

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



## PENULIS

Nisaatul Maharanita Fitrianingrum  
Fariza Zahra Kamilah  
Muhammad Anugrah Saputra  
Ayudina Larasanti  
Aufia Espresso  
Olivia Herlinda

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

Dipublikasikan di Indonesia pada Juli 2023 oleh  
*Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives*

Probo Office Park  
Jl. Probolinggo No. 40C Menteng, Jakarta Pusat 10350

[www.cisdi.org](http://www.cisdi.org)

Kecuali dinyatakan berbeda, seluruh isi laporan ini dilindungi dalam  
*Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License*



Sebagian hak dipertahankan.

Cara mengutip kajian ini:  
(CISDI, 2023)  
Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives. 2023.  
Gambaran Kebutuhan dan Kesiapan Puskesmas Di Indonesia  
Dalam Menghadapi Pandemi COVID-19

# DAFTAR ISI

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

DAFTAR ISI .....	III
DAFTAR GAMBAR .....	IV
DAFTAR TABEL .....	V
DAFTAR LAMPIRAN .....	VI
DAFTAR SINGKATAN DAN AKRONIM .....	VII
RINGKASAN EKSEKUTIF .....	1
TEMUAN UTAMA .....	3
PENDAHULUAN .....	6
A. Latar Belakang .....	6
B. Tujuan Penelitian .....	7
C. Manfaat Penelitian .....	7
METODE PENELITIAN .....	8
A. Desain Studi .....	8
B. Lokasi dan Waktu Studi .....	8
C. Teknik Pengambilan Sampel .....	8
D. Instrumen Penelitian .....	9
E. Pengumpulan dan Validitas Data .....	10
F. Analisis Data .....	10
G. Validasi Data .....	11
H. Kaji Etik Penelitian .....	11
HASIL PENELITIAN .....	12
A. Karakteristik Demografi Puskesmas berdasarkan Status Keuangan, Status Akreditasi, dan Penduduk yang Dilayani oleh Puskesmas .....	12
B. Kondisi Kepegawaian Puskesmas .....	13
C. Manajemen Puskesmas pada Masa Pandemi COVID-19 .....	16
D. Upaya Mempertahankan Akses ke Layanan Kesehatan .....	20
E. Gambaran Prosedur PPI dan Ketersediaan APD di Puskesmas selama Pandemi .....	26
F. Respons Puskesmas pada Masa Pandemi COVID-19 .....	29
G. Data dan Informasi .....	38
H. Peran Penting Kader Kesehatan dalam Respons COVID-19 dan Pemulihan Layanan Kesehatan Esensial .....	41
I. Dukungan kebijakan, sumber daya, dan anggaran dari Dinas Kesehatan untuk COVID-19 .....	45
J. Persepsi Masyarakat terhadap Kinerja Puskesmas .....	48
PEMBAHASAN .....	53
KESIMPULAN .....	69
REFERENSI .....	70
LAMPIRAN .....	75

# DAFTAR GAMBAR

<b>Gambar 1.</b>	Proporsi pegawai yang divaksin .....	15
<b>Gambar 2.</b>	Perubahan metode lokakarya mini bulanan .....	16
<b>Gambar 3.</b>	Kendala pelaksanaan lokakarya mini bulanan .....	17
<b>Gambar 4.</b>	Perubahan metode lokakarya mini tribulanan .....	18
<b>Gambar 5.</b>	Kendala pelaksanaan lokakarya mini tribulanan .....	19
<b>Gambar 6.</b>	Perubahan layanan pada masa pandemi .....	20
<b>Gambar 7.</b>	Perubahan jumlah pasien sebelum dan selama pandemi .....	21
<b>Gambar 8.</b>	Kendala puskesmas dalam memberikan layanan pada masa pandemi .....	22
<b>Gambar 9.</b>	Upaya puskesmas untuk memastikan layanan tetap berjalan .....	23
<b>Gambar 10.</b>	Dukungan Dinas Kesehatan terhadap puskesmas sejak awal pandemi .....	24
<b>Gambar 11.</b>	Kepemilikan panduan penanganan pasien kasus COVID-19 .....	26
<b>Gambar 12.</b>	Ketersediaan SPO pencegahan infeksi dan penggunaan APD pada masa pandemi COVID-19 .....	26
<b>Gambar 13.</b>	Ketersediaan fasilitas cuci tangan .....	27
<b>Gambar 14.</b>	Ketersediaan APD untuk setiap staf dalam enam bulan terakhir (Januari-Juni 2022) .....	28
<b>Gambar 15.</b>	Jenis tes untuk mendiagnosis COVID-19 yang digunakan puskesmas .....	29
<b>Gambar 16.</b>	Waktu tunggu hasil tes PCR di lokasi puskesmas .....	29
<b>Gambar 17.</b>	Metode puskesmas dalam penelusuran kontak erat .....	30
<b>Gambar 18.</b>	Jumlah kontak erat yang ditelusuri oleh puskesmas .....	31
<b>Gambar 19.</b>	Pihak yang terlibat dalam pelacakan dan penelusuran kasus selain tenaga kesehatan .....	31
<b>Gambar 20.</b>	Pihak yang terlibat dalam pemantauan pasien isolasi selain tenaga kesehatan .....	32
<b>Gambar 21.</b>	Frekuensi pemantauan isolasi mandiri oleh puskesmas .....	33
<b>Gambar 22.</b>	Ketersediaan fasilitas shelter yang di wilayah kerja puskesmas .....	33
<b>Gambar 23.</b>	Cara puskesmas melakukan pemantauan terhadap pasien terkonfirmasi COVID-19 .....	34
<b>Gambar 24.</b>	Kendala yang dihadapi puskesmas selama melakukan 3T di wilayah kerja puskesmas .....	35
<b>Gambar 25.</b>	Kapasitas vaksinasi puskesmas per minggu .....	35
<b>Gambar 26.</b>	Kendala pemberian vaksinasi puskesmas .....	36
<b>Gambar 27.</b>	Strategi puskesmas untuk meningkatkan jangkauan vaksinasi .....	37
<b>Gambar 28.</b>	Pendekatan yang dilakukan sebagai promosi kesehatan di puskesmas .....	37
<b>Gambar 29.</b>	Validator data kematian akibat COVID-19 dari puskesmas .....	38
<b>Gambar 30.</b>	Implementasi mekanisme pelaporan angka kejadian COVID-19 .....	39
<b>Gambar 31.</b>	Sumber informasi terbaru yang diperoleh puskesmas terkait COVID-19 .....	39
<b>Gambar 32.</b>	Kesulitan puskesmas dalam mendistribusikan informasi kesehatan .....	40
<b>Gambar 33.</b>	Pelibatan kader kesehatan dalam respons COVID-19 .....	41
<b>Gambar 34.</b>	Bentuk keterlibatan kader kesehatan dalam respons COVID-19 .....	41
<b>Gambar 35.</b>	Bentuk keterlibatan kader kesehatan dalam layanan kesehatan esensial .....	42
<b>Gambar 36.</b>	Ketersediaan alokasi anggaran untuk kader kesehatan dari puskesmas .....	43
<b>Gambar 37.</b>	Sumber pendanaan insentif kader .....	43
<b>Gambar 38.</b>	Rata-rata insentif yang diterima kader tiap bulan .....	43
<b>Gambar 39.</b>	Pemberian pelatihan terkait respons COVID-19 oleh puskesmas kepada kader .....	44

# DAFTAR TABEL

---

<b>Tabel 1.</b> Tabel Karakteristik Demografi Puskesmas .....	12
<b>Tabel 2.</b> Tabel silang persentase pegawai dengan pegawai yang berstatus ASN .....	13
<b>Tabel 3.</b> Tabel silang persentase pegawai yang terkonfirmasi positif COVID-19 .....	14
dengan jumlah seluruh pegawai puskesmas (termasuk non-tenaga kesehatan)	
<b>Tabel 4.</b> Tabel silang usia dan pendidikan terakhir kader .....	44

# DAFTAR LAMPIRAN

---

<b>Lampiran 1.</b>	Formula pengambilan sampel .....	75
<b>Lampiran 2.</b>	Instrumen kuantitatif .....	76
	<b>Lampiran 2.1</b> Tabel Instrumen Kuantitatif .....	76
<b>Lampiran 3.</b>	Instrumen kualitatif .....	85
	<b>Lampiran 3.1</b> Tabel Instrumen Kualitatif Wawancara Mendalam Puskesmas .....	85
	<b>Lampiran 3.2</b> Tabel Instrumen FGD Dinas Kesehatan .....	89
<b>Lampiran 4.</b>	Distribusi Responden .....	91
	<b>Lampiran 4.1</b> Tabel Distribusi Responden Kuantitatif Puskesmas .....	91
	<b>Lampiran 4.2</b> Tabel Keterangan Strata .....	96
<b>Lampiran 5.</b>	Distribusi informan untuk kualitatif .....	97
	<b>Lampiran 5.1</b> Tabel Distribusi Informan Wawancara Mendalam Puskesmas .....	97
	<b>Lampiran 5.2</b> Tabel Distribusi Informan Wawancara Mendalam Masyarakat .....	98
	<b>Lampiran 5.3</b> Tabel Distribusi Informan FGD Dinas Kesehatan .....	98
<b>Lampiran 6.</b>	<i>Margin of error</i> .....	99
	<b>Lampiran 6.1</b> Tabel <i>Margin of Error</i> .....	99

# DAFTAR SINGKATAN DAN AKRONIM

---

3T	: <i>Testing, Tracing, Treatment</i>
5M	: Memakai Masker, Menjaga Jarak, Mencuci Tangan, Menjauhi Kerumunan, dan Mengurangi Mobilitas
AIDS	: <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
APBD	: Anggaran Pendapatan Belanja Daerah
APBN	: Anggaran Pendapatan Belanja Negara
APD	: Alat Perlindungan Diri
ASN	: Aparatur Sipil Negara
Babinsa	: Bintara Pembina Desa
Bhabinkamtibmas	: Bhayangkara Pembina Keamanan dan Ketertiban Masyarakat
BLUD	: Badan Layanan Umum Daerah
BOK	: Bantuan Operasional Kesehatan
BOR	: <i>Bed Occupancy Rate</i>
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BPOM	: Badan Pengawas Obat dan Makanan
BPS	: Badan Pusat Statistik
BTT	: Belanja Tidak Terduga
COVAX	: <i>COVID-19 Vaccines Global Access</i>
CSO	: <i>Civil Society Organization</i>
CSR	: <i>Corporate Social Responsibility</i>
DAK	: Dana Alokasi Khusus
EUA	: <i>Emergency Use Authorization</i>
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPV	: <i>Human Papilloma Virus</i>
IBI	: Ikatan Bidan Indonesia
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
IDI	: Ikatan Dokter Indonesia
IUD	: <i>IntraUterine Device</i>
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KB	: Keluarga Berencana
Lokmin	: Lokakarya Mini
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
NAR	: <i>New All Record</i>
NGO	: <i>Non-Governmental Organization</i>
ODGJ	: Orang dengan Gangguan Jiwa
PCR	: <i>Polymerase Chain Reaction</i>
PCV	: <i>Pneumococcal Conjugate Vaccine</i>
P2PL	: Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
PPI	: Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
PPKM	: Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat
Prokes	: Protokol Kesehatan
PTM	: Penyakit Tidak Menular
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
RS	: Rumah Sakit

RT	:	Rukun Tetangga
RW	:	Rukun Warga
SARS	:	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i> (Sindrom Pernafasan Akut Berat)
SDM	:	Sumber Daya Manusia
SILACAK	:	Sistem Informasi Pelacakan
SPKDS	:	Sarana Pelayanan Kesehatan Dasar Swasta
SOP	:	<i>Standard Operating Prosedur</i>
TB	:	Tuberkulosis
TCM	:	Tes Cepat Molekuler
TU	:	Tata Usaha
UKBM	:	Usaha Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat
UKM	:	Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	:	Upaya Kesehatan Perseorangan
USG	:	<i>Ultrasonografi</i>
WHO	:	<i>World Health Organization</i>
WM	:	Wawancara Mendalam



# RINGKASAN EKSEKUTIF

---

Memasuki lebih dari tiga tahun pandemi COVID-19, banyak perubahan telah terjadi dari segi kebijakan. Kebijakan pembatasan sosial di Indonesia telah diakhiri per tanggal 30 Desember 2022. World Health Organization (WHO) juga telah resmi mengakhiri status kegawatdaruratan pandemi COVID-19 pada 5 Mei 2023. Setelah Satuan Tugas (Satgas) COVID-19 mengeluarkan Surat Edaran Nomor 1 tahun 2023 tentang protokol kesehatan pada masa transisi endemi, Presiden Republik Indonesia pada akhirnya memutuskan bahwa Indonesia telah memasuki endemi COVID-19 pada tanggal 21 Juni 2023. Keputusan ini disampaikan setelah mempertimbangkan konfirmasi kasus harian yang mendekati nihil dan acuan WHO bahwa kegawatdaruratan pandemi COVID-19 telah berakhir.

Selama pandemi, banyak pembelajaran untuk penguatan sistem kesehatan nasional. Lemahnya upaya pencegahan dan surveilans menyebabkan pemerintah mau tidak mau terlalu berfokus pada upaya respon yang bersifat kuratif di Rumah Sakit (RS). Sementara itu, RS tidak memiliki kapasitas lonjakan (*surge capacity*) hingga menyebabkan kolapsnya layanan kesehatan di RS dan berimbas pada terganggunya layanan kesehatan primer, terutama layanan kesehatan esensial.

Sebagai pembina wilayah urusan kesehatan sekaligus layanan kesehatan terdekat di tingkat komunitas, Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) bekerja bersama aktor masyarakat berperan penting dalam upaya penanggulangan COVID-19 dan pemulihan layanan kesehatan esensial selama masa pandemi melalui pelacakan kasus, pengetesan, pemantauan isolasi, maupun edukasi masyarakat untuk pencegahan di tingkat individu. Sayangnya, puskesmas menghadapi berbagai tantangan keterbatasan kapasitas sumber daya manusia, material, dan fasilitas secara kuantitas maupun kualitas untuk dapat berperan optimal.

CISDI melihat kebutuhan untuk melakukan pemetaan situasi dan kebutuhan puskesmas saat pandemi berlangsung, sebagai pembelajaran untuk kemungkinan pandemi lainnya sehingga tercipta ketahanan sistem kesehatan di masa mendatang. Secara spesifik, survei ini bertujuan untuk mengidentifikasi situasi puskesmas pada aspek sumber daya manusia, manajemen puskesmas, pemanfaatan layanan kesehatan, pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) serta alat pelindung diri (APD), respons pandemi COVID-19 melalui *testing, tracing, treatment* (3T), dan vaksinasi, data dan informasi serta pelibatan kader kesehatan pada respons pandemi dan layanan kesehatan esensial. Survei ini juga menggali dukungan pemerintah daerah terhadap upaya puskesmas guna menerapkan upaya ketahanan sistem kesehatan dalam menghadapi pandemi COVID-19.

Studi ini dilakukan pada 385 puskesmas di 34 provinsi di Indonesia mulai bulan Agustus hingga November 2022 dengan menggunakan rancangan *explanatory sequential mixed-method*, yang mana metode kuantitatif melalui survei telepon dilaksanakan terlebih dahulu, diikuti dengan kajian mendalam dengan metode kualitatif. Desain kuantitatif dilakukan secara *cross-sectional* dengan pendekatan deskriptif, sedangkan studi kualitatif dilakukan untuk melengkapi hasil analisis data kuantitatif yang telah dilaksanakan sebelumnya, dengan menyediakan gambaran yang lebih dalam mengenai potret keadaan puskesmas dan dukungan dari pemangku kebijakan setempat, serta perspektif masyarakat mengenai pelayanan puskesmas selama masa pandemi COVID-19. Data kuantitatif yang terkumpul dari penelitian ini dianalisis dengan menggunakan pembobotan pada masing-masing strata untuk menggambarkan kondisi yang lebih akurat sesuai dengan strata yang ditentukan. Perhitungan *margin of error* dan *95% confidence Interval* juga dilakukan saat menginterpretasikan data, sehingga informasi yang disajikan dalam penelitian ini lebih dapat menggambarkan kondisi puskesmas di Indonesia selama masa pandemi.

Hasil penelitian mengungkapkan bahwa lebih dari **80% puskesmas melakukan penyesuaian pada layanan kesehatan** karena adanya kebijakan pembatasan, sehingga berimplikasi pada cakupan layanan kesehatan esensial rutin, seperti deteksi dan pengobatan tuberkulosis (TB) serta imunisasi dasar pada anak. Dari sisi SDM, kekurangan tenaga kesehatan lebih dirasakan puskesmas ketika pandemi karena tidak sedikit dari mereka berisiko terpapar infeksi. **Hal ini kemudian berdampak pada perubahan berbagai layanan kesehatan dan manajemen di puskesmas.** Puskesmas mendapatkan dukungan logistik berupa PPI, APD, serta obat-obatan dan vaksin yang cukup dari dinas kesehatan setempat, namun terdapat permasalahan **distribusi logistik yang tidak merata.** Selain itu, berbagai isu lain juga ditemui terkait stok vaksin yang diterima oleh puskesmas, **yaitu tidak tersedianya merek tertentu untuk dosis lanjutan, stok vaksin mendekati kedaluwarsa, dan stok vaksin berlebih di lokasi tertentu.** Kapasitas respons COVID-19 melalui 3T dan vaksinasi dinilai belum optimal

di awal pandemi COVID-19 karena keterbatasan jumlah laboratorium dengan kemampuan mengeluarkan hasil tes PCR <24 jam, minimnya tenaga kesehatan terlatih untuk pengetesan secara masif, dan terbatasnya tenaga kesehatan yang dapat melakukan penelusuran kontak erat serta pemantauan kepada pasien terkonfirmasi positif yang melakukan isolasi mandiri. Melalui dinas kesehatan setempat, pemerintah daerah telah memberikan berbagai dukungan kepada puskesmas untuk respons COVID-19 berbentuk SDM nonkesehatan, logistik, insentif tenaga kesehatan dan pembiayaan untuk upaya respons COVID-19, hingga memunculkan petunjuk teknis untuk puskesmas saat pemberian layanan di masa pandemi. Hanya saja, dukungan berbentuk pelatihan, supervisi, dan alokasi penambahan SDM untuk puskesmas masih belum memadai.

Mengingat keterbatasan kapasitas puskesmas, rekomendasi utama yang diusulkan berdasarkan temuan survei ini adalah pemerintah perlu memprioritaskan kebijakan penguatan dan mengalokasikan anggaran dan sumber daya dengan kapasitas yang adekuat untuk mempertanggung jawabkan kapasitas puskesmas di Indonesia. Termasuk di dalamnya ialah meningkatkan peran kader kesehatan sebagai mitra penyuluhan dan penjangkauan puskesmas. Selain itu, penyediaan infrastruktur jaringan sistem informasi digital perlu dilakukan, terutama di wilayah terpencil, untuk meningkatkan efisiensi pelaporan dan efektivitas respon pandemi melalui 3T. Meningkatkan infrastruktur pada sistem informasi digital dan penyediaan logistik melalui kolaborasi dengan kementerian lain atau pihak swasta diperlukan oleh pemerintah untuk mendukung penyediaan layanan kesehatan terdigitalisasi.

# TEMUAN UTAMA

---

## Kondisi Kepegawaian Puskesmas

- Lebih dari setengah (53,32%) puskesmas di Indonesia memiliki pegawai sebanyak 51-100 orang, dan 38,60% dari pegawai puskesmas tersebut berstatus ASN.
- Hingga periode data pengambilan dilakukan,  $\leq 40$  orang di 45,49% puskesmas dengan jumlah pegawai 51-100 orang dinyatakan terkonfirmasi positif COVID-19. Selanjutnya, 30,85% pegawai terkonfirmasi lainnya lainnya dialami oleh puskesmas dengan jumlah seluruh pegawai  $\leq 50$  orang. Data tersebut mengindikasikan tingginya penyebaran COVID-19 ke pegawai puskesmas.
- Lebih dari 90% puskesmas di Indonesia telah melakukan vaksinasi dosis I, II, dan III kepada petugas kesehatannya, sedangkan vaksinasi dosis IV baru dilakukan oleh 16,24% puskesmas per periode pengambilan data di bulan Agustus 2022.

## Manajemen Puskesmas pada Masa Pandemi COVID-19

- Perubahan cara kerja dan manajemen terjadi di tahun 2020–2021<sup>a</sup> menyebabkan sebanyak 59,14% puskesmas menyelenggarakan lokakarya mini (lokmin) bulanan dengan protokol kesehatan (prokes), 10,12% puskesmas bahkan meniadakan penyelenggaraan lokmin bulanan, dan 13,39% puskesmas hanya menggunakan grup *WhatsApp* untuk berkoordinasi sebagai pengganti lokmin. Penurunan kasus di tahun 2022<sup>b</sup> menunjukkan hampir seluruh (98,09%) puskesmas di Indonesia telah melaksanakan kembali lokmin bulanan seperti biasa dengan penerapan prokes, meskipun masih ada sedikit (0,73%) yang tidak menyelenggarakan lokmin.
- Lokmin tribulanan (lintas sektor) di tahun 2020–2021 juga ditiadakan oleh 19,76% puskesmas di Indonesia. Sementara pada tahun 2022, tersisa hanya 5,33% puskesmas yang tidak melaksanakan lokmin tribulanan. Lokakarya mini tribulanan di tahun 2022 telah dilaksanakan oleh 92,26% puskesmas dengan menerapkan prokes.
- Kendala yang paling sering ditemui pada pelaksanaan lokmin bulanan di masa pandemi tahun 2020–2021 adalah SDM (35,58%), jaringan internet (14,63%), dan ketersediaan waktu tenaga kesehatan yang terbatas (13,61%). Sedangkan pada tahun 2022, relatif tidak ada kendala yang dirasakan oleh puskesmas (86,51%).
- 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. Sedangkan pada tahun 2022, sebanyak 86,98% puskesmas melaporkan bahwa lokmin tribulanan di wilayah kerja mereka relatif tidak mengalami kendala.

## Upaya Mempertahankan Akses ke Layanan Kesehatan

- Sebesar 83,64% puskesmas di Indonesia melakukan perubahan layanan akibat kenaikan kasus COVID-19 pada gelombang *Alpha* dan *Delta* tahun 2020–2021. Perubahan layanan yang dilakukan puskesmas pada masa ini adalah mengurangi jam kerja layanan (35,97%), mengurangi jenis layanan (33,94%), melakukan penyesuaian pada alur dan prosedur standar layanan (26,28%), serta mengurangi jumlah kunjungan pasien (18,55%). Sedangkan pada tahun 2022, mayoritas (82,37%) puskesmas tersebut
- Selama pandemi COVID-19 pada 2020–2022, terjadi penurunan jumlah kunjungan pasien yang dialami oleh 77,23% puskesmas di Indonesia.
- Dari sisi permintaan, kendala terbesar yang dialami puskesmas di Indonesia ketika memberikan layanan pada masa pandemi 2020–2022 adalah rendahnya antusiasme dan kepatuhan individu terhadap protokol kesehatan COVID-19, serta adanya stigma dari masyarakat (55,16%).
- Upaya yang dilakukan puskesmas untuk memastikan pelayanan tetap berjalan selama pandemi adalah dengan tetap melakukan layanan rutin namun memperketat protokol kesehatan, pemakaian APD, dan skrining gejala (50,5%), melakukan kunjungan rumah ke rumah atau *door-to-door* (26,86%), memberikan layanan telemedisin (24,17%), dan layanan berbasis masyarakat (24,39%).
- Dukungan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat selama pandemi COVID-19 yang paling banyak diterima oleh puskesmas di Indonesia adalah dukungan logistik (75,67%).

<sup>a</sup> Tahun 2020 merupakan periode awal pandemi; Tahun 2021 merupakan periode serangan Delta yang menjadi periode terparah pandemi di Indonesia

<sup>b</sup> Tahun 2022 menjadi periode penularan varian Omicron dan seterusnya. Meski mencetak kasus konfirmasi tertinggi sepanjang sejarah COVID-19 di bulan Februari 2022, namun dampaknya tidak sefatal Delta pada layanan kesehatan maupun populasi

## Gambaran Prosedur PPI dan Ketersediaan APD di Puskesmas selama Pandemi

- Dalam memberikan layanan pada masa pandemi, sebanyak 89,04% puskesmas di Indonesia memiliki panduan penanganan pasien kasus COVID-19 dan dapat menunjukkannya, sedangkan dengan proporsi yang hampir sama, yaitu 5,35% puskesmas menyatakan bahwa mereka tidak memiliki panduan penanganan dan 5,61% puskesmas memiliki panduan penanganan kasus tetapi tidak dapat menunjukkan.
- Sebagian besar (88,41%) puskesmas di Indonesia melaporkan telah memiliki Standar Prosedur Operasional (SPO) terkait PPI dan APD, meskipun masih ada 8,69% puskesmas yang mengaku tidak memiliki SPO tersebut.
- Meskipun hampir semua puskesmas di Indonesia menyatakan telah memiliki fasilitas cuci tangan sebagai bentuk PPI (94,52%), namun ada sebagian kecil puskesmas tersebut yang masih kekurangan (4,98%) atau bahkan tidak memiliki fasilitas (0,5%) cuci tangan.
- Dalam enam bulan terakhir (Januari-Juni 2022), puskesmas di Indonesia telah mampu menyediakan APD seperti masker bedah (88,46%), sarung tangan (85,94%), pelindung wajah (72,31%), dan pakaian medis (71,02%) untuk seluruh tenaga kesehatan di puskesmas wilayah kerjanya.

## Respons Puskesmas pada Masa Pandemi COVID-19

### Pemeriksaan kasus (*testing*)

- Jenis tes yang paling banyak digunakan puskesmas untuk mendiagnosis COVID-19 adalah antigen yang mencakup sebesar 92,47% (pada tahun 2020–2021) dan 91,45% (pada tahun 2022).
- Pada periode pengambilan data di bulan Agustus 2022, lebih dari 80% puskesmas melaporkan bahwa hasil diagnosis tes PCR dapat diketahui selama lebih dari 24 jam setelah pengambilan spesimen, yang mana 51,39% dari puskesmas tersebut memerlukan waktu antara 24-48 jam dan hanya 14,52% yang dapat mengeluarkan hasil diagnosis PCR kurang dari 24 jam.

### Penelusuran kontak erat (*tracing*)

- Dalam melakukan kewajiban pelacakan dan penelusuran kasus COVID-19, tenaga kesehatan di puskesmas di Indonesia paling banyak melakukan kunjungan ke rumah (84,44%), meneruskan informasi/temuan dan meminta bantuan kader/relawan/gugus tugas untuk menindaklanjuti (47,96%), dan menghubungi pasien dengan telepon/pesan (40,94%).
- Pada tahun 2022, puskesmas juga melakukan hal yang sama, namun dengan proporsi yang menurun pada ketiga cara tersebut. Proporsi puskesmas yang tidak melakukan penelusuran kontak dan/atau pelacakan kasus sedikit meningkat menjadi 9,17% dari yang sebelumnya 1%.
- Puskesmas memiliki kapasitas untuk melakukan penelusuran kontak erat pada setiap kasus yang ditemukan paling “ banyak adalah 10-15 orang (36,76%) dan yang paling sedikit adalah >30 orang (3,73%).
- Selain tenaga kesehatan, pihak yang terlibat dalam pelacakan dan penelusuran kasus adalah Babinsa/Bhabinkamtibmas (78,89%), gugus tugas kelurahan/kecamatan (75,78%), dan kader kesehatan (48,41%).

### Pemantauan isolasi

- Pihak yang terlibat dalam pemantauan pasien di *shelter* isolasi selain tenaga kesehatan adalah gugus tugas kelurahan (73,20%), Babinsa/ Bhabinkamtibmas (66,25%), kader kesehatan (41,06%), dan relawan (19,41%).
- Upaya yang dilakukan puskesmas di Indonesia untuk melakukan pemantauan terhadap pasien terkonfirmasi COVID-19 di wilayah kerjanya adalah memanfaatkan telepon atau *WhatsApp* (83,61% (2020) turun menjadi 76,73% (2022)) dan melakukan kunjungan ke rumah (45,38% (2020) naik menjadi 62,98% (2022)).
- Dari sisi penerima layanan, kendala terbesar yang dihadapi puskesmas selama melakukan 3T di wilayah kerja adalah “ penolakan dari masyarakat, yang dihadapi sebesar 84,34%.

### Vaksinasi

- Puskesmas memiliki kapasitas maksimal dalam pemberian vaksin hingga >500 dosis per minggu, sedangkan kebanyakan puskesmas melakukan vaksinasi di bawah 500 dosis per minggunya pada Januari-Juni 2022.
- Kendala yang dialami sebagian besar puskesmas (70,70%) dalam melakukan program vaksinasi dari sisi penerima layanan adalah penolakan dari peserta vaksin. Sedangkan hambatan lain yang ditemui 22,69% puskesmas lainnya adalah pada sisi suplai, yaitu keterbatasan atau keterlambatan pasokan vaksin
- Strategi yang dilakukan puskesmas di Indonesia untuk meningkatkan jangkauan vaksinasi adalah dengan berkolaborasi bersama tokoh masyarakat (61,19%), vaksinasi keliling (54,43%), dan bekerjasama dengan kader atau relawan kesehatan (21,64%).

## Data dan Informasi

- a. Data kematian akibat COVID-19 di Indonesia divalidasi di tingkat sub nasional oleh dinas kesehatan (33,17%) dan dari tim *ad hoc* yang dibentuk oleh puskesmas (33,38%). Meskipun demikian, masih terdapat hampir 5% puskesmas yang menyatakan tidak terdapat proses validasi data kematian.
- b. Kepemilikan data terkait COVID-19 yang akurat menjadi tantangan pada masa pandemi, salah satunya karena proses pelaporan yang terfragmentasi. Pelaporan berjenjang dari SPKDS terkait kasus COVID-19 telah dilakukan oleh 75,51% puskesmas di Indonesia, namun masih terdapat 12,96% sisanya yang menyatakan bahwa mereka tidak memiliki mekanisme pelaporan dari SPKDS.
- c. Sumber informasi terbaru yang diperoleh puskesmas terkait dengan COVID-19 adalah halaman internet Dinas Kesehatan setempat (68,41%), media sosial Dinas Kesehatan setempat (45,56%), grup *WhatsApp* puskesmas (35,49%), dan halaman internet Kementerian Kesehatan (22,86%).
- d. Sama halnya dengan kendala pemberian vaksinasi kepada masyarakat umum, puskesmas menyatakan bahwa stigma, misinformasi, dan antusiasme masyarakat adalah kesulitan paling sering yang dialami oleh 38,14% puskesmas.

## Peran Penting Kader Kesehatan dalam Respons COVID-19 dan Pemulihan Layanan Kesehatan Esensial

- a. Selama pandemi COVID-19, 73,82% puskesmas di Indonesia melibatkan kader kesehatan dalam kegiatan respons COVID-19 untuk melakukan penelusuran kontak (63,14%), kemudian memantau isolasi mandiri/karantina (49,81%), screening COVID-10 (38,21%), pendataan dan pelaksanaan vaksinasi COVID-19 (23,10%), dan melakukan edukasi ke masyarakat (18,12%).
- b. Keterlibatan kader kesehatan yang paling sering dilakukan dalam pemberian layanan kesehatan esensial adalah pelaksanaan Posyandu (87,18%), pelaksanaan Posbindu (59,99%), dan edukasi layanan kesehatan pada ibu hamil, pasien PTM, dan lainnya (37,12%).
- c. Sebanyak 43,78% puskesmas di Indonesia melaporkan bahwa mereka mengalokasikan anggaran untuk insentif kader kesehatan. Sumber pendanaan insentif kader terbesar diperoleh dari Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)/ Dana Alokasi Khusus (DAK)/ Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN) (40,96%). Jumlah yang diterima oleh kader juga bervariasi dan tidak pasti, insentif yang paling banyak diberikan adalah sesuai dengan kegiatan yang diadakan (33,01%).
- d. Terkait keterlibatan kader kesehatan untuk penanggulangan pandemi COVID-19, lebih dari setengah (57,45%) puskesmas menyatakan tidak memberikan pelatihan terkait respons COVID-19 kepada kader.
- e. Kader kesehatan yang terlibat pada kegiatan pelayanan puskesmas rata-rata memiliki tingkat pendidikan SMA/SMK/ sederajat (77,34%) dan lebih dari setengah (59,74%) kader kesehatan memiliki rata-rata usia antara 31–40 tahun.

# 1 PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang

Memasuki tahun 2023, lebih dari tiga tahun pandemi COVID-19 berlalu, berbagai perubahan kebijakan yang berkaitan dengan pandemi juga terjadi di Indonesia. Pada tanggal 30 Desember 2022, pemerintah Indonesia telah mencabut kebijakan pembatasan sosial berupa pemberlakuan pembatasan kegiatan masyarakat (PPKM) setelah 10 bulan berturut-turut tidak mengalami gelombang pandemi<sup>1</sup>. WHO juga telah resmi mengakhiri kegawatdaruratan pandemi COVID-19 pada 5 Mei 2023 setelah terjadi penurunan tren kematian dan angka rawat inap akibat COVID-19 serta imunitas masyarakat meningkat<sup>2</sup>. Kemudian, Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) selaku Ketua Satuan Tugas COVID-19 mengeluarkan Surat Edaran Nomor 1 Tahun 2023 tentang protokol kesehatan pada masa transisi endemi COVID-19 di Indonesia. Hingga akhirnya, Presiden Republik Indonesia menyatakan bahwa Indonesia telah memasuki endemi COVID-19 pada 21 Juni 2023 setelah mempertimbangkan konfirmasi harian kasus mendekati nihil serta acuan dari WHO<sup>3</sup>.

Sejak awal pandemi, sistem kesehatan nasional menghadapi tantangan akibat dari pengalihan sumberdaya untuk merespons pandemi yang berkepanjangan. Lemahnya upaya pencegahan dan surveilans di Indonesia, pendekatan pemerintah difokuskan pada upaya kuratif di RS, yaitu menangani yang sakit dan dirawat. Imbas dari keterbatasan RS untuk menghadapi lonjakan kapasitas (*surge capacity*), layanan kesehatan RS mengalami kolaps, terutama sejak gelombang kedua tahun 2021, dimana okupansi tempat tidur isolasi dan ICU di RS telah melebihi 85%<sup>4</sup>. Kondisi ini menimbulkan dampak pada gangguan pelaksanaan layanan kesehatan esensial secara signifikan<sup>5</sup>. Gangguan layanan kesehatan esensial di Indonesia juga dialami oleh lebih dari 30% negara di dunia yang juga mengalami gangguan pada lebih dari 50% layanan kesehatan esensial mereka<sup>1</sup>.

Sejumlah 10.134 puskesmas di Indonesia<sup>6</sup> yang terdiri dari puskesmas rawat inap dan non-rawat inap di 514 kabupaten/kota, peran puskesmas sebagai pilar sistem kesehatan tidak dapat dipandang sebelah mata. Sebagai pembina wilayah urusan kesehatan, puskesmas bersama aktor masyarakat berperan penting di dalam upaya penanggulangan COVID-19 melalui kegiatan *testing, tracing* dan *treatment* (3T) serta pelaksanaan program vaksinasi COVID-19. Selain itu, puskesmas juga tetap memberikan pelayanan kesehatan esensial yang harus dijaga keberlangsungannya selama masa pandemi ini<sup>7</sup>. Sayangnya, puskesmas menghadapi berbagai tantangan keterbatasan kapasitas sumber daya manusia, material, hingga fasilitas secara kuantitas maupun kualitas untuk dapat berperan optimal. Tidak jarang puskesmas menerima dampak sistemik dari kebijakan atau keterbatasan pemerintah tingkat kabupaten atau provinsi bahkan nasional. Ditambah dengan adanya kebijakan vaksinasi, peran puskesmas semakin bertambah untuk memastikan vaksinasi massal, upaya 3T, dan layanan kesehatan esensial tetap berjalan.

CISDI bersama dengan Kawal COVID-19 dan Cek Diri telah mengadakan survei kebutuhan puskesmas secara daring pada tahun 2020 untuk menggali kapasitas puskesmas dalam merespon pandemi COVID-19 pada beberapa aspek, seperti kapasitas puskesmas dalam pencegahan dan pengendalian infeksi, melakukan respon pandemi, upaya promosi dan pencegahan pandemi, serta disrupsi layanan esensial<sup>8</sup>. Hasil survei dari 46% responden dari 647 puskesmas di 258 kabupaten/kota menyatakan bahwa tenaga kesehatan belum pernah mendapatkan pelatihan terkait pencegahan dan penanganan COVID-19. Di samping itu, puskesmas kekurangan alat pelindung diri dan kurang dari 50% puskesmas yang melakukan pelacakan kontak memiliki tenaga pelacak kontak di bawah 5 orang<sup>9</sup>. Untuk mengkonfirmasi hasil layanan dari sisi penyedia layanan kesehatan, CISDI juga telah melaksanakan studi pada 748 responden penerima layanan kesehatan di 15 provinsi di Indonesia pada tahun 2021. Hasil dari penelitian tersebut menyatakan bahwa masih terdapat layanan kesehatan esensial yang tidak terpenuhi, di mana hambatan yang muncul baik dari sisi pengguna layanan dan pemberi layanan pada masa pandemi COVID-19 adalah adanya kekhawatiran terinfeksi COVID-19 di fasilitas kesehatan, khawatir didiagnosis COVID-19 secara sengaja, hingga adanya penutupan fasilitas kesehatan<sup>10</sup>.

Apabila terulang kembali kondisi di mana pemerintah tidak dapat mengontrol kasus dan penanganan pandemi tidak optimal, maka dampak yang dirasakan oleh masyarakat Indonesia akan lebih besar, seperti penolakan dan penelantaran pasien yang berkunjung ke fasilitas layanan kesehatan saat adanya kasus COVID-19<sup>11</sup>. Puskesmas sebagai bagian dari sistem kesehatan nasional berperan sebagai pembina wilayah urusan kesehatan sekaligus layanan kesehatan terdekat di tingkat komunitas. Puskesmas juga memiliki peran untuk bekerja bersama aktor masyarakat dalam melakukan upaya pelacakan kasus, pengetesan, pemantauan isolasi, maupun edukasi masyarakat untuk pencegahan di tingkat individual. Pembelajaran respon terhadap dampak pandemi COVID-19 diharapkan dapat meningkatkan kemampuan sistem kesehatan menghadapi pandemi di masa mendatang serta memberikan layanan kebutuhan dasar masyarakat<sup>12</sup>. Pembelajaran dari pandemi COVID-19 selama tiga tahun terakhir ini perlu dilakukan oleh pemerintah untuk meminimalkan dampak yang lebih parah kedepannya<sup>13</sup>.

Dengan demikian, CISDI melihat kebutuhan untuk melakukan suatu survei 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.

## B. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan umum

Tujuan umum dari studi ini adalah untuk mengidentifikasi situasi puskesmas ketika menghadapi pandemi COVID-19.

### 2. Tujuan khusus

Tujuan spesifik dari penelitian ini adalah:

- a. Memetakan kebutuhan dan kesiapan puskesmas dalam menghadapi pandemi COVID-19 pada sisi SDM, manajemen puskesmas, dan keberlanjutan layanan kesehatan;
- b. Memetakan kebutuhan dan kesiapan puskesmas dalam menghadapi pandemi COVID-19 dari segi PPI dan APD;
- c. Memetakan kebutuhan dan kesiapan puskesmas dalam merespons pandemi COVID-19 melalui *testing, tracing, treatment* dan isolasi, vaksinasi, serta upaya promotif dan preventif;
- d. Menggali dukungan pemerintah pusat dan daerah terhadap puskesmas guna menerapkan upaya ketahanan sistem kesehatan dalam menghadapi pandemi COVID-19.

## C. Manfaat Penelitian

Informasi yang didapatkan dari penelitian ini digunakan sebagai bahan untuk menyusun rekomendasi kebijakan serta pertimbangan dan evaluasi oleh pemangku kebijakan terkait kebutuhan dan kesiapan puskesmas untuk merespon pandemi COVID-19. Studi ini juga bertujuan untuk mengidentifikasi pembelajaran guna mempertahankan keberlangsungan layanan kesehatan esensial melalui transformasi dan perbaikan program kesehatan di level puskesmas. Pemenuhan kebutuhan dan optimalnya fungsi puskesmas akan turut serta menopang sistem layanan kesehatan di Indonesia.

# 2

## METODE PENELITIAN

---

### A. Desain Studi

Studi ini menggunakan rancangan *explanatory sequential mixed-method*<sup>14</sup>. Studi kuantitatif melalui survei dilaksanakan terlebih dahulu, dan diikuti dengan kajian mendalam dengan studi kualitatif. Desain kuantitatif pada studi ini dilakukan secara potong lintang (*cross sectional*) dengan pendekatan deskriptif, dengan tujuan untuk mengetahui gambaran kesiapan dan kemampuan puskesmas dalam menghadapi pandemi COVID-19 dari sisi SDM, manajemen puskesmas, dan pemanfaatan layanan kesehatan, PPI, serta APD.

Selain itu, cara puskesmas merespon pandemi COVID-19 melalui 3T dan isolasi, vaksinasi, serta upaya promotif dan preventif juga dikaji dalam penelitian ini. Sedangkan studi kualitatif dilakukan untuk melengkapi hasil analisis data kuantitatif yang telah dilaksanakan sebelumnya, dengan menyediakan konteks mengenai potret keadaan puskesmas selama masa pandemi COVID-19 dari sisi pemangku kebijakan di level lokal.

### B. Lokasi dan Waktu Studi

Secara keseluruhan, proses penelitian ini dilakukan di 34 provinsi<sup>c</sup> di Indonesia mulai dari bulan Januari hingga Desember 2022. Pemilihan kabupaten/kota dilakukan sesuai dengan tujuan dari penelitian ini, yaitu untuk memetakan dan menilai kebutuhan puskesmas dalam menanggulangi pandemi COVID-19. Oleh karena itu, pemilihan kabupaten/kota melalui proses stratifikasi yang mempertimbangkan jumlah kasus COVID-19 dan beban puskesmas untuk melayani penduduk di daerah tersebut. Wilayah kabupaten/kota yang dipilih mewakili strata yang sudah diidentifikasi sehingga dapat mewakili puskesmas-puskesmas di 34 provinsi di Indonesia. Namun, setelah pengambilan data dilakukan, terdapat 19 puskesmas yang menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, sehingga didapatkan sampel akhir penelitian sebesar 385 puskesmas.

### C. Teknik Pengambilan Sampel

#### 1. Kuantitatif

Populasi penelitian utama studi ini adalah puskesmas di Indonesia. Pada studi kuantitatif, responden merupakan pegawai puskesmas yang dipilih dengan mempertimbangkan kapasitas dan posisinya. Kriteria inklusi dari responden adalah sebagai berikut:

- Pegawai puskesmas terpilih yang telah bekerja selama minimal 6 bulan;
- Diutamakan pegawai dari bagian manajemen dan/atau program atau dapat diwakili oleh Kepala puskesmas, Kepala UKM, Kepala UKP, atau Kepala TU;
- Dapat berkomunikasi menggunakan bahasa Indonesia;
- Bersedia menjadi responden penelitian.

Sedangkan kriteria eksklusi penelitian, yaitu responden yang tidak bersedia direkam selama proses pelaksanaan wawancara.

Teknik sampel yang digunakan adalah *proportional multistage stratified sampling*. Keseluruhan 34 provinsi menjadi lokasi pengambilan data berdasarkan proporsi stratifikasi per kabupaten/kota pada masing-masing provinsi. Pada tahap pertama, kabupaten/kota distratifikasi menggunakan dua indikator, yaitu jumlah kasus per 1000 penduduk dan beban puskesmas di kabupaten/kota tersebut. Beban puskesmas diukur dengan membagi jumlah puskesmas di masing-masing kabupaten/kota dengan jumlah penduduk di kabupaten/kota tersebut secara acak. Di setiap strata dipilih kabupaten/kota untuk mewakili strata tersebut. Langkah terakhir adalah memilih puskesmas di setiap kabupaten/kota terpilih dengan menggunakan teknik *simple random sampling*.

---

<sup>c</sup> Sampling dilakukan sebelum pemekaran menjadi 37 provinsi



Pada studi ini, estimasi besar sampel minimal dihitung menggunakan rumus Cochran<sup>15</sup>, dengan tingkat kepercayaan 95% dan *margin of error* 5% sehingga diketahui besar minimal sampel untuk penelitian ini adalah 375 puskesmas. Perhitungan sampel dapat dilihat pada Lampiran 1. Dengan mempertimbangkan puskesmas yang menolak menjadi sampel atau puskesmas yang tidak dapat dihubungi, maka jumlah sampel tersebut ditambahkan 10%, sehingga besar sampel adalah 397 puskesmas. Setelah melalui tahap stratifikasi dan penyesuaian proporsi jumlah puskesmas dengan beban dan zona risiko, besar sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebanyak 404 puskesmas dari 34 provinsi. Namun, setelah pengambilan data dilakukan, terdapat 19 puskesmas yang menolak untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, sehingga didapatkan sampel akhir penelitian sebesar 385 puskesmas.

## 2. Kualitatif

Pada pendekatan kualitatif, untuk melengkapi dan memperkaya data dari survei yang berkaitan dengan kebijakan kesehatan daerah, dilakukan wawancara mendalam (WM) dan diskusi kelompok terpumpun (FGD). Sasaran informan studi kualitatif ini dipilih dengan menggunakan teknik *purposive*, yaitu informan lain dari puskesmas dan perwakilan masyarakat terpilih untuk wawancara mendalam serta petugas Dinas Kesehatan bagian layanan kesehatan dan/atau bagian pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan (P2PL) dari beberapa wilayah untuk FGD. Pemilihan informan wawancara mendalam dan FGD didasarkan pada hasil analisis data kuantitatif, yang merupakan staf dari dinas kesehatan dengan kapasitas untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan yang ditanyakan. Informan dalam kelompok FGD ini terbagi menjadi 4 kelompok, masing-masing kelompok terdiri dari 4–6 orang dengan penentuan jumlah kelompok FGD ini mengacu pada prinsip saturasi atau data jenuh, yaitu FGD diakhiri setelah informasi sudah cukup didapatkan. Kriteria inklusi dari informan penelitian kualitatif ini terdiri dari:

- a. Petugas dari dinas kesehatan terpilih yang telah bekerja selama minimal 6 bulan;
  - b. Diutamakan petugas dari bagian manajemen kebijakan dan/atau program;
  - c. Memiliki pengetahuan terkait pelayanan kesehatan dasar di puskesmas;
  - d. Memiliki pengetahuan terkait upaya penanggulangan pandemi COVID-19 pada level puskesmas di wilayahnya.
- Sedangkan kriteria eksklusi penelitian, yaitu responden yang tidak bersedia direkam selama proses pelaksanaan pengambilan data.

Untuk meningkatkan objektivitas dari penelitian ini, peneliti juga melakukan wawancara pada tokoh masyarakat di lokasi terpilih berdasarkan hasil survei kuantitatif, dengan kriteria inklusi berupa:

- a. Berusia di atas 18 tahun dan merupakan WNI;
- b. Pernah memanfaatkan layanan kesehatan di puskesmas;
- c. Bersedia menjadi informan penelitian.

Sama dengan informan di puskesmas dan dinas kesehatan, kriteria eksklusi dari informan di masyarakat adalah mereka yang tidak bersedia untuk memberikan informasi pada peneliti, dan tidak bersedia direkam selama proses pengambilan data.

## D. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam survei kuantitatif (Lampiran 2) ini diadopsi dari *Continuity of essential health services: Facility assessment tool* yang disusun oleh *World Health Organization (WHO)*<sup>16</sup>. Kuesioner ini berisi 6 bagian utama, yang terdiri dari: **1)** Identifikasi Puskesmas, **2)** Kepegawaian, **3)** Manajemen keuangan, **4)** Pemberian dan pemanfaatan layanan kesehatan, **5)** PPI dan APD, dan **6)** Manajemen kasus COVID-19 di layanan esensial. Keseluruhan bagian instrumen dilakukan pengembangan untuk menyesuaikan konteks layanan kesehatan esensial di Indonesia selama masa pandemi COVID-19. Instrumen yang dikembangkan telah mendapat masukan dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia pada 12 April 2022 melalui diskusi, disertai dengan catatan formal dalam bentuk tertulis. Bagian utama yang mengalami pengembangan sub-topik instrumen adalah bagian ke-3 mengenai manajemen keuangan dan bagian ke-6 mengenai manajemen kasus COVID-19 menjadi manajemen puskesmas dan respons puskesmas pada masa pandemi COVID-19.

Pada instrumen kualitatif (Lampiran 3), panduan WM yang dilakukan kepada petugas puskesmas dikembangkan dari instrumen kuantitatif yang mengelaborasi lebih dalam pada aspek kepegawaian, manajemen puskesmas pada masa pandemi, pemberian dan pemanfaatan layanan kesehatan, PPI dan APD, serta respon puskesmas pada masa pandemi. Sedangkan panduan WM yang dilakukan kepada masyarakat umum adalah instrumen yang bersumber dari *Community*

*needs, perceptions and demand: Community assessment tool* oleh WHO<sup>17</sup>, yang kemudian dikembangkan oleh CISDI pada kegiatan survei kebutuhan, persepsi, dan permintaan layanan kesehatan di masyarakat dalam situasi pandemi COVID-19 tahun 2021<sup>12</sup>. Adapun bagian utama yang digunakan dalam penelitian ini untuk menyesuaikan konteks keseluruhan penelitian, yaitu: 1) persepsi kinerja Puskesmas selama COVID-19, 2) sikap masyarakat terhadap vaksin COVID-19, 3) kebutuhan dan penggunaan layanan kesehatan esensial di masyarakat, dan 4) hambatan untuk mencari layanan kesehatan esensial di masyarakat.

Terakhir, pada pelaksanaan FGD dengan dinas kesehatan, instrumen survei ini dikembangkan dari kerangka *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and their Measurement Strategies* yang telah dipublikasikan WHO pada tahun 2020<sup>13</sup>. Enam komponen inti yang digunakan dalam survei ini terdiri dari: **1)** kepemimpinan dan pemerintahan, **2)** keuangan, **3)** sumber daya, **4)** obat-obatan, **5)** pemberian layanan, dan **6)** data dan informasi. Survei ini mengembangkan kerangka tersebut untuk kuesioner dalam FGD, untuk melengkapi temuan data-data survei kuantitatif dari sudut pandang pemerintah di wilayah masing-masing.

## E. Pengumpulan Data

Data penelitian dikumpulkan dengan cara survei dan WM melalui panggilan telepon selama bulan Agustus 2022 (kuantitatif) dan November 2022 (kualitatif), yang dilakukan oleh petugas pengumpul data (enumerator) terlatih. Kontak responden dari puskesmas terpilih dikumpulkan oleh tim lapangan di masing-masing wilayah. Enumerator menanyakan seluruh pertanyaan pada kuesioner yang telah dikembangkan oleh CISDI dan pada saat bersamaan memasukkan jawaban responden ke dalam aplikasi *Open Data Kit*, yang dapat diakses oleh tim peneliti. Sedangkan data kualitatif yang dikumpulkan melalui FGD dilakukan secara daring pada bulan November 2022 di daerah yang terpilih, bersamaan dengan WM yang dilakukan kepada puskesmas dan masyarakat.

## F. Analisis Data

### 1. Kuantitatif

Data kuantitatif yang terkumpul dari penelitian ini dianalisis dengan menggunakan pembobotan pada masing-masing strata untuk menggambarkan kondisi yang lebih akurat sesuai dengan strata yang ditentukan. Selain itu, dengan melibatkan *margin of error* dalam melakukan pertimbangan saat menginterpretasikan data, informasi yang disajikan dalam penelitian ini lebih dapat menggambarkan kondisi puskesmas di Indonesia.

Penulisan hasil survei ini disajikan secara tematik sesuai dengan temuan kuantitatif dan kualitatif dari responden puskesmas, yang terdiri dari: **1)** karakteristik demografi puskesmas, **2)** kondisi kepegawaian puskesmas, **3)** manajemen puskesmas pada masa pandemi COVID-19, **4)** upaya mempertahankan akses ke layanan kesehatan, **5)** gambaran prosedur PPI dan ketersediaan APD di puskesmas selama pandemi, **6)** respon puskesmas pada masa pandemi COVID-19, **7)** data dan informasi, dan **8)** peran penting kader kesehatan dalam respons COVID-19 dan pemulihan layanan kesehatan esensial.

### 2. Kualitatif

Studi ini juga dilengkapi dengan hasil eksplanasi secara kualitatif yang didapatkan dari informan puskesmas, yang disajikan sesuai dengan tema temuan pada data kuantitatif. Selanjutnya, temuan informasi dari dinas kesehatan dituliskan dengan tema dukungan kebijakan, sumberdaya, dan anggaran dari pemerintah daerah. Sub tema yang ditentukan pada tema ini memuat tentang: **1)** kebijakan daerah untuk COVID-19, **2)** monitoring dan evaluasi, **3)** sumberdaya tenaga kesehatan dan logistik untuk COVID-19, **4)** Sumber anggaran untuk COVID-19, **5)** akses layanan kesehatan esensial, dan **6)** kesiapan menghadapi pandemi berikutnya. Sedangkan hasil kualitatif dari WM dengan masyarakat dituliskan dengan tema persepsi masyarakat terhadap kinerja puskesmas, yang terdiri dari sub tema antara lain: **1)** kinerja puskesmas selama pandemi COVID-19, **2)** sikap masyarakat terhadap vaksinasi COVID-19, **3)** kebutuhan dan penggunaan layanan kesehatan esensial, dan **4)** hambatan akses layanan esensial.

## G. Validasi Data

Validasi data dilakukan dengan *random checking* pada 25% rekaman wawancara sub-sampel penelitian dan triangulasi sumber data oleh tim peneliti. Triangulasi sumber data dilakukan dengan wawancara kepada petugas puskesmas lain untuk mengkonfirmasi jawaban dari *phone survey*, memberikan gambaran mendalam dari jawaban survei kuantitatif, serta menilai konsistensi jawaban responden. Selain itu, triangulasi dilakukan untuk memvalidasi pernyataan informan dengan menggunakan dokumen yang berkaitan dengan kebijakan, SPO, surat keputusan, dan dokumen lain terkait di Dinas Kesehatan serta Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil tingkat provinsi. Data dari kedua dinas ini dikumpulkan oleh tim lapangan yang telah terlatih.

## H. Kaji Etik Penelitian

Studi ini dilakukan sesuai dengan protokol yang sudah dikembangkan serta tidak bertentangan dengan prinsip-prinsip etika penelitian yang disepakati secara internasional. Penelitian ini telah disetujui oleh Komisi Etik Universitas Atma Jaya Nomor 0007B/III/PPPE.PM.10.05/09/2022.

# 3

## HASIL PENELITIAN

Pada studi ini, didapatkan puskesmas yang terpilih menjadi calon responden adalah 404 puskesmas dengan penyesuaian strata. Namun, setelah melalui proses pengambilan data di lapangan, jumlah responden yang terkumpul adalah sebesar 385 puskesmas. Lampiran 4 dan 5 menunjukkan distribusi responden pada keseluruhan penelitian ini. Secara empiris, *margin of error* dari hasil survei ini dihitung berdasarkan setiap variabel dalam kuesioner (Lampiran 6) untuk memberikan estimasi yang lebih presisi pada hasil. Perbedaan jumlah responden di beberapa variabel disebabkan oleh rendahnya *response rate* yang diberikan oleh calon responden. Rendahnya tingkat respons responden ditunjukkan dari jumlah sampel yang tidak sama, yaitu kurang dari 385, karena responden perwakilan puskesmas tidak memiliki kapasitas untuk memberikan data tersebut kepada tim enumerator. Dengan kata lain, pemahaman perwakilan puskesmas yang menjadi responden terbatas mengenai pertanyaan yang diajukan oleh enumerator penelitian di variabel-variabel tertentu. Akan tetapi, *variable of interest* dari survei ini yang terdiri dari perubahan metode lokmin bulanan dan tribulanan, perubahan layanan, dan perubahan jumlah pasien selama masa pandemi yang diselenggarakan oleh puskesmas di tahun 2020–2021 dibandingkan dengan tahun 2022 telah memenuhi sampel minimal.

### A. Karakteristik Demografi Puskesmas

**Tabel 1.** Tabel Karakteristik Demografi Puskesmas berdasarkan Status Keuangan, Status Akreditasi, dan Penduduk yang Dilayani oleh Puskesmas

Karakteristik	N <sup>d</sup>	Persentase (%)
<b>STATUS KEUANGAN</b>		
BLUD	4.880	48,16
Non-BLUD	5.254	51,84
<b>STATUS AKREDITASI</b>		
Paripurna	330	3,26
Utama	2.052	20,25
Madya	5.059	49,92
Dasar	2.371	23,39
Belum akreditasi	323	3,18
<b>JUMLAH PENDUDUK YANG DILAYANI</b>		
<30.000	6.216	61,34
30.000–50.000	2.107	20,79
>50.000	1.509	14,89
Tidak menjawab	302	2,98%

<sup>d</sup> Jumlah populasi puskesmas di Indonesia adalah 10.134 puskesmas yang diambil dari kondisi bulan Desember tahun 2019. Sumber: <https://pusdatin.kemkes.go.id>.

Berdasarkan Tabel 1, apabila ditinjau dari aspek status keuangannya, puskesmas yang menjadi responden penelitian ini, baik puskesmas dengan status BLUD maupun Non-BLUD di Indonesia memiliki proporsi yang cenderung seimbang. Hal ini berarti sekitar hampir setengah (48,16%) puskesmas sudah mampu melakukan pembiayaan secara fleksibel dan mandiri, sedangkan sisanya masih bergantung pada skema berbagai pembiayaan pemerintah pusat maupun daerah. Sedangkan berdasarkan status akreditasinya, sekitar 97% puskesmas sudah terakreditasi. Proporsi terbanyak ialah puskesmas madya (strata kedua dari empat tingkatan akreditasi puskesmas), yaitu sebesar 49,92%. Puskesmas dengan akreditasi tertinggi (paripurna) hanya dimiliki oleh 3,26% puskesmas di Indonesia, hampir sama dengan puskesmas yang belum terakreditasi yaitu sebesar 3,18%. Puskesmas yang belum terakreditasi tersebut berasal dari Provinsi Sumatera Selatan, Sumatera Utara, Riau, Lampung, Kepulauan Riau, DKI Jakarta, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Timur, Sulawesi Utara, Sulawesi Tenggara, dan Papua Barat.

