



Ringkasan Kebijakan

GAMBARAN KEBUTUHAN DAN KESIAPAN PUSKESMAS DI INDONESIA DALAM MENGHADAPI PANDEMI COVID-19



Selama pandemi COVID-19, pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) di Indonesia menghadapi berbagai tantangan dalam memberikan layanan kesehatan akibat keterbatasan kapasitas sumber daya manusia (SDM), logistik, dan kapasitas respon COVID-19 melalui *testing*, *tracing*, dan *treatment* (3T), serta vaksinasi. Studi ini bertujuan untuk menggambarkan kebutuhan dan kesiapan puskesmas selama menghadapi pandemi COVID-19. Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari 80% puskesmas melakukan penyesuaian pada layanan kesehatan selama pandemi serta kebijakan pembatasan. Kondisi ini berimplikasi pada penurunan cakupan layanan kesehatan esensial rutin, seperti imunisasi dasar anak dan penanganan tuberkulosis (TB). Studi ini juga mengidentifikasi kekurangan tenaga kesehatan, permasalahan distribusi logistik dan vaksin yang tidak merata, serta keterbatasan kapasitas 3T di berbagai puskesmas. Selain itu, dukungan logistik, APD, dan lainnya juga diterima dalam proporsi bervariasi di berbagai daerah, dimana dukungan tambahan SDM kesehatan diterima paling sedikit. Dukungan pelatihan, supervisi, dan alokasi penambahan sumber daya manusia kesehatan (SDMK) yang diterima oleh puskesmas juga dirasa masih belum memadai. Berdasarkan temuan studi, pemerintah pusat dan daerah perlu mengutamakan kebijakan penguatan puskesmas dan alokasi anggaran serta sumber daya yang memadai untuk mengatasi keterbatasan kapasitas puskesmas dalam merespon pandemi. Salah satu upaya yang disarankan adalah meningkatkan kapasitas dan dukungan kader kesehatan sebagai aktor utama mitra puskesmas dalam upaya pencegahan, kesiapsiagaan dan respon pandemi.

Pendahuluan

Lemahnya upaya pencegahan dan surveilans Indonesia di awal pandemi memaksa pemerintah untuk terlalu berfokus pada upaya respon yang bersifat kuratif di rumah sakit (RS). Sementara itu, RS tidak memiliki kapasitas lonjakan (*surge capacity*) yang cukup hingga menyebabkan kolapsnya layanan kesehatan di RS dan berimbas pada terganggunya layanan kesehatan primer. Sebagai pembina wilayah urusan kesehatan sekaligus layanan kesehatan terdekat di tingkat komunitas, peran penting puskesmas seringkali luput oleh pemerintah¹. Puskesmas berperan penting dalam upaya penanggulangan COVID-19 dan pemulihan layanan kesehatan esensial melalui upaya 3T, vaksinasi, serta edukasi masyarakat untuk pencegahan bersama pemangku kepentingan di level desa/kelurahan dan kecamatan. Namun, puskesmas menghadapi berbagai tantangan keterbatasan kapasitas SDM, logistik, dan fasilitas secara kuantitas maupun kualitas agar dapat berperan optimal.

Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI) melihat kebutuhan untuk melakukan suatu studi guna memetakan kebutuhan puskesmas saat pandemi berlangsung, sebagai wujud pembelajaran untuk kemungkinan keberadaan pandemi di kemudian hari, serta untuk menciptakan ketahanan sistem kesehatan di masa mendatang. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menggambarkan situasi puskesmas pada aspek SDM, manajemen puskesmas, dan pemanfaatan layanan kesehatan, juga kebutuhan pada aspek pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) serta alat pelindung diri (APD), respon pandemi COVID-19 melalui upaya 3T, vaksinasi, dan upaya promotif dan preventif. Survei ini juga menggali dukungan pemerintah daerah terhadap upaya puskesmas dalam menghadapi pandemi COVID-19.

Metode

Pendekatan utama studi

- Survei melalui telepon selama bulan Agustus 2022 pada 385 puskesmas di 34 provinsi di Indonesia sebelum dilakukan pemekaran
- Wawancara mendalam pada 26 responden perwakilan puskesmas dan 59 informan masyarakat umum serta diskusi kelompok terpumpun (FGD) pada 31 perwakilan dinas kesehatan wilayah di bulan November 2022



Analisis dan penyajian data

- Data kuantitatif dideskripsikan menggunakan pembobotan pada masing-masing strata untuk menggambarkan kondisi yang lebih akurat berdasarkan zona risiko kasus dan beban puskesmas
- Data kuantitatif dituliskan dengan menyajikan perbandingan antara dua periode pandemi, yaitu **1)** tahun 2020 sebagai periode awal pandemi dan 2021 yang menjadi periode terparah; dengan **2)** tahun 2022 sebagai periode penularan variants *Omicron* yang mencetak kasus konfirmasi tertinggi, tetapi cenderung lebih terkendali^{2,3}
- Perhitungan *margin of error* (MoE) dan *95% confidence interval* juga dilakukan saat menginterpretasikan data, sehingga informasi yang disajikan dalam penelitian ini lebih presisi
- Data kualitatif diolah dengan menggunakan analisis tematik

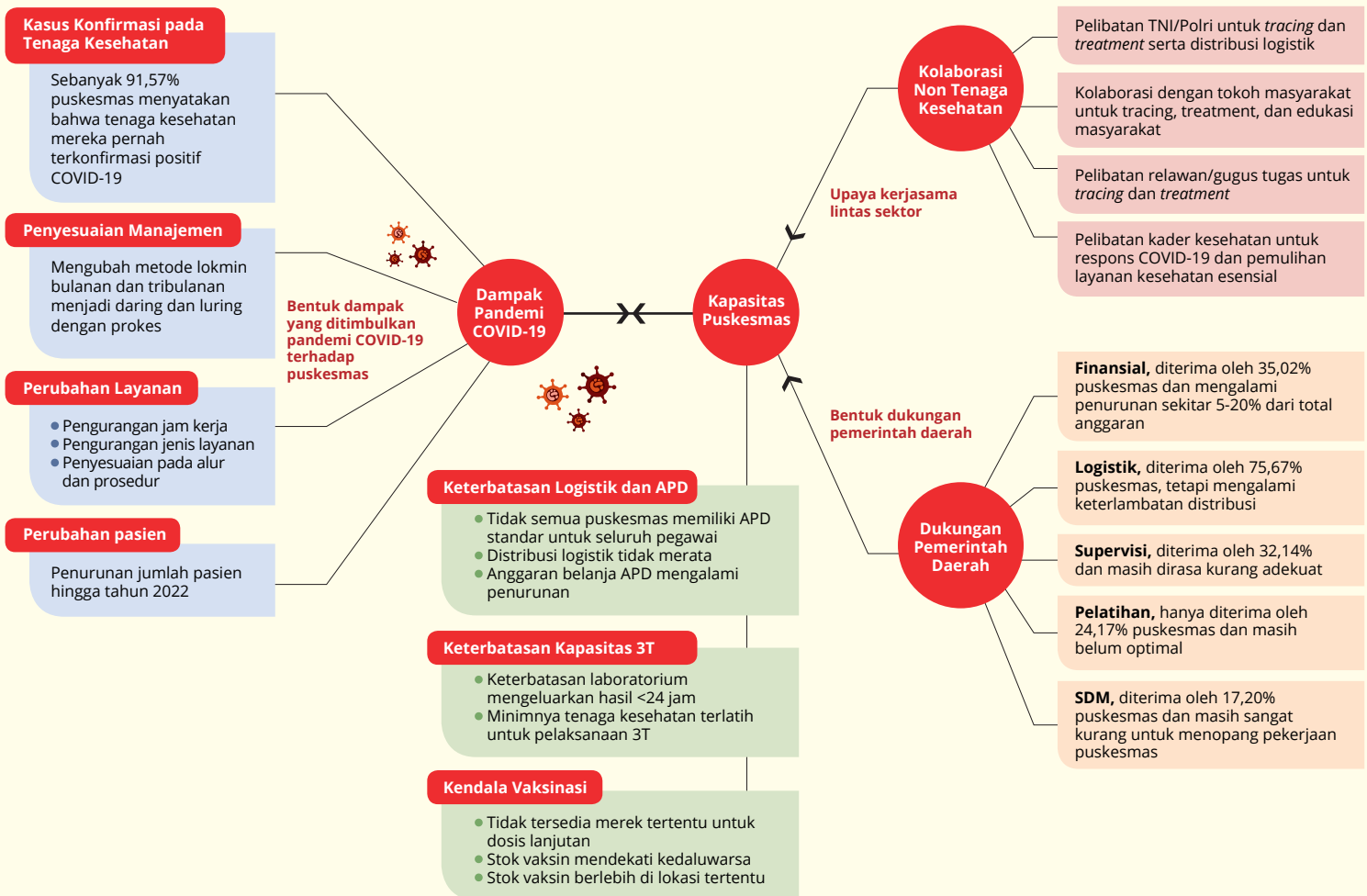


Keterbatasan Studi

- *Recall bias* pada beberapa variabel karena pemberi informasi tidak mengingat kondisi sesungguhnya di setiap periode pandemi, meskipun telah menggunakan pemisahan waktu yang spesifik
- Rendahnya *response rate* dari masing-masing responden disebabkan oleh keterbatasan infrastruktur sinyal di beberapa daerah



Temuan Utama



Gambar 1. Skema temuan utama studi kebutuhan dan kesiapan puskesmas dalam menghadapi pandemi

1. Dampak Pandemi COVID-19 terhadap SDM Puskesmas

Tabel 1. Tabel silang proporsi puskesmas dengan kategori jumlah pegawai tertentu yang terkonfirmasi positif COVID-19 (termasuk non-tenaga kesehatan)

