

**Gambaran Pelaksanaan Program Kesehatan
Masyarakat Puskesmas Kumun Kabupaten Kerinci**

Heru Kusyulantara, Mubasysyir Hasanbasri

Daftar Isi

Daftar Isi.....	ii
Abstract.....	iii
Latar Belakang.....	1
Metode Penelitian.....	7
Hasil dan Pembahasan.....	7
Sumber Daya Manusia.....	8
Pelatihan yang Didapat Selama Kurun 2001–2005.....	9
Sumber Pembiayaan.....	10
Pemanfaatan Fasilitas.....	12
Pengorganisasian.....	13
1. Perencanaan	14
2. Koordinator	15
3. Pelaksanaan uraian tugas	16
4. Pengawasan	18
Cakupan Kegiatan.....	22
Kesimpulan dan Saran.....	23
Daftar Pustaka.....	24

Abstract

The Description Implementation of Public Health Programme in Puskesmas of Kumun, Kerinci District

Heru Kusyuliantara¹, Mubasysyir Hasanbasri²

Background: to support the execution of community health program guiding at national health system, hence need the withdrawing and the existence of real job and which can be enjoyed directly by society so that enhanced their life and healthy. Public health program become an answers to directly enjoyed by people, its activities can influenced and degraded the baby mortality, mother death and can educate the society assure through public health programs.

Research method: this research is a case study using descriptive research type with the method qualitative analysis. Research conducted to perceive the variabels of execution of activity of community health, management of puskesmas (resources, funds, facilities, organizations) influenced to public health programs in Puskesmas Kumun. Data collecting by interview method to head of puskesmas, while directional group discussion directed to staff puskesmas between 6-10 members.

Result: the activity on human resources in Puskesmas Kumun have 50% achieved to program worker standard. The edherence of public health function occupation and non-public health and less of training conducted by Health Agency for Puskesmas Kumun, only once in five years. Funding sources come from APBN, APBD, ASKES, and PKPSBBM. While for the facility of transportation there's only a car and improper used, 3 motorbike unit also have old. Later, for the organizing, there are a coordinator and puskesmas supervisor, and also when executing duty with part time work pattern.

Conclusion: the description of public health program implementation on the human resources in average have a high school (SLTA) education rate. The training not optimized yet. The fund came from any source both government and private. Transportation less preferable and the other facilities have been led to support activities, while the organizing have been operated properly although the achievement of any programs was till low.

Keywords: implementation, public health, management.

1. Puskesmas of Kumun, Kerinci District, Jambi Province.
2. Magister Policy and Management of Public Health Programme, Gadjah Mada University, Yogyakarta.

Latar Belakang

Pembangunan kesehatan yang telah dijalankan berupaya untuk lebih meningkatkan pemerataan pelayanan kesehatan yang bermutu kepada masyarakat. Perhatian khusus pembangunan kesehatan diberikan pada golongan masyarakat yang berpenghasilan rendah, baik yang hidup di daerah kumuh perkotaan, daerah pedesaan, daerah perbatasan dan kelompok masyarakat suku terasing, serta daerah transmigrasi/permukiman baru. Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan selama ini telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara bermakna, meskipun belum dapat dinikmati secara merata oleh seluruh penduduk.

Puskesmas adalah penanggung jawab penyelenggara upaya kesehatan untuk jenjang tingkat pertama. Sejak diperkenalkan konsep puskesmas tahun 1968, berbagai hasil telah dicapai. Angka kematian ibu dan angka kematian bayi berhasil diturunkan dan sementara itu umur harapan hidup rata-rata meningkat secara bermakna. Jika pada tahun 1995 angka kematian ibu dan angka kematian bayi masing-masing adalah 373/100.000 kelahiran hidup bayi (SKRT 1995) serta 60/1000 kelahiran hidup bayi (Susenas 1995), maka pada tahun 1997 angka kematian ibu turun menjadi 334/100.000 kelahiran hidup (SDKI 1997) dan angka kematian bayi pada tahun 2001 turun menjadi 51/1000 kelahiran hidup (Susenas 2001). Sementara itu, umur harapan hidup rata-rata meningkat dari 45 tahun 1970 menjadi 65 tahun pada 2000.¹

Puskesmas Kumun adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Kerinci yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Hal ini dipertegas dengan Peraturan Daerah Nomor 1 Tahun 2001 tentang Organisasi Perangkat Daerah Kabupaten Kerinci. Puskesmas Kumun mempunyai wilayah kerja 10 desa, yakni Koto Lebu, Air Teluh, Kumun Mudik, Kumun Hilir, Sandaran Galeh, Ulu Air, Pinggir Air, Debai, Renah Kayu Embun, dan Muara Jaya.

