

Research Article

Sumber daya manusia dan manajemen organisasi dalam pelaksanaan upaya kesehatan masyarakat di dua kecamatan di Jakarta Timur

Human resource and organizational capacity of public health programs in two sub-districts of East Jakarta

Fika Maulani Fadrianti¹ & Ede Surya Darmawan¹

Dikirim:

14 April 2018

Diterbitkan:

25 Juni 2018

Abstrak

Introduction: The current health policy priorities and focus are increasingly showing that public health programs are the same or even more important than medical treatment in improving the health status of the population. Although the government has asked the community health centers and local administrators to focus on the development and implementation of public health programs, very few studies in Indonesia have focused on the ability of government organizations to actually implement public health programs. This study evaluates the relationship between public health outcomes and the relationship with availability of human resources and program implementation capacity of government organizations. **Methods:** The data comes from reported minimum service standards (SPM) in public health and clean and healthy living behavior (PHBS), the survey and in-depth interviews of 46 respondents from 17 community health centers and 14 urban villages in two sub-districts - Matraman and Jatinegara - in East Jakarta. **Results:** The study found that health outcome indicators in the two study areas were lower than national average outcomes despite adequate availability of human resources. In addition, the administrative and management capacity of the implementation process in the field is not as expected. **Conclusions:** This study showed the paradox of resource availability and the weakness in intersectoral collaboration and in program implementation management. Based on this, we discuss three implications. First, the cross-sectoral authority of the mayor should be the advocacy focus among public health community interest groups. Secondly, the hamlet administrators should improve their implementation management capacity to have more effective programs. Third, community health centers should have human resources equipped with program management and intersectoral advocacy competencies.

Keywords: public health program; implementation evaluation; government organization

¹ Departemen Administrasi dan Kebijakan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia (Email: fikamaulani.fadrianti@yahoo.com)

PENDAHULUAN

Indonesia sebagai negara yang menganut paham demokrasi menerapkan sistem otonomi daerah. Undang-undang Nomor 32 Tahun 2004 Pasal 1 ayat 5 menyebutkan, otonomi daerah adalah hak, wewenang, dan kewajiban daerah otonom untuk mengatur urusan pemerintahan dan kepentingan masyarakat setempat sesuai dengan peraturan perundang-undangan (1).

Tujuan program otonomi daerah adalah mempercepat pertumbuhan ekonomi dan pembangunan daerah, mengurangi kesenjangan antar daerah dan meningkatkan kualitas layanan publik agar lebih efisien dan responsif terhadap kebutuhan dan sesuai karakteristik daerah masing-masing (2).

Manajemen puskesmas dapat diukur dengan capaian dalam SPM dan PHBS. Puskesmas membutuhkan sumber daya manusia, biaya, peralatan, sistem informasi dan waktu yang dimiliki petugas dalam melakukan UKM di wilayah kerjanya untuk mencapai output yang telah ditetapkan. Puskesmas juga memerlukan kinerja dan performa yang baik, yang terdiri dari kepemimpinan; strategi; pelanggan; pengukuran, analisis dan manajemen pengetahuan; tenaga kerja serta sistem operasional. Output puskesmas terdiri dari upaya kesehatan masyarakat (UKM) tingkat pertama dan upaya kesehatan perorangan (UKP) tingkat pertama. Outcome berupa peningkatan derajat kesehatan masyarakat dengan pemenuhan pelayanan kedokteran dan lingkungan sehat. Standar Pelayanan Minimal (SPM) merupakan ukuran kinerja Puskesmas (3).

Keberhasilan pemberdayaan masyarakat dalam tatanan rumah tangga diukur dari indikator PHBS di rumah tangga (4).

Dari 18 indikator standar layanan minimal Jakarta Timur tahun 2015, Puskesmas Kecamatan Jatinegara memiliki 6 indikator yang masih berada di bawah target Kementerian Kesehatan. Semua indikator tersebut mencakup layanan kesehatan dasar yang belum optimal. Pelaksanaan upaya kesehatan masyarakat belum pernah dievaluasi secara komprehensif baik oleh Puskesmas maupun lintas sektor.

