

Kebijakan Terkait Krisis Kesehatan: Analisa Kebutuhan Tenaga Kesehatan Selama Pandemi Covid-19 di Indonesia

Policies Related to the Health Crisis: Analysis of the Need for Health Workers During the Covid-19 Pandemic in Indonesia

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: 24 Desember 2022; Tanggal penerimaan: 30 Juni 2023

ABSTRAK

Kesehatan merupakan salah satu pilar pembangunan negara Indonesia. Pentingnya aspek kesehatan dalam kehidupan bernegara seringkali menghadapi banyak sekali tantangan dan hambatan, krisis kesehatan menjadi salah satu isu vital yang harus segera ditemukan solusi penyelesaiannya. Pada masa genting seperti pandemi Covid-19 yang saat ini melanda dunia tidak terkecuali Indonesia, permasalahan terhadap kebutuhan tenaga kesehatan menjadi sangat vital selain permasalahan pembiayaan, informasi dan komunikasi, sarana prasarana, transportasi, stok alat dan bahan medis yang juga terbatas. Beragam solusi yang ditawarkan kiranya menjadi alternatif pemecahan masalah distribusi tenaga kesehatan ini, namun perlu diingat solusi sederhana, tetapi akurat dan dapat dengan cepat diaplikasikan yang harus dipilih menjadi pilihan utama. **Tujuan** : Penelitian ini dimaksudkan untuk mengidentifikasi dan menelaah kebijakan terkait krisis kesehatan yang sedang dialami Indonesia yang berfokus pada analisa kebutuhan sumber daya manusia kesehatan selama pandemi Covid-19 berlangsung di Indonesia. **Metode**: Teknik deskriptif analitik merupakan jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian kali ini, dengan desain non eksperimental (Cross Sectional). Mengadopsi bahan analisa pustaka atau library research berdasarkan beberapa sumber yaitu laporan BPS RI, Databoks, Lokadata, Pusara digital tenaga kesehatan dan sumber data dari artikel terkait. **Hasil**: Badan Pusat Statistik (BPS) mencatat, jumlah tenaga kesehatan di Indonesia sebanyak 2.287.142 orang pada 2021. Dari jumlah tersebut daerah Jawa memiliki jumlah tenaga jauh lebih banyak dibandingkan dengan provinsi-provinsi lain di Indonesia, hal ini dikaitkan dengan jumlah penduduk yang terpusat di pulau Jawa, gap tenaga kesehatan sangat jauh antara provinsi satu dengan lainnya di Indonesia. Terkini kondisi jumlah tenaga kesehatan Indonesia di bawah standar Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization/WHO). Indonesia dengan rasio 4 tenaga per 1.000 penduduk untuk jumlah dokter, perawat dan bidan, sedangkan standar WHO adalah 4,4 tenaga per 1.000 penduduk. Sejumlah 2.087 tenaga kesehatan Indonesia telah gugur selama pandemi Covid-19 melanda tanah air. Setidaknya 751 dokter meninggal, 670 perawat, 298 bidan gugur dalam melaksanakan tugasnya diikuti dengan tenaga kesehatan lainnya. Rekomendasi kebijakan yang dapat diberikan antara lain, alokasi segera tenaga kesehatan dan non kesehatan di wilayah yang terbatas SDM, kesempatan bekerja lebih mudah pada tenaga vital seperti dokter spesialis, laboratorium, radiologi dst, kerjasama lintas sektor terkait seperti kemendikbud, kemenpu, dst. **Kesimpulan**: Krisis kesehatan yang dialami Indonesia salah satunya yaitu aspek distribusi tenaga kesehatan, hal ini dikaitkan dengan populasi terpusat, kondisi geografis dan besarnya honor nakes yang menjadi beberapa faktor penyebab maldistribusi tersebut. Tugas, pokok dan fungsi pemerintah pusat dan daerah diuji dalam penyelesaian permasalahan ini. Solusi aplikatif dan solutif dari koordinasi berbagai pihak diharapkan segera menjadi alternatif dan menekan jurang maldistribusi nakes yang ada di Indonesia.

Kata kunci: Kebijakan, Krisis kesehatan, Tenaga kesehatan, Covid-19

ABSTRACT

One of the pillars of Indonesia's state development is health. The importance of health aspects in state life frequently faces many challenges and obstacles, and the health crisis is one of the most pressing issues that must be addressed immediately. In critical times, such as the current Covid-19 pandemic sweeping the world, including Indonesia, problems with health worker needs are critical, in addition to financing issues, information and communication issues, infrastructure, transportation, and limited stocks of medical equipment and materials. Various solutions should be offered as an alternative solution to the problem of health worker distribution, but keep in mind that simple, but accurate, and quickly applied solutions should be chosen as the first choice. The goal of this study is to identify and examine policies related to the current health crisis in Indonesia, with a focus on analyzing the needs of health human resources during the Covid-19 pandemic in Indonesia. The method used in this study was an analytical descriptive technique with a non-experimental design (Cross Sectional). Adopt library analysis materials or library research based on a variety of sources, including BPS RI reports, Databoks, Lokadata, health workers' digital pusara, and data sources from related articles. The Central Statistics Agency (BPS) reported that the number of health workers in Indonesia in 2021 was 2,287,142. The Java region has a much larger number of workers than other provinces in Indonesia, which is due to the concentration of population on the island of Java; the gap in health workers in Indonesia is very wide. The current situation of Indonesian health workers falls short of World Health Organization (WHO) standards. Indonesia has a ratio of 4 doctors, nurses, and midwives per 1,000 people, whereas the WHO standard is 4.4 doctors, nurses, and midwives per 1,000 people. During the Covid-19 pandemic in Indonesia, a total of 2,087 Indonesian health workers died. In the line of duty, at least 751 doctors, 670 nurses, and 298 midwives died, followed by other health workers. Policy recommendations include immediate allocation of health and non-health workers in

areas with limited human resources, easier work opportunities for vital personnel such as specialists, laboratories, radiology, and so on, and cross-sector cooperation with ministries such as Education and Culture, Public Works and Public Relations, and so on. Conclusion: One aspect of Indonesia's health crisis is the distribution of health workers, which is associated with a centralized population. Geographical conditions and the number of health workers are some of the factors causing the maldistribution. In order to solve this problem, the central and local governments' tasks, principles, and functions are put to the test. Applicative and solution-oriented solutions resulting from the collaboration of various parties are expected to become alternatives and close the gap in health worker maldistribution in Indonesia.

Keywords: Policy; Health crisis; Health workers; Covid-19

PENDAHULUAN

Krisis kesehatan merupakan kejadian yang menimbulkan akibat munculnya korban jiwa, korban luka/sakit, pengungsian, serta adanya kemungkinan bahaya yang berefek pada derajat kesehatan masyarakat, sehingga memerlukan respon segera di luar keseharian dan daya tampung kesehatan kurang mencukupi(1). Munculnya krisis kesehatan masyarakat global yang kompleks seperti perubahan iklim dan ekstrim, hilangnya keanekaragaman hayati, keadaan darurat kelangkaan, urbanisasi cepat yang tidak berkelanjutan, migran dan lonjakan pengungsi, terorisme domestik dan internasional, keamanan siber, peradaban perang dan konflik, dan peningkatan global antibiotik resisten telah menghasilkan kenaikan yang tidak terjadi sebelumnya dalam hal langsung dan tidak langsung, mortalitas dan morbiditas (2).

Tertanggal 11 Maret 2020, *World Health Organization* (WHO) mengumumkan wabah virus corona (COVID-19) ditetapkan sebagai pandemi. COVID-19 telah merampas jutaan nyawa manusia secara global, menghadirkan tantangan mendesak bagi para profesional kesehatan, dan mengungkap kelemahan sistem kesehatan nasional di seluruh dunia. Selain itu, dengan cepat menyebabkan gangguan signifikan terhadap ekonomi dan penduduk dalam skala yang belum tidak terprediksi dan terjadi sebelumnya (3). Evolusi dan implikasi dari krisis COVID-19 masih berlangsung, maka dari itu diharapkan sistem kesehatan global cepat pulih, dan ekonomi dunia akan direvitalisasi dengan kontribusi dan kolaborasi sains (termasuk ilmu sosial), industri, dan pemerintah (4). Manajemen krisis kesehatan global adalah urusan yang kompleks. Hal ini membutuhkan tanggapan individu, organisasi, dan kelembagaan dan koordinasi skala besar yang melibatkan pendekatan interdisipliner dan multidisiplin (5).

Sumber daya manusia kesehatan berperan penting dalam menambah kualitas pelayanan kesehatan yang terbaik pada masyarakat agar mereka mampu mendorong derajat kesehatan menjadi semakin baik, meliputi kesadaran,

keinginan dan ketahanan hidup sehat agar dapat mewujudkan derajat kesehatan semaksimal mungkin sebagai investasi terhadap pembangunan SDM yang aktif baik sosial maupun ekonomi, dan menjadi salah satu unsur ketentraman umum seperti maksud dari Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang merupakan silsilah pada Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 mengenai Tenaga Kesehatan (6).

Terkini, Indonesia berada dalam masa kritis pandemi Covid-19 (7). Berangkat dari data yang dirilis Tim Gugus Tugas Percepatan Penanganan Covid-19 tertanggal 01 November 2022, sejumlah 216 negara yang telah terkonfirmasi 630 juta orang terinfeksi dan meninggal sebanyak 6,59 juta jiwa. Sedangkan di Indonesia, terdapat 6,49 juta kasus positif Covid-19 sebagai penyebab korban meninggal dunia sejumlah 159.000 penduduk (8). Data tersebut menunjukkan fakta mengenai penyebaran Covid-19 sangat masif. Di banyak tempat, petugas kesehatan di tingkat daerah menjadi garda terdepan dalam menyebarkan informasi tentang virus corona (COVID-19) kepada masyarakat. Untuk memastikan masyarakat menerima informasi sesegera mungkin dan akurat, menjadi penting bagi petugas kesehatan untuk terus mengikuti rekomendasi dan panduan terbaru (9).

Tenaga kesehatan masyarakat dan sukarelawan telah dikerahkan secara global sebagai sumber daya kesehatan lokal yang terdapat di masyarakat yang mengalami kesulitan mengakses layanan kesehatan utama. Penyerapan mereka baru-baru ini meningkat sejak Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mulai mempromosikan 'pengalihan tugas' atau dimasukkannya lebih banyak keterampilan dan prosedur medis ke beban kerja pekerja kesehatan komunitas (10). Pengerahan tenaga kesehatan yang sebagian besar dikontrak selama pandemi nyatanya masih belum cukup mampu untuk menyelesaikan pandemi dengan efektif dan efisien. Dalam kondisi tanggap darurat wabah nyatanya pengalaman dan jam terbang secara praktek jauh lebih dibutuhkan dari hanya sekedar ilmu teoretis di perkuliahan.

Selama masa kritis pandemi Covid-19, sumber daya manusia kesehatan menjadi profesi yang berada di garda terdepan dan berperang secara langsung dengan Covid-19. Pada keadaan tersebut, seringkali nakes diharuskan rela untuk mengorbankan nyawanya demi menjadi perisai utama pengaman masyarakat dari penularan virus selama pandemi Covid-19 (7). Berasal dari data yang telah terpublikasi oleh pusara digital tenaga kesehatan Indonesia pada tanggal 3 November 2022, terdapat 751 Dokter yang telah meninggal selama pandemi Covid-19 terjadi. Perawat yang gugur mencapai 670 orang, bidan berjumlah 398, lain-lain berjumlah 268 petugas (11).

Keterbatasan SDM di Indonesia antara lain meliputi kompetensi yang dimiliki, diantaranya seperti sumber daya kesehatan yang belum pernah memperoleh pelatihan bersertifikasi tentang cara mencegah dan mengendalikan infeksi, serta pengolahan limbah. Di lain sisi keahlian dan kemampuan tersebut memiliki peranan yang sangat besar dalam mencegah dan memitigasi penyebaran. Maka dari itu tidak terdapat jaminan proteksi pada tenaga medis/paramedis serta non medis yang berperan dalam perawatan pasien Covid-19. Singkatnya dapat dikatakan Indonesia menghadapi kondisi minimnya SDM yang siap melayani pasien Covid-19 (12). Penelitian ini dimaksudkan untuk mengidentifikasi dan menelaah kebijakan terkait krisis kesehatan yang sedang dialami Indonesia yang berfokus terhadap analisa kebutuhan sumber daya manusia kesehatan pada pandemi Covid-19 di Indonesia.

METODE PENELITIAN

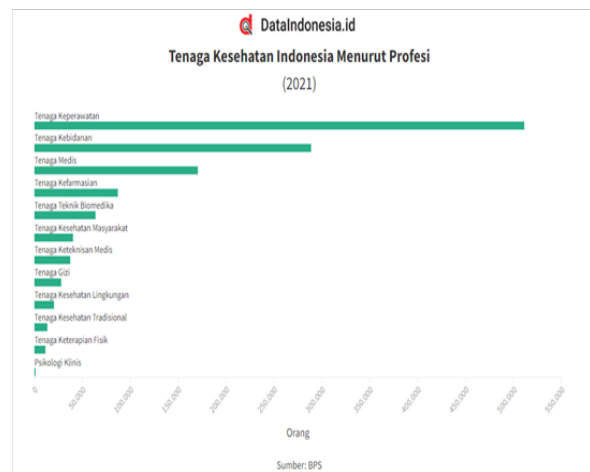
Penelitian ini menggunakan teknik deskriptif analitik dengan desain non eksperimental (*Cross Sectional*). Memakai analisa pustaka/*library research* yang diambil dari beberapa sumber yaitu laporan BPS RI, Databoks, Lokadata, Pusara digital tenaga kesehatan dan sumber data dari artikel terkait. Populasi yang menjadi bagian dalam penelitian ini yaitu seluruh tenaga kesehatan Indonesia yang turun dan terlibat langsung pada upaya penanganan dampak kesehatan selama pandemi Covid-19. Data yang diolah pada pengumpulan data yaitu data kuantitas dan distribusi SDM diseluruh wilayah Indonesia baik dokter, perawat, bidan dan profesi kesehatan lainnya yang akan dijabarkan pada hasil penelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil Penelitian

Permasalahan Tenaga Kesehatan

Jumlah tenaga kesehatan berdasarkan jenis profesi belum merata, terlihat dari jumlah tenaga kesehatan yang didominasi profesi tertentu. Hal tersebut akan ditampilkan pada grafik berikut:

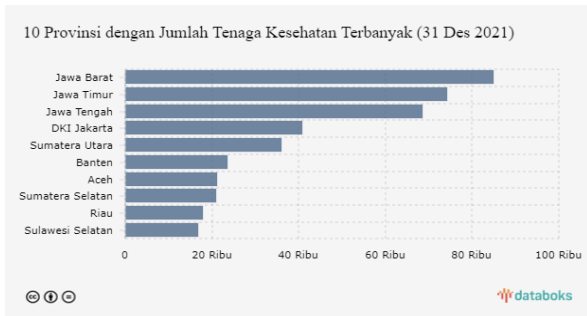


Gambar 1. Tenaga kesehatan Indonesia menurut provinsi (13)

Badan Pusat Statistik (BPS) mencatat, kuantitas dari tenaga kesehatan di Indonesia berjumlah 2.287.142 orang pada 2021. Berangkat dari jumlah tersebut, perawat merupakan tenaga kesehatan dengan jumlah tertinggi, dengan 511.191 orang. Banyak pula tenaga kesehatan yang merupakan bidan, yakni 288.686 orang. Kemudian, sebanyak 170.541 tenaga kesehatan merupakan tenaga medis. Tenaga kefarmasian tercatat sebanyak 87.093 orang. Jumlah tenaga teknik biomedika dan tenaga kesehatan masyarakat masing-masing sebanyak 63.748 orang dan 40.315 orang. Lalu, tenaga keteknisan medis tercatat sebanyak 37.302 orang. Jumlah tenaga gizi dan tenaga kesehatan lingkungan berturut-turut sebanyak 27.917 orang dan 20.426 orang. Jumlah tenaga kesehatan tradisional sebanyak 13.485 orang. Sedangkan, tenaga keterampilan fisik dan psikologi klinis masing-masing sejumlah 11.475 orang dan 1.155 orang.

Kemudian untuk 10 Provinsi dengan total tenaga kesehatan tertinggi akan ditunjukkan pada gambar 2.

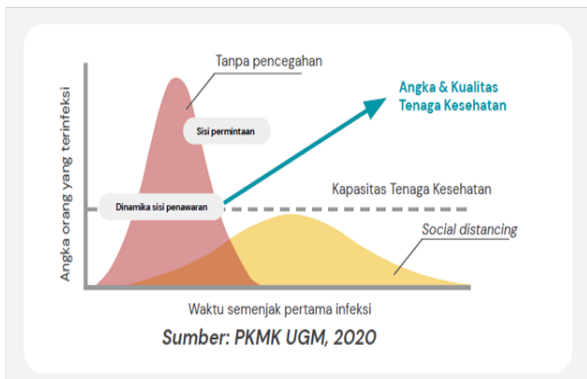
Gambar 2 menunjukkan bahwa daerah Jawa memiliki jumlah tenaga jauh lebih banyak dibandingkan dengan berbagai provinsi lainnya di Indonesia, hal ini dikaitkan dengan jumlah



Gambar 2. 10 Provinsi Dengan Jumlah Nakes Terbanyak (14)

penduduk yang terpusat di pulau Jawa. Jawa barat dengan jumlah tenaga kesehatan lebih dari 80.000, Jawa Tengah dengan lebih dari 70.000 nakes, dan Jawa Tengah dengan lebih dari 60.000 nakes.

Hubungan antara jumlah dan kualitas tenaga kesehatan dalam upaya penanganan Covid-19 akan ditunjukkan pada gambar 3 berikut ini:

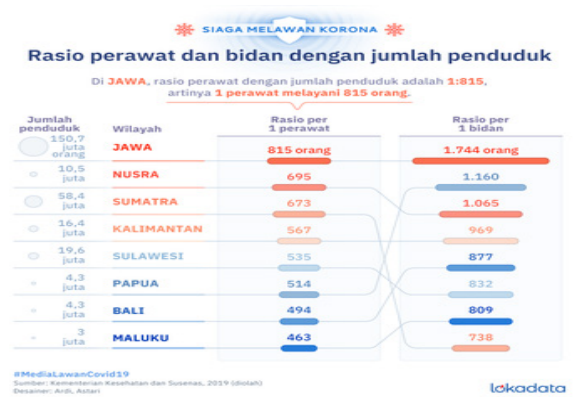


Gambar 3. Korelasi kuantitas dan kualitas SDM Kesehatan selama pandemi Covid-19 (15)

Terkini jumlah Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) Indonesia ada di bawah standar *World Health Organization/WHO*. Indonesia nyatanya memiliki rasio 4 per 1.000 penduduk pada total dokter, perawat dan bidan, sedangkan standar WHO yaitu 4,4/1.000 penduduk (16)

Dalam kondisi pandemi Covid-19 ini Indonesia beserta negara lainnya di dunia dihadapkan dengan belum meratanya tenaga kesehatan. Gambar 4 berikut ini akan menunjukkan rasio dokter dengan jumlah penduduk.

Gambar 4 menunjukkan bahwa terdapat gap yang sangat besar pada perbandingan jumlah dokter dan penduduk di beberapa wilayah di Indonesia. Di Jawa penduduk berjumlah 150,7 juta dengan jumlah dokter 2.800, perbandingan 1: 53.281, hal ini menunjukkan bahwa 1 dokter



Gambar 4. Rasio dokter dengan jumlah penduduk (2020) (17)

harus melayani setidaknya 53.821 penduduk. Sumatera dengan 58,4 juta penduduk berbanding 3.000 dokter berarti perbandingannya 1: 19.467, sedangkan Sulawesi dengan 19,6 juta berbanding 3.100 dokter, memiliki perbandingan 1: 6.323.

Tidak jauh berbeda dengan rasio dokter dengan penduduk, gambar 5 di bawah ini akan menunjukkan perbandingan rasio perawat dan bidan dengan jumlah penduduk:

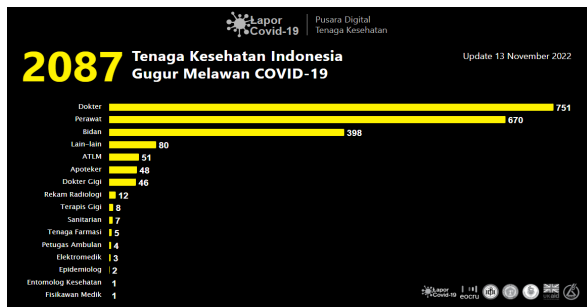


Gambar 5. Rasio perawat dan bidan dengan jumlah penduduk (17)

Gambar 5 menunjukkan bahwa terdapat gap beberapa wilayah Indonesia yang mengalami defisit rasio jumlah perawat serta bidan dengan keseluruhan penduduknya. Terdapat 4 wilayah yang termasuk dalam zona merah, diantaranya Jawa dengan rasio 1 perawat:815 penduduk dan 1 bidan:1.744 penduduk. Nusa Tenggara dengan

rasio 1 perawat:695 penduduk dan 1 bidan:1.160 penduduk. Sumatera dengan rasio 1 perawat:673 penduduk dan 1 bidan:1.065 penduduk. Kalimantan dengan rasio 1 perawat:567 penduduk dan 1 bidan:969 penduduk.

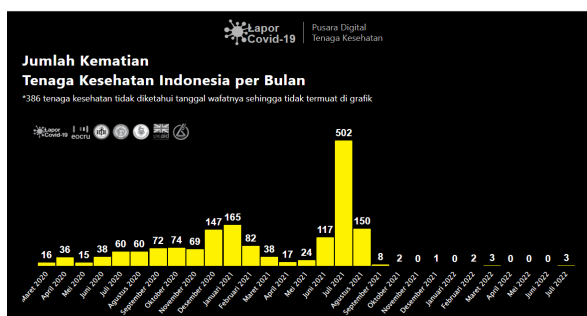
Gambar 6 akan menunjukkan data kematian tenaga kesehatan di Indonesia selama pandemi covid 19 yang telah terjadi 3 tahun terakhir:



Gambar 6. Tenaga Kesehatan Indonesia yang gugur melawan Covid-19 (18)

Gambar 6 menunjukkan bahwa sejumlah 2.087 tenaga kesehatan Indonesia telah gugur selama pandemi Covid-19 melanda tanah air. Setidaknya 751 dokter meninggal, 670 perawat, 298 bidan gugur dalam melaksanakan tugasnya. Diikuti dengan tenaga kesehatan lainnya seperti tenaga pendukung (cleaning service, laundry, dst), ATLM, apoteker, dokter gigi, rekam radiologi, terapis gigi, sanitarian, tenaga farmasi, petugas ambulan, elektromedik, epidemiolog, entomolog kesehatan dan fisikawan medik.

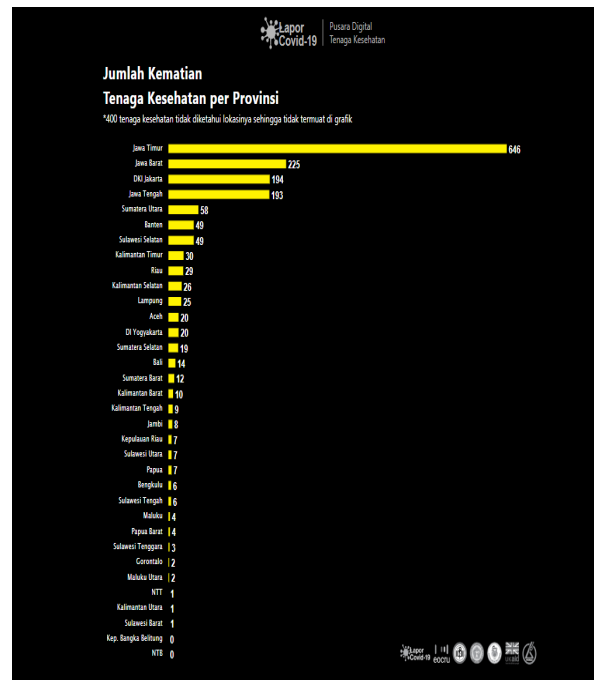
Berdasarkan periode waktu gugurnya pahlawan kesehatan tanah air akan ditunjukkan oleh gambar 7 di bawah ini:



Gambar 7. Jumlah kematian tenaga kesehatan Indonesia per-bulan (19)

Gambar 7 menunjukkan bahwa jumlah kematian tenaga kesehatan tertinggi terdapat pada bulan Juli tahun 2021 dengan 502 kematian, Januari 2021 dengan 165 kematian dan Agustus 2021 dengan

159 kematian. Selanjutnya total tenaga kesehatan yang gugur per provinsi akan ditunjukkan gambar 8 berikut ini:



Gambar 8. Jumlah tenaga kesehatan yang gugur per Provinsi (20)

Gambar 8 menunjukkan bahwa jumlah kematian tertinggi tenaga kesehatan selama pandemi Covid 19 diantaranya di Provinsi Jawa Timur dengan 646 kematian nakes, Jawa barat 225 nakes, dan DKI Jakarta 194 nakes, diikuti provinsi-provinsi lainnya dengan jumlah kematian terendah terdapat pada Provinsi Bangka Belitung dan NTB dengan 0 kematian.

Rekomendasi Kebijakan Bagi Tenaga Kesehatan

1. Kementerian Kesehatan harus mengalokasikan dengan segera kebutuhan SDM kesehatan dan non-kesehatan. Pengalokasian ini diselaraskan dengan perubahan intensitas koleksi data di lapangan tentang kuantitas standar SDM tiap lokasi mulai level kecamatan hingga provinsi, agar terhindar dari maldistribusi SDM.
2. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan harus membuka kesempatan bagi sumber daya manusia kesehatan langka utamanya dokter spesialis dan tenaga laboratorium. Tujuan utamanya demi memaksimalkan fungsi setiap jenis pekerjaan SDM selama pandemi Covid-19 berbarengan dengan tindakan pencegahan demi masa depan

3. Kedepannya, KemenPANRB perlu menjalin kerjasama dengan Kemendagri melaksanakan pembaharuan sistem kesehatan di layanan kesehatan primer dalam bidang:
 - a. Pendidikan dan distribusi tenaga kesehatan, mencakup:
 - 1) Memberikan beasiswa dengan kewajiban alokasi tempat kerja (kolaborasi dengan kementerian keuangan)
 - 2) Distribusi ulang tenaga kesehatan di level kabupaten/kota
 - 3) Pemberian penghargaan bagi sumber daya manusia kesehatan
 - b. Teknologi informasi komunikasi serta pemberdayaan masyarakat, mencakup:
 - 1) *Telemedicine*
 - 2) Data tunggal untuk fasilitas kesehatan primer dan sekunder
 - 3) Revitalisasi dan modernisasi data posyandu
 - 4) Menggalakkan gerakan kader kesehatan (21)

Pembahasan

Pentingnya kuantitas dan distribusi tenaga kesehatan

Pada negara berkembang, skala intervensi kesehatan esensial untuk mencapai target pembangunan kesehatan dibatasi oleh kurangnya profesional kesehatan yang terampil untuk memberikan layanan (22). "Krisis tenaga kesehatan" yang dapat digambarkan dalam hal (1) ketersediaan, yang berhubungan dengan tersedianya tenaga kesehatan berkualitas; (2) distribusi, berhubungan pada proses perekrutan dan retensi sumber daya manusia kesehatan di tempat yang paling dibutuhkan; dan (3) kinerja, yang berkaitan dengan produktivitas tenaga kesehatan dan kualitas perawatan yang mereka berikan (23).

Tantangan mengenai tenaga kesehatan selama pandemi Covid-19

Karena sistem kesehatan secara global kewalahan oleh penyakit coronavirus 2019 (COVID-19), petugas kesehatan 'harus dilindungi' (24) sebagai 'sumber daya setiap negara yang paling berharga'. Ini harus melampaui akses ke alat pelindung diri yang efektif. Langkah-langkah untuk mendukung beban psikologis yang sangat besar yang dihadapi oleh petugas kesehatan garis depan di seluruh dunia sangat dibutuhkan (25)

Lonjakan global dalam permintaan perawatan kesehatan menempatkan petugas kesehatan di bawah tekanan berat, termasuk frustrasi, kelelahan, keputusan triase yang sulit, dan hasil pasien yang traumatis, diperburuk oleh langkah-langkah jarak fisik dan isolasi. Selain itu, risiko infeksi yang tinggi, perlindungan yang tidak memadai dari kontaminasi dan penyakit serta kematian pada rekan medis mereka menempatkan kesehatan mental mereka di bawah ancaman yang signifikan dan diperparah dengan kekhawatiran penularan infeksi di dalam rumah tangga mereka (26)

Terdapat beberapa stigma/ pandangan negatif dari para tenaga kesehatan dalam menjalankan tugas/profesionalismenya yang diantaranya tidak jarang bahkan rehat bahkan mundur dari profesi mereka. Beberapa stigma tersebut antara lain:

- a. Psikologis
Pandemi Covid-19 mengakibatkan kebiasaan hidup berubah. Kejadian ini membuat perubahan di mayoritas aspek kehidupan. Bukan saja mempengaruhi sisi kesehatan, tetapi memberi pengaruh pada kondisi psikologis seseorang (27)
- b. Rusaknya kepercayaan
Kerusakan kepercayaan dilaporkan antara tetangga/masyarakat dan petugas kesehatan. Selain itu, banyak petugas kesehatan melaporkan bahwa mereka juga takut pada pasien. Hal ini terutama terjadi pada awal wabah, ketika petugas kesehatan tidak dibekali dengan pengetahuan dan perlengkapan yang memadai untuk melindungi diri mereka dari infeksi. Beberapa petugas kesehatan juga melaporkan bahwa pasien tidak selalu menjawab dengan jujur tentang gejala mereka selama penilaian, dan ini memperburuk kurangnya kepercayaan mereka pada masyarakat (28)
- c. Terisolasi dari keluarga
Petugas kesehatan dijauhkan dari keluarga mereka sampai mereka mengganti pakaian dan mencuci bersih. Mereka enggan berhubungan dekat dan bermain dengan anak-anak mereka. Yang lain berbicara tentang tidak mengunjungi rumah untuk waktu yang lama.
- d. Takut tertular
Petugas kesehatan melaporkan ketakutan besar tertular Covid-19. Mereka khawatir tentang seberapa baik mereka mengikuti praktik pengendalian infeksi.
- e. Trauma karena melihat rekannya meninggal
Petugas kesehatan melihat banyak rekan, serta kerabat dan anggota masyarakat meninggal.

