



UNIVERSITAS INDONESIA

**EVALUASI PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK
PUSKESMAS DI KABUPATEN MIMIKA TAHUN 2007
YANG DILAKUKAN PADA
TAHUN 2008**

TESIS

**OLEH
VIKTOR KOMBERTONGGO
NPM: 0606021003**

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**

Evaluasi Program Kesehatan Ibu dan Anak Puskesmas di Kabupaten Mimika Tahun
Tahun 2007 yang Dilakukan pada Tahun 2008
xi+85 Halaman, 2 tabel, 4 gambar, 12 lampiran

ABSTRAK

AKI dan AKB di Papua masih tinggi, hampir dua kali lebih besar AKI dan AKB Nasional. Disisi lain Depkes menargetkan pada tahun 2009, AKI turun dari 307/100.000 kelahiran hidup menjadi 226/100.000 kelahiran hidup dan AKB turun dari 35/1000 kelahiran hidup menjadi 25/1000 kelahiran hidup. Tingginya AKI dan AKB di Papua, akibat akumulasi masalah di Puskesmas yang ada di Papua. Program KIA Puskesmas merupakan salah satu cara akselerasi menurunkan AKI dan AKB di Indonesia. penelitian ini dilakukan guna menganalisis sistem program KIA Puskesmas

Desain penelitian ini adalah, kualitatif dengan pendekatan sistem. Metode pengumpulan data, dengan cara wawancara mendalam untuk data primer dan telaah dokumen untuk data sekunder. Selanjutnya data dianalisis dengan *content analysis*. Tempat penelitian dilakukan di Enam Puskesmas di kabupaten Mimika selama dua bulan.

Hasil penelitian: Aspek Pembiayaan: Sumber dana dari retribusi Puskesmas kurang sebab masyarakat berobat gratis. Alokasi APBD tahun 2007, 80% untuk fisik dan 20% operasional. Waktu pencairan dana pada akhir tahun. Aspek SDM: ketersediaan tenaga bidan di puskesmas, bervariasi, dari 0 sampai 15 bidan. Ketercukupan tenaga bidan puskesmas dengan rasio 1:1000 penduduk, semua puskesmas belum cukup. Aspek sarana: ketersediaan bervariasi, dari belum ada sarana, ada tapi belum cukup sampai ada dan cukup. Kondisi, sebagian kecil rusak, sebagian lagi baik. Aspek peralatan: semua puskesmas tersedia, cukup dan baik kondisinya. Aspek obat-obatan: semua puskesmas tersedia, cukup dan baik kondisinya. Aspek fungsi manajemen: diterapkan berdasarkan pengalaman, terfrakmentasi sebab belum ada Renstra Dinkes sebagai pedoman. Aspek cakupan pelayanan: semua cakupan program KIA seperti K1, K4, Persalinan oleh Nakes dan pertolongan neonatus oleh Nakes masih rendah. Hal ini disebabkan kompilasi masalah pada komponen *input* dan *process* dari sistem pengelolaan program KIA di Puskesmas.

Rekomendasi: (1) Perlu dibuatkan Renstra Dinkes (2) Perlu upaya untuk meningkatkan biaya operasional program KIA melalui kajian tentang (a) biaya minimal untuk operasional program di Puskesmas (b) ASKES daerah. (c) Perda tentang ibu hamil dan anak Balita dipelihara Pemda dan (c) Perda Promkes masuk dalam Muatan lokal pengajaran TK, SD, SMP, SMA. (3) Terkait dengan tenaga bidan, perlu dilakukan upaya untuk meningkatkan Kualitas dan kuantitas tenaga bidan serta memperhatikan pendistribusiannya. (4) Perlu ada pengadaan dan perbaikan sarana sesuai kebutuhan Puskesmas

salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh
VIKTOR KOMBERTONGGO
NPM: O6O6O21003

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan judul

**EVALUASI PROGRAM KESEHATAN IBU DAN ANAK
PUSKESMAS DI KABUPATEN MIMIKA TAHUN 2007
YANG DILAKUKAN PADA
TAHUN 2008**

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis Program
Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Depok, 18 Juli 2008

Komisi Pembimbing

Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS

Anggota

Pujiyanto, SKM.,MKes

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 18 Juli 2008

Komisi Pembimbing

Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS

Anggota

Pujiyanto, SKM.,MKes



**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 18 Juli 2008

K e t u a

Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS.

A n g g o t a

Pujiyanto, SKM., MKes.

Dr. Anhari Achadi, SKM., Sc.D.

Dr. Lucia B. Siregar, Mkes.

Dra. Solichatin Y., MKM.

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Viktor Kombertonggo

NPM : 0606021003

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Fakultas Kesehatan Masyarakat

Universitas Indonesia

Kekhususan : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan

Angkatan : 2006-2008

Jenjang : Magister

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

“Evaluasi Program Kesehatan Ibu dan Anak Puskesmas di Kabupaten Mimika Tahun 2007 yang Dilakukan pada Tahun 2008”

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang akan ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 18 Juli 2008

Viktor Kombertonggo

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Viktor Kombertonggo
Tempat/tanggal Lahir : Sorong, 27 Juli 1974
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Kristen Katolik
Status Perkawinan : Menikah
Alamat Rumah : Jalan Mamruk II No 45 Kelurahan Harapan
Distrik Mimika Baru Kabupaten Mimika – Papua
Alamat Kantor : Dinkes dan KB Kabupaten Mimika, Jln Budi Utomo No 12
Timika.

Riwayat Pendidikan :

1. SD Inpres Kuama di Fak-fak tahun 1987;
2. SMP YPPK Donbosco Fak-fak tahun 1990;
3. SMA YPPK Agustinus Sorong tahun 1993;

4. AKPER Depkes Sorong tahun 1997;
5. FKM Uncen Jayapura Tahun 2004;
6. Program Pascasarjana FKM UI Tahun 2006 – sekarang.

Riwayat Pekerjaan:

1. Sebagai Perawat di Puskesmas Timika kabupaten Mimika tahun 1997-2000;
2. Kepala Tata Usaha Puskesmas Kwamki Kab. Mimika Tahun 2000-2006;
3. Kepala Puskesmas Kwamki kabupaten Mimika tahun 2007- Sekarang.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan keharita Tuhan atas berkat dan perlindungannya, sehingga Tesis yang berjudul “*Evaluasi Program Kesehatan Ibu dan Anak Puskesmas di Kabupaten Mimika Tahun 2007 yang Dilakukan pada Tahun 2008*” dapat selesai dikerjakan. Tesis ini merupakan salah satu syarat bagi kelulusan mahasiswa Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Dalam menyelesaikan tesis ini, banyak bantuan yang penulis peroleh dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang mendalam kepada Ibu Dra.Dumilah Ayuningtyas, MARS, pembimbing yang memberikan banyak pembelajaran dalam penulisan tesis ini

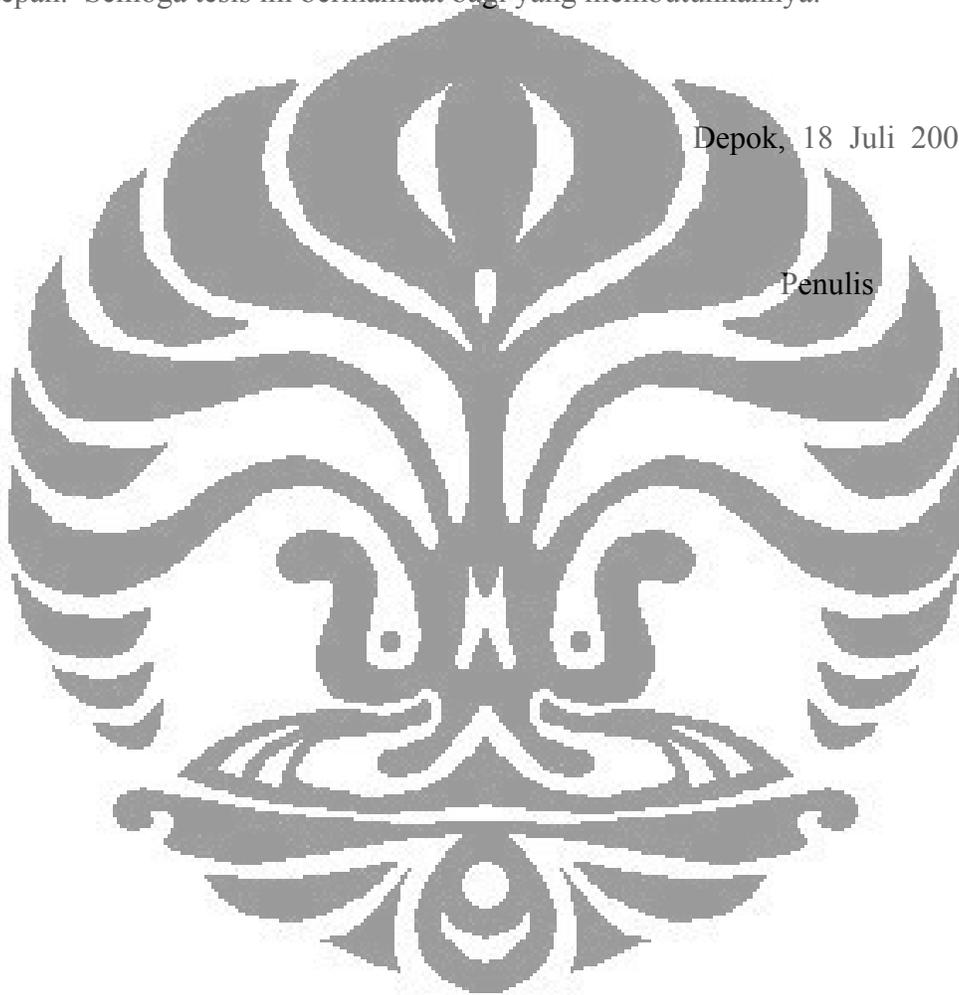
Selanjutnya penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dekan FKM-UI, Ketua Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat beserta seluruh dosen yang telah memberikan ilmu kepada penulis serta kepada seluruh karyawan dalam lingkungan civitas akademika FKM-UI.
2. Tim penguji tesis Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia yang telah memberi masukan dan saran dalam penyempurnaan penyusunan dan perbaikan tesis ini.
3. Kepala Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana Kabupaten Mimika dan jajarannya yang telah memberi dorongan semangat, dukungan dan kesempatan dalam melaksanakan pendidikan dan penelitian ini.
4. Kepala Perpustakaan FKM-UI beserta staf yang telah banyak membantu dalam melengkapi referensi penulisan tesis ini.
5. Rekan-rekan seangkatan, khususnya peminatan AKK dan Ekokes pada kelas MKD, yang telah memberikan dorongan dan membantu menyelesaikan tesis ini.
6. Isteri, Ferdinanda E. Wanma dan kedua anak, Stefy dan Felix, kalian adalah penopang dikala saya jatuh, penghibur dikala saya sedih, saya bangga memiliki kalian di dalam rumah kita.
7. Saudaraku Rogatianus Ngamelubun dan keluarganya yang telah menemani kami sekeluarga dalam suka dan duka, dalam untung maupun malang.
8. Bagi kakak dan sekaligus orang tua, Lis Wanma dan keluarganya yang membantu dalam dukungan moril, dan materil hingga selesainya pendidikan ini.

Akhirnya penulis sadar bahwa ada kekurangan dan kelemahan dalam tesis ini, untuk itu kritik dan saran yang bersifat membangun dibutuhkan guna perbaikan ke depan. Semoga tesis ini bermanfaat bagi yang membutuhkannya.

Depok, 18 Juli 2008

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
ABSTRAK	
PERNYATAAN PERSETUJUAN	
PANITIAN UJIAN TESIS	
SURAT PERNYATAAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR ISTILAH	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1. Latar belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	6
1.3. Pertanyaan Penelitian	6
1.4. Tujuan Penelitian	7
1.5. Manfaat Penelitian	9
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Evaluasi	10

2.2	Pelayanan Kesehatan Sebagai Suatu Sistem -----	11
2.2.1	Komponen Masukan -----	12
2.2.1.1	Pembiayaan-----	12
2.2.1.2	Sumber Daya Manusia-----	14
2.2.1.3	Alat dan Bahan-----	15
2.2.1.4	Obat – obatan -----	16
2.2.2	Komponen Proses -----	16
2.2.2.1	Perencanaan (<i>Planning</i>) -----	16
2.2.2.2	Pengorganisasian (<i>Organizing</i>)-----	18
2.2.2.3	Penggerakan (<i>Actuating</i>) -----	18
2.2.2.4	Pengawasan (<i>Controlling</i>)-----	19
2.2.3	Komponen Output -----	19
2.3	Motivasi-----	20
2.3.1	Kelompok Teori Motivasi Kepuasan -----	20
2.3.2	Kelompok Teori Motivasi Proses -----	22
2.4	Persepsi -----	25
2.5	Puskesmas-----	26
2.6	Manajemen Program KIA -----	28

BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH

3.1	Kerangka Konsep-----	31
3.2	Definisi Istilah -----	32
3.2.1	Komponen Input-----	32
3.2.1.1	Pembiayaan-----	32
3.2.1.2	Sumber Daya Manusia-----	33

3.2.1.3	Sarana -----	33
3.2.1.4	Peralatan -----	33
3.2.1.5	Obat-obatan-----	34
3.2.2	Komponen Proses -----	34
3.2.2.1	Perencanaan -----	34
3.2.2.2	Pengorganisasian -----	35
3.2.2.3	Penggerakan -----	35
3.2.2.4	Pengawasan-----	36
3.2.3	Komponen Output-----	36
3.2.4	Komponen Outcome -----	37
3.2.5	Evaluasi Sistem Program KIA di Puskesmas -----	37
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN		
4.1	Rancangan Penelitian-----	38
4.2	Lokasi Penelitian -----	39
4.3	Informan -----	39
4.4	Instrumen Penelitian -----	41
4.5	Metode Pengumpulan Data-----	42
4.6	Validasi Data -----	42
4.7	Pengelolaan dan Analisis Data-----	43
BAB 5 HASIL PENELITIAN		
5.1	Keadaan Umum Kabupaten Mimika-----	45
5.2	Gambaran Umum Bidang Kesehatan di Kabupaten Mimika -----	49
5.3	Gambaran Umum Informan -----	49

5.4	Evaluasi Sistem Pengelolaan Program KIA Puskesmas -----	51
-----	---	----

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1	Keterbatasan Penelitian -----	67
6.2	Pembiayaan Program KIA di Puskesmas -----	68
6.3	Sumber Daya Manusia Pelaksana Program KIA di Puskesmas -----	74
6.4	Sarana Prasarana Program KIA di Puskesmas -----	76
6.5	Penerapan Fungsi Manajemen Program KIA di Puskesmas -----	77
6.6	Cakupan Program KIA di Puskesmas -----	80
6.7	Gambaran Sistem Pengelolaan Program KIA di Puskesmas di Kabupaten Mimika Terkait dengan Upaya Menurunkan AKI dan AKB -----	81

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN

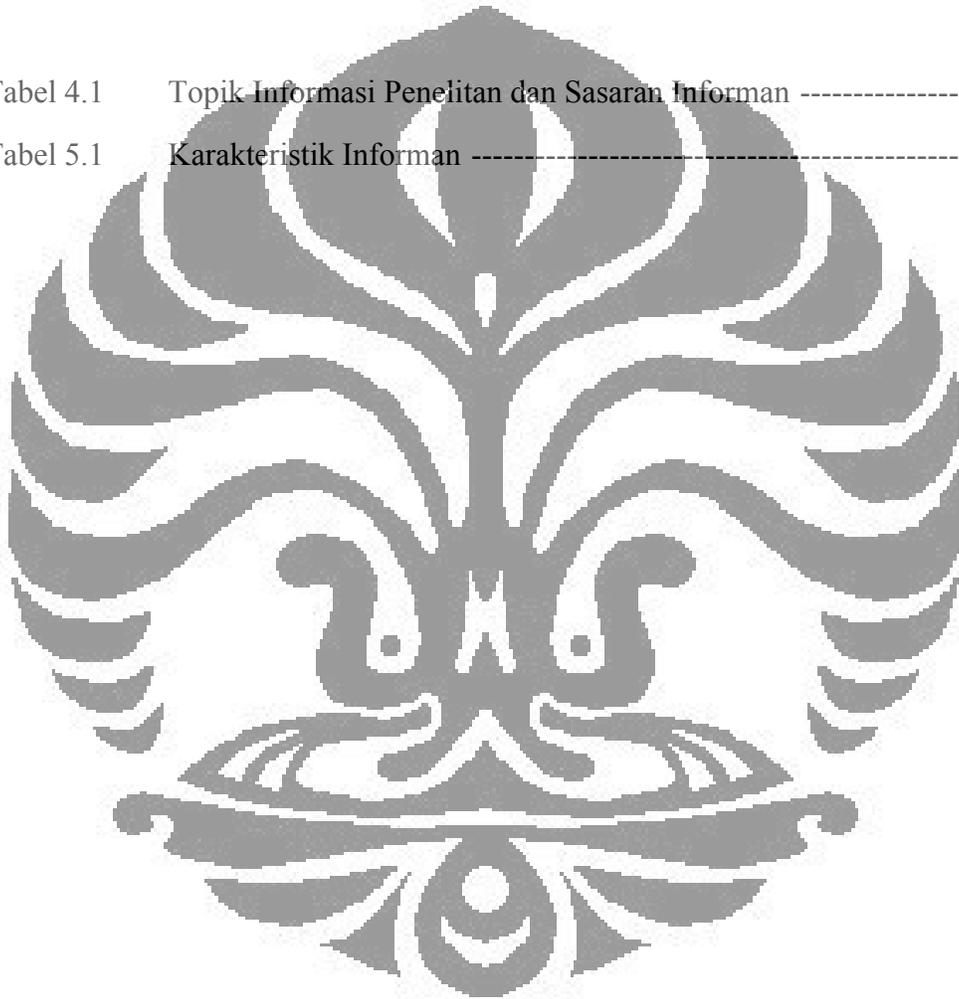
7.1	Kesimpulan -----	84
7.2	Saran -----	85

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

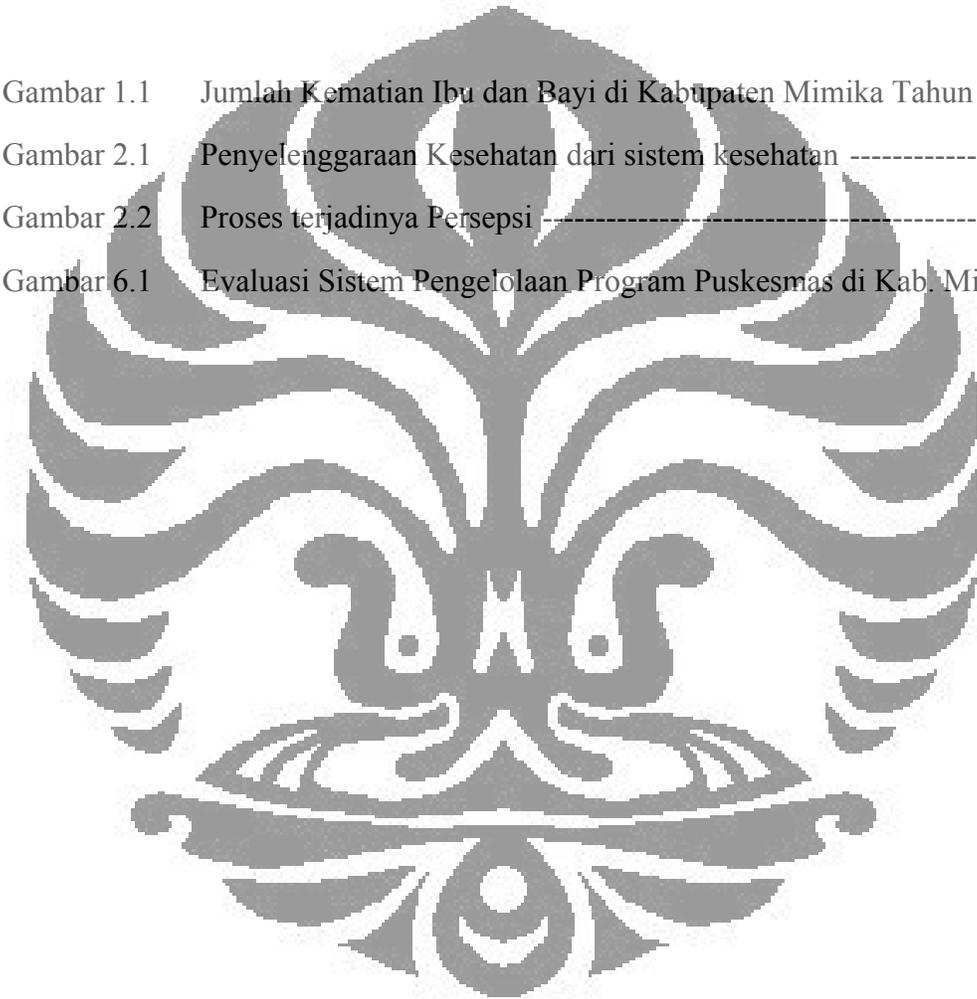
DAFTAR TABEL

Nomor Tabel		Halaman
Tabel 4.1	Topik Informasi Penelitian dan Sasaran Informan	34
Tabel 5.1	Karakteristik Informan	44

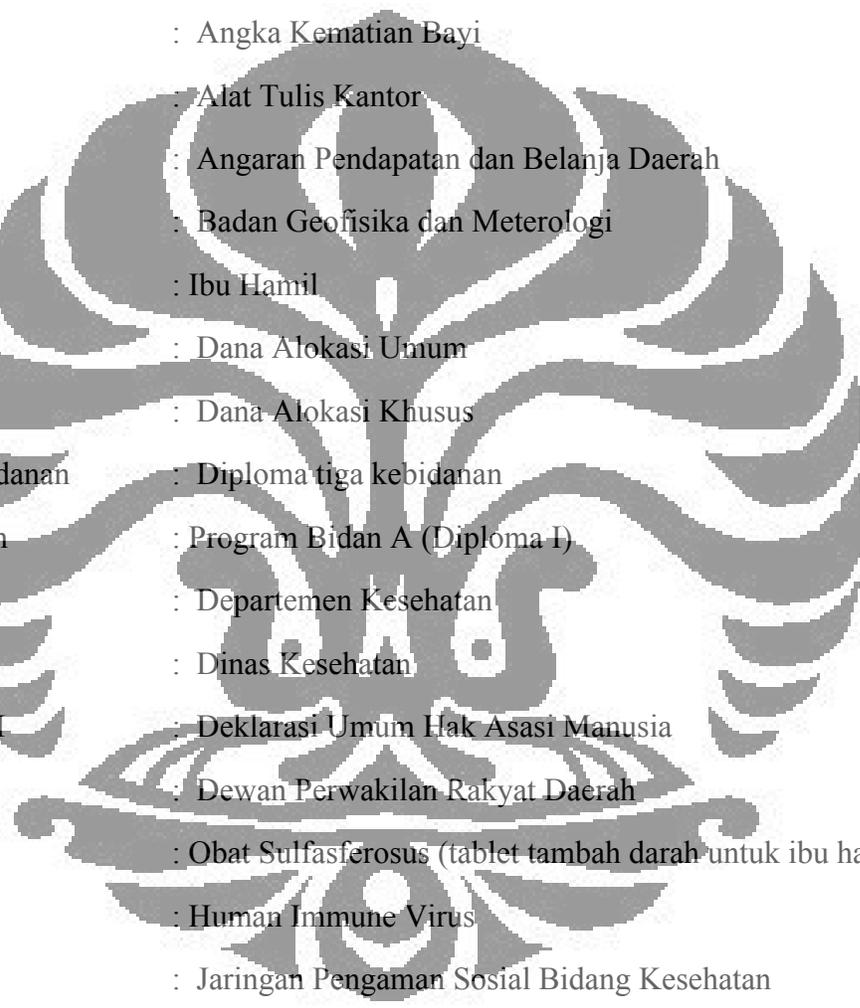


DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar		Halaman
Gambar 1.1	Jumlah Kematian Ibu dan Bayi di Kabupaten Mimika Tahun 2005-2007	-3
Gambar 2.1	Penyelenggaraan Kesehatan dari sistem kesehatan	-----11
Gambar 2.2	Proses terjadinya Persepsi	-----44
Gambar 6.1	Evaluasi Sistem Pengelolaan Program Puskesmas di Kab. Mimika	-----82



