelitian berjumlah 8 orang yang dipilih menggunakan teknik purposive sampling. Pengumpulan data lainnya dengan enam sumber bukti, yaitu dokumentasi arsip, wawancara terfokus dan *open-ended*, observasi langsung, dan perangkat fisik. Data tersebut dianalisa menggunakan teknik pattern matching dan analisa deret waktu. Pembiayaan program TB saat pandemi COVID-19 tahun 2020 dan 2021 bersumber dari APBN, Global Fund Kemenkes, APBD Provinsi dan Kota, dan sektor swasta (USAID-TBPS, YKI, STPI – Penabuluh, dan sektor swasta lainnya). Pembiayaan tersebut mengalami *refocusing* anggaran di tahun 2021 yang menyebabkan beberapa kegiatan tidak bisa berjalan optimal, namun tahun 2021 adanya peningkatan sumber pembiayaan program TB. Sedangkan pembiayaan klaim INA CBG's di rumah sakit untuk program TB juga mengalami penurunan tahun 2020 dan 2021. Sementara Pelaksanaan program TB saat adanya pandemi COVID-19 di Kota Medan mengalami beberapa kendala baik dari penjarangan TB, diagnosis TB dan pengobatan TB. Keterlibatan lintas sektor dalam setiap tahapan tersebut sejak tahun 2021 membuat pelaksanaan menjadi lebih optimal dalam upaya menguatkan sistem kesehatan baik di faskes primer maupun rujukan. Selain itu, pencapaian indikator angka penemuan kasus mengalami penurunan secara drastis dari sebelum adanya COVID-19. Angka Notifikasi Kasus yaitu 213 per 100.000 penduduk (2020) dan 206 per 100.000 penduduk (2021). Sementara Success Rate TB tidak terlalu terdampak telah mencapai 90%.

Kata Kunci: COVID-19, Tuberkulosis, Pembiayaan TB, Penemuan Kasus TB, Keberhasilan Pengobatan TB.

PENDAHULUAN

Tuberkulosis (TB) adalah salah satu penyakit endemik yang secara global masih menjadi permasalahan kesehatan masyarakat. Diperkirakan seperempat dari dunia populasi memiliki infeksi TB laten (bentuk aktif TB). Menurut Global Report WHO (2020) bahwa jumlah penderita TB paru di dunia sekitar 10 juta orang pada tahun 2019 yang menurun dari tahun sebelumnya. Di antara kasus tersebut, 1,2 juta orang meninggal dunia (menurun dari 1,7 juta di tahun 2000). Sementara Indonesia masih merupakan negara dengan jumlah kasus baru terbanyak kedua di dunia setelah India. Sebesar 60% kasus baru terjadi di 6 negara yaitu Bangladesh, India, Indonesia, Myanmar, Nigeria, Pakistan dan Philipina. Indonesia jumlah kasus baru dan kambuh meningkat dari 331.703 (tahun 2015) menjadi 562.049 (tahun 2019) dengan persentase kenaikan 69% (WHO, 2020).

Meskipun kemajuan terus dibuat untuk mencapai target ini, dunia dihadapkan dengan permasalahan

kesehatan yang baru yaitu coronavirus disease 2019 (COVID-19) dapat menjadi tantangan besar untuk mencapainya.

Mengingat tingginya tingkat gangguan global yang disebabkan oleh pandemi COVID-19, sangat penting untuk mempertimbangkan dampak potensial pada pengendalian dan pencegahan penyakit endemik umum yang mungkin bahkan lebih merusak kesehatan manusia daripada COVID-19 itu sendiri. Mengisolasi orang di rumah mereka untuk waktu yang lama dapat memfasilitasi penularan TB sejak dekat kontak rumah tangga, terutama dalam kondisi sosial ekonomi rendah dan kepadatan penduduk, merupakan faktor risiko utama untuk TBC.

Kota Medan merupakan wilayah paling tinggi kasus COVID-19 yaitu 40.816 kasus dengan 30.530 kasus sembuh, 811 meninggal, dan 9475 dirawat. Gambaran data COVID-19 di Kota Medan ini sangat mengkhawatirkan sehingga pada awal terjadinya COVID-19 ini berdampak

program TB terkait penurunan kunjungan pasien TB ke fasilitas kesehatan, penurunan penemuan kasus, pembatasan kegiatan rutin TB serta total klaim di BPJS Kesehatan. Khususnya, pada awal pemberlakuan PSBB (Pembatasan Sosial Berskala Besar) Kota Medan, kunjungan ke fasilitas kesehatan dan kegiatan luar gedung sangat dibatasi.

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara (2021) bahwa persentase cakupan penemuan dan pengobatan TBC tahun 2020 tercapai 35,2% dari target 65% sehingga capaian kinerja hanya 54,15%. Realisasi persentase kasus TB yang ditatalaksana sesuai standar selama 4 tahun terakhir telah melampaui target yang ditetapkan, namun pada tahun 2020 target tidak tercapai karena adanya revisi anggaran (refocusing) yang dialihkan ke COVID-19. Selain itu, peran dari faskes swasta masih kurang dalam pencatatan TB rutin (belum semua menggunakan aplikasi SITB) masih menjadi penyebab kegagalan pencapaian target ini.

terkonfirmasi dan diobati setelah adanya pandemi menjadi 5153 kasus (tahun 2020) dan 2349 kasus (tahun 2021). Penurunannya ini berbeda dari tahun sebelumnya (tahun 2017- 2019) yang mencapai 8000an kasus.