Jumlah seluruh pegawai puskesmas	Jumlah pegawai yang terkonfirmasi COVID-19 (%)							Total
	Tidak ada	1-40 orang	41-80 orang	81-120 orang	121-160 orang	>160 orang	Tidak tahu	
≤50 orang	3.59	30.85	1.24	0.00	0.00	0.00	0.63	36.31
51-100 orang	2.41	45.49	4.67	0.00	0.00	0.00	0.75	53.32
101-150 orang	0.82	5.37	0.42	0.72	0.00	0.00	0.23	7.57
>150 orang	0.00	0.77	0.23	0.25	0.25	0.51	0.00	2.02
Tidak tahu	0.00	0.79	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.79
Total	6.82	83.25	6.57	0.98	0.25	0.51	1.61	100.00

Pada tahun 2020 hingga 2022, sebanyak 91,57% puskesmas di Indonesia menyatakan bahwa pegawai mereka pernah terkonfirmasi kasus COVID-19. Kondisi ini menunjukkan pengaruh pandemi terhadap berkurangnya kuantitas SDM dan kapasitas puskesmas dalam menopang berbagai fungsi puskesmas, termasuk layanan kesehatan esensial. Terbatasnya jumlah tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan menyebabkan terjadinya penghentian dan penundaan layanan kesehatan, peningkatan risiko infeksi di fasilitas kesehatan antar tenaga kesehatan ataupun ke pasien, dan penurunan kualitas layanan kesehatan primer.

Sebelum pandemi COVID-19, sistem kesehatan Indonesia telah menghadapi isu mengenai kekurangan tenaga kesehatan. Selain menghadapi tantangan dari sisi kuantitas, kualitas tenaga kesehatan juga terbatas karena dukungan supervisi dan pelatihan hanya dirasakan oleh sebagian kecil puskesmas, yaitu 32,13% dan 24,17% secara berturut-turut. Padahal, supervisi menjadi komponen penting untuk memastikan upaya puskesmas efektif dan sesuai tata laksana untuk memastikan kesehatan masyarakat maupun tenaga kesehatan terlindungi⁴. Pelatihan berkesinambungan diperlukan untuk memastikan kesiapan dan ketahanan tenaga kesehatan dalam menghadapi situasi krisis⁵. Dengan demikian, upaya pelatihan, pemantauan tenaga kesehatan, dan audit medis untuk infeksi COVID-19 pada tenaga kesehatan perlu disediakan sebagai skema lain perlindungan pada tenaga kesehatan⁶.



Untuk yang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) sendiri belum kami dapatkan sampai saat ini, kalau persoalannya mungkin di dinas kesehatan bu untuk pelaksanaannya. Mungkin tidak ada anggaran ke situ. Untuk pemerintah pusat, banyak-banyaklah mengadakan peningkatan kapasitas untuk kami di puskesmas, terutama seperti yang soal PPI tadi.

Puskesmas di Provinsi Sulawesi Barat



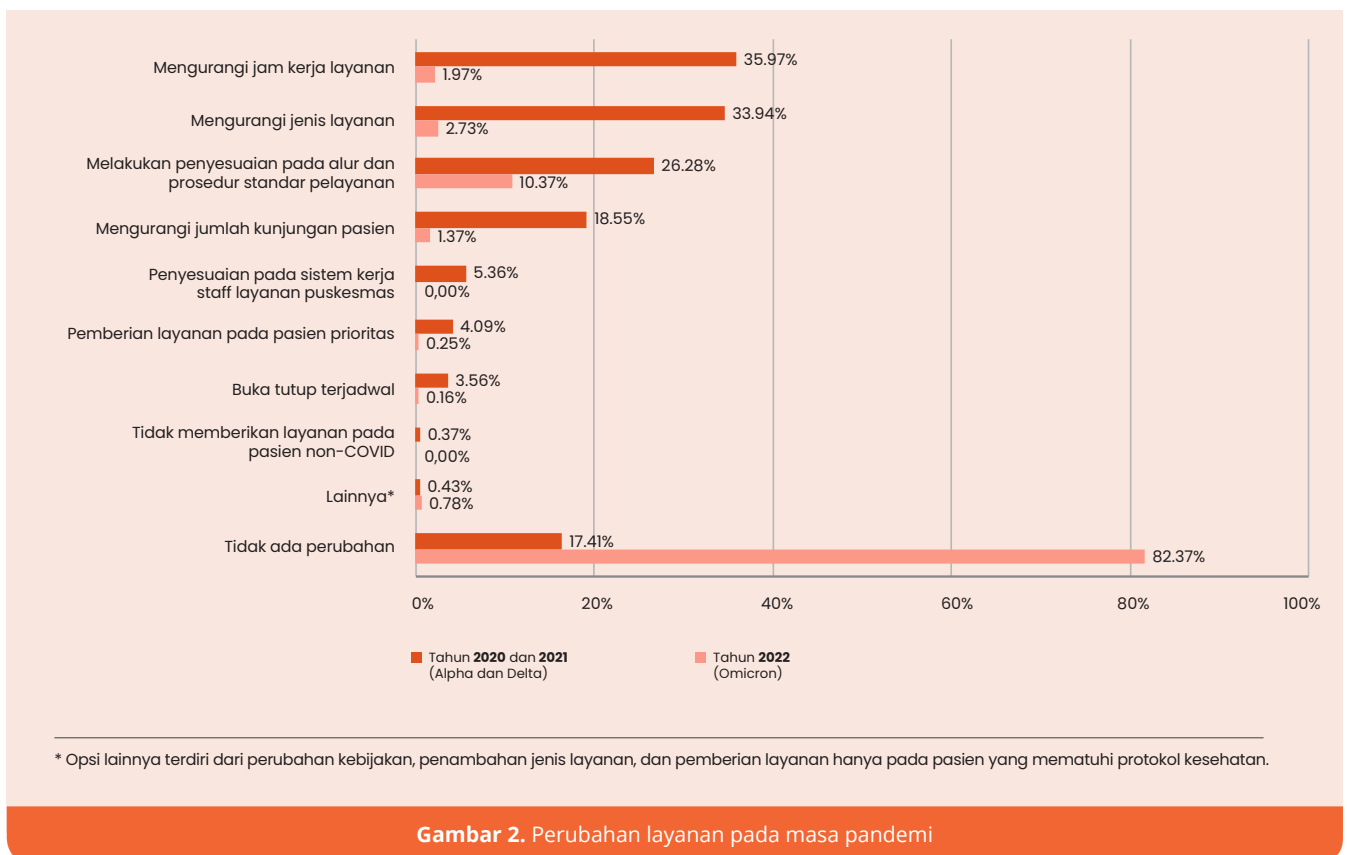
2. Upaya Penyesuaian Manajemen dan Layanan Kesehatan di Puskesmas selama Masa Pandemi

a. Manajemen

Lokakarya mini (lokmin) puskesmas bertujuan untuk menilai pencapaian dan hambatan-hambatan yang dijumpai oleh para pelaksana program atau kegiatan pada bulan atau periode sebelumnya, sekaligus memantau pelaksanaan rencana kegiatan Puskesmas yang akan datang. Keberadaan pandemi COVID-19 berdampak pada perubahan metode pelaksanaan lokmin bulanan dan tribulanan di puskesmas. Pada tahun 2020–2021 ketika terjadi kenaikan kasus, survei ini menunjukkan bahwa puskesmas memiliki keragaman dalam pelaksanaan lokmin bulanan dan tribulanan, baik secara daring, luring, atau bahkan meniadakannya. Namun, pada tahun 2022 ketika kasus cenderung lebih terkendali, sebagian besar puskesmas telah kembali melaksanakan lokmin bulanan dan tribulanan secara luring dengan protokol kesehatan, meskipun masih ada yang melaksanakannya secara daring. Kendala yang paling sering ditemui pada pelaksanaan lokmin bulanan di masa pandemi tahun 2020–2021 adalah SDM yang terbatas (35,58%), akses jaringan internet yang sulit (14,63%), dan ketersediaan waktu tenaga kesehatan yang terbatas (13,61%). Sama dengan pelaksanaan lokmin bulanan, lokmin tribulanan juga mengalami kendala pada SDM (33,93%), jaringan internet (13,00%), dan ketersediaan waktu (12,07%) pada tahun 2020–2021.