Mereka berbicara tentang merawat rekan mereka saat mereka meninggal dan baru kemudian menyadari bahwa mereka mengidap Covid-19

- f. Kesulitan ekonomi
Kesulitan ekonomi karena berkurangnya pendapatan adalah hal biasa: kebijakan pembatasan sosial (PSBB) membuat tenaga kesehatan hanya memiliki kebiasaan kerja, kerja dan kerja tanpa dapat relaksasi/wisata untuk menghibur diri dan memulihkan mental mereka.
- g. Meningkatnya stres dan beban kerja
Di tempat kerja, petugas kesehatan sering melaporkan peningkatan stres dan beban kerja, serta terus berjuang untuk mendapatkan persediaan yang mereka butuhkan. Beberapa melaporkan ketidakpercayaan antara staf – misalnya, staf dari bangsal umum menghindari staf dari pusat perawatan karena mereka takut akan menularkan virus kepada mereka. Manajer mendukung dalam beberapa kasus di mana mereka berbicara dengan mereka secara teratur dan mendorong mereka untuk tetap bekerja. Namun, di tempat lain, petugas kesehatan melaporkan bahwa manajer memberikan instruksi, tetapi jarang datang untuk memberi semangat (28)

Kunci keberhasilan alokasi SDM

Beberapa kontribusi yang dapat dilakukan pemerintah untuk mendukung produktivitas tenaga kesehatan diantaranya:

- a. Tunjangan risiko
Petugas kesehatan mengeluh tentang keuangan mereka selama wabah. Mereka menjelaskan bahwa biaya hidup seperti makanan, suplemen seperti vitamin dan transportasi meningkat drastis selama wabah. Banyak petugas kesehatan melaporkan kesulitan dalam mengatasi peningkatan biaya hidup dan menjatah makanan mereka dan mengontrol pergerakan mereka.
- b. Pendidikan dan pelatihan
Petugas kesehatan yang dibantu pelatihan mengatasi rasa takut dan menjadi lebih percaya diri dalam memberikan perawatan. Pelatihan menjadi sangat efektif jika digabungkan dengan pasokan sumber daya penting seperti APD, pemutih, dan sarung tangan. Bagi mereka yang bekerja di area yang sulit dijangkau, manajer fasilitas memberikan pelatihan apa pun kepada anggota tim lainnya (28)

- c. Pembentukan tim koordinasi
Terhitung sejak 2010, Indonesia memiliki kelompok Koordinasi dan Fasilitasi Pengembangan Tenaga Kesehatan (KFPTK). Kelompok ini bermula dari gabungan berbagai kementerian/lembaga, utusan organisasi profesi, serikat pendidikan tenaga kesehatan, serikat fasilitas pelayanan kesehatan, dan korespondensi dari lembaga internasional, dalam lingkup koordinasi Kementerian Koordinator bidang Kesejahteraan Rakyat serta Kementerian Kesehatan (29)

KESIMPULAN

Urgensi mengenai permasalahan distribusi dan alokasi sumber daya manusia kesehatan nampaknya menjadi salah satu indikator dari kondisi krisis kesehatan yang ada di Indonesia, terlebih lagi saat pandemi Covid-19 yang kini melanda dunia, tidak terkecuali tanah air kita Indonesia. Beberapa kebijakan pemerintah seperti kalkulasi terukur SDM kesehatan per level regional (kecamatan, kota dan provinsi), kesempatan *upgrade* ilmu pengetahuan, *skill* dan kompetensi tenaga kesehatan langka seperti dokter spesialis dst, serta kolaborasi antar lembaga pendukung (selain kementerian kesehatan) telah dipaparkan pemerintah Indonesia. Kinerja kegiatan *planning*, *organizing*, *actuating* dan *controlling* dalam hal ini diuji untuk dapat melakukan identifikasi masalah dan segera menemukan solusi aplikatif yang dapat segera diadopsi untuk segera memperbaiki kondisi maldistribusi SDM di Indonesia, terlebih saat kondisi tidak diinginkan melanda, ketika terjadi pandemi Covid-19 seperti saat ini.

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti sekaligus penulis menghaturkan ucapan terima kasih kepada seluruh pihak yang terlibat dalam penyusunan studi ilmiah ini. Khususnya kepada STIKES Mutiara Mahakam sebagai pihak yang sangat mendukung pelaksanaan dan penyelesaian penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2019 Tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan. 2019;
2. Frederick M. Burkle Jr. Challenges of Global Public Health Emergencies: Development of a Health-Crisis Management Framework. Tohoku J. 2019;Exp. Med.,.

3. Gibson C. Guidepost from 'social distancing' to 'care in connecting': An emerging organizational research agenda for turbulent times. *Academy of Management Discoveries*. 2020. (<https://doi.org/10.5465/amd.2020.0062>).
4. Pereira, V., Temouri, Y., Patnaik, S., & Mellahi K. Managing and preparing for emerging infectious diseases: Avoiding a catastrophe. *Academy of Management Perspectives*. 2020;(<https://doi.org/10.5465/amp.2019.0023>).
5. Yipeng Liu JML& CL. The challenges and opportunities of a global health crisis: the management and business implications of COVID-19 from an Asian perspective. *Asian Bus Manag [Springer]*. 2020;pages277–297.
6. Undang-undang (UU) No. 36 Tahun 2014 tentang tenaga kesehatan. 2014;
7. Theresia Louize Pesulima YH. Perlindungan Hukum Terhadap Keselamatan Kerja Bagi Tenaga Kesehatan Akibat Pandemi Covid-19. *SASI*. 2020;Volume 26(p-ISSN: 1693-0061 | e-ISSN: 2614-2961).
8. JHU CSSE COVID-19 Data. Penyakit coronavirus (COVID-19) Indonesia. 2022;
9. Cristin Alexis Fergus, Elizabeth Storer, Moses Arinaitwe SK& MA. COVID-19 information dissemination in Uganda: Perspectives from sub-national health workers. *Can J Public Heal [Springer]*. 2021;(Article number: 1061 (2021)).
10. Nicole Mohajer & Debra Singh. Factors enabling community health workers and volunteers to overcome socio-cultural barriers to behaviour change: meta-synthesis using the concept of social capital. *Hum Resour Heal Vol [Springer]*. 2018;(Article number: 63 (2018)).
11. Pusara Tenaga Kesehatan Digital. Tenaga Kesehatan Indonesia Gugur Melawan COVID-19. :<https://nakes.laporcovid19.org/statistik>.
12. Layyinah A, Thabrany H, Saputra H, Manulang I, Saleh M, Yusran M, et al. Refleksi Pembangunan Kesehatan Di Indonesia Dalam Situasi Pandemi Covid-19. *PRAKARSA*. 2021;
13. Badan Pusat Statistik (BPS RI). Tenaga Kesehatan Indonesia Menurut Profesi (2021). 2021;
14. databoks. Jumlah Tenaga Kesehatan Indonesia 0,21% dari Total Penduduk. 2022;
15. PKMK UGM. Korelasi Kuantitas dan Kualitas Sumber Daya Manusia Kesehatan dengan Penanganan Covid-19. 2020;
16. Meliala ABD. *Aktivitas SDM Kesehatan di Masa Bencana*. 2020;Jakarta: Universitas Gadjah Mada.
17. Lokadata. Distribusi tenaga kesehatan tak kunjung merata. 2020;
18. Pusara Digital Tenaga Kesehatan. Tenaga Kesehatan Indonesia Gugur Melawan COVID-19. 2022;<https://nakes.laporcovid19.org/statistik>.
19. Pusara Digital Tenaga Kesehatan. Jumlah Kematian Tenaga Kesehatan Indonesia per Bulan. 2022;nakes.laporcovid19.org/statistik.
20. Pusara Digital Tenaga Kesehatan. Jumlah Kematian Tenaga Kesehatan per Provinsi. 2022;nakes.laporcovid19.org/statistik.
21. Andi Misbahul Pratiwi, Gregy Gustavo Tuerah D. Kumpulan Rekomendasi Kebijakan Penanganan Krisis Multidimensi Pandemi Covid-19. *THINK POLICY Soc*. 2020;
22. Jenny X. Liu, Yevgeniy Goryakin, Akiko Maeda TB& RS. Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030. *Hum Resour Heal [BMC]*. 2017;11.
23. McPake B, Maeda A, Araujo EC, Lemiere C, El Maghraby A, Cometto G et al. Why do health labour market forces matter? *Bull World Health Organ*. *Bull World Heal Organ [Pubmed]*. 2013;91:841–6.
24. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. COVID-19: health care heroes need protection – UN expert. 2020; <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/Display>.
25. The Lancet COVID-19. Protecting health-care workers. *Lancet* 21 March 2020;395922 doi 10.1016/S0140-6736(20)30644-9. [CrossRef].
26. R. Armitage and L.B. Nellums. Protecting health workers' mental health during COVID-19. *Elsevier Public Heal Emerg Collect*. 2020;doi: 10.1016/j.puhe.2020.05.044.
27. Sudarman Far. Dukungan Sosial Keluarga Pada Survivor Covid-19 (Studi Fenomenologi Penyintas Di Provinsi Lampung). 2021;ISBN : 978-623-97536-9-6.
28. Joanna Raven HW& SW. Health workers' experiences of coping with the Ebola epidemic in Sierra Leone's health system: a qualitative study. *BMC Heal Serv Res [Springer Link]*. 2018;(251).
29. Rokom KR. *SDM Kesehatan Kunci Pembangunan Kesehatan*. 2013;<https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-medi>.

Analisis Pelaksanaan Kebijakan Penanggulangan *Stunting*: Studi Kasus di Kabupaten Brebes

Analysis of Stunting Management Policy Implementation: A Case Study in Brebes Regency

Liza Nurva¹, Chatila Maharani¹

¹Prodi Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang
Gedung F5 Kampus Sekaran, Universitas Negeri Semarang
lizanurva@students.unnes.ac.id

Tanggal submit: 20 Maret 2023; Tanggal penerimaan: 30 Juni 2023

ABSTRAK

Kabupaten Brebes merupakan Kabupaten/Kota yang memiliki prevalensi balita *stunting* tertinggi di Jawa Tengah dengan prevalensi sebesar 26,3% dan termasuk dalam 100 Kabupaten/Kota lokus prioritas intervensi *stunting* di Indonesia. Pemerintah Kabupaten Brebes mengeluarkan peraturan berupa Peraturan Bupati Brebes No. 50 tahun 2019 tentang Penanggulangan *Stunting* yang tujuannya untuk mencegah dan menurunkan angka kasus *stunting*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana pelaksanaan kebijakan penanggulangan *stunting* di Kabupaten Brebes dengan teori eksplorasi model implementasi kebijakan George Edward III, Marilee S Grindle, dan Mazmanian & Sabatier dalam perspektif segitiga analisis kebijakan. Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Analisis data dilakukan dengan cara open coding menggunakan aplikasi QDA Miner Lite. Hasil menunjukkan bahwa untuk pelaksanaan kebijakan secara keseluruhan sudah sesuai dengan peraturan yang ada, dari segi pemerintah daerah dan Organisasi Perangkat Daerah (OPD) terkait saling bekerja sama, namun banyak hambatan yang dialami membuat kebijakan ini belum mencapai tujuan dan untuk Perbup tersebut perlu dilakukan revisi agar sesuai dengan Peraturan Presiden yang terbaru yaitu Perpres No.72 tahun 2021.

Kata kunci : *Penanggulangan; Pelaksanaan Kebijakan; Stunting*

ABSTRACT

Brebes Regency is one of the regencies/cities that have the highest *stunting* toddler prevalence in Central Java with a prevalence of 26.3% and included in 100 districts/cities the priority locus of *stunting* interventions in Indonesia. The Brebes Regency Government issued regulations, Brebes Regent Regulation No. 50 of 2019 concerning *Stunting* Countermeasures whose purpose is to prevent and reduce the number of *stunting* cases. This study aims to find out how the implementation of *stunting* countermeasures policies in Brebes Regency with the exploration theory of the policy implementation model of George Edward III, Marilee S Grindle, and Mazmanian & Sabatier in the policy analysis triangle perspective. This type of research is qualitative research with a case study approach. Data analysis was carried out by open coding using the QDA Miner Lite application. The results show that the implementation of policy as a whole is in accordance with existing regulations, from the local government and Regional Apparatus Organization (OPD) related to working together, but many obstacles have been experienced so that have not reached their goals and the Perbup needs to be revised so that it is in accordance with the latest Presidential Regulation that is Perpres No.72 of 2021.

Keywords : Countermeasures; Policy Implementation; *Stunting*

PENDAHULUAN

Stunting pada anak merupakan salah satu hambatan yang sangat berpengaruh bagi perkembangan manusia dan mempengaruhi sekitar 162 juta anak di bawah usia 5 tahun di seluruh dunia⁽¹⁾. *Stunting* didefinisikan sebagai kondisi anak balita yang memiliki tinggi badan rendah untuk usianya. Kondisi tersebut diukur dengan panjang atau tinggi badan yang lebih dari minus dua standar deviasi berdasarkan standar rata-rata pertumbuhan WHO⁽²⁾. *Stunting* memiliki konsekuensi jangka pendek dan jangka panjang. Termasuk peningkatan morbiditas dan mortalitas, perkembangan buruk pada anak, peningkatan risiko penyakit menular dan penyakit tidak menular,

peningkatan risiko obesitas, rendahnya oksidasi lemak, pengeluaran energi yang lebih rendah, resistensi insulin dan risiko tinggi terkena diabetes, hipertensi, dislipidemia, penurunan kinerja dan reproduksi ibu yang tidak baik di masa dewasa⁽³⁾.

Di negara berkembang seperti Indonesia masalah *stunting* harus segera ditangani secara serius dan berkesinambungan karena dampaknya yang cukup mengkhawatirkan untuk generasi mendatang⁽⁴⁾. Faktor risiko *stunting* dapat dibagi menjadi tiga kategori. Pertama, faktor orang tua (faktor neonatal dan status gizi ibu pada 1000 hari pertama kelahiran, perbedaan sosial, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan orang tua, dan tinggi badan ibu atau kerabat orang tua). Kedua, faktor anak (gizi, infeksi anak, proses penyapihan dalam 6

bulan atau lebih, jenis kelamin anak, dan usia anak). Ketiga, faktor lingkungan (sumber air, ketersediaan jamban, dan pengaruh lingkungan selama hamil)⁽⁵⁾. Selain itu, faktor Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), Prematuritas, ukuran keluarga, infeksi, dan menyusui secara signifikan berhubungan dengan *stunting* pada anak balita di Indonesia⁽⁶⁾.

Indonesia merupakan negara ketiga dengan prevalensi *stunting* tertinggi di Asia Tenggara dengan rata-rata prevalensi *stunting* pada balita di Indonesia tahun 2005-2017 adalah 36,4%⁽²⁾. Oleh karena itu, pemerintah pusat telah menetapkan penurunan prevalensi *stunting* sebagai proyek prioritas strategis pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Tahun 2020 – 2024 yaitu meningkatkan derajat kesehatan dan gizi masyarakat dengan target penurunan prevalensi *stunting* menjadi 14% di tahun 2024⁽⁷⁾.

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 persentase balita sangat pendek pada usia 0-59 bulan di Provinsi Jawa Tengah adalah 31,15%, dan persentase balita pendek adalah 20,06%⁽⁸⁾. Kabupaten/ Kota di Jawa Tengah yang memiliki prevalensi balita *stunting* tertinggi adalah Kabupaten Brebes yang menurut data SSGI tahun 2021 berada pada urutan ke-tiga dengan prevalensi balita *stunting* sebesar 26,3%⁽⁹⁾. Kabupaten Brebes juga masuk dalam 100 Kabupaten/Kota lokus prioritas intervensi *stunting* di Indonesia. Penetapan lokus prioritas ini didasarkan pada indikator jumlah balita *stunting*, prevalensi *stunting* dan tingkat kemiskinan⁽²⁾. Berdasarkan indikator tingkat kemiskinan, diketahui bahwa Kabupaten Brebes menempati urutan tertinggi di Jawa Tengah dengan jumlah penduduk miskin sebanyak 314,95 ribu jiwa atau 17,43% di tahun 2021⁽¹⁰⁾. Hal tersebut membuat Kabupaten Brebes menjadi fokus pemerintah pusat dan pemerintah provinsi Jawa Tengah dalam hal penurunan kasus *stunting*.

Dalam rangka penurunan dan optimalisasi pencegahan *stunting* pemerintah Kabupaten Brebes mengeluarkan peraturan berupa Peraturan Bupati Brebes No.50 tahun 2019 tentang Penanggulangan *Stunting*. Dalam Peraturan Bupati tersebut menyebutkan pada pasal 3 bahwa Penurunan *stunting* bertujuan untuk meningkatkan status gizi masyarakat dan kualitas sumber daya manusia. Adapun upaya penurunan *stunting* ini dilakukan melalui intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif⁽¹¹⁾. Upaya penurunan *stunting* yang sudah dilakukan sampai saat ini belum dapat dikatakan berhasil karena masih tingginya prevalensi balita *stunting* di Kabupaten

Brebes. Sehingga berdasarkan indikator prevalensi *stunting* dan tingkat kemiskinan yang tinggi, masih perlu dilakukan upaya berkesinambungan dalam pencegahan dan penanggulangan *stunting* di Kabupaten Brebes.

Berdasarkan hal tersebut tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana pelaksanaan kebijakan penanggulangan *stunting* di Kabupaten Brebes. Pelaksanaan kebijakan adalah lanjutan dari proses perumusan dan penetapan kebijakan atau dapat dikatakan sebagai upaya individu maupun kelompok, yang terfokus pada tujuan kebijakan yang telah ditetapkan. Penelitian kebijakan perlu dilakukan khususnya mengenai implementasi atau pelaksanaan dari sebuah kebijakan⁽¹²⁾.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, studi dokumen, dan observasi. Pedoman wawancara dibuat berdasarkan teori yang digunakan dalam penelitian ini yaitu Teori Eksplorasi Model Implementasi Kebijakan George Edward III, Marilee S Grindle, dan Mazmanian & Sabatier dalam Perspektif Segitiga Analisis Kebijakan, teori ini menjelaskan masing-masing komponen dalam kerangka analisis kebijakan yaitu identifikasi karakteristik masalah/ isu, tujuan kebijakan dan aktor, serta komponen lain yaitu isi Kebijakan, konteks kebijakan, proses kebijakan dan pencapaian kebijakan. Dengan teori ini diharapkan dapat digunakan untuk melakukan analisis kebijakan kesehatan yang lebih komprehensif⁽¹³⁾. Pedoman wawancara juga dibuat dengan mengacu pada Peraturan Bupati Brebes No. 50 Tahun 2019 Tentang Penanggulangan *Stunting*.

Wawancara dilakukan kepada informan utama (9 Orang) dan informan triangulasi (3 Orang). Informan utama adalah Kepala Bidang Pemosbud Baperlitbangda Kabupaten Brebes, Kepala Dinas Kesehatan, Sub Koordinator Kesehatan Keluarga dan Gizi (1 orang), Petugas Gizi Puskesmas Kluwut dan Puskesmas Jatirokeh (2 orang), Kader posyandu desa Kluwut dan desa Wanatawang (2 orang), Kepala Desa Kluwut dan Kepala Desa Wanatawang. Kemudian informan triangulasi adalah ibu balita *stunting* di desa Kluwut (2 orang) dan desa Wanatawang (1 orang). Pemilihan informan dilakukan dengan menggunakan teknik *purposive sampling*, dimana peneliti memilih informan yang dianggap terlibat dalam pelaksanaan kebijakan

penanggulangan *stunting* di Kabupaten Brebes baik itu sebagai pembuat kebijakan, pelaksana dan penerima manfaat dari pelaksanaan kebijakan dalam hal ini adalah ibu balita *stunting*. Pemilihan puskesmas dan desa berdasarkan prevalensi *stunting* yaitu prevalensi tertinggi (Desa Kluwut) dan terendah (Desa Wanatawang). Studi dokumen dilakukan untuk mendapatkan data prevalensi *stunting*. Observasi dilakukan dengan pengamatan langsung pelaksanaan program yaitu Program Deteksi Dini Kesehatan Remaja dan dilakukan pengamatan terhadap dua posyandu di desa Wanatawang dan Desa Kluwut untuk mengetahui kondisi alat pengukuran. Fokus penelitian ini adalah pelaksanaan kebijakan penanggulangan *stunting* di Kabupaten Brebes. Penelitian dilakukan pada bulan Oktober-Desember 2022.

Analisis data dilakukan dengan teknik *open coding* menggunakan aplikasi QDA Miner Lite. Pengkodean dilakukan dengan metode deduktif dan induktif. Pengkodean deduktif adalah pengkodean yang dilakukan dengan cara label dibuat terlebih dahulu berdasarkan pedoman wawancara yang digunakan. Sedangkan, pengkodean induktif adalah pengkodean yang dilakukan dengan secara teliti transkrip wawancara, kemudian menciptakan label untuk kategori baru ke dalam bagian kalimat yang diberikan⁽¹⁴⁾. Dalam pengkodean deduktif terdapat 11 kode dengan 31 sub kode dan dalam pengkodean induktif terdapat 1 kode dengan 4 sub kode. Setelah melakukan pengkodean dilakukan analisis dengan membandingkan pelaksanaan kebijakan tersebut sesuai dengan Peraturan Bupati Brebes No. 50 tahun 2019. Penelitian ini telah lulus kaji etik dengan sertifikat nomor 517/KEPK/EC/2022, yang diterbitkan oleh Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) pada tanggal 26 Oktober 2022.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil analisis pelaksanaan kebijakan penanggulangan *stunting* di Kabupaten Brebes menggunakan teori eksplorasi model implementasi kebijakan George Edward III, Marilee S Grindle, dan Mazmanian & Sabatier dalam perspektif segitiga analisis kebijakan⁽¹³⁾ adalah sebagai berikut :

Aktor

Berdasarkan hasil wawancara aktor yang terlibat dalam pembuatan kebijakan penanggulangan *stunting* di Kabupaten Brebes yaitu Kepala daerah; Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah (Baperlitbangda);

Dinas Sosial, Dinas Kesehatan; Dinas Pendidikan; Dinas Pemberdayaan Perempuan, Perlindungan Anak dan Keluarga Berencana (DP3KB); Dinas Perumahan Rakyat dan Kawasan Permukiman (Dinperwaskim); Dinas Pekerjaan Umum (Dinas PU); Dinas Pemberdayaan Masyarakat dan Desa (Dinpermades); dan Dinas Peternakan dan Pertanian. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyebutkan bahwa aktor dalam implementasi konvergensi pada intervensi spesifik adalah Dinas Kesehatan Kabupaten, puskesmas, serta bidan desa. Sedangkan aktor dalam implementasi konvergensi sensitif atau lintas sektor adalah Bappeda, Pemda bidang Kesra, Dinas PUPR, Dinas Sosial, Dikbud, Dinas Pertanian, Dinas Ketahanan Pangan, Manwil Agama, dan Dinas PMD dan KB⁽¹⁵⁾.

"jadi aktor-aktor itu terus goal nya ya Bupati kan yang menandatangani Perbup itu sebagai komitmen tertinggi kan kita kan ada 5 pilar kemudian dilaunching yang menunjukkan bahwa bupati itu komitmen terhadap pencegahan Stunting" (IU-1)

Pernyataan informan di atas sesuai dengan Perbup No. 50 Tahun 2019 Bab 3 tentang Pilar Penurunan *Stunting*, pasal 5 pilar pertama yaitu komitmen dan visi Bupati. Adapun keterlibatan para aktor tersebut dalam kebijakan penanggulangan *stunting* di Kabupaten Brebes menurut informan adalah sebagai berikut.

"kita punya Perbup penanggulangan stunting di dalamnya lintas sektor semuanya sudah sangat berperan, maksudnya berperan sesuai dengan kapasitasnya" (IU-3)

"lintas sektoralnya terus lintas SKPD nya juga tingkat Kabupatennya juga bagus sekali untuk untuk penanganan stunting" (IU-5)

Diketahui bahwa para aktor dan lintas sektor dalam penanggulangan *stunting* sudah mempunyai tugas dan peran masing-masing, sehingga diharapkan bersama-sama dapat mendukung upaya pemerintah dalam penurunan *stunting* di Kabupaten Brebes.

Isi Kebijakan

1. Pengambilan Keputusan

Dalam suatu kebijakan pengambilan keputusan memegang peranan penting dalam pelaksanaan kebijakan, maka pada bagian ini harus dijelaskan di mana letak pengambilan keputusan dari suatu kebijakan yang akan diimplementasikan⁽¹⁶⁾. Dalam proses pengambilan keputusan mengenai kebijakan penanggulangan *stunting* di Kabupaten Brebes dilakukan dengan beberapa langkah

sampai pada akhirnya terbentuknya Perbup. Sesuai yang disampaikan oleh informan utama.

“Langkah-langkahnya kan kita rapat dulu ya rapat, rapat tim itu kita akan membuat perbup, paling ga minimal 3 kali rapat kalau untuk membuat Perbup itu 3 kali rapat, finishing terus maju.” (IU-1)

Dalam Perbup No. 50 tahun 2019, pasal 16 ayat 2 disebutkan bahwa tanggung jawab secara teknis dalam penurunan *stunting* dilakukan oleh Sekretaris Daerah yang dibantu oleh Tim Teknis. Pada pelaksanaannya untuk tempat pengambilan keputusan secara lintas sektor di Kabupaten Brebes mulai tahun 2022 dilakukan di DP3KB yang sebelumnya di Bappeda atau Baperlitbangda. Sesuai yang disampaikan oleh informan utama.

“muncul Perpres 72 tahun 2021, dimana tanggung jawab stunting itu pengelolannya ada di OPD yang menangani KB, kalau disini DP3KB” (IU-1)

“Nah sekarang ini setelah di Baperlitbangda dipindahkan ke dinas yang berbeda yaitu DP3KB.” (IU-4)

Perubahan ini menyesuaikan dengan Perpres No. 72 Tahun 2021 bahwa koordinator percepatan penanggulangan *stunting* adalah Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) sehingga untuk di tingkat Kabupaten adalah Dinas KB atau di Kabupaten Brebes adalah DP3KB.

2. Manfaat

Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa untuk data prevalensi *stunting* di Kabupaten Brebes terdapat dua data yang berbeda, yaitu data Survey Status Gizi Indonesia (SSGI) tahun 2021 dengan prevalensi 26,3% dan data penimbangan serentak dengan prevalensi 11,43%. Sesuai pernyataan yang disampaikan oleh informan utama.

“Gatau itu bayinya kemana entah itu dibawa ke Jakarta atau kemana ga tau. Jumlahnya ga bisa sebanyak itu. Okelah menurut SSGI 26 [persen] tapi menurut penimbangan serentak hanya 11,43% ya itu yang stunting” (IU-1)

Perbedaan tersebut terjadi tidak hanya di Kabupaten Brebes saja, karena berkaitan dengan perbedaan dari kedua data, untuk data SSGI adalah data dari survei yang dilakukan dengan sasaran sampel rumah tangga dengan anak balita dan data ini digunakan untuk mengevaluasi kemajuan intervensi. Sedangkan untuk data penimbangan serentak atau yang disebut dengan data E-PPGBM (Elektronik-Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat) sasarannya adalah seluruh balita yang

datang ke posyandu dan data ini digunakan untuk surveilans program gizi di daerah ⁽¹⁷⁾.

Sehingga untuk manfaat kebijakan sesuai data penimbangan serentak terjadi penurunan prevalensi *stunting*, tetapi menurut data SSGI tidak mengalami penurunan bahkan mengalami kenaikan dari tahun sebelumnya.

Terkait program penanggulangan *stunting* seperti posyandu memberikan manfaat bagi para ibu balita untuk dapat mengetahui perkembangan anaknya sehingga dapat dilakukan upaya deteksi dini untuk pencegahan *stunting*. Hal ini sesuai yang disampaikan oleh informan triangulasi.

“posyandu membantu saya mengetahui perkembangan anak” (IT-2)

Suatu kebijakan yang telah dirancang dan ditetapkan tidak akan memberikan manfaat apabila tidak diimplementasikan⁽¹⁸⁾. Berdasarkan uraian di atas diketahui bahwa kebijakan penanggulangan *stunting* di Kabupaten Brebes sudah memberikan manfaat karena sudah diimplementasikan dengan baik.

3. Pelaksana Program

Pelaksana program atau implementor merupakan faktor yang menentukan suatu kebijakan publik sulit atau tidak dilaksanakan⁽¹⁹⁾. Pelaksana program penanggulangan *stunting* di Kabupaten Brebes dilakukan oleh lintas sektor dan sudah terbentuk Tim Percepatan Penurunan *Stunting* (TPPS) baik itu TPPS Kabupaten, TPPS Kecamatan, maupun TPPS Desa dan TPPS Kabupaten Brebes dibentuk dengan SK Bupati Nomor 050/110 tahun 2021 tentang Pembentukan Tim Percepatan Penurunan *Stunting*. Sesuai yang disampaikan oleh informan.

“Jadi kalau dari segi Institusi kita sudah ada SK nya ada semua, SK desa, SK kecamatan, SK kabupaten...” (IU-1)

“kami udah punya TPPS kecamatan dan TPPS desa” (IU-4)

Berdasarkan hasil wawancara dapat diketahui bahwa pelaksana dalam penanggulangan *stunting* ini sudah sesuai dengan Perbup No. 50 tahun 2019 yang tercantum dalam pasal 16 tentang Tim Teknis. Walaupun di peraturan tersebut yang tercantum bukan TPPS melainkan Tim Teknis Implementasi Intervensi Gizi Terintegrasi Penurunan *Stunting*, tetapi tugas dan perannya sama. TPPS memiliki tugas mengoordinasikan, mensinergikan, dan mengevaluasi penyelenggaraan Percepatan Penurunan *Stunting* secara efektif, konvergen, dan terintegrasi dengan melibatkan lintas sektor di tingkat pusat dan daerah ⁽⁷⁾.

4. Sumber Daya

Ketersediaan sumber daya sangat dibutuhkan dalam proses pelaksanaan kebijakan, adapun sumber daya yang dibutuhkan adalah sumber daya sarana prasarana, sumber pembiayaan dan sumber daya manusia yang terlibat⁽²⁰⁾. Berdasarkan hasil wawancara ketersediaan Sumber Daya Manusia (SDM) untuk penanggulangan *stunting* di Kabupaten Brebes secara jumlah telah mencukupi, seperti jumlah tenaga gizi di tiap puskesmas, dokter, perawat serta bidan sudah sesuai dengan peraturan mengenai jenis tenaga kesehatan wajib di puskesmas yaitu minimal terdapat satu tenaga gizi dan dokter, minimal terdapat 5 orang perawat dan minimal 4 orang bidan⁽²¹⁾. Selain tenaga kesehatan, dalam upaya penanggulangan *stunting* juga didukung oleh tenaga di luar kesehatan seperti kader posyandu dan kader Tim Pendamping Keluarga (TPK), berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa untuk jumlah kader posyandu juga sudah mencukupi dimana masing-masing desa untuk 1 pos posyandu terdapat 3-5 kader posyandu dan kader TPK berjumlah 4572 Orang yang tersebar di seluruh desa.

"Sebagian besar tenaga kesehatan di wilayah puskesmas Kab Brebes terpenuhi 9 jenis itu ya, termasuk dalam upaya penanggulangan stunting ini kan paling tidak ada tenaga gizi dan semua puskesmas sudah ada" (IU-2)

"Mencukupi per 1 pos ada 3 kader" (IU-9)

"kita itu punya tim TPK 1524 TPK se Kab Brebes, kalau 1 timnya 3 [orang] berarti ada 4572 orang" (IU-1)

Dalam upaya peningkatan pengetahuan, pemahaman dan keterampilan petugas gizi, Dinas kesehatan telah melakukan pelatihan-pelatihan di antaranya pelatihan Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA), pelatihan penggunaan alat antropometri, pelatihan konseling, pelatihan Antenatal Care (ANC) terpadu, dan pelatihan lainnya yang menunjang dalam pelaksanaan penanggulangan *stunting*. Selain petugas gizi, para kader juga mendapatkan pelatihan seperti pelatihan penggunaan aplikasi E-PPGBM. Sesuai pernyataan informan.

"Dinas kesehatan paling rajin mengadakan pelatihan sama orientasi untuk petugas kesehatannya" (IU-4)

Sumber pendanaan di Kabupaten Brebes cukup banyak di antaranya dari Dana Alokasi Khusus (DAK) ini digunakan untuk pembelian alat antropometri, pengelolaan program KB dan pengelolaan kegiatan *stunting* lainnya; dana Biaya Operasional Kesehatan (BOK) untuk

kegiatan pelatihan konselor PMBA dan Kelas balita; dana APBD dan APBN untuk Pemberian makanan tambahan (PMT) dan Pemenuhan kebutuhan di lapangan; Dana Bagi Hasil Cukai Hasil Tembakau (DBHCHT); dana Badan Layanan Usaha Daerah (BLUD atau kapitasi) untuk tambahan biaya pelaksanaan program di puskesmas, dana *Corporate social responsibility* (CSR) dari perusahaan-perusahaan dan dana desa dari masing-desa untuk kegiatan kelas balita dan kelas ibu hamil serta PMT lokal. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan dari informan utama.

"Jadi kami bisa mengambil dana stunting ini dari dana desa juga bisa" (IU-6)

"...jadi kalau kita bicara dana cukup banyak si ya maksudnya ada berbagai macam sumber dana..." (UI-3)

Pada pasal 21 Perbup No. 50 tahun 2019 menyebutkan bahwa Pendanaan bagi pelaksanaan upaya penurunan *stunting* dapat bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, dan sumber-sumber lain yang sah dan tidak mengikat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Sehingga untuk pendanaan implementasinya sudah sesuai dengan yang tercantum dalam Perbup tersebut.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi terkait ketersediaan sarana dan prasarana penunjang pelaksanaan penanggulangan *stunting* untuk alat pengukuran di posyandu jumlahnya masih kurang, terutama alat antropometri. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan informan utama.

"dari 1783 Posyandu, itu kita masih kekurangan hampir 1023 [posyandu] yang belum punya antropometri yang sesuai standar" (IU-3)

Sebagai sarana prasarana tambahan di salah satu desa terdapat rumah khusus yang disebut dengan "Rumah Sigap", rumah ini merupakan salah satu fasilitas yang dibangun oleh Pemerintah Kabupaten Brebes bersama mitra Tanoto Foundation bertujuan sebagai sarana pemantauan tumbuh kembang anak. Hal tersebut sesuai dengan hasil observasi dan pernyataan informan sebagai berikut.

