

**MANAJEMEN PELAYANAN PUBLIK SEKTOR KESEHATAN
GUNA MENINGKATKAN KUALITAS PELAYANAN
KESEHATAN MASYARAKAT**

Studi di Puskesmas Dinoyo, Kota Malang

SKRIPSI

**(Diajukan untuk Menempuh Ujian Sarjana
Pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya)**

**ANIS KRISTINA
NIM. 0410310011**



UNIVERSITAS BRAWIJAYA

FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI

JURUSAN ADMINISTRASI PUBLIK

KONSENTRASI ADMINISTRASI PEMBANGUNAN

2009

TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI

Judul : Manajemen Pelayanan Publik Sektor Kesehatan Guna Meningkatkan Kualitas Kesehatan Masyarakat (Studi di Puskesmas Dinoyo, Kota Malang)

Disusun Oleh : Anis Kristina

NIM : 0410310011

Fakultas : Ilmu Administrasi

Jurusan : Administrasi Publik

Konsentrasi : Administrasi Pembangunan

Malang, 15 Januari 2009

Komisi Pembimbing

Ketua

Anggota

Prof. Drs. Soesilo Zauhar, MS
NIP. 130 704 333

Drs. Abdullah Said, MS
NIP. 131 475 901

TANDA PENGESAHAN SKRIPSI

TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN MAJELIS PENGUJI FAKULTAS
ILMU ADMINISTRASI UNIVERSITAS BRAWIJAYA PADA :

HARI : SELASA

TANGGAL : 10 FEBRUARI 2009

JAM : Pkl.09.00 WIB

SKRIPSI ATAS NAMA : ANIS KRISTINA

JUDUL :Manajemen Pelayanan Publik Sektor Kesehatan
Guna Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan
Masyarakat (Studi di Puskesmas Dinoyo, Kota
Malang).

DAN DINYATAKAN LULUS

MAJELIS PENGUJI

Prof. Dr. Susilo Zauhar, MS
KETUA

Drs. Abdullah Said,MS
ANGGOTA

Prof. Dr. Agus Suryono, MS
ANGGOTA

Drs. Heru Ribawanto,MS
ANGGOTA

PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI

Saya meyakini dengan sebenarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, di dalam naskah skripsi ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh pihak lain untuk mendapatkan karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan tersebut dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

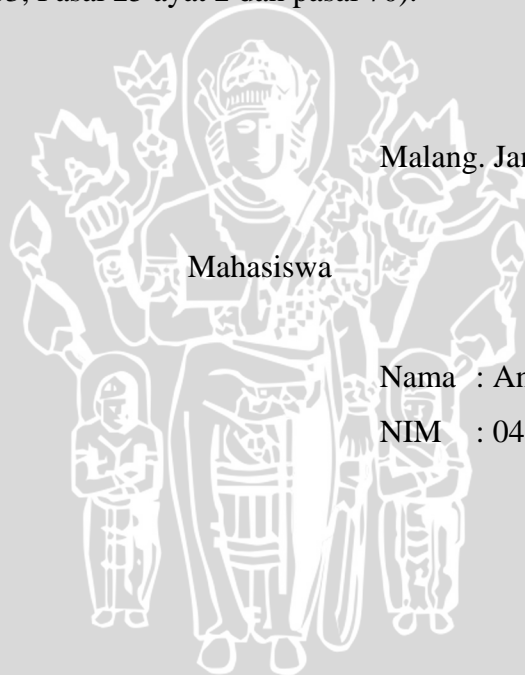
Apabila ternyata di dalam naskah ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur jiplakan, saya bersedia skripsi ini digugurkan dan gelar yang telah saya peroleh (S-1) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku. (UU No. 20 Tahun 2003, Pasal 25 ayat 2 dan pasal 70).

Malang, Januari 2009

Mahasiswa

Nama : Anis Kristina

NIM : 0410310011



RINGKASAN

Anis Kristina, 2009, Manajemen Pelayanan Publik Sektor Kesehatan Guna Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Studi di Puskesmas Dinoyo, Kelurahan Dinoyo Kota Malang), Prof. Drs. Soesilo Zauhar, MS, Drs. Abdullah Said, MS, 138 halaman + xiv.

Tingkat kesejahteraan masyarakat merupakan salah satu tolok ukur pembangunan nasional, yang bisa diukur dengan tingkat pendidikan, tingkat ekonomi dan tingkat kesehatan masyarakat. Kenaikan harga BBM pada tahun 2005 mengakibatkan harga-harga kebutuhan meningkat drastis, sehingga rakyat mengalami kesulitan memenuhi kebutuhan hidupnya termasuk kebutuhan kesehatan. Hal ini menyebabkan tingkat kesehatan masyarakat juga mengalami penurunan. Oleh karena itu dalam bidang kesehatan maka sangat dibutuhkan peran dari Puskesmas yang memberikan berbagai pelayanan kesehatan dengan berbagai kegiatan pokok puskesmas. Disamping itu Puskesmas merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat dan membina peran serta masyarakat khususnya dalam bidang kesehatan masyarakat.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mendiskripsikan dan menganalisis pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh Puskesmas Dinoyo Kota Malang, guna meningkatkan mutu atau kualitas kesehatan masyarakat. Metode penelitian yang digunakan adalah metode kualitatif dengan jenis penelitian diskriptif. Penelitian ini difokuskan pada 3 hal yaitu: (1) manajemen pelayanan kesehatan di Puskesmas, yang didalamnya menguraikan tentang Pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo, Macam-macam Pelayanan Kesehatan Puskesmas Dinoyo, Kegiatan Pokok Puskesmas Dinoyo, Prinsip-prinsip dan Asas Pokok Puskesmas Dinoyo. (2) Kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Dinoyo. (3) Faktor kendala dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo, baik kendala intern maupun ekstern.

Hasil penelitian di lapangan menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas Dinoyo kepada masyarakat mengalami sebuah perbedaan seperti apa yang menjadi rencana kerja atau POA (*Planning of Action*) Puskesmas Dinoyo. Pelayanan kesehatan yang diberikan disesuaikan dengan potensi masyarakat yang termasuk wilayah kerja Puskesmas Dinoyo.

Dalam penerapan pelayanan kesehatan oleh Puskesmas Dinoyo untuk kegiatan-kegiatan pokok ternyata masih terdapat kendala-kendala seperti keadaan gedung yang kurang memadai, setelah adanya pemindahan gedung. Dan sampai sekarang status gedungnya masih numpang di gedung Puskesmas Pembantu Sumbersari. Oleh karena itu dari pihak Puskesmas diharapkan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya, baik dari fasilitas, tempat maupun pelayanan, hal ini bertujuan untuk mencapai visi Puskesmas Dinoyo yaitu "Tercapainya Kecamatan Sehat".

SUMMARY

Anis Kristina, 2009, the Public Service Management in Health Sector to Increase The Quality of Public Health (Study At Dinoyo Local Government Clinic, Malang), Prof. Dr. Soesilo Zauhar, MS, Drs. Abdullah Said, MS, 138 pages + xiv.

The level of welfare society is the one measurement of national development that are measured from the level of education, the level of economy, and the level of public health. The rise of oil fuel price at 2005 is caused the price at basic needs mount drastically, so that people difficult to fullfil their basic needs includes the healthy needs. The implications of these condition one use decline of public health. So that, health sector need the rule of Local government Clinic that give health service with kind of basic activities, and it is constitute be a center of development public health with found the rules of society.

The aims of the research are to describe and analysis health service which are done of Dinoyo Local Government Clinic Malang to increase the quality of the public health. Qualitative descriptive method used in this, which are focus on 3 parts, they are (1) The management of public health service in Dinoyo Local Government Clinic which explain about activities health service in Dinoyo Local Government Clinic, and explain about the principles and basic basis activities Dinoyo Local Government Clinic. (2) The quality of health service in Dinoyo Local Government Clinic. (3) The constraints, internal and axternal that hamper in activities health service in Dinoyo Local Government.

Research finding, shown that there are difference between jobs planning or POA (Planning Of Action) in Dinoyo Local Government Clinic and executing public health services. Health services are given by local government clinic are adjusted with the society potencial which concluding jobs area of Dinoyo Local Government Clinic.

In the application health from Dinoyo Local Government Clinic, for basic activities apparently still obtain obstacle like condition of building that less than proper, after moved from the place before. And now of Dinoyo Local Government Clinic health service going by accomplice Dinoyo Local Government Cinic. Therefore from Dinoyo Local Government Clinic are hoped to increase the public services, from the facilities itself and the public services. This to aim to reach out the vision of Dinoyo Local Government Clinic which is "Reached Health Subdistrict".

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul Manajemen Pelayanan Publik Sektor Kesehatan Guna Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Studi pada Puskesmas Dinoyo, Kota Malang).

Skripsi ini merupakan tugas akhir yang diajukan untuk memenuhi syarat dalam memperoleh gelar Sarjana Ilmu Administrasi Publik pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya.

Penulis menyadari bahwa hasil penelitian ini masih banyak kekurangan. Namun atas dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak maka skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada yang terhormat:

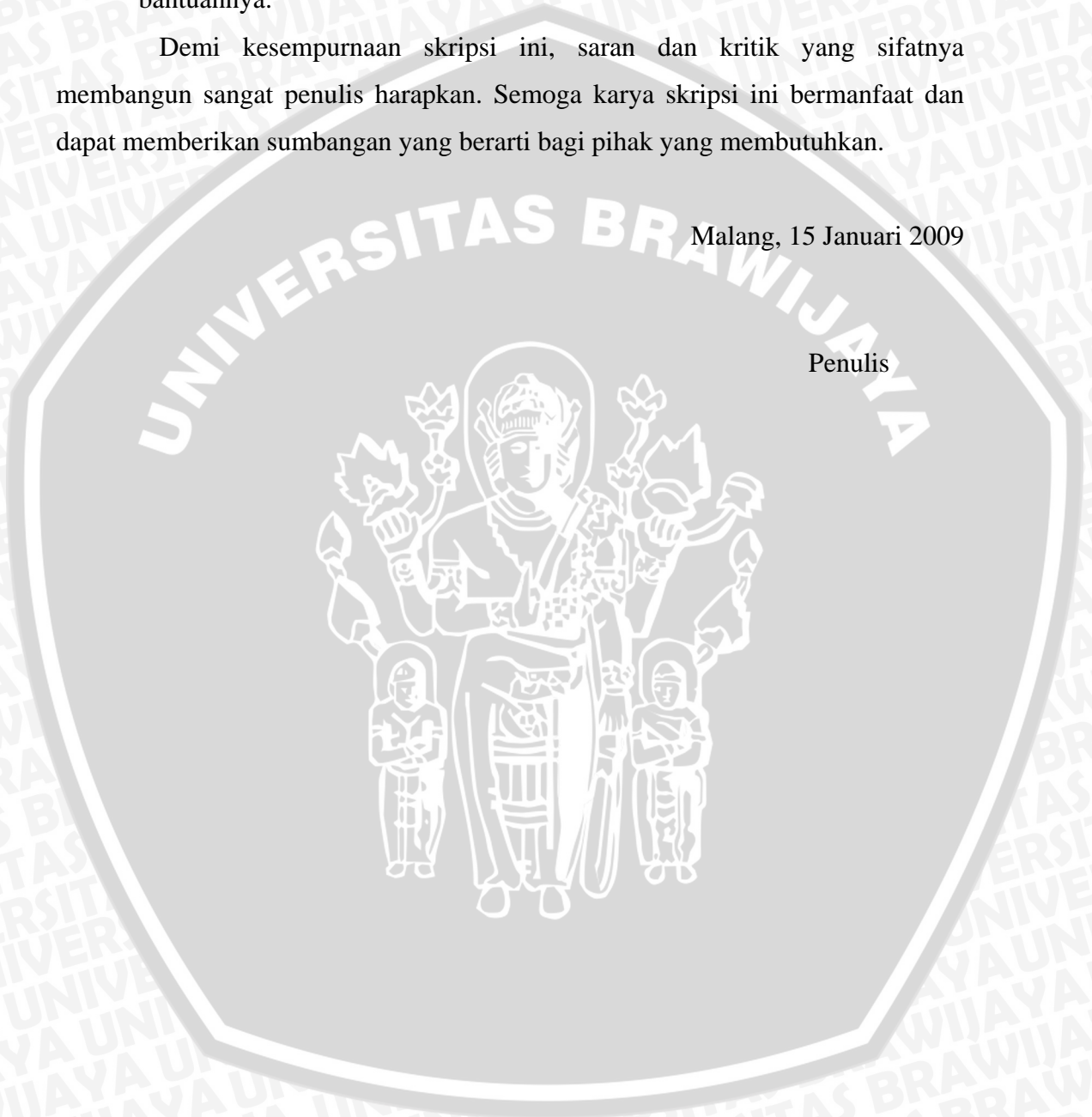
1. Bapak Prof. DR. Suhadak, M.Ec, selaku Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya.
2. Bapak Prof. Drs. Solichin Abdul Wahab, Phd, selaku Ketua Jurusan Administrasi Publik Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya.
3. Bapak Prof. Dr. Susilo Zauhar, MS dan Bapak Drs. Abdullah Said, MS, selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan, saran, serta masukan dengan sabar sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan lancar.
4. Bapak dan Ibu Dosen yang telah berkenan memberikan ilmu dengan sabar dan ikhlas, semoga menjadi ilmu yang bermanfaat bagi kami.
5. Kedua orang tuaku tercinta dan kakak-kakakku yang telah memberikan kasih sayang, do'a dan semangat serta dukungan materiil dan moril yang tiada henti.
6. Ibu Sri Sumindari, selaku Kepala Puskesmas Dinoyo yang telah memberikan ijin untuk melaksanakan penelitian di Puskesmas Dinoyo Kota Malang.
7. Ibu Lindung Indriati A.Md Kep selaku staf Puskesmas Dinoyo yang telah memberikan data untuk melaksanakan penelitian.

8. Ibu Lilik Darwati B. Sc selaku staf Puskesmas Dinoyo yang telah memberikan data untuk melaksanakan penelitian.
9. Teman-temanku di FIA khususnya Publik A '04 yang telah memberi banyak kenangan dari awal sampai akhir. Terima kasih untuk semua bantuannya.

Demi kesempurnaan skripsi ini, saran dan kritik yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan. Semoga karya skripsi ini bermanfaat dan dapat memberikan sumbangan yang berarti bagi pihak yang membutuhkan.

Malang, 15 Januari 2009

Penulis



DAFTAR ISI

Halaman

TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI	
TANDA PENGESAHAN	
PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI	
RINGKASAN.....	iii
SUMMARY.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR BAGAN.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Kontribusi Penelitian.....	7
E. Sistematika Pembahasan.....	7
BAB II KAJIAN PUSTAKA.....	9
A. Manajemen Pelayanan Publik.....	9
1. Pengertian Pelayanan umum.....	9
2. Pengertian Pelayanan Publik.....	10
3. Prinsip Umum dan Karakteristik Pelayanan Publik.....	11
4. Kualitas Pelayanan Publik.....	12
5. Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan.....	14
B. Mutu Pelayanan Kesehatan.....	16
1. Pengertian Mutu.....	16
2. Macam Kepuasan Pelanggan dalam Pelayanan Kesehatan...	19
3. Alat-alat Peningkatan Mutu (<i>Quality</i>)	20
4. Stándar dalam Pelayanan.....	21
C. Pembangunan.....	23



1. Pengertian Pembangunan.....	23
2. Konsep Pembangunan.....	27
3. Perkembangan Paradigma dan Strategi Pembangunan.....	33
4. Teori Negara dan Pembangunan Masyarakat.....	35
5. Aspek-aspek yang mempengaruhi administrasi pembangunan	35
D. Puskesmas dan Wilayah Kerjanya.....	36
1. Pengertian Puskesmas	36
a. Wilayah Puskesmas.....	36
b. Pelayanan Kesehatan Menyeluruh.....	36
c. Pelayanan Kesehatan Integrasi (terpadu).....	37
2. Kegiatan Pokok Puskesmas.....	37
3. Fungsi Puskesmas.....	38
4. Kedudukan Puskesmas.....	38
5. Program Berdasarkan Asas Bantuan.....	38
6. Upaya Kesehatan Darurat.....	38
7. Jangkauan Pelayanan Kesehatan.....	39
8. Memelihara Citra Pelayanan Puskesmas yang Baik.....	39
9. Organisasi dan Tenaga Kerja.....	39
10. Indikator Keberhasilan Fungsi Puskesmas.....	40
a. Indikator Fungsi Puskesmas.....	40
b. Fungsi Puskesmas Sebagai Tolok Ukur Keberhasilan Manajemen.....	45
BAB III METODE PENELITIAN.....	47
A. Jenis Penelitian.....	47
B. Fokus Penelitian.....	47
C. Lokasi dan Situs Penelitian.....	48
D. Sumber Data.....	48
E. Teknik Pengumpulan Data.....	48
F. Instrumen Penelitian.....	49
G. Analisis Data.....	49



BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	51
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	51
1. Visi dan Misi Puskesmas Dinoyo Kota Malang.....	51
2. Keadaan Geografis dan Batas Wilayah.....	51
3. Kependudukan.....	52
4. Sarana Penunjang.....	54
B. Data Khusus Lokasi Penelitian.....	55
1. Derajat Kesehatan.....	55
2. Sarana Pelayanan.....	55
3. Ketenagaan.....	56
4. Peran Serta Masyarakat.....	57
5. Penyehatan Lingkungan.....	58
6. Program Kesehatan.....	58
7. Daftar Inventaris Kendaraan Bermotor Tahun 2007 di Puskesmas Dinoyo.....	61
C. Penerapan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Dinoyo	61
1. Manajemen Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Dinoyo.....	61
a. Pelaksanaan Pelayanan Puskesmas Dinoyo.....	61
b. Macam-macam Pelayanan Kesehatan Puskesmas Dinoyo	63
c. Kegiatan Pokok Puskesmas Dinoyo.....	64
1) Usaha Pengobatan Jalan.....	65
2) Usaha Kesejahteraan Ibu dan Anak.....	68
3) Usaha Keluarga Berencana.....	75
4) Usaha Kesehatan Sekolah.....	78
5) Usaha Kesehatan Lingkungan.....	81
6) Usaha Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular.....	85
7) Usaha Perawatan Kesehatan Masyarakat.....	88
8) Usaha Kesehatan Gigi.....	93
9) Usaha Kesehatan Gizi.....	95
10) Usaha Kesehatan Jiwa.....	99
11) Usaha Kesehatan Laboratorium Masyarakat.....	100

12) Usaha Pencatatan dan Pelaporan Data.....	103
d. Prinsip-prinsip dan Asas Pokok Puskesmas Dinoyo.....	106
2. Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Dinoyo.....	109
3. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Dinoyo.....	110
a. Faktor Intern.....	110
b. Faktor Ekstern.....	111
4. Tingkat Kepuasan Konsumen/pasien.....	112
D. Pembahasan.....	114
1.Manajemen Pelayanan Kesehatan Puskesmas Dinoyo.....	114
a. Pelaksanaan Pelayanan Puskesmas Dinoyo.....	114
b. Macam-macam Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Dinoyo.....	117
c. Kegiatan Pokok Puskesmas Dinoyo.....	118
d. Prinsip-prinsip dan Asas Pokok Puskesmas Dinoyo.....	119
2. Faktor Kendala yang mempengaruhi Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Dinoyo.....	121
3. Kualitas Pelayanan Kesehatan Puskesmas Dinoyo.....	122
BAB V PENUTUP.....	125
A. Kesimpulan.....	125
B. Saran.....	127
DAFTAR PUSTAKA.....	130
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

No	Judul	Hal
1	Fenomena pembangunan sebagai realita dunia	25
2	Konsep ensiklopedik	29
3	Perkembangan dan strategi pembangunan	34
4	Luas Wilayah, Jumlah RW dan RT dan Rumah Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo tahun 2006	52
5	Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo Keadaan Tahun 2006	53
6	Jumlah Penduduk Menurut Tingkat Pendidikan Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo Tahun 2006	53
7	Jumlah Penduduk Menurut Mata Pencarian Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo Tahun 2006	53
8	Jumlah sarana pendidikan wilayah kerja Puskesmas Dinoyo keadaan tahun 2006	54
9	Jumlah Sarana Kesehatan Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo tahun 2006	55
10	Jumlah staf Puskesmas Dinoyo tahun 2006 Di Puskesmas	55
11	Data peran serta masyarakat bidang kesehatan wilayah kerja Puskesmas Dinoyo tahun 2006 dan tahun 2007	56
12	Jumlah sarana penyehatan lingkungan wilayah kerja Puskesmas Dinoyo Keadaan tahun 2006 dan tahun 2007	56
13	Program Perbaikan gizi Puskesmas Dinoyo tahun 2006 dan tahun 2007	57
14	Program pemberantasan penyakit menular Puskesmas Dinoyo tahun 2006 dan tahun 2007	57
15	Program Kesehatan KIA dan KB tahun 2006 dan tahun 2007	58
16	Program Kesehatan data morbiditas tahun 2006 dan tahun 2007	58
17	Daftar inventaris kendaraan bermotor tahun 2007 di Puskesmas Dinoyo	59

DAFTAR BAGAN

No.	Judul	Hal.
1	Pelayanan sebagai proses	9
2	Hubungan antara <i>State</i> , <i>Market</i> dan <i>Civil Society</i>	16
3	Mutu Pelayanan Kesehatan	23
4	Bagan Mencapai visi "Kecamatan Sehat" melalui fungsi puskesmas	45

UNIVERSITAS BRAWIJAYA





DAFTAR LAMPIRAN

NO	Judul	Hal
1	Pedoman Wawancara	131
2	Daftar Inventaris Alat Klinik IMS Puskesmas Dinoyo	132
3	UPTD Puskesmas Dinoyo/Din.Kes	134
4	Kartu Inventaris Barang (KIB) Tanah dan Bangunan	135
5	Surat Keterangan Riset	136
6	Surat Keterangan Riset	137
7	Gambar Lokasi dan Aktivitas di Puskesmas Dinoyo	138
8	Struktur Organisasi Puskesmas Dinoyo	140
9	Standar pelayanan kesehatan di puskesmas	142
10	Curriculum Vitae	145



BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan adalah hak seluruh warga Negara, dan setiap orang berkewajiban untuk memelihara kesehatan diri dan lingkungannya dan pemerintah berkewajiban untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara merata dan terjangkau bagi masyarakat seperti yang tercantum dalam Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H ayat (1) dan pasal 34 ayat (3), yang menempatkan status sehat dan pelayanan kesehatan merupakan hak masyarakat (*Human Right*). Hal ini merupakan keberhasilan pemerintah dalam hal kebijakan mengenai kesehatan, yang menuntut pemerintah maupun masyarakat untuk melakukan upaya kesehatan secara tersusun, menyeluruh dan merata.

Undang-undang No 23/1992 tentang kesehatan pasal 7 menegaskan bahwa pemerintah bertugas menyelenggarakan upaya kesehatan secara menyeluruh dan menjangkau oleh seluruh masyarakat. Jika masyarakat tergolong mampu atau miskin memiliki hak atas pelayanan kesehatan dan setara dengan masyarakat lainnya. Oleh karena itu pemerintah harus melakukan berbagai upaya untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat. Upaya tersebut merupakan upaya pembangunan di sektor yang terkait dengan bidang kesehatan, seperti upaya promosi kesehatan, upaya pelayanan kesehatan, upaya pembiayaan kesehatan.

Pembangunan kesehatan sebagai bagian integral dari pembangunan nasional pada hakekatnya adalah penyelenggaraan upaya kesehatan untuk mencapai kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar mewujudkan derajat kesehatan yang optimal yang besar artinya bagi pengembangan dan pembinaan sumber daya untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga dan masyarakat dengan menanamkan kebiasaan hidup sehat. Untuk mewujudkan hal tersebut diatas diselenggarakan berbagai upaya kesehatan yang didukung antara lain sarana dan prasarana kesehatan, manajemen penggunaan sarana dan prasarana kesehatan yang dibutuhkan dalam pembangunan kesehatan.

Sesuai dengan strategi Indonesia sehat tahun 2010 dan kebutuhan pembangunan sektor kesehatan di era desentralisasi ini, Depkes Pusat sudah menetapkan visi dan misi Puskesmas. Visi pembangunan kesehatan melalui Puskesmas adalah terwujudnya Kecamatan Sehat tahun 2010. Kecamatan sehat 2010 merupakan gambaran masyarakat kecamatan masa depan yang hidup di lingkungan yang sehat dan perilaku hidup masyarakatnya yang juga sehat, mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang ada wilayahnya serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, untuk mewujudkan visi dan misi Puskesmas diperlukan analisis internal dan eksternal lingkungan Puskesmas. Setiap Puskesmas harus memanfaatkan kapasitas dan potensi Puskesmas secara optimal untuk kemudian dikembangkan secara bertahap untuk mewujudkan visi Puskesmas.

Meningkatkan kesejahteraan keluarga dan masyarakat dengan menanamkan hidup sehat maka dibutuhkan peran dari puskesmas. Puskesmas merupakan salah satu unit organisasi kesehatan yang berada di wilayah kecamatan dengan upaya kesehatan terpadu dan menyeluruh adalah paling dekat dengan masyarakat adalah merupakan tulang punggung untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat. Pada dasarnya Puskesmas mempunyai tugas pokok yaitu menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat. Sekalipun sudah banyak yang dicapai namun dalam pelaksanaannya Puskesmas masih menghadapi kendala-kendala.

Misi Puskesmas jika dilihat dari kebijakan dasar puskesmas maka ada tiga fungsi dasar yaitu: pertama sebagai Pusat Penggerak Pembangunan Berwawasan Kesehatan. Dalam hal ini bahwa puskesmas sebagai penggerak dan pemantau dalam penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan. Kedua, Puskesmas sebagai Pusat Pemberdayaan Masyarakat. Puskesmas selalu berupaya agar masyarakat memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kebutuhan kesehatannya termasuk juga dalam pembiayaannya. Ketiga, menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar yang bermutu. Pelayanan kesehatan dasar yang dilakukan oleh Puskesmas bersifat

komprehensif (menyeluruh), holistic (termasuk aspek sosial), terpadu antar program, dan berkesinambungan. Untuk itu, Puskesmas harus mengembangkan program pokoknya sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan masalah kesehatan masyarakat yang potensial berkembang di wilayah kerjanya.

Sesuai dengan misi tersebut diatas, puskesmas mempunyai fungsi sebagai penggerak pembangunan berwawasan Kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat dan keluarga dalam pembangunan kesehatan, dan sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama.

Sebagaimana diketahui bahwa Puskesmas adalah salah satu unit organisasi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat disamping memberikan pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Tugas pokok Puskesmas ada tiga yaitu: pertama memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, terjangkau dan cakupannya luas sesuai dengan kebutuhan masyarakat; kedua, membina peran serta masyarakat dalam berbagai upaya kesehatan; ketiga, mengembangkan usaha inovatif agar terjamin upaya pemerataan pelayanan dan tergalinya potensi masyarakat.

Mengenai Standar Pelayanan Minimal (SPM) juga perlu diperhatikan. Puskesmas merupakan motor dalam pelayanan kesehatan di daerah, oleh karena itu penggunaan SPM ini merupakan salah satu untuk meningkatkan mutu atau kualitas pelayanan kesehatan terhadap masyarakat (Nugraheni, 2004: h. 164). Penyediaan sarana dan prasarana kesehatan terutama Puskesmas bertujuan agar pemerintah mampu memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik karena didukung oleh tenaga-tenaga medis yang professional, fasilitas yang memadai serta obat-obatan yang lengkap. Dalam pelaksanaannya, instansi kesehatan juga tidak terlepas dari tuntutan masyarakat yang menginginkan sebuah institusi yang baik (*good governance*) dimana dalam pemberian pembiayaan publik masyarakat unsur-unsur transparansi, akuntabel, respansif, partisipasif serta demokratis.

Masyarakat menginginkan pelayanan publik yang efisien, cepat, fleksibel dengan biaya rendah serta memuaskan yang dapat diberikan sebagai milik pemerintah yang lebih mengutamakan kepentingan publik (*nonprofit oriented*) daripada mencari keuntungan (*profit oriented*). Namun kenyataannya kualitas

pelayanan publik yang diberikan selama ini masih kalah dibanding dengan rumah sakit swasta meskipun dari segi ekonomi mahal tetapi lebih mampu memberikan kepuasan pelanggan. Mengingat Puskesmas adalah sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang bertugas merawat (*caring*) dan mengobati (*curing*) pasien yang mempunyai masalah tentang kesehatan. Sebuah penanganan yang cepat dan tepat menjadi kunci pelayanan yang berkualitas. Namun fenomena yang sering terjadi sekarang ini dan menjadi kelemahan mendasar adalah pelayanan yang kurang *responsive* atau tanggap dari para pemberi pelayanan sehingga masyarakat mempunyai kesan buruk terhadap pelayanan tersebut.

Keinginan Pemerintah mengenai Puskesmas adalah dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang bersifat preventif dan promotif. Pemerintah mengeluarkan kebijakan mengenai kesehatan adalah dalam rangka program peningkatan pelayanan kesehatan yang bertujuan mengembangkan jangkauan pelayanan kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat. Namun dalam kenyataannya upaya-upaya pemerintah dalam bidang kesehatan ini di lapangan masih banyak hal-hal yang implikasinya mengalami permasalahan sehingga tidak tepat sasaran, tidak efisiensi.

Keberadaan Puskesmas belum sepenuhnya memberikan kontribusi yang maksimal dalam memberikan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat. Hal ini disebabkan oleh tingkat pelayanan kepada masyarakat masih rendah, sehingga masyarakat akan beralih ke klinik-klinik swasta yang lebih baik pelayanan dan lebih lengkap mengenai peralatan kesehatannya. Di samping itu citra Puskesmas di mata masyarakat masih kurang baik mengenai pelayanan kepada masyarakat maupun performance fisik dalam bangunannya. Belum seluruhnya Puskesmas mengoptimalkan tenaga medis, tenaga para medis, sarana dan prasarana yang memiliki daya saing dan profesionalitas dengan pelayanan kesehatan milik swasta. Sosialisasi program Puskesmas yang kurang menyeluruh dan tidak dikemas dengan baik, dimana program layanan yang dikembangkan hanya bersifat seadanya dan kurang bermasyarakat. Sehingga di mata masyarakat peran Puskesmas ini hanya diperuntukkan bagi masyarakat ekonomi lemah. Selain permasalahan diatas yang mengakibatkan pelayanan Puskesmas kurang diminati oleh masyarakat, mengenai target pendapatan retribusi terhadap PAD juga

merupakan penyebab kurang optimalnya pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang bersifat preventif dan promotif.

Puskesmas Dinoyo merupakan Puskesmas yang berada di wilayah Kota Malang. Wilayah kerja Puskesmas Dinoyo meliputi Desa/Kelurahan Tunggul Wulung, Dinoyo, Ketawang Gede, Tlogomas, Merjosari, dan Sumber Sari. Sesuai dengan fungsi dari Puskesmas, maka Puskesmas Dinoyo ini merupakan unit pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya. Untuk itu, dalam pencapaian Kecamatan Sehat 2010 berawal dari peran sebagai Puskesmas. Untuk mendukung tercapainya kecamatan sehat 2010, maka Puskesmas Dinoyo harus melaksanakan program-program pokok yang disesuaikan dengan kebutuhan sebagian besar masyarakat dan masalah kesehatan masyarakat yang potensial di wilayah kerjanya. Program pokok puskesmas Dinoyo sebagai berikut, Promosi Kesehatan, Penyehatan lingkungan, kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, pemberantasan penyakit menular, pengobatan. Disamping program pokok terdapat juga program inovatif seperti, pemberian zat besi dan vitamin A pada sasaran 6,96% dari target 17,693 orang dan pemberian kapsul iodium pada daerah Gondok Endemik 58,77% dari 14.744 orang, pemeriksaan gula darah 52,92% dari target 1.782 specimen (Sumber: Formulir Penilaian Kinerja Puskesmas Dinoyo, 2008)

Sejauh ini penerapan pelayanan kesehatan pada Puskesmas Dinoyo masih belum memenuhi standar pelayanan kesehatan puskesmas hal ini seperti dikemukakan oleh Kepala Puskesmas Dinoyo Ibu Sri Sumindari (wawancara pada tanggal 26 Juli 2008). Ada beberapa hal yang menyebabkan pelayanan kurang maksimal diantaranya yaitu sebagai berikut, keterbatasan SDM dan dukungan dana terutama dana untuk pelaksanaan program-program yang dilaksanakan oleh Puskesmas Dinoyo, sarana gedung yang berpindah-pindah yang menyebabkan masyarakat kurang nyaman dalam menerima pelayanan kesehatan dari Puskesmas Dinoyo, pelayanan pada pendaftaran yang masih menggunakan sistem manual dan bukan menggunakan sistem komputerisasi sehingga pelayanannya juga kurang cepat atau memakan banyak waktu dibandingkan dengan menggunakan komputerisasi, setelah perpindahan gedung komputer yang bisa digunakan hanya satu komputer yang berada di ruang Kepala Puskesmas, kedisiplinan dari pegawai yang kurang ditekankan terutama mengenai jam kerja Puskesmas Dinoyo,

minimnya peralatan medis yang berakibat pada pelanggan akan lebih tertarik dengan pelayanan Rumah Sakit yang lebih lengkap peralatan medisnya seperti ambulance hanya terdapat satu dengan sopir satu. Selain itu ada faktor dari luar yang menyebabkan pelayanan dari Puskesmas Dinoyo juga kurang maksimal seperti rendahnya kesadaran masyarakat mengenai pentingnya kesehatan, seperti daerah pinggiran Sungai Brantas dari segi kesehatan lingkungan masih kurang sehat, yaitu mengenai jamban keluarga atau jamban umum, terdapat beberapa penduduk yang pembuangannya masih di sungai. Berdasarkan uraian diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul: **“Manajemen Pelayanan Publik Sektor Kesehatan Guna Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Studi pada Puskesmas Dinoyo, Kota Malang).”**

B. Perumusan Masalah

Puskesmas merupakan salah satu lembaga kesehatan masyarakat yang memiliki peranan yang sangat penting dan menentukan. Hal ini disebabkan rumah sakit merupakan institusi resmi yang mampu melihat dan memantau terus-menerus perkembangan kesehatan masyarakat dan jenis penyakit serta cara yang terbaik dalam pencegahan dan pengobatan.

Memahami hakikat keberadaan puskesmas didalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat, puskesmas harus terus-menerus melakukan upaya pengembangan melalui peningkatan dan kepercayaan masyarakat pada kemampuan puskesmas.

Dalam penelitian ini penulis ingin mengetahui seberapa jauh tindakan yang dilakukan oleh Puskesmas Dinoyo dalam pengelolaan sarana dan prasarannya dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan masyarakat.

Berangkat dari latar belakang diatas, maka dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Bagaimana penerapan pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo?
2. Bagaimana kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo?
3. Faktor-faktor apa saja yang menjadi kendala dan pendukung dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo?

C. Tujuan Penelitian

Dengan adanya permasalahan yang diuraikan tersebut diatas, maka tujuan penelitian adalah:

1. Untuk mengetahui dan menggambarkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo
2. Untuk mengetahui kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo?
3. Untuk mengetahui dan menggambarkan faktor kendala dan faktor pendukung yang dihadapi dalam kesehatan di Puskesmas Dinoyo.

D. Kontribusi Penelitian

Adapun manfaat yang ingin diperoleh dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Manfaat secara Teoritis
 - a. Sebagai media pengembangan keilmuan khususnya dalam bidang kajian Ilmu Administrasi Publik tentang manajemen pelayanan publik sektor kesehatan terutama pada Puskesmas terhadap pengembangan dan peningkatan mutu kesehatan, dan kendala-kendala yang dihadapi selama penerapan pelayanan kesehatan.
 - b. Dapat digunakan sebagai bahan pustaka dan masukan dalam melakukan kegiatan penelitian serta studi lanjutan tentang administrasi pembangunan berkaitan dengan manajemen pelayanan sektor kesehatan di unit kesehatan Puskesmas.
2. Manfaat secara Praktis
 - a. Bagi pembuat kebijakan, pemerhati dan praktisi lapangan dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan dan memberikan masukan dalam menjalankan tugas dan fungsinya masing-masing yang berkaitan dengan perencanaan dan pembangunan kesehatan masyarakat.
 - b. Bagi masyarakat dapat digunakan sebagai bahan evaluasi mengenai pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat.

E. Sistematika Pembahasan

Sistematika pembahasan dimaksudkan agar sesuatu yang dibahas pada masing-masing bab dalam skripsi ini dapat mudah diketahui dan dipahami secara

jas. Penulisan penelitian ini terbagi dalam satu kerangka pemikiran, sebagai berikut:

Bab I: Pendahuluan

Dalam bab ini menguraikan tentang latar belakang, perumusan masalah, tujuan penelitian, kontribusi penelitian dan sistematika pembahasan.

Bab II: Kajian Pustaka

Dalam bab ini memuat tentang pengertian-pengertian, teori-teori yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan, factor-faktor penelitian seperti pembangunan, kesehatan, peran pemerintah dalam pembangunan kesehatan masyarakat serta permasalahannya dalam memberikan pelayanan kesehatan.

Bab III: Metode Penelitian

Bab ini membahas tentang metode yang digunakan untuk melakukan penelitian, yang meliputi: jenis penelitian, fokus penelitian, lokasi dan situs penelitian, teknik pengumpulan data, instrument penelitian dan analisa data.

Bab IV: Hasil dan Pembahasan, terdiri dari gambaran umum lokasi penelitian, penyajian data meliputi program-program puskesmas, Perencanaan program pokok Puskesmas Dinoyo, penerapan pelayanan kesehatan, faktor intern dan faktor ekstern yang mempengaruhi pelayanan kesehatan di Puskesmas dan analisis data.

Bab V: Penutup, merupakan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian yang dilaksanakan.

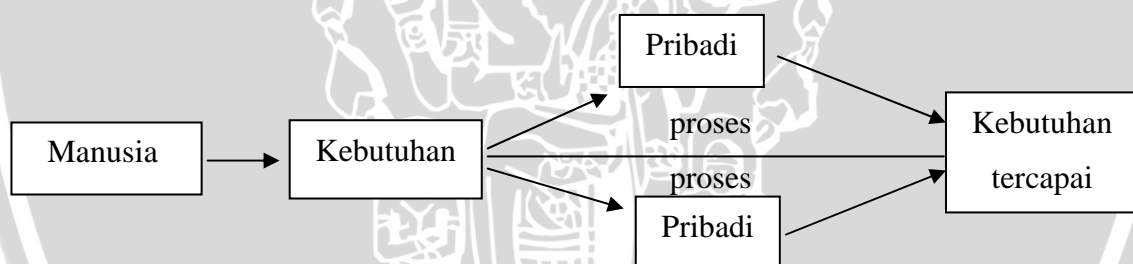
BAB II KAJIAN PUSTAKA

A. Manajemen Pelayanan Publik

1. Pengertian Pelayanan Umum

Proses pemenuhan kebutuhan melalui aktivitas orang lain yang langsung inilah yang dinamakan pelayanan (Moenir, 1995, h.17). Arti proses dalam pelayanan itu sendiri menurut Fred Luthans dalam Moenir (1995, h.17) adalah *any action which is performed by management to achieve organizational objectives*. Di sini pengertian proses terbatas dalam kegiatan manajemen dalam rangka pencapaian tujuan organisasi. Dalam arti luas pelayanan adalah proses menyangkut segala usaha yang dilakukan oleh seseorang dalam rangka mencapai tujuan. Manajemen sebagai proses dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 1.
Pelayanan sebagai proses



(sumber: Kurniawan, 2005, h. 4)

Dalam ilmu politik dan administrasi negara, pelayanan umum atau pelayanan publik merupakan istilah yang menggambarkan bentuk dan jenis pelayanan pemerintah kepada rakyat atas dasar kepentingan umum, menurut Lay (Kurniawan, 2005, h.4). Pelayanan juga dapat diartikan sebagai pemberian layanan (melayani) keperluan orang masyarakat yang mempunyai kepentingan pada organisasi itu sesuai dengan aturan pokok dan tata cara yang telah ditetapkan (Kurniawan, 2005, h.4).

Dipandang dari sudut ekonomi, pelayanan merupakan salah satu alat pemuas kebutuhan manusia sebagaimana halnya dengan barang. Namun pelayanan memiliki karakteristik tersendiri yang berbeda dari barang. Salah satu

yang membedakan dengan barang sebagaimana yang dikemukakan oleh Gasperz (Kurniawan, 2005, h.6), adalah outputnya yang tidak berbentuk (*intangible output*), tidak standar, serta tidak dapat disimpan dalam *inventori* melainkan langsung dapat dikonsumsi pada saat produksi. Produk akhir pelayanan sangat tergantung dari proses interaksi yang terjadi antara layanan dengan konsumen.

Pengertian diatas senada dengan pendapat Moenir (1995, h.26) bahwa pelayanan publik adalah kegiatan yang dilakukan oleh seseorang atau kelompok orang dengan landasan faktor material melalui sistem, prosedur dan metode tertentu dalam usaha memenuhi kepentingan orang lain sesuai dengan haknya.

Sementara Peraturan Daerah Propinsi Jawa Timur No. 11 Tahun 2005 Tentang Pelayanan Publik di Propinsi Jawa Timur, pelayanan publik adalah segala kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan dasar sesuai dengan hak-hak dasar warga negara dan penduduk atas barang, jasa, dan atau pelayanan yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan yang terkait dengan kepentingan publik (Kurniawan dan Puspitosari, 2007, h. 7).

2. Pengertian Pelayanan Publik

Menurut kamus besar Free Dictionary, bahwa yang dimaksud pelayanan publik adalah suatu bentuk pelayanan yang ditujukan untuk kepentingan masyarakat yang dilakukan oleh organisasi non profit. Pelayanan publik juga diartikan sebagai suatu bisnis yang dilakukan untuk memasok kebutuhan pokok.

Berdasarkan Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatue Negara No: 63/KEP/M.PAN/7/2003 menyatakan bahwa pelayanan publik adalah segala kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh penyelenggaraan pelayanan publik sebagai upaya pemenuhan kebutuhan penerima pelayanan maupun pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Berdasarkan pengertian diatas maka dapat diartikan bahwa pelayanan publik merupakan suatu bentuk jasa pelayanan baik yang berupa jasa maupun barang publik yang menjadi tanggung jawab pemerintah dalam penyediaannya, baik oleh pemerintah pusat/ pemerintah daerah maupun BUMN/ BUMD, sebagai upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat serta dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pelayanan ini ditujukan bukan untuk pelanggan tetapi pelayanan yang ditujukan kepada warganegara.

Menurut Lembaga Administrasi Negara Republik Indonesia dalam bukunya Strategi Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik tahun 2006, menyatakan bahwa penyediaan pelayanan publik, berdasarkan jenis pelayanan yang disediakan dapat dibedakan menjadi dua. Pertama, pelayanan publik yang penyelenggaraannya dapat dilakukan secara bersama-sama antara pemerintah dan swasta, akan tetapi kewajiban utama ada di pemerintah, seperti pelayanan pendidikan, kesehatan, perhubungan dll. Kedua, pelayanan publik yang hanya dapat dikelola oleh pemerintah, pada umumnya jenis pelayanan ini lebih bersifat pengaturan, seperti berbagai bentuk pelayanan perijinan. Sebagaimana tertuang dalam KepMenPAN No. 63 tahun 2003 pelayanan publik dapat diklasifikasikan ke dalam tiga kelompok, yaitu:

1. Kelompok Pelayanan Administratif, yaitu pelayanan yang menghasilkan berbagai bentuk dokumen resmi yang dibutuhkan oleh publik, misalnya status kewarganegaraan, kepemilikan suatu barang. Contoh: KTP, SIM, STNK dan sebagainya.
2. Kelompok Pelayanan Barang yaitu pelayanan yang menghasilkan berbagai bentuk/ jenis barang yang digunakan oleh publik, misalnya jaringan telepon, tenaga listrik, air bersih dan sebagainya.
3. Kelompok Pelayanan Jasa, yaitu pelayanan yang dibutuhkan menghasilkan berbagai jasa yang dibutuhkan oleh publik, misalnya pendidikan, pemeliharaan kesehatan, penyelenggaraan jasa transportasi, pos dan sebagainya.

(Sumber: Moenir, 1995, h. 33)

3. Prinsip Umum dan Karakteristik Pelayanan Publik

Secara umum, penyediaan pelayanan publik dituntut untuk mampu memberikan pelayanan yang berkualitas dengan cepat, tepat dan murah, namun suatu hal yang tidak mudah untuk dilakukan. Agar penyelenggaraan pelayanan publik di Indonesia dapat lebih terjaga kualitasnya, dalam KepMenPAN No 63 tahun 2003, memuat prinsip-prinsip pelayanan publik yang mencakup aspek-aspek sebagai berikut:

1. Kesederhanaan, dimana prosedur pelayanan tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan.
2. Kejelasan, dalam hal ini meliputi kejelasan dalam hal
 - a) Persyaratan teknis dan administratif pelayanan publik;
 - b) Unit kerja/pejabat yang berwenang dan bertanggungjawab dalam memberikan pelayanan dan penyelesaian keluhan/ persoalan/ sengketa dalam pelaksanaan pelayanan publik;
 - c) Rincian biaya pelayanan publik dan tata cara pembayarannya.
3. Kepastian waktu, yaitu bahwa pelayanan publik dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan.
4. Akurasi, bahwa produk pelayanan publik diterima dengan benar, tepat dan sah.
5. Kesamaan, bahwa proses dan produk pelayanan publik memberikan rasa aman dan kepastian hukum.

