

**PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK
DI PUSKESMAS STUDI FUNGSI DINAS KESEHATAN
DI KEEROM PAPUA**

One Wakur, Kristiani, Mubasysyir Hasanbasri

Katakunci:

Fungsi DHO
Program kesehatan ibu dan anak

-Tidak Untuk Disitasi-

MOTHER AND CHILD HEALTH PROGRAMS IN HEALTH CENTERS, CASE STUDY OF DHO FUNCTION AT KEEROM DISTRICT

Abstract

One Wakur¹, Kristiani², Mubasasyir Hasanbasri³

Background: Keerom is a developing district in the Province of Papua, Yet, the maternal and infant mortality rates in this area are still high, besides the low rate of deliveries assisted by health officers. The facts show the mother and child health (MCH) programs at Keerom are not yet appropriately-managed. The function of district health office (DHO), in this case MCH section influences the performance of MCH program in health centers.

Methods: This research was a descriptive research, with case study design, using qualitative method. The subjects of this research were head of DHO, head of family and public health department, head of MCH section, head of health centers, and midwives in charge of MCH programs in health centers. The research instruments used in this research were in-depth interview guide, focus group discussion guide, and check list.

Results: The human resources (HR) of Keerom DHO, was very limited both in quality and in quantity, although it had sufficient financial resource. It was due to establishment of a new district. DHO only functioned as a distributor of facilities in supporting MCH programs in health centers. The placement of HR was managed by the head of district, not by the MCH section of DHO. Thus, it was not based on the needs of health officers for every health center. Midwives were mostly concentrated at health centers and the number of them in villages was very limited. DHO had carried out the function of monitoring, supervision, and evaluation of MCH programs at the health centers. Function and responsibilities of MCH section at health centers which had not been carried out were placement of midwives based on the need, enforcement of discipline among staff, formulation of assessment and performance analysis standard. The coverage of MCH service at the health centers had not reached the target because of limited input which led to inoptimum implementation of MCH programs, particularly in isolated areas.

Conclusions: The function of Keerom DHO in supporting the MCH programs in health centers at Keerom was not yet optimal because of lack of HR and facilities. This influenced the coverage of the MCH services, which had not achieved the expected target.

Keywords: function of DHO, mother and child health programs

1 District Health Office of Keerom, Papua

2 Salam Health Center, Magelang District

3 Master of Health Service Management & Policy, GMU.

LATAR BELAKANG

Program kesehatan ibu dan anak (KIA) merupakan salah satu prioritas utama pembangunan kesehatan di Indonesia. Program ini bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan bagi ibu hamil, ibu melahirkan dan bayi neonatal. Salah satu tujuan program ini adalah menurunkan kematian dan kejadian sakit di kalangan ibu. Keerom merupakan salah satu kabupaten yang terletak di wilayah Indonesia bagian timur. Perbandingan antara jumlah bidan dan perawat dengan penduduk di Keerom sudah terpenuhi berdasarkan standar, namun pendistribusian tenaga bidan masih belum merata. Kondisi geografis yang sulit menyebabkan kebutuhan tenaga bidan semakin besar karena jumlah penduduk per desa masih relatif sedikit, tetapi jarak antardesa berjauhan. Kondisi ini juga menyebabkan kurangnya pengawasan terhadap bidan. Hasil observasi awal menunjukkan bahwa ada beberapa bidan desa yang meninggalkan lokasi tugas tanpa izin dan tidak terpantau oleh Dinas Kesehatan Keerom. Dampak dari pendistribusian tenaga kerja yang belum merata, dan lemahnya pengawasan dari dinas kesehatan (dinkes) menyebabkan kegiatan program kesehatan di puskesmas belum berjalan optimal, termasuk program KIA.

