

PERSPEKTIF PETUGAS KESEHATAN TENTANG KINERJA PUSKESMAS DI DAERAH TERPENCIL

Tri Juni Angkasawati*, Andryansyah Arifin*

ABSTRAK

Some factors influence the health status in remote areas are low performances of Health Centers (HCs) because of limited resources, lack of qualified health services, difficulty in transportation to access basic and referral health services. This study aimed to determine health workers' perspective on the performances of HCs in remote areas. The study design was explorative. It was conducted in Katingan and Palangka Raya Regencies in Central Kalimantan Province and also Trenggalek and Tulungagung Regencies in East Java Province. The respondents were 99 HCs' workers. The variables studied were the workers perspectives on the performance of HC and their satisfaction to the HCs' performance.

Results showed that in general the workers were satisfied to the performance of their own HCs, except on Tuberculosis (TB), Behaviors on Clean and Healthy Life and sanitation in public places and food stores and also Antenatal Care programs because their targets decided by the Regencies Health Offices were not achieved. The targets which should be achieved by the HCs seem too high because not in accordance with the real situations and not suitable with the HCs' resources (infrastructures, transportations, and health workers), such as limited abilities of the workers to communicate with TB patients and their families. Besides there were no scheduled inter-programs mini-lokakarya and systematic plan to overcome the low performances on the programs mentioned above. Therefore, in determining targets, the Regency Health Office should consider the HCs' resources so that the targets in each HC are not the same and the health workers should be trained to enhance their abilities in root course analysis and communication.

Key words: *perspective, performance, health centers, remote areas*

PENDAHULUAN

Pembangunan puskesmas sebagai bagian dari Sistem Kesehatan Nasional sudah merata di seioruh pelosok tanah air, telah berhasil memberikan kontribusi yang sangat berarti untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat seperti yang ditunjukkan dalam penurunan angka kematian dan kesakitan dalam 3 dasawarsa terakhir. Angka Kematian Bayi (AKB) dari 145 pada tahun 1967 menjadi 46 per 1000 kelahiran hidup (1999), Angka Kematian Ibu (AKI) dari 540 pada tahun 1986 menjadi 373 per 100.000 kelahiran hidup (1995) dan peningkatan Usia Harapan Hidup (UHH) dari 45,7 tahun pada tahun 1967 menjadi 67 tahun 2000 (Depkes 2001). Pemerintah juga telah berupaya keras menyediakan sumber daya yang memadai seperti biaya, tenaga, peralatan, dan obat-obatan. Pada tahun 1998 ratio tenaga dokter per Puskesmas telah mencapai 1,16 orang, dokter gigi sebesar 1,58 orang, perawat sebesar 40 untuk setiap 100.000 penduduk

serta jumlah bidan tercatat sebesar 65.000 orang termasuk 52.042 orang bidan di desa. Di sisi lain untuk mendukung pelaksanaan tugas dan fungsi Puskesmas telah dikembangkan berbagai pedoman baik yang terkait dengan manajemen Puskesmas maupun dengan operasional program termasuk standart pelayanan. Dan sistem pencatatan dan pelaporan puskesmas juga telah dikembangkan sejak tahun 1982 (Depkes, 2001).

Tetapi selain kekuatan atau keberhasilan yang telah dicapai tersebut, puskesmas masih menghadapi berbagai kelemahan dan permasalahan, yang tidak saja berkaitan dengan beban pokok kegiatan, tetapi juga masalah lain yang berkaitan dengan rendahnya kemampuan puskesmas untuk memenuhi tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu. Masalah kinerja tersebut yang merupakan kelemahan yang perlu diatasi secara menyeluruh adalah:

