

Survei Kebutuhan, Persepsi, dan Permintaan Layanan Kesehatan di Masyarakat dalam Situasi Pandemi COVID-19

Nabilla Sophiarany
Dimitri Swasthika Nurshadrina
Muhammad Anugrah Saputra
Olivia Herlinda
Ella Nurlaela Hadi



Daftar Isi

Survei Kebutuhan, Persepsi, dan Permintaan Layanan Kesehatan di Masyarakat dalam Situasi Pandemi COVID-19

Daftar Isi	1
Ringkasan Eksekutif	2
Temuan Utama	4
Pelayanan kesehatan esensial yang tidak terpenuhi	4
Hambatan dalam mengakses pelayanan kesehatan esensial, dengan mempertimbangkan faktor persediaan dan permintaan	4
Persepsi tentang sikap masyarakat terkait vaksinasi COVID-19	4
Hambatan dalam penyediaan layanan kesehatan masyarakat	5
Aset dan kerentanan masyarakat	5
Latar Belakang	6
Metode	7
Lokasi penelitian	7
Desain penelitian	8
Teknik pengambilan sampel	8
Pengumpulan data	10
Hasil	10
Karakteristik demografi responden	10
Kebutuhan dan pemanfaatan layanan kesehatan esensial di masyarakat	11
Hambatan dalam mengakses layanan kesehatan esensial di masyarakat	14
Perilaku mengakses layanan kesehatan di masyarakat	19
Persepsi masyarakat terkait vaksin COVID-19	20
Aset dan kerentanan masyarakat	23
Hambatan penyediaan layanan kesehatan berbasis masyarakat	26
Pembahasan	32
Kebutuhan dan penggunaan layanan kesehatan esensial di masyarakat	32
Hambatan mencari layanan kesehatan esensial di masyarakat	33
Sikap terhadap COVID-19 dan vaksin	34
Aset dan kerentanan masyarakat	34
Hambatan layanan kesehatan berbasis masyarakat	35
Keterbatasan dan kekuatan	35
Rekomendasi	37
Kesimpulan	43
Referensi	44
Lampiran	46

Ringkasan Eksekutif

Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI) dengan dukungan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) melakukan sebuah survei komunitas pada rentang waktu Juni hingga Agustus 2021 di 59 kabupaten/kota dari 15 provinsi di Indonesia untuk mengidentifikasi kebutuhan, persepsi, dan permintaan di masyarakat terkait penggunaan layanan kesehatan selama pandemi COVID-19. Survei ini dilakukan dengan wawancara melalui telepon kepada 748 responden yang berasal dari 187 desa/kelurahan. Proses pengumpulan data dilakukan dalam periode Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) di Jawa-Bali dan beberapa provinsi lainnya di Indonesia (Juli - Agustus 2021) ketika kasus positif mencapai puncak kurva dikarenakan gelombang kedua COVID-19.

Satu tahun setelah pandemi, gangguan pada layanan kesehatan esensial seharusnya sudah dapat dipulihkan dan disesuaikan dengan upaya penanggulangan COVID-19 untuk memastikan terpenuhinya layanan kesehatan kepada masyarakat. Survei ini menemukan bahwa layanan persalinan dengan bantuan tenaga kesehatan terlatih (92%), layanan imunisasi (90%), layanan pemeriksaan kehamilan (90%), layanan kontrasepsi/keluarga berencana (83%) merupakan layanan masih dapat diakses oleh sebagian besar masyarakat selama Mei-Juni 2021. Layanan-layanan tersebut tetap dapat diakses oleh masyarakat kemungkinan dikarenakan adanya peran aktif kader kesehatan dan bidan melalui aktivitas penjangkauan. Meskipun demikian, survei ini menemukan bahwa masih terdapat 5-18% responden yang menyatakan bahwa hanya separuh dari masyarakat yang dapat memperoleh layanan kesehatan ketika dibutuhkan dalam tiga bulan terakhir. Jenis layanan kesehatan esensial yang paling tidak dapat diakses oleh masyarakat adalah perawatan medis yang bersifat darurat (18%), perawatan jangka panjang di rumah (15%), operasi elektif terencana (14%), pengobatan penyakit kronis (14%), dan layanan kesehatan mental (14%).

Bahkan, sebelum pandemi COVID-19, lebih dari 25% responden menyatakan adanya hambatan dalam mengakses layanan kesehatan seperti terkait mahal biaya layanan kesehatan (13%), jarak (11%), dan infrastruktur transportasi (8%). Terlebih lagi, pandemi COVID-19 telah memperparah akses ke layanan kesehatan esensial. Dalam tiga bulan terakhir, antara Mei-Juli 2021, 64% responden menyatakan adanya perubahan dalam mengakses layanan kesehatan di masyarakat. Khawatir tertular COVID-19 di fasilitas (44%), khawatir sengaja didiagnosis positif COVID-19 dan/atau melakukan tes COVID-19 (32%), penutupan/kelebihan kapasitas fasilitas kesehatan (14%), khawatir terpapar COVID-19 ketika keluar rumah (14%), dan perubahan jam buka layanan (12%) menjadi alasan yang paling sering disebutkan oleh responden sebagai hambatan dalam mengakses layanan kesehatan. Selain itu, masih dilaporkan adanya diskriminasi dalam mengakses layanan kesehatan yang sebagian besar dirasakan oleh kelompok masyarakat yang sangat miskin dan penyintas COVID-19. Diskriminasi ini dapat menghambat partisipasi kelompok rentan dan terpinggirkan dalam sistem layanan kesehatan dan akibatnya dapat memperburuk kondisi kesehatan mereka. Hal ini sesuai dengan temuan survei bahwa meskipun fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan dianggap sebagai sumber utama informasi dan pelayanan kesehatan, 5% responden masih melaporkan bahwa masyarakat mencari pengobatan tradisional, menunda mencari bantuan (1%), dan mencari informasi di internet (0,3%).

Dalam hal penerimaan vaksin di masyarakat, secara umum, 68% responden menyatakan bahwa masyarakat bersedia mendapatkan vaksin COVID-19 untuk diri mereka sendiri, tetapi sekitar 28% responden melaporkan bahwa masih kurang dari separuh masyarakat/sedikit orang yang bersedia mendapatkan vaksin. Dalam periode yang sama, ketika ditanya terkait vaksinasi COVID-19 pada anak, masih terdapat 33% responden yang melaporkan kurang dari separuh orang tua di masyarakat menginginkan anaknya divaksin. Keraguan tertinggi terjadi di Papua, Papua Barat, dan Aceh. Kekhawatiran akan efek samping (83%) menjadi alasan utama mereka enggan menerima vaksin COVID-19.

Layanan kesehatan berbasis masyarakat telah berperan penting untuk menjembatani akses dan informasi kesehatan ke kelompok masyarakat. Sayangnya, kader kesehatan melaporkan bahwa penyediaan layanan kesehatan berbasis masyarakat terpengaruh oleh COVID-19. Terdapat 42% dan 40% kader kesehatan melaporkan kegiatan penjangkauan penyakit tidak menular dan layanan penjangkauan imunisasi berkurang atau ditangguhkan dibandingkan dengan periode sebelum pandemi. Gangguan terhadap layanan berbasis masyarakat ini terutama terkait dengan COVID-19 seperti menghindari keramaian, kekhawatiran akan penularan COVID-19, adanya anggota masyarakat yang terinfeksi COVID-19, dan realokasi sumber daya untuk merespons pandemi COVID-19. Hambatan lain yang menghalangi kader kesehatan dalam melaksanakan kegiatan penjangkauan secara optimal adalah dukungan yang tidak memadai (13%) dan bahkan tidak ada dukungan sama sekali (3%), yang mencakup dukungan keuangan (39%), alat pelindung diri (36%), perlengkapan lainnya, komoditas, dan peralatan untuk memberikan perawatan (18%), serta pelatihan dan informasi lainnya mengenai masalah kesehatan (14%).

Selain itu, pandemi COVID-19 juga mendorong munculnya berbagai inisiatif untuk membantu masyarakat bertahan dalam situasi sulit ini. Inisiatif tersebut diprakarsai oleh masyarakat, pemerintah, korporasi, swasta, maupun pihak lain. Secara keseluruhan, inisiatif sosial ekonomi dan pendidikan, serta inisiatif kesehatan dan kebersihan lingkungan dalam tiga bulan terakhir mengalami peningkatan. Bantuan tunai (89%) dan pembagian paket kebersihan (78%) merupakan jenis kegiatan sosial-ekonomi-pendidikan dan kebersihan-kesehatan-lingkungan yang masing-masing meningkat paling tinggi dalam tiga bulan terakhir.

Kesimpulannya, kebutuhan kesehatan yang tidak terpenuhi dilaporkan pada semua jenis layanan kesehatan esensial, terlebih lagi di daerah dengan infrastruktur yang terbatas seperti Papua. Hal ini terjadi karena beberapa faktor terkait permintaan maupun penyedia layanan. Masyarakat dan puskesmas sebagai penyedia layanan terdekat telah berupaya mengatasi tidak terpenuhinya layanan kesehatan esensial dengan cara memulihkan dan memperkuat program penjangkauan dan mengadaptasi strategi untuk mengurangi hambatan terhadap akses layanan kesehatan esensial. Misinformasi dan disinformasi masih sering terjadi yang menjadi penghambat bagi masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan esensial. Penting untuk menerapkan komunikasi risiko yang jelas untuk menegakkan perilaku sehat. Dukungan lebih lanjut untuk memperkuat sistem layanan kesehatan primer tetap penting. Selain itu, kader kesehatan perlu dilengkapi dan dilindungi dengan alat yang diperlukan dan insentif yang memadai untuk memastikan mereka dapat melakukan tugas penjangkauan mereka dengan aman dan mengurangi stigma terhadap mereka.

Temuan Utama

Pelayanan kesehatan esensial yang tidak terpenuhi

- a. Persalinan dengan bantuan tenaga kesehatan terlatih (92%), layanan imunisasi (90%), pemeriksaan kehamilan (90%), dan layanan kontrasepsi/KB (83%) merupakan layanan kesehatan esensial yang paling banyak dapat diakses dalam tiga bulan terakhir (Mei - Juli 2021).
- b. Meskipun sebagian besar responden melaporkan bahwa masyarakat menerima layanan kesehatan yang dibutuhkan dalam tiga bulan terakhir, 5-18% responden menyatakan bahwa mayoritas masyarakat tidak menerima layanan kesehatan yang mereka butuhkan.
- c. Secara rata-rata, Papua merupakan provinsi dengan kebutuhan layanan kesehatan dasar yang tidak terpenuhi tertinggi (22%). Di sisi lain, Provinsi Bali memiliki persentase rata-rata terendah untuk layanan kesehatan yang tidak terpenuhi (5%).
- d. Kebutuhan layanan kesehatan dasar yang tidak terpenuhi umumnya terjadi pada perawatan medis darurat (18%), perawatan jangka panjang di rumah (15%), operasi elektif terencana (15%), pengobatan penyakit kronis (14%), dan kesehatan mental (14%).

Hambatan dalam mengakses pelayanan kesehatan esensial, dengan mempertimbangkan faktor persediaan dan permintaan

- a. Sebelum pandemi COVID-19, lebih dari 25% responden melaporkan kesulitan masyarakat untuk mendapatkan layanan kesehatan yang mereka butuhkan. Alasan yang paling banyak disebutkan sebagai hambatan untuk mendapatkan layanan kesehatan esensial, yaitu tingginya biaya layanan kesehatan (13%), jarak fasilitas kesehatan (11%), keterbatasan transportasi ke layanan kesehatan (8%), kekurangan tenaga kesehatan (7%), dan kurangnya peralatan (6%).
- b. Dalam tiga bulan terakhir, 64% responden melaporkan perubahan dalam mengakses layanan kesehatan. Selama masa pandemi COVID-19, khawatir terinfeksi COVID-19 di fasilitas kesehatan (44%), khawatir didiagnosis positif COVID-19 secara sengaja dan/atau melakukan tes COVID-19 (32%), penutupan/kelebihan fasilitas kesehatan (14%), khawatir terinfeksi COVID-19 saat meninggalkan rumah (14%), dan perubahan jam buka layanan (12%) adalah beberapa hambatan yang sering disebutkan oleh responden untuk mengakses layanan kesehatan.
- c. Sekitar 6% responden melaporkan adanya diskriminasi dalam mengakses layanan kesehatan. Orang-orang yang sangat miskin (72%) dan penyintas COVID-19 (13%) adalah kelompok masyarakat yang paling sering mengalami diskriminasi.
- d. Meskipun sebagian besar masyarakat menghubungi fasilitas kesehatan atau tenaga kesehatan ketika merasa kurang sehat, masih terdapat responden yang melaporkan bahwa masyarakat lebih memilih mengunjungi pengobatan tradisional (5%), mencari informasi di internet (0,3%), atau bahkan menunda mencari pertolongan (1%).

Persepsi tentang sikap masyarakat terkait vaksinasi COVID-19

- a. Sekitar 74% responden melaporkan bahwa sebagian besar masyarakat khawatir dengan penyebaran COVID-19 dalam tiga bulan terakhir.
- b. Mayoritas responden (68%) melaporkan bahwa sebagian besar masyarakat bersedia untuk mendapatkan vaksin COVID-19, tetapi sekitar 28% responden melaporkan bahwa hanya kurang dari separuh orang atau beberapa orang bersedia untuk divaksin. Provinsi dengan keraguan untuk mendapatkan vaksin COVID-19 tertinggi adalah Papua (58%), Papua Barat (57%), Aceh (55%), Jawa Tengah (27%), dan Kalimantan Timur (30%).

- c. Proporsi orang tua yang menginginkan anaknya untuk mendapatkan vaksin COVID-19 lebih sedikit dibanding dengan proporsi orang dewasa yang menginginkan vaksin untuk diri mereka sendiri. Sekitar 33% responden melaporkan bahwa kurang dari separuh orang tua atau beberapa orang tua di komunitas menginginkan anaknya untuk divaksin. Aceh (55%), Papua Barat (50%), Papua (45%), Kalimantan Selatan (41%), dan Sumatera Utara (39%) adalah provinsi-provinsi dengan proporsi terbesar dengan orang tua yang tidak ingin anaknya mendapatkan vaksin COVID-19
- d. Khawatir terhadap efek samping vaksin COVID-19 (83%) adalah alasan utama masyarakat ragu untuk divaksin. Ketidakpercayaan pada vaksin apapun (12%), ketidakpastian bahwa vaksin COVID-19 akan efektif (12%), dan adanya kondisi komorbid (10%) merupakan alasan lain yang disebutkan responden.

Hambatan dalam penyediaan layanan kesehatan masyarakat

- a. Sebagian besar kader kesehatan (84%) merasa percaya diri dengan pengetahuan mereka mengenai COVID-19, tetapi masih terdapat 16% kader kesehatan yang tidak percaya diri. Kader-kader yang tidak percaya diri ini sebagian besar berasal dari provinsi Kalimantan Utara (50%), Papua (33%), dan Kalimantan Selatan (25%).
- b. Lebih dari separuh kader kesehatan (86%) melaporkan bahwa terdapat risiko terinfeksi COVID-19, dan hanya 14% yang merasa tidak ada risiko atau berisiko rendah terinfeksi COVID-19 selama mereka bekerja di masyarakat.
- c. Alasan yang sering disebutkan para kader kesehatan mengenai tingginya risiko bagi mereka untuk terinfeksi COVID-19 adalah tingginya jam kerja (99%) dan keharusan bagi mereka untuk bertemu banyak orang (97%).
- d. 13% kader kesehatan melaporkan kurangnya dukungan bagi mereka untuk bekerja, dan 3% dari mereka menyatakan bahwa mereka sama sekali tidak mendapatkan dukungan yang dibutuhkan dalam tiga bulan terakhir.
- e. Dukungan finansial (39%), alat pelindung diri (36%), persediaan, komoditas, serta peralatan lain untuk memberikan perawatan (18%), dan pelatihan serta informasi terkait masalah kesehatan lain (14%) merupakan jenis dukungan yang paling banyak dibutuhkan para kader untuk melaksanakan tugasnya dalam tiga bulan terakhir.
- f. Secara berturut-turut, terdapat 42% dan 40% kader kesehatan yang melaporkan bahwa kegiatan penjangkauan penyakit tidak menular dan layanan imunisasi berkurang atau ditanggihkan jika dibandingkan dengan periode sebelum pandemi COVID-19.

Aset dan kerentanan masyarakat

- a. Dalam tiga bulan terakhir ini, secara keseluruhan, inisiatif sosio-ekonomi dan pendidikan di masyarakat mengalami peningkatan (67%). Bantuan tunai (89%), penyediaan dan pendistribusian paket makanan/sembako (77%), penyediaan fasilitas pendukung untuk pembelajaran jarak jauh (26%), dan dukungan untuk orang-orang yang diisolasi/dikarantina (12%) merupakan jenis-jenis inisiatif yang dilaporkan meningkat pada sebagian besar masyarakat.
- b. Sekitar 63% responden juga melaporkan peningkatan inisiatif kesehatan dan kebersihan lingkungan. Jenis-jenis inisiatif yang dilaporkan meningkat di masyarakat terdiri dari distribusi paket kebersihan (78%), aktivitas promosi kesehatan (41%), penyediaan fasilitas cuci tangan (36%), dan penyebaran informasi/edukasi terkait kesehatan dan kebersihan lingkungan (23%), dan dukungan pada orang-orang yang diisolasi atau kelompok rentan (18%).

Latar Belakang

Pandemi COVID-19 telah mengungkap kerentanan sistem kesehatan global. Setelah dinyatakan secara resmi sebagai pandemi oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada Maret 2020, COVID-19 telah menginfeksi lebih dari 222 juta orang dan menyebabkan lebih dari 4,5 juta kematian secara global pada 10 September 2021¹. Indonesia pun menjadi negara dengan total kasus positif dan total kematian karena COVID-19 tertinggi di kawasan Asia Tenggara².

Pandemi ini telah memberikan beban besar pada sistem layanan kesehatan di seluruh dunia, terutama di negara-negara berpenghasilan rendah³. *Global Pulse Survey* kedua yang dilakukan oleh WHO pada tahun 2021 menunjukkan bahwa 94% negara yang berpartisipasi mengalami gangguan setidaknya pada satu layanan kesehatan esensial⁴. Pelayanan kesehatan esensial didefinisikan sebagai layanan yang harus tersedia dalam keadaan apapun, meliputi perawatan kesehatan individu, perawatan kesehatan keluarga, dan perawatan kesehatan masyarakat⁵. Survei tersebut melaporkan bahwa beberapa negara mengalami disrupsi layanan kesehatan, antara lain layanan imunisasi rutin (39%) dan layanan di fasilitas kesehatan (34%), layanan dasar penyakit tidak menular (37%), layanan dasar penyakit menular (36%), layanan kesehatan reproduksi, kesehatan ibu, bayi, anak, gizi dan kesehatan remaja (35%), serta layanan gangguan mental, saraf, dan penyalahgunaan obat-obatan adiktif (45%)⁴.

Terganggunya layanan kesehatan esensial dapat berkontribusi pada penundaan perawatan, peningkatan beban penyakit, dan pada akhirnya peningkatan jumlah kematian (*excess death*) secara signifikan. Peningkatan angka kematian dapat memberikan gambaran kematian yang secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh COVID-19⁶. Peningkatan angka kematian dapat terjadi secara langsung dari kematian akibat COVID-19 atau bahaya lain yang disebabkan sebagai dampak dari layanan non-COVID-19 dalam situasi kontrafaktual, seperti kelebihan kapasitas fasilitas kesehatan, kepulangan pasien dari rumah sakit lebih awal, keterlambatan untuk menuju layanan kesehatan, diagnosis dan perawatan, atau dampak dari resesi (misalnya, peningkatan pengangguran, dll.)^{7,8}.

Lonjakan kasus harian COVID-19 di Indonesia telah membuat sistem kesehatan nasional terbebani. Situasi ini ditandai salah satunya dengan adanya gangguan layanan kesehatan dasar di puskesmas di seluruh Indonesia⁹. Terlebih lagi, selama lonjakan kasus Juni – Agustus 2021, jumlah pasien kritis yang masuk daftar tunggu atau ditolak rumah sakit tinggi karena banyaknya pasien COVID-19¹⁰. Pada Juli 2021, tingkat penggunaan tempat tidur atau *bed occupancy rate* (BOR) untuk perawatan intensif telah mencapai lebih dari 80% di beberapa provinsi, melebihi rekomendasi WHO untuk kapasitas layanan klinis yang memadai (<75%)¹¹. Kejadian luar biasa ini menyebabkan terganggunya beberapa layanan kesehatan esensial yang secara berturut-turut juga menyebabkan tingginya angka kematian negara, baik yang disebabkan oleh COVID-19 maupun secara tidak langsung melalui penyakit-penyakit yang dapat dicegah.

Aspek lain yang berkontribusi terhadap gangguan layanan kesehatan adalah adanya stigma, ketakutan terinfeksi COVID-19, dan misinformasi yang dapat berdampak negatif pada keputusan mencari layanan kesehatan di masyarakat. Sejalan dengan hal tersebut, pandemi juga memberikan dampak negatif terhadap kondisi sosio-ekonomi masyarakat. Banyak orang yang kehilangan pekerjaannya¹² serta pendapatan rumah tangga yang mengalami penurunan dibandingkan saat sebelum pandemi^{13,14}. Meskipun terdapat jaminan kesehatan nasional, kondisi ini dapat memperburuk hambatan finansial untuk mengakses layanan kesehatan dan pengobatan yang membutuhkan pengeluaran sendiri (*out-of-pocket expenses*). Berbagai bentuk bantuan yang disalurkan kepada masyarakat tetap diperlukan untuk menopang ketahanan masyarakat.

Baru-baru ini, informasi mengenai kapasitas fasilitas kesehatan untuk merespons pandemi COVID-19 dengan tetap menjaga pemberian layanan kesehatan esensial dari penyedia layanan kesehatan mulai tersedia^{4,15}. Akan tetapi, informasi dari sisi permintaan (pengguna) masih langka. Kedua informasi, baik dari penyedia dan permintaan penting bagi pemerintah dan pembuat kebijakan guna merumuskan kebijakan berbasis bukti untuk mencapai stabilitas optimal dalam menghadapi COVID-19, sembari tetap menyediakan layanan kesehatan dasar selama masa pandemi.

Survei ini memberikan informasi dari level akar rumput tentang persepsi masyarakat mengenai kebutuhan layanan kesehatan saat ini, perilaku mencari perawatan, hambatan yang mempengaruhi permintaan layanan, mengevaluasi adaptasi layanan, dan gangguan terhadap layanan kesehatan berbasis masyarakat dalam situasi pandemi COVID-19. Survei ini sangat penting untuk melengkapi kesenjangan data dan meningkatkan pemahaman pemangku kepentingan tentang keadaan saat ini. Hasil penelitian ini akan membantu pemerintah pusat dan pemerintah daerah untuk merumuskan strategi dalam melakukan mobilisasi sumber daya serta mitigasi risiko dari dampak langsung dan tidak langsung dari pandemi COVID-19.

Metode

Lokasi penelitian

Survei ini dilakukan di 15 provinsi di Indonesia, dengan 10 provinsi diantaranya telah ditentukan oleh WHO. Provinsi-provinsi yang ditentukan oleh WHO tersebut merupakan area prioritas penanganan COVID-19 yang terdiri dari Aceh, Sumatera Utara, DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Bali, Kalimantan Selatan, Sulawesi Selatan, dan Papua. Lima provinsi lainnya dipilih berdasarkan angka kasus kumulatif COVID-19 tertinggi dibagi jumlah populasi masing-masing wilayah per-1000 populasi. Lokasi tersebut terdiri dari Kalimantan Timur, Kalimantan Utara, Daerah Istimewa Yogyakarta, Papua Barat, dan Sulawesi Utara.

Alokasi kabupaten di masing-masing Provinsi ditentukan berdasarkan jumlah kabupaten/kota. Provinsi dengan jumlah kabupaten/kota lebih dari 19 (rata-rata jumlah kabupaten/kota di 15 provinsi), diambil 5 kabupaten/kota sebagai sampel. Sementara itu, provinsi dengan jumlah kabupaten/kota kurang dari 19 akan diambil 3 kabupaten/kota sebagai sampel. Berdasarkan perhitungan tersebut, terdapat 59 kabupaten/kota yang diikutsertakan dalam survei ini. Tabel di bawah ini menunjukkan alokasi kabupaten di masing-masing provinsi:

Tabel 1. Alokasi jumlah sampel kabupaten/kota per provinsi

No	Provinsi	Jumlah kabupaten/kota	Alokasi kabupaten/kota
1	Aceh	23	5
2	Sumatera Utara	33	5
3	DKI Jakarta	6	3
4	Jawa Barat	27	5
5	Jawa Tengah	35	5
6	Jawa Timur	38	5
7	Bali	9	3
8	Kalimantan Selatan	13	3
9	Sulawesi Selatan	24	5
10	Papua	29	5
11	Kalimantan Timur	10	3
12	Kalimantan Utara	5	3
13	DI Yogyakarta	5	3
14	Papua Barat	13	3
15	Sulawesi Utara	15	3
Total		285	59

Desain penelitian

Pendekatan utama yang digunakan dalam survei ini adalah pendekatan kuantitatif. Pendekatan kuantitatif dilakukan dengan menanyakan daftar pertanyaan dari kuesioner. Kuesioner diadopsi dari instrumen *WHO Community Assessment Tool: Needs, Perceptions, and Demand*. Instrumen tersebut bertujuan untuk mengkaji kebutuhan, persepsi, dan permintaan masyarakat dalam mengakses dan memanfaatkan layanan kesehatan dalam masa pandemi COVID-19 secara efektif. Beberapa penyesuaian dilakukan pada instrumen tersebut untuk mencerminkan konteks dan kondisi masyarakat di Indonesia. Perubahan yang dilakukan meliputi menambah atau menghapus pilihan jawaban untuk pertanyaan tertentu berdasarkan hasil *pretest*, mengubah kalimat pertanyaan dengan makna yang sama, dan memodifikasi beberapa jenis layanan kesehatan berbasis masyarakat dengan menyesuaikan konteks Indonesia. Instrumen ini terdiri dari lima area studi, yaitu: 1) kebutuhan layanan kesehatan yang tidak terpenuhi; 2) hambatan penggunaan layanan kesehatan esensial; 3) perilaku terkait vaksinasi; 4) aset dan kerentanan masyarakat; dan 5) hambatan penyediaan layanan kesehatan berbasis masyarakat.