"rumah sigap yang telah diresmikan oleh pak ganjar kemarin itu adalah sarana prasarana untuk kita mengawal para masyarakat saya yang terdampak stunting" (IU 6)

Berdasarkan hal tersebut untuk sarana prasarana terutama alat antropometri masih perlu

ditingkatkan ketersediaannya, sehingga untuk pemerintah dan dinas kesehatan perlu melakukan upaya pemenuhan alat tersebut agar menunjang pelaksanaan pengukuran.

Konteks Kebijakan

1. Strategi Aktor

Strategi yang dilakukan dalam implementasi akan menentukan keberhasilan dari pelaksanaan kebijakan salah satu strategi yang dapat dilakukan adalah dengan sosialisasi kepada masyarakat tentang penanganan *stunting* dengan menggunakan media sosial⁽²²⁾. Strategi yang dilakukan oleh pemerintah daerah dalam upaya penanggulangan *stunting* di Kabupaten Brebes dilakukan dengan terus memantau perkembangan data jumlah kasus berdasarkan *database* untuk dijadikan acuan penentuan sasaran untuk pelaksanaan upaya selanjutnya, kemudian dari pihak dinas kesehatan strategi yang dilakukan adalah dengan melibatkan semua program, berkoordinasi dengan lintas sektor, dan selalu melaksanakan edukasi kepada masyarakat melalui promosi kesehatan baik di media-media sosial maupun secara langsung. Hal tersebut sesuai yang disampaikan oleh informan utama.

"dengan lintas sektor berkoordinasi dan mengedukasi masyarakat tentunya melalui promosi kesehatan baik di media-media sosial yang saat ini cukup efektif untuk meningkatkan pengetahuan kepada masyarakat, saya kira itu" (IU-2)

Untuk mendukung kemandirian masyarakat dalam upaya penanggulangan *stunting* dari pihak dinas kesehatan selalu mendampingi masyarakat dan melakukan upaya-upaya edukasi kepada masyarakat agar masyarakat menjadi mandiri dan dapat mencegah *stunting* secara mandiri. Sesuai pernyataan informan triangulasi.

"Edukasi tentang gizi seimbang itu bagaimana, menjaga kebersihan itu bagaimana" (IU-4)

Hal ini sesuai dengan pasal 9 dan 10 Perbup nomor 50 tahun 2019, dimana dalam upaya penurunan *stunting* dilakukan strategi edukasi kesehatan dan gizi melalui Kemandirian Keluarga dan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat⁽¹¹⁾. Selain dengan mendukung kemandirian keluarga, strategi Germas atau Gerakan Masyarakat Hidup Sehat juga masih terus digalakan oleh dinas kesehatan Kabupaten Brebes sebagai upaya memberdayakan masyarakat agar sadar pentingnya kesehatan.

2. Kepatuhan dan Responsivitas

Kepatuhan dan responsivitas dari pelaksana kebijakan menjadi hal yang sangat berpengaruh pada proses implementasi kebijakan⁽²⁰⁾. Terkait kepatuhan pelaksana kebijakan di dinas kesehatan mempunyai sistem kerja yang baik terkait dengan pelaporan data yang transparan. Sesuai yang disampaikan oleh informan

"Kami di dinas kesehatan sudah sepakat, terutama diseksi kami ya apapun itu datanya stunting kita apa adanya kita blow up gapapa. Karena itu akan menjadi berfikirnya Pemda, sehingga oh yang kurang apa sih sehingga ternyata kurangnya disini ayo siapa yang mau berperan kan kaya gitu seperti itu" (IU-3)

Transparansi tersebut termasuk dalam azas-azas Penanggulangan *stunting* yang tercantum dalam Pasal 2 Perbup No. 50 tahun 2019. Kemudian untuk sistem kerja pemerintah daerah setiap tahunnya harus melaporkan perkembangan upaya yang sudah dilakukan kepada Kementerian Dalam Negeri. Sesuai pernyataan informan

"karena setiap tahun kan ada penilaian kinerja dari Kemendagri,...ada kemajuan apa kemajuan...kita harus mempertanggungjawabkan ke Kemendagri" (IU-1)

Terkait dengan responsivitas, berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa pemerintah daerah dan dinas kesehatan cukup responsif dalam menanggapi permasalahan yang terjadi baik itu permasalahan di tingkat puskesmas maupun di tingkat desa misalnya dalam hal pemenuhan sarana prasarana dan sangat mendukung upaya-upaya yang dilakukan oleh pihak puskesmas dan desa. Sesuai pernyataan yang disampaikan oleh informan triangulasi.

"diseksi kami di gizi kabupaten juga luar biasa semangat dan orangnya juga welcome sekali sama program juga jadi merespon itu tu bagus terus juga langsung juga mengcover misalkan kebutuhan-kebutuhan di lapangan" (IU-5)

Berkaitan dengan kepatuhan dan responsivitas pelaksana kebijakan penanggulangan *stunting* di Kabupaten Brebes sebagian sudah melaksanakan kewajibannya sesuai tupoksinya, namun masih perlu ditingkatkan lagi terutama di lintas sektornya.

Proses Kebijakan

1. Program Aksi

Dalam perencanaan program aksi untuk penanggulangan *stunting* di Kabupaten Brebes dilakukan melalui tahap analisis situasi dengan melihat data sasaran kemudian dilakukan penyusunan

rencana program. Dari pemerintah daerah sudah melaksanakan delapan aksi konvergensi sejak tahun 2018 atau sejak ditetapkan Kabupaten Brebes sebagai Kabupaten lokus prioritas *stunting*. Sesuai pernyataan yang disampaikan oleh informan utama.

"rencana aksi, banyak mba, kita kan ada 8 aksi konvergensi ya... kalau 8 aksi konvergensi kita sudah dilaksanakan tiap tahunnya." (IU-1)

Delapan aksi konvergensi tersebut yaitu Analisis Situasi, Perencanaan Kegiatan, Rembug *Stunting*, Pembuatan Peraturan daerah, Pembinaan Pembangunan Kader Manusia, Sistem Manajemen Data *Stunting*, Pengukuran dan Publikasi Data *Stunting*, dan Review Kinerja Tahunan⁽²³⁾.

Hasil observasi menunjukkan bahwa pelaksanaan program penanggulangan *stunting* sudah dilakukan mulai dari ranah remaja, seperti remaja diberikan tablet tambah darah terutama remaja putri, adanya posyandu remaja, dan pelaksanaan penjangkaran kesehatan anak sekolah mulai dari tingkat SD, SMP, SMA sekaligus pemberian edukasi. Kemudian berdasarkan hasil wawancara untuk ibu hamil implementasinya adalah ANC terpadu, kelas ibu hamil dengan kegiatan seperti senam ibu hamil dan penyampaian materi mengenai perawatan kehamilan, materi mengenai perawatan bayi dasar dan lain-lain, Pemberian Makanan Tambahan (PMT) untuk ibu hamil KEK, pemberian IMD, pemantauan pertumbuhan di posyandu sekaligus PMT untuk balita, pemberian Vitamin A dan pemberian obat cacing. Di beberapa desa juga terdapat program BKB (Bina Keluarga Balita), program kelas balita dan kelas balita gizi buruk. Kegiatan tersebut dilakukan dengan sasaran ibu balita sebagai upaya pencegahan *stunting* di tingkat desa. Sesuai yang disampaikan oleh informan triangulasi

"Kegiatannya posyandu ya sama BKB, diikuti setiap bulan pasti ikut." (IT-2)

"ada kelas balita, pelaksanaannya sebulan sekali, bulan ini sudah diadakan di balai desa biasanya." (IT-3)

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi diketahui bahwa dalam implementasi kebijakan penanggulangan *stunting* untuk intervensi spesifik ini sudah menasar dari mulai remaja atau sesuai dengan Perpres 72 tahun 2021. Dalam Perbup No. 50 tahun 2019 pasal 7 disebutkan bahwa sasaran intervensi spesifik hanya meliputi ibu hamil, ibu menyusui dan anak dibawah usia 6 (enam) bulan; dan ibu menyusui dan anak usia 6-23 (enam sampai dua puluh tiga) bulan. Oleh karena itu,

menurut informan utama Perbup ini masih perlu direvisi.

"kita masih perlu revisi perbup, karena di perbupkan sasarannya masih 1000 HPK walaupun dalam prakteknya kita sudah menasar ke remaja" (IU-1)

Rekomendasi pelaksanaan kebijakan mendatang diperlukan dukungan antar semua sektor diharapkan saling bersinergi, berkolaborasi dan berkoordinasi dalam upaya penurunan *stunting*.

2. Komunikasi

Dalam upaya penanggulangan *stunting* sangat dibutuhkan koordinasi dan komunikasi antar lintas sektor yang baik, komunikasi interpersonal dikombinasikan dengan komunikasi menggunakan media massa, advokasi kebijakan, penggunaan data yang strategis dan pelaksanaan kegiatan masyarakat seperti posyandu terbukti ampuh untuk menurunkan angka *stunting* secara signifikan⁽²⁴⁾. Adapun pelaksanaan komunikasi dan koordinasi di Kabupaten Brebes menurut informan adalah sebagai berikut.

"Koordinasi yang dilakukan selama ini saya kira sudah baik karena memang seperti yang sudah disampaikan bahwa kita ada TPPS yang selalu melaksanakan koordinasi dengan lintas sektor dalam upaya penurunan stunting" (IU-2)

Bentuk kegiatan komunikasi yang dilakukan lebih sering dengan menggunakan telepon dan aplikasi Whatsapp. Selain itu, terdapat Rembug *Stunting* yang merupakan kegiatan komunikasi dan koordinasi antara pihak pemerintah daerah, pihak puskesmas dan desa dalam penanggulangan *stunting*, biasanya dilakukan di tiap desa satu bulan sekali. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan informan utama.

"Pas Rembug Stunting kita bahas lebih dalam lagi tentang penanganannya bagaimana terus nanti disitu respon juga pak lurahnya gitu loh angka stunting saya kok seperti ini cara ngitungnya bagaimana itu juga ada respon bagus dari situ" (IU-5)

Penyampaian informasi dari pihak Puskesmas kepada masyarakat dilakukan melalui bidan desa dan kader posyandu, kemudian dari kader posyandu menyampaikan kepada masyarakat. Untuk informasi terkait kegiatan posyandu para kader menyampaikannya melalui berbagai cara, seperti dengan cara pemberitahuan langsung maupun melalui media lainnya.

"Saya menyampaikan nya dengan cara share ke facebook terus lewat mushola juga" (IU-9)

Berdasarkan hal tersebut, pelaksanaan komunikasi dan koordinasi di Kabupaten Brebes sudah baik tetapi masih perlu ditingkatkan lagi, karena semakin baik koordinasi dan komunikasi di antara pihak-pihak yang terlibat dalam suatu proses implementasi kebijakan, maka akan semakin sedikit kesalahan yang dapat terjadi dan begitu pula sebaliknya⁽²⁵⁾.

3. Struktur Birokrasi

Struktur birokrasi memberikan gambaran tentang pelaksana kebijakan dalam menjalankan kewenangannya, terdapat pembagian kerja sedemikian rupa sehingga tidak terjadi tumpang tindih pelaksanaan tugas dalam implementasi kebijakan.⁽²⁶⁾ Berdasarkan informasi yang didapatkan oleh informan utama untuk pelaksanaan kebijakan penanggulangan *stunting* di Kabupaten Brebes sudah ada pembagian tugas dan wewenang bagi tiap pelaksana kebijakan. Dalam pelaksanaan upaya penanggulangan *stunting* di Kabupaten Brebes juga terdapat SOP yang dijadikan sebagai pedoman. Hal tersebut sesuai dengan hasil observasi dan pernyataan informan utama.

"Iya masing-masing ada tupoksinya, misalnya di dinkes, Bu ini terkait kesehatan ibu dan anaknya, kalau bu itu terkait dengan PHBS nya gitu. Masing-masing itu ada tugas dan tanggung jawabnya masing-masing." (IU-1)

"...kaitannya dengan mendeteksi stunting ini jadi baduta itu rutin melakukan penimbangan, itu pastinya ada SOP tersendiri, terkait penatalaksanaan stuntingnya juga tentu ada" (IU-2)

Dengan demikian, untuk pelaksanaan kebijakan penanggulangan *stunting* di Kabupaten Brebes dilihat dari struktur birokrasi pada dasarnya sudah terbentuk struktur birokrasi yang cukup baik dengan adanya SKPD yang berwenang dalam mengimplementasikan kebijakan ini.

Pencapaian Kebijakan

Komponen ini dilakukan untuk mengidentifikasi capaian yang telah diperoleh dalam implementasi kebijakan, dengan memperhatikan aspek dampak yang dirasakan terhadap tujuan kebijakan, serta tingkat perubahan yang telah dicapai. Hasil identifikasi ini dibandingkan dengan tujuan kebijakan yang telah ditetapkan sebelumnya⁽¹³⁾.

Dalam Perbup No. 50 Tahun 2019 pasal 3 disebutkan bahwa Penurunan *Stunting* bertujuan untuk meningkatkan status gizi masyarakat dan kualitas sumber daya manusia. Hasil pencapaian penanggulangan *stunting* di Kabupaten Brebes belum dapat dikatakan berhasil walaupun terjadi

penurunan kasus di beberapa desa. Sesuai yang disampaikan oleh informan.

"Keberhasilan penanggulangan stunting itu kan dilihat dari indikator prevalensi stunting. Untuk saat ini kabupaten Brebes ini kan prevalensi stunting menurut SSGI" (IU-2)

"Beberapa desa ada yang sudah mulai menurun prosentase nya yahh" (IU-4)

Untuk mencapai keberhasilan tersebut diperlukan koordinasi dan evaluasi dari seluruh Organisasi Perangkat Daerah (OPD) yang ada di suatu pemerintahan kabupaten, dalam hal ini Kabupaten Brebes, agar upaya pencegahan *stunting* dapat dilakukan secara maksimal.

Hambatan Pelaksanaan Kebijakan

Dalam pelaksanaan suatu kebijakan tentunya menemui berbagai macam hambatan, mulai dari hambatan yang datang dari internal suatu instansi maupun hambatan yang datang dari luar. Berdasarkan hasil wawancara diketahui bahwa untuk hambatan dalam pelaksanaan penanggulangan *stunting* di Kabupaten Brebes yang berasal dari internal instansi adalah terkait kurangnya kolaborasi antar program, tugas masing-masing OPD yang sudah memiliki tugas yang cukup banyak selain untuk menangani *stunting* dan terkait dengan masih kurangnya pemahaman para pelaksana program terkait tugasnya masing-masing. Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya bahwa hambatan dalam pelaksanaan penanggulangan *stunting* secara konvergensi adalah masih adanya ego sektoral di setiap OPD akibat sosialisasi yang kurang optimal sehingga menyebabkan kurangnya pemahaman secara menyeluruh tentang program pencegahan *stunting*.⁽¹⁵⁾

"kerjasama lintas sektor nya itu masih terkendala...masih ada hambatanya karena mereka sendiri kadang tidak tau mau melakukan apa." (IU-4)

Dalam pelaksanaan program terdapat hambatan karena jumlah alat yang kurang memadai dan kompetensi SDM pelaksana yang masih kurang dan perlu ditingkatkan lagi kompetensinya. Adapun hambatan yang berasal dari luar yaitu terkait dengan kondisi masyarakat yang kurang pengetahuan dan masih kurang kesadaran akan pentingnya pencegahan *stunting*. Sesuai yang disampaikan oleh informan utama.

"di tingkat masyarakat mungkin kendala kaitannya dengan pengetahuan ini kita punya tantangan yang besar untuk bisa masyarakat memahami, mengetahui dan bisa sedini mungkin untuk mencegah stunting" (IU-2)

Selain itu kondisi lingkungan dan wilayah yang luas serta jumlah penduduk yang besar juga membuat pelaksana kebijakan sulit menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Letak geografis daerah juga dapat mempengaruhi implementasi sebuah kebijakan. Semakin luas dan bervariasi kondisi geografis maka akan semakin sulit kebijakan untuk diimplementasikan⁽²⁷⁾.

KESIMPULAN

Pelaksanaan kebijakan penanggulangan *stunting* di Kabupaten Brebes sudah diimplementasikan sesuai dengan peraturan yang ada walaupun karena berbagai kendala dalam pelaksanaan kebijakan membuat belum tercapainya tujuan dari pelaksanaan kebijakan ini, dari segi aktor dan pelaksana sudah melaksanakan kebijakan dengan baik walaupun menurut informan dari lintas sektor masih belum maksimal. Dari aspek isi kebijakan yang berkaitan dengan sarana dan prasarana untuk alat antropometri masih kurang ketersediaannya dan sumber daya manusia perlu ditingkatkan kompetensinya, aspek proses kebijakan berkaitan dengan program aksi sudah banyak program-program yang terlaksana dan terdapat SOP tertentu dalam pelaksanaannya, responsivitas pemerintah daerah dan dinas terkait cukup baik dan membantu dalam pelaksanaan program. Peraturan Bupati Brebes No. 50 tahun 2019 tentang Penanggulangan *Stunting* dari segi isi peraturan perlu dilakukan perubahan untuk menyesuaikan peraturan yang terbaru yaitu Peraturan Presiden No.72 tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting*.

Saran yang dapat disampaikan yaitu diharapkan semua pihak dapat meningkatkan upaya koordinasi dan komunikasi lintas sektor baik di tingkat kabupaten, kecamatan maupun desa, meningkatkan sosialisasi dan pemahaman terkait penanggulangan *stunting* di semua sektor dan lapisan masyarakat, pemenuhan sarana dan prasarana penunjang pelaksanaan pengukuran sebagai upaya deteksi dini, dan melakukan upaya peningkatan kompetensi sumber daya manusia dengan melaksanakan pelatihan seperti pelatihan penggunaan alat antropometri bagi kader posyandu.

UCAPAN TERIMAKASIH

Peneliti mengucapkan terimakasih kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Brebes, Baperlitbangda Kabupaten Brebes, Pihak Puskesmas dan Pihak

Desa yang telah membantu dan memberikan izin penelitian sehingga penelitian ini dapat berjalan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Global Nutrition Targets 2025 *Stunting* Policy Brief. Vol. 122, World Health Organization. 2014. p. 12.
2. Kemenkes RI. Situasi Balita Pendek (*Stunting*) di Indonesia. Vol. 301, Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. Jakarta; 2018.
3. Soliman A, De Sanctis V, Alaraj N, Ahmed S, Alyafei F, Hamed N, et al. Early and long-term consequences of nutritional *stunting*: From childhood to adulthood. *Acta Biomedica*. 2021;92(1):1–12.
4. Rosyidah M, Dewi YLR, Qadrijati I. Effects of *Stunting* on Child Development: A Meta-Analysis. *Journal of Maternal and Child Health*. 2021;6(1):25–34.
5. Huriah T, Nurjannah N. Risk factors of *stunting* in developing countries: A scoping review. *Open Access Macedonian Journal Medical Sciences*. 2020;8(F):155–60.
6. Mediani HS. Predictors of *Stunting* Among Children Under Five Year of Age in Indonesia: A Scoping Review. *Global Journal of Health Science*. 2020;12(8):83.
7. Peraturan Presiden RI. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2021 Tentang Percepatan Penurunan *Stunting*. Pemerintah Republik Indonesia. 2021. p. 75.
8. Kemenkes RI. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar. Kementerian Kesehatan RI. 2018;1–582.
9. SSGI. Hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) Tingkat Nasional, Provinsi, dan Kabupaten/Kota Tahun 2021. 2021.
10. BPS Provinsi Jawa Tengah. Data Kemiskinan 2019-2021. 2021 [cited 2022 Oct 9]. Available from: <https://jateng.bps.go.id/indicator/23/34/1/kemiskinan.html%09>
11. Peraturan Bupati Brebes. Peraturan Bupati Brebes No 50 Tahun 2019 Tentang Penanggulangan *Stunting*. Brebes; 2019.
12. Ramdhani A, Ramdhani MA. Konsep Umum Pelaksanaan Kebijakan Publik. *Jurnal Publik*. 2017 ;Vol 11 (January) : 1–12. Available from: <https://journal.uniga.ac.id/index.php/JPB/article/download/1/1>
13. Mubarak S, Zauhar S, Setyowati E, Suryadi S. Policy Implementation Analysis: Exploration of George Edward III, Marilee S Grindle, and

- Mazmanian and Sabatier Theories in the Policy Analysis Triangle Framework. *Journal of Public Administration Studies*. 2020;005(01):33–8.
14. Ascarya. Coding Wawancara Kualitatif : Teknik dan Contohnya. 2021.
 15. Permanasari Y, Permana M, Pambudi J, Rosha BC, Susilawati MD, Rahajeng E, et al. Tantangan Implementasi Konvergensi pada Program Pencegahan *Stunting* di Kabupaten Prioritas. *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. 2020;30(4):315–28.
 16. Turiman T, Dai RM, Sari DS. Implementasi Kebijakan Penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) Puskesmas Di Kabupaten Bandung. *Responsive*. 2021;4(2):87.
 17. Kementerian PPN/ Bappenas. Mengenal Studi Status Gizi Indonesia 2021. 2021.
 18. Wijayanti P, Jannah LM. Implementasi Kebijakan Manfaat Jaminan Hari Tua di Indonesia. *JPSI (Journal of Public Sector Innovation)*. 2019;4(1):20.
 19. Tat F, Oedjoe MR, Pandie DB, Kase P. Characteristics of Agents Implementers to Performance Health Policy Implementation Mother and Children in East Nusa Tenggara. *Journal of Advances in Social Science and Humanities*. 2019;5(9):1017–32.
 20. Anggraeni N, Sandra C, Khoiri A. Implementasi Kebijakan Perlindungan dan Pemenuhan Hak Kesehatan Penyandang Disabilitas di Kabupaten Jember. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*. 2022;11(01):1–13.
 21. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 tahun 2019 tentang Puskesmas.
 22. Novianti R, Paselle E, Susilowati T. Implementasi Peraturan Bupati Kutai Kartanegara No 38 Tahun 2019 Tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat. *eJournal Administrasi Publik*. 2021;2021(1):4955–67.
 23. Candarmaweni, Rahayu AYS. Tantangan Pencegahan *Stunting* Pada Era Adaptasi Baru “New Normal” Melalui Pemberdayaan Masyarakat Di Kabupaten Pandeglang (the Challenges of Preventing *Stunting* in Indonesia in the New Normal Era Through Community Engagement). *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia: JKKI*. 2020;9(3):136–46.
 24. Kemenkes RI. Strategi Komunikasi Perubahan Perilaku dalam Pencegahan *Stunting* di Indonesia. Jakarta: Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat.; 2018.
 25. Wiguna AR, Meigawati D, Amirulloh MR. Implementasi Kebijakan Penanggulangan *Stunting* Oleh Dinas Kesehatan Di Kabupaten Sukabumi. *Jurnal Ilmu Muqoddimah: Jurnal Ilmu Sosial Politik dan Hummaniora*. 2021;6(1):28.
 26. Adriana. Implementasi Kebijakan Pencegahan *Stunting* Oleh Dinas Pengendalian Penduduk Dan Keluarga Berencana Kabupaten Timor Tengah Selatan Di Kecamatan Kie (Implementation of *Stunting* Prevention Policy by the Population Control and Family Planning Office of South. *Jurnal Ilmu Ekonomi dan Sosial*. 2020;1(2):1–21.
 27. Kusumaningrum A, Azinar M. Peran Aktor dalam Implementasi Kebijakan Pemberantasan Tuberkulosis Resisten Obat. *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*. 2021;5(3):227–38.

Implementasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) di Masa Pandemi COVID-19 pada FKTP di Kota Malang

The implementation of Chronic Disease Program (Prolanis) During Pandemic COVID-19 on Primary Health Care in Malang

Ayu Tyas Purnamasari¹, Herlinda Dwi Ningrum¹

¹Prodi D3 Asuransi Kesehatan, Jurusan Kesehatan Terapan, Poltekkes Kemenkes Malang
Jl. Besar Ijen No. 77C, Oro-oro Dowo, Kec. Klojen, Kota Malang 65119, Indonesia
Email: ayutyasp97@gmail.com

Tanggal submisi: 24 Januari 2023; Tanggal penerimaan: 30 Juni 2023

ABSTRAK

Penyakit kronis seperti hipertensi dan diabetes melitus tipe II menempati tiga penyakit tidak menular tertinggi di Indonesia yang dapat menyebabkan kematian. Pasien COVID-19 dengan komorbid hipertensi dan diabetes melitus tipe II berisiko mengalami gejala berat seperti gagal napas hingga kematian. Oleh karena itu, pelaksanaan kegiatan program pengelolaan penyakit kronis (Prolanis) selama masa pandemi tetap harus terlaksana melalui berbagai penyesuaian. Tujuan penelitian ini untuk mengeksplorasi bagaimana implementasi kegiatan Prolanis pada masa pandemi COVID-19 di FKTP di Kota Malang. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan teknik pengambilan data melalui wawancara mendalam, telaah dokumen, dan focus group discussion. Hasil penelitian menunjukkan aspek sumber daya manusia, sarana prasarana, anggaran, dan SOP di FKTP sudah memadai. Beberapa kegiatan mengalami perubahan selama pandemi, seperti kegiatan senam yang ditiadakan dan edukasi serta konsultasi medis dilaksanakan secara online untuk menghindari kerumunan. Output kegiatan Prolanis adalah terdapat Puskesmas yang sudah memenuhi capaian Rasio Peserta Prolanis Terkendali dan ada Puskesmas yang belum mencapai target tersebut.

Kata kunci: Diabetes mellitus; FKTP; Prolanis

ABSTRACT

Chronic diseases such as hypertension and type II diabetes mellitus occupy the top three non-communicable diseases in Indonesia that can cause death. COVID-19 patients with comorbid hypertension and type II diabetes mellitus are at risk of experiencing severe symptoms such as respiratory failure and death. Therefore, the implementation of the chronic disease management program (Prolanis) during the pandemic must still be carried out through various adjustments. The purpose of this study was to explore how Prolanis activities were implemented during the COVID-19 pandemic at FKTPs in Malang City. This study uses qualitative methods with data collection techniques through in-depth interviews, document review, and focus group discussions. The results showed that aspects of human resources, infrastructure, budget, and SOPs in FKTP were sufficient. Several activities have changed during the pandemic, such as gymnastic activities which were abolished and education and medical consultations carried out online to avoid crowds. The output of Prolanis activities is that there are Community Health Centers that have met the Prolanis Controlled Participant Ratio and there are Community Health Centers that have not reached this target.

Keywords: Diabetes mellitus, Hypertension, Primary healthcare, Prolanis

PENDAHULUAN

Penyakit Tidak Menular (PTM) saat ini masih menjadi penyebab utama kematian di tingkat dunia yang mengakibatkan sekitar 41 juta kematian setiap tahun atau hampir sama dengan 7 dari 10 kematian yang terjadi di seluruh dunia (1). Faktor risiko metabolik PTM yang paling umum adalah hipertensi dan diabetes melitus tipe 2 (1). Prevalensi hipertensi dan diabetes melitus tipe 2 masih mengalami peningkatan. Kasus diabetes melitus tipe 2 diperkirakan mencapai 463 juta pada tahun 2019 dan akan meningkat menjadi 700 juta pada tahun 2045 (2,3). Seiring dengan peningkatan kasus diabetes melitus tipe 2, jumlah kasus hipertensi juga meningkat dua kali lipat dari 331 juta perempuan dan 317 juta laki-laki pada

tahun 1990 menjadi 626 juta wanita dan 652 juta pria pada tahun 2019 (4). Lebih dari 1 milyar orang dengan hipertensi (82% dari persentase secara global) bertempat tinggal di negara berpendapatan menengah ke bawah (*lower middle-income country* atau LMIC) (4).

Indonesia sebagai salah satu negara LMIC yang mengalami kondisi serupa, hipertensi dan diabetes melitus merupakan penyakit tidak menular (PTM) tertinggi yang menyebabkan kematian. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi hipertensi pada penduduk usia ≥ 18 tahun meningkat dari 25,8% menjadi 34,1% sedangkan prevalensi diabetes melitus pada penduduk usia ≥ 15 tahun meningkat dari 6,9% menjadi 8,5% dari tahun 2013 ke tahun

2018 (5). Menurut data *International Diabetes Federation 2021*, saat ini Indonesia merupakan salah satu negara dengan jumlah penderita diabetes melitus terbanyak di dunia, yaitu sebanyak 1 dari 9 penduduk di Indonesia menderita diabetes melitus (6). Sejalan dengan data nasional, hipertensi dan diabetes melitus menempati prevalensi penyakit tidak menular tertinggi di Kota Malang yaitu sebanyak 13.102 kasus hipertensi dan 9.214 kasus diabetes melitus (7).

Penyakit diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi yang tidak tertangani akan mengakibatkan kondisi komplikasi yang serius seperti retinopati diabetik dan penyakit kardiovaskular yang dapat menurunkan kualitas hidup penderita hingga menyebabkan kematian (8). Hipertensi dan diabetes melitus tipe 2 terutama dengan kondisi komplikasi membutuhkan biaya yang besar. Di samping itu, dua penyakit tersebut merupakan penyakit dengan klaim tertinggi pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (9).

Penyakit hipertensi dan diabetes melitus tipe 2 termasuk penyakit kronis yang dapat dicegah (10). Oleh karena itu, pemerintah berupaya menurunkan prevalensi penyakit kronis dan mencegah penderita penyakit kronis memasuki tahap komplikasi. Salah satu upaya tersebut adalah program pengelolaan penyakit kronis (Prolanis) yang melibatkan peserta, Fasilitas Kesehatan dan BPJS Kesehatan dalam rangka pemeliharaan kesehatan bagi peserta BPJS Kesehatan yang menderita penyakit kronis untuk mencapai kualitas hidup yang optimal dengan biaya pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien (11). Saat ini Prolanis ditujukan untuk penderita hipertensi dan diabetes melitus tipe 2. Peserta Prolanis yang mempunyai hipertensi merasakan manfaat positif mengikuti kegiatan Prolanis seperti penurunan darah sistolik dan diastolik setelah rutin mengikuti senam Prolanis (12). Selain itu, kegiatan senam prolanis juga berpengaruh terhadap perubahan kadar glukosa darah pada peserta prolanis dengan diabetes melitus tipe 2 menjadi lebih terkontrol (13).

Diabetes melitus dan hipertensi menjadi kondisi penyerta positif COVID-19 baik kasus positif maupun meninggal terbanyak (14). Pasien COVID-19 yang mempunyai penyakit diabetes mempunyai kemungkinan yang lebih besar untuk menderita gejala yang parah hingga kematian (15). Oleh karena itu, penderita penyakit kronis seperti diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi membutuhkan penanganan lebih selama pandemi COVID-19. Namun pandemi COVID-19 berdampak pada berbagai sektor termasuk sektor kesehatan. Hal ini

menyebabkan 83,9% pelayanan kesehatan dasar di Indonesia tidak bisa berjalan dengan optimal (16). Beberapa kegiatan Prolanis seperti senam dan edukasi ditiadakan untuk mencegah penularan COVID-19 pada peserta yang mayoritas lansia. Beberapa Puskesmas di Kota Malang sementara menghentikan beberapa kegiatan Prolanis di awal pandemi dan melakukan penyesuaian kegiatan dengan melakukan kontak secara online kepada peserta Prolanis (17). Sementara itu kesehatan peserta Prolanis harus tetap dipantau untuk mengontrol timbulnya komplikasi penyakit hipertensi maupun diabetes melitus yang bisa disebabkan oleh Coronavirus (COVID-19) dimasa pandemi (18). Berdasarkan permasalahan tersebut maka tujuan penelitian ini untuk mengeksplorasi bagaimana implementasi kegiatan Prolanis pada masa pandemi COVID-19 di FKTP di Kota Malang.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif melalui pendekatan deskriptif analitik. Pendekatan ini dilakukan untuk menganalisis implementasi program pengelolaan penyakit kronis (Prolanis) di masa pandemi COVID-19 pada FKTP di Kota Malang. Lokasi penelitian dilakukan di Puskesmas di Kota Malang sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama yang melaksanakan Prolanis yaitu Puskesmas A dan Puskesmas B. Pengambilan data penelitian ini dilaksanakan mulai Bulan Juni sampai September 2022.