Penurunan anggaran saat adanya pandemi COVID-19 tidak hanya di Dinas Kesehatan Kota Medan (APBD), namun jumlah klaim TB di BPJS Kesehatan juga menurun baik FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) maupun FKRTL (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan). Penanggulangan TB di Kota Medan masih sangat perlu diperhatikan karena tidak tercapainya target dari kementerian kesehatan seperti penemuan kasus baru sebanyak 18.000 (tercapai hanya 5000 kasus baru dengan persentase 27%) di tahun 2020. Padahal sebelumnya, penemuan kasus di Kota Medan sangat tinggi sehingga banyak pasien juga yang mendapatkan pengobatan.

Hal ini terjadi akibat adanya COVID-19 yang menyulitkan untuk berkegiatan luar gedung dan bertatap muka dengan masyarakat. Kota Medan sendiri baru mencapai 10% (kurang lebih 1000 kasus) dari target tersebut. Hal ini terjadi sering dengan pembatasan anggaran yang berdampak pada tidak terlaksananya kegiatan-kegiatan yang telah direncanakan. Kegiatan yang mengalami keterbatasan yaitu investigasi kontak, pertemuan-pertemuan yang harus dilakukan melalui zoom meeting dan kegiatan lainnya yang tidak bisa ke

lapangan sejak bulan Juli 2020. Termasuk untuk kegiatan PIS-PK yang seharusnya bisa menjangkau atau meningkatkan angka penemuan kasus. Kegiatan ini juga tidak berjalan.

Oleh karena itu, berdasarkan gambaran permasalahan tersebut, peneliti ingin melihat sejauh mana pembiayaan baik dari pemerintah maupun swasta dalam pelaksanaan program Tuberkulosis saat adanya pandemi COVID-19 di Kota Medan.

Kota Medan merupakan salah satu kota di Provinsi Sumatera Utara yang memiliki kasus TB tinggi. Berdasarkan Laporan Bidang P2M-TB Tahun 2017- 2021 bahwa terjadi penurunan notifikasi kasus TB dikarenakan adanya pandemi COVID-19. Penurunan notifikasi ini mengakibatkan penurunan terhadap pasien yang

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini yaitu studi kasus deskriptif (*descriptive case study*) dengan *single case design (embedded)*. Rancangan ini digunakan untuk memahami secara embedded kasus tunggal (Program Tuberkulosis) akibat dampak adanya pandemi COVID-19 yang menyebabkan penurunan angka penemuan kasus dan keberhasilan pengobatan pasien TB di Kota Medan. Penelitian dilakukan pada Dinas Kesehatan Kota Medan dan BPJS Kesehatan Kota Medan. Subjek penelitian berjumlah 8 orang yang dipilih menggunakan teknik purposive sampling. Pengumpulan data lainnya dengan enam sumber bukti, yaitu dokumentasi arsip, wawancara terfokus dan open-ended, observasi langsung, dan perangkat fisik. Data tersebut dianalisis menggunakan teknik pattern matching dan analisis deret waktu.

HASIL DAN DISKUSI

Pelaksanaan dan Pendanaan program TB di Kota Medan mengalami kendala akibat situasi pandemi COVID-19 khususnya pada tahun 2020. Beberapa kegiatan tidak bisa dilaksanakan akibat adanya refocusing anggaran TB untuk pembiayaan kegiatan COVID-19 dan terjadinya lockdown fasilitas kesehatan sehingga pencapaian indikator TB yang diperoleh tahun 2020 dan 2021 belum maksimal. Pada penelitian ini, peneliti melakukan eksplorasi terkait Pendanaan dan Pelaksanaan Program Tuberkulosis (TB) saat pandemi COVID-19 di Kota Medan. Peneliti menemukan hal-hal yang akan dibahas sebagai berikut:

Pembiayaan Program Tuberkulosis saat adanya COVID-19

Peraturan Walikota Medan Nomor 85 Tahun 2017 tentang Rencana Aksi Daerah Penanggulangan TB menyebutkan bahwa Pemerintah daerah berkomitmen mengalokasikan sumber pendanaan TB baik di APBN, APBD Provinsi, APBD Kota, dan sumber biaya lainnya termasuk sektor swasta. Pemerintah daerah juga melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala minimal 1 tahun sekali terhadap pencapaian indikator dampak, indikator utama dan indikator operasional TB.

a. Sumber pembiayaan melalui Dinas Kesehatan Kota Medan

Perencanaan dan Penganggaran Daerah di Kota Medan diusulkan melalui Aplikasi SIMDA (Sistem Informasi Manajemen Daerah) yang diimplementasikan tahun 2020 dan SIPD (Sistem Informasi Pembangunan Daerah) di tahun 2021. Sementara untuk Monitoring dan Evaluasi Program Kesehatan menggunakan Sistem

Informasi dari Kemenkes (e-renggar) dan Sistem dari Bappenas (KRISNA/ Kolaborasi Perencanaan dan Informasi Kinerja Anggaran) dan E-Monev. Hasil penelitian, informan menyatakan bahwa tidak ada kendala dalam implementasi aplikasi ini, hanya saja memang aplikasi terus berganti dan berbeda-beda penggunaannya tergantung kepentingan Kementerian/Lembaga. Informan menyatakan bahwa realisasi anggaran tidak bisa cepat dilakukan pemutakhirannya dan baru bisa selesai bulan keempat tahun berikutnya. Ini juga sesuai dengan penelitian Pambudi (2021) bahwa sejak awal COVID-19 masuk ke Indonesia, tidak optimalnya proses pembangunan yang didanai DAK Fisik diantisipasi pemerintah pusat dengan mengeluarkan berbagai paket kebijakan, baik refocusing maupun relaksasi pencairan anggaran. Pendanaan DAK Fisik menggunakan aplikasi KRSINA. Salah satu kendala dalam pengaplikasian KRISNA yaitu upload perencanaan DAK yang membutuhkan waktu relatif lama karena beberapa persyaratan serta terkendala akibat dari pemutakhiran data yang tidak cepat dan harus berulang.