Sebagai tambahan pada pendekatan kuantitatif, survei ini juga menggunakan pendekatan kualitatif untuk memperkaya temuan dari penelitian kuantitatif. Pemilihan sampel kualitatif didasarkan pada angka kasus COVID-19 di desa/kelurahan dan akses geografis ke fasilitas kesehatan. Pendekatan kualitatif dilakukan melalui wawancara mendalam. Pertanyaan pada wawancara mendalam dikembangkan oleh CISDI untuk memperkuat penjelasan dari pertanyaan tertutup yang terdapat pada metode kuantitatif. Pertanyaan ini dikembangkan untuk melengkapi pertanyaan dari kuesioner, menambahkan pemahaman yang mendalam dari hasil survei, dan memberikan justifikasi dari penemuan. Selama pengembangan kontak responden, peneliti dari CISDI mengembangkan rencana pengambilan sampel untuk pendekatan kualitatif menggunakan sampel kuantitatif yang sudah ada sebagai kerangka sampel. Pengumpulan data kuantitatif dan kualitatif dilaksanakan secara bersamaan.

Jumlah sampel pada pendekatan kuantitatif adalah sebanyak 187 desa dengan 748 responden yang berlokasi di 59 kabupaten di 15 provinsi. Dari sini, 25 desa yang terdiri dari 75 responden dipilih secara purposif untuk sampel pendekatan kualitatif. Alokasi desa di masing-masing kabupaten ditentukan dengan menggunakan *proportional probability to size* (PPS), di mana kabupaten dengan jumlah desa yang lebih banyak akan memiliki kemungkinan terpilih yang lebih besar dan sebaliknya.

Pada pendekatan kuantitatif, terdapat empat jenis responden di masing-masing desa/kelurahan, yang terdiri dari kepala desa/lurah, petugas kesehatan masyarakat/kader kesehatan, tokoh agama, dan perwakilan masyarakat sipil. Pemimpin masyarakat diwakili oleh seorang pemimpin formal dan seorang pemimpin informal. Pemimpin formal diwakili oleh kepala desa atau lurah, sedangkan pemimpin informal diwakili oleh pemimpin agama atau orang yang berpengaruh di masyarakat. Apabila kepala desa atau lurah berhalangan menjadi responden, perangkat desa yang direkomendasikan oleh kepala desa atau lurah akan dipilih sebagai responden. Perwakilan organisasi masyarakat sipil merupakan seseorang dari program Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga (PKK), organisasi pemuda (karang taruna), satuan tugas COVID-19 yang terpilih di desa/kelurahan, dan/atau seseorang yang direkomendasikan oleh kepala desa/lurah. Petugas kesehatan masyarakat pada survei ini mengacu pada seseorang yang ditunjuk sebagai kader kesehatan oleh puskesmas. Pada pendekatan kualitatif, hanya terdapat tiga responden yang dipilih di setiap desa/kelurahan, yaitu kepala desa/lurah, perwakilan organisasi masyarakat sipil, dan petugas kesehatan masyarakat/kader kesehatan.

Pada konteks di Indonesia, layanan kesehatan dasar didefinisikan sebagai layanan kesehatan yang perlu tersedia secara terus menerus di masyarakat melalui Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)¹⁶. Pada survei ini, fasilitas kesehatan yang menyediakan layanan kesehatan dasar mengacu pada puskesmas, klinik swasta, atau rumah sakit terdekat dari tempat masyarakat tinggal.

Teknik pengambilan sampel

Jumlah sampel minimum ditentukan dengan metode pengukuran sampel Cochran¹⁷ dengan level signifikansi 5% dan *margin of error* 7,5% sehingga diperoleh sampel minimum sebesar 170 desa. Dengan mempertimbangkan tingkat *non-response*, jumlah sampel ditambah sebesar 10%, sehingga sampel minimum akhir diperoleh sebesar 187 desa (Lampiran 1). Di masing-masing desa, sejumlah empat orang dipilih sebagai responden yang mana akan merepresentasikan masyarakat. Untuk mendapatkan 187 desa/kelurahan dan 748 responden, survei ini menggunakan teknik pengambilan sampel *multi-stage*. Pertama, 15 provinsi dipilih sebagai wilayah cakupan dalam survei, yang mana 10 provinsi diantaranya sudah ditentukan terlebih dahulu dan 5 provinsi dipilih berdasarkan urutan kasus kumulatif per 1000 penduduk. Kedua, sampel kabupaten di masing-masing provinsi dipilih menggunakan *simple random sampling* yang terdistribusi secara proporsional berdasarkan jumlah kabupaten/kota di setiap provinsi. Setelah kabupaten/kota terpilih secara acak, alokasi desa di setiap kabupaten/kota dipilih menggunakan *proportional probability to size*. Kemudian, sampel yang dialokasikan diambil dari daftar seluruh desa di 59 kabupaten/kota dengan menggunakan *simple random sampling*. Terakhir, empat orang di setiap desa/kelurahan dipilih sebagai responden. Seluruh kabupaten yang dikategorikan sebagai wilayah 3T (terluar, terpencil, dan tertinggal serta wilayah terpencil) serta wilayah yang tidak memiliki jaringan telepon dan/atau internet akan dikecualikan dalam survei ini.

Pengumpulan data

Pengumpulan data pada survei ini dilakukan dengan menggunakan wawancara melalui telepon. Petugas lapangan di 15 provinsi direkrut untuk mengumpulkan informasi kontak dari calon responden. Pengembangan kontak dilakukan melalui dua fase. Fase pertama mulai dari tanggal 23 - 30 Juni 2021 untuk Provinsi Bali dan fase kedua dimulai dari tanggal 16 Juli - 18 Agustus 2021 untuk 14 provinsi lainnya. Bersamaan dengan pencarian kontak, enumerator ditugaskan untuk melakukan wawancara telepon yang sudah dikumpulkan pada kedua fase. Wawancara responden di Provinsi Bali dilaksanakan pada 2 - 6 Juli 2021, dan untuk 14 provinsi lainnya dilaksanakan pada 1 - 18 Agustus 2021. Dikarenakan adanya implementasi kebijakan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) level empat di Jawa dan Bali serta beberapa provinsi lainnya, sebagian besar wawancara dilakukan secara jarak jauh. Seluruh wawancara direkam dan jawaban responden dikirimkan secara langsung pada alat pengumpul data bernama *open data kit* (ODK). Kualitas dan kelengkapan data dimonitor setiap hari oleh CISDI.

Hasil

Karakteristik demografi responden

Secara keseluruhan, terdapat 748 responden yang diwawancarai mewakili 187 desa/kelurahan yang berlokasi di 59 kota/kabupaten. Kemudian, 75 responden dari 25 desa dipilih dengan metode purposif untuk melakukan wawancara mendalam. Secara keseluruhan, proporsi laki-laki (64%) lebih tinggi daripada proporsi perempuan (36%). Hal ini mungkin disebabkan oleh adanya dominasi laki-laki untuk posisi tertentu, seperti kepala desa/lurah dan pemimpin agama. Sebaliknya, perempuan mendominasi sebagian besar posisi seperti kader kesehatan dan anggota PKK.

Tabel 1. Karakteristik demografi responden

	Jumlah responden	
	N	%
Jenis kelamin		
Perempuan	271	36%
Laki-laki	477	64%
Kelompok usia		
15-24	28	4%
25-44	404	54%
45-65	307	41%
> 65	9	1%
Pekerjaan di komunitas		
Kepala desa/lurah	103	14%
Staf perangkat desa	85	11%
Kader kesehatan	181	24%
Ketua/anggota PKK	57	8%
Ketua/anggota karang taruna	110	15%
Satgas COVID-19	23	3%
Pemimpin agama	187	25%
Lainnya ¹	2	0.3%

¹ Pekerjaan lainnya di masyarakat meliputi tokoh masyarakat atau tokoh adat

Kebutuhan dan pemanfaatan layanan kesehatan esensial di masyarakat

Proporsi masyarakat yang dapat memperoleh layanan kesehatan esensial yang dibutuhkan dalam tiga bulan terakhir ditunjukkan pada Gambar 1. Layanan kesehatan esensial merupakan seluruh layanan yang disediakan oleh fasilitas kesehatan terdekat dari tempat tinggal penduduk yang termasuk pusat kesehatan masyarakat (puskesmas), klinik swasta, atau rumah sakit. Secara umum, mayoritas responden (41%-92%) menyatakan bahwa masyarakat dapat memperoleh layanan kesehatan esensial yang dibutuhkan. Layanan yang dilaporkan oleh responden dapat diperoleh oleh lebih dari separuh atau sebagian besar masyarakat adalah persalinan dengan bantuan tenaga kesehatan terlatih (92%), layanan imunisasi (90%), pemeriksaan kehamilan (90%), dan layanan kontrasepsi/KB (83%) (Gambar 1).

Klarifikasi lebih lanjut dari responden di Jawa Barat mendeskripsikan bahwa layanan masih dapat diperoleh dalam tiga bulan terakhir karena adanya peran aktif bidan desa dan/atau kader kesehatan.

"Imunisasi tetap berjalan. Posyandu [dilakukan] setiap 1 bulan sekali. Kader posyandu, bidan desa, dan orang kecamatan datang di balai desa [untuk melakukan imunisasi]." (Provinsi Jawa Tengah)

"Untuk imunisasi kita melakukan posyandu keliling. Jadi kalau ada yang imunisasi bidan desanya dan kader posyandu yang datang langsung ke balitanya." (Provinsi Jawa Barat)

"Sejak pandemi, hanya anak yang mau imunisasi saja yang datang ke posyandu." (Provinsi Jawa Barat)

Selain itu, untuk layanan kontrasepsi, pemeriksaan kehamilan, dan persalinan, masih dapat diakses oleh masyarakat melalui bidan desa yang terdapat di polindes atau puskesmas pembantu. Selain polindes dan puskesmas, masyarakat juga dapat mengakses layanan persalinan di Rumah Sakit Ibu dan Anak. Tak hanya itu, terdapat juga program kontrasepsi gratis di beberapa desa/kelurahan yang dapat meningkatkan cakupan pemasangan alat kontrasepsi.

"Posyandu selama pandemi libur, tetapi sepenuhnya dilaksanakan. Petugas posyandu [melakukan layanan secara] *door to door*" (Provinsi Jawa Timur)

"Pemeriksaan kehamilan lancar karena ada bidan desa di kampung. Persalinan kadang di rumah, ada [warga] yang biasa [melahirkan] di rumah sakit. Kalau di rumah, ada bidan desa yang datang [dan] koordinasi dengan kader posyandu." (Provinsi Papua)

"Layanan kontrasepsi tetap dilayani. [Dalam] 3 bulan terakhir kita ada safari pemasangan implan dan IUD. Untuk KB injeksi bisa dilayani PKD, di poliklinik desa atau klinik swasta." (Provinsi Jawa Tengah)

Pada kondisi lain seperti penyakit kronis, posbindu (posyandu untuk lansia dan masyarakat dengan penyakit tidak menular), kader kesehatan masyarakat membantu pasien dengan penyakit kronis untuk mendapatkan pengobatan.

"Kita tiap bulan ada ada posyandu lansia, ada perawatan dari puskesmas pembantu yang membantu." (Provinsi Kalimantan Timur)

"[Pengobatan penyakit kronis] dilayani oleh bidan di kampung, kalau sudah parah dibawa ke Sorong." (Provinsi Papua)

Namun, terdapat 5%-18% responden yang melaporkan adanya layanan kesehatan esensial yang tidak terpenuhi di masyarakat (Gambar 1). Proporsi rata-rata dari kebutuhan kesehatan yang tidak terpenuhi bervariasi pada tiap provinsi. Papua memiliki persentase rata-rata tertinggi dari layanan kesehatan yang tidak terpenuhi (22%), seperti yang tertera pada lampiran 2. Sebaliknya, Bali memiliki persentase rata-rata terendah dari kebutuhan layanan kesehatan yang tidak terpenuhi (5%). Kebutuhan layanan kesehatan dasar yang tidak terpenuhi dilaporkan tertinggi pada layanan medis darurat (18%), operasi elektif terencana (14%), pengobatan penyakit kronis (14%), dan kesehatan mental (14%) (Gambar 1).

Berdasarkan wawancara mendalam dengan responden dari Papua, terungkap bahwa layanan seperti operasi, layanan medis darurat, laboratorium dan radiologi, serta layanan kesehatan mental hanya bisa didapatkan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan di kabupaten berbeda, yang cukup jauh dari tempat tinggalnya karena kurangnya infrastruktur dan ketiadaan layanan serupa di desa mereka. Terlebih lagi, pasien yang tidak berkaitan dengan COVID-19 tidak dikategorikan dalam pasien yang memiliki prioritas tinggi. Sulitnya mengakses beberapa layanan kesehatan mendorong masyarakat untuk lebih memilih mencari pengobatan alternatif lainnya yang lebih mudah diakses.

"Untuk rontgen ... kita harus ke kota. Desa ini jauh dari kota, kita ada di pulau."
(Kabupaten Biak, Provinsi Papua)

"Di desa gak punya layanan operasi." (Kabupaten Biak, Provinsi Papua)

"Tidak ada layanan untuk kesehatan mental. [Layanan kontrasepsi tetap berjalan], cuma aksesnya kita di kampung jadi agak lama. Kehabisan stok [alat kontrasepsi], harus dipesan dulu ke kota." (Kabupaten Biak, Provinsi Papua)

"[Layanan medis darurat tetap] dilayani tapi mereka harus ke rumah sakit. Tapi di rumah sakit, pasien COVID-19 yang dilayani, yang lain diabaikan. [Oleh karena itu,] kita pakai ramuan-ramuan biasa ... terpaksa kita harus cari tukang pijit, obat-obatan tradisional untuk perawatan sendiri di rumah." (Kabupaten Keerom, Provinsi Papua)

Sebagai tambahan, selama lonjakan kasus COVID-19 pada bulan Juni dan Juli 2021, gangguan layanan medis darurat menjadi lebih jelas. Untuk merespons kondisi ini, masyarakat sipil lokal di DKI Jakarta juga memberikan dukungan untuk meningkatkan akses ke layanan kesehatan darurat.

"Sementara ini, di puskesmas kami 1 bulan ini tidak membuka UGD, langsung ke rumah sakit yang berjarak 3-4 km" (Provinsi Jawa Timur)

"Sulit nyari rumah sakit, banyak yang penuh, sampai ngantri di UGD, [pasien] harus nunggu." (Provinsi DI Yogyakarta)

"Ada beberapa LSM yang bikin rumah singgah dan punya ambulance. Kalau ada warga yang butuh, seperti oksigen, saya koordinasi dengan pengelola dari rumah singgah jadi bisa kasih sumbangan tabung oksigen" (Provinsi DKI Jakarta)

Selanjutnya, pada studi ini ditemukan 35%-45% dari responden menjawab bahwa mereka tidak mengetahui adanya masyarakat yang membutuhkan beberapa layanan kesehatan, seperti perawatan jangka panjang di rumah (35%), operasi elektif terencana (38%), dan layanan kesehatan mental (45%). Hal ini mungkin disebabkan oleh ketidaktahuan akan keberadaan dan fungsi layanan tersebut. Hal ini juga mengindikasikan kurangnya informasi yang diterima oleh tokoh masyarakat, seperti kader kesehatan dan pemimpin desa mengenai layanan ini, terutama untuk layanan kesehatan mental. Hasil dari penelitian ini juga mengindikasikan bahwa kebutuhan layanan kesehatan yang tidak terpenuhi dari layanan-layanan itu mungkin diabaikan.

Analisis lebih lanjut ditemukan bahwa kebutuhan kesehatan yang tidak terpenuhi untuk layanan medis darurat ditemukan lebih banyak di Papua (27%), Kalimantan Timur (25%), Daerah Istimewa Yogyakarta (25%), Sulawesi Utara (25%), dan DKI Jakarta (25%). Kebutuhan kesehatan tidak terpenuhi untuk layanan kesehatan jangka panjang dilaporkan tertinggi di DKI Jakarta (42%), Papua (28%), Sulawesi Utara (25%), Kalimantan Selatan (22%), dan Jawa Tengah (18%). Layanan tidak terpenuhi untuk kesehatan mental sebagian besar dilaporkan di Kalimantan Timur (25%), DKI Jakarta (25%), Papua (23%), Jawa Tengah (22%), dan Bali (20%). Layanan pengobatan penyakit kronis dilaporkan sebagai layanan kesehatan penting yang tidak diterima oleh sebagian besar masyarakat di Provinsi Sulawesi Utara (21%), Papua (24%), Kalimantan Selatan (16%), DKI Jakarta (17%), dan Jawa Tengah (23%). Kemudian, kebutuhan layanan operasi elektif terencana tidak terpenuhi dilaporkan paling banyak di Kalimantan Timur (25%), Papua (24%), Sulawesi Utara (18%), Jawa Tengah (16%), dan Jawa Timur (15%).

Melalui wawancara mendalam, studi ini juga menemukan bahwa masih terdapat beberapa layanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat tetapi belum tersedia di wilayah tempat tinggal mereka. Di beberapa wilayah terpencil, seperti Papua dan Papua Barat, layanan kesehatan primer seperti puskesmas belum dapat diakses. Hal ini dikarenakan keterbatasan jumlah puskesmas di wilayah tersebut, bahkan beberapa wilayah melaporkan tidak memiliki puskesmas. Selain itu, akses ke puskesmas juga terbatas karena adanya tantangan secara geografis, seperti jarak dan infrastruktur jalan. Dengan demikian, masih banyak masyarakat yang bergantung pada rumah sakit untuk kebutuhan layanan kesehatan. Hal ini kemudian berdampak pada akses di beberapa layanan esensial. Sebagai contoh, di Desa Kasonaweja di Papua, layanan esensial untuk persalinan masih terbatas. Fasilitas untuk operasi caesar belum tersedia di desa dan masih banyak ibu hamil harus melakukan perjalanan ke wilayah lain untuk melakukan persalinan. Pengobatan dan peralatan seperti tangki oksigen juga terbatas di desa. Hal ini berlanjut selama masa pandemi tanpa ada perubahan atau peningkatan layanan. Di wilayah terpencil dan rentan, adanya sedikit gangguan pada layanan kesehatan dapat memberikan konsekuensi kesehatan yang lebih buruk.

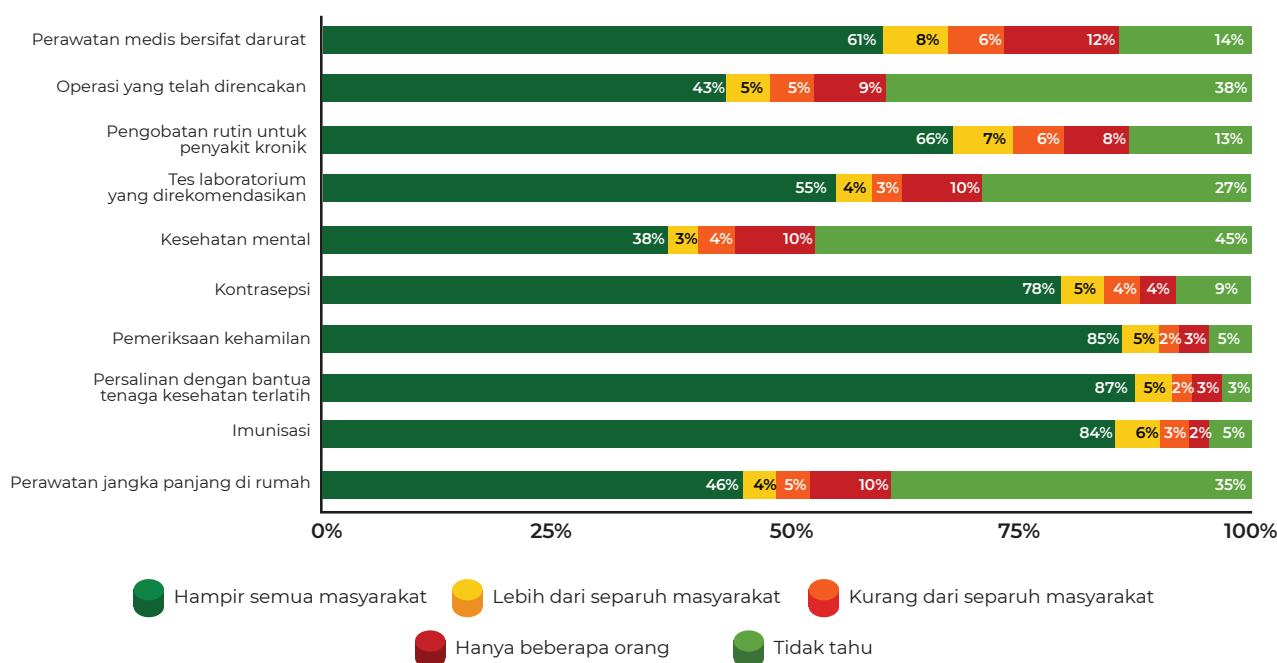
“Alat operasi caesar disini tidak ada, sama untuk operasi katarak. Buat operasi besar seperti ini perlu ke Jayapura, ke provinsi. Ini terutama untuk ibu hamil, mereka harus dibawa ke rumah sakit di Jayapura dikarenakan fasilitas kesehatan yang ada di desa tidak memiliki kantong darah untuk keadaan darurat.” (Provinsi Papua)

Di Aceh dan Sumatera Utara, responden memberikan informasi bahwa layanan lain yang masih belum dapat diakses di desa mereka adalah dokter spesialis dan fasilitas untuk operasi. Untuk akses ke spesialis, dalam beberapa kasus, mereka masih perlu melakukan kunjungan ke rumah sakit yang cukup jauh dari desa mereka. Kondisi yang semakin nampak di masa pandemi ini dibagikan oleh responden di Sumatera Utara yang menyatakan bahwa pasien dengan penyakit penyerta lebih banyak mengalami risiko dampak COVID-19 karena keterbatasan akses ke dokter spesialis di wilayah mereka.

“Harapan kita untuk pemerintah adalah untuk menambah jumlah dokter di desa. Untuk sekarang, hanya ada dokter umum di puskesmas. Jika ada kebutuhan khusus, seperti masalah mata (Dokter Mata), akan lebih baik jika sudah ada dokternya di desa. Ini akan membantu orang desa untuk bertindak lebih cepat untuk masalah kesehatan. Harus preventif bukan reaktif.” (Provinsi Aceh)

“Untuk pasien dengan komorbid, akses kesehatan lumayan terhambat ya selama pandemi COVID-19 ini. Ini karena tidak adanya dokter spesialis di kelurahan kami, sehingga harus ke kelurahan sebelah buat akses dokter spesialis. Namun karena kebijakan baru [pembatasan mobilitas selama pandemi], untuk pergi keluar kelurahan menjadi tantangan tersendiri.” (Provinsi Sumatera Utara)

Gambar 1. Proporsi masyarakat yang menerima layanan kesehatan esensial yang dibutuhkan di masyarakat dalam tiga bulan terakhir [N=748]



Hambatan dalam mengakses layanan kesehatan esensial di masyarakat

Pada bagian ini akan menjelaskan hambatan yang dialami oleh masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan, baik sebelum dan selama pandemi COVID-19. Meskipun sebagian besar responden menyatakan bahwa tidak ada hambatan dalam mengakses layanan kesehatan di masyarakat sebelum pandemi COVID-19, lebih dari seperempat responden menyatakan bahwa masyarakat masih mengalami kesulitan untuk mendapatkan layanan kesehatan yang mereka butuhkan sebelum pandemi. Seperti yang terlihat pada Gambar 2, tingginya biaya layanan kesehatan (13%), jarak ke fasilitas kesehatan (11%), keterbatasan transportasi untuk fasilitas kesehatan (8%), persepsi keterbatasan tenaga kesehatan (7%), dan persepsi kekurangan alat (6%) merupakan alasan-alasan yang sering disebutkan oleh responden sebagai hambatan untuk mencari layanan kesehatan dasar sebelum pandemi.

Berdasarkan hasil wawancara, tingginya biaya layanan kesehatan diakibatkan oleh banyaknya masyarakat yang tidak terdaftar dalam BPJS Kesehatan. Terlebih lagi, kurangnya pengetahuan terkait klaim atau prosedur penggunaan BPJS dan persepsi keberadaan beberapa layanan kesehatan yang tidak dibiayai oleh BPJS Kesehatan menyebabkan masyarakat tidak menggunakan BPJS Kesehatan saat mengakses layanan kesehatan. Sebagai tambahan, 2% responden melaporkan bahwa tidak ada layanan kesehatan seperti puskesmas keliling atau puskesmas pembantu di kabupaten/kota tempat mereka tinggal. Beberapa dari mereka mendeskripsikan bahwa keberadaan layanan kesehatan belum beroperasi atau tidak menyediakan layanan kesehatan dalam beberapa tahun terakhir. Kondisi ini dilaporkan oleh responden dari Papua, Jawa Barat, dan Jawa Tengah.

Temuan ini konsisten dengan hasil wawancara kualitatif di Papua, Kalimantan Timur, Kalimantan Utara, Papua Barat, dan Sulawesi Utara dengan proporsi tertinggi responden yang menyatakan bahwa terdapat hambatan dalam mengakses layanan kesehatan sebelum pandemi. Wawancara tersebut mengungkapkan bahwa di Kalimantan Timur, sebagai puskesmas terdekat di masyarakat, jam layanan dari puskesmas dianggap tidak memudahkan banyak pasien yang hanya memberikan layanan selama jam kerja. Banyak pasien yang tidak dapat mengunjungi puskesmas karena kewajiban di tempat kerja. Hal ini menyebabkan pasien harus mencari pilihan alternatif lain, seperti rumah sakit dan klinik swasta, yang berarti dapat meningkatkan biaya kesehatan.

“Masyarakat disini masih jarang menggunakan puskesmas karena jam buka puskesmas bersamaan dengan jam kerja mereka. Terutama selama pandemi ini, enggak bisa mereka tutup toko untuk mengunjungi puskesmas.” (Provinsi Kalimantan Timur)

Beberapa desa juga memiliki keterbatasan infrastruktur, pasokan alat medis, dan tenaga kesehatan untuk memberikan layanan kesehatan, seperti yang disampaikan oleh beberapa responden bahwa puskesmas di wilayahnya hanya berupa bangunan kosong dan tidak dipergunakan secara aktif.