Selanjutnya, terkait dengan penduduk yang dilayani oleh puskesmas, hasil survei menunjukkan lebih dari setengah (61,34%) puskesmas, melaporkan bahwa mereka memiliki <30.000 sasaran penduduk di wilayah kerjanya. Kemudian, masih juga terdapat 14,89% puskesmas yang melayani >50.000 penduduk di area tempat mereka bekerja. Pengelompokan jumlah penduduk yang dilayani puskesmas didasarkan pada referensi di negara berkembang lainnya, yaitu India<sup>e</sup>, yang juga telah diadopsi oleh Indonesia<sup>f</sup>, di mana standar pada wilayah umum adalah 1:30.000 penduduk dan di wilayah terpencil adalah 1:20.000 penduduk. Berdasarkan rekomendasi jumlah penduduk yang dilayani tersebut, kurang dari 60% puskesmas di Indonesia yang memenuhi standar tersebut, sementara lebih dari 30% melayani di atas standar 30.000 penduduk. Meskipun demikian, kondisi ini tidak mencerminkan kondisi nyata mengenai aksesibilitas masyarakat terhadap layanan kesehatan dasar karena ada kemungkinan di wilayah yang melayani >30.000 penduduk tersebut memiliki perbandingan area geografis lebih luas dan sulit dijangkau atau memiliki jumlah tenaga kesehatan yang cukup dan jumlah penduduk yang lebih sedikit.

## B. Kondisi Kepegawaian Puskesmas

### 1. Jumlah pegawai di puskesmas

**Tabel 2.** Tabel silang persentase pegawai dengan pegawai yang berstatus ASN (N= 10.134)

Jumlah seluruh pegawai puskesmas	Jumlah pegawai yang berstatus ASN (%)					Total
	≤25 orang	26-50 orang	51-75 orang	>75 orang	Tidak tahu	
≤50 orang	22.96	13.35	0.00	0.00	0.00	36.31
51-100 orang	7.85	38.60	6.76	0.11	0.00	53.32
101-150 orang	0.27	3.78	2.20	1.32	0.00	7.57
>150 orang	0.00	0.78	0.51	0.73	0.00	2.02
Tidak tahu	0.00	0.00	0.00	0.27	0.52	0.79
Total	31.07	56.51	9.47	2.42	0.52	100.00

Tabel 2 menjelaskan mengenai proporsi jumlah seluruh pegawai puskesmas dan pegawai yang berstatus ASN pada masing-masing kategori.<sup>g</sup> Lebih dari setengah puskesmas (53,32%) di Indonesia dengan jumlah seluruh pegawai antara 51-100 orang memiliki proporsi ASN paling banyak (38,6%), berkisar antara 26-50 orang, dari seluruh pegawai ASN yang ada. Selanjutnya, sebanyak 22,96% puskesmas dengan jumlah seluruh pegawai ≤50 orang menyatakan bahwa jumlah ASN di puskesmas mereka kurang dari 25 orang. Proporsi ASN sebanyak >75 orang lebih banyak ditemui pada puskesmas dengan jumlah pegawai antara 101 hingga 150 jika dibandingkan

<sup>e</sup> Misi Penguatan Sistem Kesehatan Pemerintah India tahun 2023.

<sup>f</sup> Peraturan Daerah Kabupaten Tasikmalaya Nomor 5 Tahun 2016 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kabupaten Tasikmalaya tahun 2016-2021.

<sup>g</sup> Perkiraan jumlah pegawai puskesmas hingga bulan Agustus 2022, setelah mempertimbangkan pegawai yang meninggal akibat COVID-19 dan pindah ke instansi lain.

dengan puskesmas dengan jumlah pegawai >150. Terlepas dari profesi dan jabatan pegawai di puskesmas, proporsi tersebut menunjukkan bahwa distribusi pegawai berstatus ASN di puskesmas tidak merata. Perbedaan jenis puskesmas yang berada di level kecamatan dan kelurahan atau puskesmas rawat inap dan non-rawat inap kemungkinan berpengaruh terhadap jumlah pegawai di puskesmas. Keberadaan SDM berstatus ASN merupakan salah satu upaya Kementerian Kesehatan dalam memenuhi kebutuhan SDM yang kompeten dan berkeadilan melalui proses rekrutmen yang direncanakan dengan matang agar jumlah tenaga kesehatan tidak hanya tercukupi dari segi kuantitas, namun juga kualitasnya<sup>h</sup>.

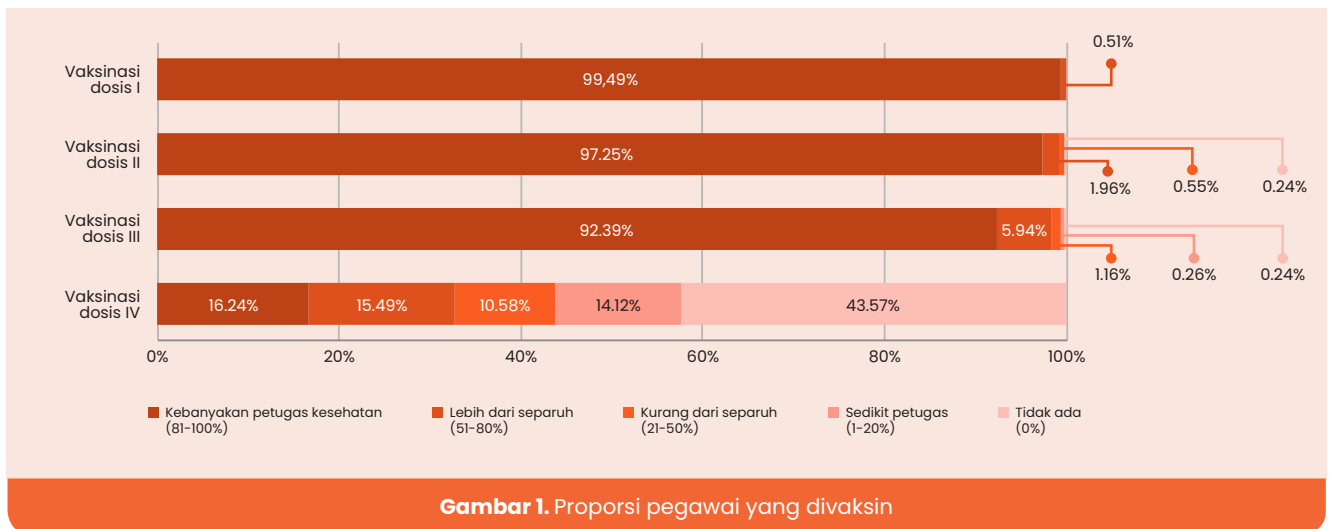
## 2. Proporsi pegawai yang terkonfirmasi positif COVID-19

**Tabel 3.** 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 (%)						Tidak tahu	Total
	Tidak ada	1-40 orang	41-80 orang	81-120 orang	121-160 orang	>160 orang		
≤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

Tabel 3 menunjukkan proporsi puskesmas dengan kategori jumlah pegawai tertentu yang terkonfirmasi positif COVID-19 sejak awal pandemi COVID-19 tahun 2020 hingga periode pengambilan data dilakukan pada Agustus 2022. Terdapat 45,49% puskesmas di Indonesia dengan jumlah pegawai 51-100 orang menyatakan bahwa 1-40 orang pegawai mereka pernah terkonfirmasi positif COVID-19. Kemudian, 30,85% puskesmas dengan jumlah pegawai ≤50 orang yang melaporkan bahwa sekitar 1 hingga 40 pegawainya juga pernah terkonfirmasi kasus COVID-19. Meskipun demikian, masih ada sebagian kecil pegawai puskesmas (6,82%) dengan seluruh pegawai tidak terkonfirmasi positif COVID-19 hingga pengambilan data dilakukan (Agustus 2022). Puskesmas tersebut mayoritas berada di luar Pulau Jawa, seperti Aceh, Sumatera Utara, Kalimantan Selatan, Gorontalo, dan Papua. Kondisi ini menunjukkan pengaruh pandemi COVID-19 pada kapasitas SDM yang menopang fungsi-fungsi puskesmas, termasuk layanan kesehatan esensial. Ketika petugas puskesmas terinfeksi dan harus melakukan pengobatan atau isolasi mandiri, maka dari sisi kuantitas pegawai akan mengalami kekurangan. Padahal, pegawai puskesmas inilah yang akan menjadi garda terdepan dalam memberikan layanan kepada masyarakat saat pandemi di fasilitas layanan kesehatan primer.

### 3. Distribusi puskesmas berdasarkan proporsi pegawai yang divaksin



Data pada Gambar 1 terbatas pada puskesmas yang menyatakan bahwa tenaga kesehatannya telah divaksin. Ditinjau dari aspek cakupan vaksin untuk tenaga kesehatan, puskesmas yang menjadi responden penelitian ini menyatakan bahwa sebagian besar tenaga kesehatan di puskesmas yang disurvei telah tervaksinasi dosis I (99,49%), dosis II (97,25%), dan dosis III (92,39%). Namun, masih terdapat 0,24% puskesmas yang belum semua tenaga kesehatannya tervaksinasi dosis II dan III yaitu puskesmas di Papua. Melalui wawancara mendalam diketahui bahwa beberapa puskesmas masih belum lengkap vaksinasi dosis 2 dan 3 karena belum dijadwalkan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota setempat akibat stok vaksin yang terbatas serta jumlah kasus COVID-19 yang rendah. Daerah lain seperti Provinsi Maluku Utara masih memiliki puskesmas yang belum mendapatkan instruksi dari dinas kesehatan setempat untuk melakukan *booster* kedua.



*Kedua belum, karena belum ada instruksi dari kabupaten kami untuk melakukan booster (kedua), karena kalau melakukan booster kedua harus tunggu instruksi dari Dinas Kesehatan... sudah ada instruksi tapi jadwal di puskesmas kami belum ada.*

**- Puskesmas di Provinsi Maluku Utara -**

Selain itu, kendala tenaga kesehatan yang belum mencapai *booster* pertama dikarenakan sedang hamil atau memiliki riwayat komorbid.



*Tapi untuk booster ketiga (vaksin dosis ketiga) sudah 90% karena ada beberapa orang yang ada penyakit bawaan.*

**- Puskesmas di Provinsi Nusa Tenggara Timur -**

Terkait vaksinasi dosis IV, saat penelitian ini dilaksanakan, hanya 16,24% puskesmas di Indonesia yang mayoritas petugas kesehatannya telah divaksinasi. Lebih dari sepertiga (43,57%) puskesmas di Indonesia belum melaksanakan vaksinasi dosis IV untuk tenaga kesehatannya dengan puskesmas terbanyak berada di Provinsi Jambi, Papua, Sumatera Selatan, Banten, dan Sumatera Barat. Untuk sementara ini, vaksinasi dosis 4 masih minim dilaksanakan di luar Pulau Jawa. Hal ini dikarenakan adanya isu logistik terkait distribusi vaksin. Selain itu, salah satu puskesmas di Jawa Tengah mendapati stok vaksin merk *Pfizer* yang terbatas, sedangkan beberapa tenaga kesehatannya membutuhkan *Pfizer* untuk vaksin dosis 4.

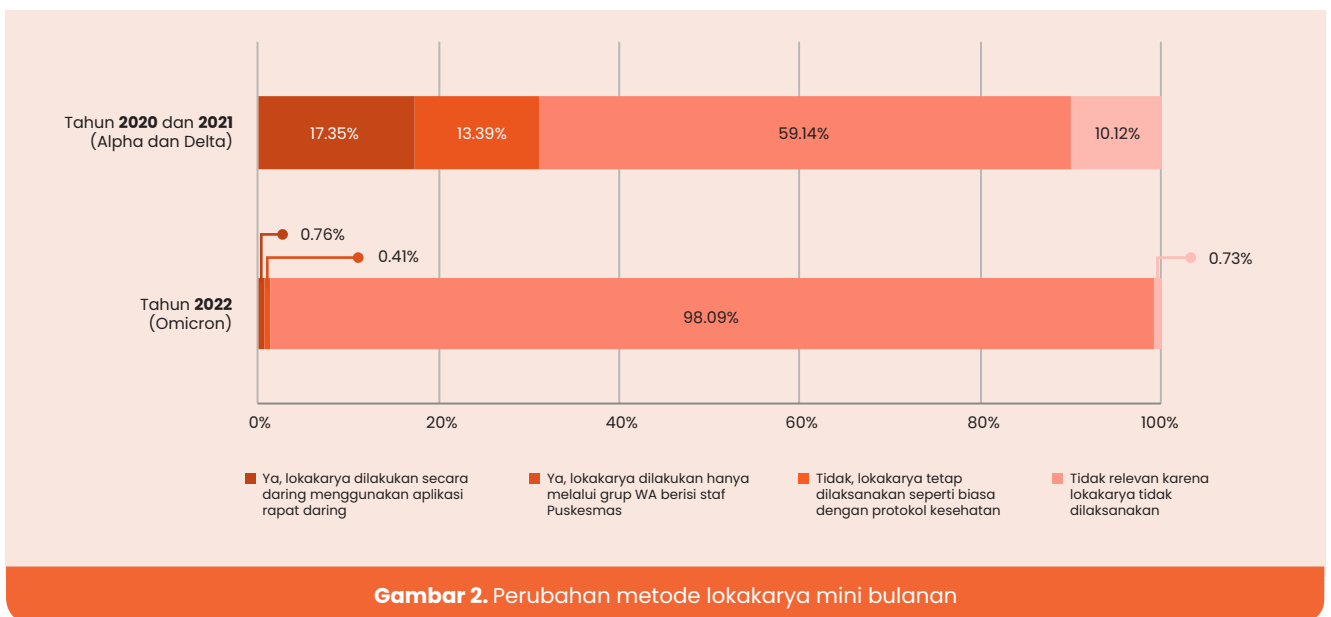


Ada yang belum keempat karena vaksinnya ada empat orang yang menggunakan Pfizer, jadi yang Pfizer belum sampai dosis 4.

- Puskesmas di Provinsi Jawa Tengah -

## C. Manajemen Puskesmas pada Masa Pandemi COVID-19

### 1. Perubahan metode pelaksanaan lokakarya mini bulanan



Pada masa pandemi COVID-19 gelombang *Alpha* dan *Delta* tahun 2020–2021, mayoritas puskesmas di Indonesia (89,88%) tetap melaksanakan lokakarya mini namun dengan perubahan beberapa metode (Gambar 2), seperti menggunakan aplikasi rapat daring (17,35%) atau secara tertulis melalui grup *WhatsApp* (13,39%). Namun, lebih dari setengah (59,14%) puskesmas di Indonesia masih melaksanakan lokakarya mini bulanan secara tatap muka seperti biasa dengan protokol kesehatan yang ketat. Mayoritas puskesmas tersebut berada di Provinsi Sulawesi Barat, Maluku, Papua Barat, Bengkulu, dan Nusa Tenggara Barat. Pada wilayah tersebut, lokmin bulanan tetap berjalan karena kasus COVID-19 di wilayah tersebut masih relatif rendah. Lokmin bulanan juga tetap dilaksanakan karena dirasakan sangat penting untuk mengetahui isu kesehatan terbesar di wilayah puskesmas, sehingga puskesmas dapat menyiapkan rencana kerja aksi untuk bulan berikutnya. Akan tetapi, masih terdapat 10,12% puskesmas yang sama sekali tidak melaksanakan lokmin bulanan pada tahun 2020 dan 2021, sebagian besar puskesmas tersebut berada di Provinsi Lampung, Kalimantan Timur, dan Papua.



Kalau yang bulanan kan sudah mengevaluasi kegiatan bulan kemarin dan merencanakan kegiatan yang bulan yang akan datang.

- Puskesmas di Provinsi Lampung -

Sedangkan pada tahun 2022, hampir seluruh (98,09%) puskesmas di Indonesia yang menjadi responden penelitian melaporkan telah melaksanakan lokmin bulanan seperti biasa. Pada saat gelombang *Omicron* tersebut, proporsi puskesmas yang tidak melaksanakan lokmin dan masih melaksanakan lokmin secara daring memiliki kisaran yang hampir sama, yakni 0,73% dan 0,76% secara berturut-turut. Bagi yang masih melaksanakan secara daring, dikatakan bahwa ini sebagai upaya untuk tetap mengikuti prokes (protokol kesehatan) yang ada dikarenakan masih terdapat kasus COVID-19 di wilayahnya. Namun, secara umum puskesmas sudah kembali melaksanakan lokmin bulanan secara luring karena dirasa kurang efektif ketika dilaksanakan secara daring.

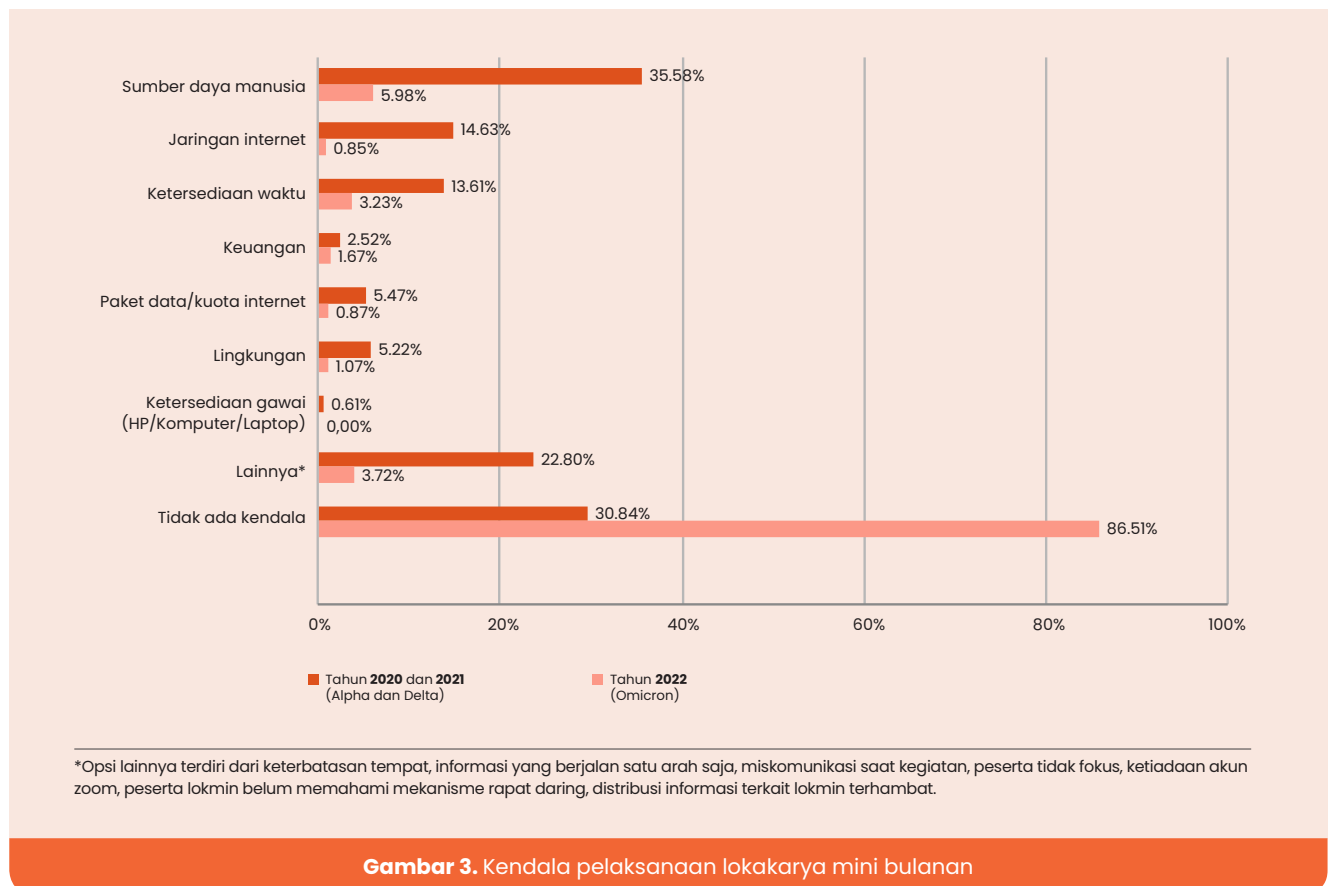




*Begini, kalau lokmin itu tetap kami jalankan untuk mengetahui itu tercapai program hanya dengan cara lokmin itu, Bu. Untuk pengumpulannya itu, untuk melakukan kegiatan itu, artinya tidak efektif kalau kita tetap melakukan Zoom itu untuk penyelesaian masalah yang ada di puskesmas itu.*

**- Puskesmas di Provinsi Sulawesi Barat -**

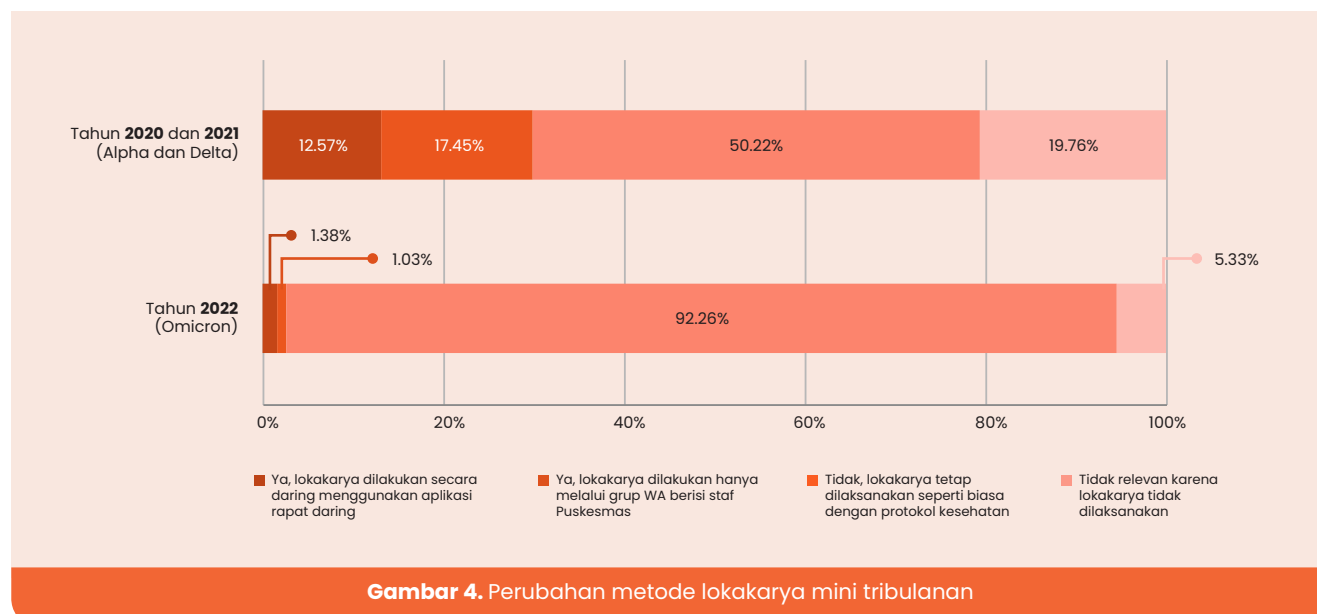
## 2. Kendala pelaksanaan lokakarya mini bulanan



Gambar 3 merujuk pada perbandingan seluruh puskesmas yang melakukan lokakarya mini bulanan pada periode tahun 2020-2021 dan 2022. Hasil survei menunjukkan bahwa kendala terbesar pelaksanaan lokmin bulanan saat pandemi COVID-19 gelombang *Alpha* dan *Delta* tahun 2020–2021 adalah keterbatasan sumber daya manusia (35,58%), disusul oleh jaringan internet (14,63%), dan ketersediaan waktu tenaga kesehatan yang terbatas dalam melaksanakan lokmin (13,61%). Puskesmas dengan kendala jaringan internet dalam pelaksanaan lokmin bulanan mayoritas berada di Provinsi Kep. Bangka Belitung, Kep. Riau, DKI Jakarta, dan Kalimantan Utara.

Sedangkan pada tahun 2022, sebanyak 86,51% puskesmas menyatakan pelaksanaan lokmin bulanan sudah tidak memiliki kendala, meski memang terdapat puskesmas yang masih merasakan berbagai kendala terutama terkait sumber daya manusia (5,98%), ketersediaan waktu (3,23%), dan keuangan (1,67%) secara berturut-turut. Perbandingan grafik di atas menunjukkan bahwa persentase keberadaan kendala saat pandemi gelombang *Alpha* dan *Delta* lebih tinggi di berbagai aspek jika dibandingkan saat pandemi gelombang *Omicron*. Kendala yang paling banyak mengalami penurunan saat gelombang *Omicron* merupakan kendala jaringan internet, yang berarti bahwa jaringan internet banyak dimanfaatkan di aktivitas lokmin bulanan ketika gelombang *Alpha* dan *Delta*.

### 3. Perubahan metode pelaksanaan lokakarya mini tribulanan



**Gambar 4.** Perubahan metode lokakarya mini tribulanan

Berdasarkan hasil survei yang disajikan pada Gambar 4, terdapat 80,25% puskesmas di Indonesia yang masih melakukan lokakarya mini tribulanan dengan metode yang variatif, seperti menggunakan aplikasi rapat daring (12,57%) dan tertulis via grup *WhatsApp* (17,45%). Namun, 50,22% puskesmas di Indonesia tetap melaksanakan lokakarya tribulanan seperti biasa pada tahun 2020–2021 dan sekitar 20% dari puskesmas tersebut tidak melaksanakan lokmin tribulanan. Alasan tidak dilaksanakan lokmin tribulanan adalah sulitnya untuk mengadakan pertemuan secara luring dikarenakan jumlah kasus COVID-19 yang tinggi serta kesibukan tenaga kesehatan untuk mengurus kasus COVID-19.



*Hanya melalui WA. Pandemi itu di WA-lah, kalau ada informasi ada apa melalui WA, kan ada grup di situ aja dikasih tau, dihimbau, diinformasikan.*

**- Puskesmas di Provinsi Sumatera Utara -**

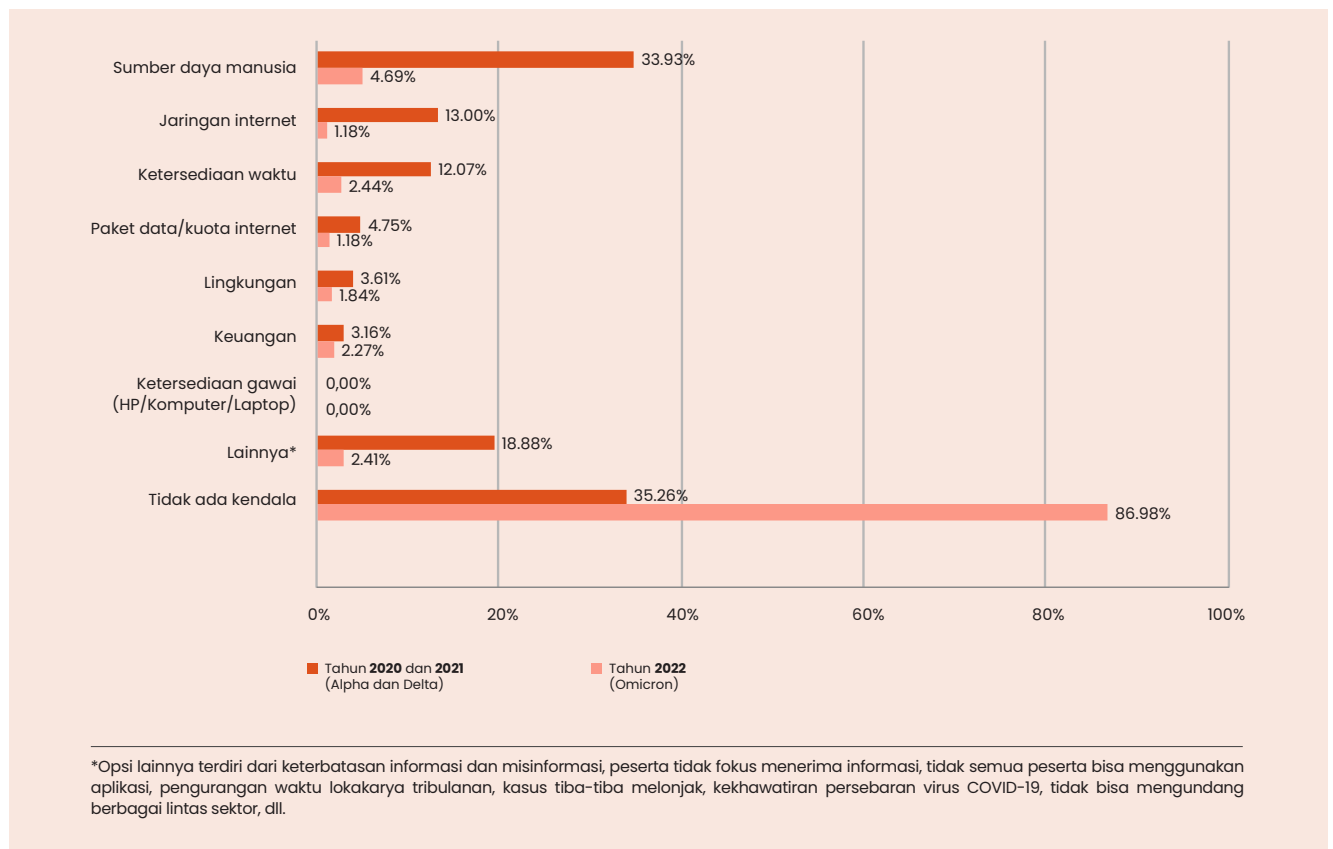
Pada tahun 2022, 92,26% puskesmas melaksanakan lokakarya tribulanan seperti biasa tanpa perubahan metode, meskipun masih ada kurang dari 2% puskesmas yang tetap melaksanakan lokmin tribulanan melalui daring. Pada kondisi pandemi COVID-19 yang relatif terkontrol di tahun 2022 ini, masih terdapat sekitar 5,33% puskesmas yang tidak melaksanakan lokmin tribulanan. Untuk beberapa puskesmas yang belum menjalankan tribulanan, mereka mengatakan masih sibuk menjalankan program vaksinasi sehingga belum dapat menentukan jadwal untuk mengadakan lokmin tribulanan untuk tahun 2022.



*Saat ini di puskesmas untuk tenaga kesehatan lagi sibuk-sibuknya menangani pasien, orang yang divaksinasi tahap booster pertama, lagi ramai-ramainya, jadi rata-rata tenaga tenaga kesehatan di puskesmas itu sementara dalam penanganan vaksinasi booster pertama untuk masyarakat yang ada di wilayah kerja.*

**- Puskesmas di Provinsi Maluku Utara -**

#### 4. Kendala pelaksanaan lokakarya mini tribulanan



**Gambar 5.** Kendala pelaksanaan lokakarya mini tribulanan

Gambar 5 menunjukkan perbandingan seluruh puskesmas yang melakukan lokakarya mini tribulanan pada periode tahun 2020-2021 dan 2022. Sejalan dengan pelaksanaan lokakarya mini bulanan, hasil survei menunjukkan bahwa kendala terbesar pelaksanaan lokakarya mini tribulanan saat pandemi *Alpha* dan *Delta* tahun 2020–2021, sama seperti lokmin bulanan, yaitu sumber daya manusia (33,93%), jaringan internet (13%), dan ketersediaan waktu (12,07%). Namun saat pandemi gelombang *Omicron* di tahun 2022, mayoritas (86,98%) puskesmas di Indonesia sudah tidak memiliki kendala dalam pelaksanaan lokakarya tribulanan.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam masih terdapat wilayah yang terkendala dalam melaksanakan lokakarya tribulanan. Contohnya adalah puskesmas di Provinsi Papua Barat, yang menyatakan bahwa puskesmasnya tidak bisa melaksanakan lokakarya mini tribulanan, dikarenakan keterbatasan anggaran sementara anggaran baru datang setiap enam bulan sekali, sehingga mereka hanya melaksanakan lokakarya setiap enam bulan. Pelaksanaan lokakarya enam bulanan ini dilakukan sejak sebelum pandemi, dikarenakan anggaran yang didapatkan dari pemerintah kabupaten yang terbatas. Selain itu, lokmin tersebut juga dilaksanakan secara tatap muka setiap enam bulan. Lokmin lintas sektor tidak dilaksanakan secara daring melalui perangkat lain dikarenakan keterbatasan pengetahuan dan keterampilan menggunakan perangkat tersebut, seperti disampaikan pada data berikut:



*Kalau lintas sektor itu per enam bulan, kita tidak bikin tiga bulanan karena disesuaikan dengan anggaran dari kabupaten. Kita mengundang orang dari luar kan otomatis butuh anggaran. Sebenarnya tiga bulanan, kita buatnya jadi enam bulanan karena memang anggarannya dari kabupaten itu per enam bulan, Bu.*

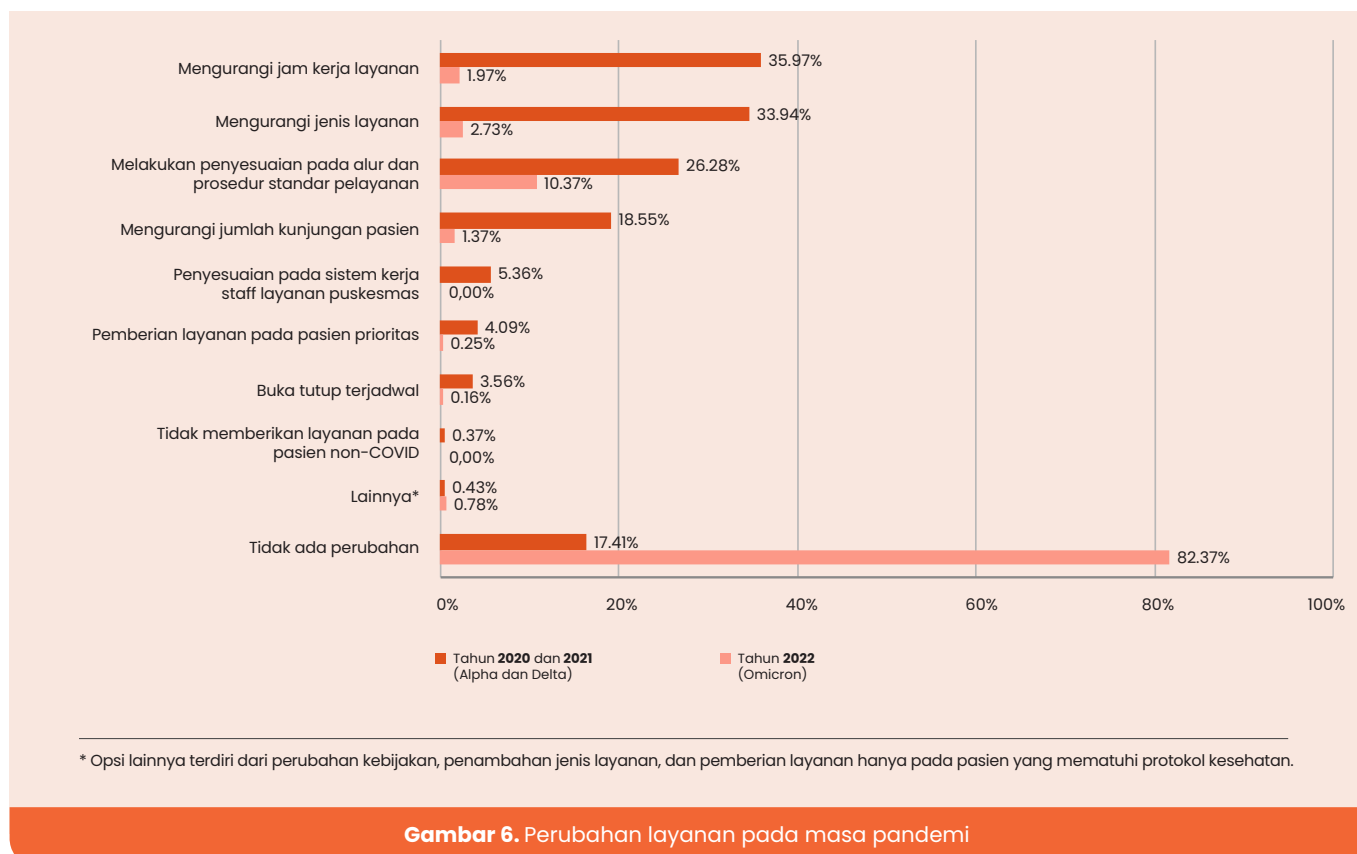
**- Puskesmas di Provinsi Papua Barat -**



Terkait via Zoom, kita tidak bisa bikin Zoom.  
- Puskesmas di Provinsi Papua Barat -

## D. Upaya Mempertahankan Akses ke Layanan Kesehatan

### 1. Perubahan layanan pada masa pandemi



Gambar 6 menunjukkan bahwa saat pandemi *Alpha-Delta* (tahun 2020–2021), puskesmas melakukan perubahan layanan diantaranya dengan mengurangi jam kerja (35,97%) dan jenis layanan (33,94%). Kedua perubahan tersebut merupakan perubahan layanan yang paling banyak dilakukan oleh puskesmas. Sebanyak 26,28% puskesmas juga melakukan penyesuaian pada alur dan prosedur standar pelayanan seperti penerapan protokol kesehatan ketat, penggunaan APD, dan skrining awal pada pasien. Di sisi lain, terdapat 17,41% puskesmas yang tidak mengalami perubahan layanan di puskesmasnya yang mayoritas berada di Provinsi Kalimantan Tengah, Bali, dan Gorontalo. Tidak adanya perubahan pada prosedur layanan diterapkan karena jumlah kasus COVID-19 yang relatif rendah serta jumlah pasien yang secara umum masih sedikit. Di sisi lain, adanya jumlah tenaga kesehatan dari mereka dirasa cukup untuk memberikan layanan saat pandemi. Meskipun demikian, semua puskesmas tetap menerapkan protokol kesehatan 5M di gedung puskesmas, serta melaksanakan skrining untuk semua pasien yang datang.



Setiap yang berkunjung itu tetap wajib menjaga, memakai masker, cuci tangan, tetap jaga jarak, kami juga ikut apa namanya halo-halo di desa.

**- Puskesmas di Provinsi Aceh -**

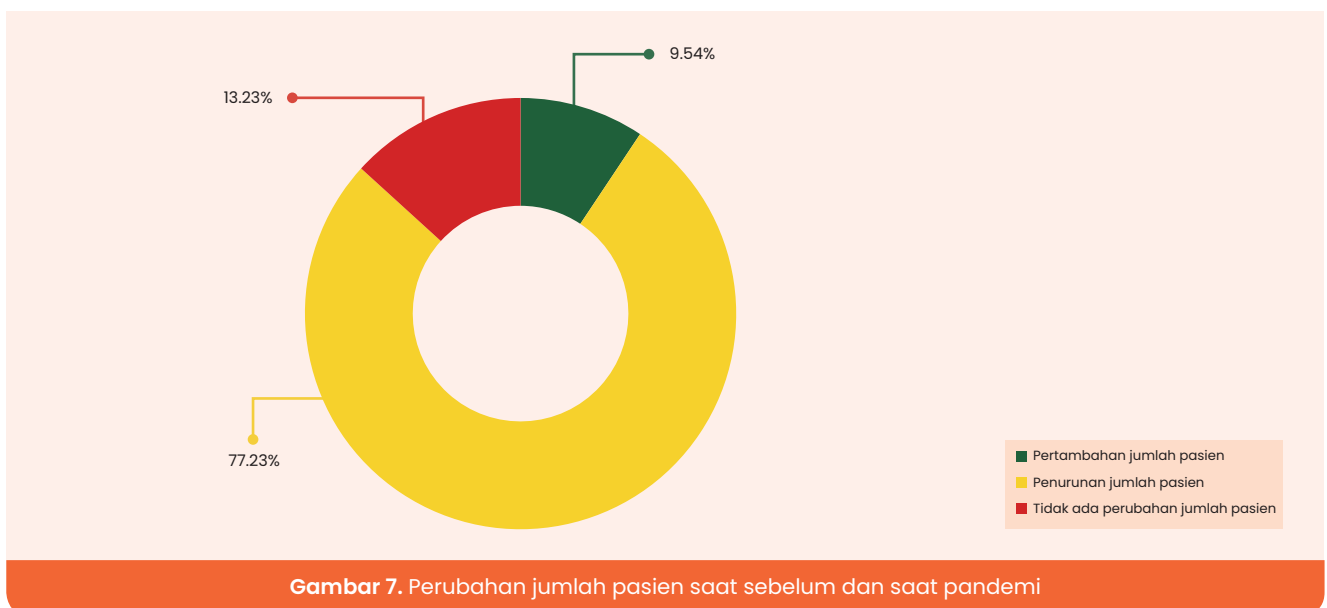


Tetap kami laksanakan dengan skrining yang ketat, sekarang kan sudah kami minta, semua masyarakat yang masuk di puskesmas kami skrining.

**- Puskesmas di Provinsi Nusa Tenggara Barat -**

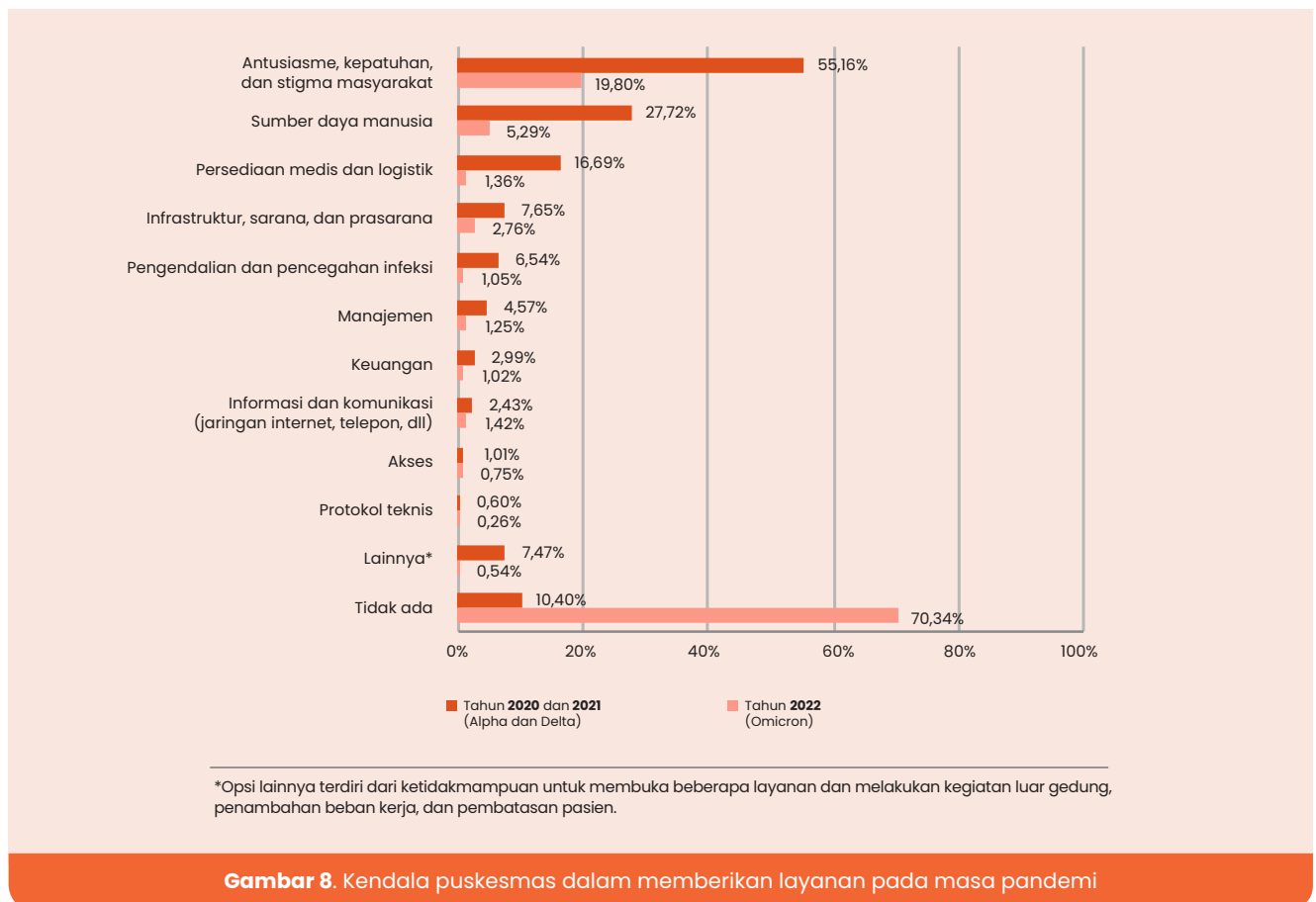
Pada tahun 2022, hasil survei menunjukkan bahwa mayoritas (82,37%) puskesmas di Indonesia sudah tidak melakukan perubahan layanan. Sisanya di sebagian puskesmas masih melakukan penyesuaian pada alur dan prosedur standar pelayanan (10,37%), jenis layanan (2,73%), dan pengurangan jam kerja (1,97%).

## 2. Perubahan jumlah pasien sebelum dan saat pandemi



Gambar 7 memperlihatkan bahwa mayoritas puskesmas mengalami perubahan jumlah pasien bila dibandingkan sebelum dan selama pandemi. Sebesar 77,23% puskesmas mengalami penurunan jumlah pasien dan 9,54% puskesmas lainnya mengalami kenaikan jumlah pasien. Penurunan jumlah pasien saat pandemi kemungkinan disebabkan oleh beberapa hal, seperti peraturan pembatasan sosial, pengurangan jenis pasien rutin untuk menunda kunjungan ke puskesmas jika dalam keadaan tidak mendesak, atau bahkan ketakutan dari masyarakat untuk melakukan kunjungan ke layanan kesehatan primer. Pasien yang memerlukan kunjungan rutin di masa pandemi ada yang memilih menunda kunjungan karena takut terinfeksi COVID-19 mengingat keterbatasan bentuk layanan yang aman. Sebaliknya, di tahun 2022 pun terdapat 9,54% puskesmas yang mengalami kenaikan jumlah pasien jika dibandingkan dua tahun sebelumnya yang sempat menurun. Kondisi ini menunjukkan adanya perubahan utilisasi masyarakat akan layanan kesehatan esensial setelah kasus pandemi mulai terkendali.

### 3. Kendala puskesmas dalam memberikan layanan pada masa pandemi



Hasil survei menunjukkan bahwa saat pandemi *Alpha-Delta* (tahun 2020–2021), kendala utama yang dirasakan puskesmas di Indonesia dalam memberikan layanan adalah antusiasme dan stigma masyarakat, termasuk ketidakpatuhan masyarakat atau pasien puskesmas dalam menjalankan protokol kesehatan (Gambar 8). Responden menyatakan bahwa ketidakpatuhan ini juga disebabkan karena kurangnya pemahaman masyarakat terkait COVID-19 beserta penanganannya. Hal ini terlihat dari lebih dari setengah (55,16%) puskesmas di Indonesia merasakan kendala ini. Kendala lainnya yang memiliki proporsi cukup signifikan adalah keterbatasan sumber daya manusia (27,72%), juga persediaan medis dan logistik (16,69%).

Sedangkan pada tahun 2022, hasil survei menyatakan bahwa 70,34% puskesmas sudah tidak memiliki kendala dalam pemberian layanan kesehatan. Namun, antusiasme dan kepatuhan masyarakat tetap menjadi tantangan di sekitar 19,80% puskesmas di Indonesia, terutama di Provinsi Aceh, Kep. Bangka Belitung, Kalimantan Selatan, dan Sulawesi Tenggara.

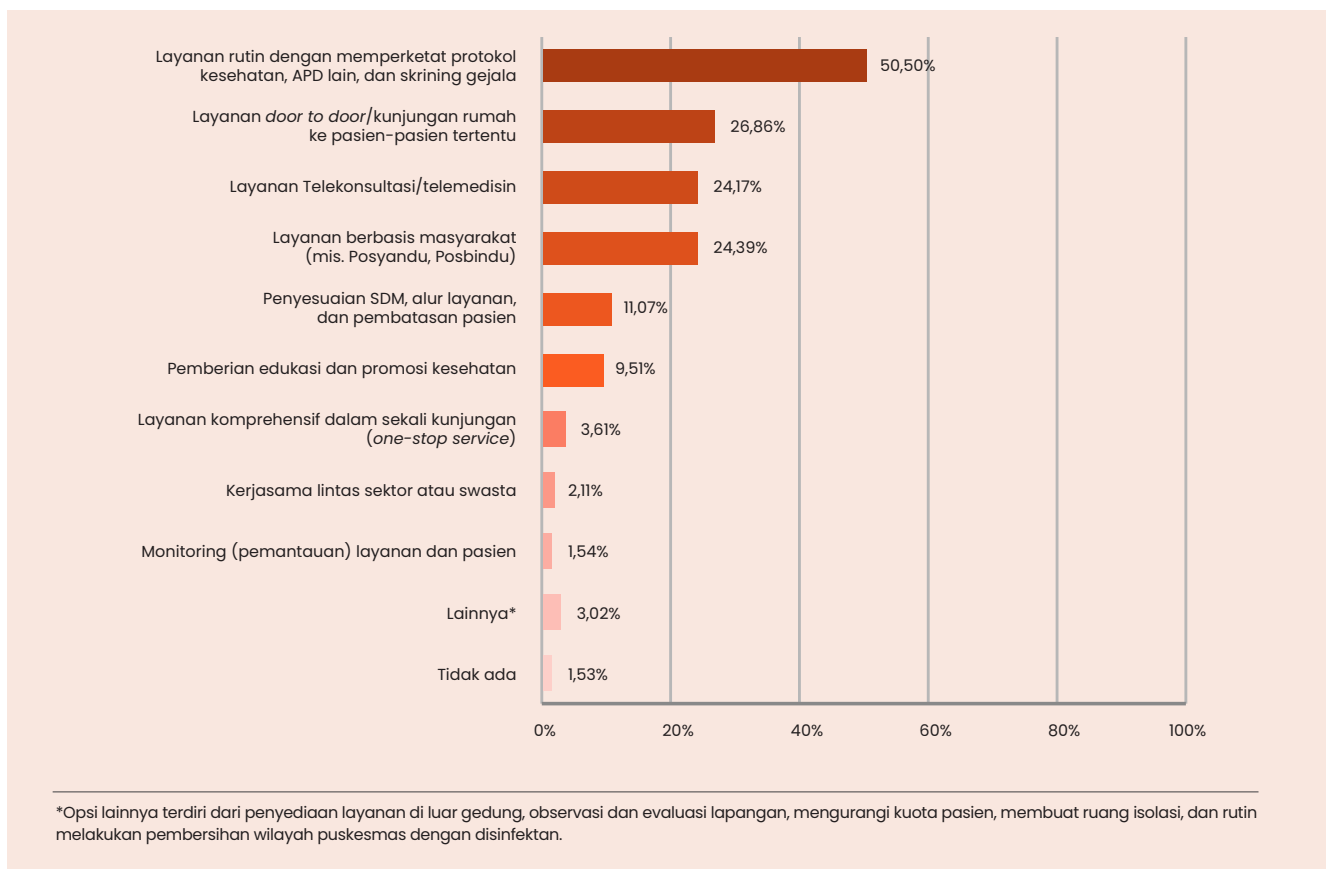
Berdasarkan hasil wawancara dengan salah satu petugas puskesmas di wilayah Aceh Timur mengatakan bahwa, kunjungan pasien di puskesmas menurun drastis selama pandemi COVID-19. Selain itu, antusiasme warga untuk melakukan vaksinasi juga minim, hal ini menjadi salah satu faktor berkurangnya angka kunjungan ke puskesmas.



*Dampaknya selama COVID-19 ya namanya tuh kalau di masyarakatnya kami kunjungannya total berkurang, karena di satu sisi kan kita mengadakan vaksinasi nih untuk masyarakat jadi kebanyakan masyarakatnya itu ada yang mau ada yang tidak, jadi kadang kami harus jemput bola. Hari-hari pasiennya berkunjung, itu memang berkurang, kadang sehari kadang-kadang sampai 60 yang biasanya, kalau ini 20 orang 15 orang cuma yang datang.*

**- Puskesmas di Provinsi Aceh Timur -**

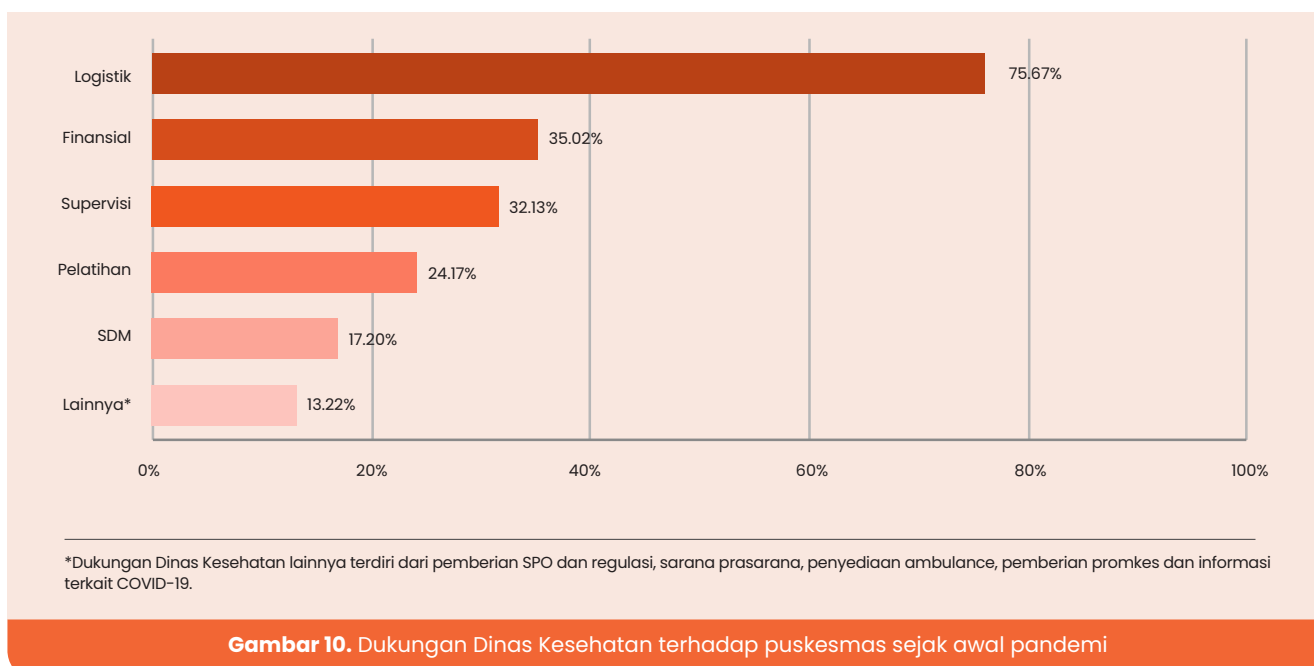
#### 4. Upaya puskesmas untuk memastikan layanan tetap berjalan



**Gambar 9.** Upaya puskesmas untuk memastikan layanan tetap berjalan

Berbagai upaya dilakukan puskesmas untuk memastikan layanan tetap berjalan selama masa pandemi COVID-19 (Gambar 9). Paling banyak, yaitu sebesar 50,50% puskesmas dengan tetap melakukan layanan rutin namun memperketat protokol kesehatan, pemakaian APD, dan skrining gejala. Upaya terbanyak berikutnya yang dilakukan puskesmas di Indonesia adalah melakukan upaya *door-to-door* atau kunjungan ke rumah pasien (26,86%) dan menggunakan layanan telekonsultasi atau telemedisin (24,17%). Upaya secara luring yang dilakukan merupakan upaya penjangkauan di luar gedung, di mana penyedia layanan kesehatan mendatangi masyarakat untuk memberikan kebutuhan mereka. Sedangkan upaya secara daring yang diberikan adalah telekonsultasi, sehingga penyedia layanan dapat dengan mudah diakses oleh masyarakat. Pemanfaatan telekonsultasi menunjukkan bahwa inovasi dan pemanfaatan teknologi pada layanan kesehatan diperlukan, terutama dalam masa krisis, ketika masyarakat tidak dapat melakukan kunjungan secara tatap muka di layanan kesehatan.

## 5. Dukungan Dinas Kesehatan terhadap puskesmas dari awal pandemi COVID-19



Banyak puskesmas yang dalam menjalankan pelayanan pada masa pandemi mendapat dukungan dari dinas kesehatan. Gambar 10 menjelaskan hasil survei pada aspek logistik, sebesar 75,67% puskesmas di Indonesia mendapat dukungan logistik dari dinas kesehatan. Dukungan finansial, supervisi, dan SDM hanya diterima oleh secara berturut-turut 35,02%, 32,13%, dan 24,17% puskesmas yang menjadi responden dalam penelitian ini. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dari petugas puskesmas di Provinsi Sulawesi Barat, pemerintah daerah setempat kurang memberikan dukungan dalam bentuk pembinaan dan pelatihan, seperti program pelatihan mengenai PPI yang kemungkinan disebabkan oleh keterbatasan anggaran. Mereka mengharapkan agar pemerintah memperbanyak program pembinaan kepada tenaga kesehatan di puskesmas.



*Untuk yang 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 -**

Selain itu, dari aspek SDM, puskesmas mengeluhkan adanya kekurangan SDM, terutama di masa kenaikan kasus. Hasil dari wawancara dengan salah seorang pegawai puskesmas di Provinsi Maluku mengungkapkan bahwa puskesmas kekurangan tenaga kesehatan dan berharap agar pemerintah menambah kuota SDM di puskesmas tempat mereka bekerja.



