

Pelaksanaan Program Perawatan Kesehatan Masyarakat Keluarga Miskin Di Kabupaten Agam

**Indra Ramli
Hari Kusnanto**

Daftar Isi

Daftar Isi	ii
Daftar Tabel.....	ii
Abstract	iii
Latar Belakang	1
Metode	3
Hasil dan Pembahasan.....	3
Geografis.....	3
Keluarga miskin.....	4
Kesimpulan.....	19
Daftar Pustaka.....	20

Daftar Tabel

Tabel 1. Jumlah Desa dan Dusun yang Sulit Diakses dalam pelayanan perkesmas tahun 2005.....	4
Tabel 2. Jumlah KK, KK Miskin dan Jiwa Miskin Di Tiga Puskesmas	4
Tabel 3. Pelaksanaan Fungsi Manajemen Program Perawatan Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Agam Tahun 2005 ...	5
Tabel 4. Realisasi Pencapaian Target Program Oerawatan Kesehatan Masyarakat Miskin di Kab.Agam Tahun 2005	5

Abstract

Implementation Of Public Health Nursing Program For Poor Families At District Of Agam

Indra Ramli¹, Hari Kusnanto²

Background: The unabated economic crisis has put more poor people away from adequate health care services, including the basic health care. Public health problems such as malnutrition among infants and children, chronic energy deficiency among pregnant women, and several communicable diseases have reemerged as basic health care coverage shrank. Public health care nursing and home visiting are options to improve access to basic health care, especially for maternal and child health. However these activities have not been optimally implemented due to resource constraints and other limitations.

Objective: The objective of the study was to evaluate the implementation of public health nursing through home visiting by identifying coverage of home visiting service for families with risk factors, policies of resources allocation (human resources, financial resources and other facilities) and evaluating how incentives and workload were distributed to carry out the program and obstacles were overcome.

Methods: The study was qualitative descriptive with cross sectional design. Analysis unit was the implementation of public health nursing program at Agam District with samples taken using purposive random sampling technique at three public health centers of Biaro, Pakan Kamis and Lubuk Basung. Primary data were obtained through in-depth interview with Head of the Health Office, Head of Sub Health Service Office, Head of Public Health Service and Health Service Facility Section, Head of Public Health Center and coordinator of Public Health Nursing Program at community health center.

Result: The coverage of public health nursing service through home visiting was relatively low due to limited home visiting, small allocation of home visiting fund, absence of incentive and effective staff training and low mobilization of resources.

Conclusion: The implementation of public health nursing through home visiting had not contributed significantly to the public health nursing program either quantitatively or qualitatively. Commitment of the management to the program was low as reflected from small allocation of fund, absence of incentive and staff training as well as mapping of poor families so that the program did not run comprehensively.

Keywords: public health nursing, home visiting service, fund mobilization, incentive, training, work load

1 Health Office, Agam District, Province of Sumatera Barat

2 Master of Health Service Management & Policy, GMU

Latar Belakang

Krisis ekonomi di Indonesia menyebabkan jumlah penduduk miskin bertambah. Keadaan ini berpengaruh pada kehidupan masyarakat. Kemampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar berkurang, termasuk dalam mengakses pelayanan kesehatan. Pada kondisi ini maka perawatan kesehatan masyarakat terutama pelayanan kunjungan rumah mempunyai arti yang sangat strategis dalam meningkatkan dan pemerataan akses pelayanan kesehatan tingkat pertama. Pelayanan perawatan kesehatan masyarakat meliputi pelayanan perawatan yang dilakukan didalam maupun diluar gedung. Sasaran pelayanan di luar gedung meliputi: pelayanan kesehatan keluarga, pelayanan kelompok khusus, pelayanan tindak lanjut di rumah dan pelayanan terhadap kasus resiko tinggi.¹

Masalah kesehatan keluarga meliputi masalah kesehatan ibu dan anak, pelayanan kontrasepsi, pemeliharaan anak dan ibu sesudah persalinan, perbaikan gizi keluarga dengan anggota keluarga penderita penyakit kronis baik menular maupun tidak dan usia lanjut dengan ketidakmampuannya.

Profil Kesehatan Kabupaten Agam tahun 2004 menunjukkan jumlah penduduk sebesar 428.556 jiwa dengan kepadatan penduduk rata-rata 192 orang per kilometer persegi. Kepadatan penduduk antara 57 orang perkilometer persegi sampai dengan 965 orang perkilometer persegi, jumlah kepala keluarga adalah 100.781 KK, dengan jumlah KK miskin 12.036 KK. Dalam masalah pelayanan kesehatan sampai saat ini dilayani oleh 1 unit Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C, 21 Puskesmas, 113 Puskesmas Pembantu, 21 Puskesmas keliling, 120 Pondok bersalin desa, 30 Dokter Praktik Swasta, Rumah Bersalin Swasta. Dengan kondisi ini maka rasio puskesmas terhadap 10.000 penduduk adalah 0,49, rasio puskesmas pembantu 2,64, rasio Polindes 2,80, ini berarti setiap 10 ribu penduduk dilayani oleh 1 Puskesmas, 2 atau 3 Puskesmas pembantu, serta 2 atau 3 Polindes.

Ketenagaan kesehatan pada tahun 2004 terdiri dari: dokter dengan rasio 9,33 per 100.000 penduduk, dokter gigi 1,71 per 100.000 penduduk, bidan 63 per 100.000 penduduk, perawat 42,9 per 100.000 penduduk. Sedang penganggaran bidang kesehatan dengan kondisi persediaan obat puskesmas terhadap kebutuhan 90 % dan Anggaran sektor kesehatan dalam APBD Kabupaten terdiri 10 %.