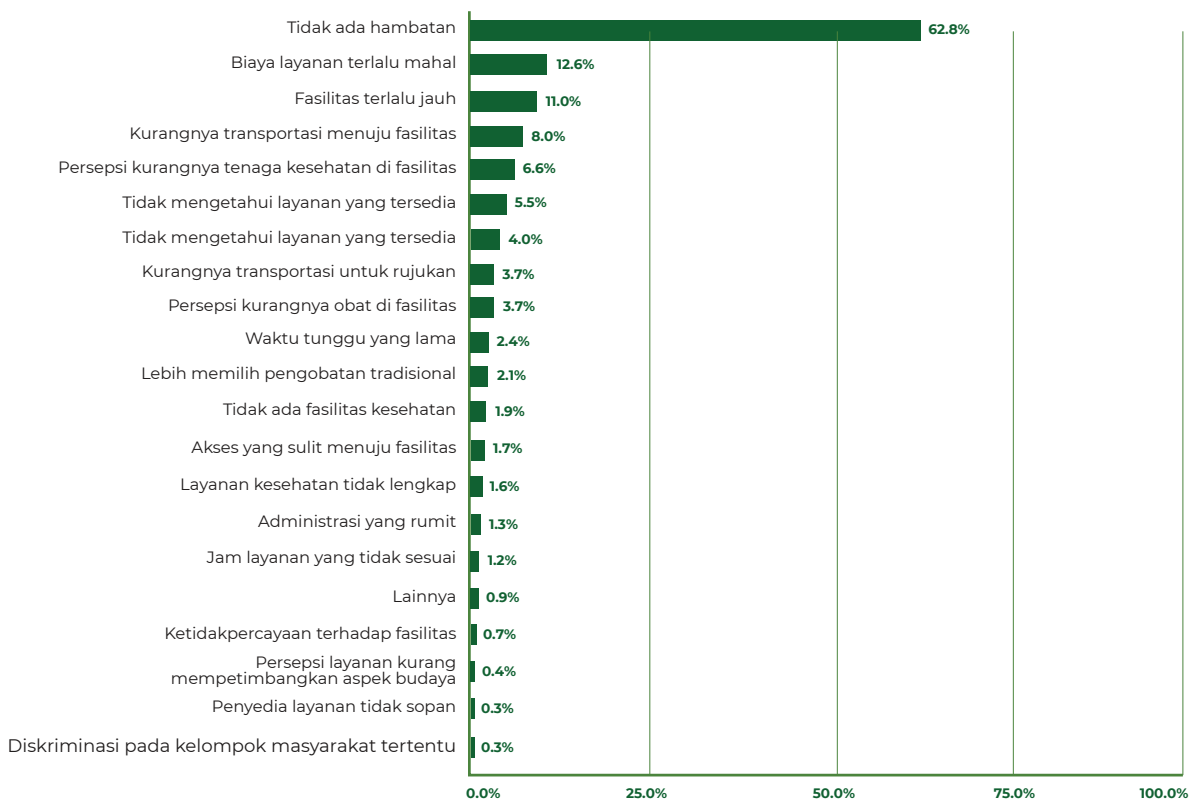
“Disinikan ada puskesmas pembantu tapi gak berjalan. Ditutup sudah 2 tahun ini. [Puskesmas pembantu] sudah direnovasi dan sudah dibangun, [tapi] malah gak ada yang jaga jadi ditutup. Katanya, pegawainya pada sibuk yang di puskesmas pusat.” (Provinsi Jawa Tengah)

“Belum ada puskesmas, pengobatannya cuma di rumah aja. [Puskesmas] lagi dibangun, belum ada pelayanan.” (Provinsi Papua)

Selanjutnya, di Kalimantan Utara, kader kesehatan menginformasikan bahwa masih ada permasalahan dalam mengakses pengobatan tertentu. Pada beberapa kasus, obat bebas yang ada di puskesmas sering dipersepsikan tidak efektif untuk menyembuhkan masalah kesehatan pasien. Selain itu, kebutuhan obat yang ada masih terlalu mahal untuk beberapa pasien dan tidak dibiayai oleh puskesmas maupun BPJS Kesehatan. Sebagai hasilnya, banyak pasien mendatangi pengobatan tradisional/alternatif.

“Obat di puskesmas memang gratis, tetapi kadang-kadang tidak efektif gitu untuk menyembuhkan pasien disini. Beda lah sama obat dari klinik swasta yang mahal gitu. Karena itu, banyak yang lebih memilih obat tradisional daripada obat gratis dari puskesmas. Mungkin obat modern gitu kurang cocok ya sama kami, saya kurang tahu juga.” (Provinsi Kalimantan Utara)

Gambar 2. Hambatan dalam mencari layanan kesehatan esensial pada periode sebelum pandemi [N=748]



Pandemi COVID-19 mungkin memperparah adanya hambatan dalam mengakses layanan kesehatan masyarakat ketika dibutuhkan. Berdasarkan Gambar 3, sekitar 64% responden memiliki persepsi bahwa terdapat perubahan dalam mengakses layanan kesehatan dalam tiga bulan terakhir. Penting menjadi catatan bahwa klasifikasi perubahan akses layanan kesehatan murni berdasarkan dari persepsi responden.

Khawatir terinfeksi COVID-19 di fasilitas kesehatan (44%), khawatir sengaja didiagnosis COVID-19 dan/atau melakukan tes COVID-19 (32%), penutupan fasilitas kesehatan atau kelebihan kapasitas (14%), khawatir terinfeksi COVID-19 ketika meninggalkan rumah (14%), dan perubahan jam buka layanan (12%) adalah jenis-jenis hambatan yang sering disebutkan oleh responden yang melaporkan perubahan dalam mengakses layanan kesehatan (Gambar 4). Hambatan-hambatan ini mungkin juga memperburuk tidak terpenuhinya kebutuhan layanan kesehatan pada bagian sebelumnya. Sebagai contoh, kelebihan kapasitas fasilitas layanan kesehatan dapat mencegah masyarakat untuk mengakses layanan kesehatan darurat dan khawatir terinfeksi COVID-19 di fasilitas kesehatan, khawatir sengaja didiagnosis COVID-19, atau khawatir terinfeksi ketika meninggalkan rumah juga mengarahkan masyarakat menunda rencana untuk segera mengakses layanan kesehatan esensial sesegera mungkin.

Temuan dari wawancara kualitatif ini mengungkapkan bahwa pandemi COVID-19 telah meningkatkan kesulitan bagi masyarakat untuk menerima layanan kesehatan esensial. Beberapa kesulitan yang ditemukan adalah layanan puskesmas ditutup karena puskesmas berfokus merespons COVID-19, seperti kasus di Jawa Tengah. Selain itu, responden dari Jawa Barat menginformasikan bahwa ketika layanan esensial masih berjalan, terdapat antrian panjang untuk mengakses layanan kesehatan tersebut karena puskesmas mengalokasikan sumber daya untuk melakukan tes dan pelacakan COVID-19.

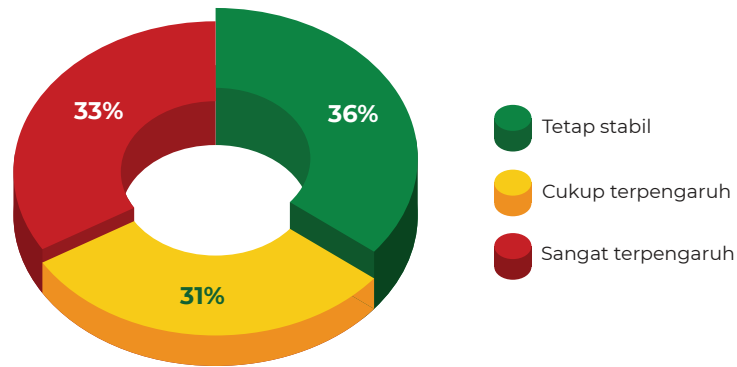
“Walaupun [puskesmas] tetap buka, masih ada rasa takut di masyarakat untuk ke puskesmasnya, takut mereka kalau dites tiba-tiba positif COVID-19. Memang takut di *swabbed*, gak tahu kalau itu takut di-*swab* atau takut positif COVID-19 (tertawa).” (Provinsi Jawa Tengah)

“Karena puskesmas fokus ke *testing* dan *tracing* untuk COVID-19, sekarang ada antrian panjang untuk layanan puskesmas lainnya.” (Provinsi Jawa Barat)

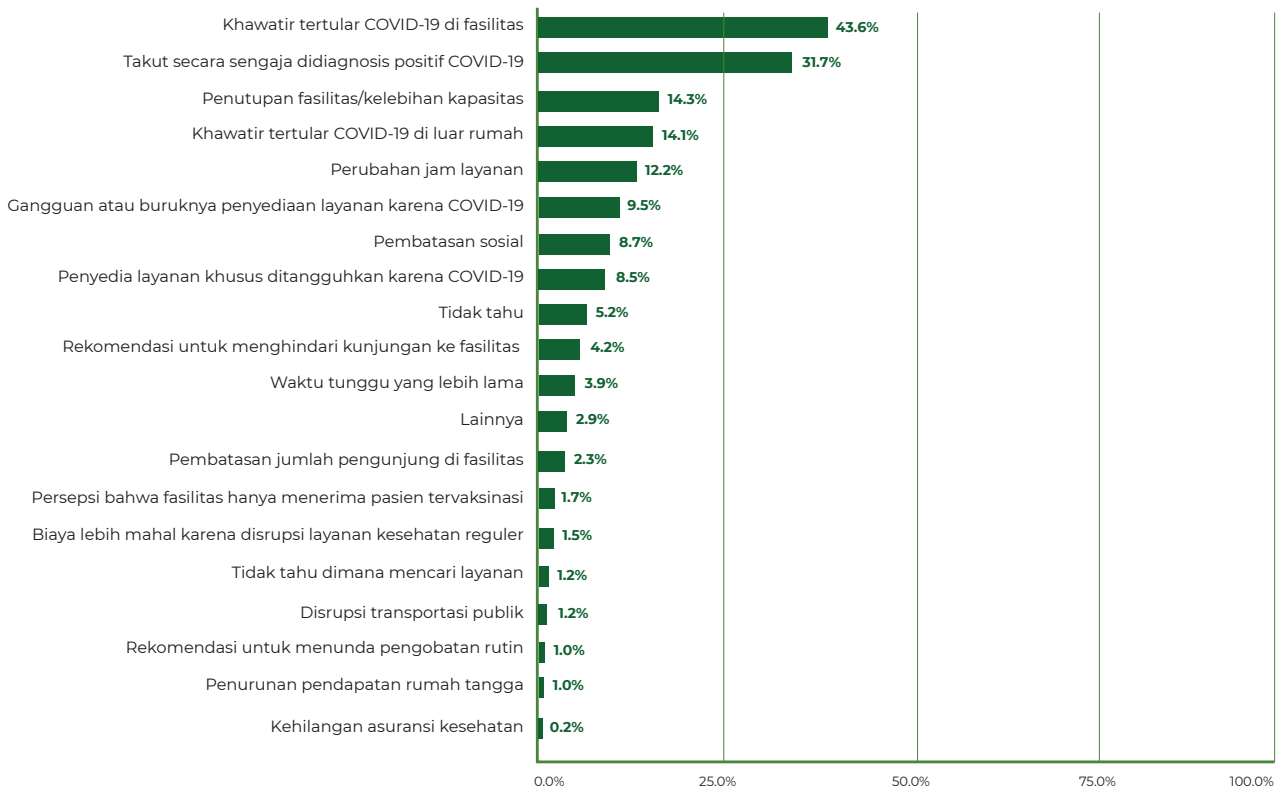
Dengan adanya keterbatasan dalam akses ke fasilitas kesehatan, beberapa wilayah menggunakan *telemedicine* sebagai cara untuk memberikan layanan berkesinambungan kepada masyarakat di masa pandemi ini. *Telemedicine* secara umum dipergunakan di provinsi-provinsi di Jawa, juga di Bali, Sulawesi, dan Sumatera. Seperti yang telah ditemukan di wawancara kualitatif, seorang responden dari Jawa Barat menginformasikan bahwa sejak kasus COVID-19 tinggi, puskesmas memanfaatkan infrastruktur digital yang tersedia. Pada kasus ini, puskesmas memberikan nomor telepon dan layanan pesan dengan menggunakan *WhatsApp* sehingga masyarakat dapat mengakses. Melalui *WhatsApp*, pasien dapat mengkonsultasikan masalahnya dengan tenaga kesehatan di puskesmas tanpa harus berkunjung ke puskesmas. Apabila pemeriksaan lebih lanjut dibutuhkan, maka puskesmas akan memberikan saran kepada pasien untuk datang ke puskesmas. Di samping itu, *telemedicine* telah digunakan pada pengobatan pasien COVID-19. Untuk mereka yang sedang isolasi mandiri di rumah atau di wilayah penampungan (*shelter*), tenaga kesehatan dapat melacak kondisi pasien tersebut melalui *WhatsApp*. Hal ini juga dapat memberikan akses langsung kepada masyarakat untuk menghubungi puskesmas apabila terdapat kasus gawat darurat.

“Sekarang semua digital. Kalau perlu kontak [puskesmasnya] tinggal lewat *WhatsApp*. Gak usah antri atau pergi ke puskesmas langsung ... Puskesmas pakai *WhatsApp* untuk monitor pasien COVID-19 [yang lagi isolasi mandiri]. [Puskesmasnya] koordinasi secara digital dengan pihak RT/RW. Jika ada pasien yang lari dari karantina, puskesmas akan tahu.” (Provinsi Jawa Barat)

Gambar 3. Perubahan akses layanan kesehatan di komunitas dalam tiga bulan terakhir [N=748]



Gambar 4. Hambatan dalam mencari layanan kesehatan esensial dalam tiga bulan terakhir [N=482]



Hambatan lain yang dialami oleh masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan adalah diskriminasi. Diskriminasi didefinisikan sebagai perbedaan perlakuan yang diterima oleh masyarakat untuk mengakses layanan kesehatan dalam hal ekonomi, sosial, fisik, dan atribut budaya. Sekitar 6% responden melaporkan adanya diskriminasi dalam mengakses layanan kesehatan (Gambar 5). Orang-orang yang sangat miskin (72%) dan penyintas COVID-19 (13%) adalah kelompok masyarakat yang dilaporkan sering mengalami diskriminasi (Gambar 6). Berdasarkan wawancara kualitatif di Papua, banyak tenaga kesehatan di wilayah mereka yang memberikan layanan kesehatan yang buruk untuk warga lokal. Responden menyatakan bahwa tenaga kesehatan sering kali tidak ramah dan kasar kepada pasien lokal serta pasien merasa bahwa tenaga kesehatan tidak memperhatikan keluhannya dengan serius. Hal ini dikarenakan banyak tenaga kesehatan di Papua tidak berasal dari wilayah tersebut dan mungkin menimbulkan adanya ketegangan dengan masyarakat lokal. Beberapa wilayah juga melaporkan bahwa penyintas COVID-19 juga mendapatkan diskriminasi di puskesmas karena

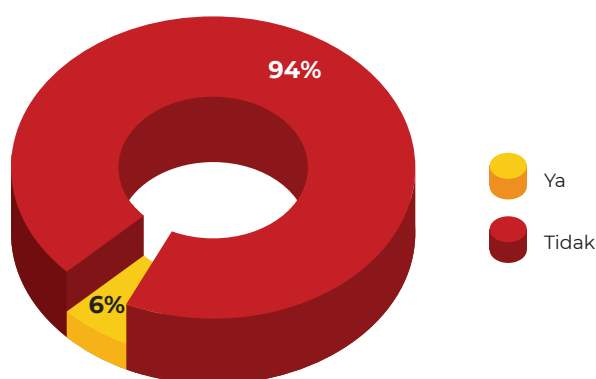
beberapa masih khawatir apabila mereka masih dapat menularkan virus. Beberapa penyintas COVID-19 juga mengeluhkan bahwa mereka harus memanggil puskesmas untuk melaksanakan kunjungan rumah terlebih dahulu apabila membutuhkan pengobatan atau layanan lainnya. Yang terakhir, diskriminasi juga dialami oleh kelompok masyarakat yang sangat miskin. Hal ini dikarenakan adanya masyarakat yang belum terdaftar di asuransi nasional atau BPJS Kesehatan sehingga tidak dapat membayar beberapa biaya pengobatan.

Wawancara mendalam yang dilakukan mengungkapkan beberapa upaya yang telah dilakukan oleh masyarakat selama pandemi untuk mengatasi kendala dalam mengakses layanan kesehatan. Upaya masyarakat berkaitan pada peningkatan edukasi kesehatan di daerah untuk mengurangi penyebaran COVID-19 di masyarakat dan meredakan stigma tentang COVID-19. Di Jawa Tengah, responden menginformasikan bahwa beberapa puskesmas telah memperkenalkan sistem tiket untuk mengurangi antrean di puskesmas sehingga pasien dapat memperkirakan kedatangan mereka di puskesmas. Responden dari Desa Gading, Sumatera Utara juga menyampaikan bahwa pemerintah desa membeli mobil ambulans baru untuk kasus gawat darurat sebagai respons penyebaran wabah ini. Hal ini diinisiasi oleh kepala desa dengan mendapat dukungan dari puskesmas setempat.

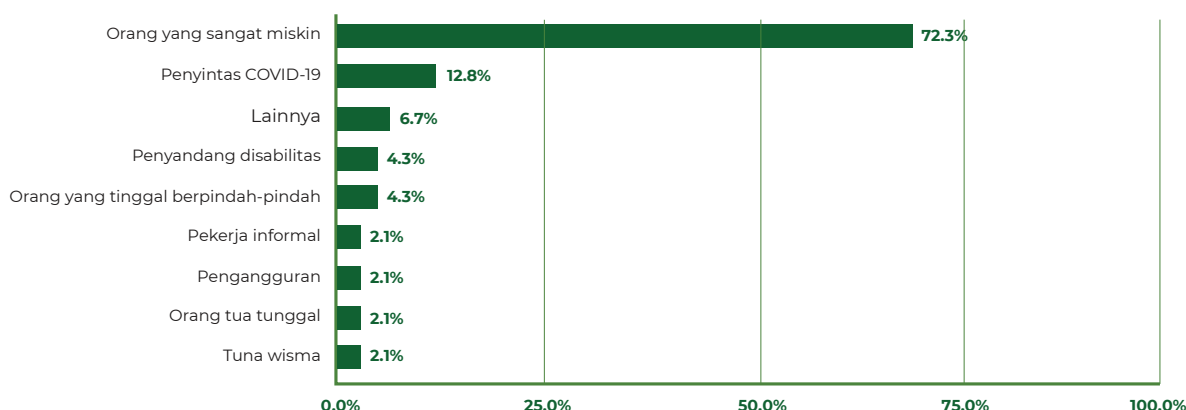
“Tenaga kesehatan [di puskesmas] sudah bagus bisa menerapkan sistem antrian tiket di puskesmas agar masyarakat bisa tetap mematuhi protokol kesehatan dan menjaga jarak di puskesmasnya.” (Provinsi Jawa Barat)

“Rumah sakit yang terdekat 30 atau 40 km dari desa, oleh karena itu buat kondisi darurat pemerintah daerah (Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota) menyediakan ambulans baru selama pandemi ini.” (Provinsi Aceh)

Gambar 5. Proporsi responden yang melaporkan adanya diskriminasi di masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan [N=748]



Gambar 6. Kelompok masyarakat yang menerima perlakuan diskriminasi dalam tiga bulan terakhir [N=45]



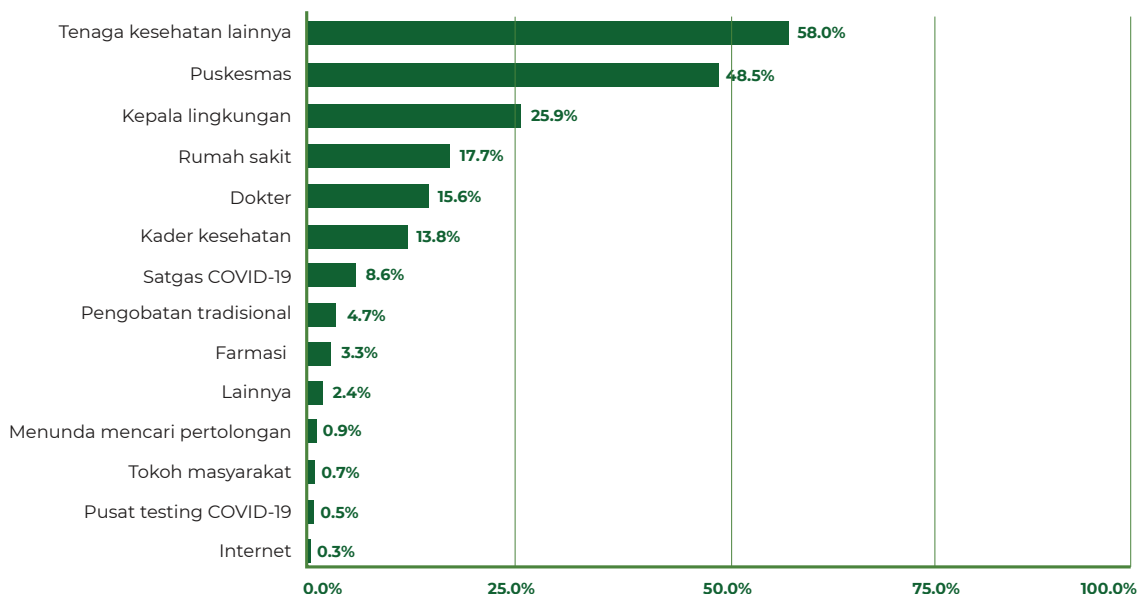
Perilaku mengakses layanan kesehatan di masyarakat

Studi ini juga menemukan bahwa lebih dari separuh masyarakat menghubungi fasilitas kesehatan atau tenaga kesehatan lainnya untuk meminta pengobatan atau penanganan ketika mereka merasa kurang sehat. Seperti yang ditunjukkan pada Gambar 7, puskesmas atau tenaga kesehatan lain seperti bidan desa dan mantri, serta kepala lingkungan² adalah orang-orang yang paling banyak disebutkan untuk dihubungi pertama kali ketika masyarakat merasa kurang sehat dalam tiga bulan terakhir. Yang menarik, kepala lingkungan yang tidak dikategorikan sebagai tenaga kesehatan juga menjadi orang yang dihubungi pertama kali oleh masyarakat. Hal ini mungkin dikarenakan adanya peraturan di masyarakat di mana orang dengan gejala COVID-19 harus menginformasikan terlebih dahulu kepada kepala lingkungan.

Ketika sebagian besar masyarakat menghubungi layanan kesehatan atau tenaga kesehatan ketika merasa kurang sehat, ada beberapa responden yang melaporkan bahwa masyarakat masih mencari pengobatan tradisional (5%), menunda mencari bantuan (1%), dan mencari informasi di internet (0,3%). Provinsi Sulawesi Utara, Papua Barat, Aceh, dan Kalimantan Selatan adalah provinsi dengan proporsi tertinggi responden yang mencari pengobatan tradisional. Berdasarkan wawancara kualitatif, alasan mengapa masyarakat lebih memilih berobat ke pengobatan tradisional adalah karena adanya tingkat kepercayaan yang tinggi pada pengobatan setempat dan pengobatan tradisional sudah dikenal secara luas di masyarakat, terutama untuk masyarakat-masyarakat di wilayah terpencil, seperti Papua, Papua Barat, dan Sulawesi Utara. Masyarakat telah menggunakan pengobatan tradisional sejak lama sebelum pengobatan modern masuk dalam komunitas mereka. Dengan kata lain, masyarakat lebih familiar dengan pengobatan tradisional dibandingkan dengan metode pengobatan secara modern. Seorang responden dari Papua bahkan melaporkan bahwa masih ada sebagian kecil masyarakat yang lebih memilih melahirkan di dukun beranak dibandingkan pergi ke pendamping persalinan terlatih atau fasilitas kesehatan.

“Ada itu kepercayaan tinggi untuk mantri, dukun, di masyarakat sini. Obat herbal dan cara pengobatan tradisional, seperti menggosok tepi daun di badan untuk melawan malaria, banyak dipakai disini ... Ini banyak karena keterbatasan akses obat modern, fasilitasnya, serta tidak adanya dokter spesialis di desa kami.” (Provinsi Papua)

Gambar 7. Pihak yang dihubungi pertama kali untuk meminta saran atau menerima perawatan oleh masyarakat ketika merasa kurang sehat dalam tiga bulan terakhir [N=748]



²Kepala lingkungan mencakup Camat, kepala desa, lurah, ketua RW, dan Ketua RT

Persepsi masyarakat terkait infeksi COVID-19

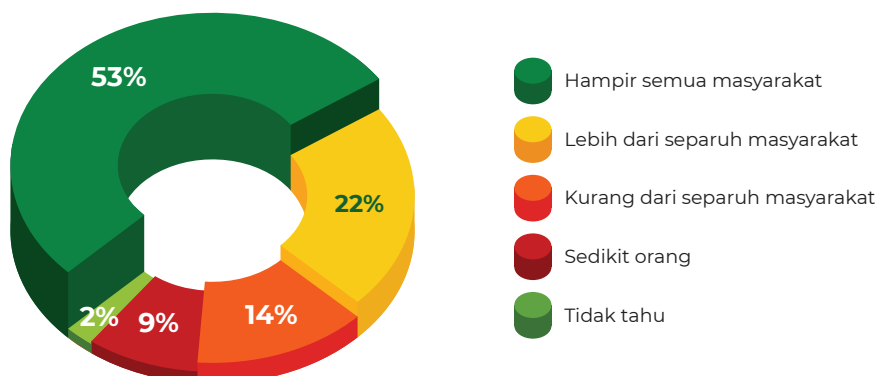
Seperti yang terlihat pada gambar 8, sekitar 74% responden melaporkan bahwa sebagian besar masyarakat masih khawatir terhadap penyebaran COVID-19 dalam tiga bulan terakhir. Hasilnya, sebagian besar masyarakat menjadi waspada dalam mengunjungi layanan kesehatan. Seorang responden dari Jawa Timur menyatakan dalam wawancara mendalam bahwa bagi mereka yang membutuhkan layanan kesehatan, mereka takut mengunjungi rumah sakit meskipun mereka menderita COVID-19. Sama halnya dengan lansia, mereka takut jika meninggal di rumah sakit, keluarga dan teman-teman tidak berada di sisi mereka ketika meninggal.

“Banyak lansia yang takut ke rumah sakit karena takut di-COVID-kan ... Jika mereka meninggal di rumah ada keluarga dan kerabat yang bisa melayat ... Jika meninggal di rumah sakit, gak ada orang yang bisa datang.” (Provinsi Jawa Timur)

Sebaliknya, sekitar 23% responden melaporkan bahwa sebagian besar masyarakat tidak khawatir dengan penularan COVID-19, di mana Aceh (40%), Jawa Tengah (34%), Jawa Barat (28%), DI Yogyakarta (25%), dan Jawa Timur (22%) memiliki proporsi tertinggi. Untuk Aceh, persentase ini didukung oleh hasil wawancara kualitatif, yang mana responden menganggap bahwa di desa mereka tidak banyak kasus COVID-19 sehingga mereka tidak memperdulikan penularan COVID-19. Hasil yang sama ditemukan di Jawa Tengah, responden menyatakan bahwa mereka telah terbiasa hidup dengan virus dan telah menerima bahwa virus ini menjadi bagian dari hidup mereka di masa mendatang.