Kementerian Kesehatan melalui Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (PPJK) telah membuat aplikasi baru SISCOBIKES Tahun 2018 yang mengacu pada Permendagri Nomor 100 tahun 2018 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM), dimana pelaksanaan SPM bidang kesehatan merupakan tanggung

jawab Pemerintah Daerah. Aplikasi SISCOBIKES (Sistem Costing Biaya Kesehatan) digunakan untuk membantu pemerintah daerah dalam menyusun rencana dan anggaran SPM bidang kesehatan yang tujuannya agar tepat sasaran dan berbasis bukti. Namun, Dinas Kesehatan Kota Medan sendiri baru mendapatkan pelatihan pada akhir tahun 2021 dan akan mulai diimplementasi tahun 2022 termasuk di level Puskesmas. Pemanfaatan aplikasi ini belum dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Medan khususnya untuk Program TB. Sumber alokasi anggaran juga masih Rp.0,- karena belum ada diinput oleh program atau bagian Perencanaan Dinkes Kota Medan.

Secara umum, berdasarkan statistik di Dashboard SISCOBIKES bahwa masih banyak

kabupaten/kota yang belum memanfaatkan aplikasi ini termasuk Kota Medan sehingga pemantauan persentase penyerapan anggaran (baik dari pemerintah maupun swasta) terhadap pencapaian SPM (program TB) tidak bisa dipantau.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pembiayaan untuk Program TB tahun 2020 dan 2021 yang diserahkan dalam bentuk pemenuhan obat-obatan serta pemenuhan alat diagnostik, bahan medis dan bahan non medis. Pemenuhan ini tidak boleh mengalami kendala dan dipastikan oleh Dinkes Kota Medan bahwa proses diagnostik sampai pengobatan lengkap tidak mengalami gangguan selama pandemi COVID-19 karena pembiayaan program TB dari APBN ini terpenuhi. Namun, tahun 2021 terdapat tambahan pembiayaan yang diberikan melalui bagian farmasi sebesar Rp3.996.857.950 untuk pembiayaan Alat TCM sebanyak 6 unit TCM (4 unit TCM untuk Puskesmas yaitu Glugur Darat, Padang Bulan, Amplas, Sentosa Baru dan 2 unit TCM untuk rumah sakit); Pembiayaan Investigasi Kontak (IK) puskesmas dan Dinkes Kota Medan ke rumah pasien TB; dan Pembiayaan BOK untuk kegiatan workshop kolaborasi TB-HIV, SITB, SITRUS dan pengepakan sputum.

Alokasi pembiayaan dari Global Fund-Kemenkes untuk Program TB di Kota Medan secara umum tidak bisa diketahui karena keterbatasan akses informasi daerah terhadap pembiayaan GF. Hasil penelusuran penelitian dari dokumen Summary Budget Grant Confirmation the Global Fund bahwa Alokasi TB dari GF Tahun 2021 sebesar Rp. 1.150.375.054.772 dengan Rincian Rp. 776.489.485.630 untuk PR / Principal Recipient (Ditjen P2P) dan untuk SR/ Sub Recipient Rp. 373,885,569,142 (Adinkes, KemenkumHAM,

Dinkes Kab/Kota, Lab Jejaring, Dinkes Provinsi dan Balitbangkes). Dari alokasi tersebut, salah satu penerima manfaat adalah Provinsi Sumatera Utara khususnya Kota Medan. Pembiayaan dari Hibah GF ini semakin meningkat seiring adanya arahan Wakil Menteri Kesehatan RI untuk penanggulangan ATM (AIDS, Malaria, dan TB) yang harus mencapai 90% untuk penemuan kasus dan pengobatan TB. Selain itu, komitmen dalam penanggulangan TB didukung dengan terpilihnya Wamenkes sebagai Alternate Board Member (ABM) Country Coordinating Mechanism (CCM) Asia Tenggara periode 1 Juni 2022 - 31 Mei 2024 dan akan berlanjut sebagai Board Member the Global Fund sampai dengan 31 Mei 2026.

Alokasi pembiayaan dari APBD untuk Program TB sebesar Rp1.256.183.560 (tahun 2020) dan Rp 3.053.437.544 (tahun 2021).

Pembiayaan APBD tahun 2020 digunakan untuk kegiatan service mikroskop 39 Puskesmas, Supervisi wasor TB ke Faskes, Investigasi Kontak, dan Pengadaan obat dan BMHP di bagian farmasi. Sementara Pembiayaan APBD tahun 2021 digunakan untuk pembiayaan Pelatihan SITB bagi petugas TB, Workshop TB- Anak dan komplikasi, Pembelian obat TBC (FDC-Kategori 1 dan FDC-Anak). Realisasi pembiayaan ini meningkat seiring dengan membaiknya kondisi COVID-19 saat itu.