*"Untuk kuotanya (jumlah tenaga kesehatan) itu kalau bisa ditambah lah, soalnya puskesmas di wilayah kami pegawainya kurang juga."*

**- Puskesmas di Provinsi Maluku -**



Sedikit berbeda dari di puskesmas di Provinsi Jambi, salah seorang pegawai mengungkapkan adanya kekurangan tenaga kesehatan di lapangan karena wilayah cakupan yang cukup luas, namun telah terbantu oleh kader. Selain itu, mereka juga kekurangan tenaga di bagian keuangan dan IT. Sedangkan untuk tenaga kesehatan pelayanan di dalam puskesmas seperti dokter, bidan, perawat, dan apoteker, sudah banyak dan lengkap.



*SDM-nya terutama yang ke lapangan itu memang kurang banget dan kita memang sangat dibantu oleh kader... ahli gizi satu, wilayah cakupan luas. Tapi yang lain-lain alhamdulillah, dokternya sudah banyak, sudah punya apoteker, sudah punya ners, bidannya juga sudah S1. Barangkali juga keuangan, IT, nggak ada di puskesmas itu IT.*

**- Puskesmas di Provinsi Jambi -**

Mengenai aspek finansial, berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan pegawai puskesmas, sebagian mengeluhkan adanya keterbatasan anggaran untuk program. Seperti yang diungkapkan oleh pegawai puskesmas di Provinsi Papua Barat, Puskesmas tersebut memang tidak memerlukan anggaran yang cukup banyak untuk program penanganan COVID-19, namun untuk program lainnya yang sifatnya prioritas seperti pemberantasan *stunting*, masih minim dukungan anggaran dana dari pihak desa maupun dinas kesehatan. Selain itu, pegawai puskesmas juga berharap adanya dukungan anggaran untuk program kesehatan prioritas dari dinas kesehatan maupun Kementerian Kesehatan, selain dana untuk BPJS dan BOK.



*Dukungan dari distrik, kita mau mereka mendukung kita terkait kesehatan, contohnya untuk pencegahan stunting-nya untuk memberi dukungan. Ada yang memang tidak mendukung sama sekali, program kan butuh dukungan (anggaran) juga, padahal di daerahnya kasusnya (stunting) banyak.*

**- Puskesmas di Provinsi Papua Barat -**



*Kalau anggaran puskesmas kan biasanya melalui dinas kesehatan, dananya tidak pernah dipotong, tapi itu kan disesuaikan dengan pagu anggaran dari Kementerian Kesehatan, tidak ada anggaran-anggaran dukungan yang lain untuk ke puskesmas, selain untuk BOK dan BPJS.*

**- Puskesmas di Provinsi Papua Barat -**

Pada aspek dukungan finansial secara personal untuk tenaga kesehatan, berdasarkan hasil FGD dengan dinas kesehatan kabupaten/kota, pegawai yang meninggal mendapatkan santunan dari Kementerian Kesehatan dan dari pemerintah daerah. Sebagaimana yang sudah dilakukan oleh salah satu dinas kesehatan di Provinsi Papua Barat, apabila ada tenaga kesehatan yang meninggal, akan di-*input* datanya ke dalam *e-nakes* agar mendapat santunan dari Kementerian Kesehatan.



*Kalau ketika ada nakes yang sakit terutama yang meninggal sih kami masukkan ke aplikasi yang e-nakes untuk dapat santunan langsung dari kementerian untuk santunan kematian.*

**- Dinas Kesehatan di Provinsi Papua Barat -**

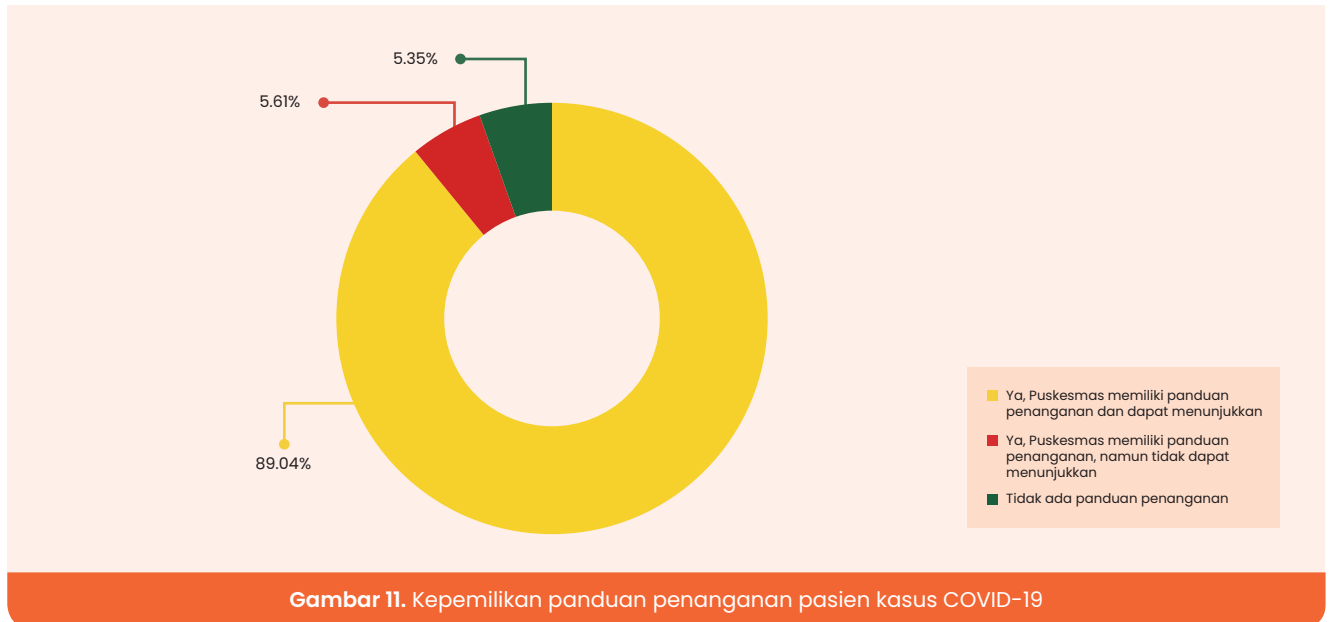


*Iya jadi kalau misalkan nakes atau kader ya memang walaupun tidak ada perlakuan khusus tapi memang kita kan mengusahakan tempat isolasi yang terbaik lah, dan untuk yang meninggal memang ada insentif juga, santunan kematian. Kemarin terakhir yang kader itu 1 orang 42 juta sekitar segitu.*

**- Dinas Kesehatan di Provinsi Banten -**

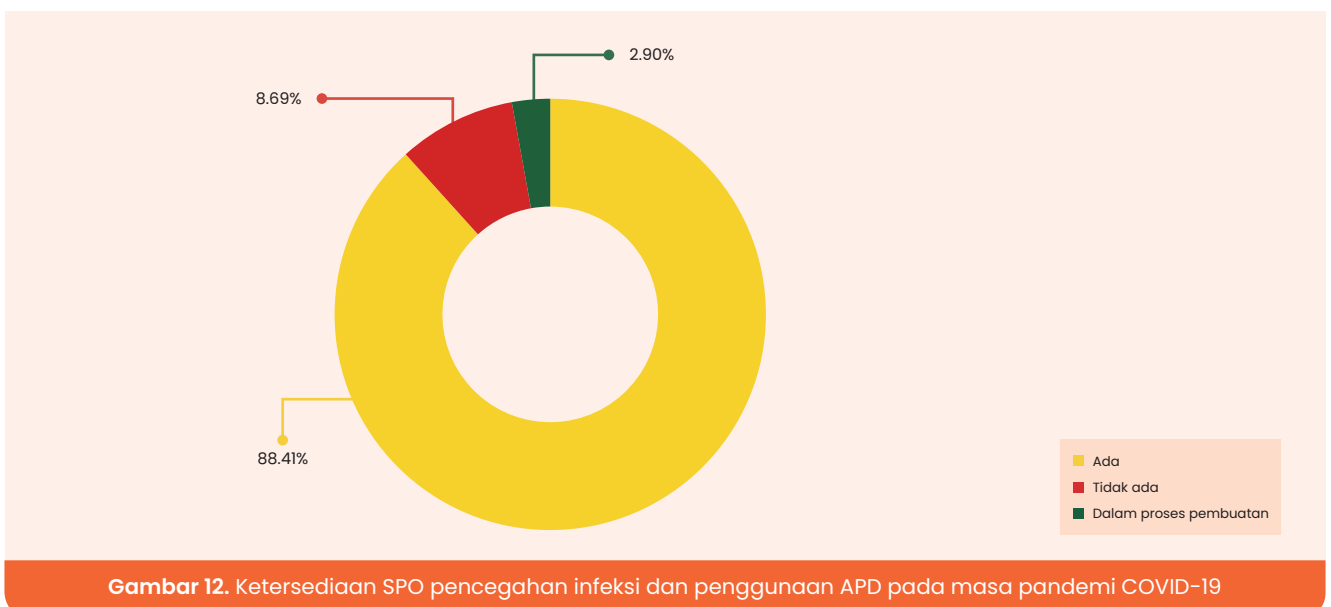
## E. Gambaran Prosedur Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dan Ketersediaan Alat Pelindung Diri (APD) di Puskesmas selama Pandemi

### 1. Kepemilikan panduan penanganan pasien kasus COVID-19



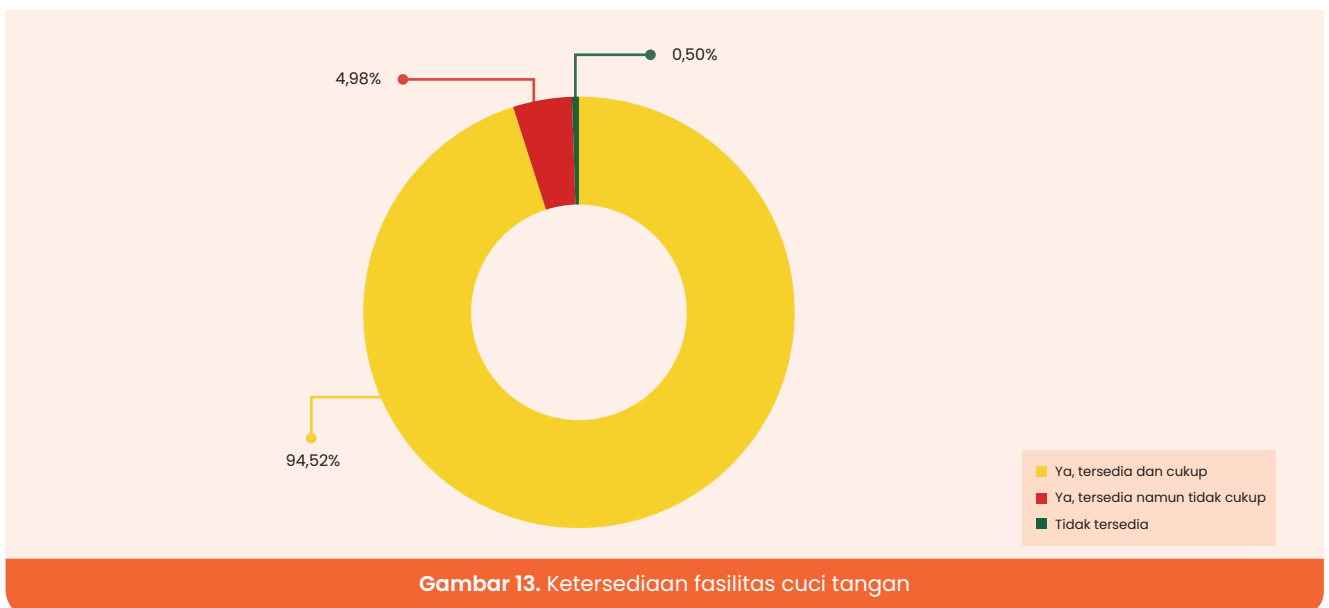
Pada aspek manajemen puskesmas pada masa pandemi COVID-19, hasil survei yang ditunjukkan pada Gambar 11 menjelaskan bahwa sebagian besar (89,04%) puskesmas di Indonesia menyatakan memiliki panduan penanganan pasien kasus COVID-19 dan dapat menunjukkan buktinya. Akan tetapi, masih terdapat sebagian kecil (5,35%) puskesmas yang tidak memiliki panduan tersebut, dimana puskesmas tersebut paling banyak berada di Provinsi Sumatera Utara dan Kepulauan Bangka Belitung. Panduan tersebut menjadi dasar penting yang berisi petunjuk dan langkah-langkah yang dibutuhkan oleh puskesmas untuk melakukan penanganan pasien kasus COVID-19.

### 2. Ketersediaan SPO pencegahan infeksi dan penggunaan APD pada masa pandemi COVID-19



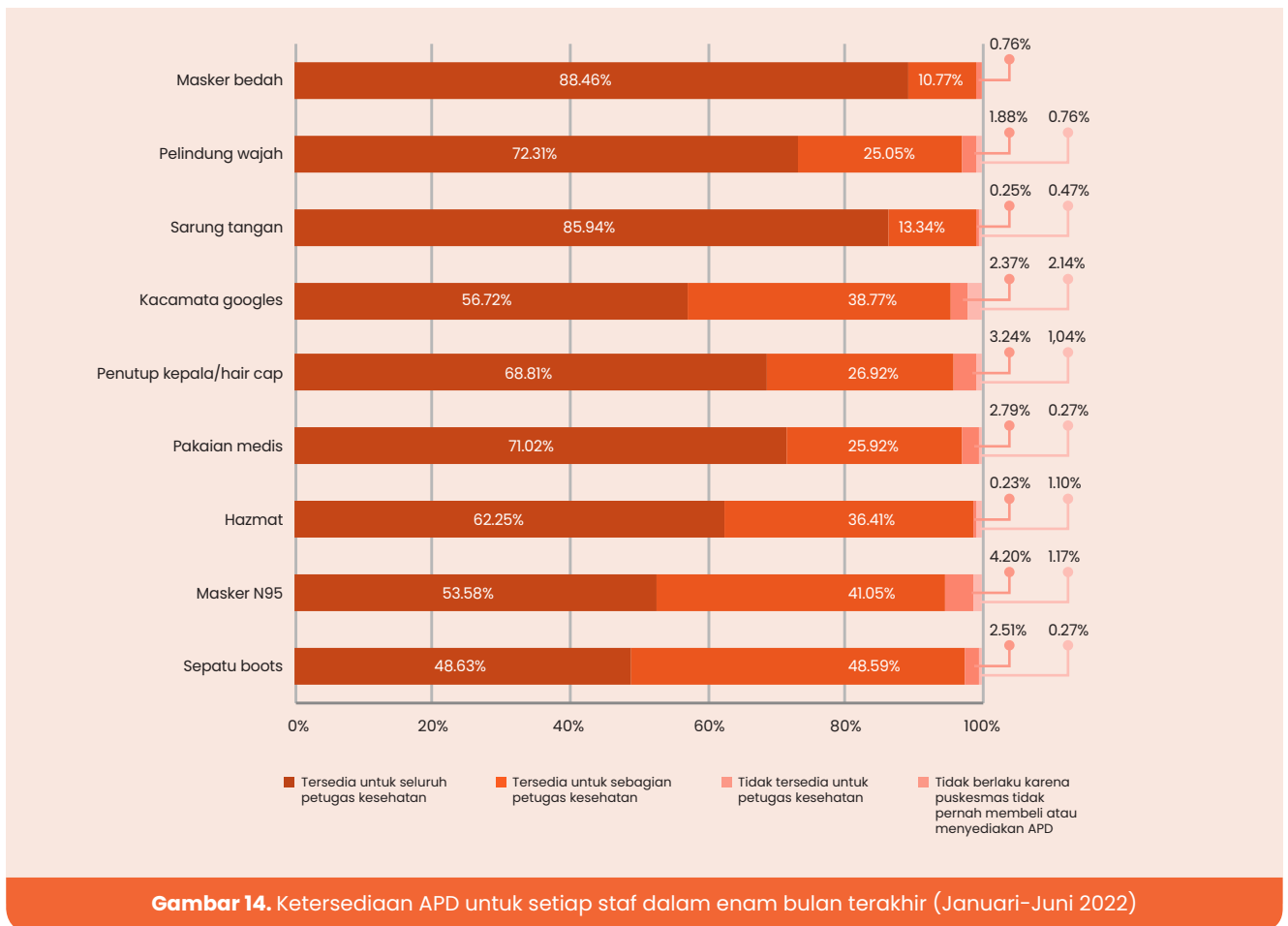
Pada aspek PPI dan APD, hasil survei menunjukkan bahwa meskipun sebagian besar (88,41%) puskesmas di Indonesia telah memiliki SPO terkait PPI dan APD (Gambar 12), namun masih terdapat 8,69% puskesmas yang masih tidak memiliki SPO tersebut. Puskesmas yang belum memiliki SPO tersebut berada di provinsi Kepulauan Bangka Belitung, Kalimantan Barat, Sulawesi Barat, dan Maluku. Keberadaan SPO layanan diperlukan dalam memberikan layanan klinis sesuai dengan kebutuhan dan masalah kesehatan yang dialami oleh pasien di masa pandemi. Standar di masing-masing puskesmas atau di kabupaten/kota berbeda-beda, yang disesuaikan dengan kondisi puskesmas. Tidak adanya SPO kemungkinan disebabkan karena puskesmas tersebut mengadopsi petunjuk teknis terkait pencegahan infeksi dan pemanfaatan APD yang dikeluarkan oleh pemerintah pusat.

### 3. Ketersediaan fasilitas cuci tangan



Hasil survei pada Gambar 13 menunjukkan bahwa 94,52% puskesmas menyatakan ketersediaan dan kecukupan fasilitas cuci tangan. Namun, terdapat 4,98% puskesmas yang menyatakan walaupun tersedia fasilitas cuci tangan namun tidak cukup, bahkan masih ada 0,5% puskesmas yang menyatakan tidak tersedia fasilitas cuci tangan di puskesmas. Salah satu upaya pencegahan penting infeksi COVID-19 adalah melakukan cuci tangan. Kurangnya fasilitas cuci tangan atau bahkan tidak tersedianya fasilitas tersebut dapat menjadi faktor meningkatnya risiko infeksi.

#### 4. Ketersediaan APD untuk setiap staf yang memerlukan sesuai dengan pedoman yang berlaku



**Gambar 14.** Ketersediaan APD untuk setiap staf dalam enam bulan terakhir (Januari–Juni 2022)

Secara umum, hasil survei menunjukkan bahwa mayoritas puskesmas di Indonesia telah mampu menyediakan berbagai APD yang diperlukan saat pandemi COVID-19 untuk sebagian maupun seluruh petugas kesehatan mereka (Gambar 14). Perwakilan puskesmas menyatakan bahwa masker bedah (88,46%), sarung tangan (85,94%), pelindung wajah (72,31%), dan pakaian medis (71,02%) tersedia untuk seluruh tenaga kesehatan. Disisi lain, beberapa APD seperti kacamata *goggle*, masker N95, pelindung wajah, *hair cap*, dan hazmat tidak tersedia di antara 1,88% sampai dengan 4,20% puskesmas di Indonesia.

Berdasarkan wawancara mendalam pada puskesmas yang memiliki keterbatasan APD tersebut, hal ini dikarenakan dalam 6 bulan terakhir (Januari-Juni 2022) terdapat pemotongan anggaran COVID-19. Menurut informan, pemotongan tersebut dikarenakan saat ini sudah memasuki status endemi. Oleh karena itu, terdapat pembatasan pemberian APD untuk setiap staf, seperti APD khusus selain masker bedah dan sarung tangan.

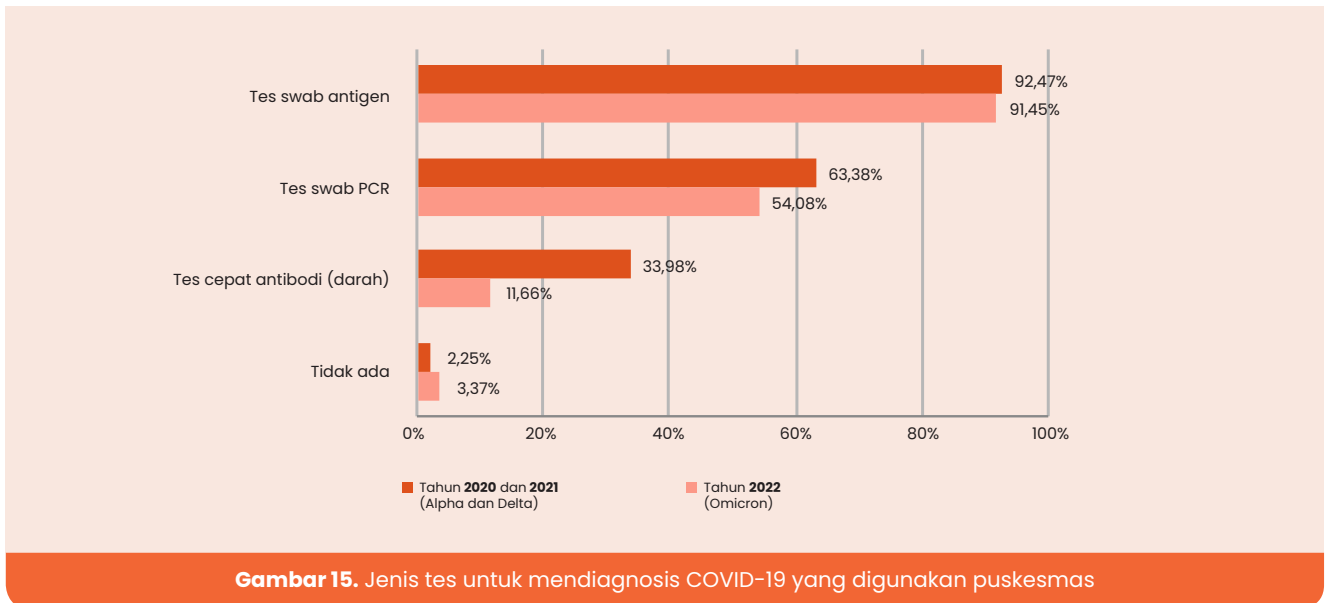


*Pengurangan pemberian ya, dibanding tahun 2021 ya, jadi kami sekarang maskernya cuma boleh satu per hari, kalau sebelumnya kan boleh tuh enam jam ganti dua kali dapat, sekarang nggak, karena pun mereka sudah nggak bisa belanja untuk endemi.*

**- Puskesmas di Provinsi Riau -**

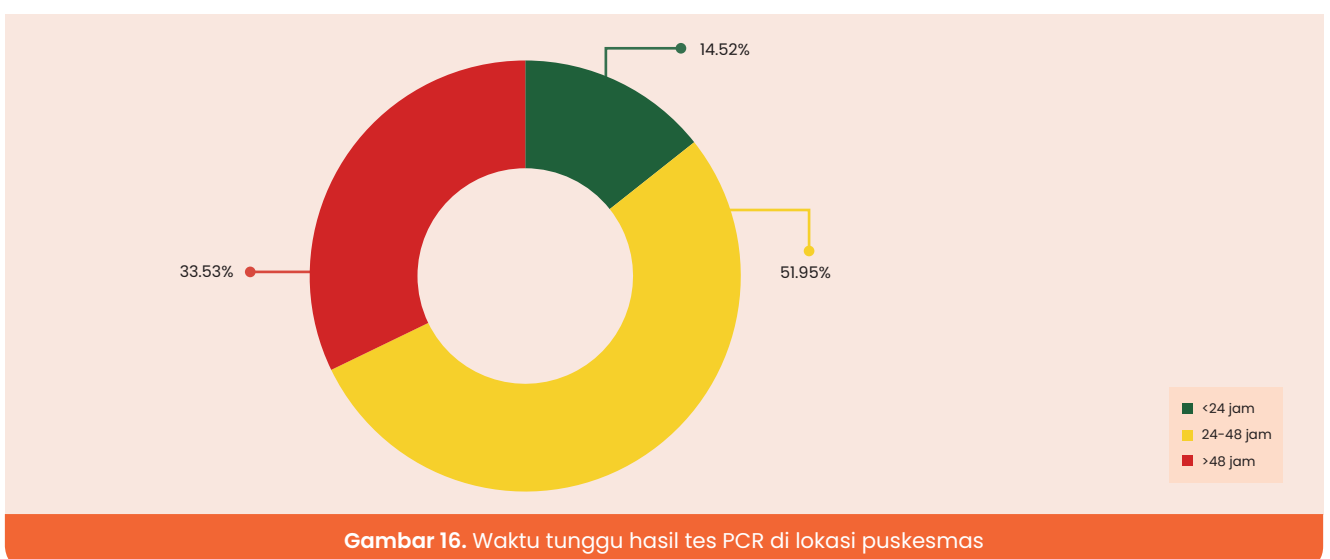
## F. Respons Puskesmas pada Masa Pandemi COVID-19

### 1. Jenis tes untuk mendiagnosis COVID-19 (testing)



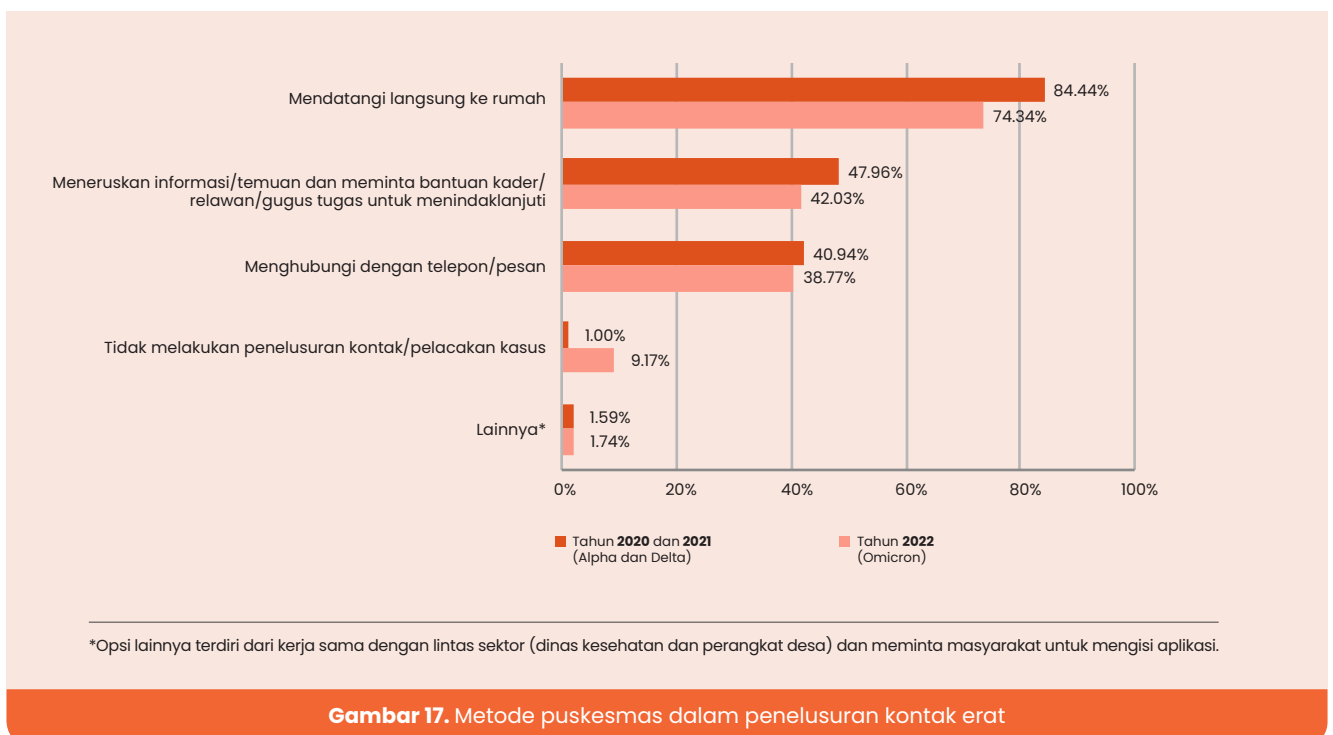
Hasil survei pada Gambar 15 menunjukkan bahwa pada saat pandemi *Alpha* dan *Delta* (tahun 2020–2021), tes swab antigen menjadi jenis tes yang paling banyak digunakan oleh lebih dari 90% puskesmas di Indonesia, diikuti dengan tes *polymerase chain reaction* (PCR) dan tes cepat antibodi. Serupa pada tahun 2022, mayoritas puskesmas di Indonesia juga masih menggunakan tes antigen, diikuti dengan tes PCR dan tes cepat antibodi, dengan penurunan drastis pada tes PCR dan tes cepat antibodi di tahun 2022 dibandingkan tahun 2020–2021. Mayoritas penggunaan alat tes diagnostik antigen di puskesmas karena akses dan kecepatan pemeriksaan *Nucleic Acid Amplification Test* (NAAT), dengan waktu pengiriman dan waktu tunggu >24 jam. Sedangkan untuk PCR meskipun merupakan standar dengan akurasi terbaik, ketersediaan alat terbatas, cenderung lebih mahal, dan membutuhkan waktu lebih panjang untuk menunjukkan hasil tes.

### 2. Waktu tunggu hasil diagnosis tes PCR di lokasi puskesmas



Dari puskesmas yang menggunakan tes PCR untuk mendiagnosis COVID-19 menunjukkan bahwa lama waktu yang dibutuhkan hingga didapatkan hasil tes PCR bervariasi di setiap daerah, tergantung ketersediaan alat dan tenaga, jumlah kasus, serta akses ke laboratorium yang memadai. Hasil survei pada Gambar 16 menunjukkan lebih dari 80% puskesmas mengalami waktu tunggu hasil tes PCR >24 jam. Sebesar 51,95% puskesmas membutuhkan waktu 24–48 jam hingga hasil tes PCR diterima. Sedangkan waktu tunggu hasil tes PCR kurang dari 24 jam hanya dialami oleh 14,52% puskesmas.

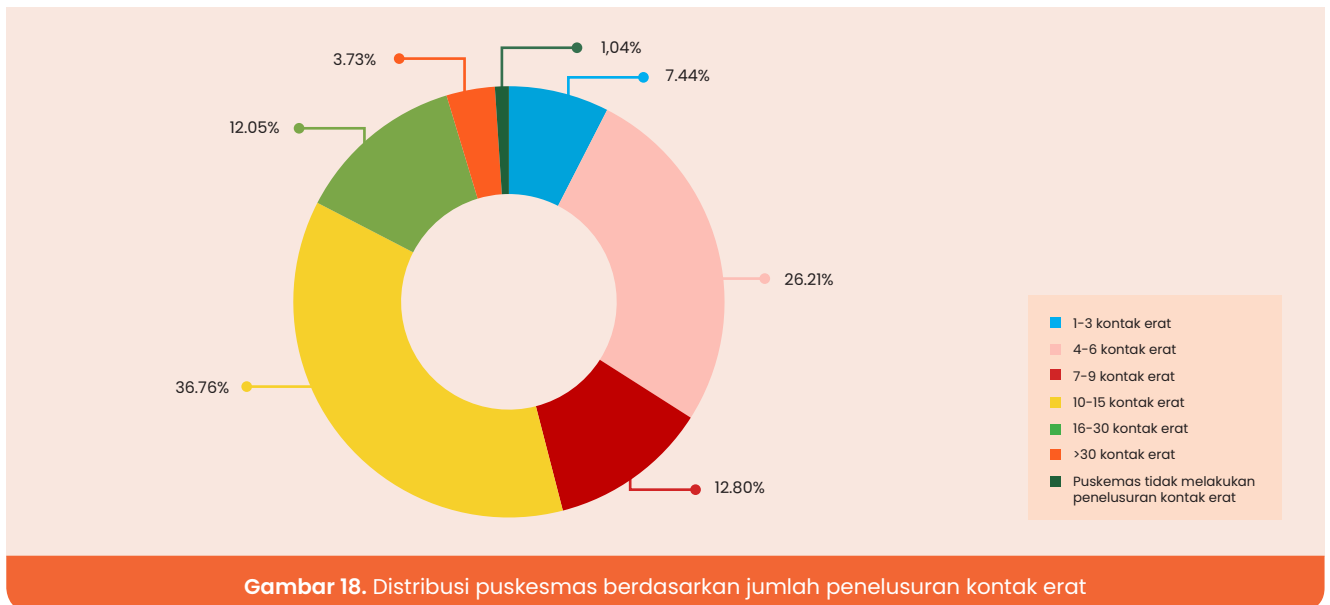
### 3. Metode penelusuran kontak erat (*tracing*)



**Gambar 17.** Metode puskesmas dalam penelusuran kontak erat

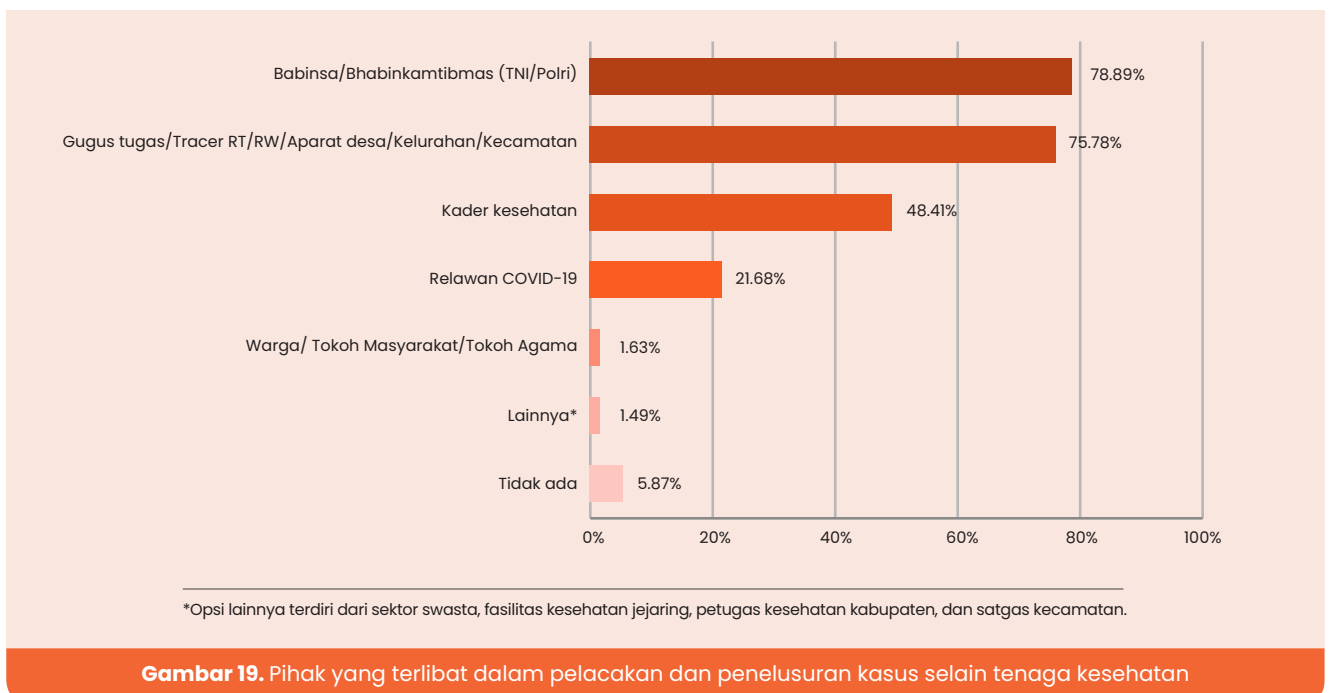
Saat pandemi gelombang *Alpha* dan *Delta* (tahun 2020–2021) serta gelombang *Omicron* (tahun 2022), penelusuran kontak dilakukan dengan beberapa cara, seperti dengan mendatangi langsung ke rumah pasien, meneruskan informasi atau temuan dan meminta bantuan kader atau gugus tugas untuk menindaklanjuti, serta menghubungi pasien dengan telepon atau pesan. Akan tetapi, pada tahun 2022, hasil survei menunjukkan bahwa puskesmas yang tidak melakukan penelusuran kontak erat cenderung bertambah secara signifikan menjadi sebesar 9,17% dari 1% di tahun 2020–2021 (1%). Lihat Gambar 17. Temuan ini sejalan dengan penurunan upaya respon lainnya.

#### 4. Jumlah kontak erat yang ditelusuri oleh puskesmas dari pasien terkonfirmasi positif



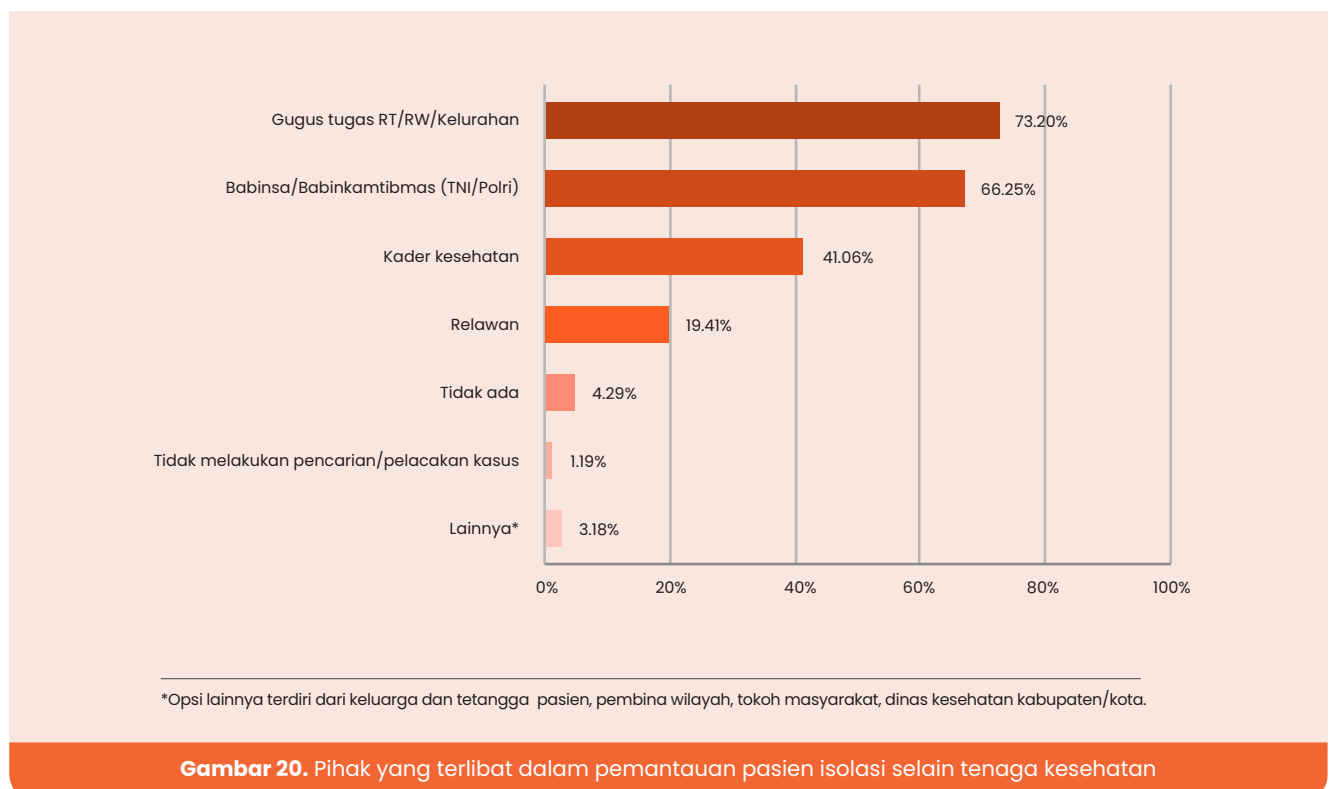
Terkait dengan penelusuran kontak erat, hasil survei (Gambar 18) menunjukkan bahwa jumlah kontak erat yang ditelusuri oleh puskesmas dari pasien yang terkonfirmasi positif bervariasi. Sebanyak 36,76% puskesmas menyatakan jumlah kontak erat yang ditelusuri dalam enam bulan terakhir (Januari-Juni 2022) di wilayah kerja mereka sebanyak 10-15 orang untuk setiap satu kasus terkonfirmasi. Sedangkan paling sedikit puskesmas, sebesar 3,73% yang melakukan penelusuran kontak erat sejumlah lebih dari 30 orang untuk setiap kasus yang ditemukan.

#### 5. Pihak yang terlibat dalam pelacakan dan penelusuran kontak erat selain tenaga kesehatan



Pada aspek pelacakan dan penelusuran kasus (Gambar 19), hasil survei menunjukkan bahwa 75,78% puskesmas di Indonesia melibatkan TNI/ Polri. Kemudian, 78,89% puskesmas yang menjadi responden juga melibatkan gugus tugas, *tracer*, RT/RW, serta aparat desa/kelurahan/kecamatan. Kader kesehatan juga disebutkan menjadi bagian dari tim penelusuran kontak erat yang dilakukan oleh 48,54% puskesmas. Berdasarkan data pada gambar 20 mengenai kemampuan pelacakan kasus di wilayah kerja suatu puskesmas, penelusuran kasus lebih dari 15 orang tersebut kemungkinan disebabkan karena adanya bantuan dari pihak-pihak tenaga non-kesehatan.

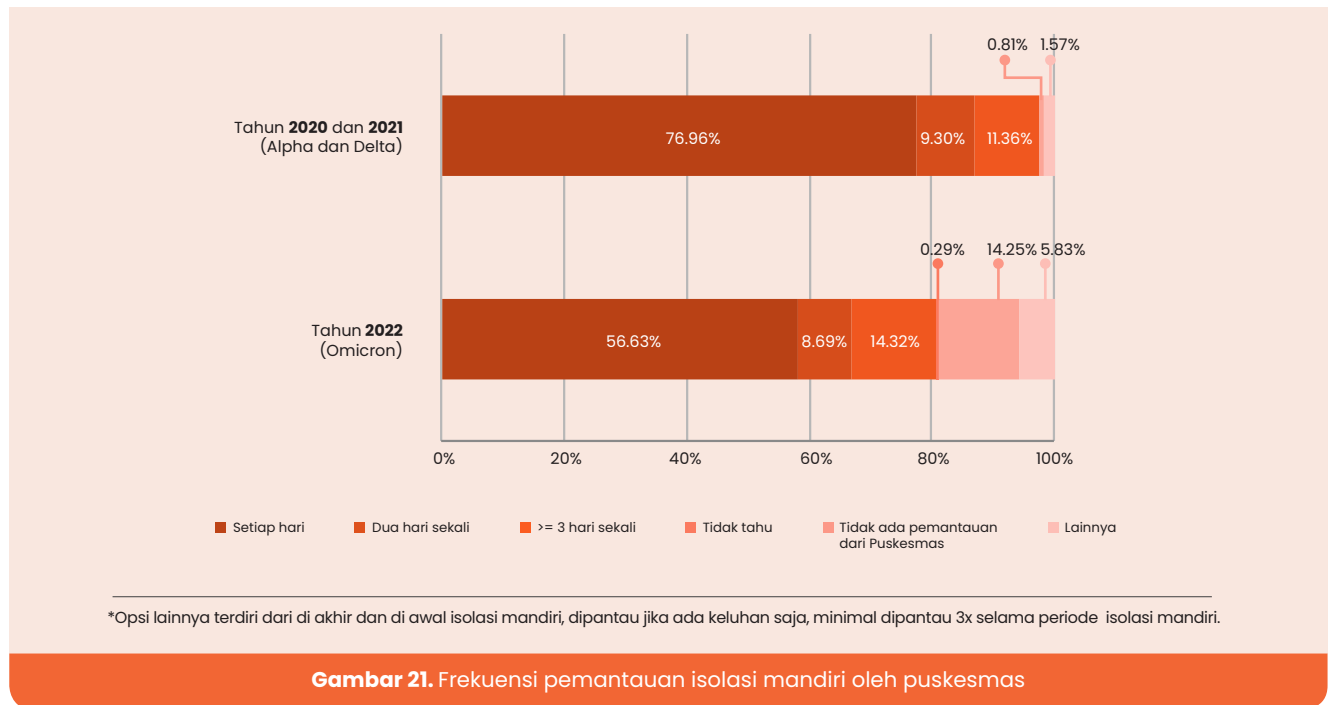
## 6. Pihak yang terlibat dalam pemantauan pasien isolasi selain tenaga kesehatan



Data pada Gambar 20 terbatas pada puskesmas yang memiliki *shelter* di wilayah kerjanya, yang menunjukkan hasil bahwa selain oleh tenaga kesehatan, puskesmas melibatkan pihak lain dalam pemantauan pasien isolasi. Hasil survei menunjukkan bahwa paling banyak puskesmas menyatakan melibatkan gugus tugas RT/RW/ kelurahan (73,20%), TNI/Polri (66,25%), serta kader kesehatan (41,6%) dalam pemantauan pasien. Pemantauan pasien isolasi di *shelter* juga didukung oleh tenaga non-kesehatan yang sama dengan tenaga yang melakukan pelacakan kasus COVID-19.



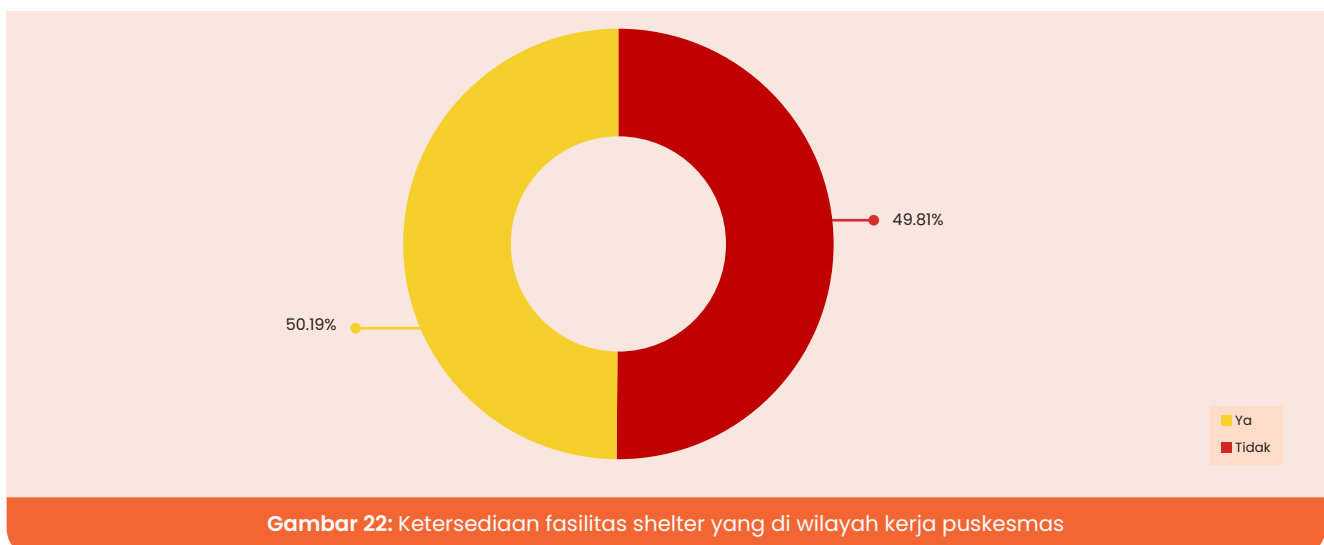
## 7. Frekuensi pemantauan isolasi mandiri oleh puskesmas



**Gambar 21.** Frekuensi pemantauan isolasi mandiri oleh puskesmas

Berdasarkan hasil survei, puskesmas yang melakukan pemantauan isolasi mandiri setiap hari cenderung mengalami penurunan ketika gelombang *Omicron* menjadi sebesar 56,63% jika dibandingkan dengan gelombang *Alpha dan Delta* sebesar 79,96% (Gambar 21). Dalam enam bulan terakhir (Januari–Juni 2022), sekitar 14,25% puskesmas yang berada di Aceh, Gorontalo, dan Maluku tidak melakukan pemantauan pada masyarakat yang sedang melakukan isolasi mandiri. Tidak adanya pemantauan ini kemungkinan dikarenakan pemahaman terhadap ambang kritis gelombang *Omicron* lebih rendah jika dibanding dengan gelombang *Delta*. Selain itu, ada kemungkinan keterbatasan tenaga kesehatan di puskesmas yang harus melakukan vaksinasi juga persiapan untuk pemulihan layanan kesehatan esensial pasca pandemi.

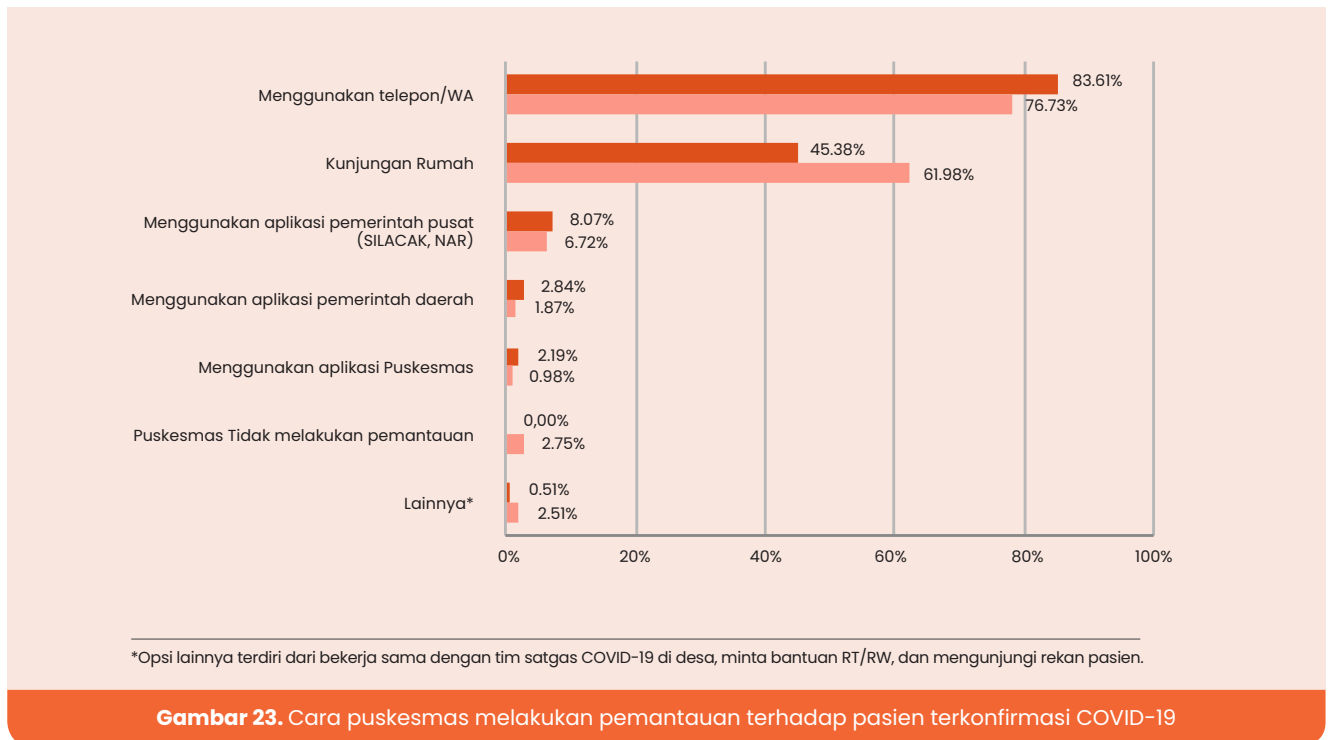
## 8. Ketersediaan fasilitas shelter pemantauan kasus COVID-19 di wilayah kerja puskesmas



**Gambar 22:** Ketersediaan fasilitas shelter yang di wilayah kerja puskesmas

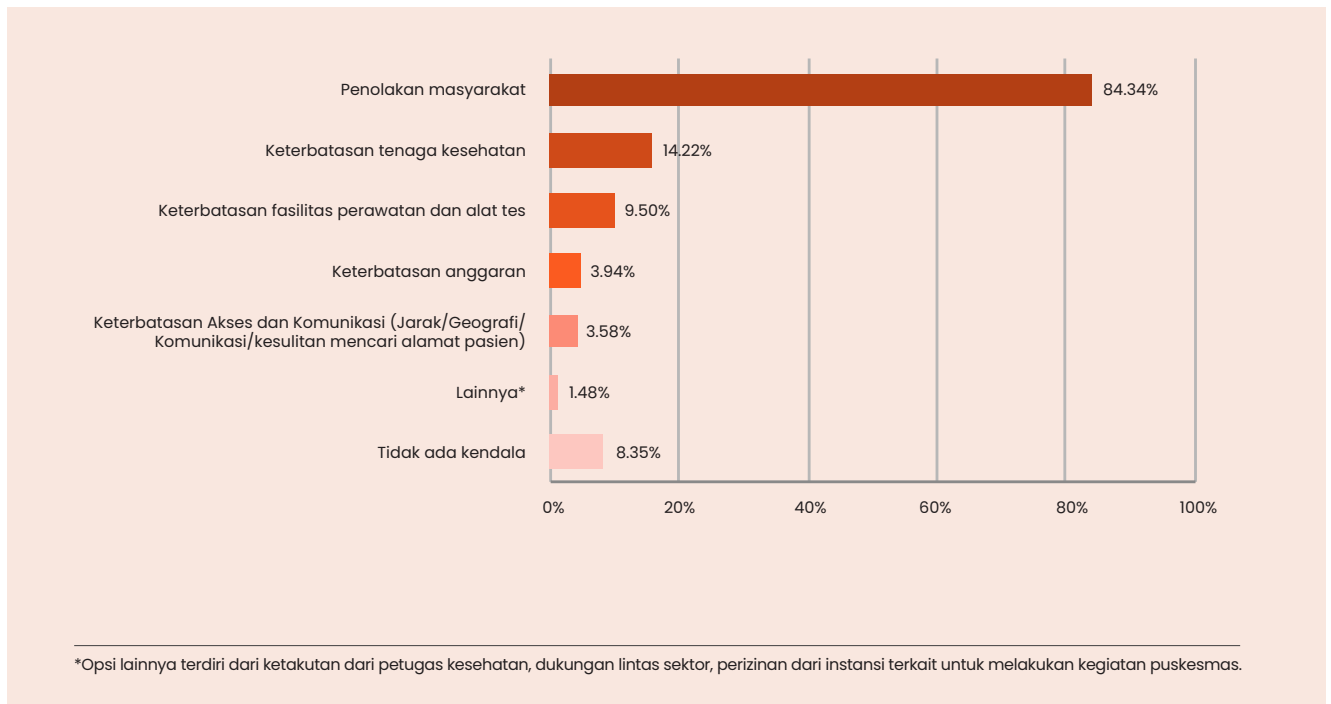
Pada aspek ketersediaan fasilitas *shelter* (tempat pemantauan) COVID-19 yang dikelola oleh puskesmas di wilayah kerjanya (Gambar 22), menunjukkan proporsi yang hampir seimbang antara puskesmas yang memiliki *shelter* dan puskesmas yang tidak memiliki *shelter*. Puskesmas yang tidak memiliki *shelter* tersebut berada di Provinsi Papua, Papua Barat, Sulawesi Tenggara, Sumatera Selatan, dan Riau. Tidak adanya *shelter* di wilayah tersebut kemungkinan disebabkan karena keterbatasan akses, infrastruktur, kapasitas fiskal dan kolaborasi dengan pihak lain untuk dapat menyediakan fasilitas isolasi mandiri.

## 9. Metode pemantauan pasien terkonfirmasi COVID-19



Gambar 23 merujuk pada puskesmas yang memiliki *shelter* pemantauan pasien di wilayah kerjanya sehingga puskesmas akan melakukan pemantauan di tempat tersebut dengan cara masing-masing. Hasil survei menunjukkan bahwa baik saat pandemi *Alpha* dan *Delta* (tahun 2020-2021) maupun pandemi *Omicron* (tahun 2022), penggunaan telepon atau *WhatsApp* adalah cara yang paling banyak digunakan puskesmas sebagai strategi pemantauan pasien terkonfirmasi COVID-19, diikuti dengan metode kunjungan rumah. Pada tahun 2022 terjadi penurunan pemantauan isolasi mandiri menggunakan telepon atau *WhatsApp*, sementara itu kunjungan rumah meningkat, dibandingkan tahun 2020-2021. Penggunaan aplikasi pemerintah dilakukan oleh sebagian kecil puskesmas.

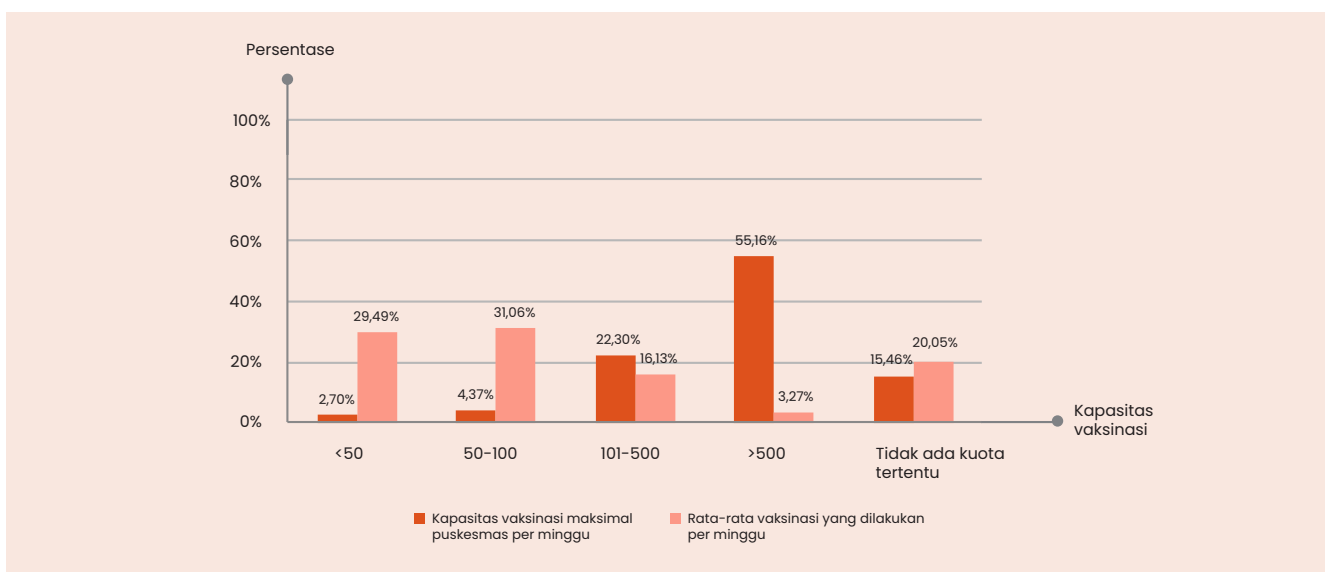
## 10. Kendala yang dihadapi puskesmas selama melakukan 3T di wilayah kerja



**Gambar 24.** Kendala yang dihadapi puskesmas selama melakukan 3T di wilayah kerja puskesmas

Pada Gambar 24 menyajikan tentang kendala yang dihadapi mayoritas puskesmas (83,34%) dalam melakukan 3T adalah penolakan dari masyarakat. Kendala lain yang dihadapi puskesmas yaitu terkait dengan sisi manajemen internal, antara lain keterbatasan dari sisi tenaga kesehatan (14,22%), fasilitas perawatan dan alat tes (9,50%), serta anggaran (3,94%). Sedangkan, sebanyak 8,35% puskesmas menyatakan tidak menemukan kendala dalam pelaksanaan 3T di wilayahnya yang sebagian besar berada di Sulawesi Tenggara, Lampung, dan Papua.