“Banyak dari kami yang sudah pernah terpapar COVID-19, dengan gejala yang berbeda-beda. Namun tetap, masyarakat *solid* saling membantu, gotong-royong. Banyak yang antusias untuk divaksin. Harus kita sadari untuk hidup dengan virus [COVID-19] ini, yang penting semua divaksin.” (Provinsi Jawa Tengah)

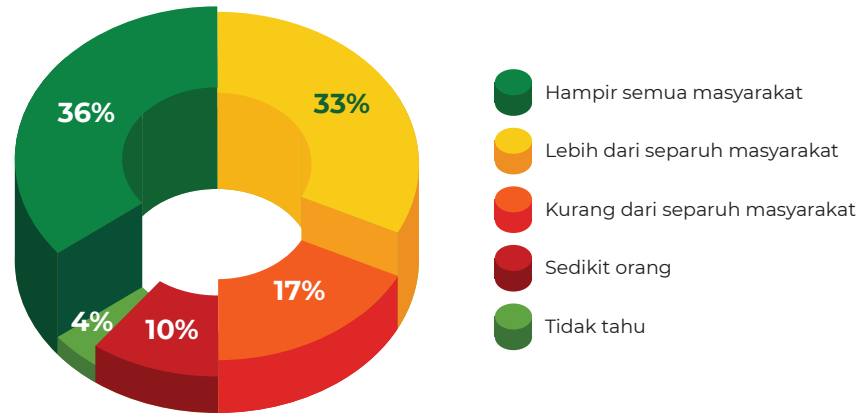
Gambar 8. Proporsi masyarakat yang khawatir dengan penyebaran COVID-19 dalam tiga bulan terakhir [N=748]



Persepsi masyarakat terkait vaksin COVID-19

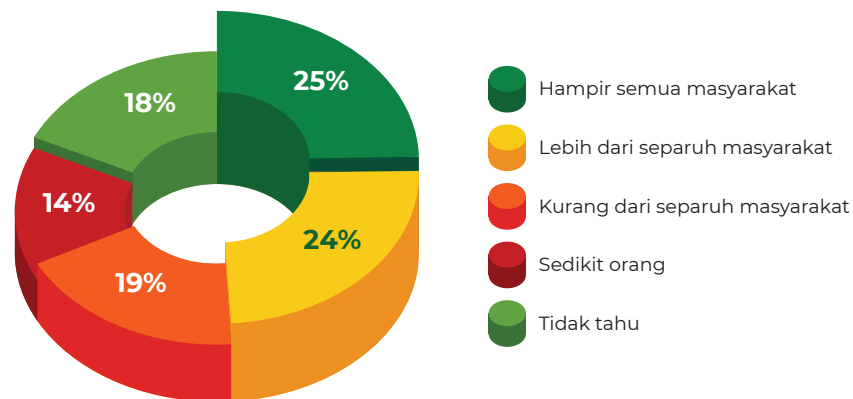
Kesediaan orang dewasa untuk mendapatkan vaksinasi ditunjukkan pada Gambar 9. Meskipun lebih dari separuh responden (68%) menyatakan bahwa lebih dari separuh masyarakat dan sebagian besar masyarakat bersedia mendapatkan vaksin COVID-19, sekitar 27% responden melaporkan bahwa masih terdapat kurang dari separuh masyarakat atau sedikit masyarakat yang bersedia divaksin. Provinsi tertinggi dengan proporsi hanya kurang dari separuh masyarakat atau sedikit masyarakat yang bersedia mendapatkan vaksin COVID-19 adalah Papua (58%), Papua Barat (57%), Aceh (55%), Kalimantan Timur (30%), dan Jawa Tengah (27%).

Gambar 9. Proporsi orang dewasa yang bersedia mendapatkan vaksin COVID-19 di masyarakat [N=748]



Gambar 10 menunjukkan bahwa proporsi orang tua yang menginginkan anaknya mendapatkan vaksin COVID-19 (48%) lebih rendah dari proporsi orang dewasa yang menginginkan vaksin untuk diri mereka sendiri (68%). Sekitar 19% responden melaporkan kurang dari separuh orang tua di masyarakat menginginkan anaknya mendapatkan vaksin COVID-19 dan 14% dari responden menyatakan bahwa hanya beberapa orang tua ingin vaksin COVID-19 untuk anaknya (Gambar 10). Namun, data ini harus dilihat secara hati-hati dikarenakan terdapat 18% responden yang menyatakan tidak mengetahui preferensi orang tua terkait vaksin COVID-19 untuk anak mereka. Aceh (55%), Papua Barat (50%), Papua (45%), Kalimantan Selatan (41%), dan Sumatera Utara (39%) memiliki proporsi orang tua yang tidak menginginkan anaknya mendapatkan vaksin COVID-19 tertinggi.

Gambar 10. Proporsi orang tua di masyarakat yang bersedia vaksin COVID-19 diberikan ke anaknya [N=748]



Seperti yang ditunjukkan pada Gambar 11, alasan utama masyarakat enggan untuk mendapatkan vaksin COVID-19 adalah kekhawatiran mereka terhadap efek samping COVID-19 (83%). Kurangnya edukasi dan informasi mengenai vaksin COVID-19 berkontribusi terhadap kekhawatiran masyarakat mengenai efek samping vaksin COVID-19. Selain itu, responden menyatakan bahwa persebaran informasi yang salah (misinformation) mengenai efek samping vaksin COVID-19 adalah alasan utama mengapa masyarakat takut untuk mendapatkan vaksin COVID-19.

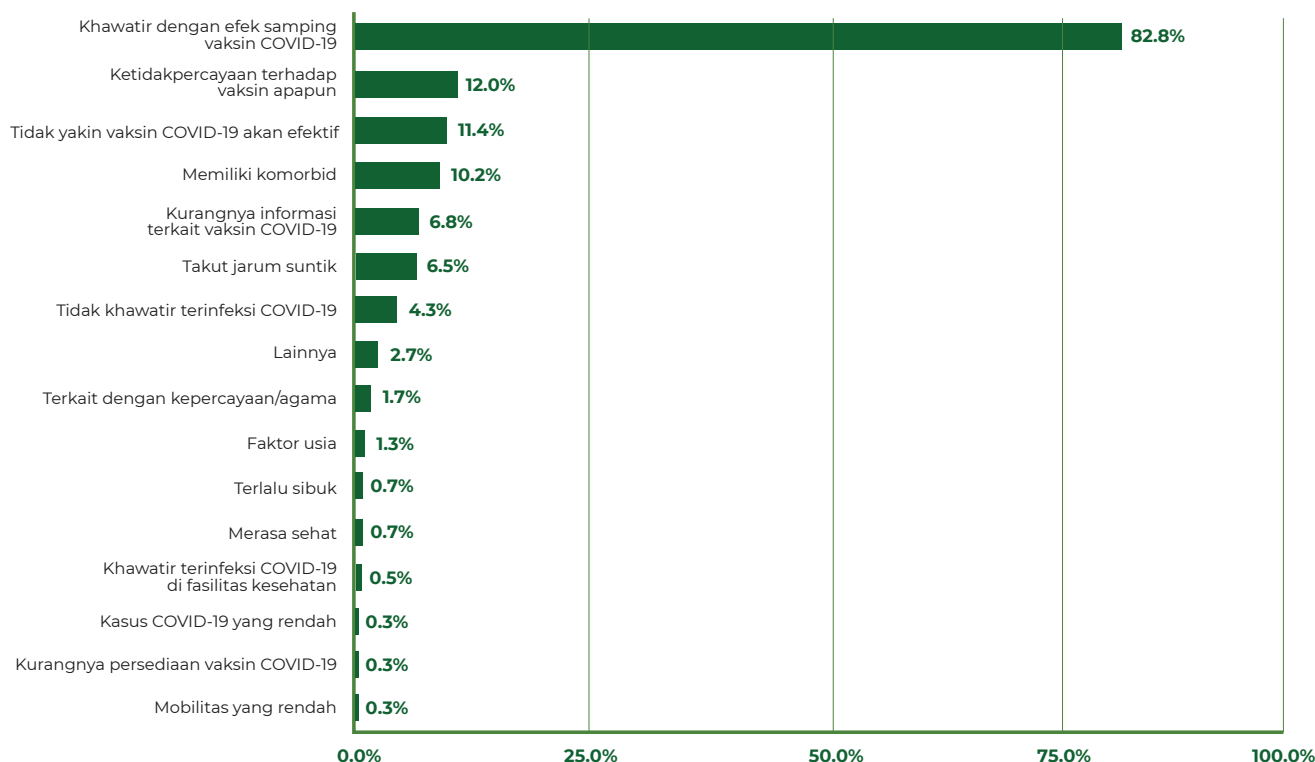
Ketidakpercayaan secara umum kepada vaksin (12%), tidak yakin bahwa vaksin COVID-19 akan efektif (12%), dan adanya kondisi komorbid (10%) merupakan alasan lain yang disebutkan oleh responden atas ketidak-inginan masyarakat untuk divaksin. Beberapa responden juga menyatakan alasan masyarakat enggan untuk mendapatkan vaksin adalah kurangnya informasi terkait vaksin COVID-19 (7%), persepsi bahwa masyarakat merasa sehat (1%), faktor agama (1%) dan persepsi rendahnya mobilitas (0,3%). Alasan-alasan ini mengkonfirmasi kurangnya informasi dan edukasi yang diterima oleh masyarakat terkait manfaat, keamanan, efektivitas, dan efek samping dari vaksin COVID-19 serta informasi secara detil mengenai bahan pembuatan dari masing-masing jenis vaksin COVID-19.

Di Aceh, Papua, dan Papua Barat, provinsi dengan persentase tertinggi untuk keraguan vaksin COVID-19 untuk orang dewasa dan anak-anak, sekitar tiga per empat dari responden di masing-masing provinsi menyatakan alasan utama menolak vaksin COVID-19 di masyarakat adalah karena khawatir terhadap efek samping vaksin COVID-19. Hasil dari wawancara mendalam mendukung penemuan dalam survei. Di Daerah Istimewa Yogyakarta, responden melaporkan kurangnya pemahaman terkait bahan pembuatan vaksin membuat keraguan bagi masyarakat untuk mendapat vaksin. Hasil yang sama ditemukan di Jawa Barat, sumber informasi adalah penyebab utama banyaknya masyarakat yang menerima informasi dari sumber yang tidak terpercaya, seperti tetangga dan tokoh agama yang tidak terinformasi. Sebagai tambahan, wawancara mendalam menemukan beberapa masyarakat merasa tidak perlu mendapatkan vaksinasi, seperti yang terjadi di Aceh. Masyarakat khawatir bahwa vaksin akan lebih memberikan dampak buruk daripada memberikan manfaat, terutama untuk masyarakat yang memiliki penyakit penyerta.

“Bisa dibilang banyak yang masih takut terhadap vaksin COVID-19. Masyarakat takut apa isi vaksin itu, apa yang akan masuk ke tubuh mereka. Mereka memang kurang dapat informasi tentang vaksin atau memang gak ngerti aja pas dijelaskan.” (Provinsi DI Yogyakarta)

“Karena tidak ada kasus COVID-19 di desa kami, banyak [orang desa] yang ke saya, nanya ‘Kenapa kita harus divaksin jika tidak ada kasus di sini?’” (Provinsi Aceh)

Gambar 11. Alasan utama penolakan vaksin COVID-19 di masyarakat [N=599]



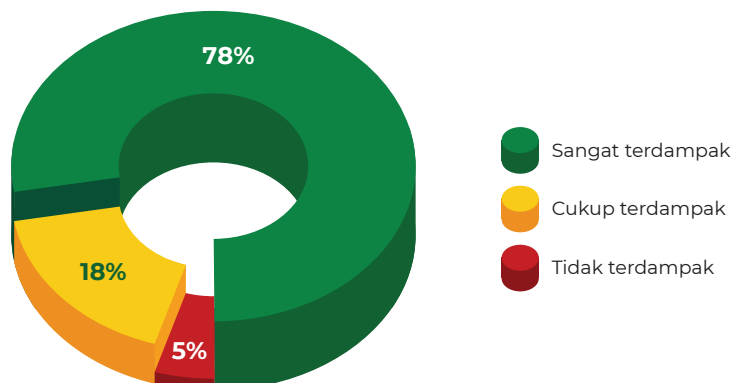
Aset dan kerentanan masyarakat

Secara umum, mayoritas responden melaporkan bahwa pandemi COVID-19 berdampak secara signifikan pada ekonomi masyarakat (Gambar 12). Dampak ekonomi ini merata di seluruh provinsi dengan lebih dari 90% responden di setiap provinsi melaporkan masyarakat terdampak secara ekonomi dari pandemi. Berdasarkan hasil wawancara mendalam, meskipun sebagian besar masyarakat terdampak pandemi, responden melaporkan bahwa pedagang kaki lima dan pemilik warung lokal adalah kelompok masyarakat yang paling terdampak. Hal ini dikarenakan adanya pembatasan pada aktivitas ekonomi dan berkurangnya aktivitas pariwisata di wilayah tersebut, terutama untuk mereka yang tinggal di kota-kota besar. Terbatasnya aktivitas pariwisata tidak hanya dirasakan di wilayah tertentu, seperti Bali dan Daerah Istimewa Yogyakarta, tetapi di seluruh wilayah di mana pariwisata domestik juga dibatasi karena adanya pembatasan perjalanan. Secara keseluruhan, dampak ekonomi dari pandemi paling dirasakan oleh orang-orang yang tidak dapat bekerja dari rumah atau melakukan transisi ke *e-commerce*.

Di luar aktivitas ekonomi, seorang responden dari Daerah Istimewa Yogyakarta menggaris bawahi bahwa sektor pendidikan juga sangat terdampak. Responden berbagi pengalamannya sebagai seorang ibu, karena sistem pembelajaran diubah menjadi daring, banyak kesulitan yang ditemui untuk beradaptasi dengan sistem yang baru. Guru harus beradaptasi dengan metode ini untuk menyesuaikan dengan sistem pembelajaran daring, di mana generasi yang lebih tua mengalami kesulitan. Murid juga menemui kesulitan untuk memperhatikan dan mengikuti kelas daring. Orang tua juga harus menyesuaikan diri antara menjaga anaknya sambil bekerja dari rumah, di mana hal ini juga menjadi tantangan tersendiri.

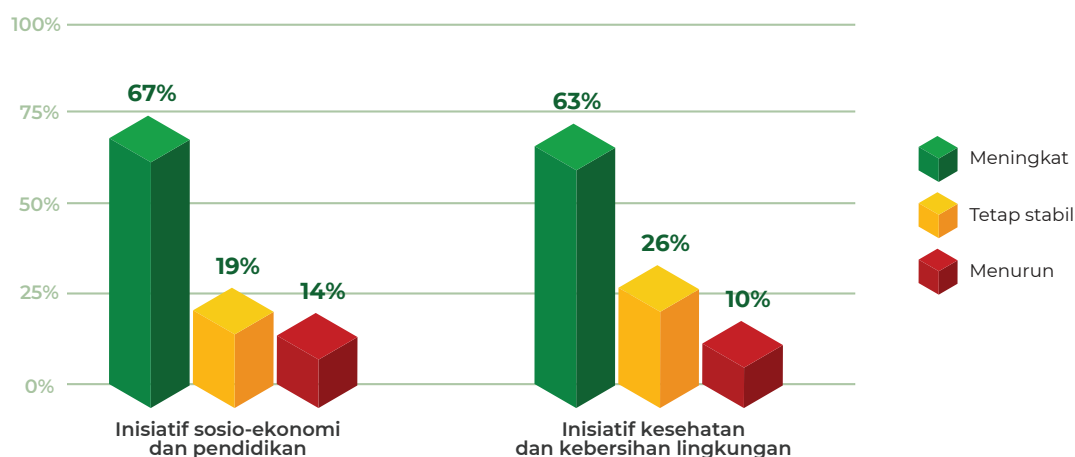
"Yang bikin sakit kepala itu pendidikan. Sebagai ibu, saya mengerti susah nya anak untuk memahami materi pembelajaran [untuk belajar secara daring] dibanding pas kelas *offline*. Susah banget untuk fokus ke pelajaran. Saya pun tidak ada waktu untuk membantu anak saya, karena itu saya belikan mereka HP biar mereka google aja jawabannya ... Memang tidak semua keluarga memiliki akses teknologi yang dibutuhkan untuk belajar *online*, dan banyak juga anak yang jadinya perlu bantu usaha orang tuanya, karena itu banyak anak yang keluar dari sekolah selama pandemi ini."
 (Provinsi DI Yogyakarta)

Gambar 12. Dampak ekonomi dari pandemi COVID-19 di masyarakat [N=748]



Studi ini menemukan bahwa dalam tiga bulan terakhir, inisiatif sosio-ekonomi dan pendidikan di masyarakat secara keseluruhan mengalami peningkatan (67%) seperti yang ditunjukkan pada Gambar 13. Bantuan tunai (89%), penyediaan paket makanan/sembako (77%), penyediaan fasilitas pendukung untuk pembelajaran jarak jauh (26%), dan dukungan untuk orang-orang yang diisolasi/dikarantina (12%) adalah jenis inisiatif yang dilaporkan meningkat di masyarakat (Gambar 14). Sebaliknya, terdapat 14% responden yang melaporkan bahwa inisiatif sosio-ekonomi dan pendidikan mengalami penurunan di masyarakat. Hal ini diakibatkan karena adanya Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) yang mencegah mereka untuk berkumpul atau melakukan aktivitas yang tidak esensial.

Gambar 13. Perubahan inisiatif dalam aspek sosio-ekonomi, pendidikan, kesehatan dan kebersihan lingkungan di masyarakat dalam tiga bulan terakhir [N=748]

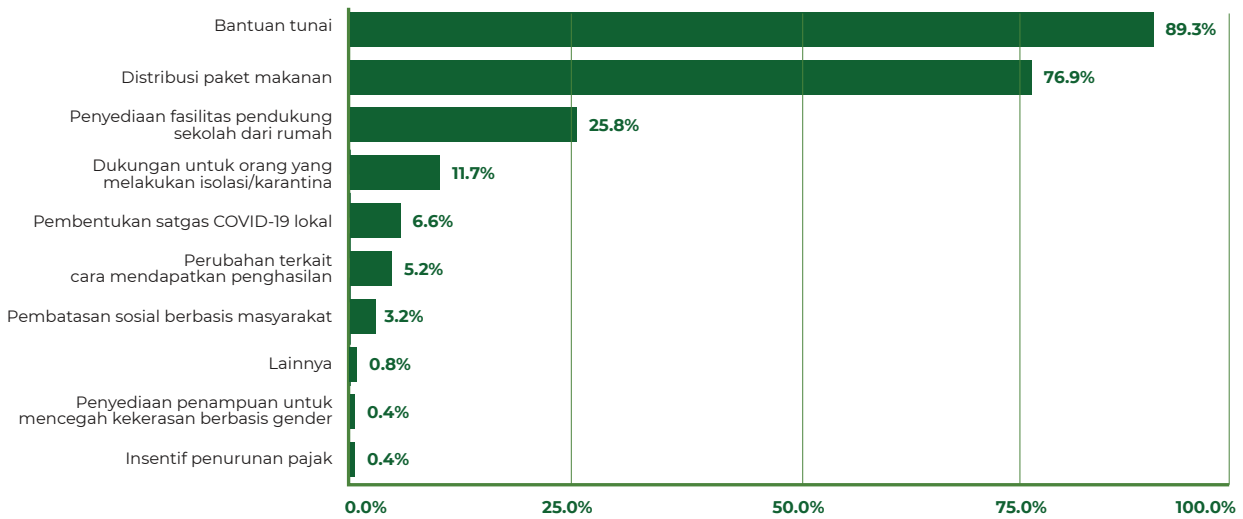


Persentase tertinggi dari responden yang melaporkan peningkatan inisiatif sosio-ekonomi dan pendidikan berasal dari Daerah Istimewa Yogyakarta (80%), Sulawesi Selatan (77%), Jawa Barat (77%), DKI Jakarta (75%), dan Jawa Timur (75%). Salah satu inisiatif utama yang berkaitan dengan aktivitas sosio-ekonomi adalah penyediaan paket makanan/sembako bagi mereka yang sedang melakukan isolasi/karantina mandiri. Inisiatif ini mendapatkan dukungan dari pemerintah provinsi maupun pemerintah kabupaten/kota. Pihak lain yang membantu memberikan inisiatif sosial-ekonomi adalah politisi lokal, yang sedang berada di periode kampanye pemilihan untuk dewan legislatif provinsi dan nasional, serta perusahaan swasta, sebagai bagian dari inisiatif CSR mereka. Masyarakat setempat kemudian membantu mendistribusikan paket makanan/sembako tersebut kepada pasien COVID-19. Kondisi semacam ini dapat terjadi karena kekuatan gotong-royong sehingga masyarakat proaktif mendukung satu sama lain. Di DKI Jakarta, responden juga menginformasikan bahwa terdapat dukungan ekonomi kepada keluarga yang telah kehilangan anggota keluarganya karena COVID-19. Masyarakat akan memberikan uang bantuan atau uang takziah untuk keluarga tersebut.

“Dukungan masyarakat untuk penyintas COVID-19 yang sedang isolasi mandiri biasa dalam bentuk sembako makanan. Kami [dari pihak kelurahan] memberi dukungan bantuan tunai, berupa uang takziah, bagi keluarga yang memiliki anggota keluarga yang meninggal karena COVID-19. Sifat gotong-royong di masyarakat memang sangat kuat.” (Provinsi DKI Jakarta)

Pada Gambar 13, sekitar 14% responden juga melaporkan adanya penurunan inisiatif sosio-ekonomi dan pendidikan. Provinsi dengan persentase tertinggi responden yang melaporkan penurunan inisiatif tersebut antara lain Kalimantan Timur (35%), Papua (32%), Kalimantan Utara (25%), dan Bali (23%).

Gambar 14. Jenis inisiatif sosio-ekonomi dan pendidikan yang meningkat di masyarakat dalam tiga bulan terakhir [N=503]



Seperti yang terlihat di Gambar 13, sekitar 63% responden juga melaporkan adanya peningkatan pada inisiatif kebersihan dan kesehatan lingkungan dalam tiga bulan terakhir, dengan proporsi yang sedikit lebih rendah jika dibandingkan dengan inisiatif sosio-ekonomi dan pendidikan. Distribusi paket higienitas (78%), aktivitas promosi kesehatan (41%), penyediaan fasilitas cuci tangan (36%), distribusi informasi/edukasi mengenai kebersihan dan kesehatan lingkungan (23%), dukungan obat-obatan, oksigen, dan manajemen limbah untuk orang-orang yang diisolasi/karantina mandiri atau kelompok rentan (18%) merupakan inisiatif yang dilaporkan paling mengalami peningkatan di masyarakat dalam tiga bulan terakhir (Gambar 15).

Peningkatan inisiatif kesehatan dan kebersihan lingkungan sebagian besar dilaporkan di DKI Jakarta (83%), Sulawesi Utara (82%), Sulawesi Selatan (77%), Sumatera Utara (75%), dan Daerah Istimewa Yogyakarta (70%). Berdasarkan temuan dalam wawancara mendalam kepada informan Daerah Istimewa Yogyakarta, DKI Jakarta, dan Sulawesi Selatan, inisiatif kesehatan yang prakarsai oleh masyarakat terdiri dari pembagian masker medis dan hand sanitizer. Sebagai tambahan, di Jawa Barat, informan menginformasikan bahwa mereka menyediakan dukungan mental kepada pasien yang diisolasi melalui WhatsApp. Di Kalimantan Timur, mereka juga menyediakan peningkatan dukungan untuk kelompok rentan, seperti lansia melalui penyediaan popok dewasa. Di samping itu, sebagian besar wilayah juga meningkatkan edukasi kesehatan dan kesadaran masyarakat dengan membagikan pamflet secara rutin serta stiker mengenai cara memerangi COVID-19.

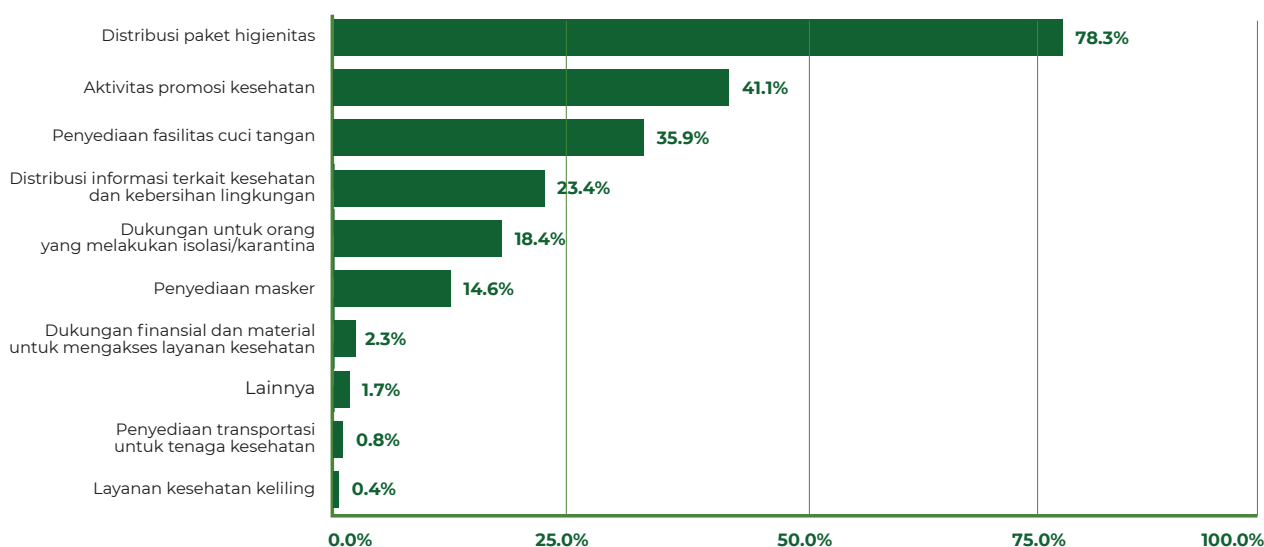
“Kelompok yang paling terdampak [oleh COVID-19] buat saya adalah lansia. Oleh karena itu kami memberi dukungan tambahan untuk lansia seperti popok dewasa, sembako makanan, dan lainnya. Terutama memang untuk lansia yang hidup sendiri tanpa keluarga lain, memang susah bertahan hidup selama pandemi ini.” (Provinsi Kalimantan Timur)

Meskipun demikian, sekitar 10% responden menyatakan bahwa terdapat penurunan inisiatif kesehatan dan kebersihan lingkungan di masyarakat. Penurunan inisiatif kesehatan dan kebersihan lingkungan sebagian besar dilaporkan di Papua Barat (32%), Papua (25%), dan Kalimantan Utara (25%). Penemuan dari wawancara mendalam mendukung data ini. Di Kalimantan Utara, salah seorang kepala desa menginformasikan bahwa mereka telah mengajukan kebutuhan perlindungan kesehatan, seperti masker dan hand sanitizer ke pemerintah kabupaten, tetapi respons dari pemerintah lamban. Hal ini disebabkan karena adanya kesulitan untuk mengakses wilayah tersebut, seperti Desa Kalamprising di Kalimantan

Utara yang terletak di pulau perbatasan antara Indonesia dan Malaysia. Kondisi yang sama juga terjadi di Desa Kasonaweja di Papua, di mana informan menyampaikan kekhawatiran bahwa terbatasnya bantuan pemerintah dikarenakan permasalahan logistik terkait dengan sulitnya mengakses wilayah tersebut.