6. Tanggungjawab, bahwa pemimpin penyelenggara pelayanan publik atau pejabat yang ditunjuk dapat, dan harus bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan publik.
7. Kelengkapan sarana dan prasarana, yaitu ketersediaan sarana dan prasarana kerja, peralatan kerja dan pendukung lainnya yang memadai termasuk penyediaan sarana pendukung lainnya, termasuk pula penyediaan sarana teknologi telekomunikasi dan informatika.
8. Kemudahan akses, dalam hal ini tempat dan lokasi serta sarana pelayanan harus memadai, mudah dijangkau oleh masyarakat, dan dapat memanfaatkan teknologi komunikasi dan informatika.
9. Kedisiplinan, kesopanan dan keramahan dimana pemberi pelayanan harus bersikap disiplin, sopan dan santun, ramah, serta memberikan pelayanan dengan ikhlas.
10. Kenyamanan, dalam hal ini lingkungan pelayanan harus tertib, teratur, disediakan ruang tunggu yang nyaman, rapi, bersih, lingkungan yang indah dan sehat serta dilengkapi dengan fasilitas pendukung pelayanan seperti parkir, toilet, tempat ibadah, dan lain-lain.

Prinsip-prinsip tersebut diharapkan dapat berjalan baik, oleh karena itu tiap-tiap unit pelayanan harus memiliki standar pelayanan yang menjelaskan tentang prosedur pelayanan, waktu penyelesaian, biaya pelayanan, produk pelayanan, sarana dan prasarana serta kompetisi para petugas. Namun penyelenggaraan pelayanan yang berkualitas baik ini tidak mudah, hal ini bukan dikarenakan adanya karakteristik yang ada dalam pelayanan publik. Pada dasarnya karakteristik pelayanan publik yang diselenggarakan oleh pemerintah adalah:

- 1) Memiliki dasar hukum yang jelas dalam penyelenggaraanya;
- 2) Memiliki kelompok kepentingan yang luas termasuk kelompok sasaran yang ingin dilayani;
- 3) Memiliki tujuan sosial;
- 4) Dituntut untuk akuntabel kepada publik;
- 5) Memiliki konfigurasi indikator kinerja yang perlu kelugasan;
- 6) Seringkali menjadi sasaran politik.

4. Kualitas Pelayanan Publik

Kualitas pelayanan menurut Evans dan Lindsay (1997) yang dikutip dalam buku Strategi Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik (2006, h.16) mendefinisikan kualitas pelayanan sebagai suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan. Kualitas pelayanan juga diartikan sebagai sesuatu yang berhubungan

dengan terpenuhinya harapan atau kebutuhan pelanggan, dimana pelayanan yang berkualitas apabila dapat menyediakan produk dan jasa sesuai dengan kebutuhan dan harapan pelanggan. Kualitas menurut Evans dan Lindsay dapat dilihat dari berbagai sudut pandang, yaitu:

- 1) Jika dilihat dari segi konsumen, maka kualitas pelayanan selalu dihubungkan dengan sesuatu yang baik atau prima (*excellent*);
- 2) Jika kualitas pelayanan dipandang dari sudut "*product based*", maka kualitas pelayanan dapat didefinisikan sebagai suatu fungsi yang spesifik, dengan variabel pengukuran yang berbeda-beda dalam memberikan penilaian kualitas sesuai dengan karakteristik produk yang bersangkutan;
- 3) Jika dilihat dari sudut "*user based*", maka kualitas pelayanan adalah sesuatu yang diinginkan oleh pelanggan atau tingkat kesesuaian dengan keinginan pelanggan.
- 4) Jika dilihat dari "*value based*", maka kualitas pelayanan merupakan keterkaitan antara keagungan atau kepuasan dengan harga.

Upaya penyediaan pelayanan yang berkualitas antara lain dapat dilakukan dengan memperhatikan ukuran-ukuran apa saja yang menjadi kriteria kinerja pelayanan. Berdasarkan KepMenPAN No 63 tahun 2003 kriteria-kriteria pelayanan tersebut adalah:

- 1) Kesederhanaan, yaitu bahwa tata cara pelayanan dapat diselenggarakan secara mudah, lancar, cepat, tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan dilaksanakan oleh pelanggan.
- 2) Reliabilitas, meliputi konsistensi dari kinerja yang tetap dipertahankan dan menjaga saling ketergantungan antara pelanggan dengan pihak penyedia pelayanan, seperti menjaga keakuratan perhitungan keuangan, teliti dalam pencatatan data dan tepat waktu.
- 3) Tanggung jawab dari para petugas pelayanan yang meliputi pelayanan sesuai dengan urutan waktunya, menghubungi pelanggan secepatnya apabila terjadi sesuatu yang perlu segera diberitahukan.
- 4) Kecakapan para petugas pelayanan, yaitu bahwa para petugas pelayanan menguasai keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan.
- 5) Pendekatan kepada pelanggan dan kemudahan kontak pelanggan dengan petugas. Petugas pelayanan harus mudah dihubungi oleh pelanggan tidak hanya dengan pertemuan secara langsung tetapi juga melalui telepon atau internet. Oleh karena itu, lokasi dari fasilitas dan operasi pelayanan juga harus diperhatikan.
- 6) Keramahan, meliputi kesabaran, perhatian dan persahabatan dalam kontak antara petugas pelayanan dan pelanggan.
- 7) Keterbukaan, yaitu bahwa pelanggan bisa mengetahui seluruh informasi yang mereka butuhkan secara mudah dan jelas, meliputi informasi mengenai tata cara, persyaratan, waktu penyelesaian, biaya dan lain-lain.
- 8) Komunikasi antara petugas dan pelanggan. Komunikasi yang baik dengan pelanggan adalah bahwa pelanggan tetap memperoleh informasi

yang berhak diperolehnya dari penyedia pelayanan dalam bahasa yang mereka mengerti.

- 9) Kredibilitas, meliputi adanya saling percaya antara pelanggan dan penyedia pelayanan, adanya usaha yang membuat penyedia pelayanan tetap layak dipercayai, adanya kejujuran kepada pelanggan dan kemampuan penyedia pelayanan untuk menjaga pelanggan tetap setia.
- 10) Kejelasan dan kepastian, yaitu mengenai tata cara, rincian biaya layanan dan tata cara pembayarannya, jadwal waktu penyelesaian layanan tersebut.
- 11) Keamanan, yaitu usaha untuk memberikan rasa aman dan bebas pada pelanggan dari adanya bahaya, resiko dan keragu-raguan. Jaminan keamanan yang perlu kita berikan berupa keamanan fisik, finansial dan kepercayaan pada diri sendiri.
- 12) Mengerti apa yang diharapkan pelanggan. Hal ini dapat dilakukan dengan berusaha menegrti apa saja yang dibutuhkan pelanggan. Dapat dimulai dengan mempelajari kebutuhan-kebutuhan khusus yang diinginkan pelanggan dan memberikan perhatian secara personal.
- 13) Kenyataan, meliputi bukti-bukti atau wujud nyata dari pelayanan, berupa fasilitas fisik, adanya petugas yang melayani pelanggan, peralatan yang digunakan dalam memberikan pelayanan, kartu pengenalan dan fasilitas penunjang lainnya.
- 14) Efisiensi, yaitu persyaratan pelayanan hanya dibatasi pada hal-hal yang berkaitan langsung dengan pencapaian sasaran pelayanan dengan tetap memperhatikan keterpaduan antara persyaratan dengan produk pelayanan.
- 15) Ekonomis, yaitu agar pengenaan biaya pelayanan harus ditetapkan secara wajar dengan memperhatikan nilai barang/ jasa dan kemampuan pelanggan untuk membayar.

5. Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan

Peran pelayanan dalam penyelenggaraan kegiatan-kegiatan jasa dimasyarakat, kini semakin menonjol karena semakin ketatnya kompetensi dalam usaha merebut pasaran atau pelanggan. Seperti halnya pelayanan dibidang kesehatan juga, sudah terlihat jelas dari perebutan pasaran dan pelanggan. Hal ini memacu instansi publik untuk meningkatkan kualitas pelayanannya. Peningkatan kualitas pelayanan publik bisa dilakukan dari berbagai cara dan dari berbagai bidang. Peningkatan mutu pelayanan kesehatan masyarakat yang dimaksud disini tidak hanya ditujukan pada keusangan teknologi, tidak ada peralatan kedokteran atau kurangnya obat-obatan dalam penyembuhan, melainkan juga karena masih kurangnya kemampuan sumber daya manusia yang terlibat di bidang kesehatan.

Usaha pelayanan kesehatan perlu dikembangkan saat ini adalah mengupayakan kesehatan masyarakat secara menyeluruh, bukan lagi pelayanan

yang hanya dititikberatkan pada pengobatan penderita tetapi juga diperlukan penyesuaian ketrampilan dan sikap untuk dapat melaksanakan usaha pelayanan kesehatan kepada masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan untuk lebih optimal. Oleh karena itu memperoleh pelayanan merupakan hak setiap orang, maka perlu diciptakan suatu system dan prosedur yang dapat dilaksanakan oleh orang atau kelompok yang berkewajiban memenuhi hak dengan baik. Banyak kemungkinan tidak adanya pelayanan yang baik dikarenakan hal-hal. Oleh karena itu mutu pelayanan kesehatan perlu diperhatikan.

Adapun yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat, dijabarkan oleh Levey dan Loomba (Azwar, 1996, h. 34).

Dari pengertian diatas maka bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang dapat diselenggarakan banyak macamnya. Namun apabila disederhanakan maka dapat dibedakan sebagai berikut yakni pelayanan kedokteran (*medical service*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*public health service*), yang diungkapkan oleh Hedget dan Cascio (Azwar, 1996, h.34). Kedua bentuk dan jenis pelayanan kesehatan ini mempunyai beberapa perbedaan pokok menurut Leavel dan Clark dalam Azwar (1996, h.34). Namun untuk dapat disebut sebagai pelayanan kesehatan yang baik, keduanya mempunyai pula beberapa persamaan pokok. Salah satu dari persamaan yang dimaksud, yang dipandang mempunyai peranan yang amat penting, adalah yang menyangkut mutu pelayanan menurut Somers and Somers dalam Azwar (1996, h.34).

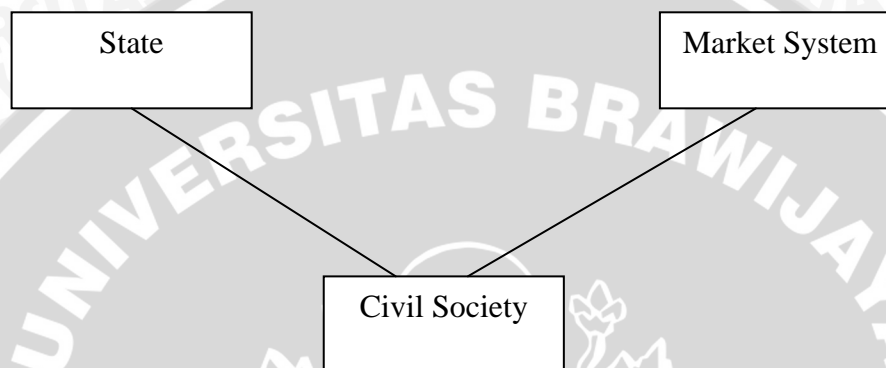
Dalam pemberian pelayanan publik ada tiga sektor yang terkait, menurut Mas'oed (Suryono,) adalah *state* (Negara atau pemerintah), *market sytem* (Pasar), dan *civil society* (organisasi bukan pemerintahan). Untuk mencapai keberhasilan dalam pelayanan publik, maka dalam pelaksanaannya maka tiga sector tersebut harus saling berkaitan dan saling mendukung. Sebagai sumber pelayanan publik maka peran dari pemerintah (*state*) sangat komplementer dengan mekanisme pasar (*privat*) maupun organisasi non pemerintah (*Civil Society*).

Dalam pemberian pelayanan yang ditujukan kepada masyarakat diperlukan peran dari ketiga sektor tersebut, masing-masing bekerja secara komplementer.

Hubungan antara *state*, *market system* dan *civil society* menurut Cohen dan Arato (Suryono, 2004, h.94) dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 2

Hubungan antara *State*, *Market* dan *Civil Society*



(Sumber: Suryono, 2004, h. 94)

Civil Society memiliki karakteristik menekankan pada pola-pola integrasi normative dan komunikasi terbuka (*open ended*) tidak ada kendala dalam proses komunikasi, baik komunikasi secara vertikal, komunikasi horizontal maupun komunikasi diagonal. Fungsi dari *civil society* secara tidak langsung berurusan dengan upaya pengendalian/penguasaan kekuasaan negara, tetapi berusaha untuk mengembangkan pengaruh lewat kehidupan asosiasi-asosiasi yang demokratis dan diskusi publik yang bebas dalam wilayah kultural. *Civil society* bisa berupa keluarga, asosiasi sukarela, gerakan social dan berbagai bentuk komunikasi publik.

B. Mutu Pelayanan Kesehatan

1. Pengertian Mutu

Pengertian mutu banyak macamnya. Beberapa diantaranya yang dipandang cukup penting dalam bukunya Azwar (1996, h. 35) adalah:

- a. Mutu adalah tingkat kesempurnaan dari penampilan sesuatu yang sedang diamati (Winston Dictionary).
- b. Mutu adalah sifat yang dimiliki oleh suatu program, (Donabedian).
- c. Mutu adalah totalitas dari wujud serta cirri dari suatu barang atau jasa, yang didalamnya terkandung sekali gus pengertian rasa aman atau pemenuhan kebutuhan para pengguna, (Din ISO 8402).

- d. Mutu adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan, (Crosby).

Roberts dan Prevost dalam Azwar (1996, h.35) berhasil membuktikan adanya perbedaan dimensi-dimensi dari mutu pelayanan kesehatan sebagai berikut:

- a. Bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan, mutu pelayanan lebih terkait pada dimensi ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi petugas dengan pasien, keprihatinan serta keramah-tamahan petugas dalam melayani pasien, dan atau kesembuhan penyakit yang sedang diderita.
- b. Bagi penyelenggara pelayanan kesehatan, mutu pelayanan lebih terkait pada dimensi kesesuaian pelayanan dengan perkembangan ilmu dan teknologi mutakhir dan atau otonomi profesi dalam menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien.
- c. Bagi penyandang dana pelayanan kesehatan, mutu pelayanan lebih terkait pada dimensi efisiensi pemakaian sumber dana, kewajaran pembiayaan dan atau kemampuan pelayanan mengurangi kerugian penyandang dana.

Untuk mengatasi perbedaan dimensi, telah diperoleh kesepakatan bahwa dalam membicarakan masalah mutu pelayanan kesehatan perlu adanya pedoman dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan yaitu hakekad dasar dari diselenggarakannya pelayanan kesehatan tersebut. Hakekad dasar tersebut bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan para pemakai jasa pelayanan terhadap kesehatan, sehingga para pemakai jasa pelayanan kesehatan tersebut dapat tetap terpelihara. Bertitik tolak dari hakekad dasar, disepakati pembicaraan tentang mutu pelayanan kesehatan seyogyanya dikaitkan dengan kehendak untuk memenuhi kebutuhan serta tuntutan para pemakai jasa pelayanan kesehatan tersebut. Mutu pelayanan, demikian dirumuskan, menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dan tuntutan setiap pasien. Makin sempurna pemenuhan kebutuhan dan tuntutan tersebut, makin baik pula mutu pelayanan.

Dengan perkembangan pelayanan kesehatan dan juga karena aspek kepuasan memang mempunyai peranan yang penting dalam pelayanan kesehatan, maka disepakati yang dimaksud dengan mutu pelayanan kesehatan adalah yang

menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien.

Sekalipun pengertian mutu pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan kepuasan pasien telah diterima secara luas, namun dalam pelaksanaan pelayanan tersebut tidak semudah seperti yang diperkirakan. Masalah pokok yang ditemui adalah karena kepuasan pasien tersebut bersifat subyektif, tiap pelanggan tergantung pada latar belakang yang dimiliki. Untuk mengatasi masalah ini, telah disepakati bahwa pembahasan tentang kepuasan pasien yang dikaitkan dengan mutu pelayanan kesehatan, bukanlah pembahasan yang bersifat luas, melainkan mengenal paling tidak dua pembatasan menurut Asrul Azwar (1996, h.37) sebagai berikut:

a Pembatasan pada derajat kepuasan pasien

Mutu suatu pelayanan kesehatan dinilai baik, apabila pelayanan kesehatan tersebut dapat menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk.

b Pembatasan pada upaya yang dilakukan

Mutu pelayanan kesehatan dinilai baik apabila tata cara penyelenggaraan sesuai dengan kode etik serta standar pelayanan yang telah ditetapkan.

Dari dua pembatasan diatas maka dapat dirumuskan pengertian mutu pelayanan kesehatan yaitu yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan, yang satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta dipihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan yang telah ditetapkan (Azwar, 1996, h.38).

Dari pengerian mutu pelayanan diatas maka dapat dirumuskan batasan pelayanan kesehatan yang bermutu. Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta yang penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan yang telah ditetapkan (Azwar, 1996, h.38).

2. Macam Kepuasan Pelanggan dalam Pelayanan Kesehatan

Seperti juga mutu pelayanan kesehatan, kepuasan pelanggan juga memiliki banyak macam, secara umum kepuasan tersebut dapat dibedakan menjadi dua macam (Azwar, 1996, h.39):

1. Kepuasan yang mengacu pada penerapan kode etik dan standar pelayanan. Ukuran-ukuran pelayanan kesehatan yang bermutu antara lain:
 - a. Hubungan dokter dengan pasien. Untuk dapat terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, hubungan dokter dengan pasien yang baik harus tetap terbina.
 - b. Kenyamanan pelayanan. Kenyamanan disini tidak hanya menyangkut fasilitas yang disediakan, tetapi yang terpenting lagi yang menyangkut sikap serta tindakan para pelaksana ketika menyelenggarakan pelayanan kesehatan.
 - c. Kebebasan melakukan pilihan. Memberikan kebebasan kepada pasien untuk memilih serta menentukan pelayanan kesehatan.
 - d. Pengetahuan dan kompetensi teknis. Secara umum disebutkan makin tinggi tingkat pengetahuan dan kompetensi teknis tersebut maka makin tinggi pula mutu pelayanan kesehatan. Hal ini berhubungan dengan kemampuan petugas dalam melakukan pelayanan sesuai dengan petunjuk teknis dan standar secara benar, tepat dan konsisten.
 - e. Efektifitas pelayanan.
 - f. Keamanan tindakan. Untuk dapat terselenggarakannya pelayanan kesehatan yang bermutu, aspek keamanan tindakan ini haruslah diperhatikan. Pelayanan medis yang membahayakan pasien, bukanlah pelayanan yang baik, dan karena itu tidak boleh dilakukan.
2. Kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan
 - a. Ketersediaan pelayanan. Kepuasan pelanggan mempunyai hubungan yang erat dengan mutu pelayanan, maka sering disebutkan, suatu pelayanan kesehatan adalah pelayanan yang bermutu apabila pelayanan kesehatan tersebut tersedia di masyarakat.
 - b. Kewajaran pelayanan. Suatu pelayanan disebut sebagai pelayanan yang bermutu, apabila pelayanan tersebut bersifat wajar, dalam arti sesuai dengan kebutuhan masalah medis yang dihadapi.
 - c. Kesenambungan pelayanan. Maksud dari berkesinambungan adalah tersedia setiap waktu dan ataupun pada setiap kebutuhan.
 - d. Penerimaan pelayanan. Pelayanan kesehatan dapat bermutu apabila pelayanan tersebut dapat diterima oleh pemakai jasa pelayanan.
 - e. Ketercapaian pelayanan. Pelayanan yang mudah dicapai oleh pemakai jasa pelayanan. Masyarakat mempunyai kemudahan untuk menjangkau pelayanan kesehatan tanpa ada yang menghalangi seperti letak geografis, ekonomi, sosial, budaya, organisasi atau hambatan bahasa.
 - f. Keterjangkauan pelayanan. Pelayanan medis yang terlalu mahal tidak akan dapat dijangkau oleh pemakai jasa pelayanan, dan karenanya tidak akan memuaskan pasien. Sebagai jalan keluarnya, disarankan

perluanya mengupayakan pelayanan kesehatan yang biayanya sesuai dengan kemampuan pemakai jasa pelayanan.

- g. Efisiensi pelayanan. Efisiensi pelayanan telah diketahui mempunyai hubungan yang erat dengan kepuasan pemakai jasa pelayanan. Dengan demikian untuk dapat menimbulkan kepuasan tersebut, perlulah diupayakan peningkatan efisiensi pelayanan.
- h. Efektifitas pelayanan. Efektifitas disini menunjuk pada kemampuan dalam menyembuhkan penyakit, yang apabila berhasil diwujudkan pasti akan memuaskan pasien.

3. Alat-alat Peningkatan Mutu (*Quality*)

Untuk menganalisis masalah, menetapkan sasaran mutu, menganalisis masalah, dan menyusun rencana perbaikan digunakan berbagai alat perbaikan mutu, baik menggunakan maupun tidak menggunakan metode statistik. Alat-alat tersebut adalah:

- a. Alat-alat mutu bukan statistik merupakan alat untuk mengembangkan ide, mengelompokkan, memprioritaskan, dan memberikan arah dalam pengambilan keputusan. Alat-alat tersebut meliputi curah pendapat, *multivoting*, matriks prioritas masalah, *fishbone*, bagan alir, *failure mode and effect analysis*, bagan *gantt*.
- b. Alat-alat mutu statistik yang meliputi lembar periksa, diagram kecenderungan, diagram pencar, histogram, diagram pareto, diagram kendali.

Dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat, sampai tahun 2005 pemerintah telah mendirikan Puskesmas ke pelosok daerah sebanyak 7669 unit dan 2077 diantaranya difasilitasi dengan rawat inap. awal pengembangan Puskesmas diawali tahun 1968 dan mengalami pengembangan beberapa konsep. secara umum Puskesmas dan jaringannya dilengkapi sumber daya sebagai berikut:

- a. Gedung, sarana dan prasarana
- b. Tenaga
- c. Alat kesehatan dan non kesehatan
- d. Obat
- e. Anggaran pemeliharaan
- f. Acuan atau pedoman program pelayanan

Sumber daya dibidang kesehatan yang ada sebenarnya banyak. Namun berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 262 Tahun 1979 tentang Standarisasi Ketenagaan Rumah Sakit Pemerintah, pasal 1 dapat dikategorikan menjadi empat, yaitu:

- a. Tenaga Medis adalah seseorang lulusan fakultas kedokteran atau kedokteran gigi dan pasca sarjana yang memberikan pelayanan medis dan pelayanan penunjang.

- b. Tenaga Paramedis Perawatan adalah seorang lulusan sekolah atau akademi bidang kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan perawatan paripurna.
- c. Tenaga Paramedis Non Perawatan adalah seorang lulusan sekolah atau akademi bidang kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan penunjang
- d. Tenaga Non Medis adalah seorang yang mendapatkan ilmu pengetahuan yang tidak termasuk pendidikan a, b, dan c diatas.

Keberadaan keempat kategori diatas sangat berpengaruh dalam menciptakan iklim yang sehat dalam menunjang mutu pelayanan kesehatan dimana tenaga paramedic mempunyai peranan yang sangat penting dalam menentukan keberhasilan pelayanan kesehatan secara keseluruhan.

4. Stándar dalam Pelayanan

Inti dari manajemen kualitas adalah kepuasan pelanggan. Kepuasan pelanggan atas sesuatu pelayanan sangat tergantung pada kualitas pelayanan yang diberikan atau diterima oleh pelanggan tersebut. Sedangkan kualitas pelayanan pada dasarnya merupakan kesesuaian antara pelayanan yang dirasakan oleh pelanggan dengan pelayanan yang diharapkan oleh pelanggan, kesesuaian antara keduanya maka dapat disebut tingkat kepuasan pelanggan. Apabila dilihat dari konsep tersebut maka harus ada kesepakatan kualitas antara kualitas yang diinginkan oleh masyarakat dengan kualitas penyedia pelayanan. Kesepakatan ini diwujudkan dalam bentuk standar pelayanan. Standar pelayanan merupakan instrumen sederhana yang sering digunakan sebagai alat untuk meningkatkan kualitas pelayanan.

Standar pelayanan adalah suatu tolok ukur yang dipergunakan untuk acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai komitmen atau janji dari pihak penyedia pelayanan kepada pelanggan untuk memberikan pelayanan yang berkualitas. Manfaat yang dapat diperoleh dengan adanya standar pelayanan antara lain adalah:

- 1) Memberikan jaminan kepada masyarakat bahwa mereka mendapat pelayanan dalam kualitas yang dapat dipertanggungjawabkan;
- 2) Memberikan fokus pelayanan kepada pelanggan atau masyarakat;
- 3) Menjadi alat komunikasi antara pelanggan dengan penyedia pelayanan dalam upaya meningkatkan pelayanan;
- 4) Menjadi alat untuk mengukur kinerja pelayanan serta menjadi alat monitoring dan evaluasi kinerja pelayanan.

Dalam sektor publik, terutama terkait dengan pelayanan administratif, standar pelayanan meliputi antara lain: dasar hukum, persyaratan pelayanan, prosedur pelayanan, waktu pelayanan, biaya serta proses pengaduan sehingga petugas pelayanan memahami apa yang seharusnya mereka lakukan dalam memberikan pelayanan. Dengan adanya standar pelayanan masyarakat sebagai pengguna jasa pelayanan dapat mengetahui dengan pasti hak dan kewajiban apa yang harus mereka dapatkan dan lakukan untuk mendapatkan pelayanan.

Dalam bukunya Asrul Azwar (1996, h.54) ada batasan tentang standar pelayanan kesehatan, beberapa diantaranya adalah:

- a Standar adalah keadaan ideal atau tingkat pencapaian tertinggi dan sempurna yang dipergunakan sebagai batas penerimaan minimal.
- b Standar adalah kisaran variasi yang masih dapat diterima.
- c Standar adalah rumusan tentang penampilan atau nilai diinginkan yang mampu dicapai, berkaitan dengan parameter yang telah ditetapkan, menurut Donabedian.
- d Standar adalah spesifikasi dari fungsi atau tujuan yang harus dipenuhi oleh suatu sarana pelayanan agar pemakai jasa pelayanan dapat memperoleh keuntungan yang maksimal dari pelayanan yang diselenggarakan, menurut Rowland dan Rowland.
- e Standar adalah tujuan produksi yang numerik, lazimnya ditetapkan secara sendiri namun bersifat mengikat, yang dipakai sebagai pedoman untuk memisahkan yang tidak dapat diterima atau buruk dengan yang dapat diterima atau baik, menurut Brent James.

Standar dalam pelayanan kesehatan apabila ditinjau dari perannya maka ada dua macam yaitu:

- a Standar persyaratan minimal. Yang dimaksud dengan standar persyaratan minimal adalah yang menunjuk pada keadaan minimal yang harus dipenuhi untuk dapat menjamin terselenggaranya pelayanan yang bermutu.
- b Standar penampilan minimal. Yang dimaksud sebagai standar penampilan minimal adalah yang menunjuk pada penampilan pelayanan yang masih dapat diterima.

Untuk meningkatkan mutu pelayanan, kedua macam standar ini perlulah dipantau serta dinilai secara berkesinambungan. Penilaian ini dengan menggunakan indikator, indikator tersebut adalah kepatuhan terhadap standar (Azwar, 1996, h.57).

Falsafah:

1. Kesehatan adalah hak warga negara, sesuai dengan UUD 1945.
2. Kesehatan adalah investasi SDM.

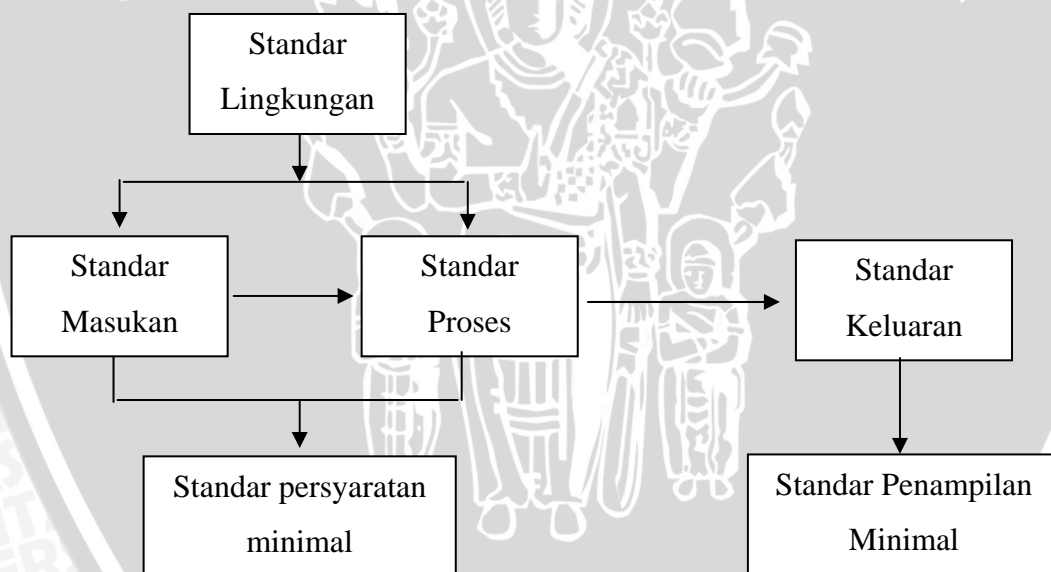
3. Kesehatan adalah tanggungjawab bersama antara pemerintah dan masyarakat.
4. Upaya kesehatan berdasarkan perikemanusiaan yang dijiwai, digerakkan dan dikendalikan oleh keimanan dan ketaqwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa.

Tujuan dari standar Pelayanan Minimal ini adalah

- a Terlaksananya peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pembiayaan oleh pemerintahan kabupaten dan pemerintahan kota.
- b Terlaksananya pelayanan kesehatan rujukan, pelayanan kesehatan dasar.
- c Terlaksananya pelayanan yang dapat dijangkau oleh masyarakat yang tidak mampu.
- d Terlaksananya pelayanan yang bermutu oleh Rumah Sakit diperuntukkan bagi masyarakat.
- e Terlaksananya pelayanan rujukan yang tepat guna dan berjalan lancar sesuai dengan tuntutan masyarakat di wilayah kabupaten/kota maupun propinsi.
- f Kaitannya dengan standar pelayanan kesehatan, secara sederhana dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 3.

Mutu Pelayanan Kesehatan



(Sumber: Azrul Azwar, 1996, h.60)

C. Pembangunan

1. Pengertian Pembangunan

Pembangunan mempunyai pengertian yang luas tergantung pada sisi mana dan konteks apa serta latar belakang pengalaman dari pencetusnya. Oleh karena itu pembangunan dapat berarti suatu usaha perubahan untuk menuju keadaan lebih

baik berdasarkan kepada norma-norma tertentu. Perencanaan, pendayagunaan potensi alam, manusia dan sosial budaya inilah yang disebut pembangunan. Dengan pengertian pembangunan tersebut maka seluruh potensi alam perlu digali, dikembangkan serta dimanfaatkan secara sebaik-baiknya seperti tanah, hutan, sumber air dan sebagainya. Suatu hal pokok adalah membangun potensi manusia itu berupa jumlah penduduk yang terlalu besar harus dikendalikan, ditingkatkan pengetahuan dan ketrampilannya sehingga mampu menggali mengembangkan dan memanfaatkan potensi alam tersebut diatas secara optimal. Dengan demikian pembangunan nasional suatu bangsa yang bersangkutan untuk mencapai kesejahteraan lahir dan batin yang pada dasarnya bukan saja menjadi yang diidam-idamkan akan tetapi juga dicita-citakan.

Tujuan dari Negara-negara berkembang mempunyai komitmen terhadap pembangunan nasional. Pembangunan yang ada di Negara-negara berkembang secara umum merupakan proses kegiatan yang terencana dalam upaya pertumbuhan ekonomi, perubahan social dan modernisasi bangsa untuk peningkatan kualitas hidup manusia dan kesejahteraan masyarakat.

Secara etimologi, istilah pembangunan berasal dari kata bangun yang dalam kata kerja berarti membuat, mendirikan, atau membina. Sedangkan secara ensiklopedik, kata pembangunan telah menjadi bahasa dan konsep yang dikenal oleh dunia.

Dalam persepektif metodologis, fenomena pembangunan sebagai realita social digambarkan sebagai Teori Gunung Es, yang dipandang dalam 3 (tiga) bagian yaitu: pertama, dipandang dari fenomena pembangunan, definisi-definisi pembangunan, dan ide-ide pembangunan (*aspek ontology*), yang melahirkan pemahaman tentang makna dan hakikat pembangunan (*aspek epistemology*) dan berkembangnya teori interpretativisme (*aspek oxiology*). Kedua, dipandang dari pola interaksi dan tingkah laku atau perilaku manusia dalam pembangunan (*aspek ontology*) yang melahirkan proposisi-proposisi tentang pembangunan dan pola-pola normative/UU/Peraturan pembangunan (*aspek epistemology*) dan berkembangnya teori behavioralisme (*aspek oxiology*). Ketiga: dipandang dari struktur dan nilai masyarakat tentang pembangunan (*aspek ontology*) yang melahirkan pranata-pranata sosial, kelembagaan pembangunan, kekuatan struktur

dan fakta social (*aspek epistemologi*) dan berkembangnya teori strukturalisme (*aspek oxiologi*).

Tabel 1
Fenomena pembangunan sosial sebagai Realita Dunia

Bagian	Ontology (what,why)	Epistemology	Oxiology
I	Fenomena,definisi, ide-ide pembangunan	Pemahaman makna dan hakikat pembangunan	Teori interpretativisme
II	Pola interaksi dan perilaku manusia dalam pembangunan	Proposisi pembangunan dan pola normatif pembangunan	Teori behavioralisme
III	Struktur dan system nilai masyarakat tentang pembangunan	Pranata sosial, kelembagaan, kekuatan struktur budaya, dan fakta sosial	Teori strukturalisme

(Sumber: Suryono, 2004, h.14)

Dalam kaitan inilah, mempelajari teori pembangunan sebagai suatu program studi, secara umum bertujuan untuk

- a menganalisis kelayakan teori-teori pembangunan yang berkembang selama ini dengan perubahan-perubahan yang terjadi di masyarakat kontemporer.
- b membandingkan antara teori dengan kenyataan fakta dan data dilapangan.
- c mempelajari konsistensi dan relevansi teori dengan kebijakan
- d menjelaskan dan membuktikan seberapa kuat pengaruh teori terhadap metodologi penelitian
- e sebagai landasan kritik teori dan debat teori

dan secara praktis tujuan mempelajari teori pembangunan adalah

- a memperkenalkan beberapa teori tentang proses terjadinya *under development* di yang sedang berkembang atau negara yang sedang membangun
- b memperkenalkan beberapa teori tentang bagaimana mengubah keadaan *under development* menjadi negara yang *developed* (maju)

c mengkaitkan kajian-kajian teori tersebut dengan fenomena-fenomena pembangunan yang terjadi di Indonesia namun dalam kenyataannya proses pembangunan sangat dipengaruhi oleh lingkungan maka dari itu pengaruh lingkungan terhadap keberadaan teori pembangunan dapat dianalisis melalui dua dimensi pokok yaitu kompleksitas lingkungan dan stabilitas lingkungan. Kedua dimensi tersebut menentukan besarnya tingkat ketidakpastian lingkungan yang harus dihadapi oleh keberlakuan teori dan isu. Tingkat ketidakpastian masyarakat dikarenakan oleh informasi yang diterima masyarakat tidak lengkap mengenai informasi mengenai lingkungannya, sehingga timbulnya kesulitan dalam memperkirakan perubahan-perubahan lingkungan yang sedang dan akan terjadi. Ketidakpastian ini mempunyai resiko kegagalan yang tinggi. Kompleksitas lingkungan menunjukkan heterogenitas yang disebabkan oleh elemen-elemen luar yang sangat beragam yang akan berpengaruh pada fungsi teori dan isu. Lingkungan terdiri dari jenis lingkungan yang sangat kompleks hingga lingkungan yang sangat sederhana. Stabilitas lingkungan menggambarkan kecepatan perubahan yang terjadi pada elemen-elemen lingkungan. Lingkungan terdiri dari jenis lingkungan yang sangat stabil hingga lingkungan yang sangat tidak stabil. Lingkungan dinyatakan stabil apabila elemen-elemennya jarang sekali mengalami perubahan, sehingga keadaan lingkungan dapat dianggap statusquo. Lingkungan yang tidak stabil atau labil secara drastis sering dan selalu mengalami perubahan. Dimensi kompleksitas dapat digambarkan menjadi empat segmen dengan tingkat ketidakpastian yang berbeda.

Menurut Siagian yang dikutip oleh Agus Suryono dalam bukunya Pengantar Teori Pembangunan (2004, h.21) menyatakan bahwa Pembangunan adalah usaha atau rangkaian usaha pertumbuhan dan perubahan yang berencana yang dilakukan secara sadar oleh suatu bangsa, negara dan pemerintah menuju modernitas dalam rangka pembinaan bangsa. Dengan demikian ide pokok pembangunan merupakan suatu usaha yang secara sadar dilaksanakan, pembangunan dilakukan secara berencana dan perencanaannya berorientasi pada pertumbuhan dan perubahan; pembangunan mengarah pada modernitas; modernitas yang dicapai melalui pembangunan bersifat multi dimensional; proses

dan kegiatan pembangunan ditunjukkan kepada usaha membina bangsa dalam rangka pencapaian tujuan bangsa dan negara yang telah ditentukan.

Hal ini senada dengan pendapatnya Tjokrowinoto dikutip oleh Agus Suryono (2004, h.21) yang menyimpulkan beberapa makna pembangunan sebagai citra pembangunan dalam perspektif diakronis (pembangunan menurut tahap pembangunan dan periode waktu yang dasarnya tidak jelas) sebagai berikut:

- a pembangunan sebagai proses perubahan sosial menuju ketataran kehidupan masyarakat yang lebih baik.
- b pembangunan sebagai upaya manusia yang sadar, terencana dan melembaga.
- c pembangunan sebagai proses social yang bebas social.
- d pembangunan memperoleh sifat dan konsep transedental, sebagai *metadisiplinary* phenomenon bahkan memperoleh bentuk sebagai ideologi, *the ideology of developmentalism*.
- e pembangunan sebagai konsep yang sarat nilai menyangkut proses pencapaian nilai yang dianut suatu bangsa secara makin meningkat.
- f pembangunan menjadi *culture specific, situation specific, dan time specific*

2. Konsep Pembangunan

Menurut Bintoro Tjokroamidjojo yang dikutip oleh DR. Haryono Sudriamunawar (2002, h.49), Pembangunan sebagai tranformasi social masyarakat pada pokoknya dapat dilihat dalam 5 dimensi penting proses pembangunan yaitu:

1. Dimensi pertama: kesejahteraan sosial ekonomi
Dimensi ini menekankan kepada indicator ekonomi sebagai titik pangkal pencegahan tujuan pelaksanaan pembangunan adalah untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat. Tolok ukur yang digunakan pada masa ini adalah seperti produk nasional laju pertumbuhan ekonomi, pendapatan perkaita dll.
2. Dimensi kedua: transformasi sosial diri masyarakat tradisional kearah masyarakat maju.
Dimensi ini menekankan bahwa dalam tranformasi sosial kearah modernisasi ini terdapat aturan perkembangan ilmu dan teknologi tetapi juga perubahan nilai-nilai sosial.
3. Pembangunan bangsa
pembangunan ini melihat bahwa perkembangan suatu masyarakat primordial kearah masyarakat nasional. Proses integrasi dengan kepribadian ideologi dan wawasan kebangsaan termasuk integrasi stabilitas dan partisipasi masyarakat.
4. Menempatkan keseimbangan antara manusia dengan lingkungannya.
Manusia pengolah lingkungan dan sumber alam yang terbatas. Negara baru berkembang mengalami masalah lingkungan karena justru adanya kemiskinan dan keterbelakangan yang harus ditanggulangi oleh

pembangunan. Sedangkan pembangunan itu sendiri mempunyai dampak positif maupun dampak negara terhadap lingkungan oleh karena itu supaya memberikan manfaat yang optimal diperlukan keseimbangan antara kepentingan manusia dengan lingkungannya.

5. Dimensi kelima: manusia sebagai pusat perhatian
dimensi ini menekankan kepada kebutuhan keseimbangan manusia dengan Tuhannya, dengan sesama dan dengan lingkungannya. Proses tranformasi sosial atau dalam persepektif positif proses pembangunan, hirarki pembangunan, manusia yang lebih mampu membangun dirinya dan bersama dalam masyarakat membangun kualitas hidup yang lebih baik.

Tinjauan terhadap aspek pembangunan dapat dikaji dari dua aspek penting yaitu secara etimologik dan secara ensiklopedik. Secara etimologik, istilah pembangunan berasal dari kata bangun yang diberi awalan pem- dan akhiran - an guna menunjukkan perihal pembangunan. Kata bangun setidaknya mempunyai 4 arti yaitu (1) bangun dalam arti sadar atau siuan secara fisiologi; (2) bangun dalam arti berdiri atau bangkit secara perilaku; (3) bangun dalam arti bentuk secara anatomi; (4) bangun dalam arti kata kerja membuat, mendirikan atau membina (gabungan aspek fisiologi, aspek perilaku dan aspek bentuk)

Secara ensiklopedik, kata pembangunan telah menjadi bahasa dan konsep dunia. Konsep itu antara lain dianalogikan dengan konsep: pertumbuhan (*growth*), rekonstruksi (*reconstruction*), modernisasi (*modernization*), westernisasi (*westernization*), perubahan social (*social change*), pembebasan (*liberation*), pembaruan (*innovation*), pembangunan bangsa (*nation building*), pembangunan nasional (*national development*), pembangunan (*development*), pembangunan (*developing*), dan pembinaan (*construction*).

Tabel 2
Peta Konsep-Konsep Pembangunan

Konsep	Pendekatan	Orientasi
Pertumbuhan	Ekonomi	Negara-negara dunia atau umum
Rekonstruksi (<i>reconstruction/recover</i>)	Pemulihan ekonomi	Eropa (negara yang terlibat pada PD II)
Modernisasi (<i>modernization</i>)	IPTEK	Negara Dunia ketiga
Westernisasi (<i>Westernization</i>)	Kebudayaan dan IPTEK	Negara dunia ketiga
Pembebasan (<i>liberation</i>)	Ekonomi-politik	Amerika Latin
Perubahan sosial (<i>Social Change</i>)	Sosial	Negara dunia ketiga
Pembaharuan (<i>innovation</i>)	IPTEK kemudian sosial-politik	Negara dunia ketiga
Pembangunan Bangsa (<i>nation building</i>)	Politik	Negara baru merdeka
Pembangunan nasional (<i>national development</i>)	Politik	Negara baru merdeka
Pengembangan	Politik	Indonesia
Pembinaan	Politik	Indonesia
Pembangunan	Elektika/campuran	Negara dunia ketiga

Sumber: Suryono, 2004, h.27

Keterangan:

Konsep pertumbuhan (*Growth*) adalah konsep ekonomi. Lengkapnya pertumbuhan ekonomi. Pertumbuhan berarti kenaikan pendapatan nasional nyata dalam jangka waktu tertentu. Rostow dalam *The stages of Economic Growth* membentangkan teorinya yang terkenal tentang tahap-tahap pertumbuhan ekonomi dari: Tahap masyarakat tradisional, Tahap transisional, Tahap tinggal landas, Tahap pematangan (pendewasaan), dan Tahap konsumsi tingkat tinggi.

Faktor-faktor yang mendorong pertumbuhan ekonomi menurut Todaro dalam Pembangunan Ekonomi Dunia Ketiga menyebutkan tiga faktor pertumbuhan ekonomi yaitu: akumulasi modal termasuk semua investasi baru dalam bentuk tanah, peralatan fisik dan sumber daya manusia, perkembangan penduduk dalam arti peningkatan tenaga kerja baik kuantitas maupun kualitasnya, dan kemajuan teknologi, yaitu hasil cara baru yang telah diperbaiki dalam melakukan pekerjaan-pekerjaan tradisional.

Selanjutnya, Todaro juga menjelaskan beberapa indikator pertumbuhan ekonomi yang diamati dari:

- a Tingkat pertumbuhan pendapatan perkapita; dimana jika pendapatan suatu masyarakat melebihi jumlah penduduk, maka pendapatan perkapita meningkat;
- b Tingkat pertumbuhan produktivitas yang ditunjukkan oleh sejauh mana tingkat efisiensi kerja ekonomi masyarakat yang bersangkutan;
- c Tingkat transformasi struktur ekonomi, misalnya dari ekonomi barter ke ekonomi uang, perubahan dari usaha rumah tangga ke perusahaan besar;
- d Tingkat transformasi sosial, politik dan ideologi, yaitu perubahan dan pemantapan sistem sosial, politik dan ideologi nasional dan
- e Jangkauan ekonomi internasional, yaitu sejauh mana pengaruh ekonomi nasional negara yang bersangkutan terhadap ekonomi internasional.

Konsep rekonstruksi ekonomi atau program pemulihan ekonomi (*economic recovery program*) sejak tahun 1945-an sampai sekarang sangat begitu populer setelah banyak negara mengalami kemerosotan ekonomi akibat krisis moneter yang melanda hampir seluruh negara dunia sebagai konsekwensi kondisi yang seharusnya memang terjadi dalam resiko ekonomi global. Upaya ini lebih dititikberatkan pada upaya membangun kembali perekonomian suatu negara.