Tahun 2005, jumlah persalinan yang ditolong tenaga kesehatan masih rendah, hanya sebanyak 52 persen. Jumlah kematian ibu bersalin yang tercatat di Keerom sebesar 4 orang. Fenomena kasus kematian ibu dan kematian bayi di Keerom kemungkinan akibat dari dukungan Dinas Kesehatan Keerom dalam program KIA di puskesmas belum optimal. Dalam era otonomi daerah, peran dinkes menjadi sangat penting, termasuk dalam kegiatan program KIA¹. Dinkes kabupaten/kota sebagai unit pelaksana teknis di bidang kesehatan berfungsi sebagai pendukung kegiatan puskesmas di wilayah kerjanya, sehingga program dapat berjalan sesuai yang direncanakan². Kebijakan dinkes merupakan pedoman bagi puskesmas untuk menjalankan program kesehatan di puskesmas³. Fungsi dukungan dinkes ke puskesmas dalam kegiatan program dapat berupa pengadaan sumber daya manusia dan sumber daya lain yang dibutuhkan dalam pelaksanaan program KIA. Dukungan dinkes dalam proses pelaksanaan seperti kegiatan pembinaan, pengarahan dan pengendalian program juga dibutuhkan oleh puskesmas. Berdasarkan latar belakang tersebut, maka dirumuskan permasalahan “Bagaimana fungsi Dinas Kesehatan Keerom dalam mendukung program KIA di puskesmas?” Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui fungsi Dinas Kesehatan Keerom dalam mendukung program KIA di puskesmas. Secara khusus, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mendukung pelaksanaan program KIA.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan rancangan studi kasus dan menggunakan pendekatan kualitatif. Kasus yang menjadi perhatian penelitian ialah fungsi Dinas Kesehatan Keerom dalam mendukung program KIA di puskesmas. Unit analisis penelitian ialah Dinas Kesehatan Keerom. Subjek peneli-

tion ialah kepala Dinas Kesehatan Keerom, kasubdin kesga dan kepala seksi KIA Dinas Kesehatan Keerom serta kepala puskesmas dan bidan penanggungjawab program KIA. Variabel penelitian ialah faktor input, proses dan output fungsi dinas kesehatan dalam mendukung program KIA di puskesmas. Instrumen yang digunakan ialah pedoman wawancara dan pedoman diskusi kelompok terarah serta penelaahan dokumen terhadap pelaksanaan kegiatan program KIA baik di dinkes maupun di puskesmas.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Sumber Daya Manusia. Subdin kesehatan keluarga dan masyarakat mempunyai tiga seksi yaitu KIA, gizi dan promosi kesehatan. Jumlah SDM masing-masing seksi hanya satu orang. Secara keseluruhan, jumlah SDM di subdin kesehatan keluarga dan masyarakat Keerom sebanyak 4 orang, yaitu kepala subdin kesehatan keluarga dan masyarakat, kepala seksi KIA, kepala seksi gizi, kepala seksi promosi kesehatan. Keterbatasan SDM di dinkes terkait erat dengan keterbatasan jumlah SDM di Keerom. Keerom merupakan kabupaten pemekaran dari Jayapura . Pemekaran ini menyebabkan SDM di Dinas Kesehatan Jayapura harus dibagi 3 untuk didistribusikan untuk mengisi formasi jabatan di masing-masing kabupaten pemekaran tersebut. SDM yang mempunyai pangkat tinggi enggan menjabat di kabupaten pemekaran karena fasilitas seperti perumahan dan kendaraan dinas belum tersedia. Distribusi tidak merata terjadi pada daerah pemekaran⁴. SDM merupakan aset utama suatu organisasi, baik organisasi bisnis maupun organisasi nirlaba, karena keberhasilan dan kelestarian suatu organisasi di masa depan dipengaruhi oleh kemampuan SDM yang dimilikinya⁵. Walaupun SDM bersangkutan telah mendapatkan pelatihan manajemen program dan mempunyai pengalaman kerja yang cukup lama, namun kuantitas dan kualitas untuk pengelola program KIA Dinas Kesehatan Keerom belum memadai.

Pendanaan. Dinas Kesehatan Keerom mendapatkan dana otonomi khusus (otsus) Papua, dana dekonsentrasi, dan donator untuk pelaksanaan semua program. Dana ini dialokasikan untuk menjalankan program dinkes dan puskesmas sebagai dana operasional. Dana yang diperoleh Pemda Keerom diterima dinkes pada bulan Agustus sampai September dan segera didistribusikan oleh Dinas Kesehatan Keerom. Pertanggungjawaban penggunaan dana operasional puskesmas dan dinas harus diserahkan pada bulan Desember. Fenomena ini menunjukkan bahwa dana untuk operasional program maupun puskesmas terlambat cair. Alokasi dana untuk dana operasional diberikan berdasarkan *Plan of Action* (POA) yang disusun oleh kepala puskesmas dan dinkes dalam rapat kerja tahunan. Puskesmas dan kasubdin mengajukan perencanaan kegiatan program di puskesmas dan subdinas. Perencanaan tersebut menjadi perencanaan dinkes dan diajukan ke Pemerintah Daerah (Pemda) Keerom. Di subdin kesehatan keluarga dan masyarakat, seksi KIA mendapatkan dana paling banyak. Dana terbesar digunakan untuk pengadaan alat kontrasepsi yang didistribusikan untuk bidan, sebesar Rp. 250.000.000 atau 46%. Selain untuk pengadaan alat kontrasepsi, Seksi KIA juga