“Jalanan di sekitaran desa kami sangat jelek, akses ke fasilitas kesehatan memang terbatas. Sebelumnya saya sudah bersurat ke pihak [pemerintah] kabupaten tapi belum dapat tanggapan sampai sekarang. Selain ini, memang belum dapat dukungan dana dari pemerintah selama pandemi berjalan. Setidaknya saya berharap akses jalanan ke fasilitas kesehatan dapat diperbaiki.” (Provinsi Kalimantan Utara)

Gambar 15. Jenis inisiatif kesehatan dan kebersihan lingkungan yang meningkat di masyarakat dalam tiga bulan terakhir [N=474]



Hambatan penyediaan layanan kesehatan berbasis masyarakat

Bagian ini secara spesifik ditanyakan kepada kader kesehatan di masyarakat. Terdapat 181 kader kesehatan mewakili 181 desa/kelurahan yang diwawancarai pada survei ini. Terdapat enam desa yang tidak memiliki kader kesehatan atau kader kesehatan tidak bersedia untuk berpartisipasi dalam survei ini. Seperti yang terlihat pada Tabel 3, kader kesehatan didominasi oleh perempuan (96% dibanding 4%). Mayoritas kader kesehatan berumur 25-44 tahun (65%) dan 45-65 tahun (32%).

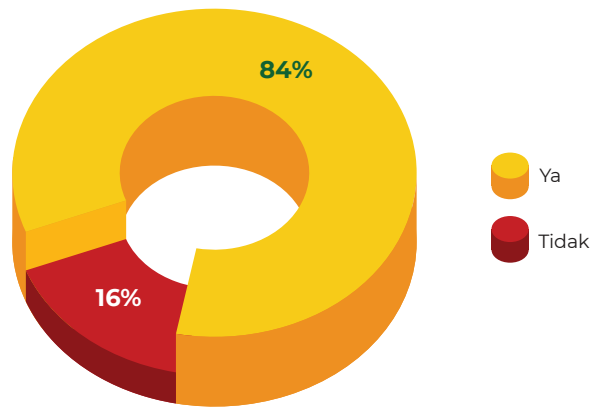
Tabel 3. Karakteristik demografi kader kesehatan di masyarakat.

	Jumlah responden	
	N	%
Jenis kelamin		
Laki-laki	8	4%
Perempuan	173	96%
Kelompok umur		
15-24	5	3%
25-44	118	65%
45-65	58	32%
> 65	0	0%

Gambar 16 menunjukkan bahwa meskipun sebagian besar kader kesehatan (84%) percaya diri dengan pengetahuannya mengenai COVID-19, masih terdapat 16% kader yang merasa tidak percaya diri. Kader kesehatan yang tidak percaya diri ini sebagian besar berasal dari Kalimantan Utara (50%), Papua (33%), dan Kalimantan Selatan (25%). Informasi dari wawancara mendalam menyatakan bahwa tantangan utama yang dialami oleh kader kesehatan adalah kurangnya pelatihan yang diberikan terkait COVID-19, terbatasnya anggaran, dan adanya keharusan bagi kader untuk bertemu dengan masyarakat secara langsung.

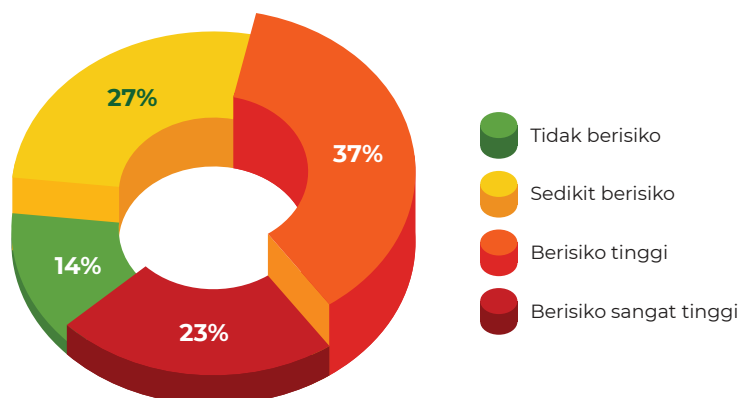
“Beberapa memang masih takut bertugas sebagai kader, terutama sekarang yang jumlah kasusnya lagi tinggi. Tapi kami juga mengerti pentingnya pekerjaan kader untuk masyarakat, terutama buat ibu hamil dan balita di wilayah kami ... Pengen sih memberi bantuan lebih banyak untuk masyarakat tetapi pelatihan tentang COVID-19 [untuk penjangkauan di masyarakat] aja belum dapat. Banyak yang di masyarakat juga ngomong ke saya berharap diberi bantuan kesehatan, seperti bagi-bagi vitamin gitu, tetapi belum ada dana nya di kelurahan untuk ini.” (Provinsi Jawa Timur)

Gambar 16. Proporsi kader kesehatan masyarakat yang percaya diri dengan pengetahuan mereka terkait COVID-19 [N=181]



Sebagian besar kader kesehatan berpersepsi bahwa terdapat risiko terinfeksi COVID-19 (86%) dan hanya 14% berpersepsi tidak berisiko terinfeksi COVID-19 selama mereka bekerja di masyarakat (Gambar 17). Diantara kader kesehatan yang merasa berisiko, 59% menyatakan bahwa risiko mereka untuk terpapar COVID-19 cukup tinggi dan bahkan sangat tinggi (Gambar 17). Kader kesehatan yang menyatakan berisiko tinggi sebagian besar berasal dari provinsi Kalimantan Utara (100%), DKI Jakarta (100%), Jawa Barat (88%), Kalimantan Selatan (75%), dan Sumatera Utara (65%). Kader kesehatan yang merasa tidak berisiko atau berisiko rendah terinfeksi COVID-19 selama bekerja di masyarakat berasal dari Sulawesi Utara (71%), Aceh (68%), Daerah Istimewa Yogyakarta (60%), dan Kalimantan Timur (60%).

Gambar 17. Persepsi kader kesehatan masyarakat terkait dengan risiko terinfeksi COVID-19 selama bekerja dalam tiga bulan terakhir [N=181]

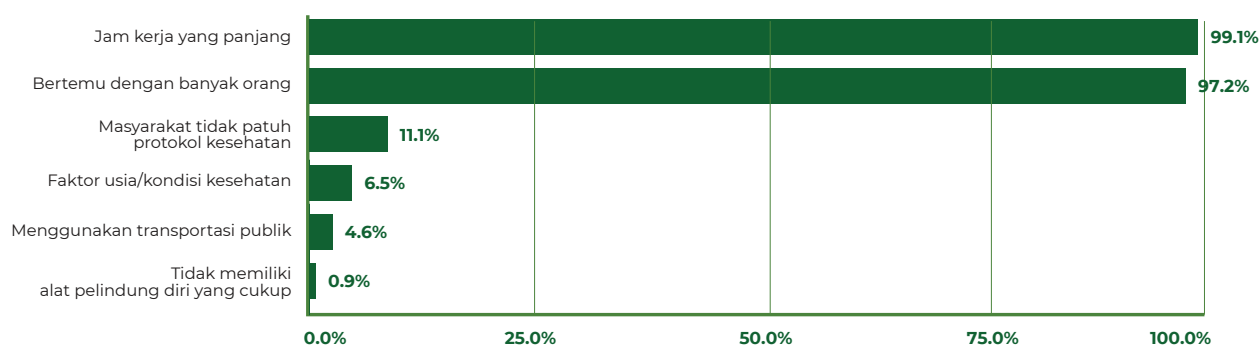


Alasan paling banyak yang disebutkan oleh para kader kesehatan sebagai alasan tingginya risiko mereka untuk terinfeksi COVID-19 adalah tingginya jam kerja (99%) dan keharusan untuk bertemu banyak orang (97%) (Gambar 18). Hal ini didukung oleh hasil wawancara mendalam di mana kader kesehatan menceritakan bahwa mereka tetap menjalankan kewajiban mereka sebagai kader kesehatan, bahkan terdapat kader kesehatan yang melakukan kunjungan ke rumah. Informasi lebih lanjut dari wawancara kualitatif didapatkan bahwa di Provinsi Kalimantan Selatan, kader kesehatan tidak mendapatkan pelatihan mengenai COVID-19 sehingga mereka tidak begitu yakin dengan prosedur yang benar saat melakukan kegiatan penjangkauan di masyarakat. Di Sulawesi Selatan, responden juga menambahkan bahwa mereka merasa berisiko terinfeksi dari teman sesama kader mereka.

“Masih takut sih untuk melaksanakan tugas kader di posyandu, karena bakal ketemu banyak orang kan. Termasuk ini memang kader-kader lainnya, karena kader ini banyak ketemu masyarakat, saya takut nanti resiko penyebaran COVID-19 jadi lebih tinggi.” (Provinsi Sulawesi Selatan)

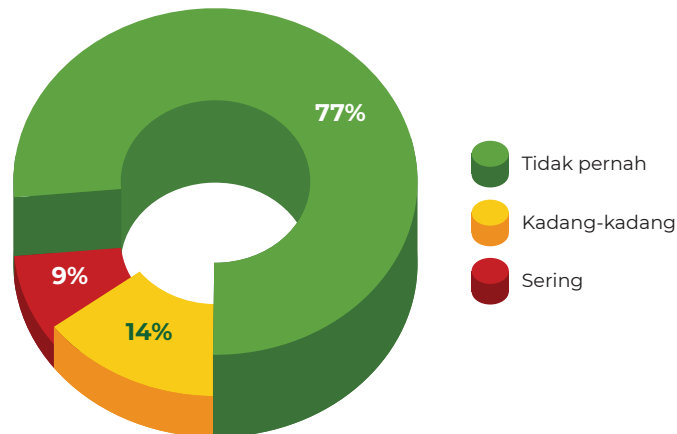
Sementara itu, responden di Bali menyatakan bahwa kader kesehatan tidak berisiko terinfeksi COVID-19 selama memenuhi protokol kesehatan saat bekerja. Pemerintah setempat juga mendukung kader dengan menyediakan masker dan hand sanitizer. Mereka juga menambahkan bahwa penyediaan layanan kesehatan hanya dilakukan ketika kasus COVID-19 rendah untuk mengurangi risiko terpapar COVID-19.

Gambar 18. Alasan kader kesehatan berisiko tinggi terinfeksi COVID-19 [N=109]



Meskipun sebagian besar kader kesehatan (77%) mendeskripsikan bahwa mereka tidak pernah menerima stigma dari masyarakat pada tiga bulan terakhir, masih terdapat 23% yang menyatakan bahwa mereka mendapatkan stigma, dan bahkan 9% dari kader kesehatan ini menyatakan bahwa mereka masih sering menerima stigma tersebut (Gambar 19). Dalam wawancara mendalam dengan kader kesehatan dari Daerah Istimewa Yogyakarta ditemukan bahwa telah terdapat rasa percaya dari masyarakat kepada kader kesehatan. Hal ini dikarenakan karena kader kesehatan telah bekerja di peran ini dalam waktu yang cukup lama sehingga masyarakat sudah mengenal kader kesehatan dengan baik. Bagi mereka yang menerima stigma, hal ini disebabkan oleh kekhawatiran masyarakat terpapar COVID-19 dari kader kesehatan. Masyarakat beranggapan karena kader kesehatan bertemu dengan banyak orang sehingga mereka berisiko lebih tinggi terpapar virus. Salah seorang kader kesehatan dari DKI Jakarta menceritakan bahwa secara umum tidak ada stigma dari masyarakat, tetapi masih ada stigma dari rumah tangga yang memiliki penghasilan tinggi terhadap kader kesehatan. Ia menceritakan bahwa situasi ini terjadi di wilayah elit, di mana terdapat persepsi yang salah bahwa kader kesehatan mengetuk pintu untuk meminta uang.

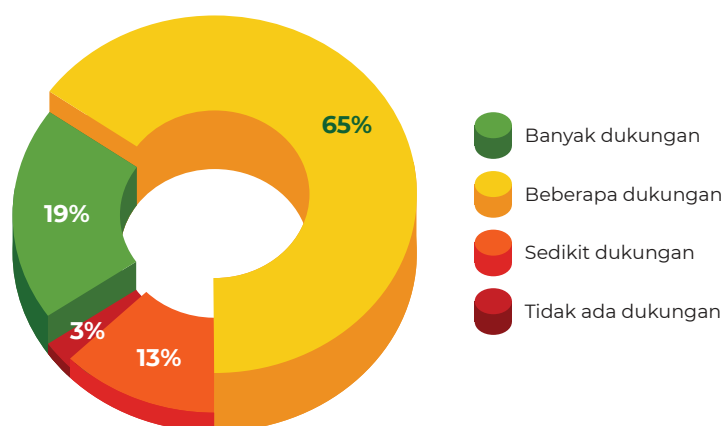
Gambar 19. Persepsi stigma yang diperoleh kader kesehatan dari masyarakat dalam tiga bulan terakhir [N=109]



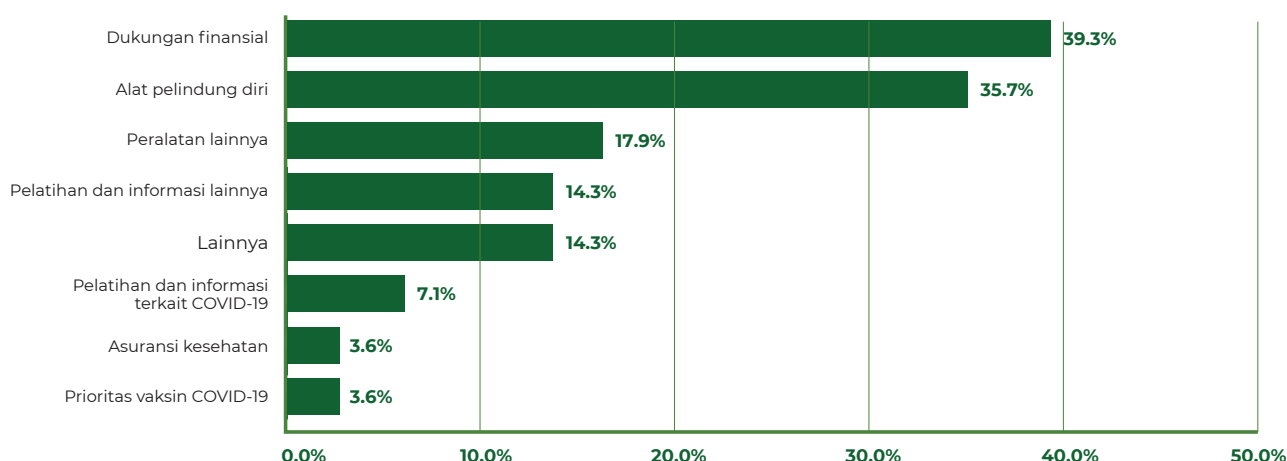
Selama masa pandemi COVID-19, kader kesehatan memiliki peran paling penting untuk membantu pemerintah dalam menjaga cakupan layanan kesehatan dan mengakselerasi program yang berkaitan dengan COVID-19. Namun, data menunjukkan bahwa 13% kader kesehatan melaporkan kurangnya dukungan untuk melaksanakan tugas penjangkauan dan bahkan 3% dari para kader menyampaikan bahwa mereka sama sekali tidak menerima dukungan yang mereka butuhkan dalam tiga bulan terakhir (Gambar 20). Dukungan finansial (39%), alat pelindung diri (36%), persediaan lain, komoditas, dan peralatan untuk memberikan layanan (18%), serta pelatihan dan informasi yang berkaitan dengan permasalahan kesehatan (14%) merupakan jenis-jenis dukungan yang paling dibutuhkan oleh kader kesehatan untuk melaksanakan tugasnya dalam tiga bulan terakhir (Gambar 21). Melalui wawancara mendalam, kader kesehatan di DKI Jakarta menceritakan bahwa insentif yang mereka terima disediakan oleh pemerintah kota dan didistribusikan melalui dana desa atau dana kelurahan dengan rata-rata Rp50,000 - Rp150,000 (\$3.5 - \$10.49) setiap bulan per-orang. Banyak kader kesehatan juga berharap akan adanya peningkatan insentif dikarenakan besarnya beban kerja dari aktivitas penjangkauan. Peningkatan insentif diperlukan agar mereka dapat mendedikasikan waktunya secara penuh dalam tanggung jawabnya sebagai kader kesehatan masyarakat. Seorang kader kesehatan dari Jawa Timur menceritakan dalam beberapa kasus bahwa mereka harus menunda kegiatan penjangkauan karena mereka harus menjaga kios di pasar.

“Jika kamu tanya apa yang saya harapkan, saya berharap pemerintah bisa naikkan insentif untuk kita (kader). Terutama ya selama pandemi ini, susah untuk kita meninggalkan toko-toko, walaupun cuma satu hari karena ya mendapat pelanggan sangat susah sekarang. Sebelum pandemi tidak masalah. Jika insentif memang naik, lebih semangat dan termotivasi lah kami para kader untuk bertugas.” (Provinsi Jawa Timur)

Gambar 20. Dukungan yang diterima oleh kader kesehatan dalam tiga bulan terakhir [N=181]



Gambar 21. Dukungan yang dibutuhkan oleh kader kesehatan [N=28]



Mekanisme penularan COVID-19 dari individu ke individu lain mendorong penyusunan beberapa regulasi pembatasan perkumpulan masyarakat dan berpotensi menyebabkan gangguan pada penyediaan layanan kesehatan berbasis komunitas. Secara berturut-turut, terdapat 40% dan 42% kader kesehatan yang melaporkan bahwa layanan imunisasi di posyandu dan aktivitas penjangkauan penyakit tidak menular mengalami penurunan atau bahkan ditanggguhkan apabila dibandingkan dengan periode sebelum pandemi COVID-19. Layanan penjangkauan lain seperti kampanye pencegahan malaria/demam berdarah, aktivitas penjangkauan penyakit tropis terabaikan, dan dukungan sosial untuk pasien tuberkulosis juga dilaporkan berkurang atau ditanggguhkan, secara berturut-turut, oleh 36%, 32% dan 23% kader kesehatan apabila dibandingkan dengan periode sebelum pandemi. Penerapan protokol kesehatan COVID-19 menjadi alasan yang paling sering disebutkan oleh responden terkait dengan gangguan penyediaan layanan kesehatan berbasis masyarakat dalam tiga bulan terakhir.

“[Posbindu dan kampanye pencegahan malaria/demam berdarah] masih berjalan, tapi berkurang karena kita juga jaga jarak ... takut terpapar COVID-19.” (Provinsi DI Yogyakarta)

“[Imunisasi di posyandu berkurang]. Jadi kita arahkan ke puskesmas untuk menghindari kerumunan ... Lebih ke COVID-19 semua sekarang. Waktu belum ada pandemi masih melaksanakan, sekarang udah gak ada.” (Provinsi Jawa Barat)

"[Posyandu] tidak berjalan karena COVID-19. Imunisasi [dilakukan] di puskesmas bukan di desa tempat saya kerja. [Tuberkulosis] untuk sekarang ini belum ada, [layanan] terakhir tahun kemarin karena pandemi. Kebanyakan masyarakat takut [terpapar COVID-19]. [Posbindu tidak berjalan] memang dibatasi kegiatannya." (Provinsi Kalimantan Utara)

"[Untuk posyandu dan posbindu] tidak ada layanan di bulan lalu. Gara-gara ada [masyarakat] yang terkena COVID-19." (Provinsi Sulawesi Selatan)

Seorang responden dari Sulawesi Utara juga melaporkan ketidaktersediaan vaksin untuk program imunisasi dasar dalam tiga bulan terakhir, sehingga anak-anak tidak dapat menerima dosis imunisasi sesuai jadwal yang seharusnya.

"Tiga bulan terakhir belum ada imunisasi. [Stok vaksin] kosong ... cuma ada yang polio." (Provinsi Sulawesi Utara)

Temuan ini berbeda dengan hasil dari bagian sebelumnya terkait kebutuhan layanan kesehatan yang tidak terpenuhi. Pada bagian tersebut, layanan kesehatan esensial dapat dipertahankan karena adanya peran aktif dari kader kesehatan dan bidan dalam menjangkau masyarakat. Hal ini mungkin disebabkan karena adanya perspektif bahwa posyandu atau posbindu keliling tidak termasuk dalam posyandu atau posbindu formal yang sering dilaksanakan di balai desa atau di tempat terbuka lainnya, diinformasikan kepada warga desa, serta dapat dilihat oleh seluruh masyarakat. Dengan demikian, meskipun kader kesehatan melaporkan bahwa posyandu atau posbindu formal mengalami gangguan, tetapi posyandu atau posbindu informal (keliling) masih dapat dilaksanakan.

Meskipun hampir seluruh layanan kesehatan berbasis masyarakat dilaporkan mengalami gangguan, menariknya, terdapat kader kesehatan yang melaporkan adanya peningkatan di seluruh layanan yang tersedia jika dibandingkan dengan periode sebelum pandemi (2%-6%). Peningkatan layanan imunisasi paling banyak terjadi di Sumatera Utara dan Jawa Barat. Untuk pencegahan malaria dan demam berdarah paling banyak terjadi di Kalimantan Timur dan untuk dukungan sosial bagi penderita tuberkulosis paling banyak terjadi di Sumatera Utara, Aceh, dan Kalimantan Timur. Meskipun demikian, jumlahnya tidak besar (Gambar 22).

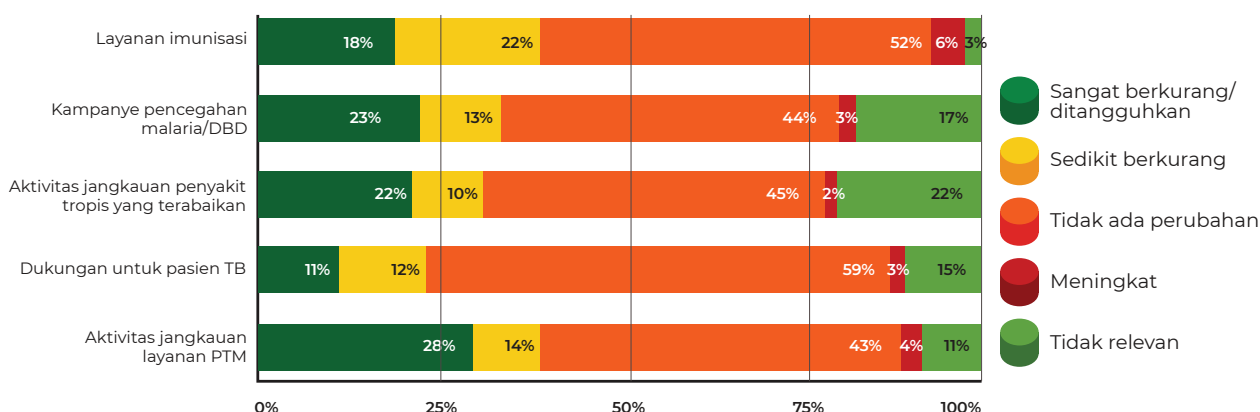
Informasi dari wawancara mendalam mengenai alasan mengapa layanan kesehatan berbasis masyarakat mengalami peningkatan adalah dikarenakan adanya modifikasi dalam pendekatan dan konten dari layanan aktivitas penjangkauan.

"Untuk imunisasi kita melakukan posyandu keliling. Jadi kalau ada yang imunisasi bidan desanya dan kader posyandu yang datang langsung ke balitanya." (Provinsi Jawa Barat)

"Karena di posbindu selalu diberikan makanan dan pemberian susu jadi orang-orang semangat." (Provinsi Sulawesi Utara)

"[Layanan dukungan untuk pasien tuberkulosis meningkat karena] ... Takutnya menjurus ke COVID-19." (Provinsi Sumatera Utara)

Gambar 22. Perubahan penyediaan layanan kesehatan berbasis masyarakat dalam tiga bulan terakhir [N=181]



Pembahasan

Kebutuhan dan penggunaan layanan kesehatan esensial di masyarakat

Temuan terkait layanan kesehatan esensial yang masih dapat dipertahankan di masyarakat selama pandemi, khususnya untuk persalinan dengan tenaga terlatih, layanan imunisasi, pemeriksaan kehamilan (ANC), dan layanan kontrasepsi/KB kemungkinan disebabkan oleh peran aktif dari kader kesehatan dan bidan yang menghilangkan jarak antara masyarakat dengan fasilitas kesehatan dan meningkatkan akses layanan kesehatan melalui ketersediaan layanan berbasis masyarakat. Selama pandemi COVID-19, kader kesehatan dan bidan melakukan beberapa penyesuaian untuk memastikan bahwa layanan kesehatan esensial tetap diberikan kepada masyarakat dengan meminimalisasi risiko penularan COVID-19. Sebagai contohnya, kader kesehatan melakukan layanan imunisasi dan pemeriksaan kehamilan dari rumah ke rumah atau layanan keliling. Selama pandemi, bidan desa dan kader kesehatan juga memberikan bantuan untuk persalinan. Selain itu, bidan dan kader kesehatan juga merujuk ibu hamil dengan risiko tinggi ke fasilitas kesehatan dengan peralatan yang lebih memadai. Temuan ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa kader kesehatan dapat membantu meningkatkan capaian kesehatan masyarakat^{17,18}. Penelitian yang dilakukan di Nepal baru-baru ini terkait dengan persepsi dan pengalaman masyarakat dalam memanfaatkan layanan kesehatan selama pandemi menemukan bahwa relawan kesehatan masyarakat wanita memiliki peran penting bagi masyarakat untuk mengakses layanan kesehatan dasar, terutama pada kesehatan ibu dan anak ketika fasilitas kesehatan lain tutup¹⁹. Selanjutnya, selama masa pandemi COVID-19, kader kesehatan dapat membantu mengurangi tekanan dari tingginya beban sistem kesehatan melalui pengalihan tugas²⁰. Pengalihan tugas ini dilakukan dengan mengizinkan kader kesehatan untuk merawat masyarakat yang memiliki penyakit ringan dan merujuk mereka yang memiliki penyakit parah ke fasilitas kesehatan.

Meskipun demikian, temuan ini cukup berbeda dengan hasil studi yang dilakukan oleh Universitas Gadjah Mada terkait tren kunjungan beberapa layanan kesehatan reproduksi, ibu, bayi baru lahir, dan anak (RMNCH) antara Januari 2019 hingga Juni 2021²¹. Studi tersebut menunjukkan bahwa cakupan pemeriksaan kehamilan (ANC), persalinan di fasilitas kesehatan, dan imunisasi anak menurun secara perlahan di awal-awal bulan pandemi dan mengalami sedikit peningkatan hingga Desember 2020, tetapi kemudian menurun kembali setelah adanya gelombang kedua COVID-19. Ketidaksesuaian ini mungkin disebabkan oleh perbedaan jenis fasilitas kesehatan yang dirujuk dalam studi. Dalam survei ini fasilitas kesehatan meliputi semua jenis fasilitas kesehatan (primer, sekunder, tersier) yang terdekat dari tempat tinggal responden sedangkan studi sebelumnya menggunakan sumber data yang sebagian besar berasal dari laporan rutin program kesehatan di tingkat kabupaten/kota. Perbedaan ini juga mungkin terjadi karena adanya perbedaan cara pengumpulan dan analisis data, studi

sebelumnya mempresentasikan tren angka mutlak catatan kunjungan individu, sedangkan survei ini memperkirakan proporsi masyarakat (sebagian besar, lebih dari separuh, kurang dari separuh, dan sedikit) yang dapat memperoleh layanan kesehatan yang dibutuhkan, di mana data diperoleh dari responden kunci tanpa mengetahui angka tepat jumlah kunjungan ke layanan kesehatan.