Sumber data penelitian ini terbagi menjadi sumber data primer dan sekunder. Sumber data primer diperoleh melalui wawancara mendalam dan *focus group discussion*. Telaah dokumen terkait capaian Prolanis merupakan sumber data sekunder dalam penelitian ini. Validitas data menggunakan triangulasi sumber data dan triangulasi metodologi. Triangulasi sumber dilakukan untuk melihat konsistensi jawaban dari berbagai sumber data melalui metode yang sama, dimana pada penelitian ini yaitu untuk melihat konsistensi jawaban dengan cara mewawancarai informan kunci dan informan tambahan. Triangulasi metode dengan menggunakan beberapa metode dalam pengumpulan data.

Informan penelitian dipilih sesuai dengan kesediaan informan dan kebutuhan penelitian sesuai dengan kriteria yang diharapkan yaitu informan yang mengetahui dan terlibat dalam pelaksanaan program pengelolaan penyakit kronis (Prolanis). Pemilihan informan dilakukan melalui teknik *purposive sampling* yaitu pemilihan informan

berdasarkan kriteria tertentu. Informan kunci dalam penelitian ini terdiri dari Kepala Puskesmas, Penanggungjawab Prolanis di Puskesmas, Pelaksana Prolanis. Informan tambahan yaitu Kepala Bidang Penjaminan Manfaat Primer BPJS Kesehatan. Sementara itu, peserta Prolanis juga menjadi informan dalam penelitian untuk menggali permasalahan peserta dalam mengikuti kegiatan Prolanis di masa Pandemi COVID-19.

Analisis data kualitatif menggunakan analisis tematik dimana metode analisis ini bertujuan untuk menemukan tema melalui data yang sudah dikumpulkan. Langkah analisis data mulai dari merapikan catatan yang digunakan untuk menyusun transkrip dengan baik, kemudian merampingkan catatan dengan membuang kata, frase, serta kalimat yang tidak diperlukan. Kemudian semua data yang diambil dikumpulkan berdasarkan tema dan subtema yang disesuaikan. Hasil dari temuannya disajikan dengan baik dengan mencantumkan kutipan-kutipan yang mendukung laporan penelitian dari hasil wawancara mendalam yang telah dilakukan (19).

Penelitian ini sesuai dengan tujuannya untuk menganalisis implementasi Prolanis di masa pandemi, sehingga menggunakan pendekatan sistem dengan menganalisis input, proses, dan output. Input meliputi sumber daya manusia (SDM), sarana dan prasarana, anggaran, dan standar operasional prosedur pelaksanaan Prolanis. Proses dalam penelitian ini yaitu kegiatan Prolanis meliputi konsultasi medis peserta Prolanis, edukasi kelompok peserta Prolanis, reminder melalui SMS Gateway, kegiatan aktivitas klub, *home visit*, dan pemantauan status kesehatan. Dari sisi output yaitu cakupan pelayanan Prolanis pada masa pandemi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Informan penelitian dalam wawancara mendalam sebanyak enam orang yang sesuai prinsip *adequacy* (kecukupan) dan *appropriateness* (kesesuaian). Informan terdiri dari seorang Kepala Penjaminan Manfaat Primer BPJS Kesehatan, dua orang Kepala Puskesmas, dua orang penanggung jawab Prolanis, seorang dokter pelaksana Prolanis. Informasi mengenai karakteristik informan diperoleh melalui form isian pernyataan kesediaan informan saat melakukan wawancara mendalam.

Penelitian ini selain menggunakan metode wawancara mendalam, juga menggali informasi dari *Focus Group Discussion* (FGD). Peserta FGD merupakan peserta Prolanis dari masing-masing Puskesmas yang menjadi lokasi penelitian.

Tabel 1. Karakteristik Informan Wawancara Mendalam

| Informan | Jabatan | Jenis Kelamin |
|----------|---|---------------|
| 1 | Kepala Penjaminan Manfaat Primer BPJS Kesehatan | Perempuan |
| 2 | Kepala Puskesmas A | Perempuan |
| 3 | PIC Prolanis Puskesmas A | Perempuan |
| 4 | Pelaksana Prolanis Puskesmas A | Perempuan |
| 5 | Kepala Puskesmas B | Perempuan |
| 6 | PIC dan Pelaksana Prolanis Puskesmas B | Perempuan |

Masing-masing kelompok FGD terdiri dari 12 peserta Prolanis. Pelaksanaan FGD tersebut bertujuan untuk mendapatkan informasi mengenai pelaksanaan Prolanis dari persepsi peserta.

Tabel 2. Karakteristik Informan Focus Group Discussion (FGD)

| Kelompok FGD | Klub Prolanis | Jumlah |
|--------------|------------------------------|----------|
| PP A | Peserta Prolanis Puskesmas A | 12 orang |
| PP B | Peserta Prolanis Puskesmas B | 12 orang |

INPUT

Sumber Daya Manusia

Tenaga kesehatan yang mengelola kegiatan Prolanis dinilai sudah mencukupi. BPJS Kesehatan mewajibkan setiap FKTP pelaksana Prolanis memiliki satu orang penanggung jawab Prolanis. *Person in charge* (PIC) tersebut yang bertanggung jawab terhadap pelaksanaan semua kegiatan Prolanis. Selain PIC Prolanis, juga ada dokter penanggung jawab. Tenaga kesehatan yang menjadi bagian dari pelaksanaan prolanis tertulis dalam Surat Keputusan (SK) Puskesmas.

PIC Prolanis tidak hanya bekerja sendiri melainkan dibantu beberapa tenaga kesehatan untuk membantu operasional pelaksanaan kegiatan Prolanis. Pelaksanaan Prolanis di Puskesmas B melibatkan beberapa tenaga di Puskesmas tersebut. Berdasarkan hasil wawancara mendalam diketahui bahwa SDM yang turut membantu pelaksanaan Prolanis lebih fleksibel. Selain PIC Prolanis dan dokter pelaksana, ada beberapa tenaga Puskesmas yang ikut membantu seperti tenaga promosi kesehatan, perawat, petugas laboratorium, dan bidan. Sedangkan untuk tim pelaksana Prolanis di Puskesmas A terdiri dari satu orang dokter dan satu orang perawat yang memegang pelaksanaan kegiatan Prolanis. Prolanis tidak hanya terbatas pada kegiatan operasional melainkan juga melaporkan kepada BPJS Kesehatan terkait pelaksanaan kegiatan

operasional Prolanis tersebut. Selain pelaksana Prolanis, untuk pelaporan di Puskesmas A dibantu dengan tenaga Puskesmas yang lain. Tidak ada tim khusus yang bertugas dalam pelaporan Prolanis, sehingga untuk pelaporan dibantu oleh tenaga lain untuk entry di *P-care*.

“Sebenarnya gini, selain kita melakukan pelayanan kita juga melakukan pelaporan juga ke BPJS. Dan ini pelaporannya lewat masukan kita saja ya, jadi data pasien tersebut kita masukkan ke aplikasi Pcare, aplikasi yang memang isinya untuk BPJS sebagai pasien yang sudah kita daftarkan ke prolanis dia akan masuk di situ. Nah kadang kita kekurangannya di situ, untuk memasukkan Pcare, kita nggak ada tim khusus sih. Sebenarnya kita yang bantu banyak untuk Pcare, tapi kan Pcare kan nggak hanya dari prolanis saja, dari pasien harian kayak gitu, pasien kunjungan online dan lain sebagainya juga kita ada yang entry, jadi kita masih campur.....” (Informan 3)

Sumber daya manusia dalam pelaksanaan Prolanis di Puskesmas sudah baik dari segi kualitas karena sesuai dengan bidang kompetensi yang dibutuhkan. Apabila ditinjau dari segi kuantitas, jumlah petugas pelaksana Prolanis masih membutuhkan tenaga tambahan. Hal ini disebabkan implementasi Prolanis tidak hanya pelaksanaan kegiatan tetapi juga pelaporan hasil kegiatan ke sistem *P-Care*. Sementara itu, petugas pelaksana Prolanis seperti dokter dan perawat juga mempunyai tugas lain selain pelaksanaan Prolanis. Penelitian lain juga menyatakan hal serupa bahwa jumlah tenaga untuk pelaporan dan administrasi Prolanis masih kurang karena beban kerja yang banyak dan *overlapping* (20).

Tim Prolanis di Puskesmas sudah mendapatkan sosialisasi terkait informasi yang berhubungan dengan Prolanis dari BPJS Kesehatan. Sosialisasi tersebut sudah dilaksanakan sejak Prolanis belum terbentuk seperti informasi mengenai apa itu Prolanis. BPJS Kesehatan menjelaskan bahwa Prolanis senantiasa berkembang sehingga apabila ada perubahan baik pelaksanaan kegiatan maupun pengajuan klaim pasti disampaikan kepada Puskesmas. Selama masa pandemic, sosialisasi tetap dilaksanakan namun pelaksanaannya berlangsung secara online melalui Zoom Meeting untuk menghindari kontak langsung.

“kalau sosialisasi ada dari kami, karena seputar prolanis itu program-program prolanis itu pasti kan mengikuti perkembangan nggih. Kadang setiap tahunnya ada perubahan, terutama pada saat prosedur pengajuan klaimnya seperti apa, yang bisa di-klaim-kan ke BPJS untuk kegiatan-kegiatan prolanis ini” (Informan 1)

Terkait pelatihan untuk pelaksana Prolanis di Puskesmas, BPJS Kesehatan menyampaikan

bahwa tidak ada pelatihan khusus Prolanis namun selalu ada sosialisasi apabila ada perubahan kebijakan. Meskipun tidak ada pelatihan, pelaksana Prolanis di Puskesmas sudah sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan untuk melaksanakan kegiatan Prolanis. Selain itu, petugas yang membantu pelaksanaan kegiatan Prolanis mendapatkan pelatihan yang terkait dengan tupoksi masing-masing seperti petugas laboratorium mendapat pelatihan mengenai pemeriksaan laboratorium untuk menunjang pemeriksaan pasien hipertensi dan diabetes.

Standar Operasional Prosedur (SOP)

BPJS Kesehatan mengeluarkan buku panduan praktis Prolanis yang dapat digunakan sebagai rujukan oleh FKTP dalam pelaksanaan Prolanis. SOP Prolanis tidak mengalami perubahan hanya saja alur kegiatan selama masa pandemi berbeda dari sebelumnya sebagai bentuk adaptasi agar program tetap berjalan. Perubahan alur tersebut mengikuti aturan yang berlaku saat pandemi seperti aturan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat berbasis Mikro (PPKM Mikro). Aturan PPKM Mikro mengatur pembatasan kegiatan masyarakat sehingga berpengaruh terhadap beberapa kegiatan Prolanis. BPJS Kesehatan memberikan kelonggaran kepada fasilitas kesehatan untuk mengatur bagaimana pelaksanaan Prolanis dengan syarat Prolanis tetap harus berjalan.

“Iya, jadi memang dari BPJS sendiri memberikan kelonggaran buat kita maunya seperti apa monggo, bisa disesuaikan dengan kondisi masing-masing warga dan puskesmasnya. Terus kita memilih cara paling gampang ya seperti itu, pokok program tetap berjalan, dari BPJS cuma begitu saja. Program tetap berjalan, caranya seperti apa monggo kersa disesuaikan dengan puskesmasnya” (Informan 3)

Kebijakan terkait indikator capaian Rasio Peserta Prolanis Terkendala (RPPT) pada Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) tidak mengalami perubahan selama masa pandemi. Selama tidak ada perubahan kebijakan atau peraturan maka peraturan yang sudah ada masih berlaku. Target RPPT yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan tetap harus tercapai di masa pandemi.

Sejak masa pandemi, semua kegiatan perlu melakukan adaptasi agar tetap terlaksana termasuk kegiatan Prolanis. Adaptasi pelayanan dengan mengutamakan pelayanan kontak tidak langsung melalui aplikasi yang dibuat oleh BPJS Kesehatan seperti Mobile JKN, atau media komunikasi lain seperti WhatsApp dan telegram (21). Dokter di

Puskesmas melayani konsultasi secara online dan memberikan rekomendasi sesuai keluhan. Daerah dengan kasus COVID-19 yang rendah diperbolehkan melakukan kegiatan Prolanis secara tatap muka dengan protokol kesehatan yang ketat (21). Sesuai dengan instruksi BPJS Kesehatan tersebut, Puskesmas A dan B melaksanakan kembali kegiatan Prolanis secara tatap muka mulai bulan Juni tahun 2022 sebab kasus COVID-19 di Kota Malang rendah dan terkendali.

Sarana Prasarana

Ketersediaan sarana dan prasarana dalam menunjang kegiatan Prolanis tidak berbeda dengan sarana prasarana yang secara umum disediakan oleh Puskesmas. Belum ada fasilitas khusus yang disediakan untuk pelaksanaan Prolanis sehingga beberapa perlengkapan meminjam dari unit lain di Puskesmas tersebut, seperti *sound system* untuk senam menggunakan *sound system* yang digunakan untuk promosi kesehatan. Salah satu faktor belum ada sarana prasarana khusus Prolanis adalah frekuensi kegiatan Prolanis (senam) tidak setiap hari. Sarana dan Prasarana menggunakan alokasi dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan sebesar 40% dari total kapitasi sehingga Puskesmas tidak ada masalah dalam aspek sarana prasarana Prolanis.

“Kalau dari puskesmas terkait sarana prasarana seperti itu kami belum ada khusus untuk prolanisnya sendiri ya, kami masih pinjam di beberapa unit yang lain, misalnya unit di admin seperti itu kami pinjam. Dan kegiatannya pun kan tidak setiap hari, jadi untuk kami harus menyediakannya sendiri untuk tim prolanis itu belum ada, karena kegiatannya juga masih seminggu sekali untuk senamnya” (Informan 6)

Pernyataan di atas menunjukkan bahwa fasilitas atau sarana prasarana untuk menunjang kegiatan Prolanis menggunakan fasilitas yang tersedia di Puskesmas. Artinya tidak ada fasilitas khusus yang disediakan hanya untuk kegiatan Prolanis. Hal ini sesuai dengan penelitian lain yang menyatakan bahwa peralatan penunjang Prolanis sudah mencukupi dengan menggunakan sarana prasarana yang tersedia di Puskesmas (22).

Puskesmas memfasilitasi peserta Prolanis untuk pemeriksaan HbA1c di Laboratorium jejaring. Laboratorium jejaring yang digunakan untuk rujukan adalah laboratorium yang sudah melakukan Memorandum of Understanding (MoU) dengan BPJS Kesehatan. Sebelumnya BPJS Kesehatan melakukan *mapping* Laboratorium ke Puskesmas sehingga semua Puskesmas dapat merujuk pemeriksaan ke laboratorium tersebut.

Sumber Daya Keuangan

Sumber daya keuangan untuk pelaksanaan kegiatan Prolanis berasal dari BPJS Kesehatan. Sementara itu, Puskesmas tetap menggunakan anggaran kapitasi alokasi dana dukungan operasional untuk pembelian peralatan. Puskesmas dapat mengajukan klaim untuk menunjang kegiatan operasional meliputi instruktur senam, konsumsi peserta, narasumber untuk kegiatan edukasi. Namun jumlah konsumsi yang bisa diajukan klaim hanya untuk 30 peserta sedangkan peserta yang datang untuk senam dan edukasi rata-rata lebih dari 30 orang.

“Anggaran itu sebenarnya ada dari kapitasi ya dari non kapitasi kalau prolanis itu. Cuma kan non kapitasi ya kalau kegiatan itu. Tapi kan ini teman-teman itu untuk perhatian kepada teman-teman bapak ibu lansia itu, teman-teman biasanya sukarela membawa apa-apa gitu, sehingga kita tidak mengganggu dalam non kapitasi, karena teman-teman itu sudah aduh untuk orang-orang lansia itu gantian gitu lo...” (Informan 2)

Anggaran kegiatan Prolanis mengalami perubahan selama masa pandemi. Perubahan disebabkan kegiatan senam ditiadakan sedangkan kegiatan edukasi kelompok dilaksanakan secara daring sehingga tidak ada pengeluaran anggaran bulanan. Sedangkan untuk pemeriksaan laboratorium tetap dilaksanakan, sehingga Puskesmas menyediakan konsumsi untuk peserta yang datang. Dana Prolanis berasal dari beberapa sumber yang bisa berbeda antar FKTP. Sumber dana yang digunakan berasal dari dana klaim kapitasi untuk honorarium penyuluh, instruktur senam, konsumsi peserta Prolanis (21). Selain itu, beberapa Puskesmas menggunakan dana BOK serta iuran peserta Prolanis (23). Namun pada Puskesmas A dan B tidak menggunakan iuran peserta Prolanis.

Kepesertaan

BPJS Kesehatan menentukan target peserta Prolanis Hipertensi dan Diabetes Mellitus tipe 2 terkendali atau disebut Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) yang harus dicapai oleh Puskesmas. Kemudian BPJS Kesehatan menginformasikan berapa jumlah pasien yang terdiagnosa Hipertensi dan Diabetes Mellitus tipe 2 pada masing-masing Puskesmas. Selanjutnya Puskesmas menjaring calon peserta Prolanis dengan melihat data pasien yang rutin kontrol. Apabila pasien bersedia maka Puskesmas mendaftarkan pasien tersebut menjadi peserta Prolanis. Di samping peserta diberikan kartu kendali Prolanis, salah satu cara yang dilakukan

Puskesmas untuk mengetahui pasien yang kontrol adalah peserta Prolanis yaitu dengan memberikan stiker pada map pasien tersebut.

Masing-masing Puskesmas mempunyai 1 klub Prolanis yang terdiri dari pasien Hipertensi dan Diabetes Melitus tipe 2. Pasien terdiagnosa Hipertensi di Puskesmas A sekitar 2000 pasien sedangkan DM tipe 2 sekitar 700 pasien. Di antara pasien tersebut yang bergabung dalam Prolanis sekitar 350 orang yang terdiri dari 70 pasien DM tipe 2 dan 280 pasien hipertensi. Namun peserta yang aktif mengikuti semua kegiatan Prolanis sekitar 50 orang. Peserta Prolanis yang tidak aktif tetap melakukan kontrol rutin seperti pasien umum (bukan Prolanis). Sementara itu, pasien DM tipe 2 dan Hipertensi yang bergabung dalam klub Prolanis di Puskesmas B masing-masing sekitar 300 pasien. Sedangkan peserta yang aktif mengikuti kegiatan Prolanis sekitar 50 peserta. Kendala yang dihadapi peserta Prolanis di Puskesmas B sehingga tidak semua mengikuti kegiatan Prolanis adalah jarak yang terlalu jauh dari Puskesmas.

“Ya itu sekitar segitu 350 itu, sekitar 70 itu pasien DM terus yang sisanya itu pasien HT, karena jumlah yang terdiagnosa HT itu sekitar 2000 berapa gitu lo mbak yang di puskesmas” (Informan 4)

PROSES

Kegiatan Prolanis tetap berjalan seperti biasa di awal pandemi. Adaptasi kegiatan dilakukan setelah adanya aturan PPKM Mikro untuk mengurangi kontak dan meminimalisir kerumunan. Beberapa kegiatan Prolanis yang melibatkan banyak peserta ditiadakan selama pandemi sedangkan kegiatan yang tidak menimbulkan kerumunan dialihkan secara online. Peserta Prolanis yang mayoritas lansia dan mempunyai penyakit komorbid takut mengunjungi Puskesmas karena risiko tinggi tertular virus COVID-19. Oleh karena situasi tersebut, terjadi penurunan kunjungan ke Puskesmas oleh peserta Prolanis.

Pemantauan

Pemantauan status kesehatan dilaksanakan untuk memantau status kesehatan peserta Prolanis dari hasil pemeriksaan setiap bulan. Pemeriksaan terhadap peserta dengan Hipertensi meliputi pemeriksaan tekanan darah sedangkan pemeriksaan pada peserta DM tipe 2 adalah pemeriksaan gula darah. Pemeriksaan merupakan kegiatan wajib dalam Prolanis karena fokus Prolanis sejak tahun 2020 adalah pemantauan status kesehatan peserta.

“Yang dinilai yaitu pemantauan status kesehatan, yaitu indikatornya peserta prolanis itu terkendali dari segi diagnosa hipertensinya atau dari segi dia diagnosa DM-nya. DM-nya indikatornya gula darah, nah kalau untuk hipertensi itu indikatornya tekanan darah. Kalau yang dulu sebelum 2020, 2019 sebelumnya itu memang indikatornya yaitu semakin banyak aktivitas itu semakin bagus nilainya, itu indikator KBK nya. Nah indikator KBK nya kemudian diubah di 2020 itu, fokus ke pemantauan status kesehatan” (Informan 1)

Puskesmas umumnya melaksanakan pemeriksaan tekanan darah secara rutin bersamaan dengan dilaksanakan kegiatan senam. Namun pada masa pandemi, pemeriksaan dilaksanakan seperti kontrol rutin biasa setiap bulan di Puskesmas. Pemeriksaan gula darah biasa yang dapat dilakukan di masing-masing Puskesmas dilaksanakan setiap bulan. Sementara itu, pemeriksaan gula darah HbA1c dilakukan di laboratorium setiap 6 bulan. Pemeriksaan di laboratorium tetap dilaksanakan selama pandemi dengan meminimalisir kerumunan. Upaya yang dilakukan adalah dengan membagi peserta menjadi beberapa sesi. Laboratorium juga berupaya agar peserta Prolanis tetap mengikuti pemeriksaan di masa pandemi dengan salah satu upayanya yaitu mendatangi masing-masing rumah peserta.

“Iya, karena kan orang nggak bisa kita menyampaikan di grup berarti nanti yang mau kontrol, obatnya habis silahkan, waktunya kontrol berkala nanti juga monggo silahkan, tapi kita itu pun waktu untuk pemeriksaan lab berkala itu pun kita buat beberapa termin itu. Jam sekian sampai sekian ini, jam sekian sampai sekian ini pelaksanaan waktu itu. Tapi tetap tidak ada perubahan.” (Informan 2)

Kegiatan pemeriksaan kesehatan yang dilaksanakan setelah senam saat ini sudah mulai aktif. Puskesmas A dan B sudah mulai aktif mengadakan pemeriksaan kesehatan dengan senam sejak bulan Juni tahun 2022. Peserta Prolanis yang aktif mengikuti kegiatan senam dilanjutkan dengan pemeriksaan kesehatan setiap bulan sesuai dengan jadwal kegiatan Prolanis. Pemeriksaan meliputi tanda-tanda vital dan pemberian obat. Hal ini sejalan dengan penelitian terkait Prolanis di Puskesmas lain bahwa pelaksanaan pemantauan status kesehatan meliputi cek tekanan darah, timbang berat badan, cek kadar gula darah serta pelaksanaannya bersama dengan Posbindu (24). Puskesmas B juga melayani pemantauan status kesehatan melalui kegiatan posyandu supaya lebih banyak peserta Prolanis yang terkontrol tekanan darah dan gula darah.

Konsultasi

Kegiatan konsultasi medis bertujuan untuk memantau status kesehatan peserta Prolanis. Kegiatan ini sama seperti kegiatan pemantauan status kesehatan dilengkapi dengan sesi konsultasi. Pada pelaksanaannya, peserta dapat menanyakan dan menyampaikan keluhan mengenai kesehatannya kepada dokter. Apabila diperlukan, dokter memberikan obat sesuai dengan diagnosa. Peserta Prolanis tidak rutin kontrol selama pandemi karena takut tertular virus Covid-19. Faktor usia dan penyakit penyerta menjadi faktor ketakutan peserta Prolanis untuk datang ke Puskesmas. Walaupun tidak memeriksakan kesehatannya secara rutin di puskesmas, namun peserta tetap memantau keadaan kesehatannya di posyandu lansia setiap bulan.

"Karena takut, punya komorbid, kita sudah sepuh sepuh bu" (PP A)

"saat pandemik, ada rasa takut untuk datang ke puskesmas, dan akhirnya ga berani kontrol" (PP B)

Konsultasi medis dilaksanakan setiap satu bulan sekali, bisa dalam kegiatan pemeriksaan setelah senam. Peserta juga dapat melakukan konsultasi medis di luar jadwal pemeriksaan tersebut dengan datang langsung ke Puskesmas seperti kontrol rutin biasa. Sejak Pandemi, Puskesmas membuka konsultasi medis secara online. Kegiatan konsultasi medis secara online bisa melalui grup Whatsapp atau melalui *hotline* Puskesmas tersebut. Sesuai himbauan dari BPJS Kesehatan bahwa selama pandemi diutamakan pelayanan kontak tidak langsung melalui media telekonsultasi (21).

"Terus juga kalau mau ada konsultasi bisa chat ke nomor, kita kan ada nomor hotline ya puskesmas ataupun lewat langsung di grup tersebut...." (Informan 4)

Senam

Salah satu kegiatan Prolanis yang rutin dilaksanakan adalah senam meskipun bukan indikator Prolanis. Namun kegiatan ini ditiadakan selama pandemi untuk meminimalisir kerumunan. Puskesmas hanya bisa mengingatkan peserta Prolanis melalui grup *Whatsapp* untuk tetap berolahraga. Beberapa Puskesmas sudah mulai mengadakan senam sejak Bulan Juni atau Juli tahun 2022. Faktor pendukung kegiatan senam dimulai lagi adalah peserta Prolanis sebagian besar sudah menerima vaksin serta kebutuhan peserta Prolanis untuk melepas penat dengan berinteraksi sesama peserta.

"Nah satu lagi kalau UKM tadi prolanis kan juga ada club-nya, club prolanis ini selama pandemi kemarin itu memang sempat vakum dua tahun, dua tahun itu jadi tidak ada kegiatan senam prolanis itu, kemudian dengan pandemi sudah landai, kalau hilang kan belum ya kita tidak boleh ngomong hilang, karena sudah landai akhirnya saya ngomong, ayo wes kita giatkan lagi kegiatan prolanis ini karena juga lansia itu kalau kita tidak buka lagi sebagainya itu justru istilahnya lama-lama si lansia juga namanya orang bu ya orang kan butuh juga healing ya..." (Informan 5)

Frekuensi kegiatan senam Prolanis setiap Puskesmas berbeda. Puskesmas A melaksanakan kegiatan senam setiap hari Sabtu pada minggu ke dua dan ke empat. Kegiatan senam di Puskesmas B dilaksanakan setiap hari Selasa. Berdasarkan hasil observasi, senam dipimpin oleh instruktur senam dengan gerakan yang disesuaikan kebutuhan karena peserta Prolanis umumnya adalah lansia. Tim pelaksana Prolanis membagi tugas dalam setiap pelaksanaan kegiatan Prolanis, salah satunya di Puskesmas A. Dokter pelaksana di Puskesmas A bertanggung jawab dalam pemeriksaan dan edukasi sedangkan perawat pelaksana Prolanis berperan sebagai instruktur senam dan asistensi pemeriksaan.

Kendala yang dialami peserta adalah kesibukan dari beberapa peserta, karena ada beberapa peserta yang masih aktif bekerja, sehingga tidak bisa mengikuti semua kegiatan Prolanis, terutama kegiatan senam, karena jadwal kegiatan tersebut bersamaan dengan jadwal kerja.

"Yang anggota ada, kendalanya beliau masih bekerja jadi ngga libur. Kalau hari Sabtu, masih kerja aktif. Kendalanya cuma itu. Kalau ndak mungkin ada keperluan yang lain Cuma gitu aja. Kalau ndak ada pasti hadir semua insyaAllah." (PP A)

Kendala lain terkait pelaksanaan kegiatan senam adalah terkait lokasi senam. Tempat yang digunakan untuk kegiatan senam juga digunakan untuk kegiatan lain. Ketika ada kegiatan lain di tempat tersebut maka kegiatan senam Prolanis libur. Peserta Prolanis berharap lokasi khusus untuk olahraga, agar kegiatan prolanis tetap bisa berjalan tanpa ada kendala sarana dan prasarana.

"Tetapi kalau di Puskesmas lagi ada kegiatan lain maka Prolanis ini libur gitu lho. Mintanya kalau bisa terus ada tempat, tidak usah libur" (PP A)

Peserta Prolanis yang mayoritas lansia membutuhkan bantuan dari keluarga untuk mengikuti kegiatan Prolanis yang Sebagian besar dilaksanakan di Puskesmas. Oleh karena itu, salah satu kendala keaktifan peserta mengikuti kegiatan Prolanis adalah kemudahan peserta menuju lokasi

yang meliputi jarak dan bantuan keluarga. Hal ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa dukungan keluarga meningkatkan partisipasi peserta dalam mengikuti kegiatan Prolanis (25).

Edukasi

Edukasi kelompok merupakan kegiatan Prolanis yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan peserta sebagai upaya mencegah timbulnya kembali penyakit dan meningkatkan status kesehatan. Kegiatan edukasi bukan merupakan kegiatan wajib dalam indikator Prolanis namun kegiatan ini rutin dilaksanakan. Sejak pandemi kegiatan edukasi beralih dilaksanakan secara daring. Umumnya Puskesmas membuat grup Whatsapp untuk mempermudah penyampaian edukasi kepada peserta Prolanis. Puskesmas membagikan informasi webinar dari BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan, atau Rumah Sakit beserta *link* Zoom. Webinar yang dibagikan di grup terkait kesehatan peserta Prolanis seperti Hipertensi dan DM tipe 2. Selain itu, dokter pelaksana Prolanis juga membuat materi yang dapat dibaca oleh peserta.

"Edukasi kami ada grup mbak, grup yang pasien-pasien prolanis. Tapi grupnya itu tidak mencakup semua pasien, karena tidak semua lansia itu punya hp dan punya fasilitas Whatsapp seperti itu, ada fasilitas tertentu saja yang dapat mengakses informasi dari kami secara online. Kemudian edukasi secara online tetap kami sampaikan, baik itu yang webinar-webinar dari Dinas Kesehatan atau seminar-seminar tentang kesehatan pasien prolanis, termasuk pasien diabetes hipertensi itu tetap kami share di grup. Informasi-informasi harapannya tetap sampai ke bapak ibu peserta prolanis seperti itu" (Informan 6)

Keterbatasan pemberian edukasi di grup *Whatsapp* adalah peserta yang bergabung dalam grup hanya peserta yang aktif mengikuti kegiatan Prolanis (salah satunya senam). Puskesmas A dan B berupaya menjangkau peserta Prolanis yang tidak aktif agar tetap mendapatkan edukasi kesehatan melalui posyandu dan saat kontrol rutin. Kesulitan lain dalam pelaksanaan edukasi kelompok saat pandemi adalah kegiatan melalui media Zoom. Peserta Prolanis yang umumnya berusia lanjut terkendala menggunakan Zoom karena kesulitan mengoperasikan teknologi (26).

Reminder

Reminder melalui SMS Gateway adalah kegiatan yang bertujuan untuk memotivasi peserta Prolanis melakukan kunjungan ke fasilitas kesehatan melalui pengingat jadwal konsultasi ke fasilitas kesehatan pengelola. Pesan disampaikan oleh Puskesmas

kepada peserta Prolanis untuk mengingatkan kegiatan yang akan dilaksanakan. Pelaksanaan kegiatan *reminder* ini berbeda di masing-masing fasilitas kesehatan. Puskesmas menyampaikan pesan baik melalui SMS atau *Whatsapp*. Puskesmas A mengingatkan kegiatan Prolanis satu hari sebelum pelaksanaan kegiatan. Peserta Prolanis juga sudah hafal jadwal kegiatan karena Prolanis sudah dimulai sejak tahun 2017 yaitu Sabtu minggu ke dua adalah senam dan pemeriksaan sedangkan Sabtu minggu ke empat adalah senam dan penyuluhan. Peserta Prolanis yang tidak rutin mengikuti kegiatan Prolanis diingatkan saat kontrol karena map peserta Prolanis ada stiker penanda. Laboran Puskesmas B mengingatkan pasien Prolanis mengenai jadwal pemeriksaan gula darah melalui SMS. Selain itu, Puskesmas menggunakan grup *Whatsapp* untuk mengingatkan jadwal kegiatan dan jadwal minum obat.