Di wilayah kerja Puskesmas Kumun, rata-rata kepadatan penduduk ialah 17,6 km² dengan jumlah penduduk 9.256 jiwa. Jika dibandingkan dengan jumlah dan tingkat pendidikan, tenaga petugas kesehatan yang ada sumber daya manusianya masih terbatas. Oleh karena itu, cakupan program kesehatan masyarakat masih rendah, seperti cakupan pendistribusian Vitamin A belum merata ke seluruh jumlah balita, jangkauan perilaku hidup bersih sehat pada tatanan rumah tangga masih rendah, dan cakupan program kesehatan lingkungan masih rendah. Dengan demikian, Puskesmas Kumun mempunyai strategi pelaksanaan program kesehatan melalui pelayanan kesehatan dasar/wajib dan pengembangannya berlandaskan azas pertanggungjawaban wilayah, pemberdayaan masyarakat, keterpaduan, dan rujukan. Puskesmas Kumun juga menghadapi tuntutan secara terus menerus, yaitu tuntutan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, adil, merata, dan pembiayaan kesehatan yang terjangkau.

Puskesmas Kumun menghadapi berbagai hambatan yang kompleks sehingga membutuhkan sistem

manajemen yang baik. Tenaga kesehatan yang berkualitas, beretika, berdedikasi, tersebar secara merata dalam jumlah dan jenis yang memadai sangat diperlukan untuk meningkatkan fungsi puskesmas. Visi pembangunan yang dilaksanakan Puskesmas Kumun adalah tercapainya Kecamatan Sehat 2008 untuk mendukung terwujudnya Kerinci Sehat 2008. Kecamatan sehat adalah gambaran masyarakat kecamatan masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan, yakni masyarakat yang hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata. Indikator kecamatan sehat yang ingin dicapai mencakup 4 indikator antara lain (1) lingkungan sehat, (2) perilaku sehat, (3) cakupan pelayanan kesehatan yang bermutu, dan (4) derajat kesehatan kecamatan yang tinggi. Misi pembangunan kesehatan yang dilaksanakan Puskesmas Kumun adalah mendukung tercapainya visi Kecamatan Sungai Penuh Sehat tahun 2008. Misi tersebut antara lain (1) menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di 10 desa di Kecamatan Sungai Penuh, (2) mendorong hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya, (3) memelihara dan meningkatkan mutu pemerataan dan keterjangkauan pelayanan puskesmas, dan (4) memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya.

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas Kumun adalah mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional yakni meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat setiap orang yang bertempat tinggal di

wilayah Puskesmas Kumun dengan terwujudnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dalam rangka mewujudkan Kerinci Sehat 2008².

Beberapa program kesehatan masyarakat di Puskesmas Kumun telah tercapai dengan baik, namun ada beberapa program kesehatan lainnya yang masih belum mencapai target standar pelayanan minimal (SPM). Bila kondisi ini dibiarkan terus menerus tanpa intervensi yang terencana, maka Visi Kabupaten Kerinci Sehat 2008 untuk menunjang Visi Indonesia 2010 semakin jauh dari harapan. Oleh sebab itu dibutuhkan kajian-kajian mendalam untuk mencari solusi yang tepat dalam penyelesaian masalah yang dihadapi.

Minimnya mutu pelayanan kesehatan akan berakibat menurunnya status kesehatan dan status gizi masyarakat terutama pada kelompok yang rentan yaitu ibu hamil, nifas, bayi, balita, dan penduduk miskin. Morbilitas dan mortalitas pada penyakit infeksi akan meningkat karena daya tahan tubuh melemah akibat kurang gizi dan buruknya sanitasi lingkungan. Adanya masalah ini, memerlukan kajian atau penelitian untuk mendapatkan gambaran pelaksanaan program kesehatan masyarakat, guna mencapai visi kecamatan sehat dan kabupaten sehat 2008 dan untuk mendukung visi Indonesia sehat 2010.

Tujuan umum penelitian ini ialah untuk mendeskripsikan pelaksanaan manajemen pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas Kumun Kabupaten Kerinci, sedangkan tujuan khusus ialah untuk (a) mengetahui sumber daya manusia dalam pelaksanaan program kesehatan masyarakat di Puskesmas Kumun, (b) mengetahui sumber pembiayaan dalam

pelaksanaan program kesehatan masyarakat pada Puskesmas Kumun, (c) mengetahui fasilitas dalam pelaksanaan program kesehatan masyarakat pada Puskesmas Kumun, (d) mengetahui pengorganisasian dalam pelaksanaan program kesehatan masyarakat pada Puskesmas Kumun, dan (e) mengetahui sejauh mana pelaksanaan program kesehatan masyarakat di Puskesmas Kumun.

Program kesehatan masyarakat merupakan perwujudan paradigma sehat, utamanya pada aspek keluarga dan aspek masyarakat. Program kesehatan masyarakat meliputi beberapa program yang tergabung dalam kegiatan pokok puskesmas dan pelayanan kesehatan dasar/wajib. Program ini terdiri atas (a) perbaikan gizi masyarakat, (b) pemberantasan penyakit menular, (c) promosi kesehatan, dan (d) kesehatan lingkungan.³

Idealnya pelayanan kesehatan masyarakat meliputi seluruh upaya kesehatan yang bersifat promotif, preventif, baik untuk sasaran bayi, anak, remaja, ibu hamil, bapak maupun yang sudah lanjut usia. Manajemen kesehatan adalah suatu proses yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengkoordinasian, dan penilaian terhadap sumber, tata cara dan kesanggupan yang tersedia untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan terhadap kesehatan, perawatan, kedokteran serta lingkungan yang sehat dengan jalan menyediakan dan menyelenggarakan berbagai upaya yang ditujukan kepada perorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat.⁵

