

Evaluasi Sistem Pencatatan Dan Pelaporan Dalam Implementasi Program PONE D Di Kabupaten Purbalingga

Evaluation Of The Recording And Reporting System In The Implementation of The PONE D Program In Purbalingga District

Nia Ismiratri¹, Mubasysyir Hasanbasri², Tiara Marthias³

¹Departemen Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada, Jl. Flora No. 1, Bulaksumur, Yogyakarta 55281, Indonesia Email: nia_ismiratri@yahoo.com

Tanggal submiti: 26 Mei 2023; Tanggal penerimaan: 30 September 2023

ABSTRAK

Peningkatan derajat kesehatan akan dapat terwujud apabila terdapat rancangan sistem yang baik. Sistem informasi kesehatan merupakan salah satu komponen dasar di dalam sistem kesehatan karena dari sistem informasi kesehatan akan didapatkan data yang berkualitas, sebagai sumber informasi dan dasar pengambilan keputusan di masing-masing blok atau komponen lain pada sistem kesehatan. Namun, sistem pencatatan dan pelaporan sebagai salah satu instrumen dalam sistem informasi, seringkali menjadi masalah yang dihadapi di berbagai organisasi pelayanan kesehatan, salah satunya pada penyelenggaraan PONE D di Puskesmas dalam rangka percepatan penurunan AKI dan AKB. Secara umum penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi bagaimana pelaksanaan program PONE D di Kabupaten Purbalingga. Tujuan khusus penelitian ini adalah mengevaluasi sistem pencatatan dan pelaporan program PONE D, peran bidan koordinator PONE D, dan penanganan keluhan pelanggan sebagai salah satu alat monitoring dan evaluasi program PONE D. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif yang dilaksanakan di Puskesmas Karangmoncol dan Dinas Kesehatan Kabupaten Purbalingga. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi dan penelusuran dokumen. Hasil penelitian menunjukkan bahwa masih adanya tim PONE D di Puskesmas yang personilnya belum tersertifikasi pelatihan PONE D. Sistem pencatatan dan pelaporan program PONE D di Kabupaten Purbalingga masih dilaksanakan secara manual dan belum dilakukan analisis maupun penyajian secara tertib. Peran bidan koordinator di Puskesmas maupun di Dinas Kesehatan belum berjalan optimal. Mekanisme untuk mendapatkan umpan balik dari pelanggan PONE D sudah dilaksanakan melalui berbagai media, namun belum dilaksanakan analisis umpan balik dari pelanggan untuk menentukan langkah perbaikan yang perlu dilakukan. Kesimpulan yang diperoleh adalah penyelenggaraan PONE D di Kabupaten Purbalingga sudah berjalan, meskipun belum termonitor dan terevaluasi secara tertib. Sistem pencatatan dan pelaporan juga sudah dilaksanakan, namun belum dapat dipastikan kualitas data yang didapatkan, karena belum ada mekanisme yang diatur mengenai analisis dan penyajian data.

Kata kunci: keluhan pelanggan, evaluasi, pencatatan dan pelaporan, Puskesmas PONE D.

ABSTRACT

Health improvement will be realized if there is a good system design. The health information system is one of the basic components of the health system because it provides quality data as a source of information and the basis for decision making in each block or other component of the health system. However, the recording and reporting system, as one of the instruments in the information system, is often a problem faced in various health service organizations, one of which is the implementation of PONE D at Puskesmas in order to accelerate the reduction of MMR and IMR. In general, this study aimed to explore the implementation of the PONE D program in Purbalingga District. The specific objectives of this study were to evaluate the recording and reporting system of the PONE D program, the role of the PONE D coordinator midwife, and the handling of customer complaints as one of the monitoring and evaluation tools of the PONE D program. This research was a descriptive study with a qualitative approach conducted at Karangmoncol Health Center and Purbalingga District Health Office. Data were collected through in-depth interviews, observation and document search. The results showed that there were still PONE D teams at the Puskesmas whose personnel had not been certified in PONE D training. The recording and reporting system of the PONE D program in Purbalingga District is still carried out manually and has not been analyzed or presented in an orderly manner. The role of the coordinating midwife at the Puskesmas and at the Health Office has not been optimal. Mechanisms for obtaining feedback from PONE D customers have been implemented through various media, but customer feedback has not been analyzed to determine the necessary improvement steps. The conclusion is that the implementation of PONE D in Purbalingga District is already underway, although it is not yet monitored and evaluated in an orderly manner. A recording and reporting system has also been implemented, but the quality of the data obtained cannot be ascertained because there is no regulated mechanism for analyzing and presenting the data.

Keywords: customer complaints, evaluation, Puskesmas PONE D, recording and reporting.

PENDAHULUAN

Salah satu aspek yang dipantau dalam mencapai kemakmuran dan pembangunan daerah yaitu indikator Indeks Pembangunan Manusia yang tergambar pada Usia Harapan Hidup. Dimana UHH tersebut diantaranya dipengaruhi oleh Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi. Di Kabupaten Purbalingga, Angka Kematian Ibu pada tahun 2021 sebesar

191.60 per 100.000 kelahiran hidup, sedangkan Angka Kematian Bayi pada tahun 2021 sebesar 9.72 per 1.000 kelahiran hidup.

Sebagai strategi untuk mengatasi permasalahan kesehatan, sejalan dengan WHO yang sebelumnya telah menggambarkan sistem kesehatan dalam sebuah kerangka yang terdiri dari blok-blok sistem (*System Building Blocks*), Kementerian Kesehatan melakukan transformasi sistem kesehatan dengan pendekatan 6 (enam) pilar yang saling berkontribusi. Enam pilar tersebut yaitu transformasi layanan primer, transformasi layanan rujukan, transformasi sistem ketahanan kesehatan, transformasi pembiayaan kesehatan, transformasi SDM Kesehatan, dan transformasi teknologi kesehatan.

Menurut Clarkson, et.al. (2018), pelayanan kesehatan adalah produk dari sebuah sistem yang kompleks dimana melibatkan sumber daya, baik sumber daya manusia maupun sumber daya lainnya, melibatkan berbagai proses, dan institusi yang saling berkaitan. Artinya, bahwa pendekatan yang digunakan untuk menyelesaikan masalah yaitu dengan melihat bahwa masalah yang muncul merupakan bagian dari sistem yang luas dan dinamis (WHO, 2009).

Salah satu upaya yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Purbalingga untuk mengatasi masalah kematian ibu dan kematian bayi yakni dengan menyelenggarakan layanan kesehatan melalui program PONED (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar). Program PONED adalah upaya penanganan obstetri dan neonatal emergensi dasar yang dilaksanakan di Puskesmas rawat inap yang memenuhi kriteria tertentu sesuai ketentuan yang telah ditetapkan. Program PONED dilaksanakan dalam 24 jam sehari dan 7 hari seminggu dalam rangka memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Untuk memastikan program PONED berjalan optimal, maka perlu dilakukan manajemen program PONED. Salah satu upaya manajemen dalam program PONED diantaranya adalah pelaksanaan monitoring dan

evaluasi. Pelaksanaan monitoring diperlukan untuk mendapatkan informasi yang akurat sebagai bahan pertimbangan pengambilan keputusan, mendorong akuntabilitas, dan menyediakan informasi dasar untuk pelaksanaan evaluasi (Mahendradhata, 2019). Kegiatan monitoring dan evaluasi antara lain terdiri dari pencatatan dan pelaporan program PONED dari Puskesmas oleh Dinas Kesehatan Kabupaten.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Intan Risan Sari (2016) menyatakan bahwa pencatatan dan pelaporan Puskesmas pada program KIA kurang terdokumentasi dengan baik dikarenakan pelaporan yang tidak tepat waktu. Yudhy Dharmawan (2015) juga mengatakan bahwa pencatatan bila dilaksanakan secara lengkap dan tepat waktu maka gambaran status kesehatan ibu dan anak dapat diketahui, sehingga dapat mendeteksi masalah sedini mungkin dan dapat dilakukan tindakan antisipasi atau pencegahan yang diperlukan.

Di samping itu, berdasarkan hasil pemantauan kinerja PONED serta berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan, pencatatan dan pelaporan dari program PONED belum dilaksanakan secara optimal. Karena pengolahan dan penyajian data belum optimal, maka berakibat kepada tidak terlihatnya masalah atau kesenjangan dengan jelas. Oleh karena itu, untuk memperbaiki sistem informasi tersebut, maka dibutuhkan perbaikan sistem pencatatan dan pelaporan untuk menghasilkan sebuah data dan informasi yang baik. Dengan demikian, diharapkan bidan koordinator program PONED di Puskesmas maupun Dinas Kesehatan akan dapat memberikan sebuah *evidence based* yang dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan pengambilan keputusan dalam mengatasi masalah kesehatan, khususnya masalah kesehatan maternal dan neonatal. Selain itu, dalam mengambil keputusan, bahan pertimbangan lain yang diperlukan adalah *feedback* dari masyarakat sebagai pengguna layanan. Maka penanganan keluhan pelanggan sangat diperlukan untuk mengidentifikasi masalah sehingga akan didapatkan berbagai alternatif solusi, penentuan solusi, hingga penyelesaian keluhan dari layanan yang diberikan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif yang lebih terfokus pada proses dan melihat variasi yang terjadi. Sedangkan desain penelitian ini merupakan penelitian deskriptif. Penelitian dilaksanakan di Puskesmas Karangmoncol dan

Dinas Kesehatan Kabupaten Purbalingga. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi dan penelusuran dokumen. Subjek penelitian ini adalah 10 orang yang terdiri dari 4 orang informan utama yakni supir ambulans Puskesmas Karangmoncol, Bidan Koordinator PONEP Puskesmas Karangmoncol, Dokter Penanggung Jawab Program PONEP Puskesmas Karangmoncol, dan Kepala UPTD Puskesmas Karangmoncol. Dan 6 orang informan triangulasi yakni Bidan Koordinator PONEP Dinas Kesehatan, Sub Koordinator Kesehatan Keluarga dan Gizi, Kepala Bidang Kesehatan Masyarakat, Sub Koordinator Pelayanan Kesehatan dan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan dan Sumber Daya Manusia Kesehatan, serta Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Purbalingga

HASIL DAN PEMBAHASAN

Input

Puskesmas PONEP adalah Puskesmas rawat inap yang mampu menyelenggarakan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi tingkat dasar dalam 24 jam sehari dan 7 hari seminggu. Karena program ini bertujuan untuk meningkatkan akses maternal dan neonatal melalui penanganan komplikasi pada ibu hamil dan bayi baru lahir, maka Puskesmas PONEP harus memenuhi beberapa kriteria yang telah ditetapkan, antara lain memiliki tim inti PONEP yang terdiri dari Dokter, Perawat, dan Bidan yang sudah terlatih dan memiliki sertifikat kompetensi PONEP.

Dalam penyelenggaraannya, penanggung jawab program PONEP yaitu bidan koordinator PONEP yang memiliki peran penting dalam manajerial program, yakni mulai dari perencanaan, pengorganisasian, penggerakan dan pengawasan. Sebagaimana tercantum dalam Buku Pedoman Bidan Koordinator yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan, salah satu fungsi bidan koordinator pada aspek perencanaan yaitu mengidentifikasi potensi dan permasalahan manajemen program berdasarkan hasil pencatatan dan pelaporan. Selanjutnya fungsi bidan pada aspek pelaksanaan yaitu berperan sebagai penyelia untuk membantu memecahkan masalah serta turut membina dan mengarahkan bidan di wilayah kerjanya. Fungsi atau peran bidan lainnya adalah pada aspek monitoring dan evaluasi yang bertujuan untuk menilai tingkat capaian program berdasarkan hasil pencatatan dan pelaporan dengan menggunakan indikator yang telah ditetapkan sebelumnya.

Oleh sebab itu, dapat disimpulkan bahwa dalam penyelenggaraan PONEP sangat dibutuhkan bidan yang memiliki kompetensi atau yang sudah mengikuti pelatihan PONEP. Berdasarkan hasil penelitian, masih terdapat tim inti PONEP yang belum mengikuti pelatihan sehingga belum memiliki sertifikat PONEP. Hal ini disebabkan karena adanya rotasi pegawai fungsional serta belum adanya anggaran yang dialokasikan untuk pelatihan tim PONEP. Sehingga, perencanaan yang baik dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan sangat diperlukan, karena suatu pelatihan tidak dapat dilaksanakan secara instan. Perencanaan pelatihan harus disusun secara matang dan komprehensif dan perlu melibatkan berbagai pemangku kepentingan agar implementasi hasil pelatihan dapat dilaksanakan dengan optimal (Sopacua, 2007).

Proses

Program PONEP merupakan salah satu program di Puskesmas yang diselenggarakan untuk melakukan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal emergensi dalam upaya percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Pencegahan kematian ibu dan bayi membutuhkan pemantauan dan intervensi yang intensif dari Dinas Kesehatan yang bertugas sebagai pengawas unit pelaksana teknis di daerah (Sari, 2016).

Pemantauan atau monitoring serta evaluasi dari Dinas Kesehatan merupakan suatu bentuk manajemen untuk mendapatkan sumber informasi berdasarkan hasil pencatatan dan pelaporan yang dilakukan Puskesmas sebagai unit pelaksana teknis pelayanan kesehatan. Menurut Kanjo (2011), keberhasilan dalam mendapatkan sumber informasi dalam program kesehatan tergantung pada beberapa faktor yang mempengaruhi, baik faktor internal maupun eksternal. Yang mencakup faktor internal yaitu yang termasuk dalam lingkungan organisasi, sedangkan yang termasuk faktor eksternal adalah faktor-faktor yang dari lingkungan luar organisasi seperti faktor politik dan hukum, sosial budaya, demografi, juga kebijakan yang ada.

Pelaksanaan pencatatan dan pelaporan dari Puskesmas PONEP kepada Dinas Kesehatan Purbalingga dilaksanakan secara manual, dimulai dari penghimpunan data sampai pada pengiriman data, sehingga seringkali terjadi keterlambatan pelaporan bahkan tidak melaporkan data dari program kesehatan terkait. Hal ini menyebabkan tujuan pencatatan dan pelaporan tidak tercapai.

Output

Output atau produk dari sistem pencatatan dan pelaporan adalah berupa informasi. WHO (2000) menyebutkan bahwa untuk meningkatkan pelayanan kesehatan secara efektif dan efisien diperlukan sistem informasi yang terintegrasi, dari pengumpulan data, pengolahan, pelaporan, dan pemanfaatan informasi. Informasi yang dihasilkan dari sistem pencatatan dan pelaporan yang efektif dapat digunakan sebagai alat pantau kinerja serta kualitas atas layanan yang diberikan. Di samping itu, informasi tersebut dapat digunakan sebagai *evidence based* dalam menetapkan sebuah kebijakan (Sharma, et.al., 2016).

Dari penelitian yang dilakukan, terungkap bahwa output dari sistem pencatatan dan pelaporan tidak terdokumentasi dengan baik, karena seringkali terjadi keterlambatan pelaporan serta tidak dilakukan analisis lebih lanjut. Oleh karena itu diperlukan kebijakan mengenai sistem pencatatan dan pelaporan sehingga data tersebut dapat digunakan sebagai sumber informasi yang akurat, seperti yang dikatakan oleh Putri, dkk (2019) bahwa penghimpunan data, pengiriman data atau informasi, hingga pengkajian atau analisis data merupakan prosedur di dalam pengelolaan sistem informasi kesehatan untuk keperluan penatalaksanaan pelayanan kesehatan.

Feedback

Dalam siklus evaluasi, terdapat tahapan dilakukan pengawasan terhadap *output* yang dihasilkan. Dari *output* inilah yang pada suatu sistem selanjutnya akan dihubungkan kembali kepada komponen *input*. Dengan demikian maka akan terbentuk interaksi antara komponen dalam sistem tersebut atau disebut *feedback*. Melalui siklus input, proses, output, dan feedback maka diharapkan akan memberikan pengaruh yang kuat dalam pengembangan strategi (Willis, et.al., 2012).

Umpan Balik Pelanggan

Sistem pencatatan dan pelaporan dilaksanakan bertujuan untuk memonitor dan mengevaluasi secara sistematis terkait relevansi, efektivitas maupun efisiensi dari program kesehatan. Teknik monitoring dan evaluasi dapat juga dilakukan dengan memanfaatkan *feedback* dari pelanggan, baik pelanggan internal maupun pelanggan eksternal.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan, prosedur untuk mendapatkan umpan balik dari pelanggan telah dilaksanakan, namun tidak

ada mekanisme analisis umpan balik dari pelanggan secara rutin dan kontinyu. Hal ini dapat berdampak terhadap ketidakberhasilan rencana perawatan yang telah disepakati, kepatuhan pasien terhadap pengobatan yang dilakukan, atau bahkan berdampak pada menurunnya jumlah kunjungan pasien yang disebabkan karena pasien memutuskan untuk pindah layanan kesehatan lainnya.

Menurut Fabijan, et.al. (2015), meskipun terdapat mekanisme pengumpulan umpan balik dari pelanggan, namun jika tidak diikuti dengan mekanisme tentang bagaimana hasil umpan balik tersebut diolah atau dianalisis, maka hubungan yang terjadi antara pelanggan dan manajemen adalah hubungan yang lemah. Artinya organisasi tidak mengetahui prioritas penanganan masalah di dalam manajemen. Terlebih di masa sekarang sudah banyak pemanfaatan teknologi yang dapat digunakan untuk memecahkan masalah atau mengambil kebijakan dengan melibatkan pelanggan dengan prosedur yang lebih sederhana.

KESIMPULAN

Berdasarkan uraian hasil dan pembahasan tersebut di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa sistem pencatatan dan pelaporan program PONED di Kabupaten Purbalingga belum berjalan dengan optimal. Dengan demikian, kebijakan atau penatalaksanaan pelayanan serta sistem pencatatan dan pelaporan program PONED tidak berdasarkan basis data yang akurat. Di samping itu, untuk mengoptimalkan sistem pencatatan dan pelaporan program PONED, maka diperlukan penguatan dari setiap komponen yang ada di dalam sistem, dari input, proses, output, hingga pemanfaatan feedback.

UCAPAN TERIMA KASIH

Kami ucapkan terima kasih kepada semua informan serta seluruh pihak yang terlibat dan membantu pelaksanaan studi dan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Amrillah, V.A.F.M. 2016. Analisis Pelaksanaan Sistem Pelayanan Obstetri dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di Puskesmas Sitanggal Kabupaten Brebes Tahun 2016. Semarang : FKM Universitas Diponegoro.
- Bappenas, K. P., 2017. *sdgs.bappenas.go.id*. [Online] Available at: <https://sdgs.bappenas.go.id/perpres-no-59-tahun-2017-tentang-sdgs->

- dan-tindak- lanjutnya/[Accessed 10 Agustus 2022].
- Caceres, S.A., Yin, R., Tyrrell, A., Gaubatz, J.H. and Williams, S., 2016. *Introducing a Framework for Evaluating Service Delivery in Sector Evaluations*.
- Clarkson, John et.al. (2018) 'A systems approach to healthcare: from thinking to practice', *Future Healthcare Journal*, 5(3), pp. 151–155.
- De Savigny, D. and Adam, T. eds., 2009. *Systems thinking for health systems strengthening*. World Health Organization.
- Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat. 2008. *Pedoman Bidan Koordinator*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI.
- Dlodlo, N. and Hamunyela, S., 2017. *The status of integration of health information Systems in Namibia*. *Electronic Journal of Information Systems Evaluation*, 20(2), pp.pp61-75.
- Fabijan, A., Olsson, H.H. and Bosch, J., 2015. Customer feedback and data collection techniques in software R&D: a literature review. In *Software Business: 6th International Conference, ICSOB 2015, Braga, Portugal, June 10-12, 2015, Proceedings 6* (pp. 139-153). Springer International Publishing.
- Hidayat, F., 2020. *Konsep Dasar Sistem Informasi Dasar*. Deepublish.
- Jaya, S.T., Husin, F. and Effendi, J.S., 2019. Hubungan Sumber Daya Manusia, Sarana Prasarana, Komunikasi PONEP–PONEK, dan Standar Operasional Prosedur dengan Syarat dan Persiapan Rujukan Puskesmas PONEP. *Jurnal Kesehatan Prima*, 13(1), pp.41-50.
- Kamalia, L. O., 2021. *Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan.. Bandung: Media Sains Indonesia*.
- Kanjo, C., 2011. Pragmatism or policy: Implications on health information systems success. *The Electronic Journal of Information Systems in Developing Countries*, 48(1), pp.1- 20.
- Keputusan Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan Nomor HK. 02.03/II/1911/2013. *Pedoman Penyelenggaraan Puskesmas Mampu PONEP*. 2013. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Kurniati, Desak Putu Yuli. 2016. *Bahan Ajar Perencanaan dan Evaluasi Program Promosi Kesehatan*. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Udayana.
- Lippeveld, T., Sauerborn, R., Bodart, C. and World Health Organization, 2000. *Design and implementation of health information systems*. World Health Organization.
- Longest, Beaufort B., Jr. 2004. *Managing Health Programs and Projects*. San Fransisco : Jossey-Bass.
- Mahendradhata, Y. et al., 2022. *Manajemen Program Kesehatan*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Ngoma, C.A. and Igira, F.T., 2012. *Contradictions in collecting and recording maternal health data at the community level: A case study from two districts in Tanzania*. *Journal of Health Informatics in Developing Countries*, 6(2), pp.509-520.
- Nikolopoulou, Kassiani. 2022. <https://www.scribbr.com/methodology/purposive-sampling/>. Diakses tanggal 12 September 2022.
- Nolte, E. and McKee, M., 2008. *EBOOK: Caring for People With Chronic Conditions: A Health System Perspective*. McGraw-Hill Education (UK).
- Permatasari, Putri. 2021. *Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan*. Yogyakarta : Deepublish.
- Permenkes Nomor 31 Tahun 2019 tentang Sistem Informasi Puskesmas. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Permenkes Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020. 2021. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Profil Kesehatan Provinsi Jawa Tengah Tahun 2020. 2021. Semarang : Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah.
- Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia. 2013. *Peran dan Fungsi Bidan*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Putri, S.I., ST, S., Akbar, P.S. and ST, S., 2019. *Sistem Informasi Kesehatan*. Uwais Inspirasi Indonesia.
- Rijali, Ahmad. 2018. *Analisis Data Kualitatif*. UIN Antasari Banjarmasin : Vol. 17 No.33 Januari-Juni 2018.
- Risky, Sartini. 2022. *Upaya Penataan Sistem Rujukan Kesehatan yang Efektif dan Terstruktur di Sulawesi Tenggara*. Bandung : Media Sains Indonesia
- Rispel, L.C., Peltzer, K., Nkomo, N. and Molomo, B., 2010. *Evaluating An HIV And AIDS Community Training Partnership Program In Five Diamond Mining Communities In South Africa*. *Evaluation and Program Planning*, 33(4), pp.394-402.
- Sari, I.R. and Nugraha, F., 2016. *Sistem Informasi Pencatatan Dan Pelaporan Puskesmas*

- Program Kesehatan Ibu Dan Anak Pada Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus. *Simetris: Jurnal Teknik Mesin, Elektro dan Ilmu Komputer*, 7(1), pp.251-256.
- Sharma, A., Rana, S.K., Prinja, S. and Kumar, R., 2016. *Quality of health management information system for maternal & child health care in Haryana state, India*. PLoS One, 11(2), p.e0148449.
- Sopacua, E. and Budijanto, D., 2007. Opsi-opsi Kebijakan untuk Pelatihan Sumber Daya Manusia Kesehatan: Pembelajaran dari Penelitian Pola Peningkatan Kompetensi Sumber Daya Manusia Dalam Otonomi Daerah Bidang Kesehatan. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 10(04), pp.173-180.
- Tague-Sutcliffe, J.M., 1996. *Some Perspectives On The Evaluation Of Information Retrieval Systems*. *Journal of the American Society for information science*, 47(1), pp.1-3.
- Tumuber, V., Rompas, W. And Pombengi, J., 2018. Penanganan Keluhan Masyarakat Pada Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Kecamatan Pasan Kabupaten Minahasa Tenggara. *Jurnal Administrasi Publik*, 4(58).
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Kebidanan.
- Utarini, Adi. 2020. Tak Kenal Maka Tak Sayang: Penelitian Kualitatif dalam Pelayanan Kesehatan. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.
- Willis, C.D., Riley, B.L., Best, A. and Ongolo-Zogo, P., 2012. Strengthening health systems through networks: the need for measurement and feedback. *Health Policy and Planning*, 27(suppl_4), pp.iv62-iv66.
- World Health Organization. 2021. *Maternal health: fact sheet on Sustainable Development Goals (SDGs): health targets*. [Online] Available at: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2017-2363-42118-58039>[Accessed 12 Agustus 2022].
- Yufrizal, M.R.N., Renaldi, F. and Umbara, F.R., 2017. Sistem informasi pelayanan fasilitas kesehatan tingkat 1 (Puskesmas) terintegrasi Kota Cimahi. Cimahi: Jawa Barat. <https://kebijakankesehatanindonesia.net/20-sistem-kesehatan/79-Memahami-Sistem-Kesehatan>. Diakses tanggal 27 Agustus 2022

Evaluasi Pelaksanaan Program Pencegahan dan Penurunan *Stunting* di Desa Lokus *Stunting* Kabupaten Merangin Tahun 2022

Evaluation of Prevention and Determination Program Implementation *Stunting* in Lokus Village *Stunting* Merangin District in 2022

Fajar Aria Phitra, Nur Indrawati Lipoeto, Husna Yetti

Program Studi Magister S2 Kesehatan Masyarakat,
Fakultas Kedokteran, Universitas Andalas
Jl. Perintis Kemerdekaan No. 94, Jati, Kec. Padang Timur 25127, Padang

Tanggal submisi: 7 Juni 2023; Tanggal penerimaan: 30 September 2023

ABSTRAK

Prevalensi balita *stunting* Kabupaten Merangin berdasarkan SSGI 2022 yaitu sebesar 14,5%. Angka ini sudah mengalami penurunan yaitu 19,7% pada tahun 2021. Untuk mencapai target RPJMD Kabupaten Merangin 2019-2024 pada angka 9% tahun 2024, maka laju penurunan prevalensi *stunting* harus ditingkatkan menjadi 3% per tahun. Target yang masih belum tercapai ini menjadi indikator masih perlu ditingkatkan kembali pelayanan yang diberikan kepada masyarakat melalui evaluasi input, proses dan output pada pelaksanaan program pencegahan dan penurunan *stunting* di desa lokus yang berhasil dan desa yang kurang berhasil menurunkan *stunting*. Penelitian ini merupakan suatu rancangan penelitian kebijakan. Metode penelitian kebijakan yang digunakan adalah metode deskriptif kualitatif dengan pendekatan input, proses dan output dalam evaluasi pelaksanaan program pencegahan dan penurunan *stunting* di desa yang berhasil dan kurang berhasil menggunakan wawancara semi struktur (semi-structure interview) dan telaah dokumen. Hasil : komponen input, diketahui perbup *stunting* masih terdapat kekurangan muatan isi perbup yang mengacu pada perpres nomor 72 tahun 2021. Ketenagaan di tingkat Kabupaten dan desa yang kurang berhasil masih kurang dan desa yang berhasil sudah mencukupi. Alokasi dana di tingkat Kabupaten belum memenuhi amanat dalam perka 12 tahun 2021 sebesar 10% dari APBD, sedangkan Desa yang berhasil dan kurang berhasil sudah memenuhi. Dilihat dari Proporsi anggaran intervensi spesifik jumlahnya jauh lebih rendah dibandingkan dengan intervensi sensitif, padahal intervensi spesifik dan sensitif berkontribusi masing-masing sebesar 70%:30% dalam menurunkan *stunting*. Sarana dan Prasarana, ketersediaan tablet Fe untuk calon pengantin belum dialokasikan pengadaannya. Alat antropometri yang belum tersedia di semua posyandu. Metode, tidak tersedia buku pedoman. Komponen proses, Pelaksanaan konvergensi *stunting* di tingkat kabupaten dan Desa berhasil sudah melaksanakan berdasarkan juknis kemendagri dan perbup *stunting* sedangkan desa yang kurang berhasil belum sepenuhnya mengikuti pedoman. Sedangkan komponen output pada cakupan belum mencapai target yang ditetapkan, dan tahapan belum mengikuti pedoman yang ditetapkan pada desa kurang berhasil.

Kata kunci: Evaluasi, Konvergensi, Program, *Stunting*

ABSTRACT

Prevalence toddler *stunting* Regency Winking based on SSGI 2022 that is as big 14,5%. Number This Already experience decline that is 19,7% on year 2021. For reach RPJMD targets Regency Winking 2019-2024 on number 9% year 2024, so rate decline prevalence *stunting* must improved become 3% per year. target which Still Not yet achieved This become indicator Still need improved return service Which given to public through evaluation *inputs*, process And *output* on implementation program prevention And decline *stunting* in village locus Which succeed And village Which not enough succeed lower *stunting*. This research is a policy research design. The policy research method used is a qualitative descriptive method with approach *inputs*, process And *output* in evaluation implementation program prevention And decline *stunting* in village Which succeed And not enough succeed use interview semi structure (semi-structured interview) And document review. Result: input component, it is known that the *stunting* district government regulation still has a shortage of contents in the regional government regulation which refers to Perpres 72 of 2021. The workforce at the district and village levels is still lacking and successful villages are sufficient. Allocation of funds at the district level has not fulfilled the mandate in Perka 12 of 2021 of 10% of the APBD, while successful and less successful villages have complied. Judging from the proportion of the specific intervention budget, the amount is much lower than the sensitive intervention, even though the specific and sensitive interventions contribute 70%:30% respectively in reducing *stunting*. which is not yet available in all posyandu. method, no manual is available. process components, Whereas component *output* on scope Not yet reach the targets set, and the stages have not followed the guidelines set in the less successful villages.

Keywords: Convergence, Evaluation, Program, *Stunting*

PENDAHULUAN

Stunting merupakan masalah gizi kronis yang masih menjadi permasalahan di dunia kesehatan hingga saat ini, laporan UNICEF, WHO, dan World

Bank mengungkapkan bahwa diperkirakan sebanyak 149,2 juta balita (22%) di dunia mengalami *stunting* pada tahun 2020¹. Di Indonesia, berdasarkan data dari hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) Tahun

2022 diketahui bahwa prevalensi balita *stunting* masih cukup tinggi karena berada pada angka 21,6% atau sebanyak 5,33 juta balita². Jika dibandingkan dari data pada Riskesdas 2007 sampai dengan SSGI 2022, maka total penurunan prevalensi *stunting* hanya sebesar 15,2% (36,8%-21,6%) selama 15 tahun hanya 1,01% per tahunnya.^{2,3} Hal tersebut menunjukkan rendahnya capaian dalam penurunan *stunting*. Sedangkan pemerintah pusat menargetkan di akhir periode RPJMN 2020-2024 sebesar 14%.

Upaya Pemerintah Indonesia dengan meluncurkan Starnas Stunting Periode 2018-2024. Untuk memperkuat komitmen pemerintah, pemerintah menerbitkan Perpres 72 tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting* yang sekaligus menjadi payung hukum bagi starnas *stunting* yang sudah dilakukan sejak tahun 2018. Dalam pelaksanaan Stranas Percepatan Penurunan *Stunting*, disusun rencana aksi nasional melalui Peraturan BKKBN Nomor 12 tahun 2021 tentang Rencana Aksi Nasional Percepatan Penurunan Angka *Stunting* Indonesia (RAN PASTI) Tahun 2021- 2024.

Untuk Provinsi Jambi prevalensi *stunting* menurun sebesar 2,8% (20,8-18) dalam 4 tahun atau rata-rata penurunan per tahun sebesar 0,7%, sedangkan Kabupaten Merangin menurun sebesar 1,5% (16-14,5%) dalam 4 tahun atau rata-rata penurunan sebesar 0,375% pertahun. Laju penurunan cakupan *stunting* harus ditingkatkan menjadi 3% per tahun, untuk mencapai target 9% pada akhir periode RPJMD Kab. Merangin 2024.

