

Laporan akhir

Jayawijaya WATCH Project Health Section

(Fokus pada Kec. Kanggime dan Kec. Kembu)

**Disusun oleh
Dr. Deri Maria Sihombing
G. Yuristianti A.**

**Jayawijaya Women And Their Children's Health Project
AusAID – World Vision – Departemen Kesehatan RI
2000**

Pendahuluan

Setelah hampir 9 tahun WATCH Project bekerja di Kabupaten Jayawijaya, maka sampai pada saatnya project ini harus berakhir. Pada dasarnya WATCH Project adalah project kesehatan yang lebih menitikberatkan pada upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak yang merupakan bantuan pemerintah Australia (AusAID) kepada Pemerintah Indonesia (Depkes RI), diimplementasikan oleh NGO Internasional (World Vision International Indonesia bermitra dengan World Vision Australia).

Upaya yang telah dilakukan selama jangka waktu tersebut tidak saja di bidang kesehatan semata, karena asumsi yang mendasarinya adalah masalah kesehatan bukan merupakan masalah yang berdiri sendiri melainkan terkait langsung dengan peri-kehidupan lainnya. Demikian pula pendekatan yang dilakukan melalui Jayawijaya WATCH Project selama ini, tidak melulu menekankan upaya-upaya peningkatan di bidang kesehatan formal, melainkan pula upaya peningkatan kesejahteraan dan pemberdayaan masyarakat. Diharapkan dengan terobosan-terobosan yang dilakukan dapat terjadi percepatan dalam proses peningkatan derajat kesehatan khususnya kesehatan ibu dan anak di wilayah ini.

Laporan ini merupakan laporan akhir kegiatan Health Section yang berisi program kegiatan Watch Project di dua Kecamatan yaitu Kanggime dan Kembu. Meskipun pada 2 phase awal WATCH bekerja pada area yang mencakup hampir seluruh wilayah kabupaten Jayawijaya, pada laporan ini akan lebih banyak dibahas intervensi yang dilakukan project pada phase III di 2 kecamatan terpilih yaitu kecamatan Kanggime dan Mamit.

Laporan ini disusun berdasarkan hasil survey yang dilakukan beberapa kali dalam kurun waktu Nopember 1998 hingga Oktober 2000 serta pengalaman langsung para staff selama kunjungan lapangan di wilayah tersebut. dalam laporan juga disampaikan informasi atau data yang berkaitan langsung dengan status kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak seperti status gizi, cakupan pelayanan kesehatan oleh petugas dan capacity building bagi petugas kesehatan meliputi mantri dan bidan serta partisipasi masyarakat di kedua puskesmas yang ada (Kanggime dan Mamit).

Kiranya laporan ini dapat bermanfaat untuk melihat kembali bagaimana upaya-upaya tersebut memberikan manfaat dan berdampak bagi peningkatan status kesehatan masyarakat di

wilayah tersebut. Atau dapat pula ditarik pelajaran (*lesson learned*) dari pengalaman yang ada baik yang berhasil ataupun menemui kegagalan dalam pelaksanaannya.

Jakarta, 28 Nopember 2000

Penyusun

1. Data Demografi Kecamatan Kanggime dan Kembu

1.1. Jumlah Penduduk

Kecamatan Kanggime dan Kembu terbilang kecamatan baru diantara 16 kecamatan baru lainnya yang diresmikan bupati pada tahun 1997. Kedua kecamatan tersebut sebelumnya merupakan bagian dari kecamatan Karubaga yang akhirnya dimekarkan menjadi 3 kecamatan, Karubaga, Kanggime dan Mamit. Menurut administrasi pemerintahan Kecamatan Kembu terdiri atas 13 desa, dan Kecamatan Kanggime terdiri atas 14 desa. Setiap desa rata-rata terdiri atas 4 sampai 5 kampung dan 3-4 gereja. Sementara dari sisi administrasi gereja, Kecamatan Kembu terdiri atas 3 wilayah klasis yaitu Klasis Kembu, Paindo dan Wiyalindu, yang terbagi menjadi 14 wilayah Dewan dan terbagi lagi menjadi 52 gereja atau jemaat. Sedangkan wilayah Kanggime terbagi menjadi 2 wilayah klasis, yaitu Klasis Kanggi dan Kutime, yang terbagi menjadi 13 wilayah dewan dan terbagi menjadi 42 gereja (data tahun 1998). Pada tahun 2000, terjadi pemekaran desa di kedua Kecamatan ini masing-masing kecamatan menambah 15 desa.

Dampak yang akan terjadi sebagai akibat pemekaran desa adalah menambah masalah yang telah ada yaitu keterbatasan jangkauan pelayanan kesehatan. Sebelum pemekaran desa, tidak semua desa mempunyai bidan desa, dapat dibayangkan apa yang terjadi sesudahnya

Tabel 1. Nama Desa dan Jumlah Penduduk Kecamatan Kanggime

No	Desa	Jumlah Penduduk			Total
		KK	L	P	
1.	Kanggime	162	446	425	871
2.	Egoni	245	859	773	1632
3.	Mortelo	196	657	623	1280
4.	Kumbur	182	685	720	1085
5.	Parari/Kupara	212	900	882	178
6.	Nabunage	276	700	661	1361
7.	Wuluk	104	450	449	899
8.	Nunggawi	213	694	713	1407
9.	Yinggungga	202	565	556	1121
10.	Abera	193	551	501	1052
11.	Yaliwak	202	644	568	1407
12.	Bogonuk	195	521	685	1206
13.	Paba	125	423	411	834
	Jumlah				

(Sumber data dari Kecamatan dan Puskesmas tahun 1998)

Tabel 2. Nama Desa Dan Jumlah Penduduk Kecamatan Kembu

No.	Desa	Jumlah Penduduk			Total
		KK	L	P	
1.	Mamit	301	622	527	1149
2.	Kembu/Ndundu	155	329	318	647
3.	Kage	153	430	431	861
4.	Umage	140	400	367	767
5.	Yali	237	541	535	1076
6.	Woraga	301	492	429	921
7.	Yogweme	175	502	430	932
8.	Telenggeme	132	398	387	785
9.	Tirib	162	382	401	783
10.	Panaga	214	386	334	721
11.	Kalarin	212	439	319	758
12.	Nologpur	148	298	296	594
13.	Nambu	224	470	466	936
14.	Gelok	197	347	337	684
	Jumlah	2751	6036	5477	11.613

(Sumber data dari Kecamatan dan Puskesmas tahun 1998)

Lesson learned :

Pemekaran desa selalu menjadi issue menarik bagi masyarakat tidak saja di kab. Jayawijaya namun sangat mungkin melanda wilayah lain di propinsi Irian Jaya. Keputusan tentang perlunya pemekaran desa seringkali tidak berdasarkan pada suatu kebutuhan yang mendesak namun lebih disebabkan karena alasan kebijakan belaka. Salah satunya adalah upaya untuk mendapatkan dana pengembangan desa (bangdes). Hal ini tidak saja berpengaruh pada kerancuan jumlah penduduk, karena pada dasarnya jumlah penduduk tetap, melainkan juga mempengaruhi batas-batas wilayah suatu desa. Disamping itu secara tidak langsung akan mempengaruhi cakupan pelayanan kesehatan karena selama ini pelayanan dan penyediaan tenaga (seperti bidan desa misalnya) lebih dititik beratkan pada kebutuhan/jumlah desa yang ada.

1.2. Mata Pencaharian Penduduk

Mata pencaharian masyarakat Kanggime dan Mamit adalah bercocok tanam dan berternak. Selain tanaman pokok ubi jalar, pada umumnya masyarakat juga telah memiliki jenis tanaman lain yang mempunyai nilai ekonomi cukup tinggi (cash crop). Demikian juga dengan peternakan selain ternak utama (babi), banyak di antara masyarakat yang telah memiliki jenis ternak baru seperti ayam dan kelinci, bahkan beberapa di antara mereka telah memelihara kambing dan sapi. Tanaman dan jenis ternak baru ini diperkenalkan melalui program pengembangan masyarakat yang telah

dimulai sejak kedatangan para misionaris dan lembaga bantuan lain hingga saat ini.

1.3. Fasilitas Kesehatan

1.3.1 Puskesmas

Fasilitas kesehatan yang tersedia di tingkat kecamatan adalah Puskesmas, yang dipimpin oleh Kepala Puskesmas seorang putera daerah dengan latar belakang pendidikan Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) lulusan Wamena. Lokasi puskesmas terletak di pusat Kecamatan baik Kumbu maupun Kanggime. Sebelum Kumbu dan Kanggime menjadi kecamatan, status Puskesmas di wilayah ini masih Puskesmas Pembantu (Pustu) untuk wilayah Puskesmas Karubaga. Setelah naik menjadi Kecamatan, kemudian status kedua Pustu tersebut ditingkatkan menjadi Puskesmas.

Jika ditinjau dari bangunan fisik, sebenarnya kedua Puskesmas ini belum layak disebut sebagai puskesmas Induk. Petugas hanya melakukan tanya-jawab kemudian langsung memberikan resep, sementara pelayanan dan pemeriksaan terhadap penderita tidak dilakukan di ruangan tersendiri. Pemeriksaan terhadap pasien seharusnya dikerjakan di ruangan tersendiri, dimana seorang petugas kesehatan dapat melakukan pemeriksaan fisik. Fasilitas penunjang diagnostik seperti Laboratorium belum berjalan meskipun di dua puskesmas ini sudah ada tenaga yang dilatih oleh Dinas Kesehatan. Selama ini puskesmas Mamit memanfaatkan laboratorium yang dikelola tenaga swasta yang dilatih untuk melakukan pemeriksaan DDR, sedangkan puskesmas Kanggime belum.

1.3.2. Puskesmas Pembantu

Dalam menjalankan pelayanan kesehatan bagi masyarakat di wilayah kerjanya Puskesmas dibantu oleh Puskesmas Pembantu (Pustu) dan Balai Pengobatan (BP). Puskesmas Kanggime mempunyai 2 pustu yang dibangun dari swadaya masyarakat. Pustu pertama adalah Pustu Parari terletak di desa Parari. Pustu ini melayani desa; Parari, Kutime, Kumbur, Wuluk, Nabunage, Bambuk dan Wonitu. Pustu ini dibantu oleh BP yang berada dimasing-masing desa. Dalam kegiatannya sehari-hari pustu ini dilayani oleh mantri dengan latar belakang SPK 1 dan dibantu oleh 3 orang kader POD yang telah dilatih oleh WATCH. Pustu kedua baru saja diresmikan oleh Kepala Dinas th. 2000. Letak pustu ini di desa Yaliwak, kampung Wondame, dibangun atas swadaya masyarakat gereja Wondame. Sebelum diresmikan pustu ini berstatus POD, yang kemudian dibangun lebih besar atas prakarsa Karel Tabuni, seorang kader Pengembangan sekaligus Kader POD binaan WATCH. Sampai saat ini Pustu Yaliwak belum memiliki tenaga

kesehatan formal, pelayanan dilakukan oleh kader Karel Tabuni dibantu kader lainnya.

Puskesmas Kumbu, didukung oleh dua buah puskesmas yaitu Puskesmas Gatini dan Puskesmas Kumbu/Ndundu. Kedua puskesmas ini dibangun oleh pemerintah. Puskesmas Gatini melayani desa Gatini, Nambu, Noglopur, Yali, Kalarin. Sedangkan Puskesmas Kumbu melayani desa Ndundu, Yogweme, sampai Wina.(ujung dari Kecamatan Kumbu). Kedua Puskesmas ini dipimpin oleh perawat Ex Misi dengan latar belakang pendidikan SPK 1.