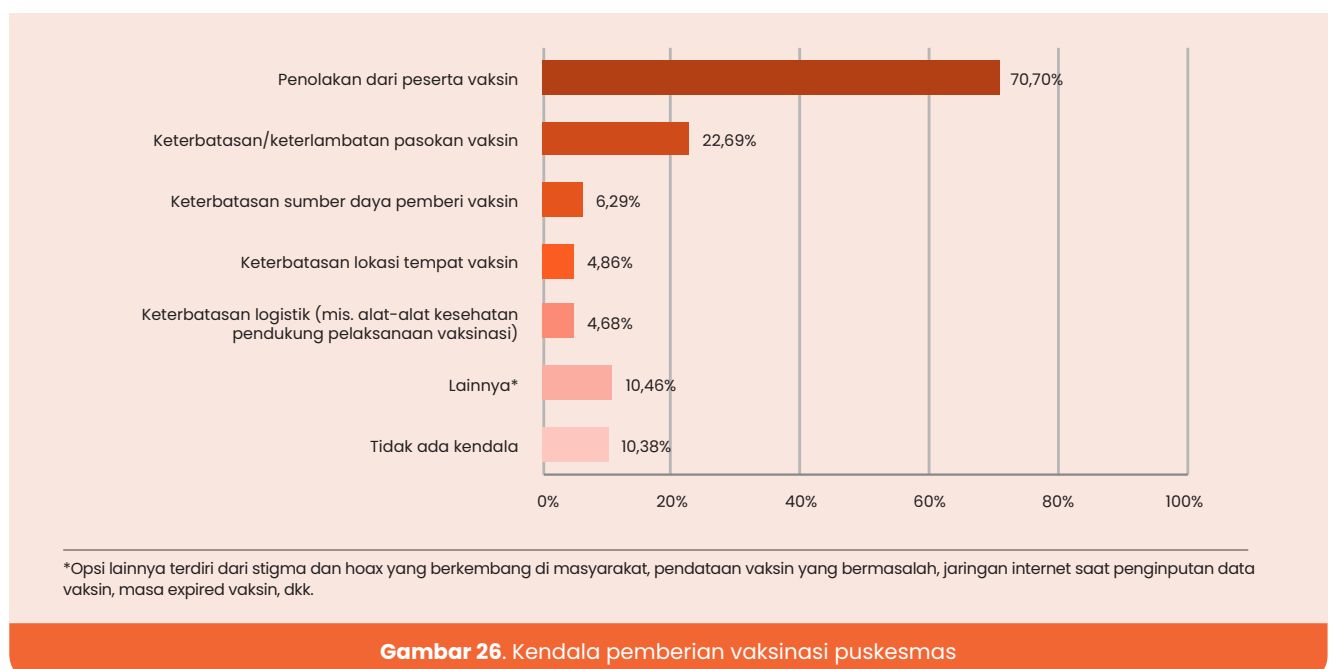
## 11. Kapasitas vaksinasi puskesmas per minggu



**Gambar 25.** Kapasitas vaksinasi puskesmas per minggu

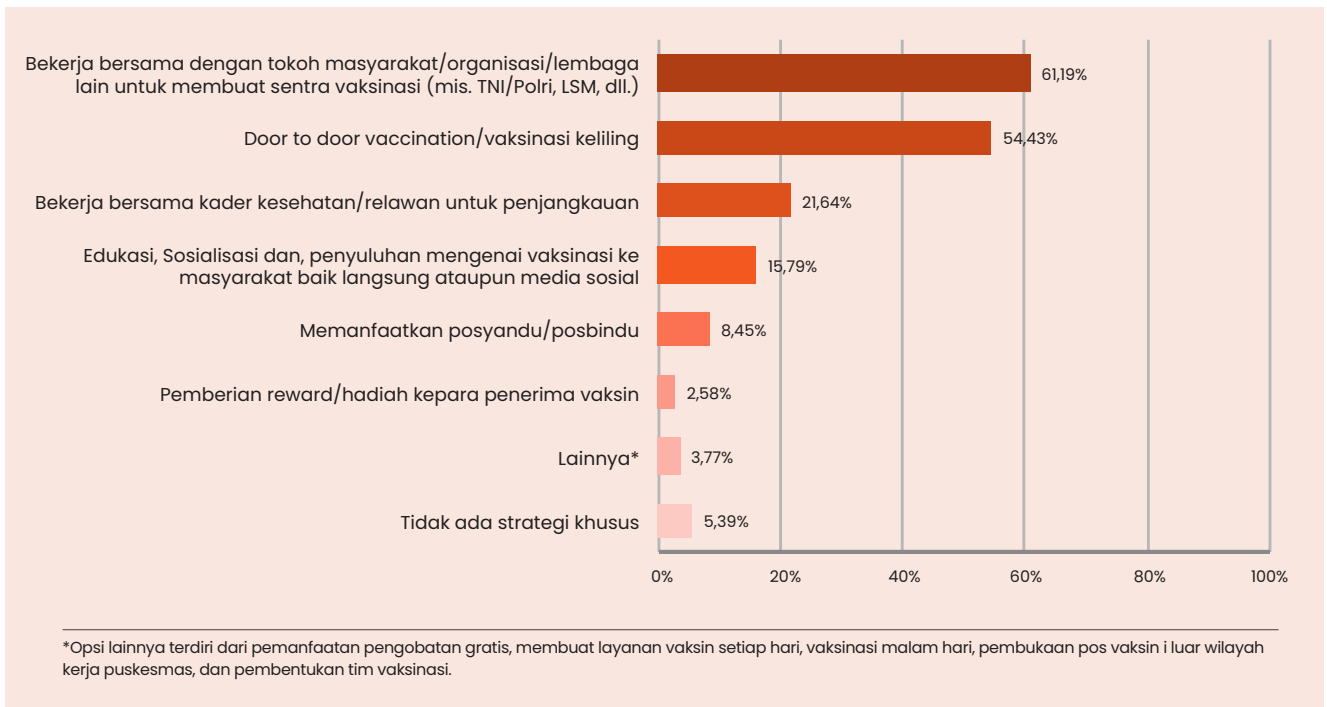
Perbandingan antara kapasitas maksimal dan rata-rata pemberian vaksin yang dilakukan oleh puskesmas di wilayah kerjanya ditunjukkan pada Gambar 25. Sebanyak 55,16% puskesmas melaporkan bahwa jumlah maksimal pelaksanaan vaksinasi yang pernah dilakukan dalam seminggu adalah lebih dari 500 dosis. Sedangkan rata-rata jumlah vaksinasi mingguan menunjukkan bahwa paling banyak puskesmas (31,06%) melakukan vaksinasi sebanyak 50–100 dosis, yang berarti bahwa kebanyakan puskesmas melakukan vaksinasi di bawah 500 dosis per minggunya. Kapasitas vaksinasi yang dilaksanakan oleh puskesmas kemungkinan bergantung pada stok vaksin yang diterima oleh puskesmas dari pemerintah dan respons penerimaan program vaksinasi oleh masyarakat. Metode pelaksanaan vaksinasi juga bermacam-macam antar puskesmas, baik melalui penjadwalan atau membuat shelter khusus vaksinasi.

## 12. Kendala pemberian vaksinasi puskesmas



Walaupun sebanyak 10,46% puskesmas menyatakan tidak memiliki kendala apapun dalam pemberian vaksinasi, beberapa kendala masih dialami oleh sebagian besar puskesmas (Gambar 26). Sejalan dengan pelaksanaan 3T, kendala utama yang dialami puskesmas dalam melakukan vaksinasi COVID-19, yaitu 70,70% adalah penolakan dari peserta vaksin. Kendala berikutnya ialah keterbatasan atau keterlambatan pasokan vaksin yang dialami oleh 22,69% puskesmas yang menjadi responden survei. Selain itu, terdapat kendala lainnya terkait dengan pemberian vaksin sebesar 10,46% yang terdiri dari, stigma dan hoaks, pendataan vaksin yang bermasalah, serta jaringan internet.

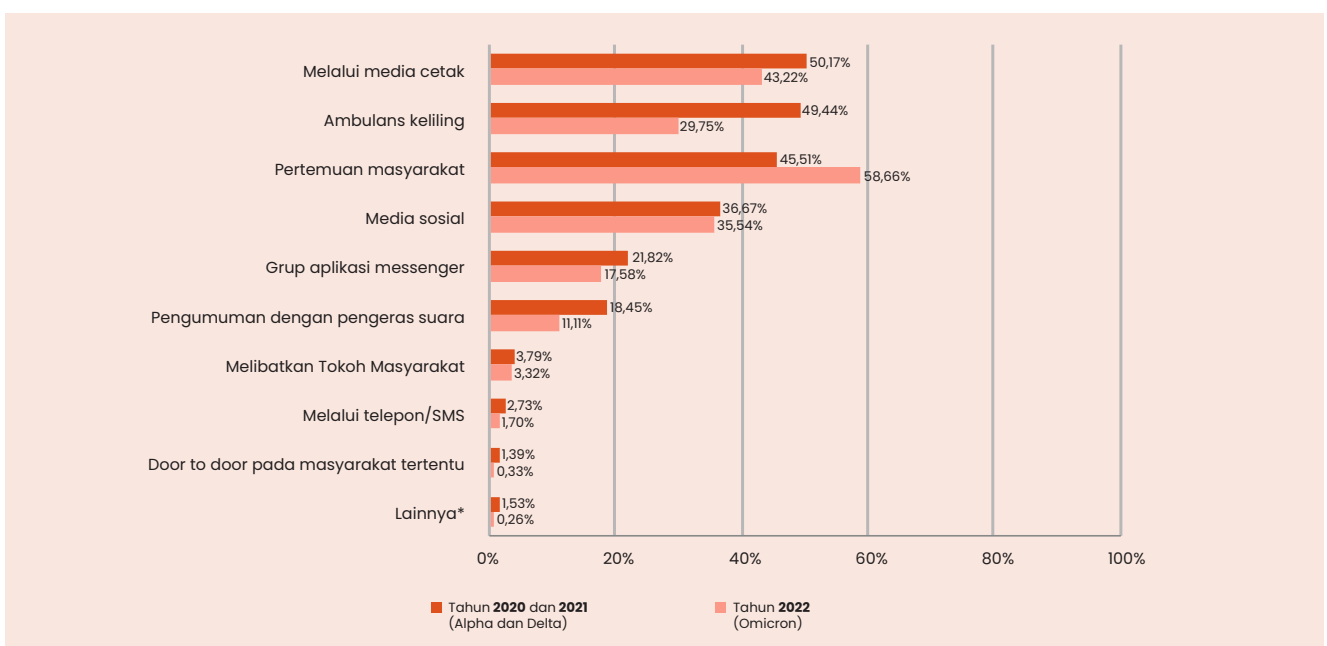
### 13. Strategi puskesmas untuk meningkatkan jangkauan vaksinasi



**Gambar 27.** Strategi puskesmas untuk meningkatkan jangkauan vaksinasi

Berbagai upaya dilakukan puskesmas di Indonesia untuk meningkatkan jangkauan vaksinasi. Kerjasama yang dibangun oleh puskesmas dengan pihak lain, baik tokoh masyarakat maupun kader kesehatan menjadi strategi yang paling sering dilakukan, yaitu 61,19% (Gambar 27). Vaksinasi keliling atau *door to door vaccination* juga menjadi strategi terbanyak berikutnya yang dilakukan oleh 54,43% puskesmas. Pendekatan lain yang juga dilakukan 2,58% puskesmas melalui pemberian *reward* atau hadiah kepada penerima vaksin. Sedangkan, sebanyak 5,39% puskesmas menyatakan tidak ada strategi khusus untuk meningkatkan jangkauan vaksinasi.

### 14. Pendekatan yang dilakukan sebagai promosi kesehatan



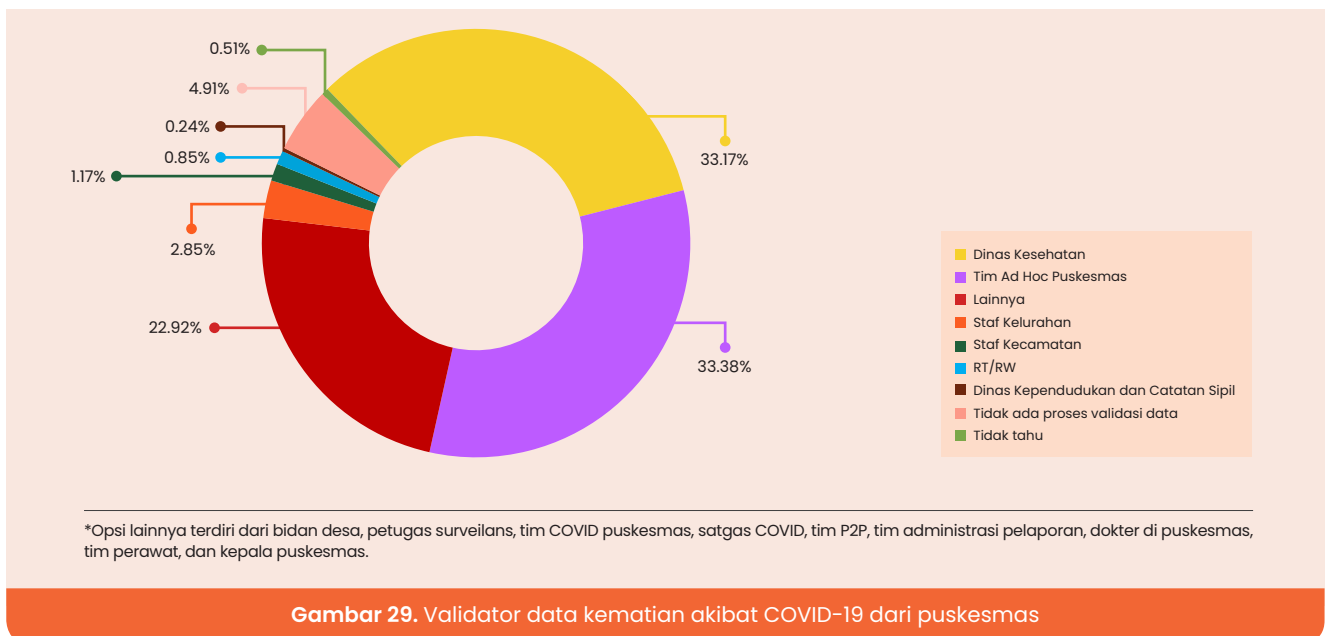
\*Opsi lainnya terdiri dari pembagian APD dan masker ke masyarakat, melakukan promkes di poli, dan mengadakan lomba kampung terkait protokol kesehatan.

**Gambar 28.** Pendekatan yang dilakukan sebagai promosi kesehatan di puskesmas

Baik saat gelombang *Alpha* dan *Delta* (tahun 2020–2021) maupun *Omicron* (tahun 2022), hasil survei (Gambar 28) menunjukkan bahwa pendekatan yang paling banyak dilakukan oleh puskesmas untuk promosi kesehatan adalah melalui pertemuan masyarakat tingkat RT/RW, desa/kelurahan, dan kecamatan sebesar 45,51% dan 58,66% secara berturut-turut. Kedua, media cetak (poster, spanduk, brosur, leaflet) dan ambulans keliling dengan persentase yang hampir sama juga menjadi pendekatan promosi kesehatan yang dilakukan oleh puskesmas selama gelombang *Alpha*, *Delta* hingga *Omicron*, yang diikuti oleh keberadaan grup aplikasi *messenger* (*WhatsApp*, *Telegram*, dan *Line*) dan pemanfaatan pengeras suara di tempat ibadah. Pelaksanaan *door to door* masih dilakukan oleh paling sedikit puskesmas kepada masyarakat sebanyak 1,39% di tahun 2022-2021 dan 0,33% di tahun 2022.

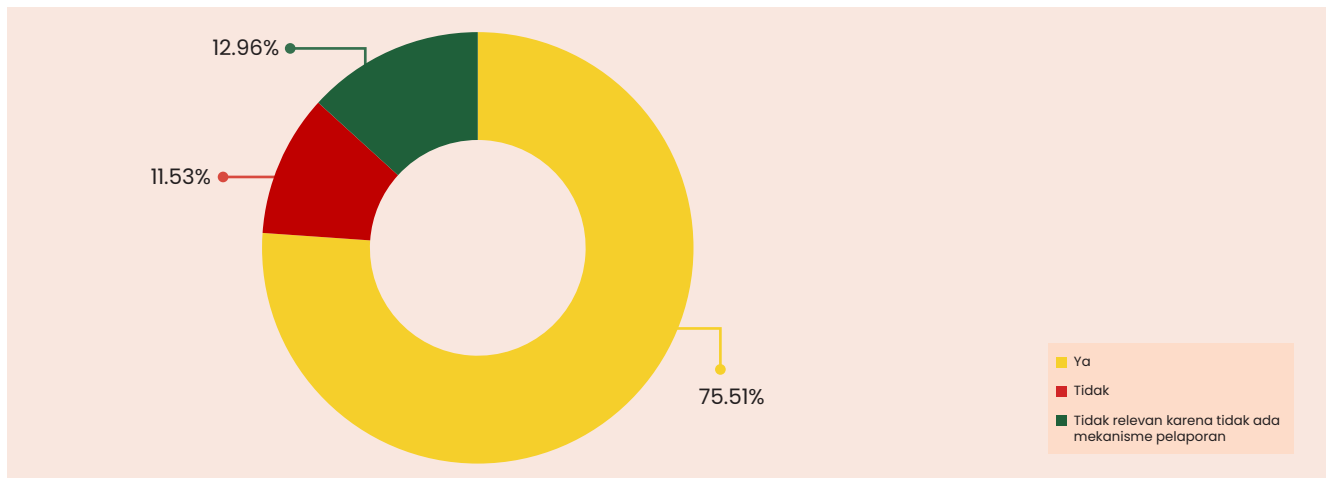
## G. Data dan Informasi

### 1. Validator data kematian akibat COVID-19 dari puskesmas



Berbagai pihak terlibat dalam melakukan validasi data kematian akibat COVID-19 dari puskesmas (Gambar 29). Tertinggi, sebesar 33,38% puskesmas menyatakan bahwa tim *ad hoc* puskesmas yang memvalidasi pelaporan. Selanjutnya, sebesar 33,17% puskesmas menyatakan bahwa dinas kesehatan yang bertugas memvalidasi pelaporan data kematian akibat COVID-19 dari puskesmas. Terdapat pula sebanyak 19 puskesmas (4,91%) yang menyatakan bahwa tidak ada proses validasi data kematian akibat COVID-19 di puskesmas tersebut. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengumpulan data, terutama kematian akibat COVID-19 masih belum terintegrasi dan tersistem dengan baik salah satunya karena adanya perbedaan pihak yang melakukan validasi data dan definisi dari data itu sendiri.

## 2. Implementasi mekanisme pelaporan angka kejadian COVID-19 dari SPKDS

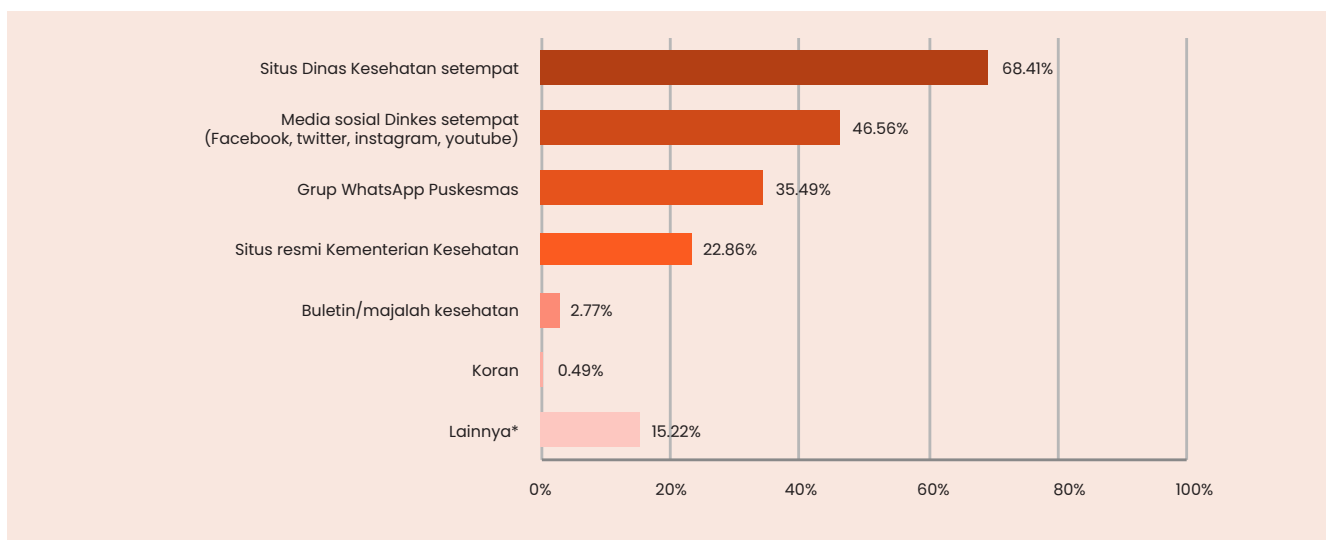


Gambar 30. Implementasi mekanisme pelaporan angka kejadian COVID-19

Berdasarkan hasil survei didapatkan hasil bahwa sebanyak 75,51% puskesmas telah memiliki mekanisme dan melakukan pelaporan angka kejadian COVID-19 dari jejaring puskesmas, misalnya BPS (Bidan Praktek Swasta), klinik swasta, dan laboratorium swasta. Gambar 30 menunjukkan bahwa sebesar 11,53% puskesmas memiliki mekanisme pelaporan namun tidak menjalankan mekanisme pelaporan dan kebanyakan berada di Provinsi Jawa Timur, Sumatera Utara, Kalimantan Timur, Sulawesi Tengah, dan Papua Barat. Sedangkan, sebanyak 12,96% sisanya memang tidak memiliki mekanisme pelaporan angka kejadian COVID-19. Puskesmas yang tidak memiliki mekanisme laporan paling banyak terdapat di provinsi Bengkulu, Kepulauan Bangka Belitung, Bali, Kalimantan Utara, Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, dan Gorontalo.

Data merupakan salah satu indikator krusial dalam melakukan pemantauan dan evaluasi penanganan pandemi. Mekanisme pelaporan angka kejadian COVID-19 yang tidak terstandar menunjukkan bahwa data kejadian COVID-19 tidak terkelola dengan baik. Hal ini berpotensi memunculkan fragmentasi sumber data dan menyulitkan dalam melakukan analisis data serta perbaikan program respon pandemi.

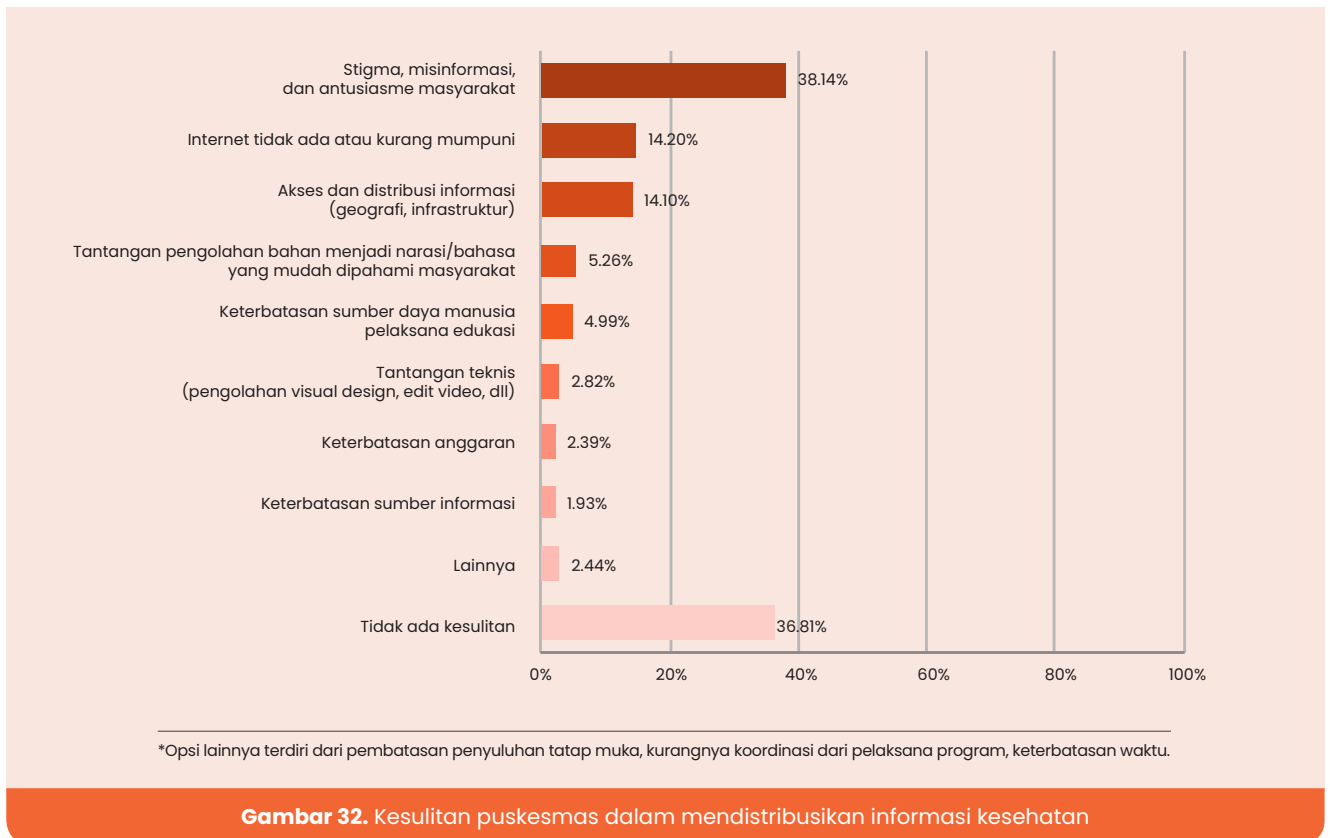
## 3. Sumber informasi terbaru yang diperoleh puskesmas terkait COVID-19



\*Opsinya terdiri dari TV, situs puskesmas, surat edaran, info lintas sektor, pertemuan dengan kemkes, jurnal, tim satgas COVID-19, dan berita.

Gambar 31. Sumber informasi terbaru yang diperoleh puskesmas terkait COVID-19

Gambar 31 menunjukkan bahwa puskesmas masih sangat bergantung pada dinas kesehatan sebagai sumber informasi terkait COVID-19, baik melalui laman internet (68,41%) maupun media sosial (46,56%). Selain itu, media informasi lain yang juga sering digunakan puskesmas adalah grup *WhatsApp* (25,49%), situs resmi Kementerian Kesehatan (22,86%), dan buletin atau majalah kesehatan (2,77%).

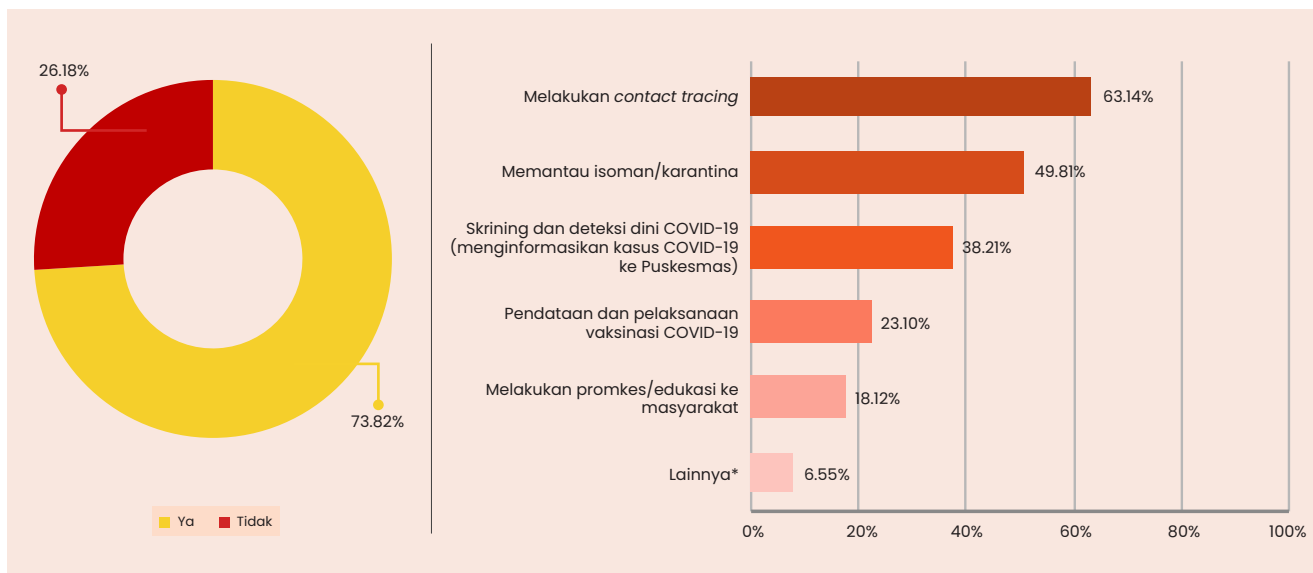


Sebesar 36,81% puskesmas tidak mengalami kesulitan dalam distribusi informasi kesehatan di wilayah kerja masing-masing. Akan tetapi, beberapa kendala masih dialami sebagian puskesmas. Hasil survei (Gambar 32) menyatakan bahwa stigma, misinformasi, dan kurangnya antusiasme masyarakat (38,14%), terbatasnya jaringan internet (14,20%), serta akses dan distribusi informasi (14,10%) merupakan alasan terbanyak yang disebutkan oleh puskesmas sebagai kendala selama pandemi COVID-19. Kendala jaringan internet paling banyak dirasakan oleh puskesmas yang berada di provinsi Sulawesi Barat, Kalimantan Tengah, dan Kalimantan Barat.



## H. Peran Penting Kader Kesehatan dalam Respons COVID-19 dan Pemulihan Layanan Kesehatan Esensial

### 1. Pelibatan dan bentuk keterlibatan kader kesehatan dalam respons COVID-19



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

**Gambar 33.**  
Pelibatan kader kesehatan dalam respons COVID-19

**Gambar 34.**  
Bentuk keterlibatan kader kesehatan dalam respons COVID-19

Berdasarkan hasil survei, sebesar 73,82% puskesmas di Indonesia melibatkan kader di wilayah mereka dalam penanganan COVID-19 (Gambar 33). Sementara 26,18% sisanya tidak melibatkan kader dalam penanganan COVID-19, puskesmas tersebut paling banyak berada di Sumatera Barat, Bali, Maluku Utara, dan Papua Barat. *Contact tracing* (63,14%), pemantauan isolasi mandiri atau karantina pasien (49,81%), skrining atau deteksi dini (38,21%), serta pendataan dan pelaksanaan vaksinasi (23,10%) merupakan bentuk keterlibatan kader yang paling banyak dilakukan dalam penanganan COVID-19 (Gambar 34).

Beberapa alasan kader tidak dilibatkan dalam penanganan COVID-19 adalah karena banyak yang sudah lansia sehingga sulit aktif dalam melaksanakan pelacakan kontak. Selain itu, keterampilan kader dirasa kurang cocok untuk kebutuhan puskesmas dan dikarenakan adanya kebijakan pembatasan mobilisasi masyarakat dan pengurangan jam kerja puskesmas juga dirasa sulit untuk memberi pembinaan kepada kader. Beberapa kader juga menolak untuk ikut serta dalam merespons pandemi karena takut tertular COVID-19 selama berada di lapangan. Dari sisi insentif pun, kader merasa insentif yang diterima rendah untuk beban kerja dan risiko yang tinggi, sebagaimana yang diungkapkan oleh salah satu informan dari masyarakat.



*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 -**



*Sudah cukup (peran kader), Bu. 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 -**

Puskesmas yang tidak melibatkan kader, sebagai gantinya puskesmas tersebut melakukan kerjasama lintas sektor seperti dengan TNI/Polri. Puskesmas di Provinsi Gorontalo, misalnya, sudah membentuk gugus tugas resmi atas arahan Bupati yang di dalamnya terdapat TNI/Polri. Selain itu, puskesmas lebih memilih untuk melibatkan bantuan TNI/Polri dan Satgas COVID-19 dalam penanganan COVID-19 dikarenakan TNI/Polri lebih ditakuti masyarakat, dengan begitu sosialisasi dan penerapan prokes dianggap menjadi lebih efektif.



*(Alasan tidak melibatkan kader) Ya karena sudah ada gugus tugas Bu yang terdiri dari perangkat desa, TNI, Polri, gitu.*

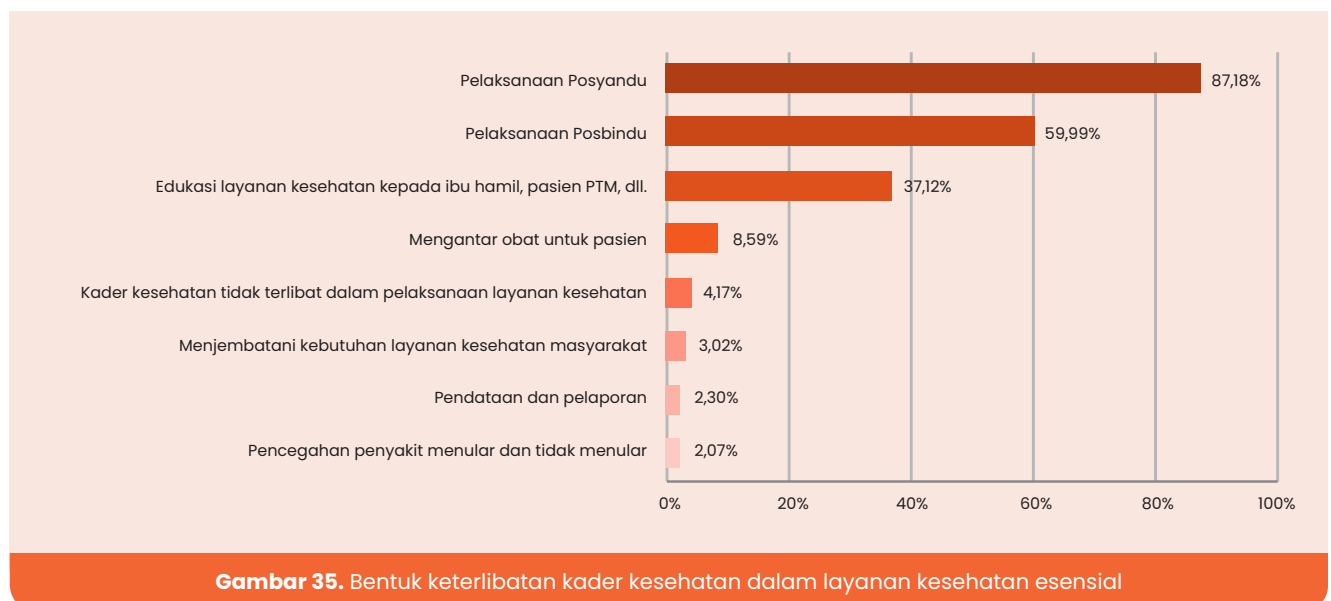
**- Puskesmas di Provinsi Gorontalo -**



*Kenapa saya pilih tentara/polisi? karena mereka yang mampu menggerakkan, bukan berarti kader dan lain tidak mampu ya, tapi orang lihat tentara/polisi misalnya mereka sudah takut, Bu.*

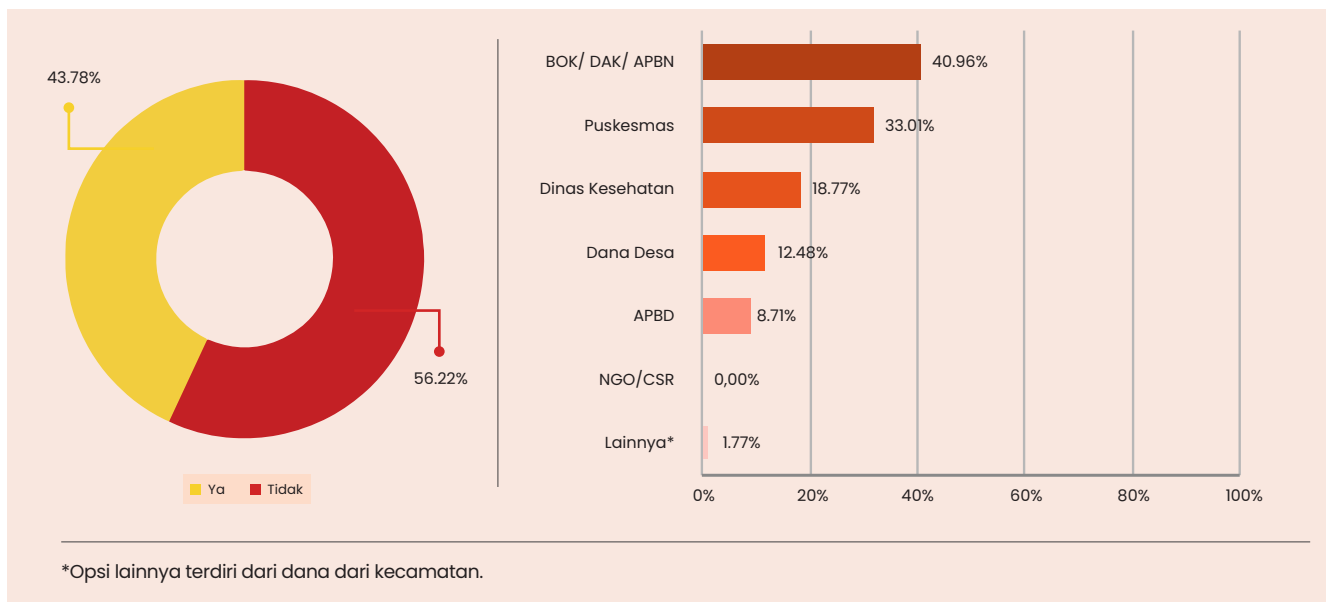
**- Puskesmas di Provinsi Nusa Tenggara Timur -**

## 2. Bentuk keterlibatan kader kesehatan dalam layanan kesehatan esensial



Selain terlibat dalam respons COVID-19, kader juga dilibatkan dalam pemberian layanan kesehatan esensial (Gambar 35). Hasil survei menyatakan sebagian besar puskesmas melibatkan kader dalam pelaksanaan posyandu (87,18%), posbindu (59,99%), dan edukasi layanan kesehatan (37,12%). Sebagai salah satu bentuk usaha kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM), kegiatan posyandu dan posbindu sudah diatur pengelolaannya dari, oleh, dan untuk masyarakat. Kader kesehatan juga merupakan bagian dari masyarakat dan perpanjangan tangan tenaga kesehatan, yang kemungkinan memiliki peran tunggal atau bahkan peran ganda dalam masyarakat. Seorang kader dapat melaksanakan tugas tidak hanya sebagai kader posyandu saja, namun seringkali merangkap juga sebagai kader posbindu dan layanan lainnya. Beberapa alasan tidak terlibatnya kader hampir serupa dengan layanan COVID-19, seperti kemampuan dan umur kader, besaran insentif, serta kemungkinan bahwa posyandu di wilayah beberapa puskesmas sudah tidak aktif.

### 3. Ketersediaan alokasi insentif untuk kader kesehatan dari puskesmas

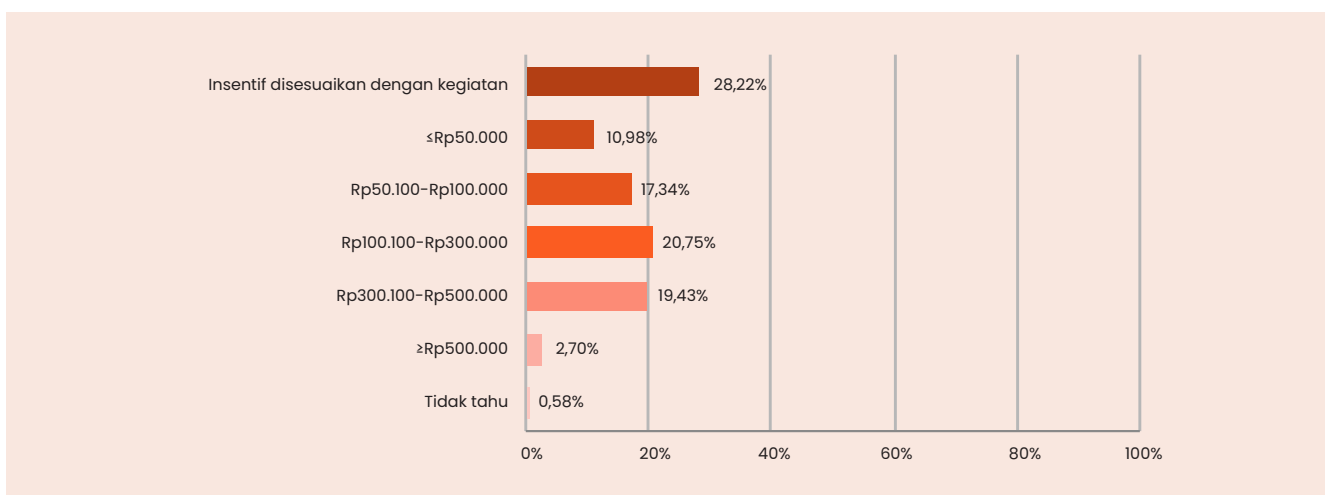


**Gambar 36.**  
Ketersediaan alokasi anggaran untuk kader kesehatan dari puskesmas

**Gambar 37.**  
Sumber pendanaan insentif kader

Terkait dengan ketersediaan anggaran insentif untuk kader kesehatan, hasil survei menyatakan lebih dari setengah puskesmas tidak menyediakan alokasi anggaran khusus untuk insentif kader kesehatan (Gambar 36). Sisanya memiliki anggaran untuk memberikan insentif kepada kader kesehatan, yang bersumber dari BOK/DAK/APBN (40,96%), anggaran puskesmas sendiri (33,01%), atau dari dinas kesehatan (18,77%) (Gambar 37). Informasi ini menunjukkan bahwa masing-masing daerah memiliki ketentuan yang berbeda terhadap insentif kader kesehatan.

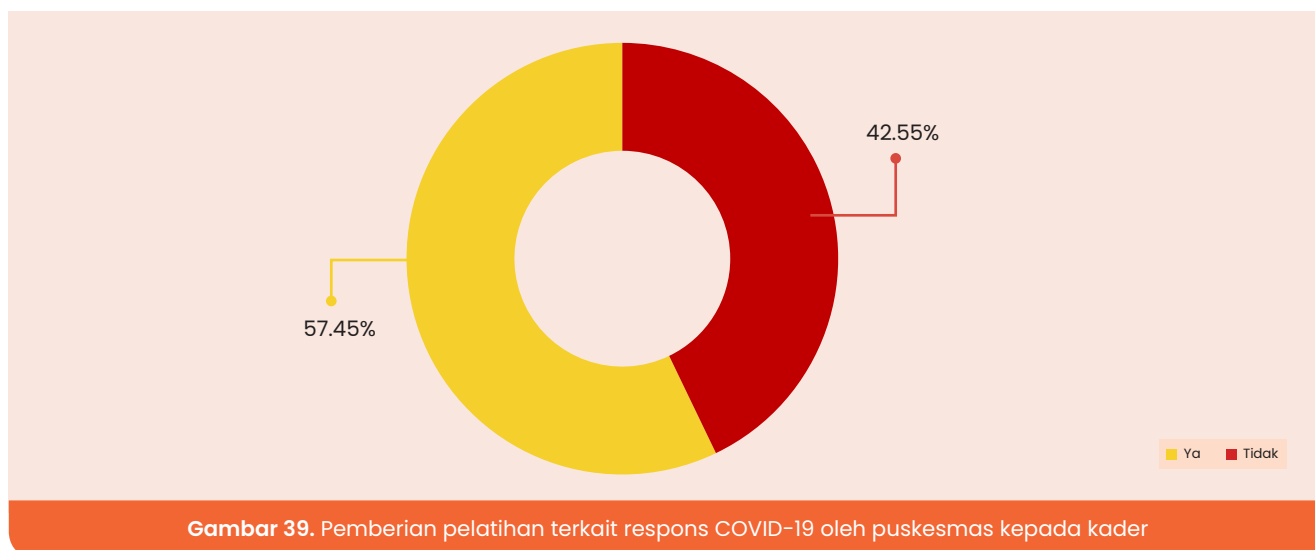
### 4. Rata-rata insentif yang diterima kader tiap bulan



**Gambar 38.** Rata-rata insentif yang diterima kader tiap bulan

Hasil survei menyatakan rata-rata insentif yang diterima kader tiap bulannya bervariasi, terlihat pada Gambar 38. Dari 43,78% puskesmas yang menganggarkan insentif untuk kader (Gambar 36) menyatakan bahwa paling banyak (28,22%) kader menerima rata-rata insentif yang disesuaikan dengan kegiatan (insidental). Terdapat 20,75% puskesmas menyatakan rata-rata insentif berkisar antara Rp100.000 hingga Rp300.000 per bulan, diikuti dengan 19,43% sebesar Rp 300.100 hingga Rp 500.000, kemudian 17,34% yang memberikan insentif sebesar Rp 50.100 hingga Rp100.000 per bulan, dan 10,98% sebesar Rp 50.000 atau kurang. Hanya sangat sedikit puskesmas (2,70%) yang melaporkan bahwa rata-rata insentif bulanan yang diterima kader melebihi Rp500.000.

## 5. Pemberian pelatihan terkait respons COVID-19 oleh puskesmas kepada kader



Gambar 39. Pemberian pelatihan terkait respons COVID-19 oleh puskesmas kepada kader

Gambar 39 menunjukkan hasil survei yang menyatakan bahwa lebih dari setengah (57,45%) puskesmas di Indonesia telah memberikan pelatihan terkait COVID-19 terhadap kader kesehatannya. Sedangkan, 42,55% sisanya masih belum memberikan pelatihan COVID-19 untuk kadernya. Pelatihan merupakan salah satu komponen penting untuk membekali kader dalam melaksanakan layanan kesehatan berbasis masyarakat, tetapi masih terdapat puskesmas yang tidak menyelenggarakan pelatihan bagi kader di wilayah kerja mereka.

## 6. Rata-rata tingkat pendidikan dan usia kader di wilayah kerja puskesmas

Tabel 4. Tabel silang usia dan pendidikan terakhir kader

Usia	Pendidikan terakhir				Total
	SD/ sederajat	SMP/ sederajat	SMA/SMK/ sederajat	Perguruan Tinggi	
20-30 tahun	1.22	2.05	9.90	0.52	13.68
31-40 tahun	1.39	10.12	47.98	0.25	59.74
41-50 tahun	0.89	5.57	19.07	0.00	25.52
>50 tahun	0.51	0.16	0.39	0.00	1.05
Total	4.00	17.89	77.34	0.77	100.00

Hasil survei pada Tabel 4 menunjukkan bahwa paling banyak kader kesehatan yang terlibat dalam respons COVID-19 dan pemberian layanan kesehatan esensial di puskesmas adalah berpendidikan SMA/SMK sederajat (77,34%) dan kebanyakan dari mereka berusia 31-40 tahun (47,98%) dan 41-50 tahun (19,07%). Selanjutnya, terdapat kader berpendidikan SMP/ sederajat yang berusia 31-40 tahun yang dilaporkan oleh 10,12% puskesmas tentang kontribusi mereka terhadap pelayanan kesehatan primer. Dengan kata lain, rata-rata kader yang mendukung implementasi sistem kesehatan nasional di level layanan kesehatan primer adalah mereka yang berusia antara 31-50 tahun dan memiliki latar belakang pendidikan SMP/ sederajat dan SMA/ sederajat.

## I. Dukungan kebijakan, sumber daya, dan anggaran dari Dinas Kesehatan untuk COVID-19

### 1. Kebijakan daerah untuk COVID-19

Berdasarkan hasil FGD dengan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, secara umum dikatakan bahwa kebijakan mengenai COVID-19 di level daerah mengikuti ketentuan yang diterapkan oleh Kementerian Kesehatan dalam buku pedoman pengendalian COVID-19. Buku tersebut merujuk pada pedoman 3T, 5M, dan vaksinasi yang disarankan oleh WHO.



*Kebijakan-kebijakan di daerah itu kami mengacu pada buku pedoman pencegahan dan pengendalian COVID revisi kelima pada bulan Juli 2020. Nah dari kebijakan-kebijakan itu di antaranya adalah pelaksanaan pengumpulan 3T yaitu testing, tracing, dan treatment.*

**- Dinas Kesehatan di Provinsi DKI Jakarta -**

Sementara itu, untuk arahan lebih lanjut, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mengikuti petunjuk teknis yang ditetapkan oleh bupati atau walikota setempat. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota juga aktif melakukan pengendalian COVID-19 di puskesmas melalui kebijakan yang mengedepankan layanan promotif dan preventif, tanpa meninggalkan kuratif dan rehabilitatif. Pengendalian tersebut berbentuk penyuluhan yang mengikuti topik yang sedang berkembang di masyarakat, yang dilakukan secara berjenjang dan merata sampai di level RT.

### 2. Monitoring dan evaluasi

Hasil FGD dari 21 dinas kesehatan yang menjadi informan melaporkan bahwa pelaksanaan monitoring dan evaluasi di masa pandemi dilaksanakan secara daring setiap tiga bulan sekali. Supervisi atau pengawasan pada pelaporan dan pelacakan kasus, pemberian rujukan, serta kebutuhan logistik puskesmas dilakukan yang dilakukan secara daring memanfaatkan *WhatsApp*, *Zoom*, atau aplikasi lain. Saat ini, monitoring dan evaluasi dilakukan secara luring atau datang secara langsung ke puskesmas karena kesulitan sinyal di daerah tertentu. Pelaksanaan supervisi tersebut juga berkolaborasi dengan aparat setempat, seperti Satgas COVID-19 atau *Public Service Center* (PSC), untuk pemantauan puskesmas di wilayahnya.



*Pertemuan Zoom 3 bulanan untuk pembinaan dan pengawasan. Sekarang ini pembinaan dilakukan secara luring.*

**- Dinas Kesehatan di Provinsi Sumatera Selatan -**



*Pembinaan dan monitoring dilakukan daring, beberapa wilayah dilakukan offline karena kesulitan sinyal.*

**- Dinas Kesehatan di Provinsi Lampung -**

Selain melaksanakan fungsinya untuk pembinaan, pengawasan, dan pengendalian pada puskesmas, dinas kesehatan juga melakukan pendampingan melalui penjaminan mutu pada puskesmas yang belum terakreditasi atau sedang melalui tahapan reakreditasi. Dinas kesehatan membentuk tim internal dikoordinasi oleh seorang kepala seksi bernama Tim Pembina Cluster Binaan (TPCB).



*Empat puskesmas belum terakreditasi dan melakukan penjaminan mutu. Terdapat tim pendamping akreditasi puskesmas yang bertugas untuk mempersiapkan survei akreditasi baik reakreditasi maupun yang perdana.*

**- Dinas Kesehatan di Provinsi Maluku -**

### 3. Sumber daya tenaga kesehatan dan logistik untuk COVID-19

Sumber daya untuk penanganan COVID-19 di puskesmas dapat dibagi dua, yakni sumber daya manusia (tenaga kesehatan) dan kebutuhan logistik. Kecukupan tenaga kesehatan secara umum dirasa kurang untuk menghadapi pandemi, terutama selama puncak kasus COVID-19. Namun, terdapat juga beberapa solusi untuk mengisi kekurangan SDM, yaitu: kolaborasi lintas sektor untuk pelacakan kontak erat (TNI/Polri, Kader Posyandu, pihak kewilayahan, dan lain-lain), sistem *shift* untuk tenaga kesehatan puskesmas, rotasi tenaga kesehatan antara puskesmas, menggunakan dokter internship dan bidan dari organisasi profesi (Ikatan Dokter Indonesia/IDI dan Ikatan Bidan Indonesia/IBI), serta perekrutan dokter relawan. Terdapat juga beberapa Dinas Kesehatan yang merasa tenaga kesehatan yang ada sudah cukup untuk penanganan COVID-19 (Lombok Timur, Batam, dan lainnya) dikarenakan kasus COVID-19 yang tidak terlalu tinggi.

Dari segi logistik, tantangan terbesar adalah isu kekurangan APD, dan distribusi vaksin yang belum merata, termasuk kurangnya suplai vaksin *Sinovac* untuk anak. Isu logistik sendiri sangat terasa oleh daerah yang lebih terpencil, salah satu dinas kesehatan di Provinsi Kalimantan Utara menyatakan bahwa terdapat banyak kekurangan *Sinovac* untuk vaksinasi anak, namun belum ada surat edaran terkait substitusinya.



*Cuma kendalanya yang sekarang nggak ada adalah vaksin anak, Bu. Anak untuk usia 6 sampai dengan kurang dari 12 tahun itu tidak tersedia vaksinnya.*

**- Dinas Kesehatan di Provinsi Kalimantan Utara -**

Selain itu, logistik tersebut juga tidak teratur dikirim karena diakibatkan oleh kondisi geografis, dimana daerah ini merupakan wilayah perbatasan dengan Malaysia. Sejalan dengan temuan tersebut, perwakilan dari salah satu dinas kesehatan di Provinsi Maluku juga menceritakan kesulitan pengiriman logistik bagi wilayah yang dominan kepulauan. Isu logistik lain yang dirasakan beberapa dinas kesehatan adalah penerimaan stok vaksin yang sudah mendekati tanggal kedaluwarsa.

### 4. Sumber anggaran untuk COVID-19

Sumber pembiayaan COVID-19 secara umum berasal dari APBD Belanja Tak Terduga (BTT) selama pandemi. Selain itu terdapat juga daerah yang mendapatkan dana melalui realokasi dari dinas lain atau realokasi dari rumah sakit. Puskesmas juga memiliki dana sendiri untuk penanganan COVID-19, secara umum dari BOK, DAK Non-Fisik, serta dana BLUD bagi puskesmas yang sudah BLUD. Anggaran tersebut digunakan untuk berbagai aktivitas, yakni 3T, vaksinasi, insentif tenaga kesehatan, insentif vaksinasi, serta insentif kader.



*Melalui pemerintah daerah ada dana BTT itu bisa dimanfaatkan untuk puskesmas, baik untuk kegiatan tracing, testing, treatment.*

**- Dinas Kesehatan di Provinsi Jawa Tengah -**

Disisi lain, beberapa dinas kesehatan daerah menyatakan penurunan anggaran COVID-19 dari tahun 2020 ke 2022 untuk kembali fokus ke program layanan esensial yang lain. Sebesar 20–40% anggaran yang awalnya dialokasikan untuk penanganan COVID-19 harus diturunkan menjadi 5–20% di tahun 2022. Salah satu dinas kesehatan di Provinsi Sulawesi Tengah juga menceritakan bahwa kebijakan realokasi ke program lain diterapkan karena puskesmas kurang efektif memanfaatkan dana COVID-19 tersebut. Data kualitatif yang lain juga menyatakan bahwa sisa dana untuk COVID-19 hanya 5% dari total anggaran.



*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 -**

## 5. Akses layanan kesehatan esensial

Secara umum, kunjungan puskesmas menurun 80–90% selama pandemi. Salah satu alasannya adalah masyarakat masih waspada berkunjung karena kurang berkesan di skrining COVID-19. Selama pandemi juga beberapa layanan esensial perlu dibatasi, seperti layanan UKBM, yang banyak melakukan kegiatan tatap muka. Beberapa kegiatan posyandu dan posbindu berhenti selama pandemi, ini berdampak terhadap pencapaian Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan program Penyakit Tidak Menular (PTM). Selain itu, angka capaian imunisasi menjadi kekhawatiran dinas kesehatan kabupaten/kota dimana masyarakat sekarang waspada imunisasi ganda (berulang) dengan vaksin COVID-19, sehingga menolak untuk memberi imunisasi untuk anaknya.



*Tahun 2020 memang kita kunjungan puskesmas itu jauh turun paling hampir 80-90%. Posyandu itu hampir gak ada buka sama sekali.*

**- Dinas Kesehatan di Provinsi Riau -**



*Nah tantangan sekarang adalah karena mereka mempunyai ketakutan adanya imunisasi ganda, ohh anak saya sudah diimunisasi COVID, sudah diimunisasi DPT, diberi lagi PCV, lalu ada lagi Rotavirus, dan nanti ada imunisasi HPV untuk Serviks (...) bahwa dengan adanya pandemi COVID ini cakupan imunisasi terutama imunisasi dasar lengkap, kita turun.*

**- Dinas Kesehatan di Provinsi Sumatera Selatan -**

Namun, memasuki 2022 kunjungan masyarakat ke puskesmas dirasa mulai kembali normal dan layanan esensial sebelumnya yang terhambat sudah mulai kembali. Sebagai solusi pembatasan mobilitas selama pandemi, beberapa wilayah juga menerapkan layanan telemedisin dimana disediakan bantuan konsultasi, penghantaran obat, dan penyuluhan bagi yang tidak bisa datang ke puskesmas. Walaupun ada apresiasi tinggi dari masyarakat untuk inovasi tersebut, dengan melandainya kasus COVID-19, masyarakat lebih nyaman untuk berkunjung langsung ke puskesmas karena lebih mempercayai analisis dokter jika bertemu secara langsung.