Terhambatnya pelaksanaan lokmin menyebabkan puskesmas kurang dapat menilai pencapaian dan hambatan-hambatan yang dijumpai oleh para pelaksana program pada bulan sebelumnya. Pelaksanaan lokmin secara daring dilakukan sebagai wujud adaptasi puskesmas pada administrasi dan manajemen di masa krisis. Dukungan infrastruktur berupa jaringan internet, juknis/panduan, juga peningkatan kapasitas tenaga puskesmas perlu difasilitasi karena dapat memudahkan pegawai ketika melaksanakan lokmin.

b. Layanan

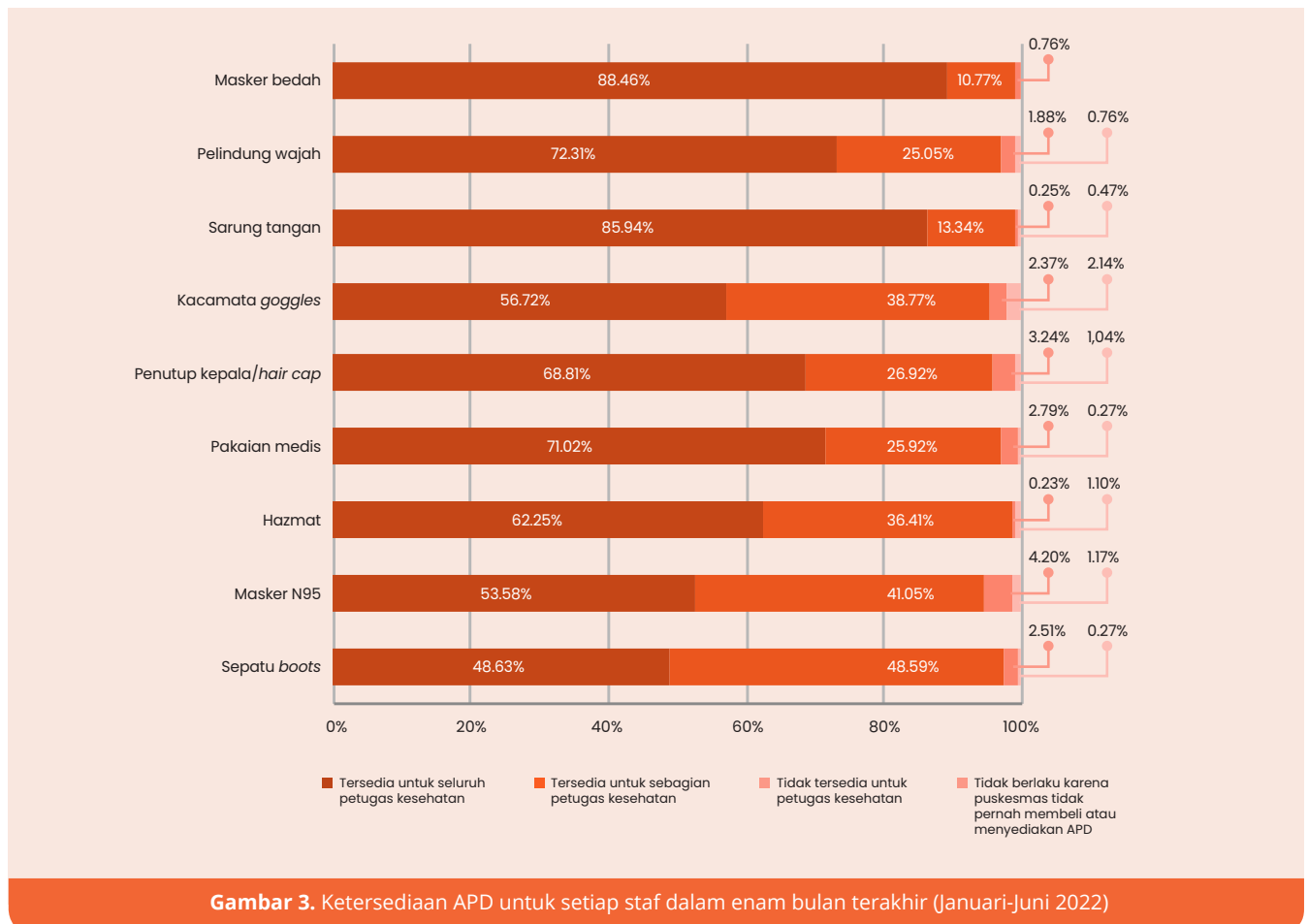


Gambar 2. Perubahan layanan pada masa pandemi

Gambar 2 menunjukkan perubahan layanan pada masa awal dan kenaikan pandemi COVID-19 (tahun 2020–2021) dan ketika kasus cenderung lebih terkendali (tahun 2022). Perubahan yang terjadi di puskesmas pada tahun 2020-2021 adalah pengurangan jam kerja staf puskesmas (35,97%) beserta jenis layanan (33,94%), lalu penyesuaian pada alur dan prosedur standar pelayanan seperti penerapan protokol kesehatan ketat, penggunaan APD, dan skrining awal pasien (26,28%). Sedangkan pada tahun 2022, mayoritas puskesmas (82,37%) sudah tidak mengalami perubahan layanan, meskipun masih ada sekitar 10% yang melakukan penyesuaian pada alur dan prosedur standar layanan. Hal tersebut terjadi salah satunya karena kebijakan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB)⁷, dimana pemerintah membatasi dan bahkan merekomendasikan masyarakat untuk menunda kontrol rutin dengan alasan keamanan masyarakat dan kader kesehatan.

Implikasi dari adanya perubahan layanan selama pandemi COVID-19 berupa penurunan target cakupan layanan kesehatan rutin di puskesmas. Contohnya, pembatasan kegiatan posyandu dan posbindu, seperti deteksi dini, pengobatan TB, program imunisasi dasar anak, serta kunjungan layanan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) akhirnya mempengaruhi capaian Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Penyakit Tidak Menular (PTM), dan penyakit menular lainnya. Upaya mitigasi dan pemulihan layanan kesehatan esensial dapat dilakukan melalui berbagai aspek, antara lain modifikasi layanan kesehatan, pelatihan dan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, kemudahan akses obat-obatan dan produk kesehatan, strategi komunikasi risiko, serta pendekatan peningkatan kualitas layanan kesehatan⁸.

3. Kesiapan PPI dan Logistik APD Puskesmas dalam Menanggulangi Pandemi COVID-19



Gambar 3. Ketersediaan APD untuk setiap staf dalam enam bulan terakhir (Januari-Juni 2022)

Saat pengambilan data dilakukan (Agustus 2022), mayoritas puskesmas mampu menyediakan APD standar berupa masker bedah (88,46%) dan sarung tangan (85,94%) untuk seluruh petugas kesehatan mereka. Sedangkan masker N95 dianggap hanya tersedia oleh sebagian tenaga kesehatan di 41,05% puskesmas, bahkan masih terdapat 4,2% puskesmas yang tidak menyediakan masker N95 bagi petugas kesehatan di puskesmasnya (Gambar 3). Melalui eksplorasi wawancara mendalam, puskesmas menyatakan bahwa terdapat pengurangan dukungan APD serta anggaran untuk pembelian APD dari dinas kesehatan dalam enam bulan terakhir (Januari-Juni 2022). Kehabisan stok logistik di tingkat fasilitas pelayanan kesehatan merupakan masalah serius yang dapat diperbaiki dengan mengembangkan sistem kontrol secara *real time* dan terintegrasi dari tingkat fasilitas kesehatan hingga pemerintah pusat⁹. Permasalahan distribusi logistik dapat diupayakan dengan berkolaborasi dengan sektor swasta dan mendorong, contohnya produksi APD terstandar di wilayah lokal dengan kapasitas yang lebih besar, terutama saat pandemi.



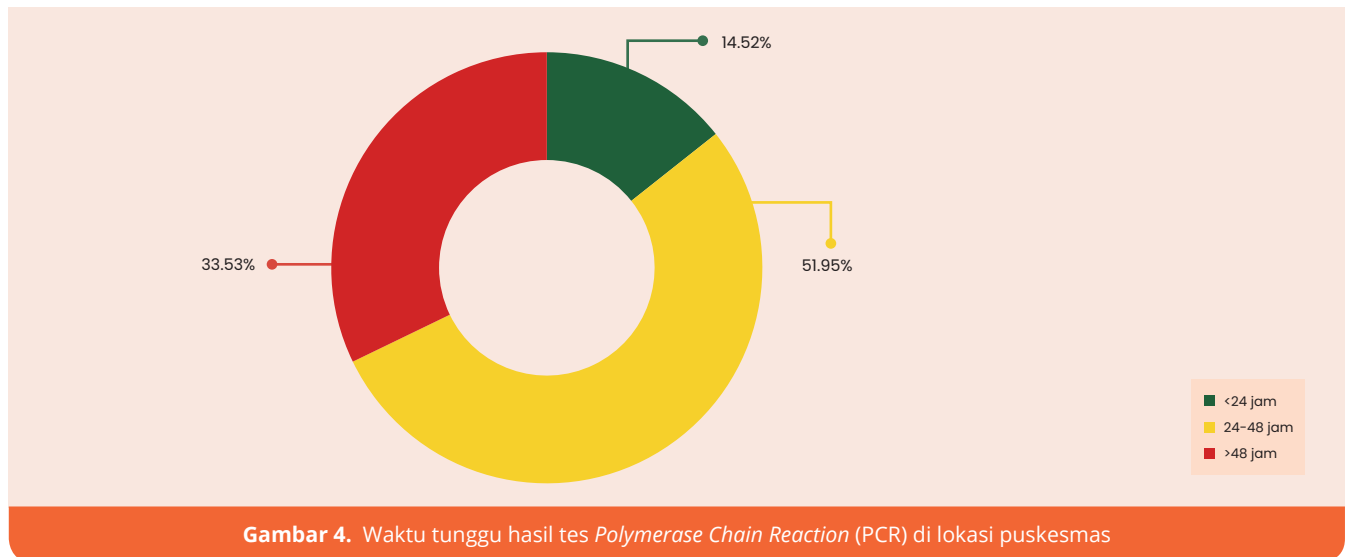
Pengurangan pemberian ya, dibanding tahun 2021 ya, jadi kami sekarang maskernya cuma boleh satu per hari, kalau sebelumnya kan boleh tuh enam jam ganti dua kali dapat, sekarang nggak, karena pun mereka sudah nggak bisa belanja untuk endemi.