Pada tahun 2020 terjadi refocusing anggaran termasuk untuk program TB sehingga hanya mengakomodir 2 kegiatan saja yaitu Pelatihan SITB dan Monev dengan realisasi kegiatan 100%. Seperti pembahasan sebelumnya bahwa pengurangan anggaran ini menyebabkan penemuan kasus TB menjadi rendah.

Pembiayaan Program TB dari sektor swasta yang terdokumentasikan melalui Dinas Kesehatan Kota Medan tahun 2021 terdiri dari:

- Sumber pembiayaan dari USAID-TBPS sebesar Rp228.000.000 digunakan untuk kegiatan TBPS (Tuberculosis Private Sector) yaitu pelibatan faskes swasta di wilayah kerja puskesmas, pembinaan DPPM (District-Based Public-Private Mix), adanya reward monetary and non monetary, dan pelaksanaan e-referral tool. Informan menyatakan bahwa sistem rujukan melalui (e-referral) telah dibangun bekerjasama dengan Dinkes Kota Medan sehingga pasien TB yang ditemukan di praktek swasta bisa dirujuk ke faskes asalnya. Sementara untuk reward non monetary diberikan kepada dokter yang menemukan kasus TB berupa 5 SKP per tahun dari IDI dan untuk perawat melalui PPNI

dalam proses pengusulan. Reward monetary diberikan kepada petugas TB di faskes swasta yang memberikan pelayanan TB sampai tuntas selama 6 bulan berupa tambahan insentif Rp. 600.000, -. Selain itu, kegiatan USAID TBPS yaitu BKS (Belanja Kesehatan Strategis) dengan wilayah yang menjadi Pilot Project adalah Kota Medan dan Denpasar.

- Sumber pembiayaan dari YKI sebesar Rp 404.105.018 berupa kegiatan MANDIRI TB yang mendukung peningkatan dana APBD dan CSR dalam pengendalian dan Eliminasi TB. Informan menyatakan kegiatan yang telah berhasil terlaksana bekerjasama dengan Dinkes Kota Medan yaitu pembentukan FMS, FGD kader dan petugas TB, Advokasi percepatan eliminasi TB, Pertemuan MICA, Pendampingan pasien TB-RO melalui kader, Pertemuan bulanan lintas sektor, penyusunan materi serta monitoring dan evaluasi kasus TB-RO di wilayah Kota Medan.
- Sumber pembiayaan dari Penabuluh Foundation yang didukung oleh Global Fund baru mulai implementasi di Kota Medan pertengahan tahun 2021 sampai tahun 2023. Total alokasi anggaran belum diketahui oleh Dinkes Kota Medan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan swasta ini akan terlaksana di 30 Provinsi di Indonesia termasuk Sumatera Utara untuk mendukung dana pendampingan. Konsorsium PB-STPI berkoordinasi dengan Program TB Nasional (Dinkes Provinsi, Dinkes Kabupaten) akan mendukung kader (untuk DS-TB) dan pendukung pasien (DR-TB) untuk melakukan investigasi kontak, kepatuhan pengobatan bagi pasien di sektor swasta mengikuti Strategi the District Public-Private Mix. Terutama untuk DR- TB, pendukung pasien akan bekerja untuk mengajak pasien yang tidak hadir secara rutin untuk kembali ke pengobatan.

b. Sumber pembiayaan melalui BPJS-Kesehatan

Salah satu sumber pembiayaan yang dimanfaatkan untuk Program TB berasal dari BPJS-Kesehatan baik untuk FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) maupun FKRT (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut). Adapun FKTP di Kota Medan yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan berjumlah 41 Puskesmas (13 rawat inap dan 28 non rawat inap), 13 Klinik TNI/POLRI, serta 129 Praktik Dokter dan Klinik Pratama

yang semakin bertambah sejak tahun 2017. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pembiayaan TB untuk FKTP tidak berdampak, disamping itu tidak ada pembiayaan yang khusus seperti di FKRTL karena pembiayaan di FKTP berbasis kapitasi. Pada kapitasi tidak terdapat menu khusus untuk pembayaran jasa atau obat-obatan terkait TB. Untuk pembiayaan non kapitasi program TB di Kota Medan sebesar Rp. 0.- sesuai data dari BPJS Kesehatan. Secara umum, COVID-19 tidak berdampak langsung ke dalam mekanisme pembayaran kapitasi dan non kapitasi di FKTP Kota Medan.

Adapun faskes yang termasuk FKRTL yaitu rumah sakit pemerintah maupun swasta. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada 55 FKRTL di Kota Medan yang masih bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan kasus TB yang mendapatkan perawatan dengan BPJS- Kesehatan yaitu Rp. 28,206,427,519 (tahun 2020) untuk 23.111 kasus TB dan Rp. 19,520,492,978 (tahun 2021) untuk 20.004 kasus TB. Namun untuk biaya INA CBG's yang dikeluarkan sebesar Rp. 14,681,150,700 (tahun 2020) dan Rp. 10,887,421,000 (tahun 2021).