"Diingatkan juga biasanya H-1 kan sudah pelaksanaan ini waktunya kegiatan senam, ini waktunya pemeriksaan berkala, ini waktunya penyuluhan kelompok, itu mereka sudah hapal karena kita kan sudah mulai prolanis itu kan sudah tahun 2017 jadi jadwal itu mereka sudah hapal di luar kepala. Oh Sabtu kedua waktunya ini, Sabtu keempat waktunya ini, satu bulan kan dua kali. Kemudian kalau pemeriksaan lab berkala itu yang dari kerja sama dengan SIMA itu otomatis sebelumnya dikasih tau, besok tanggal ini bapak kesini untuk pemeriksaan berkala, sudah datang semua" (Informan 2)

Penggunaan *Whatsapp* sebagai media untuk *reminder* jadwal Prolanis kepada peserta menurut beberapa penelitian menjadi tidak efektif. Hal tersebut disebabkan sebagian peserta tidak dapat menerima informasi karena tidak mempunyai kuota internet atau *smartphone* (27). Oleh karena itu, SMS dinilai dapat menjadi solusi dari permasalahan tersebut. Namun ada Puskesmas yang mengalami kendala dalam pemanfaatan SMS Gateway karena semakin banyak peserta Prolanis maka dana yang dibutuhkan semakin besar (28).

Home Visit

Home visit merupakan kegiatan pelayanan kunjungan ke rumah peserta Prolanis untuk mengedukasi kesehatan diri dan lingkungan bagi peserta dan keluarga. Puskesmas A dan B telah melaksanakan *home visit* baik sebelum dan selama pandemi. Kegiatan *home visit* tetap dilaksanakan selama pandemi dengan protokol kesehatan yang lebih ketat. *Home visit* yang dilakukan tidak hanya untuk peserta Prolanis tetapi juga non Prolanis karena selama pandemi kegiatan ini dilaksanakan bersamaan dengan *tracing*. Pemeriksaan yang

dilakukan saat *home visit* adalah pemeriksaan tanda-tanda vital termasuk saturasi khususnya saat pandemi. Hambatan dalam melaksanakan *home visit* adalah jangkauan terlalu jauh sedangkan SDM kesehatan terbatas.

"Bisa prolanis sama di luar prolanis. Khususnya pas waktu covid itu kan, kita kan ke sana tracing ya mbak"
(Informan 4)

Puskesmas melihat beberapa kondisi tertentu yang membutuhkan kunjungan pemeriksaan ke rumah. Kegiatan *home visit* ditujukan untuk peserta yang tidak dapat mengikuti kegiatan Prolanis dan mempunyai keterbatasan dalam menjangkau kegiatan Prolanis (24). Sementara itu menurut penelitian lain, kegiatan *home visit* saat pandemi COVID-19 diutamakan untuk peserta Prolanis yang disabilitas, kesulitan datang ke lokasi Prolanis karena tidak ada yang mengantar, dan mempunyai *mental disorders* (26).

Pelaporan

Serangkaian kegiatan Prolanis yang dilaksanakan oleh FKTP tidak hanya terbatas pada operasional kegiatan tetapi juga pelaporan kegiatan yang sudah terlaksana ke BPJS Kesehatan. Puskesmas rutin melaporkan hasil kegiatan Prolanis melalui *P-Care*. Semua kegiatan yang dapat diajukan klaim ke BPJS Kesehatan pasti menggunakan *P-Care* untuk input data pelaporan. Selain input, pada tampilan *P-Care* untuk Prolanis ada perhitungan capaian nilai RPPT Puskesmas tersebut.

"Oh kalau Pcare itu pasti mbak, jadi segala macam aktivitas yang berhubungan sama pengajuan klaim itu pasti melalui aplikasi Pcare, apapun itu. Nah itu nanti akan terbaca di sistem kami. Itulah yang kami jadikan untuk nanti bahan monitoring evaluasi. Semua pasti akan di input di Pcare"
(Informan 1)

Kegiatan Prolanis yang harus input ke *P-Care* adalah hasil pemeriksaan yang meliputi tekanan darah, gula darah, dan hasil laboratorium apabila ada. Kegiatan lain seperti senam dan edukasi meskipun bukan indikator tetapi dapat diajukan klaim. Syarat pengajuan klaim adalah kelengkapan administrasi seperti dokumentasi kegiatan. Foto dokumentasi tersebut meliputi foto peserta dan konsumsi kegiatan. Instruktur dan honor narasumber juga dapat diajukan klaim melalui *P-Care*.

Monitoring oleh BPJS Kesehatan

Laporan kegiatan yang sudah diinput dalam sistem *P-Care* menjadi bahan monitoring evaluasi

dari BPJS Kesehatan. Monitoring dilaksanakan setiap tiga bulan sekali melalui pertemuan dengan FKTP. Dalam pertemuan tersebut BPJS Kesehatan menyampaikan capaian Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) masing-masing FKTP, jadi tidak hanya capaian RPPT tetapi juga indikator KBK lain. Selama pandemi, pertemuan dilaksanakan secara daring melalui Zoom namun saat ini sudah mulai dilaksanakan secara offline. Pertemuan secara offline disesuaikan dengan anggaran yang ada karena jumlah FKTP yang besar maka membutuhkan anggaran yang besar untuk pelaksanaannya. Selain monitoring setiap tiga bulan, BPJS Kesehatan juga mengirimkan surat kepada FKTP setiap bulan. BPJS Kesehatan juga melakukan monitoring secara langsung ke FKTP setiap dua kali dalam setahun.

"Tak undang terus itu mbak, tapi akhirnya tercapai kok. Saya undang terus, saya kasih asistensi sama teman-teman yang di sini kendalanya seperti apa, ya kita tagih komitmennya mereka. Karena kan di dalam PKS ada bahwa mereka harus menjalankan program JKN dan berkomitmen penuh terhadap pencapaiannya itu..."
(Informan 1)

Berdasarkan hasil wawancara di atas, apabila hasil evaluasi menunjukkan tidak memenuhi capaian kinerja maka BPJS Kesehatan mengundang FKTP tersebut dalam pertemuan diskusi. Diskusi membahas mengenai kenapa capaian kinerja belum terpenuhi dan permasalahan apa yang dihadapi. Beberapa permasalahan yang dihadapi FKTP dalam mencapai target capaian kinerja adalah kesulitan akses peserta ke Puskesmas dan kemampuan peserta Prolanis yang lansia mengikuti kegiatan Prolanis melalui Zoom selama pandemi, mutasi kepala Puskesmas dan pergantian pelaksana Prolanis yang cukup sering, dan perbedaan persepsi status kesehatan terkontrol antara BPJS Kesehatan dan Puskesmas (26). Pelaksanaan monitoring tidak hanya mencari permasalahan yang dihadapi Puskesmas, tetapi juga BPJS Kesehatan memberikan asistensi kepada FKTP hingga dapat memenuhi target capaian kinerja.

OUTPUT

Output implementasi Prolanis adalah hasil atau capaian dari pelaksanaan kegiatan Prolanis tersebut. Tujuan Prolanis adalah mendorong peserta penyandang penyakit kronis mencapai kualitas hidup optimal dengan indikator 75% peserta terdaftar yang berkunjung ke FKTP memiliki hasil "baik" pada pemeriksaan spesifik terhadap

penyakit Hipertensi dan DM tipe 2 sesuai panduan klinis sehingga mencegah timbulnya komplikasi penyakit. FKTP mempunyai target indikator kinerja, salah satunya Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) paling sedikit 5%. Status kesehatan peserta dapat diketahui dari hasil pemeriksaan kesehatan sesuai ketentuan BPJS Kesehatan dalam panduan Prolanis meliputi pemeriksaan tekanan darah dan gula darah. Oleh karena fokus dalam pelaksanaan Prolanis adalah pemantauan status kesehatan bukan banyak kegiatan yang dilaksanakan. Indikator ini sesuai dengan kondisi Pandemi Covid-19 dimana masyarakat dihimbau untuk menghindari kerumunan.

Berdasarkan hasil wawancara dengan BPJS Kesehatan, capaian RPPT FKTP Kota Malang selama pandemi tetap tercapai meskipun nilai minimal target. Tetapi saat ini dengan pelaksanaan kegiatan Prolanis yang sudah mulai aktif kembali, nilai RPPT sudah melampaui nilai minimal. Capaian RPPT keseluruhan FKTP telah tercapai namun ada beberapa FKTP yang nilainya masih di bawah capaian. Hal ini disebabkan beberapa

FKTP yang lain mencapai nilai RPPT yang sangat baik sehingga mampu menutupi nilai yang kurang. Dalam mencapai target RPPT, BPJS Kesehatan dan FKTP merupakan mitra yang saling mendukung sehingga FKTP yang belum tercapai targetnya akan mendapat asistensi dari BPJS Kesehatan.

“Kalau secara keseluruhan tercapai, tapi kalau masing-masing belum. Karena kan ada yang nilainya bagus banget, ya itu menutupi yang lainnya. Kalau kami KC kan melihatnya kan secara keseluruhan, tapi kalau untuk feedback kita kasih per FKTP” (Informan 1)

“Jadi karena memang kan kenapa jumlahnya harus sebanyak itu? Kan memang ada tuntutan dari KBK BPJS kan harus memenuhi 5% dari jumlah yang terdiagnosa penyakit HT sama hipertensi. Tapi kalau hanya cuma sekitar 50 kan nggak mungkin tercapai kalau cuma segitu, jadi kita ambil dari pasien yang rutin datang, rutin kontrol DM sama HT terus kami masukkan prolanis kita tawari, bu kalau memang mau ikut senam, tapi yang aktif memang cuma segitu” (Informan 4)

Tabel di bawah menunjukkan bahwa capaian RPPT Puskesmas A selama pandemi tahun 2021 di atas 5%. Hal tersebut menunjukkan bahwa capaian Puskesmas A melebihi target RPPT

Tabel 3. Capaian Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) pada Puskesmas A Bulan Januari – Desember tahun 2021

| Bulan | Prolanis DM Terkendali | Peserta Diagnosa DM | RPPT DM | Prolanis HT Terkendali | Peserta Diagnosa HT | RPPT HT | Nilai RPPT |
|-----------|------------------------|---------------------|---------|------------------------|---------------------|---------|------------|
| Januari | 74 | 753 | 9,83 | 102 | 2165 | 4,71 | 7,27 |
| Februari | 74 | 758 | 9,76 | 84 | 2179 | 3,85 | 6,8 |
| Maret | 77 | 760 | 10,13 | 54 | 2172 | 2,49 | 6,31 |
| April | 73 | 768 | 9,51 | 77 | 2182 | 3,53 | 6,52 |
| Mei | 40 | 777 | 5,15 | 115 | 2186 | 5,26 | 5,21 |
| Juni | 61 | 800 | 7,63 | 122 | 2212 | 5,52 | 6,57 |
| Juli | 67 | 807 | 8,3 | 94 | 2231 | 4,21 | 6,26 |
| Agustus | 36 | 806 | 4,47 | 96 | 2218 | 4,33 | 4,4 |
| September | 72 | 823 | 8,75 | 89 | 2245 | 3,96 | 6,36 |
| Oktober | 89 | 829 | 10,74 | 61 | 2240 | 2,72 | 6,73 |
| November | 50 | 862 | 5,8 | 56 | 2283 | 2,45 | 4,13 |
| Desember | 40 | 923 | 4,33 | 42 | 2378 | 1,77 | 3,05 |

Tabel 4. Capaian Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) pada Puskesmas B Bulan Januari – November tahun 2022

| Bulan | Prolanis DM Terkendali | Peserta Diagnosa DM | RPPT DM | Prolanis HT Terkendali | Peserta Diagnosa HT | RPPT HT | Nilai RPPT |
|-----------|------------------------|---------------------|---------|------------------------|---------------------|---------|------------|
| Januari | 7 | 881 | 0,79 | 53 | 1961 | 2,7 | 1,75 |
| Februari | 5 | 886 | 0,56 | 39 | 1971 | 1,98 | 1,27 |
| Maret | 2 | 889 | 0,22 | 46 | 1993 | 2,31 | 1,27 |
| April | 1 | 862 | 0,12 | 47 | 1984 | 2,37 | 1,25 |
| Mei | 9 | 866 | 1,04 | 48 | 1989 | 2,41 | 1,73 |
| Juni | 23 | 873 | 2,63 | 49 | 2038 | 2,4 | 2,51 |
| Juli | 29 | 884 | 3,28 | 48 | 2061 | 2,33 | 2,81 |
| Agustus | 48 | 887 | 5,41 | 48 | 2052 | 2,34 | 3,88 |
| September | 40 | 897 | 4,46 | 46 | 2052 | 2,24 | 3,35 |
| Oktober | 39 | 907 | 4,3 | 48 | 2073 | 2,32 | 3,31 |
| November | 55 | 932 | 5,9 | 41 | 2086 | 1,97 | 3,94 |

yang ditentukan oleh BPJS Kesehatan, namun selama dua bulan terakhir puskesmas tersebut mengalami penurunan RPPT. Sementara itu, table 4 menunjukkan capaian RPPT Puskesmas B selama tahun 2022. Puskesmas B belum mencapai target RPPT disebabkan capaian RPPT puskesmas tersebut di bawah 5%. Berdasarkan penelitian di Kota Malang sebelumnya menunjukkan bahwa hanya 53% puskesmas di Kota Malang pada tahun 2019 yang mencapai target indikator RPPT minimal 5% (25). Capaian target RPPT sangat penting bagi Puskesmas karena indikator RPPT merupakan salah satu kriteria dalam KBK untuk menentukan besarnya kapitasi yang diterima Puskesmas tersebut (29).

Output keberhasilan kegiatan Prolanis selain target RPPT juga dilihat dari persepsi peserta Prolanis. Bagaimana persepsi peserta Prolanis setelah mengikuti kegiatan Prolanis merupakan aspek penting yang menentukan apakah peserta tersebut akan aktif mengikuti seluruh kegiatan Prolanis. Peserta Prolanis merasa puas dan bahagia mengikuti kegiatan Prolanis terutama kegiatan senam karena bisa bertemu dengan peserta Prolanis yang lain.

"Terima kasih. Kalau kita setelah senam rasanya enak itu lho. Tapi kalau kita ndak pernah senam rasane koyok sakit semua. Karena sudah terbiasa sehingga lebih enak senam gitu." (PP A)

"Terus terang itu yang saya rasakan jadi lebih happy. Kalau dulu itu sering stress di rumah mudah stress sekarang perilaku saya rasa berubah. Terus terang saya terima kasih sekali sampaikan program Prolanis bagi saya pribadi sangat bermanfaat." (PP B)

Peserta merasakan banyak manfaat mengikuti kegiatan Prolanis, salah satunya terhadap kesehatan. Hal ini sesuai dengan penelitian Ariana et al. yang menyatakan bahwa peserta menilai kegiatan Prolanis berdampak positif bagi kesehatannya (30). Selain itu, peserta merasa penyakitnya menjadi lebih serius ketika tidak mengikuti kegiatan Prolanis. Kegiatan senam Prolanis yang juga merupakan senam jantung sehat terbukti berpengaruh menurunkan tekanan darah pada lansia (31). Kadar glukosa darah peserta Prolanis yang mengikuti senam lebih terkontrol karena aktivitas senam mampu membakar kalori dan mengurangi lemak di dalam tubuh sehingga meningkatkan kemampuan metabolisme sel dalam menyerap dan menyimpan glukosa (13).

KESIMPULAN

Pelaksanaan Prolanis selama masa pandemi COVID-19 mengalami penyesuaian untuk menghindari penularan virus sehingga beberapa kegiatan yang menciptakan kerumunan beralih secara daring. Kegiatan tersebut meliputi konsultasi medis dan edukasi kelompok secara online namun kegiatan senam ditiadakan. Sejak mayoritas peserta sudah mendapatkan vaksin dan jumlah kasus COVID-19 sudah terkendali, kegiatan Prolanis mulai dilaksanakan secara offline seperti sebelum pandemi. Capaian RPPT Prolanis di FKTP Kota Malang selama pandemi secara keseluruhan sudah mencapai target, namun apabila dilihat masing-masing FKTP masih ada yang belum terpenuhi.

UCAPAN TERIMA KASIH .

Terima kasih kepada Poltekkes Kemenkes Malang yang telah memberikan dukungan hingga penelitian ini dapat dilaksanakan. Terima kami juga kepada Dinas Kesehatan Kota Malang, serta dua Puskesmas lokasi penelitian yang telah memberikan izin pengambilan data untuk penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Uthman OA, Ayorinde A, Oyebode O, Sartori J, Gill P, Lilford RJ. Global prevalence and trends in hypertension and type 2 diabetes mellitus among slum residents: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2022;12(2):1–12.
2. Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Res Clin Pract* [Internet]. 2019;157:107843. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843>
3. Przekaz A, Bielka W, Pawlik A. Hypertension and Type 2 Diabetes—The Novel Treatment Possibilities. *Int J Mol Sci*. 2022;23(12).
4. Zhou B, Carrillo-Larco RM, Danaei G, Riley LM, Paciorek CJ, Stevens GA, et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet*. 2021;398(10304):957–80.

5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Laporan Nasional Rischesdas 2018. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta; 2018.
6. International Diabetes Federation. Diabetes around the world 2021 [Internet]. the IDF Diabetes Atlas 10th Edition. Canada; 2021. Available from: <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>
7. Badan Pusat Statistik Kota Malang. Jumlah Kasus Penyakit Terbanyak di Kota Malang, 2019 [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 16]. Available from: <https://malangkota.bps.go.id/dynamictable/2020/08/11/251/jumlah-kasus-penyakit-terbanyak-di-kota-malang-2019.html>
8. Yamazaki D, Hitomi H, Nishiyama A. Hypertension with diabetes mellitus complications. *Hypertens Res.* 2018;41:147–56.
9. Dewan Jaminan Sosial Nasional. Statistik JKN 2016-2021. Dewan Jaminan Sosial Nasional. 2022.
10. Peltzer K, Pengpid S. The Prevalence and Social Determinants of Hypertension among Adults in Indonesia: A Cross-Sectional Population-Based National Survey. *Int J Hypertens.* 2018;2018.
11. BPJS Kesehatan. Panduan praktis Prolanis (Program pengelolaan penyakit kronis). 2014.
12. Susiani A, Magfiroh R. Pengaruh Pelaksanaan Kegiatan Prolanis Terhadap Kekambuhan Hipertensi. *J Kesehat.* 2020;11(1):1–9.
13. Barata BP, Prasetyo JD, Firdhausya D, Rudiyanto, Diana NA. Efektivitas Senam Prolanis Terhadap Perubahan Kadar Gula Darah Acak (Gda) Penderita Diabetes Mellitus. *Healthy.* 2019;7(2):29–42.
14. Satuan Tugas Penanganan COVID-19. Peta Sebaran COVID-19 [Internet]. 2022 [cited 2022 Feb 16]. Available from: <https://covid19.go.id/peta-sebaran>
15. Booth GL, McGlynn N, Fazli GS, Lipscombe LL, Bhatia D, Kassam A, et al. Diabetes and COVID-19: The role of glycaemic control, diabetes subtype and blood glucose on COVID-19 severity and death. Canada; 2022.
16. IAKMI. Seruan Nasional Dampak Pandemi COVID-19: Selamatkan Masa Depan 25 Juta Anak Indonesia ! 2020.
17. Wahyudi DD. Gambaran Pelaksanaan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) Jaminan Kesehatan Nasional di Puskesmas Kota Malang. Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang; 2021.
18. Azizah AN, Raodhah S, Surahmawati S, ... Utilization of The Chronic Disease Management Program During The Covid-19 Pandemic. ... *Dis Prev* 2021;1(1):21–9.
19. Wibowo A. Metodologi Penelitian Praktis : Bidang Kesehatan. Jakarta: Rajawali Pers; 2014.
20. Manullang HJ, Dachi RA, Sitorus MEJ, Sirait A. Analisis Implementasi Program Pengelolaan Penyakit Pematangsiantar Tahun 2021. *J Healthc ...* [Internet]. 2021;7(2):868–90. Available from: <http://www.jurnal.uui.ac.id/index.php/JHTM/article/view/1663>
21. BPJS kesehatan. Optimalisasi dan pengelolaan penyakit kronis selama pandemi COVID-19. *Info BPJS Kesehatan.* 2021;1–24.
22. Meiriana A, Trisnanto L, Padmawati RS. Implementasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) pada Penyakit Hipertensi di Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta. Vol. 08, *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI.* 2019. p. 51–8.
23. Kusumaningrum A, Azinar M. Efektivitas Biaya Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) di Puskesmas. *Higeia J Public Heal Res Dev.* 2018;3(2):622–3.
24. Wedyarti L, Setiaji B, Masra F. Analisis Pelaksanaan Program Prolanis Di Puskesmas Rawat Inap Biha Kabupaten Pesisir Barat. *Poltekita J Ilmu Kesehat.* 2021;15(3):301–8.
25. Fadila R, Ahmad AN. Determinan Rendahnya Partisipasi dalam Program Pengelolaan Penyakit Kronis di Puskesmas. *J Kesehat Vokasional.* 2021;6(4):208–16.
26. Ambarita AT, Nurwahyuni A. Analysis of Implementation Chronic Disease Program (PROLANIS) During Pandemic COVID-19 on Primary Health Care. *J-Kesmas J Fak Kesehat Masy (The Indones J Public Heal.* 2022;09(1):24–31.
27. Kurniawan H. Pemanfaatan SMS Gateway untuk Aktivitas Reminder Jadwal dan Sosialisasi Prolanis di Puskesmas Berbah. In: *Prosiding Seminar Hasil Pengabdian Masyarakat.* 2021.
28. Rosdiana AI, Raharjo BB, Indarjo S. Implementasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis). *Higeia J Public Heal Res Dev* [Internet]. 2017;1(3):140–50. Available from: <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia>
29. BPJS Kesehatan. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja. 2019.

30. Ariana R, Sari CWM, Kurniawan T. Perception of Prolanis Participants About Chronic Disease Management Program Activities (PROLANIS) in the Primary Health Service Universitas Padjadjaran. *NurseLine J.* 2020;4(2):103.
31. Hadia MP, Henny Mariati L, Nggarang BN, Ruteng P, Yani JJA, Flores R. Pengaruh Senam Prolanis Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pada Lansia Produktif (45-59 Tahun) Di Dusun Kaweng Wilayah Kerja Puskesmas Bangka Kenda. *J Wawasan Kesehat.* 2022;7(1):10–20.

Policy Analysis of Healthy Community Movement (Germas) during Pandemi COVID-19 in Yogyakarta

Tri Siswati,¹ Fahmi Baiquni,^{2,3} Riadini Rahmawati,² Herni Endah Widyawati,
¹ Ratri Kusuma Wardhani,⁴ Supriyati^{2,3}

¹Politeknik Kesehatan Kemenkes Yogyakarta, Indonesia

²Department of Health Behavior, Environment, and Social Medicine, Faculty of Medicine, Public Health and Nursing, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

³Center of Health Behavior and Promotion, Faculty of Medicine, Public Health and Nursing, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

⁴Health Demographic Surveillance system, Faculty of Medicine, Public Health and Nursing, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, Indonesia

Email: tri.siswati@poltekkesjogja.ac.id

Tanggal submisi: 21 Maret 2023; Tanggal penerimaan: 30 Juni 2023

ABSTRACT

The social environment, including policies, promotes health and COVID-19 prevention. The Healthy Community Movement (Germas) and COVID-19 prevention in Yogyakarta were analyzed for content, method, and policy actors. We apply a-qualitative research of policy. We apply rapid assessment procedures (RAP) using focus group discussion (FGD) and desk review to observe various of policy from the government website. Research conducted in Yogyakarta from March to May 2021. Data was analysis by qualitative content analysis based on content, process, context, and actor categories. Germas policies were found at all levels—national, provincial, and district/city. According to policy content, Germas was a movement to promote healthy living based on community empowerment, with 7 points: physical activity, eating fruits and vegetables, not smoking, not drinking alcohol, early detection and medical examination routine, clean lifestyle, and using the toilet. Process-based policies were national, provincial, and municipal. Local government, universities, Corporate Social Responsibility (CSR), and community were policy actors. The Special Region of Yogyakarta has several policies encompassing many sectors of life to assist the implementation of Germas in the pandemic era, carried out by stakeholders, CSR, universities, and all of people.

Keywords: Healthy Community Movement; COVID-19, prevention; control; transmission

ABSTRAK

Lingkungan sosial, termasuk kebijakan, mendukung upaya kesehatan dan pencegahan COVID-19. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kebijakan Gerakan Masyarakat Sehat (Germas) dan pencegahan COVID-19 di Yogyakarta. Penelitian ini dilakukan dengan analisis kebijakan secara kualitatif dengan metode Rapid Assessment Procedures. Data dikumpulkan dengan focus group discussion (FGD) dan desk review. Penelitian dilakukan di Yogyakarta pada bulan Maret hingga Mei 2021. Data dianalisis dengan analisis content kualitatif berdasarkan kategori isi, proses, konteks, dan aktor. Hasil penelitian menyatakan bahwa kebijakan Germas ditemukan di semua tingkatan, baik di level nasional, provinsi, dan kabupaten/kota. Menurut kontennya, Germas mempromosikan hidup sehat melalui pemberdayaan masyarakat, dengan 7 poin: aktivitas fisik, makan buah dan sayuran, tidak merokok, tidak minum alkohol, deteksi dini dan pemeriksaan kesehatan rutin, pola hidup bersih, dan menggunakan toilet. Berdasarkan proses, Germas merupakan kebijakan nasional, provinsi, dan kabupaten/kota. Pemerintah daerah, perguruan tinggi, CSR, dan masyarakat adalah aktor kebijakan. Daerah Istimewa Yogyakarta memiliki beberapa kebijakan yang mencakup banyak sektor kehidupan untuk membantu pelaksanaan Germas di era pandemi COVID-19 yang dilakukan oleh para pemangku kepentingan, CSR, perguruan tinggi, dan seluruh masyarakat

Kata kunci: Gerakan Masyarakat Sehat; COVID-19, pencegahan; menguasai; Penularan

INTRODUCTION

The pandemic status of COVID-19 has been announced by the World Health Organization (WHO) as of March 2020. And now, this pandemic is regularly monitored and responded to by the World Health Organization(1). It was followed by Indonesia through the President of the Republic of Indonesia's declaration, that COVID-19 is a National Disaster that needs comprehensive intervention(2). Expertise predicts that COVID-19

will continue for up to 4 or 5 years(1). When it comes to dealing with COVID-19, the most important thing to do is break the chain of transmission(3). GERMAS (Healthy Living Community Movement), including washing hand(4) regularly is a feasible and effective effort to prevent and break the chain of transmission of COVID-19. Government regulations and policies are social factors that greatly determine the individual practice of GERMAS(5). Continuous implementation of policies and changes in

community behavior of GERMAS guidelines can provide better results in controlling COVID-19 in order to facilitate a decrease in the total number of cases (6)(7).

The optimization of GERMAS nationally has been started in 2017 through Presidential Instruction No. 1 of 2017(8). We need multi-sectoral collaboration to prevent and control of COVID-19 transmission, as has been proven in China and The America(9) dan Ethiopia(10). In this new normal era, it is imperative to broaden the scope of GERMAS optimization to include not only the prevention and control of infectious diseases, but also the promotion of public awareness in response to the COVID-19 outbreak. Previous research show that perception are the determining factor in a person's compliance to health protocol, proven at Indonesia (11), South Korea(12), and among health worker in India(13).

Regulation and policy is a reinforcing factor to encourage people's behavior in making efforts to tackle and break the chain of transmission(14) (15). The purpose of this study is to describe the content, process, context, and actor dimensions of the Germas policies and programs implemented in the Special Region of Yogyakarta during the COVID-19 pandemic.

METHOD

This was a policy analysis using primary and secondary data. We apply a-qualitative data using rapid assessment procedures design and Focus Group Discussion to collect primary data. The informants were all the providers and local administration in DI Yogyakarta, Indonesia. While the secondary data was conducted by document review sourced from government website in Yogyakarta. The data collected includes content, content, process, context, and actors aspects of policies related to Germas during the COVID-19 pandemic in March-May 2021, in Yogyakarta.

The conceptual framework of this research was below, see Fig 1.

Document studies were carried out on the documents of Germas activities in Yogyakarta. The document study was conducted to determine program achievements, and other data related to Germas activities. Data analysis was carried out descriptively, a combination of desk review results, document studies, and also the results of primary data analysis. The ethics committee of the Faculty of Medicine, Public Health, and Nursing at Universitas Gadjah Mada No. KE/FK/0310/

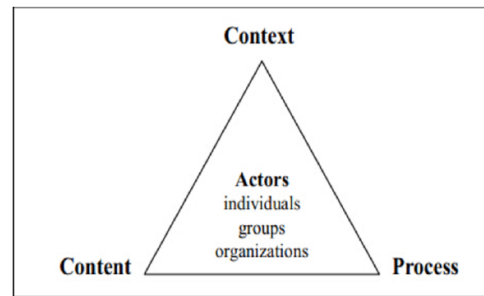


Figure 1. Policy analysis triangle (adapted from Walt and Gilson 1994)

EC/2021 has given their approval for this study. All participants provided their informed consent.

RESULT AND DISCUSSION

Germas promoted healthy living through community empowerment and seven points: physical activity, eating fruits and vegetables, not smoking, not drinking alcohol, early detection and medical examination routine, clean lifestyle, and using the toilet.. This aspect of Germas content is very appropriate for dealing with COVID-19. Germas is a fairly optimal prevention method when people are obedient. In its development, several local regulations were issued to encourage efforts to break the COVID-19 chain, such as restrictions on gatherings, weddings, restaurants, breaking the fast, religious holidays, and others.

The context of the Germas policy is regulated in stages from the center to the regions. The Healthy Living Community Movement (Germas) is regulated at the national level by Presidential Instruction No. 1 of 2017. The next derivative of the rule is the Regulation of the Minister of National Development Planning/PPN of the head of Bappenas No. 11 of 2017 concerning General Guidelines for the Implementation of Germas. At Yogyakarta, the regulation on Germas is poured into Pergub DIY number 44 year 2017 concerning the Regional Action Plan for the Healthy Living Healthy Yogyakarta Community Movement. Other regulations that are in synergy with the contents of Germas where Regulation of the Governor of the Special Region of Yogyakarta Number 80 year 2016 concerning the Regional Action Plan for Food and Nutrition for 2015 – 2019, Regulation of the Governor of the Special Region of Yogyakarta Number 88 year 2012 concerning Instructions for the Implementation of the Movement for the Acceleration of Diversification of Food Consumption Based on Local Resources, Regulation of the

Governor of the Special Region of Yogyakarta Number 92 year 2020 concerning Regional Action Plans for Prevention and Handling of Stunting in the Special Region of Yogyakarta Year 2020 – 2024: Regulation of the Governor of the Special Region of Yogyakarta Number 123 of 2018 concerning Policies and Strategies of the Special Region of Yogyakarta in the Management of Household Waste and Similar Waste Household waste. While regional regulations regarding Germas: Yogyakarta City Number 50 year 2017, Bantul Regency Number 35 year 2018, Sleman Regency Number 69/Kep. KDH/A/2018 concerning Germas 2018-2020, Kulon Progo Regency Number 100 year 2017, Gunung Kidul Regency Number 40 year 2018.

Locally, some policies regulate special context on COVID-19 preventing and controlling to increase awareness of the risk of transmission of COVID-19 infection in Yogyakarta. Some provincial policies to combat COVID-19: instruction of the Governor of DIY Number 2/INSTR/2020 Concerning Increasing Awareness of the Risk of Transmission of Corona Virus Disease (COVID-19), Circular Letter of the Governor of DIY Number 433/4956 Regarding Adjustment of the Work System of State Civil Apparatus to prevent COVID-19 within the local government Special Region of Yogyakarta, Circulated Letter of the Governor of DIY Number 800/5316 Regarding Adjustment of the Employee Work System in the emergency response status of the COVID-19 disaster in the special region of Yogyakarta, Regulation of the Governor of DIY Number 44 year 2020 concerning Guidelines for the Work Procedure of State Civil Apparatus in the DIY Regional Government and Regency/City Governments throughout DIY in the New Normal Order, Governor Regulation (PERGUB) of the Special Region of Yogyakarta Number 12 year 2021 concerning Amendments to Pergub DIY Number 44 year 2020. Regarding the Guidelines for the Work Procedure of ASN in the DIY Regional Government and the Regional Government of Yogyakarta City in the New Normal Order, the Governor of the Special Region of Yogyakarta Regulation Number 77 year 2020 concerning the Implementation of Discipline and Law Enforcement of Health Protocols as an Effort for Prevention and Control of COVID-19.