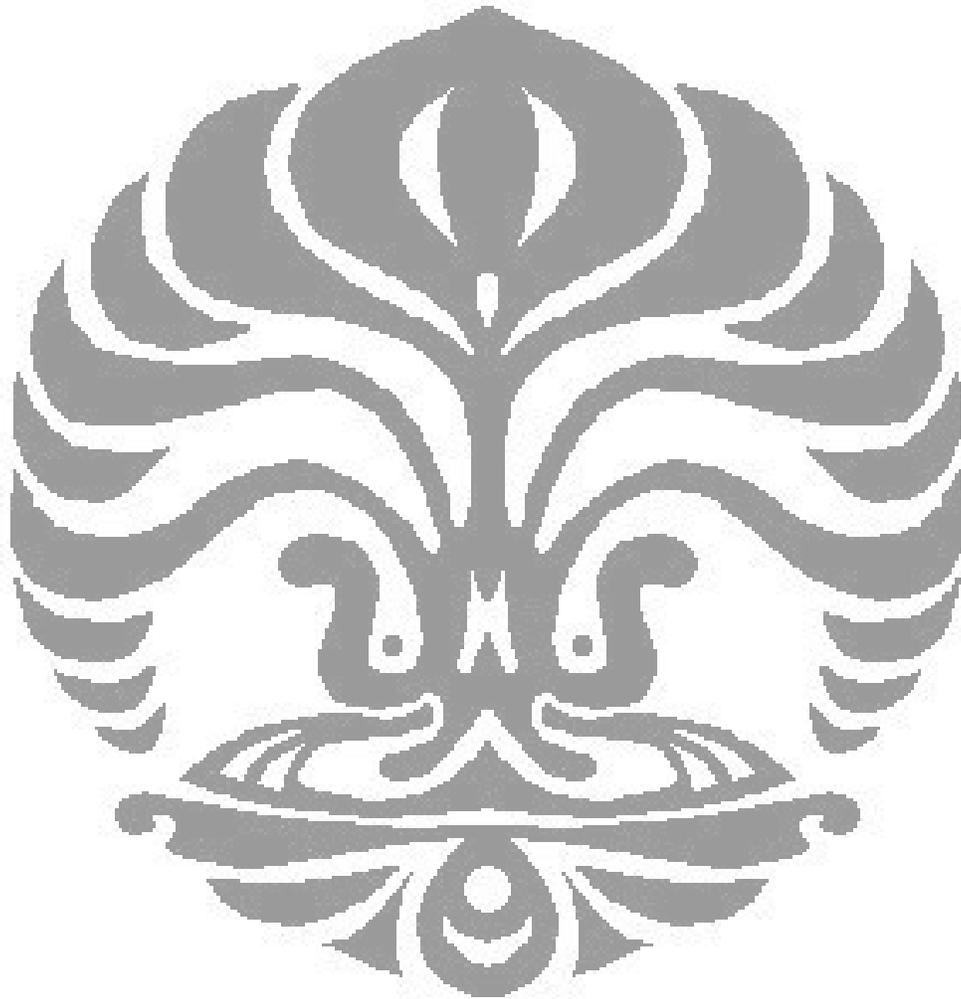
DAFTAR ISTILAH



AKI	: Angka Kematian Ibu
AKB	: Angka Kematian Bayi
ATK	: Alat Tulis Kantor
APBD	: Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
BGM	: Badan Geofisika dan Meterologi
Bumil	: Ibu Hamil
DAU	: Dana Alokasi Umum
DAK	: Dana Alokasi Khusus
D3 Kebidanan	: Diploma tiga kebidanan
D1 Bidan	: Program Bidan A (Diploma I)
Depkes	: Departemen Kesehatan
Dinkes	: Dinas Kesehatan
DUHAM	: Deklarasi Umum Hak Asasi Manusia
DPRD	: Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
Fe	: Obat Sulfasferosus (tablet tambah darah untuk ibu hamil)
HIV	: Human Immune Virus
JPSBK	: Jaringan Pengaman Sosial Bidang Kesehatan
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KB	: Keluarga Berencana
K4	: Kunjungan Kehamilan ke 4 pada trimester III kehamilan
K1	: Kunjungan pertama kali dalam kehamilan
LPMAM	: Lembaga Pengelola Masyarakat Amungme Komoro

MDG	: Millenium Development Goal
Malcon	: Malaria Control
Nakes	: Tenaga Kesehatan
Otsus	: Otonomi Khusus
PASI	: Pengganti Air Susu Ibu
PMT	: Pemberian Makanan Tambahan
P2M	: Pencegahan Penyakit Menular
Promkes	: Promosi Kesehatan
PT FI	: PT Freeport Indonesia
PERDA	: Peraturan Daerah
Kesling	: Kesehatan Lingkungan
Poskesdes	: Pos Kesehatan Desa
Pustu	: Puskesmas Pembantu
Polindes	: Pondok Bersalin Desa
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
RT	: Rukun Tetangga
RW	: Rukun Warga
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
Renstra	: Rencana Strategis
SDM	: Sumber Daya Manusia
SPT	: Surat Perintah Tugas
SPPD	: Surat Perintah Perjalanan Dinas
SD	: Sekolah Dasar
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
SMA	: sekolah Menengah Atas

TT2 : Pemberian Anti Tetanus 2 kali selama kehamilan
TAP MPR : Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat
UUD : Undang Unndang Dasar



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Sehat adalah hak bagi setiap manusia dan merupakan salah satu faktor kunci pembangunan untuk mewujudkan bangsa yang sejahtera. Penegasan tentang pentingnya sehat tertuang dalam Komitmen MDG, bahwa setiap orang berhak atas perawatan dan pelayanan kesehatan yang layak. Komitmen MDG merupakan aplikasi dari DUHAM, Konstitusi WHO 1946, Deklarasi Alma Ata 1978, Deklarasi Kesehatan Dunia 1998, *General Comments* No. 14/2000 (Roem, 2005).

Komitmen MDG sejalan dengan cita-cita luhur bangsa Indonesia dalam mewujudkan kesejahteraan bagi masyarakat Indonesia. Apa yang termuat dalam Amandemen kedua UUD 1945 Pasal 28 H bahwa Setiap orang berhak sejahtera lahir dan batin, memiliki tempat tinggal dan lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan, merupakan gambaran cita-cita tersebut. Hal ini berarti pemerintah sebagai penyelenggara negara senantiasa dituntut untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat melalui berbagai aspek pembangunan termasuk pembangunan di bidang kesehatan.

Dalam pembangunan di bidang kesehatan, pemerintah melalui Depkes dan institusi di bawahnya telah berupaya menjalankan amanat pembangunan tersebut.

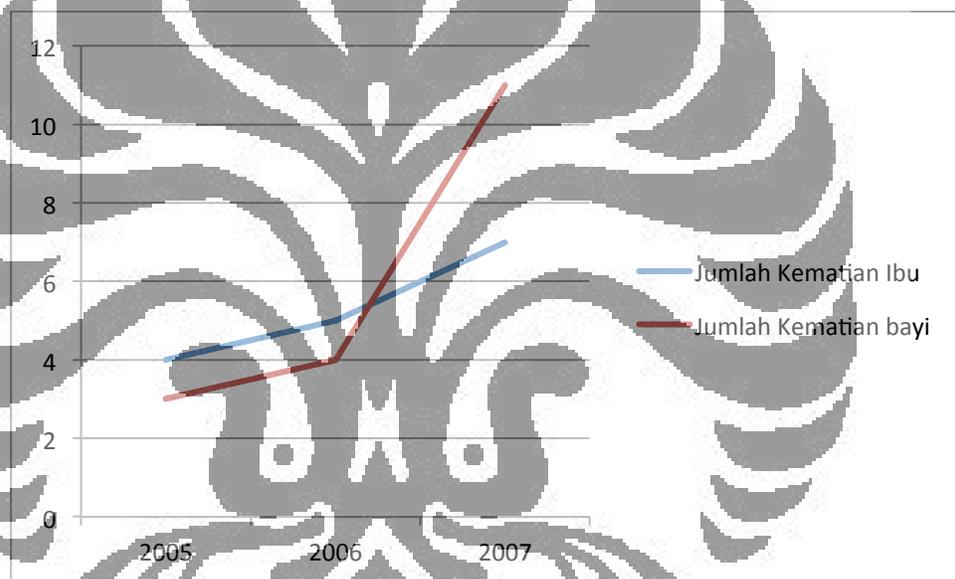
Melalui visi "Masyarakat mandiri untuk hidup sehat" dan misi "Membuat rakyat sehat" menunjukkan bahwa Depkes mencoba mewujudkan kesehatan bagi masyarakat Indonesia. Aplikasi visi misi ini, telah dijabarkan dalam Renstra Depkes tahun 2005–2009 yang ditetapkan dengan Kepmenkes nomor: 331/Menkes/SK/V/2006. Sasaran utama Renstra Depkes ini, mencakup empat aspek yaitu: menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat; meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas; meningkatkan sistem surveilans, monitoring dan informasi kesehatan; serta meningkatkan pembiayaan kesehatan. (Depkes, RI 2005a).

Salah satu agenda penting yang termuat dalam Renstra Depkes 2005-2009, adalah menyangkut upaya KIA. Upaya ini perlu dijalankan dengan baik, sebab merupakan salah satu faktor kunci dalam pencapaian target untuk menurunkan AKB dari 35/1000 kelahiran hidup menjadi 25/1000 kelahiran hidup dan menurunkan AKI dari 307/100000 kelahiran hidup menjadi 226/100000 kelahiran hidup pada akhir tahun 2009, (Depkes RI 2005b).

Di Papua AKI dan AKB masih tinggi, hal ini terlihat dari data AKB 50,5/1000 kelahiran hidup dan AKI 1.116/100.000 kelahiran hidup (UNDP, 2005). AKI dan AKB yang ada di Papua hampir dua kali lebih besar dari angka nasional. Kenyataan ini menuntut jajaran kesehatan di Papua harus bekerja keras untuk mengatasinya. Fenomena tingginya AKI dan AKB di Papua merupakan gambaran dari akumulasi permasalahan dalam sistem pelayanan kesehatan di semua kabupaten yang ada di sana. Kabupaten Mimika merupakan salah satu kabupaten yang ada di Papua juga mengalami

masalah kematian ibu dan bayi. Hal ini dapat dilihat pada gambar 1.1, terlihat bahwa tren kematian ibu dan bayi menunjukkan peningkatan dari tahun 2005 – 2007. Sebagian besar kematian maternal disebabkan oleh perdarahan dan sebagian lagi karena Eklamsia. Sedangkan kematian bayi, disebabkan oleh BBLR dan Afiksia.

Gambar 1.1.
Jumlah Kematian Ibu dan Bayi di Kabupaten Mimika Tahun 2005 – 2007.



(Subdin Kesga, Dinkes Mimika, 2007)

Menurut WHO, (2007) Kematian maternal yang terjadi di masyarakat disebabkan oleh dua kategori faktor yaitu faktor yang dapat dicegah dan faktor yang tidak dapat dicegah. Faktor yang dapat dicegah terbagi menjadi tiga kategori: (1) faktor administrasi pemberi layanan kesehatan; (2) faktor tenaga pemberi layanan kesehatan; dan (3) faktor penerima layanan kesehatan. Dijelaskan juga bahwa di Afrika Selatan hasil penelitian menunjukkan, faktor administrasi layanan kesehatan berkontribusi

sepertiga dari total kematian maternal; faktor tenaga pemberi layanan kesehatan berkontribusi lebih dari setengah total kematian maternal; dan faktor penerima layanan kesehatan berkontribusi setengah bagian dari total kematian maternal.

Bila di kaji tiga kategori faktor penyebab di atas, dapat dikatakan bahwa dua diantara faktor tersebut merupakan faktor internal organisasi pemberi layanan kesehatan. Sedangkan kategori penerima layanan kesehatan merupakan faktor eksternal organisasi tersebut. Hal ini menunjukkan bahwa pembenahan yang dilakukan pada aspek internal organisasi pemberi layanan kesehatan mempunyai dampak yang cukup besar terhadap upaya menurunkan AKI dan AKB.

Administrasi menurut Siagian, (2004) adalah seluruh proses interaksi dua atau lebih manusia berdasarkan rasionalitas guna mencapai tujuan yang sudah ditentukan. Muninjaya, (2004) menjelaskan bahwa inti dari administrasi adalah adanya hubungan antar manusia yang digerakan oleh fungsi manajemen. Demikian juga menurut Pasolong, (2007) bahwa administrasi digerakan oleh fungsi manajemen. Fungsi manajemen menurut George Terry dalam Muninjaya, (2004) meliputi fungsi perencanaan, fungsi pengorganisasian, fungsi penggerakan dan fungsi pengawasan. Fungsi manajemen menurut George Terry ini, dipakai oleh Depkes RI dalam penerapan manajemen pelayanan kesehatan.

Selanjutnya menurut Ibrahim, (2008) administrasi adalah sebuah sistem maka dalam menganalisisnya perlu pendekatan sistem. Membahas kesehatan dan permasalahannya, menurut Adisasmito, (2007) sebenarnya membahas tentang sebuah

sistem, karena masalah kesehatan terjadi akibat dari akumulasi masalah pada sistem yang membentuk kesehatan itu sendiri. Untuk itu pendekatan sistem menjadi bagian penting dalam kajian administrasi kesehatan.

Menurut Rachmat dalam Adisasmito, (2007) unsur-unsur dalam penyelenggaraan sistem kesehatan dapat meliputi unsur masukan, unsur proses dan unsur keluaran. Demikian juga dalam Muninjaya, (2004) bahwa komponen suatu sistem terdiri dari *input*, *process*, *output*, dan *outcome*. Selanjutnya dijelaskan juga bahwa unsur yang terdapat dalam komponen *input* meliputi SDM dan non SDM, sedangkan pada komponen *process* mencakup penerapan fungsi manajemen untuk mengelola komponen *input*, dan pada komponen *output* merupakan hasil dari *input* yang di *process* berupa pencapaian tujuan.

Dalam SKN, Puskesmas merupakan bagian terdepan dari fungsi pelayanan kesehatan masyarakat di Indonesia. Puskesmas adalah pemberi layanan kesehatan strata pertama dan merupakan unit pelaksanaan teknis di lapangan bagi dinas kesehatan kabupaten/kota. Dengan pemahaman ini maka permasalahan kesehatan di Papua khususnya di kabupaten Mimika, merupakan akumulasi dari masalah sistem pelayanan kesehatan di Puskesmas - Puskesmas yang ada di wilayah kabupaten Mimika.

Untuk itu, dalam rangka menurunkan AKI dan AKB di kabupaten Mimika, sistem pengelolaan program-program yang ada di Puskesmas perlu dibenahi. Salah satu program di Puskesmas yang erat kaitannya dengan upaya menurunkan AKI dan AKB adalah program KIA. Sistem pengelolaan program KIA Puskesmas di Kabupaten

Mimika dapat di benahi bila ada informasi tentang permasalahan yang terjadi di Puskesmas.

Cara untuk mengetahui permasalahan penerapan suatu program dapat dilakukan dengan mengevaluasinya, pada proses penerapan dan atau pada akhir penerapan (Dir Aparatur Negara, 2006). Pendekatan evaluasi program KIA untuk meningkatkan pencapaian cakupan, menurut Azwar, (1996) dapat dilakukan dengan pendekatan teori sistem. Pendekatan ini akan memberikan gambaran holistik tentang hal-hal yang perlu dipertahankan, ditingkatkan dan digantikan agar upaya meningkatkan cakupan layanan KIA di Puskesmas menjadi maksimal. Metode kualitatif dipilih dalam penelitian ini, karena belum ada penelitian yang dilakukan di kabupaten Mimika khususnya yang terkait topik penelitian, dan faktor sulitnya mendapatkan data yang akurat serta minimnya akses pada sumber informasi.

1.2. Rumusan Masalah

Akselerasi menurunkan AKI dan AKB dapat dilakukan dengan upaya meningkatkan cakupan program KIA di Puskesmas. Upaya meningkatkan cakupan program KIA di Puskesmas dipengaruhi oleh sistem pengelolaannya. Jika upaya peningkatan cakupan program KIA dipandang sebagai sebuah sistem, maka komponen *input* berupa sumber daya program KIA dan komponen *process* berupa penerapan fungsi manajemen program KIA adalah penentu *output* pencapaian cakupan program tersebut. Untuk itu evaluasi pada komponen *input*, *process* dan *output* dari sistem

pengelolaan program KIA di Puskesmas perlu di lakukan agar ada informasi yang bisa dipakai guna pembenahan dalam rangka meningkatkan cakupan pencapaian program yang berdampak pada turunya AKI dan AKB.

Di Kabupaten Mimika belum ada kajian yang bisa memberikan informasi tentang sistem pengelolaan program KIA Puskesmas pada tahun 2007. Untuk itu perlu dilakukan evaluasi program KIA Puskesmas di kabupaten Mimika. Berdasarkan uraian masalah di atas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah *“Belum diketahuinya evaluasi program KIA Puskesmas di Kabupaten Mimikai tahun 2007”*

1.3. Pertanyaan Penelitian

Bagaimana evaluasi program KIA Puskesmas di Kabupaten Mimika tahun 2007?

1.4. Tujuan penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Diketahuinya evaluasi program KIA Puskesmas di kabupaten Mimika tahun 2007.

1.4.2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya hasil evaluasi pada aspek pembiayaan program KIA Puskesmas di kabupaten Mimika tahun 2007;
- b. Diketuainya hasil evaluasi pada aspek sumber daya manusia pengelola program KIA Puskesmas di kabupaten Mimika tahun 2007;
- c. Diketuainya hasil evaluasi pada aspek sarana penunjang program KIA Puskesmas di kabupaten Mimika tahun 2007;
- d. Diketuainya hasil evaluasi pada aspek peralatan penunjang program KIA Puskesmas di kabupaten Mimika tahun 2007;
- e. Diketuainya hasil evaluasi pada aspek obat-obatan program KIA Puskesmas di kabupaten Mimika tahun 2007;
- f. Diketuainya hasil evaluasi pada aspek fungsi perencanaan program KIA Puskesmas di kabupaten Mimika tahun 2007;
- g. Diketuainya hasil evaluasi pada aspek fungsi pengorganisasian program KIA Puskesmas di kabupaten Mimika tahun 2007;
- h. Diketuainya hasil evaluasi pada aspek fungsi penggerakan program KIA Puskesmas di kabupaten Mimika tahun 2007;
- i. Diketuainya hasil evaluasi pada aspek fungsi pengawasan program KIA Puskesmas di kabupaten Mimika tahun 2007;
- j. Diketuainya hasil evaluasi pada aspek cakupan program KIA Puskesmas di Kabupaten Mimika tahun 2007.

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1. Bagi penulis

Penelitian ini merupakan proses pembelajaran untuk memahami teori sistem dan penerapannya pada pengelolaan program-program di Puskesmas khususnya program KIA.

1.5.2. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Mimika

Hasil kajian ini diharapkan dapat berguna dalam pembuatan kebijakan dan rencana tindak lanjut bagi Dinkes untuk pengembangan program KIA di Puskesmas.

1.5.3. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Hasil kajian ini dapat menjadi bahan pustaka untuk memahami sistem pengelolaan program KIA di daerah terpencil khususnya di Papua.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini berjudul “*Evaluasi Program Kesehatan Ibu dan Anak Puskesmas di Kabupaten Mimika Tahun 2007 Dilakukan di Tahun 2008*”, dilakukan pada awal bulan April hingga akhir bulan Mei tahun 2008, pada beberapa Puskesmas yang ada di Kabupaten Mimika. Desain penelitian adalah kualitatif dengan pendekatan teori sistem. Desain penelitian ini, diarahkan untuk mengevaluasi sistem program KIA di beberapa Puskesmas di Kabupaten Mimika khususnya pada tahun 2007. Evaluasi dilakukan

hanya pada komponen input, komponen proses dan komponen output dari sistem program KIA. Metode untuk mendapatkan informasi dilakukan dengan cara data primer dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan data sekunder melalui telaah dokumen. Kemudian dilakukan validasi data dengan prinsip triangulasi. Data yang terkumpul di sajikan dalam bentuk matriks kemudian dilakukan *content analysis*. Semua informasi yang diperoleh akan dibahas dan merujuk pada teori atau hasil penelitian di tempat lain.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Evaluasi

Evaluasi sama pengertiannya dengan *review* yaitu melihat kembali apa yang sedang dikerjakan untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan (Al-Almin, 2006). Menurut Siagian, (2002) evaluasi atau penilaian adalah Usaha untuk membandingkan antara kenyataan pencapaian hasil dengan harapan yang seharusnya dicapai berdasarkan pedoman yang tertuang pada sistem manajemen dalam pelaksanaan berbagai kegiatan organisasi”

Jenis Evaluasi menurut Al-Almin, (2006) dibedakan atas tiga jenis yaitu (1) evaluasi terhadap kegiatan (2) evaluasi terhadap program (3) Evaluasi terhadap kebijakan. Menurut Dir Aparatur Negara, (2006) Evaluasi program dapat dibagi dua yaitu evaluasi formatif dan evaluasi normatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan terhadap program yang sedang berlangsung agar diperoleh informasi untuk pembenahan lebih dini. Sedangkan evaluasi normatif adalah evaluasi yang dilakukan pada akhir pelaksanaan program untuk mengukur secara menyeluruh hasil program agar diperoleh informasi tentang hambatan, peluang dan potensi program tersebut.

2.2 Pelayanan Kesehatan Sebagai Suatu Sistem.

Sistem dalam suatu organisasi perlu dilihat sebagai suatu kesatuan yang utuh, walaupun tiap bagian dari sistem berusaha untuk memaksimalkan kinerjanya namun harus diarahkan pada pencapaian tujuan organisasi (Siagian, 2002).

Pemahaman teori sistem dapat dianalogikan dengan teori hambatan Eliyahu M.G, bahwa kekuatan sebuah rantai terletak pada rantai terlemah. Contoh teori ini misalnya pada sebuah perusahaan mobil, semua sub bagian seperti pembuat ban, mesin, dan lain-lain mampu menghasilkan 1000 paket tiap bulan, tetapi disisi lain pada bagian pembuatan kaca spion hanya mampu menghasilkan dua paket kaca saja, maka mobil yang bisa dihasilkan tiap bulan adalah sebanyak dua unit saja bukan 1000 unit. Contoh ini menunjukkan bahwa semua unit dalam suatu organisasi harus bekerja seirama dan sama-sama kuat sehingga produksi yang dihasilkan juga menjadi maksimal. (Ayuhingtyas, 2006)

Miler dan Rice dalam Gibson, (1994), menjelaskan bahwa pendekatan sistem merupakan prosedur yang logis dan rasional dimana segala sesuatu yang dihasilkan merupakan akibat dari komponen-komponen lain yang mempengaruhinya. Komponen dalam sebuah sistem pasti mengandung komponen *Input* yang selanjutnya diolah oleh komponen *process* untuk menjadi suatu *output*.

Terkait dengan upaya memaksimalkan pelayanan kesehatan, Azwar, (1996) dan Adisasmito (2007) menjelaskan bahwa pendekatan sistem dapat digunakan dalam upaya meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan dan upaya menyelesaikan masalah kesehatan. Dijelaskan Azwar, (2006) dalam menyelesaikan masalah kesehatan, pada

kotak input diisi dengan permasalahan yang akan diselesaikan, sedangkan untuk kotak proses diisi dengan sumber daya organisasi seperti tenaga, dana, sarana dan metode. Tata cara, dan kesanggupan, dan untuk kotak output diisi dengan selesainya masalah yang dihadapi. Sedangkan untuk meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan, kotak input diisi perangkat administrasi, seperti SDM, dana, sarana dan metode. Untuk kotak proses diisi dengan fungsi manajemen yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan, serta kotak output diisi dengan cakupan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.

Dalam penyelenggaraan sistem kesehatan, Adisasmito, (2007) menjelaskan bahwa pada bagian input perlu memperhatikan sumber daya berupa obat-obatan, perbekalan, SDM Kesehatan, dan pembiayaan. sedangkan pada prosesnya perlu memperhatikan perencanaan, administrasi, regulasi dan legislasif. Dan pada bagian output merupakan sasaran yang ingin dicapai. Gambaran pelayanan kesehatan sebagai sebuah sistem dapat dilihat pada gambar 2.1.

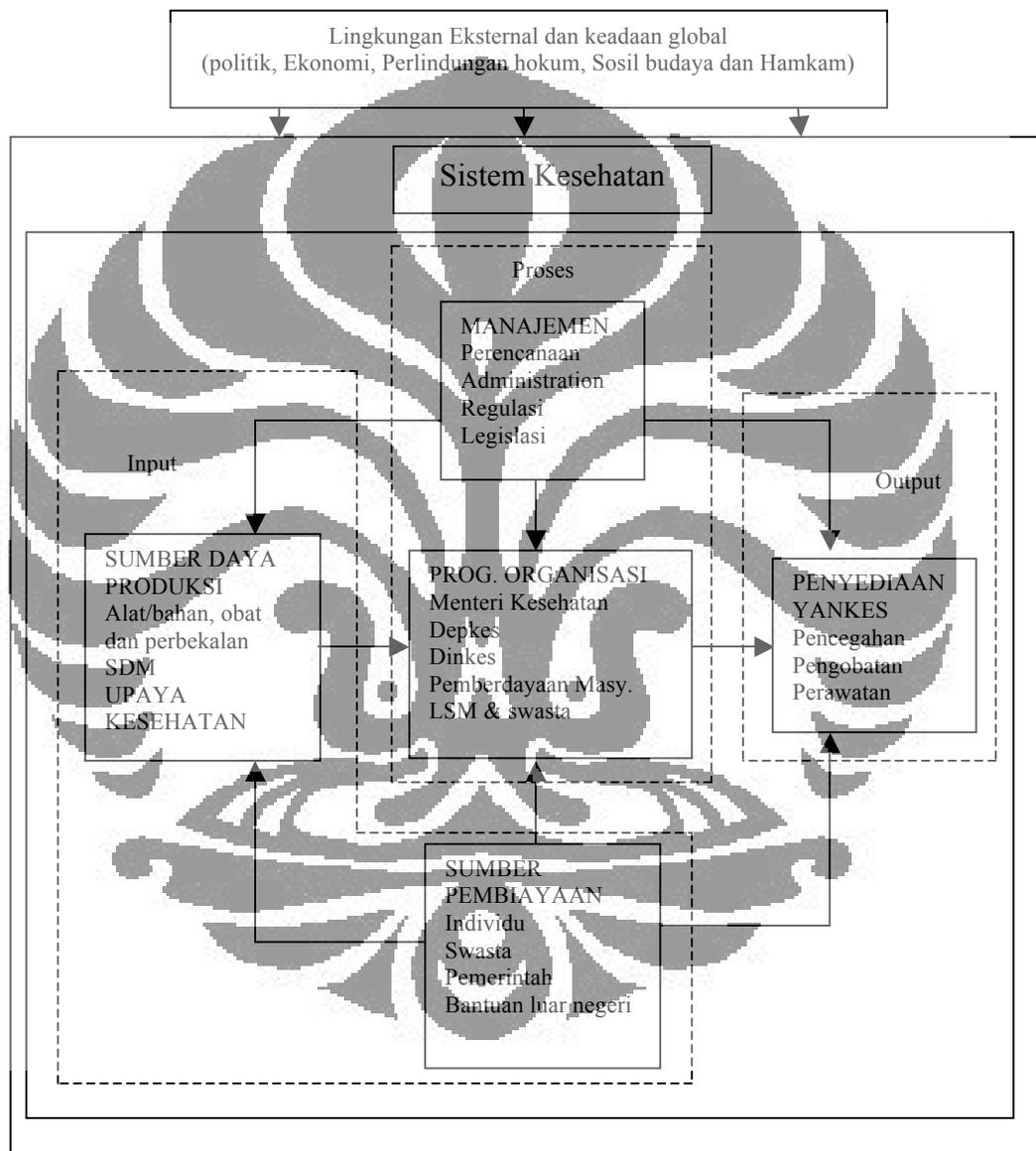
2.2.1 Komponen Masukan.