Indikator derajat kesehatan yang berkaitan erat dengan perawatan kesehatan masyarakat pada tahun 2004 di Kabupaten Agam dapat digambarkan antara lain; Balita dengan status gizi buruk 74 kasus (1,5%) dan gizi kurang 563 kasus (12%), Bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR) 90 Kasus (1,25%), Ibu hamil dengan kurang energi kronik 539 kasus (18%), ibu hamil dengan anemia gizi besi 495 kasus (15%), TB Paru BTA (+) 157 kasus, dan kusta 11 kasus.

Pada pelayanan tindak lanjut berbagai penyakit kronis dan resiko tinggi membutuhkan perawatan yang berkesinambungan, oleh karena keterbatasan puskesmas dalam melaksanakan perawatan kesehatan secara tuntas memerlukan keterlibatan keluarga.² Disamping itu pelayanan perawatan kesehatan masyarakat juga memiliki peranan sangat penting dalam meningkatkan dukungan psikologis dengan memberikan suport pada keluarga untuk mencegah komplikasi, sehingga keberadaan *public health nursing* dirasakan sangat penting.

Berdasarkan latar belakang di atas dirumuskan masalah:

"Dari pelaksanaan program perkesmas Faktor resiko atau kerawanan masalah kesehatan keluarga belum tertangani secara baik karena cakupan perawatan kesehatan masyarakat dalam pelayanan kunjungan rumah masih rendah".

Tujuan penelitian ini secara umum adalah mengevaluasi pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat melalui kegiatan kunjungan rumah di wilayah Kabupaten Agam. Sedangkan tujuan khusus adalah mengidentifikasi Output yaitu cakupan perkesmas untuk pelayanan keluarga dengan faktor resiko tinggi dalam kunjungan rumah, mengidentifikasi permasalahan kebijakan perencanaan yang meliputi pengalo-

kasian sumber sumber yang diperlukan (tenaga, dana dan sarana penunjang lainnya), mengidentifikasi bagaimana beban kerja dan insentif petugas dipertimbangkan dalam pelaksanaan program, mengidentifikasi bagaimana kendala geografis dan keterbatasan dana dan tenaga diatasi untuk pelaksanaan program.

Metode

Jenis penelitian menggunakan pendekatan deskriptif-kualitatif, dengan rancangan studi kasus. Data yang akan dikumpulkan adalah data kualitatif dengan sistem wawancara mendalam terhadap Kepala Dinas Kesehatan, Kepala Subdinas Pelayanan Kesehatan Masyarakat, Kepala Seksi Puskesmas dan Sarana Pelayanan Kesehatan, Koordinator program Perkesmas, Kepala Puskesmas dan ibu rumah tangga yang pernah dikunjungi dalam pelayanan kunjungan rumah.

Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Pakan Kamis, Biaro dan Lubuk Basung. Pengambilan sampel dengan cara purposif random sampling, dimana sampel diambil dari populasi secara acak dan berstrata secara proporsional berdasarkan laporan triwulan perkesmas. Subyek penelitian adalah tiga orang koordinator program di puskesmas, tiga orang kepala puskesmas dan masing-masing satu orang pemegang program perkesmas kabupaten, kepala seksi puskesmas dan sarana kesehatan, kepala subdinas pelayanan kesehatan serta kepala dinas kesehatan

Hasil dan Pembahasan

Geografis. Keadaan geografis Kabupaten Agam terdiri dari wilayah datar dengan kemiringan antara 0° – 3° dengan luas 662 km^2 , wilayah datar berombak dengan kemiringan 3° – 8° dengan luas 153 km^2 , wilayah datar berombak dan bergelombang dengan kemiringan 8° – 15° dengan luas 801 km^2 serta wilayah bukit bergunung dengan kemiringan $> 15^{\circ}$ dengan luas 153 km^2 . Semua wilayah ini berada

pada ketinggian antara 2 – 1031 meter dari permukaan laut. Dengan keadaan seperti diatas maka pada umumnya di setiap puskesmas terdapat beberapa desa atau dusun yang susah diakses atau memerlukan biaya tambahan dalam menjangkaunya, dan pada tiga puskesmas yang diteliti adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Jumlah Desa dan Dusun yang Sulit Diakses dalam pelayanan perkesmas tahun 2005

Puskesmas	Jml. Desa Sulit	Jml Dusun Sulit
Pakan Kamis	-	-
Biaro	2	2
Lubuk Basung	2	5

Sumber: Profil Kesehatan Kab. Agam.

Keluarga miskin. Jumlah keluarga, keluarga miskin dan jumlah jiwa miskin di tiga puskesmas lokasi penelitian kindisi pertengahan tahun 2004 adalah sebagai berikut:

Tabel 2. Jumlah KK, KK Miskin dan Jiwa Miskin Di Tiga Puskesmas

Puskesmas	Jml KK	Jml.KK Miskin	Jml Jiwa Miskin	% KK Miskin
Pakan Kamis	8258	1059	4448	12,82
Biaro	8791	765	3213	8,70
Lubuk Basung	13852	1010	4242	7,29

Sumber data: Profil Kesehatan Kab. Agam Tahun 2004

Realisasi pelaksanaan program perawatan kesehatan masyarakat belum mencapai target sesuai kebijaksanaan program. Keadaan ini terungkap dalam wawancara dan observasi di dinas kesehatan maupun di tiga puskesmas yang dijadikan obyek penelitian. Keadaan ini terlihat pada pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen mulai dari perencanaan, penggerakan dan penilaian seperti pada tabel berikut :

Tabel 3. Pelaksanaan Fungsi Manajemen Program Perawatan Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Agam Tahun 2005

Kegiatan Manajemen	Unit Kerja			
	Pakan Kamis	Biaro	Lubuk Basung	Din. Kes.
Perencanaan	Target	Target	Target	Target
Memb. Laporan	Triwulan	Triwulan	Triwulan	Triwulan
Umpan Balik	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
Evaluasi/Supervisi	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
Koordinasi	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

Sumber : Observasi dan wawancara mendalam.