Kelemahan dari program pencegahan dan penurunan *stunting* yaitu 1) Implementasi program *stunting* yang belum terkonvergensi dengan baik, 2) Pembiayaan program yang terbatas, 3) Pelaksanaan tugas dan fungsi masing-masing aktor pelaksana belum optimal, 4) Fungsi pengawasan program yang belum berjalan dengan baik, 5) Minimnya program inovasi untuk mendorong percepatan penanggulangan *stunting* di kabupaten maupun masyarakat, 6) Implementasi program tidak sampai ke masyarakat lokus *stunting*⁴. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti didapatkan bahwa peran dan fungsi masing-masing petugas pelaksanaan belum optimal dikarenakan TPPS dan Rumah Desa Sehat (RDS) belum terbentuk, yang dijalankan selama ini hanya pengisian kartu *scorecard* atau kartu / formulir penilaian konvergensi *stunting* sebagai bahan pelengkap persyaratan dalam pencairan dana desa dan diketahui implementasi program *stunting* yang belum terkonvergensi dengan

baik dikarenakan pelaksanaan 8 (delapan) aksi konvergensi *stunting* masih banyak diintervensi dan dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan dan peran lintas sektor yang masih kurang.

Berdasarkan publikasi data *stunting* Kabupaten Merangin tahun 2022, dari 39 desa lokus *stunting*, desa yang trend jumlah kasus *stunting*nya meningkat yaitu Desa Muara Jernih dan desa yang trend kasus *stunting*nya menurun secara konsisten dalam 3 tahun terakhir adalah Desa Muara Delang⁵, ini menunjukkan bahwa program pencegahan dan penurunan *stunting* ada yang berhasil dan kurang berhasil menurunkan *stunting*. Oleh karena itu, perlu dilakukan evaluasi program pencegahan dan penurunan *stunting* di Desa yang berhasil dengan desa kurang berhasil menurunkan *stunting* di desa lokus *stunting* Kabupaten Merangin tahun 2022.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan suatu rancangan penelitian kebijakan. penelitian kebijakan adalah proses penyelenggaraan penelitian untuk mengetahui kebijakan atau analisis terhadap masalah-masalah sosial yang bersifat fundamental secara teratur untuk membantu pengambil kebijakan memecahkan dengan jalan menyediakan rekomendasi yang berorientasi pada tindakan⁶.

Metode penelitian kebijakan yang digunakan adalah metode deskriptif kualitatif untuk menggambarkan kondisi pelaksanaan program pencegahan dan penurunan *stunting* dilihat dari unsur *Input*, *Proses* dan *Output* di desa yang berhasil menurunkan jumlah kasus *stunting* dengan desa yang kurang berhasil menurunkan jumlah kasus *stunting* dilihat dari trend jumlah kasus *stunting* dalam tiga tahun terakhir di desa lokus *stunting* Kabupaten Merangin tahun 2022.

Jumlah Informan sebanyak 34 orang yang diambil berdasarkan asas kesesuaian dan kecukupan. Tempat penelitian : Dinas Kesehatan, Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana, Bappeda, Dinas DPMD, Kecamatan Tabir Ulu dan Tabir Selatan, Puskesmas Muara Jernih dan Muara Delang dan Desa Muara Jernih dan Muara Delang

HASIL DAN PEMBAHASAN

Komponen Input

1) Kebijakan

Kebijakan *stunting* di Kabupaten Merangin mengacu pada Perpres 72 tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan *Stunting*, Kepala (PerKa)

BKKBN nomor 12 tahun 2021 tentang RAN PASTI, Juknis Sibangda Kemendagri tentang 8 (aksi) konvergensi *stunting* Kabupaten/kota, Perbup nomor 91 tahun 2022 tentang Percepatan Pencegahan dan Penurunan *Stunting* terintegrasi di Kabupaten Merangin, Perbup 21 tahun 2021 tentang peran desa dalam pencegahan dan penurunan *stunting* di Kabupaten Merangin.

Sejalan dengan penelitian Fitrauni et al (2021) menunjukkan bahwa telah tersedianya regulasi berupa Peraturan Bupati Sigi Nomor 14 Tahun 2020 tentang Percepatan Penurunan *Stunting*, Hasil ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Iqbal & Yusran (2021) di Kota Padang, pemerintah Kota Padang belum memiliki peraturan khusus untuk pencegahan *stunting* (Iqbal & Yusran, 2021).

Jika mengacu pada buku pedoman pelaksanaan 8 (delapan) aksi konvergensi *stunting* ruang lingkup peraturan Bupati sekurang-kurangnya memuat: 1) Target tahunan penurunan prevalensi *stunting* di Kabupaten/kota; 2) Intervensi gizi spesifik dan sensitif : memenuhi target cakupan layanan dalam lampiran perpres 72/2021 dalam APBD dan APBDes; 3) Peran Kecamatan dan Desa/Kelurahan (termasuk di dalamnya peran TPPS Kecamatan dan TPPS Desa/Kelurahan); 4) Skema insentif pelaku penurunan prevalensi *stunting* pelaku desa/kelurahan.; 5) Meningkatkan alokasi APBD dan APBDes dari tahun sebelumnya untuk program kegiatan percepatan penurunan *Stunting*; 6) Koordinasi lintas sektor dan tenaga pendamping program; 7) Peran Kelembagaan masyarakat desa; 8) Kampanye publik dan kampanye perubahan perilaku⁷.

Akan tetapi dalam peraturan Bupati Merangin nomor 91 tahun 2022 tentang *stunting* belum memuat target tahunan dalam intervensi gizi spesifik dan sensitif, skema pemberian insentif bagi petugas desa yang bekerja dalam upaya penurunan *stunting* seperti kader KPM dan TPK di desa, Besaran proporsi anggaran dalam APBDes dan APBD dalam penanganan *stunting* dan alur koordinasi lintas sektor dengan pendamping program.

2) SDM

Ketersediaan sumber daya manusia di OPD yang menangani *stunting* masih kekurangan tenaga pelaksana. Pada puskesmas dengan wilayah kerja desa yang berhasil sudah mencukupi. Namun petugas gizi rangkap jabatan sebagai bendahara

puskesmas. Sedangkan pada Puskesmas Desa Kurang Berhasil masih kekurangan tenaga gizi karena mutasi pegawai, pekerjaannya dilakukan oleh bidan sebagai koordinator gizi puskesmas dan belum pernah melakukan penguatan kapasitas petugas baik petugas puskesmas maupun petugas desa.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Arumsari et al, (2022) di Puskesmas yang berada di Kabupaten Demak menyebutkan bahwa masih mengalami kekurangan petugas pelaksana program *stunting*⁸. Selain itu, penelitian lain juga menyebutkan hal yang sama bahwa masih kekurangan petugas yang ahli di bidangnya khususnya tenaga gizi⁹⁻¹¹. Hasil ini juga sejalan dengan penelitian di puskesmas di daerah Kabupaten Pematang menyebutkan masih kurangnya pengalaman pada petugas yang ada¹².

3) Alokasi Dana

a) Kecukupan Dana

Alokasi dana program pencegahan dan penurunan *stunting* di Kabupaten Merangin tahun 2022 secara keseluruhan belum mencukupi karena belum mencapai 10% yaitu sebesar 5,01% dari total APBD Kab. Merangin tahun 2022 yang bersumber dari APBD, BOK, DAK Fisik dan Non Fisik. Artinya anggaran *stunting* belum memenuhi amanat Perka BKKBN nomor 12 tahun 2021 tentang Rencana Aksi Nasional Percepatan Penurunan Angka *Stunting* Indonesia (RAN PASTI) yaitu 10% dari total APBD. Sedangkan, dari dana desa yang berhasil menurunkan *stunting* menganggarkan dana untuk program *stunting* sebesar Rp 381.512.800,- atau sebesar 20,06% dari total APBDes Desa Muara Delang sebesar Rp. 1.901.035.867,- Sedangkan dari dana desa yang kurang berhasil menurunkan *stunting* menganggarkan dana bidang kesehatan termasuk kegiatan program *stunting* sebesar Rp. 342.730.400,- atau sebesar 21,59% dari total APBDes Desa Muara Jernih sebesar Rp. 1.587.331.958,-. Artinya Anggaran *stunting* sudah memenuhi amanat Perka BKKBN nomor 12 tahun 2021 tentang Rencana Aksi Nasional Percepatan Penurunan Angka *Stunting* Indonesia yaitu 10% dari total APBDes.

Hal ini senada dengan penelitian Muthia et al., 2019; Khoeroh & Indriyanti, 2017; Pradana et al., 2022; dan Priharwanti, 2022 menyatakan bahwa puskesmas mendapatkan dana dari Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) yang disalurkan oleh Dinas Kesehatan⁹⁻¹². Selain itu, penelitian yang dilakukan di puskesmas daerah

Kabupaten Demak juga menambahkan bahwa mendapatkan pendanaan dari dana desa¹³.

b) Proporsi Anggaran Intervensi Spesifik dan Sensitif

Ketersediaan dana untuk intervensi spesifik dan sensitif di Kabupaten Merangin dilihat dari proporsi anggaran untuk intervensi spesifik jumlahnya jauh lebih rendah dibandingkan dengan intervensi sensitif. Dengan jumlah intervensi spesifik sebesar Rp. 3.287.299.170,- (4,75%) sedangkan untuk intervensi sensitif sebesar Rp. 63.956.418.015,- (92,39%) dan untuk koordinasi, pendampingan dan bimbingan teknis sebesar Rp. 1.983.640.000,- (2,87%). Untuk desa yang berhasil intervensi spesifik sebesar Rp. 174.733.300,- (45,80%) dan intervensi sensitif sebesar Rp. 206.779.500,- (54,20%). Sedangkan untuk untuk desa yang kurang berhasil intervensi spesifik sebesar Rp. 164.730.400,- (48,06%) dan intervensi sensitif sebesar Rp. 178.000.000,- (51,94%). Padahal, jika dilihat dari proporsinya, intervensi spesifik dan sensitif berkontribusi masing-masing sebesar 70%:30% dalam menurunkan *stunting*.¹⁴

c) Dana Operasional Petugas

Ketersediaan anggaran operasional petugas pada kabupaten Merangin sudah tersedia dan mencukupi untuk pelaksanaan 8 (delapan) aksi konvergensi *stunting* begitu juga OPD terkait untuk koordinasi petugas. Dalam dokumen DPA dinas Kesehatan untuk operasional petugas dalam rangka 8 (delapan) aksi konvergensi *stunting* tingkat Kabupaten Merangin yaitu dengan total dana Rp. 489.883.000,-, DPA Dinas Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana pada kegiatan rapat koordinasi dan konsultasi petugas sebesar Rp. 151.638.600,- dan dana operasional kader dalam kegiatan pergerakan kader Institusi Masyarakat pedesaan sebesar Rp. 1.032.000.000,- untuk 860 kader KB sebanyak 8 kali turun ke lapangan.

Pada Dokumen Pelaksana Anggaran (DPA) Puskesmas yang berhasil pada kegiatan upaya perbaikan gizi masyarakat di dapatkan anggaran sebesar Rp. 107.620.000,- dengan jumlah turun ke desa lebih dari 52 kali dalam 1 tahun di setiap desa . untuk operasional petugas turun ke lapangan. Sedangkan pada DPA Puskesmas yang kurang berhasil pada kegiatan upaya perbaikan gizi masyarakat didapatkan anggaran sebesar Rp. 93.540.000,- dengan jumlah turun ke desa lebih dari 52 kali dalam 1 tahun di setiap desa. untuk operasional petugas turun ke lapangan.

Kemudian dari APBDes Desa yang berhasil didapatkan anggaran insentif petugas dalam rangka kegiatan penyelenggaraan posyandu sebesar Rp. 25.950.000,-. Sedangkan pada Desa yang kurang berhasil didapatkan anggaran insentif petugas dalam rangka kegiatan penyelenggaraan posyandu sebesar Rp. 15.129.360,-

4) Sarana dan Prasarana

a) Ketersediaan Suplemen pendukung program *stunting*

Ketersediaan suplemen pendukung program *stunting* seperti TTD, Vitamin A dan zinc secara keseluruhan mencukupi. Namun untuk persediaan tablet tambah darah program *stunting* masih kurang dikarenakan sasaran calon pengantin belum masuk dalam perhitungan perencanaan obat yang ada. Masih menggunakan sasaran tablet tambah darah untuk remaja putri baik pada desa yang berhasil maupun yang kurang berhasil.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Arumsari et al, (2022) di Puskesmas yang berada di Kabupaten Demak menyebutkan bahwa sebagian besar ketersediaan obat dan vitamin untuk penunjang program *stunting* mampu dipenuhi oleh Dinas Kesehatan, yaitu vitamin A dan obat cacing¹³. Hal ini sejalan dengan penelitian di puskesmas lain yang menyebutkan bahwa kebutuhan obat-obatan dan vitamin telah dipenuhi dengan baik⁹⁻¹².

b) Ketersediaan Antropometri

Ketersediaan antropometri puskesmas Se-Kabupaten Merangin untuk puskesmas sudah mencukupi akan tetapi, untuk posyandu masih kekurangan baru tersedia sebanyak 195 set dari total posyandu 432 posyandu. Sedangkan untuk desa yang berhasil. Ketersediaan antropometri sudah mencukupi semua posyandu yaitu 36 antropometri. Sebaliknya untuk desa yang kurang berhasil mempunyai 6 alat antropometri dengan jumlah posyandu sebanyak 12 posyandu, berarti masih kurang 6 posyandu yang belum memiliki antropometri. Oleh karena itu, pemenuhan alat antropometri harus segera diadakan mengingat bahwa penilaian status gizi anak dan tren pertumbuhan anak dilakukan melalui pengukuran menggunakan alat standar antropometri sebagai acuan bagi tenaga kesehatan, pengelola program, dan para pemangku kepentingan sesuai dengan amanat dalam peraturan Menteri Kesehatan nomor 2 tahun 2020 tentang standar antropometri anak.¹⁵

c) Ketersediaan PMT bagi ibu hamil dan Balita

Ketersediaan PMT ibu hamil dan PMT balita di Kabupaten Merangin sudah tersedia melalui bantuan dari Kemenkes yaitu Biskuit PMT bumil dan Balita. Sedangkan Untuk di Puskesmas tidak dapat menganggarkan PMT karena tidak sesuai dengan juknis BOK. Untuk di desa yang berhasil dan kurang berhasil tersedia PMT berbahan pangan lokal saat posyandu dan juga untuk intervensi bumil KEK dan Balita gizi kurang / buruk yang dibiayai melalui APBDes yang penyediaan formula F100 dan F75 didampingi oleh petugas gizi puskesmas.

Penelitian ini sejalan dengan penelitian Jayadi Y., I., et al (2021) bahan makanan tambahan yang diberikan untuk balita di empat puskesmas Kabupaten Gowa merupakan bahan makanan yang mengandung vitamin dan mineral dalam bentuk biskuit yang dibagikan tiap bulan¹⁶.

d) Ketersediaan Media Promosi

Ketersediaan media promosi dalam pelaksanaan program pencegahan dan penurunan *stunting* seperti *leaflet*, brosur, spanduk, poster di Kabupaten Merangin sudah tersedia melalui Seksi Promkes Dinas Kesehatan Kab. Merangin. Sedangkan Di Kecamatan dan desa yang kurang berhasil belum memadai karena hanya ada beberapa *leaflet* yang dicetak disebabkan dana yang tidak mencukupi. Sehingga pengarahannya hanya secara lisan saja. Sebaliknya pada kecamatan dan desa yang berhasil sudah memadai.

Media promosi kesehatan seperti *leaflet*, brosur, lembar balik, buku saku, *banner*, poster, *billboard*, spot tv. Sarana ini akan digunakan ketika melakukan penyuluhan. Menurut penelitian Sewa et al., (2019) mengungkapkan bahwa ada pengaruh promosi kesehatan terhadap pengetahuan dan sikap dengan tindakan pencegahan *stunting* oleh kader posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas Bailang Kota Manado.¹⁸

5) Metode

a) Ketersediaan buku pedoman

Buku pedoman pelaksanaan penurunan *stunting* terintegrasi dan buku surveilan gizi sudah ada diberikan dalam bentuk file dan buku kepada petugas gizi di Puskesmas pada tahun 2021 sebanyak 1 per Puskesmas, untuk saat ini belum ada karena buku masih sama. Pada desa yang berhasil dan desa yang kurang berhasil tidak ditemukan buku pedoman karena sudah sering pindah ruangan jadi buku tidak dapat ditemukan

lagi karena puskesmas sedang di renovasi dan bangun baru, jadi sering pindah ruangan.

Sosialisasi buku pedoman diberikan kepada petugas gizi Puskesmas sudah pernah dilakukan di Dinas Kesehatan sebanyak 3 kali dalam setahun yang digabung dengan sosialisasi program AKI dan AKB, saat rembuk *stunting* dan saat lokmin lintas sektor di puskesmas. Sosialisasi secara khusus memang tidak ada dilakukan karena keterbatasan dana dan waktu. Pada desa yang berhasil dan kurang berhasil sudah mendapatkan sosialisasi baik saat pertemuan program gizi di dinas kesehatan, saat evaluasi program *stunting* di dinkes dan saat rembuk *stunting*. Serta ada lagi saat turun ke lapangan waktu lokmin lintas sektor di puskesmas.

Menurut peneliti pada puskesmas dan desa kurang berhasil belum terlalu memahami tentang tata cara dalam pelaksanaan 8 (delapan) aksi konvergensi *stunting* terintegrasi baik intervensi spesifik maupun sensitif, karena buku pedoman yang diberikan tidak ada, sehingga TPG tidak dapat membaca atau melihat acuan dalam pelaksanaan program. Begitu juga dengan tidak adanya dilakukan sosialisasi khusus tentang buku pedoman, sosialisasi yang dilakukan bersamaan dengan sosialisasi upaya penurunan AKI dan AKB, saat rembuk *stunting* dan saat lokmin lintas sektor di puskesmas, sehingga tidak terlalu fokus terhadap pembahasan program *stunting*, dan informasi yang diperoleh belum maksimal. Sebaiknya ada dilakukan sosialisasi tentang penggunaan buku pedoman yang berkaitan dengan program *stunting* secara khusus, sehingga TPG dapat lebih paham dan mengerti tentang buku pedoman yang menjadi acuan dalam melaksanakan program. TPG yang sudah dilatih tadi dapat melakukan sosialisasi pula di Puskesmas tentang buku pedoman ini, jadi semua tenaga yang ikut dalam pelaksanaan intervensi *stunting* baik spesifik dan sensitif mengerti dalam menggunakan buku pedoman ini. Disamping sosialisasi juga perlu diperbanyak buku pedoman ini, supaya bisa dibagikan kepada bidan desa, kader posyandu, kader KPM dan tim pendamping keluarga sehingga semua pihak yang terlibat dalam upaya penurunan *stunting* dapat memahami prosedur pelaksanaan program pencegahan dan penurunan *stunting* terintegrasi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Nuradhiani, 2017 yang menyatakan meskipun sudah ada pedoman yang bisa digunakan dalam pelaksanaan program yang sudah ditetapkan namun dalam pelaksanaannya masih banyak yang belum

mengacu pada pedoman yang ada¹⁹. Dan penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Muthia et al, 2020 bahwa buku pedoman tidak digunakan secara benar⁹.

Komponen Proses

1) Perencanaan

Proses perencanaan dalam konvergensi *stunting* yaitu dengan menentukan desa lokus *stunting* berdasarkan data sebaran *stunting* dan indikator cakupan layanan intervensi *stunting*. Namun, ada kekurangan dalam koordinasi antar OPD dan Desa, karena tingkat pemahaman yang bervariasi dari setiap OPD dan desa dalam mengimplementasi pelaksanaan program 8 aksi konvergensi *stunting* baik di Kabupaten maupun di desa. Sedangkan pada desa yang berhasil proses perencanaan dalam analisis situasi dilakukan melalui koordinator gizi puskesmas, kader KPM dan TPK melakukan pendataan rumah tangga 1000 HPK di setiap wilayah kerja puskesmas serta melihat dari cakupan program layanan *stunting* di desa untuk melihat kendala yang ada dalam intervensi layanan untuk menjadi dasar dalam penganggaran di POA Puskesmas dan usulan APBDes. Sedangkan pada Desa yang kurang berhasil dilakukan melalui petugas koordinator gizi puskesmas dibantu oleh bidan desa.

Hasil Analisis Situasi merupakan dasar perumusan rekomendasi kegiatan yang harus dilakukan untuk meningkatkan integrasi intervensi gizi bagi kelompok sasaran²⁰. Hasil Analisa situasi ini sejalan dengan Ditjen Bangda KemenDagri RI (2020) menyatakan bahwa pembelajaran dari keberhasilan di negara-negara lain menunjukkan bahwa efektivitas penurunan *stunting* ditentukan oleh seberapa menyeluruh atau terpadunya intervensi gizi yang menasar lokasi dan kelompok sasaran prioritas²¹.

Kendala dalam proses perencanaan di Kabupaten Merangin, desa berhasil dan kurang berhasil dalam pelaksanaan pencegahan dan penurunan *stunting* masih ditemukan kendala seperti belum semua leading sektor bergerak dan membuat perencanaan yang mengacu pada pencegahan dan penurunan *stunting* yang disebabkan oleh kurang monev perencanaan dan tingkat pemahaman petugas yang bervariasi dalam pengimplementasian konvergensi *stunting* sehingga diperlukan SDM teknis yang terlatih di bidang perencanaan. Identifikasi masalah yang belum optimal dan belum terintegrasi yang mengakibatkan perencanaan kurang tepat dalam mengatasi permasalahan yang ada.

Hasil ini juga sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Picauly (2021), pada 21 Kabupaten di Provinsi Nusa Tenggara Timur diketahui bahwa banyak OPD yang belum paham terkait proses pengumpulan data sampai pelaporan, walaupun semua program konvergensi sudah dijalankan dengan baik. Selain itu, masih ada beberapa OPD yang masih terikat dengan mekanisme pelaporan yang langsung ke pusat seperti Dinas P2KB, Dinas Pertanian dan Ketahanan Pangan, dan Dinas PUPR. Nilai odd ratio menunjukkan bahwa pelaksanaan aksi konvergensi 6 dapat berpengaruh sebesar 1,917 kali terhadap peningkatan cakupan program intervensi gizi sensitif.²¹

2) Pengorganisasian

Sistem pengorganisasian dalam pelaksanaan program pencegahan dan penurunan *stunting* di Kabupaten Merangin melalui tim percepatan penurunan *stunting* tingkat Kabupaten.. Dalam pelaksanaan tugas dan fungsinya, TPPS masih belum optimal karena belum adanya agenda kerja sehingga kurangnya koordinasi antar OPD, kecamatan dan desa dan masih banyak dikerjakan oleh OPD teknis yaitu Dinkes dan PPKB. Pada desa yang berhasil sudah terbentuk TPPS tingkat kecamatan dan setiap bulan mengadakan mini lokakarya dalam upaya penurunan *stunting* di tingkat kecamatan. Dan di desa berhasil pengorganisasian melalui sekretariat rumah desa sehat yang diketuai oleh Kader KPM dan beranggotakan TP-PKK desa, kader posyandu, TPK selalu mengadakan rapat lintas sektor setiap 3 bulan sekali. Sedangkan pada desa yang kurang berhasil, baik di kecamatan dan desa belum ada terbentuk TPPS dan RDS pelaksanaannya hanya melalui petugas puskesmas, Bidan Desa dan Kader KPM.

Koordinasi dan informasi dari TPPS Kabupaten dengan antar OPD, Kecamatan dan desa masih kurang. pembinaan dari TPPS hanya sebatas pemenuhan data web aksi bangda kemendagri dalam penilaian kinerja 8 (delapan) aksi konvergensi *stunting*. Sedangkan pada desa yang berhasil koordinasi TPPS sudah berjalan melalui mini loka karya dalam upaya penurunan *stunting* setiap bulan dan melalui rapat lintas sektor rumah desa sehat setiap 3 bulan sekali. Untuk Desa yang kurang berhasil koordinasi dan informasi masih kurang, karena kegiatan *stunting* masih banyak di intervensi oleh puskesmas.

Hal ini senada dengan teori dalam panduan Konvergensi program percepatan penanganan

stunting bahwa Pelaku pelaksanaan integrasi percepatan penurunan *stunting* di tingkat Kabupaten, Kecamatan dan Desa/Kelurahan terdiri Kader Pembangunan Manusia (KPM), Tim Pendamping Keluarga (TPK), Tim Percepatan Penurunan *Stunting* (TPPS) Kabupaten/Kecamatan/Desa dan Pemerintahan Desa/Kelurahan⁷.

3) Pelaksanaan

a) Pelaksanaan Rembuk *Stunting*

Pelaksanaan rembuk *stunting* di Kabupaten Merangin dilaksanakan setiap tahunnya melibatkan OPD, Kecamatan dan desa lokus *stunting*. Dalam kegiatannya menghasilkan berita acara kesepakatan rencana kegiatan program *stunting* dan kesepakatan melaksanakan koordinasi lintas sektor secara berkala dalam rangka intervensi baik spesifik dan sensitif sesuai dengan kewenangan untuk upaya penurunan *stunting* terintegrasi, pengoptimalan sumber daya, sumber dana dan pemutakhiran data. Untuk pelaksanaannya masih banyak kecamatan dan desa yang tidak melaksanakan rembuk *stunting*. Sedangkan kecamatan dan desa yang berhasil selalu melaksanakan rembuk *stunting* yang dibungkus dalam kegiatan mini lokakarya dalam upaya penurunan *stunting* setiap bulan, dengan tujuan koordinasi lintas sektor secara berkala dalam rangka perencanaan kegiatan intervensi baik spesifik dan sensitif sesuai dengan kewenangan dalam upaya penurunan *stunting* terintegrasi dan pengoptimalan kader KPM serta TPK di Desa agar dapat berjalan dengan maksimal. Sedangkan pada desa yang kurang berhasil pelaksanaan rembuk *stunting* tingkat kecamatan dan desa tidak dilakukan.

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Susanti dan Mardhiah (2022), kegiatan intervensi pencegahan dan penanganan prevalensi *stunting* pada anak balita di Kabupaten Simeulue dilakukan secara bersama-sama maka pemerintah Kabupaten Simeulue mengajak para stakeholder untuk saling bahu membahu menyusun dan melaksanakan langkah-langkah serta strategi yang terbaik untuk mengatasinya. Pemerintah Kabupaten Simeulue berkomitmen untuk mendukung segala hal dan upaya pencegahan dan penanganan *stunting*, baik itu kebijakan, regulasi, program/kegiatan serta kebutuhan anggarannya²².

b) Pelaksanaan Kebijakan *Stunting*

Sosialisasi perbup *stunting* di Kabupaten Merangin sudah dilakukan melalui pertemuan

dan zoom meeting baik lintas sektor dan lintas program. Namun dalam penerapannya masih bervariasi, tidak semua kepala OPD camat dan kades, mempunyai pemahaman yang sama terkait perbup *stunting* hal ini dikarenakan pertemuan rapat koordinasi tidak rutin dan berkala sehingga intervensi masih banyak dilakukan oleh Dinkes dan PPKB. Sedangkan Pada Desa yang berhasil Sosialisasi sudah dilakukan saat mini lokakarya dalam upaya penurunan *stunting* lintas sektor, untuk penerapan perbup *stunting* dilakukan sesuai dengan kewenangan dan desa melalui rembuk *stunting* tingkat desa dan juga saat rapat rumah desa sehat setiap tiga bulan sekali. Disana kita membahas kemajuan dalam pelaksanaan pencegahan dan penurunan *stunting*. Sedangkan pada desa yang kurang berhasil sosialisasi belum dilakukan di kecamatan dan desa, hanya mengikuti sosialisasi yang diberikan saat sosialisasi di tingkat Kabupaten dan melalui mulut ke mulut saja. Dalam penerapannya masih kurang dan belum mengikuti aturan dalam perbup sehingga masih bergantung dengan puskesmas dalam pemenuhan data status gizi.

Sejalan dengan penelitian Halisah et al (2020) menyatakan bahwa minimnya sosialisasi yang dilakukan oleh Dinas terkait dibuktikan dari masih adanya masyarakat yang masih belum mengetahui adanya peraturan bupati tentang penanggulangan *stunting* dan pemantauan yang masih dilakukan satu bulan satu kali seperti yang dilakukan di beberapa puskesmas- puskesmas di beberapa desa yang menjadi lokus *stunting*²³.

c) Pelaksanaan Pembinaan KPM

Petugas pelaksana program pencegahan *stunting* untuk tingkat kabupaten sudah sesuai dengan SK TPPS kabupaten Merangin yang diketuai oleh Bupati Merangin dan dinas Kesehatan sebagai sekretaris TPPS Kab. Merangin, Dinas PPKB sebagai Wakil Ketua 1 (satu), BAPPEDA sebagai wakil ketua 2 (dua) dan Dinas PMD sebagai wakil ketua 3 (tiga). Sedangkan pada desa yang berhasil sudah sesuai dengan perbup 21 tahun 2021 tentang pencegahan dan penurunan *stunting* di desa, tenaga yang ikut serta yaitu koordinator pengelola dan pendidikan PAUD kecamatan, Penyuluh KB kecamatan, penyuluh pertanian, TP-PKK Kecamatan, KUA kecamatan serta tenaga kesehatan yang terdiri dari tenaga gizi, dokter, bidan, puskesmas, promkes, kesling, didampingi oleh kader pembangunan manusia (KPM), kader posyandu dan tim pendamping

keluarga (Bidan desa, kader posyandu dan Tp-PKK desa). Sedangkan pada Desa yang kurang berhasil adalah tidak semua ikut terlibat

Penguatan kapasitas petugas pelaksana program pencegahan dan penurunan *stunting* di Kabupaten Merangin sudah dilakukan akan tetapi belum merata pada seluruh tenaga untuk penguatan kapasitas petugas pelaksana baik di kabupaten, kecamatan dan desa. Sedangkan pada desa yang berhasil penguatan petugas melalui pelatihan sudah dilakukan baik untuk petugas puskesmas maupun petugas desa dan desa mengalokasikan dana pelatihan bidang kesehatan sebesar Rp 20.500.000,-. Sedangkan, untuk desa yang kurang berhasil penguatan petugas puskesmas belum dilakukan, dikarenakan petugas yang sudah dilatih kemudian pindah tugas dan petugas desa juga belum mendapatkan penguatan kapasitas petugas dikarenakan petugas baru.

Pada tingkat Puskesmas dipimpin oleh seorang Kepala Puskesmas. Kepala Puskesmas bertanggung jawab atas seluruh kegiatan di Puskesmas. Dalam melaksanakan tanggung jawab Kepala Puskesmas merencanakan dan mengusulkan kebutuhan sumber daya Puskesmas kepada Dinas Kesehatan Kabupaten²⁴.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Arumsari dkk di Puskesmas yang berada di Kabupaten Demak menyebutkan bahwa masih mengalami kekurangan petugas pelaksana program *stunting*⁸. Selain itu, penelitian lain juga menyebutkan hal yang sama bahwa masih kekurangan petugas yang ahli di bidangnya khususnya tenaga gizi⁹⁻¹¹. Penelitian di puskesmas di daerah Kabupaten Pematang menyebutkan masih kurangnya pengalaman pada petugas yang ada¹².

d) Pelaksanaan Sistem Manajemen Data Stunting

Sistem pencatatan dan pelaporan data *stunting* di Kabupaten Merangin sudah dilakukan melalui pencatatan dan pelaporan manual dan elektronik melalui aplikasi yang sudah disediakan oleh pemerintah pusat. Untuk yang berbasis aplikasi EPPBGM, L-simil, EMONEv STBM, New SIGA, E-PKH dan Siks-NG, HDW dan aplikasi web aksi bangsa kemendagri. Menurut Picauly (2021), sistem manajemen data intervensi penurunan *stunting* (Aksi 6) merupakan upaya pengelolaan data di tingkat kabupaten/kota sampai dengan tingkat desa yang akan digunakan untuk mendukung pelaksanaan aksi-aksi integrasi lainnya, serta dimanfaatkan untuk membantu pengelolaan

program/kegiatan penurunan *stunting* terintegrasi. Sistem manajemen data mencakup data-data dari setiap indikator mulai dari data *stunting* sampai dengan cakupan intervensi gizi spesifik dan sensitif²¹

Dalam pelaksanaannya, data tersebut belum terintegrasi satu sama lain. Sedangkan desa yang berhasil dan kurang berhasil pencatatan dan pelaporan menggunakan *form* yang sudah dibuat formatnya oleh kabupaten yang datanya dimasukkan dalam aplikasi dan dikerjakan bersama-sama dengan kader KPM dan TPK serta dilaporkan secara berjenjang dari desa, puskesmas kecamatan dan kabupaten. Namun, pada desa yang kurang berhasil pengentrian aplikasi meminta bantuan petugas kabupaten dikarenakan susah sinyal dan petugas KPM belum mengerti cara pengentrian melalui aplikasi dan berdasarkan hasil telaah juga tidak ditemukan pelaporan hasil pemantauan TPK dan scorecard village yang digunakan untuk pelaporan pada aplikasi HDW pada desa yang kurang berhasil.

Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Picauly (2021), pada 21 Kabupaten di Provinsi Nusa Tenggara Timur diketahui bahwa banyak OPD yang belum paham terkait proses pengumpulan data sampai pelaporan, walaupun semua program konvergensi sudah dijalankan dengan baik. Selain itu, masih ada beberapa OPD yang masih terikat dengan mekanisme pelaporan yang langsung ke pusat seperti Dinas P2KB, Dinas Pertanian dan Ketahanan Pangan, dan Dinas PUPR. Nilai odd ratio menunjukkan bahwa pelaksanaan aksi konvergensi 6 dapat berpengaruh sebesar 1,917 kali terhadap peningkatan cakupan program intervensi gizi sensitif²¹.

SOP manajemen data *stunting* di kabupaten belum ada akan tetapi pelaporan tetap dilaporkan setiap bulan mengikuti juknis kemendagri., begitu juga di desa yang berhasil SOP alur manajemen data dan tata cara pengumpulan data dan pengentrian EPPBGM belum ada, akan tetapi pelaporan secara konsisten dilaporkan rutin setiap bulan, triwulan dan semesteran dan melalui aplikasi dengan mengerjakan secara bersama-sama selepas posyandu antar kader KPM, koordinator Gizi puskesmas, dan TPK agar sinkron data yang disampaikan. Sedangkan pada desa yang kurang berhasil dalam pelaksanaannya mengikuti petunjuk yang diberikan saat orientasi petugas ke kabupaten karena SOP tidak ada dan pelaporan secara konsisten dilaporkan ke kabupaten dan kecamatan. Namun, untuk

pelaporan melalui aplikasi belum secara konsisten di entry setiap bulan di karenakan kendala sinyal.

kelengkapan data pelaporan *stunting* di Kabupaten Merangin belum maksimal karena belum semua desa mengentry dan mengirimkan pelaporan melalui aplikasi dan ada yang mengirimkan laporan akan tetapi tidak lengkap sehingga menyulitkan petugas kabupaten dalam merekap laporan. Untuk desa yang berhasil kelengkapan data pelaporan *stunting* selalu diverifikasi secara berjenjang mulai dari desa, kapus dan kecamatan sehingga meminimalisir ketidaklengkapan pelaporan *stunting*. Sedangkan pada desa yang kurang berhasil kelengkapan data pelaporan *stunting* tidak diverifikasi secara berjenjang dan diserahkan kepada petugas puskesmas dan bidan desa.

Ketepatan waktu pelaporan manajemen data *stunting* di Kabupaten Merangin belum maksimal dan konsisten dilakukan setiap bulan dikarenakan akses ke kabupaten yang jauh dari desa dan sinyal yang tidak tersedia. Sedangkan pada desa yang berhasil ketepatan waktu pelaporan untuk kecamatan dan kabupaten sudah tepat waktu karena ada ketentuan dari Kapus untuk pelaksanaan minilok lintas sektor yang dilakukan setiap tanggal 5 sudah menggunakan data pelaporan terbaru. Sedangkan pada desa yang kurang berhasil ketepatan waktu pelaporan belum maksimal karena pernah mendapat teguran dari Dinkes karena lalai dalam pengentrian E-PPBGM dan terkendala susah sinyal dan akses yang jauh ke Kota Kabupaten.

e) Pengukuran dan Publikasi Data Stunting

Rencana Jadwal Pengukuran Pertumbuhan dan perkembangan bayi dan balita pada desa yang berhasil dilakukan setiap kegiatan posyandu setiap 3 bulan sekali mengikuti anjuran kementerian kesehatan dalam peraturan menteri kesehatan no. 66 tahun 2014. Sedangkan pada desa yang kurang berhasil pengukuran pertumbuhan dan perkembangan bayi dan balita dilakukan saat kegiatan posyandu setiap 2 bulan sekali dikarenakan keterbatasan alat antropometri yang tidak tersedia di posyandu.

Berdasarkan peraturan menteri kesehatan nomor 66 tahun 2014 tentang pemantauan pertumbuhan, perkembangan dan gangguan tumbuh kembang anak bahwa pemantauan pertumbuhan dilakukan pada anak usia 0 (nol) sampai 72 (tujuh puluh dua) bulan melalui penimbangan berat badan setiap bulan dan pengukuran tinggi badan setiap 3 (tiga) bulan serta pengukuran lingkar kepala sesuai jadwal²⁵.

Pengukuran *stunting* yang dilakukan oleh petugas di desa yang berhasil dan kurang berhasil bersamaan dengan kegiatan posyandu dengan mengukur tinggi / panjang badan dan berat badan bayi dan balita menggunakan antropometri. Setelah itu dilihat kategori panjang badan per umur atau berat badan per umur dan jenis kelamin, jika masuk kategori merah yaitu -2 SD s/d -3 SD bayi atau balita itu pendek jika lebih dari -3 SD sangat pendek.

Berdasarkan buku pedoman pelaksanaan 8 (delapan) aksi konvergensi *stunting* di daerah didapatkan bahwa pengukuran status gizi mengikuti aturan standar antropometri penilaian status gizi anak yang tertuang pada peraturan Menteri Kesehatan nomor 2 tahun 2020 tentang standar antropometri anak¹⁵.

Publikasi data *stunting* pada kabupaten, desa berhasil dan kurang berhasil dilaksanakan setiap tahun berdasarkan rekap data e-PPBGM dan laporan surveilan gizi. Namun, Data yang dipublikasikan belum terupdate, karena e-PPBGM bersifat mobile, berubah terus saat petugas mengentry dan Cakupan pengukuran belum mencapai target.

Hasil ini sesuai dengan hasil publikasi data *Stunting* yang dilakukan di Kab. Grobogan (Tingkat Kabupaten) bahwa Pemerintah Kabupaten Grobogan sejak Tahun 2017 telah menggunakan sistem informasi E-PPGBM (Elektronik-Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat). Untuk memetakan kondisi pemenuhan gizi masyarakat, khususnya terkait dengan kondisi gizi bayi dan ibu hamil. Dari kedua indikator tersebut akan dapat ditemukan jumlah kasus bayi *stunting* di Kabupaten Grobogan²⁶.

4) Pemantauan

Pemantauan dalam pencegahan dan penurunan *stunting* dilakukan melalui feedback pelaporan rutin yang disampaikan oleh dinkes ke puskesmas, setelah itu melalui pertemuan monitoring manajemen data *stunting*, maupun kunjungan ke lapangan dengan menggunakan daftar checklist. Namun, pelaksanaannya tidak rutin. Sedangkan pada desa yang berhasil pemantauan dilakukan dengan mengecek pelaporan rutin yang diberikan oleh TPK, petugas puskesmas dan kader KPM dan membahasnya bersama saat minilok lintas sektor *stunting*. kalau tidak mencapai sasaran, Kader KPM, TPK dan koordinator gizi melakukan sweeping di desa, dan hasilnya disampaikan saat minilok lintas sektor. Sedangkan pada desa yang kurang berhasil pemantauan tidak dilakukan di kecamatan

ya, melainkan di puskesmas dengan melakukan kunjungan lapangan saat pelayanan posyandu ke desa dan mengisi blangko pemantauan.

Sedangkan evaluasi pelaksanaan program pencegahan dan penurunan *stunting* dilakukan melalui review kinerja tahunan *stunting* setiap setahun sekali dengan memaparkan cakupan determinan layanan *stunting* dan sebaran jumlah kasus *stunting* dan realisasi anggaran terkait *stunting*. Namun dalam pelaksanaannya masih banyak diintervensi oleh Dinkes.

Hasil penelitian tidak sejalan dengan penelitian Picauly (2021) yang menyatakan bahwa Reviu Kinerja Tahunan (Aksi 8) adalah reviu yang dilakukan oleh pemerintah kabupaten/kota terhadap kinerja pelaksanaan program dan kegiatan terkait penurunan *stunting* selama satu tahun terakhir. Penyelenggaraan intervensi penurunan *stunting* terintegrasi merupakan tanggung jawab bersama lintas sektor. Untuk itu, diperlukan sebuah tim lintas sektor sebagai pelaksana Aksi Integrasi²¹.

Hasil penelitian ini sejalan dengan juknis pelaksanaan 8 (delapan) aksi konvergensi *stunting* dari kemendagri yaitu Reviu Kinerja Tahunan adalah penilaian yang dilakukan oleh pemerintah kabupaten/kota terhadap kinerja pelaksanaan program dan kegiatan pencegahan dan penurunan *Stunting* selama satu tahun terakhir. Reviu kinerja mengukur capaian semua kegiatan selama satu tahun terakhir terhadap pelaksanaan program percepatan penurunan *Stunting* mulai dari aksi 1 sampai aksi 7⁷.

Sedangkan pada desa yang berhasil evaluasi dilakukan dengan melihat laporan rutin cakupan program yang disampaikan bidan desa, TPK dan Kader KPM untuk selanjutnya diberikan feedback laporan ke desa dan bersama-sama mencari solusinya dalam minilok lintas sektor maupun minilok PKM. Sedangkan pada desa yang kurang berhasil evaluasi lintas sektor di kecamatan tidak dilakukan hanya saat minilok puskesmas.

Komponen Output

1) Cakupan Program

Cakupan layanan program pencegahan dan penurunan *stunting* di Kabupaten Merangin ada 29 indikator yang terdiri dari 14 intervensi spesifik dan 15 intervensi sensitif. Intervensi spesifik dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan dan Intervensi sensitif dilaksanakan oleh PPKB bekerjasama dengan Bappeda, Dinsos, PU, perikanan, disnakhun dan Kemenag dalam melaksanakan intervensinya. Kabupaten merangin terdapat 21

Indikator masih dibawah target yang terdiri dari 9 indikator intervensi spesifik dan 12 indikator sensitif, Sedangkan Pada Desa yang berhasil ada 15 Indikator yang dibawah target yang terdiri dari 6 indikator intervensi spesifik dan 9 indikator sensitif, dan didesa yang kurang berhasil ada 20 indikator yang dibawah target yang terdiri dari 10 indikator spesifik dan 10 indikator sensitif. Cakupan *stunting* tingkat kabupaten mengalami penurunan sebesar 0,88% dari 2020-2022 yaitu 15,38% menjadi 14,5% sedangkan Desa yang berhasil mengalami penurunan dari 29 kasus tahun 2020 menjadi 11 kasus tahun 2022 dan Desa yang kurang berhasil mengalami peningkatan dari 10 kasus menjadi 31 kasus tahun 2022.

2) Tahapan Konvergensi Stunting

Pelaksanaan konvergensi *stunting* di kabupaten merangin dengan mengikuti juknis 8 (delapan) aksi konvergensi *stunting* tingkat Kabupaten/Kota dari Kemendagri, aksi 1 : analisis situasi, aksi 2 : perencanaan kegiatan, aksi 3 : rembuk *stunting*, aksi 4 : pembuatan regulasi (perbup) *stunting* di Kabupaten dan Desa, aksi 5 : pembinaan KPM, aksi 6 : manajemen data *stunting*, aksi 7 : pengukuran dan publikasi data *stunting*, aksi 8 : review kinerja analisis. Sedangkan Di desa yang berhasil pelaksanaan konvergensi *stunting* mengikuti perbup 21 Tahapan pertama analisis situasi dengan pemetaan sosial bagi sasaran rumah tangga 1000 HPK. Tahapan kedua analisis sederhana terkait hasil pemetaan sosial Tahapan ketiga penyusunan rencana yang disampaikan saat rembuk *stunting* tingkat desa Tahapan keempat rembuk *stunting* Tahapan kelima Kader KPM mengawal melalui APBDes pelaksanaan dari usulan yang sudah direncanakan berdasarkan ansit Tahapan enam dan tujuh melakukan pemantauan terhadap pelaksanaan konvergensi *stunting* tingkat desa yang dilakukan melalui sekretariat RDS. Untuk Desa Yang Kurang Berhasil pelaksanaan konvergensi *stunting* belum mempedomani amanat perbup 21 tentang peran desa dalam pencegahan dan penurunan *stunting* dan kegiatannya masih di intervensi oleh petugas puskesmas dan bidan desa.

KESIMPULAN

Pemerintah Daerah Kabupaten Merangin telah melakukan upaya percepatan penurunan *stunting* dengan melaksanakan pilar strategi penurunan *stunting* melalui penerapan 8 aksi konvergensi yang secara garis besar memperlihatkan terjadi penurunan persentase kasus *stunting* dalam

Matriks Persamaan dan Perbedaan Komponen Input, Proses, dan Output dalam Pelaksanaan Program Pencegahan dan Penurunan *Stunting* di Kabupaten, Desa Locus *Stunting* Berhasil dan Kurang Berhasil Kabupaten Merangin tahun 2022

No	Komponen	Kabupaten		Desa Berhasil		Desa Kurang Berhasil	
		Ada	Tidak	Ada	Tidak	Ada	Tidak
Input							
1	Kebijakan						
	Regulasi	Ada		Ada		Ada	
	Muatan / Isi Perbup sesuai Perpres 72 tahun 2021	Ada, tidak semua		Ada, tidak semua		Ada, tidak semua	
2	SDM						
	Ketersediaan SDM	Masih Kurang		Mencukupi		Masih Kurang	
3	Alokasi Dana						
	a. Kecukupan Dana	Belum sesuai amanat PERKA BKKBN 12 tahun 2021		sesuai amanat PERKA BKKBN 12 tahun 2021		sesuai amanat PERKA BKKBN 12 tahun 2021	
	b. Ketersediaan dana Intervensi spesifik dan Sensitif	Belum sesuai Proporsi Intervensi spesifik 30% : 70% intervensi sensitif		Belum sesuai Proporsi Intervensi spesifik 30% : 70% intervensi sensitif		Belum sesuai Proporsi Intervensi spesifik 30% : 70% intervensi sensitif	
	c. Dana Operasional Petugas	Ada		Ada		Ada	
4	Sarana dan Prasarana						
	a. Ketersediaan Suplemen pendukung program <i>stunting</i>	Ada	Pemberian tablet FE catin belum ada	Ada	Pemberian tablet FE catin belum ada	Ada	Pemberian tablet FE catin belum ada
	b. Ketersediaan Antropometri	Belum mencukupi		Sudah mencukupi		Belum mencukupi	
	c. Ketersediaan PMT Bumil dan Balita	Ada		Ada		Ada	
	d. Media Promosi Pencegahan dan Penurunan <i>Stunting</i>	Ada		Ada		Ada, belum mencukupi	
5	Metode						
	a. Ketersediaan Buku Pedoman	Ada		Tidak ada		Tidak ada	
Proses							
1	Perencanaan						
	a. Analisis Situasi & perencanaan kegiatan <i>stunting</i>	Ada, Identifikasi masalah yang belum optimal dan belum terintegrasi		Ada, Identifikasi masalah yang belum optimal dan belum terintegrasi		Ada, Identifikasi masalah yang belum optimal dan belum terintegrasi	
2	Pengorganisasian						
	a. Sistem Pengorganisasian	Ada, TTPS Kabupaten		Ada, TTPS Kecamatan		Belum Ada TTPS	

No	Komponen	Kabupaten		Desa Berhasil		Desa Kurang Berhasil	
		Ada	Tidak	Ada	Tidak	Ada	Tidak
	b. Koordinasi TPPS antar OPD, Kecamatan dan Desa		Ada, tidak rutin	Ada, rutin dilakukan			Ada, tidak rutin
3	Pelaksanaan						
	a. Pelaksanaan Rembuk <i>Stunting</i>	Ada		Ada			Tidak ada
	b. Pelaksanaan Perbup <i>Stunting</i>						
	Sosialisasi Perbup <i>Stunting</i>	Ada		Ada			Belum ada
	Penerapan perbup <i>stunting</i>	Ada		Ada			Ada, belum semua dilaksanakan
	c. Pembinaan KPM						
	1. Petugas Pelaksana Program Pencegahan dan Penurunan <i>Stunting</i>		Ada	Ada		Ada, lintas sektor belum terlibat hanya di intervensi oleh petugas pukesmas dan bidan desa	
	2. Penguatan Kapasitas Petugas	Ada, belum merata		Ada, sudah mendapatkan semua petugas			Belum mendapatkan
	d. Pelaksanaan Sistem Manajemen Data <i>Stunting</i>						
	1. Sistem Pencatatan dan Pelaporan <i>stunting</i>	Ada, manual dan elektronik		Ada, manual dan elektronik		Ada, manual dan elektronik	
	2. SOP dan konsisten pelaporan manajemen data <i>stunting</i>		belum ada, SOP manajemen data <i>stunting</i> di kabupaten	belum ada, SOP manajemen data <i>stunting</i> di Puskesmas		belum ada, SOP manajemen data <i>stunting</i> di Puskesmas	
	3. Kelengkapan Data Manajemen <i>Stunting</i>		belum lengkap	Lengkap			belum lengkap
	4. Ketepatan Waktu Pelaporan Data <i>Stunting</i>		Belum tepat waktu	Sudah Tepat waktu			Belum tepat waktu
	5. Rencana tindak lanjut perbaikan dari sistem manajemen data <i>stunting</i>	Ada		Ada		Ada	

No	Komponen	Kabupaten		Desa Berhasil		Desa Kurang Berhasil	
		Ada	Tidak	Ada	Tidak	Ada	Tidak
e. Pengukuran Pertumbuhan dan Perkembangan Bayi dan Balita							
	1. Rencana Jadwal Pengukuran Pertumbuhan dan Perkembangan			Ada, setiap 3 bulan sekali		Ada, setiap 2 bulan sekali	
	2. Pengukuran <i>Stunting</i>	Ada			Ada		Ada
	3. Publikasi Data <i>Stunting</i>	Ada			Ada		Ada
4. Pemantauan							
	f. Pemantauan	Ada, pelaksanaannya pemantauan tidak rutin		Ada, rutin dilakukan		Ada, pelaksanaannya pemantauan tidak rutin	
	g. Evaluasi	Ada, masih banyak diintervensi Dinas Kesehatan		Ada, melibatkan lintas sektor		Ada, belum melibatkan lintas sektor, masih banyak dilakukan puskesmas dan bidan desa	
5. Output							
	1. Cakupan Program Pencegahan dan Penurunan <i>Stunting</i>	Ada			Ada		Ada
	2. tahapan konvergensi <i>stunting</i>	Ada, mengikuti 8 aksi konvergensi <i>stunting</i>		Ada, mengikuti perbup 21 tahun 2021 dan melibatkan lintas sektor		Ada, belum semua mengikuti perbup 21 tahun 2021, dalam pelaksanaannya masih diintervensi oleh petugas puskesmas dan bidan desa	

kurun waktu 3 (tiga) tahun terakhir dimana tahun 2020 sebesar 16% turun menjadi 14,50% di tahun 2022. Laju penurunan cakupan stunting harus ditingkatkan menjadi 3% per tahun, untuk mencapai target 9% pada akhir periode RPJMD Kab. Merangin 2024.

Penelitian ini mendapatkan bahwa masih terdapat kekurangan muatan isi perbup yang belum mengacu pada perpres 72 tahun 2021. Ketenagaan di tingkat Kabupaten dan desa yang kurang berhasil masih kurang sedangkan desa yang berhasil sudah mencukupi. Alokasi dana di tingkat Kabupaten belum memenuhi amanat dalam

Perka BKKBN 12 tahun 2021 sebesar 10% dari APBD, sedangkan Desa yang berhasil dan kurang berhasil sudah memenuhi. Dilihat dari Proporsi anggaran intervensi spesifik jumlahnya jauh lebih rendah dibandingkan dengan intervensi sensitif. Ketersediaan tablet Fe untuk calon pengantin belum dialokasikan pengadaannya, Alat antropometri yang belum tersedia di semua posyandu. Pada metode, tidak tersedia buku pedoman. Dalam komponen proses, pelaksanaan konvergensi stunting di tingkat Kabupaten dan Desa yang berhasil sudah melaksanakan berdasarkan juknis Kemendagri dan Perbup *Stunting*, sedangkan desa

yang kurang berhasil belum sepenuhnya mengikuti. Sedangkan komponen *output* pada cakupan belum mencapai target yang ditetapkan, dan tahapan belum mengikuti pedoman yang ditetapkan pada desa kurang berhasil.

Upaya yang perlu dilakukan oleh pemerintah daerah Kabupaten Merangin dalam upaya percepatan penurunan *stunting* adalah membentuk TPPS Kecamatan dan Rumah Desa Sehat (RDS) di desa, adanya pelatihan dan penguatan kapasitas petugas pelaksana stunting, monitoring dan evaluasi manajemen data stunting secara berkala dan rutin, melalui agenda rapat koordinasi dan monev perencanaan, agar data stunting terintegrasi, ada kerangka acuan kerja perencanaan alat antropometri dan suplemen yang dibutuhkan untuk kegiatan stunting.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada Prof. Dr.dr. Rizanda Machmud, M.Kes, FISPH, FISCM, Sp.KKLp, Dr. Denas Symon, MCN dan Dr.dr. Desmawati, M.Gizi yang telah memberikan masukan dan saran untuk kesempurnaan artikel ini dan Forkompinda Organisasi Perangkat Daerah (OPD) Kabupaten Merangin, Forkompincam Tabir Selatan dan Tabir Ulu Kabupaten Merangin, Kepala Puskesmas Muara Delang dan Muara Jernih, Kepala Desa Muara Delang dan Muara Jernih yang telah banyak memberikan informasi dan data *stunting*.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Levels and trends in child malnutrition: UNICEF. Published online 2021.
2. Kemenkes. Mengenal Apa Itu Stunting. Published 2022. Accessed March 10, 2023. https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1388/mengenal-apa-itu-stunting
3. Kemenkes RI. Buku Saku Hasil Studi Status Gizi Indonesai (SSGI) Tingkat Nasional, Provinsi, dan Kabupaten/Kota Tahun 2021. Published online 2021.
4. Syafrawati S, Lipoeto NI, Masrul M, et al. Factors driving and inhibiting stunting reduction acceleration programs at district level: A qualitative study in West Sumatra. *PLoS One*. 2023;18(3 MARCH). doi:10.1371/journal.pone.0283739
5. Dinas Kesehatan Kabupaten Merangin. PUBLIKASI DATA STUNTING BIDANG KESEHATAN DALAM UPAYA PENURUNAN STUNTING KABUPATEN MERANGIN TAHUN 2022. Published online 2022.
6. HAR T, Riant N. Kebijakan Pendidikan (Yogyakarta: Pustaka Pelajar). Published online 2016:241.
7. Kemendagri. Petunjuk Teknis Pelaksanaan 8 (Delapan) Aksi Konvergensi Stunting di daerah. Published online 2022.
8. Arumsari W, Supriyati D, Sima P. Evaluasi Pelaksanaan Program Pencegahan Stunting di Era Pandemi Covid-19. *J Manaj Kesehat Indones*. 2022;10(2):82-94.
9. Muthia G, Edison E, Yantri E. Evaluasi Pelaksanaan Program Pencegahan Stunting Ditinjau dari Intervensi Gizi Spesifik Gerakan 1000 HPK Di Puskesmas Pegang Baru Kabupaten Pasaman. *J Kesehat Andalas*. 2020;8(4):100-108. doi:10.25077/jka.v8i4.1125
10. Khoeroh H, Indriyanti DR. Evaluasi penatalaksanaan gizi balita stunting di wilayah kerja Puskesmas Sirampog. *Unnes J Public Heal*. 2017;6(3):189-195.
11. Sriatmi A. Evaluasi Proses dalam Program Penanganan Stunting di Semarang. Published online 2021.
12. Priharwanti A. Evaluasi CIPP (Context-Input-Process-Product) Program ASI Eksklusif sebagai Upaya Penurunan Stunting di Bantarbolang Kabupaten Pematang. *Pena J Ilmu Pengetah dan Teknol*. 2022;36(2):89-97.
13. Arumsari W, Supriyati D, Sima P. Evaluasi Pelaksanaan Program Pencegahan Stunting di Era Pandemi Covid-19. *J Manaj Kesehat Indones*. 2022;10(2):82-94. doi:10.14710/jmki.10.2.2022.82-94
14. Sukmalalana, Putra HD, Vanny C. Percepatan Penurunan Stunting Untuk Mewujudkan Sumber Daya Manusia Indonesia Yang Unggul. *Pus Kaji Akuntabilitas Keuang Negara*. 2022;1(1):1-15. <https://berkas.dpr.go.id/puskajiakn/analisis-ringkas-cepat/public-file/analisis-ringkas-cepat-public-52.pdf>
15. Kemenkes R. PMK nomor 2 tahun 2020 standar antropometri anak. Published online 2020.
16. Yusma Indah Jayadi, Syarfaini, Ansyar DI, Sayyidinna DA. Evaluasi program pemberian makanan tambahan (mt) anak balita pada masa pandemi covid 19 puskesmas kabupaten gowa. Published online 2021.
17. Susi S. Evaluasi Pelaksanaan Program Pemberian Tablet Tambah Darah Pada Remaja Putri di Puskesmas Cakupan Tertinggi dan

- Terendah Kabupaten Pasaman Barat Tahun 2019. Published online 2020.
18. Sewa R, Tumurang M, Boky H. Pengaruh Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Dengan Tindakan Pencegahan Stunting Oleh Kader Posyandu Diwilayah Kerja Puskesmas Bailang Kota Manado. *J Kesmas*. 2019;8(4):80-88. <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/kesmas/article/view/23968/23615>
 19. Nuradhiani A, Briawan D, Dwiriani CM. Dukungan guru meningkatkan kepatuhan konsumsi tablet tambah darah pada remaja putri di Kota Bogor. *J Gizi dan Pangan*. 2017;12(3):153-160.
 20. Kemendagri. Pedoman Teknis Penilaian Kinerja 8 Aksi konvergensi stunting Kabupaten /Kota. Published online 2021.
 21. Picauly I. Pengaruh Pelaksanaan Aksi Konvergensi Stunting Terhadap Cakupan Program Intervensi Gizi Sensitif di Propinsi Nusa Tenggara Timur. *J Pangan Gizi Dan Kesehat*. 2021;10(2):71-85.
 22. Susanti M, Mardhiah N. Strategi Pemerintah Simeulue dalam Penanganan Prevalensi Stunting pada Anak Balita. *J Soc Policy Issues*. Published online 2022:1-6.
 23. Halisah UN, Irawati I, Yuliastina R. IMPLEMENTASI PERATURAN BUPATI SUMENEP NO. 14 TAHUN 2019 TENTANG PERCEPATAN PENANGGULANGAN STUNTING. *J Public Corner Fisip Univ Wiraraja*. 2020;15:25-37.
 24. Kementerian Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. 2019;(2).
 25. Kemenkes R. PMK 66 tahun 2014 tentang pemantauan pertumbuhan, perkembangan dan gangguan tumbuh kembang anak. Published online 2014.
 26. Bappeda Kabupaten Grobogan. Hasil Analisis Situasi Prevalensi Stunting di Kab. Grobogan (Tingkat Kabupaten). Published online 2020.

Dampak Perubahan Organisasi terhadap Persepsi Pegawai Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional Tawangmangu

The Impact of Organizational Change on Employee Perceptions of the Center for Research and Development of Medicinal Plants and Traditional Medicines Tawangmangu

Ulfa Fitriani¹, Laksono Trisnantoro², Dwi Handono Sulisty²

¹Unit Pelaksana Fungsional Hortus Medicus Tawangmangu,
Rumah Sakit Umum Pusat Dr Sardjito

Jl. Raya Lawu No 11, Tawangmangu, Karanganyar, Jawa Tengah, Yogyakarta 57792, Indonesia

²Program Studi Magister Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada,
Jl. Flora No. 1, Bulaksumur, Yogyakarta 55281, Indonesia
Email: drulfa05@gmail.com

Tanggal submit: 1 Juli 2023; Tanggal penerimaan: 30 September 2023

ABSTRAK

Salah satu hal yang penting dalam sebuah organisasi adalah perubahan. Tujuan perubahan adalah terjadi peningkatan suatu efektivitas. Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional (B2P2TOOT) merupakan salah satu satuan kerja dibawah Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan mengalami perubahan organisasi sejak diterbitkannya Permenkes Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kemenkes. Pada Permenkes tersebut disebutkan bahwa dalam rangka efisiensi dan efektivitas pelayanan, maka dilakukan pengintegrasian tugas dan fungsi, sumber daya manusia, sarana dan prasarana serta anggaran terkait pelayanan kesehatan pada B2P2TOOT di Tawangmangu ke dalam RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Keberhasilan perubahan organisasi bisa dilihat dari kesiapan individu yang ada didalamnya. Dengan mengetahui persepsi para pegawai maka dapat diketahui sejauh mana kesiapan para pegawai menuju perubahan. Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi persepsi pegawai B2P2TOOT terhadap perubahan organisasi. Desain penelitian yang digunakan adalah kualitatif eksploratif. Pengumpulan data meliputi wawancara mendalam, focus group discussion, observasi serta dokumentasi. Data penelitian dilakukan analisis tema dengan bantuan software opencode 4.03. Hasil dan pembahasan: Persepsi pegawai ASN menunjukkan persepsi positif terhadap perubahan pengaturan kerja terutama persepsi terhadap perubahan dari cost center menjadi revenue center, persepsi negatif terhadap informasi perubahan organisasi serta persepsi positif terhadap dukungan organisasi dan kesiapan individu. Sementara persepsi pegawai berstatus non ASN meliputi persepsi negatif terhadap perubahan pengaturan kerja, persepsi negatif terhadap informasi perubahan, serta persepsi positif terhadap dukungan organisasi dan kesiapan individu terhadap perubahan. Terjadi gap informasi berkaitan perubahan cost center menjadi revenue center antara pegawai ASN dengan pegawai non ASN. Persepsi negatif memiliki multi faktor, seperti faktor pendidikan, faktor sarana prasarana, faktor keluarga dan yang paling utama adalah faktor komunikasi. Kesimpulan yang dapat diambil adalah persepsi pegawai ASN terhadap perubahan organisasi adalah persepsi positif utamanya terhadap perubahan cost center menjadi revenue center dalam rangka efisiensi dan efektivitas organisasi. Sementara, persepsi pegawai non ASN terhadap perubahan organisasi dari cost center menjadi revenue center adalah persepsi negatif. Perlu kebijakan yang tepat untuk menindaklanjuti temuan persepsi negatif pada pegawai non ASN.