2.2.1.1 Pembiayaan.

Aspek pembiayaan dalam sistem administrasi publik biasanya mencakup aspek sumber keuangan, perencanaan keuangan, alokasi keuangan, dan pemanfaatan keuangan (Pasolong, 2007). Demikian juga yang diungkapkan Adisasmito, (2007) bahwa dalam era desentralisasi perlu dipertimbangkan tiga hal penting menyangkut

pembiayaan kesehatan yaitu sumber pembiayaan, Alokasi pembiayaan, dan pemanfaatan biaya.

Gambar 2.1 Penyelenggaraan Sisten Kesehatan



Sumber: Adisasmito 2007, Sistem Kesehatan, Raja

Lebih lanjut dijelaskan bahwa sumber pembiayaan kesehatan dapat berasal dari pemerintah dan atau masyarakat. Sumber pembiayaan dari pemerintah berasal dari

DAU, DAK, dana perimbangan, dana pinjaman serta dana bantuan, sedangkan dari masyarakat sumbernya dapat melalui retribusi pelayanan kesehatan, Askes, donatur dan jaminan pemeliharaan kesehatan. Gani, (2000) menjelaskan bahwa alokasi pembiayaan kesehatan sebaiknya lebih besar untuk operasional pelayanan kesehatan masyarakat dibanding biaya pengadaan alat/barang fisik.

2.2.1.2 Sumber Daya Manusia

SDM merupakan inti dari sistem administrasi kesehatan dan merupakan motor penggerak semua fungsi manajemen. Untuk itu perlu diperhatikan agar berfungsi maksimal dalam organisasi. Menurut Stoner, SDM akan berfungsi maksimal dalam sistem administrasi suatu organisasi sangat ditentukan oleh faktor rekrutmen, faktor penempatan, faktor pelatihan dan faktor pengembangan. Kaban, juga menjelaskan bahwa SDM dapat berfungsi maksimal dalam organisasi dapat dilihat dari jumlahnya, jenisnya, kualitasnya, distribusinya serta utilitasnya (Pasolong, 2007).

SDM kesehatan menurut PP No. 32 Tahun 1996, meliputi: tenaga medis (dokter dan dokter gigi); tenaga keperawatan (perawat dan bidan); tenaga kefarmasian (Apoteker, analis farmasi, asisten apoteker); tenaga kesehatan masyarakat (Epidemiolog, Entomolog, mikrobiolog, promkes dan administrator kesehatan dan sanitarian), tenaga gizi (nutrisionis dan dietisien); keterampilan fisik (fisioterapis, okupasiterapis dan terapis wicara); dan tenaga keteknisan medis (Radiografer, radioterapis, teknisi gigi, teknisi elektromedis, analis kesehatan, refraksionis optisien, otorik prostetik, teknisi transfuse, dan perekam medis).

Kepmenkes No 1202/MENKES/SK/VIII/2003 menjelaskan bahwa rasio SDM kesehatan per 100000 penduduk adalah sebagai berikut: Dokter spesialis 6/100000 penduduk, dokter umum 40/100000 penduduk, dokter gigi 11/100000 penduduk, Perawat 117/100000 penduduk, bidan 100/100000 penduduk, perawat gigi 30/100000 penduduk, Apoteker 10/100000 penduduk, sarjana kesehatan masyarakat 40/100000 penduduk, sanitarian 40/100000 penduduk, nutrisisionis/ahli gizi 22/100000 penduduk, keterampilan fisik 4/100000 penduduk dan keteknisan medis 15/100000 penduduk.

2.2.1.3 Alat dan Bahan.

Alat dan bahan dalam kesehatan dapat juga diartikan sebagai perbekalan kesehatan. Dalam undang-undang kesehatan nomor 23/1992 dijelaskan bahwa perbekalan kesehatan adalah semua bahan dan peralatan yang dipakai dalam rangka pelaksanaan upaya-upaya kesehatan. Alat dan bahan itu dapat berupa sediaan farmasi, alat kesehatan dan perbekalan lainnya (Adisasmito, 2007).

Pengadaan peralatan kesehatan (medis dan non medis) adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dasar dan diperuntukkan bagi Poskesdes/Pustu/Puskesmas/Puskesmas Perawatan. Dukungan peralatan diperuntukkan bagi pemenuhan kebutuhan minimal pelayanan pos kesehatan desa, pelayanan KIA KB, gizi Kesmas, Kesling, Promkes, P2M, dan non menular, keperawatan, laboratorium, sistem informasi kesehatan dan peralatan meubelair untuk menunjang kegiatan pelayanan kesehatan dasar (Depkes, 2007b).

2.2.1.4 Obat –obatan

Dalam Rancangan kebijakan obat nasional tahun 2005 dijelaskan bahwa obat merupakan racikan dari bahan-bahan tertentu yang dipergunakan untuk menyelidiki fisiologis atau patologis yang bertujuan untuk menetapkan diagnosa, pencegahan, peyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi (Adisasmito, 2007).

2.2.2 Komponen Proses.

Azwar, (1996) dan Muninjaya (1999) menjelaskan bahwa komponen proses pada sistem kesehatan dapat ditinjau dari fungsi manajemen. Fungsi manajemen yang diterapkan Depkes menggunakan sistem pelayanan kesehatan adalah *Planning, Organizing, Actuating dan Controlling*.

2.2.2.1 Perencanaan (*Planning*)

Perencanaan merupakan fungsi terpenting dari semua fungsi manajemen, sebab perencanaan merupakan motor penggerak dari fungsi-fungsi manajemen yang lainnya. Perencanaan juga merupakan penghubung antara keadaan saat ini dan harapan di masa depan. Perencanaan yang baik akan memberi peluang untuk pencapaian tujuan organisasi menjadi maksimal (David, 1995).

Menurut Stoner, (1996) manfaat perencanaan bagi organisasi adalah diperolehnya pedoman dalam rangka pemanfaatan sumber daya untuk mencapai tujuan. Selain itu perencanaan juga dapat memberikan arah bagi personil organisasi dalam melakukan prosedur kegiatan secara teratur dan konsisten. Perencanaan juga

mengandung prosedur penilaian dari usaha yang dilakukan organisasi, bila ditemukan kendala maka dapat dilakukan tindakan perbaikannya.

Tahapan perencanaan menurut Duncan, (1996) akan dimulai dari menetapkan tujuan organisasi, analisis kondisi saat ini baik peluang dan hambatan atau kekuatan dan kelemahan organisasi, serta membuat serangkaian kegiatan dalam rangka mencapai tujuan.

Tahapan dalam perencanaan menurut Prajudi dalam Syafie, (2006) yaitu: (1) Identifikasi masalah (2) analisis situasi, (3) merumuskan tujuan (4) menyusun garis besar semacam proposal (5) membicarakan proposal yang telah disusun (6) menetapkan komponen (7) menentukan tanggung jawab komponen masing-masing (8) menentukan outline, (9) menentukan kontrak antar unit, (10) mengumpulkan data terkait (11) mengelola data (12) menyimpulkan data, (13) mendistribusikan data, (14) menyusun naskah final (15) mengevaluasi naskah rencana (16) membuat persetujuan naskah rencana (17) menjabarkan rencana untuk pelaksanaan.

Sedangkan menurut Komaruddin dalam Syafie, (2006) aktifitas perencanaan dapat dibagi sebagai berikut: (1) meramalkan proyeksi yang akan datang, (2) menetapkan sasaran serta mengkomunikasikannya (3) menyusun program dengan urutan kegiatan (4) menyusun kronologi jadwal kegiatan (5) menyusun anggaran dan alokasi sumber daya (6) membangun prosedur dalam standar (7) menetapkan dan menginterpretasikan kebijakan.

2.2.2.2 Pengorganisasian (*Organizing*).

Pengorganisasian merupakan rangkaian kegiatan manajemen untuk menghimpun semua sumber daya (potensi) yang dimiliki organisasi dan memanfaatkannya secara efisien untuk mencapai tujuan organisasi (Muninjaya, 1999).

Selain itu Sarwoto, (1991) menjelaskan bahwa fungsi pengorganisasian merupakan fungsi kedua manajemen yang mempunyai arti sebagai keseluruhan proses pengelompokan orang, alat-alat, tugas tanggung jawab atau wewenang sedemikian rupa sehingga bergerak menuju tujuan bersama.

2.2.2.3 Penggerakan (*Actuating*)

Penggerakan adalah proses memberikan bimbingan kepada staf agar mereka mampu bekerja secara optimal dalam melakukan tugas-tugasnya sesuai dengan keterampilan yang dimiliki dan dukungan sumber daya. Kejelasan komunikasi, pengembangan komunikasi, pengembangan motivasi yang efektif dan penerapan kepemimpinan yang efektif akan sangat membantu suksesnya manajer melaksanakan fungsi manajemen ini.

Pergerakan merupakan tindakan-tindakan yang menyebabkan suatu organisasi dapat berjalan. Alat alat yang biasa digunakan manajer untuk menggerakan kelompok antara lain adalah perintah-perintah, petunjuk-petunjuk, bimbingan, surat-surat edaran, rapat koordinasi pertemuan-pertemuan dan sebagainya George R Terry dalam (Sarwoto, 1991).

2.2.2.4 Pengawasan

Perencanaan dan pengawasan sama seperti dua sisi mata uang dari koin yang sama. Pengawasan bertugas untuk memastikan kegiatan yang dilakukan sesuai dengan rencana. Aspek pengawasan biasa dilakukan pada beberapa aspek yaitu aspek tugas dan fungsi manajemen, aspek sumber daya manusia, aspek sarana dan prasarana serta aspek keuangan.

2.3 Motivasi

Motivasi menurut Gibson, merupakan sebuah konsep yang menerangkan tentang adanya kekuatan-kekuatan di dalam diri manusia untuk memulai dan mengarahkan perilaku. Motivasi juga diartikan sebagai keinginan untuk berusaha/berupaya sekuat tenaga untuk mencapai tujuan organisasi yang dikondisikan/ditentukan oleh kemampuan usaha/upaya untuk memenuhi sesuatu kebutuhan individu. (Suwarno, 1999)

2.3.1 Kelompok teori motivasi kepuasan

2.3.1.1 Teori Maslow

Maslow dalam teorinya menyimpulkan tiga hal penting yaitu pertama, manusia merupakan makhluk yang serba berkeinginan. Kedua, kebutuhan manusia tersusun dalam suatu seri tingkatan yang terdiri dari lima bagian yaitu (a) kebutuhan fisiologis, (b) keamanan, (c) sosial, (d) penghargaan, (e) aktualisasi diri. Dan ketiga, kebutuhan yang memotivasi orang bukan kebutuhan yang telah terpenuhi melainkan kebutuhan

yang belum terpenuhi. Hal inilah yang perlu dipahami bahwa orang termotivasi oleh kebutuhan yang belum terpenuhi bukan oleh kebutuhan yang telah terpenuhi (Winardi, 2007).

2.3.1.2 Teori ERG Alderfer

Alderfer pada dasarnya mendukung teori Maslow, bahwa setiap orang mempunyai kebutuhan yang tersusun dalam suatu tingkatan, namun Ia membagi tingkatan tersebut menjadi tiga tingkatan kebutuhan yaitu *Existence needs* (E), *Relatedness needs* (R) dan *Growth needs* (G), yang penting dalam teori ini untuk dipahami bahwa seseorang yang tidak terpenuhi kebutuhan pertumbuhannya akan cenderung mengarahkan perilakunya ke kebutuhan yang lebih rendah. Dan begitupula Sebaliknya orang akan mengarahkan perilaku ke atas bila ada peluang. Hal ini menegaskan bahwa perilaku seseorang karena sesuatu motivasi (stimulus) bisa di arahkan ke arah atas atau ke bawah (Suwarno, 1999)

2.3.1.3 Teori Dua Faktor Herzberg.

Herzberg mengembangkan teori dua faktor untuk dapat menduga faktor-faktor di luar dan di dalam pegawai yang mengkondisikan terjadinya kepuasan atau ketidakpuasan dalam kerja. Dua faktor tersebut adalah faktor ekstrinsik misalnya insentif, kondisi kerja, jaminan kerja, prosedur kerja, status, hubungan antar pribadi baik rekan, bawahan dan atasan, dan faktor intrinsik misalnya rasa berprestasi (*achievement*), pengakuan (*recognition*), tanggung jawab (*responsibility*), kemajuan

(*advancenet*), pekerjaan itu sendiri (*The work itself*) dan kemungkinan berkembang (*the possibility of growth*) (Winardi, 2007). Teori ini berguna bagi pembuat kebijakan dalam memahami faktor-faktor yang perlu difasilitasi agar karyawan menjadi puas dan tentu akan berdampak pada kinerjanya.

2.3.1.4 Teori kebutuhan Mc. Clelland

Mc. Clelland dengan teori pembelajaran menjelaskan, setiap orang akan memperoleh pembelajaran dari proses pemenuhan kebutuhannya. Jika dengan cara tertentu kebutuhan akan sesuatu dapat terpenuhi maka cara tersebut merupakan pembelajaran baginya. Ketika kebutuhan tersebut datang lagi maka orang tadi akan mengulang kembali cara yang sama (Suwanto, 1999).

2.3.2 Kelompok teori motivasi proses

2.3.2.1 Teori penguatan (*reinforcement theory*)

Teori penguatan yang dijelaskan oleh Skinner pada dasarnya ingin menjelaskan bahwa pembentukan perilaku adalah fungsi dari konsekwensi-konsekwensi yang terjadi setelah suatu respon ditanggapi. Dijelaskan bahwa ada empat model pembentukan perilaku yaitu: (1) Penguatan positif, (2) penguatan negatif, (3) hukuman, dan (4) Pemunahan. Keempat model pembentukan perilaku khususnya model penguatan positif dan model penguatan negatif penting dipahami dan diterapkan dalam organisasi untuk membentuk perilaku organisasi (Suwanto, 1999).

2.3.2.2 Teori harapan (*expectancy theory*)

Victor Vroom menyatakan bahwa teori harapan adalah kuatnya kecenderungan untuk bertindak dalam suatu cara tertentu tergantung pada kekuatan suatu pengharapan bahwa tindakan tersebut akan menghasilkan suatu keluaran yang dihargai sesuai harapan individu tersebut.

Teori harapan berfokus pada tiga hubungan yaitu: (a) Hubungan upaya – kinerja, mempunyai pengertian bahwa suatu harapan yang dipresepsikan individu akan menghasilkan sejumlah upaya yang akan mendorong kinerja; (b) Hubungan kinerja – ganjaran, mempunyai pengertian tentang derajat keyakinan individu bahwa kinerja pada tingkat tertentu akan mendorong tercapainya suatu hasil yang diinginkan (c) Hubungan ganjaran – tujuan pribadi, mempunyai pengertian tentang sejauh mana ganjaran-ganjaran potensial tersebut mempunyai arti bagi individu (Winardi, 2007).

2.3.2.3 Teori keadilan (*Equity theory*)

Gibson I Donnelly menyatakan bahwa keadilan adalah suatu keadaan yang muncul dalam pikiran seseorang jika ia merasa bahwa rasio antara usaha dan imbalan adalah seimbang. Rasio tersebut biasa dilihat melalui perbandingan dirinya dengan orang lain yang sederajat dengannya.

Inti dari teori keadilan adalah karyawan akan membandingkan imbalan mereka dengan imbalan karyawan lainnya dalam situasi kerja yang sama. Teori ini didasarkan pada asumsi bahwa pekerjaan-pekerjaan dimotivasi oleh keinginan-keinginan untuk dipekerjaan secara adil didalam pekerjaan.

Ada tiga persepsi yang muncul dari teori keadilan yaitu: persepsi terhadap ketidakadilan karena tidak diganjar; persepsi adil karena ganjarannya sama dengan karyawan lain dan persepsi ketidakadilan karena kelebihan ganjaran antara dirinya dengan karyawan lain. (Winardi, 2007).

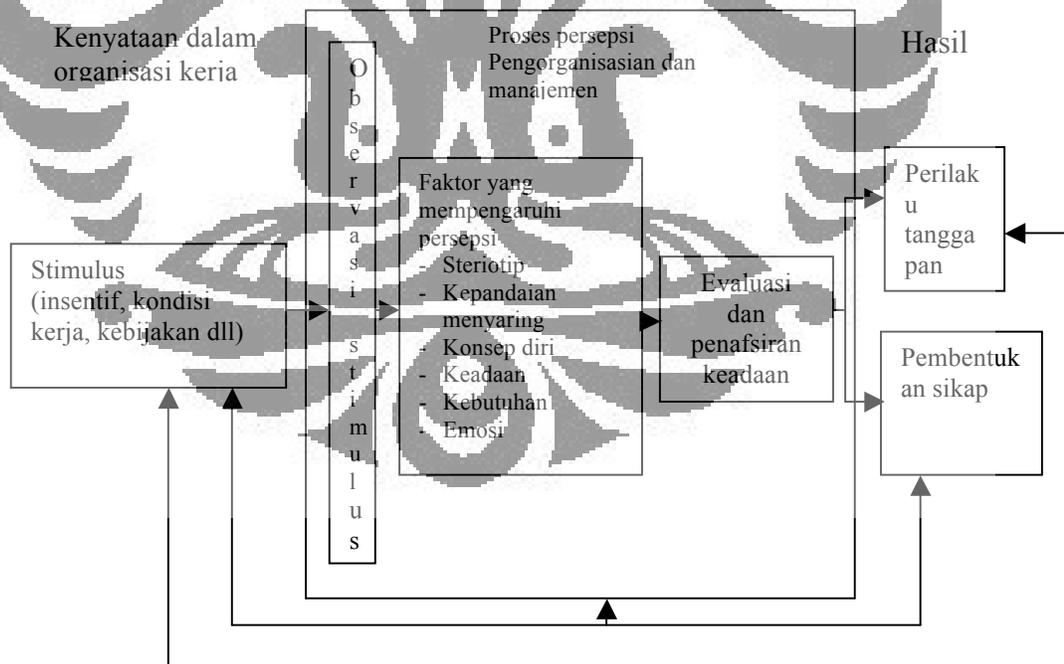
2.3.2.4 Teori penetapan tujuan (*goal setting theory*)

Gibson menyatakan bahwa teori penetapan tujuan seperti halnya individu, organisasi yang menetapkan tujuan dan kemudian bekerja untuk menyelesaikan tujuan tersebut. Orientasi pada tujuan inilah yang menentukan arah perilaku seseorang atau organisasi. Robbins menambahkan bahwa hanya tujuan yang lebih khusus dan “sulit” dapat memacu kinerja yang lebih tinggi.

Faktor lain yang mempengaruhi hubungan antara penetapan tujuan dan kinerja adalah: (1) komitmen. Faktor ini penting artinya terhadap pencapaian tujuan, tanpa komitmen pasti tidak ada keinginan yang kuat dari individu-individu untuk mencapai tujuan. Untuk itu komitmen perlu dibuat bersama (*shared vision*) sehingga semua orang merasa memiliki tujuan itu dan tidak merasakannya sebagai tugas yang dibebankan. (2) *self efficacy* yaitu keyakinan individu bahwa ia mampu melakukan suatu tugas dengan efektif. Makin tinggi kepercayaan diri seseorang akan menunjang kemampuannya untuk berhasil dalam suatu tugas secara efektif. Dalam situasi sulit individu yang kepercayaan dirinya rendah akan menyerah di banding yang tinggi kepercayaan dirinya. (3) Budaya nasional, dalam hal ini disesuaikan dengan budaya setempat, sangat menentukan kinerja organisasi (Suwanto, 1999).

2.4. Persepsi

Mengapa persepsi merupakan hal penting untuk dibahas? Sebab, pertama melalui persepsi dunia sekeliling dari pemberi persepsi dapat ditafsirkan orang, kedua Semua orang berpresepsi tetapi persepsi untuk menggambarkan suatu situasi atau obyek yang ideal berbeda antar satu orang dengan orang lainnya dan ketiga persepsi merupakan suatu proses otomatis yang bekerja dengan cara yang hampir sama pada semua orang (Winardi, 2007). Proses terjadinya persepsi dapat dilihat pada gambar seperti pada gambar 2.2.



Sumber: Suwarno, FX 1999. Perilaku Organisasi, hal 47

2.5. Puskesmas

Puskesmas adalah unit pelaksanaan teknis Dinkes kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan pada suatu wilayah kerja. Puskesmas berperan menyelenggarakan tugas teknis operasional dan merupakan bagian terdepan yang berhadapan langsung dengan masyarakat dalam sistem pembangunan kesehatan di Indonesia. Pelayanan yang diberikan Puskesmas meliputi: (1) Upaya peningkatan kesehatan; (2) Upaya pencegahan; dan (3) upaya pengobatan (Muninjaya, 1999).

Puskesmas juga diartikan sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang mempunyai fungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan serta memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan dalam wilayah kerjanya (Depkes, 1998).

2.5.1. Tugas Pokok Puskesmas

Sesuai dengan kemampuan tenaga dan fasilitas yang ada di Puskesmas, maka tugas pokok puskesmas berbeda-beda. Namun tugas pokok Puskesmas yang harus dilaksanakan adalah sebagai berikut:

- a. Kesehatan ibu dan anak (KIA);
- b. Pemberantasan penyakit menular (P2M);
- c. Kesehatan lingkungan (Kesling);
- d. Usaha peningkatan gizi;

- e. Perawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas);
- f. Penyuluhan kesehatan masyarakat (PKM);
- g. Keluarga Berencana (KB);
- h. Pengobatan termasuk pelayanan darurat karena kecelakaan;
- i. Usaha Kesehatan Sekolah;
- j. Kesehatan Gigi dan Mulut;
- k. Kesehatan Jiwa;
- l. Laboratorium sederhana;
- m. Kesehatan kerja;
- n. Kesehatan usia lanjut;
- o. Kesehatan olah raga;
- p. Kesehatan remaja;
- q. Sistem pencatatan dan pelaporan puskesmas;
- r. Pembinaan pengobatan tradisional.

2.5.2. Struktur Puskesmas

Susunan organisasi Puskesmas terdiri dari: (1) unsur pimpinan (kepala Puskesmas); (2) unsur pembantu pimpinan (tata usaha); (3) unsur pelaksana terdiri dari 7 unit pelaksana dengan tugas pelaksana sebagai berikut:

Unit 1, tugas kesejahteraan ibu dan anak, keluarga berencana dan perbaikan gizi; unit 2, pencegahan dan pemberantasan penyakit khususnya imunisasi, kesehatan lingkungan dan laboratorium sederhana; unit 3, kesehatan gizi dan mulut, kesehatan

tenaga kerja serta manusia lanjut usia; unit 4, perawatan kesehatan masyarakat, kesehatan sekolah, dan olahraga, kesehatan jiwa, kesehatan mata, serta kesehatan khusus lainnya; unit 5, pembinaan dan pengembangan upaya kesehatan masyarakat dan penyuluhan kesehatan masyarakat; unit 6, pengobatan rawat jalan dan rawat inap dan; unit 7, melaksanakan tugas kefarmasian (Depkes 1991)

2.6. Manajemen Program KIA

Depkes, (1991) menjelaskan bahwa upaya dalam program KIA adalah upaya yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu meneteki, bayi dan anak balita serta prasekolah. Dalam pengertian ini tercakup upaya pendidikan kesehatan kepada masyarakat.

Sumber daya yang dibutuhkan dalam pengelolaan program KIA meliputi: Tenaga bidan sebagai tenaga pelaksana program KIA di tingkat Puskesmas dan tenaga dokter sebagai penanggungjawab pelaksana teknis medis puskesmas termasuk KIA.

Dana pelaksanaan program KIA adalah bagian dari dana puskesmas yang berasal dari APBD kabupaten dan sebagian dari masyarakat melalui program peran serta masyarakat misalnya kegiatan posyandu dan polindes.

Sarana pelaksanaan program KIA dilaksanakan di Puskesmas serta satelit yaitu pustu, polindes, posyandu puskes inap, puskes dengan rumah bersalin serta di rumah yang menjadi sasaran KIA untuk menunjang pelaksanaan bidan diberikan bidan KID baik di Puskesmas maupun di bidan desa serta sarana penunjang lainnya yaitu buku catatan kohort, KMS, PWS KIA dan kendaraan dinas.

Manajemen program KIA prinsipnya memantapkan dan meningkatkan jangkauan serta mutu pelayanan kesehatan ibu dan anak secara efektif dan efisien. Untuk itu dalam perencanaan program KIA harus mencakup upaya-upaya untuk: Meningkatkan cakupan pelayanan antenatal disemua fasilitas pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau; Meningkatkan pertolongan persalinan yang lebih ditujukan kepada peningkatan pertolongan oleh nakes; Meningkatkan deteksi dini bumil resti, baik oleh tenaga kesehatan maupun oleh kader dan dukun bayi; serta Meningkatkan cakupan pelayanan neonatal.