Sementara itu dalam aspek pencapaian target program secara kuantitatif diperoleh data sebagai berikut :

Tabel 4. Realisasi Pencapaian Target Program Oerawatan Kesehatan Masyarakat Miskin di Kab.Agam Tahun 2005

Indikator	Puskesmas								
	Pakan Kamis			Biaro			Lubuk Basung		
	T	R	%	T	R	%	T	R	%
Jml kunj pet ke rumah	847	315	37,2	612	263	43,0	808	173	21,4
Jml KK sele sai dibina	677	248	36,6	389	263	53,8	646	173	26,8
Jml Bumil di rwt diumah	73	0	0	128	48	37,5	126	27	21,4
Jml Bayi di rwt di rumah	66	1	1,5	116	80	69	115	14	12,2
Jml Busui di rwt di rumah	66	0	0	116	40	34,5	115	8	7,0

Sumber : SP2TP Puskesmas.

Jika dibandingkan terhadap Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan tahun 2004, dimana target pelayanan terhadap ibu hamil 78 %, kunjungan bayi 65 %, dan kunjungan ibu menyusui 77 %, maka pencapaian target program pelayanan kesehatan masyarakat masih jauh dibawah indikator target program. Secara umum ren-

dahnya cakupan pelayanan kunjungan rumah ini dikarenakan rendahnya komitmen untuk pelaksanaan program, yang ditunjukkan dengan rendahnya pelaksanaan fungsi manajemen program perkesmas, apalagi dengan adanya perubahan kebijakan dasar puskesmas sesuai Keputusan Menkes. RI Nomor: 128/MENKES/II/SJ/2004. Sehingga program perkesmas yang pada awalnya merupakan salah satu program pokok di puskesmas, bahkan pernah merupakan salah satu program prioritas, melalui program Jaga Mutu (*Quality Assurance*) yang dibiayai dengan proyek PPKM dan bantuan bank dunia beberapa waktu yang lalu. Kepala Subdinas Pelayanan Kesehatan Masyarakat menyatakan bahwa:

“Dulu dengan program jaga mutu (*Quality Assurance*) dari proyek HP4 prinsip dasar dan tahapan pelaksanaan Perkesmas ini sudah dilaksanakan secara lebih baik, dimana indikator utama dari program jaga mutu itu adalah tingkat kepatuhan petugas melaksanakan prosedur tetap pelayanan kesehatan di Puskesmas, dan itu adalah langkah-langkah Perawatan Kesehatan Masyarakat, cuma setelah dilaksanakan beberapa tahun dan setelah memasuki era otonomi kebijakan ini tidak lagi dilanjutkan”

Dengan berbagai perubahan kebijakan yang terjadi setelah era reformasi ternyata program jaga mutu yang cukup banyak memberikan kontribusi untuk pelaksanaan proses keperawatan, tidak lagi dilaksanakan secara konsisten. Seperti yang diungkapkan oleh Kepala Puskesmas Biaro:

”Dalam melaksanakan pelayanan Perkesmas melalui kunjungan rumah ini, saat ini pihak kabupaten tidak memberikan umpan balik ataupun pembinaan teknis kepada puskesmas untuk pelaksanaan program perkesmas ini, sebenarnya kita telah melaksanakan langkah-langkah perkesmas cuma memang tidak terdokumentasi secara baik dengan menggunakan format Perkesmas yang ada.”

Dengan berbagai kondisi yang ada program Perkesmas berjalan seadanya, seperti tidak adanya program penyegaran bagi tenaga puskesmas, tidak terlaksananya proses keperawatan dan sistem umpan balik yang memadai. Dinas kesehatan secara konsisten tetap memberikan perhatian yang memadai untuk program ini, umpan balik secara tertulis lebih diefektifkan, karena kurangnya biaya untuk melakukan supervisi dan bimbingan teknis.

Biaya pelayanan perkesmas khusus untuk kunjungan rumah pada tahun 2004 dan 2005 sangat terbatas sekali, hal ini dikarenakan program perkesmas secara eksplisit tidak lagi menjadi salah satu program pokok di puskesmas. Dimana saat ini program pokok puskesmas terdiri 6 program kesehatan dasar dan didalamnya tidak lagi mencantumkan secara eksplisit program perkesmas, seperti yang dinyatakan oleh Kepala Kuskesmas Lubuk Basung :

“Untuk pelaksanaan Perawatan Kesehatan Masyarakat dalam bentuk kunjungan rumah Puskesmas hanya mendapatkan alokasi dana untuk 25 kali kunjungan (dengan jumlah nominal Rp. 500.000,-) bagaimana mungkin kita bisa mengkofer semua keluarga Risti”

Dengan biaya sebesar 20.000 rupiah setiap kali kunjungan itu hanya bisa digunakan untuk daerah biasa dan tidak sulit untuk dijangkau. Sebenarnya kepada dinas kesehatan dan puskesmas juga diberikan keleluasaan untuk membuat program pengembangan diluar enam program kesehatan dasar tersebut sesuai kondisi dan kebutuhan setempat. Hal ini terlihat dari wawancara dengan Kepala Puskesmas Biaro, terungkap alokasi biaya yang diperuntukkan untuk program perkesmas tidak memadai dari pemerintah kabupaten maka hal itu harus diupaya jalan keluarnya dengan menyisihkan dari mata anggaran lain yang punya fleksibilitas penggunaannya. Berikut petikan pernyataan Kepala Puskesmas Biaro :

“Kita memang tidak diberikan alokasi tersendiri untuk program Perkesmas ini makanya kalau ada kasus yang harus diberikan pelayanan unjungan rumah

yach sebisa bisa kamilah di puskesmas mengupayakannya yang penting intervensi pelayanannya terlaksanakan sebagaimana mestinya.”