mendapatkan dana untuk kegiatan kemitraan dukun, supervisi bidan penyelia, sosialisasi asuhan persalinan normal (APN), pelatihan tenaga pencatat kohort dan sosialisasi audit maternal perinatal (AMP). Jumlah dana yang diberikan untuk seksi KIA sebesar 57% dari seluruh dana untuk subdin kesehatan keluarga dan masyarakat. Seksi KIA masih mendapatkan dana untuk review program dan supervisi subdin kesehatan keluarga dan masyarakat. Pada tahun 2006, Dinas Kesehatan Keerom terpaksa mengembalikan dana dekonsentrasi karena belum digunakan untuk menjalankan program. Petugas tidak mempunyai waktu yang cukup untuk menjalankan program akibat dari keterbatasan jumlah SDM di Dinas Kesehatan Keerom. Dana dekonsentrasi ini dicairkan setiap triwulan. Pencairan dana berikutnya dapat dilakukan bila dana yang cair sebelumnya telah dipertanggungjawabkan.

Sarana. Sebagai kabupaten pemekaran, Keerom belum mempunyai gedung-gedung perkantoran termasuk dinkes, dan masih menggunakan gedung sekretariat bupati. Gedung untuk dinkes masih dalam taraf pembangunan. Dinkes menggunakan satu ruangan yang berukuran 10 x 10 meter untuk menampung karyawan sebanyak 32 orang. Seksi KIA belum mempunyai komputer tersendiri untuk mengelola laporan kegiatan program, sehingga laporan direkap secara manual. Komputer yang tersedia merupakan milik subdin kesehatan keluarga, sehingga satu komputer tersebut digunakan oleh 3 seksi dan subdinas kesehatan keluarga dan masyarakat sekaligus. Subdin kesehatan keluarga dan masyarakat hanya mempunyai satu sepeda motor dan digunakan oleh kepala seksi gizi. Sarana untuk mendukung kegiatan program KIA seperti KMS, format-format laporan dan bidan kit didapatkan dari Dinas Kesehatan Propinsi Papua, Departemen Kesehatan, maupun donatur dari luar. Seksi KIA belum membuat perencanaan untuk memenuhi kebutuhan sarana karena sebagian besar kebutuhan sarana dipenuhi oleh dinas propinsi dan donatur seperti Program SCHS (*Support Community Health Services*) dari Uni Eropa. Tahun 2006 Dinas Kesehatan Keerom mendapat bantuan bidan kit dan dukun kit dari program SCHS untuk melengkapi sarana bidan desa dan dukun terlatih. Perencanaan yang dibuat Tahun 2006 untuk sarana program KIA hanya pengadaan alat kontrasepsi untuk program KB dan dibagikan kepada puskesmas. Pendistribusian sarana dilakukan dengan memanggil petugas puskesmas untuk mengambilnya.

Kebijakan. Sebagai pelaksana pembangunan kesehatan, Dinas Kesehatan Keerom telah membuat kebijakan yang berkaitan dengan program KIA. Salah satu kebijakan yang dibuat ialah penentuan target pelayanan KIA di wilayah kerjanya, yaitu pencapaian cakupan minimal 80%. Penentuan target pelayanan KIA tersebut sesuai dengan standar yang ditetapkan Depkes dalam pedoman pelaksanaan PWS-KIA, namun kurang tepat diterapkan di Keerom karena kondisi tenaga kesehatan dan berbagai kendala teknis yang menghambat. Kebijakan Dinas Kesehatan Keerom tentang pelayanan KIA lebih menekankan pelayanan yang membuat ibu merasa nyaman sesuai dengan hasil pelatihan APN. Kebijakan tersebut sinkron dengan keadaan masyarakat Keerom masih mempercayai tradisi budaya lokal, karena masyarakat mempunyai konsepsi tentang kehamilan, persalinan, dan nifas berdasarkan persepsi kebudayaannya⁶. Kebijakan lain yang

telah dilakukan mengusulkan kepada pemda agar bidan yang tinggal di desa lebih diperhatikan dengan memberikan tambahan insentif, menjamin keamanan, dan memperbaiki rumah dinas. Kebijakan untuk memberi rasa aman pada bidan dilakukan dinkes dengan mengkoordinasikan ke bupati. Dinkes juga telah memberi kesempatan bidan untuk melanjutkan pendidikan ke jenjang lebih tinggi. Kesempatan yang diberikan masih dalam bentuk izin belajar, karena dinkes tidak memberikan bantuan dana untuk melanjutkan pendidikan.