Fungsi penggerakan pelaksanaan dalam program KIA diarahkan untuk mengoptimalkan kegiatan-kegiatan dalam rangka menurunkan AKI dan AKB. Kegiatan yang ditujukan untuk menurunkan AKI meliputi: pemeriksaan ibu hamil, pertolongan persalinan, perawatan nifas, penanganan kehamilan beresiko dan rujukannya, pertolongan pertama pada kegawat daruratan kebidanan, dan rujukannya, pembinaan dukun bayi dan pelayanan serta konseling keluarga berencana. Sedangkan kegiatan dalam rangka menurunkan AKB meliputi perawatan bayi baru lahir, penanganan kasus beresiko, pelayanan kesehatan bayi, anak balita dan pra sekolah serta penyuluhan dan konseling kesehatan bayi dan balita.

Fungsi Pengawasan dan pengendalian, kegiatan yang dilakukan meliputi: Merekam semua kegiatan yang dilaksanakan dengan menggunakan buku catatan harian registrasi, kohort ibu dan bayi, kartu pemeriksaan ibu hamil, kartu persalinan dan nifas, KMS ibu hamil dan KMS Balita: Mengirim laporan semua kegiatan yang dilaksanakan ke puskesmas secara rutin minimal sebulan sekali; Memantau kecukupan pelayanan

KIA diwilayah desa dan wilayah kecamatan dengan membuat dan menggunakan PWS-KIA dan PWS Immunisasi; Membuat laporan dengan segera pada kejadian luar biasa; Menghadiri lokakarya puskesmas dengan membawa semua laporan dan rencana kerja bidan pada kegiatan berikutnya.

Indikator pemantauan program KIA yang dipakai untuk PWS-KIA meliputi: Akses pelayanan antenatal (K1), indikator akses ini digunakan untuk mengetahui jangkauan pelayanan antenatal serta kemampuan program dalam menggerakkan masyarakat; Cakupan (K4) Indikator ini untuk mengetahui cakupan pelayanan antenatal secara lengkap yang menggambarkan tingkat perlindungan ibu hamil di suatu wilayah, disamping menggambarkan kemampuan manajemen ataupun program KIA; Cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan yaitu persentase ibu bersalin di suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu, yang ditolong persalinannya oleh tenaga kesehatan. Cakupan ini menggambarkan kemampuan manajerial program KIA dalam pertolongan persalinan secara professional. Serta cakupan penjarangan ibu hamil beresiko oleh masyarakat yaitu persentase ibu hamil beresiko yang ditemukan oleh kader dan dukun bayi, yang kemudian dirujuk ke puskesmas/tenaga kesehatan dalam kurun waktu tertentu. Selain itu ada juga indikator cakupan pelayanan neonatus oleh nakes indikator ini dapat mengetahui jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan neonates.

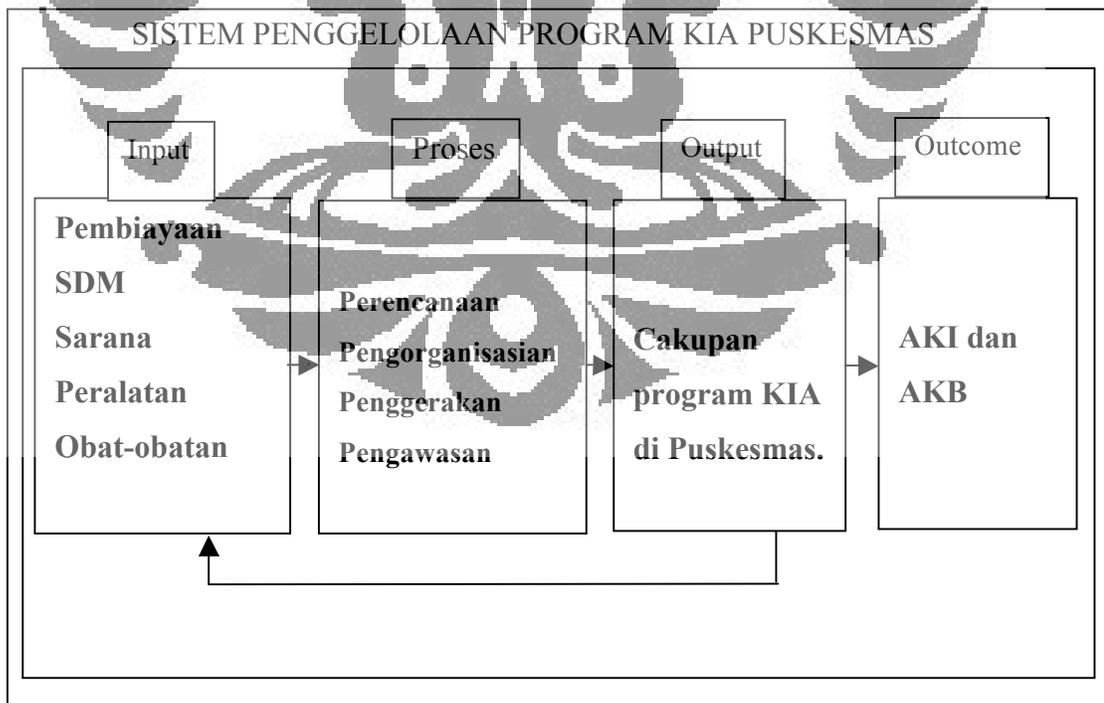
BAB 3

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI ISTILAH

3.1 Kerangka Konsep

Terkait dengan tujuan penelitian yang ingin mengetahui evaluasi program KIA di Puskesmas dengan pendekatan sistem yang diuraikan pada tinjauan pustaka maka kerangka konsep dapat dibuatkan seperti pada gambar 3.1.

Gambar 3.1.
Kerangka Konsep Evaluasi Sistem Program KIA Puskesmas



Sumber: Modifikasi dari Konsep sistem Azwar (1996) dan konsep Sistem Adisasmito (2007)

3.2 Definisi Istilah

3.2.1 Komponen Input

Komponen input adalah komponen yang terdapat dalam sistem mencakup semua sumber daya yang dibutuhkan dalam pengelolaan program KIA di puskesmas seperti dana, SDM, obat dan perbekalan.

3.2.1.1 Pembiayaan

Adalah dana yang dibutuhkan untuk membiayai operasional program KIA di Puskesmas tempat dilakukan penelitian. Aspek informasi yang ingin diperoleh dari informan yaitu menyangkut sumber pembiayaan dari pemerintah dan dari masyarakat, alokasi dana untuk operasional program KIA di Puskesmas serta waktu pencairan dana yang bersumber pemerintah.

Kesimpulan untuk penilaian pada aspek pembiayaan dibagi dua yaitu baik dan kurang baik. Pembiayaan untuk program KIA dikatakan baik bila (1) ada sumber pembiayaan dari pemerintah dan masyarakat, (2) alokasi dana pemerintah lebih besar pada operasional program KIA di puskesmas, (3) Pencairan dana dilakukan pada awal tahun.

Sebaliknya dikatakan kurang baik bila salah satu atau lebih kriteria baik di atas tidak tercapai.

3.2.1.2 Sumber Daya Manusia

Adalah semua bidan yang bekerja dalam sistem pengelolaan program KIA di Puskesmas tempat dilakukan penelitian. Informasi yang ingin dicari meliputi ketersediaan tenaga bidan, kecukupan tenaga bidan dan pendistribusian tenaga bidan.

Kesimpulan untuk penilaian pada Aspek SDM dibagi dua yaitu baik dan kurang baik. dikatakan baik bila (1) tersedia tenaga bidan di tiap puskesmas (2) jumlahnya cukup sesuai rasio perbandingan 1: 1000 penduduk dan (3) terdistribusi merata pada semua kampung yang ada di wilayah Puskesmas. Sebaliknya dikatakan kurang baik bila salah satu atau lebih dari kriteria baik di atas tidak terpenuhi.

3.2.1.3 Sarana

Adalah segala sesuatu yang diperlukan sebagai penunjang terselenggaranya proses pelayanan KIA di Puskesmas. Ruang lingkup kajian sarana dalam penelitian ini mencakup ketersediaan sarana, kecukupan sarana dan kondisi sarana.

Kesimpulan untuk penilaian pada aspek sarana dibagi dua yaitu baik dan kurang baik. dikatakan baik bila (1) tersedia sarana yang dibutuhkan untuk program KIA (2) jumlahnya cukup dan (3) dalam kondisi baik. Sebaliknya dikatakan kurang baik bila salah satu atau lebih dari kriteria baik di atas tidak terpenuhi.

3.2.1.4 Peralatan

Adalah semua perangkat medis dan non medis minimal yang di perlukan untuk menjalankan program KIA di Puskesmas. Ruang lingkup kajian untuk peralatan dalam penelitian ini mencakup ketersediaan alat, kecukupan alat dan kondisi.

Kesimpulan untuk penilaian pada aspek alat dibagi dua yaitu baik dan kurang baik. dikatakan baik bila (1) tersedia alat yang dibutuhkan untuk program KIA (2) jumlahnya cukup dan (3) dalam kondisi baik. Sebaliknya dikatakan kurang baik bila salah satu atau lebih dari criteria baik di atas tidak terpenuhi.

3.2.1.5 Obat-obatan

Adalah semua jenis bahan kimia dalam bentuk cair, maupun padat yang dipergunakan untuk memberi pertolongan medis dalam program KIA di puskesmas. Ruang lingkup kajian untuk peralatan dalam penelitian ini mencakup ketersediaan obat, kecukupan obat dan kondisi obat.

Kesimpulan untuk penilaian pada aspek obat dibagi dua yaitu baik dan kurang baik. dikatakan baik bila (1) tersedia obat yang dibutuhkan untuk program KIA (2) jumlahnya cukup dan (3) dalam kondisi baik. Sebaliknya dikatakan kurang baik bila salah satu atau lebih dari criteria baik di atas tidak terpenuhi.

3.2.2 Komponen Proses

3.2.2.1 Perencanaan

Pedoman kerja yang telah diatur dalam pengelolaan program KIA di Puskesmas untuk mencapai tujuan-tujuan yang telah ditentukan. Aspek yang akan dikaji adalah perencanaan adanya dokumen perencanaan baik di puskesmas maupun di dinas kesehatan dan adanya Lokmin tingkat Puskesmas.

Kesimpulan untuk fungsi Perencanaan terdiri dari baik dan kurang baik. dikatakan baik bila ada perencanaan program yang termuat dalam dokumen perencanaan dan adanya Lokmin yang dijalankan. Sebaliknya dikatakan kurang baik bila salah satu dan atau keduanya tidak ada.

3.2.2.2 Pengorganisasian

Adalah keseluruhan proses pengelompokan orang-orang, alat-alat, tugas dan tanggung jawab atau wewenang sedemikian rupa sehingga satu dalam derap langkah menuju sasaran yang telah ditemukan. Dalam penelitian ini aspek yang akan dilihat adalah adanya struktur organisasi, dan Pendelegasian wewenang.

Kesimpulan untuk fungsi pengorganisasian terdiri dari baik dan kurang baik. fungsi pengorganisasian dikatakan baik bila telah ada pendelegasian wewenang dan adanya struktur organisasi. Sebaliknya dikatakan kurang baik bila tidak ada struktur organisasi dan atau tidak ada pendelegasian wewenang.

3.2.2.3 Penggerakan

Tindakan untuk mengusahakan agar semua petugas kesehatan mau menjalankan rencana yang telah ditentukan sebelumnya. Informasi yang ingin diperoleh dari fungsi penggerakan meliputi adanya perintah/arahan/SPT/SPPD.

Kesimpulan untuk fungsi penggerakan terdiri dari baik dan kurang baik. Fungsi penggerakan dikatakan baik bila ada perintah/arahan/dan SPT/SPPD. Sebaliknya dikatakan kurang baik bila tidak ada perintah/arahan dan SPT/SPPD.

3.2.2.4 Pengawasan

Adalah kegiatan untuk mengontrol berlangsungnya suatu kegiatan sehingga dapat diperbaharui terus menerus. Aspek yang ingin dikaji dari fungsi pengawasan adalah adanya kunjungan/supervise/pertemuan rutin dan dokumen laporan.

Kesimpulan untuk fungsi pengorganisasian terdiri dari baik dan kurang baik. Fungsi pengawasan dikatakan baik bila ada supervise, pertemuan rutin dan adanya dokumen laporan. Sebaliknya dikatakan kurang baik bila salah satu atau ketiganya tidak dilakukan.

3.2.3 Komponen Output

Cakupan program KIA di Puskesmas di kabupaten Mimika adalah pencapaian hasil kegiatan pelayanan KIA di Puskesmas. pencapaian tersebut dapat dilihat dari data sekunder yang ada di tempat penelitian. Selain itu dapat juga disimpulkan dengan melihat hasil evaluasi pada komponen input dan komponen proses. Dikatakan baik bila pencapaian program sesuai dengan target yang ditetapkan dan sebaliknya dikatakan kurang baik bila pencapaian program tidak sesuai dengan sasaran yang ditetapkan.

3.2.4 Komponen Outcome

Componen ini, menyangkut dampak yang dapat terjadi baik ataupun buruk sangat ditentukan oleh hasil pada komponen output berupa pencapaian program KIA yang bila dikaji lagi merupakan dampak dari komponen *input* dan *process*. Kesimpulannya, *outcome* akan baik bila komponen *input* dan *process* dan *output* baik sebaliknya dikatakan *outcome* kurang baik bila komponen *input* dan atau komponen *process* dan atau komponen *output* kurang baik.

3.2.5 Evaluasi Sistem Program KIA di Puskesmas

Kesimpulan untuk menilai sistem program KIA terdiri dari baik dan kurang baik. Sistem program KIA dikatakan baik bila komponen Input dan proses dari hasil penelitian baik. Dan sebaliknya dikatakan kurang baik bila salah satu dan atau kedua komponen tersebut kurang baik.

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian.

Penelitian ini dilakukan dengan desain penelitian kualitatif. Desain ini dipilih karena tiga alasan. Pertama, jika penelitian ingin diarahkan untuk mengetahui pertanyaan “mengapa” agar bisa memberikan solusi pertanyaan “bagaimana”. Kedua, karena belum ada penelitian dengan topik yang sama dilakukan di Kabupaten Mimika, sehingga diharapkan dapat memberikan pijakan awal untuk penelitian selanjutnya. Ketiga, sumber-sumber data untuk penelitian sulit ditemukan dan atau tidak lengkap.

Informan yang dipilih sebanyak 12 orang, terdiri dari 10 informan di puskesmas dan 2 informan di dinas kesehatan kabupaten Mimika. Dari sisi keterwakilan, informan berasal dari daerah pegunungan, pesisir pantai dan daerah dataran rendah. Dari sisi akses layanan juga terwakili karena informan berasal dari daerah terpencil yang sulit aksesnya, daerah pinggiran kota dan daerah di dalam kota.

Topik informasi yang ingin diperoleh dari informan dikaji dengan pendekatan sistem agar ada gambaran holistik terhadap sistem pengelolaan program KIA di Puskesmas. proses penelitian diarahkan untuk mengevaluasi sistem pengelolaan program KIA Puskesmas di Kabupaten Mimika tahun 2007.

4.2. Lokasi Penelitian dan Waktu Penelitian.

Penelitian ini dilakukan di beberapa puskesmas yang ada di wilayah Dinas Kesehatan dan Keluarga Berencana Kabupaten Mimika. Waktu pelaksanaan dilakukan selama 2 bulan yaitu pada bulan April sampai dengan bulan Mei 2008.

4.3. Informan

Informan adalah semua orang yang berkompeten dan bersedia di wawancarai untuk memberikan informasi tentang topik yang ingin di ketahui. selain itu informasi juga dapat diperoleh dari orang yang memang ahli di bidangnya dan mengerti tentang permasalahan kesehatan di Indonesia dan khususnya di Papua. Dalam penelitian ini, informan yang menjadi sasaran untuk dimintai informasinya adalah: (1) pengelola program KIA di Puskesmas,(2) kepala Puskesmas (3) Kasie program KIA di Dinkes Mimika, (4) Kasubdin Kesga Dinkes Mimika. Untuk jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.1

Tabel 4.1,
Topik informasi penelitian, sasaran informan dan sumber data

Lingkup penelitian	Unsur yang diteliti	Sumber informasi	Teknik pengumpulan data
Komponen input program KIA			
Pembiayaan	<ul style="list-style-type: none">• Sumber pembiayaan• Alokasi pembiayaan• Waktu pencairan	<ul style="list-style-type: none">• Pengelola program Puskesmas• Kepala Puskesmas• Pengelola program di Dinkes	Wawancara mendalam Telaah dokumen

Sarana	<ul style="list-style-type: none"> • Ketersediaan • Ketercukupan • Kondisinya 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengelola program Puskesmas • Kepala Puskesmas • Pengelola program di Dinkes 	Wawancara mendalam Telaah dokumen
Peralatan	<ul style="list-style-type: none"> • Ketersediaan • Ketercukupan • Kondisinya 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengelola program Puskesmas • Kepala Puskesmas • Pengelola program di Dinkes 	Wawancara mendalam Telaah dokumen
Obat-obatan	<ul style="list-style-type: none"> • Ketersediaan • Ketercukupan • Kondisinya 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengelola program Puskesmas • Kepala Puskesmas • Pengelola program di Dinkes 	Wawancara mendalam Telaah dokumen
SDM Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Ketersediaan • Kecukupan • Distribusi 	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala Puskesmas • Pengelola program di Dinkes 	Wawancara mendalam Telaah dokumen
Komponen proses program KIA			
Penerapan fungsi manajemen	<ul style="list-style-type: none"> • Perencanaan <ul style="list-style-type: none"> - Pembuatan perencanaan - Lokmin - Dokumen perencanaan • Pengorganisasian Adanya struktur organisasi, 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengelola program Puskesmas • Kepala Puskesmas • Pengelola program di Dinkes 	Wawancara mendalam Telaah dokumen

	pendelegasian wewenang • Penggerakan Adanya SPT, SPPD • Pengawasan Adanya supervisi, pertemuan rutin tiap bulan		
Komponen output program KIA			
Cakupan program KIA	• % pertolongan persalinan nakes • % Kunjungan K1 dan K4 • % kunjungan Neonatus	• Pengelola program Puskesmas • Pengelola program di Dinkes	Wawancara mendalam Telaah dokumen

4.4. Instrumen Penelitian.

Menurut Moleong, (2001) dalam penelitian kualitatif alat pengumpulan data adalah peneliti sendiri. Oleh karena itu pada penelitian ini instrument utamanya adalah peneliti sendiri dan dibantu oleh seorang petugas yang sudah dilatih untuk mengambil data tambahan sebagai pelengkap terhadap data yang telah dikumpulkan oleh peneliti. Sebab dalam penelitian ini peneliti bekerja di Puskesmas Kwamki sebagai salah satu tempat penelitian. Sehingga dikhawatirkan bisa mengakibatkan bias. Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan alat bantu berupa pedoman wawancara mendalam, alat rekam suara dan penelusuran dokumen yang dibutuhkan.

4.5. Metoda Pengumpulan Data

Data primer dikumpulkan melalui wawancara mendalam kepada informan sesuai dengan topik yang terkait dengan sistem pengelolaan program KIA di Puskesmas. Sedangkan data sekunder diperoleh dengan penelusuran dokumen yang terkait dengan sasaran penelitian.

Wawancara mendalam dilakukan paling lama sekitar 60 menit untuk tiap informan. Hasil wawancara dituliskan dalam *field note* dan direkam dengan tape recorder. Sedangkan hasil penelusuran dokumen dicatat pada format pedoman telaah dokumen penelitian. Dan untuk daftar isian diberikan kepada informan yang tidak dapat ditemui langsung di tempat kerjanya.

4.6. Validasi Data.

Untuk menjamin validitas data dalam penelitian Kualitatif, menurut Notoatmojo, (1997) dapat dilakukan triangulasi data yaitu teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain diluar data itu. Moleong, (2001) validitas dapat dilakukan berdasarkan empat kriteria yaitu derajat kepercayaan, keteralihan, kebergantungan dan kepastian. Pada penelitian ini keabsahaan data dilakukan dengan mengacu pada salah satu kriteria kepercayaan yaitu melakukan Triangulasi. Teknik pemeriksaan triangulasi yang dilakukan adalah triangulasi sumber, metode dan teori.

Triangulasi Sumber dilakukan dengan melakukan *cross check* data antara beberapa sumber informan dan atau telaah dokumen. Triangulasi Metode dilakukan dengan metode wawancara mendalam dan daftar isian untuk informan yang tidak

sempat di temui di tempat kerjanya langsung. Sedangkan triangulasi teori dilakukan dalam analisis data peneliti dan orang lain yang ahli di bidangnya.

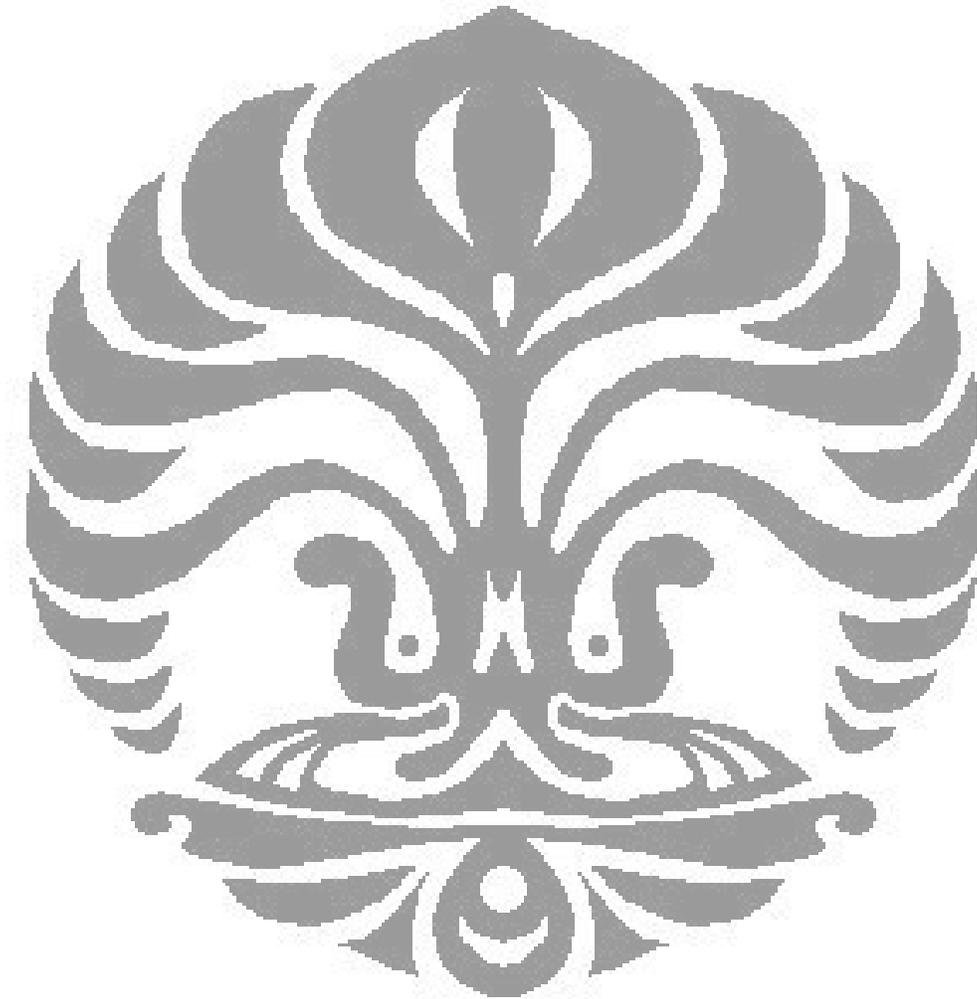
4.7. Pengolahan dan analisis data

Hasil wawancara mendalam yang telah diperoleh kemudian disusun dalam bentuk catatan atau transkrip data, catatan tersebut dipelajari kembali dan ditelaah. Kemudian dilakukan reduksi data dan rangkuman yang tepat dengan memperhatikan inti pernyataan. Setelah itu akan disajikan dalam bentuk matriks yang disusun berdasarkan isi (*content analysis*).

Menurut Kusnato, (1999), Langkah-langkah analisis data dengan *content analysis* adalah pengumpulan data, reduksi data, verifikasi, dan penarikan kesimpulan. Berdasarkan ini, maka informasi tentang sistem pengelolaan program KIA di Puskesmas dilakukan dengan mengikuti langkah-langkah sebagai berikut:

- (1) Mengumpulkan data yang di peroleh dari berbagai sumber baik wawancara mendalam, pengamatan dan telaah dokumen;
- (2) Membuat transkrip data hasil wawancara mendalam
- (3) Memeriksa data, menyusun data dan mengelompokan data sesuai dengan lingkup penelitian
- (4) Menyajikan data dalam bentuk matriks atau tabel dari hasil wawancara mendalam

- (5) Menelaah dan mengevaluasi data serta membandingkan dengan teori yang ada maupun penelitian orang lain.
- (6) Menyimpulkan hasil penelitian secara keseluruhan



BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Keadaan Umum Kabupaten Mimika

5.1.1 Luas dan letak wilayah

Kabupaten Mimika dengan ibu kota Timika, memiliki luas wilayah 20,039 Km² atau 4,75% luas wilayah Provinsi Papua. Batas wilayah kabupaten Mimika: sebelah Utara berbatasan dengan kabupaten Paniai, Kabupaten Nabire, dan Kabupaten Tolikara; sebelah Selatan berhadapan dengan laut Arafura; sebelah Timur berbatasan dengan kabupaten Asmat, dan kabupaten Yahukimo; dan sebelah Barat berbatasan dengan kabupaten Kaimana. Semua kabupaten yang berbatasan dengan kabupaten Mimika, merupakan kabupaten-kabupaten yang baru dimekarkan, kecuali kabupaten Nabire.