Sementara itu Kepala Puskesmas Pakan Kamis mengungkapkan :

“Karena wilayah kerja puskesmas Pakan Kamis ini tidak luas dan semuanya mudah dijangkau, kalau biaya untuk kunjungan rumah kami tidak terlalu tergantung dengan biaya itu dan semua wilayah bisa dijangkau dengan mudah baik dengan kendaraan dinas roda dua maupun roda 4, jadi yang penting bagi kami adalah biaya pengadaan BBM”.

Tiga aspek yang harus dipenuhi dalam pembiayaan kesehatan yaitu: (1) Harus tersedia dalam jumlah yang cukup dalam arti dapat membiayai penyelenggaraan yang dibutuhkan, (2) Penyebarannya harus sesuai dengan yang dibutuhkan dan (3) Pemanfaatannya harus sebaik mungkin dan betul-betul terarah. ⁴

Hasil wawancara menunjukkan bahwa ada kecendrungan perbedaan persepsi antara pengelola program di dinas kesehatan dengan kepala puskesmas. Penyusunan perencanaan program tahunan yang dilakukan secara bersama-sama antara kepala puskesmas, pelaksana program maupun pengelola di Dinas Kesehatan akan menghasilkan pemahaman yang sama terhadap pelaksanaan program.

Pembiayaan kesehatan bagi keluarga miskin perlu dikembangkan dengan prinsip sistem jaminan pemeliharaan kesehatan yang merupakan suatu kebijakan pemerintah. Dengan sistem ini diharapkan terjadi pengembangan sumber dana pelayanan kesehatan yang mengarah pada prinsip gotong-royong dan terjadinya *cross subsidy* dari masyarakat sehat yang kaya kepada masyarakat bawah yang miskin⁵. Dari konsep ini diharapkan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin dapat dikelola dengan baik sehingga semua keluarga miskin mendapatkan pelayanan kesehatan.

Pada dasarnya permasalahan yang dihadapi keluarga miskin yang tidak dapat mengakses unit pelayanan kesehatan adalah ketidak

mampuan membayar biaya transport ke unit pelayanan dan masalah persepsi tentang sehat dan sakit. Oleh karena itu harus ada upaya agar para keluarga miskin diberikan subsidi untuk menjangkau unit pelayanan tingkat pertama. Hal ini dapat dilakukan dengan cara yang paling mungkin dan efisien yaitu dengan pelayanan puskesmas keliling atau kunjungan rumah secara teratur.

Biaya kesehatan adalah semua pengorbanan yang dikeluarkan untuk menghasilkan suatu produk (output), atau untuk mengkonsumsi sesuatu produk atau out put yang dapat diukur dengan uang, biaya dapat berupa uang, barang, waktu atau kesempatan yang dikorbankan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan⁶, Maka dalam hal ini juga termasuk biaya yang harus dikeluarkan untuk menyelenggarakan pelayanan ke tempat keluarga miskin yang tidak dapat menjangkau sarana pelayanan yang ada.

Pemanfaatan dana pelayanan JPK-GAKIN pada program JPK terdiri dari (a) Dana yang diterima oleh pengelola sebesar maksimal 5 % yang digunakan untuk melaksanakan Trias Manajemen dan (b) Dana yang diterima oleh PPK minimal 95 % yang digunakan untuk memberikan pelayanan kesehatanb kepada JPK-GAKIN di puskesmas dan jaringannya termasuk bidan di desa serta rumah sakit.⁵ Pemanfaatan oleh puskesmas dan jaringannya termasuk bidan di desa mengacu kepada loka karya mini sebagaimana ditetapkan dalam pedoman pelaksanaan dan pedoman teknis tahun 2003.

Untuk meningkatkan cakupan pelayanan perawatan kesehatan masyarakat miskin melalui kunjungan rumah bagi keluarga miskin sangat tergantung bagai mana dinas kesehatan merumuskan kebijaksanaan untuk memobilisasi pemanfaatan dana JPK-GAKIN untuk kegiatan kunjungan rumah sehingga semua keluarga miskin yang tidak dapat menjangkau unit pelayanan kesehatan dasar mendapat pelayanan kesehatan. Undang-undang Nomor 25 tahun 1999 menegaskan bahwa dalam bidang keuangan semua jenis pembiayaan kesehatan dipusatkan pada daerah bersama dengan sektor lain dalam bentuk Dana Alokasi Umum (DAU) dan Dana Alokasi Khusus (DAK).

Dengan demikian anggaran sektor kesehatan keseluruhannya harus diupayakan di Kabupaten⁸

Dari wawancara dengan petugas terungkap bahwa pemberian insentif petugas belum terlaksana dengan baik. Koordinator program di Puskesmas Lubuk Basung Menyatakan :

“Dalam melaksanakan kegiatan saya sama sekali tidak memperoleh imbalan baik dalam bentuk uang maupun penghargaan lainnya selain gaji, yach paling cuma dari kegiatan perkesmas ini kita mendapat tambahan angka kredit poin, tapi itupun kalau untuk kepentingan pengusulan kenaikan pangkat harus juga menunggu sampai 4 tahun yach tidak ada artinya juga”

perangsang atau insentif perlu diberikan agar seseorang mau dan bersedia melakukan seperti yang diharapkan.⁶ Insentif dapat berupa pemberian sejumlah uang maupun non uang. Sistem imbalan yang merupakan karakteristik kerja dapat mempengaruhi karakteristik individu dan akan berpengaruh pula terhadap motivasi kerja dan akhirnya akan membuat tercapainya suatu prestasi kerja yang tinggi. Dalam suatu pekerjaan prestasi individu dipengaruhi oleh pemberian insentif dan penyediaan fasilitas. Sistem insentif menunjukkan hubungan yang paling jelas antara kompensasi dan prestasi kerja.