Dukungan Pendistribusian SDM

Jumlah bidan di Keerom sebanyak 38 orang. Hampir 50% bidan bertugas di puskesmas karena pendistribusian petugas ke puskesmas tidak merata. Puskesmas Senggi dan Web bahkan tidak mempunyai bidan yang tinggal di desa. Dari 6 puskesmas yang ada di Keerom, Puskesmas Arso Kota justru merupakan daerah perkotaan, namun pendistribusian bidan juga belum merata. Bidan terkonsentrasi di puskesmas. Distribusi bidan di puskesmas dijelaskan dalam Tabel 1.

Tabel 1. Jumlah Bidan di Desa dan Puskesmas

Puskesmas	Jumlah Desa	Jumlah Bidan	Tinggal di Desa	
			N	%
Arso Kota	14	14	5	36
Arso Barat	7	7	6	71
Arso III	8	8	7	87
Waris	6	5	2	40
Senggi	6	3	0	0
Web	7	1	0	0
Kabupaten	48	38	20	53

Pengaturan pendistribusian bidan desa dilakukan oleh bupati. Dinkes, khususnya seksi KIA tidak dilibatkan dalam penempatan bidan desa. Dalam tugas pokok dan fungsional (tupoksi) seksi KIA disebutkan bahwa seksi KIA mempunyai kewenangan untuk mendistribusikan bidan⁷. Tupoksi tersebut tidak dapat dijalankan karena keputusan menempatkan bidan dilakukan oleh bupati. Bidan yang telah ditempatkan di desa juga tidak tinggal di desa tersebut selama 24 jam karena alasan keluarga. Hal tersebut tidak sesuai dengan konsep bidan desa yang dikembangkan Departemen Kesehatan, karena masyarakat tidak dapat memanfaatkan pelayanan kesehatan dari bidan desa diluar jam kerja. Hasil penelitian di Palangkaraya didapatkan bahwa bidan yang ditempatkan di desa terpencil mengkhawatirkan masalah pendidikan anak-anaknya⁸. Keterbatasan jumlah tenaga kesehatan yang bertugas bukan hanya tenaga kesehatan kebidanan namun tenaga kesehatan secara keseluruhan. Hal tersebut diperparah dengan pendistribusian yang kurang merata. Peran dinkes dinilai kepala puskesmas belum optimal berkaitan dengan penempatan bidan desa dalam menunjang

pelaksanaan program KIA. Dinkes belum memberikan perhatian terhadap bidan agar betah bertugas di Keerom, terutama yang ditugaskan di daerah-daerah terpencil. Selama ini, bidan diberi uang motivasi dari Pemda Keerom sebesar Rp. 200.000. Pemberian insentif tersebut tidak dibedakan berdasarkan lokasi tugas.

Dukungan Pendistribusian Sarana

Peran dinas kesehatan terhadap ketersediaan sarana kegiatan program KIA di puskesmas hanya sebagai distributor. Berdasarkan catatan dinas kesehatan, hampir semua bidan telah mempunyai bidan kit untuk menolong persalinan. Hanya 2 orang dari 38 orang yang belum mempunyai bidan kit. Ketersediaan sarana bidan kit pada bidan secara terperinci dapat dilihat pada Tabel 2.

Tabel 2. Kelengkapan Sarana Persalinan Bidan

Puskesmas	Jumlah	Punya Kit	
		N	%
Arso Kota	14	14	100,0
Arso Barat	7	7	100,0
Arso III	8	8	100,0
Waris	5	4	80,0
Senggi	3	2	67
Web	1	1	100,0
Kabupaten	38	36	95