Kata kunci: Persepsi pegawai, perubahan organisasi, efisiensi, efektivitas

ABSTRACT

The one of the important things in an organization is change. The purpose of change is to increase effectiveness. The Center for Research and Development of Medicinal Plants and Traditional Medicines (B2P2TOOT) is one of the work units under the Health Research and Development Agency and has undergone organizational changes since the issuance of Permenkes Number 26 of 2022 concerning Organization and Work Procedures of Hospitals within the Ministry of Health. The Permenkes states that in the context of efficiency and effectiveness of services, the tasks and functions, human resources, facilities and infrastructure as well as budgets related to health services at B2P2TOOT in Tawangmangu are integrated into Dr. Sardjito Hospital Yogyakarta. The success of organizational change can be seen from the readiness of the individuals in it. By knowing the perceptions of employees, it can be known to what extent the readiness of employees towards change. This study aims to explore the perceptions of B2P2TOOT employees towards organizational change. The research design used is exploratory qualitative. Data collection included in-depth interviews, focus group discussions, observation and documentation. The research data were subjected to theme analysis with the help of opencode 4.03 software: Perceptions of ASN employees show positive perceptions of changes in work arrangements, especially perceptions of changes from cost centers to revenue centers, negative perceptions of organizational change information and positive perceptions of organizational support and individual readiness. While the perceptions of non-ASN employees include negative perceptions of changes in work arrangements, negative perceptions of change information, and positive perceptions of

organizational support and individual readiness for change. There is an information gap regarding the change from cost center to revenue center between ASN employees and non-ASN employees. Negative perceptions have multiple factors, such as educational factors, infrastructure factors, family factors and most importantly communication factors. The conclusion that can be drawn is that the perception of ASN employees towards organizational change is a positive perception, especially towards the change from cost center to revenue center in the context of organizational efficiency and effectiveness. Meanwhile, the perception of non-ASN employees towards organizational change from cost center to revenue center is a negative perception. Appropriate policies are needed to follow up on the findings of negative perceptions of non-ASN employees.

Keywords: Employee perceptions, organization change, efficiency, effectiveness

PENDAHULUAN

Salah satu hal yang penting dalam sebuah organisasi adalah perubahan (1). Perubahan adalah proses yang berkelanjutan di setiap organisasi dengan harapan terjadi peningkatan kondisi yang lebih baik dari sebelumnya seperti peningkatan suatu efektivitas. Peningkatan efektifitas sebuah organisasi bertujuan meningkatkan kemampuan organisasi dalam beradaptasi dengan perubahan lingkungan sekitar (2). Di Tahun 2019, Indonesia memiliki sebuah lembaga baru yang bernama Badan Riset Inovasi Nasional (BRIN). Lembaga tersebut didirikan oleh Presiden Joko Widodo melalui Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 74 Tahun 2019. Dalam Perpres tersebut disebutkan bahwa tugas BRIN adalah menjalankan penelitian, pengembangan, pengkajian dan penerapan, serta inovasi dan inovasi yang terintegrasi. Selanjutnya, Presiden Jokowi menerbitkan kembali Perpres Nomor 78 tahun 2021 tentang Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN). Pada Perpres tersebut, terutama pada Bab VII Pengintegrasian, pasal 65 ayat (1) dinyatakan bahwa tugas, fungsi, dan kewenangan pada unit kerja yang melaksanakan penelitian, pengembangan, dan penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi di lingkungan kementerian/lembaga dialihkan menjadi tugas, fungsi dan kewenangan BRIN. Kegiatan BRIN difokuskan pada penelitian, pengembangan, pengkajian, penerapan, inovasi dan inovasi yang terintegrasi sehingga ilmu pengetahuan dan teknologi dapat dikuasai lebih cepat (3).

Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional (B2P2TOOT) merupakan salah satu satuan kerja yang berada dibawah Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan. Pada tahun 2022, Kementerian Kesehatan menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan. Pasal 117 menyebutkan bahwa dalam rangka efisiensi dan efektivitas pelayanan, dilakukan pengintegrasian tugas dan fungsi, sumber daya

manusia, sarana dan prasarana serta anggaran terkait pelayanan kesehatan pada Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional di Tawangmangu ke dalam RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta (4).

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr Sardjito merupakan Rumah Sakit (RS) Kelas A Pendidikan, RS Rujukan Nasional serta RS Pendidikan Utama Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FKKMK) UGM. RSUP Dr Sardjito diketahui memiliki layanan Klinik Kalimosodo yang menyediakan layanan kesehatan tradisional seperti pengobatan herbal, pijat akupresur dan akupunktur yang bertujuan untuk meningkatkan kebugaran dengan didukung oleh tenaga ahli yang bersertifikat. Selain itu, status RSUP Dr Sardjito juga telah menjadi Badan Layanan Umum (BLU). BLU merupakan instansi di lingkungan Pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.

Selain faktor lembaga baru BRIN, perubahan organisasi yang terjadi juga berdasarkan faktor internal B2P2TOOT dimana dengan aset dan sumber daya manusia yang ada, output yang dihasilkan belum dapat berjalan secara efektif dan efisien. Berdasarkan kapasitas yang dimiliki oleh RSUP Dr Sardjito, maka dengan adanya integrasi B2P2TOOT ke RSUP Dr Sardjito diharapkan dapat meningkatkan pelayanan-pelayanan yang ada di B2P2TOOT menjadi lebih efisien dan efektif. Terlebih Kementerian Pariwisata dan Ekonomi Kreatif (Kemenparekraf) telah memilih Tawangmangu sebagai salah satu destinasi *wellness and herbal tourism* di Indonesia.

Salah satu hal penting dalam menafsirkan perubahan adalah bagaimana kemampuan untuk memproyeksikan kedepan. Kemampuan menganalisis secara periodik dan memproyeksikan ke masa depan akan mempengaruhi rutinitas organisasi (5). Di dalam suatu organisasi sumber daya manusia (SDM) menjadi aset penting. Proses

perubahan organisasi yang terjadi di B2P2TOOT tentu membutuhkan kesiapan dari para pegawai. Kesiapan organisasi untuk perubahan didefinisikan sebagai kesiapan psikologis dan perilaku anggota organisasi untuk mengimplementasikan perubahan. Dua aspek kesiapan organisasi dalam menghadapi perubahan meliputi komitmen perubahan (sejauh mana anggota organisasi menunjukkan tekad untuk menerapkan perubahan) dan efikasi perubahan (sejauh mana anggota organisasi berbagi rasa percaya diri dalam kemampuan kolektif mereka untuk menerapkan perubahan) (6). Kesiapan berubah dari para pegawai dapat dilihat dari persepsinya. Seperti yang diketahui, persepsi merupakan suatu proses penerimaan informasi serta pemahaman terhadap lingkungan, termasuk penetapan informasi untuk membentuk pengkategorian dan penafsirannya. Persepsi pegawai terhadap suatu perubahan dapat berupa persepsi positif maupun persepsi negatif (7). Berdasarkan hal-hal tersebut, maka peneliti tertarik untuk mengeksplorasi persepsi pegawai B2P2TOOT terhadap perubahan organisasi di B2P2TOOT.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif eksploratif. Penelitian ini dilaksanakan di Balai Besar Penelitian dan Pengembangan Tanaman Obat dan Obat Tradisional (B2P2TOOT) Tawangmangu. Waktu penelitian dilaksanakan setelah *ethical approval* diterbitkan dari Komisi Etik Penelitian Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FK-KMK), Universitas Gadjah Mada serta memperoleh ijin penelitian dari B2P2TOOT Tawangmangu. Pada penelitian ini penentuan subjek dilakukan secara *purposive sampling*. Penelitian ini menggunakan kriteria inklusi yakni pria atau wanita, berstatus aktif sebagai Aparatur Sipil Negara (ASN) maupun non ASN, telah bekerja di B2P2TOOT minimal 5 tahun, memiliki nilai kinerja minimal baik serta bersedia menandatangani *informed consent*. Sementara kriteria eksklusi meliputi pegawai yang sedang cuti, pegawai yang sedang tugas belajar, bekerja di B2P2TOOT < 5 tahun, memiliki nilai kinerja kurang baik serta tidak bersedia menjadi informan. Pengumpulan data meliputi wawancara mendalam, *focus group discussion* (FGD), observasi serta dokumentasi. Wawancara mendalam dilakukan kepada informan utama berstatus ASN yakni kepala B2P2TOOT, 5 ketua tim kerja, dan 6 anggota tim. sedangkan FGD dilakukan kepada 6 anggota tim yang berstatus non

ASN. Informan triangulasi meliputi 1 koordinator kebun tanaman obat, 1 ASN di bagian kepegawaian dan 1 ASN di bagian keuangan. Data penelitian dilakukan analisis tema dengan bantuan *software opencode* 4.03. Penelitian ini sudah mendapat persetujuan dari Komisi Etik Penelitian FK-KMK Universitas Gadjah Mada dengan nomor KE/FK/0389/EC/2023.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik subyek penelitian

Pengumpulan data pada penelitian ini berlangsung sejak terbitnya *ethical clearance* yakni tanggal 9 Maret 2023 hingga tanggal 28 April 2023, dimana pada waktu tersebut, situasi dan kondisi B2P2TOOT Tawangmangu masih berada di masa transisi menjadi bagian RSUP Dr Sardjito. Subjek penelitian merupakan pegawai B2P2TOOT yang berstatus ASN serta non ASN. Pegawai yang berstatus ASN meliputi jajaran pimpinan organisasi (kepala dan ketua tim kerja), staf kepegawaian, staf keuangan, koordinator kebun dan anggota tim kerja, sedangkan pegawai yang berstatus non ASN merupakan anggota tim kerja. Adapun karakteristik subyek penelitian disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik Subjek Penelitian

Karakteristik	Jumlah		
	ASN		Non ASN
	Pimpinan	Staf	
Jenis kelamin			
Laki-laki	3	4	5
Perempuan	3	5	1
Usia			
< 30 tahun			1
30-40 tahun	1	4	3
41-50 tahun	4	2	2
> 50 tahun	1	1	
Status pernikahan			
Menikah	6	8	5
Belum menikah		1	1
Pendidikan			
SMP			1
SMA/SMK			4
Strata 1	1	2	1
Strata 2	5	1	
Lama bekerja			
5-10 tahun		2	2
>10 tahun	6	7	4

Gambaran perubahan organisasi yang baru

Perubahan yang terjadi di B2P2TOOT kali ini termasuk perubahan terbesar dalam sejarah

Tabel 2. Perbedaan yang terjadi di B2P2TOOT sebelum dan setelah perubahan

No	Kategori	Sebelum	Setelah
1.	Struktur organisasi	Dibawah Badan Litbangkes yang kini menjadi BKPK Balai Besar setingkat eselon IIb	Dibawah RSUP Dr Sardjito (RSUP Vertikal Kemenkes), Ditjen Yankes Unit Pelaksana Fungsional RS
2.	Fokus utama	Penelitian, pengembangan, pengkajian	Pelayanan Publik
3.	Pembagian Bidang	-Program kerjasama dan jaringan informasi -Layanan dan sarana penelitian	-Pelayanan (pelayanan kesehatan dan wellness) -Penyediaan produk dan penunjang (laboratorium pengujian dan diklat)
4.	Pembiayaan	<i>Cost center</i>	<i>Revenue center</i>

perkembangan B2P2TOOT Tawangmangu. Hasil telaah dokumen *Master Plan* Pusat Layanan Kesehatan Tradisional Tawangmangu 2022-2026 menunjukkan bahwa perubahan ini utamanya bertujuan menjadi pusat layanan pengobatan tradisional rujukan nasional. Pasca bergabung dengan RSUP Dr Sardjito, B2P2TOOT akan berubah nama menjadi Unit Pelaksana Fungsional (UPF) Hortus Medicus Tawangmangu. Proses dilakukannya integrasi B2P2TOOT ke RSUP Dr Sardjito secara resmi terhitung mulai tanggal 1 Juli 2023. Hal ini dikarenakan menunggu proses penghentian anggaran dari Pusat yang menunggu selesai laporan keuangan periode I (Januari-Juni).

Persepsi Pegawai ASN

Pegawai ASN yang diwawancarai pada penelitian ini meliputi pimpinan dan staf pelaksana. Pimpinan meliputi kepala B2P2TOOT dan para ketua tim kerja, sedangkan anggota tim kerja berasal dari masing-masing tim kerja yang ada. Berdasarkan wawancara mendalam yang telah dilakukan didapatkan persepsi positif dan negatif terhadap perubahan pengaturan kerja, informasi perubahan, dukungan organisasi dan kesiapan individu untuk berubah.

Pada persepsi perubahan pengaturan kerja didapatkan persepsi positif pada mayoritas responden seperti yang dikemukakan oleh responden berikut

“...kalo pnbp kan dilakoni udah dapat segitu lah, kalo blu istilahnya ya harus terus-menerus inovasi lah harus pengembangan apa gitu ya istilahnya ya kita analogikan dengan ini seorang pengusaha, pengusaha ya harus berpikir harus belajar terus gimana caranya biar biaya atau efisien tapi hasilnya bisa maksimal..”(R03)

Hal ini menunjukkan bahwa para pegawai ASN di B2P2TOOT sudah menangkap apa yang dicitakan dari perubahan B2P2TOOT ke RSUP Dr Sardjito. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (8) terkait dampak perubahan organisasi terhadap persepsi 132 karyawan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor psikologi karyawan seperti harapan, keberhasilan, optimisme, dan ketahanan terkait dengan persepsi positif mereka memiliki hubungan dengan sikap (keterlibatan dan sinisme) dan perilaku (kewarganegaraan dan penyimpangan organisasi) karyawan terhadap perubahan organisasi.

Pada persepsi terhadap informasi perubahan didapatkan persepsi negatif pada mayoritas responden seperti yang dikemukakan oleh seorang responden berikut

“Kalau informasi secara formal menurut saya tidak ada, semuanya hanya serba dengar-dengar, tergantung kita ada di komunitas yang mana di kantor ini, misalnya dekat dengan yang sumber informasi yaa kemungkinan akan dapat informasi dengan lebih banyak, kalau kita jauh dari sumber informasi yaa mungkin enggak tahu apa-apa...”(R01)

Persepsi mayoritas responden yang diwawancarai adalah persepsi negatif terhadap informasi perubahan, hal ini dapat dikarenakan proses pemberian informasi dilakukan bertahap dan kurang menyeluruh ke semua lapisan pegawai. Responden yang diwawancarai sebelum ada informasi di apel tentu akan berpendapat informasi kurang diberikan, terlebih jika ada pegawai yang tidak rajin menyimak tentu akan lebih tertinggal lagi informasi yang diterima.

Lebih lanjut, sebagian besar responden mengungkapkan persepsi positifnya terhadap dukungan organisasi menuju proses integrasi.

“...nah sekarang mulai diarahkan ke arah sana seperti contoh teman-teman yang D3 jamu yang awalnya menduduki kayak di administrasinya di admin sekarang mulai diarahkan untuk ke pelayanan yang membantu di klinik...”(R06)

Sementara itu terkait kesiapan individu dalam menghadapi perubahan, mayoritas responden mengungkapkan persepsi positifnya seperti yang dikemukakan oleh salah seorang responden berikut.

“kalau kebetulan saya ada di eee sekarang ada di timja wellness dan kita sudah mulai bersiap-siap, sejak tahun kemarin itu sudah, sudah eee maksudnya kita sudah melakukan persiapan itu..”(R01)

Hasil ini menunjukkan bahwa iklim organisasi di B2P2TOOT selama masa transisi sudah dirasakan oleh para pegawai. Menurut Tagiuri dan Litwin dalam (9) menyebutkan bahwa iklim organisasi merupakan kualitas lingkungan internal yang terus berlangsung dalam organisasi dan mempengaruhi perilaku anggota organisasi. Iklim organisasi yang dirasakan pegawai secara positif (menyenangkan) akan memberikan tampilan kerja yang baik dan efektif serta berpengaruh terhadap kesuksesan organisasi, hal tersebut dapat diukur melalui persepsi setiap anggota organisasi (10). Sementara hasil penelitian yang telah dilakukan oleh (11) juga menunjukkan bahwa dengan adanya dukungan organisasi memberi dampak langsung pada kesiapan individu dalam menghadapi perubahan organisasi.

Persepsi Pegawai non ASN

Pegawai non ASN yang terlibat pada penelitian ini berasal dari tim kerja wellness, yankes, produk, dan diklat. Adapun pengumpulan data yang telah dilakukan meliputi wawancara mendalam dan FGD. Pengumpulan data dengan FGD dilakukan setelah proses wawancara tiap responden selesai. Persepsi yang ditanyakan meliputi persepsi perubahan pengaturan kerja, persepsi terhadap informasi perubahan, persepsi terhadap dukungan organisasi dan persepsi mengenai kesiapan individu dalam perubahan organisasi.

Pada persepsi perubahan pengaturan kerja sebagian besar responden mengungkapkan persepsi negatif nya seperti yang dikemukakan salah seorang responden berikut.

“..takut nanti kalau SDM nya harus ditekan harus D3, S1 atau apa, kita masih dipakai atau engga..”(R11)

Sementara itu terkait informasi perubahan, hampir semua responden mengungkapkan persepsi positif nya seperti yang dikemukakan responden berikut.

“kalo informasi yaa sudah jelas sih, itu yang biasanya sama Pak Juned pas apel hari senin itu..”(R07)

Ketika peneliti menggali lebih lanjut informasi apa saja yang diperoleh, peneliti tidak dapat menemukan pendapat terkait perubahan sistem pembiayaan dari PNBP ke BLU seperti yang diperoleh pada responden yang berstatus ASN.

Hal ini dikarenakan belum adanya sosialisasi menyeluruh dan pelaksanaan sosialisasi yang bertahap. Upaya sosialisasi merupakan wujud dari salah satu komunikasi. Komunikasi yang tepat dari manajemen cenderung membantu para pegawai memahami situasi dan kebutuhan untuk perubahan organisasi, sehingga memfasilitasi proses perubahan dan mengurangi resistensi karyawan terhadap perubahan (12).

Sementara itu, terkait dukungan organisasi, hampir semua responden menyatakan persepsi positifnya.

“...ya sudah ada sih mba, kita sering diberi wejangan kalo besok harus bisa bikin ini, bisa bikin itu misal dulu kan kita ga ada minyak oles atau aromaterapi itu terus kemarin diminta mulai bikin lagi..”(R12)

Adanya persepsi positif terhadap dukungan organisasi ternyata juga membuat persepsi terhadap kesiapan individu menjadi positif seperti yang dikemukakan oleh responden berikut.

“...ya siap siap aja Buk, soalnya kita yang dibawah juga ngikut yang penting demi kebaikan..”(R08)

Persepsi dukungan organisasi yang positif pada pegawai non ASN juga berdampak pada persepsi positif terhadap kesiapan pegawai non ASN. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan organisasi yang ada telah membuat para pegawai bersiap menuju perubahan. Hasil ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh (13) yang menunjukkan bahwa kesiapan karyawan untuk berubah mencerminkan sejauh mana kecenderungan kognitif dan emosional individu untuk menerima dan mengadopsi rencana khusus untuk sengaja mengubah *status quo* dan bergerak maju. Kesiapan untuk berubah dianggap sebagai konstruksi kunci untuk mengimplementasikan banyak inisiatif perubahan karena dalam proses perubahan peran individu sangatlah penting (14).

Berdasarkan pembahasan yang didapatkan baik dari responden yang berstatus ASN maupun non ASN maka dapat diketahui bahwa telah terjadi *gap* persepsi terhadap perubahan pengaturan kerja khususnya yang berkaitan dengan perubahan PNBP menjadi BLU. Hal ini dapat disebabkan beberapa faktor diantaranya adalah faktor pendidikan. Seperti yang telah diketahui bahwa pada pegawai yang berstatus non ASN masih didapatkan latar belakang pendidikan sekolah lanjutan tingkat pertama (SLTP). Hal ini didukung oleh penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa tingkat pendidikan para pegawai memiliki

hubungan dengan perubahan organisasi (15). Selain faktor pendidikan, faktor yang dirasa paling krusial adalah faktor komunikasi di lingkup pegawai non ASN. Meskipun pada persepsi terhadap informasi perubahan yang didapatkan di pegawai non ASN adalah persepsi positif, akan tetapi informasi yang disampaikan belum begitu begitu menyeluruh. Informasi juga dirasa cenderung bersifat teknis. Padahal seperti yang telah diketahui tujuan perubahan organisasi juga perlu dikomunikasikan dengan pegawai non ASN. Dengan mengetahui tujuan perubahan organisasi, maka mungkin saja para pegawai non ASN dapat memiliki banyak inovasi dalam pengembangan organisasi kedepannya.

Implikasi Kebijakan

Berdasarkan hasil temuan maka kebijakan yang dapat diambil meliputi kebijakan terhadap hasil temuan positif maupun negatif serta untuk mengatasi adanya *gap* persepsi antara pegawai ASN dan non ASN. Kebijakan-kebijakan yang dapat diambil oleh jajaran pimpinan dijelaskan sebagai berikut.

a. Hasil penelitian yang menunjukkan persepsi negatif terhadap informasi perubahan di kalangan pegawai berstatus ASN maka menuntut jajaran pimpinan terutama di *middle management* untuk lebih terbuka lagi terkait *master plan* integrasi ke RSUP Dr Sardjito. *Master plan* tersebut dapat disampaikan pada kegiatan sosialisasi. Sosialisasi merupakan sebuah proses penanaman atau transfer kebiasaan atau nilai dan aturan dari satu generasi ke generasi lainnya dalam sebuah kelompok atau masyarakat. Karena dalam proses sosialisasi diajarkan peran-peran yang harus dijalankan oleh individu, maka sosialisasi adalah sebagai teori mengenai peranan. Sosialisasi pada dasarnya adalah penyebaran informasi (program, kebijakan, peraturan) dari satu pihak (pemilik program, kebijakan, peraturan) kepada pihak-pihak lain (aparatur, masyarakat yang terkena program, dan masyarakat umum). Isi informasi yang disebarluaskan bermacam-macam tergantung pada tujuan program. Kegiatan sosialisasi merupakan proses komunikasi. Komunikasi sebagai gambaran seseorang tentang stimulasi dalam pikiran orang lain atas kesadaran, pemahaman dan perasaan akan pentingnya peristiwa, perasaan, fakta, opini atau situasi. Selain itu

komunikasi diantara manusia adalah seni mentransmisi informasi, ide dan sikap dari satu orang ke orang yang lain (16). Setelah pasca integrasi, komunikasi inipun tetap perlu diperhatikan. Sosialisasi tentunya hanya dapat berlangsung sekali atau dua kali, padahal pasca integrasi merupakan proses yang akan berlangsung lebih lama dari sebelumnya. Salah satu yang dapat dilakukan adalah dengan mengintensifkan kembali grup percakapan *online* yang memfasilitasi informasi kebaruan ataupun usulan-usulan. Hal ini dapat dipahami mengingat kegiatan apel yang berlangsung setiap hari senin cenderung bersifat satu arah, dari pimpinan ke staf pelaksana.

b. Hasil penelitian yang menunjukkan persepsi negatif terhadap perubahan pengaturan kerja di kalangan pegawai non ASN membuat para jajaran pimpinan untuk lebih meningkatkan kapasitas organisasi untuk mempercepat proses adaptasi menjadi bagian dari suatu Rumah Sakit. Langkah yang dapat diambil adalah dengan menciptakan komunikasi antara manajerial dengan staf pelaksana secara lebih intensif lagi. Komunikasi tersebut dalam rangka sharing pengetahuan pengembangan organisasi pasca integrasi. Sharing pengetahuan antara pimpinan dengan pelaksana mutlak diperlukan. Sharing pengetahuan menjadi budaya untuk mengumpulkan informasi antara jajaran pimpinan dengan staf. Transformasi kepemimpinan mendukung sharing pengetahuan dalam upaya meningkatkan keberhasilan dalam perubahan organisasi (17). Selain itu juga para jajaran pimpinan diharap dapat mempercepat kegiatan inovasi yang dapat menggali kemampuan-kemampuan yang dimiliki para pegawai non ASN. Pelatihan atau *workshop* merupakan salah satu sarana yang dapat dilakukan untuk meningkatkan *skill* para pegawai serta mematangkan pada pegawai KTO Tlogodringo yang akan menjadi salah satu tempat *wellness tourism* menjadi mutlak untuk mengikuti pelatihan-pelatihan. Adapun pelatihan-pelatihan yang dapat diikuti oleh staf pelaksana seperti pelatihan pelayanan prima dan pelatihan bahasa Inggris. Seperti yang kita ketahui pelatihan pelayanan prima meliputi pelatihan cara berkomunikasi yang baik, bersikap ramah kepada pengunjung, cara berpenampilan yang baik dan lain sebagainya. hal ini penting karena staf pelaksana yang ada di KTO Tlogodringo tidak hanya merawat

tanaman saja tapi juga akna berinteraksi dengan pengunjung terkait budidaya tanaman. Sementara itu, pelatihan berbahasa Inggris seperti percakapan sehari-hari perlu dilakukan juga karena tamu kunjungan seringkali berasal dari luar negeri.

Disamping kebijakan terhadap hasil temuan persepsi negatif, perlu juga diambil kebijakan terhadap hasil temuan persepsi positif. Kebijakan tersebut perlu dilakukan agar para pegawai dapat bekerja semaksimal mungkin untuk mencapai tujuan perubahan organisasi. Kebijakan tersebut meliputi pengembangan *skill* baru bagi para pegawai sesuai dengan ranah kerjanya. Dapat diambil contoh pelatihan *ultrasonografi* (USG) dasar bagi para dokter di Klinik Pratama Hortus Medicus. Dengan *skill* USG dasar maka dapat membantu dokter dalam menegakkan diagnosis. Selain itu bisa juga pelatihan pembuatan konten digital yang menarik bagi para pegawai di tim kerja penyediaan produk agar produk yang dihasilkan dan ditawarkan sesuai dengan perkembangan jaman. Perlu juga dipikirkan untuk menetapkan tim marketing khusus dalam rangka mengenalkan lebih luas *wellness tourism* yang ada di UPF Hortus Medicus dan menjalin kerjasama dengan perusahaan-perusahaan swasta di Indonesia.

KESIMPULAN

Persepsi yang didapat dari pegawai berstatus ASN meliputi persepsi positif terhadap perubahan pengaturan kerja, persepsi negatif terhadap informasi perubahan organisasi serta persepsi positif terhadap dukungan organisasi dan kesiapan individu. Persepsi yang didapat dari pegawai berstatus non ASN meliputi persepsi negatif terhadap perubahan pengaturan kerja, persepsi positif terhadap informasi perubahan, serta persepsi positif terhadap dukungan organisasi dan kesiapan individu terhadap perubahan. Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa komunikasi organisasi di B2P2TOOT lebih ditingkatkan lagi. Adapun komunikasi yang dimaksud adalah jajaran pimpinan perlu segera melakukan sosialisasi dan koordinasi lebih intensif lagi dengan para staf pelaksana. Selain itu terdapat beberapa anggota organisasi yang perlu mendapat perhatian lebih, seperti pendampingan kepastian jabatan fungsional dan penjelasan tugas pekerjaan yang lebih detail agar manfaat perubahan organisasi ini dapat menyeluruh dirasakan oleh semua pegawai.

Penelitian lebih lanjut diperlukan demi tercapainya tujuan perubahan organisasi jangka panjang.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terimakasih kepada Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan (BPPSDMK), Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, B2P2TOOT Tawangmangu beserta rekan-rekan sehingga penelitian ini dapat berjalan dengan lancar.

DAFTAR PUSTAKA

1. Hussain ST, Lei S, Akram T, Haider MJ, Hussain SH, Ali M. Journal of Innovation Conceptual paper Kurt Lewin ' s process model for organizational change : The role of leadership and employee involvement : A critical review. J Innov Knowl [Internet]. 2016;1–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jik.2016.07.002>
2. Simbolon R, Anisah HU. Pengaruh Perubahan Organisasi Dan Budaya Organisasi Terhadap Kinerja Pegawai (Studi Pada Kantor Pelayanan Kekayaan Negara dan Lelang Banjarmasin). J Wawasan Manaj. 2013;1:27–42.
3. Fitria NJL. Pembentukan Badan Riset dan Inovasi Nasional sebagai Upaya Menuju Good Governance dengan Prinsip Reformasi Birokrasi. J Wacana Publik. 2021;15(02):105–10.
4. Kementerian Kesehatan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan. Indonesia; 2022 p. 1–44.
5. Trisnantoro L. Aspek Strategis Manajemen Rumah Sakit. Yogyakarta: Penerbit Andi; 2005.
6. Weiner BJ. A theory of organizational readiness for change. In: Per Nilsen, Sarah A Birken, editors. Handbook on Implementation Science. Edwar Elgar Publishing; 2020. p. 215–32.
7. Wang A, Kebede S. Assessing Employees' Reactions to Organizational Change. J Hum Resour Sustain Stud. 2020;274–93.
8. Avey JB, Wernsing TS, Luthans F. Can Positive Employees Help Positive Organizational Change? Impact of Psychological Capital and Emotions on Relevant Attitudes and Behaviors. J Appl Behav Sci. 2008;44(1):48–70.
9. Wirawan. Budaya dan Iklim Organisasi : Teori Aplikasi dan Penelitian. Jakarta: Salemba empat; 2007.
10. Priambodo EP, Darokah M, Sari REYD. Peran Self-efficacy dan Iklim Organisasi dalam

- Membentuk Employee Engagement melalui Komitmen Organisasi. *PSYMPATHIC J Ilm Psikol.* 2019;6(2):213–28.
11. Gigliotti R, Vardaman J, Marshall DR, Gonzalez K, Gigliotti R, Vardaman J, et al. The Role of Perceived Organizational Support in Individual Change Readiness. *J Chang Manag [Internet]*. 2018;19(2):86–100. Available from: <https://doi.org/10.1080/14697017.2018.1459784>
 12. Kotter JP, Cohen DS. *The Heart of Change: Real-Life Stories of How People Change Their Organizations*. Boston, Massachusetts: Harvard Business Review Press; 2012.
 13. Wang T, Olivier DF, Chen P. Creating individual and organizational readiness for change : conceptualization of system readiness for change in school education. *Int J Leadersh Educ [Internet]*. 2020;1–25. Available from: <https://doi.org/10.1080/13603124.2020.1818131>
 14. Rusly FH, Corner JL, Sun P. Positioning change readiness in knowledge management research. *J Knowl Manag.* 2012;16(2):329–55.
 15. Madsen SR, Miller D, John CR. Readiness for Organizational Change : Do Organizational Commitment and Social Relationships in the Workplace Make a Difference ? *Hum Resour Dev Q.* 2005;16(2).
 16. Santoso E, Setiansah M. *Teori Komunikasi*. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2010.
 17. Hussain ST, Lei S, Haider MJ, Akram T. Transformational Leadership and Organizational Change Examining the Mediational Approach of Knowledge Sharing. *Int J Asian Bus Inf Manag.* 2021;12(2):84–95.

Implementasi Massive Open Online Course (MOOC) pada Pelatihan Jabatan Fungsional Bidan (Pangkat Pertama) di Bapelkes Semarang

Implementation Of Massive Open Online Course (Mooc) In Pelatihan Jabatan Fungsional Bidan (Pangkat Pertama) At Bapelkes Semarang

Resti Dewi Wijayanti, Andreasta Meliala, Dwi Handono Sulistyono

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

Tanggal submit: 3 Juli 2023; Tanggal penerimaan: 30 September 2023

ABSTRAK

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, diperlukan pengembangan kompetensi, diantaranya melalui pelatihan. Bapelkes Semarang memiliki tugas dan fungsi menyelenggarakan pelatihan, salah satunya Pelatihan Jabatan Fungsional Bidan (Pangkat Pertama) yang menggunakan metode Massive Open Online Courses (MOOC). Penggunaan MOOC bertujuan meningkatkan kualitas dan kuantitas pembelajaran. Namun berdasarkan evaluasi penyelenggaraan masih ditemukan keluhan peserta terkait implementasi MOOC. Sehingga perlu dilakukan evaluasi terhadap MOOC. Hasil evaluasi menjadi landasan dalam pengembangan cMOOC bagi pelatihan di bidang kesehatan termasuk kajian kebijakan yang memayunginya. Penelitian ini dilakukan dengan metode deskriptif kualitatif dengan wawancara mendalam dan pengambilan data sekunder. Hasil penelitian pada peserta pelatihan menunjukkan belum seluruhnya memiliki kemampuan literasi digital sehingga masih banyak kendala pelatihan dan untuk mengikuti pelatihan harus menggunakan Surat Tugas sehingga tidak bebas mengikuti pelatihan. Fasilitator memerlukan adaptasi dalam pembelajaran model Student Centered Learning (SCL). Belum ada payung hukum untuk pelaksanaan MOOC. Sehingga apabila akan dikembangkan menjadi cMOOC dibutuhkan pembatasan cMOOC untuk pelatihan knowledge base atau sebagai pre-requisite program bagi pelatihan lain. Serta penerbitan payung hukum yang mewadahi prinsip-prinsip MOOC.