Konsep modernisasi merupakan istilah populer dalam konsep pembangunan. Modernisasi adalah salah satu bentuk perubahan sosial yang berasal dari revolusi industri di Inggris pada tahun 1760-1830 dan revolusi politik Perancis pada tahun 1789-1794. aspek yang paling menonjol dalam proses modernisasi adalah perubahan teknik industri dari cara-cara tradisional ke cara-cara modern yang dihasilkan oleh revolusi industri. Modernisasi juga diartikan sebagai penerapan pengetahuan ilmiah yang ada pada semua aktivitas, semua bidang kehidupan, atau semua aspek-aspek dalam masyarakat. Modernisasi diukur dengan sejauh mana bangsa yang bersangkutan menerapkan ilmu pengetahuan dan teknologi secara bertanggung jawab.

Konsep westernisasi adalah analog dari modernisasi. Hal ini didukung oleh pendapat bahwa modernisasi yang bersumber dari revolusi industri di Inggris dan revolusi politik di Perancis merupakan produk dunia barat. Akibat secara psikologis, apa pun yang terjadi pada negara-negara non barat pertumbuhan kebudayaannya selalu diwarnai oleh ciri-ciri barat. Oleh karena itu, selanjutnya muncul defnisi sebagai upaya pembangunan untuk menandingi barat atau minimal mencapai taraf hidup yang relatif sama dengan yang terdapat di dunia barat. Istilah westernisasi hanya berlaku pada dunia non-barat, terutama abad ke-21 ini.

Konsep perubahan sosial diartikan sebagai perubahan kelembagaan masyarakat, yaitu perubahan yang mempengaruhi sistem sosial, termasuk nilai-nilai sosial dan pembangunan mencakup pokok bahasan tentang: *social change, Agriculture Innovation, Comparative Historical Analysis, Convergence Theories, Even History Analysis, Global System Analysis, Imperialism and Colonialism, Industrialization, Inventions, Mass Media, Technology and Society.*

Konsep pembebasan mengajarkan bahwa pembangunan bermakna sebagai proses penilaian kembali terhadap keadaan setiap kelompok masyarakat dan mengadakan perbaikan kualitatif, baik secara kelompok maupun individu. Pembangunan bukan merupakan tujuan akan tetapi merupakan alat untuk mencapai tujuan yakni memanusiakan manusia. Konsep pembebasan dianggap lebih tepat daripada konsep pembangunan karena dua hal. Pertama, pembangunan terlalu dikaitkan dengan efisiensi, sehingga baik upaya mencapai maupun hasil-hasil efisiensi sebagian besar dikendalikan oleh kaum elite yang menguasai teknologi, sementara lapisan masyarakat bawah yang miskin, terbelakang, dan bodoh dipinggirkan dan tidak dapat berperan didalamnya. Kedua, pembangunan menolak kekerasan sebagai suatu hal yang tidak konstruktif dan juga mengutuk kekerasan sebagai sesuatu pola perubahan yang legal.

Konsep pembaruan merupakan salah satu di antara bentuk proses sosial yang erat berkaitan dengan modernisasi dan perubahan sosial. Pembaruan dan modernisasi di dorong oleh penemuan-penemuan ilmiah terhadap perubahan sosial, pembaruan mempunyai pengaruh timbal balik. Istilah inovasi biasanya digunakan untuk menunjukkan penciptaan teknik unggul produksi dan juga penerapan teknik impor dari luar. Pengertian inovasi sosial lebih luas yakni

sebagai gagasan untuk mencapai tujuan sosial tertentu dengan cara baru. Agen pembaharu adalah tokoh profesional yang mempengaruhi atau mengarahkan keputusan inovasi orang lain sesuai dengan yang diinginkan oleh lembaga yang diwakilinya. Ciri khas inovator memiliki sifat non kompromis, semangat yang tinggi, berpendirian yang teguh, rawan stress dan konflik.

Konsep pembangunan bangsa merupakan salah satu aspek dari konsep pembangunan multi dimensional sebagai bentuk perubahan sosial yang tidak hanya menyangkut pembangunan bangsa saja melainkan juga pembangunan di bidang politik, ekonomi, sosial budaya, pertahanan dan keamanan, serta hubungan antar bangsa. Itulah sebabnya Siagian mendefinisikan pembangunan sebagai suatu usaha atau rangkaian usaha pertumbuhan dan perubahan yang berencana yang dilakukan secara sadar oleh suatu bangsa, negara dan pemerintah, menuju modernitas dalam rangka pembinaan bangsa. Sebagai upaya pembangunan meliputi segala segi kehidupan bangsa: ekonomi, politik, sosial, budaya, pertahanan keamanan, dan hubungan internasional. Pembangunan bangsa lebih ditujukan kepada upaya pemantapan dan peningkatan peratuan dan kesatuan bangsa, wawasan ideologi dan pengetahuan tentang berbagai bentuk perpecahan, konflik antar suku, antar agama, antar daerah dan antar kelompok kepentingan. Pada umumnya, konsep pembangunan bangsa banyak diterapkan pada negara-negara yang baru merdeka atau yang sedang bersiap untuk merdeka, negara yang masih labil, dan negara-negara yang memiliki keanekaragaman budaya.

Konsep pembangunan nasional lebih erat hubungannya dengan konsep pembangunan bangsa, khususnya di bidang politik. Konsep ini lebih mengutamakan kepentingan nasional daripada kepentingan lainnya. Pembangunan nasional harus didukung oleh kemampuan politik, kemampuan ekonomi, dan kondisi sosial, dan pada gilirannya harus mampu menegakkan ketahanan nasional negara yang bersangkutan.

Konsep pengembangan sering dikaitkan dengan istilah negara yang sedang berkembang. Negara yang sedang berkembang ini digambarkan sebagai masyarakat yang primitif yang kemudian diubah menjadi masyarakat yang sederhana. Demikian juga dengan bangsa, bangsa yang dianggap primitif maka dianggap juga sebagai negara yang terbelakang. Sebutan ini terus dikembangkan

sebagai negara yang belum berkembang atau negara kurang maju. Sebutan-sebutan tersebut dianggap mengandung unsur negatif, karena ternyata negara dunia ketiga pada umumnya berkebudayaan tinggi dan memiliki potensi serta sumber-sumber yang belimpah, kelemahan dunia ketiga terletak pada pengembangan teknologinya dan ilmu pengetahuan.

Konsep pembinaan merupakan proses pembongkaran pola pikir lama yang dianggap salah, yang selama ini mengendalikan diri bagi yang bersangkutan. Konsep pembangunan dianggap sebagai perubahan sikap hidup yang semakin rasional dan penerapan teknologi yang semakin meningkat. Oleh karena itu studi tentang pembangunan pada awalnya banyak dipengaruhi oleh paham klasik tentang ekonomi politik.

3. Perkembangan Paradigma dan Strategi Pembangunan

Paradigma dimaksudkan sebagai cara pandang terhadap suatu persoalan yang didalamnya terdapat teori tertentu, metodologi tertentu, model tertentu, dan solusi tertentu. Paradigma yang satu dengan yang lain pada hakikatnya tidak dapat disamakan, namun bisa dibandingkan.

Strategi dimaksudkan sebagai seni dan ilmu untuk mendistribusikan dan menggunakan sarana-sarana untuk kepentingan tertentu. Strategi sebagai seni memerlukan sebuah institusi atau filling. Sedangkan strategi sebagai ilmu pengetahuan merupakan suatu hal yang terus-menerus berkembang untuk menemukan cara-cara (inovasi) terutama dalam kaitannya dengan perkembangan pembangunan teknologi. Pengertian strategi pada prinsipnya berkait dengan persoalan: a) kebijaksanaan pelaksanaan, b) penentuan tujuan yang hendak dicapai, c) penentuan cara-cara atau metode penggunaan sarana-sarana tersebut (Suryono, 2004, h. 80).

Strategi selalu berkaitan dengan tiga hal utama, yaitu tujuan (*ends*), sarana (*means*) dan cara (*ways*). Untuk menetapkan sasaran strategi maka digunakan metode SMART singkatan dari *specific, measurable, achievable, relevant* dan *timed*. Oleh karena itu, strategi perlu didukung oleh suatu kemampuan untuk mengantisipasi kesempatan atau peluang.

Sejak dicanangkan program Marshal Plan, kegiatan pembangunan di seluruh dunia mulai berkembang. Selanjutnya program tersebut diikuti oleh

negara-negara lain, dalam perkembangannya maka muncullah dua kelompok negara yakni, negara maju dan negara berkembang. Untuk mengejar ketinggalan suatu negara diterapkan suatu konsep pembangunan yang disebut dengan paradigma pertumbuhan (*growth paradigm*) dalam rangka pendapatan masyarakat dan pertumbuhan pendapatan nasional. Bersamaan dengan ini maka muncul teori Rostow yaitu mengenai tahapan pembangunan sebagaimana dialami dalam perkembangan dan pertumbuhan ekonomi negara maju (Suryono, 2004, h.81), yaitu:

- a Tahap pertama: masyarakat tradisional
- b Tahap kedua: pra kondisi untuk tinggal landas
- c Tahap ketiga: tinggal landas
- d Tahap keempat: menuju kedewasaan
- e Tahap kelima: konsumsi masa tinggi

Mengenai perkembangan paradigma dan strategi pembangunan dapat diilustrasikan sebagai berikut:

Tabel 3.

Perkembangan dan Strategi Pembangunan

Situasi Pasca Perang Dunia Kedua	Kelompok Negara	Paradigma dan Strategi Pembangunan	Pembangunan Indonesia
Amerika Serikat, membantu negara Eropa (Marshall Plan)	Negara Maju	Pertumbuhan ↓ Pertumbuhan dan pemerataan ↓ Pembangunan berkelanjutan ↓ Pembangunan	Pembangunan Manusia seutuhnya dan seluruh masyarakat
Negara Kaya dan Badan Internasional, Membuat negara miskin pasca penjajahan	Negara		



	Berkembang	Manusia	
--	------------	---------	--

(Sumber: Suryono, 2004, h.84)

4. Teori negara dan pembangunan masyarakat

Perubahan tata nilai dalam pembangunan sebagai bentuk kehendak politik paradigma pemerintah untuk membangun, akan mempengaruhi ekosistem hubungan antara pemerintah dan rakyatnya. Begitu besarnya peran pemerintah dalam pembangunan, muncul kesan umum bahwa dalam diskursus fenomena gerakan pembangunan di Negara dunia ketiga terdapat pemahaman yang relatif sama yaitu adanya hegemoni yang kuat dalam pembangunan.

Dalam model klasik teori politik (negara), dijelaskan bahwa pada hakikatnya terdapat perbedaan esensial antara negara dan rakyatnya yaitu perbedaan tujuan dan cara yang dipergunakan dalam mencapai tujuan tersebut. Apabila suatu negara berupaya untuk mempertemukan kepentingan sebagai tujuan yang diinginkan bersama dengan rakyatnya, maka terbentuk negara yang demokratis dengan penggunaan metode dialog dan ajakan.

Negara (*state*) menurut Budiman yang dikutip oleh Agus Suryono (2001, h.68) merupakan lembaga yang mempunyai kekuasaan yang sangat besar dalam sebuah masyarakat. Negara dapat memaksakan kehendaknya kepada warga atau kelompok yang ada di masyarakat. Kekuasaan yang sangat besar ini diperoleh karena negara merupakan kelembagaan dari kepentingan umum. Sebagai lembaga yang mewakili kepentingan umum, negara dapat memaksakan keheendaknya melawan kepentingan-kepentingan pribadi atau kelompok di masyarakat yang lebih kecil.

5. Aspek-Aspek yang mempengaruhi administrasi pembangunan

Dalam proses pembangunan maka ada beberapa aspek yang mempengaruhi administrasi pembangunan (Tjokroamidjojo, 1974, h.54) adalah sebagai berikut:

- a Aspek politik: pertama, berbagai aspek politik yang mempunyai pengaruh timbal balik dengan administrasi pembangunan adalah filsafat politik masyarakat. Kedua, komitmen dari para elite kekuasaan terhadap proses pembangunan. Ketiga, masalah yang berhubungan dengan kestabilan politik. Keempat, perkembangan bidang politik ke arah pemberian iklim politik yang lebih menunjang usaha pembangunan. Kelima, hubungan antar proses politik dan proses administrasi serta antara kaum politik dengan birokrasi. Keenam, aspek hubungan politik luar negeri.

- b Aspek ekonomi: pertumbuhan ekonomi yang sehat maka akan memberikan pengaruhnya yang baik terhadap keadaan, pembinaan serta kemampuan administrasi pembangunan. Di aspek lain, pemerintah sebagai unsur penggerak pembangunan, pemerintah dapat campur tangan langsung maupun tidak langsung dalam melaksanakan kegiatan ekonomi.
- c Aspek sosial budaya: hubungannya dengan administrasi pembangunan adalah mengenai hambatan-hambatan kultural yang terdapat pada masyarakat sehingga akan berpengaruh pada proses pembangunan. Yang kedua, motivasi apa saja yang diperlukan untuk pembangunan yang perlu perhatian. Ketiga, sikap golongan terhadap masyarakat terhadap pembangunan. Keempat, berbagai masalah sosial budaya yang menonjol dan memerlukan perhatian administrasi pembangunan. Kelima, model sikap golongan-golongan masyarakat terhadap pembangunan.
- d Aspek perkembangan ilmu, teknologi dan lingkungan fisik.
- e Aspek institusional: aspek ini berhubungan dengan aspek-aspek yang terdahulu. Karena pembinaan dan pengembangan aspek institusional yang perlu diperhatikan dalam administrasi pembangunan meliputi pembinaan institusi politik, institusi ekonomi, institusi sosial, pendidikan dan lain-lain.

D. Puskesmas dan Wilayah Kerjanya

1. Pengertian Puskesmas

Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat disamping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok (Departemen Kesehatan, 1992, h.B-1).

Pengetian lain, Puskesmas mempunyai wewenang dan tanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya.

a. Wilayah Puskesmas

Wilayah kerja Puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografik dan keadaan infrastruktur lainnya merupakan bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja Puskesmas.

Puskesmas merupakan perangkat pemerintah Kabupaten/Kota, sehingga pembagian wilayah kerja Puskesmas ditetapkan oleh Bupati atau Walikota, dengan saran teknis dari Kepala Kantor Departemen Kesehatan Kabupaten/Kota yang telah disetujui oleh Kepala Kantor Wilayah Departemen Kesehatan Propinsi.

Sasaran penduduk yang dilayani oleh sebuah Puskesmas rata-rata 30.000 penduduk setiap Puskesmas. Perluasan jangkauan pelayanan kesehatan maka Puskesmas perlu ditunjang dengan unit pelayanan kesehatan yang lebih sederhana yang disebut Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling.

Khusus untuk Kota Besar dengan jumlah penduduk atau juta lebih, wilayah kerja Puskesmas bisa meliputi satu Kelurahan. Puskesmas di ibukota kecamatan dengan jumlah penduduk 150.000 jiwa atau lebih, merupakan "Puskesmas Pembina" yang berfungsi sebagai pusat rujukan bagi Puskesmas kelurahan dan juga mempunyai fungsi koordinasi.

b. Pelayanan kesehatan menyeluruh

Pelayanan Kesehatan yang diberikan di Puskesmas ialah pelayanan kesehatan yang meliputi pelayanan:

- *kuratif* (pengobatan)
- *preventif* (upaya pencegahan)
- *promotif* (peningkatan kesehatan)
- *rehabilitatif* (pemulihan kesehatan)

yang ditujukan kepada semua penduduk dan tidak dibedakan jenis kelamin dan golongan umur, sejak pembuahan dalam kandungan sampai tutup usia.

c. Pelayanan kesehatan integrasi (terpadu)

Sebelum ada Puskesmas, pelayanan kesehatan di dalam satu Kecamatan terdiri dari Balai Pengobatan, Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak, Usaha Hygienen sanitasi Lingkungan, Pemberantasan Penyakit menular dan lain sebagainya. Usaha-usaha tersebut masing-masing bekerja sendiri dan langsung malapor kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Petugas Balai Pengobatan tidak mengetahui apa yang terjadi di BKIA, begitu juga petugas BKIA tidak mengetahui apa yang dilakukan oleh Petugas Hygiene Sanitasi dan sebaliknya.

Dengan adanya sistem pelayanan kesehatan melalui Pusat Kesehatan masyarakat (Puskesmas), maka berbagai kegiatan pokok Puskesmas dilaksanakan bersama di bawah satu koordinasi dan satu pimpinan.

(Sumber: Departemen Kesehatan, 1992, h.B-1)

2. Kegiatan Pokok Puskesmas

Sesuai dengan kemampuan tenaga maupun fasilitas yang berbeda-beda, maka kegiatan pokok yang dapat dilaksanakan oleh sebuah Puskesmas akan berbeda pula. Namun demikian kegiatan pokok Puskesmas yang seharusnya dilaksanakan adalah sebagai berikut:

- a. KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)
- b. Keluarga Berencana
- c. Usaha Peningkatan Gizi
- d. Kesehatan Lingkungan
- e. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular
- f. Pengobatan termasuk Pelayanan Darurat karena Kecelakaan
- g. Penyuluhan Kesehatan Masyarakat
- h. Kesehatan Sekolah
- i. Kesehatan Olah Raga
- j. Perawatan Kesehatan Masyarakat
- k. Kesehatan Kerja
- l. Kesehatan Gigi dan Mulut
- m. Kesehatan Jiwa
- n. Laboratorium Sederhana

- o. Pencatatan dan Pelaporan dalam rangka Sistem Informasi Kesehatan
- p. Kesehatan Usia lanjut
- q. Pembinaan Pengobatan tradisional

(Sumber: Departemen Kesehatan, 1992, h.B-2)

Pelaksanaan kegiatan pokok Puskesmas diarahkan kepada keluarga sebagai satuan masyarakat terkecil. Dengan lain perkataan kegiatan pokok Puskesmas ditujukan untuk kepentingan kesehatan keluarga sebagai bagian dari masyarakat wilayah kerjanya.

3. Fungsi Puskesmas

- a. Sebagai Pusat Pembangunan Kesehatan Masyarakat di wilayah kerjanya
- b. Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat.
- c. Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat wilayah kerjanya.

Proses dalam melaksanakan fungsinya, dilaksanakan dengan cara:

- a. Merangsang masyarakat termasuk swasta untuk melaksanakan kegiatan dalam rangka menolong dirinya sendiri.
- b. Memberikan petunjuk kepada masyarakat tentang bagaimana menggali dan menggunakan sumberdaya yang ada secara efektif dan efisien.
- c. Memberi bantuan yang bersifat bimbingan teknis materi dan rujukan medis maupun rujukan kesehatan kepada masyarakat dengan ketentuan bantuan tersebut tidak menimbulkan ketergantungan.
- d. Memberi pelayanan kesehatan langsung kepada masyarakat.
- e. Bekerjasama dengan sektor-sektor yang bersangkutan dalam meaksanakan program Puskesmas.

(Departemen Kesehatan, 1992, h.B-2)

4. Kedudukan Puskesmas

- a. Kedudukan secara administratif:
Puskesmas merupakan perangkat Pemerintah Kabupaten/Kota dan bertanggungjawab langsung baik teknis maupun administratif kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.
- b. Kedudukan dalam hirarki pelayanan kesehatan:
Dalam urutan hirarki pelayanan kesehatan, sesuai SKN maka Puskesmas berkedudukan pada Tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pertama.

(Departemen Kesehatan, 1992, B-3)

5. Program berdasarkan asas bantuan

Disamping penyelenggaraan usaha-usaha kegiatan pokok Puskesmas seperti tersebut di atas Puskesmas sewaktu-waktu dapat diminta untuk melaksanakan program kesehatan tertentu oleh Pemerintah Pusat. Dalam hal ini, baik petunjuk pelaksanaan teknis maupun perbekalan akan diberikan.

6. Upaya Kesehatan Darurat

Keadaan darurat mengenai kesehatan mungkin saja dapat terjadi, misalnya karena timbulnya wabah penyakit menular atau bencana alam. Kejadian-kejadian semacam ini mungkin memerlukan penundaan atau pengurangan kegiatan-kegiatan lain sampai keadaan darurat dapat diatasi.

7. Jangkauan Pelayanan Kesehatan

Sesuai dengan keadaan geografi, luas wilayah sarana perhubungan dan kepadatan penduduk dalam wilayah kerja Puskesmas, tidak semua penduduk dapat dengan mudah mendapatkan pelayanan Puskesmas.

Agar jangkauan pelayanan Puskesmas lebih merata dan meluas, Puskesmas perlu ditunjang dengan Puskesmas Pembantu, penempatan bidan di desa-desa yang belum terjangkau oleh pelayanan yang ada, dan Puskesmas keliling. Disamping itu penggerakan peran serta masyarakat untuk mengelola Posyandu dan membina Dasa Wisma akan dapat menunjang jangkauan pelayanan kesehatan.

8. Memelihara citra pelayanan Puskesmas yang baik

Agar masyarakat menghargai pelayanan Puskesmas, maka Puskesmas perlu memelihara citra yang baik sebagai berikut:

- a. Kebersihan gedung serta jamban Puskesmas.
- b. Senyum dan sikap ramah dari setiap petugas Puskesmas.
- c. Pemberian pelayanan dengan mutu yang sebaik-baiknya.
- d. Kerjasama yang baik dengan pamong setempat dan petugas sektor lain
- e. Selalu menepati janji pelayanan yang telah disepakati bersama.

9. Organisasi dan Tenaga Kerja Puskesmas

a. Organisasi

Susunan Organisasi Puskesmas terdiri dari:

- a) Unsur pimpinan : Kepala Puskesmas
- b) Unsur pembantu pimpinan : Urusan Tata Usaha
- c) Unsur Pelaksana

- 1) Unit yang terdiri dari tenaga/pegawai dalam jabatan fungsional
- 2) Jumlah unit tergantung kepada kegiatan, tenaga dan fasilitas daerah masing-masing.
- 3) Unit-unit terdiri dari:
 - Unit I
 - Unit II
 - Unit III
 - Unit IV
 - Unit V

Unit VI

Unit VII

Kepala Puskesmas, mempunyai tugas memimpin, mengawasi dan mengkoordinasikan kegiatan Puskesmas yang dapat dilakukan dalam jabatan struktural dan jabatan fungsional.

Kepala Urusan Tata Usaha, mempunyai tugas di bidang kepegawaian, keuangan, perlengkapan dan surat menyurat serta pencatatan dan pelaporan.

Unit I, mempunyai tugas melaksanakan kegiatan kesejahteraan ibu dan anak, keluarga berencana dan perbaikan gizi.

Unit II, mempunyai tugas melaksanakan kegiatan pencegahan dan pemberantasan penyakit, khususnya imunisasi, kesehatan lingkungan dan laboratorium sederhana.

Unit III, mempunyai tugas melaksanakan kegiatan kesehatan gigi dan mulut, kesehatan tenaga kerja dan manula.

Unit IV, mempunyai tugas melaksanakan kegiatan perawatan kesehatan masyarakat, kesehatan sekolah dan olah raga, kesehatan jiwa, kesehatan mata dan kesehatan khusus lainnya.

Unit V, mempunyai tugas melaksanakan kegiatan pembinaan dan pengembangan upaya kesehatan masyarakat dan penyuluhan kesehatan masyarakat.

Unit VI, mempunyai tugas melaksanakan kegiatan pengobatan rawat jalan dan rawat nginap.

Unit VII, mempunyai tugas melaksanakan kefarmasian.

b. Tata Kerja

Dalam melaksanakan tugasnya, Kepala Puskesmas wajib menetapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi baik dalam lingkungan Puskesmas maupun dengan stauan organisasi di luar Puskesmas sesuai dengan tugasnya masing-masing.

Dalam melaksanakan tugasnya, Kepala Puskesmas wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk-petunjuk atasan serta mengikuti bimbingan teknis pelaksanaan yang ditetapkan oleh Kepala Kantor Departemen Kesehatan kabupaten/Kota, sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Kepala Puskesmas bertanggungjawab memimpin, mengkoordinasi semua unsur dalam lingkungan Puskesmas, memberikan bimbingan serta petunjuk bagi pelaksanaan tugas masing-masing. Setiap unsur di lingkungan Puskesmas wajib mengikuti dan mematuhi petunjuk dari dan bertanggung jawab kepada Kepala Puskesmas.

(Departemen Kesehatan, 1992, h.B-4)

10. Indikator Keberhasilan Fungsi Puskesmas

a. Indikator Fungsi Puskesmas

Indikator fungsi puskesmas akan dijadikan tolok ukur keberhasilan Puskesmas dalam mencapai visi kecamatan sehat, maka uraian manajemen ini dilakukan berdasarkan 3 fungsi puskesmas, yaitu:

- Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan,

- Pusat pemberdayaan masyarakat,
- Pusat pelayanan kesehatan strata pertama.

1) Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan.

Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan memiliki makna bahwa Puskesmas harus berpera sebagai motor dan motivator terselenggaranya pembangunan yang mengacu, berorientasi serta dilandasi oleh kesehatan sebagai faktor pertimbangan utama. Pembangunan yang dilaksanakan di kecamatan, seyogyanya yang berdampak positif terhadap lingkungan sehat dan perilaku sehat, yang muaranya adalah peningkatan kesehatan masyarakat.

Fungsi pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan dapat dinilai dari seberapa jauh institusi jajaran non-kesehatan memperhatikan kesehatan bagi institusi dan warganya. Oleh karena itu, keberhasilan fungsi ini bisa melalui indeks potensi tatanan sehat (IPTS). Ada 3 tatanan yang bisa diukur yaitu:

- tatanan sekolah (SD, SMP, SMU/SMK, madrasah, universitas)
- tatanan tempat kerja (kantor, pabrik, industri rumah tangga, tempat kerja di peternakan, tempat kerja di perkebunan/pertanian, dll)
- tatanan tempat-tempat umum (pasar, rumah ibadah, rumah makan, tempat hiburan, dll)

indikator potensi tatanan sehat untuk masing-masing tatanan telah dikembangkan oleh Pusat Promosi Kesehatan Departemen Kesehatan dan beberapa pihak terkait. Untuk penyederhanaan dari serangkaian indikator tersebut bisa dibuat indeks yang hanya memuat indikator dasar saja.

Misalnya sebagai berikut:

- tersedianya air bersih
- tersedianya jamban yang saniter
- adanya larangan merokok
- tersedianya tempat sampah
- dll.

2) Pusat pemberdayaan masyarakat.

Pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya fasilitas yang bersifat non-instruktif guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat agar mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat dan fasilitas yang ada, baik dari instansi lintas sektoral maupun LSM dan tokoh masyarakat. Fungsi pusat pemberdayaan masyarakat dapat diukur dengan beberapa indikator antara lain:

- tumbuh-kembang UKB (upaya kesehatan berbasis masyarakat), yang rincian indikator dan manajemen pembinaannya telah dituliskan pada buku Pedoman manajemen Peran Serta Masyarakat, yang diterbitkan oleh Depkes.
- Tumbuh dan berkembangnya LSM yang bergerak di bidang kesehatan.
- Tumbuh dan berfungsinya konsil kesehatan kecamatan atau BPKM (badan peduli kesehatan masyarakat) atau BPP (badan penyantun puskesmas)

Pemberdayaan keluarga adalah segala upaya fasilitas yang bersifat non instruktif guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keluarga agar mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan dan mengambil keputusan untuk melakukan pemecahannya dengan benar, tanpa atau dengan bantuan pihak lain.

Fungsi pusat pemberdayaan keluarga dapat diukur dengan makin banyaknya keluarga sehat di wilayah kerjanya. Dalam hal ini, indikator yang dipakai adalah indeks potensi keluarga sehat (IPKS). Makin banyak keluarga yang berpotensi sehat, berarti makin berhasil upaya pemberdayaan keluarga di puskesmas tersebut.

3) Pusat pelayanan kesehatan strata pertama.

Pelayanan kesehatan strata pertama adalah pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Sebagaimana diketahui, pelayanan kesehatan strata pertama yang menjadi tanggung jawab puskesmas adalah:

- Pelayanan kesehatan perorangan

Pelayanan kesehatan .yang bersifat pribadi (private goods) dengan tujuan utama penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan kesehatan perorangan ini adalah rawat jalan dan untuk puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap. Ini berkaitan dengan salah satu upaya kesehatan wajib, yaitu upaya pengobatan.

- Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan yang bersifat publik dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat ini berkaitan dengan 5 upaya kesehatan wajib, yaitu:

- Promosi kesehatan
- Kesehatan lingkungan
- Kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana
- Perbaikan gizi
- Pemberantasan penyakit menular

Indikator keberhasilan fungsi kesehatan strata pertama dapat dikelompokkan ke dalam IPMS (indikator potensi masyarakat sehat), yang terdiri dari cakupan dan kualitas program tersebut di atas. PMS minimal mencakup seluruh indikator cakupan upaya kesehatan wajib dan kualitas atau mutu pelayanan kesehatan yang antara lain adalah sebagai berikut:

Tabel 4
Indikator Upaya Kesehatan Wajib Puskesmas

Upaya Kesehatan Wajib	Kegiatan	Indikator
Promosi kesehatan	Promosi hidup bersih dan sehat	Tatanan sehat Perbaikan perilaku sehat
Kesehatan lingkungan	Penyehatan pemukiman	Cakupan air bersih Cakupan jamban keluarga Cakupan SPAL Cakupan rumah sehat
Kesehatan ibu dan anak	ANC Pertolongan persalinan MTBS Imunisasi KB	Cakupan K1, K4 Cakupan linakes Cakupan MTBS Cakupan imunisasi Cakupan MKET
Pemberantasan penyakit menular	Diare ISPA Malaria Tuberkolosis	Cakupan kasus diare Cakupan kasus ISPA Cakupan pnemonia balita Cakupan kasus malaria Cakupan kelambunisasi Cakupan penemuan kasus Angka penyembuhan
Gizi	Distribusi Vitamin A/Fe/cap yod PSG Promosi gizi	Cakupan vitamin A/Fe/cap yod% gizi kurang/buruk, SKDN % kadarzi
Pengobatan	Medik dasar UGD Laboratorium sederhana	Cakupan pelayanan Jumlah kasus yang ditangani Jumlah pemeriksaan
Kualitas pelayanan kesehatan	Jaga mutu: provider, konsumen	Tingkat kepatuhan Kepuasan pasien

Sumber: Trihono, 2005, h. 36

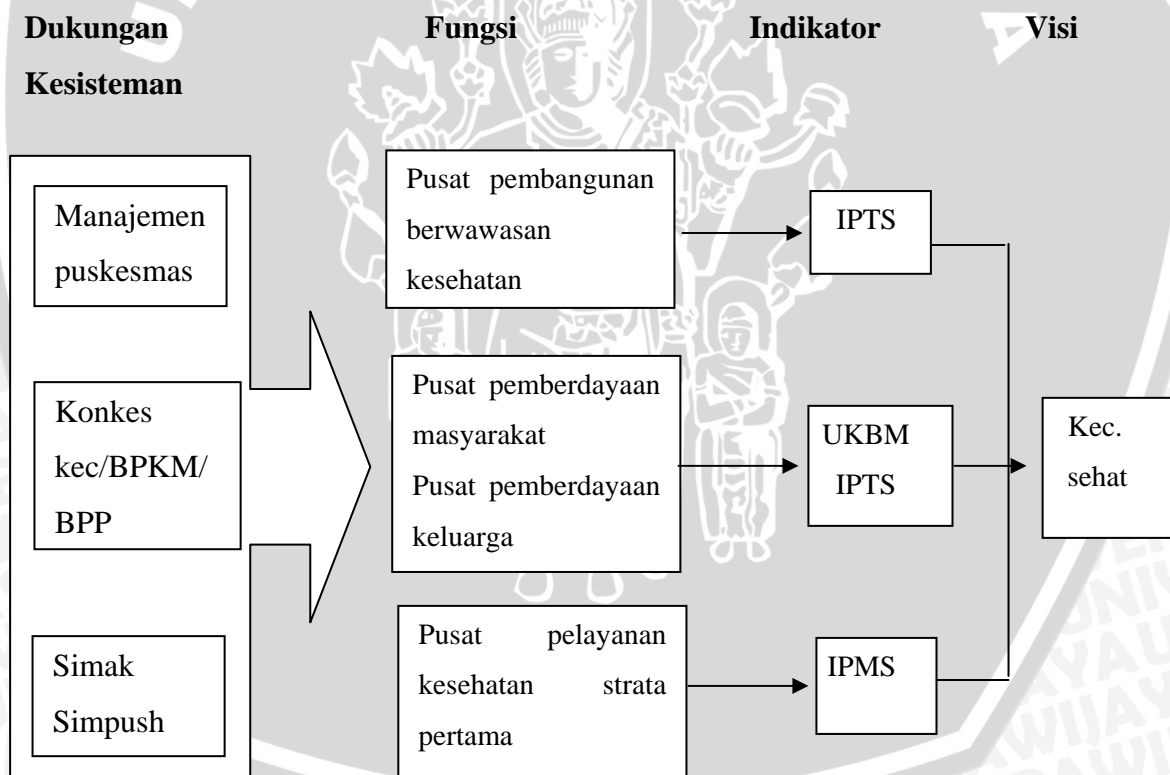
b. Fungsi Puskesmas sebagai Tolok Ukur Keberhasilan Manajemen

Manajemen puskesmas berbasis paradigma sehat bisa dikatakan baik, bila puskesmas tersebut berhasil menerapkan ke 3 fungsi puskesmas dengan baik. Artinya, manajemen puskesmas dinilai bagus bila indikator tiap fungsi puskesmas seperti yang diterangkan di atas, menunjukkan peningkatan yang berarti.

Secara skematis, penerapan manajemen puskesmas berbasis paradigma sehat, yang menggunakan indikator pencapaian fungsi puskesmas sebagai tolok ukur keberhasilan puskesmas, dapat dilihat sebagai berikut:

Gambar 4

Bagan Mencapai Visi "Kecamatan Sehat" Melalui Fungsi Puskesmas



Sumber: Trihono, 2005, h. 37

Keterangan bagan:

Visi puskesmas adalah "Kecamatan Sehat", yang mencakup 4 indikator utama menurut Trihono dalam Buku Arrimes Manajemen Puskesmas (2005, h.38) yaitu:

- lingkungan sehat
- perilaku sehat
- cakupan pelayanan kesehatan



- derajat kesehatan penduduk

Visi ini bisa dicapai melalui implementasi ke 3 fungsi puskesmas, yang keberhasilannya ditentukan oleh indikator masing-masing fungsi, yaitu:

1. Fungsi pusat pembangunan berwawasan kesehatan, indikatornya adalah IPTS (indeks potensi tatanan sehat), yaitu tatanan sekolah, tatanan tempat kerja, tatanan tempat-tempat umum seperti tempat ibadah, rumah makan, pasar, dll. Masing-masing tatanan dikembangkan IPTS yang mencakup indikator lingkungan sehat (air bersih, jamban, dll) dan perilaku sehat (tidak merokok, buang sampah pada tempatnya, dll)
2. Fungsi pusat pemberdayaan masyarakat, indikatornya ada 2 yaitu:
 - UKBM (upaya kesehatan berbasis masyarakat), dilihat jumlahnya cukup atau tidak dan tingkat perkembangannya, baik atau tidak.
 - IPKS (indeks potensi keluarga sehat), sebuah paket indikator sederhana yang meliputi indikator lingkungan sehat dan perilaku sehat.
3. Fungsi pelayanan kesehatan, yang terdiri dari pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat, indikatornya adalah IPMS (indikator potensi masyarakat sehat). Ini merupakan gabungan dari cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan dari semua upaya kesehatan yang dilakukan puskesmas, baik upaya kesehatan wajib maupun upaya kesehatan pengembangan.

(Sumber: Trihono, 2005, h.38)

Bila ke 3 fungsi puskesmas dijalankan dengan baik, maka akan terjadi perbaikan lingkungan yang lebih sehat, pergeseran perilaku menjadi perilaku sehat, cakupan kualitas pelayanan kesehatan yang lebih baik, sehingga insiden dan kegawatan penyakit menurun dan derajat kesehatan masyarakat akan semakin baik.

Untuk menerapkan ke 3 fungsi puskesmas tersebut diperlukan dukungan kesisteman, antara lain:

1. perbaikan manajemen puskesmas.
2. adanya konsil kesehatan kecamatan atau badan peduli kesehatan masyarakat (BPKM) atau badan penyantaun puskesmas (BPP), sebuah wadah masyarakat yang peduli kesehatan di tingkat kecamatan yang menjadi mitra puskesmas dalam pembangunan kesehatan masyarakat setempat.
3. sistem informasi di puskesmas yaitu:
 - SIMPUS (sistem informasi manajemen puskesmas), sebuah sistem pencatatan dan pelaporan yang sudah sejak lama diterapkan, hanya saja jalannya belum optimal.
 - SIMAK (sistem informasi manajemen kesehatan)

(Sumber: Trihono, 2005, h.38)

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Suatu penelitian ilmiah sangat diperlukan metode yang sesuai dengan pokok permasalahan dan tujuan penelitian, hal tersebut agar diperoleh data yang relevan dengan permasalahan penelitian. Penelitian ini dilakukan untuk mendeskripsikan pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas, serta berupaya mencari alternative pemecahan masalah khususnya yang berkaitan dengan hambatan-hambatan pelaksanaan dilapangan. Untuk itu metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Dalam penelitian deskriptif bermaksud membuat penggambaran secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta dan sifat-sifat serta hubungan antar fenomena yang diselidiki.

Metode penelitian adalah metode penelitian yang digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek yang alamiah, dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, analisis data bersifat induktif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada generalisasi.

B. Fokus Penelitian

Penelitian ini dimaksudkan untuk menilai bagaimana penerapan pelayanan kesehatan Puskesmas Dinoyo. Latar belakang penulis memfokuskan pada pengelolaan sehingga nantinya dapat dinilai berhasil atau tidak.

Untuk itu penulis memberikan batasan fokus penelitian yaitu:

1. Manajemen pelayanan kesehatan di Puskesmas:
 - a Pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo
 - b Macam-macam Pelayanan Kesehatan Puskesmas Dinoyo
 - c Kegiatan Pokok Puskesmas Dinoyo
 - d Prinsip-prinsip dan asas pokok Puskesmas Dinoyo
 - e Jenis sasaran yang ditujukan
2. Kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo:
 - a. Kualitas pelayanan mengenai fasilitas kesehatan.
 - b. Kualitas pelayanan mengenai program pokok puskesmas.
3. Faktor kendala dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo:

- a Kendala intern yakni dilihat dari kendala fasilitas dan kendala pelayanan
- b Ekstern yakni dilihat dari kendala masyarakat dan pemerintah

C. Lokasi penelitian dan Situs Penelitian

Lokasi penelitian adalah tempat atau wadah atau wilayah diadakannya suatu penelitian, sedangkan situs penelitian adalah objek yang akan dilakukan suatu penelitian. Penelitian ini berlokasi di Puskesmas Dinoyo Kecamatan Dinoyo, Kota Malang. Sedangkan yang menjadi situs penelitian adalah penerapan pelayanan kesehatan.

D. Sumber Data

Dalam penelitian ini data-data diperoleh dari:

1. Data primer

Adalah data yang diperoleh dari sumber pertama atau langsung diperoleh dari objek yang bersangkutan. Sumber data primer diperoleh peneliti melalui wawancara dengan pejabat atau pegawai pada Puskesmas Dinoyo.

2. Data sekunder

Adalah data yang pengumpulannya tidak dilakukan oleh peneliti sendiri, tetapi diperoleh dari sumber-sumber tertentu. Adapun data sekunder ini berasal dari dokumen, catatan, laporan serta arsip yang berkaitan dengan focus penelitian yang ada pada Puskesmas Dinoyo.

E. Teknik Pengumpulan Data

Dalam rangka pengumpulan data sehubungan dengan kegiatan penelitian ini, maka peneliti menggunakan beberapa teknik. Adapun teknik yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Wawancara

Dengan teknik wawancara, peneliti akan mencari data dari informan dengan menggunakan Tanya jawab langsung dan timbal balik. Hal ini dimaksudkan agar data yang diperoleh diharapkan mempunyai kekuatan dan peneliti dapat langsung mengetahui hal-hal yang berkaitan dengan kegiatan penelitian.

2. Observasi

Maksud mempergunakan teknik observasi ini, yaitu dengan indra pengamatan yang peneliti miliki untuk menangkap fakta-fakta yang ada dan diperlukan dalam penelitian ini secara langsung sehingga diharapkan peneliti dapat mengahayati kegiatan yang dilaksanakan oleh objek penelitian, dalam upaya menghindari kesalahan penafsiran.

3. Dokumentasi

Didalam melaksanakan teknik dokumentasi, peneliti mengambil dari dokumen, catatan, laporan dan arsip yang ada dan berhubungan dengan objek penelitian.

F. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat atau sarana yang digunakan untuk mengumpulkan data-data penelitian. Instrument penelitian ini adalah:

1. Peneliti sendiri, dimana peneliti dapat menangkap setiap fenomena yang terjadi terkait dengan apa yang diteliti.
2. Pedoman wawancara, dipakai sebagai kerangka atau dasar dalam wawancara atau mengajukan pertanyaan dengan narasumber yang terkait dengan penelitian.
3. Catatan lapangan, yaitu catatan di lapangan untuk mencatat hasil wawancara dan pengamatan selama melakukan penelitian.

G. Analisis Data

Analisis data dalam penelitian kualitatif, seperti yang diungkapkan Sugiyono (2005: h. 91) berlangsung pada saat pengumpulas data dan setelah peneliti melakukan pengumpulan data. Jadi, analisis data tidak hanya dilakukan setelah semua data yang diperlukan terkumpul.

Tahapan analisis data dalam penelitian ini menurut Milles and Huberman dalam Sugiyono (2005: h. 91-99) antara lain sebagai berikut:

1. Reduksi data (*Data Reduction*) adalah proses pemilihan, pemberian fokus, penyederhanaan, abstraksi dan transformasi data. Kegiatan reduksi data ini bertujuan untuk memperoleh gambaran yang lebih jelas dan memudahkan peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya.
2. Penyajian data (*Data Suplay*) adalah susunan informasi yang terorganisir, yang memungkinkan penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan.

Bentuk penyajian data yang paling umum adalah teks uraian, bagan, hubungan antar kategori, flowcart, dan sebagainya.

3. Penarikan kesimpulan (*verification*). Kesimpulan akhir baru ditarik setelah tidak ditemukan informasi lagi berkaitan dengan kasus yang diteliti. Kemudian kesimpulan yang telah ditarik akan diverifikasi, baik dengan kerangka berpikir peneliti maupun dengan catatan lapangan yang ada, sehingga tercapai konsensus pada tingkat optimal pada peneliti dengan sumber-sumber informasi dengan kolega peneliti, yang akhirnya akan diperoleh validitas dan akuratisasinya.

UNIVERSITAS BRAWIJAYA



BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Dinoyo merupakan salah satu unit fungsional terdepan yang mandiri dalam pembangunan kesehatan di Kota Malang, sebagai unit fungsional Puskesmas mempunyai tiga fungsi yaitu, sebagai pusat pembangunan yang berwawasan kesehatan, sebagai pusat pembinaan peran serta masyarakat dan sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bertanggung jawab atas wilayah kerja yang ditetapkan.

1. Visi dan Misi Puskesmas Dinoyo Kota Malang

Tujuan Puskesmas sejalan dengan tujuan sistem kesehatan yaitu tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal dengan meningkatkan akses pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bermutu. Adapun tujuan umum dan tujuan khusus berdasarkan POA (*Plan of Action*) Puskesmas Dinoyo Tahun 2007 yaitu:

- a. Tujuan umum: Meningkatkan kinerja Puskesmas tahun mendatang sekaligus meningkatkan mutu pelayanan puskesmas.
- b. Tujuan khusus:
 - Sebagai acuan atau pedoman petugas untuk melaksanakan program sesuai bidang kerja yang dibebankan.
 - Meningkatkan cakupan program, tertibnya pelaksanaan program (tertib administrasi).
 - Sebagai sarana pengendali pelaksanaan program sekaligus sebagai sarana evaluasi

Untuk mencapai tujuan tersebut Puskesmas Dinoyo telah melaksanakan program pokok dan inovatif sesuai dengan kemampuan dan fasilitas yang tersedia serta searah dengan misi “Membuat rakyat sehat” dan visi Puskesmas “Menciptakan masyarakat sehat mandiri di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo”.

2. Keadaan Geografis dan batas wilayah

Puskesmas Dinoyo terletak di Kelurahan Dinoyo tepatnya di B. Sigurgura No 29 Malang, merupakan batas sebelah barat Kota Malang dan berjarak

kurang lebih 5 Km dari pusat Kota. Umumnya tanahnya subur, terletak pada ketinggian 450-460m diatas permukaan air laut, beriklim tropis, hawanya sejuk dengan temperatur rata-rata 24° C dengan kelembaban 73%.