Tiga pengertian sumber daya manusia, antara lain (a) sumberdaya manusia adalah manusia yang bekerja di lingkungan suatu organisasi (disebut juga personil,

tenaga kerja, pekerja atau karyawan), (b) sumberdaya manusia adalah potensi manusiawi sebagai penggerak organisasi dalam mewujudkan eksistensinya, (c) sumberdaya manusia adalah potensi yang merupakan aset dan berfungsi sebagai modal (non material/non finansial) dalam organisasi bisnis, yang dapat diwujudkan eksistensi organisasi. Sumberdaya manusia adalah proses mendayagunakan manusia sebagai tenaga kerja secara manusiawi, agar potensi dan fisik yang dimilikinya berfungsi maksimal bagi pencapaian tujuan organisasi.⁶

Biaya program kesehatan adalah biaya yang digunakan dalam pembangunan kesehatan dapat bersumber APBN, APBD dan masyarakat termasuk swasta.⁷ Pembiayaan kesehatan dalam konteks otonomi daerah perlu memperhatikan UU No. 25 tahun 1999 yang menegaskan bahwa dalam bidang keuangan, semua jenis pembiayaan kesehatan dipusatkan pada daerah bersama dengan sektor lain dalam bentuk Dana Alokasi Umum (DAU) dan Dana Alokasi Khusus (DAK) sehingga anggaran sektor kesehatan seluruhnya diatur oleh daerah.⁸

Menurut Wijono (1999) seorang pemimpin dan manajemen bertanggung jawab mengenai sarana dan peralatan sehingga dapat mencapai tujuan puskesmas sesuai dengan fungsinya, dengan kriteria (a) pimpinan harus mengetahui bahwa sarana yang tersedia cukup dan tepat, (b) ada perencanaan perawatan sarana dan peralatan, (c) ada rencana peningkatan dan program penggantian perlengkapan dan peralatan, dan (d) sarana dan peralatan cukup agar setiap pegawai dapat melaksanakan tugasnya dengan baik.⁹ Untuk menjalankan tugas dan fungsinya pemimpin satuan

organisasi memerlukan pengaturan tata kerja dan tata hubungan lainnya, sehingga diperlukan kesamaan pengertian masing-masing anggota dalam organisasi tentang hal tersebut agar terjadi hubungan yang harmonis di antara satuan-satuan organisasi dalam usaha bersama mencapai tujuan organisasi.¹⁰

Metode Penelitian

Penelitian ini merupakan kajian studi kasus dengan analisis deskriptif¹¹. Lokasi penelitian di Puskesmas Kumun, Kabupaten Kerinci. Subyek penelitian terdiri dari kepala puskesmas 1 orang, staf pemegang program kesehatan masyarakat 4 orang, yaitu promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, peningkatan gizi masyarakat, dan pemberantasan penyakit menular, serta kepala seksi pelayanan kesehatan kabupaten 1 orang. Pengumpulan data dilakukan dengan metode wawancara mendalam dan focus group discussion(FGD).

Hasil dan Pembahasan

Pelaksanaan program kesehatan masyarakat di Puskesmas Kumun telah mencakup seluruh kegiatan pelayanan kesehatan dasar/wajib yang telah ditentukan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kerinci dengan pola manajemen puskesmas. Kegiatan ini dilakukan mulai dari perencanaan, pelaksanaan, hingga pengawasan program, sehingga pada masing-masing program telah melaksanakan kegiatan sesuai dengan fungsinya, seperti promosi kesehatan, kesehatan lingkungan,

peningkatan gizi masyarakat, dan pemberantasan penyakit menular.

“Untuk pelaksanaan kegiatan program, di Puskesmas Kumun melakukan program kesehatan masyarakat yang mempunyai target dari standar pelayanan minimal kesehatan yang sudah ditentukan oleh pemerintah yang berpedoman dalam buku Indikator Indonesia Sehat 2010, namun demikian masih diketemukan permasalahan-permasalahan di lapangan yaitu rendahnya cakupan kegiatan akibat keterbatasan-keterbatasan di puskesmas termasuk sumber daya manusia petugas kesehatan,” (dr. A).

Untuk menggambarkan keberhasilan pembangunan kesehatan melalui kesehatan masyarakat diperlukan indikator Indonesia sehat dan standar pelayanan minimal bidang kesehatan¹².

Sumber Daya Manusia

Ditemukan bahwa pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas Kumun dilaksanakan oleh sumber daya yang belum sesuai dengan kompetensi dan spesifikasi yang layak, yaitu tenaga kesehatan masyarakat yang memiliki tugas rangkap dalam melaksanakan tugasnya. Pelaksanaan kegiatan program pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas Kumun baru terpenuhi 25% standar pendidikan, sedangkan yang 50% memenuhi syarat sebagai pelaksana tugas kesehatan masyarakat, dengan tenaga yang ada sudah dilaksanakan secara baik dan jumlah tenaga pelaksana yang cukup. Pelaksanaan program pelayanan kesehatan masyarakat masih dilaksanakan oleh tenaga dengan spesifikasi dan

kompetensi yang belum sesuai seperti pelaksanaan program perbaikan gizi masyarakat dan pojok gizi. Hal ini disebabkan karena tenaga gizi yang ada sudah pindah ke kabupaten lain dengan alasan mengikuti tugas suami sebagai guru. Oleh karena itu, kepala puskesmas mengambil kebijakan sementara dengan menyerahkan kegiatan program gizi kepada koordinator bidan puskesmas dibantu oleh tenaga puskesmas pembantu dan bidan desa di masing-masing desa wilayah kerja. Tenaga pelaksana kegiatan pelayanan masyarakat belum sesuai berdasarkan standar minimal pelayanan yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan RI tahun 2004, yaitu tingkat pendidikan pelaksana program kesehatan masyarakat seharusnya oleh tenaga dengan spesifikasi pendidikan sederajat D3 kesehatan.