Kata kunci: cMOOC; Pelatihan bidang kesehatan; MOOC; Pelatihan Jabatan Fungsional Bidan; Evaluasi pelatihan

ABSTRACT

In order to improve the quality of health services, competency development is needed, including through training. Bapelkes Semarang has the task and function of organizing training, one of which is Pelatihan Jabatan Fungsional Bidan (Pangkat Pertama) which uses the Massive Open Online Courses (MOOC) method. The use of MOOC aims to improve the quality and quantity of learning. However, based on the evaluation of the implementation, there are still complaints from participants regarding the implementation of MOOC. So it is necessary to evaluate MOOC. The evaluation results become the basis for the development of cMOOC for training in the health sector including the review of the policies that underpin it. This research was conducted using descriptive qualitative method with in-depth interviews and secondary data collection. The results of the research on training participants showed that not all of them had digital literacy skills so that there were still many training obstacles and to take part in the training they had to use a Letter of Duty so they were not free to attend the training. Facilitators need adaptation in learning the Student Centered Learning (SCL) model. There is no legal umbrella for the implementation of MOOC. So that if it will be developed into cMOOC, it is necessary to limit cMOOC to knowledge base training or as a pre-requisite programme for other training. As well as the issuance of a legal umbrella that accommodates the principles of MOOC.

Keywords: cMOOC; Health Training; MOOC; Pelatihan Jabatan Fungsional Bidan; Training Evaluation

PENDAHULUAN

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, diperlukan pengembangan kompetensi, diantaranya melalui pelatihan. Oleh karena itu, penyelenggaraan pelatihan harus di desain dengan baik agar tujuan pelatihan tercapai. Desain pelatihan umumnya meliputi tahapan analisis, desain, pengembangan, implementasi, dan evaluasi¹. Kelima tahap tersebut merupakan fase yang tidak terputus.

Bapelkes Semarang memiliki tugas dan fungsi menyelenggarakan pelatihan, salah

satunya Pelatihan Jabatan Fungsional Bidan (Pangkat Pertama) yang menggunakan metode *Massive Open Online Courses* (MOOC). MOOC yang digunakan, yaitu LJJ Kesehatan, yang dibangun oleh Direktorat Peningkatan Mutu Tenaga Kesehatan Kementerian Kesehatan

Penggunaan MOOC bertujuan meningkatkan kualitas dan kuantitas pembelajaran. Namun berdasarkan evaluasi penyelenggaraan masih ditemukan keluhan peserta terkait implementasi MOOC. Misalnya, peserta mengalami kejenuhan

dan kesulitan dalam belajar mandiri, sulit berinteraksi dengan fasilitator, serta kendala tidak stabilnya jaringan listrik dan internet.

Sedangkan kajian pustaka pada penelitian sebelumnya, MOOC hendaknya didesain semenarik mungkin, sehingga pelatihan dapat memiliki makna sesuai tujuan pelatihan². Fasilitator memiliki peran besar dalam mendesain materi MOOC³. Penelitian lain dilakukan dengan melakukan penelitian lebih komprehensif terhadap MOOC Coursera⁴. Dalam penelitian tersebut dibahas bahwa aspek desain instruksional, pengaturan MOOC, serta pengalaman belajar peserta merupakan aspek yang saling terkait dan mempengaruhi. Rekomendasi penelitian ini yaitu perlu dilakukan kajian terhadap platform MOOC selain Coursera, karena kemungkinan ada perbedaan antara faktor-faktor yang mempengaruhi pada MOOC populer (Coursera, edX, Udacity, FutureLearn) dengan MOOC belum populer (LJJ Kesehatan)⁴.

Selain permasalahan terkait implementasi MOOC pada saat pelatihan, LJJ Kesehatan masih di desain berjenis xMOOC sehingga pelatihan dilakukan secara daring tetapi masih menggunakan pendekatan kelas tradisional^{5, 6}. Padahal jika LJJ Kesehatan dikembangkan dengan jenis cMOOC, dapat memfasilitasi lebih banyak peserta. Sehingga dapat meningkatkan kuantitas jumlah peserta pelatihan sesuai target transformasi kesehatan.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 disebutkan bahwa untuk mencapai target bidang kesehatan pada tahun 2024, diterbitkan 6 (enam) Pilar Transformasi Kesehatan⁷. Salah satu pilarnya yaitu Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK). Capaian pada pilar SDMK antara lain peningkatan kapasitas SDMK melalui pelatihan. Dalam lampiran peraturan tersebut, target pelatihan vokasi untuk mendukung sistem ketahanan kesehatan sejumlah 28.000 SDMK. Sedangkan untuk pelatihan sesuai dengan 9 penyakit prioritas berjumlah 25.000 SDMK. Untuk itu, Menteri Kesehatan menekankan perlunya membangun cMOOC guna mencapai target jumlah SDMK yang dilatih.

Dengan mempertimbangkan hal berikut: (1) evaluasi penyelenggaraan MOOC yang diselenggarakan di Bapelkes Semarang, (2) desain pembelajaran ideal yang disampaikan oleh peneliti sebelumnya, (3) rekomendasi penelitian lanjutan yang disampaikan oleh Wu and Wang⁴

(4) potensi pengembangan LJJ Kesehatan yang semula berjenis xMOOC menjadi cMOOC serta kebijakan yang mengaturnya. Maka peneliti memandang perlunya mengkaji isi kebijakan untuk pengembangan LJJ Kesehatan menjadi cMOOC pada Pelatihan Jabatan Fungsional Bidan (Pangkat Pertama) yang dilaksanakan di Bapelkes Semarang.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini akan dilakukan dengan metode *deskriptif kualitatif*. Metode penelitian ini dipilih karena peneliti bermaksud memahami secara rinci dan mendalam tentang implementasi MOOC pada Pelatihan Jabatan Fungsional Bidan (Pangkat Pertama) yang dilaksanakan di Bapelkes Semarang pada tahun 2022.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Implementasi Pelatihan Jabatan Fungsional Bidan (Pangkat Pertama)

Pelatihan dilaksanakan secara *blended*, yaitu dengan mengkombinasikan antara *synchronous maya* menggunakan zoom cloud meeting pada hari ke 1 dan hari ke 6 – 10. Sementara hari ke 2 – 5 menggunakan *asynchronous maya* dengan MOOC LJJ Kesehatan. Fokus penelitian ini pada pelatihan pada saat menggunakan MOOC LJJ Kesehatan.

Karakteristik responden

Jumlah responden dalam penelitian ini 19 orang. Wawancara dilaksanakan terhadap seluruh responden. Tujuh orang alumni peserta pelatihan Pelatihan Jabatan Fungsional Bidan (Pangkat Pertama) tahun 2022. Pimpinan alumni peserta pelatihan berjumlah 2 orang. Panitia penyelenggara pelatihan berjumlah 3 orang. Fasilitator pelatihan 4 orang, yaitu 3 orang dari Bapelkes Semarang dan 1 orang dari RSUD dr. Moewardi Surakarta. Sedangkan pemangku kebijakan, 2 orang dari Bapelkes Semarang dan 1 orang dari Direktorat Peningkatan Mutu Tenaga Kesehatan, Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Hasil Penelitian Implementasi Pelatihan Jabatan Fungsional Bidan (Pangkat Pertama)

1) Peserta pelatihan

Kemampuan peserta dalam menggunakan media digital beragam. Ada peserta yang mampu menggali pengetahuan dengan mencari berbagai sumber di internet, ada pula peserta yang merasa

cukup hanya belajar dari materi yang tersaji di MOOC. Interaksi yang dibangun peserta pelatihan menggunakan media sosial pendukung MOOC, juga memberi andil dalam keberhasilan. Beberapa peserta langsung menghubungi panitia penyelenggara atau fasilitator, ada pula peserta membangun jejaring belajar teman sebaya. Kemampuan dan semangat peserta dalam menggunakan MOOC pada pelatihan, berpengaruh terhadap adaptasi peserta dalam menggunakan MOOC LJJ Kesehatan sebagai media digital di bidang pelatihan. Serta menjadi salah satu potensi pengembangan LJJ Kesehatan menjadi cMOOC.

Sedangkan hal yang harus diatasi adalah izin peserta untuk mengikuti pelatihan yang harus mendapat surat tugas dari Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten/Provinsi atau Pimpinan Instansi. Padahal untuk mendapatkan surat tugas tersebut, peserta harus dihadapkan dengan masalah antrian pengembangan kompetensi pegawai.

2) Fasilitator pelatihan

Dalam pelaksanaan pelatihan tidak seluruh fasilitator berinteraksi dengan peserta pada saat menggunakan MOOC. Rata-rata peserta menghubungi fasilitator pada saat materi yang bertujuan menciptakan (tingkat 6 ranah kognitif Raksonomi Bloom). Peserta mengalami kesulitan dalam memahami materi dan mengerjakan evaluasi. Evaluasi yang digunakan pada pelatihan ini masih menggunakan soal uraian, sehingga menuntut fasilitator tetap mengambil peran untuk memberikan *feedback* terhadap hasil penugasan peserta. Sehingga fasilitator memerlukan adaptasi dalam pembelajaran model *Student Centered Learning (SCL)* pada MOOC.

3) Pemangku kebijakan

Pedoman pelaksanaan pelatihan yang digunakan saat ini yaitu Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 725/Menkes/SK/V/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelatihan di Bidang Kesehatan⁸, beserta turunannya seperti Pedoman Penyusunan Kurikulum dan Modul, Pedoman Penyelenggaraan Pelatihan, serta Pedoman Audit Mutu Internal. Memasuki era pandemi Covid-19, Kementerian Kesehatan khususnya Badan PPSDM melakukan penyesuaian terhadap pelaksanaan pelatihan dengan menerbitkan Keputusan Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Nomor HK. 02.02/IV/1081/2020 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pelatihan Bidang Kesehatan pada

Masa Pandemi Corona Virus Disease 2019⁹. Akan tetapi, aturan tersebut tidak berlaku lagi seiring dengan dicabutnya status pandemi Covid-19.

Berdasarkan hasil penelitian, maka terdapat beberapa usulan isi kebijakan yang perlu dipertimbangkan dalam pengembangan LJJ Kemenkes menjadi cMOOC. Sasaran isi kebijakan ini bisa digunakan tidak hanya untuk pelatihan Jabatan Fungsional Bidan (Pangkat Pertama) akan tetapi dapat digunakan untuk seluruh pelatihan di bidang kesehatan secara umum. Serta bukan hanya pada lingkup Bapelkes Semarang, akan tetapi Kementerian Kesehatan. Usulan isi kebijakannya yaitu:

cMOOC idealnya digunakan untuk pelatihan yang berbasis *knowledge base* atau sebagai *pre-requisite program* bagi pelatihan lain. Materi yang disajikan bertujuan untuk mengingat, memahami dan mengaplikasikan (kelompok dasar pada taksonomi Bloom)¹⁰. Sehingga mudah bagi peserta mempelajari materi secara mandiri. Kebijakan ini untuk meminimalisasi keluhan yang diungkapkan peserta dalam belajar mandiri pada materi yang bertujuan menganalisis, mengevaluasi dan mencipta (kelompok lanjutan pada taksonomi Bloom). Desain pelatihan berbasis *knowledge base* atau sebagai *pre-requisite program* juga memungkinkan untuk diukur keberhasilannya dengan evaluasi berbentuk pilihan ganda.

Kedua, kebijakan lain dalam pengembangan LJJ Kemenkes menjadi cMOOC yaitu penyusunan kebijakan yang memayungi cMOOC. Alternatif kebijakan ini perlu menjadi perhatian bagi pengampu kebijakan untuk menerapkan prinsip *massive* pada MOOC. Aturan kebijakan untuk mengatasi terbatasnya jumlah peserta pelatihan untuk non teknis (manajemen dan fungsional) yaitu 30 orang dan 25 orang pada pelatihan teknis yang telah tercantum pada Pedoman Penyusunan Kurikulum Modul Pelatihan di Bidang Kesehatan yang diterbitkan oleh Pusdiklat Aparatur, Badan PPSDM Kesehatan. Idealnya pelatihan menggunakan cMOOC dilaksanakan dengan skala besar dan tidak terbatas jumlah pesertanya^{11,12}.

Prinsip *open* pada cMOOC juga perlu mendapat perhatian. Sampai saat ini, peserta yang mengikuti pelatihan perlu mencantumkan Surat Tugas dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota/Provinsi atau Rumah Sakit untuk membuktikan bahwa peserta yang bersangkutan memang diutus dari instansinya. Padahal untuk menerapkan prinsip *open*, cMOOC idealnya diterapkan tanpa kualifikasi peserta^{11, 12}. Perlunya aturan terkait cMOOC tanpa kualifikasi

peserta ini sekaligus menerjemahkan arahan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, bahwa pelatihan cMOOC berfungsi untuk pengembangan kompetensi yang dilaksanakan *after hours*. Peserta dapat mempelajari setelah jam kerja, tanpa mengganggu tugas dan fungsi pekerjaannya.

Pelatihan yang dilaksanakan secara *online* juga belum tercantum pada Menteri Kesehatan untuk menggantikan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 725/Menkes/SK/V/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelatihan di Bidang Kesehatan dan turunannya belum mengatur tentang pelatihan yang dilaksanakan secara daring. Pada saat pandemi, sempat terbit aturan yang mengatur pelatihan secara *synchronous maya* dan *asynchronous maya*, akan tetapi aturan tidak berlaku seiring dengan pencabutan status pandemi Covid-19 di Indonesia.

Akan tetapi tetap menjamin pelatihan tetap berjalan dengan baik, sesuai prinsip *course*, yaitu pelaksanaan pelatihan secara utuh. Aturan disusun dari saat penyusunan kurikulum, modul, media pembelajaran, pengajuan akreditasi pelatihan, penjaminan mutu pelaksanaan pelatihan, sampai dengan penerbitan sertifikat pelatihan.

KESIMPULAN

Kementerian Kesehatan belum memiliki payung hukum untuk pengembangan LJJ Kesehatan menjadi cMOOC baik untuk pelatihan bidang kesehatan secara umum, maupun pada Pelatihan Jabatan Fungsional Bidan (Pangkat Pertama) pada khususnya. Kebijakan untuk mengembangkan LJJ Kesehatan menjadi cMOOC yaitu terkait pembatasan cMOOC untuk pelatihan yang bersifat *knowledge base* atau sebagai *pre-requisite program* bagi pelatihan lain. Serta penerbitan payung hukum yang mewadahi prinsip-prinsip *Massive*, *Open*, *Online*, *Course* pada MOOC.

DAFTAR PUSTAKA

1. Pribadi BA. Desain dan Pengembangan Program Pelatihan Berbasis Kompetensi Implementasi Model ADDIE. Jakarta: Kencana; 2020.
2. Deng R, Benckendorff P. What are the key themes associated with the positive learning experience in MOOCs? An empirical investigation of learners' ratings and reviews. *Int J Educ Technol High Educ*. 2021 Dec;18(1):9.
3. Sari AR, Bonk CJ, Zhu M. MOOC instructor designs and challenges: what can be learned from existing MOOCs in Indonesia and Malaysia? *Asia Pacific Educ Rev*. 2020 Mar;21(1):143–66.
4. Wu B, Wang Y. Formation mechanism of popular courses on MOOC platforms: A configurational approach. *Computers & Education*. 2022 Dec;191:104629.
5. Yousef AMF, Chatti MA, Schroeder U, Wosnitza M, Jakobs H. The State of MOOCs from 2008 to 2014: A Critical Analysis and Future Visions. In: Zvacek S, Restivo MT, Uhomoihi J, Helfert M, editors. *Computer Supported Education [Internet]*. Cham: Springer International Publishing; 2015 [cited 2022 Oct 16]. p. 305–27. (Communications in Computer and Information Science; vol. 510). Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-25768-6_20
6. Smith B, Eng M. MOOCs: A Learning Journey. In: Cheung SKS, Fong J, Fong W, Wang FL, Kwok LF, editors. *Hybrid Learning and Continuing Education [Internet]*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2013 [cited 2022 Oct 16]. p. 244–55. (Hutchison D, Kanade T, Kittler J, Kleinberg JM, Mattern F, Mitchell JC, et al., editors. *Lecture Notes in Computer Science*; vol. 8038). Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-39750-9_23
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 725/Menkes/SK/V/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelatihan di Bidang Kesehatan
9. Keputusan Kepala Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Nomor HK. 02.02/IV/1081/2020 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pelatihan Bidang Kesehatan pada Masa Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid 19)
10. Jie Z. Research on Mixed Teaching Method of Computer Basic Course Based on MOOC. 2021;8.
11. Sumarno D, Indrajit RE. Massive Open Online Course (MOOC) Sebuah Tren Pendidikan Masa Depan. Yogyakarta: CV. Andi Offset;
12. Pouezevara SR, Horn LJ. MOOCs and Online Education: Exploring the Potential for International Educational Development. :16.

Hak Akses Pelepasan Informasi Rekam Medis Elektronik Untuk Kepentingan Penelitian Di RSUP Dr.Hasan Sadikin Bandung

*Sharing Information Of Electronic Medical Record For Research
In Dr.Hasan Sadikin Bandung Hospital*

Widia Mulyani¹, Dewi Lena Suryani Kurniasih², Ari Sukawan³

^{1,2,3} Prodi DIII Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya, Jl. Babakan Siliwangi No.35, Kahuripan, Kec. Tawang, Kota Tasikmalaya, Jawa Barat 46115
Email: widiamulyani2505@gmail.com¹, dewilenasuryani@gmail.com², arisukawan86@gmail.com³

Tanggal submisi: 26 Mei 2023; Tanggal penerimaan: 30 September 2023

ABSTRAK

Rekam Medis Elektronik setidaknya memenuhi prinsip keamanan maupun perlindungan data meliputi kerahasiaan, integritas, dan ketersediaan data. Hak akses rekam medis elektronik berupa pemberian username dan password 1x24 jam. Kadang terjadi pemberian hak akses yang berisiko disalahgunakan. Tujuan dari penelitian ini mengetahui hak akses pelepasan informasi rekam medis elektronik untuk kepentingan penelitian di RSUP Dr.Hasan Sadikin Bandung. Jenis penelitian kualitatif fenomenologi. Data dikumpulkan dengan cara observasi serta wawancara terhadap 7 informan yaitu; Kepala Instalasi Rekam Medis, Kasub Pengelolaan Rekam Medis Rawat Jalan, Petugas Filing Rawat Jalan, Kepala Instalasi SIRS, Staf Bidang Pelayanan Penunjang, Perwakilan dari Kesatuan Staf Medis (KSM), dan pihak yang mengakses Rekam Medis Elektronik. Data diolah menggunakan triangulasi sumber dan dianalisis secara tematik. Terdapat panduan pelayanan dan SPO tetapi alur prosedur belum dipisahkan berdasarkan hak akses internal maupun eksternal. Sistem masih dalam tahap pengembangan sehingga kadang pihak eksternal mendapatkan hak akses pada data yang tidak bersifat read only. Alur prosedur hak akses pelepasan informasi rekam medis elektronik telah disetujui, dipublikasikan, dan dikomunikasikan dengan pihak internal maupun eksternal. Kebijakan tentang pembagian hak akses yang lebih rinci perlu dibuat dan disesuaikan dengan kepentingan maupun pihak yang melakukan akses informasi tersebut.

Kata kunci: Analisis; Rekam Medis Elektronik; Pelepasan Informasi

ABSTRACT

Electronic medical records at least adhere to the principles of security and data protection, such as confidentiality, integrity, and availability. Electronic medical access policy: username and password 1x24 hours. Sometimes access rights are at risk of being abused. The purpose of this research is to find out how to share information from electronic medical records for research at Dr.Hasan Sadikin Bandung Hospital. A qualitative study. Collecting data by observation and interview with 7 informants, which are the director of a medical record installation, sub-installations outpatient, staff of filing outpatient, director of SIRS, support service staff, representatives of the medical staff, and people when sharing electronic medical records. Use source triangulation and thematic analysis. There are service guidelines and standard operating procedures, but the procedures have not been made based on the right access, whether internal or external. The system is still in development, so external parties can access data not read-only. The procedures for sharing information from an electronic medical record have been approved, published, and communicated to internal and external parties. A more detailed policy on the distribution of access rights should be established and adapted to the interests of the parties who have access to the information.

Keywords: Analysis; Electronic Medical Record; Sharing Information

PENDAHULUAN

Transformasi digital pada rekam medis manual terjadi seiring dengan peraturan terbaru yang mewajibkan seluruh fasilitas pelayanan kesehatan untuk menerapkan rekam medis elektronik tidak terkecuali Rumah Sakit. Penyelenggaraan rekam medis elektronik dilakukan sejak pasien masuk sampai pasien dinyatakan pulang, dirujuk atau bahkan meninggal dunia.¹ Penyelenggaraan rekam medis elektronik ini terbukti memberikan banyak manfaat. Hal ini dibuktikan oleh penelitian Rizky (2020) dimana 81% responden menyatakan

bahwa penerapan rekam medis elektronik dapat meningkatkan aksesibilitas informasi pasien, kemudahan dalam hal pelaporan maupun penelitian, data pasien lebih mudah terbaca, serta meminimalisir data hilang.²

Pemanfaatan sistem rekam medis elektronik tentu harus disempurnakan dengan adanya keamanan maupun perlindungan data meliputi kerahasiaan, integritas, dan ketersediaan sebagaimana dalam pasal 29 Permenkes RI No.24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis.¹ Hal ini karena rekam medis elektronik memuat

informasi yang bersifat rahasia maka dalam pemanfaatannya harus atas seizin pasien. Namun ada pengecualian salah satunya untuk riset atau edukasi.³ Pemanfaatannya harus diiringi dengan kemampuan sistem untuk menjamin keamanan terhadap data maupun informasi yang ada.

Penelitian menurut Innab (2018) menunjukkan bahwa selama dua tahun terakhir lebih dari 90% penyedia layanan kesehatan di Amerika Serikat, 40% diantaranya memiliki lebih dari lima pelanggaran data.⁴ Permasalahan lain dalam Sari et al (2021) menunjukkan bahwa 70% orang merasa khawatir terhadap kebocoran informasi kesehatan.⁵ Maka permasalahan terkait keamanan data sudah seharusnya dapat dicegah dan hal ini menjadi tanggung jawab pimpinan serta fasilitas pelayanan kesehatan untuk mengatur pemanfaatan rekam medis sebagaimana yang tertera dalam Permenkes RI No.24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis.¹

Pemanfaatan rekam medis elektronik dapat ditunjang dengan kebijakan pemberian hak akses baik itu bagi internal maupun eksternal. Khusus untuk kepentingan penelitian sistem hanya dapat memberikan akses mengenai data yang bersifat *read-only* dan tidak diberikan akses mengenai data yang mengandung identitas. Pemberian akses dilakukan di Instalasi Rekam Medis serta perlu dibuat formulir perjanjian untuk tidak membuka informasi tersebut kepada pihak lain.⁶ Sejak bulan Agustus tahun 2022 Rumah Sakit Umum Pusat Dr.Hasan Sadikin Bandung (RSHS) telah mengembangkan pelayanan Rekam Medis Elektronik dalam hal pelepasan informasi untuk kepentingan penelitian dan melengkapi data. Hak akses berupa *username* serta *password* yang berlaku selama 1x24 jam dan hanya dapat dilakukan menggunakan jaringan internet di area Rumah Sakit.

Studi pendahuluan menunjukkan bahwa terdapat beberapa masalah diantaranya tidak semua petugas filing mampu memberikan hak akses rekam medis elektronik untuk kepentingan penelitian. Kebijakan pembatasan akses berdasarkan tanggal kunjungan pasien membuat petugas membutuhkan waktu yang cukup lama untuk memberikan akses. Kadang informasi pada tanggal kunjungan tersebut tidak tersedia. Sehingga peneliti harus datang kembali untuk meminta pembukaan akses pada tanggal yang lain. Selain itu sistem masih dalam tahap pengembangan sehingga terkadang peneliti mendapatkan akses terhadap informasi pasien yang tidak diminta serta formulir yang tidak bersifat *read-only* seperti formulir pengkajian ulang pasien.

Pemberian akses ini tentu rentan disalahgunakan pihak yang tidak berwenang. Oleh karena itu penulis merasa tertarik untuk memberikan informasi terkait hak akses pelepasan informasi rekam medis elektronik untuk kepentingan penelitian di RSUP Dr.Hasan Sadikin Bandung.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian kualitatif dengan desain penelitian *phenomenology*. Pengumpulan data menggunakan observasi serta wawancara terhadap 7 informan yaitu; Kepala Instalasi Rekam Medis sebagai informan kunci. Informan utama terdiri dari Kepala Sub Pengelolaan Rekam Medis Rawat Jalan dan Petugas *Filing* Rawat Jalan, serta Informan pendukung yang terdiri dari Kepala Instalasi Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS), Staf Bidang Pelayanan Penunjang, Perwakilan dari Kesatuan Staf Medis (KSM), dan pihak yang mengakses Rekam Medis Elektronik. Data yang didapatkan diolah melalui tahapan reduksi data. Pada tahap ini dilakukan proses merangkum transkrip wawancara untuk membuang hal-hal yang dianggap tidak diperlukan dan disajikan ke dalam bentuk matriks wawancara. Selanjutnya hasil reduksi data ditriangulasikan menggunakan triangulasi sumber. Kemudian dianalisis secara tematik serta dilakukan penyajian data berupa deskripsi naratif. Setelah itu dilakukan proses penarikan kesimpulan sesuai tujuan dan hasil penelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kebijakan yang ditetapkan

Hasil observasi menunjukkan bahwa RSUP Dr.Hasan Sadikin Bandung memiliki kebijakan berupa panduan pelayanan rekam medis No.HK.02.03/X.4.2.1/22039/2022 serta Standar Prosedur Operasional (SPO) No. X/1/1.4.11.1/14/0021 tentang Peminjaman Rekam Medis Elektronik. Kebijakan yang telah dibuat mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis. Hal ini menunjukkan bahwa Rumah Sakit telah berupaya untuk mematuhi aturan yang ditetapkan negara sebagaimana menurut AHIMA (2019) yang menyatakan bahwa pelaksanaan suatu kegiatan harus dipastikan memiliki kebijakan mengenai kepemimpinan, panduan, penegakan yang jelas dan komprehensif dari pemerintah atau negara. Selain itu kebijakan yang ditetapkan negara harus berfungsi dan dapat memastikan bahwa

organisasi kesehatan terikat serta patuh.⁷

Kebijakan dalam bentuk Standar Prosedur Operasional (SPO) Peminjaman Rekam Medis Elektronik pun telah disesuaikan sebagaimana dalam Permenkes RI No.24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis Pasal 7 ayat 2 yang menyatakan bahwa fasilitas kesehatan wajib menerapkan rekam medis elektronik berdasarkan pedoman rekam medis elektronik dengan menyesuaikan sumber daya maupun kebutuhan setiap fasilitas.¹ Keberadaan Standar Prosedur Operasional (SPO) tersebut menjadi salah satu wujud dari budaya kerja organisasi dengan pemimpin yang baik.⁸

Kebijakan yang telah ditetapkan tersebut juga telah memuat kontrol akses berupa prosedur *Log-In* menggunakan *username* dan *password*. Hal ini sebagaimana yang disampaikan oleh informan 1 bahwa kebijakan hak akses RME “... *Harus mendapat password dari petugas kita... RME hanya bisa diakses di Instalasi Rekam Medis... Hak aksesnya hanya bisa dibuka 1x24 jam. Setelah itu dengan otomatis rekam medis akan tertutup kembali dan tidak bisa dibuka oleh peneliti.*” Selain itu kebijakan kontrol akses juga ditunjang dengan diberlakukannya proses validasi berupa pemberian token melalui No.Whatsapp petugas yang terdaftar dalam SIM Kepegawaian. Kebijakan ini telah sesuai dengan AHIMA (2019) bahwa kebijakan harus mendukung kemampuan organisasi untuk menjaga kerahasiaan data, memastikan integritas data, dan memastikan pengguna yang berwenang memiliki akses data yang andal.⁷ Pemberlakuan hak akses selama 1x24 jam menjadi salah satu Upaya keamanan yang telah disesuaikan dengan *International Standard Organization (ISO) 27001* tentang keamanan sistem informasi (2018) bahwa keamanan sistem informasi dapat dilakukan dengan adanya pembatasan akses informasi sesuai perjanjian atau kontrak.⁹ Apabila telah sampai pada batas waktu yang ditetapkan yaitu 1x24 jam, hak akses akan secara otomatis dikunci sehingga peneliti tidak dapat mengakses kembali informasi pasien.

Hasil observasi juga menunjukkan bahwa terdapat kebijakan mengenai pengendalian hak akses data serta informasi dan hal ini akan direview enam bulan sekali. Temuan tersebut tidak selaras dengan informasi yang disampaikan oleh informan 2 bahwa saat ini kegiatan evaluasi yang berlangsung “...*Satu bulan sekali mengevaluasi terutama mengevaluasi kuantitasnya, volumenya... karena ini berhubungan dengan Indikator Kinerja Individu (IKI) atau Logbook dari petugas itu sendiri...*” Keamanan informasi sebagaimana

menurut *International Standard Organization (ISO) / International Electrotechnical Commission (IEC)* (2018) menyatakan bahwa Pemangku kebijakan dalam wilayah kerja fasilitas pelayanan kesehatan memiliki kewajiban untuk secara berkala meninjau hak akses pengguna. Tujuannya adalah untuk memastikan akses pengguna yang sah dan untuk mencegah akses tidak sah ke dalam sistem.⁹ Tinjauan atau evaluasi sebenarnya telah dilakukan secara berkala oleh pihak Rumah Sakit. Namun evaluasi ini bukan secara khusus ditujukan untuk meninjau hak akses RME.

Kebijakan berupa SPO pun belum dibuat mengenai cara mengatasi maupun menindaklanjuti kebocoran informasi rekam medis pasien. Namun panduan pelayanan rekam medis setidaknya telah memuat mengenai proses apabila terjadi pelanggaran kerahasiaan dan keamanan rekam medis pasien. Hal ini selaras dengan informasi yang disampaikan oleh informan 2 bahwa “... *Kalau terjadi kebocoran kita lihat latar belakangnya... Kalau latar belakangnya sudah jelas... dilaporkan berjenjang dari user, kepala Instalasi Rekam Medis, terus ke bagian hukmit masuk ke direktur...*” Informasi lebih lanjut disampaikan oleh informan 4 sebagai berikut “... *Kami secara sistem akan mengaudit letak kebocorannya. Biasanya apabila terjadi kebocoran akan ada laporan dari penyebab kebocoran data tersebut. kemudian kami investigasi... Sedangkan untuk kebocoran yang disebabkan oleh hacker kami memiliki aplikasi yang dapat memonitoring... kegiatan browsing yang dilakukan petugas dan mendeteksi pihak yang disinyalir dapat merusak sistem...* “

Alur prosedur hak akses pelepasan informasi rekam medis elektronik

Hasil observasi terhadap Standar Prosedur Operasional (SPO) No. X/1/1.4.11.1/14/0021 tentang Peminjaman Rekam Medis Elektronik menunjukkan bahwa alur hak akses pelepasan informasi rekam medis elektronik untuk kepentingan penelitian sebagai berikut :

- a. Peneliti atau peminjam membawa pengantar peminjaman dari KSM untuk dokter dan menyertakan surat izin penelitian yang dikeluarkan oleh Litbang Diklit untuk mahasiswa yang mengajukan penelitian;
- b. Peneliti atau peminjam Rekam Medis Elektronik akan dibuatkan disposisi oleh Kepala Instalasi Rekam Medis;
- c. Petugas penyimpanan akan meminta lampiran data pasien yang rekam medis elektroniknya

akan dipinjam. Lampiran tersebut berasal dari kepala Sub Pengelolaan Rekam Medis Rawat Jalan yang nantinya dibawa oleh peneliti untuk diserahkan ke petugas penyimpanan (*filing*);

- d. Petugas *filing* akan membuat akun dan memberikan akses berupa *username* serta *password* sehingga peneliti dapat membuka rekam medis elektronik selama 1x24 jam.