Adapun luas wilayah kerja Puskesmas Dinoyo adalah 10,37 Km² (1.005,79 Ha), terdiri 6 Kelurahan dan memiliki batas-batas sebagai berikut:

- Sébelah Utara : Kelurahan Tasikmadu dan Jatimulyo
- Sebelah Timur : Kelurahan Penanggungan dan Jatimulyo
- Sebelah Selatan : Kelurahan Gading Kasri/Karang Besuki
- Sebelah Barat : Kelurahan/Desa Jetis Kecamatan Dau

Tabel 1

Luas Wilayah, jumlah RW dan RT dan rumah Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo tahun 2006

No	Kelurahan	Luas (ha)	Luas (Km ²)	Jumlah RW	Jumlah RT	Jumlah Rumah
1	Tunggul Wulung	187,9	1,87	5	43	1.266
2	Dinoyo	142,8	1,17	7	50	2.154
3	Ketawang Gede	81,5	0,83	4	34	1.345
4	Tlogomas	167,59	1,86	9	48	2.538
5	Merjosari	333,6	3,36	12	70	3.886
6	Sumbersari	92,4	1,28	7	41	3.212
	JUMLAH	1.005,79	10,37	44	278	15.848

Sumber: monografi desa akhir tahun 2006 dan BPS Kota Malang

3. Kependudukan

Puskesmas Dinoyo memiliki wilayah kerja 6 kelurahan dengan jumlah penduduk sebanyak 70.771 orang dan jumlah Kepala Keluarga sebanyak 15.028 kepala keluarga. Berdasarkan *Plan Of Action* Puskesmas Dinoyo maka dapat dilihat jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo dengan rincian jumlah penduduk laki-laki, jumlah penduduk perempuan dan jumlah kepala keluarga, dan jumlah penduduk menurut tingkat pendidikan yang terdapat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 5
Jumlah penduduk menurut jenis kelamin wilayah kerja Puskesmas Dinoyo
keadaan tahun 2006

No	Kelurahan	Laki-laki	Perempuan	Jumlah	Jumlah KK
1	T. Wulung	2.693	2.684	5.377	1.266
2	Dinoyo	8.298	7.040	15.338	2.510
3	K. Gede	4.579	3.793	8.372	2.046
4	Tlogomas	8.166	7.330	15.496	2.882
5	Merjosari	3.027	7.488	10.515	3.589
6	Sumpersari	6.972	8.701	15.673	2.775
	JUMLAH	38.156	39.684	70.771	15.028

Sumber: BPS Kota Malang tahun 2005

Dari tabel diatas maka total jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo pada tahun 2006 adalah 70.771 dengan rincian jumlah perempuan adalah 39.684 dan jumlah laki-laki 38.156. Dari keenam kelurahan tersebut jumlah penduduk laki-laki yang paling banyak adalah 8.298 jiwa yang berada di kelurahan Dinoyo. Dan penduduk perempuan yang paling banyak dari keenam kelurahan tersebut adalah 8.701 jiwa yang berada di kelurahan Sumpersari. Sedangkan penduduk yang paling sedikit jumlahnya yaitu di kelurahan Tunggul Wulung dengan jumlah penduduk yaitu 5.377 jiwa. Dilihat dari jumlah penduduk yang paling sedikit maka jumlah penduduk laki-laki yang paling sedikit adalah 2.693 jiwa yang berada di kelurahan Tunggul Wulung, dan penduduk perempuan yang paling sedikit adalah 2.684 jiwa yang berada di kelurahan Tunggul Wulung.

Tabel 6
Jumlah penduduk menurut tingkat pendidikan wilayah kerja Puskesmas
Dinoyo tahun 2006

No	Tingkat Pendidikan	Jumlah	Prosentase
1	Belum sekolah	11.341	16,02%
2	Tidak tamat sekolah	1.412	1,99%
3	SD/ sederajat	19.818	28,00%
4	SLTP/ sederajat	11.217	15,85%
5	SMU/ sederajat	19.161	27,07%
6	Akademi/D3	3.227	4,56%
7	Tamat Perguruan Tinggi	8.514	12,03%
8	Buta Huruf	83	0,12%

Sumber: Mornografi desa semester II th 2006

Tingkat pendidikan di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo mempunyai 8 tingkat pendidikan. Tingkat pendidikan yang persentasenya sangat sedikit yaitu tingkat pendidikan Buta Huruf yaitu dengan presentasi 0,12%. Sedangkan tingkat pendidikan yang persentasenya paling banyak yaitu di tingkat pendidikan SD/ sederajat dengan persentase 28,00% dihitung dari jumlah penduduk total.

Tabel 7

**Jumlah penduduk menurut mata pencaharian wilayah kerja Puskesmas
Dinoyo tahun 2006**

No	Mata Pencaharian	Jumlah	Prosentase
1	Petani	1.823	2,58%
2	Pengusaha sedang/besar	42	0,06%
3	Pengrajin/industri kecil	650	0,92%
4	Buruh industri/swasta	2.491	3,52%
5	Buruh bangunan	3.374	4,77%
6	Pedagang	3.864	5,46%
7	Pengangkutan	332	0,47%
8	PNS	5.512	7,79%
9	ABRI	27	0,04%
10	Pensiun	1.523	2,15%
11	Peternak	143	0,20%

Sumber: Mornografi desa semester II 2006

Berdasarkan mata pencaharian penduduk di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo pada tahun 2006, maka jumlah mata pencaharian yang terbanyak adalah PNS yaitu 5.512 jiwa dengan persentase 7,79%. Sedangkan jumlah mata pencaharian terkecil adalah pengusaha besar yaitu 42 jiwa dengan persentase 0,06% apabila dihitung dari jumlah penduduk di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo.

4. Sarana penunjang

a. Sarana transportasi

Puskesmas Dinoyo terletak pada jalur lalu lintas ramai, sehingga mudah dijangkau dari semua kelurahan wilayah kerja Puskesmas Dinoyo.

b. Sarana pendidikan wilayah kerja Puskesmas Dinoyo sebagai berikut:

Tabel 8
Jumlah sarana pendidikan wilayah kerja Puskesmas Dinoyo keadaan tahun 2006

No	Sarana Pendidikan	Jumlah
1	Taman Kanak-kanak yang ada	32 buah
2	SD/MI yang ada	26/2 buah
3	SLTP/MTs yang ada	6/4 buah
4	SMU/MA yang ada	8/2 buah
5	Akademi yang ada	1 buah
6	Perguruan Tinggi yang ada	7 buah
7	Jumlah ponpes yang ada	10 buah

Sumber: POA (*Plan Of Action*) Puskesmas Dinoyo Tahun 2007

B. DATA KHUSUS PUSKESMAS DINOYO

1. Derajat Kesehatan

Derajat kesehatan yang berada di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo pada tahun 2006 dan 2007 adalah sebagai berikut:

Tabel 9

Derajat Kesehatan di Wilayah Kerja Puskesmas Dinoyo tahun 2006 dan 2007

No	Derajat Kesehatan	Tahun 2006	Tahun 2007
1	Jumlah Kematian Ibu	0	2
2	Jumlah Kematian Perinatal	0	1
3	Jumlah Kematian Neonatal	0	7
4	Jumlah Lahir Mati	6	5
5	Jumlah Lahir Hidup	754	437
6	Jumlah Kematian Bayi	0	8
7	Jumlah kematian Balita	0	0
8	Jumlah kematian semua umur	117	72

(Sumber: Formulir Penilaian Kinerja Puskesmas Kota Malang, Puskesmas Dinoyo Tahun 2006 dan Tahun 2007)

Dari tahun 2006 dan tahun 2007, derajat kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo mengalami perubahan. Seperti peningkatan pada jumlah kematian ibu, jumlah kematian perinatal, jumlah kematian neonatal, jumlah kematian bayi. Dan penurunan pada jumlah lahir mati, jumlah lahir hidup dan jumlah kematian semua umur.

2. Sarana Pelayanan

Sarana kesehatan yang ada di wilayah Puskesmas Dinoyo sebagai berikut:

Tabel 10
Jumlah Sarana Kesehatan wilayah kerja Puskesmas Dinoyo tahun 2006 dan tahun 2007

No	Sarana Kesehatan	Tahun 2006	Tahun 2007
1	Rumah Sakit Umum	1	1
2	Rumah Bersalin	1	1
3	Puskesmas Pembantu	4	4
4	Polindes	0	0
5	Poliklinik Swasta	5	5
6	Praktik Dokter Swasta		
7	Praktik Bidan Swasta	7	7

(Sumber: Formulir Penilaian Kinerja Puskesmas Kota Malang, Puskesmas Dinoyo Tahun 2006 dan tahun 2007)

Jumlah sarana kesehatan yang berada di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo pada tahun 2006 dan 2007 ternyata tidak mengalami perubahan baik penurunan maupun kenaikan dari jumlahnya.

3. Ketenagaan

Tabel 11
Jumlah Ketenagaan Puskesmas Dinoyo tahun 2006 dan tahun 2007

No	Ketenagaan Puskesmas Dinoyo	Tahun 2006	Tahun 2007
1	Dokter	3	3
2	Dokter Gigi	3	3
3	Sarjana Kesehatan Masyarakat	0	0
4	Bidan	5	5
5	Bidan di Desa	0	0
6	Perawat	5	5
7	Perawat Gigi	2	2
8	Tekniker Gigi	1	1
9	Sanitarian	1	1
10	Petugas Gizi	1	1
11	Asisten Apoteker	2	2
12	Analisis Laboratorium	1	1
13	Juru Imunisasi/Juru Malaria		
14	Tenaga Administrasi	6	7
15	Sopir, Penjaga	1	1
16	Lain-lain	2	0

(Sumber: Formulir Penilaian Kinerja Puskesmas Kota Malang, Puskesmas Dinoyo, Tahun 2006 dan Tahun 2007)

Jumlah ketenagaan dinoyo tahun 2006 dan tahun 2007 terdapat peningkatan pada tenaga administrasi dan penurunan pada lain-lain. Sedangkan ke

14 ketenagaan di Puskesmas Dinoyo yang lain tidak mengalami perubahan sama sekali.

4. Peran serta masyarakat

Tabel 12

Data peran serta masyarakat bidang kesehatan wilayah kerja Puskesmas Dinoyo tahun 2006 dan tahun 2007

No	Peran Serta Masyarakat	Tahun 2006	Tahun 2007
1	Jumlah dukun Bayi	5	4
2	Jumlah Kader Kesehatan	433	433
3	Jumlah Kader Tiwisada	230	230
4	Jumlah Guru UKS	28	28
5	Jumlah Kader Saka Bhakti Husada	0	0
6	Jumlah Santri Husada	0	0
7	Jumlah Kader Usila	90	92
8	Jumlah Kelompok Usia Lanjut	16	17
9	Jumlah Pengobat Tradisional	10	10
10	Jumlah Posyandu	39	41
11	Jumlah Panti Asuhan	4	4
12	Jumlah Panti Wreda	0	0
13	Jumlah Posyandu Lansia	16	17
14	Jumlah POD	0	0
15	Jumlah UKBM		

(Sumber: Formulir Penilaian Kinerja Puskesmas Kota Malang, Puskesmas Dinoyo tahun 2006 dan tahun 2007)

Peran serta masyarakat di bidang kesehatan dari tahun 2006 dan 2007, jumlah peran serta masyarakat yang paling banyak adalah jumlah kader kesehatan baik itu tahun 2006 maupun tahun 2007. Sedangkan jumlah peran serta masyarakat yang paling sedikit yaitu jumlah POD, jumlah panti wreda, jumlah santri husada, jumlah kader saka bhakti husada, yang jumlahnya hanya 0 saja. Selain itu dari tahun 2006 dan tahun 2007 juga mengalami peningkatan yaitu pada jumlah kader usila, jumlah kelompok usia lanjut, jumlah posyandu, dan jumlah posyandu lansia.

5. Penyehatan Lingkungan

Tabel 13

Jumlah Sarana Penyehatan Lingkungan wilayah kerja Puskesmas Dinoyo keadaan tahun 2006 dan tahun 2007

NO	Penyehatan Lingkungan	Tahun 2006	Tahun 2007
1	Jumlah TPA yang ada	0	0
2	Jumlah TPA yang memenuhi syarat	0	0
3	Jumlah TPS yang ada	8	8
4	Jumlah TPS yang memenuhi syarat	8	8
5	Jumlah TTU yang ada	72	115
6	Jumlah TTU yang memenuhi syarat	72	102
7	Jumlah TP2 yang ada	0	0
8	Jumlah TP2 yang memenuhi syarat	0	0
9	Jumlah TPM yang ada	40	41
10	Jumlah TPM yang memenuhi syarat	39	38
11	Jumlah Penjamah Makanan yang ada	60	60
12	Jumlah JAGA yang ada	13.687	15.235
13	Jumlah SPAL yang ada	11.741	11.741
14	Jumlah rumah yang ada	13.234	15.848
15	Jumlah rumah yang memenuhi syarat	11.329	14.168

(Sumber: Formulir Penilaian Kinerja Puskesmas Kota Malang, Puskesmas Dinoyo tahun 2006 dan tahun 2007)

Dari sarana penyehatan lingkungan maka jumlah sarana yang paling banyak yaitu jumlah JAGA yang ada baik tahun 2006 maupun tahun 2007. Sedangkan jumlah 0 terdapat pada jumlah TPA yang ada, jumlah TPA yang memenuhi syarat, jumlah TP2 yang ada, jumlah TP2 yang memenuhi syarat.

6. Program Kesehatan

1). Perbaikan Gizi

Tabel 14

Program Perbaikan Gizi Puskesmas Dinoyo Tahun 2006 dan tahun 2007

No	Perbaikan Gizi	Tahun 2006	Tahun 2007
1	Jumlah Balita yang ada	6.324	6.324
2	Jumlah Balita yang punya KMS	4.363	4.363
3	Jumlah Balita ditimbang	2.861	2.883
4	Balita yang naik berat badannya	1.936	1.878
5	Jumlah Bayi dengan ASI eksklusif	153	299
6	jumlah Balita Gizi Buruk yang ditemukan	3	3
7	Jumlah Bayi Berat Lahir Rendah	0	32

(Sumber: Formulir Penilaian Kinerja Puskesmas Kota Malang, Puskesmas Dinoyo Tahun 2006 dan Tahun 2007)

Program perbaikan gizi pada anak di Puskesmas Dinoyo tahun 2006 dan tahun 2007 jumlah yang terbesar yaitu jumlah balita yang ada dari 2 tahun tersebut, dan jumlah perbaikan gizi yang terendah pada jumlah balita gizi buruk yang ditemukan baik dari tahun 2006 dan tahun 2007 tidak mengalami penurunan. Dan jumlah bayi berat lahir rendah mengalami peningkatan.

2). Pemberantasan Penyakit Menular

Tabel 15

Program Pemberantasan Penyakit Menular di Puskesmas Dinoyo Tahun 2006 dan tahun 2007

No	Pemberantasan Penyakit Menular	Tahun 2006	Tahun 2007
1	Kasus Diare yang ditemukan	1.200	1.200
2	Kasus Diare yang mati	0	0
3	Jumlah kasus diare balita ditemukan	685	685
4	jumlah kasus diare balita yang mati	0	0
5	CFR diare	0	0
6	Jumlah kasus DBD	79	243
7	Jumlah kematian karena DBD	0	0
8	CFR DBD		
9	Jumlah kelurahan endemis DBD	6	6
10	Jumlah penderita kusta terdaftar	4	4
11	Jumlah penderita kusta terobati	4	4
12	Jumlah penderita RFT	1	1
13	Kasus TN yang ditemukan		

(Sumber: Formulir Penilaian Kinerja Puskesmas Kota Malang, Puskesmas Dinoyo tahun 2006 dan tahun 2007)

Dari program pemberantasan penyakit menular di Puskesmas Dinoyo pada tahun 2006 dan 2007 yang paling besar yaitu pada kasus diare yang ditemukan yaitu jumlahnya 1200 kasus diare yang ditemukan.

3). KIA dan KB

Tabel 16

Program Kesehatan KIA dan KB

No	KIA dan KB	Tahun 2006	Tahun 2007
1	Jumlah ibu hamil resiko tinggi ditemukan	126	125
2	Jumlah ibu hamil dengan Hb<11 g%	46	126
3	Jumlah ibu hamil dengan LILA<23,5 cm	100	60
4	Jumlah Akseptor aktif semua metode	1.128	588
5	Jumlah kasus kegagalan semua metode	0	1
6	Jumlah kasus efek samping semua metode	5	22
7	Jumlah kasus komplikasi semua metode	1	2

(Sumber: Formulir Penilaian Kinerja Puskesmas Kota Malang, Puskesmas Dinoyo tahun 2006 dan tahun 2007)

Dari program KIA dan KB maka jumlah yang paling tinggi yaitu pada jumlah akseptor aktif semua metode akan tetapi mengalami penurunan dari 1.128 menjadi 588. Sedangkan jumlah kasus kegagalan semua metode mengalami peningkatan dari 0 ke 1, dari tahun 2006 ke 2007.

4). Data Morbiditas

Tabel 17

Program Kesehatan Data Morbiditas di Puskesmas Dinoyo pada tahun 2006 dan tahun 2007

No	Kode	Nama Penyakit	Tahun 2006	Tahun 2007
1	1803	Infeksi akut lain pada saluran pernapasan bagian atas	10.621	10.256
2	1804	Infeksi lain saluran pernapasan bagian atas	8.041	3.621
3	34	penyakit pada sistem otot dan jaringan pengikat	3.974	3.342
4	16	penyakit tekanan darah tinggi	4.249	2.481
5	3202	penyakit kulit alergi	2.367	1.626
6	2101	Gastritis	1.806	1.509
7	802	kencing manis	1.782	1.419
8	102	diare termasuk tersangka kolera	1.200	1.108
9	1003	gangguan neurotic	348	825
10	HPT	Hipotensi	606	667
11	3201	Penyakit kulit infeksi	724	603
12	2005	penyakit rongga mulut	897	577
13	1204	Konjungtivitis	1.291	503
14	13	infeksi telinga	581	433
15	3001	Kecelakaan		88
		Jumlah 15 penyakit terbesar	38.671	29.058
		Jumlah penyakit lain dilur kategori diatas	9.186	5.198
		Total kasus yang ditangani puskesmas	47.857	34.256

(Sumber: Formulir Penilaian Kinerja Puskesmas Kota Malang, Puskesmas Dinoyo Tahun 2006 dan tahun 2007)

Program kesehatan data morbiditas di puskesmas dinoyo pada tahun 2006 dan tahun 2007 yang terbesar adalah 10.621. dan yang terendah adalah pada kecelakaan yaitu 88.

7. Daftar Inventaris Kendaraan Bermotor Tahun 2007 di Puskesmas Dinoyo

Tabel 18

Daftar Iventaris Kendaraan Bermotor Tahun 2007

NO	Jenis Barang Nama Barang	Tahun	NO.Polisi	STNK Berlaku	Type	KETERANGAN ASAL/KONDISI
1.	Sepeda Motor	1998	L 9825 GN	18 - 4 - 2008	SUZUKI RC 100	PEMDA / CUKUP
2.	Sepeda Motor	1994	L 9795 GY	28 - 5 - 2009	YAMAHA V 100	PEMDA / CUKUP
3.	Ambulance	2002	N 9984 BA.	02 - 01 - 2008	T . KIJANG KF 60 STD	PEMDA / BAIK
4	Sepeda Motor	2006	N 2131 AP	24 - 03 - 2011	YAMAHA T 105 ER / ERD	PEMDA / BAIK

(Sumber: Daftar Inventaris Kendaraan Bermotor Tahun 2007)

C. PENERAPAN KESEHATAN DI PUSKESMAS DINOYO

1. Manajemen Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Dinoyo:

a. Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Puskesmas Dinoyo

1) Jadwal Pelayanan

Loket pendaftaran:

Senin-Kamis : 08.00-12.00 WIB

Jum'at : 08.00-10.30 WIB

Sabtu : 08.00-10.00 WIB

Poli Umum : Setiap hari kerja

Poli Gigi : Setiap hari kerja kecuali hari jum'at hanya untuk pengobatan saja tidak ada pemeriksaan yang menggunakan alat-alat kesehatan.

Poli KIA : Setiap hari kerja

2) Lamanya pendaftaran

Pelayanan yang digunakan masih manual belum menggunakan komputer, sehingga waktu yang digunakan juga lebih lama. Dalam menjalankan pelayanan pendaftaran maksimal 5 menit, jika dengan pengguna layanan

memenuhi kewajiban membawa kartu tanda pengenal keluarga untuk berobat.

Poli Umum : 05-15 menit

Poli Gigi : 05-15 menit

Poli KIA : 05-15 menit

3) Ruang pelayanan

Ruang pelayanan yang ada masih kurang memenuhi standard, mengenai penataan ruang per poli dan penempatannya, tidak ada pemisahan ruang tiap poli. Mengenai kerapian, keamanan dan kenyamanan juga belum memenuhi standard sebagai unit kesehatan tingkat pertama.

4) Alur pelayanan

Pelayanan di puskesmas ini mulai dari loket pendaftaran kemudian menuju ke poli untuk dilakukan anamnesa, pemeriksaan, penentuan diagnosa, tindakan medis dan konseling.

Pembayaran jasa tindakan-tindakan dan obat bagi pengunjung umum juga dilakukan di masing-masing poli. Jika diperlukan untuk penegak diagnosa dapat dilakukan pemeriksaan di laboratorium. Untuk konseling gizi atau sanitasi dapat dilaksanakan di pojok gizi atau klinik sanitasi.

Pelayanan diakhiri dengan pengambilan obat bila diperlukan atau rujukan bila diperlukan. (Sumber: Dokumentasi Puskesmas Dinoyo).

Mengenai hari kerja Puskesmas Dinoyo, selain berdasarkan profil Puskesmas Dinoyo juga dari hasil wawancara kepada Ibu Lindung sebagai staf Puskesmas Dinoyo menyatakan sebagai berikut:

” Jam kerja dari Puskesmas Dinoyo, bahwa puskesmas memiliki 6 hari kerja dari hari Senin- Sabtu. Setiap hari puskesmas buka pada jam setengah delapan pagi, jadi jam segitu kita sudah mulai buka untuk melayani masyarakat. Hari Senin-Kamis puskesmas tutup jam dua belas siang. Pelayanan kesehatan dilakukan untuk semua poli kecuali pada hari jum’at saja dikhususkan untuk poli gigi, yaitu melakukan pengobatan saja tidak dengan pemeriksaan gigi yang menggunakan alat kesehatan, karena ini sudah menjadi program Puskesmas Dinoyo. Dan jadwal tutup pada hari Jum’at adalah Pk. 10.30, sedangkan hari Sabtu Pk.10.00 adalah jadwal tutupnya. Mengenai alur pelayanan memang agak ruwet ya Dik, tidak seperti yang dulu lagi karena tempatnyapun juga beda, jauh lebih sempit dari yang dulu. Untuk proses pendaftarannya sekarang malah pake yang manual, karena tidak ada komputer, ya akibatnya memang agak lama. Sebenarnya ada tiga komputer, terhubung tidak ada tempat untuk dua komputer yang lain jadi yang

digunakan satu komputer saja yang ada di ruang kepala Puskesmas, yang campur dengan ruang TU. (Sumber: wawancara Ibu Lindung pada tanggal 25 Juli 2008)

b. Macam-macam Pelayanan Kesehatan Puskesmas Dinoyo

Sebagaimana telah diketahui bersama, kompleksitas pelayanan kesehatan (*health care*) yang terdapat di masyarakat, secara umum dapat dibedakan atas tiga macam yaitu:

- 1) Pelayanan kesehatan tingkat pertama (*Primary health care*) ialah pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan pelayanan yang bersifat dasar. Pelayanan dilakukan bersama masyarakat dan ditulang-punggungi oleh tenaga medis, yakni dokter umum atau paramedis dengan sifat pelayanan berobat jalan (*ambulance services*).
- 2) Pelayanan kesehatan tingkat kedua (*Secondary health care*), ialah pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan pelayanan spesialis dan bahkan kadang-kadang pelayanan sub spesialis tetapi masih terbatas. Pelayanan jenis ini dilakukan oleh dokter spesialis dan atau dokter subspecialis terbatas serta sifatnya dapat merupakan pelayanan jalan atau pelayanan rawat (*inpatient service*).
- 3) Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (*Tertiary health care*), ialah pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan pelayanan spesialis serta subspecialis luas. Pelayanan jenis ini dilakukan oleh dokter spesialis dan subspecialis luas serta sifatnya dapat merupakan pelayanan jalan atau pelayanan rawat.

(Sumber: Azrul Aswar, 1980, h.9)

Dari ketiga macam pelayanan kesehatan ini, telah sama di sepakati bahwa pelayanan kesehatan tingkat pertama adalah yang terpenting sifatnya, terutama bagi negara-negara yang sedang berkembang (*developing countries*). Pelayanan kesehatan tingkat pertama ini ditulang-punggungi oleh Pusat Kesehatan masyarakat (Puskesmas) yang oleh pemerintah telah didirikan hampir di setiap pelosok tanah air. Yang dimaksud dengan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) ialah suatu kesatuan organisasi fungsional yang langsung memberikan pelayanan secara menyeluruh kepada masyarakat dalam suatu wilayah kerja tertentu dalam bentuk usaha-usaha kesehatan pokok. Jika ditinjau dari sistem pelayanan kesehatan (*health care system*) yang berlaku di Indonesia, maka Puskesmas adalah tulang punggungnya. Disebutkan bahwa sistem pelayanan kesehatan di Indonesia dilaksanakan melalui kerja sama timbal balik antara masyarakat dengan Puskesmas beserta rujukannya.

Untuk Pelita III Pemerintah telah menetapkan dua fungsi pokok yang harus diperankan oleh Puskesmas, yakni:

- 1) Melaksanakan usaha kesehatan dalam rangka meningkatkan status kesehatan masyarakat dan mengurangi angka kesakitan.

- 2) Membina masyarakat di wilayah kerjanya untuk berperan serta secara aktif dalam usaha kesehatan, serta memberi pengayoman terhadap usaha-usaha kesehatan yang dilakukan oleh masyarakat.

(Sumber: Azrul Aswar, 1980,h.12)

c. Kegiatan Pokok Puskesmas Dinoyo

Berdasarkan pada Buku Pedoman Kerja Puskesmas (1992, h. B-2) bahwa, kegiatan puskesmas adalah memberikan pelayanan secara menyeluruh kepada masyarakat dalam suatu wilayah tertentu dalam bentuk usaha-usaha kesehatan pokok. Usaha-usaha kesehatan pokok tersebut ternyata berubah dari waktu ke waktu pada Pelita I dan Pelita II yang lalu usaha-usaha kesehatan pokok ini ada 7 macam yang terkenal dengan nama “tujuh yang pokok”. Pada Pelita III, usaha-usaha kesehatan pokok tersebut bertambah menjadi 12 macam yang terkenal dengan nama “dua belas yang pokok”.

Bertambah atau berkurangnya usaha-usaha kesehatan pokok pada dasarnya ditentukan oleh dua hal yakni:

- 1) Ada atau tidaknya masalah kesehatan tersebut pada masyarakat serta banyak atau tidaknya jumlah masyarakat yang terkena masalah kesehatan tersebut.
- 2) Sanggup atau tidaknya Pemerintah menanggapi masalah kesehatan yang ditemukan.

Kedua belas usaha kesehatan pokok yang menjadi beban tugas atau kegiatan Puskesmas ialah:

- 1) Usaha pemulihan kesehatan atau pengobatan yang dilaksanakan di Balai Pengobatan.
- 2) Usaha pemeliharaan kesehatan perseorangan dalam bentuk KIA dan KB yang dilaksanakan di Balai kesejahteraan Ibu dan Anak/Klinik Keluarga Berencana.
- 3) Usaha Kesehatan Sekolah
- 4) Usaha Kesehatan Lingkungan
- 5) Usaha Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular
- 6) Usaha Penyuluhan Kesehatan Masyarakat
- 7) Usaha Perawatan Kesehatan Masyarakat
- 8) Usaha Kesehatan Gigi
- 9) Usaha Kesehatan Gizi
- 10) Usaha Kesehatan Jiwa
- 11) Usaha laboratorium kesehatan masyarakat
- 12) Usaha pencatatan dan pelaporan data.

(Sumber: dr. Azrul Aswar MPH, 1980. h. 14)

Dari 12 program pokok puskesmas ini tidak semua dilaksanakan oleh Puskesmas Dinoyo. Berdasarkan Formulir Penilaian Kinerja Puskesmas Dinoyo

Kota Malang Tahun 2008 (Kinerja Puskesmas Tahun 2007) program pokok yang dilaksanakan oleh Puskesmas Dinoyo yaitu sebagai berikut:

- 1) Promosi Kesehatan, meliputi:
 - a) Kampanye PHBS
 - b) Penyuluhan Kesehatan
- 2) Upaya Kesehatan Lingkungan, meliputi:
 - a) Pengawasan dan Pengendalian Kualitas Air
 - b) Pengawasan dan Pengendalian TTU (Tempat-tempat Umum)
 - c) Pengawasan dan pengendalian Penyehatan Lingkungan Pemukiman
 - d) Kursus Penyehatan Lingkungan bagi Penjamah Makanan
- 3) Upaya Perbaikan Gizi, meliputi:
 - a) Pelayanan Gizi pada Masyarakat
 - b) Penanganan Gangguan Gizi
 - c) Peningkatan Mutu Pelayanan
- 4) Kesehatan Ibu dan Anak, meliputi:
 - a) Kesehatan Maternal
 - b) Kesehatan Anak
 - c) Peningkatan Mutu Pelayanan
- 5) Keluarga Berencana, meliputi:
 - a) Pelayanan pada Peserta KB aktif
 - b) Peningkatan Mutu Pelayanan
- 6) Pemberantasan Penyakit Menular, meliputi:
 - a) Pelayanan Imunisasi
 - b) Pengamatan Epidemiologi
 - c) Peningkatan Mutu Pelayanan
- 7) Pengobatan, meliputi:
 - a) Kunjungan Rawat Jalan
 - b) Pemeriksaan Laboratorium Sederhana
 - c) Penanganan kasus
 - d) Peningkatan Mutu Pelayanan

(Sumber: Formulir Penilaian Kinerja Puskesmas Dinoyo Kota Malang Tahun 2008, Kinerja Tahun 2007).

Namun demikian kegiatan pokok Puskesmas Dinoyo yang seharusnya dilaksanakan adalah sebagai berikut:

1). Pengobatan Jalan

Dengan adanya asas ini maka tidak dibenarkan para petugas Balai Pengobatan yang ada di Puskesmas sama sekali tidak tahu menahu dengan kegiatan di Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak, atau kegiatan di Klinik Keluarga Berencana, atau kegiatan Usaha Kesehatan Sekolah, dan lain sebagainya. Semua beban tugas puskesmas harus menjadi tanggung jawab semua personil yang bekerja di Puskesmas. Selanjutnya prinsip integrasi ini diharapkan pula dapat dilaksanakan dengan semua program pembangunan yang sedang dilaksanakan

dengan semua program pembangunan yang sedang dilaksanakan di wilayah kerjanya. Karena dengan adanya integrasi inilah dapat dijamin tercapainya tujuan dari program pembangunan tersebut secara optimal, yakni dalam rangka lebih meningkatkan derajat kesejahteraan hidup masyarakat.

- a) Usaha Pengobatan Jalan
Mengobati penderita yang jatuh sakit adalah salah satu usaha yang amat penting dalam setiap bentuk pelayanan kesehatan di semua negara dunia. Yang dimaksudkan dengan pengobatan di sini adalah menegakkan diagnosa penyakit jika mungkin sedini mungkin untuk kemudian diberikan pengobatan yang tepat. Pada umumnya ada dua bentuk pengobatan penderita, yakni:
 - b) Pengobatan jalan (*ambulatory services*), artinya penderita tidak memerlukan perawatan yang ditangani secara khusus oleh petugas kesehatan atau kedokteran;
 - c) Pengobatan perawatan (*in patient service*), artinya penderita memerlukan perawatan yang ditangani secara khusus oleh petugas kesehatan atau kedokteran, dan karena itu lazimnya harus dilakukan pada suatu institusi kesehatan. (Sumber:)
- Pada akhir-akhir ini peranan dan fungsi pengobatan jalan tampak makin

penting yang disebabkan antara lain oleh:

- a) Kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran, sehingga banyak macam penyakit telah dapat disembuhkan dengan pemberian obat yang tepat tanpa memerlukan perawatan.
- b) Biaya pelayanan kesehatan yang makin tinggi, sehingga jika setiap penderita harus dirawat, akan menghabiskan dana yang amat besar, yang bagi sebagian masyarakat hampir tidak mungkin terpenuhi.
- c) Jumlah fasilitas kesehatan yang tidak memadai, baik dalam bidang tenaga atau sarana perawatan.
- d) Kekomplekan hidup masyarakat sendiri, yang hampir tidak mungkin meninggalkan kesibukan hidup sehari-hari.
- e) Pengetahuan masyarakat yang makin tinggi, sehingga telah dapat diajak serta melakukan perawatan untuk diri masing-masing.

(Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 24)

Pentingnya pengobatan jalan ini, maka setiap negara berupaya menyediakan dan sekaligus menyempurnakan kualitas pelayanan pengobatan jalan tersebut. Dapatlah disimpulkan bahwa pada dewasa ini, setiap intitusi kesehatan dan bahkan setiap disiplin ilmu kedokteran berupaya mengalihkan pelayanannya ke arah pengobatan jalan. Hal yang sama ditemukan di negara Indonesia, dan untuk itu salah satu fasilitas kesehatan yang diberikan kepercayaan melaksanakannya ialah Puskesmas.

Upaya untuk menyusun pengorganisasian pelayanan berobat jalan ini barulah pada tahun 1968 terwujud, yakni dengan diperkenalkannya konsep Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), di mana salah satu tugas yang dipercayakan kepadanya ialah melaksanakan usaha pengobatan jalan. Selanjutnya untuk mengatur tata cara kerja antara rumah sakit dan Puskesmas, pada tahun 1972 disusunlah ketentuan tentang rujukan, yang tetap dilaksanakan hingga saat ini.

Pada dasarnya kegiatan usaha pengobatan jalan yang dilakukan di Puskesmas ditujukan kepada 4 jenis sasaran, yakni:

- 1) Untuk orang yang sehat, yakni untuk memenuhi permintaan pemeriksaan kesehatan ataupun dalam rangka mendeteksi kelainan sedini mungkin.
- 2) Untuk orang yang khawatir akan kesehatannya seperti misalnya melayani permintaan pemeriksaan kesehatan bagi mereka yang merasa mengalami kelainan pada dirinya.
- 3) Untuk orang yang sakit, yakni mendiagnosa penyakit, mengobati penyakit yang diderita.
- 4) Untuk orang yang sakit berat, yakni mendiagnosa penyakit, mengobati sepanjang kemampuan dan jika ternyata tidak mampu, merujuk ke fasilitas kesehatan lain yang lebih mampu. (Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 28)

Sementara waktu belumlah semua sasaran ini dapat ditangani, terutama untuk sasaran orang yang sehat, karena memang fasilitas untuk mendeteksi penyakit misalnya, masih belum dimiliki dengan lengkap. Dalam melayani sasaran tersebut, pelbagai kegiatan dilakukan oleh Puskesmas yang secara umum dapat dibedakan atas:

- 1) Melakukan diagnosa penyakit
Untuk mendiagnosa penyakit, Balai Pengobatan yang ada di Puskesmas dilengkapi dengan fasilitas laboratorium sederhana.
- 2) Mengobati penderita
Fasilitas yang tersedia untuk pengobatan penderita ialah sebuah apotik sederhana dan kamar balut (suntik). Macam penyakit yang dapat diobati oleh Puskesmas tentu mudah dipahami amat terbatas sekali, dan karena itulah jika ditemukan penyakit yang tidak dapat ditangani harus dilakukan rujukan.
- 3) Penyuluhan kesehatan
Ketika memeriksa penderita haruslah dilakukan penyuluhan kesehatan. Penyuluhan dengan tatap muka ini dipandang amat penting, sehingga jika dapat dilaksanakan akan besar artinya untuk membantu mempercepat penyembuhan penyakit serta untuk menjaga kesehatan selanjutnya.
- 4) Kunjungan rumah
Kunjungan rumah haruslah dapat dilakukan, terutama jika menemukan penderita yang penyakitnya agak berat atau yang dapat menular ke anggota masyarakat lain.
- 5) Mendorong keikutsertaan masyarakat

Yakni melibatkan masyarakat secara aktif sehingga dapat membantu usaha pengobatan jalan, misalnya dalam bentuk mendirikan pos kesehatan, pendidikan kader kesehatan, dan dana sehat. (Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 29).

Usaha pengobatan jalan ini harus memenuhi keempat asas Puskesmas yang diterapkan secara menyeluruh, yakni:

- 1) Mengikutsertakan potensi masyarakat
Kegiatan yang diharapkan dari masyarakat bukan saja untuk menyembuhkan penderita yang jatuh sakit, tetapi juga untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Untuk ini konsep PKMD hendaknya dapat dilaksanakan secara merata di setiap wilayah kerja Puskesmas.
- 2) Melaksanakan asas rujukan
Yakni mengirimkan penderita yang tidak mampu ditanggulangi dan melanjutkan pengobatan penderita yang dikembalikan oleh fasilitas kesehatan yang lebih mampu. Rujukan juga dilaksanakan dalam bentuk konsultasi ilmu pengetahuan serta pemeriksaan bahan-bahan laboratorium.
- 3) Bertanggungjawab pada wilayah kerja
Artinya, harus dapat mengatasi masalah kesehatan dari masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerja. Kunjungan rumah misalnya, hendaknya dapat dilakukan secara teratur.
- 4) Melaksanakan kegiatan secara terintegrasi
Kegiatan terintegrasi yang dimaksud ialah dengan semua usaha kesehatan pokok lainnya seperti penyuluhan kesehatan, pencegahan, dan pemberantasan penyakit menular, serta dengan pelbagai kegiatan pembangunan yang dilakukan di masyarakat seperti misalnya dengan kegiatan pertanian, perumahan. (Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 30).

2). Usaha kesejahteraan Ibu dan Anak

Dikenalnya pelayanan kesehatan dalam bentuk usaha kesejahteraan ibu dan anak, adalah salah satu contoh dari cara memecah pelayanan kesehatan berdasarkan sasaran yang ingin dilayani tersebut. Dipilihnya ibu dan anak sebagai salah satu sasaran yang harus diprioritaskan pengadaan pelayanan kesehatannya, disebabkan oleh beberapa hal, yakni:

- a. Ibu dan anak adalah kelompok masyarakat yang termasuk mempunyai risiko tinggi
- b. Kesehatan ibu dan anak sangat mudah terpengaruh oleh keadaan lingkungan. Disebutkan bahwa jika keadaan lingkungan buruk, maka ibu dan anak adalah kelompok masyarakat pertamam yang akan terkena musibah. Adanya hubungan antara kesehatan ibu dan anak dengan lingkungan inilah yang menjadi alasan kenapa angka kematian ibu dan angka kematian bayi dipakai sebagai indikator kesehatan.
- c. Kesehatan ibu dan anak menentukan sehat atau tidaknya kehidupan bangsa pada masa depan. (Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 32).

Atas dasar hal-hal yang seperti ini, maka di banyak negara di dunia usaha kesehatan ibu dan anak mendapat perhatian yang cukup serius. Lazimnya usaha ini menjadi bagian dari usaha atau pelayanan kesehatan tingkat pertama, yang untuk negara Indonesia dilaksanakan antara lain di Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak yang ada di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).

Usaha kesejahteraan ibu dan anak ini adalah bagian dari usaha kesehatan pokok yang menjadi beban tugas Puskesmas yang ditujukan pada bayi, anak terutama usia balita, dan kaum ibu dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan serta kesejahteraan mereka pada khususnya dan kesehatan serta kesejahteraan masyarakat dan bangsa pada umumnya (Azrul Azwar, 1980: h. 35). Tujuan dari pelayanan kesehatan ibu dan anak dapat dibedakan atas beberapa macam yakni:

- a. Menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu, bayi, dan anak.
- b. Meningkatkan jangkauan pelayanan dan atau pemeriksaan ibu hamil, ibu masa nifas dan ibu yang menyusui, serta bayi dan anak pra sekolah.
- c. Meningkatkan pencakupan pertolongan persalinan oleh tenaga terlatih, termasuk dukun bayi terlatih.
- d. Meningkatkan peran serta masyarakat, khususnya para ibu misalnya dalam penimbangan bayi dan anak pra sekolah serta perawatan di rumah. (Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 32)

Melihat fungsi pokok dari Puskesmas hanyalah memberikan pelayanan saja, sedangkan fungsi atau kegiatan lainnya dilaksanakan oleh organisasi atau instansi yang lebih tinggi dari Puskesmas, seperti misalnya Dinas Kesehatan kabupaten, Dinas Kesehatan Propinsi. Disesuaikan dengan fungsi Puskesmas yang hanya memberikan pelayanan kesehatan tersebut, maka untuk usaha kesejahteraan ibu dan anak, macam kegiatan yang dapat dilakukannya dibedakan atas beberapa macam saja yakni:

- a. Ditujukan kepada ibu hamil
Pelayanan kesehatan kepada ibu hamil disebut dengan nama "*antenatal care*". Disebutkan untuk negara yang sedang berkembang, maka antenatal care dianggap cukup jika dilaksanakan minimal sebanyak 6 kali pada masa kehamilan, dengan catatan: dua kunjungan terakhir dilakukan pada trisemester terakhir. Tujuan dilaksanakannya antenatal care ini ialah untuk mempersiapkan keadaan ibu dan janin dalam kondisi kesehatan yang optimal, sehingga masa kehamilan dan persalinan dapat ditempuh tanpa ada penyakit atau penyulit serta bayi yang lahir adalah bayi yang sehat. Kegiatan yang dilakukan pada pemeriksaan ibu hamil dapat dibedakan atas:

- 1) Pemeriksaan kesehatan umum ibu hamil, meliputi kesehatan fisik dan psikis, tujuannya untuk melihat ada atau tidaknya gangguan kesehatan yang akan mempengaruhi kehamilan ataupun persalinan.
 - 2) Pemeriksaan status obstetri dan ginekologis, tujuannya untuk melihat apakah ada hal-hal yang kiranya akan mempersulit kehamilan dan atau persalinan.
 - 3) Senam ibu hamil, ialah dalam rangka mempersiapkan otot perut dan otot panggul sehingga akan memperlancar proses persalinan.
 - 4) Perawatan buah dada ibu hamil, ialah dalam rangka merangsang pertumbuhan kelenjar dada, mencegah terjadi retraksi puting susu, serta menjaga kebersihan buah dada. Buah dada yang mendapatkan perawatan yang baik, dan jika gizi ibu cukup, akan menghasilkan ASI yang cukup, yang untuk Indonesia dipandang merupakan bahan makanan bayi yang amat pokok.
- b Ditujukan kepada ibu yang melahirkan
- Pertolongan persalinan dalam usaha kesejahteraan ibu dan anak dilaksanakan atas dasar dua prinsip pokok, yakni persalinan di rumah dan usahakan mobilisasi setelah melahirkan secepat mungkin. Latar belakang dari dua prinsip pokok ini ialah untuk membantu kesulitan sosial ekonomi masyarakat, terutama mereka yang berasal dari kalangan yang tidak mampu.
- Prinsip pokok dalam pelayanan ibu yang melahirkan dilakukan di rumah, namun Pemerintah juga berusaha menambah fasilitas persalinan di Puskesmas yakni dengan mendirikan rumah perawatan persalinan di Puskesmas yang dipandang mampu, sekurang-kurangnya satu buah pada tiap kecamatan. Rumah Perawatan Persalinan ini di samping melayani ibu-ibu yang melahirkan, juga diberikan tanggung jawab melakukan pembinaan terhadap pelbagai fasilitas perawatan persalinan lainnya yang berada di wilayah kerjanya.
- Apabila pertolongan persalinan tidak mampu dilakukan di Rumah Perawatan Persalinan yang ada di Puskesmas, maka harus dilakukan rujukan, yakni mengirimkan calon ibu tersebut ke Rumah Sakit Kelas C, yang oleh pemerintah telah direncanakan akan memiliki sekurang-kurangnya seorang dokter ahli kandungan dan kebidanan. Pengertian rujukan dalam pertolongan persalinan juga diartikan menerima kiriman calon ibu yang tidak mampu ditolong oleh dukun terlatih, atau yang telah tidak dapat ditolong melalui persalinan di rumah.
- Jika pertolongan persalinan di rumah, maka adalah kewajiban petugas Rumah Perawatan Persalinan Puskesmas untuk melakukan kunjungan rumah, baik untuk melihat keadaan kesehatan ibunya ataupun untuk melihat kesehatan bayi lebih diprioritaskan jika pertolongan persalinan di rumah tersebut ditolong oleh dukun bayi.
- c Ditujukan kepada ibu setelah melahirkan
- Masa 40 hari pertama setelah melahirkan disebut dengan nama masa nifas. Pada masa nifas ini dan juga sekurang-kurangnya sampai satu tahun setelah melahirkan, ibu-ibu haruslah diikuti kesehatannya. Tujuan dilaksanakannya pelayanan kesehatan di sini ialah untuk memulihkan kembali kondisi ibu kepada kondisi kesehatan optimal yang dimiliki

sebelumnya. Kegiatan yang dilakukan pada pemeriksaan ibu setelah melahirkan dibedakan atas:

- 1) Pemeriksaan kesehatan umum ibu setelah melahirkan meliputi kesehatan fisik dan psikis, tujuannya ialah untuk melihat apakah dengan kehamilan dan persalinan yang baru dialaminya menimbulkan gangguan kesehatan pada dirinya atau tidak.
 - 2) Pemeriksaan status obstetri dan ginekologis, tujuannya untuk melihat ada atau tidaknya kelainan setelah terjadinya peristiwa kehamilan dan melahirkan.
 - 3) Senam ibu setelah melahirkan, ialah dalam rangka mengembalikan kembali fungsi dan bentuk otot perut dan otot punggung ke keadaan semula. Kegiatan ini kecuali bernilai kesehatan juga bernilai kosmetik, yang keduanya sama penting untuk menciptakan kesejahteraan hidup keluarga.
 - 4) Perawatan buah dada setelah melahirkan, ialah agar produksi ASI berjalan baik. Pada dewasa ini ASI menempati kedudukan yang cukup penting yang oleh Pemerintah dianjurkan untuk diberikan selama dua tahun. Jika bayi mendapat ASI yang cukup dari ibunya, akan banyak ditemukan pelbagai faktor positif, karena memanglah dalam batas-batas tertentu pemberian ASI lebih menguntungkan dari pemberian susu buatan lainnya, tidak saja untuk perkembangan fisik, tetapi juga perkembangan psikis dan sosial antara ibu dan bayi itu sendiri.
 - 5) Nasihat gizi, yakni tinggi kalori dan tinggi protein, terutama bagi ibu yang menyusukan bayinya sendiri.
 - 6) Pendidikan perawatan bayi, yakni sebagai kelanjutan untuk kegiatan yang sama yang telah dilakukan pada waktu ibu hamil.
- d Ditujukan kepada bayi (di bawah 1 tahun) dan anak (di bawah 5 tahun)
- Pemeriksaan terhadap bayi dianjurkan tiap bulan sekali, sedangkan terhadap anak sekurang-kurangnya tiga bulan sekali. Hasil pemeriksaan dicatat dalam satu kartu khusus yang disebut dengan nama Kartu Menuju Sehat (KMS). Bagi bayi dan atau anak yang pada jadwal kunjungannya tidak datang, maka adalah kewajiban petugas kesehatan untuk melakukan kunjungan rumah. Adapun kegiatan yang dilakukan terhadap bayi dan anak dibedakan atas:
- 1) Pemeriksaan perkembangan/pertumbuhan fisiknya, yang diperhatikan di sini ialah berat badan dan atau tinggi dan panjang badan bayi, dan anak, dan semua ini dibandingkan dengan angka standard yang berlaku menurut penggolongan umur masing-masing. Jika ditemukan bayi atau anak yang berat badannya kurang haruslah mendapat perhatian yang lebih serius. Kepada bayi atau anak yang seperti ini dapat diberikan makanan tambahan, misalnya susu yang tersedia di BKIA atau Puskesmas.
 - 2) Pemeriksaan perkembangan kecerdasan bayi dan anak. Untuk itu sesuaikanlah perkembangan kecerdasan yang berlaku. Jika ditemukan perkembangannya terlambat, terutama pada anak, harus mendapat perhatian yang serius, misalnya mempertimbangkan untuk dikirim ke tempat perawatan anak khusus.