*Kalau di masa pandemi memang ada penurunan kunjungan puskesmas, namun justru dari penurunan itu muncul inovasi-inovasi seperti ada layanan pengantar obat online. Misalnya pasien hipertensi bisa konsultasi via WA dan obatnya bisa diantar langsung. Berkembang pula metode-metode edukasi online, dibuat WA grup, misalnya untuk edukasi Ibu hamil. Dari situ juga banyak diadakan kelas secara online.*

**- Dinas Kesehatan di Provinsi Banten -**



*Untuk tahun 2021 sudah melakukan telemedisin bekerja sama dengan fakultas kedokteran Universitas Pattimura saat itu. Telemedicine nya sebenarnya masih jalan cuma masyarakat nya sudah tidak lagi menggunakan karena kan sudah mulai normal jadi masyarakat lebih memilih untuk datang langsung ke puskesmas karena masyarakat kita belum terbiasa dengan penggunaan telemedicine.*

**-Dinas Kesehatan di Provinsi Maluku -**

## 6. Kesiapan menghadapi pandemi berikutnya

Berdasarkan masukan dari dinas kesehatan kabupaten/kota, beberapa aspek kunci sudah mulai dipersiapkan untuk menghadapi pandemi berikutnya. Pertama, dari segi kebijakan, sudah disiapkan landasan hukum hasil pembelajaran COVID-19. Kedua, sudah tersedia pedoman dan juknis yang dapat diikuti sehingga tidak menimbulkan kebingungan untuk menghadapi pandemi. Selain itu, sudah ditentukan juga anggaran khusus dari pusat dan daerah untuk digunakan menghadapi kondisi darurat pandemi, termasuk dana BTT serta *Pandemic Fund* yang disiapkan dari pusat



*Pemda itu setiap tahun sudah disiapkan anggaran tidak terduga dalam hal penanganan bencana alam atau bencana non-alam termasuk untuk pengadaan logistik yaitu sumber anggaran-nya mungkin kami bisa dapatkan dari belanja tidak terduga itu tadi.*

**- Dinas Kesehatan di Provinsi Sulawesi Tenggara -**



*Pas awal, tidak ada konsultasi by phone dengan dokter. Namun saat ini sudah ada kebijakan telemedisin, jadi pasien bisa langsung komunikasi online dengan dokter.*

**- Dinas Kesehatan di Provinsi Kalimantan Utara -**

Untuk fasilitas, sudah terbangun juga beberapa *shelter* isolasi mandiri dan sudah ada kerja sama dengan mitra swasta untuk membuka tempat pemantauan isolasi mandiri baru jika dibutuhkan. Kapasitas *Bed Occupancy Ratio* (BOR) juga akan terus ditingkatkan untuk menghindari isu kekurangan BOR ketika puncak pandemi COVID-19. Selain kebutuhan fasilitas, sudah terjalin juga kerja sama lintas sektor bersama pihak TNI/Polri, perusahaan swasta, *Civil Society Organization* (CSO), *Non Government Organization* (NGO), akademisi, dan pemangku kepentingan lainnya selama pandemi COVID-19. Ini termasuk juga peran kewilayahan seperti RT/RW, lurah, dan camat dalam mendukung komunitas sekitarnya.



*Kalau terjadi lonjakan kasus lagi, nah ini dikembalikan lagi ke porsi masing-masing bahwa TNI/Polri punya tugas disana sebagai pendamping kita sebagai pendamping untuk tracer.*

**- Dinas Kesehatan di Provinsi Nusa Tenggara Barat -**

Kolaborasi lintas sektor dapat kembali diterapkan bila menghadapi pandemi. Dari segi SDM, walaupun setiap pandemi membawa tantangan kesehatan yang berbeda, dinas kesehatan meyakini tenaga kesehatan yang sekarang sudah terlatih secara teknis dan mental untuk menghadapi pandemi berikutnya.



*Sekarang SDM kita sudah teradaptasi (dengan situasi pandemi). Semua sudah mendapat pelatihan sehingga secara skill tidak masalah. Insya allah pengalaman ini dapat menjadi pelajaran buat kami, secara fisik dan mental juga ya.*

**- Dinas Kesehatan di Provinsi Sumatera Selatan -**

## J. Persepsi Masyarakat terhadap Kinerja Puskesmas

### 1. Kinerja puskesmas selama pandemi COVID-19

Berdasarkan WM dengan perwakilan masyarakat, kebanyakan informan dari berbagai provinsi, seperti Bali dan Maluku Utara, merasa puas mengenai kinerja puskesmas selama COVID-19, meskipun masih memerlukan perbaikan di beberapa aspek. Salah satu yang dipuji adalah kesiapan pelayanan tenaga kesehatan terhadap pengunjung puskesmas, khususnya dalam penanganan pasien yang terkonfirmasi COVID-19. Puskesmas juga dianggap sudah menerapkan protokol kesehatan yang baik dan melakukan skrining aktif pasien COVID-19. Salah satu responden dari Jawa Tengah juga bercerita bahwa datangnya pandemi membawa perubahan positif dalam pelayanan puskesmas, di mana puskesmas semakin aktif turun dan memberi pelayanan langsung ke masyarakat. Sebelumnya puskesmas dirasa jarang memberi pelayanan aktif ke desa.



*Bagus, terhadap masyarakat yg terkena COVID bagus, dan akan mendatangi ke masyarakat yang terkena tersebut.*

**- Masyarakat di Provinsi Bali -**





*Puskesmas sangat baik dan bagus. Puskesmas juga cukup membantu menangani pasien yang bergejala.*  
**- Masyarakat di Provinsi Maluku Utara -**



*Kalau (dibanding) dari sebelum pandemi, justru saat pandemi (puskesmas) lebih sering mobilisasi dan sosialisasi ke masyarakat.*  
**- Masyarakat di Provinsi Jawa tengah -**

Di sisi lain, masyarakat juga merasakan kendala secara umum terkait sumber daya manusia (SDM) dan logistik berupa obat-obatan serta vaksin. Untuk SDM, di beberapa wilayah, khususnya informan masyarakat dari Jawa Tengah dan Jawa Timur, menyatakan bahwa jumlah tenaga kesehatan yang tersedia sangat kurang untuk menanggapi jumlah kasus COVID-19 di wilayahnya, terutama ketika puncak pandemi, yakni *Delta* COVID-19. Isu lainnya, dirasakan beberapa tenaga kesehatan masih kurang ramah dalam memberikan pelayanan, masalah ketersediaan dokter di puskesmas, dan pelayanan yang tidak tepat waktu.



*Lumayan lama (waktu menunggunya), tadi sudah antri di depan, terus lama banget nggak dipanggil-panggil, ternyata di dalamnya belum ada dokternya, padahal di depan ruangnya cuma saya sendiri.*  
**- Masyarakat di Provinsi Jawa Timur -**

Pada aspek logistik, masyarakat juga merasakan stok obat, vitamin, dan vaksinasi sangat terbatas ketika puncak gelombang *Delta* COVID-19. Wilayah lain yang memiliki isu logistik adalah Provinsi Maluku, yang menyatakan bahwa ketika pasien kehabisan stok obat di puskesmas, puskesmas akan memberikan resep agar pasien dapat membeli obat tersebut di apotek di luar puskesmas. Masyarakat di Provinsi Papua Barat juga menyatakan bahwa jangka waktu penyimpanan obat-obatan yang diterima oleh pasien sangat singkat sehingga pasien menemukan obat-obatan tersebut sudah dalam keadaan kedaluwarsa.



*Yah, kalau kelengkapan obat aku pernah ngalamin pas sakit waktu itu anak ada obatnya biasa dikasih lengkap, tapi kalau tidak ada obat di situ kita biasa dikasih resep nanti kita beli di luar.*  
**- Masyarakat di Provinsi Maluku -**



*Baik sih di sini, cuma obatnya menurut saya nggak up to date, masa obat saja sampai ada yang expired, Maksudnya nggak tersalurkan dengan baik gitu lho. Bukan expired waktu dikasih, bukan, tapi expired waktu kita bersih-bersih ternyata ada sebagian tumpukan obat yang nggak tersalurkan gitu.*  
**- Masyarakat di Provinsi Papua Barat -**

## 2. Sikap masyarakat terhadap vaksinasi COVID-19

Masih terdapat masyarakat yang menolak vaksinasi COVID-19 dengan alasan yang beragam. Ada yang menyangkut isu kesehatan, seperti memiliki komorbiditas, takut efek samping vaksinasi, dan takut jarum suntik. Selain itu, terdapat juga yang menolak karena kepercayaan masing-masing, seperti isu kehalalan vaksin yang tersedia. Khusus isu kehalalan vaksin, kebanyakan merupakan jawaban dari responden Aceh dan DKI Jakarta.



*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 -**

Penolakan vaksinasi masih terjadi karena misinformasi yang beredar di kalangan masyarakat. Banyak responden yang merasa penolakan vaksinasi karena masyarakat menerima informasi yang salah dari pihak yang terpercaya, seperti kepala desa, ketua RT/RW, tokoh agama, tetangga, dan keluarga. Responden merasa yang paling penting memberi informasi kesehatan adalah dari puskesmas atau kader untuk memastikan informasi tersebut benar.

Alasan masyarakat bersedia untuk divaksin juga beragam, diantaranya untuk memenuhi persyaratan administrasi mengurus berkas dan mendapatkan bantuan sosial. Sebagaimana pernyataan salah satu kader posyandu dari daerah Jawa Timur, mengungkapkan bahwa alasan utama masyarakat sekitar bersedia vaksin adalah untuk persyaratan administrasi masuk kerja dan untuk mendapatkan bantuan dari Program Keluarga Harapan (PKH).



*Kalau sekarang kan ada administrasi tertentu yang membutuhkan itu surat vaksin, nah itu masyarakat semua langsung antusias untuk divaksin. Di sini kan rata-rata dapat bantuan seperti PKH dan lain-lain, itu kan juga syarat wajib kan harus vaksin. Kalau sekarang di aturan pabrik kan harus vaksin semua, itu semua langsung bondong-bondong vaksin, malah sampai pernah langka (persediaan vaksin).*

**- Masyarakat di Provinsi Jawa Timur -**

Sebagian lagi bersedia untuk divaksin karena sertifikat vaksin menjadi syarat wajib bepergian, sebagaimana yang diungkapkan oleh salah satu masyarakat di daerah Sulawesi Utara. Di daerah lain seperti di Bali, salah seorang warga mengungkapkan bahwa masyarakat bersedia untuk divaksin karena memang sudah menjadi kewajiban dan peraturan di wilayah yang harus ditaati.



*Di perbatasan saja itu dicegat, makanya setelah dianjurkan pemerintah, terus teman-teman yang lain dan pemikiran saya ya mau tidak mau (harus vaksin). Karena juga mengurus anak di ibu kota itu harus membawa kartu vaksin minimal dua kali vaksin.*

**- Masyarakat di Provinsi Sulawesi Utara -**



*Pandangannya disini, apapun yang diarahkan pasti mengikuti dengan tertib, dengan disiplin kalau itu memang yang terbaik, jarang di sini kalau ada yang ngelawan, kalau disuruh vaksin ya vaksin.*

**- Masyarakat di Provinsi Bali -**

Selain faktor dorongan dari eksternal, muncul kesadaran dalam diri masyarakat yang bersedia divaksin, hal ini juga dipengaruhi oleh rasa takut tertular COVID-19, karena di wilayahnya sudah banyak kasus positif dan meninggal.



*Ya memang sudah banyak kejadian di sini kan ada banyak yang sakit COVID-19 (kemudian) meninggal, makanya orang-orang ya semangat.*

**- Masyarakat di Provinsi Jawa Timur -**

### 3. Kebutuhan dan penggunaan layanan kesehatan esensial

Masyarakat di berbagai daerah masih merasakan adanya kekurangan baik dari aspek fasilitas maupun SDMK terkait dengan pemberian layanan kesehatan di puskesmas. Kebutuhan layanan kesehatan esensial juga sangat beragam tergantung daerah. Hasil wawancara mendalam pada penelitian ini menunjukkan bahwa masyarakat di wilayah Jawa Tengah dan Jawa Timur merasa jumlah tenaga kesehatan yang tersedia sangat kurang dalam menghadapi kasus COVID-19, terutama pada puncak pandemi COVID-19 tahun 2021. Untuk Papua Barat, dirasakan masih kekurangan dan dibutuhkan layanan kesehatan mulut dan gigi sebagai layanan esensial puskesmas. Untuk provinsi Bali juga masih terdapat keluhan mengenai program kesehatan anak yang kurang memadai, terutama untuk menjangkau target *stunting*. Pelayanan TB masih dirasa kurang dikarenakan fasilitas puskesmas yang masih belum memadai untuk analisis sampel saliva. Di Maluku Utara diceritakan dibutuhkan lebih banyak puskesmas rawat inap dikarenakan jauhnya akses ke rumah sakit terdekat. Sama halnya di Maluku, dirasakan akan membantu jika fasilitas puskesmas dilengkapi dengan USG dan *rontgen* untuk menekan angka kematian ibu yang tinggi. Di Kalimantan Timur dirasa program ODGJ kurang maksimal sehingga banyak kelompok rentan yang terabaikan.



*Dokter mata, dokter gigi, kapan itu sempat ada tapi nggak tau juga ini sudah lama sekali, dokter gigi itu nggak ada. Ini yang kita butuhkan, yang lebih banyak memang dokter gigi dan dokter mata.*

**- Masyarakat di Provinsi Papua Barat -**



*Saya mengharapkan pelayanan untuk kesehatan anak dibawah remaja, terutama yang bermasalah stunting, mereka harus rujuk ke Rumah Sakit Gianyar*

**- Masyarakat di Provinsi Bali -**

Beberapa layanan tambahan juga dirasakan masih dibutuhkan banyak masyarakat yang menyatakan kebutuhan dokter mata merupakan kebutuhan esensial di wilayah mereka. Selain itu juga dokter jiwa dirasa akan sangat berguna, terutama membantu menjaga stabilitas mental masyarakat di wilayahnya.



*Untuk dokter mata itu belum ada. Biasa untuk lansia perlu dirujuk ke Rumah Sakit.*

**- Masyarakat di Provinsi Jawa Timur -**



*Yang masih dibutuhkan adalah dokter jiwa. Banyak saya lihat ibu hamil yang stress, saya kurang tau ya kasus masing-masing tapi banyak juga kan korban yang hamil diluar nikah, orang-orang seperti itu saya rasa butuh dukungan.*

**- Masyarakat di Provinsi Maluku -**

#### 4. Hambatan akses layanan esensial

Berbagai hambatan terhadap akses layanan esensial dialami di beberapa daerah. Untuk beberapa wilayah di Papua Barat, masih terdapat hambatan jarak dimana beberapa puskesmas masih dirasa jauh dari pemukiman warga, dimana dibutuhkan kendaraan pribadi untuk mengakses puskesmas-puskesmas tersebut. Untuk wilayah lain, seperti Jawa Timur, sudah tidak terdapat hambatan jarak karena sudah tersedia puskesmas dan polindes, dan hambatan transportasi karena sudah tersedia fasilitas transportasi umum untuk memberi akses ke puskesmas. Selain akses, masyarakat di wilayah Maluku Utara juga mengeluhkan perihal singkatnya waktu pelayanan yang diberikan oleh puskesmas.



*Kerja bagus, lengkap, cuma yang kami butuhkan adalah waktu yang belum stabil. Karena kalau sudah jam 11 ke atas, itu sudah tidak ada di puskesmas. Sudah tidak terima pelayanan, tenaga kesehatan sudah keluar.*

**- Masyarakat di Provinsi Maluku Utara -**



*Hambatannya palingan jarak ya, masyarakat lebih memilih ke polindes dikarenakan lebih dekat ke polindes dibandingkan ke puskesmas.*

**- Masyarakat di Provinsi Jawa Timur -**

Untuk biaya berobat juga tidak terlalu menjadi masalah, bagi yang sudah terdaftar BPJS dapat menerima pelayanan secara gratis. Jika tidak memiliki BPJS, tarif pelayanan adalah Rp10.000–Rp20.000. Beberapa wilayah, seperti Bali, tetap memberi pelayanan gratis bagi warga miskin walaupun belum memiliki BPJS. Walaupun tidak ada isu biaya, responden menyesalkan seringnya kekurangan stok obat yang dibutuhkan. Khususnya di wilayah perbatasan, seperti Sulawesi Utara, Maluku Utara, Kalimantan Utara, terdapat beberapa kasus kekurangan obat sehingga puskesmas hanya dapat memberi resep kepada pasien.



*Keluhan masyarakat ada beberapa orang, itu bisa nggak minta obat ke tenaga kesehatan, nah saya tanya, bu bisa nggak ini ada anak yang sakit, terus kata nakes-nya, oh ibu, kami tidak ada obat. Nah itu keluhan masyarakat yang paling utama dan diabaikan.*

**- Masyarakat di Provinsi Sulawesi Utara -**



*Ada beberapa beberapa obat tertentu tidak tersedia di puskesmas, hanya saja diberikan resep nya untuk dicari ke apotek lain.*

**- Masyarakat di Provinsi Maluku Utara -**

Secara umum dirasakan ada penurunan jumlah pasien puskesmas selama pandemi berjalan. Alasan utama untuk penurunan jumlah kunjungan adalah takutnya masyarakat terhadap skrining COVID-19 di puskesmas. Akibatnya, masih adanya stigma terhadap *testing* COVID-19 karena masyarakat takut “di-COVID-kan” oleh tenaga kesehatan. Masih terdapat juga ketakutan masyarakat tertular dari orang-orang yang positif COVID-19. Selain itu beberapa layanan juga terbatas akses nya, seperti layanan gigi, sehingga jumlah kunjungan juga menurun.



*Jujur mba masyarakat disini takut ke puskesmas untuk dapat pelayanan umum (saat pandemi), takut nanti di swab (positif) harus isolasi mandiri. Banyak yang enggak percaya sama dokter nya, di COVID-COVID kan gitu.*

**- Masyarakat di Provinsi Jawa Timur -**



*Pelayanan yang terhambat saya rasa pelayanan gigi, karena riskan ya jadinya hanya bisa konsul saja. Jadinya banyak memilih ke praktek pribadi.*

**- Masyarakat di Provinsi Jawa Tengah -**

# 4

## PEMBAHASAN

Studi ini memberikan gambaran kebutuhan dan kesiapan Puskesmas dalam merespon COVID-19 berdasarkan 8 aspek. Dukungan pemerintah daerah diidentifikasi sebagai komponen penting dari implementasi sistem kesehatan yang resilien dalam memberikan respons terhadap pandemi COVID-19 atau kemungkinan pandemi lainnya. Dengan demikian, pembahasan secara tematik mencakup hasil temuan yang sering muncul disusun untuk menjawab tujuan penelitian. Tema pembahasan tersebut terdiri dari: **1)** kapasitas SDM puskesmas, **2)** kapasitas puskesmas dalam merespons pandemi, **3)** pelibatan kader kesehatan dalam merespons COVID-19 dan pemulihan layanan kesehatan esensial, **4)** pemanfaatan kesehatan digital dalam menanggulangi pandemi COVID-19, dan **5)** peran pemerintah daerah untuk penanganan pandemi.

### A. Kapasitas SDM Puskesmas

#### 1. Dampak COVID-19 terhadap tenaga kesehatan puskesmas

Sebagai salah satu komponen penting dalam pembangunan kesehatan, SDM berperan dalam upaya meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal dan juga sebagai pelaksana upaya dan pelayanan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional, SDM adalah “tenaga kesehatan (termasuk tenaga kesehatan strategis) dan tenaga pendukung atau penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan”. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas, jenis tenaga kesehatan yang ada di puskesmas paling sedikit terdiri dari dokter, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga promosi kesehatan masyarakat dan ilmu perilaku, tenaga kesehatan lingkungan, nutrisionis, tenaga apoteker dan/atau tenaga teknis kefarmasian, serta ahli teknologi laboratorium medik.

Sebelum adanya pandemi COVID-19, sistem kesehatan Indonesia telah menghadapi berbagai permasalahan dan tantangan terkait SDM Kesehatan, diantaranya adalah tidak meratanya distribusi tenaga kesehatan. Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia tahun 2021, terdapat 9,6% puskesmas yang kekurangan dokter, yang angkanya menurun secara nasional dibandingkan dengan tahun 2020 (12,5%)<sup>18</sup>. Sementara itu, terdapat 35,5% puskesmas dengan status jumlah dokter cukup dan 54,9% puskesmas yang memiliki jumlah dokter melebihi standar kebutuhan minimal. Lebih lanjut terkait isu pemerataan akan dibahas pada sub bab kuantitas tenaga kesehatan puskesmas.

Hasil studi ini menunjukkan bahwa selama pandemi COVID-19, lebih dari 90% puskesmas menyatakan bahwa pegawai mereka terinfeksi COVID-19, yang mana lebih dari 50% adalah puskesmas dengan jumlah pegawai di antara 51 hingga 100 orang dan 34,03% berasal dari puskesmas yang pegawainya berkisar antara 1 hingga 50 orang. Berkurangnya jumlah tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan menyebabkan terjadinya penghentian dan penundaan layanan kesehatan esensial, peningkatan risiko infeksi di fasilitas kesehatan antar tenaga kesehatan ataupun ke pasien, dan penurunan kualitas layanan kesehatan primer. Berdasarkan buku studi pembelajaran penanganan COVID-19 yang dirilis oleh BAPPENAS bulan Februari 2021, disebutkan bahwa diperlukan estimasi ketahanan mental para tenaga kesehatan. Di Indonesia, implementasi strategi ini diserahkan pada kebijakan masing-masing RS sesuai kemampuan karena tidak semua RS mampu memfasilitasi medical *check-up* reguler, termasuk yang kontak langsung dengan pasien COVID-19<sup>19</sup>. Hal tersebut berlaku pula pada tenaga kesehatan puskesmas dengan kesempatan lebih sedikit untuk mendapatkan *check-up* secara rutin.

Hal-hal tersebut diatas menunjukkan bahwa dari sisi SDM, Sistem Kesehatan Nasional (SKN) Indonesia belum cukup kuat dalam menghadapi pandemi. Ketahanan sistem kesehatan didefinisikan sebagai kapasitas pelaku kesehatan, institusi, dan populasi untuk mempersiapkan dan merespon krisis secara efektif, mempertahankan fungsi inti saat krisis melanda, dan berdasarkan pelajaran yang didapat selama krisis, mengatur ulang jika kondisinya mengharuskan<sup>20</sup>. Apabila SKN Indonesia sudah kuat dan optimal maka tidak akan terjadi kegagalan dalam merespon

adanya pandemi. Tenaga kesehatan akan memiliki manajemen risiko yang baik, sumber daya manusia merata dan mencukupi, logistik terutama APD juga tersedia dengan cukup.

Praktik baik yang diterapkan di berbagai daerah adalah dengan melibatkan anggota profesi untuk meminimalkan permasalahan kurangnya tenaga kesehatan di masa krisis. Pelibatan organisasi profesi ini dapat membantu puskesmas mendapatkan tambahan tenaga kesehatan dengan lebih terkoordinasi dan memberikan tambahan pengalaman kerja bagi tenaga kesehatan yang akan diturunkan. Selain itu, mahasiswa kesehatan tingkat akhir juga dapat dilibatkan guna mengatasi kurangnya tenaga kesehatan. Sebuah penelitian di Riyadh, Saudi Arabia menunjukkan hasil bahwa sebesar 57% mahasiswa kedokteran bersedia bekerja sebagai bagian dari tenaga kesehatan selama pandemi COVID-19<sup>21</sup>. Keyakinan terhadap kompetensi yang dimiliki mahasiswa tersebut berkorelasi dengan tingkat kesediaan mahasiswa untuk ikut memberikan pelayanan kesehatan pada masa pandemi COVID-19<sup>21</sup>. Akan tetapi, pelatihan dan pengawasan dalam semua tugas yang diberikan kepada para mahasiswa kesehatan tingkat akhir ini tetap dibutuhkan untuk menghindari dampak negatif yang tidak diinginkan selama pelayanan.

## 2. Kuantitas tenaga kesehatan puskesmas

Pada survei ini, ditemukan bahwa 59,74% puskesmas di Indonesia memiliki <30.000 sasaran penduduk di wilayah kerjanya. Beban kerja puskesmas semakin besar untuk daerah yang memiliki jumlah kasus COVID-19 tinggi seperti di Provinsi DKI Jakarta. Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021 menunjukkan bahwa Provinsi DKI Jakarta merupakan puskesmas dengan kekurangan perawat tertinggi (78,4%). Kekurangan ini dapat disebabkan karena sebagian besar puskesmas di Provinsi DKI Jakarta merupakan “puskesmas kelurahan” yang setara dengan Puskesmas Pembantu (Pustu) di provinsi lain, sehingga layanan dan tenaga kesehatannya terbatas<sup>18</sup>. Kekurangan tenaga kesehatan puskesmas ini juga dirasakan oleh masyarakat. Hasil wawancara mendalam pada penelitian ini menunjukkan bahwa masyarakat di wilayah Jawa Tengah dan Jawa Timur merasa jumlah tenaga kesehatan yang tersedia sangat kurang dalam menghadapi kasus COVID-19, terutama pada puncak pandemi COVID-19 tahun 2021, sehingga mengakibatkan waktu tunggu pelayanan menjadi lama.

Amanat Undang-undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 menyatakan bahwa pemerintah mengatur penempatan tenaga kesehatan untuk pemerataan pelayanan kesehatan. Namun, tenaga kesehatan pada umumnya menumpuk di kota-kota besar di Pulau Jawa dan keadaan sebaliknya terjadi di Indonesia bagian timur. Berdasarkan data Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021, enam provinsi berikut memiliki persentase puskesmas dengan ketersediaan dokter di bawah standar sebesar 80% dan merupakan provinsi dengan kekurangan dokter terbanyak yaitu Papua, Maluku, Papua Barat, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Tengah, dan Sulawesi Barat. Papua merupakan provinsi tertinggi dengan persentase puskesmas kekurangan dokter sebesar 49,5%.

Permasalahan terkait ketidakmerataan tenaga kesehatan merupakan masalah kompleks dan penyelesaiannya membutuhkan berbagai aspek pertimbangan, termasuk komitmen pemerintah. Ketika mendatangkan tenaga kesehatan dari Pulau Jawa dan ditempatkan di Provinsi Papua, misalnya, diperlukan dorongan yang kuat bagi tenaga kesehatan untuk dapat bekerja di daerah yang secara geografis lebih menantang. Dalam menghadapi tantangan tersebut, diperlukan kontribusi dan kerja sama erat dari seluruh pemangku kepentingan, guna mendukung peningkatan kuantitas SDM melalui solusi dan kebijakan yang tepat. Pemerintah pusat dan daerah perlu bekerja sama dalam menciptakan sistem yang mendukung tenaga kesehatan dan puskesmas memberikan layanan kesehatan yang optimal. Hal ini salah satunya telah dijalankan melalui program Nusantara Sehat, yang mana pemerintah daerah bergantung pada pemerintah pusat terkait pemenuhan dan pemerataan tenaga kesehatan. Pemerintah pusat yang dalam hal ini Kementerian Kesehatan perlu memperluas wilayah jangkauan dari program Nusantara Sehat karena masih banyak daerah DTPK (Daerah Terpencil Perbatasan Kepulauan) yang membutuhkan tambahan SDM. Hal ini dapat diupayakan dengan menambah jumlah nakes yang akan ditugaskan setiap tahunnya, dengan tetap memperhatikan kualitas nakes.

## 3. Peningkatan kualitas tenaga kesehatan puskesmas

### a. Pelatihan

Ketakutan terhadap infeksi COVID-19 banyak dialami tenaga kesehatan, terutama pada tahap awal pandemi, akibat adanya kondisi yang tidak pasti dan pemahaman yang terbatas tentang virulensi, penularan, dan manajemen COVID-19. Hal ini diperparah dengan kurangnya pelatihan respon COVID-19 pada tenaga kesehatan di puskesmas yang hanya didapatkan oleh kurang dari 25% puskesmas di Indonesia. Sejalan dengan informasi

pada dokumen *Intra-Action Review* (IAR) COVID-19 di Indonesia yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan pada bulan Agustus tahun 2020, pelatihan melalui konferensi video, termasuk pemakaian dan pelepasan alat pelindung diri (APD) telah dijalankan baik oleh Kementerian Kesehatan maupun oleh dinas kesehatan daerah. Akan tetapi, implementasi di lapangan menunjukkan bahwa tenaga kesehatan masih mengalami risiko terpajan COVID-19 sebesar 40% saat melakukan pelayanan dan 45,7% saat menjalankan prosedur yang menghasilkan aerosol, yang berarti bahwa masih terdapat penggunaan APD tenaga kesehatan yang kurang tepat<sup>22</sup>. Melalui IAR 2020, Kementerian Kesehatan menyampaikan rekomendasi untuk peningkatan PPI di fasilitas kesehatan. Upaya tersebut melalui pelatihan, pemantauan tenaga kesehatan, dan audit medis untuk infeksi COVID-19 pada tenaga kesehatan. Selain itu, juga diperlukan peningkatan surveilans infeksi terkait layanan kesehatan COVID-19 dan skema asuransi perlindungan tenaga kesehatan<sup>22</sup>.

Pelatihan yang rutin dan berkesinambungan diperlukan untuk memastikan kesiapan dan ketahanan tenaga kesehatan dalam menghadapi situasi krisis. Perlu diadakannya pelatihan terkait ketahanan tenaga kesehatan, seperti pelatihan pra-bencana alam dengan mengenali tanda-tanda bahaya, memahami faktor kerentanan, dan membekali cara pemberian dukungan pada rekan kerja yang bermanfaat pada saat kondisi krisis terjadi<sup>23</sup>. Mengingat tenaga kesehatan memiliki tingkat stres yang tinggi apalagi pada situasi pandemi, penting untuk membangun tenaga kerja yang tangguh di luar kondisi krisis. Hasil *systematic review* dari Cleary et al (2018) terkait dengan efektivitas intervensi untuk meningkatkan ketahanan di kalangan profesional kesehatan didapatkan hasil bahwa 11 dari 16 studi menunjukkan peningkatan yang signifikan pada skor ketahanan sementara 5 dari 8 studi melaporkan perbedaan yang signifikan dalam skor ketahanan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol<sup>24</sup>. Pelatihan ketahanan diri bermanfaat untuk tenaga kesehatan profesional, namun harus dilaksanakan secara panjang dan berkelanjutan untuk mendapat hasil yang maksimal<sup>24</sup>. Selain itu, tenaga kesehatan perlu dibekali dengan pelatihan komunikasi publik tentang risiko pandemi, surveilans, PPI, tata laksana perawatan COVID-19, pengelolaan limbah medis, pemanfaatan APD, dan pelatihan lain yang relevan dengan respons pandemi serta sesuai dengan kebutuhan masing-masing puskesmas, disertai dengan pendampingan atau supervisi secara berkelanjutan<sup>19</sup>.

Selain puskesmas, kurangnya pelatihan juga dirasakan oleh tenaga non-kesehatan, seperti kader, yang membantu respons COVID-19. Hampir 50% puskesmas menyatakan tidak memberikan pelatihan pada kader mereka. Padahal, untuk mendapatkan atensi masyarakat, kader perlu dibekali pelatihan sebelum memberikan layanan kesehatan. Terlebih lagi, kader kesehatan juga memiliki risiko yang tidak kalah besar karena harus bertemu secara langsung dengan masyarakat. Terkait adanya keterbatasan sumber daya dan waktu untuk memberikan pelatihan menyeluruh, *Training of trainers* (ToT) dapat diberikan kepada tenaga kesehatan di puskesmas oleh dinas kesehatan agar mereka dapat secara mandiri membekali tenaga non-kesehatan seperti kader yang akan terlibat dalam penanganan pandemi. Kementerian Kesehatan sebelumnya sudah melaksanakan kegiatan *Training of trainers* (ToT) diantaranya untuk program stunting. Kegiatan serupa tentu dapat dilaksanakan dalam penanganan pandemi COVID-19<sup>25</sup>.

## b. Supervisi

Pandemi COVID-19 membuat semua pihak dituntut untuk beradaptasi dengan keadaan yang belum pernah terjadi sebelumnya. Pelayanan kesehatan esensial puskesmas harus tetap berjalan seiring dengan upaya penanggulangan pandemi COVID-19. Pembinaan dan monitoring yang biasanya dilakukan secara tatap muka sangat sulit dilakukan, sehingga supervisi secara virtual menjadi alternatif selama pandemi. Akan tetapi, hasil survei ini menunjukkan bahwa dukungan supervisi hanya diterima oleh 31,69% puskesmas dari dinas kesehatan sejak awal pandemi COVID-19. Sejalan dengan hasil temuan di Kabupaten Oku Timur mengenai supervisi program TB ditemukan bahwa pemantauan kegiatan dan pembinaan secara virtual dilakukan pada aspek pelaporan capaian program saja, sedangkan untuk pembinaan tidak dapat dilakukan secara virtual. Supervisi tersebut belum dapat dilakukan secara optimal jika dibandingkan dengan tatap muka secara langsung karena keterbatasan sinyal, kesibukan petugas, dan kapasitas petugas untuk memanfaatkan teknologi. Dengan demikian, pengelola program tidak dapat meng-*upgrade* ilmu selama proses pembinaan dan pengawasan berlangsung secara daring<sup>26</sup>.

Selain adanya hambatan kendala internet yang dialami untuk mengakses berbagai media yang digunakan pada pelaksanaan supervisi virtual, seperti melalui *Zoom*, *Google Meet*, dan *WhatsApp*, puskesmas juga menemui hambatan dalam berkoordinasi. Pertemuan koordinasi berkala yang sistematis inilah yang dibutuhkan dalam mengoptimalkan kegiatan supervisi. Selanjutnya, berdasar pada IAR 2020, disebutkan bahwa tantangan dalam

koordinasi, perencanaan, dan pemantauan penanggulangan COVID-19 adalah belum optimalnya komando dan koordinasi penanggulangan COVID-19 karena adanya ego sektoral di lembaga pemerintahan. Terlebih lagi, adanya pergantian struktur komando dan tidak adanya jadwal pertemuan koordinasi berkala yang sistematis antar multisektor di pusat serta antara pusat dan daerah untuk memantau indikator rencana respon COVID-19 juga merupakan tantangan yang ditemukan selama pelaksanaan koordinasi<sup>22</sup>.

Supervisi kepada fasilitas kesehatan menjadi komponen penting untuk memastikan upaya puskesmas dilakukan secara efektif sesuai tata laksana agar kesehatan masyarakat maupun tenaga kesehatan terlindungi<sup>27</sup>. Upaya supervisi dilakukan secara berjenjang, mulai dari Kementerian Kesehatan, dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan kabupaten/kota, hingga ke puskesmas. Pengawasan yang dilakukan oleh dinas kesehatan seharusnya menjadi mekanisme umpan balik untuk melakukan penilaian kinerja pegawai puskesmas, yang dilanjutkan pemberian arahan atau bimbingan teknis dari hasil penilaian tersebut. Dinas kesehatan kabupaten/kota perlu lebih menjalankan monitoring dan evaluasi baik terhadap kinerja puskesmas pada penanggulangan kasus COVID-19 maupun pelayanan kesehatan esensial. Mekanisme monitoring dan evaluasi ini juga dapat dijadikan wadah untuk berbagi pengetahuan antar tenaga kesehatan, di mana tenaga kesehatan atau puskesmas dengan kinerja capaian terbaik dapat berpotensi untuk menjadi mentor bagi mereka yang sedang berusaha untuk memperbaiki layanannya<sup>28</sup>.

## B. Kapasitas Puskesmas dalam Merespons Pandemi

### 1. Dampak pandemi COVID-19 pada manajemen puskesmas

Lokakarya mini bulanan 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. Hasil survei ini menunjukkan bahwa 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 cara yang bervariasi dalam melaksanakan lokmin bulanan dan tribulanan, baik secara daring, luring, dan 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. Studi yang dilakukan di Kota Padang menunjukkan bahwa bentuk manajemen (P1, P2, dan P3) di puskesmas selama pandemi mengalami perubahan, meskipun prosesnya masih sama. Kegiatan manajemen selama pandemi lebih banyak menerapkan protokol kesehatan dan pembatasan pertemuan. Beberapa modifikasi dilakukan sesuai kebijakan masing-masing puskesmas untuk mengedepankan efisiensi dan ketaatan prokes<sup>29</sup>.

Kendala terbesar pelaksanaan lokmin bulanan saat pandemi COVID-19 gelombang *Alpha* dan *Delta* tahun 2020–2021 adalah kurang tersedianya SDM dan waktu untuk memprioritaskan lokmin. Selain itu, ketersediaan jaringan internet juga disinyalir menjadi hambatan yang diterima puskesmas untuk melaksanakan lokmin. 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 perlu difasilitasi karena dapat memudahkan pegawai ketika melaksanakan lokmin.

### 2. Dampak pandemi COVID-19 pada layanan puskesmas

Pandemi COVID-19 semakin memperjelas adanya keterbatasan kapasitas pemberian layanan kesehatan esensial di Puskesmas. Melalui kebijakan PSBB, pemerintah membatasi dan bahkan merekomendasikan masyarakat untuk menunda kontrol rutin dengan alasan keamanan masyarakat dan kader kesehatan, serta karena keberadaan kebijakan PSBB<sup>21</sup>. Hasil survei menunjukkan adanya perubahan layanan pada masa pandemi tahun 2020–2021 dibandingkan tahun 2022 pada penyedia layanan kesehatan esensial berupa pengurangan jam kerja layanan, jenis layanan, kunjungan pasien, hingga penyesuaian pada alur dan prosedur standar layanan. Implikasi dari adanya perubahan layanan selama pandemi COVID-19 berupa penurunan target cakupan layanan kesehatan rutin di puskesmas. Hal ini disebabkan oleh adanya pembatasan kegiatan posyandu dan posbindu, seperti deteksi dini, pengobatan tuberkulosis, program imunisasi dasar anak, serta kunjungan layanan UKP yang mempengaruhi capaian KIA, PTM, dan penyakit menular lainnya. Survei lain di Kota Makassar juga menunjukkan



kesiapan puskesmas dalam memberikan layanan PTM dinilai belum optimal, yang disebabkan oleh kurangnya persediaan medis dan rendahnya kapasitas diagnostik<sup>27</sup>.

Pada tahun 2022, sebanyak 84% dari 125 negara di dunia mengalami perubahan setidaknya pada satu jenis layanan kesehatan esensial, dan telah mengalami pemulihan jika dibanding tahun-tahun sebelumnya<sup>30</sup>. Sesuai dengan hasil temuan pada survei ini, di level global juga mengalami penurunan cakupan yang disebabkan karena adanya modifikasi layanan, perubahan yang tak diduga karena kekurangan sumber daya kesehatan (mis. tenaga kesehatan, obat-obatan, dan produk kesehatan), dan penurunan permintaan layanan dari pasien yang tidak berkunjung ke layanan kesehatan selama pandemi. 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, strategi pembiayaan kesehatan, serta pendekatan peningkatan kualitas layanan kesehatan<sup>30</sup>.

### 3. Kapasitas respon puskesmas selama pandemi

Respon COVID-19 yang dilakukan Indonesia dianggap kurang optimal, dinilai dari lambatnya memberikan reaksi pada tindakan terkait pembatasan mobilitas dan surveilans di awal periode pandemi<sup>31</sup>. Respon yang diberikan Indonesia sebelum diumumkannya kasus konfirmasi COVID-19 berbentuk penghentian penerbangan dari dan ke China, tetapi tanpa disertai disinsentif atau penalti berkaitan dengan pelanggaran<sup>31</sup>. Setelah memberikan pengumuman kasus pertama di bulan Maret 2020, pemerintah Indonesia mencoba untuk mengimplementasikan sembilan kebijakan, disertai kebijakan lokal yang bervariasi di masing-masing daerah. Kebijakan fundamental yang diimplementasikan oleh pemerintah pusat dan daerah secara seragam terdiri dari arahan menjaga jarak, pembatasan sosial, dan jaminan keamanan sosial, seperti Program Keluarga Harapan (PKH), kupon sembako, kartu pra kerja, dan lain-lain<sup>32</sup>.

#### a. Testing

Pada tahun pertama pandemi di bulan Maret hingga April 2020, Indonesia melakukan tes kasus pada 67.784 suspek, dimana hanya 0.02% dari total populasi atau 247 tes setiap 1.000.000 populasi. Hal ini menempatkan Indonesia pada posisi kedua dengan kapasitas tes terendah di ASEAN setelah Myanmar<sup>33</sup>. Satu tahun kemudian, sekitar bulan Mei 2021, lonjakan kasus terjadi di Indonesia yang disertai dengan peningkatan kapasitas pengetesan dari 50.000 menjadi 74.000 per hari di akhir Juni 2021<sup>34</sup>. Peningkatan kapasitas tersebut masih belum memenuhi standar WHO, yaitu 1:1000 penduduk per minggu, yang apabila disesuaikan dengan konteks jumlah penduduk Indonesia, seharusnya 270.000 orang diperiksa setiap minggunya<sup>35</sup>. Selain itu, jumlah pemeriksaan dengan menggunakan PCR sebagai *gold standard* juga mengalami penurunan. Keterbatasan kapasitas tes ini disebabkan oleh beberapa faktor, seperti terbatasnya kapasitas antar laboratorium, ketersediaan tenaga pelaksana pengumpulan hasil swab dan reagen, serta transport spesimen dari layanan kesehatan dan laboratorium rujukan<sup>36</sup>. Mengkonfirmasi penelitian sebelumnya, survei ini menunjukkan bahwa hasil diagnosis tes PCR di puskesmas yang keluar kurang dari 24 jam hanya dapat dilakukan oleh 14,34% puskesmas dan 32,17% puskesmas dengan hasil diagnosis tes PCR lebih dari 48 jam. Namun, per tahun 2021 regulasi penggunaan tes antigen untuk membantu diagnosis dan menangkap kasus secara cepat mulai dilakukan di level layanan primer. Dengan harga yang cenderung lebih murah dan hasil lebih cepat, puskesmas mampu meningkatkan kapasitas tes secara signifikan. Pada survei ini, sebanyak 55,16% puskesmas mampu melakukan tes antigen hingga lebih dari 500 orang per minggu.

Setelah adanya lonjakan kasus, pemerintah kemudian memunculkan regulasi tentang penyediaan *laboratorium testing* dengan maksimal hasil 48 jam yang sebelumnya tidak ada. Meskipun demikian, dinamika kebijakan tersebut juga berimplikasi pada tantangan dalam menyediakan sistem pencatatan dan pelaporan yang mumpuni dari berbagai sumber data<sup>37</sup>. Pemanfaatan teknologi informasi diharapkan dapat memitigasi penyebaran virus menular dan mendukung pelayanan kesehatan melalui sistem pelaporan kesehatan masyarakat dengan interoperabilitas terstandar, memiliki manajemen yang kuat dari lembaga kesehatan lokal hingga nasional, dan menghapus sistem pelaporan berbasis kertas, sehingga elemen data penting dapat terkumpul dan dilaporkan secara otomatis melalui sistem<sup>38</sup>. Penyediaan sistem pelaporan dan pencatatan yang terintegrasi antar layanan kesehatan, baik milik pemerintah maupun swasta, dengan jaminan keamanan data pribadi diharapkan dapat diakomodasi oleh pemerintah untuk menghindari pemanfaatan data secara ilegal oleh pihak lain<sup>39</sup>.

### b. Pelacakan kontak

Temuan pada penelitian ini menunjukkan bahwa pelacakan kasus serta pemantauan pada pasien isolasi mandiri dalam enam bulan terakhir (Januari–Juni 2022) mengalami penurunan jika dibandingkan dengan dua tahun sebelumnya. Jumlah kasus yang mampu ditelusuri oleh 36,62% puskesmas pada setiap kasus terkonfirmasi adalah sebanyak 10 sampai 15 orang. Jumlah ini dianggap sebagai langkah yang baik dalam pelacakan kontak erat, meskipun idealnya dilakukan pada minimal 15 orang untuk setiap kasus terkonfirmasi positif<sup>40</sup>. Penurunan upaya penelusuran kontak erat pada masa pandemi tahun 2020-2021 yang mengalami penurunan kemungkinan disebabkan oleh adanya penurunan kasus COVID-19 di wilayah puskesmas. Data Kementerian Kesehatan sepanjang tahun 2020 hingga 2022 juga menunjukkan 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<sup>41</sup>. Bahkan, setelah panduan pelacakan dan sistem monitoring di aplikasi SILACAK tersedia, target pelacakan sebesar 80% masih belum dapat dicapai oleh salah Provinsi Kalimantan Utara, yang kemungkinan juga dialami oleh provinsi lain di Indonesia<sup>40</sup>.

### c. Pemantauan isolasi

Isolasi secara mandiri di rumah dilakukan oleh pasien yang menunjukkan gejala ringan, di mana kapasitas isolasi terbatas dan disertai fasilitas yang tidak mampu memenuhi permintaan layanan kesehatan, sehingga tidak memerlukan perawatan di rumah sakit<sup>42</sup>. Frekuensi pemantauan isolasi mandiri setiap hari yang dilakukan oleh puskesmas mengalami penurunan pada tahun 2020-2021 jika dibanding dengan tahun 2022. Keterbatasan 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. Dukungan finansial bagi orang-orang yang diisolasi, tunjangan pegawai yang terdampak COVID-19, kunjungan rumah, dukungan transportasi, akomodasi, makanan, dan obat-obatan serta layanan pekerjaan rumah tangga diidentifikasi sebagai faktor yang mempengaruhi kepatuhan pelaksanaan isolasi bagi mereka yang terpapar COVID-19<sup>43</sup>. Poin penting dalam pemantauan isolasi tidak terpisahkan dengan komponen pelaksanaan tes dan penelusuran kontak erat, sehingga pelaksanaan tes dan penelusuran kontak erat harus dilakukan seawal mungkin. Dengan demikian, pengurangan kasus sekunder dapat ditekan di masyarakat dan beban pelaksanaan pemantauan isolasi oleh tenaga kesehatan puskesmas dapat berkurang<sup>44</sup>.

### d. Vaksinasi

Pada awal pandemi, pemerintah merencanakan prioritas program vaksinasi untuk tenaga kesehatan dilaksanakan pada gelombang 1 (13 Januari – 17 Februari 2021) dan untuk kelompok rentan serta petugas publik pada gelombang 2 (mulai 17 Februari 2021)<sup>45</sup>. Meskipun Indonesia dapat mengakselerasi hingga 6 kali lipat cakupan vaksinasi pada gelombang 2 di bulan Maret 2022, tetapi Indonesia masih belum memenuhi target untuk *herd immunity* atau kekebalan nasional sebanyak 70%<sup>45</sup>. Berdasarkan data capaian vaksinasi nasional saat ini, capaian vaksinasi pada dosis I dan dosis II telah memenuhi target, yaitu sebesar 86,88% dan 74,55% secara berturut-turut. Sedangkan capaian dosis III dan IV masih belum sesuai dengan target yang telah ditentukan, yang dialami oleh lansia, petugas publik, masyarakat rentan, dan masyarakat umum<sup>46</sup>.

Temuan survei ini mengkonfirmasi data capaian di level nasional, yang mana sebagian besar tenaga kesehatan telah divaksin pada dosis I dan dosis II di lebih dari 90% puskesmas di Indonesia. Sedangkan, berdasarkan data FGD yang dilakukan pada November 2022, dinas kesehatan menyatakan bahwa kapasitas respons pada bidang logistik berupa ketersediaan vaksinasi bermerk tertentu seperti *Sinovac* dan *Moderna* sangat terbatas, terutama untuk anak-anak sekolah. Pengganti vaksin merek tersebut juga belum ditentukan karena belum ada rekomendasi WHO yang dapat dipenuhi. Sejalan dengan data nasional, vaksin dosis II untuk anak usia 6–11 tahun hanya mencapai 66,8%, yang berarti belum mencapai target nasional untuk anak sekolah.<sup>46</sup>

Pada aspek upaya pemenuhan capaian vaksinasi oleh puskesmas, survei ini menemukan bahwa distribusi vaksin cenderung tidak merata di seluruh wilayah di Indonesia. Tantangan yang dihadapi untuk pemerataan akses vaksin terdiri dari *cold chain* atau rantai distribusi dengan temperatur rendah, terbatasnya merek vaksin tertentu, kesulitan distribusi ke wilayah terpencil, heterogenitas karakteristik populasi yang menyebabkan perbedaan respons penerimaan vaksin, dan tingginya mobilitas masyarakat<sup>45</sup>. Distribusi vaksin masih menjadi isu dalam upaya pelaksanaan respons COVID-19 di tahun 2022. Di sisi lain, kapasitas layanan dan tenaga kesehatan juga mempengaruhi kecepatan pemberian vaksin.

Dorongan untuk membangun kapasitas produksi nasional pada kebutuhan logistik medis maupun non medis perlu dilakukan oleh pemerintah kepada para produsen, sekaligus memfasilitasi proses lisensi produk kesehatan yang dirilis. Selain itu, penguatan rantai persediaan juga perlu dilakukan dengan menggunakan sistem monitoring untuk mengelola ketersediaan logistik medis, termasuk vaksin dan obat-obatan, yang aman untuk jangka panjang serta memberikan peringatan dini kelangkaan maupun kedaluwarsa. Tidak kalah penting, penyederhanaan sistem administrasi dan birokrasi logistik di masa krisis, dilengkapi dengan mekanisme pemilahan obat dan teknologi kesehatan yang aman, juga sangat diperlukan untuk mempercepat ketersediaan logistik yang merata di seluruh wilayah Indonesia<sup>47</sup>.

#### 4. Partisipasi masyarakat dan lintas sektor dalam menghadapi pandemi

Temuan lain pada studi ini menunjukkan bahwa munculnya stigma negatif terhadap penderita COVID-19, misinformasi, dan minimnya antusiasme masyarakat dalam mematuhi protokol kesehatan merupakan tantangan terbesar yang dihadapi mayoritas puskesmas di Indonesia dari pihak penerima layanan. Kesulitan yang dialami puskesmas tak hanya dalam memberikan layanan selama pandemi, termasuk pelaksanaan 3T dan vaksinasi, tetapi juga dalam pendistribusian informasi kesehatan pada masyarakat di wilayah kerja puskesmas. Kondisi ini memacu puskesmas untuk membina kerjasama dengan lintas sektor, termasuk pihak swasta dan aktor masyarakat, agar peran puskesmas selama pandemi dapat terlaksana secara optimal dan tepat sasaran. Keterlibatan lintas sektor mulai dari Babinsa (TNI), Bhabinkamtibmas (Polri), gugus tugas COVID-19, RT/RW, dan aparat desa/kelurahan/kecamatan antara lain berupa pelacakan dan penelusuran kasus, pemantauan pasien isolasi COVID-19, serta membuat sentra vaksinasi untuk meningkatkan jangkauan vaksinasi di wilayah kerja puskesmas. Sedangkan distribusi informasi, sosialisasi, dan edukasi kesehatan lebih banyak dilakukan oleh kader untuk pelayanan yang berkaitan dengan COVID-19 maupun layanan kesehatan esensial.

Pada dasarnya, tidak ada satu pendekatan tunggal yang dilakukan suatu negara dalam menghadapi pandemi COVID-19, termasuk menugaskan aparat kepolisian dan TNI dalam situasi kegawatdaruratan kesehatan. Keterlibatan pihak TNI/Polri dalam penanganan pandemi dinilai cukup signifikan selama pandemi, terutama pada aspek dukungan transportasi logistik ke wilayah terpencil, yang tidak dapat dilakukan oleh masyarakat sipil dan pengawasan pada masyarakat yang melakukan perkumpulan selama masa pembatasan sosial<sup>48</sup>. Sejalan dengan studi yang dilakukan di Kota Yogyakarta, 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, melalui kolaborasi dengan puskesmas. Pada beberapa kasus, upaya kolektif masyarakat sipil juga secara informal memunculkan alur pemenuhan kebutuhan logistik dan mekanisme donasi bagi masyarakat yang sedang melakukan isolasi mandiri, terutama para lansia yang hidup sendiri. Pimpinan wilayah perlu terlibat lebih optimal untuk menghilangkan stigma dan kecemasan masyarakat kepada penyedia layanan kesehatan<sup>49</sup>. Praktik baik dengan menggandeng lintas sektor dapat dipertahankan untuk menghadapi masa krisis. Pemerintah perlu mengakomodasi kebutuhan koordinasi dari lintas sektor yang bekerja sama, juga membekali pimpinan wilayah untuk dapat mendorong lingkungan masyarakat tanpa stigma pada penyedia layanan kesehatan ketika pandemi terjadi.

### C. Pelibatan kader kesehatan dalam merespons COVID-19 dan pemulihan layanan kesehatan esensial

#### 1. Peran dan pelibatan kader kesehatan dalam layanan kesehatan esensial dan respon COVID-19 oleh puskesmas

Terjadinya pandemi COVID-19 membuktikan bahwa kader kesehatan semakin memiliki peran krusial dalam layanan kesehatan primer. Temuan studi ini menunjukkan bahwa mayoritas puskesmas melibatkan kader kesehatan dalam merespons pandemi COVID-19 dan penguatan layanan kesehatan esensial. Secara spesifik pada respons COVID-19, kader kesehatan terlibat pemantauan gejala awal dan pelaporan secara cepat. Kader kesehatan juga berkontribusi dalam meminimalkan penyebaran wabah melalui pelacakan kontak erat pasien yang terinfeksi dan memastikan bahwa mereka menjalani karantina mandiri. Keterlibatan kader juga mencakup distribusi logistik kesehatan yang diperlukan kepada masyarakat yang terinfeksi COVID-19 maupun tidak, seperti masker, *hand sanitizer*, dan obat-obatan. Selanjutnya, kader kesehatan juga memberikan promosi kesehatan dan edukasi kepada masyarakat untuk meningkatkan kesadaran dan pencegahan penyakit di tingkat komunitas. Terakhir, mereka juga melakukan pendataan dan pelaksanaan vaksinasi COVID-19 di wilayah puskesmas.

Pada layanan kesehatan esensial, kader kesehatan terlibat aktif dalam upaya-upaya pencegahan penyakit menular dan tidak menular melalui kegiatan posyandu dan posbindu, pemberian edukasi layanan kesehatan pada ibu hamil dan pasien PTM. Studi lain juga mengkonfirmasi temuan di survei ini yang menyatakan bahwa peran kader di masyarakat selama pandemi sangat penting, mulai dari promosi kesehatan mengenai COVID-19, pemantauan kesehatan bagi individu dan komunitas yang sedang melaksanakan isolasi mandiri, pelaksanaan surveilans berbasis masyarakat (SBM) untuk penguatan respons COVID-19, dan pemberian dukungan pada pemulihan layanan kesehatan esensial<sup>50</sup>.

## 2. Tantangan pelibatan kader kesehatan dalam sistem kesehatan

Meskipun kader kesehatan telah memainkan berbagai peran pendukung dalam merespons COVID-19 maupun pelaksanaan layanan esensial, studi ini menemukan bahwa tidak semua puskesmas melibatkan kadernya dalam respons COVID-19. Salah satu alasan tidak dilibatkannya kader dalam respon COVID-19 ialah keterampilan kader dirasa belum cocok untuk kebutuhan puskesmas dalam penanganan COVID-19 secara cepat. Di samping itu, kader di beberapa wilayah puskesmas rata-rata merupakan lansia sehingga dianggap kurang produktif dan lebih berisiko jika terlibat dalam aktivitas penanganan COVID-19, misalnya pelacakan kontak. Dari sisi kader, beban kerja yang mereka rasakan sudah sangat tinggi, namun insentif yang diterima masih relatif rendah dan apresiasi belum diberikan secara tepat.

Sejalan dengan penelitian lain di tiga negara di Asia termasuk Indonesia yang menunjukkan bahwa tantangan keterlibatan kader kesehatan untuk respons 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 terstandar<sup>51</sup>. Dari segi usia, kader berusia di atas 40 tahun memiliki kecenderungan kinerja yang kurang baik karena produktivitas dan kemampuan fisik kader berkurang seiring bertambahnya usia<sup>52</sup>. Perlu adanya regenerasi kader pada kelompok usia >50 tahun dengan kader yang berusia <35 tahun untuk tugas yang membutuhkan banyak kegiatan fisik dan lebih berisiko<sup>53</sup>. 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.

## 3. Dukungan terhadap peran dan integrasi kader dalam sistem kesehatan selama krisis

Dibutuhkan integrasi layanan kesehatan primer dengan melibatkan kader kesehatan dalam SKN, sehingga segala bentuk pelayanan kesehatan dapat terkoordinasi. Untuk mencapai integrasi tersebut, langkah fundamental yang harus diambil adalah pelembagaan kader kesehatan sebagai SDM tenaga kesehatan profesional melalui terciptanya regulasi terkait kader kesehatan yang berkaitan dengan peran, hak, dan kewajiban kader kesehatan. Pasalnya, berdasarkan UU 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, sampai saat ini kader belum diakui sebagai salah satu tenaga kesehatan ditambah lagi wewenang utama terkait kader kesehatan masih di bawah pengelolaan pemerintah daerah dan Kementerian Dalam Negeri sehingga pihak yang memiliki wewenang dan membiayai kader ini juga masih menjadi subjek perdebatan.