Pelaksanaan Program Tuberkulosis

a. Penjaringan TB

Pandemi COVID-19 membuat kegiatan penjaringan TB yang dikenal dengan Investigasi Kontak (IK) tidak berjalan tahun 2020. Seperti telah dijelaskan sebelumnya bahwa anggaran untuk pelaksanaan kegiatan ini berkurang sehingga menyebabkan penemuan kasus TB rendah. Anggaran untuk penjaringan diusulkan kembali akhir tahun 2020 dan bisa cair dalam P- APBD tahun 2021.

Informan menyatakan bahwa kegiatan penjaringan ini banyak dilakukan oleh kader PKK dan YMMA. Kader tersebut turun ke lapangan dan menyisir rumah yang diduga suspek TB. Hal ini menjadi lebih mudah karena kader tersebut lebih dekat dan tahu kondisi tetangganya. Kegiatan IK ini sudah dari dulu dilaksanakan oleh kader YMMA dengan pelaporan ke puskesmas yang masih manual menggunakan Form TB 16. P.

Kendala saat melaksanakan penjaringan pada awal pandemi COVID-19 yaitu kekhawatiran petugas dan kader melakukan kunjungan ke rumah suspek TB karena takut tertular COVID-19 sedangkan dari sisi masyarakat banyak yang takut untuk memeriksakan diri atau berkunjung ke faskes dan jika ingin dikunjungi, masih banyak

yang menolak dikunjungi karena khawatir juga tertular COVID-19. Walaupun demikian, Dinkes Kota Medan dibantu oleh USAID TBPS dan Kader YMMA untuk melakukan penjaringan kasus TB dan kemudian dibentuk dalam penginputan di SITB. Tahun 2022, lebih banyak lintas sektor yang akan membantu kegiatan skrining TB seperti Lion Club, Bribom, PKK, NGO Aisyiyah dan YMMA, Dinas Pendidikan dan lintas sektor lainnya yang sudah menganggarkan biaya untuk program TB ini di Tahun 2022. Kerjasama ini semakin terjalin seiring dengan adanya Surat Keputusan Walikota Medan Nomor 440/03.K/VII/2021 tentang Forum Multi Sektor Percepatan Eliminasi Tuberkulosis Kota Medan yang memtimbangkan bahwa tuberkulosis masih menjadi masalah kesehatan di Kota Medan dan menimbulkan masalah yang sangat kompleks baik dari segi medis maupun sosial ekonomi. Oleh karena itu, perlu peran semua lintas sektor untuk mengurangi dampak yang terjadi akibat penyakit TB tersebut.

b. Diagnosis TB

Hasil penelitian menunjukkan bahwa diagnosis TB dilakukan dengan pemeriksaan TCM (Tes Cepat Molekuler). Hal ini sesuai dengan Surat Edaran Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Nomor HK 02.02/III.1/936/2021 tentang Perubahan Alur Diagnosis dan Pengobatan Tuberkulosis di Indonesia. Pemeriksaan TCM ini dilakukan untuk pasien TB Paru maupun TB Ekstra Paru. Pengiriman spesimen ini kerjasama dengan PT. Pos Indonesia melalui SISTRUST. Pemeriksaan TCM di Kota Medan bisa dilakukan di 5 puskesmas dan rumah sakit yang telah dilengkapi alat TCM. Sementara jika dibutuhkan pemeriksaan lanjutan bisa melalui Foto Thorax.

Pemeriksaan dengan TCM lebih mudah dan cepat karena 1ml saja bisa dijadikan sampel. Kendalanya bahwa pengiriman TCM membutuhkan waktu 2 hari melalui PT. Pos Indonesia sehingga ketika dahaknya diperiksa memungkinkan hasilnya negatif. Hal ini berdampak pada keputusan untuk melakukan pengobatan. Untuk rumah sakit, tetap dilakukan diagnosa melalui Thorax dan TCM dimana Thorax bisa diklaim melalui BPJS dan TCM melalui SISTRUST secara gratis. Kendala lainnya bahwa banyak sampel yang tumpah, isi sampel hanya air liur, dan pengiriman sampel yang lama sehingga sampel tidak akurat lagi. Hal ini membuat rumah sakit banyak yang menggunakan kurir internal untuk mengantar dahak ke rumah sakit rujukan TCM atau merujuk pasien langsung ke

faskes untuk melakukan pemeriksaan. Sedangkan untuk menegakkan diagnosa tidak ada masalah yang dihadapi.

Diagnosis kasus TB banyak juga ditemukan dari rujukan apotik, dan faskes swasta lainnya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa apotik banyak menemukan pasien dengan gejala TB yang membeli obat secara berulang sehingga perlu dibuatkan mekanisme rujukan dari apotik untuk menjangkau suspek TB dan mengurangi biaya tambahan yang dikeluarkan oleh masyarakat. Sistem rujukan ini dibantu advokasi dan implementasinya melalui e-referral tool oleh USAID-TBPS.

c. Pengobatan TB

Sesuai anjuran dari Subdit TB bahwa pengobatan TB diberikan 1-2 bulan sekali di faskes. Namun, untuk pasien yang tidak bisa mengambil obat langsung, ada kader yang bisa mengantarkan ke rumah pasien TB. Selain itu, dilakukan Videocall dan pengiriman obat via Gojek untuk mengantar obat ke rumah pasien TB yang dikawal pelaksanaannya dari pihak TBPS.