Dinas Kesehatan Keerom belum mengupayakan ketersediaan format-format pelaporan, seperti buku KIA, laporan kegiatan bulanan dan sebagainya. Buku KIA digunakan untuk pemantauan kehamilan dan kelahiran serta tumbuh kembang balita. Format laporan kegiatan program KIA digunakan untuk melaporkan cakupan program KIA. Kartu Menuju Sehat (KMS) ialah kartu yang diberikan pada ibu balita untuk pemantauan tumbuh kembang anak. KMS sebagai alat pemantau tumbuh kembang balita di posyandu tidak disediakan oleh Dinas Kesehatan Keerom. Bidan terpaksa menggandakan KMS sendiri. Sarana untuk melakukan pelayanan kebidanan telah dianggap cukup lengkap, namun untuk melayani panggilan masyarakat, terutama pada malam hari, bidan mengalami kesulitan. Bidan memang mengeluhkan masalah transportasi untuk mengunjungi pasien yang menjadi masalah bagi bidan. Faktor geografis sering menghambat pelaksanaan pelayanan KIA. Bidan terpaksa terlambat datang memberikan pertolongan karena rumah pasien yang sulit dijangkau, terlebih pada musim hujan. Keterlambatan petugas menolong persalinan kadang menyebabkan kemarahan masyarakat terhadap petugas. Masyarakat menuntut pelayanan yang cepat namun petugas terhambat oleh geografis yang sulit dijangkau. Selain masalah transportasi, bidan mengeluhkan tempat tinggal di desa yang kurang representatif baginya, sehingga memerlukan perbaikan.

Dukungan Pendistribusian Dana

Dana untuk kegiatan KIA didistribusikan oleh dinkes melalui puskesmas dalam bentuk dana operasional puskesmas. puskesmas selanjutnya mendistribusikan ke semua program puskesmas, termasuk kepada pengelola program KIA. Alokasi dana untuk kegiatan KIA di puskesmas tergantung kebijakan kepala puskesmas. Ketidakterbukaan pihak puskesmas tentang dana untuk kegiatan KIA menyebabkan bidan tidak mampu menjalankan kegiatan sesuai kebutuhannya, seperti mengadakan pelatihan bagi dukun penolong persalinan. Keterbukaan pimpinan dalam pengelolaan keuangan puskesmas akan meningkatkan rasa kebersamaan staf dalam melaksanakan tugasnya⁹.

Pengawasan, Pembinaan dan Evaluasi

Hasil observasi dokumentasi tentang kegiatan pembinaan teknis tidak ditemukan adanya dokumen pelaksanaan pengawasan ke puskesmas. Dinkes belum mampu melakukan pengawasan secara langsung terhadap kegiatan KIA di puskesmas dengan melakukan kunjungan ke puskesmas. Dinas Kesehatan Keerom belum mempunyai standar baku untuk melakukan penilaian kinerja bidan. Instrumen tersebut digunakan untuk mengetahui standar kompetensi bidan. Pengawasan dilakukan hanya dengan mempelajari laporan bulanan. Pengawasan secara langsung tidak dapat dilakukan dikarenakan keterbatasan SDM dan kesulitan untuk menjangkau puskesmas. Pihak puskesmas juga mengalami kesulitan untuk menjangkau dinkes. Kesulitan karena kondisi geografis juga berdampak pada pelatihan bidan. Bidan daerah perkotaan lebih sering mendapatkan pelatihan ataupun pembinaan dari dinkes. Bagi bidan, peran Dinas Kesehatan Keerom dalam pembinaan kemampuan bidan telah dilakukan dengan memberikan pelatihan, namun belum merata, karena bidan yang dilatih hanya yang bertugas di puskesmas. Pengawasan program KIA terlaksana dengan baik bila dilengkapi dengan tindak lanjut berupa perbaikan dalam pelaksanaan pelayanan KIA intensifikasi pergerakan pelayanan KIA dan mobilisasi sumber daya yang diperlukan agar meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan KIA (Departemen Kesehatan RI, 2002). Dinas Kesehatan Keerom belum melakukan supervisi terhadap bidan yang bertugas di puskesmas maupun di desa. Keterbatasan SDM merupakan faktor yang menyebabkan dukungan supervisi belum dijalankan oleh dinkes. Seksi KIA mengusulkan untuk supervisi dilakukan oleh bidan koordinator puskesmas. Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa supervisi dari dinkes sangat berpengaruh terhadap cakupan program di puskesmas. Penelitian di Kota Bengkulu menemukan dukungan supervisi dari Dinas Kesehatan Kota Bengkulu terhadap puskesmas di wilayah kerjanya belum dilakukan sesuai dengan standar yang ditetapkan Departemen Kesehatan, sehingga angka cakupan di beberapa puskesmas belum tercapai sesuai target¹¹.