Dengan adanya pelembagaan kader dan regulasi khusus tentang kader kesehatan, diharapkan kader dapat diberi rekognisi secara formal, memiliki penanggung jawab dan sistem pengawasan yang jelas, standar kompetensi, hak untuk bekerja di lingkungan yang aman dan tugas yang didokumentasikan secara rinci, serta mekanisme remunerasi dan insentif yang sesuai dengan beban kerja yang diberikan<sup>54</sup>. Terakhir, untuk memberikan kader kesehatan perlindungan dan apresiasi yang sepadan atas kinerja mereka baik dalam memberikan layanan kesehatan esensial maupun respons pandemi, penting bagi mereka untuk mendapatkan remunerasi yang layak yang harus diberikan secara teratur dan tepat waktu. Remunerasi tersebut termasuk kompensasi lembur, cuti sakit, asuransi kesehatan dan tunjangan bahaya (*hazard pay*).

Pada respons terhadap pandemi, pemerintah perlu memastikan bahwa kegiatan berbasis komunitas, termasuk pelibatan kader kesehatan, secara resmi dimasukkan dalam rencana penanggulangan pandemi nasional<sup>55</sup>. Implikasinya akan ada mekanisme formal pelibatan kader yang selalu dapat diakses dan diaktifkan oleh layanan kesehatan ketika dibutuhkan. Terkait tantangan terbatasnya keterampilan kader, diperlukan adanya pelatihan khusus dalam merespons pandemi untuk seluruh kader di puskesmas. Kemudian, dalam jangka panjang

dipelukan pemberian akreditasi untuk memastikan kader kesehatan sudah memiliki kualifikasi dan keterampilan yang mumpuni ketika terlibat dalam kegiatan penanganan pandemi<sup>56</sup>. Selain itu, akreditasi juga berperan untuk memperkuat profesionalisme kader dan meningkatkan kepercayaan publik terhadap peran kader dalam sistem perawatan kesehatan.

Penting juga bagi pemerintah untuk mendukung keterlibatan kader kesehatan dengan menunjuk pengawas (*supervisor*) yang ditugaskan secara khusus. Studi dari beberapa negara di Asia dan Afrika menyatakan bahwa meskipun berbagai pelatihan terkait penanganan COVID-19 sudah tersedia, namun sebagian besar tidak memiliki sistem pengawasan yang memadai<sup>57</sup>. Melalui keberadaan pengawas yang memberikan bimbingan teknis dan umpan balik terhadap kinerja kader kesehatan, serta mengevaluasi pengalaman pasien yang ditangani oleh kader, maka kualitas kinerja kader dalam penanganan pandemi dapat terus terjaga.

Mengingat risiko keselamatan yang terus meningkat selama pandemi, perlu dipertimbangkan juga kebutuhan perlindungan kader kesehatan, baik yang berperan dalam bidang medis maupun non-medis, seperti persediaan APD. Kebutuhan ini perlu dipertimbangkan dalam proses perencanaan nasional, termasuk dalam penentuan jumlah dan distribusi APD<sup>58</sup>.

Melalui berbagai dukungan di atas, diharapkan seluruh puskesmas di Indonesia dapat melibatkan kader kesehatan secara optimal untuk memperkuat layanan kesehatan primer dan kesehatan komunitas, tidak hanya dalam layanan kesehatan esensial namun juga dalam respons pandemi. Selain itu, kader kesehatan diharapkan dapat menjalankan tugas dengan lebih baik, merasa diapresiasi, dan memiliki perlindungan yang sesuai. Hal ini juga akan memotivasi kader untuk terus memberikan kontribusi maksimal dalam memberikan layanan kesehatan dan merespons pandemi dengan efektif.

## D. Pemanfaatan Kesehatan digital dalam menanggulangi pandemi COVID-19

Kesehatan digital didefinisikan sebagai pemanfaatan perangkat kesehatan seluler, teknologi informasi dan komunikasi, serta pemberian layanan telemedisin pada bidang kesehatan untuk mengendalikan kesakitan dan risiko kesehatan<sup>59</sup>. Pemanfaatan teknologi kesehatan akan mengarahkan pada dampak kesehatan yang positif, apabila faktor budaya dan kebutuhan pasien dipertimbangkan dengan baik agar manfaatnya dapat maksimal<sup>60</sup>. Digitalisasi bertujuan meningkatkan efisiensi dan mendekatkan akses sistem kesehatan yang tentunya berdampak pada perbaikan kualitas kesehatan masyarakat.

Kesehatan digital dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat apabila didukung oleh tata kelola, kelembagaan, dan kapasitas tenaga kerja untuk perubahan menuju sistem digital. Selain itu, pelatihan penggunaan data, perencanaan, dan manajemen data juga diperlukan untuk mengakomodasi sistem dan layanan kesehatan yang telah terdigitalisasi<sup>61</sup>. Pada masa krisis kesehatan global, pemanfaatan teknologi digital dianggap memiliki peran yang tidak tergantikan dalam mengurangi kematian akibat pandemi COVID-19 melalui aktivitas surveilans, pengobatan jarak jauh, dukungan diagnostik menggunakan kecerdasan buatan (*artificial intelligence*), dan diseminasi publik mengenai informasi tentang COVID-19<sup>62</sup>.

### 1. Inovasi dan penggunaan kesehatan digital oleh puskesmas selama pandemi

Survei ini menemukan bahwa pendekatan promosi kesehatan melalui penggunaan media sosial dan pelibatan lintas sektor yang dilakukan oleh puskesmas cenderung tidak mengalami perubahan dari tahun 2020 hingga 2022. Penggunaan media sosial memperlihatkan bahwa pemanfaatan teknologi memiliki peran yang signifikan untuk sarana promosi kesehatan di masa pandemi. Puskesmas yang sudah mulai menerapkan inovasi telemedisin untuk wilayahnya juga telah mendapat apresiasi dari masyarakat. Banyak *platform* yang dimanfaatkan oleh tenaga kesehatan puskesmas dalam merespons pandemi, mulai dari *Whatsapp*, *Zoom*, hingga *website* yang diluncurkan oleh pemerintah pusat, dan aplikasi swasta. Aplikasi chat *WhatsApp* menjadi media utama yang digunakan untuk menyebarluaskan informasi, berkomunikasi dengan masyarakat, melakukan koordinasi, dan pelacakan kontak serta pemantauan isolasi mandiri oleh tenaga kesehatan, kader, dan pihak lain yang terlibat. Bahkan, pelaksanaan lokmin bulanan dan lintas sektor juga diubah pelaksanaannya menjadi daring selama pandemi.

Selaras dengan temuan studi terkait inovasi penggunaan kesehatan digital selama pandemi, sebuah studi literatur yang dilaksanakan di Indonesia juga menunjukkan adanya potensi pemanfaatan kesehatan digital dalam hal manajemen selama pandemi COVID-19. Adapun manajemen puskesmas terdiri dari manajemen data pasien, kasus, pelaksanaan telekonsultasi, dan sebagainya<sup>63</sup>. Inovasi administrasi, manajemen, dan layanan berbasis digital dapat menghindarkan isolasi geografis di Indonesia yang saat ini masih didominasi di wilayah Indonesia bagian barat dan tengah<sup>64</sup>. Dengan kata lain, keberadaan inovasi digital mempermudah masyarakat untuk mengakses layanan kesehatan melalui telekonsultasi. Selanjutnya, tenaga kesehatan juga dapat menggunakan teknologi digital tersebut untuk memodifikasi perubahan administrasi dan manajemen secara daring.

## 2. Kendala pemanfaatan kesehatan digital

Pada beberapa dekade mendatang, digitalisasi pada pelayanan selama pandemi COVID-19 di berbagai fasilitas layanan kesehatan berpotensi memberikan dampak positif terhadap perkembangan pertukaran informasi kesehatan serta aktivitas analisis data di populasi yang lebih luas<sup>65</sup>. Akan tetapi, berbagai hambatan dalam pelaksanaan digitalisasi ini sering ditemui baik pada saat pemberian layanan klinis dan pada hal manajemen fasilitas. Pemberian layanan seperti telemedisin belum menjadi bagian dari keseharian untuk pemberi dan penerima layanan secara merata di Indonesia. Sehingga, hambatan teknis, prosedur layanan, bahkan keterbatasan infrastruktur juga ditemui pada manajemen fasilitas layanan kesehatan<sup>66</sup>, sesuai temuan pada studi ini.

Fakta lainnya, prosedur layanan digital berbentuk telemedisin tersebut telah diatur regulasi pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2019, namun peraturan tersebut baru terbatas pada layanan antar fasilitas kesehatan<sup>66</sup>, sedangkan regulasi telemedisin pada level individu di fasilitas kesehatan masih belum tersedia. Selain itu, pada tahun 2021, pemerintah juga telah mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/4829/2021 terkait pedoman pelayanan kesehatan melalui telemedisin, tetapi hanya terbatas pada kondisi pandemi<sup>68</sup>. Regulasi digitalisasi kesehatan pada kondisi normal untuk pemberian layanan kesehatan esensial belum tersedia, tetapi isu pelanggaran dan keamanan data pribadi juga perlu menjadi perhatian dalam pengembangan sistem kesehatan digital<sup>39</sup>. Terlebih lagi, terdapat tantangan yang muncul berbentuk pemanfaatan kesehatan digital bersumber dari berbagai macam rekam medis yang sulit untuk diintegrasikan karena adanya fragmentasinya data. Pemanfaatan teknologi digital pada sistem kesehatan tidak hanya meningkatkan pelayanan promotif dan preventif, tetapi juga mempermudah sistem pelaporan antar fasilitas kesehatan secara teratur. Selain itu, koordinasi dan interoperabilitas antar operator dari berbagai *platform* data juga perlu dikuatkan sehingga komunikasi yang lebih transparan dapat tercipta<sup>69</sup>.

Keberadaan dukungan infrastruktur medis berbasis digital (rekam medis elektronik, telemedisin, aplikasi layanan kesehatan) serta regulasi dari pemerintah dinilai sangat fundamental untuk memberikan evaluasi pada pemanfaatan data tersebut guna peningkatan kualitas layanan kesehatan. Maka dari itu, kebijakan pelaksanaan telemedisin yang komprehensif pada berbagai situasi, antara lain skrining awal, pencatatan hasil pemeriksaan, persetujuan tindakan, integrasi dengan jaminan kesehatan, keamanan data pribadi hingga prosedur pengobatan perlu diatur secara rinci. Melalui regulasi tersebut, keamanan dan kenyamanan individu pengguna layanan kesehatan digital dapat dijamin oleh negara.

## E. Peran Pemerintah Daerah untuk Penanganan Pandemi

### 1. Peran pemerintah pusat dan daerah dalam respons pandemi

Resiliensi sebagai kemampuan beradaptasi terhadap trauma dan pengalaman yang parah akibat COVID-19 diasosiasikan dengan kelelahan pada sumberdaya dan dampak pada masyarakat. Respon nasional beberapa negara di dunia bergantung pada faktor interaksi ganda melalui pendekatan pemerintahan multisektoral, saran ilmiah terorganisasi, sistem kesehatan yang resilien, dan partisipasi masyarakat. Selain itu, beberapa inovasi berbasis digital juga dikembangkan menggunakan aplikasi telepon seluler yang bervariasi<sup>17</sup>. Hampir seluruh kelompok masyarakat menyetujui bahwa pemerintah harus menjadi aktor utama dalam menghadapi pandemi<sup>70</sup>. Kemunculan pandemi COVID-19 pada tahun 2020 menguji kemampuan pemerintah pusat maupun pemerintah daerah dalam memenuhi tanggung jawabnya di masa krisis. Mereka memiliki peran untuk memastikan layanan kesehatan masyarakat tetap berjalan, melakukan pencegahan penularan dan investigasi serta penelusuran epidemiologi, memitigasi dampak dari pandemi di sektor pelayanan lain, serta pada saat yang sama harus memastikan aktivitas sosial dan ekonomi di masyarakat tetap berjalan<sup>71</sup>. Pada sistem desentralisasi dalam situasi

pandemi, sangat ideal apabila pemerintah pusat memegang kendali respon dan koordinasi untuk memastikan minimalnya variasi respon dan komitmen pemerintah di daerah tentang penanganan pandemi.

Melalui Peraturan Pres Nomor 82 Tahun 2020<sup>72</sup>, presiden membentuk komite penanganan COVID-19 dan pemulihan ekonomi nasional. Komite ini bertugas untuk menyusun rekomendasi kebijakan strategis, mengintegrasikan implementasi kebijakan, dan melakukan monitoring serta evaluasi pelaksanaan kebijakan. Pada level subnasional, gubernur dan bupati/walikota membentuk Satgas COVID-19 yang melaksanakan penanganan respons COVID-19 dengan memperhatikan arahan Ketua Satgas Nasional Penanggulangan COVID-19. Satgas Penanganan COVID-19 dan Pemulihan dan Transformasi Ekonomi Nasional adalah lembaga yang dibentuk untuk melakukan komunikasi dan koordinasi dengan kementerian/lembaga dan pemerintah daerah. Namun, permasalahan lemahnya koordinasi antar pemerintah pusat dan pemerintah daerah masih terjadi dan dianggap sebagai hambatan sejak awal meningkatnya kasus COVID-19 dalam menerapkan kebijakan penanganan COVID-19<sup>73</sup>.

Dalam studi ini, secara umum dinas kesehatan merasa bahwa respon kebijakan selama pandemi di daerah telah mengikuti arahan dari pusat. Beberapa kebijakan baru yang diterapkan selama pandemi berfokus terhadap pencegahan penyebaran virus COVID-19 melalui pembatasan kegiatan sosial serta menerapkan sistem kerja dari rumah saat puncak pandemi<sup>74</sup>. Pada fasilitas kesehatan, pedoman 3T, 5M, dan vaksinasi telah dibuat oleh pemerintah daerah sesuai dengan arahan Kementerian Kesehatan yang mengikuti rekomendasi dari WHO<sup>74</sup>. Pemerintah daerah menyatakan bahwa mereka aktif menerapkan kebijakan dari pusat sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan. Sebagai pelengkap kebijakan pusat, setiap pemerintah daerah juga berupaya mengeluarkan juknis masing-masing sesuai dengan kapasitas fasilitas kesehatan serta kebutuhan di wilayahnya. Namun, perbedaan kondisi, komitmen, dan kemampuan daerah dalam menyediakan sarana dan prasarana dalam respons COVID-19, membuat implementasi di lapangan cenderung menggunakan pendekatan berbeda dari kebijakan pemerintah pusat, sehingga perlu dilakukan pengkajian dan pemenuhan kebutuhan di daerah secara spesifik, terutama menyediakan ruang fleksibilitas dalam birokrasi bagi pemerintah daerah untuk melakukan inovasi sesuai dengan kearifan dan kebutuhan lokal dalam merespons pandemi.

## 2. Dukungan pemerintah daerah kepada puskesmas

### a. Sumber Daya Manusia

Dukungan SDM hanya diterima oleh kurang dari 20% puskesmas di Indonesia. Konsisten dengan pembahasan mengenai kuantitas dan kualitas SDM di level puskesmas, puskesmas di wilayah seperti Sulawesi Barat dan Maluku, melaporkan bahwa mereka masih mengalami kekurangan SDM, terlebih lagi yang terlatih untuk penanganan pandemi. Tidak hanya untuk kegiatan layanan, implementasi manajemen puskesmas seperti pelaksanaan lokmin juga terkendala karena SDM memiliki waktu yang terbatas untuk pelaksanaan lokmin. Maka dari itu, kebutuhan SDM yang terdistribusi seimbang di seluruh wilayah Indonesia dalam jumlah dan dengan kualitas yang memadai sangat diperlukan pada fasilitas kesehatan primer. Meskipun dinas kesehatan telah memfasilitasi puskesmas melalui kolaborasi lintas sektor untuk pelacakan kontak erat, masih terdapat tantangan berupa perbedaan persepsi petugas di lapangan mengenai fungsi antar relawan dan petugas non-tenaga kesehatan. Penyamaan persepsi petugas di lapangan dan pemahaman tentang tugas dan fungsi masing-masing individu, dan kemampuan pemberian layanan yang aman bagi non-tenaga kesehatan perlu menjadi perhatian bagi dinas kesehatan kabupaten/kota agar tercipta sinergi dalam sistem kesehatan selama masa pandemi. Penyamaan persepsi tentang tugas dapat meningkatkan koordinasi dan efisiensi kinerja masing-masing pihak dalam memperkuat sistem kesehatan, mengingat pemanfaatan tenaga bantuan non-kesehatan di masa pandemi sangat membantu memperkuat sistem kesehatan di masa pandemi.

### b. Logistik dan APD

Pandemi COVID-19 menjadikan tenaga kesehatan dan sekitarnya berada pada tingkat risiko yang belum pernah terjadi sebelumnya. Pandemi menyoroti bahwa melindungi tenaga kesehatan merupakan kunci untuk memastikan berfungsinya integrasi sistem kesehatan dengan masyarakat<sup>10</sup>. Sebelum vaksin beredar secara luas, COVID-19 terbukti menyebabkan kesakitan dan kematian pada manusia. Beberapa petugas kesehatan berisiko tinggi terpapar saat merawat pasien yang terinfeksi karena kekurangan sumber daya dasar, seperti

APD<sup>75</sup>. Berdasarkan hasil temuan survei ini, puskesmas melaporkan bahwa dukungan logistik yang diterima selama pandemi COVID-19 sudah dirasa cukup untuk penanganan pandemi, meskipun dalam enam bulan terakhir (Januari–Juni 2022) telah mengalami pengurangan ketersediaan APD. Kekurangan dukungan APD juga dirasakan puskesmas saat awal pandemi, yang dikonfirmasi oleh dinas kesehatan. Selain itu, distribusi logistik seperti vaksin dan obat-obatan juga mengalami kendala penerimaan oleh dinas kesehatan, terutama di wilayah dengan kondisi geografis kepulauan yang sulit diakses. Hal ini sejalan dengan tantangan yang disebutkan dalam IAR Kementerian Kesehatan tahun 2020 bahwa adanya perubahan rencana distribusi logistik di lapangan tanpa koordinasi yang memadai menyebabkan pengiriman ke daerah tidak merata dan tidak sesuai dengan kaji kebutuhan<sup>22</sup>.

Pentingnya ketersediaan APD menjadi kebutuhan esensial yang harus senantiasa terpenuhi, sehingga, baik pemerintah pusat, pemerintah daerah, hingga puskesmas diharapkan dapat selalu rutin melakukan monitoring dan mitigasi bencana untuk memastikan kecukupannya serta membangun kapasitas domestik untuk memastikan keterpenuhan suplai. Sejalan dengan studi pembelajaran penanganan COVID-19 yang dilakukan oleh Bappenas<sup>19</sup>, kehabisan stok logistik di tingkat fasilitas pelayanan kesehatan merupakan masalah serius. Kondisi ini dapat diperbaiki dengan mengembangkan sistem kontrol yang bersifat *real time* dan terintegrasi dari tingkat fasilitas kesehatan hingga pemerintah pusat<sup>19</sup>. Permasalahan distribusi logistik dapat diupayakan dengan berkolaborasi dengan sektor swasta dan mendorong produksi APD terstandar di wilayah lokal dengan kapasitas yang lebih besar, terutama saat pandemi. Pengarahan mengenai pemanfaatan APD secara khusus kepada tenaga kesehatan setempat juga perlu dilakukan agar mereka dapat secara bijak memanfaatkan APD dengan efisien.

### c. Insentif

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/278/2020 yang selanjutnya diperbarui dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/2539/2020 dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/4239/2021 tentang pemberian insentif bagi tenaga kesehatan yang menangani COVID-19 di puskesmas, Kementerian Kesehatan telah menetapkan insentif sebesar setinggi-tingginya Rp5.000.000 setiap bulan. Sedangkan santunan kematian sebesar Rp300.000.000 diberikan kepada tenaga kesehatan yang meninggal saat memberikan pelayanan kesehatan dikarenakan paparan COVID-19 saat bertugas<sup>76</sup>. Sejalan dengan regulasi tersebut, hasil FGD penelitian ini dengan dinas kesehatan kabupaten/kota pada sejumlah lokasi juga menunjukkan bahwa pegawai yang meninggal mendapatkan santunan dari Kementerian Kesehatan dan pemerintah daerah. Apabila ada tenaga kesehatan yang meninggal, data tenaga kesehatan tersebut akan dimasukkan dalam *e-nakes* untuk mendapatkan santunan dari Kementerian Kesehatan.

Beberapa manfaat yang didapatkan oleh tenaga kesehatan dengan adanya insentif ini antara lain merasa diapresiasi atas pekerjaan yang dilakukan, lebih semangat dalam bekerja, dan memiliki etos kerja yang lebih baik pasca-penerimaan insentif<sup>77</sup>. Insentif COVID-19 juga digunakan untuk membantu keluarga yang tidak bekerja akibat terdampak pandemi sehingga manfaat insentif COVID-19 tidak hanya untuk diri sendiri, tetapi bermanfaat juga bagi orang lain<sup>77</sup>. Meskipun demikian, masih terdapat beberapa kendala dalam pemberian insentif tersebut, misalnya tidak ada perbedaan nominal insentif berdasarkan beban pekerjaan dan kualifikasi, serta tidak semua tenaga kesehatan dapat memenuhi kriteria sebagai penerima insentif. Tenaga kesehatan penerima insentif hanya tenaga kesehatan yang tercantum dalam SK Tim Satuan Tugas COVID-19, dan dengan beban kerja setiap tenaga kesehatan sebanyak empat pasien sesuai dengan ketentuan yang berlaku<sup>73</sup>. Padahal, kondisi di lapangan menunjukkan bahwa hampir semua tenaga kesehatan memiliki risiko yang sama besarnya untuk terpapar saat terlibat dalam upaya respon COVID-19<sup>77</sup>.

Kendala lain berupa keterlambatan pembayaran insentif juga terjadi beberapa kali selama pandemi. Berdasarkan keterangan dari Badan Pusat Pengembangan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan, hal ini terjadi karena beberapa alasan: **1)** proses verifikasi (jumlah nominal yang cukup besar sehingga harus dilakukan secara bertahap dan berkali-kali) oleh Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan (BPKP)<sup>78</sup>, **2)** prosedur pencairan insentif yang berjenjang sehingga membutuhkan waktu mulai dari proses pengajuan, verifikasi, hingga ke tahap pencairan setiap bulannya, serta **3)** proses pengusulan dari Kepala Puskesmas yang harus dilakukan setiap bulan. Untuk mendorong efisiensi proses pencairan insentif dan memastikan tenaga kerja mendapatkan hak masing-masing, diperlukan koordinasi dan sosialisasi dari dan ke berbagai pihak, termasuk Kementerian Kesehatan, Badan Pengawas Keuangan dan Pembangunan, dinas kesehatan provinsi, dinas kesehatan daerah, hingga puskesmas.



### 3. Pembiayaan

Dari segi pembiayaan kesehatan selama pandemi, pemerintah daerah paling banyak memanfaatkan APBD, khususnya dana BTT, untuk respon COVID-19. Dana BTT sangat berguna bagi pemerintah daerah dalam hal fleksibilitas penggunaannya. Total belanja darurat dianggarkan sebesar 3–10% oleh hampir seluruh pemerintah provinsi untuk penanggulangan COVID-19, kecuali Papua dan Papua Barat<sup>79</sup>. Selain itu, puskesmas juga menggunakan sumber dana lain untuk pembiayaan respon COVID-19 di wilayah masing-masing. Sumber dana tersebut antara lain berasal dari APBN, dana desa, dan dana BOK puskesmas. Dana tersebut dialokasikan untuk kebutuhan logistik *testing*, pembayaran insentif relawan pelacakan kontak, dan kebutuhan fasilitas *shelter* isolasi mandiri<sup>79</sup>.

Pada saat pengambilan data dilakukan, komitmen pemerintah daerah untuk penanganan COVID-19 telah mengalami penurunan apabila dibanding awal pandemi. Puskesmas yang menjadi responden mengeluhkan penurunan anggaran secara umum untuk penanganan COVID-19 di tahun 2022 jika dibandingkan dengan tahun 2020 karena pandemi dianggap telah terkendali. Pemerintah daerah, melalui dinas kesehatan memfokuskan puskesmas untuk memulai melakukan pemulihan layanan kesehatan esensial. Setelah dilakukan konfirmasi, dinas kesehatan juga menyatakan bahwa 20% hingga 40% anggaran yang awalnya dialokasikan untuk penanganan COVID-19 di tahun 2020 harus diturunkan menjadi 5–20% di tahun 2022. Alasan dinas kesehatan kabupaten/kota melakukan penurunan anggaran tersebut adalah untuk mendorong pemulihan layanan esensial lainnya di puskesmas. Selain itu, Dinas Kesehatan juga merasakan bahwa puskesmas kurang efektif memanfaatkan dana COVID-19 yang telah dianggarkan pada tahun sebelumnya. Re-alokasi anggaran puskesmas untuk program layanan esensial dirasa kontraproduktif karena puskesmas tetap wajib menjalankan kegiatan penanganan COVID-19, bersamaan dengan mencari sumber dana tambahan untuk respon pandemi COVID-19. Padahal puskesmas telah memiliki beban kerja lain untuk mendorong optimalisasi layanan kesehatan esensial.

Penurunan anggaran ini berimplikasi pada pelaksanaan kegiatan 3T dan vaksinasi yang tetap wajib dijalankan, namun harus menggunakan kantong anggaran yang sama dengan program lainnya di puskesmas. Kekhawatiran lainnya, dengan pengurangan anggaran tersebut, upaya respon terhambat bila sewaktu-waktu kasus COVID-19 meningkat kembali. Hambatan finansial di level puskesmas perlu diminimalkan oleh pemerintah daerah agar tenaga kesehatan puskesmas dapat lebih berfokus pada peran dan fungsi masing-masing dibandingkan pada pemenuhan kebutuhan finansial untuk operasional 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 pandemi<sup>80</sup>. Sebanyak 22% dari 514 kabupaten/kota di Indonesia mengalami pertumbuhan ekonomi negatif (kontraksi) hingga 20% dari total pendapatannya<sup>79</sup>. Situasi ini menunjukkan urgensi untuk mempersiapkan dana darurat guna menangani krisis dan ketahanan bencana selama masa pandemi, disertai upaya diversifikasi sumber pendapatan daerah dengan kemampuan tata kelola dan koordinasi fiskal yang lebih baik merupakan aksi yang dirasa efektif untuk penanggulangan pandemi. Selain itu, baik pemerintah pusat dan daerah juga harus mengalokasikan anggaran yang adekuat untuk upaya penguatan layanan kesehatan primer, sehingga dapat siaga menghadapi kemungkinan pandemi selanjutnya.

Terakhir, kebutuhan dan kondisi yang berbeda di setiap daerah bisa jadi memerlukan pendekatan yang berbeda untuk memastikan kebijakan tepat sasaran. Di sisi lain, perbedaan budaya juga dapat menjadi faktor yang mendasari adanya perbedaan kebutuhan di tingkat daerah. Inovasi kebijakan pemerintah daerah dipandang penting dilakukan di masa pandemi untuk memastikan kelincuhan birokrasi berjalan, sehingga menahan laju penyebaran pandemi. Tidak dipungkiri terdapat problematika hubungan kewenangan, keuangan, dan pengawasan yang tidak efektif terjadi antara pemerintah pusat dan daerah<sup>81</sup>. Salah satu contoh bentuk inovasi yang dapat dilakukan oleh pemerintah daerah di sektor kesehatan dan ketertiban masyarakat adalah dengan penerapan protokol kesehatan melalui peraturan gubernur, peraturan walikota, maupun peraturan bupati, yang disesuaikan dengan kearifan lokal di masing-masing daerah<sup>81</sup>. Inovasi lain yang berkaitan dengan pemberian layanan kesehatan adalah penerapan layanan telemedisin, sebagai solusi adanya pembatasan sosial, dengan menyediakan konsultasi, penghantaran obat, dan penyuluhan bagi yang tidak bisa berkunjung ke puskesmas.

## F. Rekomendasi

Rekomendasi berikut kami susun berdasarkan temuan penelitian atas identifikasi kebutuhan dan kesiapsiagaan puskesmas untuk menghadapi pandemi yang ditujukan bagi pemangku kepentingan sebagai berikut:

### Pemerintah Pusat

1. Mengalokasikan komitmen pembiayaan dan kebijakan untuk penguatan layanan kesehatan primer dengan:
  - 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-19<sup>56</sup>;
  - 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 laboratorium, produksi dan persediaan 3T, vaksin, dan 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 nonkesehatan 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<sup>82</sup>;
  - 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 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 dengan:

1. Turut serta 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/Lembaga 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.

## G. Kekuatan dan Keterbatasan Penelitian

Untuk melengkapi kajian dari sebuah survei, eksplorasi secara mendalam telah dilakukan dalam bentuk wawancara dan diskusi kelompok yang bersumber dari berbagai informan penelitian. Sumber informan yang berasal dari penyedia layanan (puskesmas), pemangku kebijakan kesehatan daerah (dinas kesehatan kabupaten/kota), dan penerima layanan (masyarakat umum) dapat memberikan wawasan komprehensif mengenai hasil studi. Pemilihan sampel pada penelitian ini mempertimbangkan beban puskesmas dan jumlah kasus di setiap kabupaten/kota melalui metode strata bertingkat, sehingga dapat memberikan gambaran validitas eksternal yang cukup pada level nasional saat pandemi. Analisis data dengan melakukan pembobotan juga dilakukan pada survei ini sesuai strata yang telah ditentukan, sehingga dapat memberikan gambaran proporsi yang lebih akurat. Perhitungan *margin of error* dari masing-masing variabel secara nasional yang telah dilakukan dapat dijadikan acuan oleh peneliti lain untuk melakukan analisis dan interpretasi lanjutan secara cermat dan akurat.

Dalam proses pengambilan data, survei ini memiliki keterbatasan berupa *recall bias* pada beberapa variabel karena pemberi informasi tidak mengingat kondisi sesungguhnya di setiap periode pandemi gelombang *Alpha*, *Delta*, dan *Omicron*, meskipun telah menggunakan pemisahan waktu yang spesifik. Perbedaan *margin of error* secara teoritis dan empiris yang ditemukan dari survei ini kemungkinan disebabkan oleh kapasitas responden perwakilan puskesmas yang memiliki keterbatasan dalam menjawab pertanyaan yang diajukan oleh enumerator, sehingga berpengaruh pada keseragaman jumlah sampel pada setiap variabel. Selain itu, rendahnya *response rate* dari masing-masing responden disebabkan oleh keterbatasan infrastruktur sinyal di beberapa daerah, sehingga pelaksanaan survei melalui telepon selanjutnya perlu mempertimbangkan akses jaringan yang mendukung. Gangguan sarana pendukung survei telepon ini dapat berpengaruh terhadap pemahaman informan mengenai pertanyaan yang diajukan oleh petugas enumerator sehingga informasi yang diberikan dapat menjadi kurang reliabel, misalnya pemahaman terkait proporsi dosis vaksinasi petugas puskesmas. Responden dalam penelitian ini dirasa kurang ideal karena terdapat perubahan kabupaten terpilih sebagai sampel ke kabupaten lain yang tidak menjadi sampel, sehingga berpengaruh terhadap *margin of error* karena perbedaan jumlah sampel dalam strata. Secara substansi, keterbatasan survei ini terletak pada bagian proporsi puskesmas dengan kategori jumlah pegawai tertentu yang terkonfirmasi positif COVID-19 (Tabel 3), yaitu tidak melakukan analisis menggunakan pembobotan pada level individu karena perbedaan unit analisis, sehingga interpretasi pada poin ini harus dilakukan secara hati-hati.

# 5

## KESIMPULAN

1. Selama pandemi COVID-19 tahun 2020-2021, lebih dari 80% puskesmas di Indonesia melakukan penyesuaian pada layanan kesehatan, seperti pengurangan jam dan jenis layanan, penyesuaian pada alur dan prosedur layanan serta pengurangan jumlah kunjungan pasien, karena adanya kebijakan pembatasan. Hal ini berimplikasi pada menurunnya cakupan layanan kesehatan esensial rutin, seperti deteksi dan pengobatan TB serta imunisasi dasar pada anak;
2. Permasalahan kekurangan tenaga kesehatan semakin dirasakan puskesmas ketika pandemi karena meningkatnya risiko paparan infeksi, yang berdampak pada perubahan berbagai layanan kesehatan dan manajemen di puskesmas. Dukungan dan pelibatan SDM nonkesehatan, seperti TNI/Polri, kader kesehatan, dan gugus tugas serta relawan kesehatan, diperlukan selama penanganan pandemi COVID-19 di puskesmas, terutama dalam peran penelusuran kontak erat, pemantauan isolasi pasien terkonfirmasi positif COVID-19, dan peningkatan jangkauan vaksinasi;
3. Saat pengambilan data dilakukan, mayoritas puskesmas mampu menyediakan APD standar berupa masker bedah (88,46%) dan sarung tangan (85,94%) untuk seluruh petugas kesehatan mereka. Sedangkan masker N95 hanya dimiliki oleh sebagian tenaga kesehatan di 41,05% puskesmas, bahkan masih terdapat 4,2% puskesmas yang tidak menyediakan masker N95 bagi petugas kesehatan di puskesmasnya. Menurunnya kasus COVID-19 di periode (Januari-Juni 2022) menyebabkan tantangan pada permasalahan logistik kesehatan yang dialami oleh puskesmas akibat pengurangan dukungan APD dan anggaran untuk pembelian APD dari Dinas Kesehatan.
4. Kapasitas respon COVID-19 melalui 3T dan vaksinasi belum optimal di awal pandemi COVID-19 tahun 2020-2021 karena beberapa hal, yaitu keterbatasan jumlah laboratorium dengan kemampuan mengeluarkan hasil tes PCR <24 jam, terbatasnya tenaga kesehatan terlatih yang mampu melakukan pengetesan secara masif, serta melakukan penelusuran kontak dan pemantauan kepada pasien terkonfirmasi positif yang melakukan isolasi mandiri. Pada tahun 2022, seiring penurunan kasus pandemi COVID-19, respon pandemi mengalami peningkatan pada kapasitas vaksinasi. Lebih dari setengah (55,16%) puskesmas dapat melakukan kapasitas maksimal vaksinasi hingga lebih dari 500 dosis per minggu, meskipun masih belum memenuhi target *herd immunity* sebesar 70% karena kapasitas rata-rata vaksinasi puskesmas di bawah 500 dosis per minggu. Kapasitas pengetesan, penelusuran kontak erat, dan isolasi mandiri mengalami penurunan di tahun 2022 karena adanya adanya pemahaman ambang kritis gelombang *Omicron* lebih rendah jika dibanding dengan gelombang *Delta* serta terbatasnya tenaga kesehatan dalam pelaksanaan 3T karena harus melakukan vaksinasi dan persiapan pemulihan layanan kesehatan esensial;
5. Melalui Dinas Kesehatan setempat, pemerintah daerah telah memberikan berbagai dukungan selama pandemi kepada puskesmas untuk respon COVID-19 dalam proporsi yang bervariasi, dalam bentuk SDM nonkesehatan, logistik (PPI, APD, obat-obatan, dan vaksin), insentif tenaga kesehatan dan pembiayaan, hingga memunculkan petunjuk teknis untuk puskesmas saat pemberian layanan di masa pandemi. Meskipun demikian, anggaran penanganan COVID-19 di tahun 2022 mengalami penurunan menjadi sekitar 5-20% dari total anggaran karena kasus COVID-19 dianggap menurun. Selain itu, dukungan dalam bentuk pelatihan, supervisi, dan penambahan jumlah SDM untuk puskesmas diidentifikasi masih belum memadai untuk respon COVID-19.
6. Untuk meningkatkan kapasitas respon, pencegahan dan kesiapsiagaan (PPPR) pandemi di level puskesmas, maka pemerintah pusat dan daerah di Indonesia perlu mengalokasikan komitmen kebijakan dan pembiayaan yang adekuat untuk puskesmas. Hal tersebut termasuk, memastikan tersedianya perlindungan dan dukungan yang dibutuhkan oleh puskesmas, tenaga kesehatan, dan kader kesehatan untuk menjalankan tugasnya; didukung dengan infrastruktur data dan sistem informasi kesehatan digital sebagai daya ungkit. Selain itu, memastikan pelibatan masyarakat sipil secara aktif dan bermakna dalam proses menjadi komponen esensial dalam upaya PPPR Indonesia.

## REFERENSI

1. WHO. *Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic* [Internet]. 2022 Feb [cited 2023 Jan 5]. Available from: [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS\\_continuity-survey-2022.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1)
2. WHO. *Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic*. 2023 May 5 [cited 2023 Jun 21]; Available from: [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)
3. Presiden RI. *Pemerintah Putuskan Indonesia Masuki Masa Endemi*. 2023 Jun 21 [cited 2023 Jun 21]; Available from: <https://www.presidentri.go.id/siaran-pers/pemerintah-putuskan-indonesia-masuki-masa-endemi/>
4. Satgas COVID-19. *Situasi COVID-19* [Internet]. [cited 2022 Feb 16]. Available from: <https://covid19.go.id/situasi>
5. WHO Indonesia. *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)* [Internet]. 2021 Dec [cited 2023 Jan 4]. Available from: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/indonesia/covid19/ikhtisar-kegiatan-18\\_6-december-2021.pdf?sfvrsn=a81a864c\\_5](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/indonesia/covid19/ikhtisar-kegiatan-18_6-december-2021.pdf?sfvrsn=a81a864c_5)
6. Kemenkes RI. *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2019* [Internet]. 2020 Jul [cited 2023 Feb 4]. Available from: <https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-indonesia-2019.pdf>
7. Kemenkes RI. *Petunjuk Teknis Pelayanan Puskesmas pada Masa Pandemi COVID-19 Serial Kedua* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jul 4]. Available from: <https://infeksiemerging.kemkes.go.id/document/download/yYV6z1GdJQ>
8. CISDI, Kawal COVID-19, Cekdiri.id. *Kemampuan Puskesmas dalam Merespon Pandemi COVID-19: Risalah Singkat* [Internet]. 2020 Nov [cited 2023 Feb 5]. Available from: <https://cdn.cisdi.org/reseach-document/fnm-Policy-Brief-3-November-2020-copycompressed-1-2pdf-1675015124150-fnm.pdf>
9. Kemenkes RI. *Sumber Daya Manusia Kesehatan: Membangun Generasi Indonesia Sehat* [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 30]. Available from: <http://202.70.136.161:8107/103/2/SDM%20Kesehatan%20Membangun%20Generasi%20Indonesia%20Sehat.pdf>
10. Poon YSR, Lin YP, Griffiths P, Yong KK, Seah B, Liaw SY. A global overview of healthcare workers' turnover intention amid COVID-19 pandemic: a systematic review with future directions. *Hum Resour Health*. 2022 Sep 24;20(1):70.
11. Dwi S. N. *Manajemen Pelayanan Kesehatan: Penguatan Puskesmas di Masa Krisis Pandemi*. Manajemen Pelayanan Kesehatan. 2021 Jun 29 [cited 2022 Feb 17]; Available from: <https://manajemen-pelayanankesehatan.net/2021/06/penguatan-puskesmas-di-masa-krisis-pandemi/>
12. Sophiarany N, Nurshadrina DS, Saputra MA, Herlinda O, Hadi EN. *Survei Kebutuhan, Persepsi, dan Permintaan Layanan Kesehatan di Masyarakat dalam Situasi Pandemi COVID-19* [Internet]. 2021 Dec [cited 2022 Jan 26]. Available from: <https://cdn.cisdi.org/reseach-document/fnm-IDFULL-REPORTSurvei-Kebutuhan-Persepsi-dan-Permintaan-Layanan-Kesehatan-di-Masyarakat-dalam-Situasi-Pandemi-COVID-19-REPORT-INDpdf-1674888312002-fnm.pdf>
13. WHO. *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>
14. Creswell JW. *Research Design*. 2014.
15. Cochran WG. *Sampling Techniques Third Edition*. Asia Publishing House; 110 p.
16. WHO. *Continuity of essential health services: Facility assessment tool* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 10]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336254/WHO-2019-nCoV-HCF\\_assessment-EHS-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336254/WHO-2019-nCoV-HCF_assessment-EHS-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
17. WHO. *Community needs, perceptions and demand: community assessment tool* [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 10]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339388/WHO-2019-nCoV-vaccination-community-assessmenttool-2021.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

## REFERENSI

18. Kemenkes RI. *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2021* [Internet]. 2022 Jul [cited 2023 Jul 6]. Available from: <https://www.kemkes.go.id/downloads/resources/download/pusdatin/profil-kesehatan-indonesia/Profil-Kesehatan-2021.pdf>
19. Kementerian PPN/Bappenas. *Studi Pembelajaran Penanganan COVID-19 di Indonesia* [Internet]. Kementerian PPN/Bappenas; 2021 [cited 2023 Jun 7]. Available from: [https://covid19.go.id/storage/app/media/Hasil%20Kajian/2021/Februari/Buku%20Studi%20Pembelajaran%20Penanganan%20COVID-19\\_BAPPENAS.pdf](https://covid19.go.id/storage/app/media/Hasil%20Kajian/2021/Februari/Buku%20Studi%20Pembelajaran%20Penanganan%20COVID-19_BAPPENAS.pdf)
20. Jaya I. *Penguatan Sistem Kesehatan dalam Pengendalian COVID-19*. 2021 Dec 23 [cited 2023 Jul 12]; Available from: <http://p2p.kemkes.go.id/penguatan-sistem-kesehatan-dalam-pengendalian-covid-19/>
21. 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.
22. 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](https://infeksiemerging.kemkes.go.id/download/Report_IAR_14092020_Indonesia_version_Final.pdf)
23. 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.
24. Cleary M, Kornhaber R, Thapa DK, West S, Visentin D. The effectiveness of interventions to improve resilience among health professionals: A systematic review. *Nurse Educ Today*. 2018 Dec;71:247–63.
25. Kemenkes RI. *Pelatihan Bagi Pelatih Komunikasi Antar Pribadi (KAP) Percepatan Pencegahan Stunting*. 2021 Nov 2 [cited 2023 Jul 11]; Available from: <https://ayosehat.kemkes.go.id/pelatihan-bagi-pelatih-komunikasi-antar-pribadi-kap-percepatan-pencegahan-stunting>
26. Siti Patria Hutami, Yodi Mahendrahata, Diah Ayu Puspendari. Supervisi Virtual Program Pengendalian Tuberkulosis Paru Era Pandemi COVID-19 Di Kabupaten Oku Timur. *J Manaj Pelayanan Kesehat Indones J Health Serv Manag*. 2022 Feb 26;24(03):102–8.
27. 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.
28. Neupane S, Odendaal W, Friedman I, Jassat W, Schneider H, Doherty T. Comparing a paper based monitoring and evaluation system to a mHealth system to support the national community health worker programme, South Africa: an evaluation. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2014 Dec;14(1):69.
29. Darsun CK. *Analisis Pelaksanaan Siklus Manajemen Puskesmas pada Masa Adaptasi Kebiasaan Baru di Puskesmas Kota Padang* [Internet]. Padang: Universitas Andalas; 2022 Aug [cited 2023 Jul 11]. Available from: <http://scholar.unand.ac.id/111339/5/fixed%20TESIS%20CELSI%20-%20Copy.pdf>
30. 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]. Available from: [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS\\_continuity-survey-2023.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2023.1)
31. Yen W, Liu L, Won E, Testriono. The imperative of state capacity in public health crisis: Asia's early COVID-19 policy responses. *Governance*. 2022 Jul;35(3):777–98.
32. Roziqin A, Mas'udi SYF, Sihidi IT. An analysis of Indonesian government policies against COVID-19. *Public Adm Policy*. 2021 May 17;24(1):92–107.
33. 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.
34. UNICEF. *Indonesia COVID-19 Response Situation Report* [Internet]. [cited 2023 Jun 26] p. June 2021. Available from: <https://www.unicef.org/media/103326/file/Indonesia%20COVID-19%20Situation%20Report,%20June%202021.pdf>

## REFERENSI

35. 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"* selengkapnya di sini: <https://www.cnnindonesia.com/nasional/20210622082053-20-657588/covid-19-melonjak-menkes-minta-angka-tes-lampau-standar-who>. Download Apps CNN Indonesia sekarang <https://app.cnnindonesia.com/>. 2021 Jun 22 [cited 2023 Jul 3]; Available from: <https://www.cnnindonesia.com/nasional/20210622082053-20-657588/covid-19-melonjak-menkes-minta-angka-tes-lampau-standar-who>
36. Sucahya 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/ihsa/article/view/3888>
37. Hendarwan H, Syachroni S, Aryastami N, Su'udi A, Susilawati M, Despitarsari M, et al. Assessing the COVID-19 diagnostic laboratory capacity in Indonesia in the early phase of the pandemic. *WHO South-East Asia J Public Health*. 2020;9(2):134.
38. Subbian V, Solomonides A, Clarkson M, Rahimzadeh VN, Petersen C, Schreiber R, et al. Ethics and informatics in the age of COVID-19: challenges and recommendations for public health organization and public policy. *J Am Med Inform Assoc*. 2021 Jan 15;28(1):184–9.
39. Wang Q, Su M, Zhang M, Li R. Integrating Digital Technologies and Public Health to Fight Covid-19 Pandemic: Key Technologies, Applications, Challenges and Outlook of Digital Healthcare. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jun 4;18(11):6053.
40. 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.
41. 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.
42. Hellewell J, Abbott S, Gimma A, Bosse NI, Jarvis CI, Russell TW, et al. Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts. *Lancet Glob Health*. 2020 Apr;8(4):e488–96.
43. Patel J, Fernandes G, Sridhar D. How can we improve self-isolation and quarantine for covid-19? *BMJ*. 2021 Mar 10;n625.
44. Güner R, Hasanoğlu İ, Aktaş F. COVID-19: Prevention and control measures in community. *Turk J Med Sci*. 2020 Apr 21;50(SI-1):571–7.
45. Arifin B, Anas T. Lessons learned from COVID-19 vaccination in Indonesia: experiences, challenges, and opportunities. *Hum Vaccines Immunother*. 2021 Nov 2;17(11):3898–906.
46. Kemenkes RI. *Vaksinasi COVID-19 Nasional* [Internet]. [cited 2023 Jul 3]. Available from: <https://vaksin.kemkes.go.id/#/vaccines>
47. 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.
48. Djalante R, Lassa J, Setiamarga D, Sudjatma A, Indrawan M, Haryanto B, et al. Review and analysis of current responses to COVID-19 in Indonesia: Period of January to March 2020. *Prog Disaster Sci*. 2020 Apr;6:100091.
49. *Role of Community Leaders in Managing Covid-19 Pandemic in Indonesia*. ASEAN J Community Engagem [Internet]. 2022 Jul 29 [cited 2023 Jun 27];6(1). Available from: <https://scholarhub.ui.ac.id/ajce/vol6/iss1/6/>
50. Berliana DH, Sahar J, Rahmadiyah DC. Kontribusi Kader Kesehatan Masyarakat Selama Masa Pandemi COVID-19. *J Telenursing JOTING*. 2022 Jun 27;4(1):354–64.
51. 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). Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/351484/SEAJPH2021V10S1P41-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



## REFERENSI

52. 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). Available from: <https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/view/24119/15733>
53. 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). Available from: <https://journal.lppm-unasman.ac.id/index.php/peqguruang/article/view/605>
54. CISDI. *Health Outlook: Saatnya Berubah* [Internet]. 2023 [cited 2023 May 29]. Available from: <https://cdn.cisdi.org/reseach-document/fnm-CISDI-Health-Outlook-2023---Saatnya-Berubahpdf-1676977758291-fnm.pdf>
55. WHO. *Pelayanan kesehatan berbasis komunitas, termasuk penjangkauan dan kampanye, dalam konteks pandemi COVID-19: Panduan interim* [Internet]. 2020 May [cited 2023 May 29]. Available from: [https://www.who.int/docs/default-source/searo/indonesia/covid19/who-2019-ncov-comm-health-care-2020-1-eng-indonesian-final.pdf?sfvrsn=42bf97f9\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/searo/indonesia/covid19/who-2019-ncov-comm-health-care-2020-1-eng-indonesian-final.pdf?sfvrsn=42bf97f9_2)
56. 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.
57. Salve S, Raven J, Das P, Srinivasan S, Khaled A, Hayee M, et al. Community health workers and Covid-19: Cross-country evidence on their roles, experiences, challenges and adaptive strategies. Daftary A, editor. *PLOS Glob Public Health*. 2023 Jan 4;3(1):e0001447.
58. Ballard M, Johnson A, Mwanza I, Ngwira H, Schechter J, Odera M, et al. Community Health Workers in Pandemics: Evidence and Investment Implications. *Glob Health Sci Pract*. 2022 Apr 28;10(2):e2100648.
59. Ronquillo Y, Meyers A, Korvek SJ. *Digital Health*. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2023 May 19]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470260/>
60. Meskó B, Drobni Z, Bényei É, Gergely B, Györfy Z. Digital health is a cultural transformation of traditional healthcare. *mHealth*. 2017 Sep;3:38–38.
61. WHO. *Global Strategy on Digital Health 2020-2025* [Internet]. 2021 [cited 2023 May 15]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344249/9789240020924-eng.pdf>
62. Kapoor A, Guha S, Kanti Das M, Goswami KC, Yadav R. Digital healthcare: The only solution for better healthcare during COVID-19 pandemic? *Indian Heart J*. 2020 Mar;72(2):61–4.
63. Andriani R, Hakam F. Peran Digital Health untuk Manajemen Penanganan Pandemi COVID-19 di Indonesia: Systematic Literature Review. *Indones Health Inf Manag J INOHIM*. 2022 Jun 30;10(1):27–40.
64. Rohmah A 'Ainur, Rachmawati R, Mei ETW. Smart City Achievement through Implementation of Digital Health Services in Handling COVID-19 Indonesia. *Smart Cities*. 2023 Feb 20;6(1):639–51.
65. Gamache R, Kharrazi H, Weiner J. Public and Population Health Informatics: The Bridging of Big Data to Benefit Communities. *Yearb Med Inform*. 2018 Aug;27(01):199–206.
66. Peine A, Paffenholz P, Martin L, Dohmen S, Marx G, Loosen SH. Telemedicine in Germany During the COVID-19 Pandemic: Multi-Professional National Survey. *J Med Internet Res*. 2020 Aug 5;22(8):e19745.
67. Kemenkes RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 20 tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Telemedicine antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan* [Internet]. Aug 7, 2019. Available from: <https://persi.or.id/wp-content/uploads/2020/11/pmk202019.pdf>
68. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/4829/2021 tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan melalui Telemedicine pada masa Pandemi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)* [Internet]. HK.01.07/Menkes/4829/2021 Jul 6, 2021. Available from: <https://persi.or.id/wp-content/uploads/2021/07/KMK-4829-2021.pdf>
69. Fagherazzi G, Goetzinger C, Rashid MA, Aguayo GA, Huiart L. Digital Health Strategies to Fight COVID-19 Worldwide: Challenges, Recommendations, and a Call for Papers. *J Med Internet Res*. 2020 Jun 16;22(6):e19284.
70. Maksum IR. *Indonesian Decentralization In The Covid-19 Pandemic: On The Right Track or Not?* 2020 Nov;24(2):131–44.
71. Sevindik I, Tosun MS, Yilmaz S. Local Response to the COVID-19 Pandemic: The Case of Indonesia. *Sustainability*. 2021 May 18;13(10):5620.
72. *Peraturan Presiden (PERPRES) tentang Komite Penanganan Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) dan Pemulihan Ekonomi Nasional* [Internet]. 82 Jul 20, 2020. Available from: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/141403/perpres-no-82-tahun-2020>

## REFERENSI

73. Pangaribuan MT, Munandar AI. Kebijakan Pemerintah DKI Jakarta Menangani Pandemi COVID-19. *Gov J Ilmu Pemerintah*. 2021 Jan 25;1–9.
74. Kemenkes RI. *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease (COVID-19)* [Internet]. 2020 Jul [cited 2022 Feb 4]. Available from: [https://covid19.go.id/storage/app/media/Protokol/2020/Juli/REV-05\\_Pedoman\\_P2\\_COVID-19\\_13\\_Juli\\_2020.pdf](https://covid19.go.id/storage/app/media/Protokol/2020/Juli/REV-05_Pedoman_P2_COVID-19_13_Juli_2020.pdf)
75. WHO. *Keep health workers safe to keep patients safe: WHO*. 2020 Sep 17 [cited 2023 Jan 30]; Available from: <https://www.who.int/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>
76. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/278/2020 tentang Pemberian Insentif dan Santunan Kematian bagi Tenaga Kesehatan yang Menangani Corona Virus Disease 2019 (COVID-19)* [Internet]. HK.01.07/Menkes/278/2020 Apr 27, 2020. Available from: [https://www.bpkp.go.id/public/upload/unit/kaltim/files/KMK%20No.%20HK.01.07-MENKES-278-2020%20ttg%20Pemberian%20Insentif%20dan%20Santunan%20Kematian%20NAKES%20Yang%20Menangani%20COVID-19%20\(1\)\(1\).pdf](https://www.bpkp.go.id/public/upload/unit/kaltim/files/KMK%20No.%20HK.01.07-MENKES-278-2020%20ttg%20Pemberian%20Insentif%20dan%20Santunan%20Kematian%20NAKES%20Yang%20Menangani%20COVID-19%20(1)(1).pdf)
77. Dewi, Luh Putu Santi Krisna. *Evaluasi Penerapan Insentif Tenaga Kesehatan COVID-19 (Studi pada UPTD Puskesmas Blahbatuh I)*. 2021 [cited 2023 May 20]; Available from: <https://journal.ugm.ac.id/abis/article/download/73337/33301>
78. Kementerian Kesehatan. *99,3% Tunggakan Insentif Tenaga Kesehatan Sudah Dibayarkan*. 2021 Aug 20 [cited 2023 Jun 20]; Available from: <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20210820/0738328/993-tunggakan-insentif-tenaga-kesehatan-sudah-dibayarkan/>
79. 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]. Available from: <https://www.lpem.org/repec/lpe/papers/WP202159.pdf>
80. Desdiani NA, Sabrina S, Husna M, Budiman AC, Afifi FAR, Halimatussadiah A. Local Budget Resilience in Times of COVID-19 Crisis: Evidence from Indonesia. *Economies*. 2022 May 7;10(5):108.
81. Pratiwi DK. Inovasi Kebijakan Pemerintah Daerah dalam Penanganan Covid-19 di Indonesia. *Amnesti J Huk*. 2021 Feb 23;3(1):37–52.
82. Kaplan B. Revisiting Health Information Technology Ethical, Legal, And Social Issues And Evaluation: Telehealth/Telemedicine and COVID-19. *Int J Med Inf*. 2020 Nov;143:104239.

# LAMPIRAN

---

## ● Lampiran 1. Formula pengambilan sampel

Pada studi ini estimasi besar sampel minimal dihitung menggunakan rumus Cochran, yang dijelaskan di bawah ini:

$$n_o = \frac{Z^2 * p * q}{e^2} \quad n = \frac{n_o}{1 + \frac{(n_o - 1)}{N}}$$

### Keterangan

**n<sub>o</sub>** : besar sampel

**Z<sup>2</sup>** : absis dari kurva normal yang memotong area α di bagian ekor (dalam penelitian ini kami menggunakan interval kepercayaan 95%, jadi Z = 1,96)

**e** : batas kesalahan yang dapat ditoleransi (5%)

**p** : perkiraan proporsi atribut di populasi (p=0.5)

**q** : 1-p

**n** : besar akhir sampel

**N** : besar populasi

● **Lampiran 2.**  
**Instrumen kuantitatif**

**Lampiran 2.1** Tabel Instrumen Kuantitatif

BAGIAN I IDENTIFIKASI PUSKESMAS		
Sebelumnya, saya akan menanyakan Identitas puskesmas tempat Bapak/Ibu bekerja terlebih dahulu...		
No	Pertanyaan	Jawaban
1.1	Nama provinsi dari puskesmas tempat Anda bekerja	(dropdown list)
1.2	Nama kabupaten/kota dari puskesmas tempat Anda bekerja	(dropdown list)
1.3	Nama kecamatan puskesmas tempat Anda bekerja?	(dropdown list)
1.4	Nama puskesmas tempat Anda bekerja?	(dropdown list)
1.5	Status puskesmas berdasarkan pengelolaan keuangan	1. BLUD 2. Non-BLUD
1.6	Status akreditasi puskesmas	1. Paripurna 2. Utama 3. Madya 4. Dasar 5. Belum akreditasi
1.7	Berapa jumlah penduduk yang menjadi sasaran wilayah kerja puskesmas ini?	(tuliskan angka)
1.8	Nama	
1.9	Nomor HP	(tuliskan angka)
1.10	Umur	(tuliskan angka)
1.11	Jenis kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan
1.12	Profesi	1. Dokter umum 2. Dokter gigi 3. Bidan 4. Perawat 5. Tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku 6. Tenaga sanitasi lingkungan 7. Nutrisi 8. Tenaga apoteker dan/atau teknis kefarmasian 9. Ahli teknologi laboratorium medik 10. Tenaga sistem informasi kesehatan 11. Tenaga administrasi keuangan 12. Tenaga administrasi ketatausahaan 13. Lainnya... (sebutkan)
1.13	Posisi/jabatan di puskesmas	1. Kepala puskesmas 2. Kepala TU 3. Kepala UKM 4. Kepala UKP 5. Lainnya...

**BAGIAN II KEPEGAWAIAN**

Apabila memungkinkan, mohon persiapkan profil atau data puskesmas bersama anda untuk memudahkan menjawab pertanyaan berikut.

No	Pertanyaan	Jawaban
2.1	Berapa jumlah seluruh pegawai di puskesmas tempat anda bekerja saat ini?	(tuliskan angka)
2.2	Berapa jumlah pegawai ber-status ASN di puskesmas ini?	(tuliskan angka)

## BAGIAN II KEPEGAWAIAN

Apabila memungkinkan, mohon persiapkan profil atau data puskesmas bersama anda untuk memudahkan menjawab pertanyaan berikut.