- 3) Immunisasi bayi dan anak, immunisasi pada bayi biasanya immunisasi dasar memberikan menurut ketentuan yang telah ditetapkan, immunisasi pada anak biasanya immunisasinya ulangan, tetapi kadangkala banyak yang baru mendapatkan pertama kali pada waktu itu. Untuk melihat apakah anak telah pernah mendapat immunisasi sebelumnya, lakukan anamsesa lengkap atau jika immunisasi tersebut berupa cacar dan BCG dapat dilakukan secara survey.
- 4) Nasihat makanan pada bayi dan anak. Untuk bayi ada jadwal khusus pemberian makanan yang dianjurkan. Ikutilah jadwal tersebut termasuk jadwal kapan mesti diberikan makanan tambahan berupa biskuit, buah, bubur susu, nasi tim atau susu penuh. Untuk anak, lakukanlah nasihat makanan yang tepat, makanan yang mengandung nilai kalori dan protein tinggi hendaknya dapat dianjurkan.
- 5) Pendidikan kesehatan pada orang tuanya, yakni yang menemani bayi atau anak yang berkunjung. Nasihat yang dinerikan mencakup pelbagai masing-masing keluarga yang sedang dihadapi (Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 37).

Sebagai bagian yang integral dari kegiatan Puskesmas maka dalam mengelola usaha kesejahteraan ibu dan anak haruslah mengikuti asas pengelolaan Puskesmas secara keseluruhan. Dengan demikian pengelolaan usaha kesejahteraan ibu dan anak dibedakan pula atas 4 macam, yakni:

- a Harus mengikuti sertakan potensi masyarakat
Penerapan asas ini pada dasarnya berlaku untuk setiap kegiatan yang ada dalam usaha kesejahteraan ibu dan anak. Pengikutsertaan potensi masyarakat yang dikenal dalam usaha kesejahteraan ibu dan anak ialah didirikannya Karang Balita, yakni dalam rangka membantu penanggulangan masalah gizi anak-anak di bawah umur lima tahun (BALITA). Karang balita adalah organisasi dari, oleh dan untuk masyarakat sendiri. Peranan Puskesmas hanya melakukan bimbingan dan pengarahan. Tentu saja agar kegiatan dapat berjalan lancar, perlu pula dilatih tenaga-tenaga pengelolanya, biasanya para kaum ibu setempat dan disebut dengan nama kader gizi.
- b Melaksanakan asas rujukan
Rujukan yang dilakukan pada usaha kesejahteraan ibu dan anak mengikuti pola rujukan Puskesmas. Lebih daripada itu karena pengunjung BKIA adalah mereka yang sehat, maka jika ditemukan bayi atau anak yang sakit datang mengunjungi BKIA, harus pula dilakukan rujukan setempat, yakni ke Balai Pengobatan yang memang melayani dan atau mengobati mereka yang jatuh sakit.
- c Bertanggungjawab penuh pada wilayah kerja
Pengertian bertanggung jawab pada wilayah kerja di sini adalah sama dengan pengertian yang ada pada Puskesmas, tetapi lebih menitikberatkan pada masalah ibu, bayi dan anak. Dalam kaitan ini pengumpulan data kelahiran yang terjadi di wilayah kerja, melakukan kunjungan rumah, membina Karang Balita, Taman Gizi, Pos

Penimbangan serta pemeriksaan murid Taman Kanak-kanak, adalah sebagian dari sekian banyak pembinaan wilayah yang harus dilakukan oleh usaha kesejahteraan ibu dan anak.

Berbeda dengan usaha kesejahteraan ibu dan anak yang dilakukan di luar Negeri, maka untuk Indonesia kegiatan terhadap anak hanya dibatasi sampai berumur di bawah lima tahun saja, demikian pemeliharaan kesehatan anak sekolah mulai tingkat SD sampai tingkat Sekolah Lanjutan, untuk Indonesia tidak termasuk usaha kesejahteraan ibu dan anak, tetapi termasuk dalam usaha kesehatan sekolah yang menjadi salah satu usaha pokok kesehatan lainnya yang dimiliki oleh Puskesmas.

d Melaksanakan kegiatan secara terintegrasi

Prinsip perintegrasian yang dianut adalah sama dengan yang dilakukan oleh Puskesmas, yakni antar Program Puskesmas sendiri dan juga dengan program lain yang ada di masyarakat, khususnya yang ada kaitannya dengan masalah kesejahteraan ibu dan anak. (Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 44)

Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan pelayanan kesehatan program KIA

Pelaksanaan program KIA ini tidak semua yang direncanakan berjalan dengan lancar. Beberapa kegiatan dari program ini masih kurang memuaskan karena ada beberapa faktor yang mempengaruhinya yaitu terbatasnya peralatan medis sehingga pelayanannya juga kurang maksimal karena peralatan masih belum mendukung misalkan tidak adanya rawat inap di Puskesmas Dinoyo pasca pemindahan tempat di Puskesmas Pembantu Dinoyo. Mengenai rawat inap seperti yang dinyatakan oleh Ibu Sri Sumindari yaitu

”di Puskesmas Dinoyo ini tidak ada pelayanan rawat inap Dek. Ya bisa dilihat masalah gedung yang kita pake ini memang sangat sempit, jadi untuk rawat inap perlu ruang dan tempat yang lebih luas, ya begitulah kiranya mengapa kita tidak ada rawat inap. Jadi untuk menerima pasien yang memerlukan rawat inap, walaupun ada kita melakukan rujukan ke puskesmas atau rumah sakit yang lebih lengkap pelayanannya seperti rawat inap”. (Wawancara, 16 Juli 2008).

Hal ini menyebabkan pelayanan kesehatan yang membutuhkan rawat inap tidak bisa terpenuhi, sehingga masyarakat yang membutuhkan rawat inap pindah ke balai pengobatan yang lain seperti Dokter Praktik, Rumah Sakit, Klinik dsb. Sasaran promosi kesehatan dan konseling kesehatan ibu dan bayi masih kurang menyeluruh sehingga hanya sebagian saja yang menerima promosi dan penyuluhan mengenai kesehatan ibu dan bayi.

Kualitas Pelayanan Kesehatan Puskesmas Program KIA

Dari hasil penilaian kinerja Puskesmas mengenai program Kesehatan Ibu dan Anak dapat dilihat hasilnya sebagai berikut:

- 1) Jumlah K1 yaitu targetnya 1585 orang (ibu hamil), target yang terealisasi yaitu sebanyak 535 ibu hamil, apabila diprosentasekan sebesar 33,75% saja yang terpenuhi.
- 2) Jumlah K4 (1-1-2) yaitu targetnya 1474 orang (ibu hamil), sedangkan target yang terpenuhi 396 ibu hamil, apabila diprosentasekan sebesar 26,87% saja yang terpenuhi.
- 3) Ibu hamil resiko tinggi atau komplikasi yang dirujuk yaitu targetnya 260 ibu hamil, sedangkan target yang terealisasi yaitu 0 ibu hamil, apabila diprosentasekan 0%, atau kegiatan ini tidak terealisasi.
- 4) Jumlah persalinan oleh tenaga kesehatan murni yaitu targetnya 1113 orang, sedangkan yang terealisasi yaitu 437 orang, apabila diprosentasekan sebesar 39,26%.
- 5) Jumlah ibu nifas yang memperoleh pelayanan standar targetnya 880 orang, sedangkan target yang terealisasi yaitu 491 orang, apabila diprosentasekan yaitu 55,80%.
- 6) Neonatal resiko tinggi atau komplikasi yang ditangani sesuai standar yaitu targetnya 18 neonatus, sedangkan yang terpenuhi 51 neonatus, sehingga prosentasi yang terpenuhi yaitu 100%.
- 7) Jumlah bayi berat lahir rendah yang ditangani sesuai standar yaitu targetnya 16 bayi, sedangkan yang terpenuhi 32 bayi, sehingga prosentasi yang terpenuhi yaitu 100%.
- 8) Jumlah yang dideteksi dan stimulasi tumbuh kembangnya, targetnya yaitu 457 anak, sedangkan yang terpenuhi yaitu 3333 anak, apabila diprosentasekan sebesar 100%. (Sumber: Formulir Penilaian Kinerja Puskesmas Dinoyo Kota Malang Tahun 2008, Kinerja Puskesmas Tahun 2007)

Kualitas Kesehatan Ibu dan Anak

- a) Kesehatan maternal
 - Angka cakupan kesehatan maternal terhadap jumlah K1 adalah 42,51% yaitu 633 Bumil dari target 1489 Bumil.
 - Angka cakupan kesehatan maternal terhadap jumlah K4 (1-1-2) adalah 36,20% yaitu 539 bumil dari target 1489 bumil.
 - Angka cakupan kesehatan maternal terhadap ibu hamil resiko tinggi/komplikasi yang dirujuk adalah 0% yaitu 0 Bumil dari target 1 bumil.
 - Angka cakupan kesehatan maternal terhadap jumlah persalinan oleh tenaga kesehatan murni adalah 42,94% yaitu 587 bulin dari target 1367 Bulin.
 - Angka cakupan kesehatan maternal terhadap jumlah ibu nifas yang memperoleh pelayanan standar adalah 42,92% yaitu 587 bufas dari target 1367 bufas.
 - Angka cakupan kesehatan maternal terhadap jumlah kematian maternal yang diaudit adalah 0% yaitu 0 orang dari target 1 orang.
- b) Kesehatan Anak
 - Angka cakupan kesehatan anak terhadap jumlah KN2 adalah 46,12% yaitu 624 neonatus dari target 1353 neonatus.
 - Angka cakupan kesehatan anak terhadap neonatal resiko tinggi/komplikasi yang ditangani sesuai standar adalah 100% yaitu 35 neonatus dari target 35 neonatus.

- Angka cakupan kesehatan anak terhadap jumlah bayi berat lahir rendah? BBLR yang ditangani sesuai standar adalah 100% yaitu 32 bayi dari target 32 bayi.
 - Angka cakupan kesehatan anak terhadap jumlah kematian perinatal yang diaudit adalah 100% yaitu 5 neonatus dari target 5 neonatus.
 - Angka cakupan kesehatan anak terhadap jumlah yang dideteksi dan stimulus tumbuh kembangnya adalah 61,12% yaitu 5344 anak dari target 8744 anak.
- c) Peningkatan mutu Pelayanan
- Angka cakupan peningkatan mutu pelayanan terhadap tingkat kepatuhan provider terhadap prosedur pelayanan ANC adalah 90% yaitu 90% dari target 100%.
 - Angka cakupan peningkatan mutu pelayanan terhadap tingkat kelengkapan alat dalam kesehatan ANC adalah 90% yaitu 90% dari target 100%.

(Sumber: Formulir Penilaian Kinerja Puskesmas Dinoyo Tahun 2008 Kota Malang, Kinerja Tahun 2007)

3). Usaha Keluarga Berencana

Pada dewasa ini di banyak Negara di dunia, terutama Negara-negara yang sedang berkembang, sedang berhadapan dengan masalah kependudukan. Yang dimaksud dengan masalah kependudukan adalah tingginya laju pertumbuhan penduduk yang tidak seimbang dengan laju pertumbuhan ekonomi dan atau besarnya jumlah penduduk yang tidak seimbang dengan kemampuan dukungan social ekonomi. Timbulnya masalah kependudukan karena makin besarnya selisih angka kelahiran dengan angka kematian, disebabkan oleh beberapa faktor yakni:

- a. Ditemukannya obat-obat antibiotika, sehingga banyak macam penyakit infeksi yang dahulu mendatangkan kematian, pada saat ini telah dapat disembuhkan.
- b. Ditemukannya obat anti serangga, sehingga dapat menenyapkan pelbagai macam serangga penyebar penyakit.
- c. Kemajuan yang pesat dalam bidang ilmu dan teknologi kedokteran.
- d. Kemajuan dalam bidang pendidikan, khususnya pendidikan kesehatan.
- e. Kemajuan dalam perbaikan kesehatan lingkungan dan keadaan gizi.

Mengatasi masalah kependudukan ini, maka banyak usaha yang telah dilaksanakan oleh Pemerintah, salah satu diantaranya ialah melaksanakan program keluarga berencana. Program keluarga berencana terdiri beberapa kegiatan yaitu:

- a Memberikan nasihat perkawinan
- b Pengobatan kemandulan
- c Pengaturan kelahiran

(Sumber : Azrul Azwar, 1980: h. 49)

Usaha keluarga berencana disini adalah bagian dari usaha kesehatan pokok yang menjadi beban tugas Puskesmas, yang ditujukan pada pasangan usia subur, sehingga mereka dapat menjadi peserta dari salah satu cara kontrasepsi, dalam rangka membatasi pertumbuhan jumlah penduduk dan meningkatkan derajat kesehatan serta kesejahteraan mereka pada khususnya, dan kesehatan serta kesejahteraan masyarakat dan bangsa pada umumnya.

Adapun tujuan keluarga berencana seperti yang telah ditetapkan oleh Pemerintah dapat dibedakan atas dua macam yaitu:

- a Tujuan antara yaitu menurunkan angka pertumbuhan penduduk.
- b Tujuan akhir yaitu menciptakan norma keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera (NKKBS). Sekalipun batasan keluarga kecil yang ingin dituju tidak ditetapkan oleh Pemerintah, namun maksud setiap keluarga hendaknya memiliki jumlah anak paling banyak 2 atau 3. Jika jumlah anak setiap keluarga dapat dipertahankan hanya 2 orang saja, maka akan dicapai jumlah penduduk yang menetap (*zero population growth*).

(Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 53)

Telah disebutkan bahwa kegiatan asli dari program keluarga berencana meliputi tiga hal yakni perkawinan, pengobatan kemandulan, serta pengaturan kelahiran. Disesuiakan dengan situasi kondisi masyarakat Indonesia saat ini, maka untuk sementara kegiatan masih terbatas pada pengaturan kelahiran saja, yakni dalam rangka mengatasi masalah kependudukan di tanah air.

Untuk melaksanakan pengaturan kelahiran, maka dilaksanakanlah dua macam program yakni program komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) serta program pelayanan kontrasepsi.

1) Program komunikasi, Informasi, dan edukasi

Program ini dilaksanakan oleh Puskesmas sebagai bagian dari usaha penyuluhan kesehatan yang dilakukannya. Untuk ini kegiatan dilakukan pada dua tempat, yaitu didalam puskesmas, yakni kepada pengunjung Puskesmas, terutama pengunjung Klinik Keluarga Berencana dan atau Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak. Yang kedua, di luar Puskesmas, yakni ketika melaksanakan pelbagai program luar puskesmas, seperti kunjungan rumah, ceramah di masyarakat, dan lain sebagainya yang seperti ini.

Dalam melaksanakan KIE maka Puskesmas harus bekerja sama dengan pelbagai petugas lainnya yang memang mengutamakan programnya di bidang KIE, seperti misalnya tenaga Petugas lapangan Keluarga Berencana (PLKB), Juru Penerangan Keluarga Berencana (Jupen KB) atau dengan pelbagai unit pelaksana lainnya seperti PKBI, Muhammadiyah, DGI, dan lain sebagainya. Tujuan dilaksanakan program KIE ini adalah untuk memberikan penjelasan dan memotivasi masyarakat sehingga bersedia menjadi peserta keluarga berencana. Masyarakat yang menjadi sasaran adalah Pasangan Usia Subur (PUS), yakni

suami-istri yang terikat dalam perkawinan yang sah, yang untuk istri berusia antara 15 tahun sampai dengan 45 tahun. Apabila salah satu dari pasangan ini telah mengikuti salah satu kontrasepsi yang tersedia disebut sebagai peserta keluarga berencana (*akseptor*). Tentu mudah dipahami bahwa KIE juga ditujukan kepada akseptor, ialah dalam rangka menjadikan akseptor lestari, artinya peserta keluarga berencana tetap mengusahakan tidak bertambah lagi jumlah anak yang dimilikinya. Sebab apabila akseptor ini tidak dibina ada kemungkinan mereka akan drop out; artinya mereka tidak lagi menjadi peserta keluarga berencana, yang ditandai dengan hamilnya istri dan atau pada hari kunjungan yang telah ditetapkan untuk mengambil alat kontrasepsi tidak datang lagi selama tiga kali berturut-turut.

2) Program pelayanan kontrasepsi

Untuk melaksanakan program pelayanan kontrasepsi, Pemerintah menetapkan dua kebijaksanaan pokok, yaitu: pelayanan kontrasepsi melalui jalur institusi kesehatan resmi, yakni dengan mendirikan Klinik Keluarga Berencana. Yang kedua pelayanan kontrasepsi melalui jalur di luar institusi kesehatan resmi, artinya memanfaatkan pelbagai institusi yang ada di masyarakat, baik yang ada hubungannya dengan kesehatan. (Sumber: Azrul Azwar, 1980: h 53)

Klinik Keluarga Berencana (KKB) yang ada di Puskesmas adalah salah satu dari institusi kesehatan resmi yang memberikan pelayanan kontrasepsi. Untuk itu ada dua bentuk pelayanan yang dilaksanakan, yaitu:

- a) Melalui Klinik Keluarga Berencana yang ada di Puskesmas. Disini klinik hanya menantikan calon akseptor yang telah termotivasi untuk kemudian diberikan pelayanan kontrasepsi jadi pelayanan melalui Klinik Keluarga Berencana yang sifatnya adalah pasif.
- b) Melalui Team Medis Keliling Keluarga Berencana. Puskesmas berperan aktif yaitu mendatangi masyarakat. Kegiatan yang dilakukan adalah membrikan pelayanan kontrasepsi dan sekaligus melakukan kegiatan KIE. Untuk itu petugas klinik, mendapat bantuan dari petugas keluarga berencana lainnya, misalnya Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) dan Juru Penerang Keluarga Berencana (Jupen KB). Team Medis Keliling Keluarga Berencana dilaksanakan dengan maksud untuk mendekatkan pelayanan kepada masyarakat. Agar kedatangan team ini tidak sia-sia, maka daerah yang akan dikunjungi harus dimatangkan dahulu, artinya telah ada calon akseptor yang akan dilayani. Tugas pematangan daerah yang dilakukan oleh PLKB dan Jupen KB. Selanjutnya agar akseptor yang dilayani melalui team ini dapat di follow-up, maka suatu Team Medis Keliling harus mempunyai Klinik induk, yakni Klinik yang melaksanakan Team Medis Keliling tersebut.

Tergantung dari Macam pelayanan kontrasepsi yang disediakan oleh suatu Klinik keluarga Berencana, maka Klinik ini dibedakan atas tiga macam, yaitu:

- a) Klinik Keluarga Berencana Sempurna, ialah yang melayani semua cara kontrasepsi termasuk cara operasi.
- b) Klinik Keluarga Berencana Lengkap, ialah yang melayani beberapa cara kontrasepsi, tidak termasuk operasi.
- c) Klinik Keluarga Berencana Sederhana, ialah yang melayani cara kontrasepsi sederhana. (Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 55)

Kualitas pelayanan kesehatan program Keluarga Berencana

- d) Pelayanan pada peserta KB Aktif
 - Angka cakupan pelayanan pada peserta KB aktif terhadap jumlah peserta KB aktif semua metode adalah 6,14% yaitu dari target 9578 orang sedangkan yang terealisasi 588 orang.
 - Angka cakupan pelayanan pada peserta KB aktif terhadap jumlah peserta KB aktif dibina semua metode adalah 16,17% yaitu 387 orang dari target 2394 orang.
 - Angka cakupan pelayanan pada peserta KB aktif terhadap jumlah peserta KB baru semua metode adalah 35,12% yaitu 295 orang dari target 840 orang.
 - Angka cakupan pelayanan pada peserta KB aktif terhadap jumlah kasus komplikasi semua metode yang ditangani adalah 100% yaitu 1 orang dari target 1 orang.
 - Angka cakupan pelayanan pada peserta KB aktif terhadap jumlah kasus kegagalan semua metode yang ditangani adalah 0% yaitu hasil dan target 0%.
 - Angka cakupan pelayanan pada peserta KB aktif terhadap jumlah kasus efek samping semua metode yang ditangani adalah 100% yaitu 5 orang dari target 2 orang.
- e) Peningkatan Mutu Pelayanan
 - Angka cakupan peningkatan mutu pelayanan terhadap tingkat kepatuhan petugas terhadap prosedur pelayanan kontrasepsi adalah 85% yaitu 85% dari target 100%.
 - Angka cakupan peningkatan mutu pelayanan terhadap tingkat kelengkapan alat dalam pelayanan kontrasepsi adalah 85% yaitu 85% dari target 100%.

(Sumber: Formulir Penilaian Kinerja Puskesmas Dinoyo Kota Malang Tahun 2008, Kinerja Puskesmas Tahun 2007)

4). Usaha Kesehatan Sekolah

Diadakannya suatu usaha khusus dalam bidang kesehatan di sekolah sebagai bagian usaha kesehatan masyarakat ialah dalam rangka memudahkan pengelolaan dan sekaligus menjamin keberhasilan dilaksanakannya usaha kesehatan sekolah tersebut. Ada beberapa faktor yang menyebabkan kenapa keberhasilan usaha kesehatan sekolah ini amat dituntut sekali, yakni:

- a) Anak usia sekolah termasuk kelompok masyarakat yang mempunyai resiko tinggi;
- b) Anak usia sekolah adalah waktu yang tepat untuk menanamkan pengertian dan kebiasaan hidup sehat;
- c) Anak sekolah merupakan kelompok terbesar dari golongan anak-anak, terutama di negara yang mengenal wajib belajar;
- d) Sekolah adalah salah satu institusi masyarakat yang telah terorganisir secara baik;

- e) Kesehatan anak usia sekolah akan menentukan kesehatan masyarakat dan bangsa di masa depan. (Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 63).

Usaha kesehatan sekolah disini maksudnya adalah bagian dari usaha kesehatan pokok yang menjadi beban tugas Puskesmas, yang ditujukan kepada sekolah-sekolah dengan anak didik beserta lingkungan hidupnya, dalam rangka mencapai keadaan kesehatan anak yang sebaik-baiknya dan sekaligus meningkatkan prestasi belajar anak sekolah setinggi-tingginya.

Adapun tujuan dari Usaha Kesehatan Sekolah yang telah digariskan oleh Pemerintah ialah menurunkan angka kesakitan anak sekolah, dan pencakupan pelayanan kesehatan terhadap anak sekolah dapat ditingkatkan sehingga dicapai anak didik yang sehat.

Ada beberapa kebijaksanaan yang disusun oleh Pemerintah, guna mencapai tujuan dari Usaha Kesehatan Sekolah, yaitu:

- 1) Menemukan kelainan secara dini dan pengobatan sementara yang dilakukan beberapa oleh guru sekolah yang telah mendapat pendidikan dan latihan;
- 2) Menemukan anak luar biasa diantara anak-anak yang dicakup;
- 3) Melakukan kunjungan berkala ke sekolah oleh perawat kesehatan dari Puskesmas untuk memberikan immunisasi, penyuluhan kesehatan dan pengawasan lingkungan sekolah;
- 4) Meningkatkan kegiatan usaha kesehatan sekolah dengan penyediaan fasilitas kerja yang cukup, serta fasilitas latihan dan laboratorium-laboratorium pusat kesehatan olah raga. (Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 66).

Pengelolaan usaha kesehatan sekolah sama dengan pengelolaan usaha kesehatan pokok lainnya, yakni dilaksanakan dengan berpedoman pada 4 asas:

- 1) Mengikutsertakan potensi masyarakat
Potensi yang ada dalam usaha kesehatan sekolah dapat dibedakan menjadi dua macam, yaitu:
 - a) Masyarakat sekolah sendiri, yakni murid, guru, dan karyawan sekolah;
 - b) Masyarakat luar sekolah, seperti organisasi masyarakat sekitarnya serta orang tua murid sendiri.

Peranan masyarakat sekolah sendiri amat penting karena dalam melaksanakan usaha kesehatan sekolah, masyarakat sekolah tidak boleh hanya dijadikan sebagai obyek saja, tetapi juga dijadikan sebagai subyek, dalam arti membantu dalam usaha kesehatan sekolah tersebut. Potensi murid bisa disalurkan melalui berbagai organisasi sekolah misalnya Pramuka, Palang Merah Remaja dan atau organisasi intra sekolah.

Peranan para guru dirasakan amat mutlak, karena guru dapat diikutsertakan bahkan harus diberi tanggungjawab untuk melaksanakan kegiatan usaha kesehatan sekolah. Agar pengikutsertaan guru ini dapat memberikan hasil yang maksimal, maka perlu dilakukan kursus usaha kesehatan untuk guru. Kursus ini pada dasarnya menjadi tanggung jawab pada Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota, akan tetapi jika Puskesmas mempunyai kemampuan

dapat pula melaksanakannya sendiri. Dalam melaksanakan kursus ini ada beberapa mata pelajaran pokok yang harus diperhatikan dan disampaikan antara lain pelajaran tentang usaha kesehatan sekolah itu sendiri, pelajaran tentang tanda-tanda penyakit yang sering menyerang usia anak sekolah, pertolongan pertama pada kecelakaan atau pada keadaan darurat, pelajaran tentang kesehatan lingkungan, tentang gizi, proses tumbuh kembang anak, cara melakukan pendidikan kesehatan dan lain sebagainya. Dengan adanya kursus ini maka diharapkan tiap sekolah mempunyai UKS kit yakni kotak obat yang berisi alat kedokteran dan obat-obat yang dibutuhkan pada keadaan darurat. Setelah mengikuti kursus maka tindak selanjutnya dilakukan pembinaan dari Puskesmas misalnya melalui pertemuan rutin yang dilaksanakan pada jadwal-jadwal tertentu.

Pengikutsertaan potensi masyarakat luar sekolah, terutama para orang tua murid, melalui organisasi yang ada, dipandang sangat penting pula. Para orang tua ini dapat membantu memperbaiki kekurangan yang ada di sekolah, misalnya dalam bidang kesehatan lingkungan.

2) Melaksanakan asas rujukan

Rujukan disini ada dua macam, yakni rujukan dari sekolah ke Puskesmas dan rujukan dari Puskesmas ke fasilitas kesehatan lainnya yang lebih mampu. Rujukan dari sekolah ke Puskesmas, misalnya untuk mengobati murid atau guru yang sakit dan telah tidak mungkin diobati sendiri di sekolah. Agar rujukan ini berjalan lancar, maka dianjurkan agar setiap sekolah mempunyai buku rujukan, yang harus dibawa jika berobat ke Puskesmas.

Rujukan dari Puskesmas ke fasilitas kesehatan lain yang lebih tinggi, misalnya murid yang kurang pendengarannya, terlambat dalam perkembangan intelegensi, dan lain sebagainya yang seperti ini. Pada dasarnya rujukan ini mengikuti sistem rujukan Puskesmas secara keseluruhan.

3) Bertanggungjawab penuh pada wilayah kerja

Telah disebutkan jika Puskesmas mempunyai kemampuan yang cukup, maka usaha harus dilaksanakan pada semua sekolah yang ada di wilayah kerja mulai dari tingkat Sekolah Dasar sampai ke tingkat Sekolah Lanjutan Atas. Tetapi jika kemampuan yang dimiliki amat terbatas, maka dapat dilakukan pemilihan prioritas

Ada hal yang terpenting dalam melaksanakan tanggungjawab wilayah ini ialah, jika terjadi wabah penyakit menular pada murid sekolah. Dalam keadaan yang seperti ini maka Puskesmas harus mengambil tindakan yang aktif, yakni mengobati murid yang terserang, melakukan tindakan sepeperlunya pada murid lain, mencoba menghilangkan penyebab, serta melakukan surveillance penyakit paling tidak untuk dua kali masa tunas. Jika masa dua kali masa tunas ini dilampui tanpa ditemukan kasus baru, maka pengawasan dapat dihentikan. Tentu saja kewajiban Puskesmas pula untuk melaporkan dalam tempo 24 jam setiap peristiwa yang terjadi didaerahnya kepada Dinas Kesehatan.

4) Melaksanakan kegiatan secara terintegrasi

Usaha kesehatan sekolah harus dapat dilaksanakan asas pengintegrasian, tidak saja terhadap segala usaha kesehatan pokok lainnya yang dilaksanakan oleh Puskesmas, tetapi juga terhadap pelbagai kegiatan lainnya yang ada di

masyarakat. Misalnya, pengintegrasian usaha kesehatan sekolah dengan kegiatan kepramukaan, kegiatan palang merah remaja, dan lain sebagainya. (Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 70).

5). Usaha Kesehatan Lingkungan

Usaha kesehatan lingkungan ialah bagian dari usaha kesehatan pokok yang menjadi beban tugas Puskesmas, yang bertujuan untuk menyetatkan keadaan lingkungan fisik di sekitar manusia, dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Adapun pengaruh lingkungan terhadap kesehatan manusia dibedakan atas dua macam, yakni

- a) Langsung, dalam arti pengaruh yang ditimbulkannya segera terjadi;
- b) Tidak langsung, dalam arti ada tenggang waktu antara hadirnya faktor lingkungan yang kurang menguntungkan dengan timbulnya masalah kesehatan. (Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 79)

Sedangkan peranan lingkungan dalam menimbulkan penyakit dapat dibedakan atas empat macam, yakni:

- a) Sebagai faktor predisposisi, yakni menunjang terjangkitnya suatu penyakit;
- b) Sebagai medium transmisi penyakit, yakni yang menularkan penyakit kepada manusia;
- c) Sebagai penyebab secara langsung;
- d) Sebagai faktor yang mempengaruhi perjalanan penyakit sehingga penyakit akan bertambah parah. (Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 80)

Disesuaikan dengan masalah serta kemampuan yang dimiliki maka pada saat ini ruang lingkup kegiatan usaha kesehatan lingkungan di Indonesia dibedakan atas 7 macam, yaitu:

- a) Masalah penyediaan air minum yang bersih
- b) Masalah pengaturan sampah, termasuk di dalamnya masalah air limbah dan tinja;
- c) Masalah kebersihan makanan dan minuman;
- d) Masalah perumahan dan bangunan, termasuk bangunan dan atau tempat-tempat umum;
- e) Masalah pengawasan binatang serangga dan mengerat;
- f) Masalah pencemaran terhadap air, tanah, dan udara;
- g) Masalah kesehatan perusahaan. (Sumber: AzrulAzwar, 1980: h. 81)

Di Puskesmas tidaklah semua ruang lingkup ini dilaksanakan, karena memang kemampuan yang dimiliki oleh Puskesmas terbatas. Dalam upaya menyetatkan lingkungan fisik dari daerah yang menjadi tanggungjawab

Puskesmas, maka Puskesmas mengenal beberapa kegiatan yang harus dilakukannya, yaitu:

- a) Kegiatan perencanaan dalam pemetaan daerah kerja
Dalam usaha kesehatan lingkungan, kegiatan perencanaan ini dilakukan dalam bentuk pemetaan daerah, yakni untuk mengetahui masalah-masalah kesehatan lingkungan yang ada di wilayah kerja.
- b) Kegiatan pelaksanaan program
Ada dua macam program kerja yang dapat dilakukan oleh Puskesmas, yaitu:
 - melakukan penyuluhan kesehatan lingkungan kepada perseorangan, kelompok, dan masyarakat secara keseluruhan;
 - melakukan program khusus kesehatan lingkungan, yakni pengadaan sarana air minum dan jamban keluarga. Program ini dilaksanakan oleh Puskesmas bersama-sama unsur Pemerintah dan masyarakat setempat. Peranan Puskesmas di sini ialah memberikan petunjuk teknis medis.
- c) Kegiatan pengawasan
Kegiatan pengawasan merupakan untuk melakukan pengawasan kesehatan lingkungan di wilayah kerja, yakni dalam rangka menerapkan segala peraturan dan perundang-undangan yang berlaku. Pengawasan yang dilakukan oleh Puskesmas meliputi pula pengawasan bangunan atau tempat umum yang ada di wilayah kerja, kesehatan perusahaan, terutama jika mendatangkan masalah kesehatan pada masyarakat di sekitarnya, dan pengawasan terhadap warung, restoran, ataupun perusahaan yang bergerak dalam bidang makanan dan minuman.
- d) Kegiatan penilaian program
Kegiatan ini bertujuan untuk melihat keberhasilan dari usaha yang telah dilakukan maka Puskesmas harus pula melaksanakan kegiatan penilaian program. Tentu mudah dipahami bahwa kegiatan penilaian yang dilakukan juga terbatas. Pada umumnya dalam bentuk mengisi formulir yang telah tersedia, yakni sebagai bagian dari kegiatan pencatatan dan pelaporan. Pengelolaan usaha kesehatan lingkungan di Puskesmas harus pula mengikuti asas pengelolaan Puskesmas, yang secara umum dibedakan menjadi empat macam, yakni:
 - e) Mengikutsertakan potensi masyarakat
Peranan Puskesmas dalam usaha kesehatan lingkungan, lebih banyak sebagai tenaga penyuluh dan atau motivator. Padahal masalah kesehatan lingkungan dalam banyak hal ini tidak akan selesai jika hanya dilakukan penyuluhan seperti misalnya mengatasi pembuangan sampah, masalah penyediaan sumber air minum yang bersih atau mengatasi masalah kesehatan perumahan dan tempat-tempat umum, yang kesemuanya membutuhkan adanya realisasi konkrit. Inilah yang menyebabkan keikutsertaan potensi masyarakat menjadi amat penting sekali. Sangat diharapkan agar Puskesmas dapat menjadikan usaha kesehatan lingkungan sebagai bagian dari program PKMD yang memang didirikan khusus untuk mengorganisir keikutsertaan masyarakat dalam program kesehatan.
 - f) Melaksanakan asas rujukan

Pengawasan yang dilakukan oleh Puskesmas harus melakukan pemeriksaan khusus. Apabila kemampuan Puskesmas sangat terbatas maka dapat diterapkan asas rujukan, yakni mengirimkan bahan-bahan yang ingin diperiksa tersebut ke fasilitas kesehatan inilah yang lebih mampu.

g) Bertanggungjawab pada wilayah kerja

Dalam melaksanakan usaha kesehatan lingkungan, maka kewajiban bagi Puskesmas untuk mengawasi warung, restoran, perusahaan, tempat-tempat umum dan lain sebagainya. Tanggungjawab wilayah ini pada dasarnya adalah melaksanakan fungsi penerapan peraturan dan perundang-undangan kesehatan lingkungan di wilayah kerjanya.

h) Melaksanakan kegiatan secara terintegrasi

Usaha kesehatan lingkungan harus dapat diintegrasikan dengan pelbagai usaha kesehatan pokok lainnya yang ada di Puskesmas, terutama dengan usaha penyuluhan kesehatan dan usaha pencegahan dan pembasmian penyakit menular. Selanjutnya, pengintegrasian ini harus pula dapat dilakukan dengan pelbagai usaha pembangunan yang dilaksanakan di masyarakat., seperti dengan program perbaikan lingkungan tempat tinggal, pembukaan daerah tempat tinggal baru dan lainnya. (Sumber:)

Faktor-faktor kendala yang mempengaruhi pada program Upaya Kesehatan Lingkungan

Dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan pada program Upaya Kesehatan Lingkungan ini tidak semuanya berjalan lancar dan berhasil, ada beberapa faktor yang mempengaruhi, baik faktor intern maupun faktor ekstern. Beberapa diantaranya yaitu

- 1) Kurangnya biaya dalam pelaksanaan program tersebut, sehingga pelaksanaannya juga kurang maksimal, karena biaya adalah sebagai faktor utama dalam menjalankan suatu kegiatan atau program.
- 2) Tidak semua daerah yang termasuk wilayah kerja Puskesmas Dinoyo mendapatkan penyuluhan tentang kesehatan lingkungan, terutama di wilayah Joyosuryo seperti yang diungkapkan oleh salah satu masyarakat Joyosuryo, "kok saya ga pernah lihat ya mbak penyuluhan dari Puskesmas terutama di daerah saya, setahu saya belum ada ya mbak penyuluhan dari puskesmas". (wawancara kepada Ibu Elis, tanggal 16 Juli 2008).
- 3) Fasilitas yang kurang memadai, seperti alat transportasi yang ada di Puskesmas Dinoyo terbatas sehingga dalam kegiatan penyuluhan ini tidak bisa menjangkau ke semua daerah yang termasuk wilayah kerja Puskesmas Dinoyo. Puskesmas Dinoyo hanya memilih daerah-daerah yang masih buruk mengenai kesehatan lingkungannya.

- 4) Faktor ekstern yang menjadi kendala program ini adalah kesadaran masyarakat mengenai pentingnya kesehatan lingkungan yang masih kurang, terutama di daerah-daerah yang masih kurang mampu, sebagai contoh belum adanya jamban keluarga jadi sebagian ada yang membuang sampah masyarakat di sungai yang menyebabkan lingkungan menjadi tidak sehat dan bersih.

Kualitas pelayanan kesehatan pada program Upaya Kesehatan Lingkungan

1. Pengawasan dan Pengendalian Kualitas Air
Angka cakupan pengawasan dan pengendalian kualitas air dalam setahun adalah 100% yaitu 104 sampel dari target 96 sampel.
2. Pengawasan dan Pengendalian Tempat-tempat Umum
Angka cakupan pengawasan dan pengendalian tempat-tempat umum dalam setahun adalah 100% yaitu 74 TTU dari target 90 TTU.
3. Pengawasan dan Pengendalian Penyehatan Lingkungan Pemukiman
 - Angka cakupan pengawasan dan pengendalian penyehatan lingkungan pemukiman terhadap TPS/TPA diperiksa 2 kali dalam setahun dengan tindak lanjut penyemprotan berdasarkan pengukuran kepadatan alat yaitu 100% dengan rincian 8 TPS/TPA dari target 6 TPS/TPA.
 - Angka cakupan pengawasan dan pengendalian penyehatan lingkungan pemukiman terhadap jumlah TTU yang diperiksa dan ditindaklanjuti dengan clrinasi 2 kali dalam setahun adalah 100% yaitu 1 Ttu dari target 1 TTU.
 - Angka cakupan pengawasan dan pengendalian peyehatan lingkungan pemukiman terhadap jumlah TPM yang diperiksa 2 kali dalam setahun dan ditindaklanjuti adalah 100% yaitu 38 TPM dari target 38 TPM.
4. Kursus Penyehatan Lingkungan bagi Penjamah Makanan
 - Angka cakupan kursus penyehatan lingkungan bagi penjamah makanan dalam setahun adalah 6,67% yaitu 2 orang dari target 30 orang.
 - Angka cakupan kursus penyehatan lingkungan bagi penjamah makanan terhadap jumlah pengusaha/penanggungjawab TPM yang dibina dalam setahun adalah 100% yaitu 38 orang dari target 21 orang.

(Sumber: Formulir Penilaian Kinerja Puskesmas Dinoyo Kota Malang Tahun 2008, Kinerja Tahun 2007)

Hasil penilaian kinerja Puskesmas di atas pada tahun 2007 ketika masih berada di Jl. Mt. Haryono IX/13 Malang, mengenai program Upaya Kesehatan Lingkungan sebagian besar kegiatan pada program tersebut terlaksana 100% atau bahkan sudah melebihi target, sehingga program tersebut bisa dikatakan baik. Walaupun masih ada yang kurang baik dalam kegiatannya namun sebagian besar sudah memenuhi target yang ditentukan.

6). Usaha Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular

Usaha pencegahan dan pemberantasan penyakit menular adalah bagian dari usaha kesehatan pokok yang menjadi beban tugas Puskesmas, yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan, angka kematian, dan akibat-akibat yang ditimbulkan oleh penyakit menular yang ada di masyarakat.

Dalam melaksanakan kegiatannya, maka Pemerintah telah menggariskan beberapa pedoman kerja, yakni:

- a) Mengutamakan pada penyakit menular yang menimbulkan angka kesakitan dan angka kematian yang terbesar serta akibat-akibat yang ditimbulkannya.
- b) Mengutamakan penyakit menular yang menyerang golongan anak-anak atau penduduk golongan produktif.
- c) Memanfaatkan metodologi berdaya guna dan berhasil guna yang tinggi serta memperhatikan adanya ikatan perjanjian internasional yang berlaku;
- d) Melaksanakan kegiatan secara terintegrasi dengan pelbagai kegiatan lainnya;
- e) Mengaktifkan peran serta masyarakat melalui program PKMD.

(Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 90)

Kegiatan yang lazimnya dilakukan dalam usaha pencegahan dan pemberantasan penyakit menular pada umumnya dibedakan atas tiga macam, yakni:

- 1) Kegiatan yang ada hubungannya dengan upaya pencegahan penyakit menular, seperti:
 - a) Penyuluhan kesehatan
 - b) Immunisasi
 - c) Perbaikan kebersihan perseorangan dan lingkungan
 - d) Penelitian berkala dalam bentuk penemuan kasus, baik secara aktif ataupun pasif
- 2) Kegiatan yang ada hubungannya dengan penanggulangan penyakit menular, seperti:
 - a) Pengobatan penderita
 - b) Isolasi
 - c) Karantina
 - d) Menemukan dan mengobati kontak person atau penderita baru dalam bentuk surveilen
 - e) Menemukan dan memberantas sumber infeksi
 - f) Mensucihamakan benda-benda yang mungkin menjadi penyebab menyebarnya penyakit.
- 3) Kegiatan yang ada hubungannya dengan administrasi, seperti:
 - a) Melakukan pencatatan khusus
 - b) Melaporkan kasus yang dibedakan atas dua bentuk, yakni
 - laporan khusus, baik perseorangan maupun kolektif
 - laporan terjadinya wabah

c) Laporan kematian, termasuk yang bukan karena penyakit menular.

(Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 93)

Penerapan asas yang dimiliki oleh Puskesmas telah merupakan satu kewajiban pokok, sebab jika hal ini tidak dilakukan, maka telah dapat dipastikan usaha tersebut tidak akan banyak mendatangkan hasil. Adapun asas yang diterapkan tersebut yaitu:

- 1) Mengikutsertakan potensi masyarakat
Diharapkan agar masyarakat dapat melakukan ketiga macam kegiatan yang ada dalam usaha pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, yakni dalam bidang pencegahan, penanggulangan serta juga dalam bidang administrasi. Untuk efektifnya tentu saja potensi masyarakat ini harus dapat diorganisir, yakni melalui program PKMD yang telah digariskan oleh Pemerintah.
- 2) Melaksanakan asas rujukan
Apabila penyakit menular yang dihadapi bersifat khusus dapat dirujuk langsung ke Rumah Sakit Kelas E seperti misalnya penyakit kusta. Tetapi jika penyakit menular tersebut tidak bersifat khusus, jalur rujukan yang digunakan mengikuti yang telah ditetapkan.
- 3) Bertanggungjawab pada wilayah kerja
Artinya harus dapat melaksanakan kegiatan untuk seluruh wilayah yang menjadi tanggungjawabnya.
- 4) Melaksanakan kegiatan secara terintegrasi
Misalnya melakukan kegiatan bersamaan dengan usaha penyuluhan kesehatan masyarakat, usaha kesehatan sekolah dan lain sebagainya. Mengintegrasikan kegiatan dengan program pembangunan lain yang ada di masyarakat sangat diharapkan.

(Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 93)

Faktor-faktor yang menjadi kendala dalam program Pemberantasan Penyakit Menular, terdapat faktor intern dan faktor ekstern, yaitu sebagai berikut:

- 1) Setelah perpindahan gedung Puskesmas Dinoyo yang berada di Puskesmas Pembantu, kinerja dari puskesmas tersebut mengalami banyak kendala terutama mengenai fasilitas kesehatan. Keadaan yang mengalami perubahan ini sangat berpengaruh pada kinerja dan jumlah pelanggan yang mengalami penurunan drastis. Terutama mengenai fasilitas gedung yang terdapat pada Puskesmas Pembantu. Gedung tersebut sangat sempit sehingga fasilitas-fasilitas yang berada di Puskesmas tersebut juga terbatas.
- 2) Karena fasilitas yang terbatas maka pelayanannya juga kurang menyeluruh ke semua lapisan masyarakat, hal ini terbukti bahwa beberapa kegiatan yang dilakukan puskesmas dalam program ini tidak memenuhi target.