“Rata-rata pendidikan yang ada di puskesmas ini setingkat SLTA. Ada juga seperti di promosi kesehatan sudah dipegang oleh lulusan D3. Untuk meningkatkan pengetahuan biasanya menunggu panggilan dari dinas kesehatan kabupaten dan selanjutnya mengirim nama-nama yang dibutuhkan pada kabupaten. Untuk pengaturan penempatan masih diatur oleh Dinas Kesehatan Kabupaten,” (dr. A).

Pelatihan yang Didapat Selama Kurun 2001-2005

Program pelatihan pada umumnya diberikan dengan jumlah dan jenis sebagai berikut (a) *promosi kesehatan*, mempunyai kesempatan untuk jenis pelatihan toga, promkes, PHBS, dan dana sehat sebanyak 4 kali (30,7%) dari seluruh jumlah jenis pelatihan yang ada; (b) *program kesehatan lingkungan*, mempunyai kesempatan untuk jenis penyehatan air lingkungan,

teknis fungsional kesling dan klinik sanitasi sebanyak 3 kali (23,0%); (c) *program peningkatan gizi masyarakat* mempunyai kesempatan untuk jenis pemantauan status gizi, pemantauan perkembangan balita dan konsumsi masyarakat sebanyak 3 kali (23,0%); dan (d) *pemberantasan penyakit menular* mempunyai kesempatan memperoleh pelatihan sebanyak 3 kali (23,0%).

Rata-rata pelatihan yang didapatkan untuk program kesehatan masyarakat sampai kurun waktu lima tahun masih sangat minim, yaitu tiap tahun hanya mendapatkan satu kali pelatihan. Hanya program pelatihan promosi kesehatan yang diberikan selama dua kali pelatihan. Pemberian pelatihan ini bukan diusulkan dari puskesmas, tetapi berdasarkan pada panggilan dari dinas kesehatan kabupaten. Setelah dinas kesehatan kabupaten memberikan panggilan, pihak puskesmas mengusulkan daftar calon nama-nama yang akan mengikuti pelatihan.

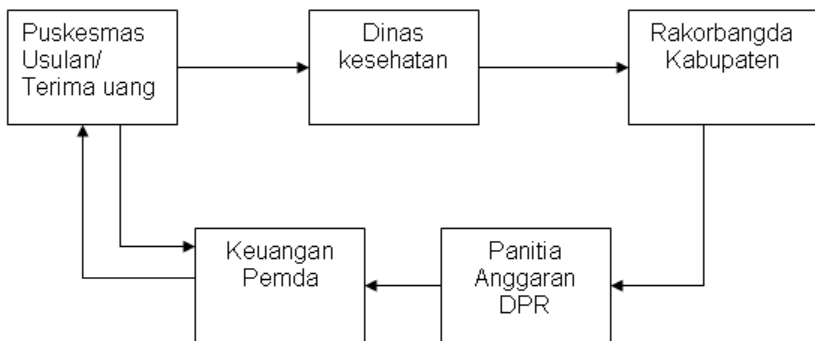
”Biasanya untuk pelatihan ada panggilan dari dinas kesehatan kabupaten dan semua sudah diatur oleh kabupaten. Puskesmas tinggal mengirim nama ke kabupaten,” (Kesmas 2005).

Sumber Pembiayaan

Sumber biaya diperoleh dari berbagai sumber, seperti Anggaran Pendapatan Belanja Negara, Anggaran Pendapatan Belanja Daerah, Asuransi Kesehatan, dan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak. Dukungan dari kabupaten dengan sumber Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) sebesar Rp 28.900.000,- (42,63%) dari total biaya puskesmas sebesar Rp 67.786.084,-.

“Kegiatan di puskesmas pada kesehatan masyarakat dan kesehatan perorangan, sumber dananya berasal dari APBN, APBD, dana konsentrasi, dan juga ada subsidi PKPS BBM (Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak) pada pelaksanaan program-program yang ada di puskesmas seluruhnya mendapat total alokasi biaya kira kira hampir tujuh puluhan jutaan,” (dr. A).

Alur untuk mendapatkan biaya dana kesehatan dapat dijelaskan pada Gambar 1 berikut.