Tahapan alur prosedur yang tertera dalam SPO Peminjaman Rekam Medis Elektronik memiliki sedikit perbedaan dengan Kathleen.L & Shirley.M (2010) perbedaannya pada tahapan pertama mengenai peninjauan terhadap proposal studi yang diusulkan.¹⁰ Tahapan tersebut tidak tertera dalam SPO karena yang melaksanakan tahapan tersebut bukan pihak Rekam Medis melainkan Komite Etik Penelitian serta Diklit. Pihak Instalasi Rekam Medis hanya menerima bukti surat izin penelitian tanpa melakukan peninjauan ulang proposal.

Hasil observasi juga menunjukkan bahwa SPO yang telah ditetapkan tersebut memiliki catatan pada lembar terakhir dan tanda tangan dari pihak yang terkait. Hal ini menunjukkan bahwa SPO telah ditetapkan, disetujui oleh manajemen, dipublikasikan, dan telah dikomunikasikan dengan karyawan maupun pihak eksternal terkait sebagaimana panduan dari *International Standard Organization (ISO) 27001* tentang keamanan sistem informasi (2018).⁹

Konsep penggunaan rekam medis elektronik

Kegiatan hak akses pelepasan informasi rekam medis elektronik dilaksanakan sejak bulan Agustus tahun 2022. Hak akses pelepasan informasi ini telah dilaksanakan berkaitan dengan kegiatan melengkapi data dan penelitian saja. Padahal teori yang tertuang dalam Sugiarti et al (2022) bahwa pemberian hak akses pelepasan informasi rekam medis elektronik selain dapat dilakukan untuk kepentingan melengkapi data dan penelitian juga diperuntukan untuk kepentingan pembuktian hukum, audit medis, serta pembiayaan perawatan pasien atau asuransi.¹¹

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa kegiatan hak akses pelepasan informasi rekam medis elektronik belum sepenuhnya dapat dilakukan untuk berbagai jenis formulir. Kondisi tersebut sebagaimana yang disampaikan oleh informan 1 "*Belum semua, rawat inap masih hybrid... yang sudah bisa hanya rawat jalan dan triage IGD.*" Pemberian hak akses rekam medis elektronik ini hanya dapat dilakukan untuk kepentingan

penelitian dan melengkapi data. Informan 2 mengatakan bahwa "*... Apabila untuk kepentingan melengkapi data... pihak internal dalam hal ini dokter atau tenaga medis lainnya dapat mengedit data atau informasi yang sebelumnya diminta untuk diakses... apabila hanya melihat (penelitian), setelah mendapatkan username dan password dia hanya melihat saja tidak bisa mengubah informasi di dalam Rekam Medis Elektronik...*" Pemberian hak akses untuk melengkapi data dan penelitian ini telah sesuai sebagaimana Permenkes RI No.24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis pasal 30 bahwa kegiatan melengkapi data hanya dapat dilakukan oleh petugas internal dengan kewenangan untuk melakukan penginputan, perbaikan data, dan melihat data. Sedangkan untuk kepentingan penelitian hak akses tersebut hanya dapat melihat data saja.¹

Hak akses pelepasan informasi rekam medis elektronik ini menggunakan suatu metode sebagaimana yang disampaikan oleh informan 5 "*... Saat ini hak akses tersebut kami kontrol menggunakan metode Attribute based access control (ABAC).*" Metode ini memang tidak termasuk metode yang disarankan oleh *Health Insurance Portability and Accountability (HIPAA)* dalam Amatayakul (2010).¹² Meski begitu metode ini cukup baik dalam membagi hak akses pengguna. Namun disayangkan Rumah Sakit belum secara rinci mengatur pembagian hak akses sebagaimana teori Sugiarti et al. (2022) yang menyatakan bahwa hak akses setiap pengguna harus dibuat berbeda dengan menyesuaikan perannya masing-masing.¹¹ Pembagian hak akses ini perlu dibuat secara berbeda untuk menghindari risiko serta ancaman terhadap kerahasiaan data pasien. Hal ini sesuai dengan teori dalam AHIMA (2019) bahwa fasilitas kesehatan harus meningkatkan dan menyempurnakan pembagian informasi tentang ancaman, risiko, dan praktik kebersihan dunia maya secara *real time* dengan memastikan informasi telah disesuaikan berdasarkan tingkat ukuran, kapasitas, dan tempat organisasi, serta diterapkan secara konsisten dalam menjaga kerahasiaan dan privasi pasien.⁷

Hasil observasi lebih lanjut menunjukkan bahwa saat ini sistem masih dalam tahap pengembangan. Sehingga kadang sistem tidak dapat mengidentifikasi pengguna internal atau eksternal dengan baik. Akibatnya pihak eksternal dapat mengakses fitur yang tidak semestinya dapat diakses seperti mengupload berkas pasien, melihat daftar kunjungan berbagai pasien poliklinik, riwayat

kunjungan pasien diluar permohonan pembukaan yang diminta, dan dapat mengisi laman pengkajian ulang, formulir konsul serta formulir monitoring nyeri, bahkan dapat melihat identitas pasien tanpa disamarkan. Hal ini bertentangan dengan teori Hatta (2017) yang menjelaskan bahwa untuk kepentingan penelitian, data yang memuat identitas pasien tidak dapat diakses. Pembukaan rekam medis harus dilakukan dengan menggunakan data *read-only* supaya tidak ada yang dapat mengubah atau menghapus data kesehatan pasien dan proses pembukaan dilakukan di Instalasi Rekam Medis sehingga hak akses dapat dibatasi.⁶

Permasalahan yang dihadapi petugas

Hasil wawancara dengan informan 2 menunjukan bahwa "... Penggunaan sistem rekam medis elektronik belum stabil... kadang kondisi jaringan atau server menurun sehingga menghambat penggunaan sistem... Kemudian fitur peminjaman rekam medis elektronik hanya memberikan akses per-tanggal kunjungan pasien. Sehingga apabila dokter ingin mengakses kunjungan dalam sebulan hal ini akan menghambat atau memperlama proses bagi petugas yang harus menginput satu persatu tanggal kunjungan pasien..". Kondisi tersebut tidak sesuai dengan teori dalam Rizky (2020) bahwa digitalisasi memungkinkan untuk menyelesaikan tugas dalam waktu yang relatif lebih singkat, serta menyederhanakan pekerjaan.²

Informan 4 juga menyampaikan informasi terkait permasalahan lainnya yaitu "... Kendalanya dari segi kelengkapan data, secara sistem memang sudah ada tapi isinya masih kosong...". Permasalahan lain yang ditemukan seperti data atau informasi pada kunjungan tersebut tidak tersedia ini bertentangan dengan teori dalam Rizky Diva AT & Hosizah (2020) mengenai sistem yang harus menjamin ketersediaan informasi kesehatan.¹³ Kondisi tidak tersedianya data atau informasi ini memiliki 2 kemungkinan, yang pertama karena petugas belum sempat melakukan *scan* dan *upload* ke dalam sistem atau bisa juga karena dokter belum mengisi rekam medis elektronik tersebut.

Petugas juga sudah mencoba mengusulkan agar pemberian hak akses rekam medis elektronik dibuat dalam periode bulan. Hal ini dibuat untuk mengatasi permasalahan mengenai tidak tersedianya data penelitian yang dibutuhkan pada riwayat kesehatan tanggal kunjungan tersebut serta untuk mendukung penyediaan informasi yang lebih luas. Sebagaimana teori Rizky (2020) bahwa

penerapan rekam medis elektronik harus dapat meningkatkan aksesibilitas terhadap informasi riwayat pasien.² Namun sampai saat ini usulan tersebut belum terealisasi.

KESIMPULAN

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa kebijakan yang ditetapkan oleh RSUP Dr.Hasan Sadikin Bandung berupa Panduan pelayanan rekam medis dan Standar Prosedur Operasional. Namun kebijakan mengenai pembagian hak akses belum dibuat secara rinci, selain itu belum ada SPO untuk pencegahan risiko serta ancaman terhadap kerahasiaan data pasien. Hal ini perlu dibuat agar terhindar dari ancaman kebocoran data pasien.

Alur prosedur yang tertuang di dalam Standar Prosedur Operasional (SPO) telah ditetapkan, disetujui oleh manajemen, dipublikasikan, dan telah dikomunikasikan dengan karyawan maupun pihak eksternal terkait. Akan tetapi alur prosedur hak akses pelepasan informasi rekam medis elektronik belum dipisahkan berdasarkan kepentingan antara melengkapi data, penelitian, dan kebutuhan penegakan hukum. Selain itu alur prosedur pun belum dibuat secara terpisah antara bagi pihak internal maupun bagi pihak eksternal.

Konsep penggunaan rekam medis elektronik di RSUP Dr.Hasan Sadikin mengadopsi metode kontrol akses *Attribute based access control* yang membagi hak akses pengguna berdasarkan atribut yang digunakan. Meski begitu perlu dilakukan evaluasi hak akses terutama pada pihak eksternal untuk memastikan kesesuaian serta kecukupan informasi dan sebagai upaya untuk menghindari penyalahgunaan hak akses. Selain itu saat ini Rekam Medis Elektronik belum sepenuhnya dapat mengakomodir pelayanan di Rumah Sakit. Alasan belum diterapkan Rekam Medis Elektronik secara keseluruhan karena format formulir yang digunakan berbeda-beda, keterbatasan sumberdaya untuk jaringan, *hardware*, *software*, dan *brainware*. Serta belum ada komitmen yang kuat dari pimpinan Rumah Sakit serta Profesional Pemberi Asuhan (PPA).

Permasalahan yang dihadapi petugas di RSUP Dr.Hasan Sadikin Bandung diantaranya tidak semua petugas penyimpanan (*filling*) mampu serta mengerti proses pemberian hak akses rekam medis elektronik. Oleh karena itu pelatihan untuk seluruh petugas penyimpanan mengenai prosedur pemberian akses pelepasan informasi rekam medis elektronik perlu dilakukan secara merata.

Sehingga semua petugas dapat mengerti serta agar pelaksanaan hak akses pelepasan informasi rekam medis elektronik dapat berjalan dengan baik. Permasalahan lainnya adalah informasi yang tidak tersedia saat diakses dan jaringan atau server yang tidak stabil sehingga menghambat kerja petugas serta peneliti saat mengakses informasi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada para Informan, Komite etik, Diklat, serta Direktur utama RSUP Dr.Hasan Sadikin Bandung yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mendapatkan data yang dibutuhkan dan memberikan izin untuk mempublikasikan hasil penelitian ini. Tidak lupa kepada dosen pembimbing dan dewan penguji yang telah membimbing serta memberikan saran dalam proses penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis.
2. Rizky DA. Manfaat Penerapan Rekam Medis Elektronik Di Negara Berkembang: Systematic Literature Review Health Information Management Journal ISSN. 2020;8(2):2655–9129.
3. Sudjana S. Aspek Hukum Rekam Medis atau Rekam Medis Elektronik sebagai Alat Bukti Dalam Transaksi Teurapetik. *Veritas et Justitia*. 2017;3(2):359–383. <https://doi.org/10.25123/vej.2685>
4. Innab N. *Managing the Information Security Issues of Electronic Medical Records. International Journal of Security, Privacy and Trust Management*. 2018;7(3/4):21–30. <https://doi.org/10.5121/ijspmt.2018.7402>
5. Sari I.C, Alvionita C.V, Gunawan. *Literature Review Analisis Permasalahan Privasi Pada Rekam Medis Elektronik*. Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Indonesia (Jurmiki). 2021;1(1):47–56.
6. Hatta G. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Disarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI Press; 2017.
7. AHIMA. *AHIMA Policy Statement on Cybersecurity and Information Security*. 2019;
8. Faida, Eka W, Amir A. Analisis Kesiapan Implementasi Rekam Medis Elektronik dengan Pendekatan DOQ-IT (*Doctor's Office Quality-Information Technology*). Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia. 2021;9.
9. ISO/IEC. *INTERNATIONAL STANDARD ISO / IEC Information technology — Security techniques — Information security management systems — Overview and. ACM Workshop on Formal Methods in Security Engineering* Washington DC, USA. 2018;34(19):45–55.
10. Kathleen.L M, Shirley.M E. *Health Information Management Concepts, Principles, and Practice*. AHIMA; 2010.
11. Sugiarti,I, Satria,B, Sukawan,A. Etika & Hukum Kesehatan Penyelenggaraan Rekam Medis di Rumah Sakit. Yogyakarta: CV.BUDI UTAMA; 2022.
12. Amatayakul MK. *Electronic Health Records*. AHIMA; 2010.
13. Rizky Diva AT, Hosizah. Aspek Keamanan Informasi dalam Penerapan Rekam Medis Elektronik di Klinik Medical Check-Up MP. Prosiding4 SENWODIPA 2020. 020;(November):53–66.

Pekerjaan, Pendapatan, Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (Non-PBI) di Kecamatan Sario

Employment, Income, Health Services Utilization National Health Insurance (Non PBI) Participants at Sario Down District

Angelina Gloria Umboh, Febi Kornela Kolibu, Grace Esther Carolina Korompis

Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sam Ratulangi, Jl. Kampus Unsrat, Kleak, Malalayang, Manado 95115, Indonesia
Email: angelinaumboh121@student.unsrat.ac.id

Tanggal submisi: 24 Juli 2023; Tanggal penerimaan: 30 September 2023

ABSTRAK

Kepesertaan dari Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan hal yang wajib dimiliki oleh seluruh masyarakat Indonesia termasuk bagi orang yang bekerja untuk mendapatkan perlindungan kesehatan bersama dengan anggota keluarganya. Beberapa hal yang memiliki hubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan yaitu pekerjaan dan pendapatan. Tujuan penelitian untuk menganalisis hubungan antara pekerjaan dan pendapatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jaminan Kesehatan Nasional (Non-PBI) di Kecamatan Sario. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain analitik cross sectional. Penelitian ini dilaksanakan di Kecamatan Sario pada bulan Januari – Mei 2023. Sampel yaitu Kepala Keluarga (Suami/Istri) dengan jumlah 106 responden. Hasil dari penelitian ini diperoleh nilai p-value 0.001 untuk hubungan antara pekerjaan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan dan nilai p-value 0,002 untuk hubungan antara pendapatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Kesimpulan dalam penelitian ini yaitu pekerjaan dari Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (Non-PBI) di Kecamatan Sario yaitu Pekerja Penerima Upah (PPU) (60,4%), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) (29,2%), Bukan Pekerja (10,4%). Pendapatan Keluarga dari Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (Non-PBI) di Kecamatan Sario memiliki pendapatan tinggi (>Rp. 3.530.000) (66,0%) dan pendapatan rendah (\leq Rp. 3.530.000) (34,0%). Pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (Non-PBI) di Kecamatan Sario yaitu memanfaatkan (76,4%) tidak memanfaatkan (23,6%). Terdapat hubungan antara pekerjaan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jaminan Kesehatan Nasional (Non-PBI) di Kecamatan Sario. Terdapat hubungan antara pendapatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jaminan Kesehatan Nasional (Non-PBI) di Kecamatan Sario.

Kata kunci: Pekerjaan; Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan; Pendapatan; Jaminan Kesehatan Nasional.

ABSTRACT

Participation in the National Health Insurance program is mandatory for all Indonesians, including those who receive health protection from their family members. Several factors can affect the utilization of health services, such as employment and income. This study aimed to analyze the relationship between employment and income with health services utilization by National Health Insurance (Non-PBI) participants in the Sario Down district. This type of study was quantitative, with an analytic research design using a cross-sectional study. This study was conducted from January to May 2023 in the Sario District. The sample in this study was the head of the family (husband or wife), with a total of 106 respondents. The results of this study showed that the p-value for the relationship between employment and utilization of health services was 0,001 and the p-value for the relationship between income and utilization of health services was 0,002. The conclusion of this study is that the employment of National Health Insurance Participants (Non-PBI) in Sario District are Wage Workers (PPU) (60.4%), Non-Wage Workers (PBPU) (29.2%), and non-workers (BP) (10.4%). The family Income of National Health Insurance Participants (Non-PBI) in Sario District is high (>Rp. 3,530,000) (66.0%), and low-income (\leq Rp. 3,530,000) (34.0%). Utilization of health services by National Health Insurance (Non-PBI) participants in Sario District, utilizing (76.4%) did not participants (23.6%). There is a relationship between employment and the utilization of health services by members of the National Health Insurance (Non-PBI) in the Sario District. National Health Insurance (Non-PBI) participants in Sario District have a relationship between income and utilization of health service.

Keywords: Employment, Health Services Utilization, Income, National Health Insurance

PENDAHULUAN

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) memiliki tujuan bagi masyarakat untuk mendapatkan jaminan perlindungan kesehatan. Seluruh anggota dari program JKN akan terdaftar di salah satu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) seperti puskesmas, klinik pratama, atau dokter praktik

pratama (1). FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan di Kota Manado yang terdaftar pada aplikasi mobile JKN hingga bulan Mei tahun 2023 yaitu 42 Dokter Praktik, 27 Klinik Pratama dan 16 Puskesmas. Dalam memperoleh pelayanan kesehatan maka peserta JKN dapat berkunjung ke FKTP terdaftar untuk mendapatkan layanan

kesehatan yaitu pelayanan pengobatan, konsultasi medis, serta pelayanan obat dan juga pelayanan promotif dan preventif seperti imunisasi dasar, maupun skrining kesehatan. Sehingga peserta JKN dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan bukan hanya pada saat sakit saja melainkan dalam keadaan sehat peserta dapat berkunjung untuk mendapatkan pelayanan kesehatan agar dapat mencegah terjadinya sakit yang berkelanjutan.

Berdasarkan data jumlah peserta JKN per Februari 2023 bahwa secara nasional peserta JKN telah mencapai 92.44 % penduduk. Di Sulawesi Utara telah mencapai 100 %. Di Kota Manado mayoritas penduduk termasuk dalam kategori Non PBI dengan persentase yaitu 71.6 % dan sisanya termasuk dalam kategori PBI dengan persentase 28.4 % (2).

Status kepesertaan JKN menurut BPJS Kesehatan pada bulan maret 2023 di Kecamatan Sario yaitu sebanyak 17.335 peserta kategori Non PBI (3). Kecamatan Sario memiliki jumlah penduduk 23.450 jiwa dengan jumlah Kepala Keluarga yaitu 8.112 Masyarakat di Kecamatan Sario mayoritas bekerja sebagai karyawan swasta dengan jumlah 3603 penduduk, wiraswasta berjumlah 2294 penduduk, dan Pegawai Negeri Sipil (PNS) berjumlah 1065 penduduk (4). Jenis pekerjaan yang dimiliki oleh masyarakat di Kecamatan Sario seperti pekerja swasta, pekerja dari instansi pemerintah maupun wiraswasta wajib menjadi peserta dari BPJS Kesehatan karena kesehatan merupakan hak dari para pekerja bersama keluarganya, selain itu kondisi kesehatan dari pekerja adalah prioritas karena dapat memengaruhi kualitas pekerjaan di lingkungan kerja (5).

Orang yang memberikan pekerjaan bagi orang lain memiliki kewajiban untuk mendaftarkan pegawai mereka pada program BPJS seperti yang tertuang pada Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, oleh sebab itu pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh para pekerja merupakan hal yang penting agar pekerja mendapatkan jaminan pemeliharaan kesehatan. Berdasarkan Kajian Ekonomi dan Keuangan oleh Kementerian Keuangan yakni pendapatan dapat berpengaruh terhadap kesehatan seseorang di Indonesia, hal ini menggambarkan bahwa pola pengeluaran orang dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yakni individu yang mempunyai penghasilan tinggi cenderung memiliki asuransi kesehatan serta melakukan pola hidup sehat (6). Menurut Riyanti, dkk (2019) menunjukkan di Kecamatan Sukmajaya

sebagai wilayah kerja UPT Puskesmas mempunyai hubungan antara pendapatan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta JKN (7). Dan menurut Oktarianita, dkk (2021) di Puskesmas Sidomulyo menunjukkan adanya kaitan antara pekerjaan dengan pemanfaatan Puskesmas (8).

Berdasarkan observasi awal peneliti di Puskesmas Sario sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama yang mempunyai cakupan wilayah kerja di Kecamatan Sario bahwa di Puskesmas Sario terdapat penurunan jumlah kunjungan peserta JKN kategori Non PBI, hal ini berdasarkan data yang diperoleh bahwa jumlah kunjungan peserta JKN kategori Non PBI tahun 2021 berjumlah 6.220 kunjungan dan di tahun 2022 berjumlah 5.775 kunjungan. Jumlah kunjungan fasilitas pelayanan kesehatan dapat menggambarkan pemanfaatan pelayanan kesehatan karena seseorang yang mengakses pelayanan kesehatan merupakan bagian dari bentuk penggunaan pelayanan kesehatan (9). Hal tersebut sebagai dasar peneliti untuk meneliti terkait hubungan pekerjaan dan pendapatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jaminan Kesehatan Nasional (Non-PBI) di Kecamatan Sario.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif menggunakan desain analitik *cross sectional*. Populasi penelitian ini yaitu peserta JKN (Non PBI) di Kecamatan Sario yang terdaftar hingga bulan Maret 2023 sebanyak 17.335 peserta (3). Sampel diambil menggunakan metode *purposive sampling* dengan jumlah sampel yaitu 106 responden. Pelaksanaan penelitian ini dimulai pada Januari sampai Mei 2023. Instrumen yang digunakan yaitu wawancara dengan kuesioner dengan pembagian secara langsung pada responden. Variabel yang digunakan terbagi atas variabel bebas yakni pekerjaan dan pendapatan sedangkan variabel terikat adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan. Seluruh data variabel yang didapatkan akan dianalisis kemudian ditampilkan di tabel serta dideskripsikan dalam bentuk jumlah (n) dan persentase (%) untuk memberikan gambaran terkait setiap variabel. Sedangkan untuk melihat dugaan hubungan pada variabel yang diteliti maka digunakan uji *chi square*, namun apabila dalam menganalisis terdapat kriteria yang tidak memenuhi syarat seperti nilai *expected count* <5, maka analisis dilanjutkan dengan uji *Fisher's exact* tingkat kepercayaan yang digunakan adalah 95 %, dan dinyatakan berhubungan apabila *p-value* ≤ 0,05.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Individu

Tabel 1. Karakteristik responden

Kategori	n	%
Umur		
21 – 25 tahun (Remaja akhir)	6	5,7
26 – 35 tahun (Dewasa awal)	12	11,3
36 – 45 tahun (Dewasa akhir)	31	29,2
46 – 55 tahun (Lansia awal)	30	28,3
56 – 65 tahun (Lansia akhir)	20	18,9
66 – 76 tahun (Manula)	7	6,6
Jenis Kelamin		
Laki-laki	59	55,7
Perempuan	47	44,3

Tabel 1 menggambarkan bahwa umur responden yang dikelompokkan menurut Kementerian Kesehatan tahun 2009 yaitu mayoritas responden memiliki umur 36 – 45 tahun termasuk dalam kategori dewasa akhir yaitu 31 orang (29,2%). Umur terendah yaitu 21 tahun dan umur tertinggi yaitu 76 tahun. Berdasarkan hasil analisis yang dilakukan diperoleh nilai *mean* umur responden berada pada umur 47 tahun, nilai median yaitu 47,50 dengan standar deviasi yaitu 12,37 dan nilai modus yaitu umur 37 tahun (5 responden), umur 42 tahun (5 responden), umur 53 tahun (5 responden). Hasil penelitian dari Lomboan (2018) menunjukkan ada kaitan umur dan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Tumaratas karena semakin bertambahnya umur maka seseorang akan lebih sering membutuhkan layanan kesehatan (10). Dalam penelitian ini ditemukan bahwa laki-laki paling banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan. Menurut penelitian Masita, dkk (2015) bahwa laki-laki lebih sering memanfaatkan pelayanan kesehatan dikarenakan lebih sering melakukan aktivitas fisik dibandingkan dengan wanita, sehingga potensi risiko untuk mengalami masalah kesehatan lebih cenderung pada laki-laki (11).

Jenis Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Terdaftar

Tabel 2. Distribusi Responden berdasarkan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama terdaftar

FKTP Terdaftar	n	%
Puskesmas	47	44,3
Praktik Dokter	50	47,2
Klinik Pratama	9	8,5
Total	106	100

Tabel 2 menggambarkan responden paling banyak terdaftar di Praktik Dokter sebagai FKTP terdaftar yang bekerja sama BPJS Kesehatan dengan jumlah 50 orang (47,2%), dan paling sedikit yaitu responden yang terdaftar di Klinik Pratama dengan jumlah 9 orang (8,5%). Hasil analisis diperoleh bahwa mayoritas dari responden yang memanfaatkan pelayanan kesehatan adalah yang terdaftar pada Praktik Dokter. Peserta JKN dapat memilih salah satu FKTP yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan seperti puskesmas, praktik dokter, ataupun klinik karena pemilihan dapat berdasarkan keinginan ataupun jarak yang lebih dekat dengan tempat tinggal (12).

Pekerjaan

Tabel 3. Distribusi Responden berdasarkan Kategori Jenis Pekerjaan

Pekerjaan	n	%
Pekerja Penerima Upah (PPU)	64	60,4
Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)	31	29,2
Bukan Pekerja (BP)	11	10,4
Total	106	100

Tabel 3 dapat memberikan informasi bahwa mayoritas pekerjaan responden paling banyak termasuk dalam kategori Pekerja Penerima Upah (PPU) yaitu berjumlah 64 orang (60,4%) responden dan yang paling sedikit adalah termasuk dalam kategori Bukan Pekerja (BP) dengan jumlah 11 orang (10,4%). Pekerjaan merupakan kegiatan yang dilakukan atas usaha untuk memenuhi kebutuhan pribadi dan keluarga. Faktor dari pekerjaan merupakan bagian dari status sosioekonomi seseorang. Jenis pekerjaan yang beragam memiliki pengaruh terhadap frekuensi dan penyebaran penyakit karena sebagian hidup dari pekerja dihabiskan di tempat kerja yang memiliki kondisi lingkungan yang berbeda-beda (13). Sedangkan penurunan status kesehatan dari pekerja akan mempengaruhi penurunan kehadiran dalam bekerja karena masalah kesehatan yang dialaminya, hal ini didukung dengan bukti ilmiah yang menunjukkan bahwa masalah kesehatan yang dialami pekerja dapat menurunkan kuantitas dan kualitas pekerja dalam beberapa bentuk lainnya, seperti status pengangguran, tingkat pendapatan pekerja, dan jumlah produksi (14). Jenis pekerjaan apapun mempunyai risiko terhadap munculnya dampak negatif akibat bekerja seperti penyakit maupun kecelakaan yang terjadi akibat dari bekerja sehingga dampaknya akan timbul baik dalam kurun waktu yang panjang setelah bekerja, hal ini banyak kali

tidak disadari oleh para pekerja terkait risiko yang timbul akibat kerja (15).

Pendapatan

Tabel 4. Distribusi Responden berdasarkan Pendapatan Keluarga

Pendapatan Keluarga	n	%
Rendah (Rp. 3.530.000)	36	34,0
Tinggi (>Rp. 3.530.000)	70	66,0
Total	106	100

Pendapatan merupakan pendapatan rata-rata anggota keluarga dalam keluarga pada satu bulan. Jika ditinjau dari upah minimum pendapatan perkapita daerah maka berdasarkan SK. Gubernur Sulawesi Utara No. 418 Tahun 2022 mengenai Penetapan Upah Minimum Kota Manado Tahun 2023, sebesar Rp. 3.530.000 (16). Oleh sebab itu dalam berdasarkan hasil penelitian ini berkaitan dengan pendapatan keluarga responden mayoritas mempunyai jumlah pendapatan keluarga yang tinggi >Rp. 3.530.000 yaitu sebanyak 70 responden (66%) dibandingkan dengan responden yang memiliki pendapatan rendah Rp. 3.530.000 dengan jumlah 36 responden (34%). Penghasilan keluarga yang semakin tinggi akan meningkatkan *demand* untuk mendapatkan pelayanan kesehatan (17).

Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Tabel 5. Distribusi Jawaban Pertanyaan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan			
No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Jika saya dan anggota keluarga merasa sakit, maka akan diperiksa ke FKTP terdaftar yang bekerja sama dengan BPJS	93 (87,7%)	13 (12,3%)
2	Saya dan anggota keluarga pernah melakukan pemeriksaan kesehatan dalam 6 bulan terakhir	54 (50,9%)	52 (49,1%)
3	FKTP terdaftar bermanfaat dalam pemeliharaan kesehatan saya dan keluarga	102 (96,2%)	4 (3,8%)
4	Saya mendapatkan penyuluhan / informasi kesehatan dari FKTP terdaftar yang bekerja sama dengan BPJS	90 (84,9%)	16 (15,1%)
5	Saya akan berkunjung ke FKTP terdaftar yang bekerja sama dengan BPJS setiap membutuhkan pelayanan kesehatan	88 (83,0%)	18 (17,0%)

Tabel 5 memperlihatkan bahwa berdasarkan distribusi jawaban responden terkait pemanfaatan

pelayanan kesehatan ditemukan hasil bahwa terdapat 13 responden (12,3%) yang memilih untuk tidak membawa dirinya maupun anggota keluarganya diperiksa di FKTP terdaftar untuk memanfaatkan layanan kesehatan apabila merasa sakit. Hasil penelitian ini ditemukan yaitu terdapat 52 responden (49,1%) yang memilih tidak pernah melakukan pemeriksaan kesehatan di FKTP terdaftar dalam 6 bulan terakhir, hal ini berarti bahwa hampir sebagian responden tidak pernah melakukan pemeriksaan kesehatan di FKTP terdaftar pada saat dalam keadaan sehat. Manfaat yang dapat diperoleh apabila masyarakat melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin maka dapat diketahui sejak dini adanya potensi penyakit sebelum menjadi parah, namun kebanyakan masyarakat hanya akan mengunjungi dokter jika mereka sakit (18).

Seluruh peserta dari program Jaminan Kesehatan Nasional berhak mendapatkan manfaat pemeliharaan kesehatan karena dalam Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan menjelaskan manfaat dari program jaminan kesehatan nasional terbagi atas manfaat kuratif dan rehabilitatif seperti pelayanan obat selain itu mendapatkan pelayanan promotif dan preventif salah satunya adalah penyuluhan kesehatan berkaitan pola hidup bersih dan sehat serta pencegahan penyakit (19). Namun dalam penelitian ini berdasarkan distribusi jawaban responden terkait pemanfaatan pelayanan kesehatan ditemukan hasil bahwa ada 4 responden (3,8%) yang memilih bahwa FKTP terdaftar tidak bermanfaat dalam pemeliharaan kesehatan responden bersama anggota keluarganya. Selain itu ditemukan hasil yaitu terdapat 16 responden (15,1%) yang memilih bahwa responden tidak mendapatkan penyuluhan/ informasi kesehatan dari FKTP terdaftar. FKTP memiliki peran sebagai kontak awal pasien saat membutuhkan pelayanan kesehatan. Tugas dari Puskesmas sebagai *gatekeeper* dalam pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah sebagai pemberi layanan kesehatan yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui berbagai program untuk menurunkan angka kesakitan dengan fokus pada pelayanan promotif dan preventif merupakan tugas dari Puskesmas. Sedangkan Klinik Pratama dan Dokter Praktik bertujuan untuk peningkatan status kesehatan dalam lingkup perorangan melalui upaya pengobatan apabila seseorang merasa sakit (20).

Berdasarkan distribusi jawaban responden terkait pemanfaatan pelayanan kesehatan

ditemukan bahwa sebanyak 18 responden (17,0%) yang memilih tidak akan berkunjung ke FKTP terdaftar setiap membutuhkan pelayanan kesehatan. Seseorang dalam memanfaatkan layanan kesehatan dapat dipengaruhi faktor preferensi pasien antara lain insiden penyakit, penyedia layanan kesehatan, karakteristik budaya dan tempat tinggal hingga faktor ekonomi, selain itu faktor kebutuhan juga sebagai bagian dari faktor yang mempengaruhi seseorang dalam memanfaatkan layanan kesehatan karena penilaian ini didasarkan atas apa yang dirasakan oleh individu tersebut. Sehingga permintaan terhadap pelayanan kesehatan akan meningkat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ketika masyarakat berada dalam keadaan sakit dan merasakan keluhan sehingga berupaya untuk mencari pengobatan (17).