5.1.2 Topografi kabupaten Mimika

Kabupaten Mimika memang cukup unik bila dilihat dari aspek topografi. Wilayah kabupaten Mimika terdiri dari dataran tinggi yang bersalju hingga dataran rendah yang berawan dan berbatasan dengan laut. Hal ini mengakibatkan curah hujan turun hampir setiap hari. Seringnya hujan yang turun dapat dibuktikan dengan data BGM Timika yang menunjukkan bahwa rentang hari hujan setiap bulan antara 20 – 31

hari. Dengan keadaan iklim dan topografi seperti ini ketersediaan sumber air bersih dapat dikatakan cukup.

5.1.3 Pembagian Wilayah Menurut Distrik

Kabupaten Mimika terbagi atas 12 Distrik. Distrik yang bertopografi dataran tinggi adalah Tembagapura, Agimuga dan Jila. Sedangkan distrik yang lain memiliki topografi dataran rendah.

Selain itu distrik Mimika Baru, Kuala Kencana, Tembagapura dan Jila adalah distrik yang tidak ada pantai karena tidak berbatasan dengan laut. Sedangkan distrik Mimika Barat, Mimika Barat Tengah, Mimika Barat Jauh, Mimika Timur, Mimika Timur Tengah, Mimika Timur Jauh, Agimuga dan Jita sebagian wilayahnya memiliki pantai karena sebagian wilayahnya berbatasan dengan laut.

Hal ini mempengaruhi pola transportasi yang digunakan masyarakat. Pada wilayah yang tidak memiliki pantai bila ada jalan raya maka transportasi yang digunakan adalah transportasi darat. Namun bila tidak ada akses jalan maka transportasi yang digunakan adalah dengan berjalan kaki yang membutuhkan waktu sehari-hari. Dapat juga menggunakan pesawat khususnya bagi daerah yang memiliki lapangan udara atau Coper untuk daerah yang sulit terjangkau. Sebaliknya untuk wilayah yang berbatasan dengan laut transportasi yang digunakan adalah transportasi air namun sering terkendala musim ombak di laut Arafura.

5.1.4 Kependudukan

Proyeksi penduduk kabupaten Mimika pada tahun 2005 adalah 150,753 jiwa. Rata-rata pertumbuhan penduduk tiap tahun di kabupaten Mimika sebesar 10,89%. Proporsi penduduk menurut golongan umur terbanyak pada usia 30-34 tahun sedangkan proporsi umur 65 tahun ke atas hanya 0,66%. Hal ini menunjukkan usia harapan hidup masih rendah. Kepadatan penduduk setiap 1 Km persegi hanya dihuni oleh 8 jiwa penduduk dan selalu meningkat dari tahun ke tahun.

Jumlah penduduk terbanyak berada di tiga distrik dalam kota sedangkan distrik yang lain penduduknya tidak terlalu banyak. Pola pemukiman penduduk pada distrik di luar kota tersebar menjadi kelompok-kelompok kecil yang berjauhan dan sulit dijangkau. Sulitnya jangkauan dipengaruhi oleh belum adanya akses jalan raya yang menghubungkan distrik-distrik tersebut. Akses jalan raya baru bisa dirasakan oleh tiga distrik yang ada di dalam kota.

5.1.5 Sumber Pendapatan Keluarga.

Mata pencaharian penduduk di kabupaten Mimika menurut data BPS kabupaten Mimika tahun 2005 terbesar adalah petani dan nelayan sebesar 39,%, selanjutnya yang bekerja di sektor jasa (termasuk jasa pemerintahan dan pendidikan) sebesar 16% sedangkan pada sektor pertambangan dan penggalian sebesar 13% selebihnya bekerja pada sektor-sektor lainnya. Data ini menunjukkan bahwa pada sektor pertambangan

secara langsung baru mampu menyerap bagian kecil dari angkatan kerja yang ada di kabupaten Mimika.

5.2 Gambaran Umum Bidang Kesehatan di Kabupaten Mimika

5.2.1 Sarana Prasaran kesehatan

Di kabupaten Mimika banyaknya sarana kesehatan berupa Rumah sakit, Puskesmas dan Puskesmas pembantu baik pemerintah maupun swasta berjumlah 54 buah yang terdiri dari 3 rumah sakit swasta sedangkan RSUD satu (baru dalam proses pembangunan), 12 Puskesmas dan 38 Pustu. Penyebaran sarana kesehatan ini tidak merata, terbanyak distrik Mimika baru, Kuala Kencana dan Tembagapura, sedangkan distrik yang lain berkisar hanya 5 – 1 buah sarana kesehatan.

5.2.2 Sumber Daya Manusia Kesehatan

Jumlah pegawai negeri sipil dan kontrak yang bekerja pada organisasi kesehatan pemerintah seluruhnya berjumlah 498 orang, dimana proporsi terbanyak adalah perawat dengan jumlah 203 orang yang terdiri dari 144 orang berpendidikan SPK dan 95 orang berpendidikan Akper. Proporsi terbanyak kedua adalah bidan yang berjumlah 95 orang dengan pembagian 79 orang berijazah D1 kebidanan dan 16 orang lainnya berijazah D3 Kebidanan. Sedangkan Penyebaran tenaga sesuai dengan data nominatif pegawai di dinas kesehatan tahun 2007 terlihat bahwa sebagian besar pegawai bekerja di kota

sedangkan hanya sebagian kecil yang bekerja di daerah terpencil (Dinkes dan KB Kab. Mimika 2007).

5.3. Gambaran Umum Informan

Karakteristik informan pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel 5.1.

Tabel 5.1
Karakteristik Informan

No	Informan	Umur	Sex	Pendidikan	Masa kerja	Stratus Nikah	Tempat kerja
1	Informan 1	41 th	Wanita	AKBID	14 th	Kawin	Puskesmas Timika
2	Informan 2	49 th	Wanita	SPK	20 th	Kawin	Puskesmas Timika
3	Informan 3	36 th	Wanita	Bidan D1	10 th	Kawin	Puskesmas Timika Jaya
4	Informan 4	41 th	Pria	SPK	14 th	Kawin	Puskesmas Timika Jaya
5	Informan 5	34 th	Wanita	Bidan D1	8 th	Kawin	Puskesmas Mapuru Jaya
6	Informan 6	43 th	Pria	SPK	14 th	Kawin	Puskesmas Mapuru Jaya

7	Informan 7	33 th	Wanita	AKBID	6 th	Kawin	Puskesmas Kwamki
8	Informan 8	45 th	Wanita	Bidan D1	18 th	Kawin	Puskesmas Kwamki
9	Informan 9	34 th	Wanita	AKBID	10 th	Kawin	Dinkes
10	Informan 10	42 th	Wanita	SKM	14 th	Kawin	Dinkes
11	Informan 11	42 th	Pria	SKM	14 th	Kawin	Puskesmas Ayuka
12	Informan 12	30 th	Pria	SPK	8 th	Kawin	Puskesmas Jila

Dari tabel 5.1, Karakteristik informan dapat dijelaskan sebagai berikut, rata-rata usia informan berada antara 33 tahun sampai 49 tahun, dimana sebagian besar informan tersebut adalah wanita dan sisanya adalah laki-laki. Ditinjau dari aspek pendidikan informan, sebagian besar memiliki tingkat pendidikan setingkat SMA dan sebagian kecilnya berpendidikan D3 dan ST. Pada aspek masa kerja, kebanyakan informan memiliki masa kerja antara 10 sampai dengan 20 tahun, sedangkan sebagian kecilnya memiliki masa kerja antara 6 sampai 8 tahun. Pada tabel 5.1, terlihat bahwa semua informan berstatus telah menikah. Berdasarkan tempat kerja sebagian besar informan berasal dari puskesmas-puskesmas dan sebagian kecilnya berasal dari dinas kesehatan.

5.4 Evaluasi Sistem Pengelolaan Program KIA Puskesmas

5.4.1 Aspek Pembiayaan Program KIA Puskesmas.

Topik informasi pada pengkajian pembiayaan program KIA di Puskesmas yaitu menyangkut sumber-sumber dan yang diperoleh di Puskesmas, alokasi biaya untuk pelaksanaan program KIA di puskesmas, dan waktu pencairan dana untuk program KIA di Puskesmas.

5.4.1.1 Sumber Dana di Puskesmas

Sumber dana program KIA Puskesmas berasal dari APBD yang terdiri dari DAU dan dana Otsus selain itu ada juga dana DAK dan JPSBK (informan 9)

“ ...operasional program KIA Puskesmas itu... dari APBD berupa DAU dan DAK juga dari DAK dan JPSBK.....”

Selain pembiayaan dari pemerintah ada juga dana dari LPMK yang juga sudah diberikan ke Puskesmas untuk operasionalnya, seperti yang disampaikan informan 10 dan 11

Ada dari LPMK untuk dinas kesehatan,sebagian kami berikan ke puskesmas untuk operasional program.

waktu itu kami dapat... dari LPMK untuk beli BBM.

Informasi tentang sumber retribusi puskesmas sebagian informan menyatakan tidak ada retribusi yang ditarik karena masyarakat berobat gratis. Dijelaskan juga bahwa

puskesmas sulit menarik retribusi karena ada pelayanan kesehatan yang diberikan Malcon-Freeport Indonesia secara gratis. Pernah ada upaya untuk menarik retribusi dari masyarakat namun masyarakat menolaknya, (informan 6 dan 8).

“tidak ada pembayaran pa,... di sini semua gratis”

“ Pernah kami coba minta bayaran dari masyarakat tetapi mereka marah-marah sampai mau usir kita dari sini”

“Ada Malcon PT FI yang memberikan obat gratis jadi mau bagaimana lagi”

Terkait pengobatan gratis, disampaikan bahwa memang belum ada upaya serius yang dilakukan Dinkes dalam penanggulangannya. Di sisi lain dijelaskan pula bahwa banyak masyarakat yang berobat ke tempat praktek swasta atau RSMM tentu butuh biaya cukup besar. (informan 8 dan 9).

“Memang pernah ada pembicaraan untuk penetapan Retribusi Puskesmastetapi untuk masalah pengobatan gratis belum ada pembicaraan untuk pemecahannya”

“saya heran masyarakat ini.... kalau ke RSMM atau praktek swasta itu bisa ... tapi untuk bayar 1000 rupiah saja tidak bisa”

Selanjutnya menurut informan 9, proses membiarkan masyarakat untuk berobat gratis adalah sesuatu yang tidak mendidik dan bisa membuat masyarakat menjadi manja.

“Kita tidak mendidik masyarakat bila membiarkan pengobatan gratis ... nanti masyarakat manja... besok-besok pengobatan mahal bagaimana?”

5.4.1.2 Alokasi Biaya Operasional Program KIA

Alokasi biaya operasional program Puskesmas memang kecil hal ini sesuai dengan yang disampaikan informan 11. Terkait dengan dana JPSBK, sebagian besar informan menjelaskan bahwa dana tersebut sangat membantu dalam kelangsungan operasional program di Puskesmas. selanjutnya informan 9, menganjurkan untuk melihat dokumen DPA-SKPD tahun 2007, agar ada kejelasan alokasi untuk masing-masing program.

“coba pikir... kita sudah ajukan kebutuhan operasional puskesmas tahun 2007 itu u u u ... sebesar 175 juta tapi yang turun hanya 25 juta”

“Untung ada dana dari Kesga..... seperti JPSBK dan operasional program KIA, Gizi jadi bisa bantu sedikit kalau tidak saya tidak tau lagi”

“Saya tidak ingat pasti besarnya alokasi APBD.... Nanti pa bisa lihat di SKPD di situ jelas untuk semua program”

Dalam telaah dokumen DPA-SKPD, diketahui bahwa, jumlah APBD Kabupaten Mimika sebesar Rp. 776.638.568.200,- proporsi untuk Dinkes Kabupaten Mimika sebesar Rp. 121,426,546,000,- atau sebesar 15,64% dari total APBD. Dana yang di alokasikan untuk Dinas Kesehatan ini di bagi dua, yaitu untuk belanja tidak langsung sebesar Rp. 30,064,523,000,- atau 24,75% dan untuk belanja langsung sebesar Rp. 91,407,023,000,- atau 75,25%. Selanjutnya, anggaran belanja langsung dialokasikan lagi dalam 16 program/kegiatan. Proporsinya bervariasi untuk tiap-tiap program, alokasi terbesar, 80% untuk belanja fisik dan 20% untuk operasional program. Proporsi untuk

program KIA sebesar Rp. 3,126,523,000,- atau sebesar 3,42%. Selanjutnya untuk menelaah proporsi pada tiap program dapat dilihat pada dokumen DPA-SKPD di lampiran 9.

Terkait dengan DAK, dijelaskan bahwa penggunaannya biasa untuk belanja fisik. DAK termasuk untuk program KIA dipegang oleh subdin Pelkes dan dalam pemanfaatannya tidak ada koordinasi. Hal ini mengakibatkan pengadaan Bidan KID dan polindes KID dan beberapa alat kebidanan lain menumpuk di gudang sebab pengadaannya dari APBD dan DAK.

“DAKkami tidak tau, coba Tanya di bagian Pelkes.... Mungkin mereka tau”

“yang saya tau DAK itu untuk pengadaan Fisik..... memang kurang koordinasi sehingga pengadaan Bidan KID dan Polindes KID tumpang tindih... sudah ada di APBD ada lagi di DAK”

5.4.1.3 Waktu Pencairan Dana

Waktu pencairan dana untuk tahun 2007 terlambat. Hal ini disampaikan oleh semua informan. Pencairan dana untuk program KIA tahun 2007, baru diproses pada bulan September dan pembayarannya dilakukan pada bulan November tahun 2007. Dijelaskan oleh informan 9 dan 10, karena terkendala pada permasalahan DPRD di kabupaten Mimika dan di bagian keuangan Pemda Mimika. Dijelaskan juga bahwa lambatnya pencairan dana, mungkin akan terjadi pada tahun 2008 sebab sampai sekarang (bulan Juli 2008) belum ada pencairan dana untuk program KIA yang

dilakukan. Kenyataan ini menurut informan 9, akan berdampak pada kelancaran pelaksanaan program KIA di Puskesmas.

“turun terlambat.....saya terima SPB bulan September 2007.. terus pencairannya baru di bulan November 2007”

kita tanya di Pemda katanya karena ada masalah di DPRD dan juga masalah di Keuangan karena sistem pertanggungjawaban yang selalu ganti format. Tapi kalo mau dilihat dari tahun ke tahun sama saja.... Coba pa... tahun sekarang saja operasional dari APBD untuk program KIA belum turun.. pada hal suda bulan juli ini..... saya bingung juga”

5.4.2 Sumber Daya Manusia Pengelola program KIA Puskesmas

Pada aspek ketenagaan informasi yang ingin diperoleh adalah ketersediaan tenaga bidan, kecukupan tenaga bidan serta distribusi tenaga bidan.

5.4.2.1 Ketersediaan Tenaga Bidan.

Ketersediaan tenaga bidan pada tiap puskesmas di kabupaten Mimika bervariasi, ada puskesmas yang memiliki banyak bidan dan ada puskesmas yang hanya satu bidan bahkan ada yang tidak ada bidan sama sekali, seperti yang disampaikan oleh informan 1, 11 dan 12

“Bidan di sini cukup banyakada sekitar 26 kaaa.. waktu itu.... Tapi sekarang sudah kurang mungkin tinggal 20 an.... pindah ke rumah sakit”

“Om disini bidan hanya satu saja.... Banyak yang tidak mau ke sini karena memang tidak ada tempat tinggal dan jauh dari kota”

“Kalau di puskesmas kami tidak ada bidan.. mau bagaimana memang rumah dinas kurang..... kita saja pakai giliran.... Untuk 1 bulan pertama satu

*kelompok naik dulu... bulan berikut kelompok yang lain begitu seterusnya
naik ke sana dengan pesawat atau Coper”*

Banyaknya bidan di satu puskesmas karena ada sebagian bidan merupakan pegawai titipan dari tempat lain diluar kabupaten Mimika atau di dalam kabupaten Mimika karena mengikuti suaminya bekerja di Timika. Sementara Puskesmas yang belum ada dan kurang tenaga bidan dikarenakan tidak adanya fasilitas seperti Polindes dan rumah dinas dan juga karena kurangnya ketegasan Dinkes dalam penempatan tenaga seperti yang disampaikan informan 2, 11 dan 12.

“ kita punya bidan banyak karena banyak yang titipan..”

“Om dinas itu harus tegas dalam penempatan kalau tidak begini suda”

Informan 10 membenarkan kurangnya ketersediaan tenaga bidan, selain itu dijelaskan pula bahwa masalah ketersediaan tenaga bidan telah dibicarakan dalam rapat koordinasi agar dilakukan advokasi untuk penerimaan formasi bidan dan wacana untuk membuka sekolah bidan. Masalah ketersediaan tenaga bidan sesuai dengan hasil telaah dokumen nominatif pegawai menunjukan bahwa ada variasi dimana Puskesmas di dalam kota lebih banyak dari puskesmas di daerah pegunungan dan pesisir pantai.

“Betul... ada dua ka... puskesmas yang tidak ada bidan, ada juga yang hanya satu orang..... terutama itu di daerah yang sulit”

“Waktu rakor sudah diusulkan agar dalam formasi penerimaan nanti tenaga bidan di tambah”

“Ada juga rencana untuk buka sekolah bidan..... kami sampaikan ke provinsi tapi masih tunggu rencana tindak lanjutnya.”

5.4.2.2 Kecukupan Tenaga Bidan

Informasi tentang kecukupan tenaga bidan ada sebagian informan mengatakan cukup dan ada sebagian lagi mengatakan tidak cukup (informan 1, informan 11 dan informan 12). Kecukupan tenaga bidan berdasarkan telaah dokumen yang dibandingkan dengan rasio 1:1000 penduduk, maka semua puskesmas baik di dalam kota, di daerah pesisir dan di daerah pegunungan masih kekurangan tenaga bidan.

5.4.2.3 Distribusi Tenaga Bidan.

Terkait dengan distribusi tenaga, sebagian informan menyatakan distribusinya tidak merata. Ada puskesmas yang tidak memiliki bidan di puskesmas induk (informan 11) ada puskesmas yang sama sekali tidak memiliki bidan baik di puskesmas maupun pustu/polindes (informan 12). Sebaliknya ada juga informan yang memiliki jumlah bidan cukup namun menumpuk di puskesmas induk alasannya karena telah berkeluarga, anak sekolah dan suami bekerja di Timika (informan 2 dan 8)

”di puskesmas kami ada sekitar 8 bidan tapi semua di puskesmas induk, habis mo bagaimana bu he he he ... semua berkeluarga...suami kerja di Timika, Anak sekolah... jadi sulit juga”

“Ada insentif dari Pemda.... untuk 3 pustu terpencil sebesar 1500.000 sampai 2000.000 rupiah dan untuk dua pustu di daerah Freeport seperti pustu Arwanop dan Singa ada biaya operasional sendiri dan insentif sebesar 500.000 rupiah tiap bulan yang diberikan LPMK tapi sa heran bidan tidak mau naik ”

“Sebaiknya cari yang muda-muda, laki-laki dan perempuan biar mereka kawin dan tinggal di sana sampai anak besar baru turun... biar kita yang tua-tua ini disini saja sudah... mau cari apa lagi...”

Informasi yang diperoleh terkait upaya menangani masalah distribusi tenaga bidan dijelaskan informan 9 dan 10, bahwa hal tersebut sudah dibicarakan dengan bagian kepegawaian Dinkes saat rapat koordinasi. Kasubag Kepegawaian, menjelaskan bahwa upaya memisahkan bidan yang sudah berkeluarga dengan suami dan anaknya pada daerah dengan akses yang serba terbatas adalah sesuatu yang kurang manusiawi, kecuali suami tidak bekerja ada kemungkinan dapat mengikuti istrinya bertugas disana.

“waktu itu sudah dibahas dalam rapat... Tapi menurut Kasubag kepegawaian, tidak manusiawi memisahkan bidan dari keluarganya.... Apa lagi di Timika yang aksesnya terbatas”

Strategi yang ingin dilakukan dalam rangka mengatasi masalah distribusi tenaga bidan menurut informan 10 adalah memberikan insentif yang tinggi untuk bidan yang mau bertugas di daerah terpencil, membangun polindes, rumah bidan serta melengkapi fasilitasnya.

“kami rencanakan untuk tingkatkan insentif bagi bidan, dan bangun sarana polindes dan rumah bidan yang lengkap dengan fasilitasnya”

5.4.3 Sarana Penunjang Program KIA Puskesmas

Informasi yang ingin diperoleh pada aspek sarana penunjang program KIA Puskesmas adalah menyangkut ketersediaan sarana, kecukupan sarana, dan kondisi sarana.

5.4.3.1 Ketersediaan Sarana

Sebagian informan menyatakan bahwa sarana penunjang seperti gedung, listrik air, alat transportasi, buku pedoman KIA, Register Kohor, panduan PWS KIA ATK tersedia (informan 1 dan 3).

“Kalau ruangan, listrik, air, transportasi dan ATK serta blangko untuk program KIA tersedia cukup... menurut saya”

“Register kohor, PWS KIA, Pedoman persalinan Normal, ada”

Sebaliknya ada sebagian informan yang menyatakan bahwa beberapa sarana yang dibutuhkan belum tersedia seperti gedung rumah bidan dan Polindes/Pustu yang di butuhkan pada beberapa titik pemukiman penduduk belum tersedia. Selain itu ada informan yang mengatakan bahwa alat transportasi laut dan darat memang ada tetapi biaya BBM untuk menunjang pelaksanaan program KIA tidak tersedia cukup (informan 11 dan 12).

“ Ada beberapa kampung disini yang belum ada sarana kesehatan...selain itu kami juga butuh rumah dinas”

“Transportasi laut dan darat ada tapibagaimana mau jalan tidak ada BBM.... Om di puskesmas saya wilayah terjauh ditempuh selama 4 jam perjalanan ...ada 3 kampung jadi harus bermalam satu hari baru bisa layani masyarakat”

5.4.3.2 Ketercukupan sarana.

Ketercukupan sarana kesehatan bervariasi, untuk puskesmas dalam kota, sebagian besar menyatakan sudah mencukupi. Sedangkan untuk puskesmas di daerah

pesisir dan daerah pegunungan menyatakan belum cukup. Hal ini sesuai dengan hasil observasi.

5.4.3.3 Kondisi sarana

Untuk kondisi sarana sebagian kecil informan menyatakan bahwa beberapa sarana seperti air dan generator listrik dalam kondisi rusak (informan 5)

“Kami punya lampu dan air ada tapi rusak..... sudah di ajukan, katanya nanti diperbaiki tahun ini.... Tapi tidak tau ini nanti kita lihat saja”

5.4.4 Peralatan untuk Program KIA Puskesmas

5.4.4.1 Ketersediaan Peralatan.

Informasi tentang ketersediaan peralatan untuk program KIA, sebagian besar informan menyatakan tersedia, sedangkan sebagian kecilnya menyatakan tidak tersedia. Menurut informan 9 bahwa puskesmas yang belum ada tenaga bidan peralatan kebidanan tidak diberikan. Ditambahkan juga oleh informan 9 dan 10 bahwa peralatan untuk program KIA akan semakin lengkap dengan adanya program Save Papua yang sedang di jalankan di Timika. Hal yang dikhawatirkan terkait program Save Papua karena program tersebut hanya berlangsung hingga tahun 2009 sehingga diragukan keberlanjutannya.

“untuk puskesmas Jila dan tempat lain yang belum ada bidan tidak diberikan peralatan kebidanan..... nanti kalau ada bidan baru kita kasih ”

“Program Save Papua sangat membantu dalam pencapaian cakupan program KIA di Timika.... tapi saya dengar waktu sosialisasi katanya hanya sampai tahun 2009.... ”

5.4.4.2 Ketercukupan Peralatan

Sebagian besar informan menyatakan cukup dan sebagian lagi menyatakan belum cukup. Hal ini sesuai dengan kajian pada isi angket yang diberikan pada informan.

5.4.4.3 Kondisi peralatan.

Sebagian besar informan menyatakan kondisinya baik, sedangkan sebagian kecil menyatakan kondisinya rusak. Hal ini sesuai dengan kajian isi angket yang diberikan kepada informan. menurut informan 9 belum ada permintaan yang diajukan oleh puskesmas bersangkutan.

“ kalau ada permintaan dari Puskesmas pasti kita layani ”

5.4.5 Obat-obatan untuk Pelaksanaan Program KIA

Informasi tentang ketersediaan obat-obatan untuk program KIA seperti Fe, TT Bumil, Vitamin A, sebagian besar informan menyatakan cukup, dan hal itu sesuai dengan daftar isian jenis obat yang di berikan pada informan. Sebagian kecil informan menyatakan kekurangan obat, menurut informan 9 sesuai dengan keterangan yang diberikan dari kepala gudang farmasi bahwa ada puskesmas yang tidak menghitung kebutuhan obat dengan baik sehingga habis sebelum waktu pengambilan ulang.

“dari bagian gudan obat sampaikan waktu saya ketemu.. itu karena puskesmas tidak hitung kebutuhan dengan baik jadi kekurangan pada hal digudang ada persediaan”

5.4.5.1 ketercukupan obat-obatan

Semua informan menyatakan obat – obatannya sudah cukup dan sesuai dengan kajian angket yang diberikan.

5.4.5.2 kondisi obat-obatan

Semua informan menyatakan obat – obatannya dalam kondisi baik.

5.4.6 Fungsi Perencanaan

Informasi tentang fungsi perencanaan pada aspek dokumentasi perencanaan dan sebagian besar informan menunjukkan dokumen perencanaannya yang memuat semua uraian kerja tiap program termasuk program KIA. Sebagian kecil menyatakan tidak membuat perencanaan program. Dari informan yang membuat POA, dijelaskan bahwa pembuatannya berdasarkan pengalaman tahun lalu (informan 2). Sedangkan informan yang tidak membuat POA KIA di peroleh informasi karena jarang dilakukan lokmin dan alasan lainnya karena tidak ada bidan yang menjalankan program.