Pasien yang berasal dari rumah sakit tanpa komorbid perlu dikembalikan ke faskes asalnya (klinik atau puskesmas). Pasien TB yang mendapatkan pelayanan secara gratis karena termasuk dalam biaya program termasuk di RS. Jika ada harus mendapatkan perawatan lebih lanjut, bisa dialokasikan menggunakan BPJS.

Kesuksesan dalam pengobatan TB ini tidak terlepas dari dukungan sektor swasta termasuk KNCV melalui pertemuan MICA (Monthly Interim Cohort Analysis). Pertemuan MICA dilakukan setiap bulan untuk memantau kondisi pasien dalam pengobatan serta pasien yang belum memulai pengobatan. YKI bersama Dinas Kesehatan Kota Medan menggelar pertemuan MICA bulanan berkomitmen untuk menekan angka kasus lost to follow up (mangkir) maupun kasus meninggal serta membahas masalah hingga mencari solusi bersama dalam pelaksanaan layanan TB Resistan Obat (TB-RO) di fasilitas kesehatan Kota Medan. Selanjutnya dari kegiatan ini diharapkan dapat meningkatkan pelayanan TB di fasilitas kesehatan.

Dampak COVID-19 terhadap Indikator Program Tuberkulosis

a. Indikator Case Notification Rate (CNR)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi penurunan penemuan kasus TB yang menyebabkan treatment coverage TB yang dicapai (angka penemuan kasus dibandingkan dengan perkiraan

kasus TB pada tahun tersebut) hanya 29,5% (tahun 2020) dan 29,7% (tahun 2021). Cakupan ini sangat rendah dibandingkan tahun sebelum adanya pandemi COVID-19 yaitu tahun 2019 ada sebanyak 8191 kasus TB yang telah ditemukan dan diobati.

Data yang diambil dari SITB menunjukkan bahwa Angka Notifikasi Kasus TB di Kota Medan yaitu 213 per 100.000 penduduk tahun 2020 (5207 kasus baru dari 2.435.252 penduduk) dan 206 per 100.000 penduduk tahun 2021 (5070 kasus baru dari 2.460.858 penduduk) Hal ini menurun jika dibandingkan tahun 2019 yaitu 325 per 100.000 penduduk (7933 kasus baru dari 2.435.252 penduduk). Adanya pandemi COVID-19 sangat mempengaruhi Angka Notifikasi Kasus (Case Notification Rate) di tahun 2020 dan 2021. Disrupsi ini terjadi hampir 40% sejak awal kasus COVID-19 muncul di Kota Medan pada 27 Maret 2020. Hal ini juga disampaikan oleh Alene, et.al (2020) bahwa adanya COVID-19 menjadikan disrupsi parah terhadap pencegahan dan pengendalian penyakit TB serta penyakit menular lain yang menyebabkan kematian terjadi khususnya di negara berpenghasilan rendah dan menengah dengan beban TB yang tinggi.

Penyebab menurunnya angka penemuan kasus ini karena masyarakat yang mempunyai gejala TB takut periksa atau datang ke puskesmas yang berpeluang didiagnosa terkena COVID-19. Banyak faskes yang harus lockdown karena petugas kesehatan terkena COVID-19 berdampak pada pelayanan TB. Selain itu, kebijakan Walikota Medan pada tanggal 1 Juli 2020 yang tertuang dalam Peraturan Walikota Medan Nomor 27 Tahun 2020 tentang Pelaksanaan Adaptasi Kebiasaan Baru Pada Kondisi Pandemi Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) di Kota Medan menyebabkan segala aktivitas di faskes baik dalam gedung dan luar gedung terbatas dan tenaga kesehatan banyak difokuskan untuk penanganan COVID-19. Selain itu, hasil penelitian juga diperoleh bahwa estimasi untuk penemuan kasus ini juga tinggi sehingga susah untuk mencapai indikator tersebut.

Berdasarkan penelusuran dari sisi perencanaan bahwa pandemi COVID-19 menyebabkan terjadinya refocusing (pengurangan) anggaran Program TB untuk pelacakan kasus / investigasi kontak. Tahun 2020 menu untuk kegiatan ini telah diusulkan ke bagian perencanaan, namun tidak diakomodir seiring dengan kebijakan PSBB (Pembatasan Sosial Berskala Besar) dan Pengurangan Anggaran di seluruh OPD (Organisasi Perangkat Daerah) Kota Medan.

Pencegahan dan Pengendalian TB saat pandemi COVID-19 ini telah dibantu oleh sektor swasta tahun 2021 sehingga penemuan kasus dan pengobatan menjadi lebih baik dari tahun 2020. Adapun sektor swasta yang terlibat di wilayah Kota Medan berdasarkan temuan dilapangan yaitu USAID TBPS, YKI (Yayasan KNCV Indonesia), STPI- Penabubuluh, Lions Club, Bank Sumut, PESAT (Pejuang Sehat Bermanfaat) dan lainnya. Hal ini sesuai dengan SK Walikota Medan Nomor 440/1008.K/X/2017 tentang Tim Satuan Kerja Penanggulangan Tuberkulosis Kota Medan dan Hal ini juga diperkuat dengan adanya SK Walikota Medan Nomor 440/03.K/VII/2021 tentang Forum Multi Sektor (FMS) Percepatan Eliminasi Tuberkulosis Kota Medan yang disahkan pada 14 Juli 2022. FMS Kota Medan ini melibatkan unsur pentahelix yaitu unsur pemerintah, unsur swasta, unsur masyarakat/komunitas, unsur akademisi, unsur asosiasi profesi dan unsur media. Forum ini berhasil terlaksana atas kerjasama Dinkes Kota Medan dengan YKI melalui program Mandiri TB yang didanai oleh USAID.