Gambar 1. Alur Mendapatkan Biaya

Puskesmas membuat usulan anggaran biaya anggaran diajukan kepada dinas kesehatan kabupaten yang dilanjutkan dengan rapat koordinasi pembangunan kabupaten. Kemudian dinas kesehatan mengajukan anggaran biaya ke pemerintah daerah dan diteruskan pengajuannya untuk dibahas pada panitia anggaran dewan perwakilan rakyat kabupaten untuk mendapatkan persetujuan dan pengesahan. Prosedur selanjutnya adalah ke pemerintah daerah bagian keuangan, pemberitahuan ke dinas kesehatan kabupaten dan seterusnya pemberitahuan ke puskesmas.

Pemanfaatan Fasilitas

Pemanfaatan fasilitas yang dimaksud dalam penelitian ini adalah alat penunjang transportasi guna memperlancar pelaksanaan program kesehatan masyarakat pada Puskesmas Kumun, yakni jenis transportasi, jumlah dan kondisi alat transportasi. Alat transportasi untuk pelaksanaan program kesehatan masyarakat di Puskesmas Kumun pada saat ini adalah mobil puskesmas keliling bantuan inpres tahun 1983 sebanyak 1 unit dan sepeda motor 3 unit, dengan kondisi yang kurang baik.

“Alat transportasi kita ke lapangan untuk pelaksanaan kegiatan program kesehatan masyarakat juga punya kendaraan dinas berupa mobil puskesmas keliling yang bisa digunakan, dengan segala perlengkapan seperti pengeras suara dan juga ada sepeda motor yang dapat menjangkau ke gang-gang kecil. Jadi saya rasa alat transportasi untuk menjangkau pelaksanaan program kesehatan masyarakat sudah memadai sampai ke tempat desa yang terjauh sekalipun, ... dibilang layak sih... cukup layak, dibilang kurang layak bisa juga karena sudah lama umurnya, tapi masih bisa dimanfaatkan,” (dr. A).

Wijono (1999) menyatakan bahwa sarana dan prasarana yang tersedia cukup dan tepat serta ada rencana peningkatan dan penggantian perlengkapan dan peralatan, sarana harus cukup agar setiap petugas dapat melaksanakan tugasnya dengan baik.

“Alat transportasi yang tersedia adalah satu unit mobil pusling dan tiga unit sepeda motor. Berhubung keadaan geografis wilayah kerja

puskesmas berbukit bukit sebetulnya kurang layak pakai, tetapi karena alat transportasi yang ada seperti itu ...yaa... dimanfaatkan.”.

“Alat transportasi roda dua dan roda empat yang dipakai pada Puskesmas Kumun sudah tidak layak pakai, tetapi tetap dimanfaatkan guna kelancaran tugas, sambil menunggu pengusulan penggantian yang baru.”

Alat transportasi yang tersedia merupakan keluaran tahun 1983 sehingga memang sebaiknya diganti dan perlu tambahan kendaraan roda dua yang baru.

Pengorganisasian

Pengorganisasian dalam pelaksanaan program kesehatan masyarakat dalam penelitian ini dilihat dari segi perencanaan, koordinator, pelaksanaan uraian tugas, dan pengawasan.

1. Perencanaan

a. Perencanaan tahunan. Perencanaan dilaksanakan pada bulan Desember atau akhir tahun berjalan, inipun diselenggarakan bertepatan pada rapat lokakarya mini, membahas usulan masing masing pemegang program kesehatan masyarakat yaitu (Promkes, Kesling, Gizi, P2M) untuk menjadikan program kerja mendatang yang bisa berupa matrik yang berisikan rincian kegiatan, tujuan, sasaran, besaran kegiatan, waktu, lokasi serta perkiraan kebutuhan biaya untuk setiap kegiatan.

b. Kedua perencanaan bulanan. Dilakukan pada lokakarya mini bulanan dengan membahas kegiatan yang sudah dilakukan awal bulan sebelumnya, yaitu biasanya masing masing pemegang program diminta mengungkapkan permasalahan yang dihadapi di lapangan dan menyampaikan apa yang menjadi kendala, hambatan, di lapangan dan selanjutnya di bahas dalam lokakarya mini. Selanjutnya merencanakan kegiatan bulan yang akan datang dengan rencana bulanan agar ada berkesinambungan dengan program-program yang lain.

“Melihat yang berkembang saat ini tentang perencanaan di dinas kesehatan bahwa kita sudah melibatkan puskesmas secara langsung. Penyusunan perencanaan sudah langsung diberikan pada puskesmas. Kita ketahui bahwa struktur organisasi puskesmas sendiri sudah merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan secara penuh, jadi puskesmas menyusun rencana anggaran satuan kerja (RASK), kemudian dinas kesehatan menerima usulan apa yang direncanakan dari puskesmas. Selanjutnya dibahas tingkat kabupaten sehingga membentuk

suatu kebijakan tingkat kabupaten,” (Kasi Yankes).

Perencanaan tingkat puskesmas sudah diberikan wewenang secara penuh oleh dinas kesehatan kabupaten sehingga puskesmas harus mampu membuat perencanaan yang sesuai dengan kondisi yang sebenarnya dan dapat membuat program yang saling berkaitan serta berkesinambungan dengan program yang lain.

“Kegiatan perencanaan dibuat pada lokakarya mini puskesmas sehingga ada kesinambungan antara petugas satu dengan petugas yang lain dalam hal beban kerja, sekaligus pada saat itu merencanakan jadwal pelaksanaan program kesehatan masyarakat,” (dr. A).