Keterbatasan anggaran menyebabkan sistim perangsang/insentif tidak terlaksanakan. Selain itu disebabkan belum ada mobilisasi secara baik, biaya yang sudah tersedia melalui dana JPK-GAKIN dan pengelolaannya kurang fleksibel. Dan adanya kebijaksanaan, dimana yang diberikan prioritas penganggaran adalah program yang sifatnya pemenuhan kebutuhan pelayanan yang langsung menyentuh kepentingan masyarakat miskin seperti yang dinyatakan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Agam berikut ini :

“Dengan keterbatasan anggaran yang dihadapi Pemerintah Kabupaten Agam, kita harus menyusun skala prioritas, tentu yang harus didahulukan adalah program yang langsung memberikan daya ungit

tinggi terhadap indikator derajat kesehatan masyarakat”

Walaupun demikian karena program perkesmas ini juga memberikan perhatian yang besar terhadap indikator utama derajat kesehatan masyarakat semestinya untuk meningkatkan motivasi kerja petugas hal ini patut menjadi perhatian pimpinan unit kerja. Motivasi adalah kemauan untuk berusaha ketinggian yang lebih tinggi menuju tercapainya tujuan organisasi tanpa mengabaikan kemampuan untuk memperoleh kepuasan dalam pemenuhan kebutuhan-kebutuhan pribadi.⁷

Untuk merangsang tumbuhnya motivasi kerja petugas seharusnya ada upaya pemberian insentif secara individu setara dengan tingkat prestasi yang ditunjukkan masing-masing petugas. Dengan hal ini diharapkan petugas akan termotivasi untuk memperlihatkan tingkat tertinggi performa dalam batas kemampuan mereka.

Upaya peningkatan kapasitas petugas melalui pelatihan belum dilaksanakan sebagaimana mestinya. Sejak tahun 1995 tidak lagi pernah dilakukan pelatihan petugas, sementara itu personil pelaksana pengelola program hampir semuanya sudah diganti beberapa kali

Menurut Kepala Subdinas Pelayanan Kesehatan menyatakan :

“Untuk meningkatkan kapasitas petugas secara teknis maupun administratif kita di Kabupaten Agam belum memiliki unit kerja maupun SDM yang mampu melaksanakan pelatihan, untuk itu sebetulnya kita dapat menempuh cara/jalan lain yaitu melalui peningkatan mutu dan intensitas bimbingan teknis dan superfisi tapi itukan kembali lagi ke masalah ada tidaknya biaya”

Penyelenggara pelayanan (provider) harus memiliki staf yang sudah mendapat training khusus, sehingga mereka mampu memperlakukan kliennya secara baik dan benar.⁷ Keterbatasan tenaga kerja yang terdidik dan berpengalaman berpengaruh kepada pemilihan teknologi dan proses produksi serta pengelolaa SDM¹². Pengembangan sumber daya manusia menekankan manusia baik sebagai alat

maupun tujuan akhir pembangunan. Dari pengertian ini sumber daya manusia meliputi seluruh tenaga kesehatan yang menjalankan program Perkesmas ataupun berpotensi terlibat dalam program perkesmas, termasuk dari kalangan masyarakat.

Pelatihan adalah tindakan yang sengaja untuk memberikan alat agar belajar dapat dilaksanakan untuk dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan pekerja sehingga dapat melaksanakan pekerjaan tertentu.⁸ Pendapat lain mengemukakan pelatihan membantu peserta untuk meningkatkan pelaksanaan pekerjaan menjadi lebih efektif dan efisien melalui pengembangan pengetahuan sikap dan keterampilan.

Semestinya harus dilaksanakan pelatihan yang bertujuan meningkatkan kemampuan petugas dalam menerapkan tahap-tahap proses keperawatan mulai dari pengumpulan data, pengkajian dan analisa data menjadi informasi sampai dengan perencanaan dan evaluasi pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat. Pelatihan kepada petugas di puskesmas dapat berupa pendidikan bagi petugas pengelola perkesmas di puskesmas dalam rangka mengangkat derajat kesehatan masyarakat terutama keluarga rawan dan resiko tinggi. Terbentuknya pengetahuan dan kecakapan dalam menjangkau keluarga rawan serta kemampuan untuk membina masyarakat agar dapat hidup sehat secara mandiri.

Pendidikan dan pelatihan bagi petugas pengelola perkesmas di puskesmas bertujuan meningkatkan kemampuan dalam pengelolaan program sehingga keluarga rawan yang mandiri dalam kesehatan dapat terbina.¹ Kemampuan petugas pengelola perkesmas di puskesmas dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain perencanaan sumber daya manusia, analisa pekerjaan, pendidikan dan pelatihan serta perangkat keras dan perangkat lunak yang dapat mendukung peningkatan kemampuan dalam bidang tugasnya. Pelayanan kesehatan yang bermutu tidak terlepas dari pelayanan perawatan kesehatan masyarakat (keluarga rawan dengan resiko tinggi).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa program peningkatan kemampuan dan kapasitas petugas adalah hal yang sangat mendasak untuk dilakukan. Upaya peningkatan kemampuan petugas ini harus dilakukan secara berkelanjutan melalui kegiatan Pelatihan, Onthejob Training, Bimbingan teknis dan selalu memberikan umpan balik terhadap setiap kegiatan yang dilaporkan.⁹

Hasil data sekunder ditemukan bahwa ratio tenaga perawatan di Kabupaten Agam adalah 10,64 per 100.000 penduduk, berarti masih dibawah indeks kebutuhan tenaga yang berlaku yaitu 8 orang per-puskesmas, maka jika dikonfersikan dengan jumlah penduduk per-puskesmas sebesar 30.000 berarti sekitar 25 per 100.000 penduduk.