“ ada ini..... POA kami.. “

“Kami biasa buat POA seperti tahun-tahun lalu”

“kami buat rencana bagaimana... lokmin saja tidak ada... pasti kapus buat sendiri”

“kita tidak buat rencana KIA karena bidan tidak ada di puskesmas kami ”

Terkait realisasi POA, sebagian besar informan menyatakan tidak sesuai dengan kenyataan. Hal ini dijelaskan oleh informan 9 karena ada sebagian puskesmas yang tidak membuat POA sehingga harus dibuatkan angka estimasi, selain itu juga karena alokasi dana program kecil.

“Tidak semua Puskesmas masukan POA jadi kita harus buat estimasi”

Terkait dengan ada tidaknya Renstra Dinkes, Informan 10 menjelaskan bahwa di Dinkes belum ada Renstra sehingga program yang dijalankan kami buat masing-masing. Informan 10 menambahkan bahwa Renstra sangat penting agar semua kegiatan pelayanan kesehatan di Puskesmas dapat berjalan dengan baik.

“Dinas kesehatan sampai sekarang belum ada Renstra Jadi kita buat rencana kegiatan masing-masing”

“Renstra penting agar semua program punya panduan yang jelas”

5.4.7 Fungsi Pengorganisasian

Sebagian besar informan telah menjalankan fungsi pengorganisasian di Puskesmas. Sedangkan sebagian kecil belum melaksanakan fungsi pengorganisasian. Menurut informan 5 karena belum ada uraian tugas yang jelas di antara bidan-bidan di puskesmasnya. Tugas-tugas yang dijalankan berdasarkan pengalaman di tahun-tahun

yang lalu. Sebaliknya menurut informan 6 Bidan yang ada di puskesmasnya semua sulit diatur. Ketika ditanya tentang dokumen uraian tugas pada masing-masing bidan informan 6 menyatakan telah didelegasikan ke pengelola program.

“Bidan-bidan disini memang sulit diatur terlalu banyak minta”

Semuakan sudah dewasa.... Saya sudah kasih tugas itu coba buatlah”

5.4.8 Fungsi Penggerakan

Sebagian besar informan menjalankan fungsi penggerakan, sedangkan sebagiannya lagi tidak menjalankan fungsi penggerakan dengan baik.

“kita biasa tolong persalinan atau kunjungan luar pakai uang sendiri.... Habis mau bagaimana kalau tidak layai juga kasihan”

5.4.9 Fungsi pengawasan

Sebagian besar melakukan fungsi pengawasan, sedangkan sebagian kecil tidak melakukan sistem pengawasan. Tidak dilakukan sistem pengawasan sangat terkait dengan. Tidak dilakukan kegiatan lokmin dalam bulan berjakan. Seperti yang disampaikan informan 5 di atas.

5.4.10. Cakupan Program KIA di Puskesmas

Informasi pada cakupan program KIA menyangkut K1, K4, TT2 dan pertolongan Nakes menunjukkan bahwa sebagian besar puskesmas belum mencapai

cakupan yang telah ditentukan, sedangkan hanya sebagian kecil yang menyatakan bahwa beberapa cakupannya dapat tercapai dengan baik.

“....Cakupan program KIA di sini cukup baik.... Untuk K1 mencapai 100% tetapi untuk K4 turun setengahnya..... disini banyak klinik bersalin swasta.... Banyak bulin di sana.... Sehingga cakupan Bulin nakes jadi turun juga”

Cakupan KIA belum tidak maksimal karena disini banyak klinik swasta dan ada RSMM yang mudah dijangkau.”

“kami punya cakupan rendah karena bidan hanya satu sehingga sulit kerja sendiri”

“tidak usah bicara cakupan program KIA kita saja tidak ada Bidan.”

5.4.11. Outcome Terhadap AKI dan AKB

Outcome dari program KIA berupa menurunkan kematian ibu dan bayi menunjukkan tren peningkatan dari tahun 2005 sampai tahun 2007 seperti pada gambar 1.1, di depan. Hal ini karena terkendala pada komponen input dan proses dari sistem pengelolaan program KIA di Puskesmas.

BAB 6

PEMBAHASAN

AKI dan AKB di Papua masih tinggi, hampir dua kali lebih besar AKI dan AKB Nasional. Disisi lain Depkes menargetkan pada tahun 2009 diharapkan AKI turun dari 307/100.000 kelahiran hidup menjadi 226/100.000 kelahiran hidup dan AKB turun dari 35/1000 kelahiran hidup menjadi 25/1000 kelahiran hidup. Masalah tingginya AKI dan AKB di Papua, bila dicermati dengan pendekatan SKN maka salah satu pemicunya karena akumulasi masalah pada Puskesmas-Puskesmas yang ada di Papua.

Mengoptimalkan sistem pengelolaan program KIA di Puskesmas merupakan salah satu cara akselerasi menurunkan AKI dan AKB. Untuk itu, penelitian ini dilakukan agar ada informasi yang diperoleh dan dapat digunakan dalam membenahan sistem pengelolaan program KIA Puskesmas khususnya di kabupaten Mimika.

Kabupaten Mimika merupakan salah satu kabupaten dengan Topografi yang unik. Topografinya terbagi menjadi daerah pesisir pantai, dataran yang berbukit hingga daerah pengunungan tinggi yang di selimuti salju abadi. Ditinjau dari lokasi Puskesmas, dapat dibagi menjadi Puskesmas di dalam kota Timika, Puskesmas di daerah pesisir pantai dan Puskesmas di daerah pegunungan. Hal ini menuntut peneliti untuk memilih informan yang bisa mewakili variasi keadaan di kabupaten Mimika.

Karakteristik informan pada tabel 5.1., dapat memberikan gambaran keterwakilan kondisi tersebut. Karakteristik informan berdasarkan tempat kerja dapat dibagi menjadi empat kelompok yaitu kelompok informan yang berasal dari Puskesmas di dalam kota yang diwakili informan 1, 2, 3 dan 4. Kelompok informan yang berasal dari puskesmas yang sebagian wilayahnya berbatasan dengan laut yaitu informan 5, 6 dan 11. Kelompok informan yang berasal dari puskesmas yang wilayahnya berada di daerah pegunungan yaitu informan 7,8 dan 12. dan kelompok informan yang berasal dari Dinas kesehatan kabupaten Mimika yaitu informan 9 dan 10.

6.1. Keterbatasan Penelitian

Observasi langsung tidak dilakukan pada puskesmas dari informan 11 dan 12, untuk melihat ketersediaan dan kondisi sarana penunjang program KIA, peralatan penunjang program KIA dan Obat-obatan untuk Program KIA. Tetapi data tersebut diperoleh dengan memberikan daftar isian yang diisi oleh informan dan kemudian dilakukan wawancara mendalam.

Sulitnya memperoleh waktu dan tempat yang sesuai untuk wawancara mendalam pada informan juga menjadi kendala, sebab padatnya kegiatan dan lokasi keberadaan informan yang cukup jauh. Hal ini mengakibatkan proses wawancara mendalam pada beberapa informan dilakukan melalui telepon dan sebagian lagi diwawancarai di rumahnya pada waktu sore hari.

6.2. Pembiayaan Program KIA di Puskesmas.

6.2.1. Sumber Pembiayaan

Semua informan menyatakan bahwa sumber pembiayaan dari pemerintah diperoleh di Puskesmas. Untuk sumber pembiayaan yang berasal dari retribusi pelayanan di Puskesmas sebagian kecil informan mengatakan ada retribusi yang ditarik sedangkan sebagian besarnya menyatakan tidak menarik retribusi. Informan yang menyatakan ada retribusi adalah informan 1 dan 3, yang bila ditinjau dari lokasi puskesmasnya berada di dalam kota Timika. Sedangkan informan yang menyatakan tidak ada retribusi adalah informan 5, 7, 11 dan 12.

Ditinjau dari karakteristik informan 11 dan 12 adalah informan yang berasal dari Puskesmas di pesisir dan Puskesmas di pegunungan. Puskesmas-puskesmas ini notabene termasuk daerah terpencil. Alasan tidak membayar menurut mereka karena dari dulu memang masyarakat berobat gratis. Sebaliknya untuk informan 5 dan 7 adalah puskesmas yang termasuk wilayah kota namun sebagian wilayahnya ada pada daerah pesisir dan daerah pegunungan. Alasan tidak ditariknya retribusi karena masyarakat terbiasa dengan pengobatan gratis yang diberikan Malcon Freeport Indonesia sejak lama. Mereka menjelaskan, pernah meminta ongkos berobat pada masyarakat namun masyarakat menolak dan marah.

Pengobatan gratis yang dilakukan di beberapa Puskesmas di tempat penelitian sepintas nampak sangat mulia, namun sebenarnya terjadi proses “membunuh” rasa

tanggung jawab keluarga terhadap anggotanya. Ibarat memasukan Katak kedalam air yang dipanaskan perlahan-lahan sehingga Katak tersebut tidak menyadari bahwa ia sedang dibunuh. Satu contoh pengalaman yang penulis alami sewaktu bekerja di puskesmas Kwamki di Timika, suatu ketika ada seorang bapak datang ke Puskesmas untuk memberitahukan bahwa di rumahnya ada orang sakit dan meminta untuk dijemput, kemudian bapak itu pergi ke pasar untuk jalan-jalan (main bola sodok). Setelah dijemput, pasien itu ternyata istrinya.

Pengalaman ini memang sepiantas nampak sederhana namun bila dikaji lebih mendalam sebenarnya ada proses hilangnya rasa tanggung jawab dalam keluarga untuk menjaga kesehatan keluarganya. Hal ini terjadi karena institusi kesehatan masuk kedalam keluarga dan mengambil peran tanggung jawab keluarga yang seharusnya menjadi tanggung jawab mereka.

Dengan pendekatan teori kebutuhan Mc. Clelland, dapat dijelaskan bahwa proses menggratiskan ongkos berobat akan menjadi pembelajaran baru bagi masyarakat yang berujung pada pembentukan pemahaman bahwa untuk menjaga kesehatan keluarga adalah sesuatu yang gampang dan tidak membutuhkan pengorbanan yang berarti. Hal ini sesuai juga dengan teori harapan Victor Vroom, bahwa keyakinan akan memperoleh pengobatan yang serba mudah justru akan menguatkan perilaku ketidakpedulian terhadap kesehatan keluarga. menurut Skinner dalam teori penguatan, bahwa keadaan ini bila dipertahankan dalam waktu yang lama akan membentuk perilaku baru yang justru menurunkan nilai kesehatan dalam keluarga.

Akibat dari pengobatan gratis bisa menghambat upaya promosi dan pencegahan yang dilakukan, sebab sakit kurang memberikan efek jera pada masyarakat. Salah satu faktor yang penyebab AKB dan AKI adalah terlambat/tidak adanya upaya masyarakat untuk mencari pertolongan (WHO, 2007). Lebih lanjut kebiasaan berobat gratis akan berujung pada ketergantungan masif yang tidak memandirikan masyarakat.

Di Provinsi Papua, terkait program “Membangun dari Kampung” gubernur dan bupati mengucurkan dana 200 juta setiap tahun langsung untuk semua kampung di Papua. Dana tersebut diperuntukan untuk pengembangan kesehatan, dan ekonomi berbasis kampung. Keadaan ini memberikan peluang adanya sumber pembiayaan kesehatan yang berasal dari masyarakat. Konsep ASKES darah yang dikembangkan di Jamrana Bali dapat diadopsi untuk memaksimalkan pembiayaan kesehatan bersumber Masyarakat. Hal ini perlu dipikirkan agar peran keluarga dalam tanggung jawabnya terhadap anggota keluarga dapat terpelihara di satu sisi dan di sisi yang lain tidak memberatkan masyarakat karena ada subsidi silang. Menurut Basuki dalam Adisasmito, (2007) mekanisme penunjang pendanaan biaya pelayanan kesehatan yang paling efektif adalah melalui program asuransi.

6.2.2. Alokasi Biaya Program KIA

Semua informan menyatakan bahwa alokasi dana untuk operasional program KIA terlalu kecil sehingga tidak cukup. Hal ini berarti semua puskesmas baik di dalam kota, di pegunungan atau dipesisir mengalami kekurangan operasional. Untuk

puskesmas dari informan 1 dan 3 dapat meringankan masalah ini dengan adanya retribusi yang diambil dari masyarakat. Sedangkan puskesmas yang tidak menarik retribusi sangat kesulitan. Keadaan ini membuat informan 11, 12, 6 dan 8 memotong biaya baik dari JPSBK dan program lain untuk membantu operasional program. Hal ini mengakibatkan frekwensi kunjungan luar gedung Puskesmas termasuk kegiatan program KIA, berkurang. Meningkatkan cakupan K1, Kunjungan Neonatus, Kunjungan Bumil Resti adalah beberapa kegiatan luar gedung untuk program KIA. Jika hal ini tidak dilakukan dengan maksimal dapat berkontribusi terhadap meningkatnya AKI dan AKB. Disisi lain, Menurut WHO, (2007), upaya meningkatkan cakupan KIA melalui kegiatan di dalam maupun diluar gedung, termasuk dalam komponen faktor yang bisa dicegah agar tidak meningkatkan AKI dan AKB.

Kecilnya Alokasi biaya operasional program KIA Puskesmas berdasarkan Telaah data dalam DPA SKPD Dinkes kabupaten Mimika Tahun 2007, menunjukkan bahwa alokasi APBD tahun 2007 untuk Dinkes Kabupaten Mimika sudah sesuai dengan TAP MPR/VI/2002. Hal ini merupakan suatu hal yang cukup menggembirakan, mengingat pencapaian proporsi ini sesuai dengan komitmen nasional.

Namun bila ditelusuri pada alokasi dari anggaran belanja langsung, nampak bahwa 80% biaya digunakan untuk belanja fisik dan sisanya, 20% untuk operasional Puskesmas. Belanja fisik terbanyak dialokasikan ke RSUD karena baru dalam tahap pembangunan, dan sebagian lagi untuk kebutuhan pengadaan sarana di Puskesmas yang membutuhkan.

Alokasi biaya untuk program KIA, dari total Rp. 91,407,023,000,- anggaran belanja langsung tahun 2007 adalah sebesar Rp. 3,126,523,000,- atau 3,42%. Bila Alokasi anggaran untuk operasional KIA di estimasi penduduk kabupaten Mimika tahun 2007 sebesar 180,000 jiwa maka besar biaya program KIA per kapita adalah Rp. 17,370/Kapita. Besar biaya ini masih jauh dari standar pembiayaan program KIA yang semestinya. Menurut bank dunia tahun 2000 dalam Gani, (2005), bahwa biaya untuk operasional program KIA adalah US \$ 4,5/Kapita atau sekitar Rp. 42.000.

Menurut Ascobat Gani dalam Depkes, (2006), bahwa masalah pembiayaan kesehatan daerah meliputi 9 aspek yaitu: (1) alokasi dana yang kecil; (2) Terfragmentasi pada tiap bagian-bagian sub sistem dinas kesehatan;(3) sering kekurangan biaya operasional untuk program; (4)pencairannya terlambat; (5) Cenderung digunakan untuk belanja fisik;(6) Cenderung digunakan untuk belanja kuratif (7) Pola kucuran dana dari atas seperi pyramid terbalik; (8) tidak fleksibel dalam Peruntukannya; dan (9) sering “bocor” dimana-mana. Permasalahan pembiayaan kesehatan daerah seperti yang disampaikan Ascobat Gani di atas, juga dialami di kabupaten Mimika.

Fenomena subsidi silang yang dilakukan di Puskesmas dalam rangka mensiasati kekurangan biaya operasional puskesmas merupakan pembenaran dari teori hambatan Eliyahu M.G, yang dapat dijelaskan bahwa pembiayaan yang tidak seimbang antara satu program dengan program lainnya justru tidak akan menghasilkan pencapaian program yang maksimal. Namun sebaliknya, pencapaian tersebut menjadi berkurang sesuai dengan proporsi pembiayaan yang terkecil. Untuk itu perlu ada upaya untuk

meningkatkan dan menyeimbangkan pembiayaan pada semua program-program yang ada di Puskesmas agar bekerja seirama dan sama-sama kuat sehingga pencapaiannya menjadi maksimal.

Upaya untuk menyeimbangkan biaya operasional masing-masing program dapat dilakukan dengan menganalisis kebutuhan biaya dari tiap-tiap program sesuai dengan karakteristik puskesmas pengelolanya agar diperoleh angka standar operasional untuk program yang bersangkutan.

Terkait dengan otonomi daerah, yang berimbas pada kewenangan pengelolaan anggaran, maka perlu ada PERDA tentang Ibu hamil dan bayi, Balita wajib dipelihara Pemerintah daerah. Jika PERDA ini jadi maka mau tidak mau APBD harus dibebankan untuk membiayai program-programnya.

Selain itu perlu juga dibuatkan PERDA tentang Promosi kesehatan masuk dalam muatan lokal pembelajaran pada kurikulum SD, SMP dan SMA yang ada di kabupaten Mimika. Perda ini sepintas tidak masuk akal, namun bila dicermati justru menunjang terfasilitasinya hak setiap orang untuk sehat. Sebab mustahil orang dapat sehat bila belum mengetahui nilai-nilai dan cara untuk sehat. Selain itu penanaman nilai-nilai dan cara untuk sehat harus dilakukan sejak dini agar nantinya pengetahuan tentang nilai-nilai kesehatan termasuk Kesehatan Reproduksi akan menjadi milik masyarakat.

6.3 Sumber Daya Manusia Pelaksanaan Program KIA di Puskesmas

Masalah tenaga kesehatan khususnya bidan yang ditemukan dalam informasi penelitian ini menunjukkan bahwa di kabupaten Mimika masalah tenaga bidan terletak pada kuantitas, kualitas serta tidak meratanya pendistribusian tenaga bidan. Sesuai dengan pernyataan informan menunjukkan bahwa ada sebagian kecil Puskesmas tidak memiliki tenaga bidan. Sebagian kecilnya lagi hanya memiliki satu bidan, kondisi tidak ada dan atau kurangnya tenaga bidan di alami pada Puskesmas di daerah pegunungan dan daerah pesisir yang notabene terpencil, sedangkan untuk daerah perkotaan sebagian besar tersedia antara 5 sampai 15 bidan.

Hasil telaah dokumen menunjukkan bahwa tenaga bidan di dinas kesehatan kabupaten Mimika sebanyak 95 orang. Bila dibandingkan dengan standar rasio bidan 100/100000 penduduk, maka jumlah tersebut masih sangat kurang. Kekurangan ini semakin nyata apabila dibandingkan dengan estimasi penduduk kabupaten Mimika pada tahun 2007 yang mencapai 180,000 jiwa. Rata-rata tingkat pendidikan bidan D1 mencapai 80%, sedangkan sisanya sebesar 20% yang berijazah D3 kebidanan. Selain itu bila dilihat dari data pendistribusian tenaga bidan untuk wilayah Puskesmas dalam kota Timika berkisar antara 6 – 25 orang bidan sedangkan pada Puskesmas yang jauh dari kota Timika berkisar antara 1 – 2 orang tenaga bidan.

Pertimbangan ketercukupan tenaga bidan di Puskesmas untuk wilayah kabupaten Mimika kurang tepat bila dihitung berdasarkan proporsi jumlah penduduk

sehingga sebaiknya menggunakan pertimbangan geografis sebab akses masyarakat dari satu tempat pemukiman dengan pemukiman lainnya sulit dan berjauhan.

Ka Subdin Kesga kabupaten Mimika menjelaskan bahwa untuk masalah tenaga bidan di samping membuat banyak pelatihan, juga ada wacana untuk membuka sekolah bidan. Selain itu akan dibangun Polindes dan rumah tempat tinggal bidan yang dilengkapi dengan berbagai fasilitas. Direncanakan juga untuk memberikan insentif yang besar bagi bidan yang bertugas di daerah terpencil.

Guna memenuhi ketersediaan tenaga bidan, maka sesuai Peraturan Pemerintah nomor 25 tahun 2000 pasal 2 dan 3 pemerintah kabupaten dan atau propinsi mempunyai wewenang dalam pengangkatan pegawai daerah, sehingga negosiasi yang baik bisa mempengaruhi rekrutmen tenaga bidan.

Tawaran terhadap insentif dan fasilitas, kesempatan sekolah, dapat memotivasi bidan untuk bekerja. Menurut Skinner dalam Suwarno (1999), bahwa insentif yang tinggi dan fasilitas yang baik merupakan model penguatan positif. Demikian juga menurut Herzberg dalam Robbins, (2003) bahwa insentif, fasilitas, kesempatan sekolah adalah beberapa faktor yang perlu difasilitasi untuk memotivasi pegawai.

Hal lain yang perlu dipertimbangkan untuk menempatkan tenaga bidan di daerah terpencil khususnya di Papua perlu mempertimbangkan tenaga bidan yang berasal dari daerah tersebut. Banyak tenaga bidan yang di tempatkan di daerah Papua kembali ke

kota sebab merasa tidak sesuai dengan kondisi daerah setempat karena bidan tersebut berasal dari daerah lain Giay (2004).

Hasil penilaian pada aspek tenaga bidan pengelola program KIA di Puskesmas dilihat dari jumlah tenaga bidan yang masih kurang, sebagian besar tenaga bidan berpendidikan masih rendah dan distribusi tenaga bidan belum merata dapat dikatakan kurang baik.

6.4. Sarana Prasarana Program KIA di Puskesmas

Sebagian informan menyatakan ada masalah pada listrik dan air bersih di Puskesmasnya sehingga menyulitkan pelayanan kesehatan yang diberikan. Berdasarkan hasil penelitian maka dapat dikatakan bahwa aspek sarana prasarana dalam menunjang pengelolaan program KIA di Puskesmas masih kurang baik.

Terkait pengadaan sarana prasarana kesehatan, Ascobat Gani, (2000) menjelaskan bahwa kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas sangat tergantung oleh ketersediaan dan kecukupan biaya operasional dan pemeliharaan seperti obat-obatan makanan listrik, air dan bahan bakar.

Masalah belum adanya listrik dan air yang disampaikan sebagian kecil informan, sesuai dengan pernyataan informan dari Dinkes, dijelaskan bahwa sudah ada

dalam perencanaan tahun 2008 termasuk penyediaan polindes dan rumah bidan pada beberapa Puskesmas di daerah terpencil.

Terkait dengan fasilitas penunjang program KIA di Puskesmas, menurut Suganda (1997) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa bidan di desa dengan fasilitasnya tidak ada hubungan atau tidak berpengaruh terhadap kinerjanya. Demikian juga penelitian Luthy, 2000 bahwa sarana kerja, Bidan KIT, Kendaraan roda dua, dan tempat tinggal tidak ada hubungan yang bermakna terhadap kemampuan manajerial bidan. penelitian-penelitian ini, bila ditelusuri menyangkut akses dari satu daerah ke daerah lain relative mudah, atrinya tidak membutuhkan waktu berhari-hari seperti kondisi di Papua. Untuk itu, khusus untuk daerah yang sulit akses antara satu daerah dengan daerah lain, maka kebutuhan akan fasilitas adalah hal penting untuk menunjang kelangsungan program.

6.5. Penerapan Fungsi Manajemen Program KIA di Puskesmas.

6.5.1. Fungsi Perencanaan

Hasil penelitian pada aspek fungsi perencanaan di Puskesmas menunjukkan bahwa sebagian besar Puskesmas belum punya rencana induk. Rencana yang dibuat hanya berdasarkan pengalaman atau rutinitas yang dijalankan bertahun-tahun. Demikian halnya di Dinas kesehatan Kabupaten Mimika juga belum dibuatkan Renstra Dinkes.

Proses perencanaan yang dilakukan berdasarkan pengalaman pada tahun-tahun sebelumnya. Keadaan ini memberikan peluang pada tiap-tiap bagian, baik di Puskesmas dan Dinkes kabupaten Mimika, bekerja menurut rencana masing-masing. Dampaknya akan membuat pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat menjadi berkurang. Soekidjo, 2007 menjelaskan bahwa perencanaan merupakan pusat dari semua rangkaian fungsi manajemen. Perencanaan merupakan tuntunan bagi manajer untuk mengambil keputusan dalam penggunaan sumber daya demi mencapai sasaran yang ditentukan.

Dengan demikian penilaian pada fungsi perencanaan yang dilihat dari ada tidaknya dokumen perencanaan di Puskesmas dan Dinas kesehatan maka dapat dikatakan bahwa fungsi perencanaan belum berjalan dengan baik.

6.5.2. Fungsi Pengorganisasian

Hasil penelitian pada fungsi pengorganisasian menunjukkan bahwa semua puskesmas di tempat penelitian telah melakukan fungsi ini dengan baik. Hal ini dapat dilihat dari adanya struktur organisasi. Soekidjo, (2007), adanya struktur organisasi merupakan visualisasi dari berfungsinya pengorganisasian dalam manajemen.

6.5.3. Fungsi Penggerakan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar puskesmas telah menjalankan fungsi penggerakan, namun sebagian kecil belum menjalankan fungsi ini. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa fungsi pergerakan dalam pengelolaan program

KIA di Puskesmas kurang baik. Kurang baiknya fungsi pergerakan dapat disebabkan oleh belum ada tuntunan perencanaan induk dari Dinas Kesehatan. dapat juga karena pimpinan Puskesmas belum memahami bahwa kepuasan karyawan adalah kunci sukses suatu organisasi. Proses untuk memotivasi bawahan agar menjadi puas merupakan salah satu kunci dari fungsi pergerakan. Untuk itu seorang pimpinan perlu menjadi motivator yang handal.