Proses perencanaan dilakukan pada lokakarya mini agar pelaksanaan program kesehatan masyarakat bisa berjalan dan berkesinambungan dengan program-program yang lain sehingga dapat saling menunjang dan dapat membentuk suatu *time work*.

2. Koordinator

Fungsi koordinator program kesehatan masyarakat pada tingkat puskesmas mempunyai tugas sebagai (a) melaksanakan koordinasi dengan lintas program maupun lintas sektor yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan masyarakat, (b) mengkoordinir kegiatan yang berhubungan dengan bidang kerja program kesehatan masyarakat, (c) mengkoordinir laporan bulan, triwulan, dan tahunan dalam bidang kesehatan masyarakat, (d) melaksanakan pemantauan wilayah setempat (PWS) bidang kesehatan masyarakat di wilayah kerja, (e) melaksanakan monitoring dan

evaluasi bidang kesehatan masyarakat, dan (f) melaksanakan pengkajian perencanaan program kesehatan masyarakat.

Kegiatan koordinasi dibuktikan dalam kegiatan lokakarya mini, yakni diundang 2 orang tokoh masyarakat, 2 orang kepala desa dan dihadiri oleh seluruh staf puskesmas, termasuk puskesmas pembantu dan bidan desa yang dipimpin oleh kepala puskesmas. Lokakarya mini diadakan setiap bulan, yakni pada akhir bulan. Masukan dari pemegang program masing-masing hasil kegiatan bulan lalu dan hasil kegiatan bulan sekarang untuk dilaporkan, selanjutnya dianalisis hambatan dan masalah, yang antara lain dengan menggunakan pemantauan wilayah setempat (PWS) dan keluarannya merencanakan kerja yang baru didiskusikan pada lokakarya mini.

3. Pelaksanaan uraian tugas

Uraian tugas pada pelaksana program kesehatan masyarakat terdapat dari empat pemegang program.

“Jadi rencana kegiatan dan uraian tugas masing masing staf harus membuat pada saat lokakarya mini juga dibahas sehingga ada kesinambungan antara program yang lain.”

Semua staf diharuskan membuat uraian tugas masing-masing sesuai dengan bidang dan dilaksanakan bersama pada waktu ada rapat lokakarya mini yang diadakan setiap akhir bulan. Setelah ditelusuri, masing masing program kesehatan masyarakat sudah membuat. Berikut adalah bukti uraian tugas pelaksana program kesehatan masyarakat.

1. *Program promosi kesehatan:* (a) mengkoordinir kegiatan penyuluhan kesehatan, (b) melaksanakan kegiatan sosialisasi JPKM, (c) melakukan penyuluhan PHBS (Perilaku Hidup Bersih Sehat), (d) membantu kepala puskesmas dalam membuat perencanaan, (e) membantu kepala puskesmas membantu dalam membuat laporan, (f) pelayanan klinik sanitasi, dan (g) tugas rangkap sebagai jaringan pelayanan puskesmas bidang posyandu, dan bendahara PKPS-BBM (Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak) yang bertugas: (g. 1) menerima dan membukukan dalam buku kas umum penerimaan, (g.2) mencatat dan membukukan dalam kas umum semua pengeluaran, (g.3) membantu membuat laporan keuangan.
2. *Program kesehatan lingkungan:* (a) melaksanakan kegiatan dalam rangka penyehatan lingkungan, (b) melakukan pemeriksaan tempat-tempat umum (TTU), tempat pengelolaan makanan (TPM), tempat penjualan dan penyimpanan pestisida, (c) melakukan pembinaan/penyuluhan kepada masyarakat tentang sarana air minum dan jamban keluarga (SAMIJAGA), (d) membantu kepala puskesmas dalam membuat perencanaan, dan (e) membantu kepala puskesmas membuat laporan.
3. *Program gizi masyarakat:* (a) melaksanakan tugas kegiatan upaya perbaikan gizi keluarga dan gizi masyarakat, (b) melaksanakan pemantauan gizi anak balita, (c) melaksanakan

pendistribusian Vitamin A, tablet Fe, (d) membina kader kesehatan, (e) melakukan koordinasi dengan lintas sektoral terkait dengan kegiatan UPGK (usaha perbaikan gizi keluarga), (f) membantu kepala puskesmas dalam membuat perencanaan, (g) membantu kepala puskesmas membuat laporan, (h) melaksanakan tugas rangkap sebagai upaya kesehatan perorangan klinik gizi, dan (i) bendahara gaji.

4. *Program pemberantasan penyakit menular:* (a) melaksanakan penyuluhan yang berhubungan dengan kegiatan pemberantasan penyakit menular, (b) melaksanakan imunisasi, (c) melaksanakan kegiatan pemberantasan penyakit menular, (d) membantu kepala puskesmas dalam membuat perencanaan dan laporan.

Setelah mengadakan observasi pada tiap-tiap ruangan ditemukan bahwa uraian tugas setiap pemegang program kesehatan masyarakat sudah ada yang terpampang di tiap-tiap ruangan petugas program kesehatan masyarakat masing-masing, seperti Ruang Gizi, Ruang Kesehatan Lingkungan, Ruang Pemberantasan Penyakit Menular, Ruang Promosi Kesehatan.