No	Pertanyaan	Jawaban
2.3	Berapa jumlah tenaga kesehatan di puskesmas ini: 1. Dokter umum 2. Dokter gigi 3. Bidan 4. Perawat 5. Tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku 6. Tenaga sanitasi lingkungan 7. Nutrisionis 8. Tenaga apoteker dan/atau teknis kefarmasian 9. Ahli teknologi laboratorium medik 10. Tenaga sistem informasi kesehatan 11. Tenaga administrasi keuangan 12. Tenaga administrasi ketatausahaan	(tuliskan angka)
2.4	Berapa jumlah pegawai di puskesmas anda yang terkonfirmasi positif COVID-19 sejak awal pandemi COVID-19 (Maret 2020)?	(tuliskan angka)
2.5	Dari yang terkonfirmasi positif COVID-19, berapa jumlah keseluruhan pegawai yang meninggal karena COVID-19?	(tuliskan angka)
2.6	Apakah seluruh tenaga kesehatan di puskesmas tempat Anda bekerja telah mendapatkan vaksinasi COVID-19?	1. Ya 2. Tidak -- Lanjut ke bagian III
2.7	Berapa persentase tenaga kesehatan di puskesmas Anda yang telah mendapatkan vaksinasi COVID-19 dosis berikut: 2.7.1. Vaksinasi dosis I 2.7.2. Vaksinasi dosis II 2.7.3. Vaksinasi dosis III 2.7.4. Vaksinasi dosis IV	1. Kebanyakan petugas kesehatan (81-100%) 2. Beberapa petugas - lebih dari separuh (51-80%) 3. Beberapa petugas - kurang dari separuh (21-50%) 4. Sedikit petugas (1-20%) 5. Tidak ada (0%)

## BAGIAN III MANAJEMEN PUSKESMAS PADA MASA PANDEMI COVID-19

Pada bagian ini, saya akan menanyakan bagaimana puskesmas melakukan manajemen secara umum terkait koordinasi, komunikasi, pelaporan, dan keuangan dalam merespons kasus COVID-19 di wilayah kerja puskesmas tempat Bapak/Ibu bekerja

No	Pertanyaan	Jawaban
3.1	Apakah satuan tugas khusus COVID-19 di puskesmas Anda memiliki panduan penanganan pasien dengan kasus COVID-19 yang terjadi di wilayah Anda?	1. Ya, puskesmas memiliki panduan penanganan dan dapat menunjukkan 2. Ya, puskesmas memiliki panduan penanganan, namun tidak dapat menunjukkan 3. Tidak ada panduan penanganan
3.2	Apakah terdapat perubahan metode pelaksanaan lokakarya mini bulanan dilakukan oleh puskesmas secara rutin: 3.2.1. selama pandemi COVID-19 tahun 2020 dan 2021 (Alpha dan Delta) 3.2.2. sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron)	1. Ya, lokakarya dilakukan secara daring menggunakan aplikasi rapat daring 2. Ya, lokakarya dilakukan hanya melalui grup WA berisi staf puskesmas 3. Tidak, lokakarya tetap dilaksanakan seperti biasa dengan protokol kesehatan 4. Tidak relevan karena lokakarya tidak dilaksanakan
3.3	Apa kendala yang dialami puskesmas dalam pelaksanaan lokakarya mini bulanan pada: 3.3.1 selama pandemi COVID-19 tahun 2020 dan 2021 (Alpha dan Delta) 3.3.2 sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron)  Pilihan jawaban tidak untuk dibacakan. Masukkan semua pilihan jawaban yang sesuai.	1. Sumber daya manusia 2. Jaringan internet 3. Keuangan 4. Paket data/kuota internet 5. Lingkungan 6. Ketersediaan gawai (Mis. HP/Tablet/Komputer/Laptop) 7. Lainnya... (sebutkan) 8. Tidak ada kendala
3.4	Apakah terdapat perubahan metode pelaksanaan lokakarya mini tribulan dilakukan oleh puskesmas secara rutin: 3.4.1. selama pandemi COVID-19 tahun 2020 dan 2021 (Alpha dan Delta) 3.4.2. sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron)	1. Ya, lokakarya dilakukan secara daring menggunakan aplikasi rapat daring 2. Ya, lokakarya dilakukan hanya melalui grup WA berisi kepala puskesmas dan lintas sektor 3. Tidak, lokakarya tetap dilaksanakan seperti biasa dengan protokol kesehatan 4. Tidak relevan karena lokakarya tidak dilaksanakan

### BAGIAN III MANAJEMEN PUSKESMAS PADA MASA PANDEMI COVID-19

Pada bagian ini, saya akan menanyakan bagaimana puskesmas melakukan manajemen secara umum terkait koordinasi, komunikasi, pelaporan, dan keuangan dalam merespons kasus COVID-19 di wilayah kerja puskesmas tempat Bapak/Ibu bekerja

No	Pertanyaan	Jawaban
3.5	<p>Apa kendala yang dialami puskesmas dalam pelaksanaan lokakarya mini tribulanan pada:</p> <p>3.5.1. selama pandemi COVID-19 tahun 2020 dan 2021 (Alpha dan Delta)</p> <p>3.5.2. sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron)</p> <p>Pilihan jawaban tidak untuk dibaca. Masukkan semua pilihan jawaban yang sesuai.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sumber daya manusia</li> <li>2. Jaringan internet</li> <li>3. Keuangan</li> <li>4. Paket data/kuota internet</li> <li>5. Lingkungan</li> <li>6. Ketersediaan gawai (Mis. HP/Tablet/Komputer/Laptop)</li> <li>7. Lainnya... (sebutkan)</li> <li>8. Tidak ada kendala</li> </ol>
3.6	<p>Berapa kali puskesmas melaporkan data kematian pasien COVID-19 di wilayah Anda bekerja dalam 1 minggu selama pandemi COVID-19 tahun 2020 dan 2021 (Alpha dan Delta) pada:</p> <p>a. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota</p> <p>b. Dinas Kesehatan Provinsi</p> <p>c. Kementerian Kesehatan (melalui sistem)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 kali</li> <li>2. 2-4 kali</li> <li>3. 5-7 kali</li> <li>4. puskesmas melaporkan hanya setiap ada kasus kematian</li> <li>5. puskesmas tidak melaporkan karena tidak melakukan pencatatan</li> <li>6. puskesmas tidak melaporkan karena tidak ada laporan ke lembaga tersebut -- Lanjut ke pertanyaan 3.9</li> </ol>
3.7	<p>Berapa kali puskesmas melaporkan data kematian pasien COVID-19 di wilayah Anda bekerja dalam 1 minggu sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron) pada:</p> <p>a. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota</p> <p>b. Dinas Kesehatan Provinsi</p> <p>c. Kementerian Kesehatan (melalui sistem)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 kali</li> <li>2. 2-4 kali</li> <li>3. 5-7 kali</li> <li>4. puskesmas melaporkan hanya setiap ada kasus kematian</li> <li>5. puskesmas tidak melaporkan karena tidak melakukan pencatatan</li> <li>6. puskesmas tidak melaporkan karena tidak ada laporan ke lembaga tersebut -- Lanjut ke pertanyaan 3.9</li> </ol>
3.8	<p>Siapa yang melakukan validasi angka kematian yang dilakukan oleh puskesmas tempat anda bekerja?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tim Ad Hoc puskesmas</li> <li>2. Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil</li> <li>3. Dinas Kesehatan</li> <li>4. RT/RW</li> <li>5. Staf Kelurahan</li> <li>6. Staf Kecamatan</li> <li>7. Lainnya.... (sebutkan)</li> <li>8. Tidak ada proses validasi data</li> <li>9. Tidak tahu</li> </ol>
3.9	<p>Selama pandemi COVID-19, berapa jumlah kematian yang ada di puskesmas wilayah kerja Anda pada tahun:</p> <p>a. 2019</p> <p>b. 2020</p> <p>c. 2021</p>	(tulis angkanya)
3.10	<p>Apakah puskesmas memiliki SOP atau perencanaan alternatif/antisipasi/mitigasi terkait pelayanan COVID-19 dan layanan kesehatan esensial ketika terjadi kenaikan kasus COVID-19?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ya</li> <li>2. Tidak</li> </ol>
3.11	<p>Apakah mekanisme pelaporan angka kejadian COVID-19 termasuk data kematian akibat COVID-19 dari faskes jejaring ke puskesmas berjalan? (mis. BPS, klinik swasta, laboratorium swasta)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ya</li> <li>2. Tidak</li> <li>3. Tidak relevan karena tidak ada mekanisme pelaporan</li> </ol>

### BAGIAN IV PEMBERIAN DAN PEMANFAATAN LAYANAN KESEHATAN

Pada bagian ini, saya akan menanyakan beberapa pertanyaan terkait dengan pemberian dan pemanfaatan layanan kesehatan yang dilaksanakan puskesmas tempat Bapak/Ibu bekerja selama masa pandemi COVID-19

No	Pertanyaan	Jawaban
4.1	<p>Apa saja pelayanan puskesmas yang mengalami perubahan pada:</p> <p>4.1.1. selama pandemi COVID-19 tahun 2020 dan 2021 (Alpha dan Delta)</p> <p>4.1.2. sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. puskesmas mengurangi jam kerja layanan</li> <li>2. puskesmas mengurangi jenis layanan</li> <li>3. puskesmas melakukan buka tutup terjadwal (Sehari buka, sehari tutup, atau dengan periode yang ditentukan)</li> <li>4. puskesmas mengurangi jumlah kunjungan pasien</li> <li>5. puskesmas hanya memberikan layanan pada pasien tertentu/prioritas</li> <li>6. puskesmas tidak memberikan layanan kepada pasien Non-COVID</li> <li>7. Lainnya... (sebutkan)</li> <li>8. Tidak ada perubahan layanan pada puskesmas selama masa pandemi</li> </ol>
4.2	<p>Secara umum, jika dibandingkan dengan sebelum pandemi COVID-19 (sebelum tahun 2020), apakah terdapat perubahan layanan di puskesmas Anda?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ya berubah, pasien bertambah</li> <li>2. Ya berubah, pasien berkurang</li> <li>3. Tidak berubah</li> <li>4. Layanan berhenti sementara</li> </ol>

#### BAGIAN IV PEMBERIAN DAN PEMANFAATAN LAYANAN KESEHATAN

Pada bagian ini, saya akan menanyakan beberapa pertanyaan terkait dengan pemberian dan pemanfaatan layanan kesehatan yang dilaksanakan puskesmas tempat Bapak/Ibu bekerja selama masa pandemi COVID-19

No	Pertanyaan	Jawaban
4.3	Berapa persentase cakupan layanan esensial di bawah ini dalam pada tahun 2019, 2020, 2021, (Juni) 2022 secara berturut-turut: 4.2.1. Cakupan K1 4.2.2. Cakupan K4 4.2.3. Persalinan di Fasilitas Kesehatan 4.2.4. Kunjungan Neonatal Lengkap 4.2.5. Layanan imunisasi dasar lengkap 4.2.6. Program KB: AKDR/IUD 4.2.7. Program KB: Implan 4.2.8. Program KB: Pil 4.2.9. Program KB: Suntik 4.2.10. Program KB: Kondom 4.2.11. Program Penyakit Tidak Menular: Hipertensi 4.2.12. Program Penyakit Tidak Menular: Diabetes Melitus 4.2.13. Program Penyakit Menular: Terduga Tuberkulosis 4.2.14. Program Penyakit Menular: HIV/AIDS 4.2.15. Program Gizi Balita: Jumlah Balita ditimbang 4.2.16. Program Gizi Balita: Vitamin A 4.2.17. Layanan luar gedung: Posyandu (Jumlah Posyandu) 4.2.18. Layanan luar gedung: Posbindu (Jumlah Posbindu)	(tuliskan angka persentase)
4.4	Apa upaya puskesmas untuk memastikan layanan kesehatan tetap berjalan selama pandemi COVID-19?  Pilihan jawaban tidak untuk dibacakan. Masukkan semua pilihan jawaban yang sesuai.	1. Layanan telekonsultasi/telemedicine 2. Layanan berbasis masyarakat (mis. Posyandu, Posbindu) 3. Layanan komplit dalam sekali kunjungan ( <i>one-stop service</i> ) 4. Layanan <i>door to door</i> /kunjungan rumah ke pasien-pasien tertentu 5. Lainnya... (sebutkan)
4.5	Apa saja dukungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota pada puskesmas ini sejak awal pandemi di tahun 2020 hingga sekarang?  Pilihan jawaban tidak untuk dibacakan. Masukkan semua pilihan jawaban yang sesuai.	1. SDM 2. Finansial 3. Supervisi 4. Pelatihan 5. Lainnya... (sebutkan)
4.6	Bagaimana kecukupan dukungan Dinas Kesehatan pada item di bawah ini: 1. SDM 2. Finansial 3. Supervisi 4. Pelatihan 5. Logistik terkait P2 COVID-19	1. Sangat kurang (0-25%) 2. Kurang (26-50%) 3. Cukup (51-80%) 4. Sangat cukup (>80%)
4.7	Secara umum, apa kendala puskesmas dalam memberikan layanan kesehatan selama pandemi COVID-19: 4.7.1. selama pandemi COVID-19 tahun 2020 dan 2021 (Alpha dan Delta) 4.7.2. sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron)  Pilihan jawaban tidak untuk dibacakan. Masukkan semua pilihan jawaban yang sesuai.	1. Manajemen 2. Sumber daya manusia 3. Keuangan 4. Pengendalian dan pencegahan infeksi 5. Persediaan medis dan logistik 6. Infrastruktur 7. Jaringan internet 8. Antusiasme masyarakat 9. Lain-lain... (sebutkan) 10. Tidak ada

#### BAGIAN V PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) SERTA ALAT PELINDUNG DIRI (APD)

Kemudian, saya akan menanyakan pertanyaan-pertanyaan di bagian ini, yang berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) serta ketersediaan alat pelindung diri (APD) selama memberikan layanan di masa pandemi COVID-19 (dari tahun 2020 hingga sekarang)

No	Pertanyaan	Jawaban
5.1	Apakah terdapat SOP di puskesmas Anda yang mengatur tentang pencegahan infeksi dan penggunaan APD dalam melakukan pelayanan dalam masa pandemi COVID-19?	1. Ada 2. Tidak ada 3. Dalam proses pembuatan
5.2	Apakah di puskesmas tempat Anda bekerja tersedia cukup fasilitas cuci tangan dengan air mengalir dan sabun atau hand sanitizer untuk semua staf dan pengunjung?	1. Ya, tersedia dan cukup 2. Ya, tersedia namun tidak cukup 3. Tidak tersedia

### BAGIAN V PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) SERTA ALAT PELINDUNG DIRI (APD)

Kemudian, saya akan menanyakan pertanyaan-pertanyaan di bagian ini, yang berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) serta ketersediaan alat pelindung diri (APD) selama memberikan layanan di masa pandemi COVID-19 (dari tahun 2020 hingga sekarang)

No	Pertanyaan	Jawaban
5.3	Apakah item berikut saat ini tersedia untuk setiap staf yang diminta untuk menggunakan sesuai dengan pedoman yang berlaku dalam enam bulan terakhir? 1. Masker bedah 2. Pelindung wajah 3. Sarung tangan 4. Kacamata googles 5. Penutup kepala/Hair cap 6. Pakaian medis 7. Hazmat 8. Masker N95 9. Sepatu Boots	1. Tersedia untuk seluruh petugas kesehatan 2. Tersedia untuk sebagian petugas kesehatan 3. Tidak tersedia untuk petugas kesehatan 4. Tidak berlaku karena puskesmas tidak pernah membeli atau menyediakan APD
5.4	Apakah puskesmas melakukan pengolahan limbah medis dengan aman?	1. Ya 2. Tidak

### BAGIAN VI RESPONS PUSKESMAS PADA MASA PANDEMI

Selanjutnya, saya akan menanyakan pertanyaan-pertanyaan terkait dengan upaya puskesmas dalam memberikan respon terhadap adanya pandemi COVID-19, mulai dari kapasitas tes, manajemen kasus COVID-19, vaksinasi, hingga perencanaan lanjut jika sewaktu-waktu terjadi lonjakan kasus COVID-19

No	Pertanyaan	Jawaban
<b>Testing</b>		
6.1	Apakah puskesmas Anda melakukan <i>testing</i> kasus COVID-19 atau bekerja sama dengan laboratorium lain: 6.1.1. selama pandemi COVID-19 tahun 2020 dan 2021 (Alpha dan Delta) 6.1.2. sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron)  Pilihan jawaban tidak untuk dibacakan. Masukkan semua pilihan jawaban yang sesuai.	1. Melakukan tes di puskesmas 2. Melakukan pengambilan spesimen di puskesmas, lalu mengirimkan sampel ke laboratorium 3. Merujuk tes ke laboratorium 4. Lainnya.... (sebutkan)
6.2	Tes apa yang digunakan oleh puskesmas tempat anda bekerja untuk mendiagnosis COVID-19 pada: 6.2.1. selama pandemi COVID-19 tahun 2020 dan 2021 (Alpha dan Delta) 6.2.2. sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron)  Pilihan jawaban tidak untuk dibacakan. Masukkan semua pilihan jawaban yang sesuai.	1. Tes swab PCR 2. Tes TB-TCM (dahak) 3. Tes cepat antibodi (darah) 4. Tes swab antigen 5. Tidak ada 6. Lainnya.... (sebutkan)
6.3	Berapa kuota tes PCR yang diberikan oleh pemerintah setempat untuk puskesmas Anda/hari? 6.3.1. selama pandemi COVID-19 tahun 2020 dan 2021 (Alpha dan Delta) 6.3.2. sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron)  Pertanyaan ini muncul jika responden memilih opsi 1 (PCR) pada pertanyaan 6.2	1. Tidak ada kuota tertentu 2. 0-10 3. 11-30 4. 31-50 5. 51-100 6. >100
6.4	Berapa lama hasil tes PCR di lokasi puskesmas Anda bekerja keluar? (saat ini)  Pertanyaan ini muncul jika responden memilih opsi 1 (PCR) pada pertanyaan 6.2	1. <24 jam 2. 24-48 jam 3. >48 jam
6.5	Berapa kuota tes antigen yang diberikan oleh pemerintah setempat untuk puskesmas Anda/hari? 6.5.1. selama pandemi COVID-19 tahun 2020 dan 2021 (Alpha dan Delta) 6.5.2. sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron)  Pertanyaan ini muncul jika responden memilih opsi 4 (Antigen) pada pertanyaan 6.2	1. Tidak ada kuota tertentu 2. 0-10 3. 11-30 4. 31-50 5. 51-100 6. >100



### BAGIAN VI RESPONS PUSKESMAS PADA MASA PANDEMI

Selanjutnya, saya akan menanyakan pertanyaan-pertanyaan terkait dengan upaya puskesmas dalam memberikan respon terhadap adanya pandemi COVID-19, mulai dari kapasitas tes, manajemen kasus COVID-19, vaksinasi, hingga perencanaan lanjut jika sewaktu-waktu terjadi lonjakan kasus COVID-19

No	Pertanyaan	Jawaban
6.6	Berapa rata-rata <i>testing</i> , baik dengan antigen dan PCR, yang dilakukan di puskesmas ini? (per-hari) 6.6.1. selama pandemi COVID-19 tahun 2020 dan 2021 (Alpha dan Delta) 6.6.2. sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron)	1. Tidak ada kuota tertentu 2. 0-10 3. 11-30 4. 31-50 5. 51-100 6. >100
<b>Tracing</b>		
6.7	Apa cara yang dilakukan puskesmas Anda untuk penelusuran kontak erat? 6.7.1. selama pandemi COVID-19 tahun 2020 dan 2021 (Alpha dan Delta) 6.7.2. sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron)  Pilihan jawaban tidak untuk dibacakan. Masukkan semua pilihan jawaban yang sesuai.	1. Mendatangi langsung ke rumah 2. Menghubungi dengan telepon/pesan 3. Meneruskan informasi/temuan dan meminta bantuan kader/relawan/gugus tugas untuk menindaklanjuti 4. Tidak melakukan penelusuran kontak/pelacakan kasus -- Lanjut ke pertanyaan 6.9 5. Lainnya.... (sebutkan)
6.8	Dari setiap satu pasien yang terkonfirmasi positif, berapa kontak yang puskesmas Anda dapat telusuri?	1. 1-3 orang 2. 4-6 orang 3. 7-9 orang 4. 10-15 orang 5. 16-30 orang 6. >30 orang
6.9	Selain tenaga puskesmas, siapa saja yang terlibat dalam upaya pencarian dan pelacakan kasus di wilayah kerja puskesmas Anda pada situasi sekarang (Januari 2022)?  Pilihan jawaban tidak untuk dibacakan. Masukkan semua pilihan jawaban yang sesuai.	1. Gugus tugas RT/RW/Kelurahan 2. Kader kesehatan 3. Relawan COVID-19 4. Babinsa/Babinkamtibmas (TNI/Polri) 5. Tidak ada 6. Lainnya.... (sebutkan)
<b>Treatment dan Isolasi</b>		
6.10	Seberapa sering pasien isolasi mandiri dipantau oleh puskesmas Anda? 6.10.1. selama pandemi COVID-19 tahun 2020 dan 2021 (Alpha dan Delta) 6.10.2. sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron)	1. Setiap hari 2. Dua hari sekali 3. >= 3 hari sekali 4. Tidak tahu 5. Tidak ada pemantauan dari puskesmas 6. Lainnya.... (sebutkan)
6.11	Apakah ada fasilitas isoman/shelter non RS/puskesmas yang ada di wilayah puskesmas ini?	1. Ya 2. Tidak -- Lanjut ke pertanyaan 6.15
6.12	Ada berapa fasilitas isoman/shelter non RS/puskesmas yang ada di wilayah kerja puskesmas Anda 6.12.1. selama pandemi COVID-19 tahun 2020 dan 2021 (Alpha dan Delta) 6.12.2. sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron)	(tuliskan angka)
6.13	Apa cara yang dilakukan puskesmas untuk melakukan pemantauan kepada pasien terkonfirmasi positif COVID-19? 6.13.1. selama pandemi COVID-19 tahun 2020 dan 2021 (Alpha dan Delta) 6.13.2. sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron)  Pilihan jawaban tidak untuk dibacakan. Masukkan semua pilihan jawaban yang sesuai.	1. Menggunakan aplikasi pemerintah pusat (SILACAK, NAR) 2. Menggunakan aplikasi pemerintah daerah 3. Menggunakan aplikasi puskesmas 4. Menggunakan telepon/WA 5. Lainnya.... (sebutkan)
6.14	Selain tenaga kesehatan, siapa saja yang terlibat dalam pemantauan pasien isolasi mandiri?  Pilihan jawaban tidak untuk dibacakan. Masukkan semua pilihan jawaban yang sesuai.	1. Gugus tugas RT/RW/Kelurahan 2. Kader kesehatan 3. Relawan 4. Babinsa/Babinkamtibmas (TNI/Polri) 5. Tidak ada 6. Tidak melakukan pencarian/pelacakan kasus 7. Lainnya.... (sebutkan)

### BAGIAN VI RESPONS PUSKESMAS PADA MASA PANDEMI

Selanjutnya, saya akan menanyakan pertanyaan-pertanyaan terkait dengan upaya puskesmas dalam memberikan respon terhadap adanya pandemi COVID-19, mulai dari kapasitas tes, manajemen kasus COVID-19, vaksinasi, hingga perencanaan lanjut jika sewaktu-waktu terjadi lonjakan kasus COVID-19

No	Pertanyaan	Jawaban
6.15	<p>Apa kendala yang dihadapi puskesmas selama melakukan pemeriksaan tanda gejala (<i>testing</i>), penelusuran kontak (<i>tracing</i>), dan penatalaksanaan (<i>treatment</i>) kasus COVID-19 di puskesmas wilayah Anda bekerja?</p> <p>Pilihan jawaban tidak untuk dibacakan. Masukkan semua pilihan jawaban yang sesuai.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keterbatasan fasilitas perawatan dan alat tes</li> <li>2. Keterbatasan tenaga kesehatan</li> <li>3. Keterbatasan anggaran</li> <li>4. Penolakan masyarakat</li> <li>5. Tidak ada kendala</li> <li>6. Lainnya... (sebutkan)</li> </ol>
<b>Vaksinasi</b>		
6.16	Apakah puskesmas telah rutin melakukan vaksinasi COVID-19?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ya</li> <li>2. Tidak</li> </ol>
6.17	Berapa perkiraan kuota vaksin yang diberikan Pemerintah kepada puskesmas per hari?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. &lt;50</li> <li>2. 50-100</li> <li>3. 101-500</li> <li>4. &gt;500</li> <li>5. Tidak ada kuota tertentu</li> </ol>
6.18	Berapa maksimal pelaksanaan vaksinasi yang pernah dilakukan oleh puskesmas per minggu?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. &lt;100</li> <li>2. 100-500</li> <li>3. 501-1000</li> <li>4. &gt;1000</li> <li>5. Lainnya...</li> </ol>
6.19	Berapa jumlah vaksinasi yang dilakukan sekarang per minggu?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. &lt;50</li> <li>2. 50-100</li> <li>3. 101-500</li> <li>4. &gt;500</li> <li>5. Tidak ada kuota tertentu</li> </ol>
6.20	Apa kendala puskesmas dalam pemberian vaksin?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keterbatasan pasokan vaksin</li> <li>2. Keterbatasan sumber daya pemberi vaksin</li> <li>3. Keterbatasan lokasi tempat vaksin</li> <li>4. Penolakan dari peserta vaksin</li> <li>5. Keterbatasan logistik (mis. alat-alat kesehatan pendukung pelaksanaan vaksinasi)</li> <li>6. Tidak ada kendala</li> <li>7. Lainnya... (sebutkan)</li> </ol>
6.21	<p>Apa strategi yang dilakukan puskesmas untuk meningkatkan jangkauan vaksinasi?</p> <p>Pilihan jawaban tidak untuk dibacakan. Masukkan semua pilihan jawaban yang sesuai.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Door to door vaccination/vaksinasi keliling</li> <li>2. Memanfaatkan posyandu/posbindu</li> <li>3. Bekerja bersama kader kesehatan/relawan untuk penjangkauan</li> <li>4. Bekerja bersama organisasi/lembaga lain untuk membuat sentra vaksinasi (mis. TNI/Polri, LSM, dll.)</li> <li>5. Tidak ada strategi khusus</li> <li>6. Lainnya... (sebutkan)</li> </ol>
<b>Upaya Promotif dan Preventif</b>		
6.22	<p>Apa pendekatan yang dilakukan sebagai promosi kesehatan di puskesmas Anda:</p> <p>6.22.1. selama pandemi COVID-19 tahun 2020 dan 2021 (alpha dan delta)</p> <p>6.22.2. sejak Januari 2022 hingga sekarang (omicron)</p> <p>Pilihan jawaban tidak untuk dibacakan. Masukkan semua pilihan jawaban yang sesuai.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertemuan masyarakat tingkat RT/RW, desa/kelurahan atau kecamatan</li> <li>2. Ambulans keliling</li> <li>3. Pengumuman dengan pengeras suara dari tempat ibadah</li> <li>4. Melalui media cetak (majalah dinding, poster, spanduk, brosur, leaflet, dll)</li> <li>5. Melalui telepon/SMS</li> <li>6. Grup pada aplikasi messenger (WhatsApp / Telegram / LINE)</li> <li>7. Media sosial (Facebook, Instagram, YouTube, TikTok, dll.)</li> <li>8. Lainnya.... (sebutkan)</li> </ol>
6.23	<p>Darimana puskesmas Anda memperoleh informasi terbaru terkait COVID-19?</p> <p>Pilihan jawaban tidak untuk dibacakan. Masukkan semua pilihan jawaban yang sesuai.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Situs resmi Kementerian Kesehatan</li> <li>2. Situs Dinas Kesehatan setempat</li> <li>3. Media sosial Dinas Kesehatan setempat (Facebook, twitter, instagram, youtube)</li> <li>4. Grup WhatsApp puskesmas</li> <li>5. Buletin/majalah kesehatan</li> <li>6. Koran</li> <li>7. Lainnya.... (sebutkan)</li> </ol>

### BAGIAN VI RESPON PUSKESMAS PADA MASA PANDEMI

Selanjutnya, saya akan menanyakan pertanyaan-pertanyaan terkait dengan upaya puskesmas dalam memberikan respon terhadap adanya pandemi COVID-19, mulai dari kapasitas tes, manajemen kasus COVID-19, vaksinasi, hingga perencanaan lanjut jika sewaktu-waktu terjadi lonjakan kasus COVID-19

No	Pertanyaan	Jawaban
6.24	<p>Apa kesulitan yang dihadapi puskesmas Anda dalam mendistribusikan informasi kesehatan?</p> <p>Pilihan jawaban tidak untuk dibacakan. Masukkan semua pilihan jawaban yang sesuai.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keterbatasan sumber informasi</li> <li>2. Tantangan pengolahan bahan menjadi narasi/bahasa yang mudah dipahami masyarakat</li> <li>3. Tantangan teknis (pengolahan visual design, edit video, dll)</li> <li>4. Akses dan distribusi informasi (geografi, infrastruktur)</li> <li>5. Internet tidak ada atau kurang mumpuni</li> <li>6. Stigma dan misinformasi yang beredar di masyarakat</li> <li>7. Keterbatasan sumber daya manusia pelaksana edukasi</li> <li>8. Tidak ada kesulitan</li> <li>9. Lainnya.... (sebutkan)</li> </ol>
<b>Pelibatan kader dalam respon COVID-19 dan pemulihan layanan esensial</b>		
6.25	<p>Apakah puskesmas melibatkan kader dalam kegiatan penanganan COVID-19?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ya</li> <li>2. Tidak -- Lanjut ke pertanyaan 6.27</li> </ol>
6.26	<p>Berapa jumlah kader yang dilibatkan oleh puskesmas wilayah kerja Anda untuk merespons COVID-19?</p>	<p>(tuliskan angkanya)</p>
6.27	<p>Apa keterlibatan kader dalam penanganan COVID-19?</p> <p>Pilihan jawaban tidak untuk dibacakan. Masukkan semua pilihan jawaban yang sesuai.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Screening</i> dan deteksi dini COVID-19</li> <li>2. Melakukan <i>contact tracing</i></li> <li>3. Memantau isoman/karantina</li> <li>4. Pendataan dan pelaksanaan vaksinasi COVID-19</li> <li>5. Lainnya... (sebutkan)</li> </ol>
6.28	<p>Apakah puskesmas mengalokasikan anggaran untuk kader kesehatan?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ya</li> <li>2. Tidak -- Lanjut ke pertanyaan 6.31</li> </ol>
6.29	<p>Dari mana sumber pendanaan insentif tersebut?</p> <p>Pilihan jawaban tidak untuk dibacakan. Masukkan semua pilihan jawaban yang sesuai</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. puskesmas</li> <li>2. Dinas Kesehatan</li> <li>3. Dana Desa</li> <li>4. APBD</li> <li>5. NGO/CSR</li> <li>6. Lainnya...</li> </ol>
6.30	<p>Berapa rata-rata insentif yang diberikan kepada kader setiap bulan?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0-50.000</li> <li>2. 50.100-100.000</li> <li>3. 100.100-300.000</li> <li>4. 300.100-500.000</li> <li>5. &gt;500.000</li> <li>6. Lainnya... (sebutkan)</li> </ol>
6.31	<p>Apakah puskesmas memberikan pelatihan terkait respons COVID-19 untuk kader kesehatan?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ya</li> <li>2. Tidak</li> </ol>
6.32	<p>Apa saja keterlibatan kader dalam pelaksanaan layanan esensial di masa pandemi COVID-19?</p> <p>Pilihan jawaban tidak untuk dibacakan. Masukkan semua pilihan jawaban yang sesuai.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pelaksanaan Posyandu</li> <li>2. Pelaksanaan Posbindu</li> <li>3. Mengantar obat untuk pasien</li> <li>4. Edukasi layanan kesehatan kepada ibu hamil, pasien PTM, dll.</li> <li>5. Kader kesehatan tidak terlibat dalam pelaksanaan layanan kesehatan</li> <li>6. Lainnya... (sebutkan)</li> </ol>
6.33	<p>Apakah mayoritas tingkat pendidikan kader di wilayah kerja puskesmas anda?</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak sekolah</li> <li>2. SD sederajat</li> <li>3. SMP sederajat</li> <li>4. SMA/SMK sederajat</li> <li>5. Perguruan Tinggi</li> <li>6. Lainnya... (sebutkan)</li> </ol>

### BAGIAN VI RESPONS PUSKESMAS PADA MASA PANDEMI

Selanjutnya, saya akan menanyakan pertanyaan-pertanyaan terkait dengan upaya puskesmas dalam memberikan respon terhadap adanya pandemi COVID-19, mulai dari kapasitas tes, manajemen kasus COVID-19, vaksinasi, hingga perencanaan lanjut jika sewaktu-waktu terjadi lonjakan kasus COVID-19

No	Pertanyaan	Jawaban
6.34	Berapa rata-rata usia kader di wilayah kerja puskesmas anda?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. &lt;20 tahun</li> <li>2. 20-30 tahun</li> <li>3. 31-40 tahun</li> <li>4. 40-50 tahun</li> <li>5. &gt;50 tahun</li> </ol>

#### Perubahan layanan kesehatan primer

6.35	Menurut Anda, dari pernyataan berikut ini, mana yang merepresentasikan puskesmas di Indonesia?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Secara keseluruhan, puskesmas bekerja dengan sangat baik dan hanya dibutuhkan perubahan kecil agar lebih baik</li> <li>2. Ada beberapa aspek positif dalam puskesmas, tetapi perubahan mendasar tetap dibutuhkan untuk perbaikan</li> <li>3. puskesmas di Indonesia memiliki banyak masalah dan perlu diubah secara menyeluruh</li> </ol>
------	--	---

### PENUTUP

	Terima kasih telah berpartisipasi dalam survey ini. Apakah Anda bersedia bila CISDI membutuhkan pendalaman data dan menghubungi Anda lebih lanjut?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ya</li> <li>2. Tidak</li> </ol>
	Insentif akan dikirimkan ke aplikasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gopay</li> <li>2. OVO</li> <li>3. Pulsa</li> </ol>
	No telepon yang akan dikirimkan insentif	
	Email yang dapat dihubungi	.....

● **Lampiran 3.**  
**Instrumen kualitatif**

**Lampiran 3.1** Tabel Instrumen Kualitatif Wawancara Mendalam Puskesmas

PANDUAN WAWANCARA MENDALAM KEPADA PETUGAS puskesmas		
No	Pertanyaan	Jawaban
<b>Kepegawaian</b>		
1	<p>Bagaimana kondisi kepegawaian di puskesmas selama pandemi dibandingkan sebelum pandemi?</p> <p>Probing:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apakah COVID-19 memberikan dampak ke SDM di masa-masa kolaps? Misal, SDM yang sakit?</li> <li>2. Apakah Dinas Kesehatan memberikan dukungan tenaga kesehatan pengganti?</li> </ol>	
2	<p>Mohon berkenan memberikan informasi mengenai kondisi vaksinasi COVID-19 I-IV pada tenaga kesehatan puskesmas...</p> <p>Probing:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengapa tenaga kesehatan masih ada yang belum mendapatkan vaksinasi?</li> </ol>	
<b>Manajemen puskesmas pada Masa Pandemi COVID-19</b>		
3	<p>Pada tahun 2020-2021 (saat gelombang alpha dan delta), puskesmas Anda merupakan salah satu puskesmas yang masih melaksanakan lokakarya mini bulanan.</p> <p>Probing:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bagaimana lokmin bulanan tersebut diadakan (zoom, wa, atau tatap muka, dll)?</li> <li>2. Apa alasan lokmin bulanan tetap dilaksanakan?</li> <li>3. Apakah dampak COVID minimal di wilayah kerja dan puskesmas anda?</li> <li>4. Adakah metode/pendekatan khusus untuk tetap mengadakan lokmin bulanan di tengah kenaikan kasus?</li> </ol>	Khusus puskesmas yang masih melaksanakan Loka Karya Mini Bulanan pada tahun 2020-2021 (Gelombang alpha dan delta)
4	<p>Konfirmasi ulang: Apakah puskesmas anda melaksanakan lokmin triwulan sebelum, selama, dan setelah pandemi?</p> <p>Jika Ya,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bagaimana lokmin bulanan tersebut diadakan (zoom, wa, atau tatap muka, dll)?</li> <li>2. Apa alasan lokmin bulanan tetap dilaksanakan?</li> <li>3. Apakah dampak COVID minimal di wilayah kerja dan puskesmas anda?</li> <li>4. Adakah metode/pendekatan khusus untuk tetap mengadakan lokmin bulanan di tengah kenaikan kasus?</li> </ol> <p>Jika tidak, mengapa di tahun 2022 ini puskesmas Anda belum melaksanakan lokmin tribulanan? Faktor apa saja yang masih menghambat pelaksanaan?</p>	
5	<p>Bagaimana puskesmas merespons inovasi transformasi yang diarahkan oleh Kementerian Kesehatan? Apakah puskesmas sudah melaksanakannya?</p>	

**PANDUAN WAWANCARA MENDALAM KEPADA PETUGAS puskesmas**

No	Pertanyaan	Jawaban
<b>Pemberian dan Pemanfaatan Layanan Kesehatan</b>		
6	<p>Konfirmasi ulang: Berdasarkan data yang kami kumpulkan sebelumnya, puskesmas tempat Anda bekerja tidak mengalami perubahan layanan di tahun 2020-2021 (ketika gelombang alpha dan delta)? Apakah betul?</p> <p>Probing:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apa faktor yang menyebabkan tidak adanya perubahan pada layanan puskesmas meski di tengah kenaikan khusus? (i.e. jumlah kasus, kecukupan tenaga kesehatan, dsb.)</li> <li>2. Apakah ada pendekatan dan strategi khusus untuk puskesmas tetap dapat menjalankan layanannya tanpa ada perubahan meski di tengah kenaikan kasus?</li> </ol>	Khusus puskesmas yang tidak mengalami perubahan layanan tahun 2020-2021 (Gelombang alpha dan delta)
7	Mengapa puskesmas tempat Anda bekerja masih melakukan perubahan layanan di tahun 2022 (saat ini)? Apakah ada faktor dari kenaikan kasus Omicron atau penyebab lainnya? Apa saja perubahan layanan umumnya yang dilakukan?	Khusus puskesmas yang masih mengalami perubahan layanan tahun 2022 (Gelombang Omicron)
<b>PPI dan APD</b>		
8	Data yang kami kumpulkan sebelumnya menunjukkan minimnya dukungan Dinas Kesehatan dalam hal PPI dan APD di puskesmas, menurut anda mengapa dukungan Dinas Kesehatan ke puskesmas Anda belum optimal, terutama selama kenaikan kasus pandemi? Apakah terjadi perbaikan dukungan selama penurunan kasus COVID-19?	
<b>Respons puskesmas pada masa Pandemi COVID-19</b>		
9	Untuk puskesmas yang tidak melibatkan kader kesehatan pada respons COVID-19, Mengapa kader kesehatan tidak dilibatkan pada respons COVID-19?	Khusus puskesmas yang tidak melibatkan Kader kesehatan pada respon COVID-19
10	<p>Bagaimana puskesmas melakukan pengelolaan kader kesehatan?</p> <p>Probing:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seberapa jauh wewenang kader diberikan oleh puskesmas dlm urusan kesehatan wilayah?</li> <li>2. Apakah kader diperbolehkan mengakses data puskesmas?</li> <li>3. Bagaimana bentuk sharing data dari puskesmas ke kader dan sebaliknya?</li> <li>4. Bagaimana dengan insentif kader? diberikan melalui sumber dana apa, besaran, serta frekuensi (berapa kali)?</li> </ol>	
11	Adakah saran dan rekomendasi yang hendak Anda berikan kepada pemerintah pusat (Kementerian Kesehatan), pemerintah daerah, dan lintas sektor di wilayah Anda?	

PANDUAN WAWANCARA MENDALAM KEPADA MASYARAKAT		
No	Pertanyaan	Probing
<b>I Persepsi tentang kinerja puskesmas selama COVID-19</b>		
1.1	Menurut Anda, dari pernyataan berikut ini, mana yang merepresentasikan puskesmas di Indonesia?  Alt: Bagaimana persepsi anda terhadap kinerja puskesmas selama ini? Secara umum	<ol style="list-style-type: none"> <li>Secara keseluruhan, puskesmas bekerja dengan sangat baik dan hanya dibutuhkan perubahan kecil agar lebih baik</li> <li>Ada beberapa aspek positif dalam puskesmas, tetapi perubahan mendasar tetap dibutuhkan untuk perbaikan</li> <li>puskesmas di Indonesia memiliki banyak masalah dan perlu diubah secara menyeluruh</li> </ol>
1.2	Menurut Anda, bagaimana penanganan puskesmas selama COVID-19?	Probing: <ol style="list-style-type: none"> <li>Perbedaan sebelum masa pandemi, saat gelombang Delta, hingga gelombang omicron</li> </ol>
1.3	Apakah anda pernah berobat/konsultasi/vaksinasi ke puskesmas untuk COVID-19?	Jika iya, bagaimana pengalaman anda mengenai pelayanan dari puskesmas?
1.4	Apakah masih terdapat kekurangan dari kinerja puskesmas dalam penanganan COVID-19?	Probing: <ol style="list-style-type: none"> <li>Sarana fasilitas kesehatan: (probing: kelengkapan peralatan, jumlah dan kualitas obat, stok vaksinasi)</li> <li>tenaga kesehatan (probing: kecukupan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan, kualitas layanan, keterampilan dan keramahan memberikan pelayanan)</li> <li>Waktu pelayanan (probing: jam buka, waktu tunggu)</li> <li>Akses: lokasi puskesmas yang jauh, lokasi vaksinasi yang jauh, kendala transportasi</li> <li>Informasi: jadwal vaksinasi, media informasi</li> </ol>
<b>II Sikap masyarakat terhadap vaksin COVID-19</b>		
2.1	Bagaimana pandangan masyarakat di wilayah ini terhadap vaksin COVID-19? dan apakah mereka bersedia untuk divaksin?	Probing: <ol style="list-style-type: none"> <li>Bagi yang tidak bersedia apa yang mereka khawatirkan, apa yang mereka takuti?</li> <li>Sumber informasi vaksin?</li> </ol>
2.2	Bagaimana pandangan masyarakat di wilayah ini terhadap informasi tentang vaksin yang ada selama ini?	Probing: <ol style="list-style-type: none"> <li>Siapa yang sebaiknya memberikan informasi dan alasannya</li> <li>Informasi apa saja yang masyarakat butuhkan tentang vaksin</li> </ol>
2.3	Bagaimana pandangan masyarakat di wilayah ini terhadap penderita COVID-19?	Probing: apakah ada stigma terhadap penderita COVID-19 di masyarakat setempat?
2.4	Apakah alasan masyarakat di sini untuk mau divaksin? Kira-kira alasan apa yang paling kuat sehingga masyarakat memutuskan untuk divaksin?	Penjelasan: karena keluarga atau masyarakat? kebutuhan pekerjaan?
2.5	Bagaimana pendekatan yg dapat dilakukan oleh pemerintah untuk meningkatkan penerimaan vaksin di masyarakat?	Probing: Cara pemerintah sosialisasikan informasi vaksin; memberikan akses; metode penjangkauan
<b>III Kebutuhan dan Penggunaan Layanan Kesehatan Esensial di Masyarakat</b>		
3.1	Dari yang anda ketahui, jenis pelayanan kesehatan apa saja yang disediakan layanan kesehatan di puskesmas?	Tidak perlu diprobing lanjut
3.2	Jenis pelayanan kesehatan apa saja yang sering digunakan masyarakat di sini?	Probing: <ol style="list-style-type: none"> <li>sesuai layanan kesehatan esensial pada jawaban sebelumnya</li> <li>Apakah ada opsi pengobatan alternatif/tradisional yang mereka gunakan (dukun, mantri, dll.)</li> </ol>
3.3	Jenis pelayanan kesehatan apa saja yang belum ada/belum terpenuhi, namun masih dibutuhkan masyarakat di sini?	Penjelasan: pelayanan esensial yang tidak disediakan oleh fasilitas kesehatan anda (e.g. dokter gigi, dokter jiwa, dll), jika tidak ada lanjut ke pertanyaan berikutnya
3.4	Jenis pelayanan kesehatan yang sulit didapatkan/diakses oleh anda/ masyarakat sekitar selama kenaikan kasus COVID-19?	
3.5	Menurut Anda, bagaimana peran kader kesehatan dalam mendukung pemberian layanan kesehatan oleh puskesmas?	<ol style="list-style-type: none"> <li>Apa saja peran kader yang diketahui? Apakah peran tersebut masih kurang atau sudah cukup? Dalam hal apa masih kurang/sudah cukup?</li> <li>Apakah menurut Anda, masyarakat membutuhkan sosok kader? Untuk apa?</li> </ol>

**PANDUAN WAWANCARA MENDALAM KEPADA MASYARAKAT**

No	Pertanyaan	Probing
<b>IV Hambatan untuk mencari layanan kesehatan esensial di masyarakat</b>		
4.1	<p>Hambatan apa saja yang ditemui masyarakat di sini dalam penggunaan layanan kesehatan esensial di puskesmas? Secara.... (LANGSUNG LANJUT KE BAWAH)</p> <p>(SELURUH PERTANYAAN DITANYAKAN)</p> <p>a. jarak: seberapa jauh jarak tempat tinggal masyarakat dengan fasilitas kesehatan?            b. Transportasi: bagaimana cara masyarakat ke fasilitas kesehatan?            c. Biaya berobat: Apakah harganya terjangkau?            d. Informasi tentang kesehatan &amp; layanan kesehatan esensial: Sesering apa masyarakat dapat informasi kesehatan dan mengenai layanan kesehatan?            e. Sosial: Apakah ada hambatan sosial yang anda liat dalam penggunaan layanan kesehatan esensial?            f. kualitas layanan            g. ketersediaan tetenaga kesehatan/layanan/faskes</p>	<p>Probing:</p> <p>a. jarak: lokasi geografis            b. Transportasi: (biaya jika naik kendaraan umum)            c. Biaya berobat: (obat dan dokter)            d. Informasi tentang kesehatan &amp; layanan kesehatan esensial (lanjut probing: sumber, frekuensi informasi didapatkan)            e. Sosial: Stigma COVID-19, gender roles, budaya, dll.            f. kualitas layanan            g. ketersediaan tetenaga kesehatan/layanan/faskes</p>
4.2	Apakah hambatan-hambatan tersebut sudah ada sebelum pandemi?	<p>Probing:</p> <p>a. sesuai jawaban di pertanyaan 4.1            b. probing khusus jika ada hambatan baru setelah pandemi</p>
4.3	<p>Bagaimana pendapat masyarakat di sini terhadap:</p> <p>(SELURUH PERTANYAAN DITANYAKAN)--&gt; langsung spesifik ke puskesmas</p> <p>a. Sarana puskesmas?            b. tenaga kesehatan di puskesmas            c. Waktu pelayanan di puskesmas            d. Akses ke puskesmas</p>	<p>Probing:</p> <p>a. Sarana fasilitas kesehatan di puskesmas: (probing: kelengkapan peralatan, jumlah dan kualitas obat)            b. tenaga kesehatan puskesmas (probing: kecukupan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan, kualitas layanan, keterampilan dan keramahan memberikan pelayanan)            c. Waktu pelayanan yang diberikan oleh puskesmas (probing: jam buka, waktu tunggu)            d. Akses menuju puskesmas: perjalanan ke lokasi fasilitas kesehatan mudah atau tidak, terhambat COVID-19 akses ke fasilitas nya</p>
4.4	Apakah ada upaya yang dilakukan masyarakat setempat untuk membantu memperbaiki keadaan, dimana layanan kesehatan sulit untuk didapatkan?	<p>Probing:</p> <p>a. aktivitas dan upaya masyarakat, secara individual dan dari masyarakat            b. Siapa yang berpartisipasi, Aktor yang aktif dalam masyarakat, local champions/leaders</p>
4.5	Harapan ke pemerintah/pemangku kebijakan untuk memperbaiki keadaan sekarang?	<p>Penjelasan: Dalam bentuk dana/kegiatan/alat kesehatan?</p> <p>Probing: Bagaimana dukungan tersebut membantu menanggulangi masalah yang telah didiskusikan?</p>
4.6	Apa saran yang hendak Anda berikan? (Kepada puskesmas, Dinas Kesehatan, Pemerintah Daerah, atau Pemerintah Pusat)	



Lampiran 3.2 Tabel Instrumen FGD Dinas Kesehatan

PANDUAN FGD UNTUK PETUGAS DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA		
Dimensi	Pertanyaan	Probing
<b>Governance</b>		
Kebijakan	Bagaimana kebijakan daerah untuk penanganan COVID-19, atau pandemi lainnya, khususnya untuk tingkat puskesmas?	Regulasi pedoman
Manajemen puskesmas	Bagaimana proses pembinaan dan pengawasan terpadu dan terintegrasi yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan ke puskesmas selama pandemi COVID-19?	Supervisi, koordinasi, komunikasi, juknis, juklak
	Bagi puskesmas yang belum terakreditasi, bagaimana dukungan Dinas Kesehatan untuk proses akreditasi puskesmas tersebut?	Khusus wilayah yang memiliki PKM belum terakreditasi
<b>Financing</b>		
Pendanaan kegiatan	Bagaimana pengalokasian dan prioritas anggaran untuk penanganan COVID-19 dan kesiapan pandemi secara umum? Bagaimana proses realokasi/penyesuaian anggaran apabila dibutuhkan?	Realokasi dan refocusing; sumber pembiayaan, hambatan untuk realokasi
<b>Sumber Daya</b>		
Pemenuhan tenaga kesehatan	Bagaimana kecukupan SDM puskesmas dari segi kuantitas maupun kualitas untuk menjalankan fungsinya selama pandemi COVID-19? Apakah ada dukungan penambahan selama COVID-19?	Kecukupan jumlah tenaga kesehatan, dukungan pelatihan dan supervisi  Gali lebih dalam untuk PKM dengan beban puskesmas yang tinggi
Logistik (PPI dan APD)	Bagaimana upaya Dinas Kesehatan kab/kota untuk memastikan upaya PPI di puskesmas?	Upaya pelatihan dan monev; jumlah puskesmas yang terganggu layanannya
	Bagaimana bentuk dukungan untuk memastikan tenaga kesehatan puskesmas terlindungi dari infeksi COVID-19 dan terpenuhi kebutuhan APDnya?	APD, akses tes PCR
	Apa dukungan yang diberikan untuk tenaga kesehatan yang sakit/meninggal akibat COVID-19?	Khusus wilayah yang ada tenaga kesehatan yang meninggal akibat COVID-19
Pengelolaan kader kesehatan	Bagaimana peran kader kesehatan dalam membantu meningkatkan jangkauan layanan kesehatan esensial di puskesmas?	
	Bagaimana pengelolaan kader kesehatan di puskesmas? Apa kendala yang dihadapi dalam melakukan pengelolaan kader di Kab/Kota Anda? upaya kab/kota untuk mendukung kader kesehatan menjalankan perannya untuk covid?	Fungsi kader, rekrutmen kader
Vaksinasi	Bagaimana upaya Dinas Kesehatan Kab/Kota untuk mengelola dan merespon percepatan program vaksinasi COVID-19, meliputi penjangkauan kepada kelompok lansia, disabilitas, dan rentan lainnya?	SDM, suplai vaksin, infrastruktur
	Bagaimana Dinas Kesehatan Kab/Kota mendukung upaya vaksinasi di lapangan oleh puskesmas (i.e. segi anggaran, tenaga, kebijakan)?	
	Apa tantangan yang dihadapi Dinas Kesehatan untuk melakukan vaksinasi, terutama vaksin booster?	Gali lebih dalam untuk PKM dengan angka dosis vaksin IV yang rendah
Kesiapan menghadapi lonjakan kasus	Bagaimana Dinas Kesehatan mempersiapkan puskesmas untuk menghadapi lonjakan kasus COVID-19 dan kemungkinan pandemi selanjutnya?	Dasar acuan kapasitas maksimum pasien yang dapat ditangani, Menghadapi kelebihan kapasitas pasien, Pemantauan pasien isolasi mandiri, Memperkirakan rata-rata kebutuhan APD

PANDUAN FGD UNTUK PETUGAS DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA		
Dimensi	Pertanyaan	Probing
<b>Service Delivery</b>		
Gangguan layanan kesehatan esensial	Bagaimana gangguan yang terjadi pada layanan esensial puskesmas selama pandemi?	jenis layanan, besar gangguan
	Menurut anda, apa dampak dari gangguan layanan kesehatan tersebut terhadap capaian indikator kesehatan?	dampak kepada pencapaian target kesehatan daerah
	Apa upaya dan dukungan yang diberikan dari Dinas Kesehatan kepada puskesmas?	bimbingan, kebijakan, anggaran, modifikasi layanan
Faskes rujukan	Bagaimana kecukupan tempat tidur, oksigen, dan obat-obatan selama pandemi COVID-19?	
Pemberian dan Pemanfaatan Layanan Kesehatan	Bagaimana puskesmas mengimplementasikan inovasi layanan kesehatan di masa pandemi COVID-19?	apakah ada dukungan kebijakan, adaptasi, tantangan
<b>Data dan Informasi</b>		
Pelaporan	Bagaimana proses pengelolaan dan pelaporan data dan informasi COVID-19 yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan selama pandemi COVID-19?	alur data, SDM, interoperabilitas/integrasi, tantangan, perbaikan

● **Lampiran 4.**  
Distribusi Responden

**Lampiran 4.1** Tabel Distribusi Responden Kuantitatif Puskesmas

NO	PROVINSI	KABUPATEN /KOTA	STRATA	JUMLAH RESPONDEN
1	Aceh	Kota Langsa	F	0
		Kabupaten Aceh Besar	I	3
		Kota Lhokseumawe	J	1
		Kabupaten Bireuen	K	2
		Kabupaten Aceh Timur	L	3
		Kota Sabang	M	1
		Kabupaten Aceh Singkil	N	1
		Kabupaten Nagan Raya	O	1
		Kota Subulussalam	O	1
		Kabupaten Aceh Tenggara	P	2
2	Sumatera Utara	Kota Medan	A	4
		Kabupaten Deli Serdang	C	3
		Kota Binjai	F	0
		Kabupaten Labuhan Batu	G	0
		Kabupaten Langkat	H	3
		Kabupaten Tapanuli Utara	I	2
		Kabupaten Tapanuli Selatan	J	1
		Kabupaten Karo	K	1
		Kabupaten Labuhan Batu Selatan	K	2
		Kabupaten Padang Lawas Utara	K	2
		Kabupaten Padang Lawas	L	2
		Kabupaten Samosir	M	1
		Kota Pematang Siantar	N	1
		Kabupaten Nias	P	1
		Kabupaten Nias Utara	P	1
3	Sumatera Barat	Kota Padang	E	2
		Kota Payakumbuh	I	1
		Kabupaten Padang Pariaman	J	3
		Kabupaten Dharmas Raya	J	1
		Kabupaten Pesisir Selatan	K	2
		Kota Padang Panjang	M	1
		Kabupaten Kepulauan Mentawai	N	0
4	Riau	Kota Pekanbaru	A	1
		Kabupaten Siak	E	2
		Kabupaten Rokan Hulu	F	2
		Kabupaten Indragiri Hulu	I	1
		Kabupaten Kampar	J	2
		Kabupaten Kuantan Singingi	M	2

NO	PROVINSI	KABUPATEN /KOTA	STRATA	JUMLAH RESPONDEN
5	Jambi	Kota Jambi	F	1
		Kabupaten Batanghari	J	3
		Kabupaten Bungo	K	2
		Kota Sungai Penuh	N	1
		Kabupaten Kerinci	P	1
6	Sumatera Selatan	Kota Palembang	E	3
		Kabupaten Ogan Komering Ulu Timur	G	1
		Kota Prabumulih	I	1
		Kota Pagar Alam	J	3
		Kabupaten Ogan Komering Ulu	K	0
		Kabupaten Ogan Ilir	K	3
		Kabupaten Ogan Komering Ilir	L	3
		Kabupaten Lahat	N	2
7	Bengkulu	Kota Bengkulu	I	3
		Kabupaten Rejang Lebong	M	2
		Kabupaten Bengkulu Tengah	N	2
		Kabupaten Kaur	O	3
8	Lampung	Kota Bandar Lampung	E	3
		Kabupaten Pesawaran	F	1
		Kabupaten Lampung Selatan	G	3
		Kabupaten Lampung Utara	J	3
		Kabupaten Tanggamus	K	3
		Kabupaten Tulang Bawang	L	2
		Kota Metro	M	1
		Kabupaten Pesisir Barat	N	1
9	Kepulauan Bangka Belitung	Kabupaten Bangka Barat	I	2
		Kabupaten Belitung	I	1
		Kabupaten Bangka Selatan	J	1
10	Kepulauan Riau	Kota Batam	A	2
		Kota Tanjung Pinang	E	1
		Kabupaten Karimun	I	1
		Kabupaten Natuna	M	1
11	Dki Jakarta	Kota Jakarta Barat	E	5
		Kota Jakarta Pusat	I	1
		Kabupaten Kepulauan Seribu	M	2

NO	PROVINSI	KABUPATEN /KOTA	STRATA	JUMLAH RESPONDEN
12	Jawa Barat	Kota Depok	A	4
		Kabupaten Bekasi	B	4
		Kota Bekasi	A	3
		Kabupaten Cianjur	C	4
		Kota Bandung	E	6
		Kabupaten Ciamis	E	3
		Kota Bogor	F	2
		Kabupaten Majalengka	F	3
		Kabupaten Sukabumi	G	5
		Kabupaten Kuningan	I	3
		Kota Cirebon	M	1
13	Jawa Tengah	Kabupaten Sukoharjo	A	1
		Kabupaten Pemasang	B	3
		Kabupaten Banyumas	E	4
		Kabupaten Purbalingga	E	3
		Kabupaten Karanganyar	E	2
		Kota Surakarta	E	1
		Kabupaten Demak	E	3
		Kabupaten Cilacap	F	4
		Kabupaten Brebes	G	4
		Kabupaten Purworejo	I	3
		Kabupaten Temanggung	I	2
14	Di Yogyakarta	Kabupaten Bantul	F	4
		Kabupaten Gunung Kidul	I	3
15	Jawa Timur	Kota Malang	A	2
		Kabupaten Malang	B	4
		Kota Blitar	E	0
		Kabupaten Situbondo	E	1
		Kabupaten Jombang	E	3
		Kabupaten Pasuruan	F	3
		Kabupaten Mojokerto	F	3
		Kabupaten Blitar	F	2
		Kabupaten Tuban	F	3
		Kabupaten Sampang	G	2
		Kota Mojokerto	I	1
		Kabupaten Pacitan	I	2
16	Banten	Kota Tangerang Selatan	A	3
		Kabupaten Tangerang	B	4
		Kota Serang	E	3
		Kabupaten Lebak	F	4