Hasil observasi tentang beban kerja petugas menunjukkan bahwa pelayanan perkesmas berpatokan kepada standar pelayanan bahwa perkesmas hanya bisa dilakukan oleh tenaga perawatan profesi, maka akan terlihat bahwa beban kerja perawat akan sangat berat. Seperti yang dikemukakan oleh Kepala Puskesmas Lubuk Basung :

“Program Perkesmas ini sesuai petunjuk kan harus dilakukan oleh tenaga perawat profesi tidak mungkin dilimpahkan kepada tenaga lain, dengan jumlah tenaga perawatan yang ada sekarang jelas bebabn kerjanya sangat berat. ”

Sebaliknya Kepala Subdinas Pelayanan Kesehatan beranggapan beban itu tidaklah berat karena disamping dikerjakan oleh tenaga perawatan professional perkesmas bisa dibantu oleh tenaga kesehatan non keperawatan secara aktif dalam bentuk kerjasama tim, seperti pernyataan berikut :

“Idealnya kegiatan Perkesmas memang harus dilaksanakan oleh tenaga perawatan tapi jumlahnya kan-sangat kurang, makanya perlu dibantu oleh yang lain, toh kegiatannya kan juga mencakup promotif dan preventif rasanya tidak menyalahi kalau juga dibantu oleh tenaga non keperawatan dalam bentuk kerja sama tim ”

Dalam analisis beban kerja dilakukan identifikasi seberapa banyak keluaran yang akan dicapai, diterjemahkan kedalam seberapa banyak keluarga miskin yang harus dilayani setiap petugas.¹⁰ Pendapat lain menyatakan beban kerja dihitung berdasarkan pembagian kapasitas setiap kategori yang akan dilaksanakan. Dari data sekunder yang ada terlihat di wilayah Kabupaten terdapat kondisi geografis yang sangat beragam, mulai dari daerah pantai dan dataran rendah yang berawa sampai daerah pegunungan yang merupakan bagian dari jajaran bukit barisan. Keadaan ini merupakan penyebab adanya kelompok-kelompok pemukiman masyarakat yang sangat sulit diakses dalam pelaksanaan program kesehatan maupun mengakses unit pelayanan di lokasi terdekat. Seperti yang diungkapkan salah seorang ibu yang pernah dikunjungi dalam pelayanan kunjungan rumah di Desa Silayang Tinggi sebagai berikut :

“Kedatangan bu bidan sangat berguna bagi kami yang jauh dari puskesmas mmh kalau kami harus berobat ke puskesmas harus jalan kaki satu jam lebih kan bisa kami malah tambah sakit, tapi kini desa kami semakin jarang dikunjungi pak.

Kondisi geografis yang sangat beragam merupakan hambatan tersendiri yang dihadapi dalam kegiatan pelayanan kunjungan rumah. Seperti yang dinyatakan oleh koordinator PHN Puskesmas Lubuk Basung berikut ini :

“Kami disini kesulitan untuk menjangkau daerah perbukitan pak, seperti dusun di kanagarian Silayang itu jalannya berbatu dan tanjakan dengan kemiringan yang cukup tinggi, jangankan sepeda motor mobil aja sulit untuk melewatinya apalagi bagi bagi petugas perempuan, jadi kalau mengunjungi desa silayang dan simaruok harus ada petugas laki-laki yang membantu.”

Sementara itu Kepala Puskesmas Lubuk Basung menyatakan :

“Untuk kelompok masyarakat miskin yang susah dijangkau ini kami berkeinginan agar dapat dijangkau

secara teratur misalnya melalui program puskesmas keliling dan kegiatan lapangan lainnya, tapi kami tidak punya sarana yang memadai, sarana kendaraan bermotor juga tidak mencukupi.”

Kondisi geografis yang sulit ditempuh untuk perjalanan ini memang merupakan masalah dalam pelaksanaan pelayanan kunjungan rumah seperti yang dimaksudkan oleh Klein et al. Jarak dan transportasi merupakan penghambat untuk menjangkau sasaran pelayanan kesehatan reproduksi. Tidak lancarnya transportasi termasuk kondisi jalan yang rusak mempengaruhi kemampuan dan kemauan petugas mengunjungi sasaran. Untuk mengatasi masalah ini di Kabupaten Agam sudah diupayakan melalui pengadaan kendaraan roda 2, seperti pernyataan Kasubdin Yankes :

“Sejak dua tahun terakhir untuk daerah sulit dan jauh secara bertahap kita telah mengadakan unit Puskel roda 2, untuk daerah dataran tinggi dengan tanjakan kita berikan sepeda motor dengan spesifikasi khusus untuk melewati tanjakan dan alhamdulillah pemda sudah menyetujui pula untuk biaya operasional dan pemeliharannya “

Dari pernyataan Kepala Puskesmas Lubuk Basung dan Kepala Subdinas Pelayanan Kesehatan diatas terungkap adanya perbedaan mengenai masalah ketersediaan sarana transportasi untuk daerah sulit. Setelah dilakukan konfirmasi di puskesmas ternyata keadaan yang ditemukan adalah kendaraan dengan spesifikasi untuk daerah sulit yang diadakan biasanya hanya dipakai oleh petugas laki-laki, sementara petugas yang ada di puskesmas Lubuk Basung adalah wanita. Maka dengan demikian untuk selanjutnya bagaimana kepala puskesmas mengambil kebijaksanaan dalam penunjukan penanggung jawab daerah binaan disesuaikan dengan karakter personil yang ada.