Regulation of the Governor of the Special Region of Yogyakarta Number 24 year 2021 concerning the Implementation of Discipline and Law Enforcement of Health Protocols as an Effort for Prevention and Control of COVID-19. Special Region of Yogyakarta, Instruction of the Governor of

DIY Number 14/2021 Concerning the Enforcement of Restrictions on Community Activities based on Micro DIY, Circular Letter of the DI Yogyakarta Health Office Number 441/05350 dated August 4th 2020, concerning Implementation of Health Screening in 2020, Circular Letter of the Governor of DIY No. 2/SE/III/2020 Concerning Increased Awareness of Risk Transmission of COVID-19 infection from immigrants to DIY, Circular Letter (SE) of the Governor of DIY Number: 27/SE/V/2021 concerning Provisions for Homecoming for Eid Al-Fitr in 1442 Hijrah in the Greater Yogyakarta Agglomeration Area in Efforts to Control the Spread of COVID-19.

Decree of the Governor of the Special Region of Yogyakarta Number 99/KEP/2021 concerning the Determination of the Emergency Response Status for the COVID-2019 Disaster in the Special Region of Yogyakarta, Regulation of the Governor of the Special Region of Yogyakarta Number 20 year 2021 concerning the Working Mechanism of the Task Force for Handling COVID-19 Special Region of Yogyakarta, Decree of the Governor of the Special Region of Yogyakarta Number 78/ Kep/2020 concerning Amendments to Decree of the Governor of the Special Region of Yogyakarta Number 64/Kep/2020 concerning the Establishment of the Task Force for Handling COVID-19 for the Special Region Yogyakarta Governor, Decree of Special Region of Yogyakarta Governor Number 3/ Kep/2021 concerning the Establishment of the Task Force for Handling COVID-19 at Special Region Yogyakarta, Decree of the Governor of the Special Region of Yogyakarta Number 15/KEP/2021 Regarding the Appointment of Coordinator for Distribution of Health Facility Assistance for Community for Handling COVID-19 in the Special Region of Yogyakarta, Decree of the Governor of the Special Region of Yogyakarta Number 13/KEP/2021 concerning the Establishment of a Working Group for the Implementation of Vaccination for COVID-19 in Yogyakarta.

Regulation of the Governor of the Special Region of Yogyakarta Number 48 year 2020 concerning Guidelines for Compiling Guidelines for the Implementation of Public Service Activities and Community Economics in the Special Region of Yogyakarta in the Prevention and Control of COVID-19, Instructions of the Governor of DIY Number 4/INSTR/2021 concerning the Policy for Restriction of Community Activities, then Officer of Education, Youth and Sports in Yogyakarta number 421/02280 Learning at Home for School Children in

the context of preventing COVID-19, Circular Letter of the Governor of the Special Region of Yogyakarta Number 421/5598 year 2020 concerning Extending Learning at home/or Online for Students During the COVID-19.

Base on the process, there were national, provincial, and local policy levels. At the national level, there were presidential instructions, regulations of the minister of national development planning, while the governor's, regent's policy at the province and region level respectively. Some policies at the local government and the districts/cities in DIY have the same scope of content, namely the Regional Action and Plan (RAD/Rencana Aksi Daerah) which includes: 1) Increasing physical activity; 2) Improvement of clean and healthy living behavior, 3) Provision of healthy food and acceleration of nutrition improvement, 4) Increased prevention and early detection of disease; 5) Improving the quality of the environment; 6) Improved education on healthy living.

The policy actors were all agencies both government, universities, private sectors, corporate social responsibility (CSR). The officer of Mental Spiritual Development Bureau as a coordinator on implementation and evaluation Germas plan. The universities have role play as health educators to help improve public health literacy related to COVID-19 so that people can make these decisions in new life adaptation. The COVID-19 pandemic drives universities to be the more active transfer of information, education, and communication-related to COVID-19 and take a role as agents of change healthy lifestyle. Moreover, the COVID-19 pandemic is accompanied by an infodemic. The sense of social responsibility of higher education has encouraged the campus community to play its role in helping the surrounding community to be able to adapt better(16). Stigma is one of the side effects of COVID-19 which is accompanied by an infodemic. Stigma is one of the problems that need special attention in addition to physical activity and diet as well as mental health problems that are heavily affected by the pandemic.

Based on Lawrence Green's Theory-Precede Proceed Health Behavior Change Model, the behavior of a person or society is influenced by predisposing, enabling, and reinforcing factors. Predisposing factors are factors that enable a person/society to behave, such as age, gender, knowledge, attitudes, beliefs, espoused values, perceptions, motivation of a person/society to act. Enabling factors include the skills and resources

to perform health behaviors, such as funding, transportation, communication stuff, and others. Reinforcing factors such as attitudes and behavior of health workers, community leaders, religious leaders, parents, policies, and regulations(16). It is also implemented in the COVID-19 context.

Several policies related to Germas have been issued in Yogyakarta before Presidential Instruction Number 1 of 2017. These issues include control smoking behavior, increase physical activity, healthy eating patterns, measure body weight, and medical check-up regularly, and stress management. Many regulations support Germas, both at the provincial and district/city levels. However, previously Indonesia had a Clean and Healthy Life Behavior (PHBS) program which then the points from PHBS were used as a movement for healthy living communities. COVID-19 was a monumental time to sharpen the practice of clean and healthy life behavior.

The process of policy seems to be a hierarchical national-provincial-local regulation. At least there are 168 regulations both issued by the provincial and district/city governments in DIY the COVID-19 context until May 2021. This shows the attention of the DIY government to controlling COVID-19.

Based on the policy triangle, the content of policy such as 6 main aspects: 1)Increasing healthy living behavior; (2) Provision of healthy food and acceleration of nutrition improvement; (3) Environmental quality improvement; (4) Increasing education on healthy living; (5) Increased physical activity; and (6) Increased prevention of early detection of disease. However, there was much regulation to support healthy leaving behavior to support and control COVID-19 transmission; increased awareness of the risk of transmission of COVID-19 infection, tighten and enforce health protocols, postpone mass mobilization and visits, spray disinfectants, increase body immunity, health protocol for opening school, monitoring and evaluating the implementation of health protocol by physical or social punishment, warning for using masks every time, COVID-19 task force at the level of local circumstances level, Restricting Micro-Based Community Activities, 3M, 4M, and 5M movements, guidance on mass activities such as worship, the celebration of religious holidays, weddings, offices, schools, shopping, traveling, etc. For further, We also use telehealth, tele counseling, and other applications to decrease people contact and crowd. There are regulations for employees by shifting or Work From Home (WFH) and Work

Form Office (WFO), prevention of transmission by restriction of traveling especially for the civil servant on long weekends, Eid and other national holidays, prohibition on fasting break, regulation for market opening hours, malls, supermarkets, recreation areas, restaurants, and so on.

The actors' aspect shows that many officials involved and support Gernas implementation to prevent and control COVID-19 spreading. The government, CSR, and universities commit to combat COVID-19. Universities play the role to control COVID-19 by implementing healthies campus, learn from home, restricting the mobilization, volunteer of the COVID-19 task force, shelter for COVID-patient, and also tracking and tracing, agent of change healthy lifestyle and educator or health promotor(16).

Thus, the provincial and district government in Yogyakarta have shown their commitment to prevent and control COVID-19. This is evidenced by the fact that there are many different rules and initiatives that are being carried out for the purpose of preventing and controlling COVID-19. Prevention and control efforts are carried out through the implementation of policies such as 3M, 5M, and 3T and also refocusing some budget allocation. All region organizations also pay attention to the COVID-19 prevention and control program in DIY. Thus, both the health and non-health sectors are moving to overcome this pandemic.

Besides the government, universities, local organizations, Corporate Social Responsibility (CSR) also care to the implementation of Gernas. For example, they provide handwashing facilities, physical activity facilities, pedestrians, and others. They also give health service support: such as COVID-19 referral hospital, provide ambulances; control support such as socialization and education throughout media (television, newspapers, posters, flyers, standing banners, billboards, online campaigns through social media accounts, and holding online talk shows with topics around COVID-19, c) socio-economic assistance: managing donations and distributing various aids to affected communities who have not received assistance from the government, d) development support: working with academics creates innovations(17).

There is an important thing in Gernas regulation implementation and tackle COVID-19, it is a social capital(18). Yogyakarta has a good social capital, a quite reliable effort to alleviate the problem of the COVID-19 epidemic. For example,

several social actions carried out in community social units, cooperation holding consumption for patients who are self-isolating at home/shelters, spraying, or independent shelters(18)(19). Another activity initiated by the community is the Jogja Food Solidarity (SPJ). Activities carried out are by distributing masks, food, and vitamins. This group consists of students, NGOs, community organizations, and individuals. Until now, there are 11 Jogja Food Solidarity posts throughout DIY. In addition to the social capital, Sonjo (Sambatan Jogja) is a form of social action that is by following the local wisdom of DIY.

CONCLUSION

A comprehensive policy to encourage and strengthen the implementation of a synergistic, harmonious, Gernas implementation. It needs socialization, policy enforcement, IEC using many media and methods to literate people, have a positive attitude and behavior in carrying out Gernas practices to address the pandemic of COVID-19. For example, with online physical activity competitions, literacy with tiktok, campaigns through twibbone and others.

ACKNOWLEDGEMENT

We would like to thank all of the informants and Bappeda DIY for funding.

REFERENCES

1. WHO. Corona virus diseases (COVID-19) [Internet]. 13 May 2021. 2021 [cited 2021 Dec 3]. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19>
2. Presiden RI. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2020 tentang Pembatasan Sosial Berskala Besar Dalam rangka Percepatan Penanganan Covid-19 [Internet]. 2020. Available from: <https://covid19.go.id/p/regulasi/pp-no-21-tahun-2020-tentang-psbb-dalam-rangka-penanganan-COVID-19>.
3. WHO. Coronavirus disease (COVID-19): How is it transmitted? [Internet]. 23 December 2021. 2021 [cited 2022 Oct 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>
4. Supriyati S, Baiquni F, Siswati T, Widyawati HE, Rahmawati R, Wardani RK. Social determinants of health protocol adherence among adults

- during COVID-19 pandemic in Yogyakarta, Indonesia. *Med J Malaysia*. 2022;77(July):5–9.
5. Kemenkes RI. Jaga Diri dan Keluarga dari Covid-19 dengan Germas [Internet]. 2020. Available from: https://promkes.kemkes.go.id/download/enjq/files33511jaga_diri_dan_keluarga_dariCOVID19_dengan_GERMAS.pdf
 6. Prem K, Liu Y, Russell TW, Kucharski AJ, Eggo RM, Davies N. The effect of control strategies to reduce social mixing on outcomes of the COVID-19 epidemic in Wuhan, China: a modeling study; 2020. 261–70 p.
 7. Mayr V, Ai D, Chapman A, Persad E, Klerings I, Wagner G. Measures to control COVID-19 : a rapid review. 2020.
 8. President Republic Indonesia. Presidential Regulation no 1 year 2017. Healthy People Movement [Internet]. 2021. Available from: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/77301/inpres-no-1-tahun-2017>
 9. Chen Z, Cao C, Yang G. Coordinated multi-sectoral efforts needed to address the COVID-19 pandemic: lessons from China and the United States. *Glob Heal Res Policy*. 2020;5(1):22.
 10. Ali AA, Usman AM, Badebo FB, Tilahun SH. Exploring the patterns of multisectoral approach in fighting COVID-19 Pandemic in SNNPR, Ethiopia: A qualitative case study approach. *PLoS One*. 2022;17(2 February):1–18.
 11. Siswati T, Benita S, Paramita I, Susilo J, Waris L, Paramashanti BA. Risk perception of behavioural adaptation recommendations towards COVID-19 and its related factors in Indonesia. *Int J Community Med Public Heal*. 2021;8(11):5157.
 12. Lee M, Kang B-A, You M. Knowledge, attitudes, and practices (KAP) toward COVID-19: a cross-sectional study in South Korea. *BMC Public Health*. 2021;21(1):295.
 13. Limbu DK, Piryani RM, Sunny AK. Healthcare workers' knowledge, attitude and practices during the COVID-19 pandemic response in a tertiary care hospital of Nepal. *PLoS One*. 2020 Nov 6;15(11):e0242126.
 14. Bolislis WR, de Lucia ML, Dolz F, Mo R, Nagaoka M, Rodriguez H, et al. Regulatory Agilities in the Time of COVID-19: Overview, Trends, and Opportunities. *Clin Ther*. 2021;43(1):124–39.
 15. Roziqin A, Mas'udi SYF, Sihidi IT. An analysis of Indonesian government policies against COVID-19. *Public Adm Policy*. 2021;24(1):92–107.
 16. Walt G, Gilson L. Review article Reforming the health sector in developing countries : the central role of policy analysis. *Heal Policy Plan*. 1994;9(4):353–70.
 17. Listya Dewi S, Setyaningsih H, Kedokteran F, Masyarakat dan Keperawatan K, Gadjah Mada U. Peran Sektor Swasta Dalam Respon Terhadap Covid-19: Studi Kasus Di Yogyakarta the Role of Private Sector in Response To Covid-19 : a Study Case of Di Yogyakarta. *J Kebijak Kesehat Indones JKKI*. 2020;09(04):218–24.
 18. Alizadeh H, Sharifi A. Analysis of the state of social resilience among different socio-demographic groups during the COVID-19 pandemic. *Int J Disaster Risk Reduct*. 2021;64:102514.
 19. Bertogg A, Koos S. Socio-economic position and local solidarity in times of crisis. The COVID-19 pandemic and the emergence of informal helping arrangements in Germany. *Res Soc Stratif Mobil*. 2021;74:100612.

Bagaimana Masyarakat Adat Menyikapi Kebijakan Vaksin

How Indigenous Peoples Respond to Vaccine Policy

Hersa Endah Pratiwi¹, Firman²

^{1,2}Departemen Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat,
Universitas Ahmad Dahlan,
Jl. Prof. DR. Soepomo Sh, Warungboto, Kec. Umbulharjo, Kota Yogyakarta,
Daerah Istimewa Yogyakarta 55164

Tanggal submit: 23 Maret 2023; Tanggal penerimaan: 30 Juni 2023

ABSTRAK

Latar Belakang: Munculnya coronavirus hingga menjadi wabah COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) berawal dari wabah pneumonia yang terjadi di Kota Wuhan, Provinsi Hubei, Cina di awal bulan Desember 2019. Setelah diteliti, virus tersebut telah menyebar hingga negara lain salah satunya Indonesia. Penyebaran COVID-19 terjadi sangat cepat hingga pada akhir 2020. Pandemi COVID-19 yang melanda seluruh dunia memberikan dampak dalam tatanan kehidupan manusia dalam perkembangan penanggulangan COVID-19. Vaksin COVID-19 merupakan salah satu terobosan pemerintah untuk menghadapi pandemi COVID-19 di Indonesia. Dengan diterbitkannya kebijakan pemerintah tentang vaksin COVID-19 di Indonesia, masyarakat menghadapi sejumlah tantangan terkait penerapan kebijakan ini. Kuatnya pengaruh media terkait informasi bahwa vaksin COVID-19 berbahaya bagi tubuh manusia, banyak masyarakat Indonesia yang menentang keras kebijakan vaksinasi COVID-19, sehingga pemerintah menetapkan sanksi administratif bagi penerima vaksin yang tidak mengikuti vaksinasi. Sanksi administratif berupa keterlambatan atau penghentian jaminan sosial, bantuan sosial atau pelayanan administrasi negara dan/atau denda. Adapun tujuan dalam penelitian ini untuk mengetahui persepsi masyarakat Desa Adat Bayan tentang kebijakan vaksin COVID-19. *Metode Penelitian:* Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kualitatif dengan rancangan etnografi, artinya penelitian ingin menjelaskan persepsi masyarakat Desa Adat Bayan dengan cara melakukan FGD (Focus Group Discussion) dan wawancara dengan beberapa kelompok masyarakat. *Hasil:* Persepsi Masyarakat Desa Adat Bayan, Lombok Utara tentang Kebijakan Vaksin COVID-19 terkait dengan pengetahuan sebagian besar mengetahui vaksin itu untuk mencegah COVID-19, dan mengurangi resiko penularan, akan tetapi ada juga yang memahami vaksin COVID-19 ini merupakan kewajiban yang harus diikuti karena takut mendapat sanksi atau tidak mendapat bantuan berupa PKH/BLT. Selain itu, sebagian besar setuju tentang kebijakan vaksin COVID-19 karena dilihat dari sisi manfaat vaksin ini, sekalipun banyak yang lebih setuju karena takut tidak mendapatkan bantuan. Dilihat dari tingkat partisipasi terhadap vaksin 1 dan 2 menunjukkan arah yang positif, termasuk tidak ada penolakan secara langsung dari masyarakat mengenai kebijakan vaksin COVID-19. *Kesimpulan:* Pihak puskesmas dan Satgas perlu memberikan informasi yang lebih detail mengenai fungsi dan manfaat vaksin COVID-19 agar masyarakat tidak keliru memahami mengenai vaksin, keterlibatan Ketua adat sangat efektif untuk meningkatkan partisipasi sehingga keterlibatannya bisa dikaji dan dikembangkan lagi agar lebih tepat.

Kata kunci: Firman; Pratiwi; Jurnal JKKI; Persepsi; Desa Adat; Kebijakan Vaksin.

ABSTRACT

Background: The emergence of the corona virus to become the COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) outbreak began with a pneumonia outbreak that occurred in Wuhan City, Hubei Province, China in early December 2019. After research, the virus has spread to other countries, one of which is Indonesia. The spread of COVID-19 occurred very quickly until the end of 2020. The COVID-19 pandemic that has hit the whole world has had an impact on the order of human life in the development of the COVID-19 response. The COVID-19 vaccine is one of the government's breakthroughs to deal with the COVID-19 pandemic in Indonesia. With the issuance of the government's policy on the COVID-19 vaccine in Indonesia, the community faces a number of challenges related to the implementation of this policy. The strong influence of the media regarding the information that the COVID-19 vaccine is harmful to the human body, many Indonesians strongly oppose the COVID-19 vaccination policy, so the government imposes administrative sanctions for vaccine recipients who do not follow the vaccination. Administrative sanctions in the form of delay or termination of social security, social assistance or state administration services and/or fines. The purpose of this study was to determine the perception of the Bayan Traditional Village community regarding the COVID-19 vaccine policy. **Methods:** This study uses a qualitative type of research with an ethnographic design, meaning that the study wants to explain the perceptions of the Bayan Traditional Village community by conducting FGD (Focus Group Discussion) and interviews with several community groups. **Result:** The perception of the Bayan Traditional Village Community, North Lombok regarding the COVID-19 Vaccine Policy related to the knowledge that most of them know that the vaccine is to prevent COVID-19, and reduce the risk of transmission, but there are also those who understand that the COVID-19 vaccine is an obligation that must be met. followed for fear of being sanctioned or not receiving assistance in the form of PKH/BLT. In addition, most agree about the COVID-19 vaccine policy because it is seen from the side of the benefits of this vaccine, although many agree more because they are afraid of not getting help. Judging from the level of participation in vaccines 1 and 2, it shows a positive direction, including no direct rejection from the public regarding the COVID-19 vaccine policy. **Conclusion:** The puskesmas and the Task Force need to provide more detailed information about the functions and benefits of the COVID-19 vaccine so that people don't misunderstand about vaccines. The involvement of traditional leaders is very effective in increasing participation so that their involvement can be studied and developed again to be more precise.

Keywords: Firman; Pratiwi; Jurnal JKKI; Persepsi; Traditional Village; Vaccine Policy.

PENDAHULUAN

Munculnya coronavirus hingga menjadi wabah COVID-19 (*Corona Virus Disease 2019*) berawal dari wabah pneumonia yang terjadi di Kota Wuhan, Provinsi Hubei, Cina di awal bulan Desember 2019. Wabah tersebut terjadi di sebuah klaster pasar yang menjual berbagai jenis daging binatang. Wabah tersebut diduga berasal dari daging salah satu binatang yang dijual di pasar tersebut dan menginfeksi sebagian orang yang berada di pasar tersebut. Setelah diteliti, virus tersebut telah menyebar hingga negara lain salah satunya Indonesia. Penyebaran COVID-19 terjadi sangat cepat hingga pada akhir 2020. Hingga Oktober 2020, pandemi COVID-19 sudah terjadi di lebih dari 200 negara dengan tingkat kefatalan yang berbeda. Menurut WHO, pandemi ini dianggap berbahaya karena jumlah kasus yang sangat banyak serta tingkat kematian yang cukup tinggi di seluruh dunia mencapai 1 juta orang (Aeni, 2021).

Sejak dimulainya program vaksinasi pada tanggal 13 Januari 2021, Pemerintah telah memperoleh 204 juta orang yang telah divaksinasi pada Agustus 2022. Dengan kelompok sasaran vaksinasi gelombang pertama diberikan kepada petugas kesehatan, pegawai negeri, dan lansia. Untuk vaksinasi yang ditargetkan akan diberikan kepada kelompok rentan dan masyarakat umum selama vaksinasi gelombang kedua (Kemenkes, 2020).

Berdasarkan data pada 20 Agustus 2022, angka cakupan vaksinasi di Nusa Tenggara Barat (NTB) adalah 3,9 juta orang yang mengikuti vaksinasi dari target 4,5 juta orang. Sedangkan vaksin dosis kedua mencapai 3,3 juta orang dan dosis ketiga 1,3 juta orang. Kabupaten Lombok Utara mencapai 91,5% untuk dosis vaksin pertama, 84,60% untuk dosis kedua dan 12,30% untuk dosis ketiga.

Mengingat Program vaksin COVID-19 yang terus digagas oleh pemerintah untuk masyarakat memiliki kelebihan dan kekurangan terkait pelaksanaannya. Dengan diterbitkannya kebijakan pemerintah tentang vaksin COVID-19 di Indonesia, masyarakat menghadapi sejumlah tantangan terkait penerapan kebijakan ini. Hal ini dikarenakan kuatnya pengaruh media terkait informasi bahwa vaksin COVID-19 berbahaya bagi tubuh manusia, banyak masyarakat Indonesia yang menentang keras kebijakan vaksinasi COVID-19 (Siahaan & Adrian, 2021). Pemerintah dengan tegas mengeluarkan dan menetapkan sanksi administratif bagi penerima vaksin yang tidak mengikuti vaksinasi sebagai upaya pemerataan capaian vaksinasi di Indonesia.

Sanksi administratif berupa keterlambatan atau penghentian jaminan sosial, bantuan sosial atau pelayanan administrasi negara dan/atau denda. Selain itu, Pasal 13B mengatur penerapan sanksi pidana sesuai dengan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular, karena pemberian vaksin merupakan upaya untuk melindungi kepentingan masyarakat Indonesia secara keseluruhan, penolakan terhadap vaksinasi dipandang sebagai penghambat pelaksanaan pencegahan penyebaran COVID-19 (Kemenkes, 2021).

Ketentuan ini banyak mendapat kritikan dari para pihak karena bertentangan dengan pasal 20(1) UU SJSN mengatur asuransi kesehatan berlaku bagi siapa saja yang menyumbang atau negara menyumbang. Artinya, pemerintah tidak akan langsung menanggihkan atau membatalkan jaminan sosial jika peserta tetap membayar iuran yang telah ditentukan. Pada ayat

(2) Pasal 28J Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD NRI 1945), ketentuan tentang sanksi yang diatur dalam peraturan presiden menjelaskan bahwa pembatasan hak asasi manusia berdasarkan kepentingan umum hanya dapat dilakukan oleh undang-undang (Fauzia & Hamdani, 2021).

Menyikapi hal tersebut, sebaiknya perlu dilakukan pendekatan yang berbeda dari pemerintah dimana tidak menggunakan pendekatan paksaan dan tidak melanggar peraturan perundang-undangan. Mengingat ciri-ciri masyarakat Indonesia adalah beragam secara sosial- budaya, maka perlu adanya pendekatan *socio-cultural* atau pendekatan budaya. Dikatakan pula bahwa aspek sosial budaya juga erat kaitannya dengan meluasnya penyebaran penyakit, atau setidaknya suatu penyakit dapat menjadi epidemi atau pandemi karena perilaku budaya manusia (Setyowati, 2021). Sehingga dengan pendekatan ini diharapkan adanya kesamaan pemikiran, pendapat, dan keyakinan yang dapat mempengaruhi perilaku dan cara hidup setiap individu dalam suatu masyarakat (Fauzia & Hamdani, 2021).

Persepsi merupakan proses yang timbul akibat dari adanya sensasi atau suatu permasalahan dimana banyak individu yang merasakan sensasi tersebut dan bisa menyebabkan emosi. Persepsi juga dapat dikatakan sebagai sebuah reaksi atau tanggapan yang cepat diterima oleh indera manusia terhadap stimuli dasar. Sampai saat ini persepsi masyarakat terkait dengan vaksin belum searah dan masih terus menimbulkan pro dan kontra karena perbedaan pengetahuan dan informasi yang

diterima. Hal tersebut wajar dalam implementasi suatu kebijakan dan menimbulkan perbedaan pendapat para pihak (Oliza, 2022).

Berdasarkan hasil dari studi pendahuluan yang telah dilakukan, didapatkan data cakupan vaksinasi Desa Bayan untuk dosis 1 yaitu sebesar 79,64%, kemudian dosis 2 sebesar 85,3%, dan untuk dosis 3 yaitu 4,55%. Peneliti ingin memberikan telaah dan analisis yang berkaitan dengan persepsi masyarakat desa adat Bayan, Lombok Utara tentang kebijakan vaksin COVID-19 untuk mengetahui pengetahuan, sikap, dan tindakan masyarakat Desa Adat Bayan tentang kebijakan vaksin COVID-19.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif dengan rancangan etnografi. Lokasi penelitian ini dilaksanakan di Desa Adat Bayan, Kabupaten Lombok Utara. Etnografi menurut Creswell adalah studi tentang desain kualitatif dengan menggambarkan dan menafsirkan pola nilai, perilaku, kepercayaan, dan bahasa yang dibagikan dan dipelajari bersama dari kelompok berbagai budaya. Etnografi juga sebagai analisis deskripsi atau rekonstruksi dari gambaran dalam budaya dan kelompok (Rukhmana et al., 2022).

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara FGD (*Focus Group Discussion*) dan wawancara. Sampel pada penelitian ini berjumlah 29 orang, terdiri dari Ketua Adat/pemangku adat, dan kelompok stakeholder terdiri dari Kepala Dusun, Ketua RT, imam masjid, ibu PKK, dan Tokoh Masyarakat yang merupakan informan kunci. Kelompok remaja dan kelompok ibu-ibu, yang merupakan informan pendukung. Informan utama yaitu Kepala Desa dan Kepala Puskesmas. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *Purposive Sampling*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Penelitian ini memiliki tujuan untuk menjelaskan bagaimana persepsi masyarakat Desa Adat Bayan, Lombok Utara menyikapi kebijakan vaksin COVID-19 dengan menggunakan metode FGD (*Focus Group Discussion*). Fokus pengkajian pada penelitian ini meliputi pengetahuan, sikap, dan tindakan terhadap kebijakan vaksin COVID-19. Kebijakan vaksin yang dimaksud adalah keputusan pemerintah untuk mewajibkan vaksin COVID-19 dengan tujuan untuk mengendalikan dan mencegah penularan COVID-19.

a. Karakteristik Informan

Dalam penelitian ini terdapat 29 informan yang berdomisili di Desa Bayan. Informan pada penelitian ini yaitu kelompok remaja 10 orang, kelompok ibu-ibu 11 orang, kelompok stakeholder 5 orang, ketua adat, kepala puskesmas, dan kepala desa.

b. Pengetahuan Kebijakan Vaksin COVID-19

Pengetahuan adalah pemahaman yang dimiliki masyarakat terhadap kebijakan vaksin COVID-19. Hasil wawancara dengan masyarakat adat bahwa sebagian besar mengetahui kebijakan vaksin sebatas kewajiban untuk di suntik dan untuk mengurangi penularan COVID-19, tetapi ada juga yang memaknai kebijakan vaksin ini sebagai kewajiban yang harus dilakukan, jika tidak ikut akan dipaksa, dan akan mendapatkan sanksi.

“tahu, kebijakan vaksin yaitu kewajiban untuk di suntik dan untuk mengurangi penularan COVID-19” (FGD Remaja, 29 Juni 2022)

“tahu kebijakan vaksin merupakan saran/anjuran dari pemerintah untuk melakukan vaksin demi keselamatan dari terkena COVID-19” (RG, 75 th, 12 Juli 2022)

“Tahu, kebijakan vaksin bersifat wajib, jika tidak ikut akan dipaksa oleh kadus, polisi, termasuk tidak bisa bepergian keluar rumah, dan sanksi tidak menerima bantuan pemerintah jika belum vaksin” (FGD Ibu-Ibu, 30 Juni 2022)

Sementara ada juga beberapa masyarakat yang menganggap bahwa kebijakan vaksin kurang disosialisasikan ke masyarakat sehingga menyebabkan timbulnya pro dan kontra di masyarakat setempat.

“tahu dan pernah mendengar kebijakan pemerintah tentang vaksin yang bertujuan untuk mengurangi penularan COVID-19 akan tetapi sosialisasi tentang vaksin ini kurang sehingga menimbulkan pro dan kontra di masyarakat” (FGD Stakeholder, 5 Juli 2022)

c. Sikap Kebijakan Vaksin COVID-19

Sikap adalah sudut pandang masyarakat terhadap baik atau tidaknya maupun setuju atau tidaknya terhadap kebijakan vaksin COVID-19. Hasil wawancara dengan masyarakat adat bahwa semua setuju dengan kebijakan vaksin COVID-19 dengan berbagai alasan yaitu manfaat dari vaksin untuk menghindari COVID-19, menghindari sanksi, dan mengikuti aturan dari pemerintah.

“setuju dengan kebijakan vaksin karena manfaat dari vaksin dan bisa memudahkan perjalanan ketika bepergian, termasuk menghindari sanksi tidak menerima bantuan dari pemerintah” (FGD, Remaja 29 Juni 2022)

“setuju dengan kebijakan vaksin karena masyarakat harus mengikuti aturan pemerintah” (FGD Ibu-Ibu, 30 Juni 2022)

“setuju dengan kebijakan vaksin karena mendukung program pemerintah untuk mencegah COVID-19” (FGD Stakeholder, 5 Juli 2022)

“Setuju vaksin diwajibkan karena untuk kebaikan masyarakat” (RG, 75 th, 12 Juli 2022)

d. Tindakan Kebijakan Vaksin COVID-19

Tindakan adalah kecenderungan untuk bertindak atau bereaksi terhadap kebijakan vaksin COVID-19. Hasil wawancara dengan masyarakat adat mengenai alasan responden untuk ikut vaksinasi COVID-19 yaitu karena kemauan sendiri, manfaat vaksin baik untuk kekebalan tubuh, mengikuti anjuran dari pemerintah, takut terkena COVID-19 dan untuk melindungi diri dari COVID-19.

“ikut vaksin untuk menjaga diri dan orang lain agar terhindar dari COVID-19, Vaksin juga memberikan manfaat baik untuk kekebalan tubuh” (FGD Stakeholder, 5 Juli 2022)

“Kemauan sendiri dan juga takut terkena COVID-19” (FGD ibu-ibu, 30 Juni 2022)

“ikut vaksin karena mengikuti anjuran pemerintah dan untuk melindungi diri dari COVID-19” (RG, 75 th, 12 Juli 2022)

Sementara ada juga respon lain mengenai alasan untuk divaksin yakni sebagai syarat administrasi seperti masuk sekolah, syarat mendapatkan bantuan dari pemerintah, dan sertifikat vaksin menjadi syarat bepergian.

“soalnya salah satu syarat untuk melaksanakan acara dan masuk sekolah ini kan harus sudah di vaksin jadi mau tidak mau harus vaksin itu faktor utama saya mau melaksanakan vaksin” (FGD Remaja, 29 Juni 2022)

“konsekuensi ketika kita tidak mau divaksin itu tidak mendapatkan bantuan. Jadi karena ada sanksi seperti ini banyak masyarakat yang mau untuk divaksin agar mendapat bantuan” (FGD Stakeholder, 5 Juli 2022)

“ikut vaksin karena mengikuti anjuran teman, takut dikejar/dicari satgas, dan dipaksa polisi, saya juga baru melaksanakan vaksin 1 kali karena tidak terlalu ngaruh di tubuh saya” (FGD Remaja, 29 Juni 2022)

Pembahasan

a. Pengetahuan Kebijakan Vaksin COVID-19

Adanya persepsi yang baik atau tidak baik dapat berasal dari pengetahuan, pengalaman, informasi yang diperoleh setiap individu yang bersangkutan sehingga terjadi tindakan dalam memandang sesuatu. Pengetahuan merupakan suatu ide yang muncul untuk mendapatkan

informasi dan memahami hal-hal yang diketahui yang dapat diingat agar bisa diambil gagasan atau informasi yang baru (Irwan, 2020)

Pengetahuan masyarakat adat Bayan terhadap kebijakan vaksin COVID-19 adalah kebijakan untuk di suntik, mengurangi penularan COVID-19, dan kewajiban untuk vaksin jika tidak ikut akan dipaksa, tidak bisa bepergian keluar rumah, mendapat sanksi tidak menerima bantuan pemerintah, penelitian Melly Ani (2022) dalam (Hutapea et al., 2022) menyatakan ketersediaan melakukan vaksinasi COVID-19 dipengaruhi karena keputusan tegas dari pemerintah untuk mewajibkan masyarakat mengikuti vaksin dan penetapan sanksi administratif bagi masyarakat yang menolak untuk divaksin. Hal tersebut berbeda dengan kebijakan vaksin yang sebenarnya yaitu kewajiban untuk ikut vaksin guna untuk penanggulangan COVID-19 (Permenkes, 2021).