Puskesmas di Provinsi Riau



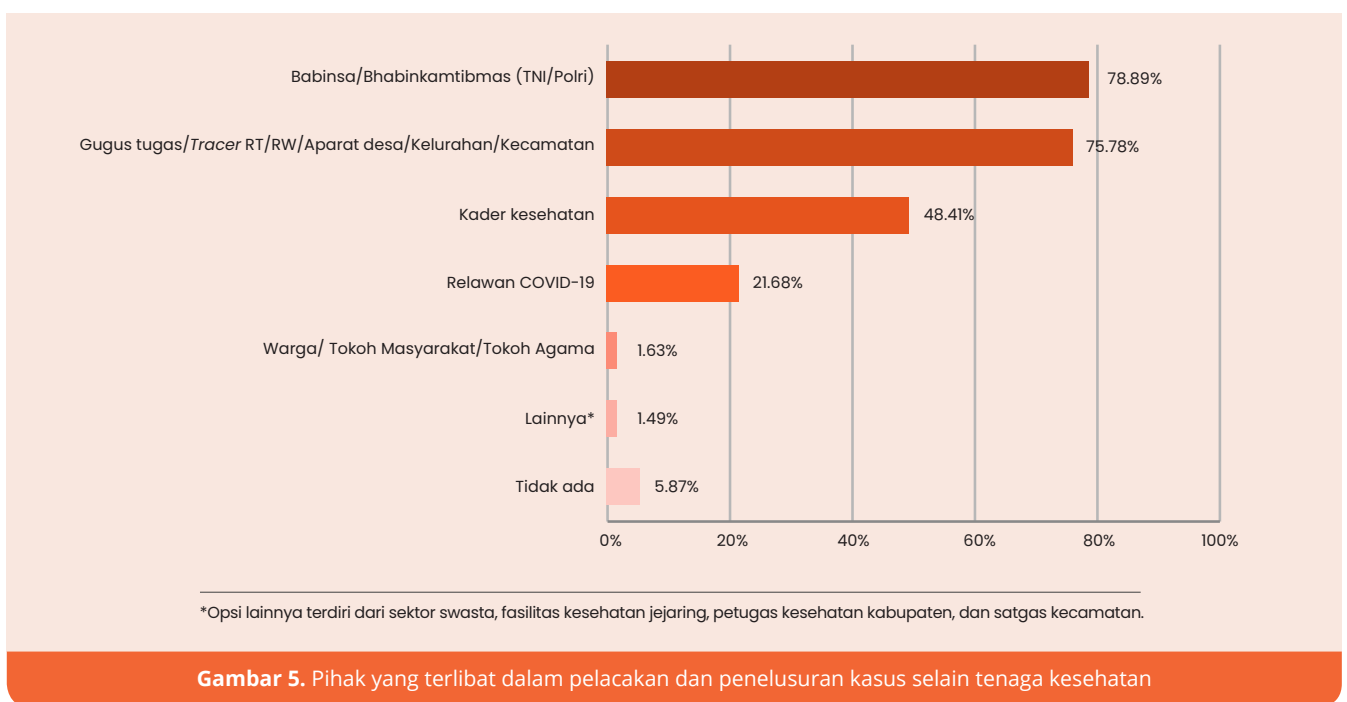
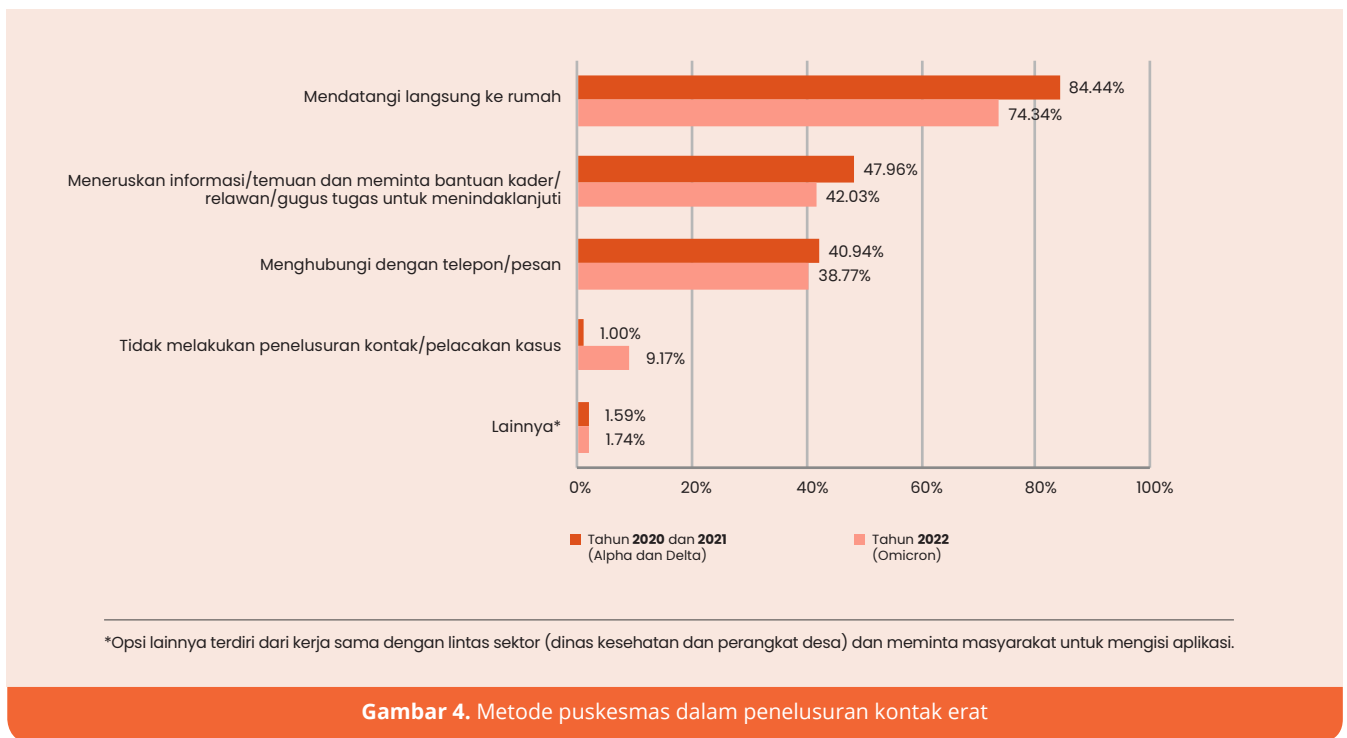
4. Kapasitas Testing, Tracing, dan Treatment (3T) serta Vaksinasi Puskesmas dalam Respons Pandemi

a. Kapasitas Pengetesan



Pada awal pandemi COVID-19 bulan Maret hingga April 2020, Indonesia hanya mampu melakukan tes kasus pada 0.02% populasi, sehingga menempatkan Indonesia pada posisi kedua terendah di ASEAN setelah Myanmar¹⁰. Pada Mei 2021, peningkatan kapasitas tes meningkat karena lonjakan kasus di Indonesia meningkat, meskipun kapasitas tersebut masih belum memadai untuk merespons peningkatan kasus di Indonesia. Apabila disesuaikan dengan konteks jumlah penduduk Indonesia saat lonjakan kasus, seharusnya kapasitas pengetesan juga dinaikkan menjadi 2:1000 atau 5:1000¹¹. Hingga bulan Juni 2022, kapasitas respons COVID-19 melalui 3T masih belum optimal, ditunjukkan oleh waktu tunggu hasil tes diagnosis PCR di lebih dari 80% puskesmas adalah >24 jam (Gambar 4). Keterbatasan jumlah laboratorium dengan kemampuan mengeluarkan hasil tes PCR <24 jam adalah faktor yang diidentifikasi menjadi kendala pelaksanaan pengetesan. Selain itu, minimnya tenaga kesehatan terlatih yang mampu melakukan pengetesan secara masif dan terbatasnya tenaga kesehatan yang dapat melakukan penelusuran kontak erat juga merupakan tantangan puskesmas melakukan upaya pencegahan, pelacakan dan pengendalian secara efektif di wilayah kerjanya¹².