Mengingat luasnya wilayah dua kecamatan ini dan tiap-tiap puskesmas hanya dibantu oleh 1-2 puskesmas menyebabkan terbatasnya pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Akibatnya banyak desa-desa yang menjadi daerah kantung yang tidak mendapatkan pelayanan. Sebagai contoh, pelayanan imunisasi, selama ini pelayanan imunisasi ditangani langsung oleh puskesmas baik tenaga untuk melakukan imunisasi maupun penyediaan vaksin. Mengingat jauhnya jarak antara desa dengan puskesmas induk, kadangkala waktu tempuh yang dibutuhkan lebih dari 2 hari untuk menjangkau suatu desa. Hal ini menyebabkan pelayanan imunisasi di dua puskesmas ini tidak adekuat. Seharusnya pelayanan imunisasi berjalan setiap bulan akan tetapi pada kenyataan ada desa-desa terutama desa yang harus jalan kaki selama lebih dari 2 hari tidak mendapat pelayanan imunisasi.

1.3.3.Tenaga Kesehatan

Salah satu tantangan yang dihadapi dalam melaksanakan pelayanan kesehatan yang berkualitas ditingkat puskesmas adalah masalah sumber daya manusia di tingkat Puskesmas. Begitupula permasalahan yang dihadapi oleh Puskesmas Kumbu dan Kanggime. Puskesmas Kanggime misalnya, dengan wilayah yang cukup luas hanya mempunyai 1 perawat lulusan D3 (kemudian dipindahkan), 14 bidan desa, 3 orang perawat lulusan SPK, dan sisanya adalah perawat lulusan SPK-1. Demikian pula puskesmas Kumbu, dengan 4 perawat SPK, 13 bidan desa dan sisanya adalah perawat lulusan SPK-1. Dengan kondisi dan kapasitas petugas kesehatan yang ada ditambah dengan lemahnya supervisi baik di tingkat puskesmas maupun dari dinas ke puskesmas, dapatlah dipahami bila kualitas pelayanan kesehatan yang ada belum memuaskan.

Hambatan lain yang dihadapi adalah lemahnya manajemen sumber daya yang ada di kedua puskesmas tersebut. Sebagai contoh Kepala Puskesmas yang telah ditunjuk kadang kala tidak dapat memanfaatkan tenaga kesehatan yang ada secara maksimal, sekaligus mengelola program dan proyek yang harus dilaksanakan bersamaan. Disamping itu sebagai pimpinan, kepala puskesmas juga dituntut untuk mampu menciptakan kondisi dan lingkungan kerja yang dapat memuaskan

berbagai kebutuhan staf. Hal ini sangat penting untuk menambah semangat dan efektifitas kerja staff puskesmas sehingga diharapkan dapat meningkat kualitas pelayanan oleh petugas. Pada periode intervensi project dialami pula situasi sulit dimana terjadi krisis kepemimpinan di kedua puskesmas tersebut. Keadaan ini tentu saja sangat memprihatinkan karena berpengaruh secara langsung bagi penyelenggaraan pelayanan kesehatan di wilayah tersebut, belum lagi masalah - masalah administrasi lainnya seperti gaji bidan yang tidak jarang datang terlambat dan konflik internal lainnya.

Intervensi yang dilakukan project tentu saja tidak dapat mencakup seluruh elemen dalam sistem pelayanan kesehatan formal yang ada.. Dalam situasi semacam ini sangat dibutuhkan intervensi langsung oleh institusi yang lebih tinggi, dalam hal ini, Dinas Kesehatan Kabupaten. Yang dapat dilakukan oleh project selama ini adalah meningkatkan kapasitas petugas kesehatan di puskesmas melalui pelatihan dan penyegaran serta memberikan informasi situasi/keadaan yang terjadi di lapangan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten. Tindakan selanjutnya menjadi kewenangan Kepala Dinas sepenuhnya.

Lesson Learned

Selama hampir 9 tahun Watch bekerja sama dengan Dinas Kesehatan, dalam upaya meningkatkan status kesehatan dan gizi ibu dan anak di kabupaten Jayawijaya, dalam kurun waktu tersebut situasi pasang surut juga dialami kedua belah pihak. Keberhasilan yang dicapai bersama antara lain disusunnya Sistem Informasi Kesehatan yang lebih sederhana, sehingga jauh bermanfaat bagi petugas di lapangan maupun di tingkat kabupaten. Selain itu sebagai bagian SIK telah pula diterbitkan buku saku Prosedur Tetap Diagnosa dan Pengobatan Baku (buku saku) untuk membantu petugas mendiagnosa dengan benar dan memberikan terapi secara tepat/adekuat.

Disamping keberhasilan tersebut, tidak jarang dijumpai hambatan untuk mewujudkan peningkatan derajat kesehatan masyarakat di Jayawijaya. sebagai contoh, kurangnya tenaga kesehatan seperti jumlah dokter yang sangat terbatas, lemahnya supervisi ditingkat puskesmas maupun kabupaten. Disamping itu letak geografis yang cukup sulit serta lokasi desa yang sangat terpencar hingga menyulitkan kemampuan jangkauan petugas. Sebagai akibatnya cakupan pelayananpun masih jauh dari memuaskan. Konsekuensi dari situasi seperti disebutkan diatas dibutuhkan dana yang sangat besar untuk mendukung upaya - upaya yang dilakukan sementara saat ini kemampuan pemerintah untuk membiayai semua itu masih sangat terbatas. Tentu saja tantangan tersebut tidak membuat semua pihak menjadi putus harapan melainkan menjadi cambuk untuk mencari terobosan bagi peningkatan partisipasi masyarakat untuk ikut membiayai kesehatan

mereka.

1. 4. Program Pengembangan Masyarakat untuk menunjang Peningkatan Derajat Kesehatan

Sejak tahun 1992 intervensi yang dilakukan oleh WATCH untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak dilakukan melalui kegiatan pengembangan masyarakat. Kegiatan ini diselenggarakan bekerja sama dengan puskesmas dan gereja sebagai salah satu lembaga yang memiliki pengorganisasian yang cukup baik. Pertimbangan lain karena mekanisme di pemerintahan belum berjalan sampai di tingkat desa dan kampung. Sementara struktur wewenang gereja waktu itu dianggap paling operasional. Kegiatan pengembangan masyarakat yang dilakukan dimaksudkan untuk mendukung upaya peningkatan status gizi dan kesehatan ibu dan anak di kabupaten Jayawijaya melalui upaya penguatan ekonomi melalui kegiatan pertanian, peternakan, pengenalan teknologi tepat guna dan upaya penyadaran jender. Sedangkan disisi kesehatan formal dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dilakukan kegiatan pelatihan bagi para petugas kesehatan yang dilakukan bekerjasama dengan puskesmas dan Dinas Kesehatan.

1.4.1 Kuantitas dan Kualitas Kelompok Binaan

Pembinaan terhadap masyarakat Kanggime dan Kembu sudah dimulai sejak masuknya misionaris RBMU. Bantuan material (peralatan kesehatan, tani dan ternak) dan non-material (pelatihan) sudah dilakukan sejak awal tahun 60 an. Tahun 1980 World Vision International (WVI) membantu misionaris dalam menyediakan dana untuk Kesehatan dan Pertanian. Lalu tahun 1992 WVI terjun langsung melalui Watch Project melakukan intervensi dengan membentuk kelompok-kelompok sebagai embrio yang dapat merangsang seluruh anggota masyarakat meningkatkan kesejahteraan hidupnya dan sadar kesehatan.

Tahun 1992 Watch Project mulai dengan membentuk 10 kelompok di Kanggime dikelola oleh 3 kader. Di Kembu dimulai dengan 16 kelompok dikelola 2 kader. Tahun 1997 di Kanggime berkembang menjadi 31 kelompok dan di Kembu menjadi 17 kelompok. Hasil produksi kelompok-kelompok itu meningkat dan berorientasi tidak lagi untuk kebutuhan sendiri, tetapi pasar. Sebagian hasil bumi bisa dipasarkan dan diperoleh keuntungan dari kegiatan itu. Hasil dari penjualan hasil bumi sebagian dipakai untuk membangun POD, Posyandu, program makanan bergizi yang didanai dari swadaya kelompok (terutama di Kecamatan Kanggime dimana sejak tahun 1997 anggota

kelompok binaan Watch berlomba-lomba untuk membangun POD, posyandu dan menjadi kader POD dan kader posyandu). Jadi usaha untuk memberdayakan kelompok untuk sadar ekonomi dan kesehatan sudah mulai nampak hasilnya.

1.4.2 Pengenalan Ternak Kecil

Ayam, kelinci, bebek, kambing, dan ikan bukan ternak baru bagi penduduk Kanggime dan Kumbu. Missionaris telah memperkenalkan pemeliharaan berbagai jenis ternak itu. Akan tetapi sampai saat ini hasilnya belum menggembirakan. Pemeliharaan ternak di luar babi itu belum merata. Jumlah ternaknya juga tidak banyak, barangkali hanya bisa dikonsumsi sendiri, dan sekali-kali dijual apabila butuh uang. Masalahnya bagaimana masyarakat memelihara ternak seperti ayam, kelinci sehingga dapat memenuhi kebutuhan gizi khususnya protein hewani dan ekonomi keluarga. Dengan kata lain semua bantuan ternak yang diberikan oleh WATCH dapat meningkatkan pendapatan dan terjadi perbaikan gizi keluarga.

2. Situasi dan Kondisi Pelayanan Kesehatan

Sasaran utama pelayanan puskesmas pada dasarnya adalah Kesehatan Masyarakat. Kesehatan masyarakat mencakup tidak saja pelayanan pengobatan atau kuratif tetapi juga pelayanan pencegahan atau preventif dan pelayanan penyuluhan atau promotif. Tetapi, sejauh ini, pengalaman di dua wilayah, Kanggime dan Kumbu, menunjukkan bahwa pelayanan puskesmas hanya menekankan pada upaya pengobatan atau kuratif semata. Pelayanan kuratif menjadi inti tanggung jawab Puskesmas, akan tetapi pelayanan preventif dan promotif melibatkan tidak saja puskesmas tetapi juga Tripika (Kecamatan, Polsek, Koramil) dan masyarakat. Dalam kasus Kanggime dan Kumbu, dua komponen Tripika, yakni Polsek dan Koramil belum ada. Pengalaman di Kanggime dan Kumbu menunjukkan bahwa peranan Kecamatan belum sepenuhnya berjalan. Apa yang dilakukan para pejabat tingkat Kecamatan, khususnya Camat dan Sekretarisnya hanya terbatas pada pelaporan rutin ke tingkat yang lebih tinggi (Kabupaten), jarang berada di wilayahnya (lebih sering berada di kota Wamena). Sehingga dampak keberadaannya di masyarakat belum dirasakan.

Sebagai contoh adanya Posyandu yang merupakan partisipasi masyarakat di bidang kesehatan, terutama ibu dan anak. Partisipasi ini merupakan bentuk keterlibatan masyarakat pada kerja puskesmas. Akan tetapi sampai saat ini masih ada kesan bahwa posyandu ini adalah milik puskesmas/kesehatan. Sedangkan puskesmas sendiri belum memahami bahwa kader posyandu merupakan mitra kerja mereka. Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh puskesmas ialah

pelayanan kesehatan yang meliputi pelayanan : promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Dalam menjalankan perannya puskesmas mempunyai fungsi sebagai berikut :

1. Sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat diwilayah kerjanya
2. Membina peran serta masyarakat diwilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat
3. Memberi pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya.