Pengelolaan Laporan. Laporan kegiatan KIA yang dikelola puskesmas berasal dari pelayanan bidan desa dan KIA di puskesmas. Laporan tersebut dikelola oleh pemegang program KIA puskesmas. Pengelola program KIA melaporkan hasil pelayanan KIA ke seksi KIA Dinas Kesehatan Keerom. Penempatan

bidan yang masih terkonsentrasi di puskesmas, menyebabkan data dari desa tidak dapat diperoleh dengan cepat. Hal tersebut berpengaruh dalam pengiriman laporan dari puskesmas ke dinkes. Pelaporan kegiatan program KIA dari beberapa puskesmas tersebut belum dilakukan secara rutin setiap bulan karena keterlambatan pengiriman data dari bidan desa ke puskesmas. Faktor geografis menjadi hambatan pelaksanaan pelaporan dari desa ke puskesmas dan dari puskesmas ke dinkes. Beberapa puskesmas terpaksa melaporkan kegiatan program KIA dalam waktu 2 bulan sekali. Hasil penelaahan dokumen tentang laporan puskesmas ke dinkes belum berjalan secara rutin setiap bulan, khususnya puskesmas sangat terpencil. Data yang akurat sangat dibutuhkan dalam kegiatan pemantauan dan¹². Data kegiatan program KIA dari puskesmas ke dinkes merupakan bahan untuk melakukan pemantauan dan pengawasan kegiatan program KIA di Keerom. Hasil rekapitulasi PWS KIA di Kabupaten/Kota dapat digunakan untuk menentukan puskesmas yang rawan (Departemen Kesehatan RI, 2002). Keterlambatan tersebut berarti menyebabkan PWS KIA tidak terlaksana secara optimal.

Cakupan Pelaksanaan Pelayanan KIA di Puskesmas

Salah satu kegiatan program KIA di puskesmas ialah pemantauan kesehatan ibu hamil melalui kunjungan ke bidan. Indikator pelaksanaan pemantauan ibu hamil dapat dilihat dari angka cakupan K1 (kunjungan pertama) dan K4 (kunjungan keempat). Cakupan pelayanan program KIA K1 puskesmas di Keerom tidak mencapai target yang telah ditetapkan, yaitu 81% (Tabel 3).

Tabel 3. Jumlah Bumil K1 dan K4

Puskesmas	Sasaran	K1		K1 Murni		K4		Frekuensi Laporan
		N	%	n	%	n	%	
Arso Kota	343	194	56,56	82	23,91	92	26,82	11
Arso Barat	214	128	59,81	90	42,06	104	48,6	11
Arso III	324	267	82,41	166	51,23	155	47,84	11
Waris	62	55	88,71	22	35,48	29	46,77	9
Senggi	81	44	54,32	10	12,35	10	12,35	10
Web	102	46	45,10	6	5,88	6	5,88	3
Kabupaten	1125	734	65,24	376	33,42	396	35,2	

Hanya 2 puskesmas yang mencapai target K1 yaitu Arso III dan Waris. Bahkan semua puskesmas tidak mencapai target cakupan K1 murni dan K4 yang telah ditetapkan. Penghitungan K4 dilakukan terhadap K1 murni. Cara menghitung ibu hamil yang melakukan K4 dimulai dari K1 murni menyebabkan cakupan K4 menurun sangat drastis. Target cakupan K1 murni dan K4 tidak terpenuhi kemungkinan disebabkan karena jumlah bidan yang tinggal di desa sangat terbatas dan karena hambatan jarak dan geografis. Penelitian di Ethiopia menunjukkan responden mengeluhkan jarak layanan kesehatan yang terlalu jauh dari rumah¹³. Angka cakupan yang diberikan puskesmas ke dinkes tidak lengkap. Selama bulan Januari sampai November 2006, Puskesmas Waris hanya melaporkan 9 kali,

Puskesmas Senggi 10 kali, bahkan Puskesmas Web hanya melaporkan 3 kali. Hal tersebut menunjukkan bahwa masih terdapat puskesmas yang tidak rutin setiap bulan melaporkan kegiatan KIA ke Dinas Kesehatan Keerom. Standar minimal yang harus dikerjakan petugas pada ibu hamil yang berkunjung ke pelayanan antenatal, di antaranya memberikan imunisasi TT dan memberikan tablet Fe 90 tablet selama kehamilan¹⁰. Semua puskesmas belum mencapai target cakupan pemberian imunisasi TT dan pemberian tablet Fe di Keerom (Tabel 4).