Untuk kebutuhan perencanaan program Perkesmas data dan informasi yang digunakan bersumber dari sistim pelaporan yang sudah berjalan selama ini. Pada tingkat dinas kesehatan kabupaten sumber informasi

ini bisa dimanfaatkan dari Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu (SP2TP), Laporan Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi serta Sistem Surveilans Terpadu (SST). Dari observasi yang dilakukan ditemukan adanya kelemahan dari aspek koordinasi lintas program yang tidak berjalan sebagaimana mestinya. Keadaan ini terlihat dengan adanya perbedaan angka-angka yang disampaikan dari berbagai sumber laporan yang disampaikan puskesmas. Disamping itu juga ditemukan adanya keterlambatan penyampaian informasi dari satu program ke program lain. Ketika hal ini ditanyakan kepada koordinator program Perkesmas di Puskesmas diungkapkan :

“Saya kadang-kadang terlambat mendapatkan informasi dari kawan-kawan pemegang program lainnya, yaa mungkin karena kesibukan masing-masing dan bisa juga karena menunda-nunda laporan malah jadi kelupaan”

Informasi adalah data yang telah diolah dan yang penting artinya untuk pengambilan keputusan.¹¹ Dengan demikian seharusnya agar setiap data keluarga miskin yang diperoleh dan biasanya beresiko masalah kesehatan sebaiknya langsung diolah sehingga dapat dijadikan sebagai informasi untuk pengambilan keputusan bagaimana harusnya keluarga miskin yang sedang menghadapi masalah kesehatan tertangani tepat waktu secara efektif. Jadi pemegang program Perkesmas setelah memperoleh data dari pemegang program lainnya berupaya menjadikan data tersebut sebagai pertimbangan pengambilan keputusan untuk tindakan yang akan diambil dalam pelaksanaan Perkesmas.

Dari semua fakta-fakta yang diperoleh dalam wawancara mendalam dan pengumpulan data sekunder terungkap bahwa program perkesmas termasuk untuk keluarga miskin beberapa tahun terakhir tidak lagi menjadi prioritas pelaksanaan. Hal ini terlihat dari jumlah alokasi biaya yang diarahkan untuk pelaksanaan perkesmas. Kecilnya alokasi biaya ini dikarenakan adanya perubahan kebijakan dasar puskesmas sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor:

128/MENKES/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas, dimana program perkesmas dijadikan sebagai program pengembangan, bukan sebagai program dasar.

Kurangnya perolehan alokasi biaya selanjutnya akan berdampak terhadap tidak bisanya dilaksanakan sistem insentif untuk petugas. Dengan keadaan ini maka seseorang tidak dapat diharapkan bersedia melakukan pekerjaannya seperti yang diharapkan⁶. Dengan tidak adanya insentif petugas maka pelaksanaan perkesmas untuk keluarga miskin tidak akan dijadikan prioritas kegiatan oleh petugas, sebaliknya kalau sistem pemberian insentif ini dilaksanakan secara baik akan memberikan kepuasan kepada pelaksana program dan petugas dengan motivasi yang tinggi bersedia melaksanakan pekerjaannya dengan baik. Perolehan alokasi biaya yang cukup juga berpengaruh terhadap dapat tidaknya dilaksanakan pelatihan petugas, dimana pelatihan petugas bermuara pada terlaksananya program secara efektif dan efisien. Pelatihan dilaksanakan dengan tujuan membantu petugas meningkatkan pelaksanaan pekerjaannya menjadi lebih efektif dan efisien.¹²

Selanjutnya alokasi biaya akan berpengaruh terhadap kemampuan seseorang petugas mengatasi kendala geografis. Dalam hal ini untuk mengatasi jarak dan waktu tempuh yang lama. Dana untuk penyelenggaraan kesehatan lebih menunjuk pada seluruh biaya operasional, biaya investasi serta biaya rencana pengembangan.⁶

Sementara itu dengan melaksanakan sistem insentif secara baik akan meningkatkan motivasi kerja petugas yang selanjutnya menyebabkan petugas tidak akan merasa terlalu berat beban kerjanya dalam melaksanakan program perkesmas. Insentif diberikan sesuai yambahan produktivitas, artinya insentif besarnya tergantung seberapa banyak output pelayanan perkesmas yang diberikan oleh petugas.¹¹

Pada kenyataannya dalam melaksanakan program perkesmas, kepada petugas tidak diberikan sama sekali biaya insentif, hal ini berkaitan dengan terbatasnya kemampuan pemerintah daerah memberikan alokasi dana. Disamping itu hal ini juga berkaitan dengan

tidak diberikannya kewenangan kepada puskesmas untuk mengelola langsung penghasilannya dari penerimaan retribusi pelayanan kesehatan, pada hal 40% dari pendapatan asli daerah dari pelayanan kesehatan dikembalikan ke puskesmas yang dapat digunakan untuk mendukung biaya operasional puskesmas, hanya saja selama ini penggunaannya terkonsentrasi pada umumnya untuk mendukung biaya administrasi puskesmas, dan untuk menggunakan dana tersebut proses pengembaliannya dari pemda kabupaten ke puskesmas melalui proses birokrasi yang cukup lama.

Tidak terlaksananya sistem insentif secara baik menyebabkan tidak tumbuhnya motivasi petugas untuk bekerja lebih baik sehingga petugas akan merasakan pelaksanaan perkesmas menjadi beban kerja semata, bekerja tanpa motivasi untuk bisa memberikan penampilan kerja yang lebih baik. Karena tidak adanya insentif yang memadai pengelola program tidak akan berusaha meningkatkan kemampuan kerjanya karena tidak ada nilai tambah terutama (nilai ekonomi) yang diperolehnya.⁶

Rendahnya cakupan dan mutu pelaksanaan pelayanan perkesmas di daerah ini juga dipengaruhi oleh sangat kurangnya frekuensi pelatihan. Hal ini selanjutnya akan menghadapi pelaksanaan program kepada keterbatasan kesempatan pemilihan metode pelaksanaan pekerjaan yang efektif dan efisien. Dengan demikian hal ini selanjutnya menyebabkan tidak tercapainya tujuan pelaksanaan program secara efektif dan efisien.