4. Pengawasan

Pengawasan di wilayah kerja Puskesmas Kumun, yang mempunyai 10 desa dengan topografi berbukit-bukit, menjadikan kegiatan pelayanan kesehatan harus dilakukan di luar gedung sambil terus dipantau oleh pimpinan dibantu oleh koordinator lapangan, terutama yang berhubungan dengan kegiatan kesehatan masyarakat. Hal ini perlu dilakukan agar pelayanan di

lapangan dapat sejalan dan sinergi dengan kegiatan lainnya di luar gedung seperti penyuluhan kesehatan, posyandu balita, posyandu lansia, pusling, dan lain-lain. Pengawasan dilakukan langsung oleh pimpinan puskesmas sebagai *single leader* yang artinya pimpinan juga sebagai manajer juga sebagai pengawas pelaksanaan program kesehatan masyarakat dan dibantu koordinator lapangan.

“Untuk pengawasan dalam pelaksanaan program kesehatan dilaksanakan oleh Bapak Kepala Puskesmas sebagai penanggung jawab puskesmas, termasuk pengawasan pada unit satu dan unit dua teknis fungsional puskesmas,” (Koordinator Kesmas).

Pengawasan dilakukan oleh pimpinan secara langsung, sebagai pengawasan melekat yang sudah dijalankan khususnya pada internal puskesmas.

Struktur organisasi mempunyai 32 jabatan yang terdiri dari unit I sebanyak 6 jabatan, unit II sebanyak 21 jabatan dan jaringan pelayanan puskesmas sebanyak 5 jabatan. Petugas Kesehatan Masyarakat yang mempunyai tugas rangkap dan ditambah tugas pokok 15 jabatan (46,8%) dari total jabatan, yang terdiri dari petugas promkes 5 jabatan (15,6%), kesling 4 jabatan (13,3%), gizi 3 jabatan (9,3%), dan P2M 1 jabatan (3,1%) dari total jabatan puskesmas

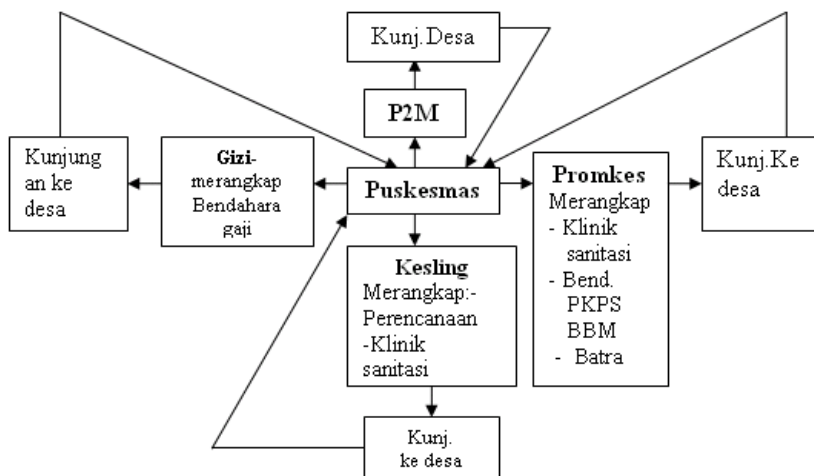
Tenaga seluruhnya berjumlah 21 orang yang terdiri dari dokter 1 orang sebagai Kepala Puskesmas, APK 1 orang sebagai petugas promosi kesehatan, SPPH 1 orang sebagai petugas kesehatan lingkungan, AKPER 3 orang, SPK 1 orang sebagai petugas perawat umum, SPRG 1 orang sebagai petugas perawat gigi, D1 Bidan 4 orang

sebagai bidan puskesmas, D1 Bidan 2 orang sebagai bidan desa, SMAK 1 orang sebagai tenaga laboratorium, SMF 1 orang sebagai tenaga Farmasi, Penjenang kesehatan 1 orang sebagai tenaga P2M, 2 orang sebagai pembantu paramedis, dan 2 orang tenaga administrasi. Petugas kesehatan yang bekerja tidak merangkap yaitu 3 orang tenaga antara lain tenaga tata usaha dan tenaga laboratorium, jadi sekitar 14,3% dari total pegawai yang ada, sedangkan yang melaksanakan tugas rangkap berjumlah 18 orang, artinya 85,7% yang merangkap jabatan.

Tugas rangkap dan tugas tidak rangkap pada struktur organisasi puskesmas adalah beban tugas yang diberikan pada pimpinan.

“Setiap petugas melaksanakan tugas pokok dan juga melaksanakan tugas lain yang diberikan pada hari yang sama seperti posyandu, promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, P2M. Misalnya pagi kita masuk dalam pekerjaan pokok melayani pasien di puskesmas kemudian sekitar jam-jam sembilan kita turun ke lapangan setelah itu kembali lagi ke puskesmas, dan oleh karena itu kegiatan sehari-hari di puskesmas kita tidak merasa keberatan,” (Petugas Kesmas).