- 3) Selain dari faktor intern maka juga terdapat faktor ekstern. Masyarakat yang kurang menyadari akan pentingnya kesehatan, baik kesehatan perorangan maupun kesehatan lingkungan, terutama mengenai masalah penyakit menular.

Kualitas Program Pemberantasan Penyakit Menular

Pelayanan Imunisasi

- Angka cakupan pelayanan imunisasi terhadap DPT=HB Combo adalah 67,63% yaitu 915 bayi dari target 1353 bayi.
- Angka cakupan pelayanan imunisasi terhadap campak adalah 50,26% yaitu 680 bayi dari target 1353 bayi.
- Angka cakupan pelayanan imunisasi terhadap polio 4 adalah 51,96% yaitu 703 bayi dari target 1353 bayi.
- Angka cakupan pelayanan imunisasi terhadap DT pada murid SD/MI kelas 1 adalah 100% yaitu 1280 murid dari target 1280 murid.
- Angka cakupan pelayanan imunisasi terhadap TT pada murid SD/MI kelas 2 s/d 3 adalah 100% yaitu 2021 murid dari target 2021 murid.
- Angka cakupan pelayanan imunisasi terhadap tingkat kepatuhan provider terhadap prosedur pelayanan per jenis imunisasi adalah 100% yaitu 100% dari target 100%.
- Angka cakupan pelayanan imunisasi terhadap tingkat kelengkapan prasarana medis adalah 100% yaitu 100% dari target 100%.

Pengamatan Epidemiologi

- Angka cakupan pengamatan epidemiologi terhadap sensus harian penyakit potensi wabah adalah 100% yaitu 300 hari dari target 300 hari.
- Angka cakupan pengamatan epidemiologi terhadap grafik minimum-maximum mingguan penyakit potensial wabah adalah 40% yaitu 40% dari target 100%.
- Angka cakupan pengamatan epidemiologi terhadap tindak lanjut penanggulangan KLB (PE) adalah 100% yaitu 52% dari target 52%
- Angka cakupan pengamatan epidemiologi terhadap pemantauan wilayah setempat adalah 100% yaitu 100% dari target 100%
- Angka cakupan pengamatan epidemiologi terhadap jumlah kasus AFP yang ditemukan adalah 100% yaitu 1 penderita dari target 1 penderita.

Peningkatan Mutu Pelayanan

- Angka cakupan peningkatan mutu pelayanan terhadap diare adalah 100% yaitu 100% dari target 100%.
- Angka cakupan peningkatan mutu pelayanan terhadap batuk dan kesulitan bernafas adalah 95% yaitu 95% dari target 100%.
- Angka cakupan peningkatan mutu pelayanan terhadap demam berdarah dengue (DBD) adalah 100% yaitu 600 rumah dari target 600 rumah, 100% yaitu 79 orang dari target 79 orang dari jumlah tersangka kasus DBD yang ditemukan, 100% yaitu 79 orang dari target 79 orang dari jumlah penderita yang ditangani sesuai dengan standar.

- Angka cakupan peningkatan mutu pelayanan terhadap TB Paru jumlah penderita BTA positif yang diobati dengan DOT adalah 22,89% yaitu 19 penderita dari target 83 penderita.
- Angka cakupan peningkatan mutu pelayanan terhadap HIV-AIDS adalah 100% yaitu 2 penderita dari target 2 penderita kasus yang ditangani sesuai dengan standar, penyakit menular seksual (PMS) adalah 100% yaitu 157 penderita dari target 157 penderita.

(Sumber: Formulir Penilaian Kinerja Puskesmas Dinoyo Kota Malang Tahun 2008, Kinerja Tahun 2007)

Dilihat dari kinerja pelayanan Puskesmas Dinoyo ini terutama mengenai program Pemberantasan Penyakit Menular, terdapat beberapa kegiatan yang tidak memenuhi target dalam pelaksanaannya, sehingga pelayanannya belum bisa dikatakan baik.

7). Usaha Perawatan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan (*health care*) sering dibedakan atas dua macam, yakni pelayanan kedokteran (*medical care*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*public health care*). Meskipun kedua macam pelayanan kesehatan ini menuntut keikutsertaan masyarakat. Namun dirasakan, bahwa pelayanan kedokteran ternyata kurang mengikutsertakan potensi masyarakat. Pelayanan kedokteran ini lebih berorientasi pada potensi kedokteran seperti rumah sakit, balai pengobatan, dokter, dan praktek-praktek paramedis. Inilah yang menyebabkan pelayanan kedokteran masih asing dengan campur tangan bukan kedokteran. Tidak demikian halnya dengan pelayanan kesehatan masyarakat, karena pelayanan kesehatan masyarakat ini telah lama mempraktekkan prinsip kerja dari, oleh dan bersama masyarakat.

Pelayanan yang seperti ini dirasakan kurang menguntungkan. Sekalipun masalah yang dihadapi masalah kedokteran akan tetapi untuk mengatasinya ternyata membutuhkan kalangan yang bukan dari kedokteran saja tapi juga dari kalangan luar kedokteran. Campur tangan untuk mengatasi masalah ini yang melibatkan kalangan bukan kedokteran mulai sekarang digalakkan. Salah satu bentuk dari campur tangan dan atau keikutsertaan masyarakat dalam pelayanan kedokteran dikenal dengan nama "usaha perawatan kesehatan masyarakat" (*public health nursing*).

Sama halnya dengan pelbagai usaha kesehatan tingkat pertama lainnya, maka keberhasilan usaha perawatan kesehatan masyarakat sangat diharapkan. Ada

beberapa hal yang menyebabkan perawatan kesehatan masyarakat pada dewasa ini menjadi sangat penting:

- a Terbatasnya fasilitas kedokteran yang ada, sehingga jika menggantungkan diri hanya pada fasilitas yang tersedia, akan sulit menyelesaikan pelbagai masalah kedokteran yang makin kompleks.
 - b Terjadinya perubahan pola kehidupan masyarakat, yakni dengan bertambahnya golongan masyarakat yang kurang mendapatkan perhatian yang cukup, seperti remaja yang diabaikan orang tua, orang jompo yang terlantar. Golongan yang seperti ini membutuhkan perhatian khusus, yang tidak mungkin dapat terpenuhi jika hanya menggantungkan diri pada fasilitas kedokteran yang ada.
 - c Terjadinya perubahan pola pelayanan kesehatan dan atau pola penyakit. Pada saat ini terdapat kecenderungan untuk melakukan tindak lanjut pasca perawatan dari rumah sakit ke perawatan di lingkungan keluarga dan atau masyarakat. Kecuali itu ditemukan pula macam penyakit yang bersifat menahun, yang jika dirawat di rumah sakit tidak akan menguntungkan penderita atau keluarganya.
 - d Adanya keyakinan bahwa masalah kedokteran adalah masalah masyarakat sendiri, dan karena itu mereka harus diajak untuk turut bertanggungjawab.
- (Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 105)

Usaha perawatan kesehatan masyarakat ialah bagian dari usaha kesehatan pokok yang menjadi bebas tugas Puskesmas, yang melaksanakan kegiatan perawatan penderita, melakukan pendidikan dan nasehat kesehatan bagi penderita, keluarga, dan masyarakat sekitar untuk menyembuhkan dan meningkatkan kesehatan penderita, keluarga dan masyarakat sekitar melalui peningkatan kapasitas masing-masing sehingga dapat mengatasi pelbagai masalah kesehatan yang dihadapi.

Batasan yang seperti ini terlihat bahwa ruang lingkup kegiatan yang dilakukan terutama terhadap masyarakat, bukan terhadap individu penderita. Selanjutnya setiap kegiatan yang ditujukan kepada individu penderita hendaknya dapat disesuaikan dengan keadaan dan atau kebutuhan masyarakat sekitar secara keseluruhan. Sekalipun usaha ini disebut dengan nama perawatan, bukan berarti kegiatan hanya untuk menyembuhkan penderita, tetapi mencakup dan bahkan yang terpenting ialah mencegah timbulnya penyakit serta memelihara tingkat kesehatan. Dengan perkataan lain, yang dimaksud dengan usaha perawatan kesehatan masyarakat tersebut sebenarnya ialah suatu kegiatan profesional di mana pengetahuan dan ketrampilan tentang perawatan digabungkan dengan pengetahuan dan ketrampilan tentang kesehatan masyarakat.

Kegiatan yang terdapat dalam usaha perawatan kesehatan masyarakat berada di antara satu negara dengan negara lainnya, karena hal ini amat ditentukan oleh masalah kesehatan yang dihadapi serta kemampuan yang dipunyai. Pembagian umum yang dianut ialah membedakan kegiatan perawatan kesehatan masyarakat atas dua macam, yakni:

a Kegiatan yang ada hubungannya dengan perawatan dan penyembuhan penyakit atau masalah kesehatan yang dihadapi penderita. Untuk ini ada beberapa macam usaha yang dapat dilakukan, yakni:

1) Merawat penderita tersebut:

Yang dimaksudkan dengan penderita di sini, adalah mereka yang baru pulang dari rumah sakit dan membutuhkan perawatan sebagai kelanjutan dari yang diperoleh di rumah sakit, atau mereka yang sakit dan karena satu dengan yang lain hal tidak dapat berobat di rumah sakit atau difasilitas kesehatan lainnya.

2) Dalam melakukan perawatan terhadap penderita, dapat dipakai tiga pendekatan, yakni: dilakukan oleh perawat sendiri, dilakukan oleh anggota keluarga yang telah diberi petunjuk cara-cara perawatan, atau jika kedua hal ini tidak mungkin, maka dilakukan rujukan kepada fasilitas kesehatan yang sesuai.

3) Melakukan bimbingan dan pendidikan terhadap keluarga penderita:

Tujuan dari perawatan ini kecuali untuk memberikan pengetahuan dan ketrampilan merawat anggota keluarga yang sakit, juga untuk menanamkan pengertian, kebiasaan, dan perilaku yang sehat kepada setiap anggota keluarga, sehingga mereka dapat memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masing-masing.

4) Melakukan pengawasan kesehatan lingkungan:

Tujuan dari perawatan ini adalah untuk menciptakan keadaan lingkungan yang lebih menguntungkan terhadap penderita dan terhadap keluarga, sehingga penyakit dapat disembuhkan serta kesehatan seluruh keluarga dapat dipelihara dan ditinggalkan.

5) Melakukan kegiatan lainnya yang bersifat penunjang untuk menyembuhkan penderita:

Termasuk dalam usaha ini ialah membantu melakukan pencatatan tentang kemajuan kesehatan penderita, membantu mencari jalan keluar untuk pelbagai masalah yang dihadapi penderita atau keluarga.

b Kegiatan yang ada hubungannya dengan upaya pengembangan partisipasi masyarakat. Tujuan yang ingin dicapai dari kegiatan ini ialah menggali potensi keluarga dan masyarakat sehingga mereka memiliki kapasitas untuk menanggulangi penyakit ataupun masalah kesehatan yang ada di daerah tempat tinggalnya. Untuk ini ada beberapa lapangan kegiatan yang harus dilakukan:

1) Bidang perencanaan, yakni bersama-sama masyarakat merencanakan upaya apa yang kiranya dapat dilakukan untuk mengatasi masalah yang ditemukan;

2) Bidang pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, yang harus dilakukan bersama-sama masyarakat setempat;

- 3) Bidang pengelolaan, misalnya ikut mengerahkan pelbagai organisasi masyarakat sehingga mau berpartisipasi dalam perawatan kesehatan masyarakat, membantu mencatat dan melaporkan setiap masalah kesehatan yang ditemukan
- 4) Bidang pendidikan dan bimbingan terhadap petugas atau anggota masyarakat yang telah melibatkan diri dalam perawatan kesehatan masyarakat, seperti misalnya terhadap kader kesehatan, kader gizi, dan lain sebagainya sehingga pengetahuan dan ketrampilannya ditingkatkan;
- 5) Bidang penelitian, yakni jika memang ada kemampuan untuk melaksanakannya.

(Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 108)

Di Indonesia, usaha yang sering dilakukan oleh Puskesmas untuk mengembangkan partisipasi masyarakat ada tiga macam, yakni:

- a Melakukan pembinaan kesehatan keluarga, yang dikenal pula dengan nama "program keluarga binaan";
- b Melakukan pembinaan lembaga atau institusi yang ada dalam masyarakat seperti panti asuhan, panti orang jompo, organisasi kaum ibu (wanita), dan lainnya sebagainya;
- c Melakukan program PKMD, yakni dalam rangka menggali potensi masyarakat, mengembangkan, mengorganisir dan menggerakkan masyarakat untuk melaksanakan pelbagai kegiatan yang ada kaitannya dengan usaha perawatan kesehatan masyarakat.

(Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 110)

Sama halnya dengan pengelolaan usaha kesehatan pokok lainnya yang ada di Puskesmas, maka dalam mengelola usaha perawatan kesehatan masyarakat harus berpedoman kepada empat asas pengelolaan Puskesmas, yakni:

- a Mengikutsertakan potensi masyarakat

Latar belakang dari lahirnya usaha perawatan kesehatan masyarakat pada dasarnya ialah berusaha mengikutsertakan masyarakat dalam melakukan perawatan kesehatan yang ditemukan di masyarakat. Dengan latar belakang yang seperti ini jelaslah bahwa melaksanakan usaha perawatan kesehatan masyarakat tersebut, tidak boleh melepaskan diri dari keikutsertaan masyarakat. Untuk itu upaya pengikutsertaan potensi masyarakat dalam mengelola usaha kesehatan pokok Puskesmas termasuk usaha perawatan kesehatan masyarakat telah dikonkritkan dalam bentuk Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD). Sangat diharapkan agar PKMD tersebut dapat diarahkan dalam merencanakan kegiatan, melakukan pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, dan sebaliknya, petugas kesehatan diharapkan pula dapat membantu pengelolaan serta melaksanakan pendidikan dan bimbingan kepada petugas-petugas yang tergabung dalam PKMD.

Dalam melakukan pengikutsertaan potensi masyarakat, maka ada beberapa langkah yang harus ditempuh, yakni:

- 1) Menentukan ruang lingkup tanggung jawab dan atau masalah kesehatan yang ada di masyarakat;
- 2) Mengeerakkan potensi perseorangan, keluarga dan masyarakat untuk melakukan usaha-usaha guna meningkatkan status kesehatan mereka;

- 3) Melakukan pengelolaan program sebaik-baiknya;
- 4) Melakukan pengembangan program dalam rangka pengembangan dan peningkatan kehidupan keluarga dan masyarakat.

b Melaksanakan asas rujukan

Salah satu kegiatan yang ada dalam usaha perawatan kesehatan masyarakat ialah melakukan perawatan di rumah. Apabila kegiatan ini tidak mendatangkan hasil, maka haruslah dilakukan rujukan ke fasilitas kesehatan lainnya yang lebih mampu. Rujukan dapat pula dalam bentuk pengetahuan, artinya menanyakan hal-hal yang tidak begitu dimengerti kepada kalangan lain yang lebih mengetahuinya.

c Bertanggungjawab pada wilayah kerja

Tanggungjawab yang dimaksudkan disini ialah membina pelbagai potensi yang ada di wilayah kerja sehingga mau berpartisipasi dalam kegiatan yang dilakukan, disamping bertanggungjawab dalam melaksanakan kunjungan rumah, perawatan di rumah, pembinaan keluarga dari warga yang bertempat tinggal di wilayah kerja.

d Melaksanakan kegiatan secara terintegrasi

Kegiatan yang ada dalam usaha perawatan kesehatan masyarakat sangat luas sekali, yakni hampir mencakup seluruh usaha kesehatan pokok yang dilaksanakan oleh Puskesmas, oleh karena itu agar hasil dapat dicapai secara optimal, maka pengintegrasian usaha perawatan kesehatan masyarakat dengan usaha-usaha kesehatan pokok lainnya dipandang sangat mutlak. Jika usaha perawatan penderita diartikan bagaimana dapat terjalin hubungan yang baik antara penderita disatu pihak dengan perawat di pihak lainnya, maka bentuk-bentuk hubungan ini dapat dibedakan atas dua macam, yakni:

- a Bersifat langsung, pada umumnya dapat diwujudkan dalam bentuk melakukan kunjungan rumah, melakukan pertemuan kelompok-kelompok di tempat-tempat tertentu (misalnya sekolah, kantor), melakukan pertemuan kelompok di masyarakat (balai desa, arisan), hubungan melalui surat dan telepon
- b Bersifat tidak langsung, yakni melalui kader-kader kesehatan dan atau anggota keluarga yang telah dilatih sebelumnya.

(Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 111)

Semua bentuk kegiatan ini, haruslah dilaksanakan secara terintegrasi.

Dengan perkataan lain, setiap kegiatan yang dilakukan kader-kader kesehatan haruslah merupakan bagian yang integral dari usaha perawatan kesehatan masyarakat yang telah disusun oleh Puskesmas. Selanjutnya karena usaha perawatan kesehatan masyarakat ini meliputi pula kegiatan pengembangan partisipasi masyarakat, maka pengintegrasian dengan pelbagai kegiatan lain yang ada di masyarakat haruslah pula dapat dilakukan dengan sebaik-baiknya.

Faktor-faktor kendala yang memengaruhi program ini yaitu:

- 1) Peralatan kesehatan yang terbatas, sehingga tergantung dengan fasilitas yang ada, yang penangannya kurang maksimal.

- 2) Penyuluhan kepada masyarakat mengenai perawatan atau pengobatan masih kurang menyeluruh.
- 3) Mengenai kesehatan, terkadang masyarakat mengabaikannya sehingga perawatannya juga tidak begitu baik.

8). Usaha Kesehatan Gigi

Usaha kesehatan gigi ialah bagian dari usaha kesehatan pokok yang menjadi beban tugas Puskesmas yang bertujuan untuk mencegah, mengobati, dan meningkatkan kesehatan gigi masyarakat.

Tujuan dari kesehatan gigi ini dibedakan menjadi dua macam yakni:

- a Untuk anak sekolah:
 - 1) Tidak ada lagi gigi tetap yang akan dicabut karena carries;
 - 2) Tidak akan ada lagi proses carries pada gigi tetap;
 - 3) DMF-T total per anak tidak lebih dari 3;
 - 4) DMF-T total per anak tidak lebih dari 6;
 - 5) Prevalen inggivitis menurun 50%
 - 6) Prevalen geligi berdesakan menurun 50%
- b Untuk orang dewasa:
 - 1) Tidak akan lagi penyebab rasa sakit di mulut yang tidak mendapat pengobatan;
 - 2) Bertambah kesadaran akan pentingnya kesehatan gigi terutama ibu hamil;
 - 3) Penurunan derajat kesakitan penyakit peri odontal.

(Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 117)

Untuk mencapai tujuan di atas, maka disusunlah pelbagai kegiatan dalam usaha kesehatan gigi yang secara umum dapat dibedakan atas:

c Penyuluhan kesehatan gigi

Tujuan dilaksanakannya penyuluhan kesehatan gigi, kecuali menambah pengetahuan, mengubah sikap dan mengarahkan tingkah laku sehingga sesuai dengan konsep kesehatan gigi, juga memperkenalkan kepada masyarakat cara-cara perawatan gigi dirumah (*self care*), disamping mengajarkan kepada masyarakat untuk dapat mengenal kelainan gigi yang dialaminya. Penyuluhan ini dilakukan disetiap kesempatan, terutama kepada golongan masyarakat yang paling membutuhkan yakni murid sekolah melalui program kesehatan sekolah ataupun kepada ibu hamil melalui program kesejahteraan ibu dan anak.

d Pencegahan penyakit

Dilakukan dalam bentuk pemberian flour pada anak-anak sekolah serta screening pada masyarakat umum termasuk anak sekolah.

e Perawatan gigi

Perawatan gigi bisa dilakukan seperti membersihkan karang gigi atau merawat kelainan atau gigi yang ditemukan di masyarakat. Tujuan kegiatan perawatan gigi ialah untuk mencegah makin parahnya kelainan yang diderita. Kegiatan ini dilakukan oleh tenaga kesehatan gigi, tenaga kesehatan lainnya dan bahkan jika mungkin diharapkan dapat dilakukan oleh masyarakat sendiri.

f Mengikutsertakan potensi masyarakat

Pengikutsertaan masyarakat dilakukan dalam bentuk mengajak serta pelbagai institusi yang ada di masyarakat, seperti sekolah, perkumpulan kaum ibu, ataupun mengajak masyarakat secara perseorangan, yakni dalam rangka dapat dilakukannya kegiatan perawatan di rumah dan mengenal sendiri kelainan gigi yang dialami. Jika keadaan memungkinkan, maka pengikutsertaan masyarakat dapat pula diarahkan kepada upaya pencegahan yang lebih spesifik.

g Melaksanakan asas rujukan

Penerapan asas rujukan merupakan suatu keharusan, karena mengingat kemampuan dari Puskesmas terbatas. Untuk itu Pemerintah telah melengkapkan rumah sakit dengan fasilitas dan tenaga ahli dalam bidang kesehatan gigi.

h Bertanggung jawab pada wilayah kerja

Bertanggung jawab pada wilayah kerja, yakni dalam rangka dapat ditanganinya semua masalah kesehatan gigi yang ada di wilayah kerja, seperti misalnya bertanggung jawab pada terhadap kesehatan gigi murid sekolah dengan melaksanakan suatu kegiatan khusus yang disebut Usaha Kesehatan Gigi Sekolah (UKGS).

i Melaksanakan kegiatan secara terintegrasi

Penyuluhan kesehatan gigi, harus dapat digabungkan dengan pelbagai kegiatan penyuluhan lain yang dilaksanakan oleh Puskesmas. Hal yang sama hendaknya juga dapat dilakukan ketika melakukan screening dan bahkan jika mungkin tindakan perawatan kelainan gigi.

(Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 119)

Faktor-faktor kendala yang mempengaruhi program ini yaitu:

- 1) Terbatasnya fasilitas yang ada.
- 2) Tenaga kerja gigi yang kurang, sehingga berpengaruh juga terhadap pelayannya.
- 3) Banyak masyarakat yang kurang peduli terhadap kesehatan gigi, kebanyakan masyarakat memeriksa gigi ketika kesehatan gigi terganggu, sehingga perawatan kesehatan gigi masih kurang diperhatikan.
- 4) Penyuluhan akan pentingnya kesehatan gigi juga masih kurang berkala.
- 5) Penyuluhan kesehatan gigi lebih sering ke siswa-siswa, padahal masyarakat umum juga memerlukan penyuluhan kesehatan gigi.

Kualitas pelayanan program Usaha Kesehatan Gigi

- 1) Upaya pembinaan kesehatan gigi di murid TK dan SD, target dari pelaksanaan 64 kali, terlaksana 64 kali atau 100%. Termasuk kegiatan demo sikat gigi massal yang dilaksanakan 2 kali setahun.
- 2) Pelayanan kesehatan gigi, terdapat 7077 kasus, sedangkan yang ditangani sebanyak 4045 kasus, atau 57,16%.
- 3) Jumlah murid yang mendapatkan pelayanan kesehatan gigi paripurna sebanyak 150 murid dari target 941 murid.

(Sumber: Formulir Penilaian Kinerja Puskesmas Dinoyo Kota Malang Tahun 2008, Kinerja Tahun 2007)

Dari hasil kinerja pelayanan kesehatan gigi tersebut, ternyata pelaksanaan masih sangat kurang karena pelaksanaannya masih jauh dari target yang ditetapkan.

9). Usaha Kesehatan Gizi

Usaha kesehatan gizi adalah bagian dari usaha kesehatan pokok yang menjaadi beban tugas Puskesmas yang ditujukan untuk mencegah dan menanggulangi masalah gizi pokok yang terdapat di Indonesia, dengan jalan menurunkan jumlah penderita-penderitanya serta untuk meningkatkan status gizi masyarakat keseluruhan.

Ada 9 langkah yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan yang seperti ini menurut Departemen Kesehatan, yakni:

- a Meningkatkan gizi bahan makanan, yakni dengan jalan fortifikasi;
- b Meningkatkan usaha pencegahan dan penanggulangan KKP dengan jalan menimbang berat badan anak berumur 0 s/d 6 tahun, penambahan bahan makanan (PMT), penyuluhan gizi, melaksanakan UPGK dengan pelayanan kesehatan serta melakukan usaha surveilance dalam rangka meningkatkan kewaspadaan terhadap masalah gizi dan pangan;
- c Meningkatkan usaha pencegahan dan penanggulangan defisiensi vitamin A dengan jalan melaksanakan paket gizi, fortifikasi bahan makanan dengan vitamin A, penyuluhan dan pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi, yakni 2.000.000 IU kepada anak berumur 1 s/d 4 tahun setiap 6 bulan sekali;
- d Meningkatkan usaha pencegahan dan penanggulangan anemia gizi dengan jalan pemberian paket pertolongan gizi atau tablet mengandung zat besi, penyuluhan dan fortifikasi bahan makanan dengan zat besi;
- e Meningkatkan usaha pencegahan dan penanggulangan penyakit gondok endemis dengan jalan penyuntikan dengan lipiodol untuk laki-laki antara 0-20 tahun dan untuk wanita 0-45 tahun, yodonisasi garam dapur;
- f Meningkatkan usaha penyuluhan gizi yang diterapkan terutama yang menopang program UPGK;
- g Meningkatkan usaha pembinaan pelayanan gizi institusi dan massal dengan jalan pengembangan unit gizi rumah sakit propinsi dan kabupaten serta menentukan penyelenggaraan makanan massal;
- h Meningkatkan usaha pengadaan tenaga gizi, sarana dan penelitian;
- i Meningkatkan kelembangan koordinasi usaha perbaikan pangan dan gizi dengan jalan melakukan intervensi program gizi terhadap usaha-usaha pembangunan lainnya.

(Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 126)

Mengingat keterbatasan yang ada di Puskesmas belumlah semua dari langkah yang telah digariskan ini dapat dilaksanakan oleh Puskesmas. Kegiatan-kegiatan yang bisa dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. Penyuluhan gizi, penyuluhan adalah program inovatif yang harus dilakukan oleh Puskesmas dalam rangka usaha kesehatan gizi. Untuk ini Dinas Kesehatan telah menggariskan cara kerjanya yang disebut dengan pendekatan edukatif. Ada lima tahap yang harus dilakukan dalam melakukan penyuluhan gizi, yakni tahap pengenalan masyarakat, tahap pengembangan rancangan pesan-pesan gizi, tahap uji coba rancangan pesan gizi yang akan diterapkan, tahap produksi dan penyebaran pesan serta tahap penilaian. Penyuluhan gizi di Puskesmas haruslah dilakukan secara terintegrasi dengan semua usaha kesehatan pokok lainnya yang dapat dilakukan terhadap pengunjung Puskesmas atau masyarakat.
- b. Pencegahan dan penanggulangan kelainan gizi, terutama keempat kelainan masalah gizi pokok yang terdapat di tanah air, yakni: pemberian vitamin A dosis tinggi (200.000 IU) kepada setiap anak di bawah lima tahun ssetiap enam bulan sekali, memberikan suntikan larutan yodium dalam minyak terhadap laki-laki berumur 0 s/d 20 tahun, dan wanita berumur 0 s/d 45 tahun setiap lima tahun sekali; pemberian preparat besi kepada ibu hamil, anak-anak, dan pekerja yang berpenghasilan rendah serta merawat anak yang menderita KKP berat yang menderita komplikasi.
- c. Peningkatan status gizi keluarga, yakni melalui program Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK), yang dibedakan pula atas empat bentuk, yakni:
UPGK umum meliputi kegiatan:
 - 1) penimbangan bulanan terhadap anak balita;
 - 2) pendidikan gizi, terutama kepada ibu hamil, ibu menyusui atau ibu yang mempunyai anak balita dengan KKP;
 - 3) memberikan paket pertolongan gizi, terdiri dari vitamin A dosis tinggi, preparat besi dan garam oralit;
 - 4) pemberian makan tambahan kepada anak-anak kurang gizi.
 - 5) Dari semua kegiatan ini dilakukan di taman gizi serta dilakukan pula dalam rangka peningkatan peranan wanita dalam bidang kesehatan.

UPGK Integrasi yang meliputi kegiatan seperti di atas dan dikaitkan dengan kegiatan spesifik sesuai dengan instansi lain yang diajak serta berintegrasi. Pengertian integrasi juga ditunjukkan dengan kegiatan Puskesmas lainnya, seperti usaha pemberantasan penyakit menular, usaha kesehatan lingkungan, usaha perawatan kesehatan masyarakat, dan lain sebagainya. Dengan pengertian yang seperti ini, ada tujuh kegiatan tambahan lain yang dilakukan, yakni:

- 1) Immunisasi;
- 2) Penyediaan air bersih;
- 3) Sanitasi lingkungan;
- 4) Pelayanan kesehatan sederhana;
- 5) Rehabilitasi KKP berat;
- 6) Keluarga berencana;
- 7) Pendidikan kesehatan.

UPGK intensif, di sini dilakukan kegiatan yang titik beratnya untuk meningkatkan pendapatan keluarga. Kegiatan yang dilakukan meliputi kesebelas kegiatan di atas dan ditambah dengan:

- 1) penggunaan teknologi sederhana;
- 2) menumbuhkan industri rumah tangga;
- 3) menumbuhkan dan menggalakkan perkoperasian;

- 4) menumbuhkan adanya dana sehat.

UPGK khusus, yakni kegiatan yang ditujukan hanya kepada sasaran tertentu, seperti misalnya para transmigran, buruh perkebunan, dan lain sebagainya. Kegiatan yang dilakukan disesuaikan dengan kemampuan, jai dapat berupa kegiatan UPGK Umum, UPGK Integrasi, ataupun UPGK Insentif.

(Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 127)

Usaha kesehatan gizi pada dasarnya adalah usaha yang bersifat lintas sektoral, karena sebenarnya masalah gizi tersebut muncul tidak hanya karena adanya faktor-faktor kesehatan, tetapi faktor tersedia atau tidaknya bahan makanan, faktor kemampuan masyarakat membeli serta faktor penerimaan masyarakat akan bahan yang tersedian ternyata mempunyai peranan yang cukup besar pula dalam menentukan muncul atau tidaknya masalah gizi tersebut. Atas pertimbangan yang seperti ini, maka pengelolaannya di Puskesmas haruslah benar-benar dapat menerapkan ke semua asas Puskesmas secara menyeluruh dan terpadu. Pengelolaan yang dimaksud ialah:

1. Mengikutsertakan potensi masyarakat

Program UPGK tidak mungkin dilaksanakan, jika pengikutsertaan masyarakat tidak dilakukan. Lebih daripada itu dalam mengikutsertakan potensi masyarakat, harus pula dapat ditingkatkan produksi bahan makanan di samping meningkatkan mutu bahan makanan yang banyak dikonsumsi oleh masyarakat. Bentuk-bentuk kegiatan yang lazim dilakukan yang merupakan bagian dari program UPGK misalnya memanfaatkan pekarangan, mendirikan taman gizi, Karang Balita atau pos penimbangan Batita (bawah tiga tahun), yang pelaksanaannya diharapkan oleh masyarakat sendiri, yakni kader-kader gizi yang telah ditatar oleh Puskesmas. Tentunya program pengikutsertaan masyarakat ini harus dapat pula dilaksanakan sebagai bagian dari program PKMD.

2. Melaksanakan asas rujukan

Keterbatasan yang dimiliki oleh Puskesmas menyebabkan Puskesmas harus melaksanakan asas rujukan, artinya, melimpahkan wewenang dan tanggung jawab atas masalah kesehatan atau pasien kepada fasilitas kesehatan lainnya yang lebih mampu. Selanjutnya adalah kewajiban Puskesmas untuk merehabilitasi penderita kelainan gizi yang telah dipulangkan ke masyarakat, sedemikian rupa sehingga dapat berfungsi secara normal di masyarakat, di samping untuk mencegah agar penyakit gizi yang diderita tidak akan timbul lagi.

3. Bertanggung jawab penuh atas wilayah kerja

Kewajiban Puskesmas untuk dapat melaksanakan usaha kesehatan gizi meliputi seluruh daerah yang ada di wilayah kerjanya seperti misalnya melaksanakan program UPGK di tiap unit yang ada di masyarakat. Pertanggungjawaban daerah ini meliputi pula kewajiban Puskesmas untuk melakukan bimbingan ataupun pengarahan setiap organisasi masyarakat yang ada hubungannya dengan masalah gizi, misalnya Taman Kanak-kanak, Sekolah, atau Organisasi masyarakat sendiri, seperti kaum ibu, Karang Balita, dan lain sebagainya.

4. Melaksanakan kegiatan secara terintegrasi

Integrasi yang dimaksud, tidak hanya dengan program lainnya yang dilaksanakan oleh Puskesmas, tetapi juga dengan program pembangunan lainnya sebagaimana yang ditemukan dalam melaksanakan kegiatan UPGK.
(Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 129)

Faktor-faktor kendala yang mempengaruhi kinerja program kesehatan gizi

- 1) Dalam menjalankan kegiatan partisipasi masyarakat sangat penting untuk mencapai keberhasilan dari suatu kegiatan terutama masalah kesehatan. Partisipasi masyarakat yang rendah juga akan berakibat pada keberhasilan kegiatan itu sendiri.
- 2) Permasalahan pada pemenuhan gizi adalah mampu tidaknya masyarakat dalam memenuhi kebutuhan gizi yang seimbang. Banyak masyarakat yang dalam memenuhi kebutuhan gizi tidak seimbang.
- 3) Kegiatan ini juga harus ditujukan pada bayi, balita dan anak-anak usia sekolah yang memerlukan bimbingan mengenai kebutuhan gizi dalam tubuh.

Kualitas pelayanan kesehatan program Upaya Perbaikan Gizi

- 1) Pemberian Zat Besi dan Vitamin A pada sasaran ibu hamil mendapat Fe 90 tab 365 orang yaitu target 1122 ibu hamil akan tetapi yang terealisasi hanya 760 ibu hamil, atau 67,74%.
- 2) Pemberian Zat Besi dan Vitamin A pada ibu meneteki yaitu 2071 ibu meneteki, sedangkan yang teralisasi 576 ibu meneteki, atau 27,81%.
- 3) Pemberian Zat Besi dan Vitamin A pada wanita usia subur dengan target 18218 WUS sedangkan yang teralisasi 13348 WUS.
- 4) Pemberian kapsul iodium pada Daerah Gondok Endemik pada Ibu hamil yaitu tergetnya 987 ibu hamil sedangkan yang terealisasi 519 ibu hamil, atau 52,58%.
- 5) Pemberian kapsul iodium pada Daerah Gondok Endemik pada ibu meneteki yaitu dengan target 1812 ibu meneteki namun yang terealisasi 0, atau 0%.
- 6) Pemberian kapsul iodium pada Daerah Gondok Endemik pada wanita usia subur yaitu targetnya 15941 WUS namun yang teralisasi 15065 WUS, atau 94,50%.

(Sumber: Formulir Penilaian Kinerja Puskesmas Dinoyo Kota Malang Tahun 2008, Kinerja Tahun 2007)

10). Usaha Kesehatan Jiwa

Usaha kesehatan jiwa adalah bagian dari usaha kesehatan pokok yang menjadi baban tugas Puskesmas, yang ditujukan kepada seluruh penduduk untuk mencegah kelainan jiwa, mempertahankan serta memelihara kesehatan jiwa masyarakat secara keseluruhan (Azrul Azwar, 1980: h. 135). Pelaksanaan usaha

kesehatan jiwa di Puskesmas adalah realisasi dari konsep kesehatan jiwa masyarakat. Kegiatan yang harus dilakukan untuk mewujudkan kesehatan jiwa komunitas mencakup ruang lingkup yang amat luas. Tentu mudah dimengerti bahwa tidak semua kegiatan ini dapat dilakukan oleh Puskesmas, karena memang Puskesmas didirikan hanya sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama dan karena itu kegiatan yang dapat dilakukan mempunyai batasan.

Disesuaikan dengan situasi, kondisi, dan kemampuan Puskesmas, maka kegiatan yang dapat dilakukan dalam usaha kesehatan jiwa secara umum dapat dibedakan atas beberapa macam, yakni:

- 1) Melaksanakan usaha penyuluhan kesehatan jiwa, usaha ini dilakukan untuk menimbulkan pengertian dan kesadaran masyarakat akan pentingnya masalah kesehatan jiwa. Penyuluhan kesehatan jiwa dapat dilakukan di Puskesmas, yakni terhadap pengunjung ataupun di masyarakat seperti misalnya pada kunjungan rumah, ceramah, dan lain sebagainya.
- 2) Melakukan pemeliharaan kesehatan jiwa, termasuk kedalmnya ialah melakukan pencarian kasus secara aktif atau pasif, mengobati penderita yang akut, merujuk bagi yang tidak dapat ditangani di Puskesmas, serta menyalurkan kembali penderita yang dipulangkan dari rumah sakit ke masyarakat.
- 3) Melakukan perlindungan untuk kelompok masyarakat tertentu yang secara relatif mudah terserang gangguan jiwa, seperti misalnya orang jompo atau anak-anak yang serba kekurangan (perhatian, kasih sayang, pergaulan, sosial ekonomi, dan sebagainya).
- 4) Mengorganisir masyarakat sehingga dapat digerakkan untuk membantu usaha kesehatan jiwa yang dilaksanakan oleh Puskesmas.

(Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 136)

Pengelolaan usaha kesehatan jiwa di Puskesmas mengikuti asas pengelolaan umum yang berlaku di Puskesmas, yakni:

1 Mengikutsertakan potensi masyarakat

Prinsip pengikutsertaan masyarakat dalam melaksanakan usaha kesehatan jiwa adalah penting, karena kecuali dapat meringankan beban yang dipikul oleh Puskesmas (sarana, tenaga, dan biaya), juga dapat diminta untuk menemukan penderita baru. Hal ini dianggap pokok, karena sampai saat ini masih ditemukan anggota masyarakat yang berpandangan salah akan penyakit jiwa, dan karena itu tidak mau membawa anggota keluarganya yang kebetulan sakit, karena adanya rasa malu.

Apabila di masyarakat banyak ditemukan kelainan jiwa misalnya anak-anak terbelakang, maka diharapkan agar masyarakat dapat diajak untuk ikut menanggulangnya, misal dalam bentuk mendirikan sekolah luar biasa. Demikian pula jika sekiranya banyak ditemukan orang jompo yang tidak ada kerabatnya lagi, maka potensi masyarakat dapat diikutsertakan dalam mengatasi hal ini, seperti mendirikan panti perawatan orang jompo.

Upaya pengikutsertaan masyarakat dalam program Puskesmas telah dikonkritkan oleh Pemerintah dalam bentuk PKMD, maka memanfaatkan PKMD untuk mengatasi masalah kesehatan jiwa amat dianjurkan.

2 Melaksanakan asas rujukan

Kemampuan Puskesmas untuk menanggulangi masalah kesehatan jiwa masih terbatas sekali, dan oleh karena itu dalam melaksanakan usaha ini, Puskesmas harus menjalankan asas rujukan. Pengertian rujukan untuk usaha kesehatan jiwa adalah sama dengan pengertian rujukan secara umum, bedanya adalah jalur rujukannya, karena untuk usaha kesehatan jiwa, rujukan tidak dilakukan ke Rumah Sakit Kelas DCBA, tetapi ke Rumah Sakit Kelas Khusus, yakni Rumah Sakit Jiwa yang telah didirikan oleh Pemerintah. Untuk itu di tiap propinsi telah didirikan Rumah Sakit Jiwa yang dapat dimanfaatkan Puskesmas terdekat.

3 Bertanggung jawab pada wilayah kerja

Pertanggungjawaban yang dimaksud adalah meliputi seluruh masyarakat yang bertempat tinggal di wilayah kerja seperti misalnya sekolah luar biasa, panti perawatan orang jompo, dan lain sebagainya. Kunjungan rutin terhadap lembaga-lembaga kemasyarakatan yang bergerak dalam usaha kesehatan jiwa ini harus dilakukan dengan teratur.

4 Melaksanakan kegiatan secara terintegrasi

Asas integrasi dalam usaha kesehatan jiwa adalah pokok, karena salah satu prinsip dalam melaksanakan usaha kesehatan komunitas ialah melaksanakan pelayanan secara tidak langsung dalam arti memanfaatkan pelayanan yang ada, dengan perkataan lain, kegiatan *case finding*, harus dapat dilakukan ketika melayani penderita di Balai Pengobatan, di Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak, dan lain sebagainya. Demikian pula kegiatan penyuluhan kesehatan jiwa hendaknya dapat diintegrasikan ketika melaksanakan usaha kesehatan sekolah, usaha perawatan kesehatan masyarakat atau ketika melaksanakan usaha penyuluhan kesehatan itu sendiri.

(Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 137)

Pengintegrasian dengan program pembangunan yang dilaksanakan di wilayah kerja amat diharapkan pula, bukan saja untuk melakukan usaha-usaha pencegahan primer, tetapi juga pencegahan sekunder dan tersier.

11). Usaha Laboratorium Kesehatan Masyarakat

Untuk mengetahui penyebab penyakit, macam penyakit yang diderita, melakukan tindakan pencegahan dan tindakan pengobatan yang tepat, maka kalangan kedokteran memerlukan pelbagai macam pemeriksaan. Salah satu dari macam pemeriksaan tersebut ialah pemeriksaan laboratorium.

Dalam praktek kedokteran modern sebagaimana yang dialami kini, maka pemeriksaan laboratorium telah menempati kedudukan dan bahkan mempunyai peranan yang cukup penting. Untuk beberapa macam penyakit tertentu, tindakan

kedokteran hanya dapat diberikan, jika telah dilakukan pemeriksaan laboratorium sebelumnya.

Demikianlah karena pentingnya peranan pemeriksaan laboratorium ini, maka setiap institusi kedokteran berupaya mengadakannya, termasuk juga institusi kedokteran yang bergerak dalam bidang kesehatan masyarakat. Untuk institusi yang bergerak dalam bidang pelayanan kesehatan masyarakat, peranan laboratorium ternyata sangat luas, karena dengan pemeriksaan laboratorium tersebut, akan dapat dikumpulkan pelbagai data yang lebih khusus, yang kesemuanya pada gilirannya amat bermanfaat untuk dipakai sebagai pertimbangan ketika menyusun rencana kerja.

Di Indonesia, pemeriksaan laboratorium ini dilaksanakan di pelbagai institusi kesehatan, ada yang merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang diberikan oleh institusi tersebut, atau ada pula yang berdiri sendiri. Untuk pelayanan laboratorium kesehatan masyarakat, institusi kesehatan yang paling diharapkan dapat memainkan peranan yang utama ialah Puskesmas, suatu institusi kesehatan yang oleh Pemerintah sengaja didirikan untuk berhadapan langsung dengan masyarakat luas.

Usaha laboratorium kesehatan masyarakat ialah bagian dari usaha pokok yang menjadi beban tugas Puskesmas yang bertujuan untuk menunjang pelayanan kesehatan sehingga maksud dan tujuan dari pelayanan kesehatan tersebut yakni untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dapat tercapai dengan memuaskan (Azrul Azwar, 1980: h. 145).

Dinas kesehatan telah menetapkan langkah-langkah yang harus ditempuh, untuk tingkat Puskesmas pada dasarnya berkisar atas:

- 1) Melengkapkan sarana fisik peralatan medis dan bahan-bahan kimia sesuai dengan perkembangan kebutuhan dan permintaan di bidang laboratorium;
- 2) Meningkatkan kemampuan pemeriksaan laboratorium yang ada di Puskesmas dan pemerataan pelayanannya;
- 3) Menyusun pembakuan metode pemeriksaan dan pengawasan mutu hasil pemeriksaan, serta penyebarluasan pengetahuan dan metode pemeriksaan laboratorium kepada petugas;
- 4) Menyempurnakan fasilitas rujukan, seperti meningkatkan kualitas dan kuantitas tenaga teknis di 26 laboratorium tingkat propinsi sehingga dapat melakukan pemeriksaan mikrobiologis, terutama bakteriologis, meningkatkan kemampuan pemeriksaan di 6 dari 26 laboratorium ini,

sehingga mampu melakukan pemeriksaan virus, zat racun, dan kekebalan;

- 5) Menyempurnakan sistem rujukan usaha laboratorium kesehatan masyarakat, baik secara vertikal maupun horizontal.

(Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 145)

Rencana pemerintah untuk menyediakan pelbagai kategori tenaga sehingga beban tugas laboratorium kesehatan masyarakat dapat terlaksanakan dengan baik. Untuk tingkat Puskesmas penyediaan tenaga khusus memang belum diprioritaskan, untuk sementara kebijaksanaan yang dianut adalah melatih tenaga perawat kesehatan dalam bidang laboratorium, untuk kemudian dipercayakan melayani usaha laboratorium kesehatan masyarakat yang ada di Puskesmas.

Kegiatan suatu laboratorium masyarakat sebenarnya cukup luas. Secara umum kegiatan tersebut dapat dibedakan atas beberapa macam, yakni:

- 1) Melakukan pemeriksaan sediaan atau bahan untuk membantu menegakkan diagnosa penyakit;
- 2) Melayani konsultasi pemeriksaan laboratorium untuk fasilitas laboratorium lainnya yang kurang mampu;
- 3) Membimbing fasilitas laboratorium lainnya yang berada di wilayah kerja;
- 4) Melakukan pemeriksaan kimia dan bakteriologis untuk setiap masalah kesehatan yang dibutuhkan, misalnya air minum, air limbah, makanan, minuman, dan lain sebagainya;
- 5) Mendistribusikan vaksin, serum dan lain sebagainya ke pelbagai fasilitas kesehatan lainnya yang membutuhkan;
- 6) Melakukan uji coba dan jika mungkin menghasilkan sendiri pelbagai macam vaksin an serum yang dibutuhkan;
- 7) Melakukan kegiatan penelitian.

(Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 146)

Puskesmas di Indonesia belumlah semua kegiatan ini dapat dilakukan dengan baik. Karena keterbatasan yang dimiliki, maka laboratorium yang ada di Puskesmas belum dapat melakukan uji coba atau memproduksi vaksin dan serum. Selanjutnya karena keterbatasan yang dimiliki tersebut, maka laboratorium yang ada di Puskesmas belum dapat pula melakukan pemeriksaan kimia dan bakteriologis, di samping belum mampu melakukan penelitian.

Usaha pengelolaan laboratorium kesehatan masyarakat yang ada di Puskesmas haruslah dapat menerapkan sepenuhnya cara-cara pengelolaan Puskesmas, yang secara singkat dirumuskan dengan 4 asas pokoknya, yakni:

1. Mengikutsertakan potensi masyarakat

Yang dimaksudkan dengan pengikutsertaan potensi masyarakat di sini, belum dalam bidang pemeriksaan sediaan atau bahan, tetapi masih terbat dalam

upaya mengumpulkan atau mendapatkan bahan atau sediaan tersebut. Misalnya, untuk memeriksa laboratorium penderita penyakit TBC, perlu ditumbuhkan keikutsertaan masyarakat, yakni membantu menimbulkan kesadaran penderita akan perlunya pemeriksaan tersebut. Hal yang sama juga berlaku untuk pemeriksaan laboratorium lainnya seperti penyakit kelamin, penyakit malaria, dan lain sebagainya.

2. Melaksanakan asas rujukan

Kemampuan Puskesmas dalam usaha laboratorium kesehatan masyarakat memang masih terbatas, dan karena itu harus dapat memanfaatkan fasilitas rujukan yang telah disediakan. Rujukan yang dimaksud bukan saja meminta bantuan guna pemeriksaan bahan atau sediaan yang tidak bisa ditangani sendiri, tetapi juga untuk memeriksa ulang hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.

3. Bertanggung jawab pada wilayah kerja

Salah satu kegiatan dari laboratorium kesehatan masyarakat ialah melayani konsultasi serta membina fasilitas laboratorium lainnya yang berada di wilayah kerja, dan karena itu adalah kewajiban laboratorium Puskesmas untuk memenuhinya. Tanggung jawab wilayah ini meliputi pula kegiatan pengambilan dan pengumpulan sediaan di masyarakat, misalnya jika masyarakat di wilayah kerja terjangkit penyakit menular.

4. Melaksanakan kegiatan secara terintegrasi

Peranan utama laboratorium kesehatan masyarakat ialah untuk menunjang pelayanan kesehatan. Dari pengertian peranan yang seperti ini jelaslah bahwa dalam melaksanakan usaha laboratorium kesehatan masyarakat di Puskesmas harus dilaksanakan secara terintegrasi dengan pelbagai usaha kesehatan pokok lainnya, seperti dengan program BKIA, UKS, Kesehatan Lingkungan, di samping program Balai Pengobatan.

(Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 147)

Faktor-faktor yang menjadi kendala dalam memberikan pelayanan dari laboratorium sederhana yaitu:

- 1) Peralatan yang dimiliki puskesmas sederhana dan kurang memadai.
- 2) Karena peralatan puskesmas yang sederhana maka sebagian masyarakat lebih memilih ke laboratorium yang lebih lengkap peralatannya.

12). Usaha Pencatatan dan Pelaporan Data

Melaksanakan usaha kesehatan yang bertujuan untuk memelihara, memperbaiki, dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, maka pada dasarnya diterapkan dua hal yang bersifat pokok, yakni:

- 1) Kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran, yakni menerapkan segala konsep dan penemuan-penemuan kedokteran yang sesuai dengan permasalahan kesehatan yang dihadapi;
- 2) Kemajuan ilmu dan teknologi administrasi, yakni menerapkan segala prinsip kerja administrasi dan manajemen sedemikian rupa sehingga penerapan kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran yang dimiliki berlangsung seefektif dan seefektif mungkin. (Sumber, 1980: h. 149)

Sekalipun hal-hal yang menyangkut kemajuan ilmu dan teknologi adalah pokok sifatnya, namun pada akhir-akhir ini telah diketahui bahwa menggantungkan harapan hanya kepada kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran saja, tidaklah dapat menjamin keberhasilan dari usaha kesehatan. Sebaliknya telah diketahui, betapa pun terbatasnya kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran yang dimiliki, jika dapat dikelola dengan baik, yakni sesuai dengan prinsip administrasi dan manajemennya, maka harapan dapat ditingkatkan derajat kesehatan masyarakat yang cukup besar.

Demikianlah, karena pentingnya menerapkan kemajuan ilmu dan teknologi administrasi tersebut, maka setiap negara di dunia sangat memperhatikan soal administrasi dan manajemen, maksudnya berupaya menerapkan segala prinsip administrasi yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, penyusunan staf, pengarahan, pengorganisasian, pelaporan, dan pembiayaan.

Prinsip-prinsip administrasi ini diterapkan terutama pada perencanaan, sangat dibutuhkan tersedianya data. Dalam rangka mendapatkan dan menyalurkan data kepada pihak yang membutuhkan, maka dalam pelayanan kesehatan telah dikembangkan suatu sistem tersendiri yang disebut dengan nama sistem informasi kesehatan. Untuk Indonesia, sistem informasi kesehatan ini sedang dikembangkan dengan melibatkan semua pihak yang dilibatkan tersebut ialah Puskesmas sebagai suatu unit fungsional yang melaksanakan tingkat pertama kepada masyarakat.

Usaha pencatatan dan pelaporan data ialah bagian dari usaha kesehatan pokok yang menjadi beban tugas Puskesmas untuk mengumpulkan dan meneruskan data kepada instansi kesehatan yang lebih tinggi, guna dipakai untuk menyusun rencana, melakukan pengarahan dan penilaian setiap usaha kesehatan yang dilaksanakan sedemikian rupa sehingga derajat kesehatan masyarakat dapat ditingkatkan.

Karena kedudukan dan peranan Puskesmas hanya sebagai unit pelaksana fungsional, maka tanggung jawa Puskesmas hanya mencatat dan melaporkan data saja. Sedangkan kegiatan pengolahan data, penyajian data ataupun interpretasi data, tidak dilakukan oleh Puskesmas. Dari kedudukan dan peranan yang seperti ini mudahlah dipahami bahwa pada dasarnya Puskesmas tidak mempunyai hak

dan kewajiban dalam perencanaan. Fungsi perencanaan diambil oleh instansi kesehatan yang lebih tinggi, yakni Dinas Kesehatan.

Karena konsep Puskesmas relatif baru di tanah air, dan lebih daripada itu karena sistem informasi kesehatan sedang dikembangkan, maka konsep usaha pencatatan dan pelaporan yang harus ditangani oleh Puskesmas, belumlah begitu sempurna. Pada dewasa ini, sistem pencatatan dan pelaporan Puskesmas sedang disusun, yakni menyatukannya ke dalam satu laporan yang utuh dan terpadu.

Sebagaimana yang tercantum dalam usaha yang harus dilakukan, maka kegiatan pada dasarnya dibedakan atas dua macam yakni:

1 Pencatatan

Kegiatan pencatatan di Puskesmas meliputi semua kegiatan yang dilakukannya. Secara umum ada dua macam catatan di Puskesmas, yakni:

- a Catatan kegiatan, yang dibedakan pula atas dua macam yakni: pertama, catatan kasus dengan mempergunakan pelbagai macam kartu seperti BP, kartu KIA, kartu KB, kartu Bayi/Anak, kartu UKS, dan lain sebagainya. Kedua, catatan pencapaian kegiatan dengan mempergunakan pelbagai macam formulir seperti formulir immunisasi, formulir kunjungan rumah, formulir penyuluh kesehatan, dan lain sebagainya. Catatan kegiatan ini ada yang membutuhkan buku induk, tetapi ada pula yang tidak. Catatan buku induk ini dilakukan pada suatu buku khusus yang untuk Puskesmas dikenal dengan nama buku register yang terdapat di BP, KIA, dan KB.
- b Catatan penerimaan dan pemakaian. Untuk ini dipergunakan pelbagai macam formulir, seperti formulir obat, keuangan, alat-alat dan lain sebagainya.

2 Kegiatan pelaporan

Kegiatan pelaporan di Puskesmas meliputi semua kegiatan yang dilakukannya. Untuk itu dipergunakan pelbagai macam formulir seperti formulir laporan penyakit, laporan pengunjung KIA, laporan susu, laporan pengunjung KB, laporan UKS, laporan penyuluhan kesehatan, laporan administrasi dan lain sebagainya. formulir yang dipergunakan ada dua macam, yakni:

- 1) Sama dengan formulir catatan, jadi yang dikirimkan di sini adalah lembaran aslinya, sedangkan lembaran kedua tinggal di Puskesmas sebagai arsip. Bentuk laporan yang seperti ini misalnya laporan UKS, laporan immunisasi, dan laporan obat.
- 2) Merupakan formulir tersendiri, jadi diperlukan menyalin data dari catatan yang ada. Contoh laporan yang seperti ini ialah laporan penyakit yang harus dipindahkan dari kartu atau dari buku register BP.

(Sumber: Azrul Azwar, 1980: h. 152)

Dalam mengelola usaha pencatatan dan pelaporan data, keempat asas Puskesmas harus pula dapat diterapkan, yakni:

- 1) Mengikutsertakan potensi masyarakat
Pengikutsertaan di sini ialah dalam rangka mengumpulkan data yang ada di masyarakat yang dapat dilakukan melalui kader kesehatan.

- 2) Melaksanakan asas rujukan
Asas rujukan yang dimaksud adalah dalam rangka lebih meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan petugas dalam melakukan pencatatan dan pelaporan data, misalnya mengirim petugas ke Dinas Kesehatan Kabupaten untuk mendapat latihan cara-cara mengisi laporan.
- 3) Bertanggung jawab pada wilayah kerja
Kewajiban Puskesmas untuk mencatat dan melaporkan setiap peristiwa kesehatan yang terjadi di wilayah kerjanya, apalagi jika peristiwa kesehatan tersebut ialah wabah penyakit yang harus dilaporkan paling lambat dalam waktu 24 jam.
- 4) Melaksanakan kegiatan secara terintegrasi
Kegiatan pencatatan dan pelaporan tidak mungkin dilaksanakan jika kegiatan tersebut bukan merupakan bagian yang utuh dari kegiatan lainnya yang ada di Puskesmas. Oleh karena itu harus dapat diciptakan suatu mekanisme kerja bahwa pencatatan dan pelaporan adalah bagian dari setiap. (Sumber, Azrul Azwar: 1980, h.).

d. Prinsip-prinsip dan asas pokok Puskesmas Dinoyo

Dalam mengelola semua kegiatan yang dimiliki oleh Puskesmas, ada beberapa prinsip atau asas pokok yang harus diikuti, yakni

- 1) Harus mengikutsertakan potensi masyarakat.
Prinsip atau asas ini sesuai dengan prinsip ilmu kesehatan masyarakat. Di samping itu telah sama diketahui bahwa kemampuan yang dimiliki oleh Puskesmas memang masih amat terbatas, dan karena itu jika masyarakat tidak diikutsertakan, maka akan sulit mencapai tujuan dari setiap kegiatan yang telah ditetapkan.
Pengertian mengikutsertakan masyarakat dalam melaksanakan kegiatan-kegiatan Puskesmas ialah dalam arti menggali pelbagai potensi yang ada di masyarakat sedemikian rupa sehingga masyarakat dengan kesadaran, kemauan dan kemampuan sendiri dapat melaksanakan pelbagai usaha kesehatan.
Pada dewasa ini, upaya mengikutsertakan masyarakat dalam pengelolaan kegiatan Puskesmas telah dikonkritkan oleh Pemerintah, yakni dengan dirumuskannya program Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD), di mana beberapa usaha yang dapat dibantu oleh masyarakat telah dilembagakan, seperti
 - a) Untuk membantu terbatasnya fasilitas kesehatan, maka masyarakat ikut mengulurkan tangan dengan mendirikan Pos Kesehatan.
 - b) Untuk mengatasi kesulitan tenaga, maka masyarakat diikutsertakan dalam bentuk Kader Kesehatan.
 - c) Untuk mengatasi kesulitan dana, maka keikutsertaan masyarakat dikonkritkan dalam bentuk Dana Sehat.
 - d) Untuk meringankan beban Puskesmas menanggulangi masalah anak bawah lima tahun, didirikanlah Karang Balita.
Seperti yang diterapkan oleh Puskesmas Dinoyo di wilayah kerjanya, yaitu mengikutsertakan masyarakat dalam menjalankan program-program

puskesmas yaitu dengan pembentukan kader kesehatan tiap daerah. Para kader ini diberi pelatihan dari puskesmas untuk mengetahui, memantau kesehatan yang berada dilingkungan masing-masing. Maka peran serta masyarakat disini sangat penting baik dari masyarakat maupun puskesmas itu sendiri.

2) Melaksanakan asas rujukan.

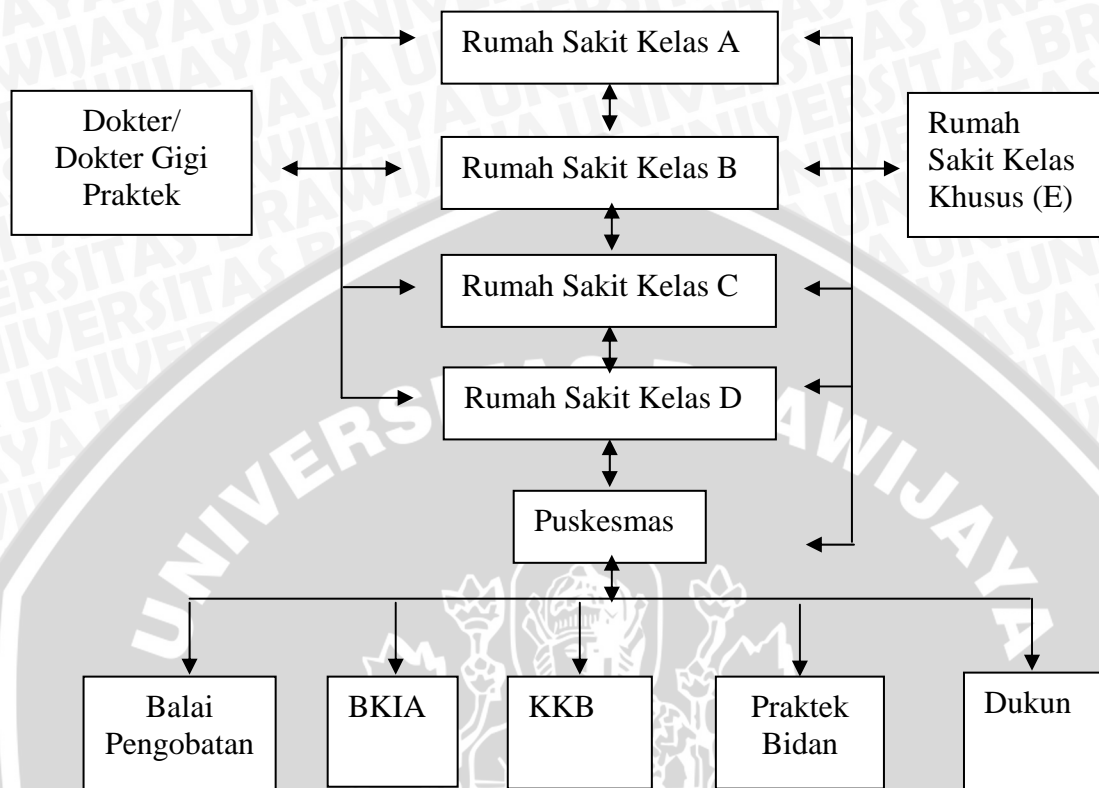
Yang dimaksud dengan rujukan di sini ialah sebagaimana yang diatur oleh SK Menteri Kesehatan No. 032/Birhub/72 tahun 1972, yakni melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal-balik terhadap suatu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang berkemampuan cukup, atau secara horizontal dalam arti sesama unit yang setingkat kemampuannya. Dengan pengertian yang seperti ini, maka Puskesmas dapat merujuk kasus penyakit atau masalah kesehatan yang tidak sanggup diatasinya kepada rumah sakit-rumah sakit dengan pelbagai katagori yang dimilikinya, atau ke Puskesmas lain yang memang lebih mampu. Adapun katagori rumah sakit di Indonesia dibedakan atas lima macam, yakni:

- a) Rumah Sakit Kelas A, ialah rumah sakit yang memberikan pelayanan medis spesialis luas serta subspecialisnya.
 - b) Rumah Sakit Kelas B, ialah rumah sakit yang memberikan pelayanan medis spesialis dalam semua bidang spesialisnya. Rumah sakit jenis ini terdapat pada tingkat propinsi atau Rumah Sakit Pendidikan. Hanya saja balum semua rumah sakit yang ada di ibukota propinsi telah termasuk Rumah Sakit Kelas B.
 - c) Rumah Sakit Kelas C, ialah rumah sakit yang memberikan pelayanan medis umum dan medis spsialis dalam empat bidang spesialisasi, yaitu penyakit dalam, kebidanan dan kandungan, bedah, serta kesehatan anak.
 - d) Rumah sakit Kelas D, ialah rumah sakit yang memberikan pelayanan medis umum dan kesehatan gigi. Rumah sakit jenis ini banyak ditemukan di ibukota kabupaten, yang pada masa depan akan ditingkatkan menjadi rumah sakit kelas C.
 - e) Rumah Sakit Kelas Khusus, ialah rumah sakit yang memberikan pelayanan medis untuk satu macam penyakit tertentu seperti penyakit kusta, penyakit paru-paru, penyakit mata, dan lain sebagainya.
- (dr. Azrul Aswar.MPH, 1980. h. 16)

Kecuali itu Puskesmas juga menerima rujukan dari pelbagai fasilitas kesehatan lainnya yang kedudukannya lebih rendah, misalnya dari Poliklinik, dari Klinik KIA dari Klinik KB, dari praktek Bidan, dan lain sebagainya yang seperti ini.

Dengan cara kerja yang begini, maka rujukan vertikal yang dapat ditempuh oleh Puskesmas terlihat sebagai berikut:

Bagan 1
Alur Rujukan Vertikal dari Puskesmas



Sumber: dr. Azrul Aswar, M.P.H

3) Bertanggungjawab penuh atas wilayah kerjanya

Adanya prinsip kerja atau asas yang seperti ini membedakan Puskesmas dengan rumah sakit, karena rumah sakit pada dasarnya hanya bertanggungjawab pada pasien yang datang berkunjung. Tidak demikian halnya dengan Puskesmas, karena Puskesmas harus bertanggungjawab untuk setiap masalah kesehatan yang terjadi di wilayah kerjanya, meskipun barangkali masalah tersebut lokasi terjadinya jauh dari Puskesmas.

Selanjutnya karena adanya asas inilah, maka Puskesmas dituntut untuk lebih mengutamakan tindakan pencegahan penyakit, bukan tindakan pengobatan penyakit. Atau harus secara aktif terjun ke masyarakat, bukan menantikan masyarakat datang ke Puskesmas.

Tanggungjawab wilayah ini lebih dirasakan pada Puskesmas Kecamatan, karena untuk Puskesmas yang terakhir ini memikul tanggungjawab administratif wilayah, dalam arti harus melaporkan segala hal yang ada kaitannya dengan kesehatan, kepada instansi yang lebih tinggi, yakni Dinas Kesehatan atau setingkat dengan ini.

4) Melaksanakan kegiatan secara terintegrasi

Pengintegrasian yang dimaksud bukan saja antar usaha-usaha kesehatan pokok yang menjadi beban atau kegiatan Puskesmas, tetapi juga dengan segala program pembangunan yang berlangsung di wilayah kerjanya. Sesuai dengan kemampuan tenaga maupun fasilitas yang berbeda-beda, maka kegiatan pokok yang dapat dilaksanakan oleh sebuah Puskesmas akan berbeda pula.

2. Kualitas Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Dinoyo

Kualitas Pelayanan Puskesmas Dinoyo

- a. Tingkat kualitas pelayanan menurut pengguna pelayanan kesehatan Puskesmas Dinoyo. Dari hasil wawancara kepada beberapa pasien Puskesmas Dinoyo seperti hasil wawancara kepada Ibu Elis yang menyatakan bahwa

”pelayanan pasca perpindahan ini sangat minimalis dan kurang memuaskan Dik, seperti fasilitas yang digunakan sekarang seperti pelayanan yang tidak cepat masih menggunakan sistem manual jadi ya agak lemot gitu ya, untuk menunggu dilayani juga kelamaan. Selain itu juga petugas ada beberapa sih yang kurang menenangkan dalam melayani tapi juga ada yang ramah, ya biasalah Dik pelayanan umum itu pasti ada yang ramah ada juga yang judes. Tapi kan kebanyakan masyarakat sini menggunakan pelayanan puskesmas karena memang biayanya murah, dan obatnya juga lumayan lengkap-lah Dik, hanya dengan membayar Rp. 3.000,00 saja sudah mendapatkan obat yang lengkap, kalau di Rumah Sakit kan harus butuh biaya yang berlipat-lipat. Sampai saat ini saya dan keluarga cocok-cocok aja dengan obat yang diberikan maksud saya enggak pernah melakukan rujukan ke Rumah Sakit”. (Hasil wawancara Ibu Elis, tanggal 25 Juli 2008).

Begitu juga yang dinyatakan oleh pasien Puskesmas Dinoyo, dari hasil wawancara kepada Mbak Vita yang menyatakan mengenai Puskesmas Dinoyo sebagai berikut

”kalau pelayanannya ya bisa dibilang lumayanlah mbak, tidak membuat saya jengkel. Karena tidak begitu ramai jadinya saya juga lumayan lebih cepat untuk dilayani. Tapi ya mbak kalau dilihat dari tempatnya memang sangat sempit dan tidak leluasa, beda sekali sama Puskesmas Arjuna tempatnya yang luas dan tidak sumpek. Masalah biaya juga sama, kalau saya bayarnya cuma Rp. 4.000,00 saja kan semuanya sama mbak. Saya sebenarnya menggunakan pelayanan laboratorium tapi saya dirujuk ke Laboratorium Kawi. Laboratorium Puskesmas Dinoyo sebenarnya bisa menanganinya karena mati lampu jadi saya dirujuk ke laboratorium kawi”. (Hasil wawancara kepada Mbak Vita, tanggal 26 Juli 2008)

- b. Tingkat kualitas pelayanan menurut penyelenggara pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo, ada banyak hal yang harus diketahui mengenai kualitas pelayanan menurut penyelenggara itu sendiri. Seperti yang dijelaskan oleh Kepala Puskesmas Dinoyo sebagai berikut

” kita menyadari Dek, masalah kualitas pelayanan pasca perpindahan gedung sangat menurun drastis, dan statusnya pun kita masih terombang-

aming, disinipun kita masih numpang, sebenarnya ini bukan gedung kita. Masalah gedung ini merupakan salah satu yang menyebabkan kualitas pelayanan kita menurun drastis, selain itu karena gedung Puskesmas Pembantu yang sekarang kita tempati ini sangat kecil yaitu luas tanah 300m² dengan luas bangunan 142m², sedangkan waktu belum pindah luas tanah 1500m² dengan luas bangunan 600 m² (Kartu Inventaris Barang, Tanah Dan bangunan, Tahun 2005). Bermasalah pada gedung maka berhubungan juga pada fasilitas yang digunakan, karena gedung yang ada sangat sempit. Ya bisa dilihat fasilitas yang ada juga minim". (wawancara kepada Ibu Sri Sumindari, tanggal 16 Juli 2008).

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Dinoyo

Setiap pelaksanaan pelayanan publik pasti terdapat kendala-kendala baik internal maupun kendala eksternal. Dari kendala-kendala yang terjadi tersebut dapat diketahui apakah program berjalan dengan baik atau tidak. Demikian pula dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas Dinoyo, Kota Malang.

1) Faktor kendala intern yakni Hambatan-hambatan yang ada dalam Penerapan Pelayanan Kesehatan Puskesmas Dinoyo

Kendala yang dihadapi Puskesmas Dinoyo mengenai pelayanan kesehatan, pada dasarnya ada beberapa hal intern yang sangat berpengaruh terhadap proses pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Puskesmas Dinoyo. Ibu Sri Sumindari selaku Kepala Puskesmas Dinoyo mengatakan,

"Puskesmas Dinoyo ini pada awal 2007 mengalami sengketa masalah tanah, yaitu adanya perebutan tanah dengan warga. Pada saat itu Puskesmas Dinoyo yang akan dibangun gedungnya karena merupakan puskesmas teladan mengalami hambatan yaitu masalah tanah tersebut. Sehingga berakibat pada posisi Puskesmas itu sendiri, untuk saat ini posisi puskesmas statusnya lagi digusur dari gedung lama dan pindah ke gedung Puskesmas Pembantu yang terletak di Jln.Sigura-gura. Meskipun sekarang berada di gedung Pustu tetapi kita tetap sebagai Puskesmas Induk, yaa dengan berbagai keterbatasan seperti gedung yang sangat tidak memenuhi standar, peralatan administrasi, peralatan medis dan sebagainya, sehingga akan berpengaruh juga terhadap pelayanan kesehatan. Mengenai tempat saja tidak nyaman jadi juga akan mempengaruhi semuanya. Setelah mengalami penggusuran, pelanggannya turun drastis jadi untuk sementara ini kita tidak melakukan kuisisioner kepuasan konsumen karena jawabannya sudah pasti kurang memuaskan atau bahkan tidak memuaskan". (wawancara dengan Ibu Sri Sumindari, tanggal 25 Juli 2008)

Meskipun pihak Puskesmas menganggap hal ini sangat merepotkan bagi puskesmas, namun tetap harus didukung penuh dan dilaksanakan dengan maksimal. Puskesmas juga harus memperhatikan mengenai pelayanan pasca pengurusan ini, yaitu harus sesuai dengan prosedur yang telah ditentukan.

Ada beberapa tanggapan dari pelanggan mengenai pelayanan dari Puskesmas Dinoyo, seperti yang diungkapkan oleh mbak elis seorang ibu rumah tangga bahwa,

”sebenarnya banyak juga masalah kelemahan dan kendala yang dihadapi oleh Puskesmas, misalnya saja antrian yang lama, pelayanannya agak-agak lama gitu mbak, ya katanya ini adalah posko jadi dilihat dari fasilitasnya juga masih kurang memadai, disamping itu ada beberapa pegawai yang kurang ramah, padahal mereka adalah pelayan bagi kita, ya secara umum seperti itu, tetapi juga ada kelebihan juga seperti dari segi biaya yang murah hanya bayar Rp.3000,00 sudah dapat obat.” (wawancara kepada Ibu Elis, tanggal 25 Juli 2008).

Faktor kendala pelayanan kesehatan mengenai fasilitas:

- a) Sarana gedung yang kurang memadai, terlalu sempit sehingga tidak ada pemisahan tiap-tiap poli, semua poli menjadi satu. Dengan keadaan ruang kerja yang sangat sempit sehingga menyebabkan kinerja pelayanan yang diberikan juga tidak maksimal.
- b) Selain itu juga banyak file-file atau data-data yang tidak tertata rapi, sehingga akan menyulitkan apabila ada sesuatu yang dibutuhkan dari file-file tersebut.

Faktor kendala pelayanan kesehatan mengenai pelayanannya:

- a) Ada beberapa pegawai yang kurang ramah, sehingga pelanggan tidak merasakan nyaman terhadap pelayanan yang diberikan.
- b) Kedisiplinan waktu yang kurang ditekankan sehingga bisa menghambat pelayanan kesehatan untuk menjadi lebih baik lagi.

2) Kendala ekstern yakni Hambatan dari luar Puskesmas

Hambatan atau kendala dari luar Puskesmas Dinoyo adalah berawal dari masalah tanah yang diperebutkan dengan warga. Dengan adanya masalah ini maka Puskesmas Dinoyo harus dipindahkan ke Puskesmas Pembantu Sumpersari di Jl.Sigura-gura. Perpindahan gedung puskesmas ini akan menyebabkan kendala-kendala ekstern, seperti lokasi gedung yang kurang

strategis, seperti yang diungkapkan dari Mbak Lindung selaku pegawai Puskesmas Dinoyo,

”Lokasi Puskesmas yang sekarang memang kurang strategis, kalau dulu berada di wilayah Dinoyo yang lokasinya lumayan strategis terutama bagi penduduk yang kurang mampu seperti penduduk di pinggiran sungai brantas yang mayoritas memang penduduk yang kurang mampu, sehingga aksesnya juga lebih mudah dijangkau bagi mereka. Namun setelah gedungnya pindah, lokasinya jadi tidak strategis, lebih jauh dan transportasi untuk menuju lokasi juga tidak mudah terutama bagi penduduk yang kurang mampu seperti penduduk pinggiran sungai brantas”. (wawancara dengan Mbak Lindung Indriati A.Md Kep, tanggal 16 Juli 2008)

- 5) Adanya persaingan dengan unit-unit kesehatan lain dimana perlengkapan dan peralatan unit kesehatan lain lebih memadai.
- 6) Lokasi yang kurang strategis. Akses dari lokasi tersebut sulit terutama bagi penduduk yang jauh dari lokasi puskesmas dan sulitnya transportasi umum.

4. Tingkat Kepuasan Konsumen

Dari sisi konsumen, kualitas pelayanan kesehatan dapat diukur dengan tingkat kepuasan pasien. Dengan menggunakan beberapa metode untuk mengetahui tingkat kepuasan konsumen yaitu menggunakan wawancara dan kuisisioner, kuisisioner ini dilakukan pada saat Puskesmas Dinoyo masih berada di Gedung lama yaitu di wilayah Dinoyo, setelah terjadi pengusuran Puskesmas tidak melakukan kuisisioner lagi mengenai tingkat kepuasan pasien. Di dalam kuisisioner tersebut terdapat lima pilihan yaitu

- | | |
|-----------------------|------------|
| a) Sangat kurang baik | (0 - 30%) |
| b) Kurang Baik | (31 - 50%) |
| c) Cukup | (51 - 70%) |
| d) Baik | (71 - 85%) |
| e) Sangat baik | (86-100%) |

Dari hasil kuisisioner adalah sebagai berikut:

- a) Pemahaman tentang kemudahan prosedur pelayanan yaitu

Tidak baik	: 1 orang dengan presentase 0,67%
Kurang baik	: 1 orang dengan presentase 0,67%
Baik	: 121 orang dengan presentase 80,67%
Sangat baik	: 27 orang dengan presentase 18%
- b) Kesesuaian persyaratan pelayanan dengan jenis pelayanan yaitu

Tidak baik	: 0 orang dengan presentase 0%
------------	--------------------------------

- Kurang baik : 11 orang dengan presentase 7,33%
- Baik : 97 orang dengan presentase 64,67%
- Sangat baik : 27 orang dengan presentase 28%
- c) Kejelasan dan kepastian petugas yang melayani yaitu
- Tidak baik : 2 orang dengan presentase 1,33%
- Kurang baik : 8 orang dengan presentase 5,33%
- Baik : 74 orang dengan presentase 49,33%
- Sangat baik : 61 orang dengan presentase 40,67%
- d) Kedisiplinan petugas dalam memberikan pelayanan yaitu
- Tidak baik : 3 orang dengan presentase 2%
- Kurang baik : 19 orang dengan presentase 12,67%
- Baik : 101 orang dengan presentase 67,33%
- Sangat baik : 25 orang dengan presentase 16,67%
- e) Pendapat tentang tanggung jawab petugas dalam memberikan pelayanan yaitu
- Tidak baik : 0 orang dengan presentase 0%
- Kurang baik : 5 orang dengan presentase 3,33%
- Baik : 130 orang dengan presentase 86,67%
- Sangat baik : 15 orang dengan presentase 16,67%
- f) Kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan yaitu
- Tidak baik : 1 orang dengan presentase 0,67%
- Kurang baik : 8 orang dengan presentase 5,33%
- Baik : 119 orang dengan presentase 79,33%
- Sangat baik : 22 orang dengan presentase 14,67%
- g) Kecepatan pelayanan yaitu
- Tidak baik : 0 orang dengan presentase 0%
- Kurang baik : 25 orang dengan presentase 16,67%
- Baik : 114 orang dengan presentase 76%
- Sangat baik : 11 orang dengan presentase 7,33%
- h) Keadilan mendapatkan pelayanan yaitu
- Tidak baik : 0 orang dengan presentase 0%
- Kurang baik : 6 orang dengan presentase 4%
- Baik : 125 orang dengan presentase 83,33%
- Sangat baik : 14 orang dengan presentase 9,33%
- i) Kesopanan dan keramahan petugas dalam memberikan pelayanan yaitu
- Tidak baik : 1 orang dengan presentase 0,67%
- Kurang baik : 11 orang dengan presentase 7,33%
- Baik : 118 orang dengan presentase 78,67%
- Sangat baik : 18 orang dengan presentase 12%
- j) Kewajaran biaya untuk mendapatkan pelayanan yaitu
- Tidak baik : 1 orang dengan presentase 0,67%
- Kurang baik : 5 orang dengan presentase 3,33%
- Baik : 116 orang dengan presentase 77,33%
- Sangat baik : 28 orang dengan presentase 18,67%
- k) Kemudahan prosedur pelayanan yaitu
- Tidak baik : 0 orang dengan presentase 0%
- Kurang baik : 10 orang dengan presentase 6,67%
- Baik : 120 orang dengan presentase 80%

- Sangat baik : 20 orang dengan presentase 13,33%
- l) Ketepatan pelaksanaan terhadap jadwal waktu pelayanan yaitu
- Tidak baik : 0 orang dengan presentase 0%
- Kurang baik : 17 orang dengan presentase 11,33%
- Baik : 76 orang dengan presentase 50,67%
- Sangat baik : 48 orang dengan presentase 32%
- m) Kenyamanan di lingkungan unit pelayanan yaitu
- Tidak baik : 0 orang dengan presentase 0%
- Kurang baik : 7 orang dengan presentase 4,67%
- Baik : 122 orang dengan presentase 81,33%
- Sangat baik : 21 orang dengan presentase 14%
- n) Keamanan pelayanan di unit pelayanan yaitu
- Tidak baik : 0 orang dengan presentase 0%
- Kurang baik : 4 orang dengan presentase 2,67%
- Baik : 127 orang dengan presentase 84,67%
- Sangat baik : 19 orang dengan presentase 12,67%

(Sumber: Hasil Kuisiner)

Dari kuisiner diatas jumlah responden 150 orang sebagian besar dari jumlah responden adalah perempuan, SLTA, dan pekerjaan lainnya atau ibu rumah tangga. Tidak semua responden mengisi kuisiner dengan lengkap disebabkan karena beberapa pertanyaan yang diajukan kepada mereka masih belum dimengerti sehingga mereka tidak menjawabnya. Hasil dari kuisiner tersebut dapat disimpulkan bahwa Puskesmas Dinoyo dapat dikategorikan baik dilihat dari kuisiner tersebut.

D. Pembahasan

1. Manajemen Pelayanan Kesehatan Puskesmas Dinoyo

a. Pelaksanaan Pelayanan Puskesmas Dinoyo

Pemerintah memiliki kewajiban dalam memberikan pelayanan maksimal di bidang kesehatan. Terutama dari segi pelayanan yang diberikan kepada masyarakat. Hal ini sesuai dengan salah satu fungsi pemerintahan negara menurut Siagian yaitu fungsi pelayanan. Fungsi ini mengindikasikan bahwa pemerintah bertanggung jawab dalam meningkatkan kesejahteraan hidup seluruh rakyat yang diwujudkan dalam bentuk pelayanan aparatur pemerintah kepada rakyat. Melalui lembaga kesehatan pemerintah yaitu Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), aparatur pemerintah memberikan pelayanan kepada masyarakat untuk meningkatkan kesejahteraan di bidang kesehatan. Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan yang merupakan pusat pengembangan kesehatan

masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat disamping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.

Berdasarkan data, observasi dan wawancara yang diperoleh di Puskesmas Dinoyo, diketahui bahwa pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo ini memiliki jadwal yang sudah ditetapkan. Namun setelah peneliti melakukan pengamatan dalam pelaksanaannya proses pelayanan kesehatan pada Puskesmas Dinoyo ini tingkat kedisiplinannya masih kurang terutama kedisiplinan dari pegawai-pegawainya. Seharusnya puskesmas dapat menjalankan pelayanan kesehatan sesuai dengan jadwal-jadwal yang telah ditentukan, akan tetapi pada kenyataannya kurang sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan, hal ini dikarenakan pegawai yang kurang mentaati. Jadwal Puskesmas Dinoyo buka yaitu pada Pkl. 08.00 WIB, seharusnya pada jam tersebut puskesmas harus sudah mulai beroperasi untuk melayani masyarakat, sehingga persiapan dilaksanakan berapa menit sebelum jam tersebut. Budaya tepat waktu yang terdapat di Puskesmas Dinoyo masih harus ditingkatkan lagi, dari jadwal buka hingga jadwal tutup Puskesmas Dinoyo. Seperti yang dijelaskan oleh salah satu pegawai di Puskesmas tanggal 7 Juni 2008 yaitu "apabila ada pegawai yang datang terlambat maka akan memberitahu terlebih dahulu, biasanya melalui telepon, jadi tidak tanpa kabar mengenai keterlambatannya itu". Puskesmas ini dalam melaksanakan pelayanannya sedikit berbeda dengan organisasi pemerintah lainnya terutama mengenai jadwal kerja, yaitu Puskesmas dari hari senin hingga sabtu dengan jadwal tiap harinya juga sudah ditetapkan sehingga pelayanannya 6 hari kerja.

Dalam proses pelayanan ini tidak hanya jadwal saja yang dipermasalahkan, akan tetapi mengenai alur pelayanan dan sistem yang digunakan juga masih memiliki masalah. Seperti pada proses pendaftaran, sistem yang digunakan masih manual bukan sistem komputerisasi yang prosesnya lebih cepat dibandingkan dengan sistem manual. Hasil dari wawancara, proses pendaftaran yang menggunakan sistem manual di Puskesmas Dinoyo menunjukkan adanya keterlambatan proses pelayanan terutama pada pendaftaran pasien dan berakibat pada pelayanan-pelayanan berikutnya. Keterlambatan ini terjadi antara 10 hingga 15 menit, yang apabila menggunakan sistem komputerisasi bisa terlaksana 5

menit saja. Sehingga mengakibatkan tidak efisien waktu, yang seharusnya bisa dilakukan untuk pelayanan yang lainnya.

Pelayanan pada Puskesmas Dinoyo yang mengalami keterlambatan ini disebabkan oleh beberapa faktor yang dominan yaitu mengenai fasilitas yang digunakan, di Puskesmas Dinoyo ternyata hanya terdapat 1 komputer saja yang berada di Ruang Kepala Puskesmas dan tidak digunakan untuk pelayanan pendaftaran. Berdasarkan hasil wawancara pada tanggal 16 Juli kepada Ibu Sri Sumindari selaku Kepala Puskesmas Dinoyo menyatakan bahwa "sebenarnya Puskesmas Dinoyo memiliki 3 komputer yang bisa dioperasikan, namun dari ketiga komputer tersebut hanya 1 yang bisa dioperasikan, dengan alasan tidak ada tempat untuk 2 komputer yang lainnya". Karena keterbatasan fasilitas yang ada maka berakibat pada kinerja dari Puskesmas itu sendiri yang kurang cepat.

Selain itu juga mengenai penataan ruangan yang terdapat di Puskesmas Dinoyo juga yang kurang mendukung, seperti ruang tunggu untuk pasien juga kurang layak karena juga berada di luar gedung atau di emperan gedung. Selain itu juga penataan tiap poli yang tidak teratur, hal ini disebabkan oleh gedungnya yang kurang luas. Terdapat dua pintu masuk, bagian pendaftaran dan bagian pemeriksaan di tiap-tiap poli. Berdasarkan pengamatan, kelemahan dari gedung ini yaitu tidak ada pintu tembus antara dua ruangan tersebut, sehingga untuk menuju ke ruang maka harus kembali ke pintu masuk atau pintu tersebut memiliki dua fungsi yaitu sebagai pintu masuk dan sebagai pintu keluar, sehingga terlalu ribet sebagai tempat pelayanan umum.

Pelayanan kesehatan yang digunakan oleh Puskesmas adalah kuratif (pengobatan), preventif (upaya pencegahan), promotif (peningkatan kesehatan), dan rehabilitasi (pemulihan kesehatan). Organisasi kesehatan ini merupakan organisasi yang dibentuk dari pusat sehingga secara umum dari segi pelayanannya sama, namun dari berbagai kegiatan pokok ini disesuaikan dengan potensi masing-masing daerah, sehingga antar daerah bisa tidak sama kegiatan pokoknya. Berdasarkan evaluasi kinerja Puskesmas Dinoyo maka usaha kuratif atau pengobatan yaitu seperti pelayanan rawat jalan dari berbagai keluhan penyakit yang terdapat di masyarakat yang sesuai dengan kemampuan dari puskesmas itu sendiri. Usaha promotif atau upaya peningkatan kesehatan seperti promosi

kesehatan lingkungan, promosi kesehatan balita dan ibu hamil atau disebut dengan KIA. Usaha preventif atau pencegahan seperti imunisasi pada balita dan ibu hamil. Usaha rehabilitasi atau pemulihan kesehatan seperti pemulihan kepada pasien-pasien untuk menuju keadaan yang lebih baik. Dalam kondisi riil, terdapat kecenderungan dari beberapa usaha tersebut yaitu pada usaha promotif, preventif dan kuratif. Usaha rehabilitasi masih belum begitu terlaksana dengan baik, secara umum pasien-pasien yang sudah menjalankan pengobatan tidak menjalankan proses rehabilitasi sebagai tindak lanjut dari pengobatan.

Pelayanan yang digunakan Puskesmas Dinoyo adalah rawat jalan. Puskesmas Dinoyo masih belum bisa melaksanakan rawat inap, dikarenakan beberapa hal yang tidak mungkin untuk menjalankan rawat inap. Yang menjadi masalah lokasi atau tempat, di Puskesmas Dinoyo tidak terdapat ruang khusus untuk rawat inap, jangankan untuk rawat inap, ruang untuk poli-poli saja masih belum sesuai dengan standar Puskesmas. Dikarenakan masalah gedung yang kurang memadai maka Puskesmas Dinoyo tidak menjalankan pelayanan rawat inap.

b. Macam-macam Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Dinoyo

Melihat kondisi riil dari macam-macam pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo ini maka Puskesmas Dinoyo lebih mengutamakan pelayanan tingkat pertama atau *Primary health care*. Dikarenakan pelayanan ini melibatkan masyarakat dengan dibawah tanggungjawab dari puskesmas. Hal ini sesuai dengan yang dijelaskan Ibu Sri Sumindari pada wawancara tanggal 16 Juli 2008 yaitu "Puskesmas ini berbeda dengan rumah sakit, peran puskesmas lebih aktif untuk terjun ke masyarakat jadi bukan hanya menerima pasien dari masyarakat saja seperti rumah sakit. Puskesmas melibatkan masyarakat ini dari semua usaha pelayanan kesehatan di puskesmas yaitu kuratif, preventif dan promotif". Kegiatan dengan melibatkan masyarakat ini seperti kader kesehatan, posyandu yang dilakukan tiap-tiap pos masyarakat, kesehatan lingkungan, usaha kesehatan sekolah atau UKS.

c. Kegiatan Pokok Puskesmas Dinoyo

Bagian yang terpenting mengenai keberadaan Puskesmas adalah kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan oleh Puskesmas. Setiap Puskesmas mempunyai kegiatan pokok sendiri-sendiri yang disesuaikan dengan potensi wilayah kerja puskesmas tersebut. Dalam menjalankan kegiatan-kegiatan puskesmas masyarakat juga terlibat didalamnya. Kegiatan pokok yang dilaksanakan Puskesmas Dinoyo antara lain sebagai berikut

- 1) Promosi Kesehatan
- 2) Upaya Kesehatan Lingkungan
- 3) Upaya Perbaikan Gizi
- 4) Kesehatan Ibu dan Anak
- 5) Keluarga Berencana
- 6) Pemberantasan Penyakit Menular
- 7) Pengobatan
- 8) Laboratorium sederhana

Setelah melakukan penelitian ini, program-program kesehatan dari Puskesmas Dinoyo yang telah dilaksanakan, maka tingkat kesehatan masyarakat juga meningkat. Program kegiatan puskesmas Dinoyo dilaksanakan secara berkala, sehingga puskesmas akan mengetahui perkembangan yang terjadi di masyarakat. Dari hasil kegiatan, maka biasanya puskesmas melakukan penilaian dan kuisioner dari masyarakat mengenai pelayanan yang telah dilaksanakan, akan tetapi pasca perpindahan ini Puskesmas Dinoyo tidak melakukan kuisioner kepada masyarakat karena dari pihak puskesmas sendiri sudah yakin mengenai pelayanan yang diberikan kepada masyarakat masih di bawah target, dan masyarakatpun akan menjawab tidak memuaskan. Sehingga mengenai kuisioner kepada masyarakat tidak dilakukan, padahal dari hasil kuisioner maka puskesmas akan tahu mengenai pelayanan yang diberikan. Puskesmas juga dapat melihat kekurangan dan kelebihan pelayanannya, sehingga apabila ada kekuarangan maka akan lebih cepat diperbaiki.