Proses yang harus dilalui Puskesmas dalam melaksanakan fungsinya dengan cara :

1. Merangsang masyarakat untuk melaksanakan kegiatan dalam rangka menolong dirinya sendiri.
2. Memberi petunjuk kepada masyarakat tentang bagaimana menggali dan menggunakan sumber daya yang ada secara efektif dan efisien.
3. Memberikan bantuan yang bersifat bimbingan teknis materi dan rujukan medis maupun rujukan kesehatan kepada masyarakat dengan ketentuan bantuan tersebut tidak menimbulkan ketergantungan
4. Memberi pelayanan kesehatan langsung kepada masyarakat
5. Bekerjasama dengan sektor-sektor yang bersangkutan dalam melaksanakan program puskesmas.

Untuk mencapai sehat bagi semua, Pelayanan Kesehatan Dasar (UKP-Upaya Kesehatan Pratama/PHC-Primary Health Care) merupakan kunci utama, sedang Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) merupakan bentuk operasional PHC dengan memperhatikan jenjang/tingkat pelayanan kesehatan sehubungan dengan komponen atau unsur pelayanan kesehatan seperti berikut :

Tabel Jenjang Tingkat Pelayanan Kesehatan

Jenjang (Hirarki)	Komponen /unsur pelayanan kesehatan
Tingkat Rumah Tangga	Pelayanan kesehatan oleh individu atau oleh keluarga
Tingkat Masyarakat	Kegiatan swadaya masyarakat dalam menolong mereka sendiri
Tingkat Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pertama	Puskesmas, Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling
Tingkat Rujukan Pertama	Rumah Sakit Kabupaten dan satuan pelayanan lainnya
Tingkat Rujukan Yang lebih tinggi	Rumah sakit klas B dan Klas A serta satuan organisasi pelayanan lainnya

Pada pelayanan kesehatan di tingkat rumah tangga, diharapkan individu maupun keluarga mau menjaga kesehatannya dan mampu melaksanakan pengobatan/penanganan dini secara sederhana (misalnya diare diobati dengan superoralit). Agar masyarakat memahami betapa pentingnya

kesehatan individu, WATCH telah menyusun dan mendistribusikan IEC material (buku makan bergizi, poster cuci tangan, pembuatan superoralit dari tepung ubi dll) kepada anggota kelompok, kader Posyandu, kader POD, dukun bersalin, sekolah, gembala dan petugas kesehatan. Dengan material ini diharapkan masyarakat dapat melakukan pendidikan kesehatan baik terhadap dirinya maupun keluarganya.

Pada pelayanan kesehatan di tingkat masyarakat, WATCH mencoba menumbuhkan motivasi peran serta masyarakat dengan berdirinya POD, Posyandu. Sebagai contoh sejak tahun 1997 anggota kelompok di Kecamatan Kanggime sudah membangun Pos Obat Desa hasil swadaya masyarakat. Dana yang dipakai untuk membangun didapat dari hasil penjualan hasil bumi, babi dan mengumpulkan uang bersama. Kader POD juga menjabat sebagai pendamping. Disini dapat dilihat/dinilai tingkat partisipasi masyarakat untuk mengatasi penyakit sudah tinggi. Untuk keberlanjutan dari intervensi ini, baik pihak puskesmas, gereja, kecamatan dan masyarakat sudah saatnya duduk bersama untuk menentukan rencana kegiatan selanjutnya.

2.1 Pelaksanaan Primary Health Care

Apa yang ditulis dibawah ini merupakan penilaian terhadap hasil temuan dilapangan dan bagaimana Watch mencoba melakukan Intervensi untuk membantu puskesmas dan masyarakat dalam melaksanakan Pelayanan Upaya Kesehatan Pratama (UKP/PHC-Primary Health Care) :

2.1.1 Pendidikan Kesehatan Masyarakat

Pendidikan kesehatan kepada masyarakat merupakan salah satu strategi untuk meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai hidup sehat. Didalam pendidikan kesehatan ini mencakup aspek Informasi, Edukasi dan Komunikasi. Saat ini WATCH telah mengembangkan material KIE dan sudah didistribusikan baik kepada kelompok, gembala, sekolah maupun tenaga kesehatan. Dan sudah melatih cara menggunakan material tersebut kepada kader pengembangan, Kader POD, kader Posyandu, dukun bersalin dan tenaga kesehatan. Terbatasnya kesempatan masyarakat untuk mengakses informasi kesehatan apalagi ditambah dengan rendahnya tingkat pendidikan memberikan kontribusi terhadap rendahnya derajat kesehatan masyarakat.

Saat ini puskesmas sebagai pusat kesehatan masyarakat belum sepenuhnya melaksanakan pendidikan mengenai masalah kesehatan dan bagaimana cara pencegahan penyakit serta pengendaliannya. Akan sangat bermanfaat kiranya jika posyandu, Pos Obat Desa, Balai

Pengobatan, Pustu dan Puskesmas sebagai pusat untuk mendapatkan Informasi, Edukasi dan melakukan Komunikasi dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan keluarganya. Sudah saatnya petugas kesehatan duduk bersama dengan masyarakat untuk mencari permasalahan kesehatan di wilayah kerjanya dan mengajak masyarakat untuk menganalisa dan mencari jalan keluarnya.

2. 1.2 Peningkatan Persediaan Makanan dan Perbaikan gizi

Pengelolaan program peningkatan persediaan makanan dan perbaikan gizi bukan hanya tugas dari puskesmas akan tetapi melibatkan peran serta masyarakat, lembaga lain (NGO Lokal) dan sektor-sektor lain (Pertanian, BKKBN, P&K, PKK, Gereja). Intervensi WATCH untuk program peningkatan persediaan makan dan perbaikan gizi dilakukan melalui pendekatan kelompok pengembangan. Jenis bantuan yang diberikan adalah alat bantu kerja kebun, bibit sayuran dan buah-buahan dan bibit ternak ayam, kelinci, bebek, ikan, kambing dan sapi untuk meningkatkan asupan protein hewani. Dengan bantuan alat-alat diharapkan semua anggota kelompok dapat mulai bekerja seperti membuat kebun gizi baik di tingkat keluarga maupun kelompok. Kelompok diajarkan untuk menggandakan bibit-bibit yang sudah diberikan dengan cara menyimpan bibit dari hasil panen.

Pada setiap kunjungan lapangan Nutritionist dan staf CD memberikan materi penyuluhan kepada kelompok pengembangan mengenai “Pemanfaatan lahan pekarangan” yang hasilnya terutama untuk memenuhi kebutuhan makanan sehat dan gizi bagi keluarga. Misalnya untuk memenuhi kebutuhan akan sumber protein hewani dan lemak, kelompok dapat mengambilnya dari hasil ternak ayam dan kelinci yang dipelihara oleh mereka. Untuk memenuhi kebutuhan akan zat-zat gizi lain seperti vitamin, zat besi, mineral, protein nabati mereka bisa mendapatkannya dari kebun gizi keluarga.

Selain itu, kelompok juga dilatih ketrampilan teknologi tepat guna pengolahan hasil bumi seperti pembuatan tepung dari ubi, singkong, kedelai, pisang untuk membuat bubur cerelak, biskuit, superoralit, pengolahan kacang tanah menjadi minyak goreng, kedelai menjadi susu kedelai dan tahu. Selain itu kelompok juga dilatih mengolah makanan, membuat variasi menu makanan sehat dengan apa yang ada tanpa mengubah pola makan mereka (misalnya nasi goreng ubi, singkong, pisang, bukan nasi goreng dari beras). Dengan intervensi ini diharapkan ketersediaan makanan dapat terpenuhi melalui keaneka ragaman makanan, jumlah gizi yang cukup dan seimbang serta memberi mutu makan yang baik. Intervensi ini dilakukan tidak hanya pada

kelompok saja, melainkan juga bagi anggota kelompok yang berasal dari staf kesehatan, bidan desa, kader posyandu, kader POD, dukun bersalin. Selain itu juga WATCH telah mengembangkan dan telah mendistribusikan buku mengenai teknologi tepat guna dalam bahasa Lani kepada anggota kelompok, tenaga kesehatan, kader Posyandu. Sehingga masyarakat mudah mendapatkan informasi mengenai cara pengolahan makanan.

Upaya Pebaikan Gizi Keluarga (UPGK) di kecamatan Kanggime dan Kembu dijalankan oleh Puskesmas bekerjasama dengan kader-kader binaan WATCH, tokoh-tokoh Gereja, Kecamatan (PKK kecamatan dan desa), sekolah dengan memanfaatkan program bantuan WATCH tidak mengalami kesulitan disebabkan karena melibatkan mama-mama yang telah dilatih oleh Training Officers, untuk membuat makanan bergizi dari hasil bumi setempat, pembuatan makanan tambahan untuk bayi dengan menggunakan tepung Ubi dan superoralit dari tepung ubi jalar.

2.1.3. Pengadaan Air Bersih dan Sanitasi Lingkungan

Bagi daerah pegunungan seperti Jayawijaya seperti juga wilayah Kec. Kembu dan Kanggime, air bersih merupakan masalah yang cukup memprihatinkan. Akses masyarakat untuk mendapatkan air bersih tidaklah mudah. Pengadaan air bersih di kedua kecamatan ini sangat memprihatinkan. Untuk mendapatkan sumber air bersih kadang masyarakat harus berjalan jauh. Minimnya sumber air bersih di pemukiman akan terus menjadi masalah jika tidak ditangani dengan serius. Perilaku masyarakat seperti penebangan hutan secara liar berdampak pada hilangnya sumber air di sekitar lokasi, disamping erosi yang berpotensi menimbulkan rawan longsor.

Dari survey dan pengamatan di lapangan dapat dilihat bahwa hampir setiap keluarga sudah memiliki jamban dengan konstruksi bangunan berupa WC cemplung, persoalannya adalah sanitasi jamban yang masih sangat memprihatinkan. Disamping itu banyak masyarakat yang masih mempunyai kebiasaan minum air tanpa dimasak, kurang memperhatikan kebersihan perseorangan seperti mandi, cuci tangan, berpakaian yang bersih (baju diganti dan dicuci) serta kebersihan gigi dan mulut. Dengan kata lain perilaku hidup bersih baik untuk individu dan keluarga sampai saat ini belum biasa dilakukan masyarakat. Kondisi ini kurang menguntungkan karena dapat menjadi faktor pendorong munculnya penyakit Diare dan infeksi lainnya yang mempunyai kontribusi terhadap tingginya angka kesakitan dan kematian balita.

2.1.4. Kesehatan ibu dan anak

Permasalahan yang menyangkut kelangsungan hidup dan perlindungan ibu hamil, ibu bersali, ibu Nifas serta bayi baru lahir adalah :

1. Masih rendahnya cakupan pelayanan kesehatan bagi ibu hamil (ante natal care) maupun bayi baru lahir (neo natal care).
2. Pelayanan antenatal yang diberikan kepada ibu hamil belum memenuhi standart 5 T
3. Masih rendahnya pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan , situasi ini menunjukkan bahwa pemanfaatan tenaga kesehatan, khususnya bidan di desa masih belum optimal. Hal ini terlihat dengan masih banyaknya persalinan yang ditolong oleh dukun bersalin.
4. Masih rendahnya cakupan distribusi Fe bagi ibu hamil.
5. Pencapaian cakupan imunisasi TT bagi ibu hamil masih rendah.
6. Masih rendahnya cakupan imunisasi dasar

Dari pembahasan diatas dapat disimpulkan bahwa masalah utamanya adalah rendahnya cakupan pelayanan kesehatan bagi ibu hamil dan bayi baru lahir. Beberapa kemungkinan penyebab masalah tersebut antara lain; masih rendahnya pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan masyarakat serta kapasitas tenaga kesehatan yang terbatas. Di samping itu keadaan diatas mencerminkan lemahnya perlindungan terhadap ibu hamil dan bayi baru lahir. Faktor-faktor lain yang mungkin juga berpengaruh adalah kurangnya informasi yang diterima baik oleh pihak keluarga maupun ibu itu sendiri tentang pentingnya pemeriksaan kehamilan, imunisasi bagi ibu hamil, perawatan bagi bayi yang baru lahir dan imunisasi bagi bayi.