Tabel 4. Cakupan Imunisasi TT dan Pemberian Tablet Fe

Puskesmas	Target	TT1		TT2		Fe1		Fe3	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Arso Kota	81%	46	13,99	110	33,33	240	72,72	221	66,96
Arso Barat	81%	21	10,19	31	15,04	149	72,33	116	56,31
Arso III	81%	153	48,72	76	24,20	274	87,26	216	68,78
Waris	81%	3	5,08	5	8,47	31	52,54	13	22,03
Senggi	81%	6	6,67	37	43,02	53	61,62	27	31,39
Web	81%	0	0	11	8,94	57	46,34	40	32,52
Kabupaten	81%	229	20,64	270	23,34	804	72,49	633	57,07

Imunisasi TT2 dan pemberian tablet Fe3 mengalami penurunan kemungkinan karena kunjungan ibu hamil dilakukan pada trimester akhir. Hal tersebut memperkuat fakta bahwa kunjungan K1 dibandingkan K1 murni menunjukkan 2 kali lebih tinggi.

Tabel 5. Jumlah Persalinan

Puskesmas	Sasaran	Target	Cakupan		Frekuensi Laporan
			n	%	
Arso Kota	343	80%	103	31,50	11
Arso Barat	214	80%	109	53,17	11
Arso III	324	80%	202	65,37	11
Waris	62	80%	25	42,37	9
Senggi	81	80%	26	33,77	10
Web	102	80%	10	10,20	6
Kabupaten	1125	80%	475	44,06	

Tabel 5 menunjukkan bahwa cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan juga belum mencapai target. Hal tersebut kemungkinan karena faktor jumlah tenaga kesehatan yang terbatas dan faktor budaya masyarakat yang masih kuat mempercayai tradisi lokal. Keterbatasan jumlah tenaga kesehatan di desa menyebabkan masyarakat kesulitan mendapatkan pelayanan tenaga kesehatan. Di sisi lain, masyarakat masih mempercayai dukun. Dukun juga enggan bekerjasama dengan bidan dalam melayani persalinan. Cakupan kunjungan tenaga kesehatan pada neonatal dan ibu nifas di semua puskesmas belum mencapai target yang telah ditetapkan, dapat dilihat pada Tabel 6.

Tabel 6. Jumlah Kunjungan Neonatal dan Ibu Nifas

Puskesmas	Neonatal				Ibu Nifas			
	Sasaran	Target	Cakupan		Sasaran	Target	Cakupan	
			n	%			N	%
Arso Kota	312	70%	144	46,15	327	70%	114	34,86
Arso Barat	195	70%	104	53,33	205	70%	144	55,61
Arso III	294	70%	124	42,18	305	70%	128	41,97
Waris	56	70%	22	39,29	59	70%	21	35,59
Senggi	73	70%	24	32,88	77	70%	26	33,77
Web	93	70%	11	11,83	98	70%	11	11,22
Kabupaten	1023	70%	429	41,94	1078	70%	414	38,4

Indikator keberhasilan proses manajemen dapat dilihat di antaranya dari faktor keluaran¹⁴. Cakupan tersebut merupakan indikasi dari kualitas pelayanan KIA yang digerakkan oleh puskesmas dan mendapatkan dukungan dari dinas kesehatan. Dinkes merupakan faktor lingkungan yang mempengaruhi keberhasilan program di puskesmas. Dinas kesehatan belum mampu memberikan dorongan yang optimal terhadap program KIA di puskesmas karena keterbatasan SDM baik secara kuantitas maupun kualitas, akibat dari kebijakan pemekaran Jayapura. Manusia sebagai faktor input terpenting dalam proses manajemen dan faktor nonmanusia merupakan faktor input yang menentukan terwujudnya kegiatan-kegiatan agar menjadi langkah-langkah nyata untuk mencapai hasil (output)¹⁵.