Hubungan Pekerjaan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Tabel 6 yaitu pada kategori pekerjaan terbagi atas: Pekerja Penerima Upah (PPU) terdapat 56 orang yang memanfaatkan (48,9 %) dan 8 orang yang tidak memanfaatkan (15,1 %). Untuk kategori pekerjaan Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) terdapat 21 orang yang memanfaatkan (67,7%) dan 10 orang yang tidak memanfaatkan (32,3%) sedangkan pada kategori pekerjaan Bukan Pekerja (BP) terdapat 4 orang yang memanfaatkan (36,4%) dan sebanyak 7 orang yang tidak memanfaatkan (63,6%). Dalam analisis ini digunakan uji *Fisher's exact* dan diperoleh nilai ($p\text{-value}=0.001$) yang artinya terdapat hubungan pekerjaan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Hasil analisis didapati yakni mayoritas yang memanfaatkan pelayanan kesehatan adalah kategori Pekerja Penerima Upah (PPU) dengan jumlah 64 orang (60,4%). Dan ditemui yakni terdapat hubungan pekerjaan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan ($p\text{-value}=0,001$). Selanjutnya, berdasarkan distribusi terkait jenis FKTP terdaftar

oleh responden diperoleh hasil bahwa mayoritas responden terdaftar di Praktik Dokter. Berdasarkan hasil wawancara dengan responden bahwa alasan responden dapat menggunakan layanan kesehatan dikarenakan saat mereka membutuhkan layanan kesehatan bisa langsung berkunjung ke FKTP terdaftar mereka karena mayoritas responden terdaftar pada Dokter Praktik ataupun Klinik Pratama yang memiliki jam pelayanan berlangsung hingga malam hari sehingga responden dapat berkunjung setelah mereka kembali dari tempat bekerja atau selesai bekerja. Sedangkan alasan lainnya yaitu responden dapat langsung menghubungi dokter yang ada pada FKTP terdaftar mereka ketika merasakan keluhan/ gangguan kesehatan melalui *telephone* atau *whatsapp* untuk melakukan konsultasi dengan dokter tanpa dipengaruhi jam kerja maupun jarak sehingga dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan di tingkat pertama dengan maksimal. Dalam pelayanan kesehatan diberlakukan adanya digitalisasi layanan kesehatan untuk menggunakan teknologi dalam pembangunan kesehatan untuk memberikan pelayanan secara digital (21).

Alasan seseorang yang memiliki pekerjaan namun tidak menggunakan layanan kesehatan di FKTP yaitu Puskesmas diakibatkan karena adanya keterbatasan waktu sehingga memilih untuk berkunjung ke dokter praktik atau klinik yang memiliki jam pelayanan di sore hari (22). Penelitian ini sejalan dengan Stiyawan (2023) bahwa terdapat hubungan antara pekerjaan dengan pemanfaatan layanan kesehatan ($p\text{-value}=0,002$) pada Peserta JKN di Kecamatan Jejawi karena pekerja akan menggunakan layanan kesehatan untuk memeriksakan kondisi kesehatannya akibat dari faktor risiko gangguan kesehatan yang dapat timbul dari lingkungan pekerjaan (23). Namun penelitian ini tidak sama dengan Lomboan (2018) menunjukkan tidak adanya kaitan antara pekerjaan dan pemanfaatan pelayanan

Tabel 6. Hubungan antara Pekerjaan dan Pendapatan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Variabel	Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan				Total		<i>p-value</i>
	Memanfaatkan		Tidak Memanfaatkan		n	%	
	n	%	n	%			
Pekerjaan							
Pekerja Penerima Upah (PPU)	56	87,5	8	12,5	64	100	0,001
Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)	21	67,7	10	32,3	31	100	
Bukan Pekerja (BP)	4	36,4	7	63,6	11	100	
Pendapatan Keluarga							
Tinggi (>Rp. 3.530.000)	60	85,7	10	14,3	70	100	0,002
Rendah (≤Rp. 3.530.000)	21	58,3	15	41,7	36	100	

kesehatan ($p\text{-value}=0,277$) pada Peserta JKN-KIS di Puskesmas Tumaratas (10).

Hubungan Pendapatan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pada tabel 6 diperoleh hasil yaitu pada kategori pendapatan tinggi ada sebanyak 60 orang (85,7%) yang memanfaatkan dan terdapat 10 orang (14,3%) yang tidak memanfaatkan, untuk kategori pendapatan rendah terdapat 21 orang (58,3%) yang memanfaatkan dan sebanyak 15 orang (41,7%) yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan. Analisis yang dilakukan dalam penelitian ini menggunakan uji *Chi-square* diperoleh nilai ($p\text{-value}=0,002$) artinya ada kaitan pendapatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil analisis yang dilakukan didapati paling banyak responden yang memiliki pendapatan keluarga tinggi >Rp. 3.530.000 memanfaatkan pelayanan kesehatan. Masyarakat yang berpenghasilan tinggi akan lebih sering untuk menggunakan pelayanan kesehatan untuk memelihara kesehatannya, dibandingkan dengan masyarakat yang berpenghasilan rendah cenderung tidak sering menggunakan layanan kesehatan karena dipengaruhi oleh biaya kesehatan yang meningkat apalagi jika mereka bukan bagian dari peserta jaminan kesehatan (24). Seseorang yang kurang menggunakan layanan kesehatan dikarenakan salah satu kemungkinan yaitu dengan tidak adanya uang untuk membayar transportasi maupun membeli obat (25). Hal ini dikarenakan seseorang yang memiliki penghasilan akan mampu membiayai untuk pemenuhan kebutuhan kesehatannya bersama dengan keluarga sehingga akan memanfaatkan pelayanan kesehatan yang tersedia (23). Penurunan kesehatan dapat terjadi pada orang miskin akibat dari rendahnya produktivitas kerja dan kehilangan kemampuan untuk mencari nafkah dan juga karena tidak mempunyai asuransi kesehatan sehingga akan mengurangi penggunaan pelayanan kesehatan karena harus membayar biaya kesehatan yang tinggi. Karena dengan adanya data dari hasil studi yang dilakukan di Indonesia yaitu tingkat kemiskinan turut berperan dalam kondisi kesehatan di Indonesia, hal ini bahwa semakin rendah tingkat ekonomi seseorang maka kondisi kesehatannya akan semakin buruk (14). Dengan adanya kenaikan biaya pelayanan kesehatan maka asuransi kesehatan sangat diperlukan untuk mengatasi tingginya biaya pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu dengan dibentuknya BPJS Kesehatan tahun 2014

maka pemerintah Indonesia memiliki komitmen untuk memberikan jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat melalui asuransi kesehatan publik yang bersifat wajib (9).

Penelitian ini sama dengan Fauziah, dkk (2019) didapat hasil terdapat hubungan pendapatan keluarga dan pemanfaatan layanan kesehatan ($p\text{-value} = 0,000$) pada peserta BPJS Kesehatan di Wilayah kerja UPT Puskesmas Sukmajaya, dikarenakan status pendapatan yang semakin tinggi akan lebih sering untuk memanfaatkan layanan kesehatan (7). Pendapatan keluarga yang tinggi akan membuat responden maupun anggota keluarga lainnya dapat memperoleh layanan kesehatan yang baik serta lengkap untuk pemenuhan kebutuhan kesehatan dengan berkunjung ke dokter praktik atau klinik pratama (22). Faktor ekonomi adalah bagian dari faktor eksternal yang mempengaruhi perilaku sakit seseorang karena apabila terdapat gejala penyakit yang dirasakan oleh orang dengan tingkat ekonomi yang tinggi biasanya tindakan mereka akan cepat tanggap untuk mencari pertolongan saat merasakan adanya gangguan kesehatan yang dirasakan (26). Namun hasil penelitian ini berbeda dengan Frenclia, dkk (2019) yaitu tidak ada kaitan pendapatan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan ($p\text{-value}=0,145$) pada peserta Non JKN-KIS di Puskesmas Bengkol Kota Manado (22).

KESIMPULAN

Berdasarkan analisis yang telah dilakukan diperoleh bahwa pekerjaan dari peserta JKN (Non-PBI) di Kecamatan Sario yang termasuk dalam kategori Pekerja Penerima Upah (PPU) (60,4%), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) (29,2%) dan Bukan Pekerja (10,4%). Untuk variabel pendapatan keluarga diperoleh hasil yaitu pendapatan tinggi (66,0%) dan pendapatan rendah (34,0%). Selanjutnya untuk variabel pemanfaatan pelayanan kesehatan yakni memanfaatkan (76,4%) dan tidak memanfaatkan (23,6%). Sehingga terdapat hubungan antara pekerjaan dan pendapatan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta Jaminan Kesehatan Nasional (Non PBI) di Kecamatan Sario.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. 2014.

2. Dewan Jaminan Sosial Nasional. SISMONEV TERPADU JKN [Online]. 2023 [cited 2023 Jul 21]. Available from: <https://sismonev.djsn.go.id/sismonev.php>
3. BPJS Kesehatan. Jumlah Peserta BPJS Kesehatan Kecamatan Sario. 2023.
4. Kecamatan Sario. Profil Kecamatan Sario Tahun 2021. 2023
5. BPJS Kesehatan. Perusahaan Swasta Wajib Ikut BPJS Kesehatan [Online]. 2014 [cited 2023 Jul 21]. Available from: <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2014/284/Perusahaan-Swasta-Wajib-Ikut-BPJS-Kesehatan/berita>
6. Rakasiwi LS, Kautsar A. Pengaruh Faktor Demografi dan Sosial Ekonomi terhadap Status Kesehatan Individu di Indonesia. *Kajian Ekonomi Dan Keuangan*. 2021; 5(2):146-57.
7. Fauziah NA, Amirudin A, Sripto Y, Wattimena L. Hubungan Antara Tingkat Pendapatan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Oleh Pasien Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*. 2019; 18(3):98-101.
8. Oktarianita AS, Wati N. Hubungan Status Pekerjaan Dan Pendapatan Dengan Pemanfaatan Puskesmas Sebagai Pelayanan Primer Di Puskesmas Sidomulyo Relationship Of Employment Status And Income With Utilization Of Public Health Center As Primary Services In Public Health Center Of Sidomulyo. *Jurnal Imiah Avicenna ISSN*. 2021; 1978:0664.
9. Laksono AD, Mubasyiroh R, Laksmiarti T, Nurhotimah E, Suharmiati, Sukoco NE. Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia. Daerah Istimewa Yogyakarta: PT Kanisius; 2016.
10. Lomboan MM, Korompis GE, Tucunan AA. Hubungan Karakteristik Peserta JKN-KIS dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Tumaratas Kecamatan Langowan Barat Kabupaten Minahasa. *KESMAS*. 2018; 7(4).
11. Masita A, Yuniar N, Lisnawaty L. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan pada Masyarakat Desa Tanailandu di Wilayah Kerja Puskesmas Kanapa-Napa Kecamatan Mawasangka Kabupaten Buton Tengah Tahun 2015. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Unsyiah*. 2016; 1.(3).
12. Rumengan DSS, Umboh JML, Kandou GD. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Peserta BPJS Kesehatan di Puskesmas Paniki Bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado. *Jikmu*. 2015; 5.(2):88–100.
13. K H, Sianturi E, Hasnidar, Argaheni NB, B DJ, Rasmaniar, et al. *Sosiologi Kesehatan*. Penerbit Kita Menulis [Online]. 2023. Available from: https://books.google.co.id/books?hl=en&lr=&id=uZTLEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=Sosiologi+Kesehatan&ots=oLzbv60lh2&sig=OGCwoEKAZt6GNoD0BTFagsnBROQ&redir_esc=y
14. Ahsan A, Bella A, Kusuma D, Thabrany H, Ariany R, Fatah R, et al. *Pengantar Ekonomi Kesehatan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2021.
15. Darmayani S, Sa'diyah A, Supiati S, Muttaqin M, Rachmawati F, Widia C, et al. *Kesehatan Keselamatan Kerja (K3)*. Bandung. Widina Bhakti Persada. 2023.
16. Keputusan Gubernur Sulawesi Utara. Surat Keputusan Gubernur Sulawesi Utara Nomor 418 Tahun 2022. Manado; 2022.
17. Nihayatul M, Ardini L, Ida H, Lailatul K. *Pengantar Ekonomi Kesehatan*. Literasi Nusantara. Batu. Literasi Nusantara. 2020.
18. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jenis Pemeriksaan Kesehatan Berkala untuk Cek Kondisi Tubuh Anda [Online]. 2019 [cited 2023 July 21]. Available from: <https://promkes.kemkes.go.id/jenis-pemeriksaan-kesehatan-berkala-untuk-cek-kondisi-tubuh-anda->
19. Peraturan Presiden RI. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. Indonesia. 2013
20. Anita B, Febriawati H, Yandrizal. *Puskesmas dan Jaminan Kesehatan Nasional*. Deepublish [Online]. 2019. [cited 2023 Mar 28]. Available from: <https://edeposit.perpusnas.go.id/collection/puskesmas-dan-jaminan-kesehatan-nasional-sumber-elektronis/3961#>
21. Ali PB, Solikha DA, Arifin MD, Siahaan RG, Firdaus MZ. *Buku Putih Reformasi Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas). 2022.
22. Frenclia DY, Kolibu FK, Mandagi CKF. Hubungan Antara Karakteristik Pasien Non Peserta Jaminan Kesehatan Nasional - Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) dengan Pemanfaatan Pelayanan di Puskesmas Bengkol Kota Manado. *Kesmas*. 2019; 8(6):154–62.
23. Stiyawan Y, Ainy A. *Pemanfaatan Layanan Kesehatan Peserta Jaminan Kesehatan*

- Nasional di Kecamatan Jejawi. *Jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS Dr Soetomo*. 2023;9(1):163.
24. Taswin, Wulan S, Yusuff AA, Amrun, Fardhoni, Lailiyah S, et al. *Buku Ajar Ekonomi Kesehatan. Feniks Muda Sejahtera* [Online]. 2022 [cited 2023 Jul 21]. Available from: [https://books.google.co.id/books?id=boZeEAAAQBAJ&pg=PA34&dq=buku+ajar+ekonomi+kesehatan&hl=en&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwiohceT356AAxVgZmwGHcLyD9QQ6AF6BAgJEA#v=onepage&q=buku+ajar+ekonomi+kesehatan&f=false](https://books.google.co.id/books?id=boZeEAAAQBAJ&pg=PA34&dq=buku+ajar+ekonomi+kesehatan&hl=en&newbks=1&newbks_redir=0&sa=X&ved=2ahUKEwiohceT356AAxVgZmwGHcLyD9QQ6AF6BAgJEA#v=onepage&q=buku%20ajar%20ekonomi%20kesehatan&f=false)
25. Setyawan FEB. *Pendekatan Pelayanan Kesehatan Dokter Keluarga : Pendekatan Holistik Komprehensif*. Zifatama Jawara. Sidoarjo [Online]. 2019 [cited 2023 Mar 28]. Available from: https://www.google.co.id/books/edition/Pendekatan_Pelayanan_Kesehatan_Dokter_Ke/Y_C_DwAAQBAJ?hl=id&gbpv=1&dq=Jenis+FKTP+menurut+BPJS+Kesehatan&pg=PA373&printsec=frontcover
26. Irwan DS. *Etika dan Perilaku Kesehatan*. Absolute Media. Yogyakarta, 2017.

Implementasi Kebijakan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) di Puskesmas Kabupaten Nganjuk

Policy Implementation Performance Based Capitation of Payment in Primary Health Care at Nganjuk District

Solikha Tri Cahyati¹, Christyana Sandra¹, Yennike Tri Herawati¹

¹Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Jember
Jl. Kalimantan Kampus Bumi Tegal No.1 / 93, Krajan Timur, Boto, Kec. Sumbersari, Kabupaten
Jember, Jawa Timur 68121
Email: csandra@unej.ac.id.

Tanggal submisi: 29 Juli 2023; Tanggal penerimaan: 30 September 2023

ABSTRAK

KBK berperan sebagai salah satu upaya kendali mutu kendali biaya di FKTP, berdasarkan hasil studi pendahuluan di Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk diketahui bahwa terdapat 5 Puskesmas di Kabupaten Nganjuk yang tidak dapat memenuhi indikator-indikator dalam KBK sehingga kapitasi yang diterima tidak penuh 100% selama tahun 2018-2021. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji bagaimana implementasi kebijakan pembayaran KBK berdasarkan variabel standar dan tujuan kebijakan, sumber daya, komunikasi, dan kondisi sosial. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif. Hasil penelitian diketahui bahwa standar dan tujuan kebijakan pembayaran KBK telah dipahami dengan baik, namun standar RPPT masih sulit dipenuhi selama ini. Berdasarkan aspek sumber daya fasilitas, puskesmas masih sering terkendala terkait sistem informasi yang digunakan untuk penginputan data. Komunikasi dalam pelaksanaan kebijakan sudah berjalan baik mulai dari proses penyaluran informasi, kejelasan informasi, dan konsistensi informasi. Kondisi sosial masyarakat di sekitar puskesmas khususnya jenis pekerjaan dan usia turut berpengaruh terhadap pencapaian target angka kontak di puskesmas. Kebijakan pembayaran KBK telah diimplementasikan, namun perlu dilakukan evaluasi kebijakan untuk selanjutnya dapat dilakukan perbaikan serta pengembangan kebijakan.

Kata kunci: Implementasi; KBK; Kebijakan

ABSTRACT

KBK has a role as one of the quality control efforts to control costs in FKTP, based on the results of a preliminary study at the Nganjuk District Health Office, it is known that there are 5 Primary Health Care in Nganjuk District that cannot meet the indicators in the KBK so that the capitation received is not 100% full during 2018-2021. This study aims to describe how the KBK payment policy is implemented based on standard variables and policy objectives, resources, communication, and social conditions. This was a qualitative study. Results showed that the standards and objectives of the KBK payment policy are well understood, but the RPPT standards have been difficult to meet so far. Based on the aspect of facility resources, puskesmas are still often constrained by the information system used for data input. Communication in implementing policies has been going well starting from the process of distributing information, clarity of information, and consistency of information. The social conditions of the community around the puskesmas, especially the type of work and age, also influence the achievement of the contact number target at the puskesmas. The KBK payment policy has been implemented, but it is necessary to evaluate the policy so that further improvements and policy developments can be carried out.

Keywords: Implementation; KBK; Policy

PENDAHULUAN

Kebijakan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) adalah penyesuaian besaran tarif kapitasi berdasarkan hasil penilaian pencapaian indikator pelayanan kesehatan perseorangan yang disepakati berupa hasil kinerja Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dalam rangka peningkatan mutu pelayanan (BPJS Kesehatan, 2019:4). Kebijakan Pembayaran KBK memiliki tiga indikator yaitu Angka Kontak (AK) dengan target $\geq 150\%$, Rasio Rujukan Rawat Jalan Kasus Non Spesialistik (RRNS) dengan target $\leq 2\%$ dan

Rasio Peserta Prolanis Terkendali (RPPT) dengan target $\geq 5\%$. Pencapaian target dari ketiga indikator tersebut akan menjadi dasar besarnya persentase pembayaran yang akan diterima oleh FKTP (BPJS Kesehatan RI, 2021:7).

Pembayaran KBK pada FKTP merupakan suatu sistem kendali mutu pada pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi penyelenggaraan pelayanan kesehatan (Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7, 2019:5). Di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), mutu pelayanan kesehatan yang diberikan

oleh FKTP merupakan ujung tombak dalam memberikan pelayanan kesehatan, sekaligus sebagai *gatekeeper* pelayanan kesehatan. Kurang optimalnya mutu dari FKTP dapat memicu tingginya angka rujukan dari FKTP ke rumah sakit sehingga dapat menyebabkan terjadi penumpukan pasien di rumah sakit (Ayu Safitri dkk., 2021:370).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk diketahui bahwa terdapat 5 Puskesmas di Kabupaten Nganjuk yang tidak dapat memenuhi indikator-indikator dalam KBK sehingga kapitasi yang diterima tidak penuh 100% selama tahun 2018-2021 yaitu Puskesmas Lengkong berkisar antara 85%-92,5%, Puskesmas Patianrowo berkisar antara 85%-95%, Puskesmas Tanjunganom berkisar antara 85%-92,5%, Puskesmas Sawahan berkisar antara 85%-95%, dan Puskesmas Ngetos berkisar antara 85%-95%. Pembayaran kapitasi yang tidak penuh 100% menyebabkan alokasi pembayaran untuk jasa layanan (insentif) dan operasional puskesmas juga berkurang sehingga dapat berdampak pada kualitas layanan yang dihasilkan oleh puskesmas.

Insentif yang kurang dapat menurunkan motivasi tenaga kesehatan sehingga dapat berdampak pada kualitas layanan kesehatan yang diberikan, selain itu proporsi pendapatan dana kapitasi yang kurang dapat menyebabkan puskesmas tidak mampu mencukupi kebutuhan peralatan kesehatan dan sarana penunjang lainnya. Hal tersebut sesuai pernyataan dari Mukti dan Winarso (2020) bahwa variabel insentif berpengaruh positif terhadap peningkatan mutu layanan kesehatan pada FKTP, tenaga kesehatan di FKTP yang diberikan insentif cenderung lebih termotivasi dalam bekerja dan meningkatkan kinerjanya dalam memberikan layanan kesehatan. Proporsi dana kapitasi mempengaruhi kemampuan FKTP dalam memenuhi kebutuhan operasionalnya.

Menurut penelitian Ardhiasti dkk (2021), hambatan dalam pemenuhan KBK yaitu karena terdapat perbedaan pemahaman terhadap standar dan tujuan dari kebijakan KBK, ketersediaan SDM dan fasilitas serta kondisi sosial. Pemahaman mengenai salah satu standar pada kebijakan KBK yaitu indikator angka kontak masih kurang. Masih kurangnya tenaga *P-care* dan keterbatasan obat dalam kegiatan Prolanis juga menjadi faktor yang mempengaruhi pemenuhan KBK. Kondisi dari masyarakat disekitar FKTP juga turut mempengaruhi yaitu tingginya permintaan rujukan atas permintaan sendiri oleh pasien atau masyarakat yang berkunjung ke puskesmas.

Berdasarkan penelitian terdahulu oleh Munawarah (2022), menjelaskan bahwa ada hubungan yang bermakna antara komunikasi (transmisi, kejelasan, dan konsistensi) dengan pencapaian KBPK. Kebijakan pelaksanaan KBPK memerlukan sosialisasi keberlanjutan dan atau bimbingan teknis baik dari dinas kesehatan maupun BPJS Kesehatan kepada semua petugas puskesmas dalam implementasinya. Hasil penelitian ini juga menjelaskan bahwa masih terdapat ketidakjelasan informasi yang diterima oleh petugas.

Van Meter dan Van Horn (1975) menjelaskan bahwa kinerja kebijakan dipengaruhi oleh beberapa variabel yang saling berkaitan, variabel-variabel tersebut yaitu standar dan tujuan kebijakan, sumber daya, karakteristik organisasi pelaksana, komunikasi antar organisasi, disposisi atau sikap para pelaksana, dan kondisi sosial, ekonomi dan politik (Rahmawati, 2020:17-24). Penelitian ini menggunakan Teori Implementasi Kebijakan milik Van Meter dan Van Horn dikarenakan terdapat kesesuaian teori dengan hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan sebelumnya. Selain itu model implementasi milik Van Meter Van Horn ini menilai implementasi kebijakan tidak hanya dari sisi implementor saja, namun juga mengidentifikasi dan menjelaskan isi dari kebijakan serta faktor-faktor di luar organisasi pelaksana/implementor yang dirasa peneliti juga sangat mempengaruhi implementasi Kebijakan Pembayaran KBK di puskesmas Kabupaten Nganjuk. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji bagaimana implementasi kebijakan pembayaran KBK berdasarkan variabel standar dan tujuan kebijakan, sumber daya, komunikasi, dan kondisi sosial.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini merupakan penelitian studi kasus dengan pendekatan kualitatif. Hal yang diperoleh peneliti selama penelitian ini adalah mengenai implementasi kebijakan pembayaran KBK di puskesmas Kabupaten Nganjuk. Unit analisis penelitian ini adalah puskesmas Kabupaten Nganjuk, dengan lokasi penelitian Puskesmas Lengkong, Puskesmas Patianrowo, Puskesmas Tanjunganom, Puskesmas Sawahan, dan Puskesmas Ngetos, dimana puskesmas-puskesmas tersebut merupakan puskesmas yang tidak mencapai target pembayaran KBK sebesar 100% selama tahun 2018-2021. Penelitian berlangsung dari bulan Februari-Maret 2023. Informan kunci dalam penelitian ini adalah kepala seksi layanan kesehatan primer Dinas Kesehatan

Kabupaten Nganjuk. Informan utama dalam penelitian ini adalah kepala puskesmas, bendahara JKN/PJ KBK, dokter, penanggung jawab Prolanis, dan operator *P-care* di Puskesmas Lengkong, Puskesmas Patianrowo, Puskesmas Tanjunganom, Puskesmas Sawahan, dan Puskesmas Ngetos Kabupaten Nganjuk. Penelitian ini berfokus pada implementasi kebijakan dimana menurut teori Van Meter dan Van Horn kinerja kebijakan dipengaruhi oleh beberapa variabel yang saling berkaitan yaitu standar dan tujuan kebijakan, sumber daya, karakteristik organisasi pelaksana, komunikasi antar organisasi, disposisi atau sikap para pelaksana, dan kondisi sosial, ekonomi dan politik. Dalam penelitian ini yang akan dikaji adalah aspek standar dan tujuan kebijakan; sumber daya yang terdiri dari sumber daya manusia (pelatihan dan ketersediaan SDM), dan fasilitas; komunikasi yang terdiri dari transmisi informasi, kejelasan informasi, dan konsistensi informasi; serta kondisi sosial. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam menggunakan pedoman wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Analisis data yang dilakukan peneliti dengan menggunakan Analisis Miles dan Huberman. Hasil analisis diringkas menggunakan bahasa sederhana yang mudah dipahami dan dilakukan validasi data untuk menarik kesimpulan dari penelitian. Keabsahan diperoleh peneliti dengan menggunakan triangulasi metode untuk memperoleh data yang lebih konsisten.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Standar dan Tujuan

1) Standar

Standar menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah ukuran tertentu yang dipakai sebagai patokan. Dalam hal implementasi kebijakan menurut Winarno (2007), untuk menentukan ukuran dasar dari suatu kebijakan dapat dilihat dari pernyataan para pembuat kebijakan yang tertuang dalam suatu dokumen. Ukuran dasar kebijakan dapat berupa regulasi dan garis-garis pedoman program yang menyatakan kriteria untuk evaluasi kinerja kebijakan. Berikut hasil wawancara dengan para informan utama:

“...KBK itu terdiri dari 3 hal, ada rasio rujukan, rasio Prolanis, sama angka kontak. Kita sudah hampir bagus sih 95% nan. Pesertanya sedikit kalau di puskesmas ini. Yang sulit terpenuhi itu Prolanis dan RRNS tapi sudah ada usaha untuk memenuhi itu...” (IU2, PKM Lengkong)

“...seingat saya *contact rate*, rasio rujukan, dan Prolanis serta ada kunjungan *online*. Setiap bulan itu pencapaian

kita berkisar 90-95 %, untuk indikator yang sulit sih kayaknya RRNS karna banyak yang minta rujukan...” (IU6, PKM Patianrowo)

“...angka kontak karena gini jumlah peserta kita besar yaa ada sekitar 58.000 karena jumlah pesertanya besar jadi targetnya kan semakin besar minimal harusnya 8500 lebih. Dan selama ini yang masuk ke kita hanya 4000 an. Penyebabnya itu gini angka kontak kan ada kontak sakit dan sehat ya jadi yang kontak sehat ini gak semua wilayah meng *entry* kan, yang kedua tidak semua pustu dan polindes itu memasukkan ketika pasien berkunjung dikira bisa ditunda nah ketika ditunda akhirnya lupa...” (IU10, PKM Tanjunganom)

Hampir seluruh informan utama sudah paham dan dapat menyebutkan terkait standar yang ada dalam kebijakan pembayaran KBK. Standar yang ada dalam kebijakan pembayaran KBK yaitu AK, RPPT, dan RRNS. Informan utama di Puskesmas Lengkong, Puskesmas Patianrowo menyatakan bahwa selama ini masih kesulitan memenuhi target RRNS penyebabnya yaitu karena banyaknya pasien BPJS yang meminta untuk dirujuk. Puskesmas Tanjunganom menyatakan bahwa selama ini masih kesulitan untuk memenuhi standar AK. Pengentrian data angka kontak di jaringan ataupun UKM puskesmas seperti pustu dan polindes tidak dilakukan secara *real time*. Menurut Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Teknis Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, menyatakan bahwa FKTP memberikan pelayanan kepada peserta, selanjutnya melakukan input data pelayanan melalui sistem informasi yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan secara *real time*. Mayoritas informan utama dan juga informan kunci menyatakan bahwa standar yang paling sulit dipenuhi adalah RPPT. Berikut kutipan wawancara peneliti terkait hal ini

“...di puskesmas ini yang paling sulit terpenuhi itu rasio Prolanis terkendali, rata-rata hampir setiap bulannya itu belum terpenuhi. Penyebabnya memang hasil kunjungan masyarakat untuk kontrol dan berkunjung itu masih rendah, yang kedua patokan atau standar normalnya itu sulit tercapai, karena kan gini misalnya kalau dalam peraturan itu seseorang hipertensi dikatakan terkendali kalau *systole* nya kurang dari 130 dan *diastole* nya kurang dari 80 itu sangat sulit sekali untuk mencapai itu karena orang usia diatas 60 itu *diastole* pasti rata-rata diatas 80 walaupun tidak hipertensi...” (IU7, PKM Patianrowo)

“...Prolanis ini dari 20 puskesmas hanya 6 puskesmas yang bisa memenuhi target per february kemarin...” (IK)

“...punya trobosan pusling. Selain promotif kita juga kuratif untuk HT dan DM. obat HT dan DM

diresepkan oleh dokter jadi saya yang jalan di pusling kita ke posyandu posbindu untuk bawa obat kita mengusahkan kasih obat 30 hari agar mereka bisa konsumsi rutin. Nah untuk bulan depan bidan ngecek terus yang GDP nya tinggi dilaporkan kemudian kita kasih obat itu cara agar bisa benar-benar terkendali...” (IU14, PKM Sawahan)

Beberapa kendala yang diungkapkan oleh para informan terkait kesulitan dalam pemenuhan standar RPPT antara lain karena target yang dirasa terlalu tinggi dan kesulitan dalam pengontrolan konsumsi obat peserta Prolanis. Informan menyebutkan bahwa target RPPT sulit terpenuhi karena mayoritas peserta Prolanis adalah lansia yang tekanan darahnya cenderung tinggi, hal tersebut sesuai dengan pernyataan dari Hernawan dan Rosyid (2017), bahwa Hipertensi merupakan suatu gejala penyakit degeneratif kardiovaskuler yang paling banyak dialami oleh lansia dan belum dapat diketahui dengan pasti penyebabnya. Puskesmas sawahan merupakan puskesmas yang sudah dapat memenuhi target dalam kebijakan Pembayaran KBK secara konsisten sejak tahun 2022. Puskesmas Sawahan telah melakukan koordinasi dengan UKM di wilayah kerjanya guna mencapai target dari AK dan RPPT. Bentuk koordinasinya yaitu meningkatkan UKM seperti posyandu lansia, posbindu, juga melaksanakan puskesmas keliling

2) Tujuan

Suatu kebijakan dibuat berdasarkan tujuan yang hendak dicapai. Kebijakan yang baik pasti memiliki tujuan yang baik pula. Tujuan yang baik memiliki sekurang-kurangnya tiga kriteria, yaitu diinginkan untuk dicapai, rasional atau realistis, dan berorientasi ke depan. Berikut hasil wawancara peneliti dengan informan utama terkait tujuan dari kebijakan KBK:

“...kita bisa melayani masyarakat lebih banyak lagi karena angka kontak kan targetnya cukup tinggi yaa jadi dengan adanya itu harapan bisa lebih banyak masyarakat yang berkunjung...” (IU7, PKM Patianrowo)

“...ya tujuannya untuk kapitasi itu. Selain itu meningkatkan kinerja juga. Kalau kita benar benar mengerjakan betul angka angka di dalamnya itu maka keberadaan kita akan dirasakan masyarakat...” (IU14, PKM Sawahan)

“...masih belum maksimal ya pencapaian tujuannya menurut saya terbukti dengan puskesmas kita masih banyak yang belum dapat memenuhi semua indikator tersebut..” (IK)

Hampir seluruh informan utama menyatakan bahwa tujuan KBK adalah untuk mendapat

kapitasi secara penuh dan meningkatkan kinerja puskesmas. Informan kunci pun juga menyatakan bahwa tujuan dari KBK adalah untuk peningkatan mutu dan kinerja puskesmas. Menurut informan kunci tujuan ini secara umum belum dapat dipenuhi oleh FKTP di Kabupaten Nganjuk karena masih banyak puskesmas yang belum memenuhi ketiga indikator yang ada dalam Kebijakan Pembayaran KBK. Berdasarkan pernyataan tersebut maka diketahui bahwa salah satu indikator untuk dapat menilai kinerja puskesmas menurut Dinkes adalah melihat capaian KBK dari puskesmas tersebut karena di dalam kebijakan KBK itu sudah memuat hampir seluruh fungsi dari FKTP yaitu sebagai *gatekeeper* layanan kesehatan yaitu sebagai kontak layanan peserta (*first contact*), pelayanan berkelanjutan (*continuity*), pelayanan paripurna (*comprehensiveness*), dan koordinasi pelayanan (*coordination*). Berdasarkan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama menyatakan bahwa pembayaran KBK pada FKTP merupakan bagian dari pengembangan sistem kendali mutu pelayanan yang bertujuan untuk meningkatkan efisiensi dan efektifitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Jadi dalam hal Kebijakan Pembayaran KBK tujuannya adalah dengan adanya kebijakan ini seluruh sumber daya serta manajemen dalam FKTP dapat dimanfaatkan sebaik baiknya sehingga dapat meningkatkan kinerja FKTP dalam pemberian layanan kesehatan bagi masyarakat. Pernyataan kelima puskesmas tentang tujuan Kebijakan Pembayaran KBK memiliki arti yang sesuai dengan petunjuk teknis yang ada.