Data yang ada menunjukkan walaupun bidan desa telah ditempatkan disebagian besar desa di kecamatan Kanggime dan Kembu namun cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (bidan) masih rendah. Sebagian besar pertolongan persalinan dilakukan oleh dukun bersalin baik yang terlatih maupun yang tidak terlatih. Besarnya prosentase pertolongan persalinan bukan oleh tenaga kesehatan sangat erat kaitannya dengan tingginya angka kematian ibu.

2.1.5. Imunisasi Terhadap Penyakit Infeksi Utama

Jika melihat hasil pencatatan dan pelaporan bulanan program imunisasi puskesmas, dapat dinilai program ini berjalan dengan baik dan lebih dari 50 % bayi telah mendapat imunisasi dasar. Akan tetapi kenyataan di lapangan, banyak dilaporkan kegiatan imunisasi tidak berjalan dengan baik. program ini tidak berjalan (lihat hasil baseline survey, annual survey, supervisi, laporan

investigasi KLB Campak di Kecamatan Kanggime).

2.1.6. Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Endemis Setempat

Penyakit Malaria merupakan penyakit endemis hampir disebagian besar wilayah Irian Jaya terutama di daerah dataran rendah dan berawa. Di Kec. Kanggime dan Mamit, dengan ketinggian wilayah antara 300 m - 1600 m dpl, malaria juga merupakan penyakit endemis yang banyak menimbulkan korban jiwa. Tahun 1999 di dua kecamatan ini terjadi peningkatan kasus malaria. WATCH bekerjasama dengan Dinas Kesehatan dan MSF telah melakukan upaya untuk mengatasi keadaan ini dengan melakukan penyemprotan, pengobatan dan pencegahan, akan tetapi program ini tidak ditindaklanjuti oleh Dinas dan puskesmas. Meskipun akibat samping penyemprotan sangat digemari penduduk karena aneka serangga kecil yang mengganggu seperti kutu dan kecoa ikut mati pada saat penyemprotan, namun demikian tindakan penyemprotan ini tidak direkomendasikan untuk digunakan sebagai upaya pencegahan. Disamping bahan pestisida yang digunakan tidak aman bagi manusia dan lingkungan, efektifitas tindakan penyemprotanpun masih sangat diragukan.

2.1.7. Pengobatan Penyakit Utama dan Luka-luka

Pneumonia, Malaria dan Diare merupakan penyakit utama hampir di seluruh wilayah kabupaten Jayawijaya. Hal ini ditunjukkan dengan tingginya angka kematian bayi dan balita terutama akibat Pneumonia berat yang terlambat ditangani atau ditangani dengan tidak adekuat. Project bekerja sama dengan Dinas Kesehatan kabupaten Jayawijaya telah menyediakan buku saku "Diagram Alir dan Pengobatan Baku" (*Case Management Protocol-CMP*), dan juga secara reguler mengadakan pelatihan cara menggunakan buku saku tersebut. Meskipun pelatihan ini telah diikuti para mantri, bidan desa dan bahkan para kader POD di kanggime dan Kembu (khusus 3 penyakit utama), namun kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa banyak petugas masih enggan untuk menggunakan buku ini sebagai pedoman atau manual dalam hal melakukan diagnosa dan memberikan terapi. Selain alasan-alasan personal berkaitan dengan buku pedoman tersebut seperti buku lupa dibawa, tulisan terlalu kecil, buku dipinjam petugas lain, atau buku hilang, permasalahan lain yang sangat mendasar adalah ketersediaan obat yang sesuai dengan standart pengobatan yang berlaku. Sebagai contoh, Kloramfenikol Suksinat dan Gentamisin untuk pengobatan Pneumonia berat tidak pernah tersedia di puskesmas dan juga di Instalasi Farmasi kabupaten. Alasan ini menyebabkan banyak petugas tidak dapat menerapkan prosedur baku dengan benar, yang pada akhirnya membuat petugas menjadi putus asa dan meninggalkan buku saku tersebut. Dalam hal ini beberapa kali telah

dilakukan pendekatan oleh Project dan mencari kemungkinan bagi tersedianya beberapa obat yang sangat esensial sesuai dengan buku saku yang ada, namun sampai saat ini upaya tersebut tidak membuahkan hasil. Demikian halnya dengan pengobatan luka, kasus trauma benda tajam dan tumpul, luka bakar dan gigitan hewan (babi), tidak dapat ditanggulangi secara adekuat karena tidak tersedianya obat-obatan dan sarana penunjang medis yang diperlukan.

2.1.8. Penyediaan Obat Esensial

Sampai saat ini ketersediaan obat utamanya golongan obat yang sangat esensial seperti Antibiotik selalu menjadi kendala bagi pemberian terapi yang adekuat baik di puskesmas, Pustu, BP juga POD. Persoalan ini tetap terus akan berlangsung selama penyediaan obat-obatan masih seperti saat ini. Pada dasarnya pemerintah tidak mempunyai cukup dana untuk memenuhi kebutuhan obat-obatan bagi seluruh penduduknya, yang dapat dilakukan oleh Pemerintah saat ini adalah memberi subsidi bagi sebagian dari yang dibutuhkan. Ketersediaan lainnya haruslah dicarikan terobosan atau upaya-upaya lain yang bersumber dari masyarakat itu sendiri. Artinya pemerintah belum mampu membiayai seluruh pengeluaran bagi pembiayaan kesehatan penduduknya, dan Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) harus lebih ditingkatkan. Bila para pegawai negeri dan karyawan swasta dapat dibantu dengan Asuransi Kesehatan, maka perlu dipikirkan bagaimana kiranya jalan keluar bagi masyarakat yang belum dilindungi oleh program asuransi semacam itu.

Dalam hal ini intervensi yang dilakukan oleh Project mulai dari upaya yang paling dekat dengan masyarakat dan terbentuk akibat partisipasi masyarakat yang besar yaitu POD (pos obat desa). Melalui POD-POD inilah kiranya lebih mudah ditemukan jalan keluar bagi persoalan ketersediaan obat dan biaya pengobatan di masyarakat. Metode yang dijalankan selama ini, sebagai contoh di wilayah Kutime atau Tiom dengan menarik biaya pengobatan (iuran tahunan) dari seluruh kepala keluarga (KK) yang ada di suatu wilayah semisal gereja. Dari seluruh dana yang terkumpul project membantu menyediakan obat-obat yang diperlukan dan dari situlah awal kegiatan POD berlangsung. Hal ini dimaksudkan agar POD tidak hanya tergantung pada ketersediaan obat di Puskesmas semata. Pengalaman menarik yang dialami project adalah bagaimana menemukan bentuk iuran yang dirasa paling pas bagi masyarakat di suatu daerah. Pernah terjadi, bagi modal Dana Sehat POD iuran yang dikumpulkan berupa *in-natura* (hasil bumi, kacang tanah). Namun bukan berarti semua ini berjalan dengan lancar, kadang kala timbul konflik diantara anggota dan pengurus, modal yang dikumpulkan habis dll, karena pada dasarnya pengorganisasian dana sehat di tingkat masyarakat masih harus diperkuat.

2.2 Kerjasama Lintas Sektoral Dalam Rangka Membina Peran Serta Masyarakat

Kondisi ideal yang diharapkan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal di suatu wilayah kecamatan adalah kerja sama lintas sektoral dengan pimpinan wilayah (Camat) sebagai koordinator. Puskesmas dalam hal ini berfungsi sebagai institusi yang memberikan bimbingan teknis bagi instansi terkait dan menumbuhkan motivasi pada masyarakat agar mulai mengenal masalah dan kebutuhan mereka serta memfasilitasi masyarakat agar mampu mennggali dan memanfaatkan sumber dan potensi yang ada untuk menolong mereka sendiri dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan mereka.

Masalah dan kebutuhan yang dirasakan oleh masyarakat tidak hanya dalam bidang kesehatan semata, maka dengan sendirinya dalam membina peran serta masyarakat diperlukan kerjasama berbagai pihak yang terkait dan saling berpengaruh. Derajat kesehatan tidak hanya dapat diperbaiki dengan upaya pelayanan kesehatan saja, akan tetapi terutama dipengaruhi oleh keadaan lingkungan hidup yang terdiri dari lingkungan fisik, lingkungan biologis dan kondisi sosial - ekonomi. Faktor lain yang besar pengaruhnya adalah kesadaran masyarakat akan pentingnya “perilaku hidup sehat” itu sendiri.

2.4. Sistem Informasi Kesehatan

Untuk menilai derajat kesehatan masyarakat diperlukan indikator-indikator derajat kesehatan penduduk seperti : Angka kematian bayi, Angka kematian Ibu , Angka kematian Kasar, Angka kematian balita, Angka harapan hidup dan Status Gizi. Alat ukur diatas tidak akan menghasilkan makna bila data yang masuk tidak memuhi syarat-syarat yang telah ditetapkan dan diolah. Alur atau proses yang dibutuhkan agar indikator diatas dapat muncul, merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan (SIK).

Sistem Informasi Kesehatan ini tidak saja penting bagi tenaga perencana ditingkat kabupaten, propinsi maupun pusat namun lebih berguna bila dapat dimanfaatkan oleh puskesmas bersangkutan sebagai bahan evaluasi kegiatan yang telah dilakukan dan perencanaan kegiatan ke depan. SP2TP (Sistim Pencatatan dan Pelaporan Tingkat Puskesmas) merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan yang sangat diperlukan oleh Puskesmas untuk melakukan evaluasi dan perencanaan di puskesmas. Selama ini SP2TP dijalankan sebagai bagian dari kegiatan rutin semata, dianggap bukan merupakan kebutuhan puskesmas melainkan menjawab permintaan dians

kesehatan kabupaten atau propinsi. Disamping itu yang tidak kalah pentingnya adalah respon atau tanggapan pihak dinas di kabupaten maupun propinsi yang diberikan sebagai umpan balik atas laporan yang telah dikirimkan. Pengalaman selama ini semua laporan yang telah dikirimkan oleh puskesmas tidak selalu ditanggapi, bahkan seringkali tidak sampai atau salah alamat, dan dengan kejadian ini otomatis pihak puskesmas harus bekerja dua kali. Selain tidak efisien, kondisi ini menyebabkan staf di puskesmas kurang bergairah mengirimkan laporan bulana.

3. IDENTIFIKASI MASALAH KESEHATAN

3.1. Di Tingkat Puskesmas

- ✱ *Masih Tingginya Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Ibu di dua kecamatan*
(lihat hasil baseline survey, laporan bulanan). Rendahnya mutu pelayanan antenatal (pelayanan antenatal yang tidak memenuhi standart), kurangnya pengetahuan dan ketrampilan bidan dalam penanganan gawat darurat neonatus dan obstetri serta rendahnya mutu pelayanan kesehatan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap kondisi diatas.

- ✱ *Krisis Kepemimpinan*
Masalah kepemimpinan di puskesmas merupakan bagian yang paling kritis dalam manajemen di puskesmas Kanggime dan Kembu. Sejauh ini pendidikan tertinggi yang pernah bekerja di dua puskesmas ini adalah lulusan D3 Keperawatan yang kemudian harus pindah karena mengikuti program pendidikan lanjutan atau alasan lain. Saat ini pimpinan puskesmas adalah lulusan SPK yang secara formal tidak mendapat bekal yang memadai untuk memimpin atau mengelola manajemen puskesmas. Masalah yang kemudian timbul kemudian seperti, program imunisasi tidak berjalan, program macet, ketidakpuasan staf, staf sering tidak ada di tempat tugas, gaji bidan yang terlambat dll, secara tidak langsung berkaitan dengan kapasitas pimpinan puskesmas yang kurang memadai ini. Hal ini juga menjadi keprihatinan pihak Dinas Kesehatan Kabupaten, karena masalah yang sama dihadapi oleh hampir sebagian besar puskesmas di Jayawijaya. Saat ini hanya tersisa 3 puskesmas yang mempunyai tenaga dokter untuk seluruh kabupaten. Dalam hal ini pelatihan dan penyegaran yang dilakukan oleh WATCH dirasa tidaklah cukup bila tidak disertai dengan supervisi yang terus menerus oleh Dinas Kesehatan. Inilah tantangan besar yang akan terus dihadapi terlebih kiranya nanti setelah Undang-Undang Otonomi diberlakukan.

✘ *Kapasitas dan Kinerja Petugas Yang belum Optimal*

Tidak jauh berbeda dengan situasi diatas, pengetahuan dan kapasitas tenaga kesehatan lainnya pun masih perlu ditingkatkan. Tugas ini terutama menjadi tanggung jawab dinas kesehatan sebagai instansi otonom yang mengelola pelayanan kesehatan di seluruh kabupaten. WATCH dalam intervensinya mencoba membantu dengan melakukan peningkatan kapasitas (capacity building) bagi petugas baik mantri maupun bidan. Hal ini sangat kritis mengingat kapasitas petugas merupakan variabel yang paling berpengaruh bagi peningkatan kualitas/mutu pelayanan kesehatan disamping sarana dan prasarana penunjang lainnya. Namun demikian apapun upaya yang dilakukan oleh WATCH sifatnya hanyalah sementara, beban pokok tetap terletak di pundak Dinas, yang dalam hal ini mendapat tanggung jawab yang cukup berat. Satus Gizi Anak Pemantauan status gizi melalui KMS masih rendah, tidak semua bayi, balita memiliki KMS. Dampaknya pelaksanaan program perbaikan gizi di puskesmas belum bisa dilaksanakan dengan baik. Jika petugas mengerti betapa pentingnya KMS mereka juga akan mengisi data-data di KMS dengan benar (lihat hasil survey KPC).

✘ *Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu*

Pelayanan Antenatal belum memenuhi standart 5T, cakupan K1 dan K4 masih rendah, sementara pertolongan persalinan lebih banyak ditolong oleh tenaga non kesehatan atau dengan kata lain pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan masih rendah.

✘ *Ketersediaan Obat*

Masalah kelangkaan obat di puskesmas dapat disebabkan oleh beberapa hal seperti :

- Kadang puskesmas tidak membuat laporan penggunaan obat, hal ini menyebabkan gudang farmasi di Dinas Kesehatan tidak memberikan obat walaupun setiap bulan puskesmas sudah membayar retribusi.
- Keterbatasan sarana transportasi, sehingga menghambat proses pengiriman obat dari dinas ke puskesmas.
- Petugas yang kurang bertanggung jawab sehingga terjadi praktek-praktek ilegal/penyalahgunaan obat yang ada di puskesmas.

✘ *Letak Geografis*

Masalah yang seringkali dihadapi oleh petugas kesehatan lapangan atau pelayanan kesehatan (puskesmas, pustu, POD/BP) adalah jarak antara pusat pelayanan dengan tempat pemukiman jauh. Tidak ada alternatif transportasi untuk sistem kontrol kecuali jalan kaki (ini akan

menyulitkan makan waktu dan tenaga) di samping juga obat yang terbatas.

✘ *Pencatatan dan Pelaporan*

Di Puskesmas Kanggime dan Kembu, masalah pencatatan dan pelaporan di tingkat Puskesmas terutama adalah bagaimana menemukan petugas SP2TP yang bersedia menerima tanggung jawab dan mampu melaksanakan tugasnya dengan baik. Saat ini sulit mendapatkan petugas dengan kualitas yang dimaksud, sehingga dapat dibayangkan apa yang terjadi seperti laporan sering terlambat/ tidak tepat waktu serta mutu dan validitas data yang dihasilkan masih kurang memuaskan.

3. 2. Ditingkat Masyarakat

Secara ringkas dapat disebutkan beberapa permasalahan kesehatan masyarakat di kecamatan Kanggime dan Kembu sebagai berikut :

a. *Informasi yang diterima masyarakat mengenai pentingnya kesehatan masih sangat kurang*

Kurangnya informasi kesehatan serta program pendidikan kesehatan bagi masyarakat mengenai pentingnya hidup sehat dan cara pencegahan penyakit menyebabkan tingkat pengetahuan masyarakat mengenai kesehatan masih rendah. Sebagai contoh masyarakat tetap membiarkan babi berkeliaran di halaman dan kebun di sekitar honai (rumah tinggal), sebagai akibatnya lingkungan menjadi kurang bersih, banyak kubangan-kubangan yang menjadi sumber penyakit malaria atau timbul pencemaran air bersih oleh babi. Demikian pula berpengaruh terhadap kebersihan tempat tinggal, sanitasi dasar dan jamban.

b. *Masih Rendahnya Tingkat Pendidikan dan Ekonomi masyarakat.*

Rendahnya tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi secara tidak langsung akan mempengaruhi tingkat pengetahuan akan perlindungan masyarakat terhadap diri dan keluarganya. Juga dalam hal memperoleh akses terhadap sarana pelayanan kesehatan, kebutuhan keluarga akan makanan bergizi/sehat, perumahan sehat dan lingkungan sehat serta pelayanan kesehatan yang berkualitas. Masih rendahnya kesempatan pendidikan lebih sering dialami anak perempuan. Meskipun mereka mendapat kesempatan untuk sekolah biasanya mereka putus ditengah jalan (misalnya mereka akan dikawinkan oleh keluarga). Kondisi ini dapat saja berkaitan dengan kondisi ekonomi keluarga, sehingga anak bersangkutan harus bekerja untuk membantu ibu mencari ubi di kebun. Tingkat pengetahuan keluarga yang rendah khususnya ibu-ibu yang sedang hamil dan menyusui menyebabkan kurangnya kesadaran ibu untuk memeriksakan diri dan membawa anak-anak mereka ke posyandu untuk

ditimbang.

c. *Masih rendahnya status gizi Bayi/balita dan Ibu hamil*

Umumnya masyarakat, dalam hal ini para ibu memahami bahwa seorang bayi tidak cukup hanya diberi makan ASI saja, apalagi setelah umur 4 bulan. Dan mama-mama juga mengetahui jenis makanan bergizi yang harus diberikan untuk bayi dan balita atau ibu hamil seperti sayuran, buah-buahan, bubur tepung, telur, ayam, kelinci dan babi, susu kedele dll, serta frekuensi 3 kali sehari agar kebutuhan kalori tercukupi. Namun kenyataan sehari-hari makan hanya dilakukan 2 kali sehari dengan variasi makanan hanya ubi pada pagi dan ubi ditambah sayur daun ubi dan labu pada sore hari. Akibatnya kebutuhan/asupan kalori serta zat gizi menjadi tidak terpenuhi.

d. *Masih rendahnya pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan masyarakat.*

Cakupan pelayanan kesehatan yang meliputi pemberian imunisasi, pelayanan antenatal, pelayanan kesehatan neonatal, penyuluhan kesehatan dan pengobatan masih rendah. Salah satu hal yang menyebabkan rendahnya cakupan beberapa pelayanan kesehatan tersebut karena rendahnya pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan yang tersedia di tingkat masyarakat. Hal diatas ibarat sebab akibat yang tidak dapat dipisahkan dan sulit diputuskan mana yang lebih dulu harus diintervensi. Rendahnya pemanfaatan dapat pula disebabkan karena masyarakat tidak merasa cukup puas dengan pelayanan yang diberikan, dan ini berarti harus juga meningkatkan kualitas pelayanan agar *demand/pemanfaatan* pelayanan oleh masyarakat dapat meningkat. Disamping itu rendahnya pelayanan kesehatan secara tidak langsung mencerminkan rendahnya tingkat perlindungan terhadap ibu hamil dan bayi baru lahir yang akan berpengaruh pada tingkat kesehatan ibu hamil bersalin, nifas dan bayi baru lahir. Dengan kata lain perlu dilakukan upaya agar cakupan pelayanan kesehatan yang meliputi, pelayanan antenatal, Imunisasi, penyuluhan dan pengobatan kepada masyarakat dalam menciptakan perilaku hidup sehat dapat menjangkau seluruh masyarakat.

4. Intervensi WATCH

4. 1. Meningkatkan Kapasitas Petugas Kesehatan (Capacity Building)

4. 1. 1. Pelatihan Case Management Protocol untuk Bidan dan Mantri

Buku saku Diagram alir atau yang lebih dikenal dengan istilah “Buku Coklat” sangat diminati oleh petugas kesehatan tidak saja di Jayawijaya akan tetapi diluar Jayawijaya. Buku ini

sangat praktis dan menolong tidak hanya petugas kesehatan tetapi juga kader POD. Selain untuk keseragaman cara mendiagnosa dan pengobatan, buku saku ini sebenarnya dapat dipakai petugas kesehatan sebagai alat bantu untuk menegakkan diagnosa mengingat tidak semua Puskesmas di pimpin oleh dokter serta tidak semua puskesmas, BP dan polindes memiliki radio SSB untuk melakukan konsultasi ke tingkat yang lebih tinggi.

Dari hasil evaluasi dan monitoring dengan metoda observasi di beberapa Puskesmas, terlihat bahwa baik petugas yang bekerja puskesmas, puskesmas, BP dan Polindes, tidak ada petugas yang mengantungi buku saku tersebut serta jarang terlihat staf membaca buku saku di sela-sela waktu menunggu datangnya pasien. Alasan yang paling sering dikemukakan adalah lupa membawa buku, buku hilang atau tulisannya terlalu kecil dll. Kondisi ini sebenarnya sangat memprihatinkan. Mengapa? Karena akan muncul pertanyaan Apakah diagnosa yang ditegakan petugas berdasarkan diagram alir yang berlaku ? Apakah pengobatan yang diberikan petugas berdasarkan diagram alir yang berlaku ? Apakah pencatatan dan pelaporan LB1 berdasarkan diagram alir ? Apakah pencatatan dan Pelaporan LB4 berdasarkan diagram alir ?

Dari hasil tanya jawab dengan para staf puskesmas mengenai penyakit Pneumonia misalnya, memang ada yang bisa menjawab dengan benar, namun demikian, dari hasil sensus harian penyakit di Puskesmas Kanggime masih banyak ditemukan kekeliruan pengobatan. Sebagai contoh diagnosa ISPA, terapi yang diberikan adalah CTM, Vitamin, kadang dengan Antibiotik, demikian halnya dengan Malaria kadang kala diberi antibiotik, meskipun hal tersebut tidak direkomendasikan. Tampak jelas sekali bahwa ketaatan para petugas kesehatan untuk menggunakan buku saku diagram alir masih sangat lemah.