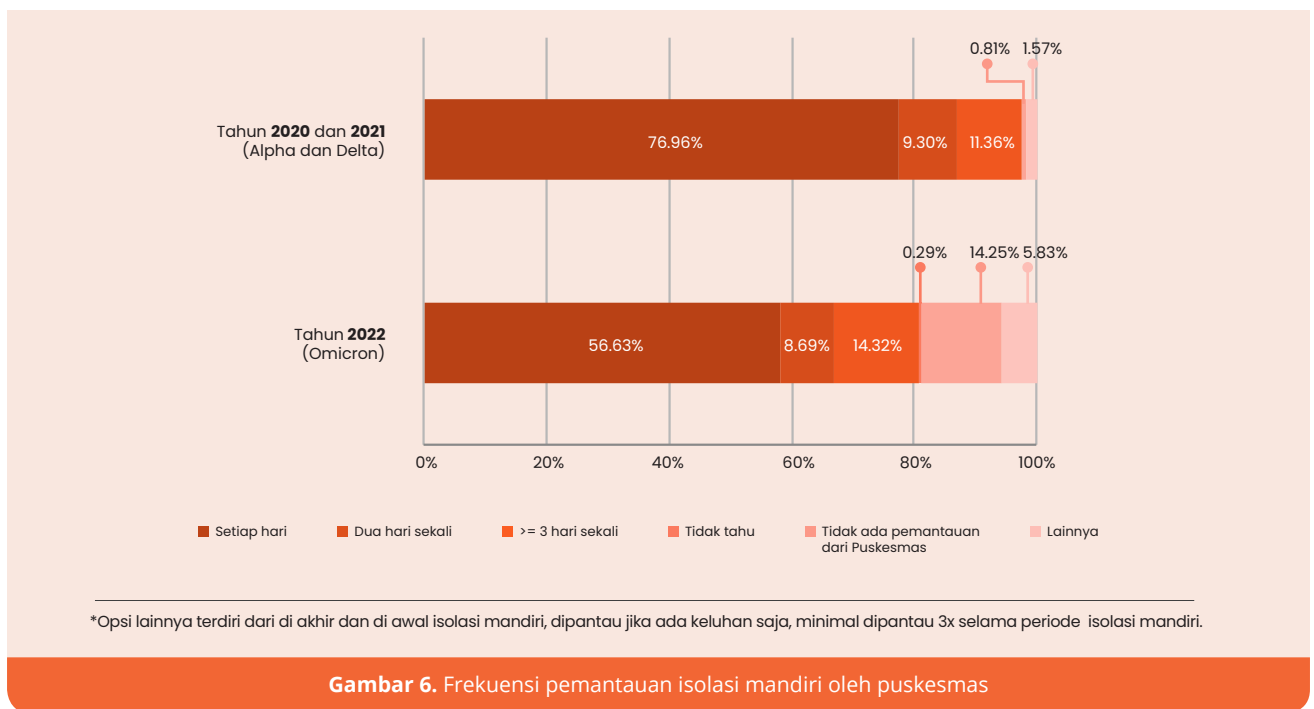
b. Kapasitas Penelusuran Kontak Erat



Jika dibandingkan dengan tahun 2020-2021, penelusuran kontak erat oleh puskesmas pada tahun 2022¹³ berbentuk kunjungan langsung ke rumah pasien, penerusan informasi untuk meminta bantuan tindak lanjut kader/relawan/gugus tugas, dan komunikasi melalui telepon genggam mengalami penurunan¹⁴. Penurunan ini terjadi kemungkinan akibat dari kecenderungan penurunan jumlah kasus, gejala yang lebih ringan, dan kasus yang lebih terkendali. Pada Januari-Juni 2022, paling banyak 36,76% puskesmas melakukan penelusuran kontak erat berkisar antara 10-15 orang untuk setiap kasus terkonfirmasi positif, disusul oleh 26,21%

puskesmas yang hanya mampu melakukan penelusuran pada 4-6 kasus terkonfirmasi. Penelusuran pada 10-15 orang di setiap kasus konfirmasi dianggap sebagai langkah yang baik dalam pelacakan kontak erat, meskipun idealnya dilakukan pada minimal 15 orang untuk setiap kasus terkonfirmasi positif¹⁵. Tantangan berupa belum terpenuhinya standar jumlah pelacakan kontak secara nasional akibat fragmentasi data kasus di level nasional dan subnasional, keterbatasan tenaga, penolakan masyarakat, dan kurangnya koordinasi multi sektor ditemui sepanjang tahun 2020 hingga 2022¹⁶. Sebagai upaya pemenuhan target penelusuran ini, puskesmas memanfaatkan bantuan dari beberapa pihak non tenaga kesehatan seperti TNI/Polri, Gugus tugas, kader kesehatan, dan relawan COVID-19 (Gambar 5).

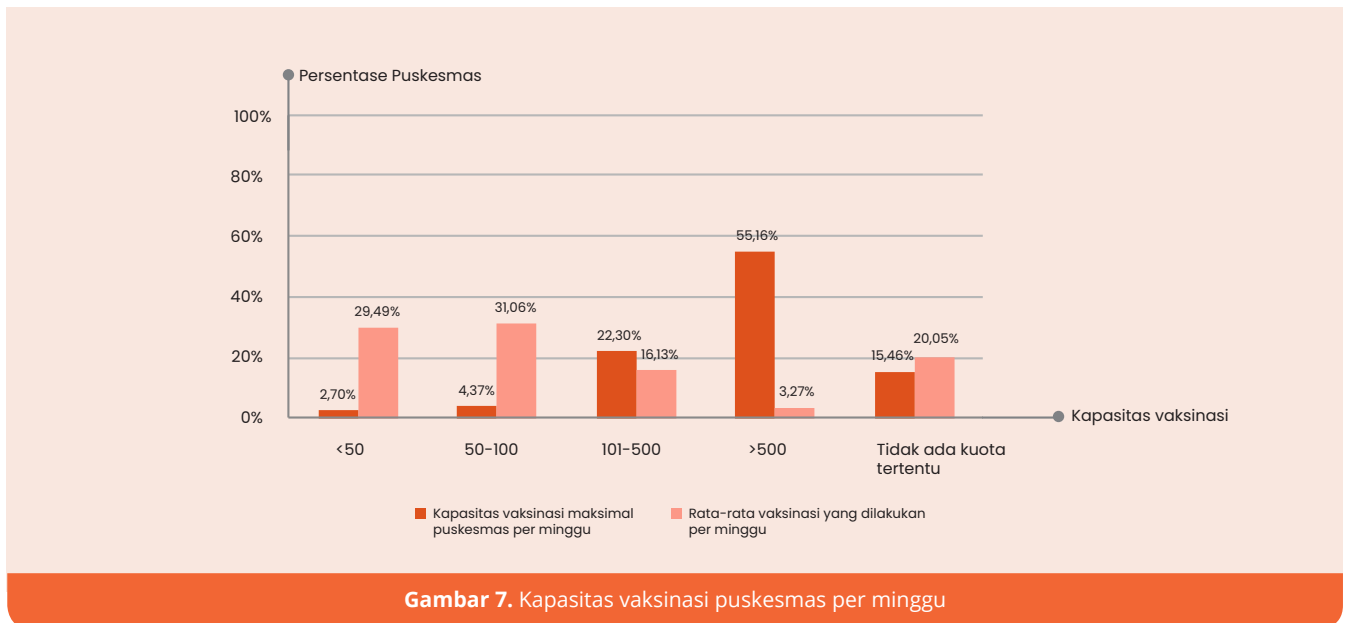
c. Kapasitas Pemantauan Isolasi



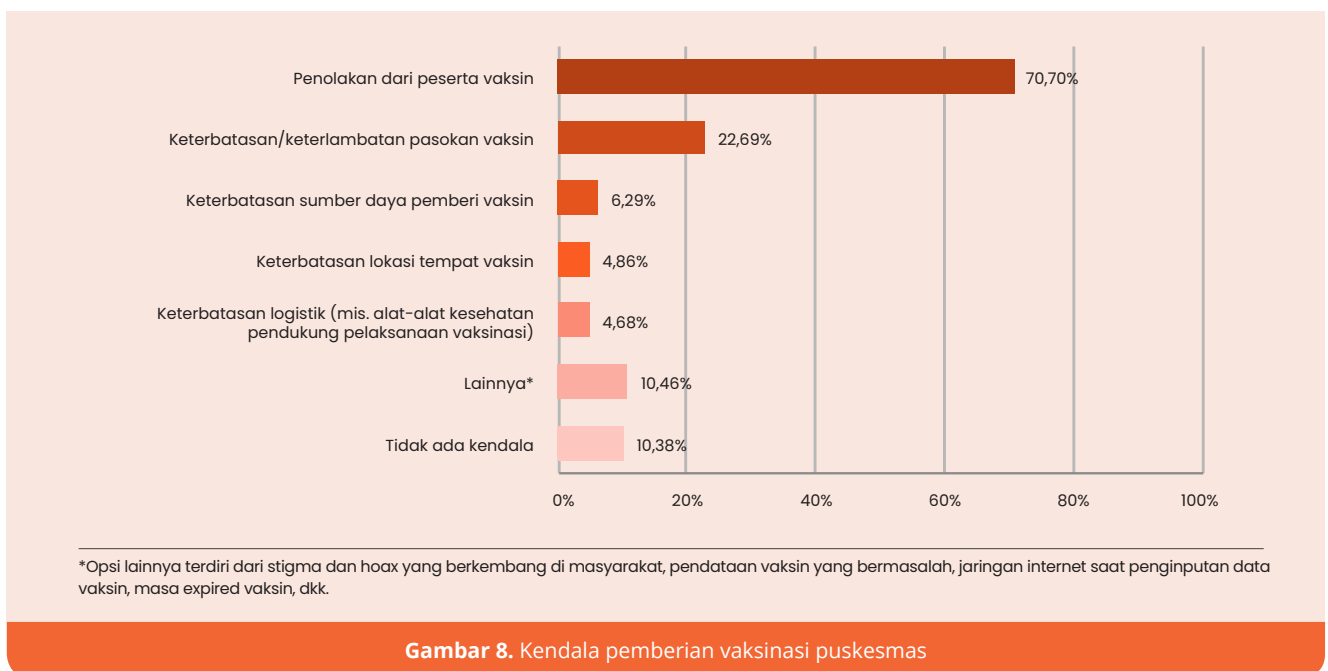
Gambar 6. Frekuensi pemantauan isolasi mandiri oleh puskesmas

Gambar 6 menunjukkan frekuensi pemantauan isolasi mandiri setiap hari yang dilakukan oleh puskesmas mengalami penurunan pada tahun 2022 (56,63%) jika dibanding dengan tahun 2020-2021 (76,96%). Puskesmas yang tidak melakukan pemantauan mengalami penurunan menjadi 14,25% di tahun 2022 yang kemungkinan dikarenakan dianggap jumlah kasus yang cenderung menurun, lebih ringan dan terkendali. Keterbatasan jumlah petugas kesehatan diidentifikasi sebagai hambatan internal yang paling mungkin terjadi saat pemantauan pasien isolasi. Petugas kesehatan harus membagi perannya untuk pelaksanaan 3T, vaksinasi, dan pemulihan kesehatan esensial secara bersamaan. Sedangkan kendala eksternal yang paling banyak dialami oleh puskesmas adalah penolakan dari masyarakat. Poin penting dalam pemantauan isolasi tidak terpisahkan dengan upaya penemuan kasus sedini mungkin melalui pelaksanaan tes dan penelusuran kontak erat, sehingga kejadian kasus terkonfirmasi dapat ditekan di masyarakat dan beban pelaksanaan pemantauan isolasi oleh tenaga kesehatan puskesmas dapat berkurang¹⁷.

d. Kapasitas Vaksinasi



Gambar 7. Kapasitas vaksinasi puskesmas per minggu



Gambar 8. Kendala pemberian vaksinasi puskesmas

Kapasitas vaksinasi maksimal per minggu yang pernah dilakukan oleh lebih dari setengah (55,16%) puskesmas mencapai lebih dari 500 dosis pada bulan Januari-Juni 2022 (Gambar 7). Sedangkan kebanyakan puskesmas melakukan vaksinasi di bawah 500 dosis per minggunya pada Januari-Juni 2022. Keterlambatan stok vaksin disertai dengan keterbatasan sumber daya tenaga vaksinator masih menjadi isu dalam upaya pelaksanaan respons COVID-19 dari sisi penyedia layanan kesehatan (Gambar 8). Sedangkan dari sisi penerima layanan (*demand*), tantangan terbesar yang dialami puskesmas dalam memberikan vaksin adalah penolakan dari peserta vaksin. Upaya puskesmas untuk meningkatkan jangkauan vaksinasi di wilayah kerjanya adalah dengan bekerja sama dengan tokoh masyarakat (61,19%), memberikan layanan vaksinasi ke rumah (54,43%), melibatkan kader/relawan kesehatan (21,64%), dan edukasi, sosialisasi serta penyuluhan mengenai vaksin (15,79%).