* Peneliti pada Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan

- a). Pada umumnya 'Citra' Puskesmas masih kurang baik, terutama yang berkaitan mutu, seperti penampilan fisik yang kurang bersih dan nyaman, serta disiplin dan keramahan tenaga dalam pelayanan kesehatan masih kurang (Arifin A, dkk. 2001).
- b). Puskesmas belum mempunyai visi yang ingin diwujudkan dan misi yang akan dilaksanakan, sehingga arah dan penyelenggaraan Puskesmas belum jelas (Arifin A, 2003).
- c). Beban tugas Puskesmas yang cukup berat belum diimbangi dengan tersedianya sumber daya yang memadai utamanya ketersediaan tenaga yang berkesinambungan. Tingginya frekuensi mutasi tenaga dokter menjadi penyebab penting pencapaian cakupan dan mutu pelayanan yang optimal di mana hasil penelitian Puslitbang Pelayanan dan Teknologi Kesehatan di Kabupaten Barito Utara, Provinsi Kalimantan Tengah dari 14 Puskesmas hanya terdapat 2 orang dokter, dan hanya 30% dari Puskesmas Pembantu dan Pondok Bersalin Desa terdapat tenaga paramedis.
- d). Puskesmas belum sepenuhnya mampu menjangkau daerah terpencil dan memenuhi syarat (Surkesnas tahun 2001 menunjukkan rerata cakupan persalinan Nakes di pedesaan di Jawa 56% dan di Kalimantan 46%). Penelitian oleh Puslitbang Pelayanan dan Teknologi Kesehatan tahun 2003 menunjukkan bahwa rerata cakupan pelayanan antenatal 4 kali (K4) pada 8 puskesmas di kabupaten Demak dan kabupaten Semarang hanya berkisar antara 15–30%. (Arifin A, dkk. 2003)
- e). Pada umumnya Puskesmas masih belum berhasil dengan baik dalam membina kemitraan terhadap berbagai pihak, terutama dengan sektor lain yang terkait dan dalam meningkatkan dan memelihara partisipasi masyarakat (Profil Kesehatan tahun 2001 menunjukkan bahwa Posyandu mandiri baru mencapai 3,5%; Pos Obat Desa Mandiri: 3,8%, Polindes Mandiri: 0,97% dan Pos UKK mandiri: 0,56%).
- f). Fungsi Puskesmas belum dijabarkan dengan baik secara operasional, sehingga bobot pelaksanaannya lebih besar pada fungsi pelayanan kesehatan dibanding fungsi yang lain (Arifin A, 2003). Puskesmas belum optimal dijadikan sebagai tempat promosi, baru pada fungsi preventif dan kuratif.
- g). Dalam menyelenggarakan tugas pokok dan

fungsinya Puskesmas tidak mempunyai strategi yang jelas, sehingga upaya-upaya yang dilaksanakan kurang berhasil dan berdaya guna.

- h). Belum diperoleh data dan informasi yang realibel dari sistem pencatatan dan pelaporan Puskesmas (Depkes, 2001).

Di samping masalah tersebut di atas, pemantauan di beberapa kabupaten di Provinsi Jawa Tengah (Demak, Pemalang, Semarang, Kendal dan Batang), di Provinsi Jawa Timur (Kabupaten Jember, Sumenep, Tuban, Ponorogo, dan Blitar) di Provinsi Kalimantan Tengah (Kabupaten Barito Utara dan Murung Raya) menunjukkan belum adanya strategi dan program yang jelas untuk peningkatan kinerja puskesmas di daerah terpencil. Hasil wawancara dalam rangka pengumpulan data dasar di Jawa Timur terhadap 28 orang pejabat eselon III Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menunjukkan bahwa sebagian besar (75%) responden menyatakan bahwa mereka menghadapi masalah sangat serius/serius untuk: 1) mencapai kinerja yang optimal; 2) meningkatkan kualitas pelayanan; 3) mengelola perubahan sebagai dampak dari desentralisasi; 4) meningkatkan komitmen dan motivasi staf; 5) menggalang kemitraan dengan pihak terkait; dan 6) kurang mampu melakukan negosiasi dengan penentu kebijakan setempat untuk memperoleh dukungan sumber daya dalam rangka perbaikan mutu pelayanan dan peningkatan cakupan pelayanan. Selanjutnya dalam hal keinginan untuk meningkatkan kemampuan dalam mengantisipasi reformasi di bidang kesehatan, semua responden menyatakan sangat ingin memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan (Arifin A, 2003).

Daerah terpencil sesuai dengan PP 63 tahun 1992 adalah daerah yang memiliki potensi ekonomi berupa sumber daya alam di bidang pertanian, perhutanan, pertambangan, pariwisata dan perindustrian, tetapi keadaan prasarana dan sarana ekonomi yang tersedia masih terbatas, sehingga untuk mengubah potensi ekonomi yang tersedia menjadi kekuatan ekonomi nyata, penanam modal diperlukan untuk membangun telekomunikasi, air, perumahan karyawan, pelayanan kesehatan, sekolah, tempat peribadatan, pasar, dan kebutuhan sosial lainnya.

Berbagai faktor yang berpengaruh terhadap status kesehatan di daerah terpencil adalah kurangnya kinerja puskesmas yang berhubungan dengan terbatasnya sumber daya kesehatan (sarana dan tenaga kesehatan

profesional), kurangnya kualitas pelayanan kesehatan, sulitnya transportasi untuk akses terhadap pelayanan dan rujukan kesehatan. Kurangnya pengetahuan dan perilaku masyarakat untuk hidup sehat, dan faktor rendahnya ekonomi masyarakat (keluarga miskin) serta rendahnya peran serta masyarakat di bidang kesehatan.

Kinerja puskesmas adalah pencapaian hasil kegiatan dan mutu pelayanan dari kegiatan puskesmas, yang jenis dan tolok ukur kegiatannya ditetapkan daerah masing-masing. (Dinkes Provinsi Jatim, 2002). Dalam upaya peningkatan pencapaian tolok ukur tersebut di atas, peningkatan kinerja puskesmas sebagai suatu sistem manajemen kesehatan belum banyak dilakukan terutama pada puskesmas di daerah terpencil. Pelaksanaan 3 fungsi utama puskesmas yaitu sebagai pusat pembangunan yang berwawasan kesehatan, sebagai pusat pembinaan peran serta masyarakat, dan sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bertanggung jawab atas wilayah kerja yang ditetapkan belum terlaksana seperti yang diharapkan. Demikian pula sistem manajemen puskesmas seperti: Perencanaan Tingkat Puskesmas, Lokakarya-mini Puskesmas, Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) yang telah disederhanakan, dan disebut Sistem Informasi Manajemen Puskesmas (SIMPUS), Monitoring Bulanan, Pelaksanaan Jaminan Mutu, Penilaian Kinerja Puskesmas belum dimanfaatkan secara optimal.

Tujuan dari penulisan ini adalah untuk memberikan gambaran perspektif petugas kesehatan tentang kinerja puskesmas di daerah terpencil. Gambaran ini dapat dipakai sebagai bahan kajian dalam rangka peningkatan kinerja puskesmas di daerah terpencil.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian eksplorasi di puskesmas daerah terpencil di Provinsi Kalimantan Tengah yang mewakili daerah terpencil pedalaman yaitu di Kota Palangkaraya dengan daerah penelitian wilayah kerja Puskesmas Tangkiling, Puskesmas Pahandut dan Kabupaten Katingan dengan daerah penelitian wilayah kerja Puskesmas Katingan dan Puskesmas Pendahara. Sedangkan di Provinsi Jawa Timur yang mewakili daerah terpencil pegunungan, yaitu Kabupaten Tulungagung dengan daerah penelitian wilayah kerja Puskesmas Tanggung Gunung,

Puskesmas Sendang, Puskesmas Pagerwojo dan Kabupaten Trenggalek dengan daerah penelitian wilayah kerja Puskesmas Dongko, Puskesmas Bodag, Puskesmas Panggul. *Sampling* petugas puskesmas diambil secara *simple random sampling*. Total sampel adalah 99 responden.

Variabel yang diteliti adalah perspektif petugas puskesmas tentang kinerja yang berkaitan dengan beberapa indikator program antara lain promosi Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), pengawasan dan pengendalian Tempat-Tempat Umum (TTU) dan Tempat-Tempat Makan (TPM), *Antenatal Care* (ANC) dan imunisasi pada bayi serta Program Pencegahan Tuberkulosis paru.

Pengumpulan data dilakukan dengan diskusi kelompok terarah menggunakan pedoman diskusi untuk menggali perspektif petugas puskesmas tentang kinerja puskesmas, dan untuk mengukur kepuasan petugas dilakukan dengan kuesioner yang diberikan kepada petugas. Analisis data dilakukan dengan cara deskriptif.

HASIL

Karakteristik responden

Responden adalah petugas kesehatan di puskesmas terpencil yang terpilih untuk diwawancarai. Petugas terdiri Kepala/dokter puskesmas, petugas Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Gizi, Imunisasi, petugas puskesmas (PKM), perawat, petugas Puskesmas Pembantu (Pustu) dan bidan desa dengan total sebanyak 99 orang. Tabel 1 menunjukkan distribusi petugas kesehatan menurut umur di mana terbanyak pada kelompok umur 26–35 tahun (53,5%) sedang menurut jenis kelamin responden terdiri dari 61,6% perempuan dan 38,4% laki-laki. Menurut pendidikan responden sebanyak 49 (49,5%) berpendidikan Diploma 3 yang terdiri dari Akademi Perawat (Akper), Akademi Kebidanan (Akbid), Analisis Medis, Akademi Gizi dan yang setara, 40,4% berpendidikan SMA sederajat (Sekolah Perawat Kesehatan, Bidan, Sekolah Pendidikan Rawat Gigi, Sekolah Pembantu Perawat Higiene) dan 8,1% berpendidikan Sarjana yang terdiri dari dokter, dokter gigi, sarjana teknik lingkungan dan sarjana kesehatan masyarakat.

Perspektif Petugas Puskesmas

Perspektif yang dimaksud di sini meliputi dua hal yaitu pendapat responden tentang kinerja dan kepuasan responden terhadap kinerja. Pendapat responden

Tabel 1. Distribusi responden menurut umur, jenis kelamin, pendidikan di daerah terpencil tahun 2004

Karakteristik	Kabupaten/Kota								Total	
	Katingan		Palangkaraya		Trenggalek		Tulungagung			
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
Umur										
≤ 25	5	5,1	1	1	2	2	2	2	10	10,1
26–35	7	7,1	14	14,1	14	14,1	18	18,2	53	53,5
36–45	4	4	1	1	12	12,1	3	3	20	20,2
46–55	4	4	4	4	1	1	7	7,1	16	16,2
Total	20	20,2	20	20,2	29	29,3	30	30,3	99	100
Jenis kelamin										
Laki-laki	6	6,1	5	5,1	15	15,2	12	12,1	38	38,4
Perempuan	14	14,1	15	15,2	14	14,1	18	18,2	61	61,6
Total	20	20,2	20	20,2	29	29,3	30	30,3	99	100
Pendidikan										
SMP sederajat	–	–	–	–	1	1	1	1	2	2
SMA sederajat	11	11,1	5	5,1	15	15,2	9	9,1	40	40,4
D3 (akademi)	9	9,1	13	13,1	11	11,1	16	16,2	49	49,5
S1 sederajat	–	–	2	2	2	2	4	4	8	8,1
Total	20	20,2	20	20,2	29	29,3	30	30,3	99	99

tentang kinerja di puskesmas meliputi upaya pencapaian target, ketersediaan sarana, prasarana, dan sumber daya manusia, serta pelayanan pada masyarakat. Sedangkan yang dimaksud dengan kepuasan responden di sini adalah kepuasan petugas puskesmas terhadap kinerjanya dan dukungan dari kegiatannya menurut mereka sendiri (*self assessment*).

Pendapat responden tentang kinerja puskesmas selama 1 tahun terakhir

Responden menyatakan upaya untuk mencapai tujuan atau target di puskesmas ini kurang memuaskan karena tidak semua target tercapai. Program PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) belum mencapai target yang diinginkan. Pengertian tentang PHBS kepada masyarakat dan penerapannya belum terlaksana sesuai target dari Dinas Kesehatan setempat. Pelatihan pada industri makanan (roti, tahu, tempe, bakso) diberikan dalam rangka kegiatan pemantauan TTU. Program P2-TB Paru (Pencegahan Penyakit Tuberculosis-Paru) tidak ada target karena banyak penduduk merupakan pengembara (di daerah pertambangan). Program P2-TB paru tidak ada petugas laboratorium sehingga pemeriksaan dilakukan harus di Kabupaten dan hasil pemeriksaan menunggu waktu lama. Program ANC yang mendapat target 165 ibu bersalin (bumil) mencapai 100%, persalinan oleh tenaga kesehatan: 65%, persalinan oleh dukun: 30%. Kerja sama dengan dukun sulit dikarenakan dukun

menganggap bidan sebagai saingan. Selain itu dukun lebih dipercaya daripada bidan oleh masyarakat.

Target Program Imunisasi Hepatitis B-3 (HB3) hanya tercapai 52%, kesulitan mencapai target karena penduduk sering berpindah-pindah (mengembara mencari emas). Program imunisasi dilakukan bekerja sama dengan kegiatn kunjungan neonatus (KN). Dari hasil penimbangan ditemukan banyak anak bawah lima tahun (balita) yang kurang kalori dan protein karena banyaknya keluarga miskin. Program yang mencapai target yaitu seperti imunisasi DPT dan Keluarga Berencana (KB), sedangkan kunjungan antenatal-1 (K1) dan kunjungan antenatal 4 kali (K4) tidak mencapai target karena target yang ditetapkan Dinas Kesehatan Kabupaten tersebut terlalu tinggi. Program penyuluhan perorangan dilaksanakan bekerja sama dengan lintas program, sedangkan penyuluhan untuk masyarakat belum pernah dilakukan karena keterbatasan sarana, prasarana, dan SDM. Pertemuan bulanan tidak dilakukan karena tidak ada uang transport sedangkan wilayah kerja sulit dijangkau, tetapi pertemuan tahunan dilakukan.

Sebagian besar responden menyatakan target yang diberikan oleh Dinkes terlalu tinggi. Dinkes memandang sama setiap puskesmas dan tidak melihat profil masing-masing puskesmas, jumlah Keluarga Miskin (GAKIN), dan dengan kondisi penduduk yang melek huruf juga terbatas maka sulit untuk memberikan

penjelasan seperti dalam pelayanan antenatal, yaitu K1, apakah yang dilaporkan angka murni dan tidak murni.

Dalam menentukan target program, Dinkes Kabupaten hendaknya tidak menyamaratakan tetapi perlu melihat kondisi medan, sarana, dan tenaga yang ada di Puskesmas. Jumlah tenaga kesehatan di puskesmas sangat terbatas, semua memegang jabatan double yaitu karyawan fungsional dan karyawan administrasi, selain kendaraan (Puskesmas Keliling) yang ada sudah tua sehingga bila digunakan untuk supervisi ke lokasi harus terpadu, dan selanjutnya petugas jaga di puskesmas juga harus piawai atau bisa menangani semua kegiatan.

Pendapat tentang sarana, prasarana dan tenaga yang ada

Sarana dan prasarana di Puskesmas masih kurang, termasuk sarana puskesmas keliling (pusling). Tenaga antara tenaga administrasi dan tenaga paramedis yang ada tidak proporsional. Jumlah tenaga administrasi terlalu banyak sedangkan yang berlatar belakang kesehatan (medis dan paramedis) sedikit sehingga pelayanan dan pelaksanaan program kurang berhasil, baik mutu maupun cakupannya. Menurut responden, mereka mencoba untuk lebih meningkatkan pelayanan dengan keterbatasan tenaga yang ada sehingga perlu peningkatan kualitas tenaga perawat dan bidan, serta tenaga penyuluh kesehatan. Selain itu diperlukan peningkatan pelatihan dukun karena keberadaan dukun masih sangat dominan di wilayah yang terpencil. Selanjutnya banyak sarana yang harus ditingkatkan, misalnya gedung dan prasarana medis, serta penggantian peralatan medis yang rusak. Demikian juga diperlukan peralatan komputer untuk mengembangkan Sistem Informasi Manajemen (SIM) terpadu di Puskesmas.

Pendapat tentang pelayanan kepada masyarakat

Responden menyatakan keluhan masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan oleh puskesmas seperti dari dokter atau perawat yang dipanggil tidak mau datang dengan alasan capai. Karenanya perlu pemecahan masalah dengan membangun Unit Gawat Darurat (UGD), seperti membuat UGD dari ruangan yang sudah ada dan pelatihan *Basic Life Support* untuk tenaga medis dan paramedis.

Pasien sering mengeluh tidak sabar menunggu pelayanan karena petugas sedang ke Pos Pelayanan

Terpadu (Posyandu). Bila penyakitnya berat maka pasien disarankan untuk tetap menunggu atau diminta pulang dan kalau petugas berjanji akan melakukan kunjungan rumah maka akan dikunjungi ke rumah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang diperlukan. Kalau ingin diperiksa dokter di puskesmas maka disarankan untuk datang pada hari tertentu waktu dokter ada. Tetapi kadang-kadang dokter juga tidak datang pada hari tersebut sehingga dengan terpaksa pasien diperiksa oleh perawat/bidan meskipun tidak puas. Keadaan ini sering terjadi pada pasien Askes (Asuransi Kesehatan) yang akhirnya minta dirujuk atau diperiksa di RS Kabupaten.

Hal ini menunjukkan bahwa petugas mengetahui pelayanan yang mereka berikan kurang memenuhi keinginan masyarakat, yaitu kualitas pelayanannya masih kurang.

Kinerja yang diinginkan serta hambatan dan dukungan yang ada

Responden menyatakan bahwa mereka sebenarnya ada kemauan untuk meningkatkan kinerja dengan cara seliap petugas harus mengetahui target kinerja dari semua program dan perlu diadakan rapat rutin minimal 1 bulan sekali sehingga ada niat dan semangat untuk meningkatkan kinerja. Program yang ingin ditingkatkan, baik pencapaian maupun mutunya, seperti KIA seperti ANC, persalinan oleh tenaga kesehatan (linakes), KN, dan gizi, serta imunisasi. Adapun tolok ukur kinerja yang diinginkan, antara lain adanya pencatatan dan pelaporan cukup satu jenis pada program yang sama. Untuk mendukung adanya kinerja yang baik perlu penambahan sarana dan prasarana, tenaga perawat yang ditempatkan di puskesmas pembantu. Selain itu diperlukan prasarana penunjang seperti transportasi yang memadai terutama untuk daerah-daerah terpencil.

Hambatan untuk menunjang kinerja yang diharapkan, antara lain pada saat ini dokter tidak berada ditempat karena selama ini sering terjadi pergantian dokter. Tetapi meskipun dokter tidak ada atau ada ditempat, program tetap berjalan walaupun tidak optimal. Pasien sering kecewa karena pada saat memerlukan pemeriksaan dokter, dokter tidak ada sehingga harus periksa ke kabupaten. Hambatan lain adalah kurangnya transportasi, pusling tidak ada, sehingga menghambat kegiatan luar puskesmas dan rujukan. Hal ini berakibat pada biaya operasional tinggi terutama untuk kegiatan luar puskesmas. Hambatan

juga terjadi pada laboratorium karena peralatan dan reagen yang ada terbatas. Bila reagennya ada tetapi sudah kadaluarsa atau mendekati kadaluarsa, dan tidak mustahil bila puskesmas kadang-kadang harus membuang reagen atau melakukan pemeriksaan laboratorium walaupun tidak indikasi.

Dukungan yang ada yaitu kerja sama lintas program yang baik. Responden menyatakan perlu peningkatan pengetahuan Sumber Daya Manusia (SDM), terutama pada pos pelayanan terdepan. Walaupun jumlah SDM terbatas, mereka menyadari bahwa pos pelayanan terdepan sangat diperlukan karena untuk melihat kinerja puskesmas maka pos terdepan tersebut harus terlebih dahulu.

Kepuasan responden terhadap kinerja di puskesmas

Kepuasan provider ditujukan untuk melihat kinerja petugas dengan melakukan penilaian diri sendiri, di daerah terpencil di mana akses ke kota/kabupaten cukup jauh dan kendaraan umum (angkutan kota) sulit sehingga juga sulit untuk mendapatkan informasi. Standard kinerja dan target yang ada dari Depkes dan belum mengakomodir untuk daerah terpencil baik terpencil pegunungan maupun terpencil pedalaman.

Untuk mengetahui sejauh mana instrumen kinerja yang tersusun dapat diterima dan dipahami oleh petugas puskesmas perlu menyertakan kepuasan provider. Kepuasan pasien tersebut diperlukan dalam memotivasi petugas dalam menciptakan kinerja yang inovatif.

Dalam penelitian ini kepuasan dikategorikan: a) kepuasan terhadap tugas-tugas yang dilaksanakan; b) kepuasan terhadap penghargaan atas prestasi yang dihasilkan; c) kepuasan terhadap peralatan yang mendukung kinerjanya; d) kepuasan terhadap dukungan dari pimpinan dan teman sekerjanya; e) kepuasan akan disiplin yang dilaksanakan selama ini; f) kepuasan terhadap pengembangan karier yang diberikan maupun yang diterimanya; g) kepuasan terhadap evaluasi kerjanya yang menghasilkan suatu tim yang bersatu dalam pelaksanaan tugas. Kriteria penilaian dari kepuasan provider dikelompokkan yaitu sangat tidak puas, tidak puas cukup puas, puas, dan sangat puas.

Hasil kepuasan provider tampak pada Tabel 2. Di daerah terpencil sebagian besar (73,7%) responden menyatakan puas terhadap kinerja mereka secara keseluruhan di Puskesmas. Berikutnya adalah kepuasan petugas pada masing-masing komponen kepuasan.

Tabel 2. Kepuasan dalam menjalankan tugas di daerah terpencil tahun 2004

Kategori kepuasan	Tingkat kepuasan					Total
	Sangat tidak puas	Tidak puas	Cukup puas	Puas	Sangat puas	
Kepuasan kinerja secara keseluruhan			1 (1,0%)	73 (73,7%)	25 (25,3%)	99 (100%)
Kepuasan dalam menjalankan tugas			2 (2,0%)	79 (79,8%)	18 (18,2%)	99 (100%)
Kepuasan terhadap penghargaan		3 (3%)	22 (22,2%)	54 (54,5%)	20 (20,2%)	99 (100%)
Kepuasan terhadap dukungan peralatan		8 (8,1%)	23 (23,2%)	59 (59,6%)	9 (9,1%)	99 (100%)
Kepuasan terhadap dukungan pimpinan dan rekan kerja				84 (84,8%)	15 (15,2%)	99 (100%)
Kepuasan terhadap disiplin kerja				76 (76,8%)	23 (23,2%)	99 (100%)
Kepuasan terhadap pengembangan karier	1 (1%)	8 (8,1%)	4 (4%)	73 (73,7%)	13 (13,1%)	99 (100%)
Kepuasan terhadap evaluasi kinerja			1 (1%)	72 (72,7%)	26 (26,3%)	99 (100%)

PEMBAHASAN

Setiap petugas kesehatan mengharapkan dapat melaksanakan pekerjaannya sesuai kinerja yang diinginkan, baik oleh institusi maupun masyarakat. Tetapi dengan keterbatasan dukungan, baik secara administrasi maupun sumber daya yang ada maka kinerja yang diharapkan tidak selalu terpenuhi. Salah satu cara untuk menilai kinerja adalah dengan mengetahui persepsi maupun kepuasan seseorang dalam menjalankan pekerjaannya.

Hasil penelitian menunjukkan hampir semua petugas puskesmas di daerah terpencil merasa puas terhadap kinerja puskesmasnya. Kepuasan tersebut meliputi kepuasan terhadap tugas yang dilaksanakan, penghargaan atas prestasi yang dihasilkan, tersedianya peralatan yang mendukung kinerja, dukungan dari pimpinan dan teman sekerja, disiplin, pengembangan karier dan evaluasi kinerja. Namun demikian dari hasil diskusi kelompok terarah ditemukan bahwa petugas puskesmas merasa kurang puas karena target dari berbagai program seperti program PHBS, program P2-TB dan program pemeriksaan kehamilan (K4) belum tercapai. Hal ini disebabkan target yang ditetapkan terlalu tinggi sehingga tidak sesuai dengan keadaan jumlah sasaran yang ada di wilayah puskesmas. Di samping itu kurangnya dukungan dari Puskesmas maupun Kabupaten dan masyarakat untuk penemuan penderita Tuberkulosis dan persalinan oleh tenaga kesehatan.

Khusus untuk upaya Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS), petugas mengalami kesulitan dalam kegiatan pelatihan bagi industri makanan (roti, tahu, tempe, bakso) dan warung penjual makanan minuman karena keterbatasan tenaga sanitarian dan kurangnya biaya untuk penyelenggaraan pelatihan. Hambatan lain untuk mencapai kinerja yang diinginkan adalah seringnya pergantian dokter/kepala puskesmas, terbatasnya sarana transportasi, dan rendahnya kerja sama lintas program.

Faktor yang mungkin menjadi penyebab utama rendahnya cakupan PHBS, khususnya di sekolah dan rendahnya cakupan TTU/TTM, adalah kurang diprioritaskannya kegiatan promosi kebersihan perorangan dan sanitasi makanan minuman dan lingkungan. Sebagian besar petugas masih berpendapat bahwa kegiatan hanya dilakukan untuk mencapai target tanpa memperhatikan aspek kualitas

kinerja. Di samping itu upaya PHBS hanya dilakukan oleh tenaga Penyuluhan Kesehatan Masyarakat (PKM) atau Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang kemampuannya sangat terbatas. Sedang menurut pedoman program PHBS seharusnya terintegrasi dalam setiap program pelayanan kesehatan yang perlu dilakukan oleh seluruh petugas puskesmas.

Tiga kebutuhan provider yang harus tersedia agar kepuasan dalam melaksanakan pekerjaan tercapai sehingga dapat meningkatkan kinerja, antara lain dengan cara 1) *Facilitative supervision and management* artinya provider yang lebih tinggi harus melakukan supervisi sehingga meningkatkan kemampuan dan kapasitas bawahan; 2) *Information, training and development*, yaitu terpenuhi hak untuk mendapatkan informasi kemajuan pengetahuan, keterampilan medis teknis, pelatihan *on/off the job training* dalam upaya meningkatkan kompetensi provider; 3) *Supplies, equipment and infrastructure* yaitu terpenuhinya kecukupan alat dan obat serta infrastruktur, misal dalam manajemen dan organisasi terpenuhinya *reward-punishment*, pengembangan karier, dan lain-lain (EngenderHealth, 2003).

Khusus tentang kerja sama lintas program belum ada upaya yang optimal untuk memanfaatkan media lokakarya-mini lintas program. Dalam kenyataannya lokakarya yang seharusnya dilaksanakan sebulan sekali jarang dilakukan.

Petugas puskesmas umumnya berpendapat mereka memerlukan peningkatan keterampilan teknis seperti pemberian imunisasi, pelayanan antenatal, dan berkomunikasi dengan pasien. Hal ini terlihat dari hasil pengamatan prosedur pelayanan penderita TB-paru bahwa petugas kurang memperhatikan aspek informasi yang dibutuhkan pasien. Komunikasi dengan pasien kurang begitu memperhatikan kebutuhan pasien akan kejelasan tentang penyakit yang dideritanya. Dan untuk daerah terpencil yang sulit dijangkau oleh fasilitas kesehatan diperlukan upaya penemuan kasus TB-paru secara aktif (*active case finding*). di samping usaha penemuan kasus secara pasif yang sudah berjalan selama ini. Hal ini dalam jangka panjang dapat memberikan kontribusi terhadap peningkatan penemuan tersangka TB-paru. Selain itu dalam menemukan tersangka TB-paru diperlukan kerja sama lintas program dan dengan melibatkan bidan desa, petugas Pustu, serta dengan memberikan pengobatan, pengendalian penderita (*case holding*).

KESIMPULAN

Dari hasil pembahasan disimpulkan sebagai berikut:

1. Pada umumnya petugas puskesmas merasa puas terhadap kinerja mereka secara keseluruhan di puskesmas, kecuali untuk kinerja program TB, PHBS dan TTU/TTM dan program pemeriksaan kehamilan (K4) di mana mereka belum merasa puas karena belum tercapainya target yang ditetapkan oleh Kabupaten.
2. Penetapan target oleh Kabupaten untuk program tersebut yang harus dicapai tiap puskesmas dirasakan terlalu tinggi dan tidak sesuai dengan jumlah sasaran yang sebenarnya dan dengan kemampuan sumber daya (tenaga, sarana transportasi puskesmas).
3. Kurangnya keterampilan petugas dalam berkomunikasi dengan pasien TB-paru dan keluarganya.

SARAN

Sehubungan dengan hal-hal di atas maka disarankan untuk melakukan kegiatan sebagai berikut:

1. Penetapan target cakupan program perlu memperhatikan sumber daya yang ada di Puskesmas sehingga sebaiknya tidak menetapkan target cakupan yang sama untuk setiap puskesmas.
2. Petugas puskesmas perlu dilatih untuk meningkatkan kemampuannya dalam melakukan analisa akar masalah dan keterampilan teknis khususnya dalam berkomunikasi dengan pasien.
3. Perlu dilakukan pelatihan manajemen terpadu puskesmas daerah terpencil yang meliputi aspek

perencanaan, koordinasi, supervisi, pelaksanaan tugas, hubungan kerja, dan penilaian hasil kerja untuk peningkatan kinerja puskesmas daerah terpencil.

DAFTAR PUSTAKA

- Arifin A, dkk, 2001. *Hasil Evaluasi Pelaksanaan Program Jaminan Mutu di Indonesia. Puslitbang Pelayanan Kesehatan*. Badan Litbangkes Depkes RI, Surabaya
- Arifin A, Dkk, 2003. Laporan Penelitian. *Pengaruh Pembinaan Kesehatan Wanita Berbasis Masyarakat terhadap Peningkatan Penggunaan Pelayanan Antenatal Care dan Persalinan*. (Tahap 1: need assessment) . Puslitbang Pelayanan Kesehatan. Badan Litbangkes Depkes RI, Surabaya.
- Arifin A, 2003. *Upaya Perbaikan Kinerja. Pelatihan Manajemen Puskesmas Dinas Kesehatan Provinsi Jatim*, Surabaya.
- Depkes, 2001. *Profil Kesehatan 2000*, Jakarta.
- Depkes, 2001. *Konsep Puskesmas di Era Desentralisasi. Pertemuan Diseminasi Puskesmas di Era Desentralisasi Ditjen Binkesmas*, Cipanas Jawa Barat.
- Dinkesprop, Jatim. 2002. *Pedoman Penilaian Kinerja Puskesmas*. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Surabaya.
- EngenderHealth, 2003. *COPE Handbook: A process for improving Quality in health services. Engender Health's quality improvement series*. Revised edition. New York, USA.
- Peraturan Pemerintah Nomor 63 tahun 1992 tanggal 19 September 1992 tentang *Pengertian daerah Terpencil dan Jenis Imbalan Dalam Bentuk Daerah*.
- Prayoga, dkk, 2002. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan aksesibilitas keluarga kurang mampu ke pelayanan kesehatan*. (analisis data susenas tahun 2001). Kerja sama Badan litbangkes dan WHO.