Namun, terdapat sebagian kecil dari responden (5-18%) yang masih melaporkan adanya layanan kesehatan yang tidak terpenuhi, khususnya pada perawatan medis darurat, perawatan jangka panjang di rumah dan operasi elektif terencana. Papua merupakan provinsi dengan laporan tertinggi adanya kebutuhan kesehatan yang belum terpenuhi. Di Papua, jenis layanan kesehatan yang dibutuhkan tidak tersedia di wilayah responden tinggal sehingga masyarakat harus menuju ke wilayah lain untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Kebutuhan layanan kesehatan yang tidak terpenuhi ini juga berkaitan dengan periode pengumpulan data, yaitu selama gelombang kedua pandemi COVID-19 di Indonesia, sehingga hambatan dalam akses layanan kesehatan menjadi lebih besar. Beberapa Unit Gawat Darurat (UGD) di puskesmas tutup karena kelebihan kapasitas dan banyak pasien yang tidak mendapatkan layanan Unit Gawat Darurat di rumah sakit dengan alasan yang sama. Temuan ini sejalan dengan hasil studi di Nepal yang menyatakan bahwa selama lonjakan kasus COVID-19, terdapat banyak tenaga kesehatan yang terkonfirmasi positif COVID-19. Akibatnya, banyak layanan kesehatan di rumah sakit mengalami gangguan yang serius dan banyak rumah sakit lokal yang mengalami penutupan¹⁹.

Hambatan mencari layanan kesehatan esensial di masyarakat

Pandemi COVID-19 pada kenyataannya telah menyoroti lemahnya sistem kesehatan di Indonesia. Hambatan dalam akses layanan kesehatan bahkan telah ada sejak sebelum pandemi dan secara umum berasal dari sisi penyediaan layanan kesehatan. Di wilayah tertentu, puskesmas hanya berupa bangunan fisik yang tidak menawarkan layanan apapun kepada masyarakat karena kurangnya sumber daya manusia, pasokan medis, dan peralatan. Terlebih lagi, jarak dan infrastruktur seperti transportasi untuk mengakses layanan kesehatan tetap menjadi penghambat di wilayah dengan karakteristik geografis yang sulit diakses. Pola ini telah berubah selama pandemi yang lebih menekankan pada persepsi masyarakat sebagai hambatan dalam akses layanan kesehatan, seperti khawatir terinfeksi COVID-19 dan khawatir secara sengaja didiagnosis positif COVID-19. Kombinasi antara kekhawatiran dan penyebaran informasi yang salah dapat memperparah hambatan yang telah ada di masyarakat. Hal ini didukung oleh temuan sebelumnya yang menyatakan bahwa alasan untuk tidak mencari perawatan medis ke fasilitas kesehatan meskipun mereka merasa sakit adalah kekhawatiran terinfeksi COVID-19¹⁹. Terlebih lagi, implementasi tes COVID-19 sebagai persyaratan untuk masuk ke rumah sakit juga dipersepsikan sebagai hambatan bagi informan dalam studi tersebut untuk mengakses layanan kesehatan.

Terkait dengan perilaku mencari perawatan kesehatan di masyarakat, meskipun fasilitas kesehatan atau tenaga kesehatan menjadi pihak yang dihubungi pertama kali oleh masyarakat ketika merasa kurang sehat, menariknya, kepala lingkungan yang tidak diklasifikasikan sebagai bagian dari tenaga kesehatan juga menjadi orang yang pertama kali dihubungi oleh masyarakat. Hal ini mungkin dikarenakan adanya peraturan yang mengharuskan masyarakat dengan gejala COVID-19 untuk menginformasikan terlebih dahulu kepada kepala lingkungan. Fakta yang menyatakan bahwa kepala lingkungan merupakan salah seorang yang pertama kali dihubungi oleh masyarakat menjadi temuan yang penting karena dapat menunjukkan besarnya pengaruh mereka di masyarakat.

Selain itu, diskriminasi dan stigma yang masih terjadi dalam mengakses layanan kesehatan merepresentasikan hambatan krusial lainnya yang perlu diselesaikan. Mayoritas diskriminasi dan stigma mengarah kepada orang-orang yang sangat miskin dan penyintas COVID-19. Diskriminasi ini dapat menghalangi partisipasi orang-orang termarginalisasi tersebut dan mencegah mereka untuk mengakses layanan kesehatan yang dapat menyebabkan mereka berada di posisi yang lebih rentan, serta memperburuk status kesehatan mereka. Selanjutnya, kondisi ini juga mungkin mempengaruhi preferensi mereka dalam mengakses layanan kesehatan melalui pengobatan tradisional atau bahkan menunda mencari perawatan. Hal ini diungkapkan oleh responden di Papua yang mendeskripsikan bahwa masih terdapat sebagian kecil dari masyarakat yang lebih memilih untuk melahirkan di dukun beranak daripada mengunjungi pendamping persalinan terlatih atau fasilitas kesehatan.

Sikap terhadap COVID-19 dan vaksin

Studi ini juga menemukan bahwa masih terdapat beberapa anggota masyarakat yang tidak khawatir dengan penyebaran COVID-19 saat ini. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh rendahnya kasus COVID-19 di wilayah mereka serta mereka telah membiasakan dan menerima bahwa COVID-19 telah menjadi bagian dari kehidupan mereka. Di sisi lain, terdapat beberapa responden yang menyatakan bahwa masyarakat masih enggan menerima vaksin COVID-19 baik untuk dirinya sendiri maupun anak-anak mereka. Alasan utama yang disampaikan oleh responden terkait keraguan masyarakat untuk melakukan vaksinasi adalah kekhawatiran terhadap efek samping vaksin. Penyebaran informasi yang tidak tepat dari sumber yang tidak terpercaya secara masif terkait kandungan dan efektivitas vaksin dalam mencegah COVID-19 menambah faktor penyebab keengganan masyarakat untuk menerima vaksin, terutama di Aceh, Papua, dan Papua Barat. Temuan bahwa Aceh merupakan provinsi dengan tingkat penolakan vaksinasi tertinggi konsisten dengan hasil survei penerimaan vaksin COVID-19 di Indonesia yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan, NITAG, UNICEF, dan WHO¹³. Namun, hasil yang berbeda terlihat untuk wilayah Papua dan Papua Barat yang menunjukkan persentase penerimaan vaksin yang lebih tinggi pada survei tersebut. Ketidakesuaian hasil tersebut mungkin disebabkan oleh perbedaan informasi yang berkaitan dengan periode pengumpulan data, di mana survei yang dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan, NITAG, UNICEF, dan WHO dilakukan sebelum program vaksinasi dimulai. Di sisi lain, survei ini dilakukan pada periode setelah program vaksinasi dimulai di mana penyebaran informasi yang salah (*misinformation*) dan kurangnya informasi (*disinformation*) terjadi secara masif di masyarakat. Selain itu, perbedaan hasil mungkin terjadi karena perbedaan metode survei, di mana survei UNICEF dilakukan secara daring kepada 115 ribu responden dengan latar belakang dan usia berbeda dari 34 provinsi, sedangkan survei ini dilakukan melalui wawancara telepon kepada responden kunci dengan pekerjaan yang serupa di 15 provinsi.

Aset dan kerentanan masyarakat

Pandemi COVID-19 juga berdampak secara signifikan terhadap ekonomi masyarakat, pemilik bisnis kecil menjadi kelompok masyarakat yang paling terdampak. Hal ini dikarenakan adanya implementasi pembatasan aktivitas masyarakat yang memiliki dampak yang besar pada tekanan aktivitas ekonomi sehingga menyebabkan peningkatan jumlah penduduk yang hidup di bawah garis kemiskinan²². Ketidakpastian situasi pandemi ini telah mendorong munculnya inisiatif pemerintah dan masyarakat dalam aspek ekonomi, sosial-budaya, pendidikan, kesehatan, dan kesehatan lingkungan. Lebih dari separuh responden menyatakan bahwa adanya peningkatan inisiatif pada aspek-aspek tersebut. Peningkatan inisiatif sosio-ekonomi dan pendidikan tertinggi terjadi di Provinsi DI Yogyakarta, Sulawesi Selatan, Jawa Barat, DKI Jakarta, dan Jawa Timur. Tiga dari Provinsi tersebut merupakan provinsi dengan indeks kapasitas fiskal daerah sangat tinggi pada tahun 2020¹² yang mungkin dapat berkontribusi terhadap fleksibilitas untuk mengalokasikan lebih banyak dana untuk pemulihan

kondisi sosio-ekonomi akibat pandemi COVID-19. Bantuan tunai, penyediaan dan distribusi sembako, serta penyediaan fasilitas untuk mendukung implementasi pembelajaran jarak jauh merupakan inisiatif sosio-ekonomi dan pendidikan yang paling banyak mengalami peningkatan dalam tiga bulan terakhir. Hasil studi ini sesuai dengan studi sebelumnya¹⁴ yang menyatakan bahwa sebagian besar rumah tangga dalam survei menerima bantuan tunai atau bantuan sosio-ekonomi lainnya dalam bentuk pengurangan pajak, dukungan internet, dan subsidi tagihan. Di sisi lain, inisiatif kesehatan dan kebersihan lingkungan yang paling banyak mengalami peningkatan adalah penyediaan dan distribusi paket kebersihan, aktivitas promosi kesehatan, serta penyediaan fasilitas cuci tangan. Sebagian besar inisiatif ini konsisten dengan upaya untuk mencegah penyebaran COVID-19, yaitu mencuci tangan, menggunakan masker, menjaga kesehatan, serta menerapkan gaya hidup bersih untuk meningkatkan imunitas. Berdasarkan eksplorasi secara kualitatif, studi ini menemukan bahwa adanya rasa gotong-royong yang kuat di beberapa wilayah menjadi pendukung ketahanan masyarakat selama pandemi.

Hambatan layanan kesehatan berbasis masyarakat

Terkait dengan layanan kesehatan berbasis masyarakat, hampir seluruh jenis layanan mengalami gangguan, baik berupa penundaan maupun sedikit pengurangan. Terganggunya penyediaan layanan kesehatan berbasis masyarakat sebagai akibat dari adanya pandemi COVID-19 di mana bidan dan kader kesehatan berupaya untuk menghindari keramaian, meminimalisasi penularan COVID-19 di masyarakat, serta memfokuskan sumber daya untuk merespons pasien COVID-19 atau membantu melakukan tes dan pelacakan kasus. Selain itu, ketidakterersediaan pasokan vaksin dasar anak juga menjadi hambatan dalam penyediaan aktivitas penjangkauan di beberapa wilayah. Kurangnya dukungan, terutama karena kurangnya dukungan finansial dan alat pelindung diri, menjadi penghambat utama bagi kader untuk melaksanakan aktivitasnya secara optimal. Hasil studi ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa secara umum kader kesehatan mengeluhkan keterbatasan pengetahuan mengenai COVID-19, tidak tercukupinya APD, dan kurangnya tunjangan harian¹⁹. Faktanya, insentif yang rendah dan tidak teratur bagi kader kesehatan menyebabkan mereka harus memilih antara melakukan aktivitas penjangkauan sebagai kader atau memenuhi kebutuhan mereka. Hal ini sangat relevan di situasi pandemi, di mana aktivitas ekonomi berkurang dan semua orang berjuang untuk memenuhi kebutuhan mereka. Dengan kata lain, tidak dapat dibenarkan apabila kader kesehatan harus melakukan lebih banyak aktivitas penjangkauan akibat pandemi tanpa mendapatkan tunjangan yang layak dan perlindungan yang memadai¹⁹.

Keterbatasan dan kekuatan

Keterbatasan dalam survei ini perlu dipertimbangkan sehingga hasil studi dapat diinterpretasikan dengan hati-hati. Toleransi kesalahan (*sampling error*) yang digunakan sebesar 7,5% yang mungkin mempengaruhi kesalahan untuk memperkirakan kondisi yang sesungguhnya pada populasi. Jawaban dari pertanyaan-pertanyaan dalam survei diberikan oleh responden sebagai perwakilan dari masyarakat yang telah dipilih menggunakan kriteria inklusi yang telah ditentukan. Namun, dalam menjawab pertanyaan tertentu, responden mungkin tidak mengetahui kondisi sesungguhnya dari masyarakat yang diwakili. Hal ini mungkin dapat menyebabkan adanya kondisi yang tidak dilaporkan dalam survei. Bias *recall* yang mungkin terjadi dapat mempengaruhi jawaban dari responden dan berpotensi memberikan hasil yang berbeda dari kondisi sesungguhnya. Beberapa upaya telah dilakukan untuk meminimalisasi bias *recall*, termasuk penggunaan rentang waktu yang spesifik dan pemilihan diksi dalam kuesioner untuk memastikan pertanyaan merefleksikan kondisi masyarakat, bukan pengalaman individu dari responden. Validitas eksternal yang mengacu pada seberapa jauh hasil penelitian dapat diaplikasikan pada lokasi lain juga menjadi batasan

dari studi ini. Studi ini dilaksanakan di 15 provinsi pada desa/kelurahan terpilih yang memiliki akses ke jaringan telepon dan tidak termasuk dalam wilayah 3T (Terluar, Terpencil, dan Tertinggal), sehingga hasil studi ini mungkin tidak dapat diaplikasikan dan merefleksikan kondisi seluruh desa/kelurahan dengan karakteristik yang berbeda-beda di Indonesia, dan mungkin tidak menggambarkan situasi dan kondisi sesungguhnya karena wilayah 3T mungkin memiliki akses yang lebih buruk ke layanan kesehatan esensial. Terakhir, meskipun kombinasi dari pendekatan kuantitatif dan kualitatif telah memberikan analisis yang lebih detail untuk menjelaskan hasil survei, pengumpulan data yang dilakukan secara simultan untuk kedua pendekatan menyebabkan temuan pendekatan kualitatif tidak dapat menjelaskan keseluruhan temuan dari pendekatan kuantitatif.

Terlepas dari keterbatasan metodologi, hasil survei ini sangat penting untuk menyoroti kebutuhan dan situasi di tingkat masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan esensial. Survei ini merupakan salah satu studi pertama yang menilai kebutuhan, persepsi dan pemanfaatan pelayanan kesehatan dari perspektif masyarakat di 15 provinsi di Indonesia. Literatur yang tersedia telah memberikan informasi dari sisi penyedia layanan, sehingga penelitian ini dapat melengkapi literatur sebelumnya dengan memberikan informasi dari sisi pengguna. Namun, informasi dan dokumentasi lebih lanjut dari setiap tingkat harus dilakukan untuk melengkapi temuan ini.

Rekomendasi

Untuk memastikan akses masyarakat terhadap layanan kesehatan dan memperkuat kesiapan layanan kesehatan selama dan setelah pandemi, berikut adalah rekomendasi yang menargetkan secara spesifik kepada pemangku kebijakan yang berbeda:

Kementerian Kesehatan

Untuk meningkatkan kesiapan layanan kesehatan dari sisi penyedia beberapa hal yang direkomendasikan adalah:

a. Alokasi anggaran dan sumberdaya yang memadai untuk memperkuat layanan kesehatan primer di wilayah terpencil

Perlunya mengalokasikan anggaran yang lebih besar untuk memperkuat sistem kesehatan di wilayah terpencil.

- ◆ Memprioritaskan anggaran dan alokasi sumberdaya untuk layanan kesehatan primer, khususnya untuk wilayah terpencil, termasuk puskesmas di wilayah 3T dan kecamatan baru di Indonesia
- ◆ Memastikan wilayah yang menjadi prioritas memiliki ketersediaan anggaran dan alokasi sumberdaya yang mencukupi untuk memenuhi peralatan kesehatan yang dibutuhkan, persediaan obat-obatan, staf yang terampil, infrastruktur, dan kebutuhan logistik lainnya

b. Distribusi tenaga kesehatan terlatih yang merata

Memastikan kecukupan distribusi tenaga kesehatan yang memadai dari segi kuantitas dan kualitas melalui:

- ◆ Menyediakan dan memastikan adanya perencanaan yang memadai terkait pemerataan distribusi tenaga kesehatan terlatih, mencakup lembaga pendidikan, kualifikasi, hingga insentif di seluruh wilayah
- ◆ Menyediakan dan memastikan pengembangan profesional berkelanjutan secara rutin dan supervisi dari provinsi dan kabupaten/kota ke tingkat Puskesmas
- ◆ Bekerja sama dengan organisasi kesehatan profesional untuk menyediakan panduan dan kemungkinan pengalihan tugas antara kader kesehatan ketika sumberdaya dirasa tidak memadai

c. Dukungan yang layak bagi kader kesehatan

Berkoordinasi dengan dinas kesehatan kabupaten/kota dan provinsi untuk menyelenggarakan pelatihan terkait COVID-19, seperti melakukan surveilans berbasis masyarakat (misalnya pelacakan kontak erat, pemantauan, dan pelaporan kasus, dll), serta komunikasi risiko dan keterlibatan masyarakat (RCCE) yang memungkinkan kader kesehatan untuk mengkomunikasikan risiko dan informasi dengan cara yang tepat serta memberikan informasi yang benar, tidak menstigmatisasi, dan mendiskriminasi.

d. Integrasi layanan kesehatan primer

Menyediakan pedoman, peraturan, dan sumber daya yang diperlukan untuk mengintegrasikan layanan kesehatan esensial di fasilitas kesehatan publik dan swasta, terutama dalam hal pengelolaan dan pelaporan data, pembiayaan, serta pemberian layanan. Hal ini dilakukan melalui:

- ◆ Memastikan fasilitas kesehatan swasta memiliki kapasitas dan sumber daya untuk menyediakan layanan kesehatan esensial dan membantu mempertahankan pemberian layanan kesehatan esensial

- ◆ Integrasi data, sistem informasi, serta pemberian layanan di seluruh puskesmas dan fasilitas kesehatan primer swasta (misalnya klinik swasta/praktik dokter umum swasta) untuk meminimalisir kontak yang tidak perlu antara pasien dan petugas kesehatan melalui penyediaan layanan terpadu dan membantu pengambilan keputusan berbasis bukti.

e. Pemerataan distribusi vaksin

Survei ini menemukan bahwa sebagian besar masyarakat bersedia untuk mendapatkan vaksin. Pemerintah perlu memastikan adanya akses vaksin COVID-19 terhadap kelompok masyarakat tersebut, terutama pada kelompok rentan melalui:

- ◆ Menyediakan pedoman umum dan pelatihan terkait bagaimana menentukan kelompok rentan dan bagaimana secara khusus menjangkau kelompok-kelompok tersebut untuk membantu pemerintah daerah
- ◆ Melatih dan melibatkan kader kesehatan dan tokoh masyarakat lainnya untuk melakukan pendataan kelompok rentan, menyampaikan informasi yang tepat tentang vaksin dan melakukan pendekatan asertif
- ◆ Bekerja sama dengan Kementerian Sosial dengan:
 - bersama kader kesehatan, berkoordinasi dan bekerjasama dengan kader sosial untuk memetakan dan mempromosikan informasi terkait upaya pencegahan COVID-19, keamanan dan manfaat vaksin COVID-19, serta potensi risiko apabila tidak divaksinasi kepada kelompok rentan
 - memberikan bantuan sosial bagi mereka yang memiliki hambatan finansial dan sosial
- ◆ Bekerjasama dengan Kementerian Dalam Negeri, khususnya kependudukan dan dinas pencatatan sipil untuk memiliki pelayanan yang terintegrasi dalam pemberian vaksin dan menyelesaikan masalah administrasi
- ◆ Berkolaborasi dan melibatkan aktor non-pemerintah lainnya untuk membantu dan menjangkau kelompok rentan

f. Penguatan kolaborasi pusat komunikasi krisis

Kolaborasi lintas sektor pada beberapa tingkatan untuk mengatasi informasi yang salah yang tidak disengaja (*misinformation*), informasi yang salah dan disengaja (*disinformation*), atau bahkan terlalu banyaknya informasi dari sumber yang tidak terpercaya (*infodemic*), baik dalam *platform* daring maupun luring pada tingkat masyarakat tanpa menghalangi kebebasan berpendapat. Langkah ini dapat dicapai melalui:

- ◆ Memastikan pembentukan pusat komunikasi krisis di tingkat pusat, bekerja sama dengan lintas kementerian dan aktor yang mencakup sistem, serta mekanisme koordinasi dan komunikasi
- ◆ Memastikan pembentukan pusat komunikasi krisis di semua tingkat daerah, terutama di tingkat masyarakat untuk memiliki pusat komunikasi risiko lokal yang tergabung dalam gugus tugas COVID-19 lokal
- ◆ Berkolaborasi dengan Kementerian Komunikasi dan Informatika untuk melakukan pemantauan, pelatihan dan berbagi informasi secara berkala ke tingkat provinsi, dimana sistem yang dibangun memungkinkan adanya penyebarluasan informasi ke semua tingkatan, termasuk tingkat masyarakat.

g. Infrastruktur untuk pendekatan inovatif

Kementerian kesehatan perlu menyediakan infrastruktur yang memadai untuk mendorong dan mendukung pendekatan inovatif yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan atau masyarakat untuk memastikan akses layanan kesehatan esensial, termasuk peraturan dan sistem IT, yang meliputi:

- ◆ Menetapkan peraturan dan pedoman teknis untuk menggabungkan layanan *telemedicine/telehealth*
- ◆ Memberikan pedoman dan pengawasan bagi fasilitas kesehatan untuk mengadopsi sistem pendaftaran dan janji temu pasien secara daring
- ◆ Bekerja sama dengan pemerintah daerah (Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota) dan aktor masyarakat (tokoh masyarakat, kader kesehatan, dan tokoh agama) untuk meningkatkan citra positif puskesmas dengan mengoptimalkan pengendalian infeksi dan tindakan pencegahan untuk mencegah infeksi silang serta untuk mendorong dan meningkatkan kesadaran masyarakat untuk mencari pelayanan kesehatan jika diperlukan.

Kementerian lain yang terkait

Untuk membangun ketahanan masyarakat dalam melawan pandemi COVID-19, diperlukan keterlibatan aktif dari berbagai kementerian, seperti Kementerian Desa, Kementerian Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi, Kementerian Dalam Negeri, serta Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat, Kementerian Sosial, dan Kementerian Ketenagakerjaan.

a. Dukungan yang memadai untuk kader kesehatan

Kader kesehatan masyarakat memiliki peranan yang sangat penting dalam menjembatani kesenjangan dalam layanan kesehatan esensial. Oleh karena itu, kader seharusnya dibekali dengan dukungan yang memadai.

- ◆ Kementerian Desa, Pembangunan Daerah Tertinggal, dan Transmigrasi serta Kementerian Dalam Negeri berkoordinasi dengan Kementerian Kesehatan perlu mengatur standar minimal besaran insentif/transportasi yang diterima oleh kader kesehatan dalam dana desa atau Dana Alokasi Khusus atau pendanaan lain yang memungkinkan
- ◆ Bekerja sama dengan aktor lintas sektor lainnya (Kementerian Badan Usaha Milik Negara, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Desa, pemerintah daerah dan aktor non-negara lainnya) untuk memfasilitasi tersedianya perlindungan yang memadai bagi kader kesehatan, yang termasuk alat pelindung diri dan tes COVID-19
- ◆ Bekerja sama dengan kementerian lain untuk secara formal melembagakan peran dan insentif kader kesehatan dalam peraturan, pedoman, dan anggaran
- ◆ Mengakui peran kader kesehatan sebagai first line responder di masa pandemi, salah satunya dengan memberikan sertifikat

b. Aksesibilitas infrastruktur dan transportasi ke fasilitas kesehatan

Hambatan akses dan transportasi ke fasilitas kesehatan, terutama ke pusat layanan kesehatan esensial masih menjadi tantangan.

- ◆ Kementerian-kementerian terkait harus memastikan tersedianya infrastruktur (jalan) yang memadai dan transportasi yang dapat diakses oleh masyarakat

c. Menghilangkan hambatan keuangan

- ◆ Kementerian Sosial bekerjasama dengan JKN dan Kementerian Kesehatan untuk mengintegrasikan JKN ke dalam program-program yang menasar kelompok rentan, yang meliputi dan tidak terbatas pada masyarakat miskin yang tinggal di lembaga pemasyarakatan, penghuni panti sosial, korban bencana, tunawisma, anak terlantar, dan peserta program Program Keluarga Harapan
- ◆ Kementerian Ketenagakerjaan bekerjasama dengan JKN dan Kementerian Kesehatan memperkuat sektor formal dan informal untuk mengakses JKN bagi pegawainya

d. Penyediaan data yang valid dan real time dari penerima manfaat

Pandemi COVID-19 telah meningkatkan angka rumah tangga yang berada di bawah garis kemiskinan, tetapi program bantuan sosial yang ada saat ini mendapatkan kritik karena dinilai tidak tepat sasaran. Untuk mengatasi banyaknya permasalahan terkait pendataan, beberapa langkah yang dapat diambil:

- ◆ Kementerian Sosial bekerjasama dengan Badan Pusat Statistik di tingkat nasional dan daerah perlu melakukan validasi dan pemutakhiran DTKS (Data Terpadu Kesejahteraan Sosial)
- ◆ Memastikan keterpaduan dan aksesibilitas data dari dan kepada seluruh pemangku kepentingan untuk memastikan penyaluran bantuan sosial tepat sasaran dan merata.

Tingkat Subnasional

Di tingkat daerah, rekomendasi berikut ditujukan tetapi tidak terbatas pada Dinas Kesehatan Provinsi (Dinkes), Dinas Kesehatan Kabupaten (DKK), Bina Pembangunan Daerah (Bangda), Bappeda, dan departemen terkait lainnya.

a. Memperkuat dan mengoptimalkan kesiapan layanan pusat kesehatan masyarakat (puskesmas)

Pentingnya mengoptimalkan peran pusat layanan kesehatan esensial (puskesmas) sebagai titik kontak awal masyarakat dengan sistem kesehatan melalui

- ◆ Memastikan aksesibilitas dan ketersediaan layanan kesehatan yang berkualitas di tingkat masyarakat. Hal ini dilakukan melalui ketersediaan layanan kesehatan esensial, keberadaan tenaga kesehatan terampil, penyediaan obat-obatan esensial, serta peralatan dan logistik yang memadai, terutama di wilayah tertinggal (seperti Papua dan Kalimantan). Beberapa pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) di wilayah tertinggal mengalami kesulitan untuk memberikan layanan kesehatan karena infrastruktur yang tidak memadai.

b. Ketersediaan pengawasan teknis, pemantauan, dan evaluasi

Dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota penting untuk melakukan pengawasan teknis, pemantauan, dan evaluasi secara rutin bagi tenaga kesehatan dan kader kesehatan untuk memberikan pembelajaran formatif serta kebijakan dan intervensi yang efektif.

c. Ketersediaan sumber daya yang mencukupi bagi kader kesehatan masyarakat

Kader kesehatan yang terlatih dan berpengalaman memiliki peran penting untuk mendukung pemerintah melakukan aktivitas penjangkauan untuk layanan kesehatan esensial berbasis masyarakat.