Ada kabar burung yang beredar tentang halal atau nggak halal, ada informasi yang beredar kalau vaksin itu nggak halal.

Masyarakat di Provinsi Aceh



Ada beberapa orang yang masih belum mau (divaksin), masih meragukan kehalalan vaksin.

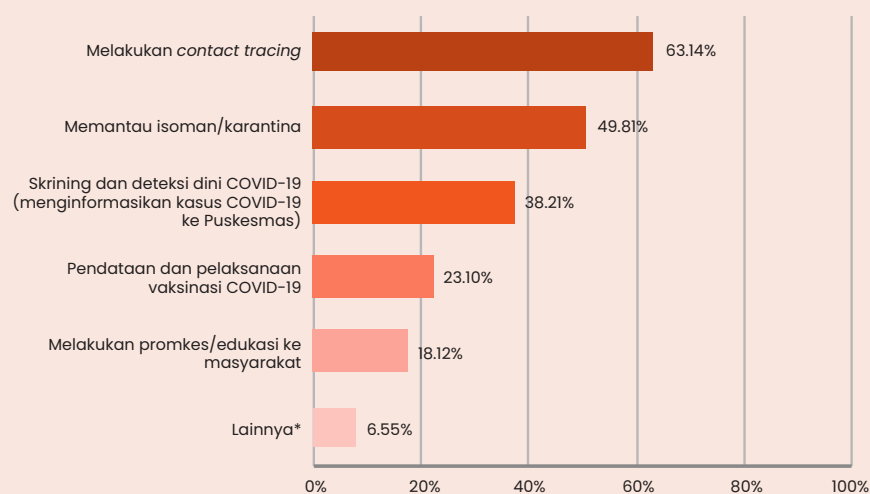
Masyarakat di Provinsi DKI Jakarta



Kapasitas vaksinasi puskesmas juga bergantung pada stok vaksin yang diterima dari pemerintah dan respon penerimaan program vaksinasi oleh masyarakat. Beberapa isu terkait stok vaksin adalah tidak tersedianya merek tertentu untuk dosis lanjutan, stok vaksin mendekati kadaluarsa, dan merek vaksin tertentu berlebih di lokasi tertentu. Lemahnya koordinasi distribusi logistik yang memadai menyebabkan pengiriman ke daerah tidak merata dan tidak sesuai dengan kaji kebutuhan lapangan¹⁸. Dorongan untuk membangun kapasitas produksi nasional pada kebutuhan logistik medis maupun non medis dan penguatan rantai persediaan perlu dilakukan¹⁹.

Pelibatan lintas sektor menjadi salah satu strategi kunci puskesmas untuk meningkatkan jangkauan vaksinasi. Melalui kolaborasi dengan puskesmas, tokoh masyarakat maupun pimpinan masyarakat desa juga berperan dalam penanggulangan COVID-19 yang berbentuk edukasi dan pengarahan kepada masyarakat untuk berpartisipasi dalam pencegahan COVID-19. Pemerintah perlu melakukan koordinasi, juga memberikan informasi dan pendampingan teknis untuk aktor lintas sektor yang terlibat dalam upaya peningkatan jangkauan vaksinasi maupun respon pandemi lainnya.

5. Pelibatan Kader Kesehatan dalam Respon COVID-19



*Opsi lainnya terdiri dari membantu distribusi obat ke pasien COVID-19, pemakaman jenazah, penginputan data ke aplikasi SILACAK, penyemprotan desinfektan, dkk.

Gambar 9. Bentuk keterlibatan kader kesehatan dalam respons COVID-19

Pada Gambar 9, hasil survei menunjukkan bahwa sebesar 73,82% puskesmas di Indonesia melibatkan kadernya dalam penanganan COVID-19 yang berbentuk penelusuran kontak, memantau isolasi mandiri, skrining, serta pendataan dan pelaksanaan vaksinasi. Sementara 26,18% sisanya tidak melibatkan kader dalam penanganan COVID-19. Alasan kader tidak dilibatkan dalam penanganan COVID-19 ialah karena kader dianggap lebih berisiko terpapar COVID-19 sehubungan dengan umur pra lansia dan keterampilan kader dirasa kurang cocok untuk kebutuhan pelaksanaan 3T oleh puskesmas.



Karena kader di wilayah sudah banyak usianya pra lansia, dan memiliki penyakit komorbid sedangkan di puskesmas APD terbatas cukup hanya untuk petugas kesehatan.

Puskesmas di Provinsi Kalimantan Utara



Dari sisi kader, ada yang menolak untuk berperan dalam respon COVID-19 karena banyaknya beban kerja dengan remunerasi yang tidak sesuai. Dari segi finansial, sebanyak 43,78% puskesmas mengalokasikan anggaran khusus untuk memberikan insentif kepada kader kesehatan. Dimana sebesar 40,96% sumber anggaran insentif tersebut berasal dari BOK/DAK/APBN, sedangkan 33,01% bersumber dari anggaran puskesmas sendiri. Sebagai tambahan, 18,77% anggaran juga diperoleh dari dinas kesehatan. Rata-rata insentif yang diterima kader tiap bulannya bervariasi. Sebanyak 28,22% puskesmas menyatakan rata-rata insentif yang diterima kader disesuaikan dengan kegiatan (insidental) dan 20,75% puskesmas menyatakan rata-rata insentif berkisar antara Rp100.000–Rp300.000 per bulan. Sedangkan dari sisi nonfinansial, masih ada (42,55%) puskesmas yang tidak memberikan pelatihan mengenai respon COVID-19 kepada kader.



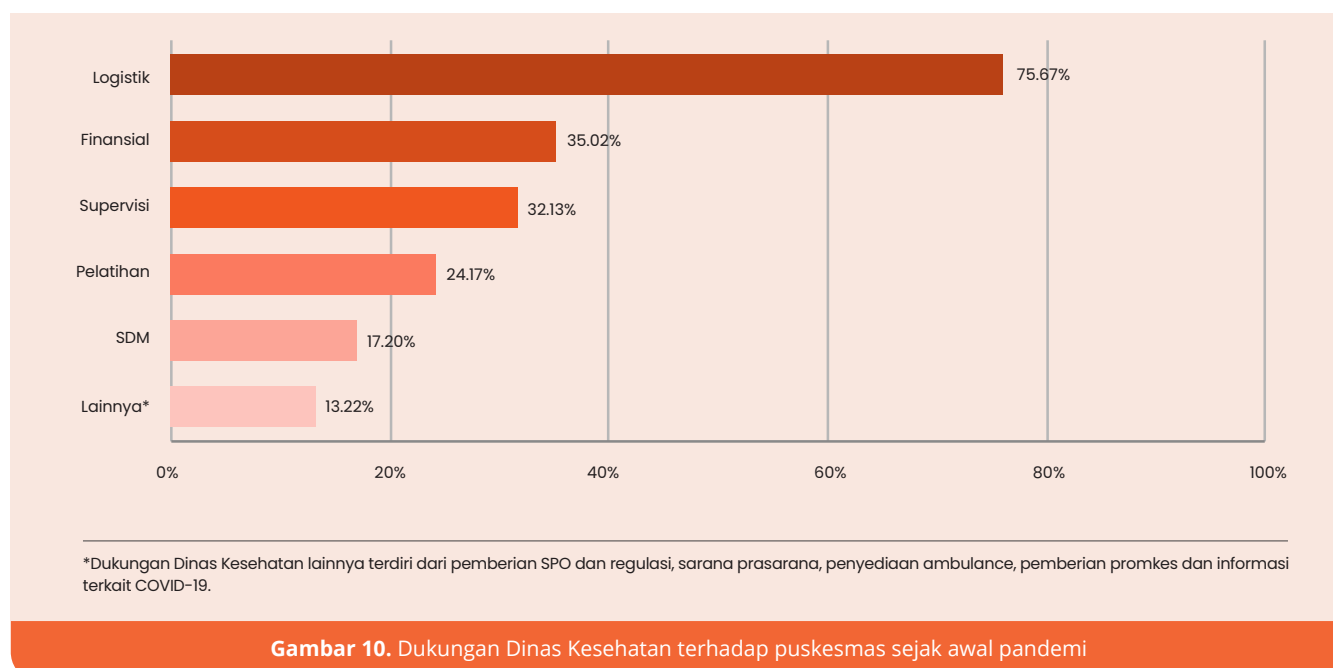
Sudah cukup (peran kader). Kita juga sibuk sekali. Sekarang itu loh program PMT tiga bulan, sedangkan SPJ-nya tidak sesuai dan dipotong PPN, sehari cuma dapat Rp8.000.