Menurut Herzberg organisasi perlu menciptakan dan mengkomunikasikan faktor-faktor seperti; insentif yang akan diperoleh bila melakukan sesuatu tugas, kondisi kerja yang nyaman, jaminan kerja jelas dan aman, prosedur kerja yang jelas, status kepegawaian yang jelas, mengatur hubungan antar pribadi baik rekan, bawahan dan atasan dengan harmonis. Jika organisasi mampu memfasilitasi faktor ekstrinsik di atas maka faktor-faktor penentu kepuasan dalam diri karyawan seperti rasa berprestasi, rasa diakui, rasa bertanggung jawab, rasa menjadi maju dalam pekerjaan, rasa ada peluang untuk berkembang dan rasa sebagai ahli dalam pekerjaan yang di gelutinya dapat dirasakan yang selanjutnya meningkatkan motivasi kerja (Robbins 2008).

6.5.4. Fungsi pengawasan.

Sebagian besar Puskesmas telah melakukan fungsi pengawasan sedangkan hanya bagian kecil yang belum melaksanakan fungsi ini. Fungsi pengawasan juga telah dilakukan oleh Dinas Kesehatan, walaupun supervisi jarang dilakukan tetapi telah ada monitoring laporan yang dilakukan. Soekidjo, (2007), Metode pengawasan dapat juga

dilakukan dengan memonitoring dan menganalisis laporan yang masuk. Hasil penelitian Suganda, (1997) menunjukkan bahwa ada perbedaan signifikan antara bidan yang dilakukan supervisi dengan bidan yang tidak dilakukan supervisi. Ada peluang sebesar 4,41 kali kemampuan manajerial bidan bila dilakukan supervisi. Selain itu pada umpan balik dari supervisi ada peluang sebesar 3.4 kali dalam perbaikan manajerial dibanding bidan yang tidak mendapatkan umpan balik.

Hasil penelitian Suganda, ingin menjelaskan bahwa supervisi yang dilakukan baik antara kepala puskesmas dengan bawahan dan atau dinas kesehatan dengan puskesmas adalah hal yang penting. Bila dikaji dari alokasi biaya untuk supervisi pada anggaran belanja langsung Dinkes Mimika Tahun 2007, hanya sebesar 0,1%, itu berarti frekwensi supervisi menjadi berkurang dan tentu saja berdampak pada kinerja program KIA Puskesmas.

6.6. Cakupan Program KIA di Puskesmas.

Data yang diperoleh dari hasil penelitian menunjukkan bahwa pencapaian cakupan program KIA di Puskesmas masih rendah, rata-rata di bawah 50%. Hal ini dapat dilihat dari Cakupan KI sebagian besar Puskesmas berkisar antara 18% - 100 %. Untuk cakupan K4 semua Puskesmas berkisar antara 12% - 50%. Untuk cakupan TT2 pencapaiannya berkisar antara 2% - 30%. Dan cakupan pertolongan Nakes berkisar antara 6 % – 30%.

Hal ini terjadi karena (1) kendala pembiayaan program KIA Puskesmas (2) kendala pada tenaga bidan baik kualitas, kuantitas dan distribusinya; (3) kendala sarana prasaran penunjang program KIA di puskesmas seperti gedung listrik dan air bersih; (4) kendala penerapan fungsi manajemen masih terkendala pada fungsi perencanaan, fungsi penggerakan.

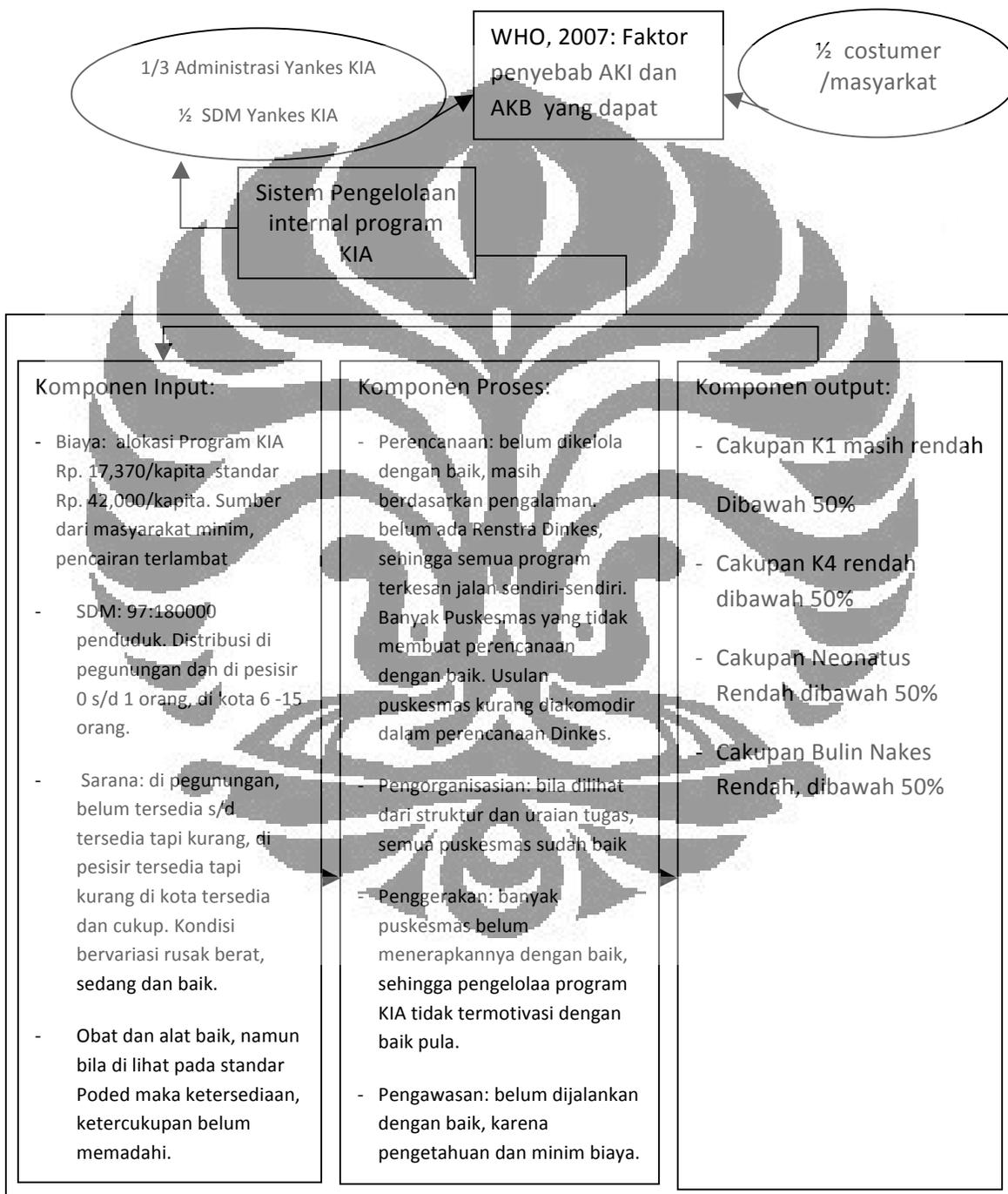
6.7. Gambaran Sistem Pengelolaan Program KIA di Puskesmas di Kabupaten Mimika terkait Dengan Upaya Menurunkan AKI dan AKB.

Penilaian terhadap sistem pengelolaan program KIA di Puskesmas di Kabupaten Mimika kurang baik. Dikatakan kurang baik karena akumulasi masalah pada komponen input, dan proses yang mengakibatkan rendahnya cakupan pelayanan KIA di Puskesmas. Hal ini akan berdampak pada upaya akselerasi menurunkan AKI dan AKB di kabupaten Mimika.

Potret permasalahan yang tergambar pada komponen input menyangkut pembiayaan, sarana prasarana dan tenaga bidan serta komponen proses pada fungsi perencanaan, penggerakan dan pengawasan adalah permasalahan internal organisasi yang menurut WH, 2007, merupakan faktor yang dapat dicegah. Itu berarti masalah AKI dan AKB di kabupaten Mimika dapat ditanggulangi minimal setengahnya, bila masalah internal organisasi dibenahi. Untuk menyimpulkan hasil evaluasi secara menyeluruh dan dikaitkan dengan upaya menurunkan AKI dan AKB di kabupaten Mimika dapat dijelaskan pada Gambar 6.1 berikut ini.

Gambar 6.1

Evaluasi Sistem Pengelolaan Program KIA Puskesmas di Kabupaten Mimika.



Gambar 6.1 di atas, menunjukkan bahwa di Dinas kesehatan kabupaten Mimika, pada komponen input masih terkendala pada alokasi operasional program KIA yang baru mencapai Rp. 17,370/kapita masih jauh dari standar 42.000/kapita. Selain itu terkendala pula pada ketersediaan dan ketercukupan sarana penunjang program. Sedangkan pada komponen proses terlihat bahwa di dinas kesehatan masih belum ada Renstra, sedangkan Renstra adalah hal terpenting dari suatu organisasi untuk mencapai tujuan. Kondisi ini memaksa pembuat perencanaan baik di puskesmas dan dinas kesehatan bekerja berdasarkan pengalaman dan lebih mementingkan program masing-masing. Kedua komponen input dan proses ini berakibat rendahnya semua cakupan program KIA yang rata-rata di bawah 50%. Bila di kaji lebih lanjut dengan menelusuri panah pada gambar 6.1, maka kurang maksimalnya sistem pengelolaan program KIA di kabupaten Mimika akan berdampak terhadap tingginya AKI dan AKB di kabupaten Mimika. Untuk itu perlu ada pembenahan pada masing-masing komponen sistem pengelolaan program KIA agar menjadi maksimal.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian di depan maka dapat disimpulkan;

Aspek Pembiayaan: Pembiayaan program KIA Puskesmas masih terbentur pada kurangnya sumber dana dari masyarakat, akibat dari pengobatan gratis. Alokasi operasional program KIA kecil, baru sebesar Rp.7,370/kapita masih jauh dari standar Rp.42,000/kapita. Selain itu pencairan dana untuk program juga terlambat, baru dilakukan pada 2 sampai tiga bulan terakhir di tahun 2007.

Aspek SDM: Aspek ketenagaan untuk program KIA Puskesmas masih terbentur pada jumlah tenaga yang kurang, perbandingannya 97: 180000 penduduk sedangkan standar nasional 100/100000 penduduk. Selain itu kebutuhan tenaga khususnya di kabupaten Mimika dengan pertimbangan topografi yang sulit, akses antara satu daerah pemukiman dengan pemukiman yang lain berjauhan. Maka pertimbangannya jumlah tenaga disesuaikan dengan letak pemukiman penduduk. Selain masalah pada jumlah, juga terkendala pada distribusi tenaga bidan di Puskesmas, penyebarannya untuk daerah pegunungan dan pesisir pantai rata-rata berkisar antara 0 sampai dengan 1 orang bidan sedangkan di daerah kota dan pingiran kota berkisar antara 6 sampai 15 bidan. Aspek

Sarana: Pada aspek sarana pada dasarnya baik namun, masih ada beberapa sarana yang perlu diadakan pada puskesmas-puskesmas di daerah terpencil

Aspek Peralatan: Peralatan pada dasarnya tersedia di gudang kabupaten kendalanya hanya prosedur pengadaan peralatan untuk puskesmas.

Aspek Obat-Obatan: ketersediaan, ketercukupan dan kondisinya baik

Aspek Fungsi Manajemen: masih dilakukan berdasarkan pengalaman, belum ada perencanaan strategis yang dibuat dinas kesehatan untuk menjadi pedoman dalam penerapan program di Puskesmas. sedangkan

Aspek Cakupan: Kurang maksimal dalam pencapaian program karena kendala-kendala pada input dan proses sistem Program KIA Puskesmas di Kabupaten Mimika.

7.2 Saran: Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Mimika

Rekomendasi: (1) Perlu dibuatkan rencana strategis Dinas Kesehatan Kabupaten Mimika (2) Untuk meningkatkan biaya operasional program KIA Perlu ada kajian tentang (a) biaya minimal untuk operasional program di Puskesmas selama satu tahun. (b) ASKES daerah. (c) Perda ibu hamil dan anak Balita wajib dibiayai pemerintah dan (c) Perda Promkes masuk dalam Mulok pengajaran TK, SD, SMP, SMA. (3) Terkait dengan tenaga bidan, perlu dilakukan upaya untuk meningkatkan Kualitas dan kuantitas tenaga bidan serta memperhatikan pendistribusiannya. (4) pada aspek sarana perlu ada pengadaan dan perbaikan sarana sesuai kebutuhan Puskesmas dan .

DAFTAR PUSTAKA

- Adisasmito, Wiku 2007 *Sistem Kesehatan*, Raja Grafindo Persada, Jakarta.
- Al-amin, Mufham 2006, *Manajemen Pengawasan, Refleksi dan Kesaksian Seorang Auditor*, Kalam Indonesia Jakarta.
- Adang, Bachtiar dkk 2005, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Paket Mata Ajaran, FKM UI, Depok.
- Ayuningtyas, Dumilah 2005, *Kumpulan Materi Perkuliahan Program Magister Kesehatan Masyarakat*, FKM UI, Depok.
- Gani, Ascobat 2005, *Lokakarya Penyusunan Renstra Kesehatan NAD*, 20-21 Desember.
- Gani, Ascobat 2000 *Kompilasi Jurnal Ilmiah, Program Pascasarjana*, IKM UI, Depok.
- Azwar, Azrul 1996, *Menuju Pelayanan Kesehatan yang Lebih Bermutu*, IDI, Jakarta.
- Bappeda, dan BPS Kabupaten Mimika 2005, *Mimika Dalam Angka*, Timika.
- Depkes, RI 2007, *Asuhan Persalinan Normal Asuhan Esensial Persalinan*, Jakarta.
- , 2007b, *Petunjuk Teknis DAK Bidang Kesehatan 2008*, Jakarta.
- Dir Aparatur Negara, 2006, *Manajemen Yang Berorientasi Pada Peningkatan Kinerja Instansi Pemerintah*, Bapenas, Jakarta.
- Depkes 2006, *Desentralisasi kesehatan: Catatan Hari ke Tiga Seminar Depkes* diakses <http://www.mail-archive.com/desentralisasi-kesehatan@yahoogroups.com> tanggal 11/25/2007 jam 6:06 PM.
- Depkes, 2005a, "Kebutuhan Kesehatan Ibu, Bayi dan Anak Sasaran Pembangunan Kesehatan Nasional 2004-2009" dalam <http://www.depkes.go.id> di akses tanggal 25/11/2007 jam 5:16. PM.
- 2005b, *Rencana Strategis Depkes 2005-2009*, Jakarta.
- 2005c *Kesehatan Masyarakat: Mengutamakan Fisik Daripada Manusainya* <http://www.depkes.go.id> tanggal 25/11/2007 jam 4:59 PM.
- Depkes, RI 2004a, *Prinsip Pengelolaan Program KIA Dalam Pedoman Pemantauan Wilayah Setempat Kesehatan Ibu dan Anak (PWS-KIA)*, Dirjen Binkesmas. Jakarta.
- 2004b, *Manajemen: "Anggaran kecil salah sasaran"*, diakses dari <http://www.depkes.go.id> tanggal 25/11/2007 jam 5:00PM.

- Depkes, RI 1998, *Pedoman Stratafikasi Puskesmas (Sebagai Pola Pembinaan Puskesmas)* Dirjen Binkesmas, Jakarta.
- David, Fred R 2002, *Manajemen Strategis Konsep, Edisi Indonesia*, PT Prenhalindo Jakarta.
- Depkes, 1991, *Pedoman Kerja Puskesmas Jilid IV*, Depkes RI, Jakarta.
- Gibson JL. 1994, *Organisasi dan Manajemen, Perilaku, Struktur dan Proses*, Erlangga, Jakarta.
- Ibrahim, Amin H 2008, *Pokok-Pokok Administrasi Publik dan implementasinya*, Reflika Aditama, Jakarta
- Kusnanto, Hari 1999, *Metode Kualitatif dalam Riset Kesehatan, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana UGM*, Yogyakarta.
- Luthfy RA.,Zafiril 2000 *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Pelaksanaan Manajemen Program Kesehatan Ibu dan Anak oleh Bidan di Desa Kabupaten Dati II Aceh Barat*, FKM UI, Depok (T 776).
- Mulyadi, 2007, *Sistem Perencanaan dan Pengendalian Manajemen, Sistem Pelipatgandaan Kinerja*, Salemba Empat Jakarta.
- Moleong, Lexy, 2001, *Metodologi Penelitian Kualitatif*, PT Remaja Rosdakarya, Bandung;
- Muninjaya, A, 2001, *Manajemen Kesehatan*, EGC, Jakarta.
- Notoadmodjo, S 2002, *Metode Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Pasolong, Harbani 2007, *Teori Administrasi Publik*, Alfabeta, Bandung.
- Profil Dinas kesehatan Kabupaten Mimika tahun tahun 2006.*
- Robbins, P Stephen – Timothy A. Judge 2008, *Perilaku Organisasi Edisi 12*, Salemba Empat. Jakarta
- Roem, Topatimasang dkk 2005, *Sehat Itu Hak: Panduan Advokasi Masalah Kesehatan Masyarakat*, Koalisi Untuk Indonesia Sehat-INSIST Jakarta;
- Soekidjo, Notoatmojo 2007 *Kesehatan masyarakat ilmu dan seni Rineka Cipta*, Jakarta;
- Syafiie, Kencana Inu 2006, *Ilmu Administrasi Publik Edisi Revisi*, Rineka Cipta Jakarta;
- Siagian, Sondang P 2002, *Kiat Meningkatkan Produktivitas Kerja*, Rineka Cipta, Jakarta;
- Suwarto FX 1999, *Perilaku Keorganisasian Buku Panduan Mahasiswa*, ANDI Offset Yogyakarta;
- Suganda, H Sudeli 1997, *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja bidan desa kabupaten Tasik Malaya*, Jawa Barat, FKM UI, Depok (T519)
- Stoner, J.A.F., dkk, *Manajemen Edisi Bahasa Indonesia Jilid I*, Prenhalindo, Jakarta.

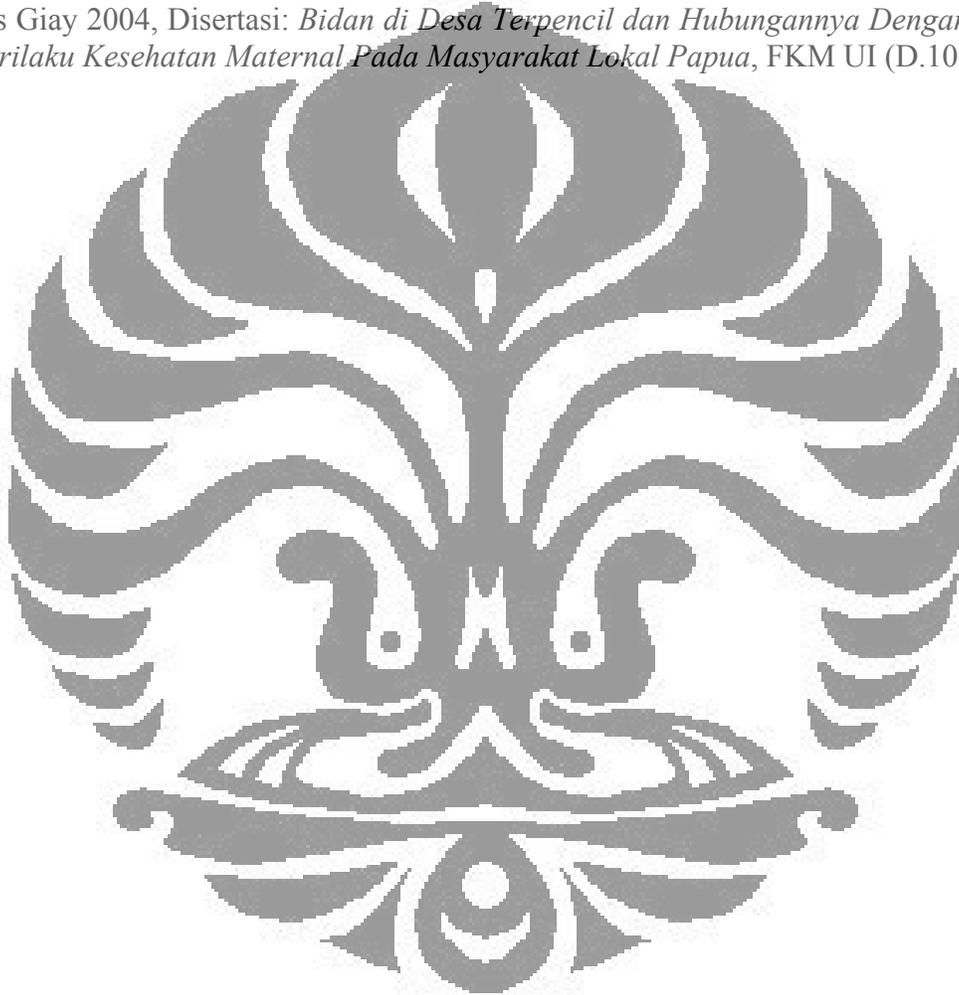
Sarwoto, 1991 *Analisis Kebijakan Publik Suatu Pengantar*, Jurnal ilmu Politik Gramendia Jakarta;

UNDP, 2005, *Kajian Kebutuhan Papua Ringkasan Temuan Pengaruh Terhadap perumusan program Bantuan Pembangunan*;

Winardi J, 2007, *Motivasi Pemotivasian dalam manajemen*, Raja Grafindo Persada, Jakarta;

WHO 2007 *Dibalik Angka Pengkajian Kematian Maternal dan Komplikasi untuk Mendapatkan Kehamilan yang Lebih Aman*, Jakarta;

Zakharias Giay 2004, Disertasi: *Bidan di Desa Terpencil dan Hubungannya Dengan Perbaikan Perilaku Kesehatan Maternal Pada Masyarakat Lokal Papua*, FKM UI (D.103).



“JANGAN PERNAH MENGANGAP BELAJAR SEBAGAI SUATU KEWAJIBAN, TETAPI
ANGGAPLAH SEBAGAI KESEMPATAN NYATA UNTUK MENGETAHUI INDAHNYA
PEMBEBASAN JIWA DEMI KEBAHAGIAAN PRIBADI ANDA DAN DEMI
KESELAMATAN MASYARAKAT YANG AKAN MENUAI BUAH DARI KERJA ANDA
KELAK” (ALBERT EINSTEIN)



Lampiran 1

IDENTITAS INFORMAN

1. Nama :

2. Umur :

3. Jenis kelamin :

4. Jabatan :

5. Pendidikan :

KETERANGAN WAKTU WAWANCARA

1. Tanggal/hari wawancara :

2. Jam mulai/jam selesai :

Pewawancara

Informan

(.....)

(.....)

PETUNJUK WAWANCARA MENDALAM

I. Pembukaan

1. Sampaikan ucapan terima kasih kepada informan atas kesediaannya dan waktu yang telah diluangkan untuk diwawancarai. Hal ini sangat penting untuk membina hubungan baik. Jelaskan tentang maksud dan tujuan wawancara
2. Minta izin kepada informan untuk menggunakan alat perekam selama wawancara

II. Pelaksanaan

1. Wawancara dilakukan oleh peneliti dan di dampingi oleh seorang pencatat (bila perlu), *tape recorder* dan alat tulis
2. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat, pengalaman, saran dan komentar
3. Pendapat, pengalaman, saran dan komentar informan sangat bernilai.
4. Jawaban tidak ada yang benar dan salah, karena wawancara ini untuk kepentingan penelitian dan tidak ada penilaian.
5. Semua pendapat, pengalaman, saran dan komentar akan dijamin kerahasiaannya.

III. Penutup.

1. Memberitahu bahwa wawancara telah selesai
2. Mengucapkan terimakasih atas informasi yang di berikan
3. Memohon maaf bila terdapat hal-hal yang tidak menyenangkan
4. Meminta kesediaan untuk dihubungi sewaktu-waktu bila dibutuhkan (catat nomor telepon yang bisa di hubungi).