NO	PROVINSI	KABUPATEN /KOTA	STRATA	JUMLAH RESPONDEN
17	Bali	Kabupaten Badung	A	1
		Kabupaten Gianyar	E	1
		Kabupaten Karangasem	F	1
		Kabupaten Jembrana	I	1
18	Nusa Tenggara Barat	Kota Mataram	E	1
		Kabupaten Lombok Barat	F	2
		Kabupaten Lombok Timur	G	3
		Kota Bima	I	1
		Kabupaten Sumbawa	J	3
		Kabupaten Lombok Utara	K	1
19	Nusa Tenggara Timur	Kota Kupang	E	1
		Kabupaten Sabu Raijua	I	1
		Kabupaten Manggarai	J	2
		Kabupaten Timor Tengah Selatan	K	3
		Kabupaten Rote Ndao	M	2
		Kabupaten Sumba Timur	M	2
		Kabupaten Alor	N	1
		Kabupaten Malaka	O	2
		Kabupaten Timor Tengah Utara	P	3
20	Kalimantan Barat	Kota Pontianak	I	2
		Kota Singkawang	I	1
		Kabupaten Landak	J	0
		Kabupaten Melawi	J	0
		Kabupaten Kayong Utara	N	1
		Kabupaten Kapuas Hulu	O	2
21	Kalimantan Tengah	Kota Palangka Raya	I	1
		Kabupaten Seruyan	J	1
		Kabupaten Sukamara	M	1
		Kabupaten Murung Raya	M	2
		Kabupaten Katingan	M	2
		Kabupaten Pulang Pisau	N	1
22	Kalimantan Selatan	Kabupaten Hulu Sungai Utara	I	2
		Kabupaten Tanah Bumbu	I	1
		Kabupaten Balangan	M	1
		Kabupaten Kota Baru	N	2
23	Kalimantan Timur	Kota Samarinda	E	3
		Kabupaten Paser	I	2
		Kabupaten Kutai Timur	I	2
		Kabupaten Berau	M	2

NO	PROVINSI	KABUPATEN /KOTA	STRATA	JUMLAH RESPONDEN
24	Kalimantan Utara	Kota Tarakan	E	2
		Kabupaten Bulungan	M	2
25	Sulawesi Utara	Kota Manado	I	2
		Kabupaten Minahasa	I	1
		Kabupaten Minahasa Tenggara	M	1
		Kabupaten Bolaang Mongondow Utara	N	1
		Kabupaten Minahasa Selatan	N	0
		Kabupaten Bolaang Mongondow	O	2
26	Sulawesi Tengah	Kota Palu	E	1
		Kabupaten Donggala	J	2
		Kabupaten Buol	M	1
		Kabupaten Sigi	M	3
		Kabupaten Banggai Kepulauan	N	1
27	Sulawesi Selatan	Kota Makassar	E	3
		Kabupaten Gowa	I	2
		Kota Pare-pare	I	1
		Kabupaten Sidenreng Rappang	J	1
		Kabupaten Bulukumba	K	1
		Kabupaten Bone	K	4
		Kabupaten Soppeng	M	2
		Kabupaten Toraja Utara	N	1
		Kabupaten Pangkajene Kepulauan	N	3
		Kabupaten Enrekang	O	2
28	Sulawesi Tenggara	Kota Kendari	I	1
		Kabupaten Kolaka	J	1
		Kota Bau-bau	M	1
		Kabupaten Kolaka Utara	N	2
		Kabupaten Buton	O	1
		Kabupaten Konawe Kepulauan	O	1
		Kabupaten Buton Selatan	P	2
29	Gorontalo	Kota Gorontalo	I	1
		Kabupaten Gorontalo	K	2
		Kabupaten Gorontalo Utara	M	2
		Kabupaten Bone Bolango	O	2
30	Sulawesi Barat	Kabupaten Polewali Mandar	J	2
		Kabupaten Mamuju	M	2
		Kabupaten Mamuju Tengah	N	1

NO	PROVINSI	KABUPATEN /KOTA	STRATA	JUMLAH RESPONDEN
31	Maluku	Kota Ambon	J	1
		Kota Tual	O	2
		Kabupaten Maluku Tenggara	P	1
		Kabupaten Buru	P	2
32	Maluku Utara	Kota Ternate	J	2
		Kota Tidore Kepulauan	N	1
		Kabupaten Halmahera Utara	O	2
		Kabupaten Halmahera Barat	P	0
33	Papua Barat	Kota Sorong	I	2
		Kabupaten Fak-fak	M	1
		Kabupaten Raja Ampat	M	2
		Kabupaten Tambrauw	N	0
		Kabupaten Pegunungan Arfak	P	0
34	Papua	Kota Jayapura	I	1
		Kabupaten Jayawijaya	K	1
		Kabupaten Lanny Jaya	L	0
		Kabupaten Mimika	M	1
		Kabupaten Kepulauan Yapen Waropen	N	1
		Kabupaten Merauke	O	0
		Kabupaten Paniai	P	0
		Kabupaten Pegunungan Bintang	P	1
		Kabupaten Sarmi	P	1
		Kabupaten Yalimo	P	0
<b>TOTAL</b>				<b>385</b>

Lampiran 4.2 Tabel Keterangan Strata

STRATA	BEBAN PUSKESMAS	ZONASI RISIKO
A	Sangat Berat	Tinggi Sekali
B	Sangat Berat	Tinggi
C	Sangat Berat	Sedang
D	Sangat Berat	Rendah
E	Berat	Tinggi Sekali
F	Berat	Tinggi
G	Berat	Sedang
H	Berat	Rendah
I	Sedang	Tinggi Sekali
J	Sedang	Tinggi
K	Sedang	Sedang
L	Sedang	Rendah
M	Ringan	Tinggi Sekali
N	Ringan	Tinggi
O	Ringan	Sedang
P	Ringan	Rendah



● **Lampiran 5.**  
**Distribusi informan untuk kualitatif**

A. Informan wawancara mendalam puskesmas

**Lampiran 5.1** Tabel Distribusi Informan Wawancara Mendalam Puskesmas

NO.	PROVINSI	KABUPATEN/KOTA	JUMLAH INFORMAN
1	Aceh	Kabupaten Aceh Timur	1
2	Sumatera Utara	Kabupaten Deli Serdang	1
3	Riau	Kabupaten Kuantan Singingi	1
4	Jambi	Kota Jambi	1
5	Sumatera Selatan	Kota Palembang	1
6	Lampung	Kabupaten Tanggamus	1
7	Kepulauan Riau	Kabupaten Tanjung Pinang	1
8	DKI Jakarta	Kota Jakarta Barat	1
9	Jawa Tengah	Kabupaten Demak	1
10	DI Yogyakarta	Kabupaten Gunung Kidul	1
11	Jawa Timur	Kabupaten Jombang	1
12	Banten	Kabupaten Tangerang	1
13	Bali	Kabupaten Karangasem	1
14	Nusa Tenggara Barat	Kabupaten Lombok Timur	1
15	Nusa Tenggara Timur	Kabupaten Timor Tengah Selatan	1
16	Kalimantan Tengah	Kabupaten Murung Raya	1
17	Kalimantan Timur	Kabupaten Berau	1
18	Kalimantan Utara	Kota Tarakan	1
19	Sulawesi Barat	Kabupaten Polewali Mandar	1
20	Sulawesi Barat	Kabupaten Mamuju	1
21	Sulawesi Utara	Kabupaten Bolaang Mongondow	1
22	Gorontalo	Kabupaten Gorontalo	1
23	Maluku	Kota Ambon	1
24	Maluku	Kota Tual	1
25	Maluku Utara	Kota Ternate	1
26	Papua Barat	Kabupaten Raja Ampat	1
<b>Total</b>			<b>26</b>

## B. Informan wawancara mendalam masyarakat

Lampiran 5.2 Tabel Distribusi Informan Wawancara Mendalam Masyarakat

NO	PROVINSI	KABUPATEN/KOTA	JUMLAH INFORMAN
1	Aceh	Kabupaten Aceh Timur	6
2	Sumatera Utara	Kabupaten Langkat	6
3	DKI Jakarta	Kota Jakarta Barat	2
4	Jawa Tengah	Kota Surakarta	5
		Kabupaten Brebes	7
5	Jawa Timur	Kabupaten Pasuruan	5
		Kabupaten Tuban	10
6	Kalimantan Timur	Kabupaten Berau	2
7	Sulawesi Utara	Kabupaten Bolaang Mongondow	4
8	Papua Barat	Kota Sorong	5
9	Provinsi Bali	Kabupaten Gianyar	7
10	Maluku Utara	Kabupaten Maluku Utara	5
11	Maluku	Kota Ambon	2
		Kota Tual	2
		Kabupaten Buru	1
TOTAL			59

## C. Informan FGD Dinas Kesehatan

Lampiran 5.3 Tabel Distribusi Informan FGD Dinas Kesehatan

NO.	PROVINSI	DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA	JUMLAH INFORMAN
1	Kepulauan Riau	Kota Batam	2
2	Sumatera Utara	Kabupaten Labuhanbatu Selatan	2
3	Sumatera Selatan	Kota Palembang	1
4	Lampung	Kabupaten Tanggamus	1
5	Bengkulu	Kabupaten Rejang Lebong	1
6	Dki Jakarta	Kota Jakarta Barat	2
7	Banten	Kota Tangerang Selatan	2
8	Jawa Tengah	Kota Surakarta	1
9	Sulawesi Tenggara	Kabupaten Kolaka Utara	4
		Kabupaten Donggala	1
10	Sulawesi Tengah	Kabupaten Sigi	1
		Kabupaten Mamuju	2
11	Sulawesi Barat	Kabupaten Mamuju	2
12	Kalimantan Timur	Kabupaten Berau	1
13	Kalimantan Utara	Kota Tarakan	2
14	Kalimantan Selatan	Kabupaten Kotabaru	1
15	Nusa Tenggara Timur	Kabupaten Timor Tengah Selatan	1
16	Nusa Tenggara Barat	Kabupaten Lombok Timur	1
17	Maluku	Kota Ambon	2
		Kota Tual	1
18	Papua Barat Daya	Kota Sorong	2
TOTAL			31

● **Lampiran 6.**  
*Margin of error*

**Lampiran 6.1** *Tabel Margin of Error*

No	Kategori	Estimasi	Standar error	Selang Kepercayaan 95% (Confidence Interval 95%)	
				Batas Bawah	Batas Atas
<b>BAGIAN I IDENTIFIKASI PUSKESMAS</b>					
1	Puskesmas dengan kategori:				
	BLUD	48.16%	0.03	45.06%	51.25%
	Non-BLUD	51.84%	0.03	48.75%	54.94%
2	Puskesmas dengan status akreditasi:				
	Paripurna	3.26%	0.01	2.02%	4.50%
	Utama	20.25%	0.03	17.47%	23.02%
	Madya	49.92%	0.04	46.37%	53.47%
	Dasar	23.39%	0.03	20.30%	26.49%
	Belum terakreditasi	3.18%	0.01	1.88%	4.48%
3	Jumlah penduduk yang menjadi sasaran wilayah kerja puskesmas:				
	<30.000	61.34%	0.03	58.46%	64.22%
	30.000-50.000	20.79%	0.02	18.34%	23.24%
	>50.000	14.89%	0.02	13.01%	16.77%
	N/A	2.98%	0.01	1.53%	4.43%
<b>BAGIAN II. KEPEGAWAIAN</b>					
4	Proporsi puskesmas dengan tenaga kesehatan yang telah divaksinasi COVID-19 <b>dosis I:</b>				
	Kebanyakan petugas kesehatan (81-100%)	99.49%	0.01	98.94%	100.00%
	Beberapa petugas - lebih dari separuh (51-80%)	0.51%	0.01	0.00%	1.06%
	Beberapa petugas - kurang dari separuh (21-50%)	0.00%	0.00	0.00%	0.00%
	Sedikit petugas (1-20%)	0.00%	0.00	0.00%	0.00%
	Tidak ada (0%)	0.00%	0.00	0.00%	0.00%
5	Proporsi puskesmas dengan tenaga kesehatan yang telah divaksinasi COVID-19 <b>dosis II:</b>				
	Kebanyakan petugas kesehatan (81-100%)	97.25%	0.01	95.95%	98.56%
	Beberapa petugas - lebih dari separuh (51-80%)	1.96%	0.01	0.85%	3.06%
	Beberapa petugas - kurang dari separuh (21-50%)	0.55%	0.01	0.05%	1.15%
	Sedikit petugas (1-20%)	0.00%	0.00	0.00%	0.00%
	Tidak ada (0%)	0.24%	0.00	0.00%	0.64%
6	Proporsi puskesmas dengan tenaga kesehatan yang telah divaksinasi COVID-19 <b>dosis III:</b>				
	Kebanyakan petugas kesehatan (81-100%)	92.39%	0.02	90.36%	94.43%
	Beberapa petugas - lebih dari separuh (51-80%)	5.94%	0.02	4.20%	7.68%
	Beberapa petugas - kurang dari separuh (21-50%)	1.16%	0.01	0.21%	2.11%
	Sedikit petugas (1-20%)	0.26%	0.00	0.00%	0.67%
	Tidak ada (0%)	0.24%	0.00	0.00%	0.64%

No	Kategori	Estimasi	Standar error	Selang Kepercayaan 95% (Confidence Interval 95%)	
				Batas Bawah	Batas Atas
7	Proporsi puskesmas dengan tenaga kesehatan yang telah divaksinasi COVID-19 <b>dosis IV:</b>				
	Kebanyakan petugas kesehatan (81-100%)	16.24%	0.03	13.58%	18.90%
	Beberapa petugas - lebih dari separuh (51-80%)	15.49%	0.03	12.90%	18.07%
	Beberapa petugas - kurang dari separuh (21-50%)	10.58%	0.02	8.44%	12.72%
	Sedikit petugas (1-20%)	14.12%	0.03	11.58%	16.67%
	Tidak ada (0%)	43.57%	0.04	40.02%	47.11%
<b>BAGIAN III. MANAJEMEN PUSKESMAS</b>					
8	Perubahan metode pelaksanaan <b>lokakarya mini bulanan</b> selama pandemi COVID-19 tahun <b>2020 dan 2021 (Alpha dan Delta):</b>				
	Ya, lokakarya dilakukan secara daring menggunakan aplikasi rapat daring	17.35%	0.03	14.72%	19.97%
	Ya, lokakarya dilakukan hanya melalui grup WA berisi staf Puskesmas	13.39%	0.02	10.99%	15.80%
	Tidak, lokakarya tetap dilaksanakan seperti biasa dengan protokol kesehatan	59.14%	0.04	55.60%	62.67%
	Tidak relevan karena lokakarya tidak dilaksanakan	10.12%	0.02	7.82%	12.42%
9	Perubahan metode pelaksanaan <b>lokakarya mini bulanan</b> selama pandemi COVID-19 tahun <b>sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron):</b>				
	Ya, lokakarya dilakukan secara daring menggunakan aplikasi rapat daring	0.76%	0.01	0.25%	1.27%
	Ya, lokakarya dilakukan hanya melalui grup WA berisi staf Puskesmas	0.41%	0.00	0.05%	0.77%
	Tidak, lokakarya tetap dilaksanakan seperti biasa dengan protokol kesehatan	98.09%	0.01	97.18%	99.01%
	Tidak relevan karena lokakarya tidak dilaksanakan	0.73%	0.01	0.06%	1.41%
10	Kendala yang dialami Puskesmas dalam pelaksanaan lokakarya <b>mini bulanan</b> selama pandemi COVID-19 tahun <b>2020 dan 2021 (Alpha dan Delta):</b>				
	Sumber daya manusia	35.58%	0.04	32.01%	39.15%
	Jaringan internet	14.63%	0.03	12.04%	17.21%
	Keuangan	2.52%	0.01	1.27%	3.78%
	Paket data/kuota internet	5.47%	0.02	3.75%	7.20%
	Lingkungan	5.22%	0.02	3.57%	6.86%
	Ketersediaan gawai (Mis: HP/Tablet/Komputer/Laptop)	0.61%	0.01	0.04%	1.18%
	Tidak ada kendala	30.84%	0.03	27.34%	34.33%
	Ketersediaan waktu	13.61%	0.02	11.27%	15.95%
	Lainnya	22.80%	0.03	19.78%	25.81%
11	Kendala yang dialami Puskesmas dalam pelaksanaan lokakarya <b>mini bulanan</b> selama pandemi COVID-19 <b>sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron):</b>				
	Sumber daya manusia	5.98%	0.02	4.31%	7.66%
	Jaringan internet	0.85%	0.01	0.29%	1.41%
	Keuangan	1.67%	0.01	0.55%	2.78%
	Paket data/kuota internet	0.87%	0.01	0.22%	1.52%
	Lingkungan	1.07%	0.01	0.27%	1.87%
	Ketersediaan gawai (Mis: HP/Tablet/Komputer/Laptop)	0.00%	0.00	0.00%	0.00%
	Tidak ada kendala	86.51%	0.02	84.03%	88.99%
	Ketersediaan waktu	3.23%	0.01	2.10%	4.36%
	Lainnya	3.72%	0.01	2.34%	5.10%

No	Kategori	Estimasi	Standar error	Selang Kepercayaan 95% (Confidence Interval 95%)	
				Batas Bawah	Batas Atas
12	Perubahan metode pelaksanaan <b>lokakarya mini tribulanan</b> selama pandemi COVID-19 tahun <b>2020 dan 2021 (Alpha dan Delta)</b> :				
	Ya, lokakarya dilakukan secara daring menggunakan aplikasi rapat daring	12.57%	0.02	10.32%	14.82%
	Ya, lokakarya dilakukan hanya melalui grup WA berisi staf Puskesmas	17.45%	0.03	14.77%	20.14%
	Tidak, lokakarya tetap dilaksanakan seperti biasa dengan protokol kesehatan	50.22%	0.04	46.66%	53.78%
	Tidak relevan karena lokakarya tidak dilaksanakan	19.76%	0.03	16.95%	22.56%
13	Perubahan metode pelaksanaan <b>lokakarya mini tribulanan</b> selama pandemi COVID-19 tahun <b>sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron)</b> :				
	Ya, lokakarya dilakukan secara daring menggunakan aplikasi rapat daring	1.38%	0.01	0.65%	2.11%
	Ya, lokakarya dilakukan hanya melalui grup WA berisi staf Puskesmas	1.03%	0.01	0.22%	1.83%
	Tidak, lokakarya tetap dilaksanakan seperti biasa dengan protokol kesehatan	92.26%	0.02	90.35%	94.18%
	Tidak relevan karena lokakarya tidak dilaksanakan	5.33%	0.02	3.69%	6.97%
14	Kendala yang dialami Puskesmas dalam pelaksanaan lokakarya <b>mini tribulanan</b> selama pandemi COVID-19 tahun <b>2020 dan 2021 (Alpha dan Delta)</b> :				
	Sumber daya manusia	33.93%	0.03	30.44%	37.42%
	Jaringan internet	13.00%	0.03	10.43%	15.57%
	Keuangan	3.16%	0.01	1.76%	4.55%
	Paket data/kuota internet	4.75%	0.02	3.05%	6.45%
	Lingkungan	3.61%	0.01	2.18%	5.04%
	Ketersediaan gawai (Mis: HP/Tablet/Komputer/Laptop)	0.00%	0.00	0.00%	0.00%
	Tidak ada kendala	35.26%	0.04	31.57%	38.95%
	Ketersediaan waktu	12.07%	0.02	9.73%	14.41%
Lainnya	18.88%	0.03	15.92%	21.84%	
15	Kendala yang dialami Puskesmas dalam pelaksanaan lokakarya <b>mini tribulanan</b> selama pandemi COVID-19 <b>sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron)</b> :				
	Sumber daya manusia	4.69%	0.01	3.20%	6.17%
	Jaringan internet	1.18%	0.01	0.21%	2.15%
	Keuangan	2.27%	0.01	0.98%	3.56%
	Paket data/kuota internet	1.18%	0.01	0.24%	2.12%
	Lingkungan	1.84%	0.01	0.75%	2.92%
	Ketersediaan gawai (Mis: HP/Tablet/Komputer/Laptop)	0.00%	0.00	0.00%	0.00%
	Tidak ada kendala	86.98%	0.03	84.36%	89.60%
	Ketersediaan waktu	2.44%	0.01	1.44%	3.44%
Lainnya	2.41%	0.01	1.29%	3.54%	

No	Kategori	Estimasi	Standar error	Selang Kepercayaan 95% (Confidence Interval 95%)	
				Batas Bawah	Batas Atas
<b>BAGIAN IV. PEMBERIAN LAYANAN</b>					
16	Perubahan layanan puskesmas selama <b>selama pandemi COVID-19 tahun 2020 dan 2021 (Alpha dan Delta):</b>				
	Puskesmas mengurangi jam kerja layanan	35.97%	0.03	32.60%	39.34%
	Puskesmas mengurangi jenis layanan	33.94%	0.03	30.59%	37.29%
	Puskesmas melakukan buka tutup terjadwal (Sehari buka, sehari tutup, atau dengan periode yang ditentukan)	3.56%	0.01	2.21%	4.90%
	Puskesmas mengurangi jumlah kunjungan pasien	18.55%	0.03	15.81%	21.28%
	Puskesmas hanya memberikan layanan pada pasien tertentu/prioritas	4.09%	0.01	2.66%	5.52%
	Puskesmas tidak memberikan layanan kepada pasien non-COVID	0.37%	0.00	0.06%	0.68%
	Tidak ada perubahan layanan pada Puskesmas selama masa pandemi	17.41%	0.03	14.56%	20.26%
	Puskesmas melakukan penyesuaian pada alur dan prosedur standar pelayanan	26.28%	0.03	23.19%	29.38%
	Puskesmas melakukan penyesuaian pada sistem kerja staff layanan Puskesmas	5.36%	0.02	3.77%	6.94%
Lainnya	0.43%	0.00	0.07%	0.78%	
17	Perubahan layanan puskesmas selama <b>sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron):</b>				
	Puskesmas mengurangi jam kerja layanan	1.97%	0.01	0.97%	2.98%
	Puskesmas mengurangi jenis layanan	2.73%	0.01	1.51%	3.95%
	Puskesmas melakukan buka tutup terjadwal (Sehari buka, sehari tutup, atau dengan periode yang ditentukan)	0.16%	0.00	0.00%	0.36%
	Puskesmas mengurangi jumlah kunjungan pasien	1.37%	0.01	0.56%	2.18%
	Puskesmas hanya memberikan layanan pada pasien tertentu/prioritas	0.25%	0.00	0.00%	0.55%
	Puskesmas tidak memberikan layanan kepada pasien non-COVID	0.00%	0.00	0.00%	0.00%
	Tidak ada perubahan layanan pada Puskesmas selama masa pandemi	82.37%	0.03	79.69%	85.05%
	Puskesmas melakukan penyesuaian pada alur dan prosedur standar pelayanan	10.37%	0.02	8.23%	12.51%
	Puskesmas melakukan penyesuaian pada sistem kerja staff layanan Puskesmas	0.00%	0.00	0.00%	0.00%
Lainnya	0.78%	0.01	0.14%	1.42%	
18	Perubahan jumlah pasien saat sebelum dan saat pandemi				
	Ya berubah, pasien bertambah	9.54%	0.02	7.41%	11.67%
	Ya berubah, pasien berkurang	77.23%	0.03	74.14%	80.33%
	Tidak berubah	13.23%	0.03	10.70%	15.76%
19	Kendala Puskesmas dalam memberikan layanan kesehatan selama pandemi COVID-19 selama pandemi COVID-19 <b>tahun 2020 dan 2021 (Alpha dan Delta) :</b>				
	Manajemen	4.57%	0.01	3.29%	5.86%
	Sumber daya manusia	27.72%	0.03	24.70%	30.75%
	Keuangan	2.99%	0.01	1.63%	4.35%
	Pengendalian dan pencegahan infeksi	6.54%	0.02	4.76%	8.32%
	Persediaan medis dan logistik	16.69%	0.03	14.00%	19.39%
	Infrastruktur, Sarana dan prasarana	7.65%	0.02	5.76%	9.54%
	Informasi dan komunikasi (jaringan internet, telepon, dll)	2.43%	0.01	1.23%	3.63%
	Antusiasme, kepatuhan, dan stigma masyarakat	55.16%	0.04	51.59%	58.73%
	Tidak ada	10.40%	0.02	8.06%	12.75%
	Akses	1.01%	0.01	0.27%	1.76%
	Protokol teknis	0.60%	0.01	0.07%	1.13%
	Lainnya	7.47%	0.02	5.62%	9.31%

No	Kategori	Estimasi	Standar error	Selang Kepercayaan 95% (Confidence Interval 95%)	
				Batas Bawah	Batas Atas
20	Kendala Puskesmas dalam memberikan layanan kesehatan selama pandemi COVID-19 selama pandemi COVID-19 <b>sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron) :</b>				
	Manajemen	1.25%	0.01	0.51%	1.98%
	Sumber daya manusia	5.29%	0.02	3.74%	6.84%
	Keuangan	1.02%	0.01	0.18%	1.85%
	Pengendalian dan pencegahan infeksi	1.05%	0.01	0.34%	1.77%
	Persediaan medis dan logistik	1.36%	0.01	0.45%	2.28%
	Infrastruktur, Sarana dan prasarana	2.76%	0.01	1.44%	4.09%
	Informasi dan komunikasi (jaringan internet, telepon, dll)	1.42%	0.01	0.44%	2.40%
	Antusiasme, kepatuhan, dan stigma masyarakat	19.80%	0.03	16.92%	22.69%
	Tidak ada	70.34%	0.03	67.04%	73.63%
	Akses	0.75%	0.01	0.12%	1.39%
	Protokol teknis	0.26%	0.00	0.00%	0.66%
Lainnya	0.54%	0.01	0.00%	1.13%	
23	Upaya puskesmas dalam memastikan layanan kesehatan tetap berjalan selama pandemi COVID-19				
	Layanan telekonsultasi/telemedicine	24.17%	0.03	21.33%	27.01%
	Layanan berbasis masyarakat (mis. Posyandu, Posbindu)	24.39%	0.03	21.22%	27.55%
	Layanan komplit dalam sekali kunjungan (one-stop service)	3.61%	0.01	2.27%	4.95%
	Layanan door to door/kunjungan rumah ke pasien-pasien tertentu	26.86%	0.03	23.67%	30.05%
	Layanan rutin dengan memperketat protokol kesehatan, APD lain, dan skrining gejala	50.50%	0.04	46.92%	54.08%
	Pemberian edukasi dan promosi kesehatan	9.51%	0.02	7.31%	11.71%
	Tidak ada	1.53%	0.01	0.67%	2.39%
	Kerjasama lintas sektor atau swasta	2.11%	0.01	1.16%	3.05%
	Penyesuaian SDM, alur layanan, dan pembatasan pasien	11.07%	0.02	8.98%	13.17%
Monitoring (pemantauan) layanan dan pasien	1.54%	0.01	0.73%	2.35%	
Lainnya	3.02%	0.01	1.72%	4.32%	
24	Dukungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota pada Puskesmas ini sejak awal pandemi di tahun 2020 hingga sekarang?				
	SDM	17.20%	0.03	14.56%	19.84%
	Finansial	35.02%	0.03	31.56%	38.48%
	Supervisi	32.13%	0.03	28.78%	35.47%
	Pelatihan	24.17%	0.03	21.05%	27.28%
	Logistik	75.67%	0.03	72.52%	78.82%
	Lainnya	13.22%	0.02	10.88%	15.55%
<b>BAGIAN V. PPI DAN APD</b>					
25	Puskesmas dengan satuan tugas COVID-19 yang telah memiliki panduan penanganan pasien dengan kasus COVID-19:				
	Ya, Puskesmas memiliki panduan penanganan dan dapat menunjukkan	89.04%	0.02	86.68%	91.41%
	Ya, Puskesmas memiliki panduan penanganan, namun tidak dapat menunjukkan	5.61%	0.02	3.78%	7.44%
Tidak ada panduan penanganan	5.35%	0.02	3.70%	7.00%	

No	Kategori	Estimasi	Standar error	Selang Kepercayaan 95% (Confidence Interval 95%)	
				Batas Bawah	Batas Atas
26	Ketersediaan SPO di puskesmas Anda yang mengatur tentang pencegahan infeksi dan penggunaan APD dalam melakukan pelayanan dalam masa pandemi COVID-19				
	Ada	88.41%	0.02	86.10%	90.71%
	Tidak ada	8.69%	0.02	6.65%	10.73%
	Dalam proses pembuatan	2.90%	0.01	1.72%	4.08%
27	Ketersediaan fasilitas cuci tangan dengan air mengalir dan sabun atau hand sanitizer untuk semua staf dan pengunjung				
	Ya, tersedia dan cukup	94.52%	0.02	92.69%	96.35%
	Ya, tersedia namun tidak cukup	4.98%	0.02	3.23%	6.74%
	Tidak tersedia	0.50%	0.01	0.00%	1.06%
28	Ketersediaan <b>Masker bedah</b> untuk setiap staf yang diminta untuk menggunakan sesuai dengan pedoman yang berlaku dalam enam bulan terakhir				
	Tersedia untuk seluruh petugas kesehatan	88.46%	0.02	86.04%	90.89%
	Tersedia untuk sebagian petugas kesehatan	10.77%	0.02	8.41%	13.14%
	Tidak tersedia untuk petugas kesehatan	0.76%	0.01	0.08%	1.45%
	Tidak berlaku karena puskesmas tidak pernah membeli atau menyediakan APD	0.00%	0	0.00%	0.00%
29	Ketersediaan <b>Pelindung wajah</b> untuk setiap staf yang diminta untuk menggunakan sesuai dengan pedoman yang berlaku dalam enam bulan terakhir				
	Tersedia untuk seluruh petugas kesehatan	72.31%	0.03	69.02%	75.59%
	Tersedia untuk sebagian petugas kesehatan	25.05%	0.03	21.86%	28.24%
	Tidak tersedia untuk petugas kesehatan	1.88%	0.01	0.87%	2.89%
	Tidak berlaku karena puskesmas tidak pernah membeli atau menyediakan APD	0.76%	0.01	0.26%	1.27%
30	Ketersediaan <b>Sarung tangan</b> untuk setiap staf yang diminta untuk menggunakan sesuai dengan pedoman yang berlaku dalam enam bulan terakhir				
	Tersedia untuk seluruh petugas kesehatan	85.94%	0.03	83.32%	88.55%
	Tersedia untuk sebagian petugas kesehatan	13.34%	0.03	10.77%	15.91%
	Tidak tersedia untuk petugas kesehatan	0.25%	0.00	0.00%	0.55%
	Tidak berlaku karena puskesmas tidak pernah membeli atau menyediakan APD	0.47%	0.01	0.00%	1.00%
31	Ketersediaan <b>Kacamata goggles</b> untuk setiap staf yang diminta untuk menggunakan sesuai dengan pedoman yang berlaku dalam enam bulan terakhir				
	Tersedia untuk seluruh petugas kesehatan	56.72%	0.04	53.16%	60.27%
	Tersedia untuk sebagian petugas kesehatan	38.77%	0.04	35.26%	42.29%
	Tidak tersedia untuk petugas kesehatan	2.37%	0.01	1.19%	3.55%
	Tidak berlaku karena puskesmas tidak pernah membeli atau menyediakan APD	2.14%	0.01	1.15%	3.14%
32	Ketersediaan <b>Penutup kepala/haircap</b> untuk setiap staf yang diminta untuk menggunakan sesuai dengan pedoman yang berlaku dalam enam bulan terakhir				
	Tersedia untuk seluruh petugas kesehatan	68.81%	0.03	65.44%	72.18%
	Tersedia untuk sebagian petugas kesehatan	26.92%	0.03	23.67%	30.17%
	Tidak tersedia untuk petugas kesehatan	3.24%	0.01	1.97%	4.50%
	Tidak berlaku karena puskesmas tidak pernah membeli atau menyediakan APD	1.04%	0.01	0.41%	1.67%



No	Kategori	Estimasi	Standar error	Selang Kepercayaan 95% (Confidence Interval 95%)	
				Batas Bawah	Batas Atas
33	Ketersediaan <b>Pakaian medis</b> untuk setiap staf yang diminta untuk menggunakan sesuai dengan pedoman yang berlaku dalam enam bulan terakhir				
	Tersedia untuk seluruh petugas kesehatan	71.02%	0.03	67.70%	74.34%
	Tersedia untuk sebagian petugas kesehatan	25.92%	0.03	22.70%	29.14%
	Tidak tersedia untuk petugas kesehatan	2.79%	0.01	1.62%	3.95%
	Tidak berlaku karena puskesmas tidak pernah membeli atau menyediakan APD	0.27%	0.00	0.00%	0.56%
34	Ketersediaan <b>Hazmat</b> untuk setiap staf yang diminta untuk menggunakan sesuai dengan pedoman yang berlaku dalam enam bulan terakhir				
	Tersedia untuk seluruh petugas kesehatan	62.25%	0.03	58.75%	65.75%
	Tersedia untuk sebagian petugas kesehatan	36.41%	0.03	32.94%	39.88%
	Tidak tersedia untuk petugas kesehatan	0.23%	0.00	0.00%	0.60%
	Tidak berlaku karena puskesmas tidak pernah membeli atau menyediakan APD	1.10%	0.01	0.44%	1.77%
35	Ketersediaan <b>Masker N95</b> untuk setiap staf yang diminta untuk menggunakan sesuai dengan pedoman yang berlaku dalam enam bulan terakhir				
	Tersedia untuk seluruh petugas kesehatan	53.58%	0.04	50.01%	57.15%
	Tersedia untuk sebagian petugas kesehatan	41.05%	0.04	37.52%	44.58%
	Tidak tersedia untuk petugas kesehatan	4.20%	0.02	2.65%	5.76%
	Tidak berlaku karena puskesmas tidak pernah membeli atau menyediakan APD	1.17%	0.01	0.45%	1.89%
36	Ketersediaan <b>Sepatu boots</b> untuk setiap staf yang diminta untuk menggunakan sesuai dengan pedoman yang berlaku dalam enam bulan terakhir				
	Tersedia untuk seluruh petugas kesehatan	48.63%	0.04	45.06%	52.21%
	Tersedia untuk sebagian petugas kesehatan	48.59%	0.04	44.99%	52.18%
	Tidak tersedia untuk petugas kesehatan	2.51%	0.01	1.24%	3.78%
	Tidak berlaku karena puskesmas tidak pernah membeli atau menyediakan APD	0.27%	0.00	0.00%	0.56%
37	Pengolahan limbah medis dengan aman				
	Ya	96.02%	0.01	94.54%	97.50%
	Tidak	3.98%	0.01	2.50%	5.46%
<b>BAGIAN VI. RESPON PUSKESMAS</b>					
<b>TESTING</b>					
38	Jenis tes untuk mendiagnosis COVID-19 yang digunakan puskesmas <b>selama pandemi COVID-19 tahun 2020 dan 2021 (Alpha dan Delta):</b>				
	Test swab PCR	63.38%	0.03	60.13%	66.63%
	Tidak relevan	0.70%	0.01	0.00%	1.43%
	Tes cepat antibodi (darah)	33.98%	0.03	30.53%	37.44%
	Tes swab antigen	92.47%	0.02	90.42%	94.51%
	Tidak ada	2.25%	0.01	1.01%	3.50%
	Lainnya	0.00%	0.00	0.00%	0.00%

No	Kategori	Estimasi	Standar error	Selang Kepercayaan 95% (Confidence Interval 95%)	
				Batas Bawah	Batas Atas
39	Jenis tes untuk mendiagnosis COVID-19 yang digunakan puskesmas <b>sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron):</b>				
	Test swab PCR	54.08%	0.03	50.77%	57.40%
	Tidak relevan	1.00%	0.01	0.15%	1.86%
	Tes cepat antibodi (darah)	11.66%	0.02	9.29%	14.04%
	Tes swab antigen	91.45%	0.02	89.33%	93.58%
	Tidak ada	3.37%	0.01	1.90%	4.84%
	Lainnya	0.24%	0.00	0.00%	0.63%
40	Waktu tunggu hasil diagnosis tes PCR di lokasi puskesmas				
	<24 jam	14.52%	0.03	11.77%	17.28%
	24-48 jam	51.95%	0.04	47.88%	56.01%
	>48 jam	33.53%	0.04	29.61%	37.45%
<b>TRACING</b>					
41	Cara yang dilakukan Puskesmas Anda untuk penelusuran kontak erat selama pandemi COVID-19 <b>tahun 2020 dan 2021 (Alpha dan Delta):</b>				
	Mendatangi langsung ke rumah	84.44%	0.02	81.98%	86.91%
	Menghubungi dengan telepon/pesan	40.94%	0.03	37.56%	44.32%
	Meneruskan informasi/temuan dan meminta bantuan kader/relawan/gugus tugas untuk menindaklanjuti	47.96%	0.04	44.35%	51.56%
	Tidak melakukan penelusuran kontak/pelacakan kasus	1.00%	0.01	0.43%	1.57%
	Lainnya	1.59%	0.01	0.71%	2.47%
42	Cara yang dilakukan Puskesmas Anda untuk penelusuran kontak erat selama pandemi COVID-19 <b>sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron):</b>				
	Mendatangi langsung ke rumah	74.34%	0.03	71.25%	77.43%
	Menghubungi dengan telepon/pesan	38.77%	0.03	35.44%	42.10%
	Meneruskan informasi/temuan dan meminta bantuan kader/relawan/gugus tugas untuk menindaklanjuti	42.03%	0.04	38.50%	45.56%
	Tidak melakukan penelusuran kontak/pelacakan kasus	9.17%	0.02	6.95%	11.39%
	Lainnya	1.74%	0.01	0.83%	2.66%
43	Jumlah kontak erat yang ditelusuri oleh puskesmas dari pasien terkonfirmasi positif				
	1-3 orang	7.44%	0.02	5.50%	9.39%
	4-6 orang	26.21%	0.03	23.02%	29.40%
	7-9 orang	12.80%	0.02	10.32%	15.28%
	10-15 orang	36.76%	0.03	33.30%	40.22%
	16-30 orang	12.05%	0.02	9.89%	14.21%
	>30 orang	3.73%	0.01	2.42%	5.04%
	Puskemas tidak melakukan penelusuran kontak erat	1.00%	0.01	0.43%	1.57%

No	Kategori	Estimasi	Standar error	Selang Kepercayaan 95% (Confidence Interval 95%)	
				Batas Bawah	Batas Atas
44	Pihak yang terlibat dalam pelacakan dan penelusuran kasus selain tenaga kesehatan				
	Gugus tugas/Tracer RT/RW/Aparat desa/Kelurahan/Kecamatan	75.78%	0.03	72.68%	78.88%
	Kader kesehatan	48.41%	0.04	44.89%	51.93%
	Relawan COVID-19	21.68%	0.03	18.79%	24.58%
	Babinsa/Babinkamtibmas (TNI/Polri)	78.89%	0.03	76.00%	81.77%
	Tidak ada	5.87%	0.02	4.06%	7.69%
	Tenaga kesehatan (Bidan desa, perawat, dokter, petugas Puskesmas/RS/Dinkes)	1.26%	0.01	0.39%	2.13%
	Warga/ Tokoh Masyarakat/ Tokoh Agama	1.63%	0.01	0.71%	2.54%
	Lainnya	1.49%	0.01	0.64%	2.35%
<b>TREATMENT DAN ISOLASI</b>					
45	Pihak yang terlibat dalam pemantauan pasien isolasi mandiri selain tenaga kesehatan				
	Gugus tugas/Tracer RT/RW/Kelurahan/Kecamatan/Dinas Kesehatan	73.20%	0.04	69.24%	77.16%
	Kader kesehatan	41.06%	0.04	36.82%	45.30%
	Relawan	19.41%	0.03	16.00%	22.82%
	Babinsa/Babinkamtibmas (TNI/Polri)	66.25%	0.04	62.07%	70.44%
	Tidak ada	4.29%	0.02	2.68%	5.89%
	Tidak melakukan pemantauan	1.19%	0.01	0.34%	2.03%
	Lainnya	3.18%	0.02	1.67%	4.68%
46	Seberapa sering pasien isolasi mandiri dipantau oleh puskesmas Anda selama pandemi COVID-19 <b>tahun 2020 dan 2021 (Alpha dan Delta):</b>				
	Setiap hari	76.96%	0.03	73.86%	80.05%
	Dua hari sekali	9.30%	0.02	7.29%	11.31%
	>= 3 hari sekali	11.36%	0.02	8.96%	13.76%
	Tidak tahu	0.00%	0.00	0.00%	0.00%
	Tidak ada pemantauan dari Puskesmas	0.81%	0.01	0.26%	1.35%
	Lainnya	1.57%	0.01	0.69%	2.45%
47	Seberapa sering pasien isolasi mandiri dipantau oleh puskesmas Anda selama pandemi COVID-19 <b>sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron):</b>				
	Setiap hari	56.63%	0.03	53.17%	60.08%
	Dua hari sekali	8.69%	0.02	6.71%	10.67%
	>= 3 hari sekali	14.32%	0.03	11.73%	16.90%
	Tidak tahu	0.29%	0.00	0.00%	0.72%
	Tidak ada pemantauan dari Puskesmas	14.25%	0.03	11.63%	16.86%
	Lainnya	5.83%	0.02	4.09%	7.57%
48	Ketersediaan fasilitas shelter pemantauan kasus COVID-19 non-puskesmas/RS:				
	Ya	50.19%	0.04	46.64%	53.75%
	Tidak	49.81%	0.04	46.25%	53.36%

No	Kategori	Estimasi	Standar error	Selang Kepercayaan 95% (Confidence Interval 95%)	
				Batas Bawah	Batas Atas
49	Cara yang dilakukan Puskesmas untuk melakukan pemantauan kepada pasien terkonfirmasi positif COVID-19 selama pandemi COVID-19 <b>tahun 2020 dan 2021 (Alpha dan Delta):</b>				
	Menggunakan aplikasi pemerintah pusat (SILACAK, NAR)	8.07%	0.02	5.78%	10.36%
	Menggunakan aplikasi pemerintah daerah	2.84%	0.02	1.23%	4.46%
	Menggunakan aplikasi Puskesmas	2.19%	0.01	0.99%	3.39%
	Menggunakan telepon/WA	83.61%	0.03	80.37%	86.85%
	Kunjungan Rumah	45.38%	0.04	40.99%	49.76%
	Puskesmas Tidak melakukan pemantauan	0.00%	0.00	0.00%	0.00%
	Lainnya	0.51%	0.01	0.00%	1.09%
50	Cara yang dilakukan Puskesmas untuk melakukan pemantauan kepada pasien terkonfirmasi positif COVID-19 selama pandemi COVID-19 <b>sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron):</b>				
	Menggunakan aplikasi pemerintah pusat (SILACAK, NAR)	6.72%	0.02	4.85%	8.60%
	Menggunakan aplikasi pemerintah daerah	1.87%	0.01	0.53%	3.20%
	Menggunakan aplikasi Puskesmas	0.98%	0.01	0.27%	1.70%
	Menggunakan telepon/WA	76.73%	0.04	73.00%	80.47%
	Kunjungan Rumah	61.98%	0.04	57.71%	66.26%
	Puskesmas Tidak melakukan pemantauan	2.75%	0.02	1.22%	4.27%
	Lainnya	2.51%	0.01	1.29%	3.73%
51	Kendala yang dihadapi Puskesmas selama melakukan pemeriksaan tanda gejala ( <i>testing</i> ), penelusuran kontak ( <i>tracing</i> ), dan penatalaksanaan ( <i>treatment</i> ) kasus COVID-19 di Puskesmas:				
	Keterbatasan fasilitas perawatan dan alat tes	9.50%	0.02	7.55%	11.45%
	Keterbatasan tenaga kesehatan	14.22%	0.02	12.08%	16.37%
	Keterbatasan anggaran	3.94%	0.01	2.58%	5.30%
	Penolakan masyarakat	84.34%	0.03	81.77%	86.91%
	Tidak ada kendala	8.35%	0.02	6.30%	10.40%
	Keterbatasan Akses dan Komunikasi (Jarak/Geografi/Komunikasi/kesulitan mencari alamat pasien)	3.58%	0.01	2.27%	4.88%
	Lainnya	1.48%	0.01	0.72%	2.25%
<b>VAKSINASI</b>					
52	Perkiraan kuota vaksin yang diberikan Pemerintah kepada Puskesmas per hari:				
	<50	2.70%	0.01	1.29%	4.11%
	50-100	4.37%	0.01	2.95%	5.79%
	101-500	22.30%	0.03	19.25%	25.35%
	>500	55.16%	0.04	51.63%	58.69%
	Tidak ada kuota tertentu	15.46%	0.03	12.88%	18.04%
53	Jumlah vaksinasi yang dilakukan sekarang per minggu:				
	<50	29.49%	0.03	26.19%	32.79%
	50-100	31.06%	0.03	27.72%	34.40%
	101-500	16.13%	0.02	13.72%	18.55%
	>500	3.27%	0.01	2.25%	4.30%
	Tidak ada kuota tertentu	20.05%	0.03	17.16%	22.94%


No	Kategori	Estimasi	Standar error	Selang Kepercayaan 95% (Confidence Interval 95%)	
				Batas Bawah	Batas Atas
54	Kendala puskesmas dalam pemberian vaksin:				
	Keterbatasan/keterlambatan pasokan vaksin	22.69%	0.03	19.73%	25.64%
	Keterbatasan sumber daya pemberi vaksin	6.29%	0.01	4.86%	7.72%
	Keterbatasan lokasi tempat vaksin	4.86%	0.02	3.24%	6.49%
	Penolakan dari peserta vaksin	70.70%	0.03	67.50%	73.90%
	Keterbatasan logistik (mis. alat-alat kesehatan pendukung pelaksanaan vaksinasi)	4.68%	0.02	3.17%	6.20%
	Lainnya	10.46%	0.02	8.31%	12.61%
55	Strategi yang dilakukan Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan vaksinasi:				
	<i>Door to door vaccination</i> /vaksinasi keliling	54.43%	0.04	50.86%	58.00%
	Memanfaatkan posyandu/posbindu	8.45%	0.02	6.53%	10.37%
	Bekerja bersama kader kesehatan/relawan untuk penjangkauan	21.64%	0.03	18.66%	24.63%
	Bekerja bersama dengan tokoh masyarakat/organisasi/lembaga lain untuk membuat sentra vaksinasi (mis. TNI/Polri, LSM, dll.)	61.19%	0.04	57.67%	64.71%
	Tidak ada strategi khusus	5.39%	0.02	3.69%	7.09%
	Edukasi, Sosialisasi dan, penyuluhan mengenai vaksinasi ke masyarakat baik langsung ataupun media sosial	15.79%	0.03	13.19%	18.39%
	Pemberian reward/hadiah kepada penerima vaksin	2.58%	0.01	1.40%	3.77%
Lainnya	3.77%	0.01	2.36%	5.18%	
<b>UPAYA PROMOTIF DAN PREVENTIF</b>					
56	Pendekatan yang dilakukan sebagai promosi kesehatan di Puskesmas <b>selama pandemi COVID-19 tahun 2020 dan 2021 (Alpha dan Delta):</b>				
	Pertemuan masyarakat tingkat RT/RW, desa/kelurahan, kecamatan (dalam dan luar gedung Puskesmas)	45.51%	0.04	41.94%	49.09%
	Ambulans keliling	49.44%	0.04	45.81%	53.07%
	Pengumuman dengan pengeras suara dari tempat ibadah	18.45%	0.03	15.62%	21.28%
	Melalui media cetak (majalah dinding, poster, spanduk, brosur, leaflet, dll) atau media elektronik (TV, Radio, dll)	50.17%	0.04	46.64%	53.69%
	Melalui telepon/SMS	2.73%	0.01	1.43%	4.02%
	Grup pada aplikasi messenger (WhatsApp / Telegram / LINE)	21.82%	0.03	18.93%	24.72%
	Media sosial (Facebook, Instagram, YouTube, TikTok, dll.)	36.67%	0.03	33.39%	39.95%
	Melibatkan Tokoh Masyarakat/ Tokoh Agama/ Bidan Desa/ Kader/ Lintas Sektor	3.79%	0.01	2.42%	5.17%
	Door to door pada masyarakat tertentu	1.39%	0.01	0.55%	2.22%
	Lainnya	1.53%	0.01	0.59%	2.46%

No	Kategori	Estimasi	Standar error	Selang Kepercayaan 95% (Confidence Interval 95%)	
				Batas Bawah	Batas Atas
57	Pendekatan yang dilakukan sebagai promosi kesehatan di Puskesmas sejak Januari 2022 hingga sekarang (Omicron):				
	Pertemuan masyarakat tingkat RT/RW, desa/kelurahan, kecamatan (dalam dan luar gedung Puskesmas)	58.66%	0.04	55.10%	62.21%
	Ambulans keliling	29.75%	0.03	26.45%	33.06%
	Pengumuman dengan pengeras suara dari tempat ibadah	11.11%	0.02	8.86%	13.35%
	Melalui media cetak (majalah dinding, poster, spanduk, brosur, leaflet, dll) atau media elektronik (TV, Radio, dll)	43.22%	0.04	39.68%	46.76%
	Melalui telepon/SMS	1.70%	0.01	0.68%	2.72%
	Grup pada aplikasi messenger (WhatsApp / Telegram / LINE)	17.58%	0.03	14.92%	20.23%
	Media sosial (Facebook, Instagram, YouTube, TikTok, dll.)	35.54%	0.03	32.31%	38.77%
	Melibatkan Tokoh Masyarakat/ Tokoh Agama/ Bidan Desa/ Kader/ Lintas Sektor	3.32%	0.01	2.04%	4.59%
	Door to door pada masyarakat tertentu	0.33%	0.00	0.00%	0.74%
Lainnya	0.26%	0.00	0.00%	0.66%	
<b>BAGIAN VII. DATA DAN INFORMASI</b>					
58	Validator data kematian akibat COVID-19 dari puskesmas:				
	Tim Ad Hoc Puskesmas	33.38%	0.03	29.99%	36.77%
	Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil	0.24%	0.00	-0.15%	0.62%
	Dinas Kesehatan	33.17%	0.03	29.84%	36.50%
	RT/RW	0.85%	0.01	0.26%	1.45%
	Staf Kelurahan	2.85%	0.01	1.59%	4.10%
	Staf Kecamatan	1.18%	0.01	0.34%	2.01%
	Lainnya	22.92%	0.03	19.92%	25.93%
	Tidak ada proses validasi data	4.91%	0.02	3.32%	6.50%
Tidak tahu	0.51%	0.00	0.09%	0.93%	
59	Implementasi mekanisme pelaporan angka kejadian COVID-19 dari SPKDS (Sarana Pelayanan Kesehatan Dasar Swasta)				
	Ya	75.51%	0.03	72.38%	78.65%
	Tidak	11.53%	0.02	9.15%	13.90%
	Tidak relevan karena tidak ada mekanisme pelaporan	12.96%	0.02	10.50%	15.42%
60	Sumber informasi terbaru terkait COVID-19:				
	Situs resmi Kementerian Kesehatan	22.86%	0.03	19.93%	25.79%
	Situs Dinas Kesehatan setempat	68.41%	0.03	65.00%	71.82%
	Media sosial Dinkes setempat (Facebook, twitter, instagram, youtube)	46.56%	0.04	42.93%	50.19%
	Grup <i>WhatsApp</i> Puskesmas	35.49%	0.03	32.02%	38.95%
	Buletin/majalah kesehatan	2.77%	0.01	1.67%	3.86%
	Koran	0.49%	0.00	0.02%	0.96%
Lainnya	15.22%	0.03	12.65%	17.79%	

No	Kategori	Estimasi	Standar error	Selang Kepercayaan 95% (Confidence Interval 95%)	
				Batas Bawah	Batas Atas
61	Kesulitan yang dihadapi Puskesmas Anda dalam mendistribusikan informasi kesehatan:				
	Keterbatasan sumber informasi	1.93%	0.01	1.01%	2.86%
	Tantangan pengolahan bahan menjadi narasi/bahasa yang mudah dipahami masyarakat	5.26%	0.02	3.67%	6.85%
	Tantangan teknis (pengolahan visual design, edit video, dll)	2.82%	0.01	1.53%	4.10%
	Akses dan distribusi informasi (geografi, infrastruktur)	14.10%	0.02	11.63%	16.58%
	Internet tidak ada atau kurang mumpuni	14.20%	0.03	11.65%	16.75%
	Stigma, misinformasi, dan antusiasme masyarakat	38.14%	0.03	34.67%	41.62%
	Keterbatasan sumber daya manusia pelaksana edukasi	4.99%	0.02	3.49%	6.49%
	Tidak ada kesulitan	36.81%	0.03	33.35%	40.28%
	Keterbatasan anggaran	2.39%	0.01	1.09%	3.69%
	Lainnya	2.44%	0.01	1.41%	3.48%
<b>BAGIAN VIII. PERAN PENTING KADER KESEHATAN DALAM RESPONS COVID-19 DAN PEMULIHAN LAYANAN KESEHATAN ESENSIAL</b>					
62	Pelibatan keterlibatan kader kesehatan dalam respons COVID-19:				
	Ya	73.82%	0.03	70.58%	77.06%
	Tidak	26.18%	0.03	22.94%	29.42%
63	Bentuk keterlibatan kader kesehatan dalam respons COVID-19				
	Screening dan deteksi dini COVID-19 (menginformasikan kasus COVID-19 ke Puskesmas)	38.21%	0.04	34.38%	42.03%
	Melakukan <i>contact tracing</i>	63.14%	0.04	59.34%	66.94%
	Memantau isoman/karantina	49.81%	0.04	45.88%	53.75%
	Pendataan dan pelaksanaan vaksinasi COVID-19	23.10%	0.03	19.66%	26.54%
	Melakukan promkes/edukasi ke masyarakat	18.12%	0.03	15.03%	21.21%
	Lainnya	6.55%	0.01	5.06%	8.04%
64	Keterlibatan kader dalam pelaksanaan layanan kesehatan esensial				
	Pelaksanaan Posyandu	87.18%	0.02	84.71%	89.64%
	Pelaksanaan Posbindu	59.99%	0.03	56.55%	63.42%
	Mengantar obat untuk pasien	8.59%	0.02	6.60%	10.58%
	Edukasi layanan kesehatan kepada ibu hamil, pasien PTM, dll.	37.12%	0.03	33.63%	40.60%
	Kader kesehatan tidak terlibat dalam pelaksanaan layanan kesehatan	4.17%	0.02	2.51%	5.83%
	Menjembatani kebutuhan layanan kesehatan masyarakat	3.02%	0.01	1.77%	4.28%
	Pendataan dan pelaporan	2.30%	0.01	1.27%	3.33%
	Pencegahan penyakit menular dan tidak menular	2.07%	0.01	1.16%	2.98%
	Lainnya	0.00%	0.00	0.00%	0.00%
65	Ketersediaan alokasi insentif untuk kader kesehatan dari puskesmas				
	Ya	43.78%	0.03	40.30%	47.26%
	Tidak	56.22%	0.03	52.74%	59.70%
66	Sumber pendanaan insentif kader:				
	Puskesmas	33.01%	0.04	28.59%	37.44%
	Dinas Kesehatan	18.77%	0.04	15.06%	22.49%
	Dana Desa	12.48%	0.03	9.21%	15.74%
	APBD	8.71%	0.02	6.26%	11.16%
	NGO/CSR	0.00%	0.00	0.00%	0.00%
	BOK/DAK/APBN	40.96%	0.04	36.49%	45.44%
	Lainnya	1.00%	0.01	0.20%	1.81%

No	Kategori	Estimasi	Standar error	Selang Kepercayaan 95% (Confidence Interval 95%)	
				Batas Bawah	Batas Atas
67	Rata-rata insentif yang diberikan kepada kader setiap bulan				
	0-50.000	10.98%	0.03	7.96%	14.00%
	50.100-100.000	17.34%	0.04	13.76%	20.91%
	100.100-300.000	20.75%	0.04	17.17%	24.34%
	300.100-500.000	19.43%	0.04	15.73%	23.12%
	>500.000	2.70%	0.01	1.22%	4.18%
	Lainnya	0.58%	0.01	0.00%	1.18%
	Insentif disesuaikan dengan kegiatan	28.22%	0.04	23.90%	32.54%
68	Pemberian pelatihan terkait respons COVID-19 oleh puskesmas kepada kader:				
	Ya	57.45%	0.04	53.94%	60.97%
	Tidak	42.55%	0.04	39.03%	46.06%
69	Tingkat pendidikan kader di wilayah kerja Puskesmas:				
	Tidak sekolah	0.00%	0	0.00%	0.00%
	SD sederajat	4.00%	0.02	2.43%	5.56%
	SMP sederajat	17.89%	0.03	15.11%	20.66%
	SMA/SMK sederajat	77.34%	0.03	74.29%	80.39%
	Perguruan Tinggi	0.77%	0.01	0.19%	1.35%
	Lainnya	0.00%	0	0.00%	0.00%
70	Rata-rata usia kader di wilayah kerja Puskesmas:				
	<20 tahun	0.00%	0	0.00%	0.00%
	20-30 tahun	13.68%	0.03	11.13%	16.24%
	31-40 tahun	59.74%	0.04	56.20%	63.28%
	40-50 tahun	25.52%	0.03	22.53%	28.51%
	>50 tahun	1.05%	0.01	0.43%	1.68%





**Jl. Probolinggo No. 40C Menteng  
Jakarta Pusat 10350**

 [www.cisdi.org](http://www.cisdi.org)

 [@cisdi\\_id](https://www.instagram.com/cisdi_id)

 [@CISDI\\_ID](https://twitter.com/CISDI_ID)

 Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI)

 CISDI CHANNEL