Pembagian beban kerja dilaksanakan berdasarkan jumlah program yang menjadi tanggung jawab setiap petugas, disamping itu juga jumlah dan luas wilayah yang menjadi daerah binaan setiap petugas. Selama ini belum pernah dilakukan penghitungan beban kerja secara cermat, berdasarkan teori-teori yang ada, misalnya dengan menghitung jumlah keluaran, lama waktu yang dipakai untuk menghasilkan keluaran sejumlah itu dan sudah berapa lama seorang petugas secara rutin melaksanakan satu jenis pekerjaan. Pendistribusian beban kerja ini semestinya juga dikaitkan dengan karakteristik individu petugas

seperti kemampuan komunikasi, motivasi dan kinerja yang telah ditunjukkan selama ini.

Selanjutnya beban kerja yang terlalu berat dilaksanakan seorang petugas akan berpengaruh terhadap mutu pelaksanaan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya. Diantara bentuk beban kerja yang berat adalah bila seseorang sudah terlalu lama melaksanakan satu jenis pekerjaan secara rutin dan tidak mampu lagi mengatasinya secara baik.

Faktor lain yang banyak berpengaruh terhadap pelaksanaan dan cakupan pelayanan perkesmas adalah kendala geografis. Dimana hal ini merupakan faktor yang intervensinya secara cepat hanya dengan menyediakan biaya operasional khusus untuk menjangkau kelompok sasaran yang berada di daerah untuk menjangkaunya memerlukan biaya transpor yang besar dan waktu tempuh yang lama. Selanjutnya hal ini berakibat pencapaian target program semakin menjadi beban kerja yang harus diselesaikan dengan menyediakan waktu khusus, artinya dengan semakin banyak daerah yang sulit dijangkau semakin berat beban kerja petugas di puskesmas untuk melaksanakan tugas pelayanan di luar gedung puskesmas.

Faktor lain yang berpengaruh terhadap pencapaian target perkesmas adalah pemetaan kelompok sasaran pelayanan perkesmas. Pemetaan ini sangat dibutuhkan dalam perumusan perencanaan yang efektif untuk pelaksanaan program.¹¹ Untuk melaksanakan pemetaan ini harus dilakukan oleh tenaga yang telah memiliki kemampuan teknis hasil dari pelatihan yang terstruktur. Perencanaan yang dirumuskan dari sistem informasi yang baik akan mewujudkan pelaksanaan pekerjaan secara efektif dan efisien..

Kesimpulan

Program perkesmas untuk keluarga miskin masih menjadi prioritas di puskesmas karena konsep dasar perkesmas bertujuan untuk melaksanakan ketiga level pencegahan penyakit dan kelompok sasaran

utamanya adalah keluarga miskin dan kelompok resiko tinggi dengan berbagai kerentanannya terhadap masalah kesehatan. Secara umum dari aspek kuantitatif pelaksanaan perkesmas dengan pelayanan kunjungan rumah belum memberikan kontribusi yang memadai terhadap cakupan perawatan kesehatan masyarakat. Lima belas persen penduduk miskin yang dilayani melalui kunjungan rumah jumlahnya masih sangat rendah. Pelaksanaan pelayanan dalam kunjungan rumah belum dilakukan secara komprehensif sesuai standar proses keperawatan, melainkan masih bertumpu pada pelaksanaan intervensi sesuai masalah kesehatan yang muncul dipermukaan saja.

Dalam aspek pembiayaan program perkesmas tidak memperoleh alokasi dana yang memadai, apalagi jika kebutuhan pembiayaan dicocokkan dengan penyebaran kegiatan, maka tidak semua kebutuhan biaya tertampung dalam pengalokasian. Jadi ketiga aspek pokok pembiayaan (jumlah, penyebaran dan pemanfaatan) tidak terpenuhi dengan baik. Sistem insentif belum dilakukan dengan baik, terlihat tidak ada sama sekali biaya yang dialokasikan untuk perangsang petugas agar termotivasi melaksanakan program.

Pelatihan petugas dan upaya peningkatan keterampilan petugas dalam bentuk lainnya belum dilakukan.

Dalam menghadapi kendala geografis, puskesmas dan dinas kesehatan sudah melakukan upaya dengan pengadaan kendaraan bermotor roda dua dengan spesifikasi khusus untuk daerah sulit. Untuk pemetaan keluarga miskin dengan semua resiko yang dihadapinya, puskesmas hanya memanfaatkan data yang sudah tersedia pada program Surveilans penyakit menular, SKPG dan KIA, tapi data ini belum diolah untuk pengkajian masalah keluarga lebih lanjut.

Daftar Pustaka

1. Depkes RI, 1993, Petunjuk Teknis Pelaksanaan Perawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas, Jakarta.

2. Basirun, 2004. Evaluasi Pelaksanaan Perawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Se Kabupaten Kebumen, Tesis, MMPK Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
3. Azwar, A, 1994. Pengantar Administrasi Kesehatan, Edisi kedua, Binarupa Aksara, Jakarta.
4. Trisnantoro. L. 2004, Perubahan Sistem Kesehatan Wilayah Dalam Era Desentralisasi. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan, FK UGM, Yogyakarta.
5. Depkes. RI 2003. Pedoman Pelaksanaan dan Pedoman Teknis JPK-GAKIN. Jakarta.
6. Azwar, A, 1996. Pengantar Administrasi Kesehatan. Binarupa Edisi ketiga Aksara, Jakarta.
7. Siagian, SP, 2006, Manajemen Sumberdaya Manusia, PT Bumi Aksara, Jakarta.
8. Notoatmodjo, S. 2003, Pendidikan dan Perilaku Kesehatan. Rineka Cipta, Jakarta.
9. Moekijat, 1989. Manajemen Kepegawaian, Mandar Maju, Bandung.
10. Simamora, H 2004, Manajemen Sumberdaya Manusia, STIE YKPN, Yogyakarta.
11. Moekijat, 2005, Pengantar Sistem Informasi Manajemen, Mandar Maju, Bandung.
12. Fathoni, A. 2006. Organisasi dan Manajemen Sumber Daya Manusia, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta.