

kk

TKA 35/03

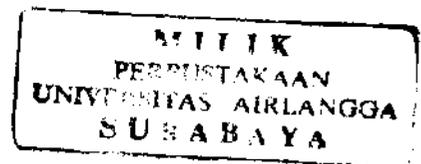
fai
k

TESIS

**KONSEP PUSKESMAS BARU DI ERA OTONOMI DAERAH
(SUATU KAJIAN DI PUSKESMAS KABUPATEN PASIR
KALIMANTAN TIMUR)**



AMIR FAISOL



**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2001**

**KONSEP PUSKESMAS BARU DI ERA OTONOMI DAERAH
(SUATU KAJIAN DI PUSKESMAS KABUPATEN PASIR
KALIMANTAN TIMUR)**

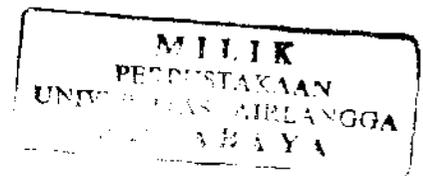
TESIS

Untuk memperoleh gelar Magister
dalam Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga



Oleh:

AMIR FAISOL
NIM. 099913585 M



PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2001

LEMBAR PENGESAHAN

TESIS INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 26 OKTOBER 2001

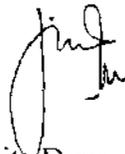
Oleh

Pembimbing Ketua



Dr. S. Supriyanto, dr., MS.
NIP. 130675544

Pembimbing



Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg., MS.
NIP. 131871470

Telah diuji pada tanggal 26 September 2001

PANITIA PENGUJI TESIS

Ketua : Thinni Nurul Rochmah, dra. ec., M.Kes.

Anggota : 1. Dr. S. Supriyanto, dr., MS.
2. Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg., MS.
3. A. Ratgono, dr., MSc.
4. Didik Boedianto, drh., M.Kes.
5. S.K. Poerwani, dr., MARS.



UCAPAN TERIMA KASIH

Pertama-tama kami panjatkan puji syukur kehadiran Allah Yang Maha Pengasih lagi Penyayang atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga tesis ini dapat diselesaikan.

Kami ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Pemerintah Republik Indonesia cq. Menteri Kesehatan Republik Indonesia yang telah memberikan bantuan finansial, sehingga meringankan beban kami dalam menyelesaikan tesis ini.

Terima kasih yang tak terhingga kami ucapkan kepada Dr. S. Supriyanto, dr.,MS dan Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg.,MS yang bertindak sebagai pembimbing dalam penulisan tesis ini, yang dengan sabar telah meluangkan waktunya untuk membimbing kami, mulai dari penyusunan proposal sampai penulisan tesis.

Terima kasih yang sebesar-besarnya juga kami ucapkan kepada yang terhormat :

Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya beserta staf, atas kesempatan kami menjadi mahasiswa Program Magister pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga.

Ketua Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Airlangga, dan Ketua Minat Studi Manajemen Kesehatan beserta seluruh staf administrasi, atas segala bantuannya selama kami menjadi mahasiswa pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga.

Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Timur dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Paser yang telah memberikan izin kepada kami untuk mengikuti pendidikan magister pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga.

Camat Tanah Grogot dan Camat Paser Belengkong Kabupaten Paser serta Lurah Tanah Grogot dan Kepala Desa Suatang Baru beserta masyarakat di kedua wilayah

kelurahan atau desa tersebut, atas segala bantuan dan kerja samanya memberikan ijin penelitian dan sebagai responden penelitian.

Kepala Puskesmas beserta seluruh staf Puskesmas di Kabupaten Pasir atas segala bantuan dan kerja samanya memberikan kemudahan kepada kami dalam melakukan penelitian, serta atas kesediaannya menjadi responden penelitian.

Secara khusus ucapan terima kasih kami ucapkan kepada istriku tercinta, Euis Farida yang dengan sabar dan penuh kasih sayang selalu memberikan dorongan dan semangat kepada kami dalam menyelesaikan pendidikan ini. Kepada anak-anakku yang tersayang, Naufal Faza Rusdi dan Naja Maziatul Izza yang rela ditinggal sementara selama pendidikan ini.

Untuk ayahanda (almarhum) dan ibunda (almarhumma), yang telah mengasuh, merawat dan mendidik kami dengan penuh kasih sayang dan pengorbanan yang sangat besar, semoga segala amal ibadah di dunia diterima Allah SWT.

Kepada rekan-rekan seangkatan di minat studi Manajemen Kesehatan, Andjar, Ayu dan Nanik serta rekan-rekan di kelas Gudodin, kami ucapkan terima kasih atas semua kerja samanya selama pendidikan di Pascasarjana Universitas Airlangga. Dan terakhir, kepada semua pihak yang telah membantu kami, yang tidak dapat kami sebutkan satu per satu, dengan ini saya mengucapkan terima kasih atas segala bantuannya.

Akhirnya, semoga Allah Yang Maha Kuasa senantiasa memberikan bimbingan dan petunjuk-Nya kepada kita semua. Amin.

Surabaya, Oktober 2001

Penulis

RINGKASAN

Era otonomi daerah di Indonesia ditandai dengan keluarnya Undang-Undang nomor 22 tahun 1999 tentang pemerintahan daerah, yang merupakan *entry point* yang tepat menyusun konsep Puskesmas sesuai kebutuhan masyarakat setempat, karena konsep Puskesmas saat ini tidak sesuai lagi dengan tuntutan otonomi daerah.

Penelitian ini merupakan penelitian *observational cross sectional* dengan tujuan menyusun konsep Puskesmas baru di Kabupaten Pasir Kalimantan Timur menurut pendapat petugas dan *stakeholder* Puskesmas, kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas, dengan memperhatikan ketersediaan sumber daya Puskesmas serta kewenangan daerah di bidang kesehatan pada era otonomi daerah.

Sampel penelitian petugas Puskesmas sebanyak 48 petugas yang diambil dari 24 Puskesmas yang ada di Kabupaten Pasir, sedang sampel *stakeholder* Puskesmas berjumlah 6 orang sesuai institusi yang terkait dengan kesehatan di daerah. Untuk sampel masyarakat terdiri dari ibu rumah tangga dan tokoh masyarakat di Kelurahan Tanah Grogot dan Desa Suatang Baru yang terpilih menjadi lokasi penelitian. Jumlah sampel rumah tangga sebanyak 354 sampel dan tokoh masyarakat berjumlah 15 orang.

Variabel penelitian ini meliputi pendapat petugas dan *stakeholder* mengenai pengertian Puskesmas, fungsi Puskesmas, wewenang Puskesmas, pengelolaan kegiatan Puskesmas dan tanggung jawab Puskesmas, ketenagaan Puskesmas dan kedudukan Puskesmas, kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas, ketersediaan sumber daya Puskesmas, kewenangan daerah di bidang kesehatan serta konsep Puskesmas baru di era otonomi daerah.

Hasil penelitian menghasilkan konsep Puskesmas baru sebagai berikut : pengertian Puskesmas adalah suatu organisasi pelayanan kesehatan mandiri yang bertanggung jawab pada wilayah kerjanya. Istilah mandiri dalam pengertian Puskesmas hanya sebatas kemandirian menentukan kegiatan pelayanan yang akan dilaksanakan (namun tidak termasuk dalam pembiayaan kegiatan). Puskesmas tetap melaksanakan 3 fungsinya, namun dengan berbagai penyempurnaan sesuai tuntutan pembangunan kesehatan. Sebagai organisasi pelayanan mandiri, kewenangan yang dimiliki Puskesmas juga meliputi : kewenangan merencanakan kegiatan sesuai masalah kesehatan di wilayahnya, kewenangan menentukan kegiatan yang termasuk *public goods* atau *private goods* serta kewenangan menentukan target kegiatan sesuai kondisi geografi Puskesmas. Jumlah kegiatan pokok Puskesmas diserahkan pada tiap Puskesmas sesuai kebutuhan masyarakat dan kemampuan sumber daya yang dimiliki, namun Puskesmas tetap melaksanakan kegiatan pelayanan dasar yang menjadi kesepakatan nasional. Wilayah kerja Puskesmas ditentukan berdasarkan wilayah tertentu atau jumlah desa tertentu, misalnya 6 sampai 8 desa. Di samping tenaga kesehatan yang telah ada, Puskesmas saat ini juga banyak memerlukan tenaga analis kesehatan, dokter gigi dan gizi masyarakat. Kedudukan Puskesmas tetap menjadi unit pelaksana Dinas Kesehatan Kabupaten.

Kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan Puskesmas sebagian besar adalah melakukan pengobatan umum. Sedangkan harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas ketika berobat di Puskesmas adalah pelayanan oleh seorang dokter atau dokter gigi, tersedianya obat yang lebih bermutu dan obat paten, jam 08.00 Puskesmas sudah siap memberikan pelayanan, pelayanan yang cepat, tepat, sabar dan ramah, adanya pelayanan spesialis serta dibentuk Badan Penyantun Puskesmas.

ABSTRACT

Objective of this research is mainly to develop a concept for new health centers within era of the regional autonomy in Pasir District, East Kalimantan. It was the observational cross sectional research in view of developing the concept for the new health centers in comply with employees and stakeholders of the health centers, the needs and expectations of community concerned with the high quality service, availability of resources in health centers and the regional authority in health filed within era of the regional autonomy.

The sample of employees are 48 people to which they were taken in systematic random sampling. Each health center was represented by two people of total 24 health centers in Pasir District. Sampel of stakeholders consisted of 6 people in line with the institution. Sample of community were composed of housewives and community leaders in kelurahan Tanah Grogot and village of Suatang Baru. Sample of community incorporated 354 people and community leaders included 15 people.

Results derived from employees, stakeholders, community and community leaders together with resources which the health centers possessed and regional authority in the health field brought about the concept of new health centers as follows : the health centers were defined as the self-generating health service unit being responsible for managing health issues within its operating area. As the self-generating service unit, authorities of the health centers included : authority in planning the activities relative to health issues in the health centers areas, in determining allocation of activities for public goods and private goods, in determining target of activities by consideration of geographical condition and resources which the health centers belonged to, as well as number of the main activities to depend upon each health centers to decide. The health centers still to provide three functioned. Operating area of the health centers was determined based on number of villages, example 6 up to 8 villages. The health staff the health centers required were health analysts, dentist and community nutritionist. The health centers would be in position of the health regency service units in district area.

The needs of community a greater part to the health centers services were common cure. The expectation of community to quality of services in the health centers that should be met including : in each visit to health centers provide service by physician or dentist, in which the health centers were expected to provide the high quality drugs and furnished the community with patent drugs. The health centers began to open and provide service at 08.00. The health centers provide service were fastly, exactly, politely and friendly. The also provided the specialist service, especially child specialist and established the Health Center Council.

Key words : the regional autonomy, health centers, the needs and expectations of community

DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul Depan	i
Sampul Dalam	ii
Prasyarat Gelar	iii
Persetujuan	iv
Penetapan Panitia Penguji	v
Ucapan Terima Kasih	vi
Ringkasan	viii
Abstract	ix
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Identifikasi Masalah	9
1.3 Rumusan Masalah	16
1.4 Tujuan Penelitian	16
1.5 Manfaat Penelitian	17
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Pengertian Konsep	18
2.2 Konsep Puskesmas	18
2.3 Konsep Pembangunan Kesehatan	22
2.4 Pengembangan Konsep Puskesmas Baru	26
2.5 Perkembangan Puskesmas di Indonesia	35
2.6 Undang-Undang Otonomi Daerah	38
2.7 Kebutuhan dan Harapan Masyarakat	40
2.8 Mutu Pelayanan Kesehatan	44
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL PENELITIAN	
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian	47
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Rancangan Penelitian	50
4.2 Lokasi Penelitian	50
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian	50
4.4 Kerangka Operasional Penelitian	53
4.5 Variabel Penelitian	55
4.6 Definisi Operasional	56
4.7 Prosedur Pengumpulan Data	75

BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
5.1 Gambaran Umum Penelitian	77
5.1.1 Gambaran Daerah Penelitian.....	77
5.1.2 Karakteristik Responden Penelitian.....	78
5.2 Pendapat Petugas dan <i>Stakeholder</i> Puskesmas	82
5.2.1 Pendapat Mengenai Pengertian Puskesmas.....	82
5.2.2 Pendapat Mengenai Fungsi Puskesmas.....	84
5.2.3 Pendapat Mengenai Wewenang dan Pengelolaan Kegiatan Puskesmas.....	86
5.2.4 Pendapat Mengenai Tanggung Jawab Puskesmas.....	99
5.2.5 Pendapat Mengenai Ketenagaan Puskesmas.....	102
5.2.6 Pendapat Mengenai Kedudukan Puskesmas.....	104
5.3 Kebutuhan dan Harapan Masyarakat Terhadap Mutu Pelayanan Puskesmas.....	105
5.3.1 Kebutuhan Terhadap Pelayanan Puskesmas.....	105
5.3.2 Harapan Terhadap Jenis Pemberi Pelayanan Kesehatan.....	106
5.3.3 Harapan Terhadap Obat yang Diberikan Puskesmas.....	111
5.3.4 Harapan Terhadap Jam Buka Puskesmas.....	113
5.3.5 Harapan Terhadap Pelayanan yang Tersedia di Puskesmas...	114
5.3.6 Harapan Terhadap Adanya Pelayanan Spesialis.....	116
5.3.7 Harapan Terhadap Adanya Pelayanan Tambahan.....	117
5.4 Sumber Daya Puskesmas.....	120
5.5 Kewenangan Daerah di Bidang Kesehatan.....	125
5.6 Penyusunan Konsep Puskesmas Baru.....	127
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan.....	140
6.2 Saran	144
Daftar Pustaka	145
Lampiran :	
1. Kuesioner Penelitian Petugas.....	149
2. Kuesioner Penelitian <i>Stakeholder</i>	156
3. Kuesioner Penelitian Masyarakat.....	161

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 Cakupan Pelayanan Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 1997 s/d tahun 2000	5
Tabel 5.1 Jumlah Sarana Kesehatan di Kabupaten Pasir tahun 2000...	77
Tabel 5.2 Distribusi Petugas Menurut Golongan Umur di Kabupaten Pasir tahun 2001	79
Tabel 5.3 Distribusi Petugas Menurut Jabatan di Kabupaten Pasir tahun 2001	79
Tabel 5.4 Distribusi Petugas Menurut Tingkat Pendidikan di Kabupaten Pasir tahun 2001	80
Tabel 5.5 Distribusi Petugas Menurut Masa Kerja di Kabupaten Pasir tahun 2001	80
Tabel 5.6 Distribusi Masyarakat Menurut Golongan Umur di Kabupaten Pasir tahun 2001	81
Tabel 5.7 Distribusi Masyarakat Menurut Tingkat Pendidikan di Kabupaten Pasir tahun 2001	81
Tabel 5.8 Distribusi Tokoh Masyarakat Menurut Jabatannya di Kabupaten Pasir tahun 2001	82
Tabel 5.9 Distribusi Pendapat Petugas dan <i>Stakeholder</i> Mengenai Pengertian Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001	83
Tabel 5.10 Distribusi Pendapat Petugas dan <i>Stakeholder</i> Mengenai Pelaksanaan Fungsi Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001	84
Tabel 5.11 Distribusi Pendapat Petugas dan <i>Stakeholder</i> Mengenai Jenis Pelayanan Kesehatan Yang Belum Optimal.....	85
Tabel 5.12 Distribusi Pendapat Petugas dan <i>Stakeholder</i> Mengenai Wewenang Puskesmas Dalam Perencanaan Kegiatan di Kabupaten Pasir tahun 2001	86
Tabel 5.13 Distribusi Pendapat Petugas dan <i>Stakeholder</i> Mengenai Wewenang Puskesmas Dalam Pembagian Kegiatan Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001	88

Tabel 5.14	Distribusi Pendapat 31 Petugas Mengenai Pembagian 10 Kegiatan Puskesmas Menjadi Barang Publik atau Barang Privat di Kabupaten Pasir tahun 2001	90
Tabel 5.15	Distribusi Pendapat Petugas dan <i>Stakeholder</i> Mengenai Wewenang Puskesmas dalam Penentuan Tarif di Kabupaten Pasir tahun 2001	91
Tabel 5.16	Distribusi Pendapat Petugas dan <i>Stakeholder</i> Mengenai Kenaikan Tarif Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001..	92
Tabel 5.17	Distribusi Pendapat Petugas Mengenai Wewenang Puskesmas Dalam Penentuan Target Kegiatan di Kabupaten Pasir tahun 2001.....	93
Tabel 5.18	Distribusi Pendapat Petugas Mengenai Jumlah Kegiatan Pokok Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001.....	94
Tabel 5.19	Distribusi Pendapat Petugas Mengenai 18 Kegiatan Pelayanan Yang Sebaiknya Menjadi Kegiatan Pokok di Tiap Puskesmas Kabupaten Pasir tahun 2001.....	96
Tabel 5.20	Distribusi 10 Kegiatan Yang Banyak Dipilih Petugas Menjadi Kegiatan Pokok Puskesmas dikaitkan dengan Pembagian Kegiatan Menjadi Barang Publik atau Barang Privat.....	99
Tabel 5.21	Distribusi Pendapat Petugas dan <i>Stakeholder</i> Mengenai Tanggung Jawab Wilayah Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001	100
Tabel 5.22	Distribusi Pendapat Petugas dan <i>Stakeholder</i> Mengenai Tanggung Jawab Penduduk Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001	101
Tabel 5.23	Distribusi Pendapat Petugas Mengenai Tenaga Kesehatan yang Diperlukan Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001....	102
Tabel 5.24	Distribusi Pendapat <i>Stakeholder</i> Mengenai Tenaga Kesehatan yang Diperlukan Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001....	103
Tabel 5.25	Distribusi Pendapat Petugas dan <i>Stakeholder</i> Mengenai Kedudukan Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001	104
Tabel 5.26	Distribusi Kebutuhan Masyarakat Terhadap Pelayanan Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001	106
Tabel 5.27	Distribusi Jenis Tenaga Kesehatan Yang Diharapkan Masyarakat Ketika Berobat ke Puskesmas dikaitkan Dengan Kebutuhan Masyarakat Terhadap Pelayanan Puskesmas.....	107

Tabel 5.28	Distribusi Jenis Tenaga Kesehatan Yang Diharapkan Masyarakat dikaitkan dengan Apakah Masyarakat Mendapatkan Tenaga Kesehatan Yang Diharapkan.....	108
Tabel 5.29	Distribusi Tingkat Kepuasan Masyarakat Terhadap Pelayanan Tenaga Kesehatan di Kabupaten Pasir tahun 2001	109
Tabel 5.30	Distribusi Harapan Masyarakat Terhadap Obat yang Diberikan Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001	112
Tabel 5.31	Distribusi Pendapat Masyarakat Mengenai Kemanjuran Obat Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001	113
Tabel 5.32	Distribusi Harapan Masyarakat Terhadap Jam Buka Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001.....	113
Tabel 5.33	Distribusi Alasan Masyarakat yang Mengharapkan Jam Buka Pelayanan Puskesmas Pukul 07.30 atau Pukul 08.00	114
Tabel 5.34	Distribusi Harapan Masyarakat yang Belum Pernah Berobat ke Puskesmas Terhadap Pelayanan yang Tersedia di Puskesmas Kabupaten Pasir tahun 2001	115
Tabel 5.35	Distribusi Harapan Masyarakat Terhadap Perlunya Adanya Pelayanan Spesialis di Puskesmas Kabupaten Pasir tahun 2001.....	116
Tabel 5.36	Distribusi Jenis Pelayanan Spesialis yang Diharapkan Masyarakat Terdapat di Puskesmas.....	116
Tabel 5.37	Distribusi Harapan Tokoh Masyarakat Terhadap Adanya Pelayanan Tambahan di Puskesmas Kabupaten Pasir tahun 2001.....	118
Tabel 5.38	Distribusi Pendapat Tokoh Masyarakat Mengenai Adanya Badan Penyantun Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001	119
Tabel 5.39	Rincian Jumlah Dana, Sumber Dana dan Alokasi Penggunaan Dana Operasional Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 1999 s/d tahun 2001	121
Tabel 5.40	Distribusi Jumlah Tenaga Kesehatan Menurut Jenisnya Dibandingkan dengan Standar Tiap Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 1998 s/d 2000	123

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Identifikasi Faktor Penyebab Masalah	10
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian	49
Gambar 4.1 Kerangka Operasional Penelitian	54



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Memasuki awal tahun 2000-an, ada beberapa peristiwa penting yang secara langsung atau tidak langsung akan mempengaruhi proses pembangunan kesehatan di Indonesia. Peristiwa tersebut adalah era perdagangan bebas dunia yang mulai berlaku pada tahun 2003 (Wibowo, 1998), dan era otonomi daerah yang mulai berlaku pada tahun 2001. Di samping adanya kecenderungan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap mutu pelayanan kesehatan sebagai konsekuensi peningkatan tingkat kesejahteraan masyarakat Indonesia.

Di antara peristiwa tersebut di atas, era otonomi daerah tampaknya menjadi isu penting yang harus dicermati dengan baik oleh para pelaku pelayanan kesehatan dan penentu kebijakan di daerah. Era otonomi daerah di Indonesia ditandai dengan disahkannya Undang-Undang nomor 22 tahun 1999 tentang pemerintahan daerah dan Undang-Undang nomor 25 tahun 1999 tentang perimbangan keuangan antara pemerintah pusat dan daerah, disusul dikeluarkannya Peraturan Pemerintah nomor 25 tahun 2000 tentang kewenangan pemerintah dan kewenangan propinsi sebagai daerah otonom.

Tujuan otonomi daerah adalah memberikan kewenangan yang luas, nyata dan bertanggung-jawab kepada daerah mengatur dan melaksanakan kewenangannya atas prakarsa sendiri sesuai kepentingan masyarakat setempat dan potensi daerah. Pada saat otonomi daerah, pemerintah pusat hanya memegang kendali kebijakan yang bersifat strategis (Jawa Pos, 11 September 2000), sebagaimana dinyatakan dalam Peraturan Pemerintah nomor 25 tahun 2000 yaitu dalam hal penetapan standar, pedoman, pemberian izin, dan penetapan persyaratan. Misalnya penetapan standar akreditasi sarana



dan prasarana kesehatan, pemberian izin dan pengawasan peredaran obat serta pengawasan industri farmasi, dan penetapan persyaratan penggunaan bahan tambahan (zat aditif) tertentu untuk makanan, serta penetapan pedoman pengawasan peredaran makanan.

Sedangkan kewenangan propinsi diantaranya meliputi penetapan pedoman penyuluhan, survailans epidemiologi dan penanggulangan wabah penyakit dan Kejadian Luar Biasa (KLB), serta penempatan tenaga kesehatan strategis. Semua kewenangan selain yang dinyatakan menjadi kewenangan pemerintah pusat dan propinsi dalam peraturan pemerintah tersebut, secara tidak langsung menjadi kewenangan daerah kabupaten atau daerah kota, sesuai penjelasan Undang-Undang nomor 22 tahun 1999, yang menempatkan otonomi daerah secara utuh pada daerah kabupaten atau daerah kota.

Mencermati kondisi di atas, otonomi daerah harus dapat ditangkap oleh pelaku kesehatan di daerah sebagai *entry point* yang tepat untuk menentukan sendiri konsep Puskesmas yang sesuai kebutuhan masyarakat setempat, serta potensi sumber daya yang ada di setiap daerah, yang sangat mungkin akan berbeda antara satu daerah dengan daerah lainnya, karena selama ini Puskesmas menjalankan programnya lebih bersifat sentralistik dan cenderung seragam di seluruh Indonesia.

Pengertian Puskesmas menurut Depkes RI adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat, pembina peran serta masyarakat dan memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok (Depkes RI, 1998)

Sebagai pos terdepan pelayanan kesehatan masyarakat dan merupakan sub sistem dari sistem pelayanan kesehatan di daerah kabupaten atau daerah kota, Puskesmas selama

ini telah memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, yaitu pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Sebelum ada Puskesmas, pelayanan kesehatan dalam satu kecamatan terdiri dari Balai Pengobatan, Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak (BKIA), Usaha Hygiene Sanitasi Lingkungan dan Pemberantasan Penyakit Menular.

Usaha tersebut di atas masing-masing bekerja sendiri dan langsung melapor kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten. Petugas Balai Pengobatan tidak tahu menahu apa yang terjadi di BKIA, begitu juga petugas BKIA tidak mengetahui apa yang dilakukan oleh petugas Hygiene Sanitasi, dan sebaliknya. Dengan adanya sistem pelayanan kesehatan melalui Puskesmas, berbagai kegiatan pokok Puskesmas dilaksanakan bersama di bawah satu koordinasi dan satu pimpinan (Depkes RI, 1998).

Selama ini kita mengenal beberapa konsep Puskesmas, yaitu :

a. Konsep berdasar wilayah

Sebuah Puskesmas mempunyai wilayah kerja meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Khusus untuk kota besar dengan jumlah penduduk satu juta atau lebih, wilayah kerja Puskesmas bisa meliputi satu kelurahan

b. Konsep berdasar jumlah penduduk

Sasaran penduduk yang dilayani oleh sebuah Puskesmas adalah rata-rata 30.000 jiwa setiap Puskesmas

c. Konsep berdasar pelayanan kesehatan

Dalam jenjang tingkat pelayanan kesehatan di Indonesia, Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan pertama yang memberikan pelayanan kesehatan dasar yaitu pengobatan, kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana, kesehatan lingkungan, pemberantasan penyakit menular, gizi, dan promosi kesehatan.

Dengan konsep seperti di atas, Puskesmas merupakan pos terdepan pelayanan kesehatan di Indonesia, sehingga fungsinya sangat strategis dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat dan pembinaan peran serta masyarakat dalam pembangunan di bidang kesehatan (Depkes RI, 1998).

Namun demikian dari berbagai laporan dan hasil penelitian, Puskesmas saat ini masih menghadapi sejumlah masalah yang perlu diatasi secara menyeluruh. Masalah tersebut antara lain adalah :

- a. Tidak secara keseluruhan upaya kegiatan pokok Puskesmas dapat diselenggarakan dengan baik oleh setiap Puskesmas, karena masing-masing Puskesmas mempunyai kemampuan dan potensi yang berbeda dalam melaksanakan kegiatan pokok yang ada, yang sebagian di antaranya kurang diminati dan belum merupakan kebutuhan masyarakat setempat
- b. Ketersediaan tenaga, peralatan, dan biaya kesehatan yang semakin baik ternyata masih belum dibarengi dengan membaiknya kualitas pelayanan kesehatan sebagai dimensi penting dari kepuasan konsumen
- c. Kecenderungan peningkatan tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan masih belum dapat diantisipasi oleh masing-masing Puskesmas, sehingga mengakibatkan terjadinya kesenjangan antara *supply* dan *demand*. Di beberapa Puskesmas terjadi *oversupply* dan di beberapa yang lain terjadi *shortage* terhadap jenis pelayanan kesehatan tertentu
- d. Fungsi Puskesmas tidak dijabarkan dengan baik secara operasional, sehingga pelaksanaannya lebih besar pada fungsi pelayanan kesehatan dibanding fungsi yang lain.

- e. Pada umumnya Puskesmas masih belum berhasil dengan baik dalam membina kemitraan terhadap berbagai pihak, terutama berbagai bidang pembangunan (sektor) lain yang terkait, dan termasuk dalam meningkatkan dan memelihara partisipasi masyarakat
- f. Kesenambungan berbagai program yang dikembangkan oleh Puskesmas tidak terjaga dengan baik, seperti yang terlihat dalam pembinaan Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM) misalnya Posyandu, Pondok Bersalin Desa (Polindes) dan Pos Obat Desa (POD)
- g. Meskipun jangkauan pelayanan sudah hampir merata di seluruh pelosok pedesaan, namun cakupan pelayanannya masih rendah, dan ironisnya dengan pembebasan biaya pelayananpun, penduduk miskin masih belum memanfaatkan Puskesmas secara optimal (Depkes RI, 2000).

Semua masalah Puskesmas di atas juga dialami oleh Puskesmas di Kabupaten Pasir, khususnya cakupan pelayanan Puskesmas yang menunjukkan hasil yang masih di bawah dari target. Cakupan pelayanan Puskesmas yang rendah dapat menunjukkan tingkat pemanfaatan Puskesmas oleh masyarakat yang kurang baik (Depkes RI, 1997).

Beberapa data cakupan pelayanan Puskesmas di Kabupaten Pasir dapat disajikan sebagai berikut :

Tabel 1.1 : Cakupan Pelayanan Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 1997 s/d tahun 2000

Tahun Indikator	1997	1998	1999	2000
<i>Contact Rate</i> (target 2 kali)	1,22 kali	0,83 kali	1,21 kali	0,71 kali
- jumlah semua kunjungan Puskesmas	301.024 kali	207.456 kali	307.706 kali	183.167 kali
K - 1 (target 90 %)	66,2%	66,8%	90,0%	76,8%
K - 4 (target 80 %)	55,9%	66,0%	83,1%	68,0%
KN - 1 (target 80 %)	65,8%	71,1%	85,4%	57,7%
KN - 2 (target 80 %)	59,1%	69,3%	84,2%	56,0%
Persalinan Nakes (target 70 %)	44,7%	51,8%	63,3%	42,5%

Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten Pasir tahun 1998 sampai tahun 2001

Keterangan tabel :

- a. *Contact rate* yaitu jumlah semua kunjungan (kunjungan lama dan baru) masyarakat ke Puskesmas dibagi dengan jumlah penduduk yang ada. Untuk Propinsi Kalimantan Timur, angka *contact rate* ini diterjemahkan sebagai *visit rate*, padahal *visit rate* adalah jumlah semua kunjungan (kunjungan lama dan baru) dibagi jumlah orang sakit.

Sedangkan data kunjungan ke Puskesmas sejak tahun 1998 tidak dibedakan lagi menjadi kunjungan baru dan kunjungan lama sesuai pedoman dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia

- b. K - 1 adalah kunjungan pertama ibu hamil pada trimester pertama, sedangkan K - 4 adalah kunjungan keempat ibu hamil pada trimester ketiga
- c. KN - 1 adalah kunjungan pertama neonatus (bayi umur 0 - 28 hari) ke Puskesmas, dan KN - 2 adalah kunjungan kedua neonatus ke Puskesmas

d. Persalinan nakes adalah pemeriksaan dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (dokter dan atau bidan).

Khusus data cakupan K-1, K-4, KN-1, KN-2 dan persalinan nakes tahun 1999 yang rata-rata di atas target disebabkan karena adanya duplikasi data sesuai pemeriksaan ulang data di Puskesmas oleh Sub Dinas Kesehatan Keluarga Dinas Kesehatan Kabupaten Pasir.

Dari *trends* data selama 4 tahun di atas, tingkat pemanfaatan Puskesmas oleh masyarakat sebagian besar masih rendah (di bawah target), dan diperkirakan beberapa tahun mendatang tetap rendah, padahal tantangan Puskesmas di masa mendatang tidak ringan.

Sementara itu, dengan diberlakukannya otonomi daerah mulai tahun 2001, membuka peluang kepada daerah menentukan sendiri konsep Puskesmas baru sesuai potensi daerah dan kebutuhan masyarakat setempat. Untuk itu, saat ini para pelaku kesehatan di daerah harus melakukan evaluasi terhadap konsep Puskesmas yang ada, sehingga sangatlah penting untuk mempelajari kebijakan yang terkait dengan pelaksanaan otonomi daerah, karena nantinya Puskesmas diberi kewenangan yang lebih luas mengatur sendiri kegiatan pelayanannya sesuai semangat yang terkandung dalam pelaksanaan otonomi daerah.

Untuk menyusun konsep Puskesmas baru, hal lain yang tidak boleh dilupakan adalah persepsi *stakeholder* (Pemerintah Daerah dan DPRD) mengenai Puskesmas sebagai organisasi pelayanan kesehatan tingkat pertama yang banyak dimanfaatkan oleh sebagian besar masyarakat golongan bawah, karena sebagai pemilik Puskesmas dan penentu kebijakan bidang kesehatan di daerah, keberadaannya sangat menentukan bagi

pengembangan Puskesmas di masa mendatang yang mandiri dan mampu bersaing dengan fasilitas pelayanan kesehatan lain.

Di samping persepsi *stakeholder* tersebut, sejumlah masalah (seperti dijelaskan di atas) masih dihadapi Puskesmas dalam pelaksanaan kegiatannya, sehingga berbagai program dan upaya yang diselenggarakan kurang berhasil dilaksanakan secara efektif dan efisien.

Masalah yang dialami Puskesmas tersebut banyak menyangkut hal yang bersifat mendasar dari sistem dan manajemen Puskesmas, yang dapat dijelaskan sebagai berikut :

- a. Kegiatan yang dijalankan Puskesmas lebih bersifat sentralistik dan cenderung seragam di seluruh Indonesia, sehingga mengakibatkan kewenangan Puskesmas yang hampir tidak ada dalam menentukan kegiatan yang sesuai kebutuhan masyarakat dan ketersediaan sumber daya yang dimiliki Puskesmas.**

Hampir seluruh kegiatan Puskesmas telah didesain oleh pengelola program di tingkat atas, terutama tingkat pusat lengkap dengan pedoman pelaksanaannya.

- b. Beban tugas Puskesmas yang besar, hal ini terkait dengan kebijakan memberlakukan 18 upaya kegiatan pokok Puskesmas seperti yang saat ini ditetapkan Depkes RI secara nasional, apalagi dengan kondisi sumber daya yang berbeda satu sama lainnya**
- c. Pengertian Puskesmas sebagai suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional, sudah tidak sesuai lagi dengan kondisi saat ini yang menuntut Puskesmas dapat lebih mandiri dalam mengembangkan upaya pelayanan yang berorientasi pada kebutuhan dan tuntutan masyarakat, serta sesuai kemampuan sumber daya yang dimilikinya (Depkes RI, 2000).**

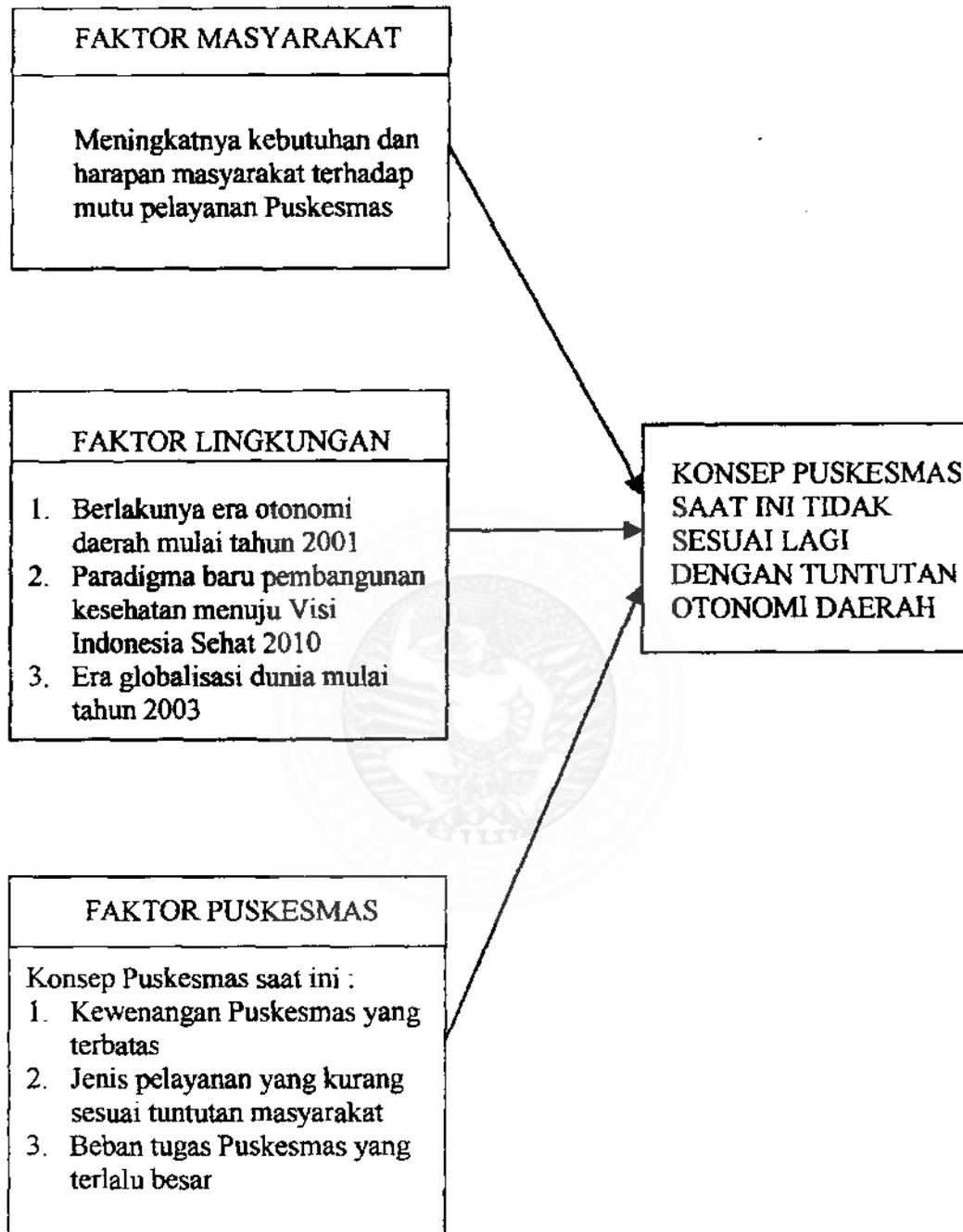
Gambaran kondisi di atas tentu kurang sesuai dengan semangat otonomi daerah, yang pada dasarnya menuntut Puskesmas untuk mampu menyediakan pelayanan kesehatan dengan kualitas prima sesuai tuntutan dan kebutuhan masyarakat.

Dari uraian di atas, secara singkat dinyatakan bahwa masalah dalam penelitian ini adalah **konsep Puskesmas saat ini tidak sesuai lagi dengan tuntutan otonomi daerah.**

1.2 Identifikasi Masalah

Untuk memudahkan mengidentifikasi beberapa faktor yang menjadi penyebab mengapa konsep Puskesmas saat ini tidak sesuai lagi dengan tuntutan otonomi daerah, dapat digambarkan sebagai berikut :





Sumber yang telah dimodifikasi : Depkes RI (1999) dan Depkes RI (2000)

Gambar 1.1 : Identifikasi Faktor Penyebab Masalah

1.2.1 Faktor Masyarakat

Memasuki era otonomi daerah mulai tahun 2001, dipastikan kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu akan semakin meningkat, termasuk dalam hal pelayanan kesehatan di Puskesmas. Dengan demikian konsep Puskesmas yang berlaku saat ini, sudah tidak sesuai lagi dengan semakin meningkatnya kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas. Misalnya kebutuhan dan harapan terhadap pelayanan dokter spesialis serta tersedianya obat paten di Puskesmas.

Asmuri (2000), dalam penelitiannya tentang model pelayanan kesehatan Puskesmas metropolitan di kota Surabaya, melaporkan bahwa 90,1% responden yang diteliti mengharapkan di Puskesmas ada pelayanan dokter spesialis, serta yang mengharapkan tersedianya obat paten di Puskesmas sebanyak 63,6%. Padahal konsep Puskesmas berdasar jenjang tingkat pelayanan kesehatan, Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan pertama yang memberikan pelayanan kesehatan dasar (Depkes RI, 1998). Dengan konsep seperti ini, Puskesmas saat ini hanya menyediakan pelayanan kesehatan umum.

1.2.2 Faktor Lingkungan

a. Berlakunya era otonomi daerah

Era otonomi daerah di Indonesia ditandai dengan disahkannya Undang-Undang nomor 22 tahun 1999 tentang pemerintahan daerah. Tujuan otonomi daerah adalah memberikan kewenangan yang lebih luas, nyata dan bertanggung jawab kepada daerah, mengatur dan melaksanakan kewenangannya atas prakarsa sendiri sesuai kepentingan masyarakat setempat dan potensi daerah (Undang-Undang Nomor 22 tahun 1999).

Dengan tujuan seperti di atas, maka nantinya Puskesmas diberikan kewenangan untuk menentukan sendiri kegiatan pelayanannya. Hal ini tentu berbeda dengan konsep yang ada selama ini, hampir seluruh kegiatan Puskesmas telah didesain oleh pengelola program di tingkat atas, terutama tingkat pusat lengkap dengan pedoman pelaksanaannya (Depkes RI, 2000).

b. Paradigma baru pembangunan kesehatan menuju Visi Indonesia Sehat 2010

Pada tanggal 1 Maret 1999, pemerintah telah mencanangkan Gerakan Pembangunan Berwawasan Kesehatan sebagai Strategi Pembangunan Nasional untuk mewujudkan Visi Indonesia Sehat 2010 (Depkes RI, 1999).

Untuk mencapai visi tersebut, ditetapkan 4 strategi dasar dengan penekanan prioritas pendekatan, yaitu (1) paradigma sehat – pembangunan berwawasan kesehatan, (2) profesionalisme, (3) JPKM dan (4) desentralisasi. Inti pokok strategi desentralisasi adalah pendelegasian wewenang yang lebih besar kepada pemerintah daerah untuk mengatur sistem pemerintahan dan rumah tangga sendiri memang dipandang lebih sesuai untuk pengelolaan pelbagai pembangunan nasional pada masa mendatang (Depkes RI, 1999).

Untuk keberhasilan pembangunan kesehatan, penyelenggaraan pelbagai upaya kesehatan harus berangkat dari masalah dan potensi spesifik masing-masing daerah (Rachmat, 2000).

Dengan strategi desentralisasi ini, konsep Puskesmas saat ini tentu akan mengalami perubahan menyesuaikan dengan paradigma baru pembangunan kesehatan tersebut. Sifat sentralistik dan keseragaman kegiatan di seluruh Puskesmas tentu sudah tidak sesuai lagi, dan harus kita akui pola sentralisasi kewenangan menyulitkan pelaksana di daerah untuk berkreasi dalam

memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan masalah spesifik dan epidemiologi penyakit di daerahnya (Suparmanto, 1999).

c. Berlakunya era globalisasi dunia

Era globalisasi dunia di Indonesia mulai berlaku pada tahun 2003, saat disetujuinya AFTA (*Asean Free Trade Area*) oleh semua negara yang termasuk dalam kelompok negara ASEAN, termasuk Indonesia.

Era globalisasi ini walaupun secara tidak langsung mempengaruhi pembangunan kesehatan di Indonesia, namun tetap harus dicermati oleh pelaku kesehatan di daerah, karena saat itu tidak ada lagi sekat yang membatasi wilayah teritorial tiap negara. Dalam bidang kesehatan hal ini berarti setiap tenaga kesehatan (dokter atau perawat) dari negara ASEAN manapun bebas keluar masuk ke Indonesia, untuk berpraktek di Indonesia tanpa ada larangan atau batasan.

Dengan kondisi seperti ini, maka konsep Puskesmas saat ini tidak sesuai lagi dengan tuntutan globalisasi dunia tersebut, yang menuntut setiap unit pelayanan kesehatan mampu mandiri dan mengurangi sifat ketergantungan pada unit pelayanan di atasnya.

1.2.3 Faktor Puskesmas

Konsep Puskesmas saat ini tidak sesuai lagi dengan tuntutan otonomi daerah, karena konsep yang berlaku saat ini lebih banyak membatasi gerak Puskesmas dalam mengembangkan kegiatannya, sesuai kebutuhan Puskesmas dan keinginan masyarakat setempat, potensi sumber daya yang dimiliki Puskesmas serta sifat masalah kesehatan di setiap Puskesmas. Kondisi demikian tentu tidak sesuai dengan semangat yang terkandung dalam pelaksanaan otonomi daerah.

Konsep Puskesmas yang membatasi gerak Puskesmas dapat dilihat dari kenyataan sebagai berikut :

- a. Kewenangan Puskesmas hampir tidak ada dalam menentukan kegiatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat, serta ketersediaan sumber daya yang dimiliki Puskesmas. Hampir seluruh kegiatan Puskesmas telah didesain oleh pengelola program di tingkat atas terutama tingkat pusat lengkap dengan pedoman pelaksanaannya (Depkes RI, 2000)
- b. Jenis pelayanan Puskesmas yang kurang sesuai dengan tuntutan masyarakat. Puskesmas saat ini hanya menyediakan pelayanan kesehatan yang bersifat umum (dasar), padahal terjadi kecenderungan peningkatan tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang umumnya masih belum dapat diantisipasi oleh masing-masing Puskesmas, sehingga mengakibatkan terjadinya kesenjangan antara *supply* dan *demand*. Di beberapa Puskesmas terjadi *oversupply* dan di beberapa yang lain terjadi *shortage* terhadap jenis pelayanan kesehatan tertentu (Depkes RI, 2000)
- c. Beban tugas Puskesmas yang harus ditanggung adalah cukup besar. Kebijakan untuk memberlakukan 18 upaya kegiatan pokok Puskesmas seperti yang saat ini ditetapkan Depkes RI secara nasional sudah tidak tepat lagi, apalagi dengan kondisi sumber daya yang berbeda satu sama lainnya (Depkes RI, 2000)

Harusnya upaya kegiatan pokok Puskesmas dikembangkan atas dasar dua pertimbangan, yaitu :

1. Kegiatan yang mempunyai kontribusi besar dalam penurunan masalah kesehatan yang menjadi prioritas nasional. Sebaiknya kegiatan tersebut tidak lebih dari 5 – 6 kegiatan
2. Kegiatan spesifik wilayah setempat, yang dikembangkan berdasarkan permasalahan kesehatan setempat. Jumlah kegiatannya diserahkan pada masing-masing Puskesmas sesuai dengan ketersediaan sumber daya pendukungnya (Depkes RI, 2000).

Dari identifikasi masalah yang diuraikan di atas, dikaitkan dengan mulai berlakunya otonomi daerah pada tahun 2001, maka perubahan yang mendasar (reformasi) tentang konsep Puskesmas perlu dilakukan, sehingga Puskesmas di masa depan dapat berfungsi secara efektif dan efisien serta mampu menghadapi berbagai tantangan dan tuntutan otonomi daerah.

Perubahan konsep Puskesmas di era otonomi daerah nanti setidaknya meliputi beberapa hal, yaitu :

- a. Pengertian Puskesmas yang menekankan pada suatu organisasi pelayanan kesehatan yang mandiri
- b. Fungsi, wewenang, pengelolaan kegiatan dan tanggung jawab Puskesmas sesuai kemampuan sumber daya yang dimilikinya
- c. Ketenagaan Puskesmas yang berfokus pada pemenuhan kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas
- d. Kedudukan Puskesmas dalam sistem pelayanan kesehatan di daerah Kabupaten

1.3 Rumusan Masalah

Dari identifikasi masalah yang telah dijelaskan di atas, disusun rumusan masalah sebagai berikut :

- 1.3.1 Bagaimanakah pendapat petugas dan *stakeholder* Puskesmas mengenai pengertian Puskesmas, fungsi, wewenang, pengelolaan kegiatan dan tanggung jawab Puskesmas, ketenagaan Puskesmas serta kedudukan Puskesmas sebagai bahan penyusunan konsep Puskesmas baru pada era otonomi daerah ?
- 1.3.2 Bagaimanakah kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas sebagai bahan penyusunan konsep Puskesmas baru pada era otonomi daerah ?
- 1.3.3 Konsep Puskesmas baru yang bagaimanakah yang tepat di Kabupaten Pasir pada era otonomi daerah ?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Umum :

Menyusun konsep Puskesmas baru pada era otonomi daerah di Kabupaten Pasir Kalimantan Timur

1.4.2 Khusus :

1. Mengidentifikasi pendapat petugas dan *stakeholder* Puskesmas mengenai pengertian Puskesmas, fungsi, wewenang, pengelolaan kegiatan dan tanggung jawab Puskesmas, ketenagaan Puskesmas serta kedudukan Puskesmas sebagai bahan penyusunan konsep Puskesmas baru pada era otonomi daerah
2. Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas sebagai bahan penyusunan konsep Puskesmas baru pada era otonomi daerah

3. Mempelajari sumber daya (*financial dan non financial*) yang dimiliki Puskesmas sebagai bahan penyusunan konsep Puskesmas baru pada era otonomi daerah
4. Mempelajari kewenangan daerah di bidang kesehatan sebagai bahan penyusunan konsep Puskesmas baru pada era otonomi daerah
5. Menyusun konsep Puskesmas baru yang meliputi pengertian Puskesmas, fungsi, wewenang, pengelolaan kegiatan dan tanggung jawab Puskesmas, ketenagaan Puskesmas serta kedudukan Puskesmas pada era otonomi daerah

1.5 Manfaat Penelitian

- 1.5.1 Sebagai masukan bagi Puskesmas dalam rangka meningkatkan cakupan pelayanannya pada era otonomi daerah
- 1.5.2 Sebagai masukan bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Pasir dalam rangka meningkatkan upaya pembinaan kepada Puskesmas
- 1.5.3 Sebagai masukan bagi Pemerintah Kabupaten Pasir dalam rangka menyusun organisasi Puskesmas yang sesuai kebutuhan dan harapan masyarakat di era otonomi daerah

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Pengertian Konsep

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (1994), konsep adalah rancangan, atau ide, atau pengertian yang diabstrakkan dari peristiwa konkret. Sedangkan menurut Supriyanto (1998)¹, proses konseptualisasi adalah suatu proses mental, dimana seseorang ilmuwan menyusun pengalaman atau pengetahuannya tentang fenomena sosial atau fenomena alam ke dalam sesuatu yang mempunyai arti secara utuh. Konsep adalah hasil akhir dari proses konseptualisasi.

Suatu konsep dapat tersusun dari beberapa konsep, sehingga apabila sebuah konsep yang diperoleh dari hasil generalisasi sekelompok fenomena tertentu, juga dapat dipakai untuk menggambarkan fenomena yang sama. Konsep hendaknya disusun dengan kata-kata, simbol-simbol atau lambang yang mudah dimengerti oleh orang lain, sehingga ada kesamaan persepsi terhadap objek atau fenomena yang sama.

Untuk itu konsep harus didefinisikan dengan jelas supaya tidak menimbulkan pengertian yang berbeda-beda bagi setiap orang. Kriteria yang harus dimiliki oleh sebuah konsep meliputi :

- a. *Clarity* : kejelasan konsep
- b. *Observability* : dapat dimengerti atau ditangkap oleh indera
- c. *Completeness* : kelengkapan konsep
- d. *Usefulness* : kegunaan konsep

Keempat kriteria tersebut saling terkait dan melengkapi (Supriyanto, 1998)¹.

2.2 Konsep Puskesmas

Selama ini kita mengenal beberapa konsep Puskesmas, yaitu :

a. Konsep berdasar wilayah

Wilayah kerja sebuah Puskesmas adalah meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Khusus untuk kota besar dengan jumlah penduduk satu juta atau lebih, wilayah kerja Puskesmas bisa meliputi satu kelurahan

b. Konsep berdasar jumlah penduduk

Sasaran penduduk yang dilayani oleh sebuah Puskesmas adalah rata-rata 30.000 penduduk setiap Puskesmas

c. Konsep berdasar pelayanan

Dalam jenjang tingkat pelayanan di Indonesia, Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan pertama yang memberikan pelayanan kesehatan dasar, yaitu pengobatan, kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana, kesehatan lingkungan, pemberantasan penyakit menular, perbaikan gizi, dan promosi kesehatan.

Di Kabupaten Pasir pada akhir tahun 2000, dengan jumlah penduduk sekitar 257.381 jiwa dan jumlah kecamatan sebanyak 12 buah, terdapat Puskesmas sebanyak 24 buah. Sehingga rata-rata tiap kecamatan terdapat 2 buah Puskesmas, atau setiap Puskesmas hanya melayani penduduk sekitar 10.724 jiwa. Namun kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa terdapat kecamatan yang memiliki Puskesmas sebanyak 3 buah, namun ada juga yang hanya memiliki Puskesmas sebanyak 1 buah. Demikian juga dengan jumlah sasaran penduduknya, ada Puskesmas yang mempunyai jumlah sasaran penduduk hanya sekitar 5.000 jiwa, tetapi ada juga yang mempunyai jumlah sasaran penduduk lebih dari 25.000 jiwa.

Dengan demikian di masa mendatang, konsep Puskesmas seperti di atas, ada baiknya perlu ditinjau kembali. Sudah saatnya fokus perhatian pembangunan kesehatan

lebih memprioritaskan penguatan pembangunan kesehatan di tingkat pedesaan, seperti halnya yang dilakukan negara Thailand.

Di Thailand, pusat pelayanan kesehatan di pedesaan dilayani oleh bidan dan petugas paramedis (tanpa dokter) yang memberikan pelayanan pemeriksaan prenatal, postnatal, imunisasi, keluarga berencana, pelayanan gizi, sanitasi dan penyediaan air bersih, serta tindakan gawat darurat yang terbatas (Lieberman, 1996). Pusat kesehatan ini melayani kira-kira 5.000 sampai 10.000 jiwa. Di tiap desa, terdapat relawan kesehatan yang disebut *Village Health Volunteer* dan *Village Health Communicator*. Sementara tenaga dokter yang ada lebih banyak bekerja di Rumah Sakit, baik pemerintah atau swasta. Namun dua per tiga dokter yang bekerja di Rumah Sakit pemerintah, setelah jam kerja mereka akan bekerja di Rumah Sakit swasta (Hayashi and Ohara, 1997).

Dengan konsep tersebut, pada pertengahan tahun 1970-an, 70% penduduk pedesaan Thailand sudah mempunyai akses ke pusat pelayanan kesehatan dan angka kematian bayi tahun 1992 hanya sebesar 26 per 1.000 kelahiran hidup. Sedangkan Indonesia tahun 1992, angka kematian bayinya masih 56 per 1.000 kelahiran hidup (Lieberman, 1996).

Bagi Indonesia, konsep pelayanan kesehatan di Thailand tersebut mungkin dapat ditiru. Hal ini karena dengan konsep seperti itu, di samping lebih mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat pedesaan yang selama ini masih kurang terlayani pelayanan kesehatan dengan baik, juga lebih memberdayakan keberadaan Puskesmas Pembantu yang sudah banyak tersebar di tiap desa, serta keberadaan bidan di desa dengan Polindes (Pondok Bersalin Desa)-nya. Dari pengamatan yang ada, Polindes yang dibangun dengan swadaya desa, tidak banyak bermanfaat bagi ibu bersalin, karena ibu bersalin masih lebih menyukai persalinan di rumahnya. Untuk itu sebaiknya kebijakan tentang Polindes

dirubah saja, dalam arti Polindes digabung menjadi satu dengan Puskesmas Pembantu menjadi suatu pusat pelayanan kesehatan yang lebih lengkap.

Dalam mengembangkan suatu konsep Puskesmas baru, tidak cukup hanya memperhatikan bagaimana perilaku masyarakat dan persepsi petugas Puskesmas dalam memandang pelayanan Puskesmas. Hal lain yang tidak boleh dilupakan adalah bagaimana konsep Puskesmas baru dikaitkan dengan konsep pembangunan kesehatan secara keseluruhan. Hal ini karena timbulnya masalah yang terjadi di Puskesmas, lebih banyak menyangkut hal yang sifatnya mendasar dari sistem dan manajemen Puskesmas.

Namun demikian, apapun konsep Puskesmas baru yang akan dikembangkan, konsep tersebut harus senantiasa menjaga tujuan normatif pembangunan kesehatan, yaitu (1) *accessability*, (2) *equity*, (3) *quality*, (4) *efficiency* dan (5) *sustainability* (Pudjirahardjo dan Chalidyanto, 2000). Dalam reformasi sektor kesehatan, menempatkan *accessability* sebagai prioritas utama, karena dengan memperluas akses pelayanan akan memaksimalkan hasil pelayanan kesehatan pada masyarakat. *Accessability* biasanya dihubungkan dengan ada tidaknya hambatan bagi masyarakat untuk mencapai pelayanan kesehatan, baik secara ekonomi maupun geografis (*Partnerships for Health Reform*, 1997).

Kelima tujuan normatif di atas seharusnya merupakan acuan dasar visi dan misi pembangunan kesehatan di setiap daerah. Walaupun demikian, tidak menutup kemungkinan adanya kebebasan variasi antar daerah sesuai ciri kondisi tiap daerah. Selain itu, dalam pengembangannya harus juga memperhatikan isu tentang : (1) peningkatan derajat kesehatan masyarakat secara holistik, (2) peningkatan produktivitas masyarakat secara individual maupun secara kelompok, serta (3) mengurangi sebanyak mungkin resiko kesakitan dan kecacatan (Pudjirahardjo dan Chalidyanto, 2000).

2.3 Konsep Pembangunan Kesehatan

Konsep pembangunan kesehatan di dunia secara umum dapat kita kelompokkan menjadi :

a. Konsep *utilitarianism*

Konsep ini lebih menekankan pada kepentingan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan dengan fokus pada kepuasan masyarakat, namun demikian akibat yang terjadi adalah adanya sekelompok masyarakat yang akan terganggu haknya atau ada yang terkorbankan.

Utilitarianisme akan beranggapan bahwa sistem upaya kesehatan harus diselenggarakan sedemikian rupa sehingga dapat menjangkau sebanyak mungkin anggota masyarakat. Fletcher dalam Tjong (1991) berpendapat bahwa, sistem upaya kesehatan, baru disebut adil jika sistem ini meningkatkan derajat kesehatan seluruh anggota masyarakatnya. Sehingga etika upaya kesehatan haruslah utilitaris, yakni etika yang mengejar kebaikan yang sebesar-besarnya. Dalam hal kesehatan, kebaikan itu dapat dinikmati oleh sebanyak mungkin anggota masyarakat, atau dengan kata lain demi kemaslahatan masyarakat (Branson, 1976 dalam Tjong, 1991).

Namun demikian bagi Clark C. Havighurst, memperingatkan tidak selamanya demi kemaslahatan masyarakat adalah yang terbaik. Sebab dengan penalaran seperti di atas, kelompok minoritas akan tersingkir (Tjong, 1991).

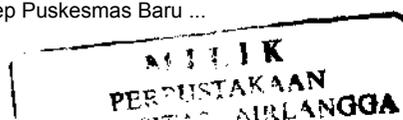
b. Konsep *liberalism*

Konsep ini umumnya ditemui di banyak negara liberal, misalnya Amerika Serikat. Peranan pemerintah hanya terbatas pada upaya kesehatan yang menyangkut kepentingan masyarakat banyak, sedangkan upaya kesehatan lainnya diserahkan pada pihak swasta, dan umumnya pihak swasta mendominasi upaya kesehatan yang ada.

Masyarakat diberi kebebasan memilih pelayanan kesehatan yang mereka inginkan, sehingga akan terjadi suatu kondisi dimana harga pelayanan kesehatan ditentukan pasar pelayanan kesehatan. Pada sistem yang demikian, mutu pelayanan kesehatan akan terjaga dengan baik. Namun pada sisi lain, hanya masyarakat mampu saja yang dapat menikmati mutu pelayanan yang baik, sedang bagi masyarakat miskin akan mendapatkan mutu pelayanan kesehatan yang kurang memuaskan.

Kecenderungan yang banyak ditemui pada konsep ini adalah terjadinya biaya pelayanan kesehatan yang semakin meningkat. Sebagai contoh di Amerika Serikat, tahun 1990 sampai tahun 1995, indeks harga konsumen perekonomian secara keseluruhan meningkat rata-rata 3,1% pertahunnya, sementara indeks harga pelayanan kesehatan meningkat dua kali lipat, yaitu sebesar 6,2%. Pada saat yang sama, pengeluaran biaya kesehatan secara nasional sebagai persentase dari Produk Domestik Bruto (PDB), meningkat dari 12,6% tahun 1990, menjadi 14% tahun 1995, dan mendekati 16% sebagai proyeksi pada akhir tahun 2000. Akan tetapi, seperti yang dinyatakan oleh Lubis (1993), walaupun di Amerika Serikat anggaran kesehatan per orang terus melangit, namun masih cukup banyak rakyatnya yang tidak mempunyai akses terhadap pelayanan kesehatan yang tersedia.

Pada konsep ini, untuk menekan meningkatnya biaya pelayanan kesehatan, upaya yang biasanya dilakukan adalah melaksanakan privatisasi. Misalnya Amerika Serikat yang melakukan privatisasi pelayanan kesehatan dengan harapan dapat menghentikan defisit pembiayaan kesehatan dan mengurangi peran pemerintah. Di samping itu, dengan privatisasi diharapkan juga meningkatkan efisiensi institusi pelayanan kesehatan dan peningkatan produktivitas serta pengalihan kewenangan dan tanggung jawab pembiayaan dari pemerintah ke sektor swasta (McLaughlin, 1998).



Mills (1991), menyatakan bahwa privatisasi adalah merupakan jenis atau macam dari pelaksanaan desentralisasi. Jenis atau macam dari pelaksanaan desentralisasi yang lain adalah dekonsentrasi, devolusi dan delegasi. Privatisasi merupakan pemindahan tugas pengelolaan ke organisasi sukarelawan atau perusahaan privat yang mencari untung ataupun tidak mencari untung dengan berbagai jenis peraturan pemerintah yang mengikatnya. Sedangkan Collins et al. (1994), menyatakan bahwa privatisasi mencakup juga pengalihan tanggung jawab penciptaan atau penyediaan pelayanan kepada organisasi swasta.

c. Konsep *communitarianism*

Prinsip dasar konsep pembangunan kesehatan ini adalah : (1) kesehatan masyarakat adalah tanggung jawab negara, (2) hak seluruh anggota masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan tanpa diskriminasi dijamin negara, dan (3) sistem kesehatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari sistem politik (Tjiong, 1991).

Pada bentuk ini, peranan pemerintah amat dominan dan memonopoli semua upaya kesehatan. Pelayanan kesehatan swasta tidak dikenal karena semua upaya kesehatan dikelola pemerintah. Konsep seperti ini ditemukan di banyak negara sosialis, seperti Kuba dan China. Walaupun mutu pelayanan pada sistem ini kurang baik, namun dengan sistem ini, tingkat pemerataan pelayanan kesehatan dijamin dapat menjangkau seluruh masyarakat, karena pemerintah telah menanggung semua biaya pelayanan kesehatan bagi warganya.

Dengan demikian, konsep *communitarianism* tidaklah selamanya kurang baik. Seperti di Negara Kuba, walaupun pendapatan per kapita penduduk Kuba masih dalam bilangan negara berkembang, tetapi angka kematian bayi dan ibu sudah hampir

menyamai angka-angka di negara pascaindustri. Angka kematian bayi di Kuba, akhir tahun 1990-an sebesar 25 per 1.000 kelahiran (angka terendah untuk Amerika Latin dan Amerika Tengah). Harapan hidup sudah mencapai 72 tahun, yakni angka tertinggi dalam kawasan ini. Kuba juga diakui telah berhasil memberantas penyakit infeksi dan menular. Keberhasilan Kuba dalam bidang Keluarga Berencana juga cukup mencengangkan jika dibandingkan dengan negara Amerika Latin lainnya yang memperoleh bantuan program Keluarga Berencana dari Amerika Serikat.

Upaya yang dilakukan Negara Kuba adalah menasionalisasikan semua rumah sakit, termasuk klinik dan sarana pelayanan kesehatan lainnya. Pelayanan rumah sakit disentralisir. Sedangkan di perdesaan sebagai ujung tombak pelayanan dibangun pos kesehatan komunal yang melayani 3.000 jiwa. Sementara itu, poliklinik yang ada tidak dikelola oleh dokter (sebagaimana yang sering terdapat di banyak negara), tetapi oleh "kelompok spesialis upaya kesehatan primer", yang spesialisasinya ditentukan oleh kelompok umur dan jenis kelamin penderita, misalnya ahli penyakit anak, ahli kebidanan, dan ahli penyakit dalam.

Namun demikian, konsep upaya kesehatan seperti ini cukup mahal, serta menimbulkan ketergantungan masyarakat pada tenaga profesional. Hal ini pada gilirannya akan menjadi kendala untuk mengembangkan kesehatan pencegahan, karena masyarakat menjadi terlalu manja dan cenderung berorientasi pada kedokteran kuratif (Tjiong, 1991).

Melihat semua konsep pembangunan kesehatan di atas, sebetulnya tidak ada satu pun konsep pembangunan kesehatan yang paling baik bagi suatu negara. Harus ada kombinasi di antara konsep satu dengan konsep lain, agar kekurangan suatu konsep dapat ditutupi oleh kelebihan konsep pembangunan kesehatan lain. Sebagai contoh konsep

liberalism, walaupun secara keseluruhan tingkat *quality* pelayanan sangat baik tetapi tingkat *equity* dan *efficiency* kurang baik. Sementara konsep *communitarianism* tingkat *equity* dan *efficiency* sangat baik, namun tingkat *quality* pelayanannya kurang baik.

2.4 Pengembangan Konsep Puskesmas Baru

Dengan mengacu pada beberapa keuntungan dan kekurangan dari konsep pembangunan kesehatan seperti di atas, beberapa upaya perubahan atau pengembangan yang perlu dilakukan pada konsep Puskesmas saat ini adalah sebagai berikut :

a. Perubahan pada pengertian Puskesmas yang dapat lebih mencerminkan kemandirian Puskesmas

Pengertian Puskesmas sebagai suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional, sudah tidak sesuai lagi dengan kondisi saat ini yang menuntut Puskesmas dapat lebih mandiri dalam mengembangkan upaya pelayanan yang berorientasi pada kebutuhan dan tuntutan masyarakat serta sesuai kemampuan sumber daya yang dimilikinya.

Dengan demikian, pengertian Puskesmas harus diubah menjadi unit pelayanan kesehatan tingkat pertama yang mandiri serta bertanggung jawab pada wilayah kerjanya (Depkes RI, 2000).

Berkaitan dengan pengertian mandiri tersebut, beberapa kewenangan yang dimiliki Puskesmas antara lain sebagai berikut :

1. Kewenangan dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pembangunan kesehatan di wilayahnya sesuai kondisi, kultur budaya dan potensi setempat.
2. Kewenangan dalam mencari, menggali dan mengelola sumber pembiayaan yang berasal dari pemerintah, masyarakat, swasta dan sumber lain.
3. Kewenangan dalam pengangkatan tenaga honorer, pemindahan tenaga dan pendayagunaan tenaga kesehatan di wilayah kerjanya (Depkes RI, 2001).

b. Kegiatan pokok Puskesmas tidak harus seragam di setiap Puskesmas, karena situasi dan kondisi serta tuntutan pelayanan kesehatan sangat berbeda dari masyarakat satu dengan lainnya

Indonesia yang secara geografis sangat luas dengan perbedaan suku, budaya, agama, dan variasi masyarakat yang beragam, mengakibatkan kebutuhan dan tuntutan akan pelayanan kesehatan berbeda pula. Dengan memperhatikan hal tersebut, jelas kebijakan untuk memberlakukan 18 upaya kegiatan pokok Puskesmas seperti yang saat ini ditetapkan Depkes RI secara nasional sudah tidak tepat lagi, apalagi dengan kondisi sumber daya yang berbeda satu sama lainnya (Depkes RI, 2000).

Oleh karena itu, upaya kegiatan pokok Puskesmas seyogyanya dikembangkan atas dasar dua pertimbangan, yaitu :

1. Kegiatan yang mempunyai kontribusi besar dalam penurunan masalah kesehatan yang menjadi prioritas nasional. Sebaiknya kegiatan tersebut tidak lebih dari 5 – 6 kegiatan
2. Kegiatan spesifik wilayah setempat, yang dikembangkan berdasarkan permasalahan kesehatan setempat. Jumlah kegiatannya diserahkan pada masing-masing Puskesmas sesuai dengan ketersediaan sumber daya pendukungnya (Depkes RI, 2000).

Pada sisi lain, peningkatan pelayanan kesehatan akan lebih mudah tercapai melalui sosok birokrasi yang tidak kaku, terdesentralisasi, dan memacu inisiatif serta kegairahan bekerja di tingkat bawah. Sedangkan birokrasi pelayanan kesehatan yang tersentralisasi dan kaku akan menimbulkan sikap yang pasif, tergantung dan gairah bekerja yang rendah di tingkat lapangan (Lubis, 1993).

Sebagai contoh sistem logistik Puskesmas yang spesifikasinya dibakukan sama untuk semua Puskesmas di seluruh Indonesia, tanpa menimbang adanya perbedaan sosial ekonomi, letak geografis, budaya dan masalah kesehatan di masing-masing daerah. Karena sistem birokrasi yang lebih *top-down* dan satu arah, petugas-petugas di tingkat lapangan menjadi kurang termotivasi untuk mau berinisiatif. Sikap pasif, menunggu dari atas dan bekerja sekedarnya masih banyak ditemui di antara mereka (Lubis, 1993).

c. Perlu ditetapkan secara jelas upaya yang memerlukan subsidi pemerintah serta upaya yang dapat diserahkan sepenuhnya kepada masyarakat atau swasta

Dengan memperhatikan keterbatasan sumber daya pemerintah dan untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi pembiayaan Puskesmas, maka perlu dipikirkan pengembangan pelayanan kesehatan yang bersifat *Public Goods* dan *Private Goods*.

Jenis pelayanan *Public Goods* dapat ditentukan antara lain dengan melihat manfaat program kegiatan yang dapat dirasakan oleh masyarakat banyak, dan kurang diminati oleh swasta sehingga perlu subsidi dari pemerintah. Sedangkan pelayanan yang bersifat *Private Goods* sangat dirasakan manfaatnya oleh individu yang mengkonsumsinya dan cukup diminati oleh swasta, sehingga secara bertahap pelayanan ini dapat dikembangkan atau diserahkan pada swasta (Depkes RI, 2000).

Supriyanto (2000), mengemukakan tentang pembagian kewenangan berdasarkan *Public Goods* dan *Private Goods* dapat digambarkan sebagai berikut :

	Pemerintah	Masyarakat
<i>Public Goods</i>	3, 6, 7, 17, 24, 25	4, 5, 10, 11, 12, 18, 19 20, 21, 22, 23, 26
<i>Private Goods</i>	9	1, 2, 8, 13, 14, 15, 16

- PROGRAM :
- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. Kesehatan Ibu dan Anak | 14. Pelayanan Medik Dasar |
| 2. Kesehatan Keluarga | 15. Rehabilitasi Medik |
| 3. Perbaikan Gizi | 16. Kesehatan Rujukan |
| 4. Higiene Sanitasi | 17. Pembinaan Matra |
| 5. Penyehatan Lingkungan | 18. Laboratorium Sederhana |
| 6. Pencegahan & Pemberantasan Penyakit | 19. Pengadaan Alkes |
| 7. Pengamatan Penyakit | 20. Peskesmas Pembantu |
| 8. Kesehatan Gigi dan Mulut | 21. Bidan di Desa |
| 9. Kesehatan Jiwa | 22. Obat Esensial |
| 10. Usaha Kesehatan sekolah | 23. JPKM |
| 11. Perawatan Kesehatan Masyarakat | 24. Imunisasi |
| 12. Penyuluhan Kesehatan Masyarakat | 25. Penyakit Menular Kronis |
| 13. Pengobatan dan Kecelakaan | 26. Pendidikan Kesehatan Masyarakat |

Secara umum, seyogyanya pemerintah lebih melakukan usaha pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif, serta lebih ditujukan kepada golongan tidak mampu saja tanpa mengurangi fungsi utama pemerintah sebagai penentu kebijakan dan pengendalian sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan (Lubis, 1993). Namun kenyataannya, alokasi anggaran pemerintah untuk kesehatan yang hanya sekitar 2,3% - 2,5% dari total anggaran APBN, lebih banyak digunakan untuk upaya yang bersifat kuratif dan rehabilitatif, sedangkan upaya promotif dan preventif terabaikan (Wasisto, 1993 dan Supriyanto, 1998 dalam Mindo, 1999).

Sementara itu, dikaitkan dengan konsep manajemen stratejik, sudah saatnya Puskesmas diberi kebebasan untuk menghasilkan produk jasa yang sesuai kondisi dan

masalah kesehatan yang ada di wilayahnya. Hal ini karena Puskesmas merupakan ujung terdepan pelayanan kesehatan, sehingga sudah tidak pada tempatnya, apa yang akan dilakukan Puskesmas diatur dan ditentukan oleh sistem di atasnya (birokrasi).

Dalam manajemen strategik ada konsep yang dinamakan strategi induk (*grand strategy*, *master strategy*, atau *business strategy*), yaitu pendekatan umum yang bersifat komprehensif yang berperan sebagai penuntun kegiatan utama suatu organisasi dalam rangka pencapaian tujuan dan sasarannya (Siagian, 1998).

Dengan menggunakan konsep strategi induk dikaitkan dengan perubahan produk jasa Puskesmas, ada beberapa alternatif strategi induk yang dapat dilaksanakan yaitu :

1. Pengembangan pasar

Pengembangan pasar adalah apabila para pengambil keputusan kunci dalam organisasi atau perusahaan mengambil beberapa langkah sebagai berikut :

- a) memasarkan produk yang jadi andalan sekarang.
- b) jika perlu melakukan modifikasi yang sekedar bersifat “kosmetik”.
- c) produk dipasarkan kepada pelanggan di suatu wilayah penjualan tertentu.

Pengembangan pasar juga berarti mempertahankan pelanggan lama agar mereka tetap menjadi pengguna produk yang setia, meskipun di pasaran terdapat produk lain atau produk substitusi yang dipasarkan perusahaan pesaing (Siagian, 1998).

Tentunya konsep ini dapat dipakai Puskesmas untuk berkompetisi dengan klinik swasta. Puskesmas dapat menentukan produk jasa pelayanan andalan apa yang akan dijual ke masyarakat, dengan melakukan beberapa modifikasi produk jasa pelayanan yang saat ini ada.

Misalnya jika prevalensi penyakit jantung menunjukkan kecenderungan naik dari tahun ke tahun, maka Puskesmas dapat membuat pelayanan penyakit jantung sebagai andalan produk jasanya. Puskesmas tidak perlu takut kehilangan pelanggan, karena secara riil, Puskesmas telah memiliki pelanggan setia sebelum pesaing Puskesmas ada di wilayah Puskesmas. Tentunya dengan syarat, Puskesmas harus memberikan pelayanan yang kualitasnya paling tidak sama dengan pesaingnya.

2. Pengembangan produk

Dikatakan melakukan pengembangan produk, jika perusahaan meluncurkan produk baru yang ditujukan pada pasar yang sekarang sudah dimasukinya.

Pengembangan produk dapat juga berarti mengambil beberapa langkah sebagai berikut :

- a) melakukan modifikasi yang substansial terhadap produk yang sudah dihasilkan selama ini
- b) menciptakan produk baru untuk memberikan manfaat sejenis kepada pelanggan lama tanpa mengubah saluran distribusi dan pemasaran (Siagian, 1998).

Melihat konsep ini, sebetulnya Puskesmas mampu melakukan hal tersebut. Dengan pelayanan yang simpatik, petugas yang ramah, lingkungan Puskesmas yang bersih, mau mendengarkan keluhan pasien, kecepatan penanganan setiap kasus tetapi tetap mengacu pada standar, dan masih banyak lagi yang dapat dilakukan oleh Puskesmas berkaitan upaya pengembangan produk dalam konsep manajemen strategik.

d. Puskesmas sebaiknya menjadi Unit Pelaksana Teknis (UPT) Rumah Sakit Daerah, dan tidak lagi menjadi UPT Dinas Kesehatan Kabupaten

Konsep ini diperlukan supaya ada kejelasan peran dan fungsi antara regulator dan pemain (pemberi pelayanan) dalam industri pelayanan kesehatan di daerah. Konsep Puskesmas saat ini adalah Puskesmas menjadi UPT-nya Dinas Kesehatan Kabupaten. Dengan konsep yang baru ini, peran Dinas Kesehatan Kabupaten hanya sebatas sebagai regulator, yaitu pembuat peraturan yang harus dilaksanakan oleh unit pelayanan kesehatan, dalam hal ini Rumah Sakit dan Puskesmas. Sehingga diharapkan independensi Dinas Kesehatan Kabupaten dalam pelayanan kesehatan secara nyata dapat diwujudkan.

Sementara itu, Puskesmas bisa lebih berkonsentrasi pada pelayanan kesehatan jika menjadi UPT-nya Rumah Sakit. Ada beberapa keuntungan yang didapat dengan konsep seperti ini, yaitu :

1. Profesionalisme Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan semakin dapat ditingkatkan, karena Puskesmas dapat lebih berorientasi atau kembali kepada tugas utamanya sebagai organisasi pelayanan kesehatan yaitu memberikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif kepada masyarakat. Sedangkan pelayanan preventif dan promotif secara bertahap sudah saatnya diserahkan kepada masyarakat sebagai bagian dari peningkatan kemandirian masyarakat dalam pembangunan kesehatan
2. Rumah Sakit dapat menjadikan Puskesmas sebagai tempat magang bagi dokter baru yang akan bekerja di Rumah Sakit. Sedangkan bagi tenaga kesehatan Puskesmas, Rumah Sakit dapat dijadikan sebagai tempat untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan di bidang kesehatan, semacam kegiatan studi kasus atau praktik lapangan

e. Perlu dilakukan rasionalisasi tarif pelayanan Puskesmas dan pengaturan subsidi

Seperti diketahui, selama ini tarif Puskesmas diatur lewat Peraturan Daerah (PERDA) yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah (Pemda) bersama DPRD. Untuk menetapkan besarnya tarif ini, Pemda dan DPRD kurang memperhatikan besarnya *unit cost* (biaya satuan) pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas. Seringkali besarnya tarif selalu berada di bawah biaya satuan, sehingga hal ini akan mengakibatkan menurunnya kemampuan Puskesmas untuk membiayai kegiatan pelayanan yang disediakan (Pudjirahardjo dan Chalidyanto, 2000).

Rasionalisasi tarif berarti memberlakukan tarif pelayanan yang sesuai dengan *unit cost* setiap pelayanan yang diterima masyarakat, dan mungkin akan ditambah dengan beberapa biaya tertentu. Dan jika ini dilakukan, maka sangat mungkin akan terjadi kenaikan tarif pelayanan Puskesmas. Dengan demikian, diharapkan akan tersedia dana lebih banyak untuk meningkatkan mutu dan cakupan pelayanan. Selain itu, dengan adanya rasionalisasi tarif ini, dapat dijadikan pra-kondisi sebelum memberlakukan asuransi kesehatan, misalnya JPKM secara nasional, karena akan meningkatkan timbulnya resiko *financial* akibat sakit, yaitu besarnya kerugian *financial* yang harus ditanggung masyarakat ketika jatuh sakit.

Akan tetapi kita juga harus waspada terhadap dampak negatif rasionalisasi tarif ini, yaitu tidak terjangkanya pelayanan kesehatan Puskesmas oleh penduduk yang tidak mampu. Oleh karena itu, perlu ada mekanisme perlindungan terhadap penduduk yang tidak mampu melalui sistem subsidi yang terfokus, dalam arti subsidi yang diberikan pemerintah hanya untuk masyarakat yang tidak mampu dan kejadian subsidi salah sasaran tidak akan terulang lagi (Pudjirahardjo dan Chalidyanto, 2000).

Karena pada masa lalu, subsidi yang diberikan pemerintah ke unit pelayanan kesehatan (Rumah Sakit dan Puskesmas) sifatnya global, dalam arti masyarakat

mampu dan tidak mampu yang berkunjung ke unit pelayanan kesehatan menikmati subsidi yang sama. Oleh karena itu, nantinya masyarakat yang mampu harus membayar biaya kesehatan sesuai dengan jenis pelayanan kesehatan yang mereka terima.

f. Perlu dilakukan penyederhanakan terhadap berbagai bentuk laporan program dan target kegiatan yang dibebankan pada Puskesmas

Secara umum selama ini manajemen Puskesmas dilaksanakan dengan orientasi pada keberhasilan melaksanakan kegiatan yang diarahkan pengelola program di tingkat atas. Oleh karenanya, ketergantungan Puskesmas terhadap pembinaan dan supervisi dari supra sistem menjadi sangat besar. Hal lain yang sangat memprihatinkan adalah manajemen data dan informasi yang seharusnya dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk peningkatan kemampuan manajemen Puskesmas itu sendiri, kenyataannya lebih banyak digunakan sebagai bahan laporan ke atas (Depkes RI, 2000).

Saat ini ada puluhan laporan program yang harus dibuat Puskesmas dan setiap bulan harus dikirimkan ke kabupaten. Umumnya pemanfaatan laporan tersebut kurang optimal untuk bahan tindak lanjut pembinaan kegiatan Puskesmas. Sebaiknya laporan yang banyak tersebut, dapat digabung atau pengiriman ke kabupaten tidak harus setiap bulan, tetapi hanya tiap tiga atau enam bulan sekali, atau bahkan satu tahun sekali.

Hal lain adanya target kegiatan yang ditetapkan sama untuk semua Puskesmas, sebaiknya juga perlu dipertimbangkan lagi karena kemampuan setiap Puskesmas untuk mencapai target tersebut jelas tidaklah sama. Adanya kesamaan target ini lebih karena kepentingan sistem di atas Puskesmas, yaitu kemudahan dalam hal evaluasi

Dikaitkan dengan kegiatan perencanaan Puskesmas, data dan informasi yang dimiliki Puskesmas juga kurang digunakan secara efektif. Hal ini disebabkan data dan informasi tersebut, yang sesungguhnya dapat digunakan untuk perencanaan Puskesmas secara menyeluruh, hanya digunakan untuk perencanaan sebagian program prioritas (Setiawan dkk., 1992).

2.5 Perkembangan Puskesmas di Indonesia

Jika melihat ke belakang, sebetulnya konsep Puskesmas telah banyak mengalami perubahan sejak konsep itu pertama kali dicetuskan. Adapun perkembangan Puskesmas dapat diuraikan sebagai berikut :

Sampai tahun 1950, fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di Indonesia hanya tersedia Balai Pengobatan, Balai Kesehatan Ibu dan Anak dengan pelayanan terbatas pada pengobatan, higiene sanitasi, kesehatan lingkungan dan vaksinasi cacar. Tahun 1951, Dr. J. Leimena dan Dr. Patah memperkenalkan Konsep Bandung yang merupakan tonggak penting pembangunan kesehatan masyarakat di Indonesia. Konsep Bandung menggambarkan perpaduan dari upaya kuratif dan preventif yang dianggap sebagai 2 segi yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan. Konsep ini juga menekankan kerjasama antara pemerintah dan masyarakat sebagai salah satu azas penting dalam pelayanan kesehatan. Meskipun tidak dijalankan dengan luas, namun Konsep Bandung telah meletakkan dasar bagi konsep Puskesmas, yang kemudian menjadi unsur utama dan kunci program kesehatan masyarakat desa di Indonesia sejak saat itu.

Tahun 1956 Prof. J. Sulianti mengembangkan daerah latihan dan percontohan kesehatan masyarakat desa di Kecamatan Lemah Abang Kawedanan Cikarang Kabupaten Bekasi untuk mengoperasionalkan ide tentang *Health Services* dengan *Team Work* dan

Team Approach (Depkes RI, 1990).

Pada Rapat Kerja Kesehatan Nasional (Rakerkesnas) I tahun 1968, konsep Puskesmas pertama kali dibahas dan disepakati. Tahun 1969 disusul *Master Plan of Operation for Strengthening National Health Services in Indonesia*. Dalam dokumen tersebut, Puskesmas dibagi dalam 3 tipe, yaitu : (1) Puskesmas tipe A (Puskesmas Pembina), (2) Puskesmas tipe B (Puskesmas Kecamatan), dan (3) Puskesmas tipe C (Puskesmas Desa).

Pada Rakerkesnas III tahun 1970 menetapkan hanya ada satu tipe Puskesmas karena persyaratan tenaga tidak dapat dipenuhi apabila Puskesmas mempunyai beberapa tipe. Batasan Puskesmas ditetapkan sebagai berikut : Suatu kesatuan organisasi fungsional yang memberikan pelayanan secara menyeluruh, dalam suatu wilayah kerja tertentu. Pelayanan kesehatan yang disediakan Puskesmas adalah : (1) KIA-KB, (2) pengobatan, (3) pemberantasan penyakit menular, (4) higiene dan sanitasi lingkungan, (5) penyuluhan kesehatan masyarakat, dan (6) pencatatan dan pelaporan.

Dalam perkembangan selanjutnya pada Pelita II (tahun 1974 – tahun 1979), upaya kesehatan pokok Puskesmas ditambah lagi dengan 4 kegiatan pokok, dan susunannya disesuaikan sehingga menjadi 11 kegiatan yaitu : (1) pengobatan, (2) KIA, (3) KB, (4) pemberantasan penyakit menular, (5) higiene dan sanitasi lingkungan, (6) penyuluhan kesehatan masyarakat, (7) usaha kesehatan sekolah, (8) perbaikan gizi, (9) kesehatan jiwa, (10) laboratorium sederhana, dan (11) pencatatan dan pelaporan.

Pada Pelita III (tahun 1979 – tahun 1984), upaya kesehatan pokok Puskesmas bertambah lagi dengan masuknya 2 kegiatan, sehingga menjadi 13 kegiatan pokok, yaitu : (12) kesehatan gigi dan mulut dan (13) perawatan kesehatan masyarakat.

Akhirnya pada Pelita IV (tahun 1984 – tahun 1989), upaya kegiatan pokok Puskesmas bertambah lagi dengan 5 kegiatan, sehingga menjadi 18 kegiatan pokok,

yaitu : (14) kesehatan olah raga, (15) perawatan kesehatan mata, (16) kesehatan pengobatan tradisional, (17) kesehatan kerja, dan (18) kesehatan usia lanjut.

Dengan demikian pengertian Puskesmas juga disempurnakan menjadi suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat, yang juga membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Wilayah kerja Puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Puskesmas merupakan perangkat pemerintah kabupaten, sehingga pembagian wilayah kerja Puskesmas ditetapkan oleh Bupati. Sasaran penduduk yang dilayani oleh sebuah Puskesmas rata-rata 30.000 jiwa setiap Puskesmas (Depkes RI, 1998).

Pelayanan kesehatan yang diberikan di Puskesmas ialah pelayanan kesehatan yang meliputi pelayanan : (1) promotif (peningkatan kesehatan), (2) preventif (upaya pencegahan), (3) kuratif (pengobatan) dan (4) rehabilitatif (pemulihan kesehatan), yang ditujukan kepada semua penduduk dan tidak dibedakan jenis kelamin dan golongan umur, sejak pembuahan dalam kandungan sampai tutup usia.

Adapun fungsi Puskesmas adalah sebagai berikut :

- a. Sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya
- b. Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat
- c. Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat wilayah kerjanya (Depkes RI, 1998).

Peran serta masyarakat termasuk swasta, mempunyai peranan penting dalam penyelenggaraan upaya kesehatan yang mencakup peningkatan, pencegahan,

penyembuhan maupun pemulihan kesehatan. Masyarakat harus didorong agar makin mampu untuk menyelenggarakan berbagai bentuk upaya kesehatan, baik yang dilakukan di antara masyarakat sendiri, maupun dalam rangka membantu pemerintah. Seperti kita ketahui, di seluruh dunia tidak satu negarapun yang pemerintahnya mampu membiayai seluruh upaya pelayanan kesehatan. Di Indonesia sendiri, pada akhir tahun 1990-an pemerintah menanggung 35% biaya kesehatan, sedangkan sisanya 65% dibiayai oleh masyarakat (Wasisto, 1992). Kemudian pada sekitar tahun 1998, menjadi hanya 25% pembiayaan kesehatan dari pemerintah dan 75% dari masyarakat (Gani, 1998 dalam Mindo, 1999).

2.6 Undang-Undang Otonomi Daerah

Era otonomi daerah di Indonesia memasuki babak baru ketika Undang-Undang nomor 22 tahun 1999 tentang pemerintahan daerah diundangkan pada tanggal 7 Mei 1999. Salah satu butir undang-undang tersebut menyatakan bahwa, dalam upaya menghadapi perkembangan keadaan, baik di dalam maupun di luar negeri, serta tantangan persaingan global dipandang perlu menyelenggarakan otonomi daerah dengan memberikan kewenangan yang luas, nyata dan bertanggung jawab kepada daerah secara proporsional, yang diwujudkan dengan pengaturan, pembagian, dan pemanfaatan sumber daya nasional serta perimbangan keuangan pusat dan daerah, sesuai dengan prinsip-prinsip demokrasi, peran serta masyarakat, pemerataan dan keadilan serta potensi dan keanekaragaman daerah yang dilaksanakan dalam kerangka negara kesatuan Republik Indonesia.

Untuk melaksanakan sebagian ketentuan yang terdapat dalam Undang-Undang nomor 22 tahun 1999, tanggal 6 Mei 2000 telah dikeluarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 25 tahun 2000 tentang kewenangan pemerintah dan

kewenangan propinsi sebagai daerah otonom. Dalam pasal 2 dari Peraturan Pemerintah tersebut dinyatakan bahwa kewenangan pemerintah mencakup kewenangan dalam bidang politik luar negeri, pertahanan dan keamanan, peradilan, moneter dan fiskal, agama serta kewenangan bidang lain. Dengan demikian pada era otonomi daerah, pemerintah pusat masih memegang kendali terhadap beberapa kebijakan yang bersifat strategis (Jawa Pos, 11 September 2000).

Kewenangan pemerintah pusat dalam bidang kesehatan secara jelas dinyatakan dalam pasal 2 Peraturan Pemerintah nomor 25 tahun 2000, yaitu meliputi :

- a. Penetapan standar nilai gizi dan pedoman sertifikasi teknologi kesehatan dan gizi
- b. Penetapan pedoman pembiayaan pelayanan kesehatan
- c. Penetapan standar akreditasi sarana dan prasarana kesehatan
- d. Penetapan pedoman standar pendidikan dan pendayagunaan tenaga kesehatan
- e. Penetapan pedoman penggunaan, konservasi, pengembangan dan pengawasan tanaman obat
- f. Penetapan pedoman penapisan, pengembangan dan penerapan teknologi kesehatan serta standar etika penelitian kesehatan
- g. Pemberian izin dan pengawasan peredaran obat serta pengawasan industri farmasi
- h. Penetapan persyaratan penggunaan bahan tambahan (zat aditif) tertentu untuk makanan dan penetapan pedoman pengawasan peredaran makanan
- i. Penetapan kebijakan sistem Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat
- j. Surveilans epidemiologi serta pengaturan pemberantasan dan penanggulangan wabah, penyakit menular dan kejadian luar biasa
- k. Penyediaan obat esensial tertentu dan obat untuk pelayanan kesehatan dasar sangat esensial (*buffer stock* nasional).

Dalam pasal 3 Peraturan Pemerintah nomor 25 tahun 2000, disebutkan mengenai kewenangan pemerintah propinsi dalam bidang kesehatan adalah meliputi :

- a. Penetapan pedoman penyuluhan dan kampanye kesehatan
- b. Pengelolaan dan pemberian izin sarana dan prasarana kesehatan khusus, seperti rumah sakit jiwa, rumah sakit kusta dan rumah sakit kanker
- c. Sertifikasi teknologi kesehatan dan gizi
- d. Surveilans epidemiologi serta penanggulangan wabah penyakit dan kejadian luar biasa
- e. Penempatan tenaga kesehatan strategis, pemindahan tenaga kesehatan tertentu antar kabupaten atau kota serta penyelenggaraan pendidikan tenaga dan pelatihan kesehatan.

Dengan kewenangan seperti di atas, kewenangan pemerintah pusat dan propinsi hanyalah sebagai fasilitasi, standarisasi dan asistensi teknis ke daerah (Depkes RI, 2001). Sehingga semua kewenangan selain yang disebutkan menjadi kewenangan pemerintah pusat dan propinsi dalam peraturan pemerintah tersebut, menjadi kewenangan pemerintah kabupaten atau kota untuk menyelenggarakannya. Untuk itu, setiap pemimpin dalam unit pelayanan kesehatan di daerah harus proaktif dan menyiapkan organisasinya untuk mengantisipasi ketidakpastian dan masa mendatang yang tidak dapat diprediksi dalam pelayanan kesehatan (Bard, 1994).

2.7 Kebutuhan dan Harapan Masyarakat

Kebutuhan adalah suatu keadaan akan sebagian dari kepuasan dasar yang dirasakan dan disadari (Kotler, 1984 dalam Supriyanto, 1998)². Sementara Reinke (1988), menyatakan bahwa kebutuhan adalah penyimpangan biologis (Supriyanto, 1998)².

Green (1980) dalam Asmuri (2000), menyatakan bahwa kebutuhan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yaitu faktor perilaku dan faktor non perilaku.

Faktor perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi beberapa faktor yaitu :

- a. Faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang mencakup pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai yang terdapat dalam diri individu atau masyarakat
- b. Faktor pendukung (*enabling factors*), yang mencakup tersedianya fasilitas kesehatan dan kemudahan untuk mencapainya
- c. Faktor pendorong (*reinforcing factors*), yang mencakup sikap dan perilaku petugas kesehatan.

Harapan pelanggan diyakini mempunyai peranan yang besar dalam menentukan mutu produk (barang dan jasa) dan kepuasan pelanggan. Pada dasarnya ada hubungan yang erat antara penentuan mutu dan kepuasan pelanggan. Dalam mengevaluasinya, pelanggan akan menggunakan harapannya sebagai standar atau acuan. Menurut Zeithaml et al. (1993) dalam Tjiptono (2000), dalam konteks kepuasan pelanggan, umumnya harapan merupakan perkiraan atau keyakinan pelanggan tentang apa yang akan diterimanya.

Pemahaman terhadap harapan pelanggan adalah prasyarat untuk peningkatan mutu dan pencapaian kepuasan pelanggan. Menurut Eisenberg (1997), dalam industri pelayanan kesehatan, sebagai yang kita lihat, *customer oriented* atau pelayanan yang berfokus pada kepuasan konsumen belum menjadi fokus atau perhatian yang utama. Sebagaimana hasil penelitian Singh et al. (1996), tentang kepuasan pasien pusat pelayanan kesehatan di Trinidad dan Tobago, dilaporkan bahwa masih terdapat sekitar 20% pasien tidak puas terhadap pelayanan kesehatan yang diterimanya dan 7% tidak tentu tingkat kepuasannya.

Moffitt (1993), dari hasil penelitiannya mengemukakan tentang model pelayanan berfokus pasien (*the patient focused care*), yang mempunyai beberapa keuntungan sebagai berikut :

- a. Dapat meningkatkan kualitas layanan
- b. Menciptakan lingkungan kerja yang akan memberikan kepuasan pada karyawan
- c. Peningkatan efisiensi pemanfaatan tenaga kesehatan (dokter)
- d. Dapat menurunkan biaya layanan

Damayanti dan Supriyanto (2000), menyatakan bahwa penyebab kegagalan dalam industri jasa adalah lebih banyak disebabkan karena kegagalan dalam memahami harapan pelanggan. Sementara Susilo (1994), mengemukakan bahwa komoditi pelayanan kesehatan umumnya dikonsumsi masyarakat dalam kondisi atau situasi terpaksa. Konsumen umumnya tidak mengerti keadaan penyakit maupun terapi atau perlakuan medis yang tepat untuk penyembuhan penyakitnya, sekalipun mereka terpelajar.

Dewasa ini perhatian terhadap kepuasan dan ketidakpuasan pelanggan telah semakin besar. Semakin banyak pihak yang menaruh perhatian terhadap hal ini. Banyak pakar yang mendefinisikan kepuasan dan ketidakpuasan. Day (1988) dalam Tjiptono (2000), menyatakan bahwa kepuasan atau ketidakpuasan pelanggan adalah respon pelanggan terhadap evaluasi ketidaksesuaian (*disconfirmation*) yang dirasakan antara harapan sebelumnya (atau norma kinerja lainnya) dan kinerja aktual produk yang dirasakan setelah pemakaiannya.

Sementara itu Wilkie (1990), mendefinisikannya sebagai suatu tanggapan emosional pada evaluasi terhadap pengalaman konsumsi suatu produk atau jasa. Engel et al. (1990) dalam Tjiptono (2000), menyatakan bahwa kepuasan pelanggan merupakan evaluasi purnabeli di mana alternatif yang dipilih sekurang-kurangnya sama atau

melampaui harapan pelanggan, sedangkan ketidakpuasan timbul apabila hasil (*outcome*) tidak memenuhi harapan. Kotler et al. (1996) dalam Tjiptono (2000), menandakan bahwa kepuasan pelanggan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja (atau hasil) yang ia rasakan dibandingkan dengan harapannya.

Dalam mengevaluasi jasa yang bersifat *intangibile*, konsumen umumnya menggunakan beberapa atribut atau faktor berikut (Parasuraman et al., 1985 dalam Tjiptono, 2000) :

- a. Bukti langsung (*tangibles*), meliputi fasilitas fisik, perlengkapan, pegawai dan sarana komunikasi
- b. Keandalan (*reliability*), yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat dan memuaskan
- c. Daya tanggap (*responsiveness*), yaitu keinginan para staf dan karyawan untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap
- d. Jaminan (*assurance*), mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf
- e. Empati (*empathy*), meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik dan memahami kebutuhan para pelanggan.

Hasil penelitian Bowers et al. (1994) di suatu Rumah Sakit Alabama Amerika Serikat tentang kepuasan pasien dan kualitas layanan kesehatan, didapatkan hasil mengenai tiga dimensi kualitas pelayanan teratas yang secara signifikan berhubungan dengan kepuasan pasien adalah (1) empati (*empathy*), (2) daya tanggap (*responsiveness*) dan (3) keandalan (*reliability*). Menurut Ford et al. (1997), kepuasan konsumen saat ini merupakan fokus perhatian dari jaminan mutu dan hasil yang diharapkan dari pelayanan kesehatan.

2.8. Mutu Pelayanan Kesehatan

Pengertian tentang mutu dapat dijelaskan sebagai berikut (Azwar, 1996) :

- a. Mutu adalah tingkat kesempurnaan dari penampilan sesuatu yang sedang diamati (Winston Dictionary, 1956)
- b. Mutu adalah sifat yang dimiliki oleh suatu program (Donabedian, 1980)
- c. Mutu adalah totalitas dari wujud serta ciri dari suatu barang atau jasa, yang di dalamnya terkandung sekaligus pengertian rasa aman atau pemenuhan kebutuhan para pengguna (Din ISO 8402, 1986)
- d. Mutu adalah kepatuhan terhadap standar yang ditetapkan (Crosby, 1984).

Mutu pelayanan kesehatan dapat diketahui apabila sebelumnya telah dilakukan penilaian, baik terhadap tingkat kesempurnaan, sifat serta ciri-ciri pelayanan kesehatan, ataupun terhadap kepatuhan terhadap standar pelayanan. Dalam praktek sehari-hari melakukan penilaian ini tidaklah mudah. Penyebab utamanya ialah karena mutu pelayanan tersebut bersifat multi-dimensional. Tiap orang, tergantung latar belakang dan kepentingan masing-masing, dapat melakukan penilaian dari dimensi yang berbeda.

Roberts dan Prevost (1987) dalam Azwar (1996), dalam penelitiannya membuktikan adanya perbedaan dimensi tersebut. Disebutkan bahwa :

- a. Bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi petugas dengan pasien, keprihatinan serta keramah-tamahan petugas dalam melayani pasien dan atau kesembuhan penyakit yang sedang diderita oleh pasien

b. Bagi penyelenggara pelayanan kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi kesesuaian pelayanan yang diselenggarakan dengan perkembangan ilmu dan teknologi mutakhir dan atau otonomi profesi dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien

c. Bagi penyanggah dana pelayanan kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi efisiensi pemakaian sumber dana, kewajaran pembiayaan kesehatan dan atau kemampuan pelayanan kesehatan mengurangi kerugian penyanggah dana pelayanan kesehatan.

Untuk mengatasi perbedaan dimensi tersebut, telah diperoleh kesepakatan dalam membicarakan masalah mutu pelayanan kesehatan. Seyogyanya pedoman yang dipakai adalah hakekat dasar dari diselenggarakannya pelayanan kesehatan tersebut. Untuk ini mudah dipahami bahwa hakekat dasar yang dimaksud tidak lain adalah untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan para pemakai jasa pelayanan kesehatan (*health needs and demands*), yang apabila berhasil dipenuhi akan dapat menimbulkan rasa puas (*client satisfaction*) terhadap pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.

Dengan kesepakatan di atas, disebutkan yang dimaksud dengan mutu pelayanan kesehatan adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien. Makin sempurna kepuasan tersebut, makin baik mutu pelayanan kesehatan.

Sekalipun pengertian mutu yang terkait dengan kepuasan ini telah diterima secara luas, namun penerapannya tidaklah semudah yang diperkirakan. Masalah pokok yang ditemukan adalah karena kepuasan tersebut ternyata bersifat subjektif. Tiap orang, tergantung dari latar belakang yang dimiliki, dapat saja memiliki tingkat kepuasan yang

berbeda untuk satu pelayanan kesehatan yang sama. Di samping itu, sering pula ditemukan pelayanan kesehatan yang sekalipun dinilai telah memuaskan pasien, namun jika ditinjau dari kode etik serta standar pelayanan profesi, tidaklah terpenuhi.

Untuk mengatasi masalah ini, telah disepakati bahwa pembahasan tentang kepuasan pasien yang dikaitkan dengan mutu pelayanan kesehatan, paling tidak dengan dua pembatasan.

Pembatasan yang dimaksud ialah :

a. Pembatasan pada derajat kepuasan pasien

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

b. Pembatasan pada upaya yang dilakukan

Untuk melindungi kepentingan pemakai jasa pelayanan kesehatan, yang pada umumnya awam terhadap tindakan kedokteran (*patient ignorancy*), ditetapkan upaya yang dilakukan tersebut harus sesuai dengan kode etik serta standar pelayanan profesi. Suatu pelayanan kesehatan, sekalipun dinilai dapat memuaskan pasien, tetapi apabila penyelenggaraannya tidak sesuai dengan kode etik serta standar pelayanan profesi, bukanlah pelayanan kesehatan yang bermutu. Mutu suatu pelayanan kesehatan dinilai baik apabila tata cara penyelenggaraan sesuai dengan kode etik serta standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan (Azwar, 1996).

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL PENELITIAN

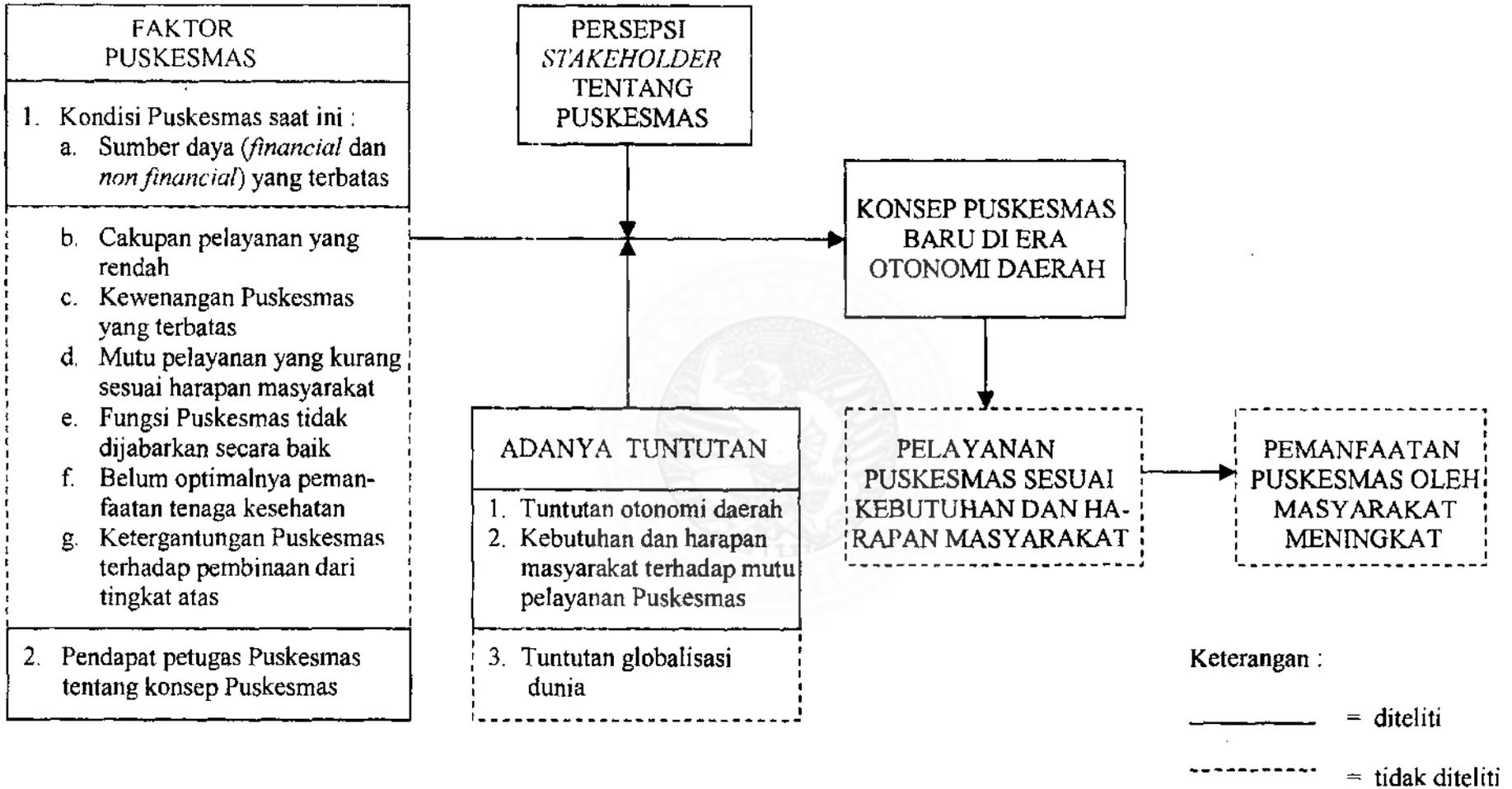
Untuk menyusun konsep Puskesmas baru sesuai tuntutan otonomi daerah yang mulai berlaku tahun 2001, tuntutan globalisasi dunia yang mulai berlaku tahun 2003, serta kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas yang semakin meningkat yang secara langsung atau tidak langsung akan mempengaruhi pelayanan kesehatan yang dilaksanakan Puskesmas. Semua tuntutan, kebutuhan dan harapan tersebut harus diperhatikan dengan baik oleh pelaku kesehatan dan penentu kebijakan kesehatan di daerah, dalam upayanya mengembangkan Puskesmas yang mandiri dan mampu bersaing dengan fasilitas pelayanan kesehatan lain di masa mendatang.

Di samping tuntutan, kebutuhan dan harapan di atas, kondisi Puskesmas saat ini juga masih menghadapi beberapa masalah yang perlu diatasi, seperti terbatasnya sumber daya Puskesmas (*financial* maupun *non financial*) sehingga menghambat Puskesmas mengembangkan kegiatannya, rendahnya pemanfaatan Puskesmas oleh masyarakat yang ditunjukkan dari cakupan pelayanan yang sebagian besar di bawah target, kewenangan Puskesmas yang terbatas dalam menentukan kegiatan sesuai ketersediaan sumber daya yang dimiliki Puskesmas, mutu pelayanan yang kurang sesuai dengan kebutuhan dan harapan masyarakat, fungsi Puskesmas tidak dijabarkan secara baik terutama fungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan dan pembinaan peran serta masyarakat, belum optimalnya pemanfaatan tenaga kesehatan di Puskesmas terutama tenaga dokter yang saat ini ditetapkan sebagai kepala Puskesmas, serta ketergantungan Puskesmas yang besar terhadap pembinaan dari tingkat atas.

Pada sisi lain, masih adanya persepsi *stakeholder* Puskesmas yang menganggap Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat berpenghasilan rendah atau masyarakat miskin. Persepsi demikian tentu kurang menguntungkan bagi pengembangan Puskesmas di masa mendatang terutama pada era otonomi daerah, di mana kewenangan yang besar ada di daerah dalam menentukan konsep pembangunan termasuk di bidang kesehatan.

Dengan memperhatikan semua kondisi atau permasalahan di atas, mutlak diperlukan konsep Puskesmas baru untuk mengantisipasi tuntutan dan persepsi yang kurang menguntungkan bagi pengembangan Puskesmas. Diharapkan konsep Puskesmas baru yang tersusun nanti akan dapat menyediakan pelayanan kesehatan yang sesuai kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas yang baik, sehingga akhirnya pemanfaatan Puskesmas oleh masyarakat dapat semakin meningkat.

Secara ringkas, kerangka konseptual penelitian dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 3.1 : Kerangka Konseptual Penelitian

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *observational cross sectional* dengan tujuan eksplanasi untuk menyusun konsep Puskesmas baru menurut pendapat petugas dan *stakeholder* Puskesmas serta kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap pelayanan Puskesmas, dengan memperhatikan ketersediaan sumber daya yang dimiliki Puskesmas dan berbagai kebijakan yang terkait dengan pelaksanaan otonomi daerah.

4.2 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Kabupaten Pasir Kalimantan Timur.

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

4.3.1 Populasi Penelitian

Populasi penelitian petugas adalah semua petugas di 24 Puskesmas yang terdapat di Kabupaten Pasir. Untuk populasi *stakeholder* Puskesmas adalah pejabat di lingkungan Pemerintah Daerah Pasir. Sedang populasi penelitian masyarakat adalah masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Tanah Grogot dan Puskesmas Payo Klato II.

4.3.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian petugas adalah kepala Puskesmas, wakil kepala Puskesmas, petugas poli pengobatan umum, poli pengobatan gigi dan poli KIA/KB, dengan pertimbangan petugas tersebut dapat mewakili unsur pimpinan dan staf Puskesmas, serta sebagai petugas pemberi pelayanan kesehatan pada masyarakat.

Untuk sampel penelitian petugas, karena populasinya homogen dan tersedia daftar seluruh unit populasi, besar sampel ditentukan sebanyak 48 petugas (tiap Puskesmas

diwakili 2 petugas), dan pengambilan sampel dilakukan secara *systematic random sampling*. Untuk sampel penelitian *stakeholder* Puskesmas ditentukan sebanyak 6 orang pejabat di lingkungan Pemda Pasir, dengan perincian : 1 pejabat dari kantor Setwilkab Pasir, 1 pejabat kantor Bappeda Pasir, 2 anggota komisi E DPRD Pasir dan 2 pejabat Dinas Kesehatan Kabupaten Pasir.

Sedangkan sampel penelitian masyarakat adalah ibu rumah tangga yang ada di wilayah Puskesmas Tanah Grogot dan Puskesmas Payo Klato II. Pertimbangan menjadikan ibu rumah tangga sebagai sampel penelitian adalah berdasarkan pengamatan bahwa sebagian besar pengunjung Puskesmas adalah ibu rumah tangga, baik karena mereka berobat untuk dirinya sendiri, maupun untuk mengantarkan anggota keluarga lain, misalnya anaknya yang sakit. Pada kasus dimana saat penelitian dilaksanakan, ibu rumah tangga tidak bersedia atau tidak ada di rumah, sampel penelitian diganti dengan kepala keluarga (suami) rumah tangga bersangkutan.

Untuk sampel masyarakat, ditambah dengan tokoh masyarakat baik formal (camat dan kepala desa) maupun informal yang terdapat di lokasi penelitian. Tokoh informal ditentukan berdasarkan informasi dari Puskesmas terpilih mengenai seseorang yang mempunyai perhatian besar terhadap masalah kesehatan. Terpilih sebanyak 15 orang yang ditentukan menjadi sampel tokoh masyarakat.

Langkah-langkah dalam menentukan sampel penelitian masyarakat, dapat diuraikan sebagai berikut :

- a. Membagi 24 Puskesmas menjadi 2 strata, yaitu strata Puskesmas kecamatan dan Puskesmas non kecamatan (Puskesmas kecamatan adalah Puskesmas yang berada di ibukota kecamatan dan Puskesmas non kecamatan adalah Puskesmas yang berada bukan di ibukota kecamatan).

Dengan pertimbangan struktur masyarakat di tiap strata tidak terlalu heterogen, maka setiap strata hanya diambil 1 Puskesmas, sehingga jumlah lokasi penelitian ada 2 Puskesmas. Dengan teknik *simple random sampling*, terpilih Puskesmas Tanah Grogot mewakili Puskesmas kecamatan dan Puskesmas Payo Klato II mewakili Puskesmas non kecamatan.

- b. Setelah terpilih 2 Puskesmas tersebut, kemudian ditentukan 1 kelurahan atau desa di wilayah Puskesmas terpilih. Untuk menentukan kelurahan atau desa ini, secara otomatis ditetapkan kelurahan atau desa dimana Puskesmas terpilih berada. Terpilih Kelurahan Tanah Grogot untuk wilayah Puskesmas Tanah Grogot dan Desa Suatang Baru untuk wilayah Puskesmas Payo Klato II.
- c. Setelah diperoleh kelurahan atau desa terpilih, kemudian dilakukan list rumah tangga di kelurahan atau desa tersebut. Jumlah rumah tangga di Kelurahan Tanah Grogot adalah sebanyak 3.933 rumah tangga dan di Desa Suatang Baru sebanyak 517 rumah tangga.

Menentukan besar sampel dipakai rumus besar sampel yang ada, dengan catatan besar sampel rumah tangga tiap kelurahan atau desa ditentukan secara proporsional sesuai dengan besar populasinya. Pengambilan sampel masyarakat dilakukan secara *systematic random sampling*. Karena penelitian ini bersifat observasional dengan jumlah populasi (N) diketahui, dipakai rumus besar sampel sebagai berikut :

$$n = \frac{N z^2 p (1 - p)}{N d^2 + z^2 p (1 - p)}$$

Keterangan :

n = besar sampel

N = besar populasi sebanyak 4.450 rumah tangga

z = nilai standar normal yang besarnya tergantung α , ditentukan $\alpha = 0,05$

sehingga nilai z = 1,96

p = probabilitas suatu kejadian, ditentukan sebesar 0,5

d = besarnya penyimpangan yang bisa ditolerir, ditentukan 5% atau 0,05
(Pudjirahardjo dkk., 1993)

Setelah dilakukan perhitungan, diperoleh besar sampel (n) sebanyak 354 sampel, sehingga besar sampel masing-masing kelurahan atau desa adalah sebagai berikut :

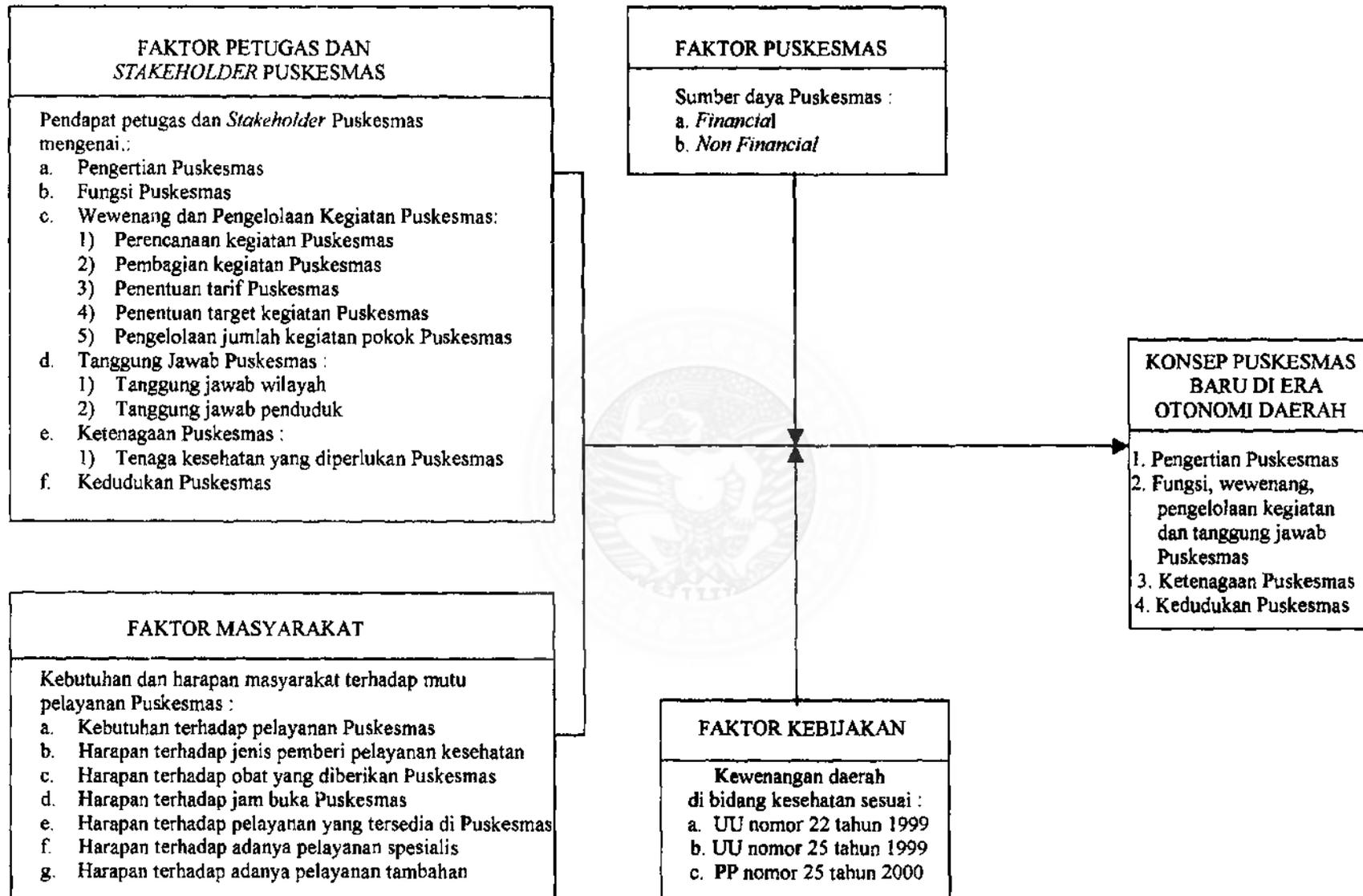
$$1) \text{ Kelurahan Tanah Grogot} = \frac{3.933}{4.450} \times 354 = 313 \text{ sampel}$$

$$2) \text{ Desa Suatang Baru} = \frac{517}{4.450} \times 354 = 41 \text{ sampel}$$

4.4. Kerangka Operasional Penelitian

Penelitian ini untuk menyusun konsep Puskesmas baru melalui analisis empat faktor, yaitu faktor petugas dan *stakeholder* Puskesmas, faktor masyarakat, faktor Puskesmas dan faktor kebijakan. Kemudian dilakukan sintesa berdasarkan empat faktor tersebut dan kajian teori yang mendukung penyusunan konsep Puskesmas baru.

Secara ringkas kerangka operasional penelitian dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 4.1 : Kerangka Operasional Penelitian

4.5 Variabel Penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah

- a. Pendapat petugas dan *stakeholder* Puskesmas, mengenai :
 1. Pendapat mengenai pengertian Puskesmas
 2. Pendapat mengenai fungsi Puskesmas
 3. Pendapat mengenai wewenang dan pengelolaan kegiatan Puskesmas, terdiri dari :
 - a) Wewenang dalam perencanaan kegiatan Puskesmas
 - b) Wewenang dalam pembagian kegiatan Puskesmas
 - c) Wewenang dalam penentuan tarif Puskesmas
 - d) Wewenang dalam penentuan target kegiatan Puskesmas
 - e) Pengelolaan jumlah kegiatan pokok Puskesmas
 4. Pendapat mengenai tanggung jawab Puskesmas, terdiri dari :
 - a) Tanggung jawab wilayah
 - b) Tanggung jawab penduduk
 5. Pendapat mengenai ketenagaan Puskesmas :
 - a) Tenaga kesehatan yang diperlukan Puskesmas
 6. Pendapat mengenai kedudukan Puskesmas
- b. Kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas, yang terdiri dari :
 1. Untuk masyarakat yang sudah pernah berobat ke Puskesmas :
 - a) Kebutuhan terhadap pelayanan Puskesmas
 - b) Harapan terhadap jenis pemberi pelayanan kesehatan
 - c) Harapan terhadap obat yang diberikan Puskesmas

- d) Harapan terhadap jam buka Puskesmas
- 2. Untuk masyarakat yang belum pernah berobat ke Puskesmas :
 - a) Harapan terhadap pelayanan yang tersedia di Puskesmas
 - b) Harapan terhadap adanya pelayanan spesialis
- 3. Untuk tokoh masyarakat :
 - a) Harapan terhadap adanya pelayanan tambahan
- c. Sumber daya Puskesmas, yang meliputi :
 - 1. Sumber daya *financial*
 - 2. Sumber daya *non financial*
- d. Kewenangan daerah di bidang kesehatan
- e. Konsep Puskesmas baru di era otonomi daerah, yang meliputi :
 - 1. Konsep mengenai pengertian Puskesmas
 - 2. Konsep mengenai fungsi, wewenang, pengelolaan kegiatan dan tanggung jawab Puskesmas
 - 3. Konsep mengenai ketenagaan Puskesmas
 - 4. Konsep mengenai kedudukan Puskesmas

4.6 Definisi Operasional

Definisi operasional masing-masing variabel adalah sebagai berikut :

- 4.6.1 Pendapat petugas dan *stakeholder* mengenai Puskesmas adalah penilaian atau pandangan petugas dan *stakeholder* mengenai Puskesmas. Petugas adalah petugas Puskesmas yang meliputi : kepala Puskesmas, wakil kepala Puskesmas, petugas poli pengobatan umum, petugas poli pengobatan gigi dan petugas poli KIA/KB. Sedang *stakeholder* adalah pejabat di lingkungan Pemda Pasir yang meliputi :

Kabag Sosial Setwilkab Pasir, Kabid Sosial Budaya Kantor Bappeda Pasir, Kasubdin Dinas Kesehatan Pasir dan anggota komisi E DPRD Pasir.

Untuk petugas, pendapat tersebut meliputi :

- a. Pendapat mengenai pengertian Puskesmas adalah penilaian atau pandangan petugas mengenai pengertian Puskesmas sebagai suatu organisasi pelayanan kesehatan mandiri dan atau sebagai suatu organisasi pelayanan kesehatan fungsional.

Organisasi pelayanan kesehatan mandiri adalah organisasi pelayanan kesehatan yang mempunyai kewenangan dan kebebasan dalam menentukan sendiri kegiatan pelayanan sesuai kebutuhan masyarakat dan masalah kesehatan di wilayah Puskesmas.

Organisasi pelayanan kesehatan fungsional adalah organisasi pelayanan kesehatan yang seluruh kegiatan atau programnya dikelompokkan menurut fungsi yang ada.

Cara mengukurnya dengan menanyakan secara tidak langsung kepada petugas dengan memberikan kuesioner, untuk diisi petugas sesuai petunjuk yang ada. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

- b. Pendapat mengenai fungsi Puskesmas adalah penilaian atau pandangan petugas tentang fungsi Puskesmas yang selama ini telah dilaksanakan Puskesmas sesuai kemampuan sumber daya (dana, tenaga kesehatan dan sarana transportasi) yang dimiliki Puskesmas.

Dalam hal ini adalah pendapat petugas tentang :

- 1) Fungsi Puskesmas sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat

- 2) Fungsi Puskesmas sebagai pembina peran serta masyarakat di bidang kesehatan
- 3) Fungsi Puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat, yang meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif

Cara mengukurnya dengan menanyakan secara tidak langsung pada petugas dengan memberikan kuesioner, untuk diisi sesuai petunjuk yang ada. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

- c. Pendapat mengenai wewenang dan pengelolaan kegiatan Puskesmas adalah penilaian atau pandangan petugas mengenai wewenang yang dimiliki Puskesmas serta pengelolaan kegiatan yang harus dilakukan Puskesmas, yang meliputi :

- 1) Pendapat tentang wewenang Puskesmas dalam perencanaan kegiatan Puskesmas adalah penilaian atau pandangan petugas tentang wewenang Puskesmas dalam perencanaan kegiatan Puskesmas, yaitu :
 - a) Perencanaan kegiatan Puskesmas seperti pola lama, di mana Puskesmas membuat perencanaan kegiatan kemudian diusulkan anggarannya ke kabupaten, atau
 - b) Puskesmas diberi wewenang yang lebih luas dalam merencanakan sendiri kegiatannya (dalam arti, besar anggaran sudah ditentukan dan Puskesmas tinggal merencanakan kegiatannya sesuai besar anggaran yang ada).

Cara mengukurnya dengan menanyakan secara tidak langsung kepada petugas dengan memberikan kuesioner, untuk diisi petugas sesuai

petunjuk yang ada. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

- 2) Pendapat mengenai wewenang Puskesmas dalam pembagian kegiatan Puskesmas adalah penilaian atau pandangan petugas mengenai wewenang yang dimiliki Puskesmas dalam pembagian kegiatan Puskesmas, yaitu apakah termasuk kegiatan barang publik (*public goods*) atau kegiatan barang privat (*private goods*).
 - a) Kegiatan barang publik adalah kegiatan Puskesmas yang harus mendapat subsidi dari pemerintah, di mana manfaat kegiatan tersebut dapat dinikmati oleh masyarakat secara luas.
 - b) Kegiatan barang privat adalah kegiatan Puskesmas yang tidak perlu mendapatkan subsidi dari pemerintah, dan diserahkan kepada masyarakat untuk membiayainya, serta manfaat kegiatan tersebut hanya dinikmati oleh individu yang mengkonsumsinya atau memanfaatkannya.

Cara mengukurnya dengan menanyakan secara tidak langsung pada petugas dengan memberikan kuesioner, untuk diisi sesuai petunjuk yang ada. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

- 3) Pendapat mengenai wewenang Puskesmas dalam penentuan tarif Puskesmas adalah penilaian atau pandangan petugas mengenai wewenang yang dimiliki Puskesmas dalam penentuan tarif Puskesmas, yaitu tarif Puskesmas tetap harus ditentukan oleh Pemerintah Daerah melalui PERDA, atukah tarif Puskesmas diserahkan ke Puskesmas untuk

menentukannya sesuai kondisi sosial ekonomi masyarakat di wilayahnya, namun tetap dengan patokan (batasan maksimal) dari Pemerintah Daerah.

Cara mengukurnya dengan menanyakan secara tidak langsung kepada petugas dengan memberikan kuesioner, untuk diisi petugas sesuai petunjuk yang ada. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

- 4) Pendapat mengenai wewenang Puskesmas dalam penentuan target kegiatan Puskesmas adalah penilaian atau pandangan petugas mengenai wewenang yang dimiliki Puskesmas dalam penentuan target kegiatan Puskesmas, yaitu :
 - a) Target kegiatan Puskesmas tetap harus ditentukan oleh kabupaten, atau
 - b) Target kegiatan Puskesmas diserahkan ke Puskesmas menentukannya sendiri sesuai kondisi geografi dan kemampuan sumber daya (dana, tenaga kesehatan, sarana transportasi) yang dimiliki oleh tiap Puskesmas.

Cara mengukurnya dengan menanyakan secara tidak langsung kepada petugas dengan memberikan kuesioner, untuk diisi petugas sesuai petunjuk yang ada. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

- 5) Pendapat mengenai pengelolaan jumlah kegiatan pokok Puskesmas adalah penilaian atau pandangan petugas mengenai jumlah kegiatan pokok yang seharusnya dibebankan kepada Puskesmas dan berlaku secara nasional,

serta jumlahnya seragam di setiap Puskesmas sesuai kemampuan sumber daya (dana dan tenaga kesehatan) yang dimiliki Puskesmas.

Cara mengukurnya dengan menanyakan secara tidak langsung kepada petugas dengan memberikan kuesioner, untuk diisi petugas sesuai petunjuk yang ada. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran

- d. Pendapat mengenai tanggung jawab Puskesmas adalah penilaian atau pandangan petugas mengenai tanggung jawab yang dimiliki Puskesmas, yang meliputi :

- 1) Pendapat mengenai tanggung jawab wilayah Puskesmas adalah penilaian atau pandangan petugas mengenai wilayah desa yang seharusnya menjadi tanggung jawab Puskesmas, yaitu apakah sebaiknya wilayahnya seluruh desa dalam satu wilayah kecamatan (yang penting satu wilayah kecamatan), ataukah ditetapkan berdasarkan jumlah desa tertentu, yang tidak harus satu wilayah kecamatan.

Cara mengukurnya dengan menanyakan secara tidak langsung kepada petugas dengan memberikan kuesioner, untuk diisi petugas sesuai petunjuk yang ada. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

- 2) Pendapat mengenai tanggung jawab penduduk Puskesmas adalah penilaian atau pandangan petugas mengenai jumlah sasaran penduduk yang seharusnya menjadi tanggung jawab Puskesmas, sesuai kemampuan sumber daya (dana, tenaga kesehatan dan sarana transportasi) Puskesmas.

Cara mengukurnya dengan menanyakan secara tidak langsung kepada petugas dengan memberikan kuesioner, untuk diisi petugas sesuai petunjuk yang ada. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

- e. Pendapat mengenai ketenagaan Puskesmas adalah penilaian atau pandangan petugas mengenai ketenagaan Puskesmas, yaitu :

Pendapat mengenai tenaga kesehatan yang diperlukan Puskesmas adalah penilaian atau pandangan petugas mengenai jenis tenaga kesehatan lain (di samping yang sudah dimiliki Puskesmas) yang saat ini banyak diperlukan Puskesmas sesuai kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas.

Cara mengukurnya dengan menanyakan secara tidak langsung kepada petugas dengan memberikan kuesioner, untuk diisi petugas sesuai petunjuk yang ada. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

- f. Pendapat mengenai kedudukan Puskesmas adalah penilaian atau pandangan petugas mengenai kedudukan Puskesmas dalam sistem pelayanan kesehatan di kabupaten, yaitu :

- 1) Tetap seperti saat ini, yaitu sebagai unit pelaksanaanya Dinas Kesehatan Kabupaten
- 2) Menjadi organisasi pelayanan kesehatan yang mandiri (berdiri sendiri), atau
- 3) Sebaiknya menjadi unit pelaksanaanya rumah sakit daerah

Cara mengukurnya dengan menanyakan secara tidak langsung kepada petugas dengan memberikan kuesioner, untuk diisi petugas sesuai petunjuk yang ada. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

Untuk *Stakeholder*, pendapat tersebut meliputi :

- a. Pendapat mengenai pengertian Puskesmas adalah penilaian atau pandangan *stakeholder* mengenai pengertian Puskesmas sebagai suatu organisasi pelayanan kesehatan mandiri dan atau sebagai suatu organisasi pelayanan fungsional.

Organisasi pelayanan kesehatan mandiri adalah organisasi pelayanan kesehatan yang mempunyai kewenangan dan kebebasan dalam menentukan sendiri kegiatan pelayanan sesuai kebutuhan masyarakat dan masalah kesehatan di wilayah Puskesmas.

Organisasi pelayanan kesehatan fungsional adalah organisasi pelayanan kesehatan yang seluruh kegiatan atau programnya dikelompokkan menurut fungsi yang ada.

Cara mengukurnya dengan menanyakan secara tidak langsung kepada *stakeholder* dengan memberikan kuesioner, untuk diisi *stakeholder* sesuai petunjuk yang ada. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

- b. Pendapat mengenai fungsi Puskesmas adalah penilaian atau pandangan *stakeholder* mengenai fungsi Puskesmas yang selama ini telah dilaksanakan Puskesmas sesuai kemampuan sumber daya (dana, tenaga kesehatan dan sarana transportasi) yang dimiliki Puskesmas.

Dalam hal ini adalah pendapat *stakeholder* tentang :

- 1) Fungsi Puskesmas sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat
- 2) Fungsi Puskesmas sebagai pembina peran serta masyarakat di bidang kesehatan
- 3) Fungsi Puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat, yang meliputi pelayanan kuratif, preventif, promotif dan rehabilitatif

Cara mengukurnya dengan menanyakan secara tidak langsung kepada *stakeholder* dengan memberikan kuesioner, untuk diisi *stakeholder* sesuai petunjuk yang ada. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

- c. Pendapat mengenai wewenang Puskesmas adalah penilaian atau pandangan *stakeholder* mengenai wewenang yang dimiliki Puskesmas, yang meliputi :

- 1) Pendapat mengenai wewenang Puskesmas dalam perencanaan kegiatan Puskesmas adalah penilaian atau pandangan *stakeholder* tentang wewenang yang dimiliki Puskesmas dalam perencanaan kegiatan Puskesmas, yaitu :
 - a) Perencanaan kegiatan Puskesmas seperti pola lama, di mana Puskesmas membuat perencanaan kegiatan kemudian diusulkan anggarannya ke kabupaten, atau
 - b) Puskesmas diberi wewenang yang lebih luas dalam merencanakan sendiri kegiatannya (dalam arti, besar anggaran sudah ditentukan dan Puskesmas tinggal merencanakan kegiatannya sesuai besar anggaran yang ada).

Cara mengukurnya dengan menanyakan secara tidak langsung kepada *stakeholder* dengan memberikan kuesioner, untuk diisi *stakeholder* sesuai

petunjuk yang ada. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

- 2) Pendapat mengenai wewenang Puskesmas dalam pembagian kegiatan Puskesmas adalah penilaian atau pandangan *stakeholder* mengenai wewenang yang dimiliki Puskesmas dalam pembagian kegiatan Puskesmas, yaitu apakah termasuk kegiatan barang publik (*public goods*) atau kegiatan barang privat (*private goods*).
 - a) Kegiatan barang publik adalah kegiatan Puskesmas yang harus mendapat subsidi dari pemerintah, di mana manfaat kegiatan tersebut dapat dinikmati oleh masyarakat secara luas.
 - b) Kegiatan barang privat adalah kegiatan Puskesmas yang tidak perlu mendapatkan subsidi dari pemerintah, dan diserahkan kepada masyarakat untuk membiayainya, serta manfaat kegiatan tersebut hanya dinikmati oleh individu yang mengkonsumsinya atau memanfaatkannya.

Cara mengukurnya dengan menanyakan secara tidak langsung kepada *stakeholder* dengan memberikan kuesioner, untuk diisi *stakeholder* sesuai petunjuk yang ada. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

- 3) Pendapat mengenai wewenang Puskesmas dalam penentuan tarif Puskesmas adalah penilaian atau pandangan *stakeholder* mengenai wewenang yang dimiliki Puskesmas dalam penentuan tarif Puskesmas, yaitu tarif Puskesmas tetap harus ditentukan oleh Pemerintah Daerah melalui PERDA, atukah tarif Puskesmas diserahkan ke Puskesmas untuk

menentukannya sesuai kondisi sosial ekonomi masyarakat di wilayahnya, namun tetap dengan patokan (batasan maksimal) dari Pemerintah Daerah.

Cara mengukurnya dengan menanyakan secara tidak langsung langsung kepada *stakeholder* dengan memberikan kuesioner, untuk diisi *stakeholder* sesuai petunjuk yang ada. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

- d. Pendapat mengenai tanggung jawab Puskesmas adalah penilaian atau pandangan *stakeholder* mengenai tanggung jawab yang dimiliki Puskesmas, yang meliputi :

- 1) Pendapat mengenai tanggung jawab wilayah Puskesmas adalah penilaian atau pandangan *stakeholder* mengenai wilayah desa yang sebaiknya menjadi tanggung jawab Puskesmas, yaitu apakah sebaiknya wilayahnya seluruh desa dalam satu wilayah kecamatan (yang penting satu wilayah kecamatan), ataukah ditetapkan berdasarkan jumlah desa tertentu, yang tidak harus satu wilayah kecamatan.

Cara mengukurnya dengan menanyakan secara tidak langsung kepada *stakeholder* dengan memberikan kuesioner, untuk diisi *stakeholder* sesuai petunjuk yang ada. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

- 2) Pendapat mengenai tanggung jawab penduduk Puskesmas adalah penilaian atau pandangan *stakeholder* mengenai jumlah sasaran penduduk yang sebaiknya menjadi tanggung jawab Puskesmas, sesuai kemampuan sumber daya (dana, tenaga kesehatan dan sarana transportasi) Puskesmas.

Cara mengukurnya dengan menanyakan secara tidak langsung kepada *stakeholder* dengan memberikan kuesioner, untuk diisi *stakeholder* sesuai

petunjuk yang ada. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

- e. Pendapat mengenai ketenagaan Puskesmas adalah penilaian atau pandangan *stakeholder* mengenai ketenagaan Puskesmas, yaitu :

Pendapat mengenai tenaga kesehatan yang diperlukan Puskesmas adalah penilaian atau pandangan *stakeholder* mengenai jenis tenaga kesehatan lain (di samping yang sudah dimiliki Puskesmas) yang saat ini banyak diperlukan Puskesmas sesuai kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas.

Cara mengukurnya dengan menanyakan secara tidak langsung kepada *stakeholder* dengan memberikan kuesioner, untuk diisi *stakeholder* sesuai petunjuk yang ada. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

- f. Pendapat mengenai kedudukan Puskesmas adalah penilaian atau pandangan *stakeholder* mengenai kedudukan Puskesmas dalam sistem pelayanan kesehatan di kabupaten, yaitu

- 1) Tetap seperti saat ini, yaitu sebagai unit pelaksanaanya Dinas Kesehatan Kabupaten, atau
- 2) Menjadi organisasi pelayanan kesehatan yang mandiri (berdiri sendiri), atau
- 3) Sebaiknya menjadi unit pelaksanaanya rumah sakit daerah

Cara mengukurnya dengan menanyakan secara tidak langsung kepada *stakeholder* dengan memberikan kuesioner, untuk diisi *stakeholder* sesuai petunjuk yang ada. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

4.6.2 Kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas adalah mutu pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan diharapkan masyarakat ketika berobat ke Puskesmas.

Kebutuhan dan harapan masyarakat dibedakan untuk : (a) masyarakat yang sudah pernah berobat ke Puskesmas, dan (b) masyarakat yang belum pernah berobat ke Puskesmas dan tokoh masyarakat, baik formal maupun informal.

Untuk masyarakat yang sudah pernah berobat ke Puskesmas, kebutuhan dan harapan tersebut meliputi :

a. Kebutuhan terhadap pelayanan Puskesmas adalah pelayanan kesehatan di Puskesmas yang dibutuhkan oleh masyarakat, ketika masyarakat berobat ke Puskesmas sesuai penyakit yang dideritanya.

Pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat dibedakan menjadi : pelayanan pengobatan umum, pelayanan pengobatan gigi dan pelayanan KIA/KB.

Cara mengukurnya dengan menanyakan langsung kepada masyarakat dengan menggunakan kuesioner. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

b. Harapan terhadap jenis pemberi pelayanan kesehatan adalah jenis tenaga kesehatan yang diharapkan mengobati atau memeriksa masyarakat, ketika masyarakat berobat ke Puskesmas.

Jenis tenaga kesehatan tersebut meliputi : dokter umum, dokter gigi, bidan dan atau perawat.

Cara mengukurnya dengan menanyakan langsung kepada masyarakat dengan menggunakan kuesioner. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

- c. Harapan terhadap obat yang diberikan Puskesmas adalah harapan masyarakat terhadap obat yang diberikan atau tersedia di Puskesmas, ketika masyarakat berobat ke Puskesmas.

Kemanjuran obat Puskesmas adalah kemanjuran obat Puskesmas yang dirasakan masyarakat, setelah masyarakat mengkonsumsi obat yang diberikan oleh Puskesmas, yang dinyatakan dengan pernyataan tidak manjur, cukup manjur dan manjur. Pertanyaan mengenai kemanjuran obat Puskesmas tersebut, tidak berlaku untuk masyarakat yang masih dalam proses penyembuhan atau sedang mengkonsumsi obat Puskesmas, yaitu masyarakat yang baru 1-3 hari lalu berobat ke Puskesmas, atau yang sedang menjalani terapi penyakit tertentu, misalnya penyakit TBC atau lepra.

Cara mengukurnya dengan menanyakan langsung kepada masyarakat dengan menggunakan kuesioner. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

- d. Harapan terhadap jam buka Puskesmas adalah jam mulai buka pelayanan Puskesmas yang diharapkan masyarakat, ketika masyarakat berobat ke Puskesmas.

Cara mengukurnya dengan menanyakan langsung kepada masyarakat dengan menggunakan kuesioner. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

Untuk masyarakat yang belum pernah berobat ke Puskesmas dan tokoh masyarakat :

a. Untuk masyarakat yang belum pernah berobat ke Puskesmas :

- 1) Harapan terhadap pelayanan yang tersedia di Puskesmas adalah harapan masyarakat terhadap pelayanan yang harus dilakukan atau tersedia di Puskesmas, seandainya masyarakat berobat ke Puskesmas.

Cara mengukurnya dengan menanyakan langsung kepada masyarakat dengan menggunakan kuesioner. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

- 2) Harapan terhadap adanya pelayanan spesialis adalah harapan masyarakat terhadap perlunya adanya pelayanan spesialis di Puskesmas, seandainya berobat ke Puskesmas, yang dinyatakan dengan pernyataan belum perlu, cukup perlu dan perlu.

Jenis pelayanan spesialis adalah jenis pelayanan spesialis yang diharapkan masyarakat ada di Puskesmas sesuai kualifikasi dokter spesialis yang ada, misalnya spesialis anak, spesialis penyakit dalam atau spesialis kebidanan.

Cara mengukurnya dengan menanyakan langsung kepada masyarakat dengan menggunakan kuesioner. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

b. Untuk tokoh masyarakat :

Harapan terhadap adanya pelayanan tambahan adalah harapan masyarakat terhadap adanya pelayanan yang selama ini belum dilaksanakan Puskesmas, yang seharusnya dilaksanakan Puskesmas sesuai kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap peningkatan mutu pelayanan Puskesmas.

Pendapat mengenai adanya Badan Penyantun Puskesmas adalah pendapat masyarakat mengenai terbentuknya Badan Penyantun Puskesmas di wilayah Puskesmas, yang dinyatakan dengan tidak setuju, cukup setuju atau setuju.

Cara mengukurnya dengan menanyakan langsung kepada masyarakat dengan menggunakan kuesioner. Jenis data yang dihasilkan adalah data primer dengan skala pengukuran nominal.

4.6.3 Sumber daya Puskesmas adalah sumber daya yang dimiliki Puskesmas yang dipergunakan untuk kegiatan pelayanan Puskesmas, yang meliputi :

- a. Sumber daya *financial* adalah besarnya dana operasional Puskesmas di Kabupaten Pasir yang dipergunakan untuk menunjang kegiatan pelayanan Puskesmas yang mencakup jumlah, sumber biaya dan alokasi penggunaannya
- b. Sumber daya *non financial* adalah sumber daya *non financial* yang dimiliki Puskesmas, yang meliputi :
 - 1) Jumlah tenaga kesehatan di Puskesmas, yang terdiri dari : dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, perawat gigi, pembantu penilik higiene, pembantu ahli gizi, asisten apoteker dan analis kesehatan
 - 2) Jumlah sarana transportasi yang dimiliki Puskesmas, yaitu terdiri dari kendaraan roda empat (pusling), kendaraan roda dua dan kendaraan air untuk kegiatan pelayanan kesehatan di luar gedung Puskesmas.

Diperoleh dengan cara mempelajari langsung dokumen program atau proyek yang ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Pasir sebagai bahan penyusunan konsep Puskesmas baru pada era otonomi daerah.

Jenis data yang dihasilkan adalah data sekunder.

4.6.4 Kewenangan daerah di bidang kesehatan adalah hak dan kekuasaan daerah untuk menentukan atau mengambil kebijakan di bidang kesehatan dalam rangka penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah.

Diperoleh dengan cara mempelajari langsung kebijakan yang ada, yaitu Undang-Undang nomor 22 tahun 1999, Undang-Undang nomor 25 tahun 1999 dan Peraturan Pemerintah nomor 25 tahun 2000, sehingga diketahui kewenangan di bidang kesehatan yang dimiliki daerah sebagai bahan penyusunan konsep Puskesmas baru pada era otonomi daerah.

Jenis data yang dihasilkan adalah data sekunder.

4.6.5 Konsep Puskesmas baru di era otonomi daerah adalah rancangan atau konsep Puskesmas baru di era otonomi daerah yang meliputi pengertian Puskesmas, fungsi, wewenang, pengelolaan kegiatan dan tanggung jawab Puskesmas, ketenagaan Puskesmas serta kedudukan Puskesmas, yang disusun berdasarkan pendapat petugas dan *stakeholder*, kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas, serta dengan memperhatikan ketersediaan sumber daya Puskesmas dan berbagai kebijakan bidang kesehatan yang terkait dengan pelaksanaan otonomi daerah.

Konsep Puskesmas baru tersebut meliputi :

- a. Pengertian Puskesmas adalah pengertian baru Puskesmas di era otonomi daerah yang disusun berdasarkan pendapat petugas dan *stakeholder* Puskesmas.
- b. Fungsi, wewenang, pengelolaan kegiatan dan tanggung jawab Puskesmas adalah fungsi, wewenang, pengelolaan kegiatan dan tanggung jawab Puskesmas di era otonomi daerah sesuai kemampuan sumber daya yang

dimiliki Puskesmas, yang disusun berdasarkan pendapat petugas dan *stakeholder* Puskesmas.

- c. Ketenagaan Puskesmas adalah jenis tenaga kesehatan yang diperlukan Puskesmas pada era otonomi daerah berdasarkan pendapat petugas dan *stakeholder* Puskesmas, serta kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas.
- d. Kedudukan Puskesmas adalah kedudukan baru Puskesmas dalam sistem pelayanan kesehatan di kabupaten pada era otonomi daerah, yang disusun berdasarkan pendapat petugas dan *stakeholder* Puskesmas.

4.6.6 Identitas responden adalah identitas dari responden yang menjadi sampel penelitian, baik sampel penelitian petugas dan *stakeholder* Puskesmas, serta masyarakat dan tokoh masyarakat.

Identitas responden meliputi : nama, alamat, jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, masa kerja, jabatan dan nama instansi responden.

Identitas responden diperoleh dengan cara menanyakan secara langsung atau tidak langsung kepada responden dengan menggunakan kuesioner yang ada.

Untuk responden petugas meliputi :

- a. Umur adalah umur dari responden yang dinyatakan dalam tahun saat penelitian dilaksanakan
- b. Jenis kelamin adalah jenis kelamin responden, yaitu laki-laki atau perempuan
- c. Jabatan adalah jabatan responden di Puskesmas saat penelitian dilaksanakan, terdiri dari :
 1. Kepala Puskesmas
 2. Wakil kepala Puskesmas
 3. Petugas poli pengobatan umum

4. Petugas poli pengobatan gigi
 5. Petugas poli KIA/KB
- d. Pendidikan terakhir adalah pendidikan formal terakhir bidang kesehatan yang telah dijalani responden, terdiri dari :
1. Fakultas kedokteran atau kedokteran gigi
 2. Akademi kebidanan atau keperawatan
 3. Sekolah perawat kesehatan atau pendidikan bidan
 4. Sekolah pembantu penilik higiene atau pembantu rawat gigi
- e. Masa kerja adalah jumlah total masa kerja responden yang dihitung sejak menjadi calon pegawai kesehatan sampai dengan saat penelitian dilaksanakan yang dinyatakan dalam tahun
- f. Nama Puskesmas adalah nama institusi pelayanan kesehatan tempat responden bertugas

Untuk responden *stakeholder* Puskesmas meliputi :

- a. Nama adalah nama asli responden saat penelitian dilaksanakan
- b. Jabatan adalah jabatan responden di instansi tempat tugasnya pada saat penelitian dilaksanakan
- c. Instansi adalah nama instansi dari responden bertugas pada saat penelitian dilaksanakan

Untuk responden masyarakat meliputi :

- a. Nama adalah nama asli responden saat penelitian dilaksanakan sesuai pernyataan langsung dari responden
- b. Jenis kelamin adalah jenis kelamin responden, yaitu laki-laki atau perempuan
- c. Umur adalah umur responden yang dinyatakan dalam tahun saat penelitian dilaksanakan sesuai pernyataan langsung dari responden

- d. Alamat adalah alamat permanen dari responden sesuai dengan batasan wilayah administrasi yang ada pada kantor desa atau kelurahan setempat
- e. Pendidikan terakhir adalah pendidikan formal terakhir yang telah dijalani responden sesuai pernyataan langsung dari responden, terdiri dari :
 1. Tidak sekolah atau tidak tamat Sekolah Dasar
 2. Tamat Sekolah Dasar atau yang sederajat
 3. Tamat Sekolah Menengah Pertama (SMP) atau yang sederajat
 4. Tamat Sekolah Menengah Umum (SMU) atau yang sederajat
 5. Tamat Akademi atau Universitas

Untuk responden tokoh masyarakat meliputi :

- a. Nama adalah nama asli responden saat penelitian dilaksanakan sesuai pernyataan langsung dari responden
- b. Jabatan adalah jabatan formal atau informal yang dijalani oleh responden saat penelitian dilaksanakan sesuai pernyataan langsung dari responden
- c. Alamat adalah alamat permanen dari responden sesuai batasan wilayah administrasi yang ada pada kantor desa atau kelurahan setempat

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

4.7.1 Metode Pengumpulan Data

Data primer dikumpulkan dengan wawancara langsung pada responden yaitu ibu rumah tangga dan tokoh masyarakat yang terpilih sebagai sampel penelitian dengan menggunakan kuesioner. Sedangkan untuk responden petugas dan *stakeholder* Puskesmas, dilakukan secara tidak langsung dengan memberikan kuesioner untuk diisi sesuai petunjuk yang ada. Pengumpulan data dilaksanakan selama satu bulan, yaitu pada bulan Juni 2001 oleh petugas *interview* yang telah dilatih.

Data sekunder dikumpulkan dengan mempelajari dokumen program dan proyek di Dinas Kesehatan Kabupaten Pasir maupun instansi lain pada lingkungan Pemerintah Daerah Kabupaten Pasir.

4.7.2 Teknik Analisa Data

Untuk memudahkan analisis, data disajikan dalam bentuk tabel yang sesuai dengan kebutuhan. Teknis analisis yang digunakan bersifat deskriptif. Sebelum dilakukan analisis data, terlebih dahulu dilakukan koreksi terhadap data hasil penelitian, yaitu dengan memeriksa kelengkapan pengisian kuesioner.



BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Gambaran Umum Penelitian

5.1.1 Gambaran Daerah Penelitian

Kabupaten Pasir merupakan daerah yang terletak paling selatan di Propinsi Kalimantan Timur, yakni pada 1° sampai 4° Lintang Selatan dan 115° sampai 116° Bujur Timur, berbatasan dengan Propinsi Kalimantan Selatan di sebelah selatan dan Propinsi Kalimantan Tengah di sebelah barat, dan dengan Kota Balikpapan dan Kabupaten Kutai di sebelah utara serta selat Makasar di sebelah timur.

Luas wilayah Kabupaten Pasir mencapai kurang lebih 14.937 km² dengan jumlah penduduk pada akhir tahun 2000 adalah sekitar 257.381 jiwa, dengan perbandingan penduduk laki-laki dan perempuan hampir seimbang. Jika dibandingkan dengan luas daerah, maka tingkat kepadatan penduduknya rata-rata 17,23 jiwa per km². Laju pertumbuhan penduduk selama 5 tahun terakhir rata-rata 2,08% per tahun. Kurang lebih 35,4% atau sekitar 87.712 jiwa dari jumlah penduduk adalah transmigran. Kabupaten Pasir memiliki 12 wilayah kecamatan yang terbagi atas 150 desa dan kelurahan.

Khusus dalam bidang kesehatan, sampai akhir tahun 2000 jumlah sarana kesehatan di Kabupaten Pasir adalah sebagai berikut :

Tabel 5.1 : Jumlah Sarana Kesehatan di Kabupaten Pasir tahun 2000

Sarana Kesehatan	Jumlah (buah)
1. Rumah Sakit Pemerintah (tipe C/kelas madya)	1
2. Rumah Sakit Swasta (tipe D/kelas pratama)	1
3. Puskesmas	24
4. Puskesmas Pembantu	110
5. Balai Pengobatan Swasta	11
6. Dokter/Dokter Gigi Praktek Swasta	35
7. Dokter Spesialis Praktek Swasta	3
8. Bidan Praktek Swasta	124

Sumber : Profil Kesehatan Kabupaten Pasir tahun 2001

Pada tabel 5.1 tersebut di atas, dengan jumlah kecamatan di Kabupaten Pasir sebanyak 12 wilayah, maka tiap kecamatan rata-rata terdapat 2 buah Puskesmas dan 5 buah Puskesmas Pembantu. Dari 24 buah Puskesmas yang ada, 10 buah diantaranya merupakan Puskesmas Rawat Inap dengan jumlah tempat tidur sebanyak 90 tempat tidur. Bila dikaitkan dengan jumlah penduduk yang ada, maka setiap Puskesmas di Kabupaten Pasir rata-rata melayani sekitar 10.724 jiwa.

Status Rumah Sakit swasta yang ada adalah milik perusahaan perhutanan yang lokasinya berjarak sekitar 150 km dari ibu kota kabupaten dan sebagian besar hanya dimanfaatkan oleh karyawan perusahaan tersebut. Jumlah tempat tidurnya sebanyak 65 tempat tidur.

Sedangkan untuk Rumah Sakit pemerintah lokasinya berada di ibukota kabupaten dengan jumlah tempat tidur sebanyak 64 tempat tidur. Walaupun statusnya termasuk Rumah Sakit tipe C, namun sampai akhir tahun 2000, jenis pelayanan spesialis yang ada hanya ada 3 pelayanan, yaitu spesialis anak, spesialis penyakit dalam serta spesialis kebidanan dan penyakit kandungan.

5.1.2 Karakteristik Responden

5.1.2.1 Responden Petugas dan *Stakeholder* Puskesmas

Responden petugas berjumlah 48 orang, sebanyak 29 orang (60,4%) adalah laki-laki dan 19 orang (39,6%) adalah perempuan.

Sedangkan responden *stakeholder* Puskesmas berjumlah 6 orang, 5 orang (83,3%) adalah laki-laki dan 1 orang (16,7%) adalah perempuan. Adapun asal instansi *stakeholder* adalah sebagai berikut : 1 (satu) orang dari Kantor Bappeda Pasir, 2 (dua) orang dari anggota komisi E DPRD Pasir, 1 (satu) orang dari Kantor Pemda Pasir dan 2 (dua) orang dari Kantor Dinas Kesehatan Pasir.

Mengenai distribusi petugas menurut golongan umur dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.2 : Distribusi Petugas Menurut Golongan Umur di Kabupaten Pasir tahun 2001

Umur (tahun)	n	%
1. 21 – 25	3	6,2
2. 26 – 30	14	29,2
3. 31 – 35	19	39,6
4. 36 – 40	5	10,4
5. > 40	7	14,6
Jumlah	48	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Dari tabel 5.2 di atas, terbanyak umur petugas adalah 31 tahun sampai 35 tahun (39,6%) dan yang paling sedikit adalah berumur 21 tahun sampai 25 tahun (6,2%), dengan umur rata-rata atau nilai $x = 33,04$ tahun dan nilai $SD = 5,79$ tahun.

Sedangkan distribusi petugas menurut jabatannya dapat dipelajari pada tabel 5.3 di bawah ini :

Tabel 5.3 : Distribusi Petugas Menurut Jabatan di Kabupaten Pasir tahun 2001

Jabatan	n	%
1. Sebagai kepala Puskesmas	10	20,8
2. Sebagai wakil kepala Puskesmas	11	22,9
3. Sebagai petugas poli pengobatan umum	10	20,8
4. Sebagai petugas poli pengobatan gigi	7	14,6
5. Sebagai petugas poli KIA/KB	10	20,8
Jumlah	48	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Pada tabel di atas, terbanyak jabatan petugas adalah sebagai wakil kepala Puskesmas (22,9%), dan yang paling sedikit adalah sebagai petugas poli pengobatan gigi (14,6%).

Mengenai distribusi petugas menurut tingkat pendidikannya dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.4 : Distribusi Petugas Menurut Tingkat Pendidikan di Kabupaten Pasir tahun 2001

Tingkat Pendidikan	n	%
1. Fakultas Kedokteran/Kedokteran Gigi	12	25,0
2. Akademi Kebidanan/Perawatan	2	4,2
3. Sekolah Perawat Kesehatan/Pendidikan Bidan	28	58,3
4. Sekolah Pembantu Higiene/Pembantu Rawat Gigi	6	12,5
Jumlah	48	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Pada tabel 5.4 di atas, sebagian besar petugas (58,2%) tingkat pendidikannya adalah lulusan Sekolah Perawat Kesehatan atau Pendidikan Bidan. Sedangkan yang paling sedikit adalah lulusan Akademi Kebidanan atau Akademi Keperawatan (4,2%).

Adapun distribusi petugas menurut masa kerja dapat dipelajari pada tabel 5.5 di bawah ini :

Tabel 5.5 : Distribusi Petugas Menurut Masa Kerja di Kabupaten Pasir tahun 2001

Masa Kerja (tahun)	n	%
1. 1 – 5	13	27,1
2. 6 – 10	12	25,0
3. 11 – 15	12	25,0
4. 16 – 20	6	12,5
5. > 20	5	10,4
Jumlah	48	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Dari tabel 5.5 di atas, terbanyak masa kerja petugas adalah 1 tahun sampai 5 tahun (27,1%), dan masa kerja petugas yang paling sedikit adalah yang lebih dari 20 tahun (10,4%). Masa kerja rata-rata atau nilai $x = 10,77$ tahun dan nilai $SD = 6,62$ tahun.

5.1.2.2 Responden Masyarakat dan Tokoh Masyarakat

Responden masyarakat berjumlah 354 orang, sebanyak 299 orang (84,5%) adalah perempuan dan 55 orang (15,5%) adalah laki-laki. Untuk tokoh masyarakat yang berjumlah 15 orang, semuanya laki-laki.

Mengenai distribusi masyarakat menurut golongan umur dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.6 : Distribusi Masyarakat Menurut Golongan Umur di Kabupaten Pasir tahun 2001

Umur (tahun)		n	%
1.	< 21	8	2,3
2.	21 – 25	39	11,0
3.	26 – 30	75	21,2
4.	31 – 35	70	19,8
5.	36 – 40	67	18,9
6.	41 – 45	41	11,6
7.	> 45	54	15,3
Jumlah		354	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Pada tabel 5.6 di atas, umur masyarakat yang terbanyak adalah 26 tahun sampai 30 tahun (21,2%). Umur rata-rata atau nilai $x = 35,52$ tahun dan nilai $SD = 9,14$ tahun.

Sedangkan distribusi masyarakat menurut tingkat pendidikannya dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.7 : Distribusi Masyarakat Menurut Tingkat Pendidikan di Kabupaten Pasir tahun 2001

Tingkat Pendidikan	n	%
1. Tidak sekolah atau tidak tamat Sekolah Dasar	28	7,9
2. Tamat Sekolah Dasar	78	22,0
3. Tamat Sekolah Menengah Pertama	93	26,3
4. Tamat Sekolah Menengah Atas	124	35,0
5. Tamat akademi atau universitas	31	8,8
Jumlah	354	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Pada tabel 5.7 di atas, tingkat pendidikan masyarakat yang terbanyak adalah tamat Sekolah Menengah Atas (35,0%), dan yang paling sedikit adalah tidak sekolah atau tidak tamat Sekolah Dasar (7,9%).

Adapun jabatan dari 15 orang tokoh masyarakat dapat dipelajari pada tabel 5.8 di bawah ini :

Tabel 5.8 : Distribusi Tokoh Masyarakat Menurut Jabatannya di Kabupaten Pasir tahun 2001

Jabatan	n	%
1. Sebagai kepala kecamatan	2	13,3
2. Sebagai kepala desa	2	13,3
3. Sebagai tokoh agama atau masyarakat	11	73,4
Jumlah	15	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Dari tabel 5.8 di atas, sebagian besar (73,4%) jabatan dari tokoh masyarakat adalah sebagai tokoh agama atau masyarakat. Sedangkan yang sebagai kepala kecamatan atau kepala desa jumlahnya sama, yaitu sebanyak 2 orang.

5.2 Pendapat Petugas dan *Stakeholder* Puskesmas

Untuk mengidentifikasi pendapat petugas dan *stakeholder* Puskesmas mengenai pengertian Puskesmas, fungsi, wewenang dan pengelolaan kegiatan, tanggung jawab Puskesmas, ketenagaan Puskesmas serta kedudukan Puskesmas sebagai bahan penyusunan konsep Puskesmas baru pada era otonomi daerah, disajikan hasil penelitian mengenai pendapat petugas dan *stakeholder* Puskesmas sebagai berikut :

5.2.1 Pendapat Mengenai Pengertian Puskesmas

Untuk menyusun suatu konsep Puskesmas baru, langkah pertama yang harus dilakukan adalah mendefinisikan dengan jelas pengertian Puskesmas itu sendiri. Pendapat petugas dan *stakeholder* mengenai pengertian Puskesmas dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.9 : Distribusi Pendapat Petugas dan *Stakeholder* Mengenai Pengertian Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001

Pendapat Mengenai Pengertian Puskesmas	Petugas		<i>Stakeholder</i>	
	n	%	n	%
Sebagai organisasi pelayanan kesehatan fungsional	16	33,3	2	33,3
Sebagai organisasi pelayanan kesehatan mandiri	32	66,7	4	66,7
Jumlah	48	100,0	6	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Pada tabel 5.9 di atas, sebagian besar petugas (66,7%) dan *stakeholder* Puskesmas (66,7%), berpendapat bahwa pengertian Puskesmas seharusnya sebagai organisasi pelayanan kesehatan mandiri.

Pengertian Puskesmas menurut Depkes RI (1998) adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat, pembina peran serta masyarakat di bidang kesehatan dan pemberi pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Dilihat dari pengertian ini, Puskesmas adalah suatu organisasi pelayanan kesehatan fungsional yang seluruh kegiatan atau programnya dikelompokkan menurut fungsi yang ada.

Saat ini dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas, pengertian Puskesmas sebagai suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional, sudah tidak sesuai lagi dengan kondisi yang menuntut Puskesmas dapat lebih mandiri dalam mengembangkan upaya pelayanan yang berorientasi pada kebutuhan dan tuntutan masyarakat, serta sesuai kemampuan sumber daya yang dimiliki Puskesmas (Depkes RI, 2000).

Untuk itu pada era otonomi daerah ini, ada pemikiran menjadikan Puskesmas sebagai organisasi pelayanan kesehatan mandiri, sehingga memberikan kewenangan dan

kebebasan pada Puskesmas menentukan sendiri kegiatan pelayanan sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan masalah kesehatan di tiap wilayah kerja Puskesmas.

5.2.2 Pendapat Mengenai Fungsi Puskesmas

Seperti diketahui, Puskesmas selama ini telah melaksanakan 3 fungsinya, yaitu fungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, sebagai pembina peran serta masyarakat di bidang kesehatan dan sebagai pemberi pelayanan kesehatan yang terbagi menjadi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Untuk mengetahui pendapat petugas dan *stakeholder* mengenai fungsi Puskesmas yang telah dilaksanakan, dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.10 : Distribusi Pendapat Petugas dan *Stakeholder* Mengenai Pelaksanaan Fungsi Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001

Pendapat Mengenai Pelaksanaan Fungsi Puskesmas	Petugas (n = 48)				<i>Stakeholder</i> (n = 6)			
	Belum Optimal (%)	Cukup Optimal (%)	Sudah Optimal (%)	Jumlah (%)	Belum Optimal (%)	Cukup Optimal (%)	Sudah Optimal (%)	Jumlah (%)
Fungsi Puskesmas sebagai pusat pembangunan kesehatan	75,0	25,0	0	100,0	83,3	16,7	0	100,0
Fungsi Puskesmas sebagai pembina peran serta masyarakat di bidang kesehatan	35,4	54,2	10,4	100,0	50,0	50,0	0	100,0
Fungsi Puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan	62,5	35,4	2,1	100,0	33,3	50,0	16,7	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Pada tabel 5.10 di atas, kesamaan pendapat antara petugas dan *stakeholder* adalah pada fungsi Puskesmas sebagai pusat pembangunan kesehatan, di mana sebagian besar petugas (75,0%) dan *stakeholder* (83,3%) sama-sama berpendapat pelaksanaannya belum optimal. Sedangkan perbedaan pendapatnya adalah pada fungsi Puskesmas sebagai pembina peran serta masyarakat, sebagian besar petugas (54,2%) berpendapat

pelaksanaannya cukup optimal, tetapi untuk *stakeholder* sebanyak 50,0% berpendapat pelaksanaannya belum optimal.

Perbedaan pendapat lainnya adalah pada fungsi Puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan, sebagian besar petugas (62,5%) berpendapat pelaksanaannya belum optimal, namun untuk *stakeholder* hanya 33,3% yang berpendapat pelaksanaannya belum optimal.

Khusus untuk fungsi Puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan yang terbagi menjadi pelayanan kuratif, preventif, promotif dan rehabilitatif, dari 62,5% petugas ($n = 30$) dan 33,3% *stakeholder* ($n = 2$) yang berpendapat belum optimal, perinciannya dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.11 : Distribusi Pendapat Petugas dan *Stakeholder* Mengenai Jenis Pelayanan Kesehatan Yang Belum Optimal

Jenis Pelayanan	Petugas		<i>Stakeholder</i>	
	n	%	n	%
1. Kuratif	5	9,9	0	0
2. Preventif	9	17,6	1	20,0
3. Promotif	9	17,6	2	40,0
4. Rehabilitatif	28	54,9	2	40,0
Jumlah	51	100,0	5	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Keterangan : jumlah lebih dari 30 dan 2, karena sebagian besar petugas dan *stakeholder* berpendapat pelayanan kesehatan yang belum optimal lebih dari satu jenis pelayanan

Dari tabel di atas, dari empat jenis pelayanan kesehatan yang ada, sebagian besar petugas (54,9%) berpendapat jika pelayanan rehabilitatif yang paling belum optimal, sedangkan bagi *stakeholder*, berpendapat jika pelayanan promotif dan rehabilitatif yang paling belum optimal (40,0%).

Menurut Depkes RI (2000), pada umumnya fungsi Puskesmas selama ini tidak dijabarkan dengan baik secara operasional, sehingga pelaksanaannya lebih besar pada fungsi pelayanan kesehatan dibanding fungsi yang lain. Hal ini didasarkan pada

kenyataan bahwa fungsi Puskesmas sebagai pusat pembangunan kesehatan dan pembina peran serta masyarakat di bidang kesehatan, selama ini belum optimal dilaksanakan oleh Puskesmas.

Namun demikian, walaupun secara umum ketiga fungsi Puskesmas di atas selama ini belum optimal dilaksanakan oleh Puskesmas, tentu tidak dapat disamaratakan antara satu Puskesmas dengan Puskesmas yang lain, karena kondisi geografi dan ketersediaan sumber daya (tenaga kesehatan, sarana transportasi) antara satu Puskesmas dengan Puskesmas yang lain adalah berbeda.

5.2.3 Pendapat Mengenai Wewenang dan Pengelolaan Kegiatan Puskesmas

5.2.3.1 Pendapat Mengenai Wewenang Puskesmas dalam Perencanaan Kegiatan Puskesmas

Untuk melihat pendapat petugas dan *stakeholder* Puskesmas mengenai wewenang Puskesmas dalam perencanaan kegiatan Puskesmas, dapat dipelajari pada tabel 5.12 di bawah ini :

Tabel 5.12 : Distribusi Pendapat Petugas dan *Stakeholder* Mengenai Wewenang Puskesmas Dalam Perencanaan Kegiatan di Kabupaten Pasir tahun 2001

Pendapat Mengenai Wewenang Puskesmas Dalam Perencanaan Kegiatan	Petugas		<i>Stakeholder</i>	
	n	%	n	%
1. Tetap setuju dengan pola yang lama	1	2,1	2	33,3
2. Setuju dengan pemberian wewenang yang lebih luas kepada Puskesmas (tidak tergantung lagi pada Dinas Kesehatan)	47	97,9	4	66,7
Jumlah	48	100,0	6	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Pada tabel 5.12 di atas, pendapat sebagian besar petugas (97,9%) maupun *stakeholder* (66,7%) setuju jika Puskesmas diberikan wewenang yang lebih luas dalam

perencanaan kegiatan pelayanan yang akan dilaksanakan Puskesmas, sehingga tidak selalu tergantung pada Dinas Kesehatan Kabupaten.

Seperti diketahui, selama ini kegiatan yang dilaksanakan Puskesmas lebih bersifat sentralistik dan cenderung seragam di seluruh Indonesia, sehingga mengakibatkan kewenangan Puskesmas yang hampir tidak ada dalam menentukan sendiri kegiatan yang sesuai kebutuhan masyarakat dan ketersediaan sumber daya yang dimiliki Puskesmas. Hampir seluruh kegiatan Puskesmas telah didesain pengelola program di tingkat atas, terutama tingkat pusat lengkap dengan pedoman pelaksanaannya (Depkes RI, 2000).

Dengan demikian, sifat sentralistik dan keseragaman kegiatan di seluruh Puskesmas tentu sudah tidak sesuai lagi dengan kondisi pada era otonomi daerah ini. Menurut Suparmanto (1999), pola sentralisasi kewenangan menyulitkan pelaksana di daerah untuk berkreasi dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai masalah spesifik dan epidemiologi penyakit di daerahnya.

5.2.3.2 Pendapat Mengenai Wewenang Puskesmas Dalam Pembagian Kegiatan Puskesmas

Pendapat petugas dan *stakeholder* mengenai wewenang Puskesmas dalam pembagian kegiatan Puskesmas menjadi kegiatan barang publik dan kegiatan barang privat dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.13 : Distribusi Pendapat Petugas dan *Stakeholder* Mengenai Wewenang Puskesmas Dalam Pembagian Kegiatan Puskesmas Menjadi Kegiatan Barang Publik dan Barang Privat di Kabupaten Pasir tahun 2001

Pendapat Mengenai Wewenang Puskesmas Dalam Pembagian Kegiatan Puskesmas	Petugas		Stakeholder	
	n	%	n	%
a. Tidak setuju dengan pembagian kegiatan Puskesmas menjadi kegiatan barang publik dan barang privat	17	35,4	1	16,7
b. Setuju dengan pembagian kegiatan Puskesmas, yaitu dibagi menjadi kegiatan barang publik dan kegiatan barang privat	31	64,6	5	83,3
Jumlah	48	100,0	6	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Pada tabel 5.13 di atas, pendapat sebagian besar petugas (64,6%) maupun *stakeholder* (83,3%) menyetujui dengan pembagian kegiatan Puskesmas menjadi kegiatan barang publik dan kegiatan barang privat.

Di era otonomi daerah ini, ada pemikiran untuk lebih meningkatkan efektivitas dan efisiensi pembiayaan kegiatan Puskesmas dan didasarkan pada keterbatasan sumber daya yang dimiliki Pemerintah, sehingga perlu dipikirkan pengembangan kegiatan pelayanan kesehatan yang bersifat barang publik dan barang privat.

Jenis kegiatan barang publik dapat ditentukan antara lain dengan melihat manfaat program kegiatan yang dapat dirasakan oleh masyarakat banyak, dan kurang diminati oleh swasta sehingga perlu subsidi dari pemerintah. Sedangkan kegiatan yang bersifat barang privat sangat dirasakan manfaatnya oleh individu yang mengkonsumsinya dan cukup diminati oleh swasta, sehingga secara bertahap pelayanan ini dapat dikembangkan atau diserahkan pada swasta (Depkes RI, 2000).

Peran serta masyarakat termasuk swasta, mempunyai peranan penting dalam penyelenggaraan upaya kesehatan yang mencakup peningkatan, pencegahan, penyembuhan maupun pemulihan kesehatan. Masyarakat harus didorong agar makin

mampu untuk menyelenggarakan berbagai bentuk upaya kesehatan, baik yang dilakukan di antara masyarakat sendiri, maupun dalam rangka membantu pemerintah.

Seperti diketahui, di seluruh dunia tidak ada satu negarapun yang pemerintahnya mampu membiayai seluruh upaya pelayanan kesehatan. Di Indonesia sendiri, pada akhir tahun 1990-an pemerintah menanggung 35% biaya kesehatan, sedangkan sisanya 65% dibiayai oleh masyarakat (Wasisto, 1992). Kemudian pada sekitar tahun 1998, menjadi hanya 25% pembiayaan kesehatan dari pemerintah dan 75% dari masyarakat (Gani, 1998 dalam Mindo, 1999).

Di samping itu, seharusnya pemerintah lebih melakukan usaha pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif, serta lebih ditujukan kepada golongan tidak mampu tanpa mengurangi fungsi utama pemerintah sebagai penentu kebijakan dan pengendalian sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan (Lubis, 1993).

Untuk mempelajari pendapat 31 petugas yang setuju pembagian kegiatan Puskesmas menjadi kegiatan barang publik dan barang privat, berikut disajikan pendapat petugas mengenai 10 kegiatan Puskesmas yang dilaksanakan Puskesmas, yaitu apakah termasuk kegiatan barang publik atau barang privat :

Tabel 5.14 : Distribusi Pendapat 31 Petugas Mengenai Pembagian 10 Kegiatan Puskesmas Menjadi Barang Publik atau Barang Privat di Kabupaten Pasir tahun 2001

NO	KEGIATAN	BARANG PUBLIK		BARANG PRIVAT		JUM LAH (n)
		n	%	n	%	
1	Kesehatan ibu dan anak	27	87,1	4	12,9	31
2	Pencegahan & pemberantasan penyakit :					
	a. Imunisasi	27	87,1	4	12,9	31
	b. Pengasapan (<i>fogging</i>)	27	87,1	4	12,9	31
3	Penyuluhan kesehatan masyarakat	27	87,1	4	12,9	31
4	Usaha peningkatan gizi :					
	a. Pemberian makanan tambahan	24	77,4	7	22,6	31
5	Kesehatan lingkungan :					
	a. Penyediaan sarana air bersih	23	74,2	8	25,8	31
	b. Penyehatan lingkungan pemukiman	20	64,5	11	35,5	31
6	Usaha kesehatan sekolah	20	64,5	11	35,5	31
7	Pemeriksaan laboratorium	17	54,8	14	45,2	31
8	Pengobatan umum	17	54,8	14	45,2	31
9	Keluarga berencana :					
	a. Pelayanan alat kontrasepsi	9	29,0	22	71,0	31
10	Pengobatan gigi	14	45,2	17	54,8	31

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Dari tabel 5.14 di atas, dengan asumsi persentase di atas 50% berarti lebih disetujui petugas, maka sebagian besar kegiatan Puskesmas (kegiatan nomor 1 sampai 8) masih disetujui petugas tetap menjadi barang publik seperti yang selama ini dilakukan oleh Puskesmas (persentase setuju barang publik lebih dari 50%).

Sementara itu hanya 2 kegiatan yang disetujui petugas menjadi barang privat (persentase setuju barang privat lebih dari 50%), yaitu kegiatan keluarga berencana (pelayanan alat kontrasepsi) dan kegiatan pelayanan pengobatan gigi.

5.2.3.3 Pendapat Mengenai Wewenang Puskesmas dalam Penentuan Tarif Puskesmas

Pendapat petugas dan *stakeholder* mengenai wewenang Puskesmas dalam penentuan tarif Puskesmas dapat dipelajari pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.15 : Distribusi Pendapat Petugas dan *Stakeholder* Mengenai Wewenang Puskesmas Dalam Penentuan Tarif di Kabupaten Pasir tahun 2001

Pendapat Mengenai Wewenang Puskesmas Dalam Penentuan Tarif Puskesmas	Petugas		Stakeholder	
	n	%	n	%
1. Tetap harus ditetapkan oleh Pemerintah Daerah	11	22,9	4	66,7
2. Sebaiknya diserahkan ke tiap Puskesmas sesuai kondisi sosial ekonomi masyarakatnya, namun tetap dengan patokan dari Pemerintah Daerah	37	77,1	2	33,3
Jumlah	48	100,0	6	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Pada tabel 5.15 di atas, sebagian besar petugas (77,1%) berpendapat setuju jika wewenang penentuan tarif Puskesmas sebaiknya diserahkan ke tiap Puskesmas sesuai kondisi sosial ekonomi masyarakatnya, namun tetap dengan patokan dari Pemerintah Daerah (ada batasan tarif maksimal yang tidak boleh dilampaui). Namun bagi *stakeholder*, sebagian besar (66,7%) berpendapat tidak setuju jika wewenang penentuan tarif Puskesmas diserahkan ke Puskesmas. Penentuan tarif Puskesmas tetap harus ditetapkan oleh Pemerintah Daerah lewat Peraturan Daerah (PERDA).

Seperti diketahui, selama ini tarif Puskesmas diatur lewat PERDA yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah bersama DPRD. Untuk menetapkan besarnya tarif ini, Pemerintah Daerah dan DPRD kurang memperhatikan besarnya *unit cost* (biaya satuan) pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas. Seringkali besarnya tarif selalu berada di bawah biaya satuan, sehingga hal ini akan mengakibatkan menurunnya kemampuan Puskesmas untuk membiayai kegiatan pelayanan yang disediakan (Pudjirahardjo dan Chalidyanto, 2000).

Mengenai kenaikan tarif Puskesmas yang berlaku saat ini, sebagian besar petugas dan *stakeholder* berpendapat setuju jika tarif Puskesmas dinaikkan, seperti dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.16 : Distribusi Pendapat Petugas dan *Stakeholder* Mengenai Kenaikan Tarif Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001

Pendapat Mengenai Kenaikan Tarif Puskesmas	Petugas		<i>Stakeholder</i>	
	n	%	n	%
1. Belum perlu	4	8,3	0	0
2. Cukup perlu	11	22,9	2	33,3
3. Perlu	33	68,8	4	66,7
Jumlah	48	100,0	6	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Pada tabel 5.16 di atas, sebagian besar petugas (68,8%) maupun *stakeholder* (66,7%) berpendapat perlu atau setuju jika tarif Puskesmas yang berlaku saat ini dinaikkan. Sementara yang berpendapat tidak setuju tarif Puskesmas dinaikkan, hanya dari petugas yaitu sebesar 8,3 %.

Rasionalisasi tarif berarti memberlakukan tarif pelayanan yang sesuai dengan *unit cost* setiap pelayanan yang diterima masyarakat, dan mungkin akan ditambah dengan beberapa biaya tertentu. Dan jika ini dilakukan, maka sangat mungkin akan terjadi kenaikan tarif pelayanan Puskesmas. Dengan demikian, diharapkan akan tersedia dana lebih banyak untuk meningkatkan mutu dan cakupan pelayanan kesehatan (Pudjirahardjo dan Chalidyanto, 2000).

Akan tetapi kita juga harus waspada terhadap dampak negatif rasionalisasi tarif ini, yaitu tidak terjangkaunya pelayanan Puskesmas oleh penduduk yang tidak mampu. Oleh karena itu, perlu ada mekanisme perlindungan terhadap penduduk yang tidak mampu melalui sistem subsidi yang terfokus, dalam arti subsidi yang diberikan pemerintah betul-betul hanya untuk masyarakat yang tidak mampu dan kejadian subsidi salah sasaran tidak akan terulang lagi (Pudjirahardjo dan Chalidyanto, 2000).

5.2.3.4 Pendapat Mengenai Wewenang Puskesmas dalam Penentuan Target Kegiatan Puskesmas

Pendapat mengenai wewenang Puskesmas dalam penentuan target kegiatan, hanya ditanyakan kepada petugas, dengan pertimbangan penentuan target kegiatan Puskesmas sifatnya lebih teknis.

Adapun pendapat petugas mengenai wewenang Puskesmas dalam penentuan target kegiatan dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.17 : Distribusi Pendapat Petugas Mengenai Wewenang Puskesmas dalam Penentuan Target Kegiatan di Kabupaten Pasir tahun 2001

Pendapat Mengenai Wewenang Puskesmas dalam Penentuan Target Kegiatan	Petugas	
	n	%
1. Tetap harus ditentukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten	5	10,4
2. Sebaiknya ditentukan sendiri oleh tiap Puskesmas sesuai kondisi geografi dan kemampuan sumber daya Puskesmas	43	89,6
Jumlah	48	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Pada tabel 5.17 di atas, sebagian besar petugas (89,6%) berpendapat setuju jika target kegiatan Puskesmas sebaiknya ditentukan sendiri oleh tiap Puskesmas sesuai kondisi geografi dan kemampuan sumber daya yang dimiliki Puskesmas.

Seperti diketahui, selama ini target kegiatan Puskesmas ditentukan oleh tingkat kabupaten dan berlaku seragam untuk seluruh Puskesmas yang ada, walaupun kondisi geografi dan kemampuan sumber daya di tiap Puskesmas tidak sama.

Adanya keseragaman target kegiatan tersebut, lebih karena kepentingan sistem di atas Puskesmas, yaitu kemudahan dalam hal evaluasi kegiatan Puskesmas. Kondisi ini menyebabkan manajemen Puskesmas dilaksanakan dengan orientasi pada keberhasilan melaksanakan kegiatan yang diarahkan pengelola program di tingkat atas. Oleh

karenanya, ketergantungan Puskesmas terhadap pembinaan dan supervisi dari supra sistem menjadi sangat besar (Depkes RI, 2000).

Di era otonomi daerah ini, adanya target kegiatan yang ditentukan seragam atau sama untuk semua Puskesmas, ada baiknya perlu dipertimbangkan lagi karena kondisi geografi dan kemampuan sumber daya setiap Puskesmas untuk mencapai target yang ditentukan jelas tidaklah sama. Menurut Rachmat (2000), untuk keberhasilan pembangunan kesehatan, penyelenggaraan pelbagai upaya kesehatan harus berangkat dari masalah dan potensi spesifik masing-masing daerah.

5.2.3.5 Pendapat Mengenai Pengelolaan Jumlah Kegiatan Pokok Puskesmas

Seperti halnya wewenang dalam penentuan target kegiatan, untuk wewenang dalam pengelolaan jumlah kegiatan pokok Puskesmas hanya ditanyakan kepada petugas, dengan pertimbangan sifatnya lebih teknis.

Adapun pendapat petugas mengenai jumlah kegiatan pokok Puskesmas dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.18 : Distribusi Pendapat Petugas Mengenai Jumlah Kegiatan Pokok Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001

Pendapat Mengenai Jumlah Kegiatan Pokok Puskesmas	Petugas	
	n	%
1. Sebaiknya hanya 1 s/d 5 kegiatan pokok	4	8,3
2. Sebaiknya hanya 6 s/d 10 kegiatan pokok	12	25,0
3. Sebaiknya hanya 11 s/d 15 kegiatan pokok	21	43,8
4. Sebaiknya lebih dari 15 kegiatan pokok	11	22,9
Jumlah	48	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Pada tabel 5.18 di atas, pendapat petugas terbanyak mengenai jumlah kegiatan pokok Puskesmas adalah sebanyak 43,8%, yang menyatakan sebaiknya jumlah kegiatan pokok Puskesmas hanya 11 sampai 15 kegiatan. Sedangkan yang berpendapat jumlah

kegiatan pokok Puskesmas sebaiknya tetap lebih dari 15 kegiatan adalah sebanyak 22,9%.

Seperti diketahui, salah satu masalah yang selama ini dihadapi Puskesmas adalah beban tugas Puskesmas yang besar. Hal ini terkait dengan kebijakan memberlakukan 18 upaya kegiatan pokok Puskesmas seperti yang saat ini ditetapkan Depkes RI secara nasional, apalagi dengan kondisi sumber daya yang berbeda satu sama lainnya (Depkes RI, 2000).

Indonesia yang secara geografis sangat luas dengan perbedaan suku, budaya, agama dan variasi masyarakat yang beragam, menyebabkan kebutuhan dan tuntutan akan pelayanan kesehatan berbeda pula. Dengan memperhatikan hal tersebut, jelas kebijakan untuk memberlakukan 18 upaya kegiatan pokok Puskesmas secara nasional sudah tidak tepat lagi. Tidak secara keseluruhan upaya kegiatan pokok Puskesmas dapat diselenggarakan dengan baik oleh setiap Puskesmas, karena masing-masing Puskesmas mempunyai kemampuan dan potensi yang berbeda dalam melaksanakan kegiatan pokok yang ada, yang sebagian di antaranya kurang diminati dan belum merupakan kebutuhan masyarakat setempat (Depkes RI, 2000).

Berkaitan dengan masalah tersebut di atas, upaya kegiatan pokok Puskesmas seharusnya dikembangkan atas dasar dua pertimbangan, yaitu :

- a. Kegiatan yang mempunyai kontribusi besar dalam penurunan masalah kesehatan yang menjadi prioritas nasional. Sebaiknya kegiatan tersebut tidak lebih dari 5 sampai 6 kegiatan
- b. Kegiatan spesifik wilayah setempat, yang dikembangkan berdasarkan permasalahan kesehatan setempat. Jumlah kegiatannya diserahkan pada masing-masing Puskesmas sesuai dengan ketersediaan sumber daya pendukungnya (Depkes RI, 2000).

Sementara itu, dari 18 kegiatan pokok yang selama ini dibebankan kepada Puskesmas, pendapat petugas mengenai kegiatan pelayanan Puskesmas yang sebaiknya harus menjadi kegiatan pokok di tiap Puskesmas dan dapat berlaku secara nasional, dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.19 : Distribusi Pendapat Petugas Mengenai 18 Kegiatan Pelayanan yang Sebaiknya Menjadi Kegiatan Pokok di Tiap Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001

KEGIATAN	Petugas	
	n = 48	%
1. Kesehatan ibu dan anak	48	100,0
2. Usaha peningkatan gizi	46	95,8
3. Pencegahan dan pemberantasan penyakit	46	95,8
4. Pencatatan dan pelaporan	43	89,6
5. Kesehatan lingkungan	41	85,4
6. Penyuluhan kesehatan masyarakat	39	81,3
7. Keluarga berencana	37	77,1
8. Kesehatan gigi dan mulut	35	72,9
9. Laboratorium sederhana	35	72,9
10. Pengobatan	33	68,7
11. Usaha kesehatan sekolah	31	64,6
12. Perawatan kesehatan masyarakat	31	64,6
13. Kesehatan usia lanjut	30	62,5
14. Kesehatan jiwa	19	39,6
15. Pembinaan pengobatan tradisional	16	33,3
16. Kesehatan mata	15	31,3
17. Kesehatan kerja	12	25,0
18. Kesehatan olah raga	7	14,6

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Pada tabel 5.19 di atas, terbanyak menempatkan kegiatan kesehatan ibu dan anak, kegiatan usaha peningkatan gizi serta kegiatan pencegahan dan pemberantasan penyakit, sebagai kegiatan yang paling banyak dipilih petugas (persentase di atas 90%) yang sebaiknya menjadi kegiatan pokok di tiap Puskesmas.

Sedangkan kegiatan kesehatan jiwa, kegiatan pembinaan pengobatan tradisional, kegiatan kesehatan mata, kegiatan kesehatan kerja dan kegiatan kesehatan olah raga, sebagai kegiatan yang paling sedikit (persentase di bawah 50%) dipilih petugas menjadi

Dikaitkan dengan tabel 5.18 mengenai jumlah kegiatan pokok Puskesmas, di mana sebanyak 43,8% petugas berpendapat sebaiknya jumlah kegiatan pokok Puskesmas adalah sebanyak 11 sampai 15 kegiatan. Dengan asumsi persentase di atas 50% lebih disetujui petugas menjadi kegiatan pokok Puskesmas, maka kegiatan nomor 1 sampai nomor 13 (tabel 5.19), secara umum mungkin dapat dijadikan semacam acuan bagi Puskesmas menentukan kegiatan pokok yang akan dilaksanakan di wilayahnya. Namun demikian, tidak menutup kemungkinan bagi Puskesmas untuk memilih dan melaksanakan kegiatan nomor 14 sampai 18 jika dipandang sesuai dengan masalah kesehatan yang ada di Puskesmas dan kemampuan sumber daya yang dimilikinya.

Dengan demikian seperti yang telah dinyatakan di atas, karena setiap Puskesmas mempunyai kemampuan sumber daya serta masalah kesehatan yang berbeda, maka variasi jumlah kegiatan pokok tetap diserahkan kepada tiap Puskesmas untuk melaksanakannya. Untuk Puskesmas yang mempunyai kemampuan sumber daya yang memadai, tentunya akan melaksanakan jumlah kegiatan pokok yang lebih banyak daripada Puskesmas dengan kemampuan sumber daya yang kurang.

Namun demikian, dalam penentuan kegiatan pokok yang akan dilaksanakan oleh Puskesmas, Puskesmas harus tetap memperhatikan kegiatan atau program pelayanan dasar yang menjadi kesepakatan nasional dan mempunyai daya ungkit tinggi dalam mengatasi permasalahan kesehatan yang berkaitan dengan morbiditas, kecacatan dan mortalitas.

Kegiatan atau program pelayanan dasar tersebut adalah :

- a. Promosi kesehatan (penyuluhan kesehatan)
- b. Kesehatan lingkungan
- c. Kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana

- e. Pencegahan dan pemberantasan penyakit (termasuk imunisasi)
- f. Pengobatan (Depkes RI, 2001).

Dengan demikian, walaupun Puskesmas diberikan kewenangan menentukan jumlah kegiatan pokok yang akan dilaksanakan, keenam kegiatan di atas tetap harus dilaksanakan oleh setiap Puskesmas, yang pada hakekatnya merupakan kegiatan atau program pelayanan dasar yang selama ini dibutuhkan oleh sebagian besar masyarakat.

Jika kesepakatan kegiatan atau program pelayanan dasar di atas dikaitkan dengan tabel 5.19 mengenai kegiatan yang sebaiknya menjadi kegiatan pokok di tiap Puskesmas, keenam kegiatan tersebut termasuk dalam 10 kegiatan yang paling banyak dipilih petugas menjadi kegiatan pokok yang harus dilaksanakan di tiap Puskesmas. Dengan demikian dapat dinyatakan, secara umum petugas tetap mengharapkan keenam kegiatan pelayanan dasar tersebut tetap harus dilaksanakan di tiap Puskesmas.

Sementara itu, jika tabel 5.19 mengenai kegiatan yang sebaiknya menjadi kegiatan pokok di tiap Puskesmas dikaitkan dengan tabel 5.14 mengenai pembagian kegiatan Puskesmas menjadi barang publik atau barang privat (dengan asumsi pada tabel 5.14 di atas, jika persentase di atas 50% berarti disetujui petugas menjadi barang publik atau barang privat), dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.20 : Distribusi 10 Kegiatan Yang Banyak Dipilih Petugas Menjadi Kegiatan Pokok Puskesmas Dikaitkan dengan Pembagian Kegiatan Menjadi Barang Publik atau Barang Privat di Kabupaten Pasir tahun 2001

NO	10 KEGIATAN YANG BANYAK DIPILIH PETUGAS MENJADI KEGIATAN POKOK PUSKESMAS	PEMBAGIAN KEGIATAN	
		BARANG PUBLIK	BARANG PRIVAT
1	Kesehatan ibu dan anak	V	-
2	Usaha peningkatan gizi	V	-
3	Pencegahan dan pemberantasan penyakit	V	-
4	Kesehatan lingkungan	V	-
5	Penyuluhan kesehatan masyarakat	V	-
6	Keluarga berencana	-	V
7	Kesehatan gigi dan mulut	-	V
8	Laboratorium sederhana	V	-
9	Pengobatan	V	-
10	Usaha kesehatan sekolah	V	-

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Keterangan : kegiatan pencatatan dan pelaporan dikeluarkan

Pada tabel 5.20 di atas, dari 10 kegiatan yang terbanyak dipilih petugas menjadi kegiatan pokok Puskesmas (tabel 5.19), hanya 2 kegiatan yang menurut pendapat petugas sebaiknya menjadi kegiatan barang privat, yaitu kegiatan keluarga berencana dan kegiatan pelayanan pengobatan gigi dan mulut (tabel 5.14). Dengan demikian 8 kegiatan lain, disetujui petugas sebagai kegiatan barang publik dan menjadi kegiatan pokok yang sebaiknya dilaksanakan oleh setiap Puskesmas.

5.2.4 Pendapat Mengenai Tanggung Jawab Puskesmas

5.2.4.1 Pendapat Mengenai Tanggung Jawab Wilayah

Pendapat petugas dan *stakeholder* mengenai tanggung jawab wilayah Puskesmas dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.21 : Distribusi Pendapat Petugas dan *Stakeholder* Mengenai Tanggung Jawab Wilayah Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001

Pendapat Mengenai Tanggung Jawab Wilayah Puskesmas	Petugas		Stakeholder	
	n	%	n	%
1. Sebaiknya seluruh desa dalam satu wilayah kecamatan	12	25,0	3	50,0
2. Sebaiknya ditentukan berdasarkan jumlah desa tertentu, tetapi tidak harus satu wilayah kecamatan	36	75,0	3	50,0
Jumlah	48	100,0	6	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Pada tabel 5.21 di atas, sebagian besar petugas (75,0%) berpendapat sebaiknya wilayah Puskesmas ditentukan berdasarkan jumlah desa tertentu tetapi tidak harus satu wilayah kecamatan. Sedangkan bagi *stakeholder*, hanya 50% yang berpendapat setuju jika wilayah Puskesmas sebaiknya ditentukan berdasarkan jumlah desa tertentu.

Menurut Depkes RI (1998), wilayah kerja sebuah Puskesmas adalah meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Khusus untuk kota besar dengan jumlah penduduk satu juta atau lebih, wilayah kerja Puskesmas bisa meliputi satu kelurahan.

Di Kabupaten Pasir, dengan jumlah kecamatan sebanyak 12 wilayah, saat ini terdapat 24 buah Puskesmas, sehingga rata-rata tiap kecamatan terdapat sebanyak 2 buah Puskesmas. Namun pada kenyataannya, terdapat kecamatan yang hanya mempunyai Puskesmas sebanyak 1 buah Puskesmas, tetapi ada juga kecamatan yang mempunyai Puskesmas sebanyak 3 buah Puskesmas.

5.2.4.2 Pendapat Mengenai Tanggung Jawab Penduduk Puskesmas

Menurut Depkes RI (1998), sasaran penduduk yang dilayani oleh sebuah Puskesmas adalah rata-rata 30.000 jiwa setiap Puskesmas. Namun demikian, mengingat keterbatasan sumber daya yang dimiliki Puskesmas, baik menyangkut ketenagaan Puskesmas dan sarana transportasi untuk menjangkau desa yang jauh dari Puskesmas,

sudah saatnya jumlah sasaran penduduk Puskesmas perlu dipertimbangkan lagi.

Di Kabupaten Pasir, akhir tahun 2000 dengan jumlah penduduk sebanyak 257.381 jiwa terdapat 24 buah Puskesmas, sehingga tiap Puskesmas rata-rata melayani sekitar 10.724 jiwa. Namun jika dilihat tiap Puskesmas, jumlah sasaran penduduknya sangat bervariasi, ada Puskesmas yang jumlah sasaran penduduk hanya sekitar 5.000 jiwa, tetapi ada Puskesmas yang mempunyai jumlah sasaran penduduk lebih dari 25.000 jiwa.

Pendapat petugas dan *stakeholder* mengenai tanggung jawab penduduk Puskesmas dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.22 : Distribusi Pendapat Petugas dan *Stakeholder* Mengenai Tanggung Jawab Penduduk Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001

Pendapat Mengenai Tanggung Jawab Penduduk Puskesmas	Petugas		<i>Stakeholder</i>	
	n	%	n	%
1. Sebaiknya kurang dari 5.000 jiwa	4	8,3	0	0
2. Sebaiknya antara 5.000 s/d 10.000 jiwa	17	35,4	0	0
3. Sebaiknya lebih dari 10.000 s/d 15.000 jiwa	16	33,3	4	66,7
4. Sebaiknya lebih dari 15.000 s/d 20.000 jiwa	7	14,6	0	0
5. Sebaiknya lebih dari 20.000 jiwa	4	8,3	2	33,3
Jumlah	48	100,0	6	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Pada tabel 5.22 di atas, sebanyak 35,4% petugas berpendapat sebaiknya sasaran penduduk Puskesmas adalah 5.000 sampai 10.000 jiwa, dan sebanyak 33,3% menyatakan sebaiknya antara 10.000 sampai 15.000 jiwa. Sedangkan bagi *stakeholder*, sebagian besar (66,7%) berpendapat sebaiknya sasaran penduduk tiap Puskesmas adalah 10.000 jiwa sampai 15.000 jiwa.

Dengan sasaran penduduk Puskesmas yang lebih sedikit (di bawah 30.000 jiwa), untuk pemerataan pelayanan kesehatan, berarti diperlukan jumlah sarana pelayanan kesehatan yang lebih banyak. Untuk itu, pembangunan baru Puskesmas sangat diperlukan, terutama untuk menjangkau desa terpencil yang selama ini belum terjangkau pelayanan Puskesmas.

Di samping itu, kebijakan menempatkan bidan di tiap desa juga sangat membantu dalam upaya mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang selama ini kurang menikmati fasilitas pelayanan kesehatan akibat keterbatasan Puskesmas dalam menjangkau masyarakat yang jauh dari lokasi Puskesmas. Di era otonomi daerah ini, sudah saatnya upaya pembangunan kesehatan dilakukan dengan lebih menekankan atau memprioritaskan penguatan pembangunan di tingkat pedesaan, sehingga peningkatan derajat kesehatan masyarakat, terutama masyarakat pedesaan dapat mudah tercapai.

5.2.5 Pendapat Mengenai Ketenagaan Puskesmas

Pendapat petugas dan *stakeholder* mengenai tenaga kesehatan yang saat ini juga banyak diperlukan Puskesmas (di samping yang sudah dimiliki Puskesmas), dapat dipelajari pada tabel 5.23 dan tabel 5.24 di bawah ini :

Tabel 5.23 : Distribusi Pendapat Petugas Mengenai Tenaga Kesehatan Yang Saat Ini Banyak Diperlukan Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001

Pendapat Mengenai Tenaga Kesehatan Yang Diperlukan Puskesmas	Petugas	
	n = 48	%
1. Tenaga analis kesehatan	25	52,0
2. Tenaga gizi masyarakat	19	40,0
3. Tenaga dokter gigi	15	31,5
4. Tenaga perawat gigi	11	23,0
5. Tenaga apoteker	10	21,0
6. Tenaga dokter umum	10	21,0
7. Tenaga sarjana kesehatan masyarakat	8	17,0
8. Tenaga bidan desa	8	17,0
9. Tenaga akademi kesehatan lingkungan	6	12,5
10. Tenaga akademi keperawatan	5	10,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan

Pada tabel 5.23 di atas, pendapat sebagian besar petugas (52,0%) menempatkan tenaga analis kesehatan sebagai tenaga kesehatan yang saat ini paling banyak diperlukan Puskesmas, sebagai upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan Puskesmas kepada masyarakat. Di samping itu, terdapat sebanyak 40,0% petugas yang berpendapat tenaga kesehatan yang juga banyak diperlukan Puskesmas adalah tenaga gizi masyarakat.

Sedangkan pendapat *stakeholder* mengenai tenaga kesehatan yang saat ini banyak diperlukan Puskesmas adalah sebagai berikut :

Tabel 5.24 : Distribusi Pendapat *Stakeholder* Mengenai Tenaga Kesehatan yang Saat Ini Banyak Diperlukan Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001

Pendapat Mengenai Tenaga Kesehatan yang Diperlukan Puskesmas	Stakeholder	
	n = 6	%
1. Tenaga analis kesehatan	3	50,0
2. Tenaga fisioterapi	3	50,0
3. Tenaga dokter spesialis	2	33,3
4. Tenaga sarjana kesehatan masyarakat	2	33,3
5. Tenaga apoteker	1	16,7
6. Tenaga dokter gigi	1	16,7
7. Tenaga gizi masyarakat	1	16,7

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Pada tabel 5.24 di atas, pendapat *stakeholder* terbanyak (50,0%) juga menempatkan tenaga analis kesehatan sebagai tenaga kesehatan yang saat ini banyak diperlukan oleh Puskesmas, seperti halnya pendapat petugas.

Pendapat petugas dan *stakeholder* di atas, sesuai dengan kondisi ketenagaan yang ada di Puskesmas saat ini, di mana tenaga analis kesehatan masih sangat kurang (di bawah standar) dan sebagian besar Puskesmas belum memiliki tenaga kesehatan tersebut, seperti dapat dipelajari pada tabel 5.40.

Di masa mendatang, seharusnya di tiap Puskesmas seharusnya tersedia minimal 1 orang tenaga analis kesehatan. Hal ini untuk mengantisipasi semakin meningkatnya harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas, terutama harapan terhadap penegakan diagnosa penyakit yang lebih tepat, di mana tersedianya tenaga analis kesehatan di Puskesmas sangat diperlukan.

Di samping itu, sebanyak 33,3% *stakeholder* berpendapat perlunya di Puskesmas ada dokter spesialis. Hal ini sesuai dengan harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas, yaitu harapan masyarakat terhadap perlu adanya pelayanan spesialis di

Seperti diketahui, mutu pelayanan kesehatan lebih menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien. Makin sempurna kepuasan tersebut, makin baik pula mutu pelayanan kesehatan (Azwar, 1996).

Menurut Depkes RI (2000), Puskesmas saat ini masih menghadapi sejumlah masalah, salah satunya adalah ketersediaan tenaga, peralatan dan biaya kesehatan yang semakin baik, ternyata masih belum dibarengi dengan membaiknya mutu pelayanan kesehatan sebagai dimensi penting dari kepuasan konsumen.

5.2.6 Pendapat Mengenai Kedudukan Puskesmas

Pendapat petugas dan *stakeholder* mengenai kedudukan Puskesmas di era otonomi daerah dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.25 : Distribusi Pendapat Petugas dan *Stakeholder* Mengenai Kedudukan Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001

Pendapat Mengenai Kedudukan Puskesmas	Petugas		Stakeholder	
	n	%	n	%
1. Sebaiknya tetap sebagai unit pelaksanaanya Dinas Kesehatan Kabupaten	13	27,1	1	16,7
2. Sebaiknya menjadi unit pelayanan kesehatan yang mandiri	32	66,6	4	66,6
3. Sebaiknya menjadi unit pelaksanaanya rumah sakit daerah	3	6,3	1	16,7
Jumlah	48	100,0	6	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Pada tabel 5.25 di atas, sebagian besar petugas (66,6%) maupun *stakeholder* (66,6%) berpendapat setuju jika kedudukan Puskesmas sebaiknya menjadi unit pelayanan mandiri, sesuai semangat yang terkandung pada pelaksanaan otonomi daerah. Sedangkan petugas yang setuju jika kedudukan Puskesmas sebaiknya menjadi unit pelaksanaanya rumah sakit daerah hanya sebesar 6,3%, dan untuk *stakeholder* sebesar 16,7%.

Seperti diketahui, kedudukan Puskesmas selama ini adalah menjadi unit pelaksanaannya Dinas Kesehatan Kabupaten, sehingga hampir semua kegiatan yang akan dilaksanakan Puskesmas ditentukan atau diatur oleh Dinas Kesehatan Kabupaten. Sementara jika nantinya Puskesmas menjadi unit pelayanan mandiri, diharapkan Puskesmas dapat lebih bebas menentukan kegiatan pelayanan yang akan dilaksanakan sesuai kebutuhan masyarakat setempat dan masalah kesehatan yang dihadapi di tiap Puskesmas.

5.3 Kebutuhan dan Harapan Masyarakat Terhadap Mutu Pelayanan Puskesmas

Sesuai dengan tujuan penelitian yaitu mengidentifikasi kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas sebagai bahan penyusunan konsep Puskesmas baru pada era otonomi daerah, disajikan hasil penelitian pada masyarakat dan tokoh masyarakat sebagai berikut :

Dari 354 responden masyarakat, sebanyak 236 orang (66,7%) pernah berobat ke Puskesmas dan 118 orang (33,3%) belum pernah berobat ke Puskesmas. Sedangkan untuk 15 responden tokoh masyarakat, sebanyak 12 orang (80,0%) pernah berobat ke Puskesmas dan 3 orang (20,0%) belum pernah berobat ke Puskesmas.

Untuk masyarakat yang sudah pernah berobat ke Puskesmas, kebutuhan dan harapan terhadap mutu pelayanan Puskesmas adalah sebagai berikut :

5.3.1 Kebutuhan Terhadap Pelayanan Puskesmas

Dari 236 orang yang sudah pernah berobat ke Puskesmas, kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan yang terdapat di Puskesmas ketika masyarakat berobat ke Puskesmas sesuai penyakit yang dideritanya, dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.26 : Distribusi Kebutuhan Masyarakat Terhadap Pelayanan Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001

Kebutuhan Terhadap Pelayanan Puskesmas	n	%
1. Pelayanan pengobatan umum	158	66,9
2. Pelayanan pengobatan gigi	33	14,0
3. Pelayanan KIA/KB	45	19,1
Jumlah	236	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Penggolongan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan Puskesmas pada tabel 5.26 di atas menjadi 3 pelayanan adalah didasarkan pada jumlah poli yang terdapat di Puskesmas, yaitu poli pengobatan umum, poli pengobatan gigi dan poli KIA/KB.

Pada tabel 5.26 di atas, sebagian besar masyarakat (66,9%) yang berobat ke Puskesmas, kebutuhan terhadap pelayanan Puskesmas adalah untuk melakukan pengobatan umum.

Dengan demikian, melihat banyaknya masyarakat yang membutuhkan pelayanan pengobatan umum, harus diupayakan agar di tiap Puskesmas jangan sampai terjadi kekosongan tenaga dokter terutama pada saat jam pelayanan Puskesmas. Bahkan untuk Puskesmas yang jumlah kunjungannya banyak, jumlah tenaga dokter harus diupayakan minimal 2 tenaga dokter.

5.3.2 Harapan Terhadap Jenis Pemberi Pelayanan Kesehatan

Dari 236 orang yang sudah pernah berobat ke Puskesmas, jenis pemberi pelayanan kesehatan (tenaga kesehatan) yang diharapkan masyarakat ketika berobat ke Puskesmas bila dikaitkan dengan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan Puskesmas, dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.27 : Distribusi Jenis Tenaga Kesehatan yang Diharapkan Masyarakat ketika Berobat ke Puskesmas Dikaitkan Dengan Kebutuhan Masyarakat Terhadap Pelayanan Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001

Kebutuhan Terhadap Pelayanan Puskesmas	Jenis Tenaga Kesehatan Yang Diharapkan								Jumlah	
	Dokter		Perawat		Dokter Gigi		Bidan		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
1. Pelayanan pengobatan umum	131	82,9	27	17,1	-	-	-	-	158	66,9
2. Pelayanan pengobatan gigi	-	-	-	-	33	100,0	-	-	33	14,0
3. Pelayanan KIA/KB	2	4,4	-	-	-	-	43	95,6	45	19,1
Jumlah	133	56,4	27	11,4	33	14,0	43	18,2	236	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Pada tabel 5.27 di atas, untuk masyarakat yang membutuhkan pelayanan pengobatan umum, sebagian besar masyarakat (82,9%) mengharapkan diobati atau diperiksa dokter. Untuk yang membutuhkan pelayanan pengobatan gigi, 100 % mengharapkan diobati atau diperiksa dokter gigi. Tetapi untuk yang membutuhkan pelayanan KIA/KB, sebanyak 95,6% mengharapkan diperiksa bidan, dan sisanya sebanyak 4,4% mengharapkan diperiksa dokter.

Pada umumnya alasan masyarakat mengharapkan diobati atau diperiksa oleh dokter atau dokter gigi ketika berobat ke Puskesmas, karena dokter atau dokter gigi lebih pengalaman mengobati penyakit, sudah ahlinya (bidangnya) dalam mengobati penyakit, lebih tepat dalam mengdiagnosa suatu penyakit, serta agar dapat mengetahui penyakit yang diderita dengan lebih jelas.

Sedangkan alasan masyarakat mengharapkan diobati atau diperiksa oleh bidan atau perawat ketika berobat ke Puskesmas, adalah pada umumnya karena sudah kenal dengan bidan atau perawat Puskesmas, tidak malu diperiksa oleh bidan jika periksa

kehamilan, bidan lebih pengalaman menangani kehamilan serta agar cepat dapat dilayani oleh petugas (perawat) Puskesmas.

Sementara itu, untuk melihat kepuasan dari 236 orang yang sudah pernah berobat ke Puskesmas terhadap pelayanan kesehatan yang telah diterimanya, sebelumnya dapat dilihat, apakah ketika masyarakat berobat ke Puskesmas mendapatkan tenaga kesehatan yang diharapkan atau tidak, seperti dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.28 : Distribusi Jenis Tenaga Kesehatan Yang Diharapkan Masyarakat Dikaitkan dengan Apakah Masyarakat Mendapatkan Tenaga Kesehatan Yang Diharapkan di Kabupaten Pasir tahun 2001

Jenis Tenaga Kesehatan Yang Diharapkan	Apakah Masyarakat Mendapatkan Jenis Tenaga Kesehatan Yang Diharapkan				Jumlah	
	Ya	%	Tidak	%	n	%
a. Dokter	94	70,7	39	29,3	133	56,4
b. Dokter gigi	20	60,6	13	39,4	33	14,0
c. Bidan	41	95,3	2	4,7	43	18,2
d. Perawat	27	100,0	0	0	27	11,4
Jumlah	182	77,1	54	22,9	236	100,0

Sumber : Data primer, penelitian lapangan 2001

Pada tabel 5.28 di atas, sebanyak 182 orang (77,1%) mendapatkan tenaga kesehatan yang diharapkan, sedangkan sisanya sebanyak 54 orang (22,9%) tidak mendapatkan tenaga kesehatan yang diharapkan, dan untuk masyarakat ini (yang tidak mendapatkan tenaga kesehatan yang diharapkan) diasumsikan tidak puas terhadap pelayanan Puskesmas. Persentase terbesar tenaga kesehatan yang didapatkan masyarakat sesuai yang diharapkan mengobati adalah tenaga perawat (100%). Sedangkan persentase terbesar tenaga kesehatan yang tidak didapatkan masyarakat sesuai yang diharapkan mengobati adalah tenaga dokter gigi (39,4%).

Adapun tingkat kepuasan dari 182 orang yang mendapatkan tenaga kesehatan yang diharapkan dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.29 : Distribusi Tingkat Kepuasan Masyarakat Terhadap Pelayanan Tenaga Kesehatan di Puskesmas Kabupaten Pasir tahun 2001

Jenis Pemberi Pelayanan Kesehatan	Tingkat Kepuasan Terhadap Pelayanan Tenaga Kesehatan						Jumlah	
	Tidak Puas	%	Cukup Puas	%	Puas	%	n	%
a. Dokter	4	4,3	44	46,8	46	48,9	94	51,6
b. Dokter gigi	1	5,0	4	20,0	15	75,0	20	11,0
c. Bidan	4	9,8	13	31,7	24	58,5	41	22,6
d. Perawat	0	0	4	14,8	23	85,2	27	14,8
Jumlah	9	5,0	65	35,7	108	59,3	182	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Pada tabel 5.29 di atas, sebagian besar masyarakat (59,3%) menyatakan puas terhadap pelayanan tenaga kesehatan, dengan persentase kepuasan terbesar yang dirasakan masyarakat adalah dari tenaga perawat (85,2%). Hanya 5,0% masyarakat yang menyatakan tidak puas atas pelayanan tenaga kesehatan di Puskesmas, dengan persentase ketidakpuasan terbesar yang dirasakan masyarakat adalah dari tenaga bidan (9,8%).

Dengan demikian, secara keseluruhan dari 236 orang yang pernah berobat ke Puskesmas, sebetulnya terdapat 63 orang (26,7%) yang tidak puas terhadap pelayanan tenaga kesehatan di Puskesmas, dengan perincian sebanyak 54 orang yang tidak mendapatkan tenaga kesehatan yang diharapkan dan 9 orang yang menyatakan tidak puas terhadap pelayanan tenaga kesehatan yang diterimanya di Puskesmas.

Persentase masyarakat yang tidak puas terhadap pelayanan tenaga kesehatan seperti di atas, hampir sama dengan penelitian Singh et al. (1996) tentang kepuasan pasien Pusat Pelayanan Kesehatan di Negara Trinidad dan Tobago Amerika Latin, yang melaporkan masih terdapat sekitar 20% pasien yang tidak puas terhadap pelayanan kesehatan yang diterimanya dan 7% tidak tentu tingkat kepuasannya. Menurut Eisenberg (1997), dalam industri pelayanan kesehatan, sebagaimana yang kita lihat, *customer oriented* atau pelayanan yang berfokus pada kepuasan konsumen kurang menjadi fokus

Sebagai institusi yang menghasilkan produk jasa pelayanan kesehatan, Puskesmas harus juga memperhatikan kepuasan pelanggannya. Walaupun pada kenyataannya, sebagaimana yang dinyatakan Susilo (1994), komoditi pelayanan kesehatan pada umumnya dikonsumsi masyarakat dalam kondisi atau situasi terpaksa. Konsumen umumnya tidak mengerti keadaan penyakit maupun terapi atau perlakuan medis yang tepat untuk penyembuhan penyakitnya, sekalipun mereka terpelajar.

Sehubungan dengan harapan masyarakat terhadap pemberi pelayanan kesehatan terutama terhadap pelayanan oleh dokter atau dokter gigi, dikaitkan dengan jumlah tenaga kesehatan yang tersedia di Puskesmas seperti dapat dipelajari pada tabel 5.40, maka di masa mendatang diupayakan setiap Puskesmas minimal harus tersedia 1 dokter dan dokter gigi. Bahkan untuk Puskesmas yang jumlah kunjungannya banyak, jumlah dokter seharusnya 2 orang.

Pada 3 tahun terakhir ini, jumlah dokter yang ada di Puskesmas jumlahnya sudah sebanding (sesuai standar) dengan jumlah Puskesmas yang ada (tabel 5.40). Kondisi ini harus tetap dipertahankan, terutama untuk mengantisipasi meningkatnya kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas, serta memasuki era globalisasi dunia yang ditandai dengan persaingan ketat antar institusi pelayanan kesehatan yang ada, misalnya balai pengobatan swasta atau dokter praktek swasta.

Sebaliknya jumlah tenaga dokter gigi, dalam 3 tahun terakhir ini jumlahnya selalu tidak sebanding (di bawah standar) dengan jumlah Puskesmas yang ada di Kabupaten Pasir, padahal kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan pengobatan gigi dan harapan masyarakat terhadap pemberi pelayanan kesehatan oleh seorang dokter gigi sangat besar (100%). Penyebab terjadinya kekurangan dokter gigi dalam 3 tahun terakhir ini adalah kemungkinan karena banyaknya dokter gigi PTT yang telah habis masa kontraknya,

sementara dropping tenaga dokter gigi PTT baru pada beberapa tahun terakhir ini, jumlahnya tidak sebanyak dengan dokter gigi PTT yang telah habis masa kontraknya.

Oleh karena itu, rekrutmen tenaga dokter dan dokter gigi baru harus segera dilakukan Pemerintah Daerah, di mana dalam era otonomi ini, daerah mempunyai kewenangan yang besar dalam rekrutmen tenaga kesehatan sesuai kebutuhan masyarakat di wilayahnya. Di samping itu, perlu ada upaya Pemerintah Daerah untuk membuat tenaga dokter atau dokter gigi yang ada dapat betah tinggal di daerah, misalnya dengan memberikan insentif yang memadai, kemudahan melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi, penyediaan fasilitas perumahan, dan sebagainya. Hal ini diperlukan, karena di masa mendatang dengan makin meningkatnya kesadaran masyarakat akan arti hidup sehat, kebutuhan dan harapan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang bermutu juga semakin meningkat (Mindu, 1999).

Sebagaimana diketahui, mutu pelayanan kesehatan dinilai baik apabila pelayanan kesehatan tersebut dapat menimbulkan rasa puas pada diri setiap pelanggan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk. Dewasa ini perhatian terhadap kepuasan dan ketidakpuasan pelanggan telah semakin besar. Semakin banyak pihak yang manaruh perhatian terhadap hal ini (Azwar, 1996).

5.3.3 Harapan Terhadap Obat Yang Diberikan Puskesmas

Harapan masyarakat terhadap obat yang diberikan Puskesmas ketika berobat di Puskesmas, dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.30 : Distribusi Harapan Masyarakat Terhadap Obat Yang Diberikan Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001

Harapan Terhadap Obat Yang Diberikan Puskesmas	n	%
1. Obatnya yang lebih manjur dan bermutu	141	59,7
2. Adanya obat paten	29	12,3
3. Obatnya yang lengkap	24	10,2
4. Stok obat jangan sampai kosong	19	8,1
5. Adanya obat berbentuk sirup	16	6,8
6. Obatnya jangan sampai rusak dan kemasannya yang baik	7	3,0
Jumlah	236	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Pada tabel 5.30 di atas, sebagian besar masyarakat (59,7%) mengharapkan obat Puskesmas agar lebih manjur dan bermutu. Terdapat pula sebanyak 12,3% masyarakat yang mengharapkan adanya obat paten di Puskesmas.

Di samping itu, sebanyak 6,8% masyarakat mengharapkan adanya obat berbentuk sirup di Puskesmas. Walaupun persentase ini masih kecil, namun bagi Puskesmas, di masa mendatang perlu memperhatikan harapan masyarakat terhadap obat yang tersedia di Puskesmas, sehingga diharapkan mutu pelayanan Puskesmas di masa mendatang dapat semakin meningkat.

Harapan pelanggan diyakini mempunyai peranan besar dalam menentukan mutu produk (barang dan jasa) dan kepuasan pelanggan. Pemahaman terhadap harapan pelanggan adalah prasyarat untuk peningkatan mutu dan pencapaian kepuasan pelanggan. Damayanti dan Supriyanto (2000), menyatakan bahwa penyebab kegagalan dalam industri jasa adalah lebih banyak disebabkan karena kegagalan dalam memahami harapan pelanggan.

Sementara itu, pendapat masyarakat yang sudah pernah berobat ke Puskesmas mengenai kemanjuran obat Puskesmas, dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.31 : Distribusi Pendapat Masyarakat Mengenai Kemanjuran Obat Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001

Pendapat Mengenai Kemanjuran Obat Puskesmas	n	%
1. Tidak manjur	33	14,4
2. Cukup manjur	118	51,5
3. Manjur	78	34,1
Jumlah	229	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Keterangan : jumlah hanya 229 karena terdapat 7 responden yang masih dalam proses pengobatan (5 responden berobat ke Puskesmas dalam 1 - 3 hari terakhir dan 2 responden dalam proses pengobatan penyakit TB paru), karenanya 7 responden tidak disertakan

Pada tabel 5.31 di atas, pendapat masyarakat mengenai kemanjuran obat yang telah diberikan Puskesmas, sebagian besar masyarakat (51,5%) menyatakan cukup manjur, dan hanya sebanyak 14,4% yang berpendapat obat Puskesmas adalah tidak manjur.

Alasan masyarakat berpendapat obat Puskesmas tidak manjur adalah karena obat yang diberikan Puskesmas lama baru menyembuhkan penyakit, atau setelah makan obat yang diberikan Puskesmas, penyakit yang diderita tidak sembuh.

5.3.4 Harapan Terhadap Jam Buka Puskesmas

Untuk mengetahui harapan masyarakat terhadap jam buka mulai pelayanan Puskesmas dapat dipelajari pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.32 : Distribusi Harapan Masyarakat Terhadap Jam Buka Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001

Harapan Terhadap Jam Buka Puskesmas	n	%
1. Jam 07.30 Wita	26	11,0
2. Jam 08.00 Wita	166	70,3
3. Jam 08.30 Wita	17	7,2
4. Jam 09.00 Wita	24	10,2
5. Jam 16.00 Wita atau sore hari	3	1,3
Jumlah	236	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Pada tabel 5.32 di atas, sebagian besar masyarakat (70,3%) mengharapkan Puskesmas sudah mulai memberikan pelayanan kesehatan mulai jam 08.00. Di samping itu, terdapat 1,3% masyarakat yang mengharapkan Puskesmas bisa memberikan pelayanan pada jam 16.00 atau sore hari.

Adapun alasan masyarakat yang mengharapkan jam mulai pelayanan Puskesmas pada jam 07.30 atau 08.00 (sebanyak 192 orang) dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.33 : Distribusi Alasan Masyarakat yang Mengharapkan Jam Buka Pelayanan Puskesmas Pada jam 07.30 atau jam 08.00 di Kabupaten Pasir tahun 2001

Alasan Masyarakat	n	%
1. Supaya pelayanan pasien cepat dapat dilakukan	57	29,7
2. Supaya tidak terlalu lama menunggu di Puskesmas	53	27,6
3. Supaya bisa membagi waktu dengan pekerjaan rumah tangga	33	17,2
4. Pada jam tersebut sesuai dengan peraturan	47	24,5
5. Untuk meningkatkan disiplin petugas	2	1,0
Jumlah	192	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Semua alasan yang dikemukakan masyarakat seperti terlihat pada tabel 5.33 tersebut, kemungkinan didasarkan pada kenyataan pada jam 07.30 sampai 08.00 tersebut, Puskesmas masih belum siap memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat atau seringnya masyarakat masih harus menunggu petugas datang di Puskesmas.

Untuk masyarakat yang belum pernah berobat ke Puskesmas yang berjumlah 118 orang, harapan terhadap mutu pelayanan Puskesmas seandainya berobat ke Puskesmas adalah sebagai berikut :

5.3.5 Harapan Terhadap Pelayanan yang Tersedia di Puskesmas

Harapan masyarakat yang belum pernah berobat ke Puskesmas terhadap pelayanan yang tersedia di Puskesmas atau dilakukan oleh Puskesmas seandainya berobat

ke Puskesmas dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel. 5.34 : Distribusi Harapan Masyarakat yang Belum Pernah Berobat ke Puskesmas Terhadap Pelayanan yang Tersedia di Puskesmas Kabupaten Pasir tahun 2001

Harapan Terhadap Pelayanan Yang Tersedia di Puskesmas	n	%
A. Harapan Terhadap Proses Pelayanan Kesehatan :		
1. Pelayanan yang cepat dan tepat	42	35,6
2. Pelayanan yang sabar dan ramah	24	20,3
B. Harapan Terhadap Mutu Pelayanan Medis :		
1. Tersedianya obat yang manjur dan bermutu (obat paten)	24	20,3
2. Pelayanannya seperti di rumah sakit atau praktek dokter	11	9,3
3. Pelayanan harus oleh seorang dokter	11	9,3
4. Adanya pelayanan spesialis	3	2,5
C. Lain-Lain Pelayanan :		
1. Tidak banyak aturan dan bisa buka siang malam	3	2,5
Jumlah	118	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Pada tabel 5.34 di atas, pelayanan yang diharapkan masyarakat yang belum pernah berobat ke Puskesmas seandainya mereka berobat ke Puskesmas sangat bervariasi, tetapi yang terbanyak (35,6%) adalah mengharapkan pelayanan yang cepat dan tepat, di samping itu sebanyak 20,3% masyarakat mengharapkan pelayanan yang sabar dan ramah dari petugas Puskesmas.

Sebagaimana diketahui, bagi pemakai jasa pelayanan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan lebih terkait pada dimensi ketanggapan petugas memenuhi harapan pasien, kelancaran komunikasi petugas dengan pasien, keprihatinan serta keramah-tamahan dalam melayani pasien, dan atau kesembuhan penyakit yang sedang diderita oleh pasien (Azwar, 1996).

5.3.6 Harapan Terhadap Adanya Pelayanan Spesialis

Mengenai harapan 118 masyarakat yang belum pernah berobat ke Puskesmas terhadap perlunya adanya pelayanan spesialis di Puskesmas seandainya masyarakat berobat ke Puskesmas dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.35 : Distribusi Harapan Masyarakat Terhadap Perlunya Adanya Pelayanan Spesialis di Puskesmas Kabupaten Pasir tahun 2001

Harapan Terhadap Perlunya Adanya Pelayanan Spesialis di Puskesmas	n	%
1. Belum perlu	9	7,6
2. Cukup perlu	32	27,1
3. Perlu	77	65,3
Jumlah	118	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Pada tabel 5.35 di atas, sebagian besar masyarakat (65,3%) mengharapkan perlunya adanya pelayanan spesialis di Puskesmas, dan hanya sebanyak 7,6% yang belum mengharapkan perlu adanya pelayanan spesialis di Puskesmas.

Mengenai jenis pelayanan spesialis yang diharapkan masyarakat yang menyatakan perlu dan cukup perlu ada pelayanan spesialis di Puskesmas (ada 99 orang), dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.36 : Distribusi Jenis Pelayanan Spesialis yang Diharapkan Masyarakat Terdapat di Puskesmas Kabupaten Pasir tahun 2001

Jenis Pelayanan Spesialis yang Diharapkan Masyarakat	n	%
1. Pelayanan spesialis anak	55	42,0
2. Pelayanan spesialis penyakit dalam	46	35,1
3. Pelayanan spesialis kebidanan dan penyakit kandungan	19	14,5
4. Selain tiga pelayanan spesialis di atas, misalnya spesialis mata atau THT	9	6,9
5. Ketiga pelayanan spesialis di atas	2	1,5
Jumlah	131	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Keterangan : jumlah 131, karena sebagian masyarakat ada yang mengharapkan jenis pelayanan spesialis lebih dari satu.

Pada tabel 5.36 di atas, jenis pelayanan spesialis yang paling banyak diharapkan masyarakat terdapat di Puskesmas adalah pelayanan spesialis anak (42,0%) dan pelayanan spesialis penyakit penyakit dalam (35,1%).

Memasuki era otonomi daerah mulai tahun 2001 dan globalisasi dunia pada tahun 2003, diperkirakan harapan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu akan semakin meningkat, termasuk dalam hal ini pelayanan kesehatan di Puskesmas. Dengan konsep Puskesmas yang berlaku saat ini, diperkirakan sudah tidak sesuai lagi dengan semakin meningkatnya harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas. Misalnya harapan terhadap pelayanan spesialis di Puskesmas. Asmuri (2000), dalam penelitiannya tentang model pelayanan kesehatan Puskesmas metropolis di kota Surabaya, melaporkan bahwa 90,1% responden yang diteliti mengharapkan di Puskesmas ada pelayanan spesialis.

Sedangkan menurut Depkes RI (2000), salah satu masalah yang selama ini dihadapi Puskesmas adalah kecenderungan peningkatan kebutuhan dan harapan terhadap pelayanan kesehatan, masih belum dapat diantisipasi oleh masing-masing Puskesmas sehingga mengakibatkan terjadinya kesenjangan antara *supply* dan *demand*. Di beberapa Puskesmas terjadi *oversupply* dan di beberapa yang lain terjadi *shortage* terhadap jenis pelayanan kesehatan tertentu.

5.3.7 Harapan Terhadap Adanya Pelayanan Tambahan di Puskesmas

Harapan terhadap adanya pelayanan tambahan di Puskesmas digali dari 15 orang tokoh masyarakat mengenai pelayanan tambahan (pelayanan yang belum dilaksanakan Puskesmas) apa yang seharusnya dilakukan oleh Puskesmas dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan Puskesmas kepada masyarakat.

Mutu pelayanan kesehatan lebih menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan

kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri pasien. Makin sempurna kepuasan

tersebut, makin baik pula mutu pelayanan kesehatan. Akan tetapi, masalah pokok yang ditemukan adalah karena kepuasan tersebut ternyata bersifat subjektif. Tiap orang, tergantung dari latar belakang yang dimiliki, dapat saja memiliki tingkat kepuasan yang berbeda untuk satu pelayanan kesehatan yang sama (Azwar, 1996).

Secara umum harapan 15 tokoh masyarakat terhadap pelayanan tambahan yang perlu dilakukan oleh Puskesmas dapat dipelajari pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.37 : Distribusi Harapan Tokoh Masyarakat Terhadap Adanya Pelayanan Tambahan di Puskesmas Kabupaten Pasir tahun 2001

Harapan Terhadap Adanya Pelayanan Tambahan	n = 15	%
1. Adanya pelayanan spesialis	7	46,7
2. Melengkapi peralatan medis yang belum lengkap	5	33,3
3. Adanya atau tersedianya obat paten	4	26,7
4. Mutu obat Puskesmas ditingkatkan	4	26,7
5. Mengurangi lamanya waktu antrian di loket	3	20,0
6. Petugas harus bersikap lebih ramah	2	13,3
7. Penyuluhan harus sampai ke desa terpencil	1	6,7

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Dari tabel 5.37 di atas, terbanyak tokoh masyarakat (46,7%) mengharapkan adanya pelayanan spesialis terdapat di Puskesmas, di samping terdapat juga yang mengharapkan tersedianya obat paten di Puskesmas sebanyak 26,7%.

Dalam manajemen stratejik terdapat alternatif strategi pengembangan produk yang dapat dijadikan semacam panduan bagi Puskesmas dalam mengembangkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dikatakan melakukan pengembangan produk, jika suatu unit bisnis meluncurkan produk baru yang ditujukan pada pasar yang sekarang sudah dimasukinya. Pengembangan produk dapat juga berarti mengambil beberapa langkah sebagai berikut :

- a. Melakukan modifikasi yang substansial terhadap produk yang sudah dihasilkan selama ini

- b. Menciptakan produk baru untuk memberikan manfaat sejenis kepada pelanggan lama tanpa mengubah saluran distribusi dan pemasaran yang telah ada (Siagian, 1998).

Melihat alternatif strategi pengembangan produk tersebut, sebetulnya Puskesmas mampu melakukan hal tersebut. Harapan yang dinyatakan oleh tokoh masyarakat seperti pada tabel 5.37 di atas, jika mampu dilakukan oleh Puskesmas, sebetulnya Puskesmas sudah melakukan suatu strategi pengembangan produk.

Sedangkan mengenai pendapat tokoh masyarakat terhadap adanya semacam Badan Penyantun Puskesmas yang dapat menampung aspirasi masyarakat terhadap kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap pelayanan Puskesmas, dapat dipelajari pada tabel 5.38 di bawah ini :

Tabel 5.38 : Distribusi Pendapat Tokoh Masyarakat Mengenai Adanya Badan Penyantun Puskesmas di Kabupaten Pasir tahun 2001

Pendapat Mengenai Adanya Badan Penyantun Puskesmas	n	%
1. Tidak setuju	5	33,3
2. Cukup setuju	2	13,3
3. Setuju	8	53,4
Jumlah	15	100,0

Sumber : data primer, penelitian lapangan 2001

Pada tabel 5.38 di atas, tokoh masyarakat yang tidak setuju dengan adanya Badan Penyantun Puskesmas adalah sebanyak 33,3%, dengan alasan sebagai berikut :

- a. Birokrasi pelayanan dikhawatirkan akan semakin panjang
- b. Lembaga pemerintah atau masyarakat yang ada saat ini sudah memadai dan cukup
- c. Akan terlalu mencampuri urusan Puskesmas mengenai kegiatan pelayanan Puskesmas
- d. Pelayanan yang telah dilaksanakan Puskesmas saat ini sudah cukup memuaskan masyarakat

Sedangkan tokoh masyarakat yang berpendapat setuju jika dibentuk Badan Penyantun Puskesmas di tiap wilayah Puskesmas adalah sebanyak 53,4%, dengan alasan sebagai berikut :

- a. Aspirasi masyarakat terhadap pelayanan Puskesmas dapat disalurkan dengan baik
- b. Hubungan masyarakat dengan Puskesmas dapat terjalin semakin baik
- c. Masyarakat semakin mudah berkonsultasi dengan Puskesmas mengenai masalah kesehatan yang dialaminya.