Ketua adat mengetahui kebijakan vaksin merupakan saran atau anjuran dari pemerintah dengan tujuan untuk melindungi diri dari COVID-19, sama halnya dengan yang dikemukakan oleh kelompok stakeholder yaitu kebijakan pemerintah untuk mengurangi penularan COVID-19, penelitian Tiana dan Amalia (2021) dalam (Tiana & Amalia, 2021) menyatakan hal yang sama bahwa upaya yang dilakukan pemerintah dalam mencegah dan mengurangi penularan COVID-19. Akan tetapi mereka menganggap kebijakan vaksin kurang disosialisasikan ke masyarakat sehingga menimbulkan pro dan kontra, hal ini sesuai dengan penelitian Mardiono (2022) dalam (Mardiono et al., 2022) yang menyatakan bahwa kurangnya sosialisasi dan edukasi tentang vaksinasi menjadi salah satu penyebab masyarakat takut akan divaksin.

b. Sikap Kebijakan Vaksin COVID-19

Menurut Notoatmodjo (2014) sikap merupakan konsep yang sangat penting dalam komponen sosio-psikologis karena merupakan kecenderungan bertindak dan berpersepsi (Soekidjo, 2014). Sikap dalam hal ini merupakan sudut pandang masyarakat Adat Bayan terhadap baik atau tidaknya maupun setuju atau tidaknya tentang kebijakan vaksin COVID-19.

Penelitian ini menunjukkan sikap masyarakat adat terhadap kebijakan vaksin COVID-19, pada umumnya semua setuju dengan kebijakan vaksin COVID-19 yang diberikan oleh pemerintah karena manfaat dari vaksin untuk menghindari COVID-19, memudahkan perjalanan ketika

bepergian, menghindari sanksi, dan mengikuti aturan dari pemerintah, penelitian Andriadi (2021) menyatakan hal yang mendorong individu untuk setuju divaksin yaitu karena melihat dari sisi manfaat (Putri Agustiarasari et al., 2021), dan ingin membantu pemerintah. Penelitian Octafia (2021) juga menyatakan selain sebagai kewajiban rakyat Indonesia untuk divaksin, bersedia melaksanakan vaksin juga karena takut pada sanksi dari pemerintah jika tidak divaksin (Octafia, 2021).

c. Tindakan Kebijakan Vaksin COVID-19

Tindakan merupakan suatu subjek terhadap objek, pada penelitian ini objek yang dimaksud adalah kebijakan vaksin COVID-19. Terbentuknya suatu tindakan dikarenakan adanya sikap dan pengetahuan yang memunculkan sebuah motivasi yang kemudian memberikan pilihan seseorang untuk bertindak (Putri et al., 2021). Hasil penelitian menunjukkan masyarakat adat, khususnya kelompok ibu-ibu, stakeholder, dan ketua adat bersedia untuk divaksin karena kemauan sendiri, manfaat vaksin baik untuk kekebalan tubuh, mengikuti anjuran dari pemerintah, takut terkena COVID-19 dan untuk melindungi diri dan orang lain dari COVID-19, Penelitian Putri (2021)¹⁶ menyatakan bahwa masyarakat yang bersedia divaksin karena yakin vaksinasi dapat melindungi diri, keluarga dan orang lain dari COVID-19.

Sementara ada juga respon lain dari kelompok remaja, dan stakeholder mengenai alasan untuk divaksin yakni sebagai syarat administrasi seperti masuk sekolah, syarat mendapatkan bantuan, dan bepergian, Penelitian Octafia (2021) menyatakan hal yang sama bahwa masyarakat setuju untuk ikut vaksin karena bukti vaksin merupakan prasyarat untuk mengakses atau mengurus banyak hal. Lebih lanjut, respon terpaksa dari masyarakat khususnya kelompok remaja untuk ikut vaksin ini karena mengikuti anjuran teman, takut sama satgas, dan dipaksa polisi.

KESIMPULAN

Pada penelitian ini dapat disimpulkan bahwa Persepsi Masyarakat Desa Adat Bayan, Lombok Utara tentang Kebijakan Vaksin COVID-19 terkait dengan pengetahuan sebagian besar mengetahui vaksin itu untuk mencegah COVID-19 dan mengurangi resiko penularan, akan tetapi ada juga yang memahami vaksin COVID-19 ini merupakan kewajiban yang harus diikuti karena takut mendapat sanksi atau tidak mendapat bantuan berupa PKH/BLT. Sedangkan terkait dengan sikap masyarakat

tentang kebijakan vaksin COVID-19, sebagian besar setuju tentang kebijakan vaksin COVID-19 karena dilihat dari sisi manfaat vaksin ini, sekalipun banyak yang lebih setuju karena takut tidak mendapatkan bantuan. Selain itu, tindakan masyarakat tentang kebijakan vaksin COVID-19, menunjukkan arah yang positif dilihat dari tingkat partisipasi terhadap vaksin 1 dan 2, termasuk tidak ada penolakan secara langsung dari masyarakat mengenai kebijakan vaksin COVID-19. Selanjutnya Pihak puskesmas dan Satgas perlu memberikan informasi yang lebih detail mengenai fungsi dan manfaat vaksin COVID-19 agar masyarakat tidak keliru memahami mengenai vaksin. Keterlibatan Ketua adat sangat efektif untuk meningkatkan partisipasi sehingga keterlibatannya bisa dikaji dan dikembangkan lagi agar lebih tepat.

UCAPAN TERIMA KASIH

Kepada seluruh pihak yang berpartisipasi baik pihak universitas maupun masyarakat Desa Bayan atas terselesaikannya penelitian ini, saya selaku penulis mengucapkan terima kasih. Saya menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan oleh karena itu saya berharap kepada para pembaca untuk memberikan kritik dan saran yang mendukung dalam penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Aeni, N. (2021). *Pandemi COVID-19: Dampak Kesehatan, Ekonomi, dan Sosial COVID-19 Pandemic: The Health, Economic, and Social Effects* (Vol. 17, Issue Juni). <http://doi.org/10.15294/snhunnes.v7i1.709>
- Fauzia, A., & Hamdani, F. (2021). *Pendekatan Socio-Cultural dalam Pelaksanaan Vaksinasi Covid-19 di Indonesia*. 7(1). <https://doi.org/10.15294/snhunnes.v7i1.709>
- Hutapea, M. A. O., Rizka, Y., & Lestari, W. (2022). Pengetahuan dan Sikap Masyarakat Tentang Vaksin Covid-19 Berhubungan Dengan Kesiapan Untuk Dilakukan Vaksinasi Covid-19. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 4(3), 917–924.
- Irwan. (2020). *Etika dan Perilaku Kesehatan*. CV. Absolute Media.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/446/2020 Tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien Penyakit Infeksi Emerging Tertentu Bagi Rumah Sakit Yang Menyelenggarakan Pelayanan Corona Virus Disease 2019, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 4 (2020).

- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/4638/2021 Tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Vaksinasi Dalam Rangka Penanggulangan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid- 19), Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 1 (2021).
- Mardiono, S. (2022). Edukasi Masyarakat Sehat Sejahtera. In *Edukasi Masyarakat Sehat Sejahtera (EMaSS): Jurnal Pengabdian kepada Masyarakat* (Vol. 4, Issue 1). <http://ejurnal.poltekkestasikmalaya.ac.id/index.php/EMaSS/index>
- Octafia, L. A. (2021). Vaksin Covid-19: Perdebatan, Persepsi dan Pilihan. *Jurnal Emik*, 4(2). <https://www.liputan6.com/global/read/4675981/vaks>
- Oliza, O. (2022). Persepsi Masyarakat Kota Medan Tentang Keharusan Vaksin Covid 19 Sebagai Syarat Dalam Melakukan Kegiatan Umum.
- Permenkes RI. (2021). PMK No 10 Tahun 2021 Tentang Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19), Permenkes RI.
- Putri Agustiarasari, B., Monica, D., Jordan, M., Risky, M., Arsika, P., Syari, R., & Nursapitri, R. (2021). Pentingnya Pengenalan Vaksin Di Masa Pandemi Covid-19 Desa Ibul Kecamatan Simpang Teritip. *JABB*, 02(01). <https://doi.org/10.46306/jabb.v2i1>
- Putri, K. E., Wiranti, K., Ziliwu, Y. S., Elvita, M., Frare, D. Y., Purdani, R. S., & Susanti Niman. (2021). Kecemasan Masyarakat Akan Vaksinasi Covid-19. *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ)*, 9(3), 539–548.
- Rukhmana, T., Darwis, D., Alatas, Abd. R., & et al. (2022). *Metode Penelitian Kualitatif*. CV Rey Media Grafika.
- Setyowati, A. (2021). Pentingnya Pendekatan Budaya dalam Vaksinasi Covid-19 di Indonesia. *Kompas.Com*.
- Siahaan, C., & Adrian, D. (2021). *Komunikasi Dalam Persepsi Masyarakat Tentang Kebijakan Pemerintah Dimasa Pandemi* (Vol. 8, Issue 2).
- Soekidjo, N. (2014). *Ilmu perilaku kesehatan*. Rineka Cipta.
- Tiana, E., & Amalia, N. (n.d.). Gambaran Persepsi Masyarakat Terhadap Vaksin Covid-19. In *Borneo Student Research* (Vol. 3, Issue 1).

Analisis Implementasi Kebijakan Standar Pelayanan Minimum Bidang Kesehatan Indikator Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Melitus di Kabupaten Magelang

Analysis Of Policy Implementation Of Minimum Service Standards In The Field Of Health Indicators Of Health Services For People With Diabetes Mellitus In Magelang Regency

Nika Maya Agustina, Yodi Mahendradhata, Likke Prawidya Putri

¹Departemen Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada,
Email: nika.maya2386@mail.ugm.ac.id

Tanggal submisi: 23 Maret 2023; Tanggal penerimaan: 30 Juni 2023

ABSTRAK

Dalam rangka menanggulangi diabetes, pemerintah menetapkan beberapa peraturan perundang-undangan. Salah satunya yaitu Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 Tentang Standar Pelayanan Minimal. SPM Bidang Kesehatan diatur dalam Permenkes Nomor 4 Tahun 2019. SPM Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota terdiri dari 12 indikator. Salah satu indikatornya adalah pelayanan kesehatan pada penderita diabetes melitus sesuai standar. Kabupaten Magelang merupakan kabupaten terendah ketiga tahun 2020 dengan capaian hanya 41,9 persen dan 59,75 persen pada tahun 2021. Diperlukan Analisa berkaitan faktor penghambat dan pendukung implementasi. Penelitian ini dilakukan dengan metode Qualitative content analysis. Menggunakan teknik wawancara mendalam, observasi lapangan dan pengambilan data sekunder. Hasil penelitian terdapat variasi capaian SPM antar Puskesmas. faktor penghambat pencapaian SPM bidang kesehatan indikator pelayanan kesehatan pada penderita diabetes melitus di Kabupaten Magelang yaitu kurangnya ketersediaan anggaran, sarana prasarana dan sumber daya manusia, karakteristik masyarakat serta kurangnya pemahaman dan pengetahuan baik dari pihak penyelenggara maupun pengguna. Faktor pendukung pencapaian SPM bidang kesehatan indikator pelayanan kesehatan pada penderita diabetes melitus di Kabupaten Magelang yaitu dukungan kepemimpinan dan strategi kebijakan yang dipilih.

Kata kunci: Dukungan dan hambatan; Diabetes melitus; Implementasi kebijakan SPM

ABSTRACT

In order to overcome diabetes, the government set some laws and regulations. One of them is Government Regulation Number 2 of 2018 concerning minimum service standards. SPM for Health is regulated in Permenkes number 4 of 2019. District / City Health SPM consists of 12 indicators. One of the indicators is health care in patients with diabetes mellitus according to the standard. Magelang regency is the third lowest Regency in 2020 with achievements of only 41.9 percent and 59.75 percent in 2021. Necessary analysis related factors inhibiting and supporting implementation. This study was conducted by the method of Qualitative content analysis. Using in-depth interview techniques, field observation and secondary data retrieval. The results of the study there are variations between the achievement of SPM Puskesmas. factors inhibiting the achievement of SPM in the field of health indicators of health services in patients with diabetes mellitus in Magelang regency is the lack of availability of budget, infrastructure and Human Resources, community characteristics and lack of understanding and knowledge both from the organizers and users. Supporting factors for the achievement of SPM in the field of health indicators of health services for people with diabetes mellitus in Magelang regency are leadership support and the chosen policy strategy.

Keywords: Diabetes mellitus ; SPM Policy Implementation; Support and barriers

PENDAHULUAN

Diabetes merupakan masalah kesehatan global yang mengalami pertumbuhan tercepat pada abad 21. 537 juta orang berusia 20-79 tahun hidup dengan diabetes. Indonesia menempati urutan kelima negara tertinggi pada tahun 2021 dengan kasus diabetesnya sebanyak 19,5 juta jiwa. Dan diperkirakan akan tetap menempati urutan kelima pada tahun 2045 dengan jumlah penderita diabetes sebanyak 28,6 juta jiwa.

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Daerah (Riskesdas) tahun 2018, prevalensi diabetes melitus meningkat 6,9% menjadi 8,5%. Hal tersebut mengakibatkan beban pembiayaan kesehatan yang ditanggung Pemerintah semakin meningkat. Dalam rangka menanggulangi diabetes, pemerintah menetapkan beberapa peraturan perundang-undangan. Salah satunya yaitu Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 Tentang Standar Pelayanan Minimal yang menyebutkan bahwa Standar Pelayanan Minimal (SPM)¹ merupakan

batasan aturan minimal jenis pelayanan dan mutu dari pelayanan dasar yang harus dilaksanakan di setiap pemerintah dan setiap masyarakat memiliki hak untuk memperolehnya dalam rangka pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat.

Untuk selanjutnya standar teknis pemenuhan mutu pelayanan dasar pada SPM Bidang Kesehatan diatur dalam Permenkes Nomor 4 Tahun 2019.² SPM Kesehatan terdiri atas SPM Kesehatan Daerah Provinsi dan SPM Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota yang terdiri dari 6 bidang, salah satunya adalah bidang kesehatan. Jenis pelayanan dasar pada SPM Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota terdiri dari 12 indikator.

Kabupaten Magelang merupakan kabupaten terendah ketiga dengan capaian hanya 41,9 persen. (Profil Kesehatan Dinkes Provinsi Tahun 2020)³ dan 59, 75 persen pada tahun 2021. (Laporan Kinerja Instansi Pemerintah (LKJIP) Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang Tahun 2021).⁴

Berdasarkan hasil studi pendahuluan wawancara singkat yang dilakukan diketahui ada beberapa permasalahan meliputi pandemic Covid-19, kesulitan pelaksana program dalam memenuhi target pelayanan kesehatan penderita DM, dukungan pemerintah daerah dalam alokasi anggaran program kurang, belum dilakukannya perhitungan unit cost pembiayaan SPM sesuai standar teknis, persepsi tenaga kesehatan dan pelaksana program dalam memahami definisi operasional sebuah indikator dalam SPM, belum adanya integrasi dalam pelaksanaan program, perilaku masyarakat dalam rangka mencari pelayanan kesehatan kurang, jam pelayanan Posbindu yang bertabrakan dengan jam sekolah dan jam kerja serta kebiasaan masyarakat yang mencari pelayanan kesehatan di luar fasilitas pelayanan kesehatan yang telah disediakan.

Dari hasil studi pendahuluan, implementasi kebijakan SPM indikator pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus terdapat variasi capaian kinerja SPM DM di Puskesmas dan belum optimal 100%. Masalah yang dikemukakan di awal belum dapat diatasi dan mungkin ada potensi yang belum dapat dipergunakan sehingga diperlukan penelitian mendalam berkaitan faktor penghambat capaian kinerja implementasi kebijakan SPM pelayanan kesehatan penderita diabetes melitus di Kabupaten Magelang.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini akan dilakukan dengan metode *Qualitative content analysis*. Pertimbangan

menggunakan metode kualitatif karena permasalahan bersifat kompleks dan belum jelas, dan berfungsi untuk memperoleh pemahaman mendalam mengenai pengalaman masing-masing partisipan dalam implementasi kebijakan SPM diabetes melitus di Kabupaten Magelang.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran Implementasi SPM di Kabupaten Magelang

SPM kesehatan indikator pelayanan kesehatan pada penderita diabetes melitus telah dilaksanakan di Kabupaten Magelang tetapi belum mencapai target pada tahun 2020 dan 2021. Pada Tahun 2022 muncul kebijakan percepatan penanganan Penyakit Tidak Menular (PTM), hal tersebut ditindaklanjuti oleh Dinas Kesehatan dengan mendorong percepatan dengan integrasi pada kegiatan yang telah berjalan. Masing-masing puskesmas menerapkan strategi yang berbeda-beda disesuaikan dengan kemampuan SDM, anggaran serta sarana prasarana yang ada ditambah dengan kerjasama lintas sektor. Masalah kesehatan tidak akan dapat diselesaikan oleh sektor kesehatan saja tetapi harus bersinergi dengan lintas sektor, bidang lain serta semua elemen yang baik Pemerintah, swasta maupun masyarakat dari tingkat kabupaten, kecamatan hingga desa. Kabupaten Magelang khususnya Dinas Kesehatan menerapkan beberapa strategi dalam mencapai target SPM yang telah ditetapkan di dalam keterbatasan anggaran, sarana prasarana serta SDM dan mendapat hasil capaian kinerja Standar Pelayanan Minimum indikator pelayanan kesehatan pada penderita Diabetes Melitus pada tahun 2022 adalah sebesar 93,86%.⁵

Karakteristik Informan

Jumlah informan dalam penelitian ini ada 18 orang. Wawancara dapat dilaksanakan terhadap semua informan. Dari tabel tersebut informan terdiri dari 15 orang penyelenggara dan 3 orang pengguna yang tersebar di wilayah Kabupaten Magelang. Berdasarkan tabel karakteristik informan dapat dilihat bahwa jumlah informan ada sebanyak 18 orang terdiri dari 8 orang laki – laki dan 10 orang perempuan. Usia informan antara 25 sampai 57 tahun 10 bulan dengan rata-rata usia terbanyak adalah 52 tahun. Pendidikan terakhir terendah informan adalah SMA/SMEA dan tertinggi adalah jenjang S2. Rata-rata Pendidikan terakhir terbanyak adalah jenjang S1.

Hasil penelitian Implementasi SPM DM

a). Faktor Internal

1). Jaringan dan komunikasi

komunikasi dan koordinasi yang dilaksanakan baik secara internal maupun lintas sektor baik secara formal maupun informal merupakan kunci dalam implementasi SPM di semua indikator termasuk indikator pelayanan kesehatan pada penderita diabetes melitus di Kabupaten Magelang yang bisa terlaksana semakin baik dari waktu ke waktu, walaupun belum optimal dengan jejaring yang ada.

2). Budaya

Komunikasi merupakan budaya yang sangat mempengaruhi dalam implementasi SPM yang dilakukan oleh semua anggota tim dalam hal memberikan pelayanan kesehatan pada penderita DM sesuai dengan standar yang sudah ditetapkan. Sehingga terjadi pertukaran informasi secara dua arah yang berguna dalam rangka monitoring serta evaluasi implementasi SPM, apakah sudah berjalan dengan baik atau ada kendala yang berarti.

3). Iklim implementasi

Terdapat tekanan untuk melaksanakan SPM ini baik dari Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten serentak melaksanakan percepatan khususnya penanggulangan penyakit tidak menular di wilayah sesuai dengan amanat SPM.

4). Kesiapan untuk implementasi

Semua penyelenggara saling melengkapi dengan kekurangan yang ada. Apabila ada satu pihak yang masih kurang dalam anggaran, SDM serta sarana prasarana maka pihak lain diharapkan dapat membantu untuk memberikan dukungannya sesuai dengan kemampuan masing-masing. Di tingkat Pemerintahan Daerah Kabupaten Magelang khususnya, pihak legislatif telah memberikan dukungannya melalui amanat untuk selalu memprioritaskan anggaran untuk SPM dan melarang apabila anggaran SPM dihilangkan. Dukungan dari faktor kepemimpinan juga mempengaruhi dalam rangka implementasi SPM ini, sehingga pelaksana menjadi lebih bersemangat dalam pelaksanaannya.

5). Karakteristik tim

Pada awal adanya SPM semua masih terlihat kotak-kotak belum terintegrasi. Dengan berjalannya waktu dengan dukungan strategi dari pimpinan

untuk Integrasi layanan dapat dilihat bahwa tim SPM bekerja bersama-sama dalam mencapai target yang telah ditetapkan.

6). Efikasi kolektif

Keyakinan tim SPM baik tingkat Kabupaten maupun kecamatan dalam implementasi kegiatan untuk mencapai target. Dapat dilihat dari hasil capaian kinerja SPM Kabupaten Magelang pada tahun 2022 yang bervariasi tetapi banyak yang mengalami peningkatan, tetapi masih ada yang belum tercapai target.

b). Faktor Eksternal

1). Kebutuhan dan sumber daya pasien

Kebutuhan masyarakat diperhitungkan dalam pemberian pelayanan tetapi belum begitu diperhitungkan dalam penghitungan anggaran yang ideal sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Ada upaya dari Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang dan juga Puskesmas dalam menyesuaikan jadwal pelayanan kepada masyarakat apabila dirasa tidak tepat sasaran dan juga ada upaya jemput bola ke tempat yang aksesnya sulit.

2). Kosmopolitanisme

Komunikasi lintas sektor sangat mendukung sekali dalam pencapaian semua program yang ditetapkan, termasuk pelayanan kesehatan pada penderita DM.

3). Kebijakan dan insentif eksternal

Terdapat kebijakan dalam implementasi SPM yaitu memanfaatkan Juknis dana dari APBN yaitu BOK dengan memberikan transport kepada selain tenaga kesehatan baik kader, pramuka, untuk melakukan skrining di lapangan. Serta memberikan insentif UKM kepada tenaga kesehatan yang turun ke lapangan untuk kegiatan UKM.

4). Karakteristik Masyarakat

Karakteristik masyarakat di Kabupaten Magelang terlihat kurang antusias untuk mengakses pelayanan kesehatan apabila belum ada gejala berarti yang dirasakan. Perilaku masyarakat mempengaruhi dalam capaian kinerja SPM

c). Karakteristik individu

1). Pengetahuan dan keyakinan tentang intervensi

Pada awal implementasi SPM belum semua mempunyai pengetahuan serta kemampuan tetapi dengan berjalannya waktu didukung dengan strategi dan kebijakan dari pimpinan baik Pemerintah

Daerah, Dinas Kesehatan, Puskesmas maupun pihak Kecamatan dan desa semakin meningkat capaian kinerjanya.

2). Efikasi diri

Penyelenggara pelayanan kesehatan antusias serta berkomitmen tinggi dalam memberikan pelayanan sesuai target capaian kinerja yang telah ditetapkan.

3). Tahap perubahan individu

Penyelenggara pelayanan kesehatan antusias serta berkomitmen tinggi dalam memberikan pelayanan sesuai standar yang telah ditetapkan.

Penelitian ini menemukan bahwa faktor internal yang penting dalam pencapaian SPM di bidang kesehatan khususnya indikator pelayanan kesehatan pada penderita Diabetes Melitus di Kabupaten Magelang, faktor penghambatnya adalah kurangnya ketersediaan sumber daya (anggaran, sarana prasarana dan sumber daya manusia) sedangkan faktor pendukungnya adalah faktor kepemimpinan serta strategi kebijakannya dan juga faktor komunikasi yang baik. Adapun penjelasannya sebagai berikut :

a. Ketersediaan sumber daya

Sumber daya yang dimiliki baik anggaran, sarana prasarana dan sumber daya manusia yang kurang dari Pemerintah Daerah, Dinas Kesehatan maupun Puskesmas menjadi penghambat dalam implementasi SPM ini. Dukungan anggaran pemerintah dalam hal dana APBD khususnya untuk SPM belum mencukupi untuk mengcover seluruh sasaran masyarakat yang berhak mendapat pelayanan minimal sesuai amanat SPM. DAK Non Fisik dan DAK Fisik menjadi salah satu tumpuan Pemerintah Daerah dalam upaya memenuhi kebutuhan anggaran dan sarana prasarana di bidang kesehatan. Serta adanya bantuan dana dari BPJS dalam program preventif dan promotifnya melalui edukasi, senam bersama serta program Prolanisya belum dapat dimanfaatkan dengan optimal dalam memberikan pelayanan kepada penderita diabetes melitus di Kabupaten Magelang. Peran serta desa dengan dana desanya juga diharapkan dapat memberikan kontribusinya di bidang kesehatan dikarenakan sasaran kesehatan merupakan warga masyarakatnya juga. Tetapi anggaran desa tidak dapat mendukung sempurna dikarenakan desa fokus kepada pembangunan fisik dikarenakan takut apabila dimintai pertanggung jawaban apabila dana diberikan kepada program saja.

b. Faktor kepemimpinan

Dukungan kepemimpinan serta komitmen dari Pemerintah Daerah, Kepala Dinas Kesehatan, lintas sektor menjadi indikator keberhasilan dalam implementasi SPM ini. Terbukti dengan adanya kenaikan capaian kinerja SPM di Kabupaten Magelang pada tahun 2022 di semua indikator.

Dukungan dari Kepala Daerah, Kepala Dinas Kesehatan untuk menekankan untuk selalu mengawal pemegang anggaran untuk mengalokasikan anggarannya untuk mendukung SPM.

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara rutin untuk melihat sejauh mana implementasi SPM dilaksanakan. Apakah ada kendala atau tidak. Kepala Dinas Kesehatan menekankan untuk melaksanakan integrasi skrining PTM dengan kegiatan yang sudah berjalan seperti vaksinasi Covid-19, pembagian BLT, rapat PKK, Posyandu, dan kegiatan lain yang sarannya adalah usia produktif.

Faktor kepemimpinan serta strategi kebijakan yang dipilih menjadi faktor pendukung implementasi SPM di Kabupaten Magelang pada tahun 2022.

c. Komunikasi

Terdapat forum baik formal dan informal sebagai wadah dalam pertukaran informasi, komunikasi dan koordinasi baik di dalam organisasi internal maupun eksternal Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang yang mempunyai kewajiban dalam melaksanakan urusan wajib di bidang kesehatan. Dalam pelaksanaannya forum informal dirasa lebih efektif dalam hal menyampaikan maksud dan tujuan sebuah program ataupun kebijakan. Forum ngopi bareng lebih dipilih untuk pendekatan guna mencapai tujuan organisasi.

Untuk faktor eksternal yang paling menghambat dalam implementasi SPM indikator pelayanan kesehatan pada penderita diabetes melitus meliputi karakteristik masyarakat, dan karakteristik individu dari pelaksana program.

a. Karakteristik masyarakat

Perilaku sehat masyarakat menjadi salah satu kendala dalam implementasi SPM ini dikarenakan banyak faktor yang mempengaruhi keaktifan masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan. Seperti faktor ekonomi, sosial serta faktor geografi. Faktor ekonomi menjadi masalah utama di wilayah yang capaian kinerja SPM nya rendah. Masyarakat lebih memilih mencari pendapatan atau mata pencahariannya dibandingkan harus

mengakses pelayanan kesehatan yang disediakan. Upaya jemput bola pun ada yang tidak berhasil di beberapa titik desa.

Adanya masalah jadwal pelayanan yang bertabrakan dengan jam kerja, sekolah maupun kegiatan masyarakat menjadi salah satu kendala terhambatnya implementasi SPM ini.

Sedangkan untuk faktor karakteristik individu yang paling berperan menghambat dalam implementasi SPM indikator pelayanan kesehatan pada penderita diabetes melitus adalah :

Pemahaman dan pengetahuan

Tim maupun individu tenaga kesehatan mempunyai keleluasaan dalam menyampaikan ide-ide serta inovasi guna mencapai capaian kinerja SPM sesuai target. Dukungan dari pimpinan membuat tim menjadi lebih aktif dan bersemangat dalam melaksanakan tugas.

Kurangnya pemahaman masyarakat akan pentingnya deteksi dini faktor risiko penyakit tidak menular menjadi kendala. Masyarakat akan mengakses pelayanan kesehatan pada saat merasakan gejala yang sudah fatal

Perbedaan persepsi tenaga pelaksana terhadap juknis atau pedoman pelaksanaan SPM serta kurangnya pemahaman tenaga kesehatan pelaksana akan pentingnya SPM ini juga ditemukan di lapangan. Mutasi dan promosi menjadi salah satu penyebab tenaga kesehatan kurang paham dikarenakan baru saja menjabat.

KESIMPULAN

Terdapat variasi capaian SPM antar Puskesmas disebabkan faktor penghambat pencapaian SPM bidang kesehatan indicator pelayanan kesehatan pada penderita diabetes melitus di Kabupaten Magelang yaitu kurangnya ketersediaan anggaran, sarana prasarana dan sumber daya manusia, karakteristik masyarakat serta kurangnya pemahaman dan pengetahuan baik dari pihak penyelenggara maupun pengguna.

Faktor pendukung pencapaian SPM bidang kesehatan indicator pelayanan kesehatan pada penderita diabetes melitus di Kabupaten Magelang yaitu dukungan kepemimpinan dan strategi kebijakan yang dipilih.

Faktor yang berkontribusi pada variasi pencapaian SPM di Kabupaten Magelang yaitu dari faktor anggaran yang mendukung pencapaian SPM Pemerintah Kabupaten Magelang masih bergantung pada bantuan dari APBN, anggaran BLUD Puskesmas, dana desa serta lintas sektor lain seperti BPJS walaupun proporsinya tidak begitu besar; Dari faktor sarana prasarana dan sumber daya manusia bergantung dari ketersediaan anggaran, apabila anggaran kurang maka terbatas pula sarana prasarana dan sumber daya manusianya; Perilaku sehat masyarakat masih kurang dipengaruhi oleh faktor ekonomi, faktor sosial budaya, tingkat Pendidikan serta faktor geografis kependudukannya; Terdapat variasi tingkat pemahaman dan pengetahuan baik dari pihak penyelenggara maupun pihak pengguna ; Dukungan kepemimpinan di Dinas Kesehatan dalam mengawal implementasi SPM indikator kesehatan di Kabupaten Magelang dan penerapan strategi integrasi dalam mengatasi capaian kinerja yang kurang.

DAFTAR PUSTAKA

1. Republik Indonesia. (2018). *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal*. Pemerintah Republik Indonesia. Jakarta
2. Republik Indonesia. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Pemerintah Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta
3. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah. (2020). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2019*. Pemerintah Provinsi Jawa Tengah. Semarang.
4. Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang. (2022). *Laporan Kinerja Instansi pemerintah (LKJip) Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang Tahun 2021*. Pemerintah Kabupaten Magelang. Magelang.
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Magelang. (2022). *Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Dinas Kesehatan Tahun 2021*. Pemerintah Kabupaten Magelang. Magelang.