Sejak tahun 1995, saat mulai diperkenalkannya *Case Management Protocol* tersebut WATCH telah melatih Mantri puskesmas, Bidan dan Mantri Pustu di hampir sebagian besar wilayah kabupaten Jayawinaya. Khusus untuk Kec. Kembu dan Kanggime, target pelatihan yang akan diadakan selama kurun 2 tahun terakhir adalah 4 kali untuk tiap kecamatan. Sementara hasil pencapaian, 3 kali untuk puskesmas Kanggime dan 2 kali untuk Puskesmas Kembu.

Berdasarkan hasil evaluasi, monitoring dan hasil pretest dan Postest mengenai 3 penyakit utama seperti Malaria, Diare dan Pnemonia, tingkat pengetahuan Petugas kesehatan untuk mendiagnosis dan pengobatan penyakit pnemonia sesuai dengan standart yang berlaku masih rendah. Terutama untuk petugas kesehatan Ex-Missi dengan latar belakang pendidikan SPK 1.

Sangat sulit bagi mereka untuk memahami contoh soal dengan menggunakan kasus. Hambatan/kendala yang dihadapi oleh petugas kesehatan untuk memahami diagram alir kemungkinan karena faktor bahasa, karena tidak semua petugas kesehatan menguasai bahasa Indonesia dengan benar. Untuk mengatasi hal tersebut staff project selalu menggunakan penterjemah untuk menterjemahkan materi/soal yang disampaikan.

Petugas masih sulit mendiagnosa berdasarkan gejala dan pemeriksaan fisik berdasarkan diagram alir/buku coklat. Dalam diagram alir ada gejala utama kemudian gejala tambahan, pemeriksaan fisik diikuti dengan pertanyaan ya dan tidak. Nampaknya sebagian besar petugas kesehatan belum terbiasa menggunakan alur tersebut untuk menentukan diagnosa dan pengobatannya. Juga dalam menentukan diagnosa banding berdasarkan gejala klinik yang sama. Ditambah lagi bila petugas harus mencari gejala dan pemeriksaan fisik lainnya. Hal ini disebabkan karena sebagian besar petugas kesehatan belum terbiasa dengan sistim menegakkan diagnosa kerja kemudian diagnosa banding (kemungkinan penyakit lain berdasarkan gejala klinik yang sama). Misalnya atau batuk-beringus dengan diare bisa saja didiagnosa sebagai ISPA atau Malaria atau Diare.

4. 1. 2. Bidan

Bidan seharusnya mempunyai kapasitas yang optimal sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan ibu dan anak, dengan target penurunan angka kematian ibu dan bayi serta meningkatnya derajat kesehatan ibu dan anak/balita. Tentu saja bekal yang harus diterimapun memadai untuk mencapai target tersebut. Seorang bidan yang biasa dikenal dengan sebutan bidan A adalah siswa lulusan SPK yang mendapat tambahan pendidikan selama 1 tahun khusus dibidang kebidanan. sampai saat ini kesempatan tersebut hanya disediakan bagi siswi (puteri) mengingat budaya timur yang masih mentabukan seorang pria menolong persalinan.

Pada tahun 1993 keluar peraturan khusus pemerintah (c/q. Depkes) yang membuka peluang bagi siswi-siswi lulusan SPK untuk mengikuti program pendidikan Bidan yang dikenal dengan PPBC (Program Pendidikan Bidan C). program ini disusun berdasarkan kebutuhan beberapa propinsi di Indonesia yang mendesak dalam mencukupi tenaga bidan yang nantinya akan ditempatkan di desa. Upaya inipun merupakan bagian kebijakkan pemerintah RI untuk percepatan penurunan angka kematian ibu dan kematian bayi (*MMR-Maternal Mortality Rate dan IMR-Infant Mortality Rate*). Kebijakan ini berlaku pula bagi propinsi Irian jaya yang relatif mempunyai tenaga

kesehatan yang terbatas, juga tenaga bidan, meskipun jumlah penduduknya relatif sedikit, namun luas wilayah dan geografis yang sulit membuat kebutuhan ini juga dirasa mendesak.

Dengan adanya Program Pendidikan Bidan C, yang dimulai 1993 dan berakhir 1996 (1 periode saja), secara langsung telah menjawab ketersediaan tenaga bidan bagi tiap-tiap desa di seluruh kabupaten di Irian Jaya. Pertanyaan yang kemudian muncul adalah apakah secara otomatis terjadi penurunan MMR dan IMR di wilayah tersebut? jawabannya sungguh tidak semudah itu. Dari pengalaman, syarat utama calon bidan adalah lulusan SMP dan bersedia kembali bertugas di wilayah asal. Dari 2 syarat tersebut saja di kemudian hari timbul berbagai masalah berkaitan dengan kualitas dan penempatan tenaga bidan di suatu wilayah.

Sebagai contoh, beberapa bidan C yang ada di puskesmas Kanggime dan Mamit adalah lulusan PPBC Puskesmas Karubaga. Hal ini terjadi karena semua program pendidikan PPBC diserahkan pada tiap-tiap Puskesmas dengan modul yang disediakan oleh Kanwil Kesehatan Propinsi. Puskesmas Karubaga merupakan salah satu puskesmas di kab. Jayawijaya yang saat itu mempunyai siswa PPBC yang terbesar (+ 33 siswi) berasal dari Kembu, Kanggime dan Karubaga.. Bahkan ada beberapa siswi yang sebelumnya adalah dukun bayi tradisional yang kemudian dilatih oleh WATCH ikut dipanggil sebagai peserta PPBC. Persoalan yang kemudian timbul adalah meskipun telah memiliki ijazah SMP, masih banyak diantara para siswi yang tidak dapat menulis dan berbicara dalam bahasa Indonesia ataupun memahami bahasa Indonesia dengan benar. Tentu saja hal ini berpengaruh bagi kualitas bidan C yang dihasilkan.

Sementara ini, meskipun kemudian para lulusan bidan mengikat kontrak dengan Pemerintah (c.q. Depkes) untuk jangka waktu 3 tahun dan dapat diperpanjang satu kali 3 tahun lagi dengan syarat bersedia ditempatkan di desa asal, dalam kenyataannya tidak selalu terjadi demikian. Banyak bidan muda ini yang kemudian disunting pemuda dan dibawa keluar dari desa asalnya. Tentu saja hal ini menambah kepusingan Dinas Kesehatan dalam mengatur penempatan bidan-bidan tersebut. Sementara program reguler bidan A hanya meluluskan 10-15 orang bidan setiap tahunnya dan diproyeksikan bagi kebutuhan bidan-bidan di puskesmas.

Selama intervensi Project di wilayah Kec. Kanggime dan Kembu, project berupaya keras membantu Dinas Kesehatan (seksi KIA) untuk meningkatkan kapasitas bidan desa baik A dan C yang ada di wilayah ini. hal mendasar yang diberikan adalah sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan ibu dan anak setiap bidan diharapkan membuat dan memiliki peta kerja wilayah masing-

masing dan menempelkannya di polindes (pondok bersalin desa) masing-masing. Disamping itu para bidan mendapat pelatihan dengan materi al; maternal health, child health dan 3 penyakit utama. Juga bagi mereka dibekali dengan Hb tester, dan perlengkapan habis pakai seperti sarung tangan dan alkoho/yodium.

Dari hasil pre-test dan post-test pelatihan diawal Phase III project (1998) di Puskesmas Kumbu, diketahui bahwa bidan masih belum memahami dengan baik beberapa hal seperti :

- tentang penyakit Pnemonia (75 % dari 14 bidan),
- tentang penyakit malaria (87.5 % dari 14 bidan),
- tentang penyakit Diare dan cara pencegahannya (75 % dari 14 bidan).

Disamping 3 penyakit utama tersebut beberapa pengetahuan penting tentang kebidanan pun seperti diagram alir kebidanan, pengetahuan kebidanan meliputi (1) Pemeriksaan fisik seperti, LLA, Leopold 1-4, bunyi jantung janin. (2) Pemeriksaan kadar HB dengan cara; Hb Sahli dan Kertas saring (talguist), (3) Ibuhamil dengan Resiko tinggi, (4) Kunjungan Ibu hamil: K1, K4, (5) Standart minimal pelayanan antenatal yaitu 5T masih rendah pula. Sementara itu pemahaman bidan mengenai manajemen penatalaksanaan pelayanan antenatal di wilayah kerja masih sangat minim. Penatalaksanaan Pelayanan Antenatal di wilayah kerja ini sangat penting dipahami oleh setiap bidan karena merupakan program pokok yang akan dijalankan oleh bidan di masyarakat.

Dampak sebagai akibat rendahnya kapasitas bidan (hasil monitoring, evaluasi, supervisi, survey dan pengamatan dilapangan) adalah sebagai berikut :

- Bidan tidak mengetahui jumlah target dan sasaran ibu hamil, bersalin, neonatus dan balita yang harus dilayani. Karena tidak tahu maka wajar jika cakupannya rendah.
- Pelayanan antenatal yang diberikan tidak memenuhi standart minimal pelayanan antenatal “5 T” yang terdiri atas: Timbang berat badan, pengukuran Tinggi badan, LLA, pemeriksaan Tekanan darah, Tinggi fundus uteri, pemberian Imunisasi TT 2 Kali, pemberian Zat Besi.
- Bidan belum menguasai makna kunjungan ibu hamil yang meliputi K1 dan K4 serta secara cepat mendeteksi adanya resiko atau faktor resiko bagi kehamilan seorang ibu.

Meskipun telah mengadakan pelatihan dan penyegaran selama 3 x di setiap wilayah, sampai pada hasil akhir belum juga dapat memuaskan. Peningkatan kapasitas bidan dalam hal pelayanan ante natal belum mencapai target yang diharapkan, karena masih lebih dari 40 % bidan belum menguasai masalah-masalah diatas. Sekali lagi hal ini tentu saja tidak terlepas dari

hambatan-hambatan yang sudah dipaparkan sebelumnya seperti misalnya masalah pemahaman bahasa Indonesia . Selain itu adanya masalah yang berkaitan dengan penghargaan, motivasi serta supervisi yang meskipun terus diupayakan antara lain dengan adanya program bidan supervisor dukungan Unicef, sampai hari ini belum dapat memperbaiki kinerja bidan secara optimal.

4. 2. Membina Peran Serta Masyarakat

Keberadaan Pos Obat Desa (POD) di Kecamatan Kanggime dan Kembu sangat populer dimata masyarakat. Menjadi kader POD merupakan suatu kebanggaan bagi kaum laki-laki, oleh sebab itu banyak yang berlomba-lomba untuk mengikuti pelatihan agar dapat menjadi kader POD. Bentuk peran serta masyarakat lainnya adalah berdirinya posyandu, minat untuk menjadi kader posyandu dan juga dukun bersalin. Peran serta masyarakat ini harus dibina baik oleh pemerintah khususnya puskesmas sebagai lembaga teknis kesehatan maupun gereja.

4. 2. 1. POD (Pos Obat Desa)

POD merupakan bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang paling nyata dalam mewujudkan peran serta masyarakat dalam hal peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Dengan metoda pengobatan yang sederhana, serta penggunaan dana sehat, POD merupakan bentuk operasional Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) , khususnya dalam melaksanakan kegiatan :

- × Penyediaan obat-obat sederhana.
- × Penanggulangan penyakit ringan.

Sebagai UKBM , POD merupakan kegiatan dari, oleh dan untuk masyarakat dengan bantuan dan bimbingan teknis dari puskesmas. Oleh karena itu WATCH berkerja sama dengan petugas kesehatan/puskesmas Kembu dan Kanggime memfasiliatsi kegiatan untuk membina/memberikan bimbingan teknis medis agar tujuan dari POD tercapai yaitu meningkatnya kemampuan masyarakat untuk menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan, sebagai pertolongan pertama secara aman. Agar tujuan dari POD tersebut dapat tercapai maka kegiatan yang paling tepat difasilitasi oleh Project adalah pelatihan dan penyegaran kader POD.

4. 2. 2. Posyandu

Posyandu (pos pelayanan terpadu) merupakan pos pelayanan kesehatan yang terintegrasi. Pada posyandulah kita dapat temukan pelayanan terhadap ibu hamil, ibu menyusui, bayi dan balita

serta pelayanan keluarga berencana. Dalam pelayanan posyandu pula akan ditemukan upaya kesehatan preventif dan promotif berupa penyuluhan oleh kader kesehatan maupun tenaga kesehatan. Menurut metoda ARRIF, posyandu dapat dikategorikan menjadi 4 jenis. Yaitu, Pratama, Madya, Purnama dan Mandiri dengan syarat memenuhi beberapa indikator yang telah ditetapkan seperti jumlah kader, jumlah anggota yang memiliki dana sehat dan lain sebagainya. Bagaimanakah kenyataan di lapangan? Berada ditahap apakah posyandu di wilayah Kanggime dan Kembu ?

Pengalaman dan pengamatan di lapangan menunjukkan dengan indikator yang digunakan dalam metoda ARRIF sulit nampaknya bagi sebuah posyandu di wilayah Kanggime/Kembu dapat lebih tinggi dari kategori Madya. Mengapa demikian ? salah satu alasannya adalah indikator yang dipakai tidak tepat guna bagi daerah yang memiliki luas wilayah yang demikian besar, jumlah penduduk yang relatif tidak banyak serta lokasi pemukiman yang sangat terpecah.

Meskipun posyandu merupakan salah satu bentuk kegiatan yang melibatkan partisipasi masyarakat, seringkali dalam pelaksanaannya posyandu masih dianggap sebagai bagian dari kegiatan atau program puskesmas. Tentu saja hal ini terkait erat dengan tingkat kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan itu sendiri. Bilamana masyarakat merasa terdesak kebutuhannya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang lebih dekat dengan lokasi pemukiman mereka maka tingkat partisipasi dan 'rasa memiliki' pun semakin besar dan posyandu yang ada mencapai tahap kemajuan yang menggembarakan.

Sementara yang terjadi di lapangan, sampai saat ini kebutuhan akan pos pelayanan kesehatan yang terintegrasi belumlah mendesak benar, banyak masyarakat, karena minimnya informasi baru datang berobat bila kondisi fisiknya sudah sangat parah dan salah satu pilihannya adalah puskesmas atau BP/POD, bukan posyandu. Kegiatan posyandupun harus mempertimbangkan waktu yang dirasa sesuai bagi para bapa atau para ibu yang akan mengakses pelayanan tersebut. Sulit rasanya mengharapkan pelayanan posyandu akan dimanfaatkan dengan optimal bila waktu pelayanannya bersamaan dengan waktu pasar atau kesibukan ibu di kebun.

Dalam dua tahun terakhir intervensi yang dilakukan WATCH di Puskesmas Kembu dan Kanggime mengupayakan tumbuhnya kebutuhan akan pelayanan yang semakin dekat dengan lokasi pemukiman penduduk. Bantuan yang diberikan berupa timbangan gantung, alat masak MT (makanan tambahan) dll. Disamping itu WATCH juga memfasilitasi kegiatan-kegiatan yang dimaksudkan merangsang rasa tertarik masyarakat untuk datang ke posyandu seperti mengadakan

latihan TTG (teknologi tepat guna) pengolahan pangan dan pemanfaatan lahan pekarangan. Disamping juga mendistribusikan bibit-bibit tanaman agar dapat ditanam dalam demplot gizi di tiap posyandu milik kelompok. Project dengan bantuan konsultan juga menyusun dan mendistribusikan materi KIE (komunikasi, Informasi dan edukasi) yang lebih mudah dimengerti karena menggunakan bahasa daerah setempat. Dan yang dirasa penting lainnya adalah meningkatkan kapasitas para kader posyandu dengan pelatihan-pelatihan yang diadakan setiap kali kunjungan staf ke lapangan. Kegiatan-kegiatan diatas meski belum bisa disebut berhasil namun telah menunjukkan tanda-tanda yang menggembirakan.

4. 2. 3. Dukun

Dukun bukan pegawai pemerintah maupun petugas kesehatan formal. Dukun memang dilatih untuk meningkatkan pengetahuan tentang proses persalinan. Mereka dilatih tentang (1) perawatan ibu hamil dan posyandu (2) penyakit pnuemonia, malaria dan diare (3) makanan bergizi bagi bayi/balita dan ibu hamil dari bahan setempat (4) pencatatan dan pelaporan yang sederhana. Pada dasarnya dukun bersalin diangkat berdasarkan kepercayaan masyarakat setempat. Dukun bersalin selama ini bekerja sendiri tanpa harus bertanggung jawab pada siapapun. Ia bertanggung jawab pada pemerintah dalam hal ini bidan setelah diberlakukan program kesehatan ibu dan anak. Meskipun dukun tidak digaji pemerintah, tetapi mendapat pelatihan dan diikutkan dalam program kesehatan ibu dan anak.

Pendidikan dukun umumnya adalah kejar Paket A atau tamat Sekolah Dasar (SD), bisa baca-tulis dengan kapasitas yang rendah, mendapat latihan ketrampilan dukun. Peralatan dukun ada, seperti ada alat penjepit tali pusat, tetapi tidak lengkap. Alat untuk memotong tali pusat adalah silet atau gunting dan bambu . Peralatan dirawat ala kadarnya dengan merebus alat hingga air mendidih. Dalam mengatasi keterbatasan sarana untuk menolong persalinan, biasanya mereka menggunakan bambu/jagat untuk memotong tali pusat, untuk mengikat tali pusat biasa dipergunakan tali noken dan untuk alas selama pertolongan persalinan dipergunakan daun pisang. WATCH selalu menekankan pentingnya 3 B meskipun menggunakan apa yang ada disekitar mereka.

Pemahaman dukun mengenai ibu hamil adalah mual-mual, berhenti haid, dan buah dada membesar. Dukun memeriksa ibu hamil paling banyak 9 kali. Umumnya yang diperiksa letak bayi. Kunjungan biasanya dilakukan menjelang ibu melahirkan. Dari hasil evaluasi sebagian besar dukun memahami bahwa Ibu hamil yang mengalami pendarahan harus dirujuk ke Puskesmas, karena pendarahan dapat menyebabkan kematian pada ibu. Meskipun hampir seluruh dukun mengerti

bahwa berat badan bayi harus ditimbang setelah, tetapi ada dukun yang terpaksa tidak menimbang karena tidak ada timbangan. Mereka juga tahu bahwa berat bayi 2 kg, termasuk dalam BBLR.

Umumnya dukun mengetahui bahwa imunisasi gunanya untuk membuat ibu dan bayi terhindar dari penyakit.t. Sampai sebatas pengetahuan dalam perawatan kesehatan ibu dan anak kapasitas dukun dianggap cukup memadai. Tetapi pengetahuan itu hampir tidak pernah disebarluaskan ke setiap ibu hamil dan anak atau ke dukun lainnya. Sebagai penghubung antara masyarakat dengan petugas kesehatan atau bidan desa dibutuhkan kekuatan sosial pada diri dukun, dan sikap masyarakat terhadap dukun khususnya dan kesehatan ibu dan anak umumnya. Para dukun dilatih mengenai pencatatan dan pelaporan. Setiap dukun dilatih membaca sampai dia mengerti bagaimana cara pengisian kolom tersebut. Setelah itu dilanjutkan dengan pencatatan persalinan yang ditolong oleh. setiap bulan laporan harus diberikan kepada bidan desa, lalu bidan desa mencatat dalam Formulir Rekapitulasi Ibu Hamil dan mengabsahkan buku laporan tersebut.

4. 2. 4. Kader POD

Strategi yang dilakukan WATCH Project untuk mengatasi pelayanan kesehatan standar dimulai dengan memberdayakan masyarakat agar sadar sehat melalui pelatihan terhadap kader-kader POD. Tujuannya, pertama, agar kader mampu mendiagnosa 3 penyakit utama yaitu; Pnemonia, Malaria dan Diare, ditambah dengan penyakit kecacangan. Kedua, Kader POD mampu membuat pencatatan dan pelaporan mengenai penyakit dan pemakaian obat berdasarkan sensus harian penyakit dan melaporkannya ke Puskesmas setiap bulan.

Latar belakang pendidikan kader POD umumnya adalah SMP. Ini merupakan salah satu syarat untuk pengangkatan kader mengingat mereka harus bisa membaca, menulis dan menghitung. Syarat formal ini sebenarnya belum mencukupi karena banyak diantara mereka tidak mampu berbahasa Indonesia dengan baik. Umumnya kader POD sudah pernah dilatih WATCH terutama mengenai diagram alir. Bahkan di antara mereka sudah lebih dari satu kali mendapat pelatihan. Separa dari mereka juga tetap menyimpan buku diagram alir yang telah dibagikan Puskesmas sejak 1996 yang lalu. Buku diagram alir sebenarnya hanya untuk mantri dan bidan di Puskesmas. Pendistribusian ke kader POD merupakan kebijaksanaan Puskesmas setempat.

Pelatihan dengan metode *pretest-postest* telah beberapa kali dilakukan. Hasilnya menunjukkan bahwa kurang dari 50 % dari kader mempunyai pengetahuan tentang diagnosa penyakit pnemonia dan sistem pelaporan yang benar. Tetapi metode pretest-postest yang kaku itu

ternyata tidak menunjukkan kemampuan sebenarnya dari para kader. Uji coba yang telah dilakukan Watch melalui *test* peragaan cara-cara pencegahan penyakit dan pelaporan menunjukkan hasil yang lebih bermanfaat bagi kader daripada metode *pretest-postest*. Sebaliknya pemahaman untuk penyakit malaria dan diare hampir seluruh kader menjawab dengan benar. Ini merupakan bukti bahwa pemahaman penyakit pnemonia lebih sulit daripada penyakit malaria atau diare, barangkali juga karena minimnya pengetahuan mereka tentang cara hitung menghitung yang merupakan prasyarat memahami penyakit pnemonia.

4. 2. 5. Kader Posyandu

Untuk meningkatkan kapasitas pengetahuan kader posyandu, Watch selama 2 tahun telah melatih sebanyak 3 kali di Kanggime dan 2 kali di Kembu/Mamit, dengan materi pelatihan meliputi; kegiatan posyandu, tugas kader Posyandu, jenis-jenis imunisasi untuk bayi dan ibu hamil, manfaat penimbangan berat badan dan monitor KMS, pengertian ASI eksklusif dan pentingnya makanan bergizi bagi bayi/balita dan ibu hamil.

Dari hasil pengamatan dan pengalaman di lapangan ditemukan beberapa hal seperti: banyak kader posyandu mengeluh kekurangan timbangan, perlu identifikasi khusus bagi kader yang akrif diantara sekian banyak kader lainnya sebagai penghargaan atas partisipasi dan kerelaannya ikut berpartisipasi dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan masyarakat. penghargaan ini dapat diwujudkan dalam bentuk pelayanan dan pengobatan cuma-cuma bagi para kader dan keluarga mereka.