Lampiran 3

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK PETUGAS PENGELOLA
PROGRAM KIA DI PUSKESMAS**

Nama : Tanggal wawancara :
Jenis kelamin : Pewawancara :
Pendidikan :
Lama Tugas :

Daftar pertanyaan

1. Bagaimana pembiayaan program KIA di puskesmas
2. Bagaimana sarana prasarana penunjang program KIA
3. Bagaimana peralatan medis dan non medis untuk program KIA
4. Bagaimana tenaga bidan yang bekerja disini
5. Bagaimana pembuatan perencanaan program KIA
6. Bagaimana fungsi pengorganisasian dalam program KIA
7. Bagaimana fungsi penggerakan dalam program KIA
8. Bagaimana fungsi pengawasan dalam program KIA

Lampiran 4

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK KEPALA PUSKESMAS
DALAM PENGELOLAAN PROGRAM PUSKESMAS**

Nama : Tanggal wawancara :
Jenis kelamin : Pewawancara :
Pendidikan :
Lama Tugas :

Daftar pertanyaan

1. Bagaimana pembiayaan program KIA di puskesmas
2. Bagaimana sarana prasarana penunjang program KIA
3. Bagaimana peralatan medis dan non medis untuk program KIA
4. Bagaimana tenaga bidan yang bekerja disini
5. Bagaimana pembuatan perencanaan
6. Bagaimana fungsi pengorganisasian
7. Bagaimana fungsi penggerakan
8. Bagaimana fungsi pengawasan

Lampiran 5

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM UNTUK PENGELOLA PROGRAM
KIA DI DINAS KESEHATAN DI KABUPATEN MIMIKA**

Nama : Tanggal wawancara :
Jenis kelamin : Pewawancara :
Pendidikan :
Lama Tugas :

Daftar pertanyaan

1. Bagaimana pembiayaan program KIA di Puskesmas-----
2. Bagaimana sarana pengelolaan program KIA di Puskesmas -----
3. Bagaimana peralatan dan perbekalan program KIA di Puskesmas -----
4. Bagaimana tenaga untuk program KIA di puskesmas
5. Bagaimana kebijakan anda untuk pengelolaan program di puskesmas
6. Bagaimana sistim insentif untuk program KIA
7. Bagaimana fungsi manajemen dalam program KIA
8. Bagaimana pencapaian target program KIA di Puskesmas

Lampiran 6

**TELAAH DOKUMEN EVALUASI PROGRAM KIA DI PUSKESMAS DI
KABUPATEN MIMIKA TAHUN 2008**

No	Jenis Data	Dokumen	Keterangan		
			1	2	3
1	Geografis	Data di Bappeda	X		
2	Demografi	Data di Bappeda	X		
3	Sosial ekonomi	Data di Bappeda	X		
4	Fasilitas fisik kesehatan	Data di Dinas		X	
5	Peralatan	Data di Puskesmas		X	
6	Obat-obatan	Data di Dinas	X		
		Data di Puskesmas	X		
7	Tenaga kesehatan	Data di Dinkes	X		
		Data di Puskesmas	X		
8	Cakupan program KIA	Data di Dinkes		X	
		Data di Puskesmas		X	
9	Pembiayaan	Dinas kesehatan		X	
		Puskesmas		X	
	Perencanaan	Dinas kesehatan		X	
		Puskesmas		X	

Keterangan

1. Ada dan lengkap
2. Ada dan tidak lengkap
3. Tidak ada

Lampiran 7

Matriks Wawancara Mendalam pada Informan dalam penelitian Evaluasi Program KIA di Puskesmas di Kabupaten Mimika Tahun 2008

No	Sasaran informasi		Informan Penelitian		
	Topik	Unsur yang diteliti	Pengelola KIA Puskesmas	Kepala Puskesmas	Pengelola KIA Dinkes
1	Pembiayaan	<ul style="list-style-type: none"> • Ketersediaan • Ketercukupan • Waktu pencairan 	<p>- Informan 1 (pengelola Program KIA Puskesmas Timika): <i>.... "kami tidak tau sumber pembiayaannya.... ada dana yang diturunkan untuk program KIA.besarnya dana memang tidak cukup... sehingga ada sebagian kegiatan luar gedung berkurang frekwensinya... dana kami peroleh pada pertengahan tahun atau 1-2 bulan sebelum akhir tahun".</i></p> <p>- Informan 3 (pengelola Program KIA Puskesmas Timika Jaya): <i>...." tidak tau tentang sumber pembiayaan... kepala puskesmas tidak beritahu.... Untuk keuangan manajemennya tertutup... biasanya ada sebagian dana dipotong untuk kegiatan puskesmas yang lain Dana yang di peroleh memang kecil....ada masukan pendapatan dari pemberian obat KB dan pertolongan persalinan..... Turunya dana untuk KIA biasa akhir-akhir tahun"</i></p>	<p>- Informan 2 (Kepala Puskesmas Timika): <i>.... "Sumber pembiayaan memang tidak jelas.... Tetapi ada dana operasional puskesmas dan operasional untuk program KIA..... besarnya dana memang tidak memadai.....ada sumber lain dari pendapatan poli dan perawatan puskesmas.... bisa dipakai untuk operasional puskesmas walaupun sebagiannya dimasukan ke kas daerah. waktu pencairan dana biasa pertengahan tahun atau akhir tahun".</i></p> <p>- Informan 4 (Kepala Puskesmas Timika Jaya): <i>...."operasional puskesmas kecil Kami pakai dari dana JPS..... ya terpaksa dana beberapa program termasuk KIA dipotong untuk membantu program yang lain....pencairan dana untuk operasional pada akhir tahun 2007"</i></p>	<p>- Informan 9 (Kasie KIA Dinkes): <i>...." Sumber pembiayaan biasa disampaikan dengan berita acara penyerahan dana ke kepala puskesmas. ... alokasi dana memang kecil.... Kami sudah rencanakan namun sering dicoret oleh BAPEDA ... dana yang ada sering harus disisihkan untuk "pelicin" untuk Bawasda, Bapeda, Keuangan kalau tidak akan dipersulit Pencairan dana memang tidak teratur....itu masalah di Pemda.... Kami konfirmasi dijelaskan karena aturan penggunaan dan pertanggung jawaban anggaran beda-beda tiap tahun sehingga membingungkan.... Hal ini kami alami juga disini.... Tiap tahun memang pertanggungjawaban keuangannya beda-beda.."</i></p> <p>- Informan 10 (Kasubdin Kesga Dinkes): <i>"Anggaran yang turun kadang terlambat, ... dari APBD terhambat karena sidang DPRD tertunda... karena masalah internal di DPRD untuk anggaran tahun 2008 jumlah operasional program</i></p>

			<p>- Informan 5 (pengelola Program KIA Puskesmas Mapuru Jaya): “Tidak tau sumber dana.... kepala puskesmas tidak transparan.. dana yang turun tidak jelas sehingga kadang untuk kunjungan luar gedung mengeluarkan uang sendiri... tidak ada sumber pembiayaan lain. sebab pengobatan yang diberikan gratis... susah minta masyarakat bayar ongkos berobat nanti dapat marah”.</p> <p>- Informan 7 (pengelola Program KIA Puskesmas Kwamki): Dana yang turun memang kecil.... Sudah dibertahukan adapemotongan dana untuk operasional puskesmas dan kegiatan lain.</p>	<p>- Informan 6 (Kepala Puskesmas Mapuru Jaya): ... “operasional yang kami peroleh dari dinas sangat kecil dan baru turun pada akhir tahun 2007 Sehingga dana-dana program yang turun lebih awal digunakan untuk operasional Puskesmas. ... tahun 2007 hampir semua pembiayaan operasional menggunakan dana JPS padahal itu untuk orang miskin. Tidak ada sumber pembiayaan dari puskesmas karena masyarakat tidak membayar ongkos berobat.dari dulu masyarakat dapat pengobatan gratis oleh Malaria Control PT FI (Malcon FI) sampai sekarang..... jadi susah minta bayar”</p> <p>- Informan 8 (Kepala Puskesmas Kwamki): “Operasional turun ‘senin kamis’, tidak tentu. ...Untuk kelangsungan pelayanan .. dana JPS digunakan untuk operasional puskesmas... kami tidak ada sumber lain... semua masyarakat disini berobat gratis... Sulit meminta masyarakat membayar karena dari dulu sampai sekarang dibiasakan Malcon FI berobat gratis”.</p> <p>- Informan 11 (Kepala Puskesmas Ayuka): “Operasional tidak sesuai waktus’, permintaan tidak sesuai dengan kenyataan. ...Untuk kelangsungan pelayanan .. dana JPS digunakan untuk operasional puskesmas— masyarakat berobat ratis</p> <p>- Informan 12 (Kepala Puskesmas</p>	<p>lebih besar dan pencairannya pada awal tahunhal ini sudah ditegaskan oleh Karateker Bupati waktu Rakor.... Jadi kedepan akan lebih baik.</p> <p>... mengenai dana dari provinsi juga ada komitmen untuk diturunkan sesegera mungkin.... ...Ada juga dana dari LPMK untuk program KIA yang kami turunkan ke puskesmas”</p>
--	--	--	---	---	---

				Jila: "tak ada retribusi dari masyarakat --- gratis, operasional kecil--- turun terlambat	
2	Sarana dan prasarana	<ul style="list-style-type: none"> Ketersediaan ruang kerja (ruang kerja dan ATK yang dibutuhkan) 	<p>- Informan 1 (pengelola Program KIA Puskesmas Timika): ... "Ruang kerja dan ATK relatif cukup..... Sebenarnya sangat baik kalau ditambahkan lagi sebab untuk ruangan Poli KIA terlalu kecil sedangkan yang bertugas banyak orang".</p> <p>Informan 3 (pengelola Program KIA Puskesmas Timika Jaya): "Untuk ruang dan ATK di Poli KIA dan ruang bersalin cukup...."</p> <p>Informan 5 (pengelola Program KIA Puskesmas Mapuru Jaya): .."ruangan dan ATK tidak ada masalah.... Kendalanya pada listrik dan air bersih untuk puskesmas ...kami tidak bisa bantu persalinan di Puskesmas ... pertolongan persalin-biasa di lakukan di rumah penduduk".</p> <p>- Informan 7 (pengelola Program KIA Puskesmas Kwamki): ... "Untuk ruang KIA KB dan Gizi baru saja di tambah ruangan sehingga menjadi luas"</p>	<p>- Informan 2 (Kepala Puskesmas Timika): ... "Memang ruangan poli KIA kecil namun cukup untuk kondisi sekarang".</p> <p>- Informan 4 (Kepala Puskesmas Timika Jaya): .."ruangan dan ATK untuk program KIA sudah memadai.... Namun yang menjadi kendala adalah perlu penambahan ruangan untuk ruang kerja bagian administrasi Puskesmas".</p> <p>- Informan 6 (Kepala Puskesmas Mapuru Jaya): .."Masalah listrik dan Air bersih sudah disampaikan ke kepala dinas tetapi sampai sekarang belum ada realisasinya..... menurut beliau sudah dianggarkan untuk tahun 2008"</p> <p>- Informan 8 (Kepala Puskesmas Kwamki): ... "Untuk ruangan KIA, KB dan KIA tidak ada masalah</p>	<p>- Informan 10 (Kasubdin Kesga Dinkes): ... "Untuk ruangan dan ATK di puskesmas hanya beberapa puskesmas yang mengalami kendala listrik dan air bersih termasuk Mapuru Jaya.... sudah di rapatkan di tingkat dinas dan telah dimasukan dalam anggaran tahun 2008.... Masalah yang penting justru belum adanya polindes dan rumah tinggal bidan di beberapa wilayah kerja puskesmas..... telah direncanakan untuk membangun polindes dan rumah bidan tempat-tempat tersebut... saya optimis karena program ini di dukung oleh gubernur dan bupati"</p>

				<ul style="list-style-type: none"> - Informan 11 (Kepala Puskesmas Ayuka): <i>“masih ada beberapa kampong yang belum ada pustu/polindes, sarana ptransportasi laut dan darat tersedia manum, masalah BBM menjadi kendala. Beberpa alat memang rusak</i> - Informan 12 (Kepala Puskesmas Jila): <i>“kekurangan rumah dinas sehingga dalam bertugas di bagi tiga tim yang bergilirang dalam bertugas di pusksmas jila --- masih banyak kampong yang belum tersedia sarana kesehatan.</i> 	
3	Peralatan	<ul style="list-style-type: none"> • Ketersediaan alat medis dan non medis untuk pelayanan KIA 	<ul style="list-style-type: none"> - Informan 1 (pengelola Program KIA Puskesmas Timika): <i>“Untuk alat medis dan nonmedis di Puskesmas Timika cukup lengkap”</i> - Informan 3 (pengelola Program KIA Puskesmas Timika Jaya): <i>“Peralatan medis dan non medis relative cukup”</i> - Informan 5 (pengelola Program KIA Puskesmas Mapuru Jaya): <i>....”Alat medis dan non medis cukup”...</i> - Informan 7 (pengelola Program KIA Puskesmas Kwamki): <i>..”Alat medis dan non medis</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Informan 2 (Kepala Puskesmas Timika): <i>“Peralatan medis dan non medis di Puskesmas Timika cukup lengkap karena disamping ada droping dari dinas kesehatan 1 -2 tahun belakangan ini Alat-alat yang dulu pun masih baik untuk di fungsikan”.</i> - Informan 4(Kepala Puskesmas Timika Jaya): <i>“di Puskesmas Timika Jaya peralatan untuk KIA cukup”</i> - Informan 6 (Kepala Puskesmas Mapuru Jaya): <i>...Alat medis dan non medis untuk KIA cukup....”</i> - Informan 8 (Kepala Puskesmas Kwamki): <i>..”Alat medis dan non medis cukup”</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Informan 9 (Kasie KIA Dinkes): <i>Peralatan medis dan non medis untuk program KIA untuk tiap puskesmas cukup.... Semua bidan di desa telah memperoleh bidan KID... untuk bidan KID masih ada persediaan di gudang.</i> - Informan 10 (Kasubdin Kesga Dinkes): <i>“Ada program baru pada tahun 2008 bahwa di setiap Puskesmas nantinya akan memperoleh alat USG untuk pemeriksaan kehamilan”</i>

			<i>cukup” ...</i>		
4	Obat-obatan	<ul style="list-style-type: none"> • Ketersediaan obat-obatan untuk pelayanan KIA khususnya Fe dan Calsium untuk Bumil 	<p>- Informan 1 (pengelola Program KIA Puskesmas Timika): ... “Obat-obatan untuk program KIA cukup, ...selain obat-obatan dari dinas juga ada susu formula, dan biscuit dan bubur PMT untuk Bumil, Bufas, Buteki dan bayi balita.”</p> <p>- Informan 3 (pengelola Program KIA Puskesmas Timika Jaya): Obat-obatan untuk program KIA persediaannya cukup.....</p> <p>- Informan 5 (pengelola Program KIA Puskesmas Mapuru Jaya): ...”Untuk obat-obatan cukup... susu dan PMT berupa biscuit dan bubur kami dapat dari dinas”.....</p> <p>- Informan 7 (pengelola Program KIA Puskesmas Kwamki): “obat-obatan cukup tersedia ... memang ada susu dan PMT dari dinas”</p>	<p>- Informan 2 (Kepala Puskesmas Timika): ...” :Obat-obatan untuk Program KIA tersedia cukup karena diperoleh dari gudang farmasi dan dari Kesga Ada juga susu dan biscuit yang masuk dari dinas”</p> <p>- Informan 4 (Kepala Puskesmas Timika Jaya): ... Obat-obatan di puskesmas Timika jaya biasa kami ambil dari gudang per tiga bulan.... Persediaannya cukup... dan untuk program KIA selain obat-obatan juga ada susu formula, dan PMT bagi bayi, balita dan bumil”</p> <p>- Informan 6 (Kepala Puskesmas Mapuru Jaya): “... Untuk obat-obatan cukup ... fya ada bantuan susu dan PMT dari dinas”</p> <p>- Informan 8 (Kepala Puskesmas Kwamki): ... “Untuk obat-obatan cukup” ...</p>	<p>- Informan 9 (Kasie KIA Dinkes): ...persediaan obat-obatan untuk program KIA cukup... pengadaanya biasa menggunakan beberapa sumber dana termasuk dana otsus..... kami telah mendistribusiakan susu formula untuk Bumil, Buteki serta Pasi untuk bayi dengan ibu HIV Positif dan PMT untuk Bumil, Bayi dan Balita ke semua Puskesmas”</p>
5	SDM Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> • Ketersediaan tenaga Bidan • Distribusi tenaga di Puskesmas 	<p>- Informan 1 (pengelola Program KIA Puskesmas Timika): ...”Tenaga bidan di puskesmas Timika cukup..... tetapi setelah rumah sakit baru dibuka pada pertengahan tahun 2007 banyak tenaga puskesmas yang di tarik ke rumah sakit sehingga terjadi sedikit</p>	<p>- Informan 2 (Kepala Puskesmas Timika): ... “Tenaga bidan di puskesmas Timika cukup banyak, sebab selain yang mempunyai SK tetap banyak juga pegawai titipan.... Memang ada beberapa bidan yang pindah tetapi tidak terlalu mempengaruhi”</p>	<p>- Informan 9 (Kasie KIA Dinkes): ...”Untuk puskesmas Timika, Timika Jaya, Mapuru Jaya dan Kwamki tenaga bidannya relatif cukup dan bahkan berlebihan.... Distribusinya tidak merata sehingga ada beberapa Puskesmas di daerah yang jauh</p>

			<p>kekurangan”.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informan 3 (pengelola Program KIA Puskesmas Timika Jaya): ...”Tenaga bidan di Puskesmas ini cukup banyak.....Memang ada tenaga bidan yang pindah ke RSUD tetapi tidak menjadi masalah” - Informan 5 (pengelola Program KIA Puskesmas Mapuru Jaya): ...”Tenaga bidan memang tidak terlalu bannyak tetapi cukuplah”..... - Informan 7 (pengelola Program KIA Puskesmas Kwamki): “Tenaga bidan cukup banyak”..... 	<ul style="list-style-type: none"> - Informan 4(Kepala Puskesmas Timika Jaya): Tenaga bidan di puskesmas Timika jaya cukup untuk penerapan program KIA.Memang ada bidan yang di tarik ke RSUD tetapi tidak mengganggu pelaksanaan program KIA” - Informan 6 (Kepala Puskesmas Mapuru Jaya): ...”Tenaga bidan masih kurang sebenarnya tetapi yang sekarang ini mungkin masih bisa....” Kami kekurangan beberapa tenaga di program lain termasuk administrasi karena sebagian ditarik ke rumah sakit” - Informan 8 (Kepala Puskesmas Kwamki):”Tenaga bidan cukup hanya beberapa tenaga pada program lain yang masih kurang..... memang ada sebagian tenaga kami yang pindah ke RSUD” - Informan 11 (Kepala Puskesmas Ayuka): “Dipuskesmas Ayuka hanya 1 bidan yang bertugas... kami masih membutuhkan lagi” memang susah karena belum ada sarana yang memadai selain itu memang bidan-bidan hampir senmua berada di kota - Informan 12 (Kepala Puskesmas Jila): 	<p>kekurangan tenaga bidan.... Memang banyak tenaga bidan yang ditarik ke RSUD tetapi itu kebijakan Bupati”.</p> <p>.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informan 10 (Kasubdin Kesga Dinkes):”Jumlah dan kualitas tenaga bidan memang masih kurang untuk itu kami telah melakukan beberapa kegiatan pelatihan dan kedepan akan direncanakan itu secara teratur.... Direncanakan juga untuk membangun rumah bidan dan semua fasilitas lengkap seperti televisi, parabola dan fasilitas lain serta insentif yang cukup besar agar bidan dapat bertugas di Kampung..... Ada sedang merencanakan untuk membuka program D3 kebidanan untuk menjawab kebutuhan jumlah tenaga”...
--	--	--	--	---	--

				<i>"tidak ada bidan yang bertugas di sana, selain jauh juga karena alasan keluarga dan belum ada sarana penunjang yang memadai"</i>	
6	Fungsi Manajemen	<ul style="list-style-type: none"> • Perencanaan Program KIA di Puskesmas • Pengorganisasian untuk pengelolaan program KIA di Puskesmas • Pergerakan untuk pengelolaan Program KIA di Puskesmas • Pengawasan untuk pengelolaan program KIA di puskesmas 	<p>- Informan 1 (pengelola Program KIA Puskesmas Timika): <i>"Kami biasa membuat POA yang akan di rapatkan di puskesmas melalui Lokmin.... Setiap bulan kami melakukan Lokmin.... Belum ada perencanaan induk tentang arah pengembangan Puskesmas jadi kami bekerja rutin seperti biasa tiap tahun dilakukan ... kepala puskesmas biasa mengontrol laporan tiap bulan..... ada supervisi dari dinas tetapi jarang dan masalah yang kami sampaikan tidak terselesaikan juga "</i></p> <p>- Informan 3 (pengelola Program KIA Puskesmas Timika Jaya): <i>"Masalah pembangian tugas internal dalam program KIA puskesmas telah kami berikan pada masing-masing orang sehingga semua dapat tugas masing-masing. Kadang tugas luar gedung yang tidak optimal karena terbentur biaya transport..... Biasa kepala puskesmas tegur kalau pekerjaan tidak bagus..... supervisi dari dinas ada.... Mungkin hanya 2 kali dalam satu tahun..... kami biasa sampaikan masalah dan mereka lihat langsung tetapi penyelesaiannya tetap saja begitu"</i></p>	<p>- Informan 2 (Kepala Puskesmas Timika): <i>"... " perencanaan Puskemas biasa kami buat dalam bentuk POA dan dirapatkan bersama dalam Lokmin setelah itu rencana tadi disampaikan ke dinas biasanya pada akhir tahun untuk dimasukkan dalam rencana kabupaten.... Tetapi kadang apa yang kami minta tidak sesuai dengan harapan. Kami biasa bekerja sesuai dengan sasaran-sasaran yang telah ditetapkan oleh dinas seperti yang terjadi tiap tahun.</i></p> <p>- Informan 4(Kepala Puskesmas Timika Jaya): <i>"... "Puskesmas kami telah melakukan prosedur yang diminta dinas kesehatan. Kami buat rencana naikan ke atas tetapi realisasinya tidak sesuai jadi binggung ... ada beberapa pegawai yang saya kembalikan ke dinas karena tidak bekerja baik Saya biasa mengontrol absensi dan laporan balanan.... Selain itu semua permasalahan puskesmas biasanya akan dibicarakan dalam lokmin yang diadakan tiap bulan "</i></p>	<p>- Informan 9 (Kasie KIA Dinkes): <i>... "Perencanaan puskesmas biasa masuk.... Tetapi ada juga yang tidak buat perencanaan sehingga kami kewalahan.... Untuk itu biasa kami buat angka estimasi untuk merencanakan program..... memang apa yang diminta oleh puskesmas biasa kami ajukan tetapi kalau sampai di atas kadang dicoret sehingga mau buat apa lagi. Termasuk dana untuk supervis dikurangi.... Sehingga kami jarang turun ke puskesmas".</i></p> <p>- Informan 10 (Kasubdin Kesga Dinkes): <i>... "Belum ada perencanaan induk untuk program KIA..... jangankan itu renstra Dinas kesehatan saja belum ada.... Menurut kepala dinas dinkes sulit membuat renstra karena kabupaten belum punya renstra yang jelas..... Memang kami jarang supervise karena terbentur dana.... Tetapi ada kebijakan yang dibuat untuk pertemuan rutin dengan puskesmas tiap bulan.... Ada banyak masukan yang diterima dan kami berusaha untuk mengakomodir itu dalam</i></p>

			<p>- Informan 5 (pengelola Program KIA Puskesmas Mapuru Jaya): <i>Kami biasa buat perencanaan tetapi mau sampaikan dimana..... Lokmin juga jarang dilakukan di puskesmas Bagaimana kita mau disiplin..... kepala puskesmas saja jarang masuk kantor... Kami sampaikan langsung permasalahan ini ke subdin kesga dinkes dan mereka sudah tau permasalahan ini.... Jadi kita tunggu saja...."</i></p> <p>- Informan 7 (pengelola Program KIA Puskesmas Kwamki): <i>... "Kami biasa di suruh kepala puskesmas untuk merencanakan program kerja pada akhir tahun untuk dilaksanakan pada awal tahun..... biasa kami buat saja nanti baru siskusi dengan kepala puskesmas..... setelah beres akan di bahas waktu lokmin untuk minta masukan dari teman-teman lain dan sekaligus koordinasi dengan bagian lain untuk pelaksanaannya Kami biasa di tegur bila ada kesalahan..... ada supervise dari dinas tetapi jarang"</i></p>	<p>- Informan 6 (Kepala Puskesmas Mapuru Jaya): <i>... "Bidang-bidang di sini memang sulit diatur..... kita suda bicara tetapi tidak mau dengar..... saya biasa kalau tidak masuk pasti ada urusan ke dinas Rencana yang dibuat biasa seperti pengalaman yang lalu-lau..... kami bekerja sesuai dengan target yang ditentukan oleh dinas kesehatan"</i></p> <p>- Informan 8 (Kepala Puskesmas Kwamki): <i>... "Semua pegawai disini memang tidak mempunyai keahlian untuk merencanakan program tetapi kalau kerja.... Mereka bisa..... jadi perlu dirangsang untuk menjadi tau merencanakan..... memang jarang ada supervisi dari dinas"</i></p>	<p><i>perencanaan kedepan".</i></p>
10	Cakupan program KIA	<ul style="list-style-type: none"> • % pertolongan persalinan nakes • % Kunjungan K1 dan K4 	<p>- Informan 1 (pengelola Program KIA Puskesmas Timika): <i>Cakupan progam kami untuk K1100% tapi cakupan K4 dan TT2 serta Bulin Nakes memang turun Karena disini banyak klinik bersalin swasta....</i></p> <p>- Informan 3 (pengelola Program</p>	<p>- Informan 2 (Kepala Puskesmas Timika): <i>Cakupan program memang sedikit turun Dong semua lari ke klinik swasta</i></p> <p>- Informan 4 (Kepala Puskesmas Timika Jaya): <i>Memang ada ruang bersalin.... Sering</i></p>	<p>- Informan 9 (Kasie KIA Dinkes): <i>Data monitoring cakupan memang terlihat tidak mencapai target yang diinginkan....</i></p> <p>- Informan 10 (Kasubdin Kesga Dinkes): <i>.. cakupan turun karena terkendala biaya..tenaga dan</i></p>

		<p><i>KIA Puskesmas Timika Jaya): Cakupan kami kurang karena banyak klinik swasta serta dekat RSMM</i></p> <p><i>- Informan 5 (pengelola Program KIA Puskesmas Mapuru Jaya): Memang kurang cakupan program disini ... banyak masyarakat yang Kapiri... jadi sulit mencarinya</i></p> <p><i>- Informan 7 (pengelola Program KIA Puskesmas Kwamki): Cakupan kami kurang karena banyak masyarakat mendulang emas.... Sampai ber bulan-bulan</i></p>	<p><i>ada yang datang tapi tidak banyak</i></p> <p><i>- Informan 6 (Kepala Puskesmas Mapuru Jaya): Kami susah untuk menolong persalinan karena kurang fasilitas..... untuk kunjungan ANC agak susah kalau masyarakat sedang kapiri</i></p> <p><i>- Informan 8 (Kepala Puskesmas Kwamki): Untuk tahun 2007 memang cakupan turun Karena ada konflik anr suku sehingga banyak orang yang tinggalkan wilayah disini..... benar memang banyak yang mendulang berbulan-bulan.</i></p>	<p><i>fasilitas ... kami harap ada perbaikan ke depan</i></p>
--	--	--	---	---