Masyarakat di Provinsi Jawa Timur



Secara keseluruhan tantangan keterlibatan kader kesehatan untuk respon pandemi antara lain adanya stigma dan diskriminasi terhadap kader, keterbatasan alat PPI untuk perlindungan kader, tidak terpenuhinya kebutuhan pelatihan kader yang rutin dan memadai sesuai kebutuhan, dan tidak adanya insentif serta remunerasi yang terstandar²⁰. Dari segi usia, kader berusia di atas 40 tahun memiliki kecenderungan kinerja yang kurang baik karena produktivitas dan kemampuan fisik kader berkurang seiring bertambahnya usia²¹. Perlu adanya regenerasi kader pada kelompok usia >50 tahun dengan kader yang berusia <35 tahun untuk tugas yang membutuhkan banyak kegiatan fisik dan lebih berisiko²². Kader yang tergolong lansia dapat diberi peran tugas lain sesuai dengan kemampuan fisiknya, seperti pelaksanaan edukasi untuk membantu tenaga kesehatan meluruskan melawan informasi palsu yang sering beredar di masyarakat.

6. Dukungan Pemerintah terhadap Puskesmas untuk Penanganan Pandemi COVID-19



Melalui Dinas Kesehatan setempat, pemerintah daerah telah memberikan berbagai dukungan selama pandemi kepada puskesmas untuk respon COVID-19 dalam proporsi yang berbeda-beda berbentuk SDM non-kesehatan, logistik (PPI, APD, obat-obatan, dan vaksin), insentif tenaga kesehatan dan pembiayaan, hingga memunculkan petunjuk teknis untuk puskesmas saat pemberian layanan di masa pandemi (Gambar 10). Meskipun demikian, anggaran penanganan COVID-19 di tahun 2022 mengalami penurunan menjadi sekitar 5-20% dari total anggaran karena kasus COVID-19 dianggap menurun.



2021-2022 juga ada (refocusing) tapi setelah itu pada saat perubahan, karena jumlah COVID-19 sudah menurun, jadi dana yang sebelumnya refocusing untuk COVID-19 itu dikembalikan untuk pelaksanaan program yang lain dan disisakan 5% memang untuk COVID-19.

Dinas Kesehatan di Provinsi Sulawesi Tengah



Penurunan anggaran penanganan COVID-19 berimplikasi pada pelaksanaan kegiatan 3T dan vaksinasi yang tetap wajib dijalankan, namun harus menggunakan kantong anggaran yang sama dengan program lainnya di puskesmas. Selama pandemi, pemerintah daerah dilaporkan mengalami penurunan rata-rata pendapatan asli daerah (PAD) sebesar 8,4% dan penurunan anggaran belanja barang, jasa, dan modal sebesar 8,7% untuk dialokasikan ke respon pandemi²³. Sebanyak 22% dari 514 kabupaten/kota di Indonesia mengalami pertumbuhan ekonomi negatif (kontraksi) hingga 20% dari total pendapatannya²⁴. Situasi ini menunjukkan urgensi untuk mempersiapkan dana darurat guna menangani krisis dan ketahanan bencana selama masa pandemi yang aksesibel, disertai upaya diversifikasi sumber pendapatan daerah dengan kemampuan tata kelola dan koordinasi fiskal yang efektif untuk penanggulangan pandemi.

Dukungan dalam bentuk pelatihan, supervisi, dan penambahan jumlah SDM untuk puskesmas juga ditemukan masih belum memadai untuk respon COVID-19. Dinas kesehatan menyatakan telah memberikan pembinaan dan supervisi secara daring kepada tenaga kesehatan di puskesmas, tetapi masih belum efektif karena kendala teknis berupa infrastruktur sinyal. Pelatihan melalui konferensi video, termasuk pemakaian dan pelepasan APD telah dijalankan, tetapi implementasi di lapangan mengindikasikan masih terdapat ketidaktepatan penggunaan APD oleh tenaga kesehatan²⁵. Diperlukan mekanisme pelatihan dan supervisi yang lebih efektif untuk SDM puskesmas di masa pandemi.



Pembinaan dan monitoring dilakukan daring, beberapa wilayah dilakukan offline karena kesulitan sinyal.
Dinas Kesehatan di Provinsi Lampung



Rekomendasi Kebijakan

Berdasarkan temuan identifikasi kebutuhan dan kesiapsiagaan puskesmas untuk menghadapi pandemi, rekomendasi secara spesifik kami susun bagi setiap pemangku kebijakan sebagai berikut:

Pemerintah Pusat

1. Mengalokasikan komitmen pembiayaan dan kebijakan untuk penguatan layanan kesehatan primer
 - a. Melakukan pemerataan distribusi tenaga kesehatan berkualitas, terutama memenuhi 9 jenis tenaga kesehatan wajib di puskesmas;
 - b. Menyediakan anggaran sebesar 1% PDB sesuai rekomendasi WHO untuk layanan kesehatan primer;
 - c. Melakukan integrasi layanan kesehatan primer, dari segi jenis layanan, data, hingga pembiayaan.
2. Menyediakan perlindungan dan dukungan yang dibutuhkan oleh tenaga kesehatan untuk dapat melakukan peran dan fungsinya secara optimal dengan berkolaborasi bersama pemerintah daerah dan organisasi profesi cabang untuk:
 - a. Menyediakan dukungan dalam bentuk APD yang cukup dan sesuai standar, remunerasi yang sesuai dan tepat waktu, serta dukungan psikososial yang mudah diakses untuk menjamin keamanan dan kesejahteraan tenaga kesehatan;
 - b. Memberikan akses pelatihan secara merata kepada tenaga kesehatan maupun tenaga pendukung kesehatan di layanan kesehatan primer mengenai *hard skill* maupun *soft skill* yang dibutuhkan dalam upaya pencegahan, kesiapsiagaan, dan respon pandemi;
 - c. Menyediakan dukungan bimbingan teknis yang mudah diakses dan supervisi rutin dari pusat hingga daerah untuk memastikan adanya mekanisme umpan balik dan peningkatan kompetensi yang dibutuhkan SDM puskesmas.
3. Menyediakan perlindungan dan dukungan yang dibutuhkan oleh kader kesehatan untuk dapat melakukan peran dan fungsinya secara optimal di level komunitas
 - a. Menyusun kebijakan mengenai definisi kader kesehatan dengan jelas, terutama pada aspek peran, standar kualifikasi, kompetensi dan kewenangan mereka untuk memastikan kesiapan mereka di situasi krisis maupun non-krisis, seperti pandemi COVID-19²⁶;
 - b. Memastikan peningkatan kompetensi berkelanjutan untuk meningkatkan kapasitas dan kualifikasi kader kesehatan, termasuk sistem supervisi dan pendampingan dari tenaga kesehatan profesional di puskesmas;
 - c. Menyediakan dukungan dalam bentuk APD yang cukup dan sesuai standar, remunerasi yang sesuai dan tepat waktu, serta dukungan psikososial yang mudah diakses.

4. Memastikan tersedianya logistik, termasuk kebutuhan 3T dan obat-obatan, tersedia di layanan kesehatan primer dan mudah diakses, terutama untuk kelompok rentan
 - a. Membangun sistem penguatan kapasitas lab, produksi dan persediaan 3T dan vaksin, serta obat-obatan terstandar untuk mempersiapkan kebutuhan kesehatan dalam masa krisis atau bencana;
 - b. Menyederhanakan sistem administrasi dan birokrasi untuk mempercepat distribusi logistik di seluruh wilayah Indonesia;
 - c. Menyediakan sistem monitoring dan pengadaan distribusi vaksin dan obat-obatan yang responsif untuk memastikan kebutuhan masyarakat terpenuhi.
5. Memberikan dukungan penyediaan dan optimalisasi infrastruktur data dan sistem informasi kesehatan digital
 - a. Berkolaborasi dengan kementerian lain atau pihak swasta untuk penyediaan infrastruktur sistem informasi digital, terutama di wilayah-wilayah dengan akses yang sulit, seperti jaringan internet;
 - b. Menyediakan sistem informasi kesehatan terintegrasi dalam bentuk data yang akurat, *real time*, serta dapat ditindaklanjuti, sehingga dapat menjadi basis pengambilan keputusan dan intervensi secara cepat dan tepat;
 - c. Melakukan perencanaan penyusunan, perlindungan, pembagian, dan penyajian data secara transparan, yang berdasar pada kebutuhan masyarakat dan berfokus untuk mendorong kebijakan berbasis data.
6. Melibatkan masyarakat sipil secara aktif dan bermakna dalam upaya pencegahan, kesiapsiagaan dan respon pandemi, termasuk surveilans berbasis masyarakat, di layanan kesehatan primer
 - a. Menyusun perencanaan mitigasi bencana di tingkat nasional hingga dapat diimplementasikan ke level regional dengan melibatkan seluruh elemen masyarakat;
 - b. Menyediakan akses dan mekanisme formal pelibatan masyarakat sipil, termasuk sumber daya dan dukungan yang diperlukan;
 - c. Mendorong pimpinan wilayah setempat untuk dapat menciptakan lingkungan bebas stigma pada tenaga kesehatan maupun non-kesehatan pemberi layanan kesehatan masyarakat.