Analisis Implementasi Kebijakan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di Puskesmas Pasir Panjang Kota Kupang

Analysis of Policy Implementation of The Healthy Indonesia Program With a Family Approach at Pasir Panjang Health Center, Kupang City

Eka Muftiana R.¹, Serlie K. A. Littik², Serlie K. A. Littik², Christina R. Nayoan³

¹Jurusan Magister Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana Kupang,

Jl. Adisucipto, Penfui, Kota Kupang 85001, Indonesia

² Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana Kupang, Jl. Adisucipto, Penfui, Kota Kupang 85001, Indonesia

³ Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Nusa Cendana Kupang, Jl. Adisucipto, Penfui, Kota Kupang 85001, Indonesia
Email: eka.muftiana@gmail.com

Tanggal submit: 23 Mei 2023; Tanggal penerimaan: 30 Juni 2023

ABSTRAK

Latar Belakang: Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) merupakan program yang menitikberatkan peran keluarga untuk mengoptimalkan pelayanan kesehatan berbasis keluarga. Capaian IKS Puskesmas yang masih rendah dan tidak mengalami perubahan sejak proses pendataan mendorong penulis untuk melihat lebih dalam proses implementasi PIS-PK di Puskesmas Pasir Panjang.

Tujuan: Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui bagaimana implementasi PIS-PK di Puskesmas Pasir Panjang dari segi komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi.

Metode: Penelitian ini dilakukan dengan metode pendekatan kualitatif deskriptif. Pengumpulan data kualitatif dilakukan dengan cara wawancara kepada informan kunci, dan dilakukan analisis data melalui tahapan reduksi, pemusatan data, verifikasi dan analisis naratif untuk tentang model implementasi meliputi variabel komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi.

Hasil: Implementasi PIS-PK masih belum maksimal dari variabel komunikasi kepada pelaksana kebijakan, sumber daya manusia dan anggaran, disposisi dan struktur birokrasi baik pimpinan puskesmas, lintas sektor, dan Dinas Kesehatan Kota Kupang

Saran: perlu adanya koordinasi antara pelaksana, dinas kesehatan, lintas sektor dan sasaran tentang tujuan pelaksanaan PIS-PK sehingga dapat saling memberikan motivasi dan saling sinergi dalam perbaikan pelaksanaan implementasi sebelumnya untuk capaian indeks keluarga sehat sesuai target keluarga kategori sehat.

Kata kunci: PIS-PK; Implementasi Kebijakan

ABSTRACT

Background: The Healthy Indonesia Program with a Family Approach is a program that emphasizes the role of the family to optimize family-based health services. The achievements of the IKS Puskesmas which are still low and have not changed since the data collection process prompted the author to take a deeper look at the PIS-PK implementation process at the Pasir Panjang Health Center.

Purpose: This research was conducted to find out how the implementation of PIS-PK at the Pasir Panjang Health Center was in terms of communication, my sources, disposition and bureaucratic structure.

Methods: This research was conducted using a descriptive qualitative approach. Qualitative data collection was carried out by interviewing key informants, and data analysis was carried out through the stages of reduction, data centralization, verification and narrative analysis for the implementation model including communication, resources, disposition and structure variables bureaucracy.

Results: The implementation of PIS-PK is still not optimal from the variables of communication to policy executors, human resources and budget, disposition and bureaucratic structure of both the leadership of the puskesmas and the city health office

Suggestion: there needs to be coordination between executors, health offices, cross-sectors and targets regarding the objectives of implementing PIS-PK so that they can provide mutual motivation and synergy in improving the implementation of previous implementations to achieve the healthy family index according to the healthy family category target

Keywords: PIS-PK; Policy Implementation

PENDAHULUAN

Kebijakan kesehatan memiliki kaitan yang erat dengan sebuah sistem nasional termasuk kebijakan penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan

Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Secara nasional pelaksanaan PIS-PK mendukung arah kebijakan dan strategi bidang kesehatan yang tertuang dalam RPJMN 2020-2024 yaitu meningkatkan pelayanan

kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta terutama penguatan pelayanan kesehatan dasar dengan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif. Penguatan tersebut dilakukan dengan dukungan inovasi dan teknologi yang difokuskan untuk mengoptimalkan penguatan pelayanan kesehatan dasar melalui pendekatan keluarga. Hal tersebut diwujudkan melalui penetapan indikator RPJMN 2020-2024 yaitu jumlah kabupaten/ kota yang melaksanakan PIS-PK yang memiliki cakupan 100% intervensi keluarga(1).

Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 39 tahun 2016 yang didalamnya menetapkan 12 (dua belas) indikator utama sebagai penanda status kesehatan sebuah keluarga. PIS-PK terdiri atas 4 (empat) area prioritas yang meliputi penurunan angka kematian ibu dan bayi, penurunan prevalensi balita pendek (*stunting*); penanggulangan penyakit menular dan penyakit tidak menular. Dalam penyelenggaraan PIS-PK maka diperlukan tahapan sebagai berikut yaitu Pelatihan, Persiapan (sosialisasi program, pengorganisasian dan pendanaan), Kunjungan keluarga dan intervensi awal, Analisis IKS awal, Intervensi lanjut serta Analisis perubahan IKS(2). Sampai dengan saat ini PIS-PK masih terus dilakukan oleh Puskesmas di Indonesia dengan menitikberatkan pada pelaksanaan intervensi lanjut kepada individu maupun keluarga.

Berdasarkan beberapa penelitian terdahulu, pelaksanaan PIS-PK di wilayah Indonesia memiliki beberapa hambatan di lapangan. Hasil penelitian menunjukkan belum tersedianya roadmap (peta jalan), pengorganisasian tim yang belum jelas dan belum sesuai dengan pedoman, keterbatasan dana, sarana dan prasarana yang belum memadai, jumlah SDM yang belum memadai, kesulitan menemui pihak keluarga, kurangnya sosialisasi, monitoring dan evaluasi yang belum berjalan baik, dan keterlambatan pelaporan menjadi hambatan Puskesmas dalam melaksanakan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK).(3) penelitian lain juga menunjukkan bahwa hambatan Puskesmas dalam PIS-PK disebabkan oleh tidak tersedianya *roadmap*, pengorganisasian tim yang belum jelas dan belum sesuai dengan pedoman, keterbatasan dana, sarana dan prasarana yang belum memadai, jumlah SDM yang belum memadai, kesulitan menemui pihak keluarga, kurangnya sosialisasi, monitoring dan evaluasi yang belum berjalan baik, dan keterlambatan pelaporan menjadi (PIS-PK). (4)

Berdasarkan evaluasi nasional pelaksanaan PIS PK oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia jumlah capaian kunjungan PIS-PK bahwa dari total 9112 Puskesmas di Indonesia hanya 221 Puskesmas yang capaian kunjungan keluarga mencapai *total coverage*. Secara nasional capaian kunjungan di akhir tahun 2021 baru mencapai 78,80 %. Angka capaian kunjungan keluarga di provinsi Nusa Tenggara Timur pada akhir 2021 berada di bawah dari rata-rata nasional yaitu 62%. Capaian Indeks Keluarga Sehat Nasional tahun 2021 mencapai 0,18 dan 0,22 tahun 2022 yang merupakan kategori keluarga tidak sehat. Provinsi NTT berdasarkan dashboard aplikasi keluarga sehat mencapai nilai IKS 0,11 tahun 2021 dan 0,14 pada tahun 2022. Kota Kupang sebagai ibukota provinsi juga melaksanakan PIS-PK sejak tahun 2017. Pendataan telah dilakukan kepada 882.961 KK dari total 916.380 KK di Nusa Tenggara Timur. Sedangkan di Kota Kupang tercatat bahwa pada tahun akhir tahun 2022 total kunjungan pendataan PIS-PK di Kota Kupang adalah 59.416 KK dari 60.894 total KK dengan nilai IKS Wilayah 0,26. Untuk intervensi lanjut belum dilakukan secara baik oleh 11 Puskesmas di Kota Kupang terlihat dari update data yang dilakukan oleh 8 Puskesmas sedangkan update data masih belum dilakukan oleh 3 Puskesmas yaitu Puskesmas Pasir Panjang, Oesapa, dan Bakunase sejak tahun 2018.

Puskesmas Pasir Panjang sejak 2017 telah melaksanakan PIS-PK dengan nilai IKS Puskesmas 0,33 dengan kategori keluarga tidak sehat. Berdasarkan laporan pelaksanaan PIS-PK Puskesmas Pasir Panjang hasil pendataan yang dilakukan di lima kelurahan dalam wilayah kerja hanya 2 kelurahan yang mencapai *total coverage* atau KK dalam wilayah telah terdata secara lengkap. Sedangkan 3 kelurahan lain masih belum lengkap. Pelaksanaan intervensi lanjut sebagai tahapan lanjutan dari pendataan dilaporkan dilakukan kepada 570 KK dari 3863 KK atau sebesar 14,7%. Sejak tahun 2018 sampai 2022 nilai IKS pada Puskesmas Pasir Panjang tidak menunjukkan adanya perubahan. Data tersebut menunjukkan bahwa Pelaksanaan PIS-PK setelah tahun 2018 sampai dengan 2022 tidak dilaksanakan secara maksimal. Kondisi ini mendorong penulis untuk mengetahui bagaimana implementasi penyelenggaraan PIS-PK di Puskesmas Pasir Panjang Kota Kupang.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan dengan metode pendekatan kualitatif deskriptif. Pemilihan sampel

atau informan dipilih dengan teknik *purposive sampling* yang merupakan tenaga kesehatan di Puskesmas Pasir Panjang yaitu kepala puskesmas, tim yang telah dilatih PIS-PK, Penanggung Jawab Upaya Kesehatan Masyarakat, Penanggung jawab Upaya Kesehatan Perorangan, penanggung jawab program Puskesmas yang termasuk indikator PIS-PK (Tuberculosis, jiwa, KIA, imunisasi, KB, Promkes, Penyakit tidak menular dan Ketua Tim Perencana Puskesmas). Pengumpulan data kualitatif dilakukan dengan cara wawancara kepada informan menggunakan pedoman wawancara yang dibuat. Teknik analisis data yang digunakan peneliti yaitu pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Peneliti harus mengkategorikan data sesuai dengan kebutuhan untuk dapat menjawab model implementasi berdasarkan George Edward III meliputi variabel komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur birokrasi terkait penyelenggaraan PIS-PK dengan melakukan analisis naratif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Wawancara dilakukan kepada informan kunci yang merupakan pegawai di Puskesmas Pasir Panjang sebanyak 16 orang. Informan adalah pegawai merupakan unsur pegawai yang berhubungan dengan penyelenggaraan PIS-PK yaitu Kepala Puskesmas, Tim terlatih PIS-PK sebanyak 5 orang, ketua tim perencana, penanggung jawab Upaya kesehatan masyarakat 1 orang, penanggung jawab Upaya kesehatan perorangan 1 orang dan koordinator program yang termasuk dalam indikator PIS-PK 7 orang. Gambaran karakteristik informan sesuai dengan table 1.

Tabel 1. Karakteristik informan

| kategori | Jumlah | Persentase (%) |
|----------------------|--------|----------------|
| Jenis kelamin | | |
| perempuan | 15 | 93.75 |
| Laki-laki | 1 | 6.25 |
| Usia | | |
| 30-40 tahun | 10 | 62.5 |
| >40 tahun | 6 | 37.5 |
| Jabatan | | |
| Kepala Puskesmas | 1 | 6.25 |
| Tim PIS-PK | 5 | 31.25 |
| Koordinator Upaya | 3 | 18.75 |
| Koordinator Program | 7 | 43.75 |
| Lama bekerja | | |
| 5-10 tahun | 3 | 18.75 |
| 10-15 tahun | 10 | 62.5 |
| Lebih dari 15 tahun | 3 | 18.75 |

Berdasarkan hasil wawancara terkait variabel komunikasi terkait pelaksanaan sosialisasi kebijakan menurut informan “..sosialisasi pernah dilakukan dari pihak Dinas Kesehatan Kota Kupang kepada seluruh kepala Puskesmas terkait penyelenggaraan PIS-PK. Namun sosialisasi kepada seluruh pegawai puskesmas yang terlibat dalam pelaksanaan PIS-PK baru dilaksanakan 1 kali saat program ini akan dilaksanakan tahun 2017..” menurut salah satu tim yang pernah dilatih PIS-PK “..pernah dilakukan sosialisasi terkait perbaruan informasi yaitu analisis data namun kepada satu orang perwakilan puskesmas tapi tidak ditindaklanjuti lagi..”. Menurut informan tidak pernah dilakukan sosialisasi khusus terkait pelaksanaan PIS-PK oleh pihak Puskesmas kepada kelompok warga sebagai sasaran pelaksanaan PIS-PK dan hanya sebagian kecil masyarakat yang mengetahui terkait program PIS-PK dari media televisi ketika petugas kesehatan melakukan kunjungan rumah untuk pendataan sehingga masih ditemukan penolakan warga.

Dari variabel sumber daya dilakukan wawancara mendalam terkait sumber daya manusia, sumber daya anggaran, sumber daya peralatan dan sumber daya informasi. Untuk sumber daya manusia berdasarkan hasil wawancara dengan tim PIS-PK Puskesmas Pasir Panjang, informan menjawab “..Telah dilakukan peningkatan kapasitas berupa pelatihan terkait pelaksanaan PIS-PK sampai dengan proses penginputan pada aplikasi 1 kali pada tahun 2017 kepada 5 orang tenaga kesehatan yang mewakili profesi dokter, perawat, bidan, tenaga promkes dan nutrisisionis..”. Anggota tim lain menyampaikan “...kami kesulitan dalam melakukan analisis data karena sosialisasi terkait analisis data hanya disampaikan oleh pihak dinas kesehatan kepada perwakilan tim puskesmas dan tidak diteruskan kepada seluruh pelaksana kegiatan PIS-PK..” Menurut pengelola program bahwa adanya tugas-tugas tambahan yang lebih dari satu dan sistem penginputan harus melalui aplikasi membuat beban pekerjaan yang menjadi bertambah. Salah satu informan menyampaikan “..Kami memang kesulitan jika harus input lagi di aplikasi PIS-PK karena Kami juga harus melakukan penginputan di aplikasi program tersendiri..”.

Terkait variabel anggaran dari hasil wawancara dengan informan disampaikan “..Penganggaran untuk PIS-PK tersedia pada Tahun 2017 untuk proses pendataan, sedangkan proses intervensi lanjut tersedia anggaran dari Bantuan Operasional Kesehatan non fisik dengan proporsi 3,29 persen

dari total pagu anggaran BOK Puskesmas Pasir Panjang pada tahun 2022..” Menurut tim PIS-PK anggaran ini hanya dapat mengakomodir intervensi 570 KK yang ada di wilayah puskesmas Pasir Panjang dan tahun 2023 tidak tersedia anggaran khusus untuk akselerasi pendataan maupun intervensi PIS-PK. Untuk sumber daya peralatan berdasarkan hasil wawancara tersedia sarana seperti kendaraan dinas, komputer dan laptop untuk proses penginputan data di aplikasi. Untuk ketersediaan komputer untuk melakukan penginputan menurut informan “..komputer di puskesmas tersedia dan wifi juga 24 jam jadi kita bisa input , tapi kalau data yang diinput tidak ada dan tidak lengkap maka kami tidak bisa menginput..”. Dalam proses penginputan petugas seringkali terkendala dengan tidak terkoneksi data nomor induk kependudukan di aplikasi PIS-PK dan dukcapil sehingga harus dilakukan entri identitas secara manual.

Berdasarkan wawancara sebanyak 5 informan menyampaikan keberatan untuk melakukan proses tahapan PIS-PK saat ini karena tidak ada pendanaan khusus, tidak mendapatkan output yang jelas dari pelaksanaan PIS-PK terutama yang berhubungan dengan capaian program, dan merasa adanya tumpang tindih data antara data pada aplikasi PIS-PK dan data pada aplikasi khusus program. Menurut salah satu informan “..Kita tidak keberatan untuk turun lapangan namun untuk menginput di aplikasi kami belum pernah disosialisasikan caranya..” Sebagian besar informan menyampaikan bersedia melaksanakan sebagai bentuk dari integrasi tugas, namun keberatan jika harus menginput hasil intervensi di aplikasi karena bukan tugas mereka dan tidak mendapat pelatihan.

Sedangkan wawancara dengan informan terkait variabel struktur birokrasi disampaikan, “Sejak 2017 tidak ada SK khusus penunjukkan tim, jadi yang ikut pelatihan otomatis sebagai tim”. Informan lain menyampaikan, “tidak ada uraian tugas serta SOP yang mengatur bagaimana pelaksanaan tahapan PIS-PK dilakukan oleh puskesmas dan alur koordinasi antar program dengan tim PIS-PK”. Target Indeks Keluarga Sehat wilayah kota Kupang tertuang dalam renstra dinas kesehatan Kota Kupang, namun tidak diikuti oleh monitoring evaluasi yang optimal oleh Dinas Kesehatan Kota Kupang terkait capaian target IKS Puskesmas. Menurut informan, “Evaluasi baru mulai dilaksanakan pada bulan September 2022 dan hanya terbatas paparan pencapaian IKS Puskesmas di Kota Kupang dan

saran secara umum yang dapat dilakukan oleh puskesmas di Kota Kupang untuk melakukan intervensi lanjut maupun update data”. Informan lain menyampaikan, “Selama ini tidak pernah dilakukan sosialisasi kepada perangkat kelurahan terkait PIS-PK, baik proses pendataan maupun intervensi, hanya pencapaian IKS saat lokakarya mini lintas sektor namun tidak ditanggapi secara serius”. Puskesmas sampai saat ini tidak pernah melakukan pendekatan atau sosialisasi khusus kepada pemangku wilayah kerja yaitu camat dan lurah terkait penyelenggaraan PIS-PK.

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa proses pelaksanaan tahapan penyelenggaraan PIS-PK telah dilakukan oleh Puskesmas Pasir Panjang yaitu dimulai dari tahap pelatihan, persiapan, kunjungan keluarga dan intervensi awal, analisis IKS awal, dan intervensi lanjut. Kondisi ini sesuai dengan pedoman pelaksanaan PIS-PK namun belum dilaksanakan secara maksimal karena belum semua kelurahan dilakukan pendataan secara *total coverage*, intervensi lanjut hanya dilakukan kepada Sebagian kecil KK yang harus diintervensi yaitu 14,7 % sehingga belum dilakukan analisis perubahan IKS karena angka IKS puskesmas tidak berubah selama 5 tahun setelah proses pendataan.

Komunikasi terkait sosialisasi tentang kebijakan PIS-PK sejak tahun 2017 sampai dengan 2022 hanya dilakukan 1 kali sosialisasi terkait penyelenggaraan dari Dinas Kesehatan Kota Kupang dan telah dilanjutkan kepada staf puskesmas di awal pelaksanaan program tahun 2017. Namun adanya pergeseran ketenagaan di puskesmas setelah pelaksanaan awal PIS-PK maka dalam perjalanannya ada tenaga kesehatan yang belum mendapatkan sosialisasi terkait kegiatan PIS-PK. Kondisi ini tentunya akan menghambat jalannya penyelenggaraan Program karena ada tenaga kesehatan yang tidak memahami penyelenggaraan PIS-PK dan tenaga kesehatan yang pernah mendapat sosialisasi tidak pernah mendapat informasi tambahan lainnya terkait PIS-PK dalam jangka waktu yang lama, bahkan tidak pernah ada sosialisasi langsung kepada masyarakat sebagai sasaran kebijakan program PIS-PK sehingga mungkin saja pemahaman menjadi menurun sehingga menghambat pelaksanaan di lapangan. Jika dilihat dari teori model implementasi George C. Edwar III dalam implementasi kebijakan komunikasi Sangat mempengaruhi keberhasilan pencapaian tujuan dan implementasi kebijakan publik. Komunikasi harus

dilakukan meliputi 3 dimensi, yaitu *transmission* (kepada para pelaksana, kelompok sasaran, dan pihak lain yang berhubungan dengan kebijakan); kejelasan (*clarity*-maksud, tujuan, dan sasaran serta substansi); dan *consistency* (sehingga tidak menimbulkan kebingungan bagi para pelaksana di lapangan)(5). Fakta yang ada bahwa proses komunikasi dari 3 dimensi ini tidak terlaksana secara maksimal sehingga menyebabkan munculnya hambatan pelaksanaan PIS-PK di lapangan dan hasil yang tidak sesuai harapan kebijakan. Setiap kebijakan akan dapat dilaksanakan dengan baik jika terjadi komunikasi efektif antara pelaksana program (kebijakan) dengan para kelompok sasaran (*target group*).(6) Belum ada kesamaan persepsi terkait definisi operasional dalam pelaksanaan PIS-PK dapat mempengaruhi proses pelaksanaan PIS-PK yang akan berdampak secara tidak langsung pada kualitas data yang dihasilkan dan mempengaruhi pemanfaatan data yang kurang maksimal oleh Puskesmas.(7) Oleh karena itu, perlu dilakukan tindak lanjut oleh pihak puskesmas untuk memperkuat komunikasi dengan melakukan sosialisasi tentang kebijakan PIS-PK kepada pelaksana kegiatan serta sasaran yaitu petugas puskesmas, masyarakat, dan pihak kelurahan selaku pemilik wilayah.

Terkait dengan variabel sumber daya dalam pelaksanaan PIS-PK di Puskesmas Pasir Panjang maka dari hasil hambatan ditemukan dari sisi sumber daya manusia, anggaran dan informasi. Sedangkan untuk sumber daya peralatan dan informasi tidak ditemukan hambatan yang berarti. Tidak adanya kegiatan peningkatan kapasitas setelah pelatihan awal, tenaga kesehatan yang melakukan pelaporan yang tumpang tindih dan penginputan aplikasi yang hanya dapat dilakukan oleh tim PIS-PK serta minimnya anggaran yang dialokasikan untuk kegiatan Intervensi merupakan hambatan penyelenggaraan PIS-PK di Puskesmas Pasir Panjang. Masalah penganggaran juga ditemui pada penelitian di Kota Depok yang menunjukkan ketidaksiapan dalam melaksanakan PIS PK ditinjau dari sisi anggaran yaitu tergantung pada ketersediaan pembiayaan yang berasal dari pencairan anggaran DAK Non Fisik. Hal ini disebabkan karena terdapat jeda waktu antara proses pengusulan dan realisasi pencairan anggaran sementara SDM terbatas.(8) Menurut Ramadhani (2017) kebijakan publik perlu dilakukan secara jelas, cermat dan konsisten, namun jika pelaksana tidak mendapat dukungan sumber daya yang diperlukan, maka pelaksanaan kebijakan

cenderung dilaksanakan secara tidak efektif(5). Berdasarkan teori pendekatan implementasi "top-down" bahwa suatu proses implementasi terstruktur untuk meningkatkan kepatuhan oleh para pelaku adalah dengan insentif dan sanksi yang tepat untuk mempengaruhi tingkat bawah dengan cara yang sesuai dengan yang dipersyaratkan.(9) Oleh karena itu kondisi sumber daya manusia terlatih yang terbatas serta anggaran yang minimal dibandingkan dengan kebutuhan tentunya jelas menjadi hambatan dalam implementasi PIS-PK. Kondisi ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Aspawati (2022) terkait implementasi PIS-PK bahwa kurangnya sumber daya manusia seperti kurangnya tenaga/petugas, rotasi petugas serta kurangnya sarana prasarana dari segi pendanaan mempengaruhi implementasi PIS-PK di Dinas Kesehatan(10). Manajemen Sumber daya manusia adalah hal mutlak yang harus dilakukan oleh tataran pembuat kebijakan, terbatasnya jumlah SDM yang ada tidak menutup kemungkinan tataran pembuat kebijakan melakukan *skill mix* pada beberapa karyawannya. Hal ini yang diterapkan pula pada pelaksanaan survei PIS-PK, karena keterbatasan jumlah SDM kesehatan yang berperan sebagai pembina keluarga di masyarakat sebagai ujung tombak pengambilan data mengharuskan kepala Puskesmas menurunkan semua karyawan baik medis maupun non-medis untuk survei karena melihat jumlah sasaran survei yang begitu banyak. (7) Penelitian yang dilakukan oleh Mujiati, dkk (2020) menunjukkan hasil bahwa manajemen puskesmas lebih siap melaksanakan PIS PK pada Puskesmas yang sudah melaksanakan pelatihan PIS-PK dibanding dengan Puskesmas yang belum melaksanakan pelatihan melaksanakan pelatihan PIS-PK.(11) Diharapkan selanjutnya pihak puskesmas perlu mengoptimalkan petugas yang ada agar dapat saling berkoordinasi ketika melakukan program lapangan yang dibiayai agar terintegrasi dengan program PIS-PK dan membuat alur yang jelas terkait koordinasi antar program terkait pencatatan pelaksanaan pendataan dan intervensi PIS-PK.

Variabel disposisi adalah sikap atau komitmen para pelaksana kebijakan untuk melaksanakan kebijakan secara sungguh-sungguh sehingga tujuan kebijakan dapat dicapai. Intensitas disposisi implementor dapat mempengaruhi pelaksana kebijakan. Dari hasil penelitian ini dikemukakan bahwa ada Sebagian informan yang merasa keberatan dalam melaksanakan kegiatan PIS-PK dengan alasan tidak ada pendanaan khusus, tidak

mendapatkan output yang jelas dari pelaksanaan PIS-PK terutama yang berhubungan dengan capaian program, dan merasa adanya tumpang tindih data antara data pada aplikasi PIS-PK dan data pada aplikasi khusus program. Terbatasnya intensitas disposisi dapat mengakibatkan gagal implementasi kebijakan. Pendekatan top-down untuk memahami implementasi kebijakan berkaitan erat dengan model rasional dari seluruh proses kebijakan, yang melihatnya sebagai suatu urutan kegiatan yang linier di mana ada suatu pembagian yang jelas antara formulasi kebijakan dan eksekusi kebijakan. Salah satu kondisi yang harus dikembangkan untuk dapat melakukan implementasi kebijakan yang efektif adalah pegawai yang mengimplementasikan kebijakan harus berkomitmen dan terampil.(12) Sehingga jelas ketika komitmen ini tidak dimiliki oleh pelaksanaan kebijakan di Puskesmas Pasir Panjang maka akan mempengaruhi pelaksanaan PIS-PK.

Jika pelaksana kebijakan memiliki disposisi yang baik, maka dia diduga kuat akan menjalankan kebijakan dengan baik, sebaliknya apabila pelaksana kebijakan memiliki sikap atau cara pandang yang berbeda dengan maksud dan arah dari kebijakan, maka dimungkinkan proses pelaksanaan kebijakan tersebut tidak akan efektif dan efisien. Disposisi atau sikap para pelaksana akan menimbulkan dukungan atau hambatan terhadap pelaksanaan kebijakan tergantung dari kesesuaian kompetensi dan sikap dari pelaksana. Pemilihan dan penetapan personalia pelaksana kebijakan dipersyaratkan individu-individu yang memiliki kompetensi dan dedikasi yang tepat pada kebijakan yang telah ditetapkan(13) . Untuk mengoptimalkan pelaksanaan PIS-PK di Puskesmas pasir Panjang perlu dibuat kejelasan tugas dan fungsi dari petugas serta alur koordinasi antar program dalam bentuk surat penunjukkan dan standar operasional prosedur.

Berdasarkan hasil terkait struktur birokrasi maka didapatkan masih terdapat hambatan dari sisi birokrasi karena belum ada SK penunjukkan tim beserta uraian tugas yang jelas, standar operasional prosedur yang mengatur pelaksanaan PIS-PK, peran dinas kesehatan kota dalam monitoring dan evaluasi yang tidak maksimal serta lintas sektor pemangku wilayah tidak terlibat dalam pelaksanaan PIS-PK. Sesuai pedoman umum penyelenggaraan PIS-PK bahwa peran dinas kesehatan kota dalam penyelenggaraan PIS-PK dititikberatkan pada pengembangan sumber daya, koordinasi dan

bimbingan, serta pemantauan dan pengendalian. (14) Sehingga jika kegiatan monitoring evaluasi oleh Dinas Kesehatan tidak dilakukan secara maksimal kepada puskesmas sebagai pelaksana kebijakan maka akan mempengaruhi implementasi terutama dalam memberikan motivasi, dorongan dan masukan terkait hambatan pada pelaksanaan kebijakan yang telah dijalankan.(15) Sehingga tidak akan ada proses perbaikan dari sisi pelaksana yang mengakibatkan status IKS pada puskesmas tidak berubah menjadi lebih baik dalam kurun waktu yang cukup lama. Kondisi ini didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Yunika, dkk (2020) bahwa terdapat hubungan Pengetahuan, Sikap, Komunikasi dan Struktur Birokrasi dengan Implementasi Kebijakan PIS-PK(16) Tidak tersedianya SK penunjukkan tim, Uraian tugas dan SOP di Puskesmas Pasir Panjang menunjukkan bahwa fungsi struktur birokrasi belum berjalan dengan baik. Sebuah tujuan kebijakan saat dieksekusi harus diartikan secara jelas dan dipahami secara luas yang diikuti dengan politik yang sesuai, administratif, ketersediaan teknis dan keuangan, serta adanya rantai komando yang dibentuk dari pusat hingga ke tingkat pelaksana dengan suatu sistem komunikasi dan kontrol untuk menjaga keseluruhan rangkaian sistem. Kegagalan disebabkan oleh pengadopsian strategi yang salah dan menggunakan mekanisme salah. (9) oleh karena itu perlu dibuat ketika SK, Uraian tugas dan SOP di tingkat pelaksana agar tidak ada garis komando yang terputus dan mengakibatkan tidak jelasnya wewenang dan garis koordinasi pelaksana kegiatan sehingga sumber-sumber daya tidak termotivasi sehingga menghambat jalannya kebijakan PIS-PK.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Pasir Panjang untuk melihat implementasi penyelenggaraan PIS-PK didapatkan hasil bahwa Puskesmas pasir Panjang masih belum dijalankan secara maksimal dari variabel komunikasi, sumber daya manusia dan anggaran, disposisi maupun struktur birokrasi. Namun untuk sumber daya peralatan dan informasi sudah terpenuhi secara baik. Oleh karena itu diperlukan perbaikan terutama dari pihak puskesmas baik dari level pimpinan dalam peran manajemen, tenaga kesehatan sebagai pelaksana langsung kebijakan PIS-PK dan Dinas Kesehatan sebagai fungsi kontrol melalui monitoring evaluasi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada pihak Dinas Kesehatan Kota Kupang dan tim Puskesmas Pasir Panjang yang sudah bersedia membantu memberikan informasi demi kelancaran penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Rencana Aksi Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2020-2025. Indonesia. 2022.
2. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Umum Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. Indonesia. 2016.
3. Nia IM. Hambatan Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Puskesmas: Literature Review. Promotif : Jurnal Kesehatan Masyarakat. 2022 Jun 12;1
4. Suratni M, et al. Pengetahuan Masyarakat dan Pelaksanaan Wawancara Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Beberapa Puskesmas di Indonesia. Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan. 2019 Sep 26;1–8.
5. Ramdhani A, et al. Konsep Umum Pelaksanaan Kebijakan Publik. Jurnal Publik. 2017 11;01. Available from: www.jurnal.uniga.ac.id
6. R. A. Dachi. Proses dan Analisis Kebijakan Kesehatan (Suatu Pendekatan Konseptual). Deepublish. Yogyakarta. 2017. [Online] Available: <https://books.google.co.id/books?id=NINBDwAAQBAJ>
7. Rusdianah E, Et Al. Evaluasi Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (Pis-Pk): Studi Kasus Di Tingkat Puskesmas. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : Jkki. 2019 Des 08;04
8. sumber daya anggaran .
9. Buse, Kent, et al. Making Health Policy. Britania Raya, McGraw-Hill Education. 2012.
10. N. Aspawati et al. Studi Kualitatif: Implementasi Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Dinas Kesehatan. Jurnal 'Aisyiah Medika. 2022 Feb. [Online]. Available: <https://doi.org/10.36729>
11. M. Mujiati, et al. Kesiapan Manajemen Puskesmas Dalam Menjalankan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) Di Indonesia", Jurnal Ekologi Kesehatan. 2020 September 19;2. doi: 10.22435/jek.v19i2.2931.
12. Syahrudin, Implementasi Kebijakan Publik: Konsep, Teori dan Studi Kasus. Nusamedia, 2019. [Online]. Available: <https://books.google.co.id/books?id=agNUEAAAQBAJ>
13. Mansur Jumria. Implementasi Konsep Pelaksanaan Kebijakan dalam Publik. Jurnal Ekonomi Islam. 2021 Desember.
14. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Buku_Monitoring_dan_Evaluasi_PIS_PK. Indonesia. 2017
15. Susilawati MD et al. Peran Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di Lima Provinsi, Indonesia. Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan. 2020 May 7;13–22.
16. R. Yunika Andalia, et al. Analisis Faktor Implementasi Program PIS-PK Di Puskesmas Gading Padang Lawas Tahun 2020. Jurnal Inovasi Kesehatan Masyarakat.. 2020 Oktober