Seperti diketahui, salah satu masalah yang dihadapi Puskesmas adalah masih belum berhasil dengan baik dalam membina kemitraan terhadap berbagai pihak, terutama berbagai bidang pembangunan (sektor) lain yang terkait, dan termasuk dalam meningkatkan dan memelihara partisipasi masyarakat. Di samping itu, kesinambungan berbagai program yang dikembangkan Puskesmas tidak terjaga dengan baik, seperti yang terlihat dalam pembinaan Upaya Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM), misalnya Posyandu, Pondok Bersalin Desa dan Pos Obat Desa (Depkes RI, 2000).

5.4 Sumber Daya Puskesmas

Sesuai dengan tujuan penelitian, yaitu mempelajari sumber daya (*financial* dan *non financial*) yang dimiliki Puskesmas sebagai bahan penyusunan konsep Puskesmas baru pada era otonomi daerah, disajikan sumber daya Puskesmas yang tersedia di Kabupaten Pasir.

5.4.1 Sumber Daya *Financial*

Sumber daya *financial* yang dialokasikan untuk pelayanan Puskesmas dapat dilihat dari jumlah dana operasional Puskesmas di Kabupaten Pasir yang dipergunakan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh Puskesmas.

Dari data di atas, secara umum sarana transportasi yang dimiliki Puskesmas tidak menjadi kendala dalam menuju kemandirian Puskesmas dalam era otonomi daerah ini, apalagi jika dikaitkan dengan alokasi dana operasional Puskesmas di Kabupaten Pasir pada tahun 2001 yang mengalami peningkatan cukup besar jika dibandingkan dengan tahun 2000.

5.5 Kewenangan Daerah di Bidang Kesehatan

Sesuai tujuan penelitian yaitu mempelajari kewenangan daerah di bidang kesehatan sebagai bahan penyusunan konsep Puskesmas baru pada era otonomi daerah, maka perlu mempelajari kebijakan yang menjadi landasan pelaksanaan otonomi daerah. Kebijakan tersebut adalah Undang-Undang nomor 22 tahun 1999 tentang pemerintahan daerah, Undang-Undang nomor 25 tahun 1999 tentang perimbangan keuangan antara pemerintah pusat dan daerah serta Peraturan Pemerintah nomor 25 tahun 2000 tentang kewenangan pemerintah dan kewenangan propinsi sebagai daerah otonom.

Undang-Undang nomor 22 tahun 1999 memberikan arahan secara umum tentang pelaksanaan otonomi daerah di Indonesia. Sedangkan Undang-Undang nomor 25 tahun 1999 disahkan dalam upaya mendukung penyelenggaraan otonomi daerah melalui penyediaan sumber-sumber pembiayaan dan pengaturan perimbangan keuangan antara pemerintah pusat dan daerah berdasarkan pembagian kewenangan, tugas dan tanggung jawab yang jelas antar tingkat pemerintahan.

Untuk melaksanakan sebagian ketentuan dalam kedua undang-undang tersebut di atas, dikeluarkan Peraturan Pemerintah nomor 25 tahun 2000 yang mengatur secara rinci kewenangan di semua bidang pembangunan termasuk bidang kesehatan, sebagaimana tercantum dalam pasal 2 dan pasal 3 Peraturan Pemerintah tersebut. Dalam pasal 2 diuraikan secara jelas tentang kewenangan pemerintah pusat dalam bidang kesehatan,

yang meliputi penetapan standar nilai gizi dan pedoman sertifikasi teknologi kesehatan dan gizi, penetapan pedoman pembiayaan pelayanan kesehatan, penetapan standar akreditasi sarana dan prasarana kesehatan, penetapan pedoman standar pendidikan dan pendayagunaan tenaga kesehatan, pemberian izin dan pengawasan peredaran obat dan industri farmasi, survailans epidemilogi serta pengaturan pemberantasan dan penanggulangan wabah, penyakit menular dan kejadian luar biasa.

Pada pasal 3 disebutkan mengenai kewenangan pemerintah propinsi dalam bidang kesehatan yang meliputi penetapan pedoman penyuluhan dan kampanye kesehatan, pemberian izin sarana dan prasarana kesehatan khusus misalnya rumah sakit jiwa dan rumah sakit kusta, survailans epidemilogi serta penanggulangan wabah penyakit dan kejadian luar biasa, dan penempatan tenaga kesehatan strategis antar kabupaten atau kota serta penyelenggaraan pendidikan tenaga dan pelatihan kesehatan.

Dengan demikian, semua kewenangan selain yang disebutkan menjadi kewenangan pemerintah pusat dan propinsi dalam pasal 2 dan pasal 3 Peraturan Pemerintah tersebut, menjadi kewenangan pemerintah kabupaten atau kota untuk menyelenggarakannya, termasuk dalam hal pengembangan konsep Puskesmas baru.

Hal ini karena dengan diserahkannya kewenangan bidang kesehatan oleh pemerintah pusat ke daerah, akan terjadi perubahan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah termasuk pelayanan di Puskesmas. Dalam penjelasan Undang-Undang nomor 22 tahun 1999, menempatkan otonomi daerah secara utuh pada daerah kabupaten atau daerah kota. Menurut Depkes RI (2001), pada era otonomi daerah ini, kewenangan pemerintah pusat dan propinsi hanyalah sebagai fasilitasi, standarisasi dan asistensi teknis ke daerah.

Seperti diketahui masalah yang dihadapi Puskesmas selama ini adalah tidak secara keseluruhan kegiatan pokok Puskesmas dapat diselenggarakan dengan baik oleh

tiap Puskesmas, karena masing-masing Puskesmas mempunyai kemampuan dan potensi yang berbeda dalam melaksanakan kegiatan pokok yang ada. Masalah ini terjadi karena kegiatan yang dijalankan Puskesmas lebih bersifat sentralistik yang mengakibatkan kewenangan Puskesmas yang hampir tidak ada dalam menentukan kegiatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat (Depkes RI, 2000).

Dengan kewenangan yang dimiliki daerah pada era otonomi daerah ini, pengembangan konsep Puskesmas baru harus berdasarkan pada kebutuhan masyarakat setempat. Menurut Rachmat (2000), untuk keberhasilan pembangunan kesehatan, penyelenggaraan pelbagai upaya kesehatan harus berangkat dari masalah dan potensi spesifik masing-masing daerah.

Di Kabupaten Pasir, sampai saat ini Pemerintah Daerah masih belum mengeluarkan semacam Peraturan Daerah mengenai struktur baru organisasi Puskesmas ataupun Peraturan Daerah lain mengenai pelaksanaan pelayanan kesehatan di daerah, yang akan menentukan konsep Puskesmas baru nantinya secara keseluruhan. Konsep Puskesmas yang ada saat ini masih memakai konsep lama.

5.6 Penyusunan Konsep Puskesmas Baru

Sesuai dengan tujuan penelitian yaitu untuk menyusun konsep Puskesmas baru yang meliputi pengertian Puskesmas, fungsi, wewenang, pengelolaan kegiatan dan tanggung jawab Puskesmas, ketenagaan Puskesmas serta kedudukan Puskesmas pada era otonomi daerah, yang dilakukan melalui analisis empat faktor yaitu faktor petugas dan *stakeholder* Puskesmas, faktor masyarakat, faktor Puskesmas dan faktor kebijakan, serta dengan melakukan kajian teori yang mendukung penyusunan konsep Puskesmas baru.

Dalam penyusunan konsep, kriteria yang harus dimiliki oleh sebuah konsep meliputi :

- a. *Clarity*, artinya kejelasan konsep
- b. *Observability*, artinya dapat dimengerti atau ditangkap oleh indera
- c. *Completeness*, artinya kelengkapan konsep
- d. *Usefulness*, artinya kegunaan konsep (Supriyanto, 1998)¹.

Memperhatikan keempat kriteria di atas, konsep Puskesmas baru yang tersusun diharapkan dapat memenuhi keempat kriteria tersebut, terutama kriteria kegunaan konsep Puskesmas baru yang dapat diterapkan sesuai kondisi masyarakat di Kabupaten Pasir, di mana sampai akhir tahun 2000 sebanyak 62,5% penduduk Kabupaten Pasir adalah petani, nelayan dan pekebun. Sedangkan sisanya sebanyak 37,5% adalah pedagang, penjual jasa, karyawan swasta dan pegawai negeri (Kaltim Post, 5 Januari 2001).

5.6.1 Pengertian Puskesmas

Pengertian Puskesmas menurut Depkes RI (1998) adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pembangunan kesehatan masyarakat, pembina peran serta masyarakat di bidang kesehatan dan pemberi pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Dilihat dari pengertian ini, Puskesmas adalah organisasi pelayanan kesehatan fungsional dimana seluruh kegiatannya dikelompokkan menurut fungsi yang ada.

Saat ini dengan semakin meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas, maka pengertian Puskesmas sebagai suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional, sudah tidak sesuai lagi dengan kondisi yang menuntut Puskesmas dapat lebih mandiri dalam mengembangkan upaya kegiatan pelayanan, yang berorientasi pada kebutuhan dan tuntutan masyarakat, serta sesuai kemampuan sumber daya yang dimilikinya (Depkes RI, 2000).

Untuk itu di era otonomi daerah ini, sudah saatnya Puskesmas diberikan kewenangan dan kebebasan menentukan kegiatan pelayanan yang sesuai dengan kondisi dan masalah kesehatan yang ada di wilayahnya. Hal ini karena Puskesmas merupakan ujung terdepan pelayanan kesehatan, sehingga sudah tidak pada tempatnya, kegiatan yang akan dilakukan Puskesmas selalu diatur dan ditentukan oleh sistem di atasnya yaitu tingkat kabupaten atau pusat.

Pendapat petugas dan *stakeholder* mengenai pengertian Puskesmas dapat dipelajari pada tabel 5.9, sebagian besar petugas (66,7%) maupun *stakeholder* (66,7%), berpendapat bahwa pengertian Puskesmas seharusnya sebagai organisasi pelayanan kesehatan mandiri. Dengan demikian, dari faktor petugas dan *stakeholder*, pengertian Puskesmas sebagai suatu organisasi pelayanan kesehatan mandiri, kelihatannya menjadi semacam tuntutan yang harus dilakukan.

Dikaitkan dengan ketersediaan sumber daya yang dimiliki Puskesmas, kendala terbesar dalam mewujudkan Puskesmas sebagai suatu organisasi pelayanan kesehatan mandiri, adalah pada jumlah tenaga kesehatan yang saat ini dimiliki Puskesmas. Pada tabel 5.40 mengenai ketenagaan Puskesmas, sebanyak 5 jenis tenaga kesehatan dari 9 jenis tenaga kesehatan yang ada, masih di bawah standar. Kekurangan beberapa jenis tenaga kesehatan tersebut, mungkin dapat diatasi dengan adanya kewenangan yang besar pada daerah untuk mengangkat tenaga kesehatan baru sesuai pasal 2 dan pasal 3 Peraturan Pemerintah nomor 25 tahun 2000 mengenai kewenangan pemerintah dan kewenangan propinsi sebagai daerah otonom. Namun demikian, untuk pengangkatan tenaga kesehatan baru yang dapat mengatasi kekurangan tenaga kesehatan di 24 Puskesmas yang ada di Kabupaten Pasir, tentunya dibutuhkan dana yang sangat besar.

Untuk itu, sebaiknya pengertian Puskesmas sebagai suatu organisasi pelayanan kesehatan mandiri, perlu diberikan batasan yang jelas. Istilah mandiri dalam pengertian

Puskesmas, sebaiknya hanya sebatas pada kemandirian dalam menentukan kegiatan pelayanan yang akan dilaksanakan oleh Puskesmas sesuai kebutuhan masyarakat setempat dan sumber daya yang dimiliki Puskesmas, namun tidak sampai mencakup pembiayaan dari kegiatan yang akan dilaksanakan tersebut.

Akan tetapi, untuk tahap selanjutnya perlu dipikirkan pemberian kemandirian yang lebih luas kepada Puskesmas sesuai semangat otonomi daerah, namun dengan syarat beberapa jenis tenaga kesehatan yang saat ini masih kurang di Puskesmas, sudah tersedia di semua Puskesmas serta kemampuan Puskesmas dalam membiayai kegiatan yang akan dilaksanakan sudah cukup baik (mampu).

5.6.2 Fungsi, Wewenang dan Pengelolaan Kegiatan serta Tanggung Jawab Puskesmas

5.6.2.1 Fungsi Puskesmas

Seperti diketahui, selama ini Puskesmas telah melaksanakan 3 fungsinya, yaitu fungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, sebagai pembina peran serta masyarakat di bidang kesehatan dan sebagai pemberi pelayanan kesehatan yang terbagi menjadi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Menurut Depkes RI (2000), pada umumnya fungsi Puskesmas selama ini tidak dijabarkan dengan baik secara operasional, sehingga pelaksanaannya lebih besar pada fungsi pelayanan kesehatan dibanding fungsi yang lain. Hal ini didasarkan pada kenyataan bahwa fungsi Puskesmas sebagai pusat pembangunan kesehatan dan pembina peran serta masyarakat di bidang kesehatan, selama ini belum optimal dilaksanakan oleh Puskesmas.

Pendapat petugas dan *stakeholder* mengenai fungsi Puskesmas yang selama ini telah dilaksanakan dapat dipelajari pada tabel 5.10. Untuk fungsi sebagai pusat

berpendapat pelaksanaannya belum optimal. Untuk fungsi sebagai pembina peran serta masyarakat, sebagian besar petugas (54,2%) berpendapat pelaksanaannya sudah cukup optimal, namun bagi *stakeholder*, hanya 50,0% yang berpendapat pelaksanaannya sudah cukup optimal dilaksanakan oleh Puskesmas.

Sedangkan untuk fungsi sebagai pemberi pelayanan kesehatan, sebagian besar petugas (62,5%) berpendapat pelaksanaannya masih belum optimal, sedang bagi *stakeholder*, yang berpendapat pelaksanaannya belum optimal sebanyak 33,3%.

Pelaksanaan ketiga fungsi Puskesmas yang secara umum belum optimal tersebut, mungkin dapat dipahami jika dikaitkan dengan ketersediaan tenaga kesehatan yang dimiliki Puskesmas. Dalam 3 tahun terakhir, jumlah beberapa jenis tenaga kesehatan yang dimiliki Puskesmas masih di bawah standar (tabel 5.40). Dengan 3 fungsi yang harus dilaksanakan Puskesmas, dibandingkan dengan tenaga kesehatan yang tersedia di Puskesmas, sangat mungkin jika ketiga fungsi yang harus dilaksanakan tersebut, masih belum optimal pelaksanaannya.

Dengan berlakunya otonomi daerah dan dikeluarkannya Peraturan Pemerintah nomor 25 tahun 2000 tentang kewenangan pemerintah dan kewenangan propinsi sebagai daerah otonom, memberikan peluang kepada daerah untuk menyusun konsep fungsi Puskesmas sesuai dengan sumber daya (terutama tenaga kesehatan) yang dimiliki Puskesmas serta masalah kesehatan spesifik yang ada di daerah.

Berdasarkan kemampuan yang dimiliki Puskesmas, dewasa ini ada pemikiran mengembalikan Puskesmas kepada fungsi utamanya sebagai pemberi pelayanan kesehatan. Namun demikian, karena selama ini Puskesmas telah memberikan kontribusi yang besar dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, seperti yang ditunjukkan dalam penurunan angka kematian dan kesakitan secara bermakna dalam 3 dasawarsa

dilaksanakan oleh Puskesmas, tentunya dengan berbagai penyempurnaan yang disesuaikan dengan tuntutan pembangunan di bidang kesehatan, terutama dikaitkan dengan paradigma baru pembangunan kesehatan menuju visi Indonesia Sehat tahun 2010. Di samping itu, walaupun terjadi penurunan angka kematian dan kesakitan secara bermakna seperti dinyatakan di atas, posisi Negara Indonesia dibanding negara tetangga dalam pencapaian kedua indikator derajat kesehatan tersebut selalu berada pada urutan terbawah, bahkan mendekati beberapa negara termiskin di Afrika (Suparmanto, 1999).

Dalam konsep reformasi Puskesmas di era otonomi daerah ini, ada pemikiran untuk menyempurnakan ketiga fungsi Puskesmas tersebut di atas menjadi :

a. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan

Puskesmas diharapkan dapat bertindak sebagai motivator dan pemantau terselenggaranya proses pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya agar berdampak positif terhadap kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya

b. Pusat pemberdayaan masyarakat dan keluarga

Puskesmas ikut memberdayakan masyarakat sehingga masyarakat tahu, mau dan mampu menjaga dan mengatasi masalah kesehatan secara mandiri. Di samping itu, Puskesmas diharapkan bisa secara pro-aktif menjangkau keluarga, sehingga bisa menjaga keluarga sehat tetap sehat dan keluarga yang sakit menjadi sehat.

c. Pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama

Puskesmas merupakan sarana pelayanan kesehatan pemerintah yang wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara bermutu, adil dan merata. Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan adalah pelayanan kesehatan dasar yang sangat dibutuhkan sebagian besar masyarakat dan sangat strategis dalam upaya meningkatkan status kesehatan masyarakat umum (Depkes RI, 2001).

Untuk dapat melaksanakan ketiga fungsi di atas secara optimal, tentunya diperlukan kesiapan sumber daya Puskesmas yang memadai terutama ketenagaan Puskesmas, baik dari segi jumlah maupun kualitasnya. Dalam 3 tahun terakhir, beberapa jenis tenaga kesehatan di 24 Puskesmas Kabupaten Pasir masih di bawah standar yang ditentukan (masih kurang). Untuk itu, pengangkatan tenaga kesehatan baru harus dilakukan oleh Pemerintah Daerah Pasir untuk mengatasi kekurangan beberapa jenis tenaga kesehatan di 24 Puskesmas yang ada.

5.6.2.2 Wewenang dan Pengelolaan Kegiatan Puskesmas

Seperti diketahui sejumlah masalah masih dihadapi Puskesmas saat ini, yang banyak menyangkut hal yang bersifat mendasar dari sistem dan manajemen Puskesmas, yang dapat dijelaskan sebagai berikut :

- a. Kegiatan yang dijalankan Puskesmas lebih bersifat sentralistik dan cenderung seragam di seluruh Indonesia, sehingga mengakibatkan kewenangan yang hampir tidak ada dalam menentukan kegiatan yang sesuai kebutuhan masyarakat dan ketersediaan sumber daya yang dimiliki Puskesmas
- b. Beban tugas Puskesmas yang besar, hal ini terkait dengan kebijakan memberlakukan 18 kegiatan pokok secara nasional (Depkes RI, 2000).

Kedua masalah tersebut di atas, kemungkinan tidak akan terjadi jika Puskesmas diberikan kewenangan yang luas untuk menentukan sendiri kegiatan sesuai kondisi sumber daya yang ada, kebutuhan masyarakat setempat dan masalah kesehatan yang ada di wilayahnya.

Pendapat petugas dan *stakeholder* mengenai wewenang Puskesmas dalam perencanaan kegiatan Puskesmas, wewenang dalam pembiayaan kegiatan Puskesmas, wewenang dalam penentuan tarif Puskesmas, wewenang dalam penentuan target kegiatan

dan pengelolaan jumlah kegiatan Puskesmas seperti dapat dipelajari pada tabel 5.12 sampai tabel 5.18, secara umum pendapat petugas dan *stakeholder* sebagian besar setuju jika kelima wewenang tersebut diserahkan ke Puskesmas, kecuali pada wewenang Puskesmas dalam penentuan tarif Puskesmas, *stakeholder* masih berpendapat tetap harus dilakukan oleh Pemerintah Daerah.

Dengan berlakunya otonomi daerah, diharapkan sifat sentralistik dan keseragaman kegiatan di seluruh Puskesmas tidak akan terjadi lagi. Menurut Suparmanto (1999), pola sentralisasi kewenangan menyulitkan pelaksana di daerah untuk berkreasi dalam memberikan pelayanan kesehatan sesuai masalah spesifik dan epidemiologi penyakit di daerahnya. Sementara menurut Rachmat (2000), untuk keberhasilan pembangunan kesehatan, penyelenggaraan pelbagai upaya kesehatan harus berangkat dari masalah dan potensi spesifik masing-masing daerah.

Di era otonomi daerah ini, ada peluang bagi Puskesmas untuk melakukan perencanaan kegiatan pelayanan, menentukan pembagian pembiayaan kegiatan Puskesmas, menentukan target kegiatan Puskesmas dan menentukan jumlah kegiatan pokok yang akan dilaksanakan, sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat dan masalah kesehatan yang ada di tiap Puskesmas tanpa harus selalu tergantung kepada tingkat kabupaten atau pusat seperti yang terjadi selama ini.

Namun demikian, khusus untuk penentuan kegiatan pokok yang akan dilaksanakan di tiap Puskesmas, Puskesmas tetap harus melaksanakan kegiatan atau program pelayanan dasar (primer) yang telah menjadi kesepakatan nasional dalam penurunan angka kematian dan kesakitan. Kegiatan atau program pelayanan dasar tersebut adalah promosi kesehatan (penyuluhan kesehatan), kesehatan lingkungan, kesehatan ibu dan anak (termasuk keluarga berencana), usaha peningkatan gizi,

pengecehan dan pemberantasan penyakit (termasuk imunisasi) serta kegiatan pengobatan (Depkes RI, 2001).

Dikaitkan dengan harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas sebagai bahan dalam penyusunan konsep pengelolaan kegiatan Puskesmas yang dapat dipelajari pada tabel 5.27 sampai 5.38, beberapa upaya yang harus dilakukan Puskesmas untuk memenuhi harapan tersebut adalah tersedianya tenaga dokter dan dokter gigi di tiap Puskesmas terutama saat jam pelayanan Puskesmas, tersedianya obat yang lebih bermutu dan manjur serta menyediakan obat paten bagi masyarakat yang membutuhkan, jam 08.00 Puskesmas sudah harus siap memberikan pelayanan, pelayanan yang cepat, tepat, sabar dan ramah oleh petugas, menyediakan pelayanan spesialis serta membentuk Badan Penyantun Puskesmas di tiap wilayah Puskesmas sebagai wadah penampung aspirasi masyarakat mengenai pelayanan Puskesmas.

5.6.2.3 Tanggung Jawab Puskesmas

Menurut Depkes RI (1998), wilayah kerja Puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Sedangkan sasaran penduduk tiap Puskesmas adalah rata-rata 30.000 jiwa.

Namun demikian mengingat keterbatasan sumber daya yang selama ini dimiliki Puskesmas, terutama menyangkut ketenagaan Puskesmas (seperti tabel 5.40), sudah saatnya wilayah kerja dan jumlah sasaran penduduk Puskesmas perlu dipertimbangkan.

Pendapat petugas dan *stakeholder* mengenai tanggung jawab wilayah (tabel 5.21), sebagian besar petugas (75,0%) dan sebagian *stakeholder* (50,0%) berpendapat seharusnya wilayah Puskesmas ditentukan berdasarkan jumlah desa tertentu (tidak harus satu wilayah kecamatan). Sedangkan mengenai tanggung jawab sasaran penduduk Puskesmas (tabel 5.22), sebanyak 35,4% petugas dan 66,7% *stakeholder* berpendapat

Di Kabupaten Pasir, dengan jumlah kecamatan sebanyak 12 wilayah terdapat 24 buah Puskesmas, sehingga rata-rata tiap kecamatan terdapat 2 buah Puskesmas. Namun pada kenyataannya, terdapat kecamatan yang hanya memiliki Puskesmas sebanyak 1 buah, tetapi ada juga kecamatan yang memiliki Puskesmas sebanyak 3 buah.

Sedangkan mengenai jumlah sasaran penduduk Puskesmas, dengan jumlah penduduk sebanyak 257.381 jiwa pada akhir tahun 2000 serta terdapat sebanyak 24 buah Puskesmas, maka tiap Puskesmas rata-rata melayani sekitar 10.724 jiwa. Namun pada kenyataannya, jumlah sasaran penduduk Puskesmas sangat bervariasi, ada Puskesmas yang jumlah sasaran penduduk hanya sekitar 5.000 jiwa, tetapi ada juga Puskesmas yang jumlah sasaran penduduknya lebih dari 25.000 jiwa.

Berdasarkan kenyataan tersebut di atas, berarti tanggung jawab Puskesmas di Kabupaten Pasir (baik wilayah kerja maupun sasaran penduduk Puskesmas) seperti yang ditetapkan Depkes RI di atas, selama ini tidak sepenuhnya dapat diterapkan di lapangan.

Dengan adanya ketidakseragaman tanggung jawab Puskesmas seperti di atas, baik tanggung jawab wilayah dan tanggung jawab penduduk, di era otonomi daerah ini ada peluang untuk melakukan perubahan konsep tanggung jawab Puskesmas sehingga diharapkan pelayanan yang dilakukan Puskesmas dapat berjalan secara efektif menjangkau semua penduduk yang menjadi tanggung jawab Puskesmas.

Dengan demikian, berdasarkan masalah (ketidakseragaman tanggung jawab Puskesmas) di atas, serta dengan memperhatikan kondisi geografi dan jumlah penduduk Kabupaten Pasir dibandingkan dengan luas wilayah yang ada (di Kabupaten Pasir kepadatan penduduknya rata-rata hanya 17,23 jiwa per km²), untuk efektivitas dan efisiensi pelayanan Puskesmas, maka sebaiknya tanggung jawab Puskesmas itu ditetapkan berdasarkan wilayah tertentu atau jumlah desa tertentu, misalnya 6 sampai 8

desa, dan tanpa memperhatikan jumlah penduduk di tiap desa tersebut. Karena jika didasarkan pada jumlah penduduk tertentu, dikhawatirkan lokasi penduduk dapat tersebar hanya pada beberapa desa, tetapi dapat juga tersebar pada banyak desa karena jumlah penduduk di tiap desa tersebut yang sedikit, seperti yang selama ini terjadi Kabupaten Pasir.

5.6.3 Ketenagaan Puskesmas

Secara umum jumlah tenaga kesehatan yang tersedia di Puskesmas Kabupaten Pasir menurut jenis tenaga kesehatan yang ada, sebagian besar masih di bawah standar yang ditetapkan.

Pendapat petugas dan *stakeholder* mengenai tenaga kesehatan yang saat ini banyak diperlukan Puskesmas (selain yang sudah dimiliki oleh Puskesmas) dapat dipelajari pada tabel 5.23 dan 5.24, baik petugas maupun *stakeholder* menempatkan tenaga analis kesehatan sebagai tenaga kesehatan yang saat ini sangat diperlukan oleh Puskesmas.

Di samping itu, menurut pendapat petugas, tenaga kesehatan lain yang juga diperlukan Puskesmas saat ini adalah tenaga gizi masyarakat, tenaga dokter gigi dan tenaga fisioterapi. Jika dipelajari tabel 5.40 mengenai ketenagaan Puskesmas, jenis tenaga kesehatan tersebut saat ini jumlahnya di tiap Puskesmas masih di bawah standar. Sebagai contoh pada akhir tahun 2000 untuk tenaga dokter gigi, dari 24 Puskesmas yang ada di Puskesmas, hanya tersedia sebanyak 6 tenaga dokter gigi, atau rata-rata di tiap Puskesmas hanya tersedia 0,25 tenaga dokter gigi. Padahal jika dikaitkan dengan harapan masyarakat terhadap pemberi pelayanan kesehatan di Puskesmas yang dikaitkan dengan penyakit yang diderita masyarakat, 100% masyarakat mengharapkan diobati oleh dokter gigi jika menderita penyakit gigi.

Sedangkan bagi *stakeholder*, tenaga kesehatan lain yang saat ini juga diperlukan Puskesmas adalah tenaga dokter spesialis. Pendapat ini juga sesuai dengan harapan masyarakat terhadap adanya pelayanan spesialis di Puskesmas seperti dapat dipelajari pada tabel 5.35, di mana sebanyak 65,3% masyarakat mengharapkan perlu adanya pelayanan spesialis di Puskesmas.

Dengan berlakunya otonomi daerah, memberikan peluang kepada daerah untuk merekrut tenaga kesehatan baru sesuai kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap pelayanan Puskesmas. Sehingga kekurangan beberapa jenis tenaga kesehatan di tiap Puskesmas dapat diatasi. Peluang ini dimungkinkan sesuai dengan kewenangan pemerintah kabupaten atau kota sesuai dengan pasal 2 dan 3 Peraturan Pemerintah nomor 25 tahun 2000 mengenai kewenangan pemerintah pusat dan propinsi sebagai daerah otonom.

5.6.4 Kedudukan Puskesmas

Untuk mendapatkan kejelasan mengenai peran dan fungsi antara pembuat kebijakan dan pemberi pelayanan kesehatan di daerah, ada pemikiran menempatkan kedudukan Puskesmas menjadi unit pelayanan kesehatan mandiri di daerah, yaitu unit pelayanan yang berdiri sendiri dan tidak lagi menjadi unit pelaksanaannya Dinas Kesehatan Kabupaten. Dengan berlakunya otonomi daerah, memberikan peluang kepada Puskesmas menjadi unit pelayanan mandiri di daerah kabupaten.

Pada tabel 5.25, pendapat petugas dan *stakeholder* mengenai kedudukan Puskesmas, baik petugas maupun *stakeholder*, sebagian besar (66,6%) berpendapat kedudukan Puskesmas di era otonomi daerah sebaiknya menjadi unit pelayanan mandiri.

Namun untuk menjadi unit pelayanan mandiri, tentunya diperlukan ketersediaan sumber daya yang memadai, baik *financial* (di samping dana operasional Puskesmas)

dalam jumlah maupun kualitasnya. Padahal beberapa jenis tenaga kesehatan yang tersedia di Puskesmas (tabel 5.40), sebagian besar (5 jenis tenaga kesehatan dari 9 jenis tenaga kesehatan yang ada) masih di bawah standar yang ditetapkan.

Berdasarkan kondisi di atas, sebaiknya kedudukan Puskesmas di era otonomi daerah ini tetap harus menjadi unit pelaksanaanya Dinas Kesehatan Kabupaten seperti selama ini. Hal ini karena jika Puskesmas menjadi unit pelayanan mandiri, maka masalah penggajian pegawai, rekrutmen pegawai, pembiayaan kegiatan, penentuan tarif Puskesmas, penyediaan peralatan kesehatan, dan lain sebagainya akan dilakukan sendiri oleh Puskesmas. Jika kondisi ini terjadi, di samping diperkirakan Puskesmas saat ini belum mampu melaksanakannya, juga dikhawatirkan nantinya secara keseluruhan akan merugikan masyarakat, terutama masyarakat golongan bawah. Karena Puskesmas misalnya, akan secara bebas menentukan tarif Puskesmas sebagai upaya memenuhi kebutuhan pembiayaan kegiatan yang telah menjadi tanggung jawabnya.

Dengan demikian, adanya pemikiran menjadikan Puskesmas sebagai unit pelayanan mandiri dalam era otonomi daerah ini sebaiknya bukan mandiri dalam kedudukannya, tetapi mandiri dalam penentuan kegiatan pelayanan yang akan dilaksanakan Puskesmas sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat, ketersediaan sumber daya serta masalah kesehatan spesifik yang ada di tiap wilayah kerja Puskesmas.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Dari pembahasan hasil penelitian yang telah dilakukan, disusun kesimpulan sebagai berikut :

6.1.1 Konsep Puskesmas Baru di Era Otonomi Daerah

1. Pengertian Puskesmas

Puskesmas adalah suatu organisasi pelayanan kesehatan mandiri yang bertanggung jawab pada wilayah kerjanya.

Namun mengingat masih adanya kekurangan beberapa jenis tenaga kesehatan di Puskesmas, istilah mandiri dalam pengertian Puskesmas sebaiknya dibatasi hanya pada kemandirian dalam penentuan kegiatan pelayanan yang akan dilaksanakan Puskesmas, namun tidak sampai mencakup pembiayaan kegiatan yang akan dilaksanakan tersebut.

2. Fungsi, Wewenang dan Pengelolaan Kegiatan serta Tanggung Jawab Puskesmas

a. Fungsi Puskesmas

Walaupun ketiga fungsi Puskesmas selama ini belum optimal dilaksanakan oleh Puskesmas, di era otonomi daerah ini Puskesmas tetap melaksanakan ketiga fungsi yang ada, namun dengan berbagai penyempurnaan sesuai tuntutan pembangunan kesehatan terutama berkaitan dengan paradigma baru pembangunan kesehatan menuju visi Indonesia Sehat 2010. Mengingat selama ini Puskesmas telah memberikan kontribusi yang besar dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat, khususnya penurunan angka kematian dan angka kesakitan masyarakat.

b. Wewenang dan Pengelolaan Kegiatan Puskesmas

Sebagai suatu organisasi pelayanan kesehatan mandiri, kewenangan yang dimiliki Puskesmas juga mencakup :

- 1) Kewenangan dalam merencanakan sendiri kegiatan Puskesmas sesuai masalah kesehatan yang ada di wilayahnya
- 2) Kewenangan dalam menentukan pembagian kegiatan Puskesmas, apakah termasuk *public goods* atau *private goods*
- 3) Kewenangan dalam menentukan target kegiatan Puskesmas sesuai kondisi geografi dan kemampuan sumber daya Puskesmas.

Sedangkan untuk pengelolaan kegiatan pokok Puskesmas, variasi jumlah kegiatan pokok diserahkan kepada tiap Puskesmas sesuai masalah kesehatan spesifik di wilayahnya, kebutuhan masyarakat setempat terhadap kegiatan yang akan dilaksanakan serta kemampuan sumber daya (*financial* dan *non financial*) yang dimiliki Puskesmas.

Namun demikian, walaupun Puskesmas mempunyai kewenangan dalam menentukan jumlah kegiatan pokok yang akan dilaksanakan, Puskesmas tetap harus melaksanakan enam kegiatan atau program pelayanan kesehatan dasar (primer) yang menjadi kesepakatan nasional dalam penurunan angka kematian dan kesakitan.

Enam kegiatan tersebut adalah promosi kesehatan (penyuluhan kesehatan), kesehatan lingkungan, kesehatan ibu dan anak (termasuk keluarga berencana), peningkatan gizi, pencegahan dan pemberantasan penyakit (termasuk imunisasi) serta pengobatan.

c. Tanggung Jawab Puskesmas

Dengan memperhatikan kondisi geografi dan jumlah penduduk di Kabupaten Pasir, wilayah kerja Puskesmas ditentukan berdasarkan wilayah tertentu atau jumlah desa tertentu (misalnya 6 sampai 8 desa) yang tidak harus satu wilayah kecamatan, tanpa harus memperhatikan jumlah penduduk yang ada di tiap desa tersebut.

3. Ketenagaan Puskesmas

Untuk meningkatkan mutu pelayanan Puskesmas kepada masyarakat, tenaga kesehatan (di samping yang sudah dimiliki Puskesmas) yang saat ini banyak diperlukan Puskesmas adalah tenaga analis kesehatan, tenaga dokter gigi dan tenaga gizi masyarakat.

4. Kedudukan Puskesmas

Pada era otonomi daerah ini kedudukan Puskesmas tetap menjadi unit pelaksana Dinas Kesehatan Kabupaten, mengingat masih adanya kekurangan beberapa jenis tenaga kesehatan di Puskesmas, serta dibutuhkannya ketersediaan dana yang cukup memadai di tiap Puskesmas (di samping dana operasional Puskesmas) seandainya Puskesmas menjadi unit pelayanan mandiri.

Namun demikian, Puskesmas diberikan kewenangan menentukan sendiri kegiatan pelayanan yang akan dilaksanakan, termasuk kewenangan dalam penentuan jumlah kegiatan pokok yang akan dilaksanakan, kewenangan dalam penentuan target kegiatan Puskesmas dan kewenangan dalam pembagian kegiatan Puskesmas apakah termasuk *public goods* atau *private goods*.

6.1.2 Pendapat Petugas dan Stakeholder Mengenai Konsep Puskesmas baru

Secara umum sebagian besar petugas dan *stakeholder* berpendapat setuju dengan konsep Puskesmas baru, yang terlihat dari persentase yang besar pada sebagian besar

variabel penelitian, terutama pengertian Puskesmas sebagai suatu organisasi pelayanan kesehatan mandiri, wewenang dalam merencanakan sendiri kegiatan Puskesmas, wewenang dalam menentukan pembagian kegiatan Puskesmas, serta wewenang dalam menentukan sendiri target kegiatan Puskesmas.

6.1.3 Kebutuhan dan Harapan Masyarakat Terhadap Mutu Pelayanan Puskesmas

Kebutuhan sebagian besar masyarakat terhadap pelayanan Puskesmas adalah untuk pelayanan pengobatan umum.

Adapun harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas adalah sebagai berikut :

1. Sebagian besar masyarakat mengharapkan pelayanan oleh dokter atau dokter gigi ketika berobat ke Puskesmas
2. Masyarakat mengharapkan obat Puskesmas lebih bermutu dan manjur, serta Puskesmas menyediakan obat paten bagi yang membutuhkannya
3. Masyarakat mengharapkan pada jam 08.00 Puskesmas harus sudah siap memberikan pelayanan kesehatan, agar masyarakat tidak terlalu lama menunggu mendapatkan pelayanan dari petugas Puskesmas.
4. Masyarakat mengharapkan pelayanan di Puskesmas dapat dilakukan dengan cepat, tepat, sabar dan ramah
5. Masyarakat mengharapkan adanya pelayanan spesialis di Puskesmas, dengan jenis pelayanan spesialis yang banyak diharapkan adalah spesialis anak
6. Perlu dibentuk semacam Badan Penyantun Puskesmas yang dapat menampung aspirasi masyarakat mengenai pelayanan Puskesmas

6.1.4 Ketersediaan Sumber Daya Puskesmas

Ketersediaan sumber daya Puskesmas secara umum cukup memadai untuk

kesehatan mandiri, terutama dana operasional Puskesmas. Namun untuk ketenagaan Puskesmas, masih terdapat kekurangan (di bawah standar) beberapa jenis tenaga kesehatan di tiap Puskesmas. Rekrutmen tenaga kesehatan baru harus dilakukan Pemerintah Daerah Pasir untuk mengatasi kekurangan beberapa jenis tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas.