Salah satu dukungan swasta dalam penemuan kasus di Kota Medan melalui adanya Aplikasi SOBAT TB. Aplikasi SOBAT-TB (Solusi Online Berbagi Informasi TBC) adalah aplikasi digital yang dirancang untuk meningkatkan akses informasi TBC yang akurat, kemudahan akses fasilitas pelayanan kesehatan TBC, serta inovasi deteksi dini TBC dengan fitur Skrining Mandiri. Aplikasi ini juga menjadi sarana untuk masyarakat, pasien, komunitas, organisasi pasien, tenaga medis untuk dapat berbagi informasi dalam meningkatkan layanan TBC di seluruh Indonesia. Aplikasi SOBAT-TB memiliki 5 fitur utama, yaitu Artikel, Fasilitas Kesehatan, Forum dan Komunitas, Skrining serta Podcast. Selama implementasi aplikasi ini yang telah berjalan 3 bulan, ada sekitar 2460 kasus yang berhasil ditemukan dan telah mendapatkan perawatan serta pengobatan di faskes masing-masing.

Selain itu, berdasarkan analisis tim Dinas Kesehatan Kota Medan bahwa kasus TB yang berpotensi paling banyak terjadi di 2 Kecamatan yaitu Kecamatan Medan Maimun dan Kecamatan Medan Belawan yang dikategorikan sebagai kawasan KUMIS TEBAL (Kumuh Miskin dan Terbengkalai). Karakteristik kawasan tersebut membuat semakin mudah tersebarnya penyakit TB di kawasan ini. Kegiatan yang dilakukan untuk menjangkau kasus TB di wilayah ini dengan screening

TB yang sangat membantu dalam penemuan kasus TB. Kegiatan ini terlaksana atas dukungan sektor swasta (Lion Club) dan Pemerintah Lokal (tim kecamatan dan tim kelurahan) yang bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Kota Medan.

b. Indikator Success Rate (SR)

Indikator Keberhasilan Pengobatan (Success Rate) merupakan angka yang menunjukkan persentase kesembuhan pasien dan mendapatkan pengobatan secara lengkap. Temuan dilapangan bahwa COVID-19 tidak terlalu berdampak pada angka kesembuhan pasien. Sesuai data SITB tahun 2020 bahwa Success Rate mencapai 90% (TB-SO) dan 43,5% (TB-RO) sedangkan di tahun 2021 50%,3% (TB- SO) dan 1,3% (TB-RO) yang masih dalam pemantauan pengobatan.

Keberhasilan dalam pengobatan ini terlaksana atas komitmen bersama baik di tingkat pusat maupun daerah (Pemerintah Daerah, Dinkes Kota Medan, puskesmas, rumah sakit, klinik dan praktek swasta lainnya). Selain itu, bantuan sektor swasta sangat dirasakan manfaatnya khususnya tahun 2021 sehingga nantinya angka kesembuhan bisa tercapai. Sektor swasta yang terlibat sesuai yang disebutkan diatas berupa dukungan kegiatan insidental maupun kegiatan tahunan. Pelibatan sektor swasta ini merupakan salah satu bentuk komitmen dalam Rencana Aksi Daerah (RAD) Penanggulangan Tuberkulosis Kota Medan Tahun 2017-2022 yang tertuang dalam Peraturan Walikota Medan Nomor 85 Tahun 2017.

Adanya pengurangan anggaran Program TB tidak terlalu berdampak pada tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan TB di FKTP khususnya puskesmas karena telah mendapatkan dukungan jasa pelayanan dari dana kapitasi BPJS-Kesehatan. Capaian Success Rate TB berdasarkan data SITB tahun 2020 mencapai 90%. Capaian ini menurun jika dibandingkan tahun 2019 sebesar 91,1% (Laporan Kinerja Dinkes Kota Medan, 2019). Hal ini juga disampaikan Arega, B dkk (2022) bahwa tingkat keberhasilan pengobatan TB di Addis Ababa, Ethiopia menurun dari 82.4% menjadi 77.2% saat COVID-19 dan penelitian Min, J dkk (2020) bahwa di Korea juga mengalami penurunan u Success Rate dari 90,6% menjadi 84,1%. Hal ini disebabkan karena pasien TB tidak menyelesaikan pengobatan dengan tuntutan khususnya saat kunjungan terakhir dan kurang patuhnya petugas untuk melaporkan keberhasilan pengobatan saat masa pandemi COVID-19.