“Semua petugas harus mampu melaksanakan tugas-tugas untuk peningkatan kesehatan masyarakat termasuk tugas rangkap, dan tidak tergantung pada disiplin ilmu untuk melaksanakan tugas-tugas tersebut. Disamping tugas pokok juga membantu tugas-tugas lain, yang artinya tugas lapangan juga membantu tugas di dalam gedung karena tugas di lapangan



tidak sepenuhnya,” (dr. A).

Gambar 2. Sistem Alur Pelayanan Program Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Kumun

Tugas rangkap yang terlihat pada Gambar 2 adalah salah satu bentuk kenyataan di lapangan, dengan langkah-langkahnya sebagai berikut.

1. Pelaksana program promosi kesehatan juga sebagai tugas pokok dalam bidang promosi kesehatan berkunjung ke desa

memberikan tugas sesuai dengan bidangnya kembali ke puskesmas bekerja pada klinik sanitasi, juga sebagai bendahara PPKS BBM, upaya pembinaan Batra, pada jaringan pelayanan puskesmas bidang posyandu.

2. Pelaksana program kesehatan lingkungan sebagai tugas pokok kesehatan lingkungan yang berkunjung ke desa juga setelah selesai ke desa sampai puskesmas juga melaksanakan tugas sebagai perencanaan, dan mengerjakan tugas di bagian klinik sanitasi.
3. Pelaksana program gizi masyarakat sebagai pengelola penuh pada gizi masyarakat maupun di puskesmas namun juga masih mempunyai tugas lain yaitu sebagai bendahara gaji.
4. Pelaksana program P2M hanya melaksanakan sebagai tugas pokok saja.

Cakupan Kegiatan

- a. Tercapai: penderita malaria yang diobati, kesembuhan penderita TBC BTA positif, balita dengan diare yang ditangani, desa yang dengan garam beryodium baik, dan pemberian makanan pendamping ASI pada bayi BGM dari keluarga miskin.
- b. Rendah: Posyandu purnama , rumah tangga sehat, penyuluhan P3NAPZA oleh petugas, institusi yang mengolah limbah dengan aman, penggunaan

jamban keluarga, dan balita mendapat Vitamin A dua kali per tahun.

- c. Baik: balita bawah garis merah.
- d. Melebihi target: ibu hamil mendapat 90 tablet Fe, balita naik berat badan, dan kasus filariasis ditangani.

Dengan demikian maka pada umumnya program-program kesehatan masyarakat di Puskesmas Kumun sudah berjalan dengan baik. Ada beberapa program yang melampaui target-target nasional, namun ada program-program kesehatan lainnya yang cakupannya masih rendah yaitu pada kegiatan posyandu purnama, tatanan rumah tangga sehat, penyuluhan P3NAPZA oleh petugas, institusi kesehatan yang mengelola dengan aman, dan penggunaan jamban keluarga bagi penduduk.

Kesimpulan dan Saran

1. Sumber daya manusia petugas kesehatan di Puskesmas Kumun Kabupaten Kerinci belum memaksimalkan tenaga kesehatan yang sesuai dengan latar belakang pendidikan minimal D3 kesehatan, serta masih terdapat tugas rangkap di luar fungsi teknis kesehatan.
2. Pembiayaan program kesehatan masyarakat Puskesmas Kumun Kabupaten Kerinci berasal dari berbagai sumber pendapatan yaitu APBN, APBD, ASKES, dan PKPS-BBM, dengan pembiayaan kesehatan perorangan lebih besar dari pada pembiayaan kesehatan masyarakat.

3. Fasilitas transportasi dan sarana lainnya untuk melaksanakan program kesehatan masyarakat di Puskesmas Kumun kurang memadai.
4. Pengorganisasian dalam pelaksanaan program kesehatan masyarakat di Puskesmas Kumun mencakup perencanaan, koordinasi, pelaksanaan urian tugas, pengawasan dan penambahan tugas rangkap non profesi kesehatan.
5. Cakupan pelaksanaan program kesehatan masyarakat pada umumnya baik, namun ada beberapa program kesehatan lainnya yang masih rendah.

Daftar Pustaka

1. Departemen Kesehatan RI, *Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*, Jakarta, 2004.
2. Profil Kesehatan Puskesmas Kumun, 2004.
3. Muninjaya, *Manajemen Kesehatan*, EGC, Jakarta. 2004.
4. Trihono, *Arrimes Manajemen Puskesmas (Berbasis Paradigma Sehat)*, CV, Sagung seto, Jakarta. 2005.
5. Azwar, A, *Pengantar Administrasi Kesehatan, Edisi Ketiga*, Bina rupa aksara, Jakarta. 1996.
6. Nawawi, H, *Manajemen Sumber Daya Manusia untuk Bisnis yang Kompetitif*, Gajah Mada Univesity Press, Yogyakarta. 2003.
7. Departemen Kesehatan RI, *Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*. 2004b.

8. Trisnatoro, L, *Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah 2001–2003*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta. 2004.
9. Wijono, D, *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*, Airlangga University Press, Surabaya. 1999.
10. Wijono, D, *Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi*, Airlangga University Press, Surabaya. 1997.
11. Yin, R. K., *Studi Kasus (Desain dan Metode)*, PT Raja Grafindo Persada, Jakarta. 2002.
12. Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Penyusunan Profil Kesehatan Kabupaten/Kota*, Jakarta. 2004b.