6.1.5 Kewenangan Daerah di Bidang Kesehatan

Sesuai pasal 2 dan pasal 3 Peraturan Pemerintah nomor 25 tahun 2000 tentang kewenangan pemerintah dan kewenangan propinsi sebagai daerah otonom, terdapat kewenangan yang luas kepada daerah untuk menyusun konsep Puskesmas baru sesuai potensi yang ada di tiap daerah, kebutuhan masyarakat setempat serta masalah kesehatan spesifik di daerah. Kewenangan ini merupakan bagian dari penjelasan Undang-Undang nomor 22 tahun 1999 tentang pemerintahan daerah, yang menempatkan otonomi secara nyata ada di daerah kabupaten atau kota.

6.2 Saran

Sebagai saran dari hasil penelitian ini, diajukan beberapa saran sebagai berikut :

- 6.2.1 Untuk melihat pengaruh berlakunya otonomi daerah terhadap pelayanan Puskesmas, disarankan dilakukan penelitian mengenai konsep Puskesmas sebelum otonomi daerah dan setelah otonomi daerah berlaku dalam kaitannya dengan peningkatan derajat kesehatan masyarakat.
- 6.2.2 Perlu dilakukan penelitian mengenai kemampuan Puskesmas seandainya menjadi unit pelayanan kesehatan swadana di daerah kecamatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmuri. (2000). Model Pelayanan Kesehatan Puskesmas Metropolis di Kota Surabaya. *Tesis*. Program Pascasarjana Universitas Airlangga. Surabaya
- Azwar, A. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan (Edisi Ketiga)*. Penerbit Binarupa Aksara. Jakarta
- Bard, M.R. (1994). Reinventing Health Care Delivery. *The Journal of the Foundation of the American College of Healthcare Executives, Volume 39 Number 3/Fall*. p.: 397 - 402
- Bowers, M.R; Swan, J.E; Koehler, W.F. (1994). What Attributes Determine Quality and Satisfaction with Health Care Delivery ?. *Health Care Manage Rev, Volume : 19 (-)*. Aspen Publishers, Inc., p. : 49 - 55
- Collins, C; Green, A. (1994). Decentralization and Primary Health Care : Some Negative Implications in Developing Countries. *International Journal of Health Services, Volume 24 Number 3*. Baywood Publishing Co., Inc., p.: 459 - 475
- Damayanti, N.A; Supriyanto, S. (2000). *Konsep Service Excellence dalam Pelayanan Kesehatan Serta Analisis Kebutuhan dan Harapan Konsumen*. Bahan Pelatihan Peningkatan Kemampuan Manajerial Pengelola Program, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Surabaya
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (1990). *Pembangunan Kesehatan Masyarakat di Indonesia*. Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (1997). *Batasan Operasional Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP)*. Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (1998). *Pedoman Kerja Puskesmas Jilid 1 (Edisi Terbaru)*. Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (1999). *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*. Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2000). *Reformasi Puskesmas Masa Depan*. Materi Rapat Konsultasi Tehnis Program Kesehatan Masyarakat Tahun 2000. Jakarta
- Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial Republik Indonesia. (2001). *Paradigma Baru Puskesmas di Era Desentralisasi*. Jakarta

- Departemen Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia. (1994). *Kamus Besar Bahasa Indonesia (Edisi Kedua)*. Penerbit PT. Balai Pustaka (cetakan ketiga). Jakarta
- Dinas Kesehatan Kabupaten Pasir. (1998). *Profil Kesehatan Kabupaten Pasir Tahun 1998*. Tanah Grogot Kalimantan Timur
- Dinas Kesehatan Kabupaten Pasir. (1999). *Profil Kesehatan Kabupaten Pasir Tahun 1999*. Tanah Grogot Kalimantan Timur
- Dinas Kesehatan Kabupaten Pasir. (2000). *Profil Kesehatan Kabupaten Pasir Tahun 2000*. Tanah Grogot Kalimantan Timur
- Dinas Kesehatan Kabupaten Pasir. (2001). *Profil Kesehatan Kabupaten Pasir Tahun 2001*. Tanah Grogot Kalimantan Timur
- Dinas Kesehatan Propinsi Kalimantan Timur. (1999). *Indikator dan Target Program Kesehatan Tahun 1999/2000 – Tahun 2000/2001*. Samarinda Kalimantan Timur
- Eisenberg, B. (1997). Customer Service in Healthcare : A New Era. *The Journal of The Foundation of The American College of Healthcare Executives, Volume 42 Number 1/Spring*. p. 17 – 31
- Ford, R.C; Bach, S.A; Fottler, M.D. (1997). Methods of Measuring Patient Satisfaction in Health Care Organizations. *Health Care Manage Rev, Volume : 22 (2)*. Aspen Publishers, Inc., p. 74 – 89
- Hayashi, K; Ohara, K. (1997). Health Care System in Asian-Pacific Region. *APACPH Joint Project, National Institute of Public Health*. Japan
- Jawa Pos. (2000). *Daerah Otonom Tangani Kebijakan Operasional*. Tanggal 11 September. Surabaya
- Kaltim Post. (2001). *Selayang Pandang Bumi Daya Taka Kabupaten Pasir*. Tanggal 5 Januari. Tanah Grogot
- Lieberman, S.S. (1996). Redesigning Government's Role in Health : Lesson for Indonesia from Neighboring Countries. *Indonesia Discussion Paper Series Number 1*. The World Bank East Asia and Pasific Region Country Department III. Washington, DC
- Lubis, F. (1993). Meningkatkan Efektifitas dan Efisiensi Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan di Indonesia. *Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia, Tahun XXI Nomor 3*. Jakarta
- McLaughlin, C.P. (1998). Managed Care and Public Health : Privatization and Health Care. *An Aspen Publication*. Aspen Publishers, Inc. Gaithersburg Maryland

- Mills, A; Vaughan, J.P; Smith, D.L; Tabibzadeh, I. (1991). *Health System Decentralization : Concepts, Issues and Country Experience*. World Health Organization. Geneva
- Mindo. (1999). Kesiapan Pemberi Pelayanan Kesehatan Dalam Pelaksanaan JPKM Sebagai Dasar Penyediaan Paket Pelayanan Kesehatan (Suatu Kajian Pengembangan JPKM di Kabupaten Sidoarjo). *Tesis*. Program Pascasarjana Universitas Airlangga. Surabaya
- Moffitt, G.K. (1993). Patient Focused Care : Key Principles to Restructuring. *The Journal of the Foundation of the American College of Healthcare Executives, Volume 38 Number 4/Winter*. p.: 509 -520
- Partnerships for Health Reform. (1997). *Measuring Health System Performance : A Handbook of Indicators*. In collaboration with : Development Associates Inc, Harvard School of Public Health, Howard University International Affair Center and University Research Corporation. Bethesda Maryland
- Pudjirahardjo, W.J; Poernomo, H; Machfoed, M.H. (1993). *Metode Penelitian dan Statistik Terapan*. Airlangga University Press. Surabaya
- Pudjirahardjo, W.J; Chalidyanto, D. (2000). *Sistem Pembiayaan dan Mobilisasi Dana Dalam Desentralisasi Sektor Kesehatan*. Materi Seminar Pembiayaan Kesehatan di Era Otonomi Daerah. Surabaya
- Rachmat, H.H. (2000). Pemikiran Dasar Pembangunan Kesehatan (Filsafat dan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Sebagai Landasan Reformasi Bidang Kesehatan Menjelang dan Pada Abad ke-21. *Beberapa Pokok Ringkasan dari Pidato Penerimaan Pengamugrahan Gelar Doctor Honoris Causa dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat dari Universitas Gadjah Mada Yogyakarta*. Jakarta
- Setiawan, H; Djajaraharja, I; Lasman, A. (1993). Pendekatan Sistem Dalam Perencanaan Puskesmas. *Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia, Nomor 46 Tahun XXI/1992*. Jakarta
- Siagian, S.P. (1998). *Manajemen Strategik*. Penerbit Bumi Aksara. Bandung
- Singh, H; Mustapha, N; Haqq, E.D. (1996). Patient Satisfaction at Health Centres in Trinidad and Tobago. *The Journal of the Society of Public Health, Volume 110 Number 4, July*. p.: 251 - 255
- Suparmanto, S.A.S. (1999). *Kebijakan Departemen Kesehatan di Bidang Perumahsakitan di Indonesia Dalam Menghadapi Krisis Ekonomi*. Materi Seminar Nasional III dan Hospital Expo XI. Jakarta
- Supriyanto, S. (1998)¹. *Pengantar Filsafat Kesehatan Masyarakat*. Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Surabaya

- Supriyanto, S. (1998)². *Metodologi Penelitian (Diktat Perkuliahan Manajemen Kesehatan)*. Program Pascasarjana Universitas Airlangga. Surabaya
- Supriyanto, S. (2000). *Health Sector Reform : A Case Study on Decentralization of Health Care Management in The East Java Province*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Surabaya
- Susilo, Z.K. (1994). Harapan Masyarakat Terhadap Fungsi Sosial Industri Kesehatan. *Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia, Tahun XXII Nomor 7*. Jakarta
- Tjiong, R. (1991). *Problem Etis Upaya Kesehatan*. Penerbit PT. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta
- Tjiptono, F. (2000). *Strategi Pemasaran (Edisi II)*. Penerbit Andi. Yogyakarta
- Penerbit Citra Umbara. (2000). *Undang-Undang Otonomi Daerah 1999 (dilengkapai Peraturan Pemerintah nomor 25 Tahun 2000)*. Bandung
- Wasisto, B. (1992). Pola Pelayanan Kesehatan di Indonesia. *Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia, Tahun XX Nomor 8*. Jakarta
- Wibowo, S.H. (1998). Pengembangan Strategi Pemasaran Rumah Sakit Berdasarkan Analisis SWOT. *Tesis*. Program Pascasarjana Universitas Airlangga. Surabaya
- Zainuddin, M. (1999). *Metodologi Penelitian*. Diktat Perkuliahan Metodologi Penelitian, Program Pascasarjana Universitas Airlangga. Surabaya

LAMPIRAN : KUESIONER PENELITIAN

**KONSEP PUSKESMAS BARU DI ERA OTONOMI DAERAH
(SUATU KAJIAN DI PUSKESMAS KABUPATEN PASIR
KALIMANTAN TIMUR)**

A. PENELITIAN PETUGAS DAN *STAKEHOLDER* PUSKESMAS**I. RESPONDEN PETUGAS PUSKESMAS**

Pengantar :

- a) Sebelumnya kami ucapkan banyak terima kasih atas kesediaan anda untuk menjadi responden dalam penelitian ini
- b) Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan konsep Puskesmas baru di era otonomi daerah menurut “pendapat petugas Puskesmas”
- c) Kerahasiaan dari jawaban saudara sangat kami jamin, dan tidak terkait atau tidak mempunyai pengaruh terhadap jabatan atau kedudukan Saudara saat ini

IDENTITAS RESPONDEN

1. Umur : tahun
2. Jenis kelamin : Laki-laki / Perempuan *)
3. Jabatan :
4. Pendidikan terakhir :
5. Masa kerja (dihitung dari capeg) : tahun
6. Nama Puskesmas :

Keterangan : *) *coret yang tidak perlu*

**PETUNJUK : PILIH SATU JAWABAN SESUAI PENDAPAT ANDA DENGAN
CARA MELINGKARI PADA HURUF YANG ADA, ATAU ISI
JAWABAN ANDA PADA TEMPAT YANG TERSEDIA**

Pertanyaan :

A. Pengertian Puskesmas

7. Sebagai organisasi pelayanan kesehatan fungsional, maka seluruh kegiatan atau program Puskesmas telah dikelompokkan menurut fungsi yang ada.

Dengan berlakunya otonomi daerah, menurut anda apakah pengertian Puskesmas tetap sebagai *suatu organisasi pelayanan kesehatan fungsional*, ataukah dirubah menjadi *suatu organisasi pelayanan kesehatan mandiri*, yaitu organisasi pelayanan kesehatan yang mempunyai kewenangan dan kebebasan dalam menentukan sendiri kegiatan pelayanan yang akan dilaksanakan ?

- a. tetap sebagai organisasi pelayanan kesehatan fungsional (pengertian lama)
- b. harus menjadi organisasi pelayanan kesehatan mandiri (pengertian baru)

B. Fungsi Puskesmas

Ada 3 fungsi Puskesmas, yaitu :

- (1) *sebagai pusat pembangunan kesehatan*
- (2) *sebagai pembina peran serta masyarakat di bidang kesehatan*
- (3) *sebagai pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat.*

8. Sebagai pusat pembangunan kesehatan, fungsi Puskesmas dapat dilaksanakan antara lain dengan memberikan bantuan bimbingan teknis mengenai pemanfaatan teknologi tepat guna dalam bidang kesehatan, misalnya bagaimana membuat sarana penjernihan air sederhana, membuat makanan pendamping ASI dengan bahan lokal, bagaimana melakukan tata laksana penderita gizi buruk, dan lain sebagainya.

Menurut anda, apakah upaya tersebut selama ini telah dilaksanakan secara optimal oleh Puskesmas ?

- a. belum optimal
- b. cukup optimal
- c. sudah optimal

9. Sebagai pembina peran serta masyarakat di bidang kesehatan, maka Puskesmas melakukan berbagai upaya pembinaan masyarakat, misalnya melalui kegiatan Posyandu, pembentukan Pos Obat Desa (POD), dan pembangunan Pondok Bersalin Desa (Polindes).

Menurut anda, apakah upaya tersebut selama ini telah dilaksanakan secara optimal oleh Puskesmas ?

- a. belum optimal
- b. cukup optimal
- c. sudah optimal

10. Fungsi- Puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat dibedakan menjadi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

- Pelayanan promotif, misalnya penyuluhan kesehatan masyarakat, pelayanan pemeriksaan ibu hamil, konsultasi gizi

- Pelayanan preventif, misalnya pelayanan imunisasi, pelayanan alat kontrasepsi, pemberantasan penyakit menular, pemeriksaan air bersih
- Pelayanan kuratif, misalnya pelayanan pengobatan umum, pengobatan gigi, pertolongan persalinan
- Pelayanan rehabilitatif, misalnya pelayanan fisioterapi, kunjungan rumah

Menurut anda, apakah Puskesmas selama ini telah melaksanakan keempat fungsi pelayanan tersebut secara optimal ?

- a. belum optimal
- b. cukup optimal
- c. sudah optimal

11. Jika belum optimal, pelayanan manakah (apakah pelayanan promotif, preventif, kuratif atau rehabilitatif) yang belum dilaksanakan secara optimal oleh Puskesmas ?
-

C. Wewenang dan Pengelolaan Kegiatan Puskesmas :

a). Perencanaan kegiatan Puskesmas

12. Dengan berlakunya otonomi daerah, setujuakah anda jika perencanaan kegiatan Puskesmas tetap seperti pola yang lama, yaitu Puskesmas membuat perencanaan kegiatan kemudian diusulkan anggarannya ke kabupaten, ataukah Puskesmas diberi wewenang yang lebih luas dalam merencanakan sendiri kegiatannya (dalam arti, besar anggaran sudah ditentukan dan Puskesmas tinggal merencanakan kegiatannya sesuai besar anggaran yang ada) ?

- a. tetap setuju dengan perencanaan kegiatan seperti pola lama
- b. setuju dengan pemberian wewenang yang lebih luas kepada Puskesmas dalam merencanakan sendiri kegiatannya

b) Pembagian kegiatan Puskesmas

13. Ada pemikiran, kegiatan Puskesmas dibagi menjadi kegiatan barang publik dan kegiatan barang privat.

- Kegiatan barang publik adalah kegiatan Puskesmas yang harus mendapat subsidi dari pemerintah, di mana manfaat kegiatan tersebut dapat dinikmati secara luas oleh masyarakat.
- Kegiatan barang privat adalah kegiatan Puskesmas yang tidak perlu mendapatkan subsidi dari pemerintah, dan diserahkan kepada masyarakat untuk membiayainya, serta manfaat kegiatan tersebut hanya dinikmati oleh individu yang memanfaatkannya.

Setujukah anda dengan pembagian kegiatan tersebut ?

- a. tidak setuju
- b. setuju

14. Jika anda setuju dengan pembagian tersebut, diantara kegiatan Puskesmas di bawah ini, mana yang dapat dikelompokkan ke kegiatan barang publik dan kegiatan barang privat

NO	KEGIATAN (PELAYANAN)	BARANG PUBLIK	BARANG PRIVAT
1	Kesehatan ibu dan anak		
2	Keluarga berencana : a. Pelayanan alat kontrasepsi		
3	Pencegahan & pemberantasan penyakit : a. Imunisasi b. Pengasapan (<i>fogging</i>)		
4	Pengobatan umum		
5	Pengobatan gigi		
6	Usaha peningkatan gizi : a. Pemberian makanan tambahan		
7	Usaha kesehatan sekolah		
8	Penyuluhan kesehatan masyarakat		
9	Pemeriksaan laboratorium		
10	Kesehatan lingkungan : a. Penyediaan sarana air bersih b. Penyehatan lingkungan pemukiman		

*) Keterangan : beri tanda "V" pada kolom yang tersedia sesuai penilaian Anda

c) Penentuan tarif Puskesmas

15. Saat ini besarnya tarif Puskesmas ditentukan seragam untuk semua wilayah Puskesmas yang ditetapkan melalui Peraturan Daerah (PERDA), padahal tingkat sosial ekonomi penduduk di tiap wilayah Puskesmas belum tentu sama.

Dengan berlakunya otonomi daerah, menurut anda sebaiknya yang tepat menentukan besarnya tarif Puskesmas itu siapa ?

- a. tetap harus ditentukan Pemerintah Daerah melalui PERDA
- b. sebaiknya diserahkan ke (ditentukan sendiri) tiap Puskesmas sesuai kondisi sosial ekonomi masyarakat wilayahnya, namun tetap dengan patokan (batasan maksimal) dari Pemerintah Daerah

16. Menurut anda, apakah tarif Puskesmas yang berlaku saat ini perlu dinaikkan ?

- a. tidak perlu
- b. cukup perlu
- c. perlu

d) Penentuan target kegiatan Puskesmas

17. Saat ini setiap kegiatan Puskesmas ditentukan targetnya oleh tingkat atas dan dibuat sama untuk semua Puskesmas, walaupun kemampuan sumber daya (dana, tenaga kesehatan, sarana transportasi) dan kondisi geografi tiap Puskesmas berbeda.

Menurut anda, sebaiknya siapa yang tepat menentukan target kegiatan Puskesmas ?

- a. tetap harus ditentukan oleh tingkat atas (Dinas Kesehatan Kabupaten)
- b. sebaiknya ditentukan sendiri oleh tiap Puskesmas sesuai kondisi geografi dan kemampuan sumber daya yang dimilikinya

e) Jumlah kegiatan pokok Puskesmas

Pengantar : Saat ini ada 18 kegiatan pokok yang harus dilaksanakan Puskesmas, yaitu

- | | |
|--|--|
| (1). Kesehatan ibu dan anak | (10). Perkesmas |
| (2). Keluarga berencana | (11). Kesehatan kerja |
| (3). Usaha peningkatan gizi | (12). Kesehatan gigi dan mulut |
| (4). Kesehatan lingkungan | (13). Kesehatan jiwa |
| (5). Usaha kesehatan sekolah | (14). Kesehatan mata |
| (6). Pencegahan dan pemberantasan penyakit | (15). Laboratorium sederhana |
| (7). Penyuluhan kesehatan masyarakat | (16). Kesehatan usia lanjut |
| (8). Kesehatan olah raga | (17). Pembinaan pengobatan tradisional |
| (9). Pengobatan umum | (18). Pencatatan dan pelaporan |

18. Dari 18 kegiatan pokok Puskesmas tersebut, ada pemikiran untuk membagi kegiatan pokok tersebut menjadi 2 bagian, yaitu :

- (1) kegiatan-kegiatan yang mempunyai kontribusi besar dalam penurunan masalah kesehatan yang menjadi prioritas nasional. Jumlah kegiatannya seragam di tiap Puskesmas
- (2) kegiatan spesifik wilayah setempat yang dikembangkan berdasarkan permasalahan kesehatan setempat. Jumlah kegiatannya diserahkan pada masing-masing Puskesmas sesuai ketersediaan sumber daya di tiap Puskesmas

Berdasarkan pemikiran di atas, berapa sebaiknya jumlah kegiatan pokok yang akan dilaksanakan oleh Puskesmas dan jumlahnya seragam di tiap Puskesmas (sesuai butir 1 tersebut) ?

Sebaiknya jumlahnya kegiatan pokok

19. Sesuai jawaban anda pada nomor 18 di atas, kegiatan-kegiatan pokok tersebut adalah

(yang sebaiknya dilaksanakan oleh Puskesmas dan jumlahnya seragam di tiap Puskesmas, dan lingkari jawaban anda pada huruf yang ada sesuai jumlah kegiatan pokok pada jawaban nomor 18)

- | | |
|--|-------------------------------------|
| a. Kesehatan ibu dan anak | j. Perkesmas |
| b. Keluarga berencana | k. Kesehatan kerja |
| c. Usaha peningkatan gizi | l. Kesehatan gigi dan mulut |
| d. Kesehatan lingkungan | m. Kesehatan jiwa |
| e. Usaha kesehatan sekolah | n. Kesehatan mata |
| f. Pencegahan dan pemberantasan penyakit | o. Laboratorium sederhana |
| g. Penyuluhan kesehatan masyarakat | p. Kesehatan usia lanjut |
| h. Kesehatan olah raga | q. Pembinaan pengobatan tradisional |
| i. Pengobatan umum | r. Pencatatan dan pelaporan |

D. Tanggung Jawab Puskesmas :

a) Tanggung jawab wilayah

20. Saat ini, tanggung jawab wilayah tiap Puskesmas adalah tidak sama. Ada Puskesmas yang membawahi seluruh desa dalam satu wilayah kecamatan, namun ada Puskesmas yang hanya membawahi sebagian desa di wilayah kecamatan (misalnya sekitar 2 – 5 desa).

Untuk keseragaman tanggung jawab wilayah ini, menurut anda sebaiknya wilayah Puskesmas itu apakah meliputi seluruh desa dalam satu wilayah kecamatan (yang penting satu wilayah kecamatan), ataukah ditetapkan berdasarkan jumlah desa tertentu, yang tidak harus satu wilayah kecamatan ?

- sebaiknya wilayahnya seluruh desa dalam satu wilayah kecamatan (yang penting satu wilayah kecamatan)
- sebaiknya ditetapkan berdasarkan jumlah desa tertentu, yang tidak harus satu wilayah kecamatan

b) Tanggung jawab penduduk

21. Saat ini, tanggung jawab (sasaran) penduduk tiap Puskesmas adalah tidak sama. Ada yang banyak yaitu di atas 30.000 jiwa, dan ada yang sedikit yaitu dibawah 10.000 jiwa.

Menurut anda, berapa sebaiknya jumlah sasaran penduduk tiap Puskesmas yang tepat itu sesuai kemampuan sumber daya Puskesmas ?

Sebaiknya jumlahnya kurang lebih jiwa

E. Ketenagaan Puskesmas :**a) Tenaga Kesehatan Yang Diperlukan Puskesmas**

22. Untuk mengantisipasi kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas, menurut anda jenis tenaga kesehatan lain apa saja (di samping yang sudah ada atau dimiliki Puskesmas) yang saat ini banyak diperlukan Puskesmas untuk mengantisipasi kebutuhan dan harapan tersebut ?

.....
.....

F. Kedudukan Puskesmas

23. Untuk meningkatkan profesionalisme Puskesmas, ada pemikiran menempatkan Puskesmas sebagai unit pelayanan kesehatan yang mandiri (berdiri sendiri), atau Puskesmas sebagai unit pelaksana teknis (UPT)-nya Rumah Sakit Daerah dan tidak lagi menjadi unit pelaksananya Dinas Kesehatan Kabupaten.

Menurut anda, di era otonomi daerah ini kedudukan Puskesmas itu sebaiknya seperti apa ?

- a. tetap seperti saat ini, yaitu sebagai unit pelaksananya Dinas Kesehatan Kabupaten
- b. harus menjadi unit pelayanan kesehatan yang mandiri (berdiri sendiri)
- c. sebaiknya menjadi unit pelaksananya Rumah Sakit Daerah

n

KUESIONER PENELITIAN
KONSEP PUSKESMAS BARU DI ERA OTONOMI DAERAH
(SUATU KAJIAN DI PUSKESMAS KABUPATEN PASIR
KALIMANTAN TIMUR)

II. RESPONDEN *STAKEHOLDER* PUSKESMAS

Pengantar :

- a) Sebelumnya kami ucapkan banyak terima kasih atas kesediaan Bapak untuk menjadi responden dalam penelitian ini
- b) Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan konsep Puskesmas baru di era otonomi daerah menurut “pendapat *stakeholder* Puskesmas”

IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama :
 2. Jabatan :
 3. Instansi :
-

PETUNJUK : PILIH SATU JAWABAN SESUAI PENDAPAT BAPAK DENGAN
CARA MELINGKARI PADA HURUF YANG ADA, ATAU ISI
JAWABAN BAPAK PADA TEMPAT YANG TERSEDIA

Pertanyaan :

A. Pengertian Puskesmas

4. Sebagai organisasi pelayanan kesehatan fungsional, maka seluruh kegiatan atau program Puskesmas telah dikelompokkan menurut fungsi yang ada.

Dengan berlakunya otonomi daerah, menurut Bapak apakah pengertian Puskesmas tetap sebagai *suatu organisasi pelayanan kesehatan fungsional*, ataukah dirubah menjadi *suatu organisasi pelayanan kesehatan mandiri*, yaitu organisasi pelayanan kesehatan yang mempunyai kewenangan dan kebebasan dalam menentukan sendiri kegiatan pelayanan yang akan dilaksanakan ?

- a. tetap sebagai organisasi pelayanan kesehatan fungsional (pengertian lama)
- b. harus menjadi organisasi pelayanan kesehatan mandiri (pengertian baru)

B. Fungsi Puskesmas

Ada 3 fungsi Puskesmas, yaitu :

- (a) sebagai pusat pembangunan kesehatan
- (b) sebagai pembina peran serta masyarakat di bidang kesehatan
- (c) sebagai pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat

5. Sebagai pusat pembangunan kesehatan, fungsi Puskesmas dapat dilaksanakan antara lain dengan memberikan bantuan bimbingan teknis mengenai pemanfaatan teknologi tepat guna dalam bidang kesehatan, misalnya bagaimana membuat sarana penjemihan air sederhana, membuat makanan pendamping ASI dengan bahan lokal, bagaimana melakukan tata laksana penderita gizi buruk, dan lain sebagainya.

Menurut Bapak, apakah upaya tersebut selama ini telah dilaksanakan secara optimal oleh Puskesmas ?

- a. belum optimal
- b. cukup optimal
- c. sudah optimal

6. Sebagai pembina peran serta masyarakat di bidang kesehatan, maka Puskesmas telah melakukan berbagai upaya pembinaan masyarakat, misalnya melalui kegiatan Posyandu, pembentukan Pos Obat Desa (POD), dan pembangunan Pondok Bersalin Desa (Polindes).

Menurut Bapak, apakah upaya tersebut selama ini telah dilaksanakan secara optimal oleh Puskesmas ?

- a. belum optimal
- b. cukup optimal
- c. sudah optimal

7. Fungsi Puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat dibedakan menjadi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif .

Penjelasan :

- Pelayanan promotif, misalnya penyuluhan kesehatan masyarakat, pelayanan pemeriksaan ibu hamil, konsultasi gizi
- Pelayanan preventif, misalnya pelayanan imunisasi, pelayanan alat kontrasepsi, pemberantasan penyakit menular, pemeriksaan air bersih
- Pelayanan kuratif, misalnya pelayanan pengobatan umum, pengobatan gigi, pertolongan persalinan
- Pelayanan rehabilitatif, misalnya pelayanan fisioterapi, kunjungan rumah

Menurut Bapak, apakah Puskesmas selama ini telah melaksanakan keempat fungsi pelayanan tersebut secara optimal ?

- a. belum optimal
- b. cukup optimal
- c. sudah optimal

8. Jika belum optimal, pelayanan manakah (apakah pelayanan promotif, preventif, kuratif atau rehabilitatif) yang menurut Bapak belum dilaksanakan secara optimal oleh Puskesmas ?

C. Wewenang Puskesmas :

a). *Perencanaan kegiatan Puskesmas*

9. Dengan berlakunya otonomi daerah, setujukah Bapak jika perencanaan kegiatan Puskesmas tetap seperti pola yang lama, yaitu Puskesmas membuat perencanaan kegiatan kemudian diusulkan anggarannya ke kabupaten, ataukah Puskesmas diberi wewenang yang lebih luas dalam merencanakan sendiri kegiatannya (dalam arti, besar anggaran sudah ditentukan dan Puskesmas tinggal merencanakan kegiatannya sesuai besar anggaran yang ada) ?
- tetap setuju dengan pola lama atau yang berjalan selama ini
 - setuju dengan pemberian wewenang yang lebih luas kepada Puskesmas dalam merencanakan kegiatannya

b) *Pembagian kegiatan Puskesmas*

10. Ada pemikiran, kegiatan Puskesmas dibagi menjadi kegiatan untuk barang publik dan kegiatan untuk barang privat.
- Kegiatan barang publik adalah kegiatan Puskesmas yang harus mendapat subsidi dari pemerintah, di mana manfaat kegiatan tersebut dapat dinikmati secara luas oleh masyarakat.
 - Kegiatan barang privat adalah kegiatan Puskesmas yang tidak perlu mendapatkan subsidi dari pemerintah, dan diserahkan kepada masyarakat untuk membiayainya, di mana manfaat kegiatan tersebut hanya dinikmati oleh individu yang memanfaatkannya.

Setujukah Bapak dengan pembagian kegiatan tersebut ?

- tidak setuju
- setuju

c) *Penentuan tarif Puskesmas*

11. Saat ini besarnya tarif Puskesmas ditentukan seragam untuk semua wilayah Puskesmas yang ditetapkan melalui Peraturan Daerah (PERDA), padahal tingkat sosial ekonomi penduduk di tiap wilayah Puskesmas belum tentu sama.

Dengan berlakunya otonomi daerah, menurut Bapak sebaiknya yang tepat menentukan besarnya tarif Puskesmas itu siapa ?

- tetap harus ditentukan Pemerintah Daerah melalui PERDA
- sebaiknya diserahkan ke (ditentukan sendiri) tiap Puskesmas sesuai kondisi sosial ekonomi masyarakat wilayahnya, namun tetap dengan patokan (batasan maksimal) dari Pemerintah Daerah

12. Menurut Bapak, apakah tarif Puskesmas yang berlaku saat ini perlu dinaikkan ?

- a. belum perlu
- b. cukup perlu
- c. perlu

D. Tanggung Jawab Puskesmas :

a) Tanggung jawab wilayah

13. Saat ini, tanggung jawab wilayah tiap Puskesmas adalah tidak sama. Ada Puskesmas yang membawahi seluruh desa dalam satu wilayah kecamatan, namun ada Puskesmas yang hanya membawahi sebagian desa di wilayah kecamatan (misalnya sekitar 2 – 5 desa).

Untuk keseragaman tanggung jawab wilayah ini, menurut Bapak sebaiknya wilayah Puskesmas itu apakah meliputi seluruh desa dalam satu wilayah kecamatan (yang penting satu wilayah kecamatan) ataukah ditetapkan berdasarkan jumlah desa tertentu, yang tidak harus satu wilayah kecamatan ?

- a. sebaiknya wilayahnya seluruh desa dalam satu wilayah kecamatan (yang penting satu wilayah kecamatan)
- b. sebaiknya ditetapkan berdasarkan jumlah desa tertentu, yang tidak harus satu wilayah kecamatan

b) Tanggung jawab penduduk

14. Saat ini, tanggung jawab (sasaran) penduduk tiap Puskesmas adalah tidak sama. Ada yang banyak yaitu di atas 30.000 jiwa, dan ada yang sedikit yaitu dibawah 10.000 jiwa.

Menurut Bapak, berapa sebaiknya jumlah sasaran penduduk tiap Puskesmas yang tepat itu sesuai kemampuan sumber daya Puskesmas ?

Sebaiknya jumlahnya kurang lebih jiwa

E. Ketenagaan Puskesmas

a) Tenaga Kesehatan Yang Diperlukan Puskesmas

15. Untuk mengantisipasi kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas, menurut Bapak jenis tenaga kesehatan lain apa saja (di samping yang sudah ada atau dimiliki Puskesmas) yang saat ini banyak diperlukan Puskesmas untuk mengantisipasi kebutuhan dan harapan tersebut ?

.....

F. Kedudukan Puskesmas

16. Untuk meningkatkan profesionalisme Puskesmas, ada pemikiran menempatkan Puskesmas sebagai unit pelayanan kesehatan yang mandiri (berdiri sendiri), atau Puskesmas sebagai unit pelaksana teknis (UPT)-nya Rumah Sakit Daerah dan tidak lagi menjadi unit pelaksana Dinas Kesehatan Kabupaten.

Menurut Bapak, di era otonomi ini kedudukan Puskesmas itu sebaiknya seperti apa ?

- a. tetap seperti saat ini, yaitu sebagai unit pelaksana Dinas Kesehatan Kabupaten
- b. harus menjadi unit pelayanan kesehatan yang mandiri (berdiri sendiri)
- c. sebaiknya menjadi unit pelaksana Rumah Sakit Daerah



KUESIONER PENELITIAN

KONSEP PUSKESMAS BARU DI ERA OTONOMI DAERAH
 (SUATU KAJIAN DI PUSKESMAS KABUPATEN PASIR
 KALIMANTAN TIMUR)

B. PENELITIAN MASYARAKAT DAN TOKOH MASYARAKAT

Nomor sampel :
 Tgl. wawancara:

IDENTITAS RESPONDEN MASYARAKAT

1. Nama :
2. Jenis kelamin : laki-laki / perempuan *)
3. Umur : tahun
4. Alamat :
- Desa/Kelurahan :
5. Pendidikan terakhir :

Keterangan : *) coret yang tidak perlu

Pertanyaan :

6. Apakah anda selama ini pernah berobat ke Puskesmas ?
 a. pernah
 b. tidak pernah (*langsung ke nomor 18*)
7. Jika pernah, kapan terakhir anda berobat ke Puskesmas ?

UNTUK RESPONDEN YANG PERNAH BEROBAT KE PUSKESMAS

A. Kebutuhan Terhadap Pelayanan Puskesmas

8. Waktu terakhir berobat ke Puskesmas tersebut, anda menderita sakit apa ?

.....

B. Harapan Terhadap Jenis Pemberi Pelayanan Kesehatan

9. Ketika anda berobat ke Puskesmas (kunjungan yang terakhir), anda mengharapkan diobati atau diperiksa oleh siapa ?

- a. dokter
- b. dokter gigi
- c. bidan
- d. perawat

10. Apa alasan anda mengharapkan diobati atau diperiksa tenaga kesehatan tersebut ?

.....

11. Ketika terakhir berobat ke Puskesmas tersebut, apakah anda diobati atau diperiksa oleh tenaga kesehatan yang anda harapkan ?

- a. ya
- b. tidak (*ke nomor 14*)

12. Jika ya, apakah anda puas dengan pelayanan tenaga kesehatan tersebut ?

- a. tidak puas
- b. cukup puas
- c. puas

C. Harapan Terhadap Obat Yang Diberikan Puskesmas

13. Apa harapan anda terhadap obat yang diberikan oleh Puskesmas ketika anda berobat ke Puskesmas ?

.....

14. Menurut anda, apakah obat yang diberikan oleh Puskesmas itu manjur ? (*hanya untuk responden yang tidak dalam proses penyembuhan atau tidak sedang mengkonsumsi obat Puskesmas*)

- a. tidak manjur
- b. cukup manjur
- c. manjur

15. Apa alasan jawaban anda (*baik tidak manjur, cukup manjur atau manjur*) ?

.....

D. Harapan Terhadap Jam Buka Puskesmas

16. Ketika anda berobat ke Puskesmas, anda mengharapkan Puskesmas mulai buka atau mulai memberikan pelayanan pada jam berapa ?

17. Apa alasannya

.....

UNTUK RESPONDEN YANG TIDAK PERNAH BEROBAT KE PUSKESMAS

A. Harapan Terhadap Pelayanan Yang Tersedia di Puskesmas

18. Seandainya anda berobat ke Puskesmas, pelayanan apakah atau yang bagaimana yang anda harapkan tersedia atau dilakukan oleh Puskesmas ?

.....

.....

B. Harapan Terhadap Adanya Pelayanan Spesialis

19. Seandainya anda berobat ke Puskesmas, apakah anda mengharapkan jika di Puskesmas perlu ada pelayanan spesialis ?

- a. belum perlu
- b. cukup perlu
- c. perlu

20. Apa alasan jawaban anda (*baik belum perlu, cukup perlu atau perlu*) ?

.....

21. Jika jawaban anda cukup perlu atau perlu ada pelayanan spesialis, jenis pelayanan spesialis apa yang anda harapkan ada di Puskesmas ?

.....

UNTUK RESPONDEN TOKOH MASYARAKAT (FORMAL & INFORMAL)**IDENTITAS TOKOH MASYARAKAT :**

1. Nama :
 2. Jabatan :
 3. Alamat :
-

Pertanyaan :

1. Apakah anda selama ini pernah berobat ke Puskesmas ?
 - a. pernah
 - b. tidak pernah

Harapan Terhadap Adanya Pelayanan Tambahan

2. Menurut anda, untuk memenuhi kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap mutu pelayanan Puskesmas, pelayanan tambahan (pelayanan yang selama ini belum dilaksanakan Puskesmas) apakah atau yang bagaimanakah yang seharusnya dilaksanakan Puskesmas untuk memenuhi kebutuhan dan harapan tersebut ?

.....

.....

.....

3. Setujukah anda jika dibentuk Badan Penyantun Puskesmas di tiap wilayah Puskesmas, sebagai badan penghubung antara Puskesmas dengan masyarakat untuk menampung aspirasi masyarakat terhadap kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap pelayanan Puskesmas ?
 - a. tidak setuju
 - b. cukup setuju
 - c. setuju

4. Apa alasan jawaban anda (*baik tidak setuju, cukup setuju atau setuju*) ?

.....

.....