- ◆ Pemerintah daerah perlu memastikan tersedianya alokasi dana yang memadai untuk menyediakan perlindungan, peralatan, dan dukungan finansial bagi kader kesehatan, sebagai contoh melalui dana desa/kelurahan.
- ◆ Memastikan pemberian insentif keuangan bagi kader kesehatan sangat penting dilakukan setiap bulan secara layak.

d. Menghilangkan hambatan keuangan

- ◆ Dinas sosial daerah perlu memberikan bantuan sosial yang diperlukan bagi masyarakat, selain program yang ada saat ini, atau menargetkan lebih banyak penerima manfaat dari program yang ada
- ◆ Berkolaborasi dengan penyedia dan pelaku layanan kesehatan setempat untuk memberikan informasi dan bantuan penting kepada masyarakat untuk mengakses JKN, termasuk manfaatnya, layanan yang ditanggung, prosedur klaim, dan sebagainya.

e. Kesiapan dan ketahanan masyarakat

Mendukung upaya membangun komunitas tangguh untuk menghadapi kemungkinan pandemi di masa mendatang merupakan tanggung jawab aktor lintas sektor. Hal ini dapat dilakukan secara bergotong-royong dengan masyarakat melalui manajemen perencanaan pandemi di masyarakat, mulai dari perencanaan, respons, pemulihan, dan mitigasi, di mana setiap anggota masyarakat terlibat dan memahami peran dan tanggung jawab mereka selama pandemi. Pemerintah daerah dapat memberikan dukungan melalui penyediaan pendampingan teknis, pengawasan, dan alokasi sumber daya.

f. Mobilisasi sumberdaya untuk mendukung masyarakat rentan

Pemerintah daerah dan kelompok lintas sektor dapat memobilisasi dan mengkoordinasikan sumber daya untuk menyediakan insentif atau bantuan finansial bagi masyarakat. Sebagai alternatif, pemerintah dan/atau sektor swasta dapat membantu mempermudah beban masyarakat sebagai dampak dari pandemi, seperti memberikan pinjaman bunga rendah atau membuka lowongan pekerjaan dan mempekerjakan masyarakat lokal. Hal ini akan menjadi pendorong terhadap modal sosial dan aset masyarakat yang ada. Organisasi masyarakat setempat dan organisasi berbasis agama lainnya dapat membantu mengumpulkan dan memobilisasi sumber daya dan memperluas distribusinya ke lebih banyak komunitas. Itu bisa menjadi pendorong terhadap modal sosial dan aset komunitas yang ada.

Pusat layanan kesehatan primer (Puskesmas)

Sebagai titik kontak awal dan penyedia layanan kesehatan kepada masyarakat, puskesmas memiliki peranan penting dalam merespon pandemi dan kesiapan masyarakat.

a. Sistem komunikasi risiko kesehatan yang efektif dan responsif

- ◆ Puskesmas perlu berkoordinasi dan membekali tenaga kesehatan, kader kesehatan, dan pemimpin masyarakat dengan kemampuan untuk melaksanakan komunikasi risiko, serta kegiatan promosi kesehatan, terutama dalam menyampaikan manfaat dan potensi risiko vaksinasi COVID-19 secara informatif dan persuasif
- ◆ Dalam mengatasi permasalahan stigma dan diskriminasi terhadap kelompok marjinal yang bersumber dari tenaga kesehatan, peningkatan kapasitas secara rutin dan diseminasi studi berbasis bukti kepada petugas kesehatan dapat membantu mengurangi stigma dan diskriminasi yang ditujukan kepada kelompok marjinal

- ◆ Dalam menyikapi stigma yang menyebar di masyarakat khususnya yang ditujukan kepada para penyintas COVID-19, tokoh-tokoh yang dihormati dan dipercaya di masyarakat (seperti kepala desa, ketua RT/RW), dan tokoh agama, dapat dilibatkan untuk menyampaikan pesan untuk mengurangi stigma dan mendorong perubahan perilaku. Oleh karena itu, diperlukan adanya penyediaan komunikasi yang rutin dan efektif serta edukasi kepada pemangku kebijakan terkait

b. Menghilangkan hambatan keuangan

- ◆ Menghilangkan hambatan keuangan untuk mengakses layanan kesehatan melalui akses yang lebih baik ke jaminan kesehatan nasional (JKN). Namun, masih terdapat banyak masyarakat yang belum mengetahui informasi atau mendapat kesulitan administratif untuk memanfaatkan JKN. Dengan demikian, perlunya meningkatkan sosialisasi dan memberikan fasilitas dalam mengakses JKN bagi masyarakat pada tingkat terendah (seperti desa/kelurahan)
- ◆ Mengkomunikasikan dan mengadvokasi kebutuhan pendampingan finansial pasien kepada pemangku kebijakan daerah dalam forum multisektor

e. Penyediaan bantuan teknis dan pengawasan terhadap upaya kesehatan berbasis masyarakat

Puskesmas sebagai koordinator kesehatan di tingkat masyarakat harus mengkoordinasikan, memberikan bantuan teknis, dan pengawasan terhadap upaya dan prakarsa kesehatan berbasis masyarakat, seperti surveilans berbasis masyarakat, posyandu, dan sebagainya.

Penelitian lanjutan

Bagi peneliti

Masih sedikit penelitian yang mengeksplorasi kebutuhan, persepsi, dan permintaan layanan kesehatan selama pandemi COVID-19 di level masyarakat. Studi ini merupakan salah satu dari sedikit studi tersebut yang menginvestigasi permasalahan dari sisi pengguna layanan. Penelitian selanjutnya dapat mengeksplorasi informasi mengenai penggunaan layanan dari sisi pengguna, terutama level rumah tangga untuk memberikan informasi secara lebih rinci. Sebagai tambahan, studi lanjutan juga perlu untuk menjangkau wilayah 3T (terdepan, terpencil, dan tertinggal) sebagai dampak dari COVID-19 dalam penggunaan layanan kesehatan yang mungkin lebih besar di wilayah tersebut karena keterbatasan infrastruktur dibandingkan dengan wilayah lain.

Kesimpulan

Survei ini mengidentifikasi kebutuhan, persepsi, dan permintaan masyarakat mengenai layanan kesehatan selama pandemi COVID-19 di 15 provinsi terpilih dengan kasus COVID-19 tertinggi per 1000 populasi. 15 provinsi memiliki karakteristik masyarakat, tantangan, dan infrastruktur layanan kesehatan yang berbeda-beda. Studi ini menggunakan survei melalui telepon kepada 748 responden kunci untuk merepresentasikan kondisi dalam komunitas mereka, bukan situasi atau pengalaman pribadi responden.

Temuan menunjukkan bahwa selama pandemi COVID-19, beberapa layanan kesehatan esensial tidak tersedia, dengan ketimpangan akses yang sangat dirasakan di wilayah yang memiliki infrastruktur dan sumber daya yang buruk. Survei ini juga menunjukkan bahwa pandemi telah memperparah hambatan untuk mengakses layanan kesehatan esensial. Hambatan paling umum dalam mengakses layanan kesehatan adalah terkait kapasitas dari fasilitas kesehatan. Hal ini termasuk kekhawatiran terpapar COVID-19 di fasilitas kesehatan serta terjadinya penutupan atau kelebihan kapasitas di fasilitas kesehatan. Alasan informasi juga berperan sebagai faktor utama dalam keengganan masyarakat untuk mengakses bantuan medis selama pandemi, termasuk khawatir secara sengaja didiagnosis positif COVID-19. Selain itu, penyebaran informasi yang salah dan kurangnya informasi mengenai vaksin COVID-19 juga merupakan alasan yang utama penolakan vaksinasi bagi orang dewasa maupun anak-anak di masyarakat.

Dampak signifikan pandemi COVID-19 pada ekonomi masyarakat telah mendorong inisiatif pemerintah dan masyarakat di bidang sosio-ekonomi, pendidikan, kesehatan, dan kesehatan lingkungan. Adanya rasa kebersamaan yang kuat (gotong-royong) menjadi salah satu faktor yang sering disebutkan dalam wawancara kualitatif sebagai hal yang mengikat masyarakat untuk bersama-sama melewati masa pandemi. Layanan kesehatan berbasis masyarakat juga mengalami gangguan akibat dari pandemi ini. Selama pandemi, kader kesehatan yang memiliki peran penting untuk menjembatani penyediaan layanan kesehatan berbasis masyarakat masih mengalami kurangnya dukungan untuk melakukan aktivitas penjangkauan.

Referensi

1. WHO. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. 2021.
2. Center for Strategic and International Studies. Southeast Asia Covid-19 Tracker 2021 [Available from: <https://www.csis.org/programs/southeast-asia-program/projects/southeast-asia-covid-19-tracker>].
3. Lal A, Erondy NA, Heymann DL, Gitahi G, Yates R. Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *The Lancet*. 2021;397(10268):61-7.
4. WHO. Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January-March 2021: Interim Report 22 April 2021. 2021.
5. Monekosso GL. Essential health care: a framework for its definition and implementation in health districts. 1984.
6. Rossen LM, Branum AM, Ahmad FB, Sutton P, Anderson RN. Excess Deaths Associated with COVID-19, by Age and Race and Ethnicity — United States, January 26–October 3, 2020. 2020.
7. Pell R, Fryer E, Manek S, Winter L, Roberts ISD. Coronial autopsies identify the indirect effects of COVID-19. *The Lancet Public health*. 2020;5(9):e474.
8. Department of Health and Social care OfNS, Government Actuary's, Department and Home Office. Direct and Indirect Impacts of COVID-19 on Excess Deaths and Morbidity: November 2020 Update. 2020.
9. Herlinda O, Wahid EA, Nuraini S, Salman M, Yenuarizki Y, Sadipun VEP. Kemampuan Puskesmas dalam Merespon Pandemi COVID-19. CISDI; 2020.
10. Kemenkes RI. Hospital Bed Occupancy Rate. 2021.
11. WHO. Considerations for implementing and adjusting public health and social measures in the context of COVID-19: Interim Guidance. 2020.
12. The Ministry of Finance. PERATURAN MENTERI KEUANGAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 120/PMK. 07 /2020 TENTANG PETA KAPASITAS FISKAL DAERAH 2020.
13. The Ministry of Health, NITAG, UNICEF, WHO. COVID-19 Vaccine Acceptance Survey in Indonesia. 2020.
14. UNICEF, UNDP, Prospera, SMERU. Analysis of the Social and Economic Impacts of COVID-19 on Households and Strategic Policy Recommendations for Indonesia,. Jakarta; 2021.
15. WHO. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. 2020 27 Agustus 2020.
16. Ministry of Health. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. 2019.
17. Cochran WG. Sampling Techniques third edition: John Wiley & Sons, Hoboken; 2007.
18. Lehmann U, Sanders D. Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers Geneva: School of Public Health, University of the Western Cape; 2007.
19. Kane S, Radkar A, Gadgil M, McPake B. Community Health Workers as Influential Health System Actors and not 'Just Another Pair Of Hands'. *International Journal of Health Policy and Management*. 2021;10(8):465.
20. Singh DR, Sunuwar DR, Shah SK, Karki K, Sah LK, Adhikari B, et al. Impact of COVID-19 on health services utilization in Province-2 of Nepal: a qualitative study among community members and stakeholders. *BMC Health Services Research*. 2021.

21. Boyce MR, Katz R. Community Health Workers and Pandemic Preparedness: Current and
22. Prospective Roles. *Frontiers in Public Health*. 2019;7.
Marthias T, Mahendradhata Y. Dampak COVID-19 terhadap layanan kesehatan ibu dan anak di Indonesia: Kasus untuk penguatan sistem kesehatan Forum Nasional ke-112021.
23. The Central Bureau of Statistics of Indonesia. *Profil Kemiskinan di Indonesia September 2020*. 2020.

Lampiran

Lampiran 1. Distribusi responden untuk pendekatan kuantitatif

Provinsi	Kabupaten/Kota	Jumlah Desa	Jumlah Responden
D. I. Yogyakarta	Bantul	1	4
	Kulon progo	2	8
	Sleman	2	8
DKI Jakarta	Jakarta Barat	1	4
	Jakarta Pusat	1	4
	Jakarta Selatan	1	4
Jawa Barat	Bandung Barat	2	8
	Cirebon	5	20
	Indramayu	4	17
	Karawang	4	16
	Tasikmalaya	5	20
Jawa Tengah	Banjarnegara	6	24
	Brebes	6	24
	Surakarta	2	8
	Temanggung	6	24
	Wonosobo	6	24
Jawa Timur	Ngawi	5	20
	Probolinggo	5	20
	Tuban	6	24
	Tulungagung	4	16
Kalimantan Selatan	Pasuruan	6	24
	Barangan	3	12
	Barito Kuala	3	12
Kalimantan Timur	Tapin	2	18
	Berau	2	8
	Kutai Kartanegara	1	4
Kalimantan Utara	Kutai Timur	2	8
	Malinau	1	4
	Nunukan	2	8
Aceh	Tana Tidung	1	4
	Aceh Timur	8	32
	Bener Meriah	3	12
	Gayo Lues	1	4
	Pidie	6	24
Papua	Subulussalam	2	8
	Biak Numfor	8	32
	Keerom	3	12
	Mamberamo Tengah	2	7
	Mamberamo Raya	3	12
Papua Barat	Supiori	2	8
	Kaimana	2	8
	Raja Ampat	2	8
	Sorong	3	12

	Enrekang	3	12
	Maros	3	12
Sulawesi Selatan	Pare-pare	1	8
	Takalar	3	12
	Toraja Utara	3	12
	Bolaang Mongondow	3	12
North Sulawesi	Bolaang Mongondow Selatan	2	8
	Minahasa Utara	2	8
	Langkat	6	24
	Batu bara	4	16
North Sumatera	Padang Lawas Utara	8	32
	Tanjung Balai	1	4
	Tapanuli Utara	1	4
	Gianyar	2	8
Bali	Badung	2	8
	Denpasar	1	4

Total

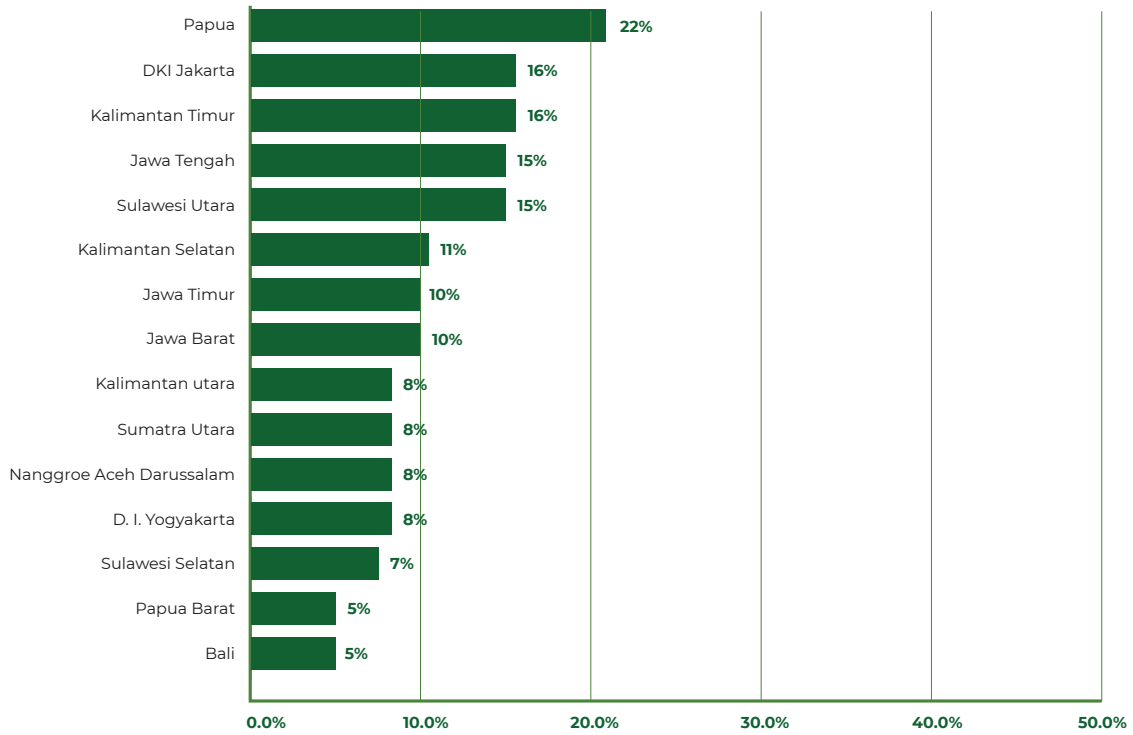
187

748

Lampiran 2. Distribusi responden untuk pendekatan kualitatif

Provinsi	Kabupaten/Kota	Jumlah Responden
D. I. Yogyakarta	Sleman	3
DKI Jakarta	Jakarta Selatan	3
Jawa Barat	Karawang	3
	Tasikmalaya	3
Jawa Tengah	Brebes	1
	Surakarta	3
	Wonosobo	4
Jawa Timur	Tuban	3
	Tulungagung	3
Kalimantan Selatan	Barito Kuala	3
	Tapin	3
Kalimantan Timur	Berau	3
	Kutai Timur	3
Kalimantan Utara	Nunukan	3
Aceh	Pidie	3
	Subulussalam	3
Papua	Mamberamo Raya	3
	Supiori	4
Papua Barat	Kaimana	3
	Raja Ampat	3
Sulawesi Selatan	Pare-pare	3
	Toraja Utara	3
Sulawesi Utara	Bolaang Mongondow	3
Sumatera Utara	Batu bara	3
	Tanjung Balai	3
Bali	Gianyar	3
Total		78

Lampiran 3. Persentase rata-rata layanan kesehatan yang tidak terpenuhi berdasarkan provinsi



Lampiran 4. Pengambilan sampel

Jumlah sampel

Untuk mengestimasi jumlah sampel minimum, kami menggunakan formula Cochran:

$$n_o = \frac{Z^2 * p * q}{e^2}$$

Di mana:

n_o : jumlah sampel

Z^2 : absis kurva normal yang memotong area di bagian ekor (dalam survei ini kami menggunakan *confidence interval* sebesar 95%, sehingga $Z= 1,96$)

e : sampling error (7,5%)

p : estimasi proporsi dari sebuah atribut yang ada di populasi ($p=0,5$)

q : $1-p$

Dengan jumlah total populasi yang diketahui, *finite population correction* akan digunakan untuk menghitung estimasi sampel minimum, berdasarkan formula berikut ini:

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{(n_o - 1)}{N}}$$

Di mana:

n : jumlah sampel yang disesuaikan

n_o : jumlah sampel dari perhitungan sebelumnya

N : total populasi

Lampiran 5. Instrumen kuantitatif

Bagian 1 Informed Consent dan Identifikasi Responden		
No	Pertanyaan	Pilihan Jawaban
A01	Selamat pagi/siang/sore. Nama saya (Nama Enumerator) dari CISDI. Apakah saya bisa berbicara dengan (Nama Responden)?	
A02	<p>Nama saya (Nama Enumerator) dari CISDI yang berlokasi di Jakarta.</p> <p>CISDI merupakan organisasi masyarakat sipil yang berfokus pada program penguatan implementasi kebijakan kesehatan, pemberdayaan masyarakat dan partisipasi pemuda. Kami sedang mengumpulkan informasi dari masyarakat, kader kesehatan, dan organisasi sipil untuk membantu pemerintah mengetahui lebih jauh mengenai akses ke pelayanan kesehatan esensial selama pandemi COVID-19 di Indonesia. Kami akan menanyakan tentang pengalaman komunitas di wilayah/daerah anda dalam mengakses layanan kesehatan, namun perlu diingat bahwa jawaban mewakili masyarakat di wilayah kerja Anda dan bukan pengalaman pribadi Anda. Informasi yang dikumpulkan dalam studi ini akan digunakan baik oleh CISDI, Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan, Puskesmas, dan peneliti untuk membantu merencanakan perbaikan pada pelayanan kesehatan selama masa pandemi COVID-19 atau sebagai bahan pertimbangan untuk studi lebih lanjut.</p> <p>Kami tidak akan mencantumkan nama atau alamat Bapak/Ibu dan apapun yang Anda sampaikan hanya akan dipergunakan untuk tujuan studi ini. Apabila Bapak/Ibu bersedia berpartisipasi dalam survei ini, Bapak/Ibu akan mendapatkan insentif sebesar Rp25.000 dalam bentuk voucher Pulsa/Gopay/OVO sebagai tanda terima kasih kami atas kontribusi Bapak/Ibu. Tentu, jika Bapak/Ibu keberatan dan merasa tidak nyaman, Bapak/Ibu boleh tidak menjawab pertanyaan tertentu yang kami ajukan atau dapat memilih untuk menyudahi wawancara ini.</p> <p>Kami mohon kesediaan waktu Bapak/Ibu untuk bisa melakukan wawancara guna memperoleh informasi dan beberapa data yang kami perlukan. Wawancara akan berlangsung sekitar 15-20 menit, dan selama proses wawancara kami akan merekam semua percakapan yang terjadi dalam wawancara ini yang hanya akan digunakan sebagai bahan untuk memeriksa akurasi wawancara oleh peneliti. Jika Bapak/Ibu bersedia dan sebagai tanda kesediaan berpartisipasi secara sadar dan sukarela, mohon untuk mengatakan bahwa Bapak/Ibu berkenan untuk diwawancara.</p>	

A03	Bolehkah saya memulai wawancara ini?	1. Ya 2. Ya, namun responden minta untuk menelpon di waktu yang berbeda 3. Tidak -BERHENTI
A04	Jika A03=2 Pada hari apa dan pukul berapa Anda bisa ditelepon kembali?	Hari, tanggal, waktu
A05	Jika A03=2 Waktu Indonesia	1. WIB 2. WITA 3. WIT
A06	Nama lengkap responden	
A07	Jenis Kelamin Responden	1. Laki-laki 2. Perempuan 3. Tidak ada jawaban
A08	Umur responden (hanya diisi angka)
A09	Provinsi	Daftar provinsi
A10	Kabupaten	Daftar kabupaten
A11	Kelurahan	Daftar kelurahan
A12	Jabatan atau pekerjaan responden	1. Lurah/Kades 2. Staf Kelurahan/Desa 3. Kader kesehatan 4. Ketua/Anggota PKK 5. Ketua/Anggota Karang Taruna 6. Satgas COVID-19 7. Tokoh agama/masyarakat 8. Lainnya, sebutkan...
A13	Kelompok masyarakat apa yang Anda wakikan?	1. Kelurahan 2. Desa 3. Kader kesehatan 4. Ibu-ibu PKK 5. Remaja karang taruna 6. Tokoh agama 7. Relawan COVID 8. Kelompok keagamaan (pengajian/gereja/sembahyang) 9. Lainnya, sebutkan

Bagian 2 Kebutuhan dan Penggunaan Pelayanan Kesehatan Esensial di Masyarakat

Sekarang, saya akan menanyakan tentang kebutuhan dan penggunaan pelayanan kesehatan di komunitas/masyarakat yang Anda wakikan.

No	Pertanyaan	Pilihan Jawaban
B01	<p><i>Masyarakat memiliki pengalaman yang berbeda dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, khususnya selama pandemi COVID-19.</i></p> <p>Selama tiga bulan terakhir di komunitas/wilayah Anda, berapa banyak orang yang mendapatkan [jenis layanan kesehatan berikut] saat dibutuhkan?</p>	

B01_1	Perawatan medis yang sifatnya urgent/darurat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hampir semua masyarakat 2. Lebih dari separuh masyarakat 3. Kurang dari separuh masyarakat 4. Hanya beberapa orang 5. Tidak tahu
B01_2	Operasi yang telah direncanakan (bersifat elektif/pilihan) [operasi ini dapat dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup yang lebih baik dan disarankan oleh dokter, tapi bukan untuk kondisi yang darurat/mengancam jiwa, contoh operasi batu ginjal, katarak dll]	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hampir semua masyarakat 2. Lebih dari separuh masyarakat 3. Kurang dari separuh masyarakat 4. Hanya beberapa orang 5. Tidak tahu
B01_3	Pengobatan rutin untuk perawatan penyakit kronik seperti diabetes atau hipertensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hampir semua masyarakat 2. Lebih dari separuh masyarakat 3. Kurang dari separuh masyarakat 4. Hanya beberapa orang 5. Tidak tahu
B01_4	Tes laboratorium yang direkomendasikan atau tes radiologi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hampir semua masyarakat 2. Lebih dari separuh masyarakat 3. Kurang dari separuh masyarakat 4. Hanya beberapa orang 5. Tidak tahu
B01_5	Layanan kesehatan mental	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hampir semua masyarakat 2. Lebih dari separuh masyarakat 3. Kurang dari separuh masyarakat 4. Hanya beberapa orang 5. Tidak tahu
B01_6	Layanan kontrasepsi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hampir semua masyarakat 2. Lebih dari separuh masyarakat 3. Kurang dari separuh masyarakat 4. Hanya beberapa orang 5. Tidak tahu
B01_7	Antenatal care (pemeriksaan kehamilan)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hampir semua masyarakat 2. Lebih dari separuh masyarakat 3. Kurang dari separuh masyarakat 4. Hanya beberapa orang 5. Tidak tahu
B01_8	Persalinan dengan bantuan tenaga kesehatan yang terlatih (bidan, dokter, obgyn)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hampir semua masyarakat 2. Lebih dari separuh masyarakat 3. Kurang dari separuh masyarakat 4. Hanya beberapa orang 5. Tidak tahu

B01_9	Layanan Imunisasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hampir semua masyarakat 2. Lebih dari separuh masyarakat 3. Kurang dari separuh masyarakat 4. Hanya beberapa orang 5. Tidak tahu
B01_10	Perawatan jangka panjang di rumah (seperti rehabilitasi atau perawatan paliatif)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hampir semua masyarakat 2. Lebih dari separuh masyarakat 3. Kurang dari separuh masyarakat 4. Hanya beberapa orang 5. Tidak tahu

Bagian 3 Hambatan untuk mencari layanan kesehatan esensial di masyarakat

Sekarang saya akan menanyakan terkait kesulitan yang dialami masyarakat ketika mereka membutuhkan layanan kesehatan. **Sekali lagi ini terkait dengan pengalaman masyarakat di masyarakat yang Anda wakikan, bukan spesifik pada pengalaman pribadi Anda.**

No	Pertanyaan	Pilihan Jawaban
C01	<p>JANGAN BACAKAN PILIHAN JAWABAN PILIH SEMUA JAWABAN YANG BERHUBUNGAN</p> <p>Secara umum, sebelum pandemi COVID-19, apakah alasan utama masyarakat tidak mendapatkan layanan kesehatan yang mereka butuhkan? [Probing 1x]</p>	<p>Alasan informasi dan budaya:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mengetahui tentang layanan yang tersedia 2. Lebih memilih pengobatan tradisional <p>Alasan akses fisik dan biaya:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Fasilitas kesehatan terlalu jauh 4. Kurangnya transportasi yang tersedia menuju fasilitas kesehatan 5. Kurangnya transportasi yang tersedia untuk rujukan antar fasilitas kesehatan 6. Biaya layanan terlalu tinggi 7. Adanya permintaan pembayaran yang bersifat informal (suap) <p>Alasan fasilitas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Persepsi akan kurangnya tenaga kesehatan 9. Persepsi akan kurangnya obat-obatan 10. Persepsi akan kurangnya peralatan 11. Persepsi layanan yang kurang mempertimbangkan aspek budaya atau agama 12. Penyedia layanan yang dianggap tidak sopan/tidak menghormati 13. Ketidakpercayaan terhadap penyedia layanan atau fasilitas 14. Diskriminasi terhadap komunitas tertentu 15. Jam buka layanan yang tidak tepat/sesuai

16. Waktu menunggu yang lama
17. Persyaratan administrasi yang mengecualikan orang-orang tertentu (misalnya pendaftaran di area lokal, kewarganegaraan)
18. Lainnya, sebutkan.....
19. Tidak ada hambatan
20. Layanan kesehatan yang tidak lengkap
21. Akses ke layanan kesehatan sulit (karena jalan rusak, kondisi jalan yang sulit dilalui, faktor cuaca)
22. Tidak ada fasilitas kesehatan

C02 Dalam kurun waktu 3 bulan terakhir, apakah menurut Anda terdapat perubahan terkait akses pelayanan kesehatan secara umum oleh masyarakat?