4. 3. Sistem Informasi Kesehatan

Belum dimanfaatkannya Sistim Informasi Kesehatan secara optimal baik di tingkat Puskesmas maupun di tingkat Dinas menyebabkan perencanaan kadang tidak sesuai dengan kebutuhan. Sistim Informasi Yang telah dikembangkan oleh Watch dengan memanfaatkan sistim komputerisasi masih banyak kendala baik dari segi program maupun sumber Daya manusianya. Setelah program diperbaiki staf Seksi pemulihan dengan dibimbing oleh Konsultan mulai mengentri data mulai dari Bulan Januari 2000 . Dan sampai saat ini staf dari seksi Pemulihan mengisi data-data dengan mempergunakan fasilitas Komputer di Watch.

Yang jadi permasalahan sekarang adalah bagaimana mendapatkan Informasi dari data

yang telah di entry. Saat ini belum ada dari Dinas kesehatan yang menganalisa data-data yang telah tersedia di Komputer.

Sehubungan masa kontrak konsultan terbatas maka masih banyak permasalahan dengan program SIK yang harus diperbaiki dan sebelumnya tidak terduga, maka ada beberapa sub-program yang belum dapat diperbaiki seperti:

Laporan tingkat Kabupaten

- 1? Laporan KLB, kriteria perhitungannya masih kurang tepat berkaitan dengan definisi KLB yang dipakai.
- 2? LB3, program ini merupakan laporan atau informasi yang berasal dari beberapa formulir yang ada.

Laporan tingkat Puskesmas

- 1? LB3, format isian belum sempurna dan butuh pedoman baku dalam pengisian masing-masing item.
- 2? LA, masih perlu penyempurnaan untuk mendefinisikan output dengan nama file yang dapat muncul secara otomatis tanpa harus menulis lagi
- 3? LI1, pemberian nama file belum sempurna (kurang bualn dan Puskesmas).
- 4? LI2 kasusnya sama dengan LI2

Sub Program yang belum dibuat

Laporan untuk tingkat DinKes

- 1? PWS untuk 3 penyakit utama, KIA dan Imunisasi

Laporan tingkat Puskesmas

- 1? LB1 meliputi: bayi, Balita ,>5 tahun dan semua
- 2? LB2 Meliputi bayi, balita,>5 tahun dan semua.
- 3? PWS

Setelah program diperbaiki staf Seksi pemulihan dengan dibimbing oleh Konsultan mulai

mengentri data mulai dari Bulan Januari 2000 . Dan sampai saat ini staf dari seksi Pemulihan mengisi data-data dengan mempergunakan
Dengan menggunakan fasilitas yang ada Watch mencoba mengumpulkan data-data dari puskesmas maupun Dinas Kesehatan.

4. 4. Penyediaan Prasarana Penunjang (Bridge & Safe Water Construction)

Dalam mengatasi masalah ini intervensi yang dilakukan oleh Watch adalah membantu masyarakat dengan melindungi sumber air bersih dan mendekatinya ke pemukiman penduduk. Dikembangkannya IEC material mengenai cuci tangan.

Mengingat selama ini Gereja adalah mitra kerja Watch Project, bahkan sementara ini Watch Project sedang menyusun sebuah model kerja sama dengan Gereja dalam rangka pengembangan masyarakat, gejala semakin mononjolnya peran kepala desa harus ditanggapi dengan sikap yang lebih proaktif. Apalagi pihak Kecamatan sudah membuka kesempatan kepada pihak LSM untuk bersama-sama memanfaatkan dana bantuan pemerintah untuk memberdayakan masyarakat desa, seperti program Bangdes

Masyarakat di Desa Kage, Nambu, Yalli, Gatini dan Yogweme Kecamatan Kembu setuju untuk menggunakan dana bangdes untuk membantu pembangunan jembatan.

Pihak Kecamatan Kanggime dalam hal ini Bapak camat setuju untuk menggunakan dana dalam pembangunan air bersih di desa Kanggime.

Selama ini Watch Project selalu mencoba melakukan koordinasi dengan pihak pemerintah, sebagai contoh untuk pembangunan jembatan di kedua Kecamatan ini Watch bekerjasama dengan DPU (salah seorang staf DPU) untuk melakukan survey. Demikian halnya dengan rencana realisasi pembangunannya melibatkan pihak pemerintah dalam hal ini kecamatan, aparat desa, kader pendamping, kader kesehatan dan gereja. Memang sampai akhir project realisasi pembangunan ini belum terwujud, akan tetapi Watch sudah berusaha semaksimal mungkin agar pembangunan ini terwujud. Yang jadi masalah adalah siapa yang akan melakukan pemantauan selanjutnya, agar pembangunan jembatan dan air bersih di kedua Kecamatan ini dapat terlaksanakan walaupun Watch Project sudah tidak ada lagi.

5. KESIMPULAN

Pelayanan di bidang kesehatan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui berbagai program baik berupa peningkatan sarana dan prasarana kesehatan maupun peningkatan kuantitas dan kualitas pelayanan kesehatan dengan biaya yang terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. salah satu sasaran yang penting ialah menurunkan angka kematian bayi dan angka kematian ibu. Kedua indikator ini sangat sangat dipengaruhi oleh derajat kesehatan dan kondisi sosial ekonomi masyarakat. Mengingat kondisi geografi dan transportasi yang sulit, perlu kiranya dipertimbangkan fasilitas pelayanan kegawatan Obstetri yang dapat menjangkau 2 - 4 puskesmas sekaligus. Fasilitas ini sangat bermanfaat untuk memberikan pelayanan kebidanan kepada ibu terutama ibu hamil dan menyusui agar kesakitan dan kematian ibu saat melahirkan dapat diturunkan.

Program Perbaikan Gizi Keluarga masih harus ditingkatkan ditingkatkan intensitasnya, mengingat status gizi balita selain menggambarkan keadaan balita juga mencerminkan gizi masyarakat, serta merupakan bekal yang sangat berharga bagi masa depan masyarakat di wilayah Jayawijaya. Oleh sebab itu upaya-upaya perbaikan gizi yang telah dan sedang dilaksanakan, dengan menekankan pada upaya lintas sektoral, diharapkan kiranya dapat menjamin penyediaan pangan keluarga.

Peningkatan sanitasi lingkungan dalam rangka pencegahan penyakit menular khususnya Diare, ISPA, Malaria masih harus terus diupayakan. Kondisi lingkungan yang buruk akan berpengaruh terhadap perkembangan anak. Kondisi sanitasi lingkungan yang buruk dapat berakibat buruk kepada kesehatan anak, sehingga anak sangat rentan terhadap penyakit misalnya Pnemonia,

Malaria dan Diare, yang pada akhirnya dapat menghambat pertumbuhan anak. Diperlukan suatu upaya untuk meningkatkan akses penduduk terhadap air bersih.

Untuk menjamin perlindungan dan kelangsungan hidup ibu hamil, bersalin dan nifas serta bayi masih terus diperlukan upaya peningkatan pengetahuan masyarakat khususnya ibu-ibu akan pentingnya pelayanan antenatal untuk ibu hamil dan pelayanan kesehatan untuk bayi. Di sektor kesehatan, upaya-upaya pelayanan antenatal, pelayanan imunisasi, pelayanan kesehatan ibu dan anak juga harus ditingkatkan dengan cara meningkatkan cakupan pelayanan KIA oleh bidan desa, cakupan imunisasi bayi, cakupan Vitamin A dll, serta terus menumbuhkan peran serta masyarakat dalam membiayai pelayanan kesehatan mereka. Diperlukan upaya-upaya lintas sektoral dalam meningkatkan pemanfaatan sarana pelayanan kesehatan oleh masyarakat yang dampaknya akan meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan. Seperti telah diketahui bersama, pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat sangat tergantung pada tingkat ekonomi, sosial budaya, akses geografis dan pendidikan

6. PENUTUP

Untuk menjamin terselenggaranya intervensi program kesehatan ibu dan anak yang berhasil, diperlukan pendekatan yang dilakukan secara lintas sektoral. Sebelum melakukan intervensi baik pemerintah atau suatu Lembaga Non Pemerintah perlu mencari dan menetapkan kerangka pikir mengenai pentingnya pembangunan Sumber Daya Manusia (capacity building) yang terfokus pada upaya pelayanan kesehatan Ibu dan Anak serta mencari data-data dan Informasi mengenai Analisa Situasi Kesehatan Ibu dan Anak (ASIA). Kiranya apa yang telah dilakukan oleh WATCH Project selama 9 tahun merupakan sumbangan berupa suatu metode/cara/model dalam melakukan intervensi melalui pendekatan program pengembangan masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak di daerah yang sangat terpencil.

LAMPIRAN

Tabel 1. Infant Mortality Cases Kecamatan Kumbu Bulan Agustus 1997 sampai dengan Agustus 1998.

Jumlah Bayi Yang meninggal	Sebab kematian	Keterangan
16	2 Prematur dan 2 Sungsang. 2 Asfiksia berat 1 Sudden Death (penyebab tidak jelas), 5 Pnemonia Berat, 1 Sepsis et causa Infeksi Tali pusat, 2 kasus dengan Malaria Berat, 1 Diare dengan Dehidrasi Berat	4 Persalinan di tolong oleh Bidan C, 1 kasus Persalinan ditolong keluarga, 3 kasus sebelum meninggal tidak berobat, 1 kasus pengobatan ditangani oleh Mantri di BP, 2 kasus berobat Ke Puskesmas/ Mantri, 1 Malaria Berat di tangani oleh bidan. 2 kasus pnemonia berat, tidak berobat., 2 Pengobatan ditangani oleh kader POD

Tabel 2. Infant Mortality Cases Kecamatan Kanggine bulan Agustus 1997 sampai dengan Agustus 1998.

Jumlah Bayi Yang meninggal	Sebab kematian	Keterangan
27	Kembar, 3 dengan Prematus dan Asfiksia , 1 dengan Pnemonia berat 1 kembar dengan BBLR, 1 Prematur dan Pnemonia Berat 1 kasus Pnemonia Berat 4 kasus dengan Pnemonia Berat Pnemonia berat 2 kasus dengan Pnemonia berat 1 kasus dengan Malaria Berat 4 kasus dengan Pnemonia Berat Pnemonia Berat Pnemonia Berat Pnemonia Berat Pnemonia Berat	Persalinan di tolong oleh Bidan C, Persalinan ditolong oleh keluarga, 2 kasus, pengobatan ditangani oleh bidan, Pengobatan di tangani oleh Bidan C Tidak berobat, 2 kasus di tangani oleh kader POD 2 kasus tidak mendapat pengobatan Pengobatannya ditangani oleh bidan C Malaria Berat di tangani oleh bidan C 2 kasus pnemonia berat, tidak berobat., 2 kasus di tangani oleh bidan C, Pengobatan di tangani oleh bidan C 1 ditangani oleh Manti di BP 2 pengobatannya ditangani oleh Bidan C 1 di tangani oleh mantri di puskesmas. 1 kasus tidak berobat Di tangani oleh kader di POD

Tabel 3. Maternal Mortality Cases Kecamatan Kanggime bulan Agustus 1997 sampai dengan Agustus 1998.

Ibu yang meninggal	Sebab kematian	Keterangan
2	Infeksi Post Partum, Infeksi Antepartum Malaria berat et causa Malaria berat	Ditangani oleh Bidan C, tidak berobat