Sumber Daya

1) Sumber Daya Manusia

a) Pelatihan

Pelatihan merupakan proses pendidikan jangka pendek bagi karyawan operasional untuk memperoleh keterampilan operasional sistematis. Berikut hasil wawancara peneliti dengan informan utama terkait pelatihan yang pernah dilakukan yang berhubungan dengan Kebijakan Pembayaran KBK:

“...jadi tidak semua petugas mengikuti pelatihan, kalau di induk itu perwakilan setiap poli 1 kalau di polindes atau pustu itu juga ada tersendiri...” (IU7, PKM Patianrowo)

“...pelatihan pernah sih, kalau tidak salah terakhir tahun lalu bulannya saya lupa. Yang ikut pelatihan itu dari sini dan pustu polindes. Bentuk pelatihannya

memasukan obat diagnosa penyakit di SMILE dan *P Care*. Hanya ketika ada perubahan saja...” (IU10, PKM Tanjunganom)

“...Pernah mbak sering itu dari sub bag perencanaan tentang SMILE. Setiap bulan, SMILE ini aplikasi lokal yang dibuat oleh Dinkes Nganjuk, biasanya yang memandu pelatihan itu Pak Chandra dari sub bag perencanaan...” (IK)

Seluruh informan utama menyatakan bahwa pelatihan yang berhubungan dengan Kebijakan Pembayaran KBK hanya dilakukan di awal penerapan kebijakan dan saat terdapat perubahan terkait kebijakan. Jawaban dari informan kunci juga menginterpretasikan bahwa Dinkes Nganjuk pernah mengadakan pelatihan khusus yang berhubungan dengan kebijakan KBK namun tidak sering, pelatihan yang sering dilakukan oleh Dinkes Nganjuk adalah pelatihan terkait dengan pengembangan fitur-fitur dalam aplikasi SMILE. Berdasar dari jawaban informan kunci dan informan utama maka dapat dikatakan bahwa pelatihan yang berhubungan dengan Kebijakan Pembayaran KBK memang sudah pernah dilakukan oleh Dinkes Nganjuk yaitu terkait dengan proses atau cara mengentri data pada aplikasi SMILE dan *P Care*. Menurut William B. Werther dalam Fazrina (2016), prinsip-prinsip pelatihan antara lain prinsip partisipasi, prinsip repetisi, prinsip relevansi, dan prinsip pengalihan pengetahuan dan keterampilan. Sebagian besar prinsip tersebut sudah diterapkan dalam pelatihan yang dilakukan antara dinkes dan FKTP.

b) Ketersediaan SDM

Keberhasilan suatu puskesmas dalam menjalankan programnya ditentukan oleh ketersediaan sumber daya manusia (SDM) yang seimbang antara tenaga medis dan tenaga promotif di pihak lain. Masalah yang terjadi saat ini adalah tidak meratanya distribusi tenaga kesehatan di beberapa fasilitas kesehatan primer yaitu puskesmas (12). Ketersediaan SDM yang dimaksud dalam penelitian ini adalah ketersediaan SDM baik di puskesmas ataupun di wilayah puskesmas yang berhubungan dengan pencapaian target pada masing-masing indikator Kebijakan Pembayaran KBK. Berikut hasil wawancara peneliti dengan para informan utama:

“...untuk pembagian SDM itu jadi tidak ada PJ untuk masing-masing indikator jadi ya secara keseluruhan untuk KBK ya saya begitu. Untuk jumlahnya sudah cukup...” (IU7, PKM Patianrowo)

“...pembagian SDM KBK untuk Prolanis ada Bu Ning, untuk rujukan dan angka kontak saya karena saya yang di poli. Tapi sebenarnya kita kurang dokter umum untuk pelayanan. Dokter umum hanya 2 saya dan pak kapus tapi yang melakukan pelayanan hanya saya. ...” (IU10, PKM Tanjunganom)

Berdasarkan kutipan wawancara diketahui bahwa Puskesmas Lengkong, Puskesmas Patianrowo, Puskesmas Sawahan, dan Puskesmas Ngetos menyatakan bahwa ketersediaan SDM untuk pelaksanaan Kebijakan Pembayaran KBK sudah dirasa cukup baik untuk pelayanan, pelaksanaan Prolanis, ataupun untuk input data di aplikasi *P Care*. Tidak ada PJ untuk pencapaian indikator angka kontak dan RRNS, hanya Prolanis saja yang memiliki PJ khusus. Untuk pencapaian target dari indikator AK dan RRNS merupakan tanggung jawab nakes ataupun staf yang memegang program UKP.

Puskesmas Tanjunganom juga memiliki pembagian SDM yang sama dengan keempat puskesmas tersebut terkait pelaksanaan Kebijakan Pembayaran KBK namun Puskesmas Tanjunganom menyatakan bahwa masih kekurangan SDM untuk pelaksanaannya terutama untuk ketersediaan dokter umum untuk pelayanan di puskesmas. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, puskesmas kawasan pedesaan dengan tipe rawat inap memiliki standar ketenagaan jumlah minimal dokter umum sebanyak 2 orang, dokter gigi 1 orang, perawat 8 orang, bidan 7 orang, SKM 1 orang, tenaga kesehatan lingkungan 1 orang, ahli laboratorium medis 1 orang, gizi 2 orang, farmasi 1 orang, dan pekaya 1 orang. Apabila dilihat dari jumlah keseluruhan ketenagaan yang ada di Puskesmas Tanjunganom, jumlah tersebut belum memenuhi standar ketenagaan yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan karena masih belum terdapat dokter gigi dan tenaga gizi.

2) Fasilitas

Fasilitas atau sarana dan prasarana merupakan salah satu faktor yang berpengaruh dalam implementasi kebijakan. Pengadaan fasilitas yang layak, seperti gedung, tanah peralatan perkantoran, dan mesin komunikasi akan menunjang dalam keberhasilan implementasi suatu program atau kebijakan (13). Berikut hasil wawancara dengan informan utama:

“...kalo misalkan fasilitas itu yang menyediakan dari dinkes. Kalau menurut saya kebutuhan sih masih

kurang. Kalau obat untuk penyakit yang parah gaada. Saleb mata tetes mata itu yang sering habis. Stok obat habis karena yang tidak BPJS juga kita tangani..." (IU4, PKM Lengkong)

"...kendala obat yaa kadang ada tapi karena kita kan masih belum BLUD ya jadi obat masih tergantung dari dinkes tapi itu masih bisa kita akali dengan memberi obat yang efeknya sama. Kesedian lab ya hanya laborat yang sesuai dengan 144 diagnosis yang harus diselesaikan di FKTP. Mungkin yang kurang untuk pemeriksaan kacamata, dahak, clavus/mata ikan, pembersihan kotoran telinga sebenarnya bisa 144 diagnosa tapi memang kita tidak ada alatnya ya kita rujuk..." (IU8, PKM Patianrowo)

"...lab dan alat alat insyaallah sudah cukup untuk pemeriksaan dasar apalagi kan kita termasuk puskesmas rujukan..." (IU10, PKM Tanjunganom)

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan utama di Puskesmas Lengkong dan Puskesmas Patianrowo diketahui bahwa puskesmas tersebut masih sering kekurangan alat kesehatan dan obat, Puskesmas Ngetos masih terkendala terkait jaringan internet. Sedangkan Puskesmas Tanjunganom dan Puskesmas Sawahan tidak ada kendala terkait alat kesehatan, obat, ataupun jaringan internet.

"...SMILEnya yang sering eror karena kan pakainya bareng bareng ya semua puskesmas. Kalau eror ya ditunggu makanya kadang ada yang protes lama itu bukan karena kita tapi karena SMILE nya yang eror..." (IU 20, PKM Ngetos)

"...kadang di SMILE sudah ter entry tapi ternyata di P Care tidak terdaftar entryannya atau disebutnya gagal bridging jadi untuk prolanis kita harus entrykan ke P Care. Puskesmas yang tidak paham itu pasti dia tidak akan melakukan itu pasti hanya mengentry di SMILE, padahal data kadang di smile tidak semuanya terbaca di P Care..." (IU14, Pkm Sawahan)

"...kalau kita tidak ada masalah sih dari sini SMILE nya. Lemotnya SMILE itu karena jaringan internet di puskesmasnya yang kurang stabil ..." (IK)

Hampir seluruh informan di kelima puskesmas menyatakan bahwa SMILE sering lemot saat jam pelayanan yang mengakibatkan terganggunya proses pengentrian data, informan utama tidak mengetahui penyebab pasti dari lemotnya SMILE ini karena akses internet di puskesmas sudah cukup baik kecuali di Puskesmas Ngetos. Beberapa informan utama juga menduga bahwa lemotnya SMILE dikarenakan sistem terlalu banyak diakses oleh FKTP di waktu bersamaan sehingga mengakibatkan sistem informasi berjalan lambat. Kendala lain yang berhubungan dengan teknologi komputer yang dialami oleh kelima puskesmas

yaitu terjadi gagal *bridging* saat proses *entry* data di aplikasi SMILE sehingga data yang sudah di *entry* kan di SMILE tidak dapat terbaca di *P Care*. *Bridging system* adalah menyelaraskan dua sistem yang berbeda tanpa adanya intervensi dari masing-masing sistem satu sama lain sehingga keamanan data tetap terjaga. (14).

Menurut Isnaini dan Nuryati (2016), bahwa kendala yang dihadapi petugas ketika *entry* data yaitu berasal dari faktor *machine* yaitu kurangnya perbaikan jaringan komputer dan perlunya peningkatan *bandwidth* internet. Selain itu, penelitian lainnya oleh Maulidha dan Nuryati (2016), menyatakan bahwa faktor *hardware* diantaranya koneksi internet belum stabil, daya listrik kurang terpenuhi, dan *web service* belum stabil, serta faktor *software* perubahan data pasien dalam sistem, spesifikasi kode dan terminologi medis dalam SIMPUS dapat berpengaruh terhadap proses *entry* data dalam suatu sistem informasi.

Komunikasi

1) Transmisi Informasi

Transmisi informasi adalah penyaluran informasi kepada pelaksana serta sasaran kebijakan. Informasi tidak hanya disampaikan kepada pelaksana kebijakan tetapi juga kepada kelompok sasaran dan pihak yang terkait (13). Transmisi informasi dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui proses penyaluran informasi dari pembuat kebijakan kepada pelaksana Kebijakan Pembayaran KBK. Berikut hasil wawancara peneliti dengan informan utama:

"...BPJS memberi sosialisasi di dampingi dinkes, sebelum pandemi ya diundang langsung tapi sejak pandemi yaa melalui zoom sampai sekarang..." (IU7, PKM Patianrowo)

"...sering dulu pernah diundang juga. Saya dan PJ Prolanis. yang disampaikan terkait tujuannya, berapa angkanya, berapa sisa anggaran yg tidak bisa diserap kalau kita tidak 100%. Menurut saya kalau sosialisasi yang belum 100 % aja. Trik nya dengan pustu polindes terus mengentry, print 144 diagnosa. Prolanis juga disuruh rajin entry dan mendaftar pasien DM HT menjadi pasien prolanis (flaging). Pasti kita kasih tau termasuk bidan wilayah. Sebelumnya di posyandu yang dientry yang kontak sakit. jangan merujuk dignosa yang warnanya merah..." (IU14, PKM Sawahan)

"...Dinkes mengikuti apa yang dilaksanakan BPJS Kesehatan. Kita selalu mengadakan pertemuan secara rutin setiap bulan untuk mengevaluasi kendala temen temen di puskesmas. Untuk dinkes yang mengikuti sosialisasi ada saya (kayankes primer, kbid yankes. Kalo dari puskesmas tergantung permasalahannya kalau yang bermasalah Prolanis ya yang kita undang PJ prolanis, kapus, koordinator smile, PJ KBK..." (IK)

Seluruh informan utama menyatakan bahwa informasi telah diberikan oleh BPJS Kesehatan cabang Kediri kepada puskesmas melalui kegiatan sosialisasi yang dilakukan dengan media *zoom*, sosialisasi ini dengan melibatkan perwakilan dari puskesmas yang memiliki tanggung jawab dalam kebijakan pembayaran KBK ini seperti kepala puskesmas, PJ Prolanis, PJ KBK, dokter, dan bendahara JKN. Dimensi transmisi diharapkan bahwa suatu kebijakan publik dapat disampaikan kepada pelaksana dan para pihak yang terkait kebijakan. Internet yang tidak dibatasi jarak dan waktu membuat sosialisasi dapat dilakukan kapan saja dan dimana saja, penggunaan internet sebagai sarana sosialisasi dapat memberikan dampak yang positif dan negatif. Sebagai dampak positif, petugas puskesmas dapat mengikuti sosialisasi melalui *zoom meeting* yang diselenggarakan oleh berbagai narasumber, waktu pelaksanaannya pun lebih fleksibel sehingga banyak dilaksanakan diluar jam kerja puskesmas (17).

2) Kejelasan Informasi

Kejelasan informasi yaitu yaitu suatu informasi yang disampaikan harus jelas agar pelaksana kebijakan, kelompok sasaran, dan pihak-pihak yang terkait tidak salah dalam menginterpretasikan kebijakan tersebut. Pada aspek kejelasan, yang diukur adalah bagaimana proses penjelasan tentang pemahaman kebijakan dilaksanakan secara tepat, sesuai dengan tujuan kebijakan dan dilakukan secara kontinyu, sehingga meminimalisir terjadinya kesalahan interpretasi atau distorsi informasi dari apa yang dikehendaki oleh pembuat kebijakan kepada pelaksana dan sasaran kebijakan (13). Berikut hasil wawancara peneliti dengan para informan utama:

“... kejelasan yaa... sudah jelas kalau dari sosialisasi dari BPJS pasti diulang ulang terus terkait dengan 3 indikator itu serta targetnya jadi kita juga sudah hafal termasuk kalau misal ada perubahan itu juga selalu disampaikan oleh BPJS. Angka kontak lebih dari 150%, Prolanis terkendali $\geq 5\%$, dan rujukan spesifik $\leq 2\%$...” (IU7, PKM Tanjunganom)

“...terkait dengan indikator ya pasti sudah disampaikan ya mbak dalam sosialisasi karena itu kan hal dasar dari KBK, setiap indikatornya sudah dikupas satu persatu maksud dari indikator tersebut, targetnya pun dengan trik-trik untuk bisa memenuhi target dari ketiga indikator tersebut...” (IK)

Berdasarkan hasil wawancara di atas dapat diketahui bahwa menurut informan utama semua informasi yang diberikan baik melalui sosialisasi maupun yang berasal dari peraturan yang menjadi

petunjuk teknis sudah cukup jelas dan dapat dimengerti. Petunjuk teknis sudah memuat secara rinci terkait Kebijakan Pembayaran KBK mulai dari tahap persiapan sampai evaluasi kebijakan, juga menjelaskan secara rinci terkait 3 indikator di dalamnya beserta cara perhitungannya, selain itu dalam kegiatan sosialisasi yang diberikan oleh BPJS Kesehatan juga selalu mengulang-ulang informasi terkait target dari tiga indikator tersebut serta cara untuk mencapainya. Menurut Winarno (2012), apabila suatu kebijakan ingin diimplementasikan sebagaimana mestinya, maka kebijakan tidak cukup diterima, namun petunjuk pelaksanaan harus difahami. Komunikasi yang diterima oleh pelaksana kebijakan (*street-level-bureaucrats*) harus jelas dan tidak membingungkan atau tidak ambigu/mendua.

3) Konsistensi Informasi

Konsistensi informasi adalah penyampaian informasi yang konsisten sehingga tidak menimbulkan kebingungan pelaksana kebijakan, kelompok sasaran maupun pihak terkait. Pada aspek konsistensi, yang diukur adalah apakah terjadi kesamaan informasi yang diterima dari pembuat kebijakan kepada pelaksana kebijakan dan kelompok sasaran dalam implementasi kebijakan. Pada aspek konsistensi, yang diukur adalah apakah terjadi kesamaan informasi yang diterima dari pembuat kebijakan kepada pelaksana kebijakan dan kelompok sasaran dalam implementasi kebijakan. Hal tersebut sebagaimana diuraikan dalam kutipan hasil wawancara berikut:

“...yang jelas ya dilaporkan langsung saat itu juga kalau pas SMILE nya lancar. Di inputkan ke SMILE terus di *bridging* ke *P Care* itu cara pelaporannya...” (IU5, PKM Lengkong)

“...untuk pencairan sudah langsung di transfer ke rekening masing-masing puskesmas. Untuk penggunaan 80% sebagai jasa pelayanan, 20% sebagai operasional sarana dan prasarana...” (IU7, PKM Patianrowo)

“...monitoring dilakukan lewat sosialisasi itu dengan dinkes juga. Dinas hadir sebagai moderator saja. Jadi yang berhak ngomong ya BPJS Dinkes fokus ke SMILE memperbaiki aplikasi nya itu...” (IU14, PKM Sawahan)

“...pasti mbak, pasti semua informasi yang disampaikan itu mengacu pada pedoman yang ada beserta setiap perubahan di dalamnya. Semua puskesmas memperoleh informasi yang sama karena kita kan mengumpulkan mereka dalam satu waktu melalui *zoom* itu otomatis informasinya sama, selain itu mereka juga bisa membuka peraturan dari BPJS Kesehatan berkaitan dengan KBK ini...” (IK)

Seluruh informan utama menyatakan bahwa sumber informasi yang digunakan dalam implementasi Kebijakan Pembayaran KBK selama ini berasal dari kegiatan sosialisasi dan pedoman teknis pelaksanaan KBK dari BPJS Kesehatan. Informasi yang diterima sama karena berasal dari sumber informasi yang sama dan diberikan dalam waktu yang bersamaan pula. Informan kunci menyatakan bahwa jenis informasi yang didapat oleh puskesmas terkait pelaksanaan kebijakan ini sama karena diberikan dalam waktu yang bersamaan selain itu juga dalam pemberian informasi ini BPJS Kesehatan selalu menyesuaikan dengan pedoman yang ada. Dalam sebuah penyelenggaraan negara, khususnya bidang kesehatan, terkadang tidak hanya satu kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah, terkadang terdapat beberapa kebijakan dari berbagai program. Untuk mencapai implementasi yang efektif, perintah yang diberikan harus konsisten dan jelas untuk ditetapkan atau dijalankan. Jika perintah yang diberikan sering berubah-ubah, maka dapat menimbulkan kebingungan bagi pelaksana di lapangan (19).

Kondisi Sosial

Kondisi sosial masyarakat mempunyai beberapa indikator yaitu umur dan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, *prestise* (kemampuan), keluarga atau kelompok rumah tangga, dan keanggotaan dalam kelompok tertentu atau organisasi (20). Kondisi eksternal turut mendorong keberhasilan kebijakan publik. Kondisi eksternal dalam kebijakan ini mencakup lingkungan atau kondisi ekonomi, sosial, dan politik. Kegagalan kinerja implementasi dapat disebabkan oleh kondisi eksternal yang kurang mendukung dan kondusif (8). Berikut kutipan wawancara peneliti dengan para informan utama terkait kondisi sosial masyarakat di sekitar puskesmas:

“...ya berpengaruh sih mbak, disini mayoritas tani. Jadi kesini ya cukup jarang mungkin karena harus ke sawah selain itu jaraknya jauh terus jalannya yang rusak atau kadang kalau sudah tua tidak ada yang mengantar seperti dalam kegiatan Prolanis itu kan kebanyakan anggotanya pensiunan. Kalau tingkat pendidikan secara keseluruhan saya juga kurang tau mungkin rata-rata masih belum cukup tinggi ya karena kita di desa tapi menurut saya masih perlu pendidikan tentang kesehatan sih ...” (IU4, PKM Lengkong)

“...Tanjunganom itu mayoritas masyarakatnya itu kan menengah ke atas ya mereka berobatnya ke tempat swasta. Kalau sudah kepepet kesini. Kadang banyak juga yang kesini cuma minta rujukan...” (IU10, PKM Tanjunganom)

“...sangat berpengaruh ya mbak untuk jenis pekerjaannya. Kita mayoritas tani/kebun setiap pagi yaa pasti kerja jadi berpengaruh terhadap kunjungan mereka dan pasti untuk masyarakat seperti itu akan lebih megesampingkan urusan kesehatan sih...” (IU14, PKM Sawahan)

Mayoritas pekerjaan dari masyarakat di kelima puskesmas adalah tani karena berada pada lingkungan pedesaan dan pegunungan, dengan profesi tani maka secara otomatis masyarakat dengan latar belakang tersebut setiap hari akan bekerja ke sawah atau kebun dari pagi sampai siang sehingga jarang untuk memanfaatkan layanan kesehatan di puskesmas. Untuk mengatasi kunjungan masyarakat yang rendah ke FKTP dikarenakan harus bekerja maka Puskesmas Sawahan dan Puskesmas Ngetos mengoptimalkan fungsi dari puskesmas keliling untuk mendatangi peserta ke desa-desa.

Menurut Rumengan (2015), jenis pekerjaan mempunyai pengaruh yang sangat luas dan beragam terhadap perilaku konsumen termasuk dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan di puskesmas. Tingkat pendidikan sangat erat kaitannya dengan kesadaran dan pengetahuan seseorang, hanya saja seiring dengan kemajuan teknologi sangat mempengaruhi seseorang dalam mendapatkan informasi dan ilmu pengetahuan. Sehingga, pendidikan formal tidak selalu menjadi faktor yang berhubungan dengan keputusan seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan di puskesmas. Di kelima puskesmas mayoritas masyarakatnya berada pada wilayah pedesaan dengan tingkat pendidikan yang masih rendah jika dibandingkan dengan masyarakat di perkotaan. Namun secara umum menurut nakes di salah satu puskesmas yang perlu diperhatikan merupakan pendidikan kesehatan kepada masyarakat sesuai dengan fungsi dari puskesmas.

Faktor usia merupakan faktor yang mempengaruhi sikap seseorang terhadap kegiatan-kegiatan kemasyarakatan yang ada. Mereka dari kelompok usia menengah ke atas dengan keterikatan moral kepada nilai dan norma masyarakat yang lebih mantap, cenderung lebih banyak yang berpartisipasi dari pada mereka yang dari kelompok usia lainnya. (22). Di kelima puskesmas peserta Prolanis merupakan peserta dengan usia 50 tahun ke atas (lansia) sehingga terkadang peserta perlu untuk diantar ke puskesmas jika akan mengikuti kegiatan Prolanis ataupun untuk melakukan pengobatan atau cek kesehatan

pada poli lansia di puskesmas. Sering terjadi ketidakhadiran peserta Prolanis dengan alasan tidak ada pihak keluarga yang dapat mengantar.

KESIMPULAN

Implementasi Kebijakan KBK yang meliputi pencapaian indikator AK, RPPT, dan RRNS telah diimplementasikan oleh pelaksana kebijakan meski dirasa masih ada beberapa kendala dalam pelaksanaannya. Target dari AK masih sulit dicapai oleh Puskesmas Tanjunganom karena kurang tertibnya proses entry data di jaringan dan UKBM wilayah puskesmas. Target RPPT masih dirasa sulit untuk dipenuhi di hampir seluruh puskesmas di Kabupaten Nganjuk, dikarenakan kegiatan Prolanis yang belum maksimal dan ada anggapan bahwa target RPPT terlalu tinggi. Target dari RRNS terkadang masih belum terpenuhi di beberapa puskesmas karena banyaknya pasien BPJS yang meminta untuk langsung dirujuk tanpa melewati proses pengobatan di FKTP. SDM dalam pelaksanaan kebijakan ini sudah terpenuhi untuk mayoritas puskesmas, namun Puskesmas Tanjunganom masih kekurangan dokter umum, dokter gigi, dan tenaga gizi. Terkait dengan fasilitas di Puskesmas Lengkong dan Patianrowo terkadang masih kekurangan obat dan juga alat kesehatan, kelima puskesmas menyatakan bahwa masih sering terdapat kendala terkait sistem informasi yang digunakan dalam penginputan data. Komunikasi telah berjalan dengan baik sudah terjadi penyaluran informasi, kejelasan informasi, dan juga konsistensi informasi. Kondisi sosial yang dirasa berpengaruh dalam pelaksanaan kebijakan ini adalah jenis pekerjaan masyarakat yang mayoritas tani serta usia masyarakat khususnya masyarakat yang tergolong lansia.

Saran yang diberikan berdasar hasil penelitian ini adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Nganjuk perlu melakukan pelatihan terkait manajemen SDM di puskesmas, melakukan peninjauan kembali terkait *bridging system* antara SMILE dan *P Care*, serta melakukan pembinaan khusus kepada puskesmas yang tidak pernah mencapai target 100% dalam kebijakan ini. Sedangkan saran untuk puskesmas adalah agar segera mengoptimalkan kegiatan Prolanis dan mengatasi segala kendala teknis yang terjadi dalam pelaksanaan kebijakan ini dengan meningkatkan koordinasi antara seluruh staf di puskesmas induk, jaringan, dan juga UKBM di wilayah kerja puskesmas.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih peneliti sampaikan kepada kedua orang tua yang telah mendanai penelitian ini serta kepada pihak-pihak yang membantu pelaksanaan penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. BPJS Kesehatan. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 Tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja. 2019;1–26.
2. BPJS Kesehatan RI. Kapitasi Berbasis Kinerja : Optimalkan Layanan FKTP di Masa Pandemi. Media Info BPJS Kesehat. 2021;
3. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Nomor 7. Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. Jakarta: BPJS Kesehatan; 2019.
4. Ayu Safitri R, Chotimah I, Pujiati S. Faktor-Faktor Tingginya Angka Rujukan di Puskesmas Sukatani Kota Depok Tahun 2018. Promotor. 2021;4(4):369.
5. Mukti AH, Winarso BS. *Jurnal REKSA : Rekayasa Keuangan , Syariah , dan Audit*. 2020;07(01) :25–36.
6. Ardhiasti A, Setiawan ER, et al. Pembayaran Kapitasi Berbasis Kinerja pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) Kota Malang. *Jurnal Pendidikan Kesehatan* 2021;10(2):208–25.
7. Munawarah SH. Analisis Faktor Pencapaian Indikator Kapitasi Berbasis Pemenuhan Komitmen Pelayanan (KBPKP) di Puskesmas Kota Palembang Magister Kesehatan Masyarakat , Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sriwijaya . 2022;7(2):159–67.
8. Rahmawati A. Implementasi Kebijakan Program Pengembangan Komoditas [Skripsi]. Universitas Muhammadiyah Semarang; 2020.
9. Winarno B. Kebijakan Publik: Teori & Proses. Jogjakarta: Media Pressindo; 2007.
10. Hernawan T, Rosyid FN. Pengaruh Senam Hipertensi Lansia terhadap Penurunan Tekanan Darah Lansia dengan Hipertensi di Pantii Wreda Darma Bhakti Kelurahan Pajang Surakarta. *J Kesehatan*. 2017;10(1):26.
11. Fazrina D. Pemanfaatan Hasil Belajar pada Pelatihan Keterampilan Mekanik Otomotif [Skripsi]. Universitas Pendidikan Indonesia; 2016.

12. Lestari TRP. Upaya Peningkatan Mutu Pelayanan Di Puskesmas Melalui Pendekatan Manajemen Sumberdaya Manusia Kesehatan. *Kajian* [Internet]. 2018;23(3):157–74. Available from: <https://jurnal.dpr.go.id/index.php/kajian/article/view/1880>
13. Maujudah SA. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Komitmen Pelayanan Pada Puskesmas Di Wilayah Dki Jakarta Tahun 2018 [Thesis]. Universitas Indonesia; 2018.
14. Rohman H, Utami EB, Analisis Pelaksanaan Bridging System Antara Aplikasi Sisfomas Dengan P-Care Di Puskesmas. [Internet]. 2021;9-23. Available from: <https://www.publikasi.apfirmik.or.id/index.php/prosidingdiskusiilmiahhyogya/article/view/217/210>
15. Isnaini K, Nuryati. Perencanaan Penerapan Bridging System P Care dengan SIMPUS di Puskesmas Tegalrejo Kota Yogyakarta [Tugas Akhir]. Universitas Gadjah Mada; 2016.
16. Maulidha FI, Nuryati. Gambaran Penerapan Bridging System antara Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS) dengan Primary Care (P-Care) di Puskesmas Umbulharjo I Kota Yogyakarta [Tugas Akhir]. Universitas Gadjah Mada; 2016.
17. Hayati D, Misnaniarti M, Idris H. Peran Komunikasi dalam Implementasi Kebijakan Pelacakan Kontak Erat dan Pemantauan Isolasi Mandiri Penderita Covid-19 Oleh Puskesmas di Kota Palembang. *J Ilm Univ Batanghari Jambi*. 2021;21(3):1038.
18. Winarno B. Kebijakan Publik (Teori, Proses, dan Studi Kasus). Jakarta: PT Buku Seru; 2012.
19. Rusli. Kebijakan Publik : Membangun Kebijakan Publik yang Responsif. Bandung: CV. Adoya Mitra Sejahtera; 2015.
20. Artantya P. kajian kondisi sosial ekonomi Pasar Induk M ajenang di Desa Sindangsari, Kecamatan M ajenang, Kabupaten Cilacap [Skripsi]. Universitas Muhammadiyah Purwokerto; 2014.
21. Rumengan. Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Pada Peserta BPJS Kesehatan Di Puskesmas Paniki Bawah Kecamatan Mapanget Kota Manado [Skripsi]. Universitas Sam Ratulangi Manado; 2015.
22. Tranmianingsih. Faktor Penyebab Ketidakhadiran Ibu yang Memiliki Balita ke Posyandu di Desa Banjar Seminai Kecamatan Dayun Kabupaten Siak. [Skripsi]. Universitas Riau; 2012.