Pemerintah Daerah

1. Memastikan kecukupan SDMK terlatih di level daerah
 - a. Menyediakan sistem monitoring dan analisis beban kerja tenaga kesehatan yang rutin sehingga dapat dideteksi apabila beban tenaga kesehatan sudah terlalu besar, dan tenaga kesehatan dapat bekerja secara optimal sesuai dengan kewajiban mereka;
 - b. Mempertimbangkan penambahan jumlah tenaga kesehatan dengan proporsi yang seimbang apabila hasil analisis beban kerja menunjukkan beban yang tinggi pada tenaga kesehatan;
 - c. Bekerja sama dengan organisasi profesi dan institusi pendidikan untuk mengambil peran dalam pendidikan dan pembinaan lulusan untuk memastikan kecukupan SDMK terlatih di daerah, dan kemungkinan pemanfaatan tambahan tenaga kesehatan di wilayah apabila dibutuhkan sewaktu-waktu dalam keadaan krisis atau bencana.
2. Memfasilitasi keterlibatan kader kesehatan untuk puskesmas dalam memberikan layanan kesehatan berbasis masyarakat
 - a. Menyediakan dukungan yang dibutuhkan kader kesehatan dari segi APD, supervisi, pelatihan, hingga remunerasi;
 - b. Melakukan analisis beban kader kesehatan sebagai dasar penentuan insentif kader dan mendorong insentif berbasis kinerja.
3. Memperkuat infrastruktur data dan sistem informasi kesehatan digital di daerah
 - a. Memastikan mekanisme insentif untuk pelaporan dari jejaring fasilitas kesehatan swasta ke pemerintah dapat terakomodasi dengan baik, sehingga data dari jejaring juga dapat dimanfaatkan untuk perbaikan kualitas layanan kesehatan;
 - b. Menciptakan lingkungan yang mendukung inovasi penyediaan layanan kesehatan, seperti pemanfaatan telemedisin untuk mendekatkan dan mempermudah akses ke layanan kesehatan, mulai dari pencatatan hasil pemeriksaan, persetujuan tindakan setelah penjelasan, prosedur pengobatan, dan integrasi dengan fasilitas kesehatan serta jaminan kesehatan;
 - c. Memberikan pembekalan dan peningkatan kemampuan berbentuk pelatihan atau *refreshing* untuk meningkatkan literasi pada SDM Kesehatan dalam pemanfaatan kesehatan digital, termasuk inovasi layanan telemedisin.

4. Mengoptimalkan alokasi perencanaan dan pemanfaatan anggaran di masa krisis
 - a. Melakukan implementasi kebijakan mengenai ketersediaan perencanaan dana darurat di level daerah untuk meminimalkan hambatan finansial dalam masa krisis;
 - b. Menyediakan lingkungan yang mendorong penerapan sistem BLUD pada puskesmas guna meningkatkan fleksibilitas penggunaan anggaran;
 - c. Meningkatkan anggaran yang berfokus pada layanan promotif dan preventif untuk menurunkan beban penyakit.

Organisasi Profesi

Memberikan dukungan pada pemerintah pusat dan daerah mengenai optimalisasi ketersediaan SDM kesehatan yang berkualitas

1. Turut serta dalam berperan dalam pendidikan dan pembinaan lulusan profesi kesehatan, sehingga dapat memanfaatkan tambahan tenaga kesehatan di wilayah apabila dibutuhkan sewaktu-waktu;
2. Menyediakan pelatihan profesional berkelanjutan dan dukungan perlindungan serta advokasi kesejahteraan SDM Kesehatan.

Kementerian lain yang terkait

Melakukan koordinasi dan supervisi terhadap implementasi kebijakan kewenangan dalam pencegahan, persiapan, dan penanganan pandemi serta memastikan kelancaran dan transparansi koordinasi antara pemerintah pusat dan daerah dalam merespons pandemi.



REFERENSI

1. Kemenkes RI. Petunjuk Teknis Pelayanan Puskesmas pada Masa Pandemi COVID-19 Serial Kedua [Internet]. 2021
2. El-Shabasy, R., et al. 2022. Three waves changes, new variant strains, and vaccination effect against COVID-19 pandemic. *International Journal of Biological Macromolecules* 204 (2022) 161–168. <https://doi.org/10.1016/j.ijbiomac.2022.01.118>
3. Wrenn, et al. 2022. COVID-19 severity from Omicron and Delta SARS-CoV-2 variants. *Influenza and Other Respiratory Viruses* 16(5) 832-836. <https://doi.org/10.1111/irv.12982>
4. Arsyad DS, Hamsyah EF, Qalby N, Qanitha A, Westerink J, Cramer MJ, et al. The readiness of public primary health care (PUSKESMAS) for cardiovascular services in Makasar city, Indonesia. *BMC Health Serv Res.* 2022 Sep 1;22(1):1112.
5. Brooks SK, Dunn R, Amlôt R, Rubin GJ, Greenberg N. Social and occupational factors associated with psychological wellbeing among occupational groups affected by disaster: a systematic review. *J Ment Health.* 2017 Jul 4;26(4):373–84.
6. Kementerian Kesehatan. Intra-Action Review COVID-19: Indonesia [Internet]. 2020 Aug.
7. AlSaif HI, Aldhayan AZ, Alosaimi MM, Alanazi AZ, Alamri MN, Alshehri BA, et al. Willingness and Self-Perceived Competence of Final-Year Medical Students to Work as Part of the Healthcare Workforce During the COVID-19 Pandemic. *Int J Gen Med.* 2020 Sep;Volume 13:653–61.
8. WHO. Fourth round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: November 2022–January 2023 [Internet]. 2023 May [cited 2023 Jun 27].
9. Kementerian PPN/Bappenas. Studi Pembelajaran Penanganan COVID-19 di Indonesia [Internet]. Kementerian PPN/Bappenas; 2021 [cited 2023 Jun 7].
10. Van Empel G, Mulyanto J, Wiratama BS. Undertesting of COVID-19 in Indonesia: what has gone wrong? *J Glob Health.* 2020 Dec;10(2):020306.
11. CNN Indonesia. Covid-19 Melonjak, Menkes Minta Angka Tes Lampau Standar WHO Baca artikel CNN Indonesia “Covid-19 Melonjak, Menkes Minta Angka Tes Lampau Standar WHO”
12. Suchahya PK. Barriers to Covid-19 RT-PCR Testing in Indonesia: A Health Policy Perspective. *J Indones Health Policy Adm [Internet].* 2020 May 10 [cited 2023 Jun 27];5(2). Available from: <http://journal.fkm.ui.ac.id/iropa/article/view/3888>
13. Tahun 2020-2021 merujuk pada periode awal pandemi gelombang *Alpha-Delta*
14. Tahun 2022 merujuk pada periode pandemi gelombang *Omicron*
15. Suryamah Y. Monitoring Tes, Lacak, Isolasi (TLI) COVID-19 di Provinsi Kalimantan Utara Tahun 2022. *J Sehat Masada.* 2023 Jan 26;17(1):78–87.
16. Wulandari EW, Hastuti EB, Setiawaty V, Sitohang V, Ronoatmodjo S. The First Intra-Action Review of Indonesia's Response to the COVID-19 Pandemic, August 2020. *Health Secur.* 2021 Oct 1;19(5):521–31.
17. Güner R, Hasanoglu İ, Aktaş F. COVID-19: Prevention and control measures in community. *Turk J Med Sci.* 2020 Apr 21;50(SI-1):571–7.
18. Kementerian Kesehatan. Intra-Action Review COVID-19: Indonesia [Internet]. 2020 Aug [cited 2023 Jun 20]. Available from: https://infeksiemerging.kemkes.go.id/download/Report_IAR_14092020_Indonesia_version_Final.pdf
19. Mahendradhata Y, Andayani NLPE, Hasri ET, Arifi MD, Siahaan RGM, Solikha DA, et al. The Capacity of the Indonesian Healthcare System to Respond to COVID-19. *Front Public Health.* 2021 Jul 7;9:649819.
20. WHO Regional Office for South-East Asia. Roles of community health workers in advancing health security and resilient health systems: emerging lessons from the COVID-19 response in the South-East Asia Region. *WHO South-East Asia J Public Health [Internet].* 2021 Feb [cited 2023 Jun 27];10(3).
21. Baswara Putra GT, Denny Yuliatni PCi. Gambaran Pengetahuan dan Kinerja Kader Posyandu di Wilayah Kerja UPT Puskesmas Mengwi I Kabupaten Badung pada Bulan Juli-Agustus 2015. *E-J Med [Internet].* 2016 Oct [cited 2023 Jun 27];5(10).
22. Marissa, Anwar M, Dahlan M. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Keaktifan Kader Posyandu di Wilayah Kerja Puskesmas Mapilli di Desa Bonne-Bonne. *J Peguruang Conf Ser [Internet].* 2019 [cited 2023 Jun 27];1(2).
23. Desdiani NA, Sabrina S, Husna M, Budiman AC, Afifi FAR, Halimatussadiyah A. Local Budget Resilience in Times of COVID-19 Crisis: Evidence from Indonesia. *Economies.* 2022 May 7;10(5):108.
24. Qibthiyah RM. Province and Local Finances in Indonesia during COVID-19 Pandemic [Internet]. Institute for Economic and Social Research Faculty of Economic and Business Universitas Indonesia (LPEM-FEB UI); 2021 [cited 2023 Jun 8].
25. Kementerian Kesehatan. Intra-Action Review COVID-19: Indonesia [Internet]. 2020 Aug [cited 2023 Jun 20]. Available from: https://infeksiemerging.kemkes.go.id/download/Report_IAR_14092020_Indonesia_version_Final.pdf
26. Bhaumik S, Moola S, Tyagi J, Nambiar D, Kakoti M. Community health workers for pandemic response: a rapid evidence synthesis. *BMJ Glob Health.* 2020 Jun;5(6):e002769.



Tentang CISDI

Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI) adalah organisasi non-profit yang bertujuan memajukan pembangunan sektor kesehatan dan penguatan sistem Kesehatan melalui kebijakan berbasis dampak, riset, advokasi dan intervensi inovatif yang inklusif dan partisipatif.