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan tentang pembiayaan pelaksanaan Program Tuberkulosis Saat Pandemi COVID-19 di Kota Medan dapat disimpulkan bahwa:

1. Pembiayaan program TB saat pandemi COVID-19 tahun 2020 dan 2021 bersumber dari APBN, Global Fund Kemenkes, APBD Provinsi dan Kota, dan sektor swasta (USAID-TBPS, YKI, STPI – Penabuluh, dan sektor swasta lainnya). Pembiayaan tersebut mengalami refocusing anggaran di tahun 2021 yang menyebabkan beberapa kegiatan tidak bisa berjalan optimal, namun tahun 2021 adanya peningkatan sumber pembiayaan program TB seiring dengan membaiknya penanggulangan COVID-19 di Kota Medan. Sedangkan pembiayaan program TB yang bersumber dari BPJS Kesehatan Kota Medan secara langsung terlihat pada pembiayaan klaim INA CBG's di rumah sakit yang mengalami penurunan tahun 2020 dan 2021.
2. Pelaksanaan program TB saat adanya pandemi COVID-19 di Kota Medan mengalami beberapa kendala baik dari penjarangan TB, diagnosis TB dan pengobatan TB. Keterlibatan lintas sektor dalam setiap tahapan tersebut sejak tahun 2021 membuat pelaksanaan menjadi lebih optimal dalam upaya menguatkan sistem kesehatan baik di faskes primer maupun rujukan.
3. Pencapaian indikator angka penemuan kasus mengalami penurunan secara drastis dari sebelum adanya COVID-19. Angka Notifikasi Kasus (Case Notification Rate) 213 per 100.000 penduduk tahun 2020 dan 206 per 100.000 penduduk tahun 2021. Sementara Angka Keberhasilan Pengobatan (Success Rate) TB tidak terlalu terdampak yaitu 90% (TB-SO) dan 43,5% (TB-RO) dan di tahun 2021 sebesar 50%,3% (TB-SO) dan 1,3% (TB-RO) yang masih dalam pemantauan pengobatan.

Adapun saran yang diberikan oleh peneliti yaitu:

1. Kementerian Kesehatan: untuk meninjau kembali target penemuan kasus TB di Kabupaten/Kota, melakukan monitoring terhadap anggaran yang telah dimanfaatkan oleh Dinas Kesehatan; mengintegrasikan aplikasi anggaran untuk memantau penyerapan anggaran berdasarkan Standar Pelayanan Minimal; serta mendistribusikan anggaran TB khususnya dana hibah secara efektif dan efisien.

2. Pemerintah Daerah Kota Medan: untuk terus berkomitmen melakukan percepatan Eliminasi TB dan merangkul seluruh lintas sektor yang terlibat dalam penanggulangan TB di Kota Medan.
4. Dinas Kesehatan Kota Medan: untuk meningkatkan pencapaian indikator CNR dan SR, meningkatkan kualitas pelayanan TB di fasilitas kesehatan serta melakukan kolaborasi lintas sektor khususnya pelibatan sektor pemerintahan.
5. BPJS Kesehatan Kota Medan, untuk terus berkomitmen dalam meningkatkan kualitas pelayanan TB di FKTP dan FKRTL dan berkoordinasi dengan Dinkes Kota Medan untuk kebijakan selanjutnya.
6. Sektor Swasta di Kota Medan: untuk terus mendukung program TB di Kota Medan (penguatan komitmen lintas sektor, penguatan penemuan kasus TB, pendampingan kasus TB, serta penguatan sistem pencatatan dan pelaporan yang ada di fasilitas kesehatan).

DAFTAR PUSTAKA

- Alene, K. A, K. Wangdi, A.C.A Clemeents. (2020). *Impact of the COVID-19 Pandemic on Tuberculosis Control: An Overview*. Tropical Medicine and Infectious Disease 2020, Vol. 5 (123).
- Arega B, Negesso A, Taye B, et al. (2022). *Impact of COVID-19 pandemic on TB prevention and care in Addis Ababa, Ethiopia: a retrospective database study*. BMJ Open 2022;12:e053290
- World Health Organization. (2020). *Global Tuberculosis Report 2020*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336069/9789240013131-eng.pdf> (diakses pada 24 Agustus 2021). Geneva: WHO.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara. (2021). *Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) Program Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit (Satker Dekonsentrasi 05) Medan*.
- Dinas Kesehatan Kota Medan. (2021). *Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Tahun 2020*. Medan. Dinkes Kota Medan.
- Dinas Kesehatan Kota Medan. (2021). *Laporan Kinerja Dinas Kesehatan Kota Medan Tahun 2021*. Medan. Dinkes Kota Medan.
- SK Walikota Medan Nomor 440/1008.K/X/2017 tentang Tim Satuan Kerja Penanggulangan Tuberkulosis Kota Medan dan Hal ini juga diperkuat dengan adanya SK Walikota Medan

- Nomor 440/03.K/VII/2021 tentang Forum Multi Sektor Percepatan Eliminasi Tuberkulosis Kota Medan
- Peraturan Presiden Nomor 67 Tahun 2021 tentang Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia
- Putri, F.A., C. Suryawati., W. Kusumastuti. (2020). Evaluasi Pelaksanaan Program Penanggulangan Tuberkulosis Paru (P2TB) Di Puskesmas Bandarharjo Kota Semarang. Vol. 8(3): 311-322. <http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jk m>
- Purwaningsih, E., L.Trisantoro, M.F.Kurniawan (2018). Analisis Kebijakan Pembiayaan TB Di Fasilitas Kesehatan Milik Pemerintah Era JKN Di Kota Samarinda. Yogyakarta: (Tesis) Universitas Gadjah Mada.
- Pambudi, Andi Setyo. (2021). Kendala Adaptasi Pemerintah Daerah Dalam Implementasi Dak Fisik Saat Pandemi COVID-19. *Jurnal Ilmiah Wahana Bhakti Praja*. Vol. 11 No. 1 Mei 2021 (1-17).
- Yin, R.K. (2018). *Case Study Research and Applications Design and Methods*. Singapore: SAGE Publication.