Namun seperti penyuluhan kesehatan, ternyata tidak semua daerah mendapatkannya. Hal ini berdasarkan atas potensi tingkat kesehatan yang berada di daerah tersebut. Apabila tingkat kesehatan masyarakat sudah dinyatakan baik,

maka dari pihak puskesmas juga mengurangi rutinitas di daerah tersebut, dan akan beralih ke daerah yang tingkat kesehatannya masih dinyatakan kurang. Sehingga Puskesmas Dinoyo memberikan perhatian yang lebih kepada daerah yang masih rendah tingkat kesehatannya, seperti daerah pinggiran sungai brantas yang dapat kita lihat banyak penduduk yang tingkat kesehatannya masih terabaikan.

Dari beberapa program kegiatan Puskesmas Dinoyo maka dapat dijelaskan mengenai pelaksanaannya sebagai berikut. Dari program Kesehatan Ibu dan Anak atau KIA, program tersebut ditujukan kepada ibu dan anak balita hingga usia sekolah SD. Ibu hamil, ibu melahirkan, ibu nifas dan ibu menyusui yang juga menjadi sasaran dari program ini. Dari program ini terdapat banyak kegiatan untuk program ini seperti senam untuk ibu hamil yang berfungsi untuk melatih otot-otot perut, pemeriksaan rutin bagi ibu hamil, pemberian vitamin khusus bagi ibu hamil, dan sebagainya, begitu juga dengan ibu melahirkan, ibu menyusui, ibu nifas, imunisasi untuk balita dan anak-anak usia sekolah tingkat SD. Untuk Promosi Kesehatan Puskesmas Dinoyo melaksanakan kegiatan sebagai berikut yaitu promosi hidup bersih dan sehat (PHBS) yang ditujukan kepada Rumah tangga, Institusi Pendidikan (Sekolah, Madrasah), Institusi Kesehatan (Rumah Sakit, Balai Pengobatan, Puskesmas Pembantu, Polindes, dll), Tempat-tempat umum (Tempat Ibadah, Pasar, Terminal, Ponpes, dll), Tempat Kerja (Pabrik, Home Industri, dll). Dari program Pengobatan ada beberapa kegiatan yang dilaksanakan seperti kunjungan rawat jalan, pemeriksaan laboratorium sederhana meliputi tes darah, tes urine, faeces termasuk telur cacing, tes kehamilan, jumlah pengambilan sediaan darah malaria, jumlah pemeriksaan sediaan darah malaria. Namun apabila laboratorium ini tidak dapat mengatasi masalah atau tes suatu penyakit, maka dari pihak Puskesmas Dinoyo melakukan rujukan ke laboratorium yang lebih lengkap peralatan dan tenaga medisnya.

d. Prinsip-prinsip dan Asas Pokok Puskesmas Dinoyo

Berdasarkan pada hasil wawancara pada ibu Sri Sumindari mengenai prinsip-prinsip dan asas pokok Puskesmas Dinoyo yaitu dalam mengelola semua kegiatan yang dimiliki oleh Puskesmas, ada beberapa prinsip atau asas pokok yang harus diikuti, yakni

- 1) Harus mengikutsertakan potensi masyarakat.

Puskesmas menerapkan prinsip ini seperti pembentukan kader kesehatan, dana sehat dan pos kesehatan. Dalam kegiatan ini peran dari masyarakat sangat penting demi berlangsungnya program-program dari puskesmas. Jadi yang berusaha untuk menjaga kesehatan bukan hanya dari unit kesehatan saja akan tetapi juga dari masyarakat itu sendiri. Puskesmas Dinoyo sendiri juga sudah melaksanakan beberapa hal diatas seperti kader kesehatan, dana sehat dan pos kesehatan, walaupun tidak semua daerah memilikinya. Tugas dari puskesmas ini adalah memberi pelatihan-pelatihan kepada masyarakat, agar masyarakat bisa mandiri dalam mencegah maupun mengatasi masalah kesehatan yang terjadi pada masyarakat itu sendiri. Puskesmas disini bukan sebagai alat pengobatan suatu penyakit, akan tetapi lebih mengutamakan pencegahan.

2) Melaksanakan asas rujukan.

Asas rujukan ini dilakukan apabila puskesmas tidak bisa mengatasi permasalahan kesehatan, maka puskesmas mengajukan rujukan ke unit kesehatan lainnya baik yang bersifat horizontal maupun vertikal. Namun puskesmas bisa juga sebagai sasaran rujukan, seperti dari klinik, balai KIA dan lain-lain. Puskesmas melakukan rujukan karena beberapa hal, misalnya karena fasilitas yang kurang lengkap sehingga harus dilarikan ke unit kesehatan dengan fasilitas kesehatan yang lebih lengkap baik unit kesehatan vertikal maupun horizontal. Selain itu, tenaga medis juga bisa sebagai alasan mengapa puskesmas melakukan rujukan, terutama tenaga spesialis maupun tenaga subspecialis.

3) Bertanggungjawab penuh atas wilayah kerjanya

Pada hakekatnya peran puskesmas itu lebih pada pencegahan bukan pada pengobatan. Pencegahan ini tidak hanya dilakukan oleh puskesmas semata akan tetapi juga melibatkan masyarakat yang berada di wilayah kerja puskesmas, khususnya Puskesmas Dinoyo. Tanggungjawab sebagai puskesmas terhadap wilayah kerjanya, maka puskesmas harus mengetahui mengenai masalah kesehatan yang terdapat di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo. Dan mengenai masalah tersebut maka harus dilaporkan ke instansi yang lebih tinggi misalnya Dinas Kesehatan.

4) Melaksanakan kegiatan secara terintegrasi

Malaksanakan kegiatan secara integrasi ini tidak hanya program kesehatan saja akan tetapi program-program pembangunan lainnya juga yang perlu diintegrasikan. Kegiatan Puskesmas Dinoyo yang diintegrasikan misalnya, posyandu dengan perbaikan gizi balita. Apabila diintegrasikan maka akan lebih mudah untuk mencapai tujuannya, karena program-program bisa sejalan beriringan.

Dalam pelaksanaannya mengenai keempat prinsip tersebut, hampir semua sudah terlaksanakan walaupun mengenai hasilnya masih kurang maksimal karena berbagai kendala baik kendala ekstern maupun kendala intern.

2. Faktor Kendala yang Mempengaruhi Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Dinoyo

Setiap program yang diterapkan pasti memiliki kendala-kendala atau hambatan-hambatan. Demikian pula dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo tidak lepas dari kendala-kendala, baik kendala intern maupun kendala ekstern. Kendala intern yang dimaksud disini adalah hambatan-hambatan yang ada dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo, sedangkan kendala ekstern yakni hambatan yang berasal dari luar Puskesmas. Meskipun kendala tersebut bukan kendala yang besar, akan tetapi hendaknya diperhatikan dan dicari alternatif pemecahannya dengan mendukung dan melaksanakan pelayanan kesehatan serta optimalisasi hasil yang akan dicapai, yaitu peningkatan kualitas kesehatan masyarakat.

Kendala intern yang terjadi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo adalah tidak jelasnya gedung Puskesmas Dinoyo. Karena gedung yang dipakai Puskesmas Dinoyo ini berada di Puskesmas Pembantu yang berada di Sigura-gura, padahal Puskesmas Dinoyo merupakan puskesmas induk. Ketidakjelasan masalah gedung ini juga menyebabkan Puskesmas Dinoyo mengalami kebingungan karena tidak memiliki gedung sendiri, dan sampai saat ini Puskesmas Induk Dinoyo statusnya adalah menumpang di Puskesmas Pembantu yang berada di Jl. Sigura-gura. Permasalahan gedung ini juga akan menimbulkan permasalahan-permasalahan yang lain. Seperti fasilitas yang digunakan terbatas dikarenakan gedung puskesmas pembantu juga sangat sempit. Tempat yang kurang memadai, hal ini Sangat berbeda sekali dengan kondisi gedung sebelum pindah, baik dari segi luas maupun dari segi tata ruang kerja. Dari segi luas Puskesmas Dinoyo memiliki luas tanah 1500 m² dan luas bangunan 600 m², sedangkan Puskesmas Pembantu Sumpersari yang sementara ditempati oleh Puskesmas Induk memiliki luas tanah 300 m², dan luas bangunan 142 m². dilihat dari segi luas tanah dan bangunan sudah sangat berbeda. Selain itu lokasi yang digunakan puskesmas induk saat ini juga kurang strategis jarang dilalui kendaraan umum, sehingga masyarakat juga akan mengalami kesulitan dalam mengakses lokasinya. Oleh karena itu akibat dari pindahnya lokasi Puskesmas

Dinoyo ini salah satunya penurunan tingkat pasien yang sangat drastis, tidak sebanyak dulu waktu masih di Dinoyo.

Terjadinya penurunan jumlah pengunjung khususnya masyarakat yang berada di wilayah kerja Puskesmas Dinoyo, dikarenakan lokasi yang kurang strategis dan jarang dilewati kendaraan umum. Sehingga beberapa masyarakat juga berpindah ke pelayanan kesehatan yang lain yang lebih mudah dijangkau. Sehingga adanya persaingan dengan unit-unit kesehatan lainnya. Selain itu masyarakat juga mengharapkan pelayanan kesehatan yang lebih baik, sementara ini pelayanan yang diberikan puskesmas masih kalah saing dengan yang lain seperti Rumah Sakit Umum ataupun Rumah Sakit Swasta, dokter praktek. Hal ini dilakukan oleh masyarakat karena masyarakat menginginkan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu meskipun mengeluarkan biaya yang lebih mahal. Hal ini menjadi kendala ekstern terhadap jalannya pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo.

Banyak masyarakat yang menggunakan pelayanan dari pihak swasta, karena beberapa hal seperti pelayanan lebih cepat, peralatan lebih lengkap, walaupun harus mengeluarkan biaya yang lebih mahal. Dari kebanyakan masyarakat tersebut menjadi tantangan bagi Puskesmas Dinoyo untuk lebih meningkatkan kualitasnya. Akan tetapi hal ini kembali ke dana yang diberikan dari pemerintah untuk puskesmas. Untuk meningkatkan kualitas puskesmas agar bisa sebanding dengan pihak swasta, maka pemerintah perlu upaya yang intensif untuk meningkatkan sumber daya pembiayaan di sektor publik yang diutamakan untuk pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, dan pencegahan penyakit. Namun pada kenyataannya sampai saat ini, sumber daya pembiayaan terbatas sehingga mengharuskan upaya untuk meningkatkan peran dari pihak swasta. Diharapkan peningkatan kemitraan yang setara dan saling menguntungkan antara sektor publik dan sektor swasta sehingga sumber daya yang ada dapat dimanfaatkan secara optimal.

3. Kualitas Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Dinoyo

Puskesmas dibentuk oleh pemerintah ini menjadi salah satu faktor pendukung peningkatan mutu atau kualitas kesehatan masyarakat. Dengan adanya puskesmas maka masyarakat memperoleh beberapa manfaat dengan adanya

program-program dari puskesmas. Jika masyarakat dapat mengakses kesehatan secara merata maka kualitas kesehatan masyarakat juga akan meningkat lebih baik melalui pelayanan kesehatan tersebut.

Indikator peningkatan mutu kesehatan masyarakat ditentukan oleh banyak faktor dan dapat diketahui hasilnya dalam jangka waktu yang cukup lama faktor-faktor tersebut adalah kualitas sarana fisik, jenis tenaga yang tersedia, obat, alat kesehatan dan alat penunjang lainnya, proses pemberian pelayanan dan kompensasi yang diterima dan harapan masyarakat pengguna. Faktor-faktor tersebut merupakan prakondisi yang harus dipenuhi untuk mutu dan keterjangkauan pelayanan kesehatan. Peningkatan pelayanan dilakukan melalui peningkatan mutu dan profesionalisme sumber daya kesehatan. Sedangkan harapan masyarakat pengguna dilakukan melalui peningkatan pendidikan umum, penyuluhan kesehatan, serta komunikasi yang baik antara pemberi pelayanan dan penerima pelayanan.

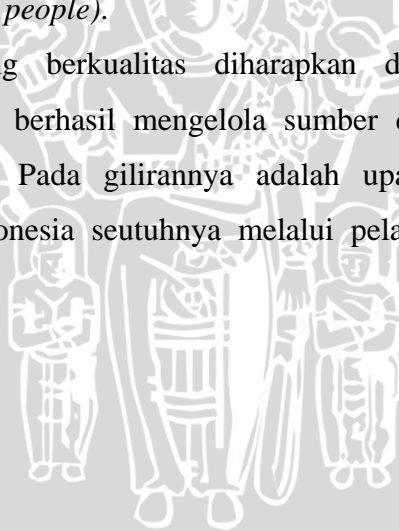
Dari indikator-indikator tersebut, Puskesmas Dinoyo termasuk puskesmas yang masih kurang mengenai kualitasnya seperti kualitas sarana fisik, tenaga medis yang tersedia dan proses pemberian pelayanan kepada masyarakat pengguna. Ketiga indikator tersebut yang perlu diperhatikan oleh Puskesmas Dinoyo untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat pengguna. Namun apabila dilihat dari obat, Puskesmas Dinoyo sudah memenuhi indikator dari obat. Dari pelayanan-pelayanan kesehatan tersebut, maka dapat dilihat kualitas pelayanan tersebut masih tergolong belum memenuhi sebagai pelayanan yang baik dari proses pelayannya, fasilitas yang digunakan maupun dari tenaga medis yang tersedia. Dari proses pelayanan yang diberikan, ternyata masih banyak keluhan-keluhan dari masyarakat pengguna mengenai pelayanan dari puskesmas tersebut, seperti ada beberapa pegawai yang kurang ramah dalam memberikan pelayanan, pelayannya kurang cepat. Dilihat dari fasilitas yang digunakan, masalah utamanya adalah pada gedung yang digunakan, sehingga akan berakibat pada fasilitas yang digunakan juga, gedung yang digunakan Puskesmas Dinoyo ini hanya seluas 142 m² saja dari luas tanah 300 m².

Kualitas pelayanan ini dijadikan standar tolok ukur pelayanan kepada masyarakat yang hasilnya pada kualitas kesehatan masyarakat di wilayah

kerjanya. Semua puskesmas memiliki target yang ingin dicapai yang disesuaikan dengan wilayah kerjanya masing-masing, oleh karena itu setiap puskesmas bisa jadi tidak sama program yang dilaksanakannya. Begitu juga dengan Puskesmas Dinoyo juga memiliki target yang telah ditetapkan, apabila pelayanan tersebut sudah bisa mencapai target yang ditentukan maka dapat dikatakan baik kualitas pelayanannya. Namun tidak semua program-program kesehatan Puskesmas Dinoyo berjalan dengan baik dan hasil yang memuaskan, dari program-program tersebut dalam pelaksanaannya terdapat kendala-kendala yang menyebabkan target dari program tersebut belum bisa tercapai.

Meskipun secara tidak langsung puskesmas bersaing dengan pihak swasta, puskesmas tetap merupakan upaya aktif pemerintah untuk membangun sumber daya manusia yang berkualitas melalui kesehatan. Jika dikaitkan dengan teori pembangunan, yang paling tepat adalah konsep pembangunan yang berpusat pada manusia (*people centered development*) dengan memfokuskan pada pemberdayaan manusia (*the empowerment people*).

Sumber daya yang berkualitas diharapkan dapat menjadi subyek pembangunan untuk lebih berhasil mengelola sumber daya bagi kepentingan kesejahteraan masyarakat. Pada gilirannya adalah upaya bangsa ini untuk mewujudkan manusia Indonesia seutuhnya melalui pelaksanaan pembangunan dapat berjalan efektif.



BAB V PENUTUP

Dari uraian dan pembahasan terhadap permasalahan pada bab-bab sebelumnya dapat diambil beberapa kesimpulan tentang pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo Kota Malang. Selain itu, juga akan dikemukakan beberapa saran yang kiranya dapat dijadikan sebagai salah satu masukan untuk perkembangan program, sehingga di masa depan bisa dilaksanakan dengan lebih baik lagi.

A. Kesimpulan

Berdasarkan pada penyajian data sebelumnya, telah diperoleh suatu kesimpulan

1. Puskesmas Dinoyo melaksanakan program pokok dan program tambahan sebagai berikut
 - a) Promosi kesehatan
 - b) Upaya kesehatan lingkungan
 - c) Upaya perbaikan gizi
 - d) Kesehatan ibu dan anak
 - e) Keluarga berencana
 - f) Pemberantasan penyakit menular
 - g) Pengobatan
2. Dari program-program yang telah ditentukan tidak semuanya terlaksana sesuai dengan target, beberapa program yang pelaksanaannya kurang maksimal seperti
 - a) Promosi kesehatan
Rendahnya angka cakupan pengkajian PHBS dan intervensinya (penyuluhan) yang dilakukan Puskesmas pada rumah tangga karena:
 - 1) Keterbatasan SDM dan dukungna dana
 - 2) Fasilitas yang kurang memadai
 - b) Penyehatan lingkungan
Rendahnya angka cakupan penjamah makanan yang mengikuti kursus penyehatan lingkungan disebabkan oleh:
 - 1) Keterbatasan dukungan dana untuk menyelenggarakan kursus.

- 2) Rendahnya kesadaran masyarakat khususnya pengusaha makanan dan minuman untuk meningkatkan pengetahuannya atau karyawannya.
- c) Kesehatan ibu dan anak
 - 1) Rendahnya angka cakupan K1, K4, KN2, persalinan oleh tenaga kesesahatan murni dan ibu nifas (bufas) yang memperoleh pelayanan standard disebabkan oleh:
 - Kurangnya koordinasi dengan Dinas Kesehatan Kota.
 - Pemeriksaan K1, K4 dan persalinan dilakukan diluar wilayah kerja puskesmas dan penduduk sebagian besar pendatang.
 - Target dihitung berdasarkan proyeksi jumlah penduduk.
 - 2) Rendahnya angka cakupan anak balita yang dideteksi dan stimulasi tumbuh kembang karena:
 - Belum dilakukannya deteksi dan stimulasi tumbuh kembang di Posyandu.
- d) Keluarga Berencana

Belum tercapainya target pelayanan KB antara lain disebabkan oleh:

 - 1) Pelayanan KB tidak hanya dilakukan oleh Puskesmas, tetapi juga sarana kesehatan lainnya.
 - 2) Tidak semua sarana kesehatan lain melaporkan kegiatannya ke Puskesmas.
- e) Pemberantasan penyakit menular

Rendahnya angka cakupan imunisasi DPT/HB combo, campak, polio karena:

 - 1) Administrasi pencatatan hasil imunisasi yang belum baik.
 - 2) Banyak imunisasi dilakukan di Rumah Sakit, Balai Pengobatan, Praktek Swasta, semntara itu belum ada koordinasi dengan pihak terkait mengenai pencatatan dan pelaporan data.
- f) Pengobatan

Rendahnya pencapaian target pelayanan laboratorium (pemeriksaan darah, urine dan tes kehamilan) disebabkan oleh:

- 1) Tidak semua pasien harus periksa lab (sesuai dengan indikasi penyakitnya)
- 2) Periksa lab juga dilakukan sarana kesehatan lain.
- 3) Tes kehamilan bisa juga dilakukan dirumah dengan alat tes beli di apotik.
- g) Upaya perbaikan gizi
Rendahnya angka cakupan pemberian zat besi dan vitamin A dan pemberian kapsul iodium disebabkan karena keterbatasan jumlah obat yang ada.
3. Pelayanan yang dilajalakan oleh Puskesmas Dinoyo terdapat tiga poli yaitu Poli Umum, Poli Gigi, Poli KIA.
4. Alur pelayanan di Puskesmas Dinoyo adalah dimulai dari loket pendaftarankemudian menuju ke poli untuk dilakukan anamnesa, pemeriksaan, penentuan diagnosa, tindakan medis dan konseling. Pembayaran jasa dan obat bagi pengunjung umum juga dilakukan di masing-masing poli. Pelayanan diakhiri dengan pengambilan obat dan rujukan apabila diperlukan.

B. SARAN

1. Untuk mencapai pelayanan yang berkualitas maka seharusnya mencakup prinsip-prinsip pelayanan berdasarkan KepMenPAN No.63 tahun 2003 yaitu mencakup aspek-aspek kesederhanaan, kejelasan, kepastian waktu, akurasi, kesamaan, tanggungjawab, kelengkapan sarana dan prasarana, kemudahan akses, kedisiplinan, kesopanan, keramahan dan kenyamanan.
2. Kedisiplinan dari petugas kesehatan perlu ditingkatkan. Dalam sebuah organisasi atau unit perlu adanya *reward* dan *phunishment*, untuk membentuk kedisiplinan dari petugas kesehatan. Kepala puskesmas seharusnya memantau secara langsung terhadap pegawai-pegawai yang ada di Puskesmas tersebut.
3. Pelayanan pendaftaran dengan cara komputerisasi atau dengan menggunakan Kartu Pelayanan Puskesmas, dimana kartu tersebut bisa diakses ke seluruh Indonesia. Berkaitan dengan gedung yang digunakan,

diharapkan ada jalan tembus yang dapat mengakses antara 2 ruangan sehingga memudahkan dalam pelayanannya.

4. Berdasarkan hasil studi, diperlukan upaya sosialisasi kepada masyarakat mengenai:
 - a) Sosialisasi data dan informasi mengenai kesehatan masyarakat;
 - b) Mengenalkan visi puskesmas yaitu "menuju kecamatan sehat 2010" dengan disertakan misi-misi puskesmas tersebut;
 - c) Upaya pengikutsertaan masyarakat dalam menjaga kesehatan, baik kesehatan lingkungan maupun kesehatan tubuh;
 - d) Upaya sosialisasi ini dimaksudkan untuk menumbuhkan rasa memiliki terhadap kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan untuk mencapai visi puskesmas yaitu menuju kecamatan sehat 2010.
5. Perlu meningkatkan kemantapan organisasi atau unit kesehatan masyarakat dalam menjalankan tugasnya sebagai pelayan kesehatan kepada masyarakat, baik dalam hal koordinasi, pendanaan dan manajemen. Salah satunya yaitu menjalankan manajemen puskesmas melalui
 - a) Analisis, kesenjangan antara yang diinginkan dengan kenyataannya, baik pada IPTS, UKBM, IPKS dan IPMS.
 - b) Rumusan, rumusan masalah, rumusan tujuan dan rumusan intervensi, baik pada IPTS, UKBM, IPKS dan IPMS.
 - c) Rencana, rencana pelaksanaan kegiatan (RPK), merupakan bagan yang menguraikan jadwal kegiatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.
 - d) Intervensi, berbagai model atau kiat intervensi baik pada fungsi penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, fungsi pemberdayaan masyarakat dan keluarga serta fungsi pelayanan kesehatan. Meski rumusan masalah, rumusan tujuan dan bahkan rumusan intervensinya sama, implementasinya bisa berbeda, karena masing-masing wilayah mempunyai kultur budaya, kondisi geografis dan situasi yang berbeda.
 - e) Monitoring, monitoring bulanan, khususnya untuk monitoring IPMS. Monitoring semesteran untuk IPMS, IPKS dan IPTS.
 - f) Evaluasi, hasil pencapaian IPMS, IPKS, IPTS dan UKBM.

- g) Sosialisasi, diseminasi informasi hasil evaluasi ke pihak terkait, lintas sektor, konkes/BPKM/BPP, perangkat desa dan masyarakat.
- h) Kerja sama dengan pihak swasta, dimana kerja sama tersebut saling menguntungkan antara sektor publik dan sektor swasta.



DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, Azrul. 1980. *Puskesmas dan Usaha Kesehatan Pokok*. Jakarta: C.V. Akadoma.
- Azwar, Azrul. 1996. *Menuju Pelayanan Kesehatan yang Lebih Bermutu*. Jakarta: Yayasan Ikatan Dokter Indonesia.
- Departemen Kesehatan. 1992. *Buku Pedoman Kerja Puskesmas*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- _____ 2006. *Puskesmas Dinoyo Selayang Pandang 2006*.
- _____ 2008. *Formulir Pengumpulan Data Penilaian Penampilan Kerja Puskesmas Tahun 2008 (Kinerja Puskesmas Tahun 2007)*.
- _____ 2007. *POA (Plan Of Action) Puskesmas Dinoyo Tahun 2007*.
- Bungin, Burhan. 1992. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Evie Sopacua, Lestari handayani. 2008. "Potret Pelaksanaan Revitalisasi Puskesmas", diakses pada tanggal 2 November 2008 dari (<http://whhttp://www.jmpk-online.net/files/03-4>)
- Kurniawan, Agung. 2005. *Tranformasi Pelayanan Publik*. Yogyakarta: PEMBARUAN.
- Kurniawan, Luthfi J; Hesti Puspitosari. 2007. *Wajah Buram Pelayanan Publik*. Malang: Malang Corruption Watch.
- .Koentjoro, Tjahjono. 2007. *Regulasi Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta: Andi Yogyakarta.
- Lembaga Administrasi Negara Republik Indonesia. 2006. *Strategi Peningkatan Kualitas Pelayanan Publik*. Jakarta: Lembaga Administrasi Negara Republik Indonesia.
- Moenir, Drs. 1995. *Manajemen Pelayanan Umum Di Indonesia*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Nugraheni, Wahyu Pudji. 2004. *Persiapan Puskesmas Bandarjaya Menjadi Unit Kesehatan Swadana*. *Jurnal Pelayanan Kesehatan*. Lampung.

Sudriamunawar, Haryono. 2002. *Pengantar Studi Administrasi Pembangunan*. Bandung:Mandar Maju.

Suryono, Agus. 2004. *Pengantar Teori Pembangunan*. Malang:Universitas Negeri Malang Press.

Syafriadi, Hari Kusumo, Lutfan Lazuardi. 2008. "Pemanfaatan Puskesmas Baru Di Kabupaten Mukomuko Provinsi Bengkulu", diakses pada tanggal 2 November 2008 dari (http://www.lrc-kmpk.ugm.ac.id/id/UP-PDF/working/No.15_Syafriadi_04_08.pdf)

Tjokroamidjojo, Bintoro. 1974. *Pengantar Administrasi Pembangunan*. Jakarta: LP3ES.

Tjokroamidjojo, Bintoro; Mustopadidjaja. 1988. *Teori dan Strategi Pembangunan Nasional*. Jakarta:CV Haji Masagung.

Trihono. 2005. *Arrimes Manajemen Puskesmas Berbasis Paradigma Sehat*. Jakarta: Yayasan Ikatan Dokter Indonesia.

Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan

Undang-Undang Dasar Tahun 1945.

Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran.

PEDOMAN WAWANCARA

Wawancara dengan pegawai Puskesmas Dinoyo:

1. Pelayanan puskesmas tiap hari kerja di mulai pada jam berapa hingga jam berapa?
2. Bagaimana mekanisme untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo? Apakah sudah sesuai dengan prosedur?
3. Apakah dalam proses pelayanan yang diberikan Puskesmas Dinoyo terdapat kendala? Bagaimana solusinya?
4. Apa saja kendala yang dihadapi dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo? Bagaimana mengatasi masalah tersebut?
5. Puskesmas dinoyo memiliki kegiatan pokok apa saja apabila disesuaikan dengan wilayah kerjanya?

Wawancara dengan pasien Puskesmas Dinoyo:

1. Kelemahan apa saja yang terdapat dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas Dinoyo?
2. Adakah perubahan pelayanan yang diberikan oleh Puskesmas Dinoyo sebelum dan sesudah perpindahan gedung?
3. Alasan apa saja yang membuat pasien tertarik untuk menggunakan pelayanan kesehatan di Puskesmas?
4. Alasan apa saja yang membuat pasien lebih tertarik untuk menggunakan pelayanan kesehatan di luar puskesmas?

**DAFTAR INVENTARIS ALAT KLINIK IMS
PUSKESMAS DINOYO**

NO	NAMA BARANG	JUMLAH	SATUAN	TOTAL	KODE ALAT
1	Anuscopys Glass Ukuran S	7	Buah	7	
2	Rotator	1	Buah	1	
3	Microskop	1	Buah	1	
4	Centrifuge	1	Buah	1	
5	Kertas lakmus	1	Pak	1	
6	VDRL/RPR kit	10	Kit	10	
7	Hibical/Disinfektan	3	Set	3	
8	Pengecatan gram	10	botol	10	
9	Slide Box	3	Buah	3	
10	Obyek glass	3	Buah	3	
11	TPHA Kit	1	Kit	1	
12	Bak kran	1	Buah	1	
13	Kertas tisu	4	Buah	4	
14	Rak Tabung Staenless steel	2	Buah	2	
15	Micro pipet	1	Buah	1	
16	Sarung Tangan Disposable	4	BOX	4	
17	Masker	4	BOX	4	
18	Lab file	1	Buah	1	
19	Lemari Es 2 pintu	1	Buah	1	
20	Lidi water steril	15	Box	15	
21	Dildo Condom	4	Buah	4	
22	Lampu Spiritus Steril Stenlees Steel	1	Buah	1	
23	Waskom 30 cm Steril Stainless Steel	1	Buah	1	
24	Bak Sampah	1	Buah	1	
25	Ember Disinfektan	1	Buah	1	
26	Speculum ukuran M	20	Buah	20	
27	ACToshiba	1	paket	1	

Mengetahui
Koordinator Klinik IMS Puskesmas
Dinoyo

Dr. Farid Setiawan
Nip.510 137 975

**DAFTAR INVENTARIS ALAT KLINIK IMS
PUSKESMAS DINOYO**

NO	NAMA BARANG	JUMLAH	SATUAN	TOTAL	KODE ALAT
1	Anuscopys Glass Ukuran S	7	Buah	7	
2	Rotator	1	Buah	1	
3	Microskop	1	Buah	1	
4	Centrifuge	1	Buah	1	
5	Kertas lakmus	1	Pak	1	
6	VDRL/RPR kit	10	Kit	10	
7	Hibical/Disinfektan	3	Set	3	
8	Pengecatan gram	10	botol	10	
9	Slide Box	3	Buah	3	
10	Obyek glass	3	Buah	3	
11	TPHA Kit	1	Kit	1	
12	Bak kran	1	Buah	1	
13	Kertas tissu	4	Buah	4	
14	Rak Tabung Staenless steel	2	Buah	2	
15	Micro pipet	1	Buah	1	
16	Sarung Tangan Disposable	4	BOX	4	
17	Masker	4	BOX	4	
18	Lab file	1	Buah	1	
19	Lemari Es 2 pintu	1	Buah	1	
20	Lidi water steril	15	Box	15	
21	Dildo Condom	4	Buah	4	
22	Lampu Spiritus Steril Stenlees Steel	1	Buah	1	
23	Waskom 30 cm Steril Stainless Steel	1	Buah	1	
24	Bak Sampah	1	Buah	1	
25	Ember Disinfektan	1	Buah	1	
26	Speculum ukuran M	20	Buah	20	
27	ACToshiba	1	paket	1	

Mengetahui
Koordinator Klinik IMS Puskesmas
Dinoyo

Dr. Farid Setiawan
Nip.510 137 975

NAMA INSTANSI : UPTD PUSKESMAS DINOYO/DIN.KES

NO	PENYELANGGARA PELAYANAN PUBLIK/ALAMAT	JENIS LAYANAN	JUMLAH SEMPUL PELAYANAN	WAKTU PENYELESAIAN PELAYANAN	PERMASALAHAN KELUHAN MASYARAKAT	UPAYA PEMECAHAN/PENYELESAIAN KELUHAN MASYARAKAT	SARAN TINDAK LANJUT
1	2	3	4	5	6	7	8
1	UPTD Puskesmas Dinoyo/Jl. Mt Haryono IX/13 malang	Pelayanan Kesehatan dasar : -Poli Umum -Poli KIA -Poli Gigi	3 simpul (bila perlu 4 simpul) 3 simpul (bila perlu 4 simpul) 3 simpul (bila perlu 4 simpul)	20-30 menit (normal) bila perlu simpul 4 1jam-2jam idem idem	-Tenaga fungsional di Puskesmas tidak hanya melayani pelayanan kesehatan dasar, tetapi harus melayani kesehatan masyarakat di lapangan sehingga tenaga pelayanan di Poli berkurang hal ini berimbas pada alokasi waktu pelayanan poli, maka waktu pelayanan > dari 30 menit pada waktu tertentu	-Mengatur jadwal pelayanan baik di Poli maupun di masyarakat (Posyandu/UKS) secermat mungkin sehingga bisa dilayani secara optimal -Meningkatkan kualitas pelayanan bagi setiap tenaga fungsional maupun tenaga administrasi	Menambah jumlah tenaga fungsional

Malang, 5 Maret 2005
Kepala Puskesmas Dinoyo

Drg. SRI SUSMINDARI
Pembina TK. I
NIP. 140 120 939

KARTU INVENTARIS BARANG(KIB) TANAH DAN BANGUNAN

NO	JENIS BARANG NAMA BARANG	LUAS TANAH (M2)	LUAS BANGUNAN (M2)	LETAK/ALAMAT
1	PUSKESMAS DINOYO	1500	600	JL MT HARYONO IX/13 MALANG
2	PUSKESMAS PEMBANTU SUMBERSARI	300	142	JL BEND SIGURA-GURA MALANG
3	PUSKESMAS PEMBANTU TUNGGUL WULUNG	200	142	DESA TUNGGUL WULUNG MALANG
4	PUSKESMAS PEMBANTU MERJOSARI	300	142	JL MERTOJOYO SELATAN MALANG
5	PUSKESMAS PEMBANTU TLOGOMAS	300	142	JL KECUBUNG NO 10 MALANG

Malang, 4 Desember 2005
KEPALA PUSKESMAS DINOYO

drg. Sri Susmindari
NIP. 140 120 939



PEMERINTAH KOTA MALANG
DINAS KESEHATAN

Jln. Simp LA. Sucipto 45 ☎ (0341) 406878 Fax. (0341) 406879
Malang Kode Pos 65124

Malang, 20 April 2008

Nomor : 072/ /35.73.306/2008 Kepada,
Sifat : Biasa Yth. Sdr. Kepala UPTD
Lampiran : Puskesmas Dinoyo
Perihal : Riset Di Malang

Dengan ini diberitahukan bahwa Mahasiswa sebagaimana tersebut dibawah ini:

Nama : Anis Kristina
NIM : 0410310011
PT : Universitas Brawijaya Malang
Alamat : Sumpersari Gang IV No. 59A Malang
Tema : Manajemen Pelayanan Publik Sektor Kesehatan Guna Meningkatkan Kualitas Kesehatan Masyarakat (Studi pada Puskesmas Dinoyo, Kota Malang)
Waktu : selama 1 Bulan 5 Mei-5 Juni 2008

Akan melaksanakan survey/ penelitian/ mencari data yang Saudara pimpin. Sehubungan dengan hal tersebut, dimohon Saudara membantu memberi data/ informasi serta membimbing. Mahasiswa dimaksud diwajibkan melaporkan hasilnya kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Malang. Demikian untuk mendapatkan perhatian.



GAMBAR LOKASI PENELITIAN PUSKESMAS DAN AKTIVITAS DI PUSKESMAS DINOYO



Gambar Lokasi Puskesmas Dinoyo di Jl. Sigura-gura No. 29 Malang



Aktivitas Puskesmas Dinoyo di Poli Gigi dan Poli Umum

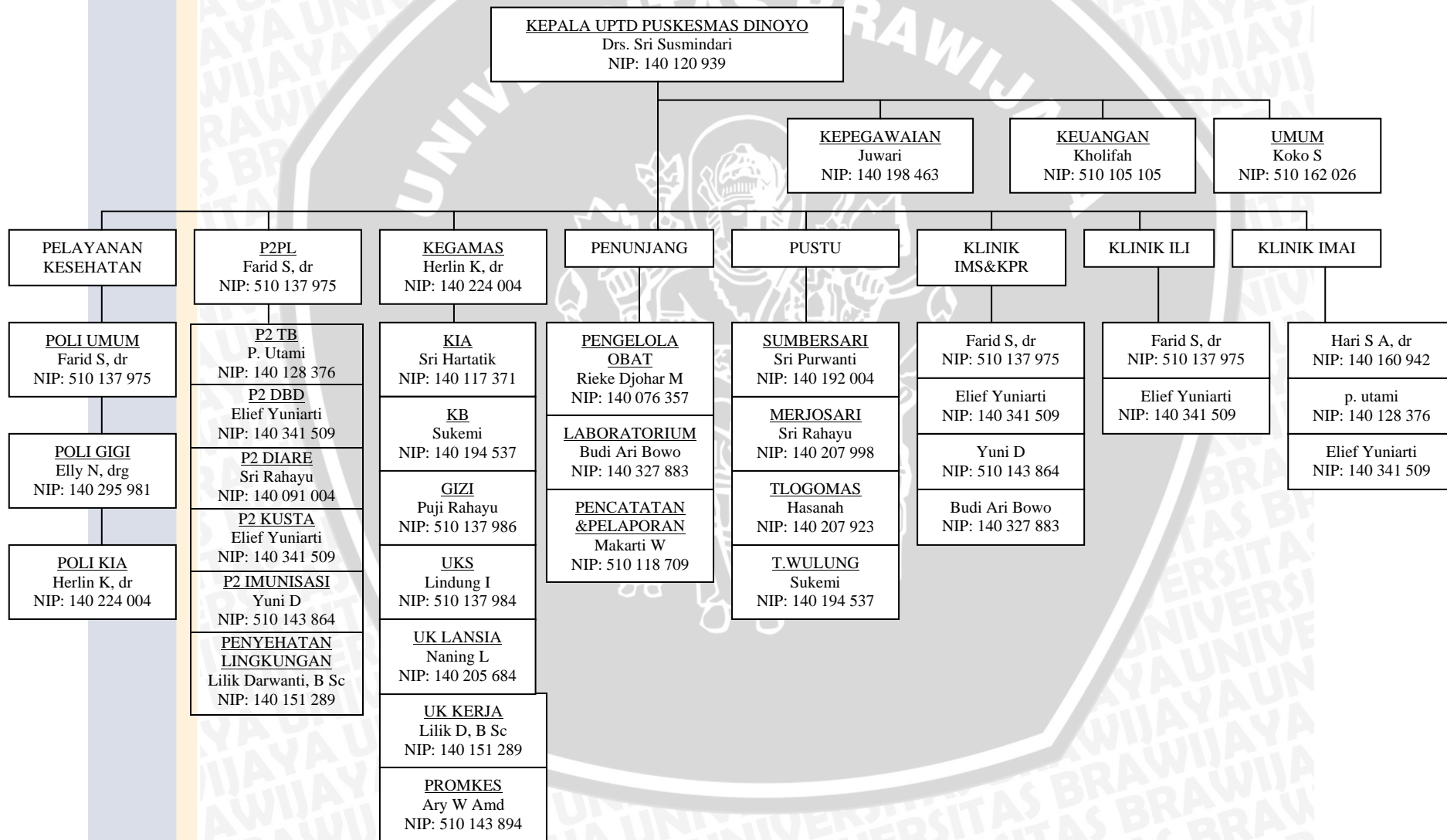


Antrian Pasien di Ruang tunggu Puskesmas Dinoyo



Foto Staf Puskesmas dan peneliti di Ruang Pendaftaran

Gambar:
Struktur Organisasi Puskesmas Dinoyo





PEMERINTAH KOTA MALANG

DINAS KESEHATAN

Jln. Simp LA. Sucipto 45 ☎ (0341) 406878 Fax. (0341) 406879
Malang Kode Pos 65124

Standar Pelayanan Publik Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

1. Syarat untuk mendapatkan pelayanan di puskesmas:
 - a. Membawa kartu identitas (KTP/SIM dll) untuk pasien baru
 - b. Membawa kartu berobat puskesmas/kartu Askes/kartu jamkesmas
 - c. Membayar biaya pelayanan sesuai tarif Perda Kota Malang No. 20 tahun 2005 (kecuali pasien pemegang kartu askes/kartu jamkesmas)
2. Jam buka pelayanan puskesmas:
 - a. Senin-Sabtu : Pkl. 08.00-12.00 WIB
 - b. Jum'at : Pkl. 08.00-10.00 WIB
 - c. Sabtu : Pkl. 08.00-11.00 WIB
3. Lama pelayanan tiap pasien:
 - a. Pendaftaran di loket maksimal 10 menit
 - b. Pelayanan poli umum: > Pemeriksaan medis maksimal 15 menit
< Tindakan medis maksimal 60 menit
 - c. Pelayanan poli gigi maksimal 30 menit
 - d. Pelayanan imunisasi maksimal 10 menit
 - e. Pelayanan KIA maksimal 15 menit
 - f. Pemeriksaan laboratorium maksimal 60 menit
 - g. Pelayanan apotek/obat : racikan maksimal 30 menit
Non racikan 15 menit
4. Biaya/tarif pelayanan kesehatan di puskesmas
Sesuai dengan Perda Kota Malang No.20 tahun 2005 tentang retribusi pelayanan kesehatan
5. Alur pelayanan pasien
 - a. Pasien datang ke puskesmas, mendaftar di loket pendaftaran
 - 1). Pasien baru membawa identitas diri, pasien lama membawa kartu berobat.



- 2). Pasien mengutarakan poliklinik yang akan dituju kepada petugas Loker pendaftaran.
- 3). Pasien umum membayar retribusi biaya pelayanan kesehatan, pasien askes/amkesmas menunjukkan kartu askes/jamkesmas.

b. Pelayanan

Pasien membawa berkas Rekam Medis ketempat pelayanan:

- 1) Poli umum/poli gigi/pelayanan imunisasi/KIA/KB
- 2) Pelayanan di poli umum dengan kemungkinan:
 - a). Perlu pemeriksaan laboratorium
 - b). Perlu konsultasi antar poliklinik
 - c). Perlu tindakan medis
 - d). Pelayanan apotek/obat untuk memperoleh obat
 - e). Perlu pengobatan/rujuk ke Rumah Sakit

6. Hak pengguna pelayanan

- a. Memperoleh informasi tentang pelayanan kesehatan yang berlaku di Puskesmas
- b. Mendapatkan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan
- c. Meminta konsultasi medis
- d. Mendapatkan informasi atas penyakit yang diderita, tindakan medis yang dilakukan, kemungkinan penyulit yang dilakukan, kemungkinan penyulit sebagai akibat tindakan medis dan cara mengatasinya.
- e. Menyetujui/menolak atas tindakan medis yang akan dilakukan kecuali untuk kasus kejadian luar biasa/KLB
- f. Menyampaikan keluhan kritik atau saran

7. Kewajiban pengguna pelayanan

- a. Membawa identitas diri untuk pasien baru, pasien lama membawa kartu berobat (layanan umum), kartu askes (layanan askes) dan kartu jamkesmas (layanan masyarakat miskin)
- b. Membayar biaya pelayanan sesuai tarif Perda Kota Malang No.20 tahun 2005 untuk pasien umum
- c. Mengikuti alur pelayanan di puskesmas
- d. Mentaati peraturan pelayanan sesuai standar pelayanan di puskesmas

8. Kewajiban penyedia layanan (puskesmas)

- a. Memberikan informasi tentang pelayanan kesehatan yang berlaku di puskesmas

- b. Memberikan pelayanan sesuai dengan protap standar pelayanan
- c. Menegur pengguna layanan yang tidak mentaati ketentuan pelayanan
- 9. Hak penyedia pelayanan (puskesmas)
 - a. Menarik retribusi pelayanan sesuai Perda Kota Malang No.20 tahun 2005
 - b. Membuat peraturan yang berlaku di puskesmas sesuai etika profesi, standar profesi, dan standar pelayanan kesehatan
 - c. Memperoleh perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai profesinya

10. Pelayanan informasi dan pengaduan

Apabila pelayanan kurang memuaskan dapat menyampaikan keluhan, kritik, atau dengan menyertakan identitas jelas yaitu:

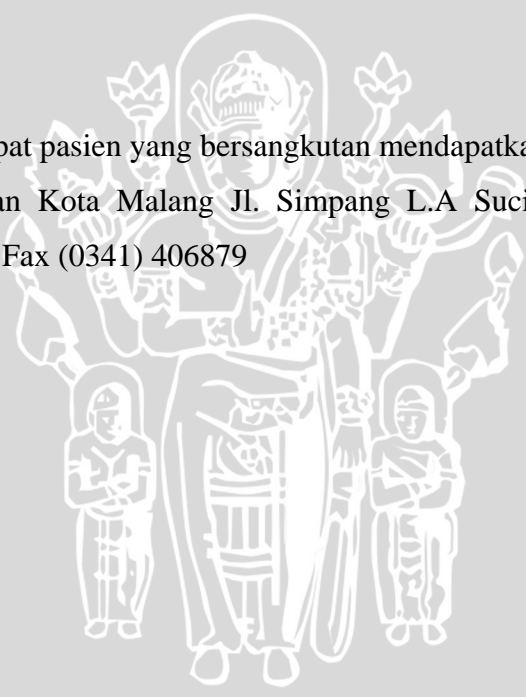
NAMA :

UMUR :

ALAMAT :

Ditujukan kepada:

1. Puskesmas tempat pasien yang bersangkutan mendapatkan pelayanan
2. Dinas Kesehatan Kota Malang Jl. Simpang L.A Sucipto No. 45 Telp (0341) 406878, Fax (0341) 406879



CURRICULUM VITAE

Nama : Anis Kristina
Nomor Induk Mahasiswa : 0410310011
Tempat dan Tanggal Lahir : Karanganyar, 08 Desember 1985
Pendidikan :

1. SD Negeri 3 Matesih, Tamat tahun 1998
2. SMP Negeri 1 Matesih, Tamat tahun 2001
3. SMA Negeri Karangpandan, Tamat tahun 2004
4. Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya, Tamat tahun 2009