1. Tetap stabil
2. Agak terpengaruh
3. Sangat terpengaruh

Ini mengacu pada semua jenis layanan kesehatan, tidak hanya perawatan COVID-19.

C03 Jika C02=2 atau 3

Dalam 3 bulan terakhir, apakah alasan utama masyarakat tidak mendapatkan layanan kesehatan yang mereka butuhkan?

JANGAN BACAKAN PILIHAN JAWABAN

PILIH SEMUA JAWABAN YANG BERHUBUNGAN

Alasan terkait informasi, persepsi, dan rekomendasi pemerintah

1. Kekhawatiran terinfeksi COVID-19 di fasilitas
2. Kekhawatiran terinfeksi COVID-19 apabila keluar rumah
3. Rekomendasi kepada publik untuk menghindari kunjungan ke fasilitas untuk sakit ringan selama pandemi
4. Rekomendasi kepada publik untuk menunda kunjungan perawatan rutin sampai pemberitahuan selanjutnya selama pandemi
5. Tidak mengetahui ke mana harus mencari perawatan selama pandemi

Alasan terkait akses fisik dan biaya

6. PSBB/PPKM/lockdown, atau aturan/perintah tetap diam di rumah
7. Gangguan transportasi publik
8. Pemasukan keuangan rumah tangga menurun selama pandemi
9. Kehilangan asuransi kesehatan selama pandemi

10. Biaya yang lebih mahal dikarenakan tidak tersedianya penyedia layanan reguler (contohnya kebutuhan untuk pergi ke penyedia layanan yang meminta bayaran lebih mahal)

Alasan terkait fasilitas kesehatan

11. Penutupan fasilitas karena COVID-19
12. Pengurangan atau perubahan jam buka fasilitas karena COVID-19
13. Penyedia layanan khusus ditangguhkan karena COVID-19
14. Gangguan atau buruknya penyediaan layanan di fasilitas karena COVID-19 (keterbatasan obat, komoditas, dan staf yang tersedia)
15. Waktu tunggu yang lebih lama di fasilitas karena krisis yang terjadi
16. Lainnya,
17. Tidak ada hambatan
18. Masyarakat takut "dicovidkan" atau diswab
19. Fasilitas kesehatan hanya menangani masyarakat yang sudah divaksin
20. Adanya pembatasan jumlah pasien

C04 Dalam kurun waktu 3 bulan terakhir, siapa yang pertama kali dihubungi untuk mencari saran atau mendapatkan pengobatan ketika terdapat orang yang sakit di masyarakat/wilayah Anda?

JANGAN BACA KAN PILIHAN JAWABAN

PILIH SEMUA JAWABAN YANG BERHUBUNGAN

1. Kader kesehatan
2. Puskesmas
3. Apotek atau petugas farmasi di tempat pembelian obat
4. Rumah sakit
5. Dokter
6. Tenaga kesehatan lain (bidan, perawat)
7. Penyembuh tradisional (dukun)
8. Satgas COVID
9. Tempat yang menyediakan layanan tes/swab COVID
10. *Internet* atau forum online
11. Lainnya, ...
12. Tidak ada (menunda mencari pertolongan)
13. Kepala lingkungan
14. Tokoh masyarakat

C05	Dalam 3 bulan terakhir, apakah di masyarakat Anda terdapat kelompok masyarakat tertentu yang mengalami diskriminasi dalam akses pelayanan kesehatan karena alasan ekonomi, sosial, dan budaya?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya 2. Tidak - lanjutkan ke bagian selanjutnya
C06	<p>Siapakah kelompok-kelompok ini?</p> <p>PILIH SEMUA JAWABAN YANG BERHUBUNGAN (BOLEH LEBIH DARI SATU), JANGAN BACAKAN PILIHAN JAWABAN, TANYAKAN APALAGI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orang-orang yang sangat miskin 2. Orang yang yang bekerja di sektor informal 3. Orang-orang yang tidak punya pekerjaan/pengangguran 4. Orang tua tunggal 5. Rumah tangga dengan lansia 6. Orang dengan disabilitas 7. LGBT 8. Penduduk dan suku asli daerah ini 9. Kelompok agama minoritas 10. Orang-orang yang hidup berpindah-pindah 11. Migran dan pengungsi (dalam negeri atau dari luar negeri) 12. Kelompok etnis minoritas 13. Tunawisma (orang yang tidak punya rumah) 14. Yatim piatu dan anak-anak terlantar 15. Penyintas COVID-19 16. Lainnya,

Bagian 4 Sikap terhadap vaksin COVID-19

Sekarang saya akan menanyakan tentang sikap vaksin terhadap COVID-19 pada masyarakat/wilayah tempat Anda bekerja atau yang Anda wakikan

No	Pertanyaan	Pilihan Jawaban
D01	Dalam kurun waktu 3 bulan terakhir, menurut Anda berapa banyak orang di wilayah/masyarakat Anda yang khawatir dengan penyebaran COVID-19?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hampir semua masyarakat 2. Lebih dari separuh masyarakat 3. Kurang dari separuh masyarakat 4. Hanya beberapa orang 5. Tidak tahu
D02	Jika vaksin COVID-19 tersedia di masyarakat dalam kurun waktu 1-3 bulan ke depan, kira-kira berapa banyak orang dewasa yang menurut Anda akan menginginkan vaksin COVID-19 untuk diri mereka sendiri?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hampir semua masyarakat 2. Lebih dari separuh masyarakat 3. Kurang dari separuh masyarakat 4. Hanya beberapa orang 5. Tidak tahu
D03	Jika vaksin COVID-19 tersedia di masyarakat dalam kurun waktu satu hingga tiga bulan ke depan, kira-kira berapa jumlah orang tua yang menurut Anda akan menginginkan vaksin COVID-19 untuk anak-anak mereka?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hampir semua masyarakat 2. Lebih dari separuh masyarakat 3. Kurang dari separuh masyarakat 4. Hanya beberapa orang 5. Tidak tahu

<p>D04</p> <p>Jika D02!=1 atau D03!=1</p> <p>Apa alasan utama orang-orang tersebut tidak menginginkan vaksin COVID-19? Adakah alasan yang lain?</p> <p>JANGAN BACA KAN PILIHAN JAWABAN</p> <p>PILIH SEMUA JAWABAN YANG BERHUBUNGAN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak khawatir tertular COVID-19 2. Tidak yakin apakah vaksin COVID-19 akan efektif 3. Khawatir tentang efek samping vaksin COVID-19 4. Tidak mau ke fasilitas karena takut tertular COVID-19 5. Ketidakpercayaan atau penolakan terhadap vaksin apa pun 6. Terlalu sibuk untuk divaksinasi 7. Khawatir tentang biaya 8. Lainnya, sebutkan 9. Memiliki komorbid 10. Faktor usia/lansia 11. Takut disuntik 12. Masalah agama 13. Tidak ada kasus covid 14. Informasi/edukasi terkait vaksin covid yang kurang 15. Stok vaksin yang terbatas 16. Merasa sehat 17. Mobilitas rendah sehingga tidak perlu vaksin
--	---

Bagian 5 Aset dan Kerentanan Masyarakat

Pada bagian ini, saya akan menanyakan kepada Anda tentang bagaimana masyarakat/wilayah tempat Anda bekerja/wakilkan dalam menghadapi pandemi

No	Pertanyaan	Pilihan Jawaban
E01	Menurut Anda bagaimana dampak pandemi COVID-19 terhadap ekonomi masyarakat?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak berdampak 2. Sedikit berdampak 3. Sangat berdampak
E02i	Pertanyaan berikut adalah tentang kegiatan yang dipimpin oleh pemerintah atau masyarakat pada aspek sosial ekonomi, pendidikan, kesehatan dan kebersihan lingkungan yang diimplementasikan di masyarakat	
E02	Selama 3 bulan terakhir di masa pandemi covid-19 ini, menurut Anda apakah terdapat perubahan inisiatif/bantuan sosial, ekonomi, dan pendidikan di masyarakat/wilayah Anda?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Tetap 3. Menurun
E03	Jika E02=1 Jenis inisiatif/bantuan apa yang meningkat di masyarakat?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bantuan langsung tunai yang disediakan oleh pemerintah, perusahaan atau individu 2. Mendirikan tempat penampungan untuk mencegah kekerasan berbasis gender 3. Penyediaan dan pendistribusian paket makanan atau voucher makanan 4. Penyediaan fasilitas pendukung di masyarakat untuk mendukung sekolah

		<p>dari rumah. Misal: penyediaan fasilitas internet/hp/laptop</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Dukungan untuk orang-orang yang isolasi/karantina mandiri atau kelompok rentan (lanjut usia) 6. Insentif keringanan pajak 7. PPKM mikro berbasis masyarakat 8. Pembentukan satgas covid lokal 9. Lainnya, sebutkan 10. Perubahan terkait cara mendapatkan pendapatan
E04	<p>Selama 3 bulan terakhir selama masa pandemi COVID-19, menurut Anda apakah terdapat perubahan inisiatif/bantuan terkait kesehatan dan kebersihan lingkungan?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Tetap 3. Menurun
E05	<p>Jika E04=1</p> <p>Jenis inisiatif/bantuan apa yang meningkat di masyarakat?</p> <p>JANGAN BACAKAN PILIHAN JAWABAN</p> <p>PILIH SEMUA JAWABAN YANG BERHUBUNGAN</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kegiatan promosi kesehatan (misalnya olah raga, demonstrasi cuci tangan) 2. Distribusi materi promosi informasi, edukasi, dan komunikasi terkait kesehatan dan kebersihan lingkungan 3. Penyediaan dan distribusi paket higienitas (masker, hand sanitiser, disinfektan, dll) 4. Dukungan untuk orang-orang yang isolasi/karantina mandiri atau kelompok rentan 5. Penyediaan layanan transportasi untuk tenaga kesehatan 6. Penyediaan layanan transportasi untuk penyedia layanan esensial atau kelompok rentan (misalnya wanita hamil) 7. Penyediaan masker medis/kain untuk kelompok rentan (lansia, ibu hamil) 8. Menyiapkan fasilitas cuci tangan (air bersih dan sabun) 9. Dukungan finansial dan material untuk mengakses layanan kesehatan (donasi, pinjaman) 10. Lainnya, sebutkan 11. Penyediaan MCK/Jamban 12. Layanan kesehatan keliling 13. Penyediaan tempat

Bagian 6 Hambatan Pelayanan Berbasis Masyarakat

JIKA A10=3

Catatan: Bagian ini hanya akan diberikan kepada informan kunci yang memberikan layanan berbasis Masyarakat (Kader kesehatan)

Sekarang saya akan bertanya tentang pengalaman Anda sebagai petugas kesehatan masyarakat untuk memahami bagaimana Anda dapat terus melakukan tugas Anda selama pandemi COVID-19 dan mengidentifikasi dukungan tambahan apa yang mungkin Anda butuhkan.

No	Pertanyaan	Pilihan Jawaban
F01	Apakah Anda merasa percaya diri/yakin dengan pengetahuan Anda tentang COVID-19?	1. Ya 2. Tidak
F02	Dalam waktu 3 bulan terakhir, menurut Anda, bagaimana risiko Anda tertular COVID-19 dalam pekerjaan Anda ?	1. Tidak ada risiko 2. Sedikit 3. Tinggi 4. Sangat tinggi
F03	Jika F02=3 ATAU 4 Menurut Anda, apa yang membuat Anda berisiko tertular COVID-19 dalam pekerjaan Anda? Ada yang lain? JANGAN BACA KAN PILIHAN JAWABAN PILIH SEMUA JAWABAN YANG BERHUBUNGAN	1. Menghubungi/ bertemu banyak orang 2. Tidak memiliki perlindungan yang memadai (seperti: masker medis/masker N95) 3. Usia saya atau saya punya kondisi/masalah kesehatan 4. Jam kerja saya yang panjang 5. Menggunakan transportasi umum untuk pulang pergi atau melakukan kunjungan ke rumah-rumah 6. Masyarakat umum yang tidak mengikuti pedoman protokol kesehatan 7. Lainnya, sebutkan
F04	Dalam waktu 3 bulan terakhir, sebagai petugas kesehatan di masyarakat, apakah Anda pernah merasa mendapatkan stigma dari masyarakat karena takut Anda mungkin dapat menularkan COVID-19?	1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering
F05	Dalam kurun waktu 3 bulan terakhir, apakah Anda merasa menerima dukungan yang dibutuhkan untuk melakukan pekerjaan dengan benar? Termasuk pekerjaan Anda secara umum maupun pekerjaan yang terkait dengan COVID-19.	1. Sangat banyak dukungan 2. Banyak dukungan 3. Sedikit dukungan 4. Tidak menerima dukungan
F06	(Jika F05 jawabannya no 3 dan 4) Dalam kurun waktu 3 bulan terakhir, dukungan apa yang Anda butuhkan yang saat ini tidak Anda terima? Ada yang lain? JANGAN BACA KAN PILIHAN JAWABAN PILIH SEMUA JAWABAN YANG BERHUBUNGAN	1. Dukungan keuangan (uang transport) 2. Alat Perlindungan Diri (APD) 3. Persediaan, komoditas, dan peralatan lain untuk memberikan perawatan 4. Pelatihan dan informasi tentang isu-isu terkait COVID-19

5. Pelatihan dan informasi lainnya
6. Asuransi kesehatan
7. Prioritas divaksinasi
8. Lainnya

F07	Apakah Anda dapat mempertahankan penyediaan layanan berikut dalam tiga bulan terakhir, dibandingkan dengan periode sebelum pandemi COVID-19?	
F07_1	Layanan imunisasi di posyandu (bukan vaksin COVID-19) *imunisasi untuk balita	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat berkurang atau ditanggihkan 2. Sedikit berkurang 3. Tidak ada perubahan 4. Meningkatkan 5. Tidak ada layanan terkait
F07_2	Kampanye pencegahan malaria/demam berdarah (DBD) termasuk distribusi kelambu berinsektisida atau kegiatan lainnya seperti menjaga kebersihan lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat berkurang atau ditanggihkan 2. Sedikit berkurang 3. Tidak ada perubahan 4. Meningkatkan 5. Tidak ada layanan terkait
F07_3	Kegiatan penjangkauan penyakit tropis yang terabaikan, termasuk pemberian obat massal,dll	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat berkurang atau ditanggihkan 2. Sedikit berkurang 3. Tidak ada perubahan 4. Meningkatkan 5. Tidak ada layanan terkait
F07_4	Dukungan sosial untuk pasien tuberkulosis (misalnya paket makanan, pendampingan pemeriksaan dahak, atau mengantar/mengambilkan obat di puskesmas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat berkurang atau ditanggihkan 2. Sedikit berkurang 3. Tidak ada perubahan 4. Meningkatkan 5. Tidak ada layanan terkait
F07_5	Dukungan sosial untuk pasien tuberkulosis (misalnya paket makanan, pendampingan pemeriksaan dahak, atau mengantar/mengambilkan obat di puskesmas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat berkurang atau ditanggihkan 2. Sedikit berkurang 3. Tidak ada perubahan 4. Meningkatkan 5. Tidak ada layanan terkait

Bagian 7 Persetujuan lanjutan dan hasil interview

No	Pertanyaan	Pilihan Jawaban
G01	Bagaimana Anda ingin mendapatkan insentif sebesar Rp25,000?	<ol style="list-style-type: none"> 1. OVO 2. Gopay 3. Pulsa
G02	Nomor telepon untuk pemberian insentif *)nomor telepon harus terdaftar atas nama Anda	
G03	Terima kasih atas kesediaan Anda untuk diwawancara. Apakah Anda bersedia untuk dihubungi kembali guna pendalaman data terkait survei ini?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya 2. Tidak
G04	Pada hari apa dan pukul berapa Anda sekiranya bisa dihubungi kembali?	

G05	Mohon isikan nomor Anda yang dapat kami hubungi?	
G06	Nama enumerator
G07	Tanggal pengambilan data	Hari, tanggal, waktu

Lampiran 6. Instrumen Kualitatif

No	Pertanyaan	Probing
Data Diri Informan		
1	Nama Lengkap Informan	Cukup jelas
2	Jenis Kelamin Informan	Cukup jelas
3	Umur Informan	Cukup jelas
4	Kabupaten	Cukup jelas
5	Kelurahan/desa	Kelurahan/desa dari wilayah kerja/wilayah yang diwakilkan oleh responden. BUKAN kelurahan domisili responden.
6	Jabatan atau pekerjaan Informan	Cukup jelas
7	Kelompok masyarakat apa yang Anda wakilkkan?	Cukup jelas
I Kebutuhan dan Penggunaan Layanan Kesehatan Esensial di Masyarakat		
1_1	Dari yang Anda ketahui, jenis pelayanan kesehatan apa saja yang disediakan layanan kesehatan di sini?	Tidak perlu di probing lanjut
1_2	Jenis pelayanan kesehatan apa saja yang sering digunakan masyarakat di sini?	Probing: a. sesuai layanan kesehatan esensial pada jawaban sebelumnya b. Apakah ada opsi pengobatan alternatif/tradisional yang mereka gunakan (dukun, mantri, dll.)
1_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, jika tidak ada lanjut ke pertanyaan berikutnya
II Hambatan untuk mencari layanan kesehatan esensial di masyarakat		
2_1	Hambatan apa saja yang ditemui masyarakat di sini dalam penggunaan layanan kesehatan esensial? Secara.... (LANGSUNG LANJUT KE BAWAH) (SELURUH PERTANYAAN DITANYAKAN) 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 & layanan kesehatan esensial: Sesering apa masyarakat dapat informasi kesehatan dan mengenai layanan kesehatan? e. Sosial: Apakah ada hambatan sosial yang Anda lihat dalam penggunaan layanan kesehatan esensial?	(SETIAP PROBING DITANYAKAN: Apakah hambatan tersebut sudah ada sebelum pandemi atau baru sekarang?) probing: a. jarak: lokasi geografis b. Transportasi: (biaya jika naik kendaraan umum) c. Biaya berobat: (obat dan dokter) d. Informasi tentang kesehatan & layanan kesehatan esensial (lanjut probing: sumber, frekuensi informasi didapatkan) e. Sosial: Stigma COVID-19, gender

2_2	Bagaimana pendapat masyarakat di sini terhadap:	probing: a. Sarana fasilitas kesehatan: (probing: kelengkapan peralatan, jumlah dan kualitas obat) b. Tenaga kesehatan (probing: kecukupan tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan, kualitas layanan, keterampilan dan keramahan memberikan pelayanan) c. Waktu pelayanan (probing: jam buka, waktu tunggu) d. Akses: perjalanan ke lokasi fasilitas kesehatan mudah atau tidak, terhambat COVID-19 akses ke fasilitas nya
	(SELURUH PERTANYAAN DITANYAKAN)	
	a. Sarana fasilitas kesehatan? b. Tenaga kesehatan c. Waktu pelayanan d. Akses ke fasilitas kesehatan	
2_3	Apakah ada upaya yang dilakukan masyarakat setempat untuk memperbaiki keadaan, dimana layanan kesehatan sulit untuk didapatkan?	probing: a. aktivitas dan upaya masyarakat, secara individual dan dari masyarakat b. Siapa yang berpartisipasi, Aktor yang aktif dalam masyarakat, local champions/leaders
2_4	Harapan ke pemerintah/pemangku kebijakan untuk memperbaiki keadaan sekarang?	penjelasan: Dalam bentuk dana/kegiatan/alat kesehatan? probing: Bagaimana dukungan tersebut membantu menanggulangi masalah yang telah didiskusikan?
III Sikap terhadap vaksin COVID-19		
3_1	Bagaimana pandangan masyarakat di sini terhadap penderita COVID-19?	probing: apakah ada stigma terhadap penderita COVID-19 di masyarakat setempat?
3_2	Bagaimana pandangan masyarakat di sini terhadap vaksin COVID-19? dan apakah mereka bersedia untuk divaksin?	probing: a. Bagi yang tidak bersedia apa yang mereka khawatirkan, apa yang mereka takuti? b. Sumber informasi vaksin?
3_3	Bagaimana pandangan masyarakat di sini terhadap informasi tentang vaksin yang ada selama ini?	probing: a. Siapa yang sebaiknya memberikan informasi dan alasannya b. Informasi apa saja yang masyarakat butuhkan tentang
3_4	Apakah masyarakat sudah memahami prosedur untuk mendapatkan vaksin?	probing: Sumber informasi tata prosedur daftar vaksinasi
3_5	<i>(Jika pada pertanyaan 3.4 jawabannya "Tidak/belum memahami prosedur untuk mendapatkan vaksin" boleh lanjut langsung ke pertanyaan 3.6)</i>	probing: Prosedurnya mudah atau susah, waktu pelayanan, akses mendapatkan vaksin
	Bagaimana pandangan masyarakat di sini terhadap prosedur untuk mendapatkan vaksin?	

3_6	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?
3_7	Bagaimana pendekatan yg dapat dilakukan oleh pemerintah untuk meningkatkan penerimaan vaksin di masyarakat?	probing: Cara pemerintah sosialisasikan informasi vaksin; memberikan akses; metode penjangkauan
IV Aset dan Kerentanan Masyarakat		
4_1	Bagaimana dampak pandemi COVID-19 terhadap kegiatan sosial masyarakat di sini?	penjelasan: contoh kegiatan sosial: pengajian, kumpul keluarga, silaturahmi ke tetangga, acara arisan, acara ulang tahun dll probing: perubahan dari pre pandemi ke sekarang
4_2	Bagaimana dampak pandemi COVID-19 terhadap kegiatan ekonomi masyarakat di sini?	penjelasan: contoh kegiatan ekonomi: toko/warung, kegiatan pasar, kerja dari rumah, pengangguran, harga bahan pokok dll. probing: perubahan dari pre pandemi ke sekarang
4_3	Bagaimana dampak pandemi COVID-19 terhadap kegiatan pendidikan masyarakat di sini?	penjelasan: contoh kegiatan pendidikan: penutupan sekolah, aktivitas anak dirumah, aktivitas ekstrakurikuler dll. probing: perubahan dari pre pandemi ke sekarang
4_4	Siapa/kelompok mana yang paling terdampak COVID-19?	probing: Dalam aspek apa (sosial atau ekonomi)? Alasan kenapa mereka yang paling terdampak, contoh kasus jika ada
4_5	Upaya apa yang sudah dilakukan masyarakat di sini untuk membantu mereka?	probing: a. jenis upaya; b. Hasil dari upaya tersebut, sukses atau tidak?
4_6	Upaya apa saja yang sudah dilakukan masyarakat di sini untuk menanggulangi COVID-19?	probing: a. jenis upaya; b. Hasil dari upaya tersebut, sukses atau tidak? c. Saran kedepan
4_7	Menurut anda, apa yang masyarakat dapat lakukan yang sebelumnya belum dilakukan untuk membantu meringankan beban mereka selama masa pandemi COVID-19?	penjelasan: a. Kegiatan tambahan yang masih bisa dilakukan b. Kegiatan yang direncanakan namun tidak ada dana atau fasilitas

IV Hambatan Pelayanan Berbasis Masyarakat (HANYA UNTUK KADER)		
5_1	Darimana anda mendapatkan pengetahuan/informasi terkait COVID-19?	penjelasan: puskesmas, pemerintah, grup WA
5_2	Apakah sebelum turun ke masyarakat, anda mendapatkan pelatihan dari puskesmas setempat untuk melakukan penjangkauan ke masyarakat? Jika iya siapa yang memberi pelatihan?	probing: a. Pelatihan kader terkait COVID-19 b. sumber pelatihan
5_3	Apa saja tugas anda sebagai kader?	probing: a. Apakah tugas sebagai kader masih berjalan selama pandemi? b. siapa yang memberi penugasan, puskesmas? c. apakah dapat penugasan dari pihak luar puskesmas?
5_4	Bagaimana pendapat anda terhadap tugas-tugas tersebut?	probing: a. Perasaan terhadap kerjaan sekarang, apakah tugas dapat dijalankan dengan lancar atau tidak, apakah tugas nya terlalu banyak atau terlalu sedikit b. Apakah mengganggu pekerjaan sehari-hari (menyita waktu)
5_5	Apa tantangan yang Anda hadapi untuk dapat melakukan pekerjaan Anda secara optimal selama masa pandemi COVID-19?	penjelasan: Tantangan dalam menjalankan tugas kader (waktu, sarana APD, transport, dll) probing: stigma masyarakat, sumber daya untuk kader, tingkat pengetahuan kader mengenai masalah COVID
5_6	Apakah ada saran kedepan agar kegiatan kader bisa lebih efektif dan efisien?	penjelasan: Saran kedepan terhadap penugasan kader, untuk teman-teman kader dan puskesmas probing: dukungan dari puskesmas, masyarakat, lintas sektor, dan pemerintah untuk membantu pekerjaan kader dalam respon covid-19