PENUTUP

Kesimpulan

Faktor SDM seksi kesehatan ibu dan anak Dinas Kesehatan Keerom sangat terbatas baik secara kualitas maupun kuantitas, walaupun input dana mencukupi. Hal ini menyebabkan dukungan dinas dalam pelaksanaan program KIA di puskesmas belum optimal. Peran dinkes dalam proses mendukung pelaksanaan program KIA berupa dukungan terhadap ketersediaan input dan proses. Peran dinkes dalam proses mendukung ketersediaan input pelaksanaan program KIA hanya berfungsi mendistribusikan sarana. Penempatan dilakukan oleh bupati bukan oleh seksi KIA dinkes, sehingga berakibat kebijakan penempatan tidak berdasarkan kebutuhan tenaga tiap puskesmas. Keterbatasan ini menyebabkan pengembangan kualitas SDM untuk mengikuti pendidikan juga berkurang. Dalam proses mendukung pelaksanaan program KIA, dinkes telah melakukan fungsi pengawasan, pembinaan dan evaluasi pelaksanaan program KIA, walaupun belum optimal karena keterbatasan kualitas dan kuantitas SDM serta sarana komunikasi antara dinkes dengan puskesmas. Seksi KIA dinkes hanya menampung dan merekapitulasi laporan kegiatan KIA. Cakupan pelayanan KIA di puskesmas belum mencapai target yang telah ditetapkan akibat dari keterbatasan input yang menyebabkan proses pelaksanaan program KIA di puskesmas tidak berjalan secara maksimal, terutama di puskesmas yang berlokasi di daerah sangat terpencil.

Saran

Pemerintah Daerah Keerom sebaiknya memberikan kewenangan kepada dinkes khususnya seksi KIA untuk penempatan bidan agar lebih merata. Selain itu mengusulkan formasi bidan desa ke bupati untuk memenuhi kebutuhan tenaga pelayanan KIA di desa dan meningkatkan insentif bidan yang akan ditempatkan di daerah sangat terpencil serta memberikan pembekalan tentang budaya lokal kepada bidan yang baru direkrut. Bidan yang berprestasi diberi kesempatan untuk mengembangkan karir di bidang manajemen di seksi KIA dinkes. Dinas Kesehatan Keerom perlu melakukan kerjasama dengan lembaga pendidikan untuk mendidik sumber daya manusianya. Penunjukan pegawai untuk mengikuti pendidikan tersebut menggunakan mekanisme kepegawaian yang berlaku. Puskesmas sebaiknya lebih terbuka mengalokasikan dana untuk program sehingga memberikan kepuasan kerja terhadap karyawan. Bidan disarankan untuk merangkul dukun agar masyarakat lebih menerima kedatangan bidan di wilayahnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Dinas Kesehatan Keerom (2005) *Profil Kesehatan Keerom Tahun 2005*
2. Trisnantoro, L. (2005) *Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah: 2001-2003*. Gadjah Mada University Press, Yogyakarta
3. Mardijanto, D., dan Hasanbasri, M. (2005). Evaluasi Manajemen Terpadu Balita Sakit di Kabupaten Pekalongan. *JMPK Vol. 08/No. 01/Maret/2005*. Hal. 49-54
4. Departemen Kesehatan (2003). *Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor 004/Menkes/SK/I/2003 tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan*
5. Handoko, T.H. (2001). *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia*. BPFE, Yogyakarta
6. Domatubun, A.E. (2002) Kebudayaan Kesehatan Orang Papua dalam Perspektif Antropologi Kesehatan. *Jurnal Antropologi Papua. Volume 1/1, Agustus 2002*, hal. 40-45
7. Dinas Kesehatan Keerom (2004). *Uraian Tugas Kasubdin dan Kasie Dinas Kesehatan Keerom*
8. Nyahu, G, (2004), Implementasi Program Deployment Inovations dan Kinerja Bidan Desa di Kota Palangkaraya. *Tesis, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta*
9. Muninjaya, A.A.G. (2004) *Manajemen Kesehatan*. Edisi II. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

10. Departemen Kesehatan RI (2002). *Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)*, Jakarta
11. Aini, Z. (2005). Proses Supervisi Dinas Kesehatan Kota ke Pusekesmas di Kota Bengkulu. *Tesis*, Program Pasca Sarjana UGM, Yogyakarta
12. Blewett, L. (2004) Monitoring the Uninsured: A State Policy Perspective. *Journal of Health Politics, Policy and Law*-Volume 29, Number 1, pp. 107-145
13. Kloos, H. (1990). Utilization of Selected Hospitals, Health Centres and Health Station in Central, Southern and Western Ethiopia, *Social Science & Medicine*, 3, 101-114
14. Dharma, A. (2004). *Manajemen Supervisi*, Raja Grafindo Persada, Jakarta.
15. Siagian, S.P. (1999). *Audit Manajemen*, Bumi Aksara, Jakarta