Derajat kesehatan merupakan *outcome* layanan puskesmas yang akan dicapai jika kebutuhan dan tuntutan baik perorangan, keluarga, kelompok maupun masyarakat akan kesehatan, pelayanan kedokteran serta lingkungan yang sehat dapat terpenuhi (5).

Jatinegara menduduki rumah tangga yang ber-PHBS paling rendah (3,0%). Matraman menduduki peringkat ketiga tertinggi (56,5%). Jumlah rumah tangga ber-PHBS terendah di wilayah Jakarta Timur adalah Matraman (46,7%) dan Jatinegara mendapatkan peringkat kedua terendah yaitu sebesar 50,5% (6).

Pemerintah Daerah Khusus Ibukota Jakarta sebagai daerah otonom membuat kebijakan, melalui Peraturan

Daerah DKI Jakarta Nomor 4 Tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Daerah. Kondisi di Jakarta Selatan seperti ini sejalan dengan penerapan Perda tersebut yang ditindaklanjuti dengan Peraturan Gubernur DKI Jakarta No. 147 tahun 2009 yang menyebutkan fungsi kesehatan masyarakat dan pemberdayaan masyarakat menjadi tugas pokok dan fungsi kantor kelurahan sehingga bukan lagi tugas pokok dan fungsi puskesmas (7).

Upaya kesehatan masyarakat merupakan fungsi kegiatan lintas sektoral dan menjadi komitmen dari administrasi organisasi pemerintah mulai di tingkat gubernur hingga lurah. Meski dari prinsip bahwa upaya kesehatan masyarakat adalah urusan semua pihak dan terutama dari semua sektor pembangunan (8), selama ini upaya kesehatan masyarakat di tingkat kecamatan masih didominasi oleh puskesmas. Monitoring kesehatan penduduk merupakan salah satu peran pokok dari fungsi lembaga kesehatan pemerintah, baik dinas kesehatan.

Lembaga pemerintahan berfungsi menilai status kesehatan masyarakat secara terus menerus, fungsi pengembangan kebijakan yang komprehensif dan strategis untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat serta fungsi asuransi agar masyarakat memperoleh layanan kesehatan bermutu dan merata dan sinambung (5).

Merespon keadaan itu, penelitian ini bertujuan mengevaluasi ketersediaan sumber daya dan manajemen proses puskesmas dan kantor kelurahan dalam melaksanakan upaya kesehatan masyarakat di Jatinegara dan Matraman di Jakarta Timur.

METODE

Data untuk penelitian ini berasal dari survei potong lintang, wawancara mendalam dan telaah dokumen kebijakan pemerintah terkait manajemen organisasi pemerintah. Penelitian dilakukan di seluruh kelurahan di wilayah Kecamatan Jatinegara dan Matraman, yang berlangsung antara April hingga Juni 2017. Sampel yang diambil adalah seluruh Puskesmas Kelurahan sebanyak 17 yang diwakili oleh Kepala Puskesmas serta seluruh Kantor Kelurahan sebanyak 14 yang diwakili oleh Kepala Kelurahan dan Kepala Seksi Pemberdayaan Ekonomi dan Kesejahteraan Rakyat. Total responden 27 orang di Jatinegara dan 19 orang di Matraman. Informan adalah pimpinan dan pelaksana program upaya kesehatan masyarakat. Instrumen ketersediaan sumber daya dalam organisasi berasal dari kuesioner dalam Darmawan (7).

Instrumen manajemen proses organisasi dikembangkan dari kuesioner penelitian Tahani (2015). Kedua instrumen telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas (7).

Instrumen untuk mengukur hasil organisasi dibuat dalam bentuk isian capaian standar pelayanan minimal serta capaian perilaku hidup bersih dan sehat pada tahun 2016. Ketersediaan sumber daya dan proses

dalam organisasi diukur dengan kategori 1-2. Penentuan pemenuhan dihitung berdasar titik potong 70% dari jawaban persepsi responden. Pencapaian SPM dan PHBS diukur berdasar nilai persentase. Analisis bivariat memakai uji korelasi peringkat Spearman.

HASIL

Tabel 1 menunjukkan persentase responden yang berjenis kelamin perempuan lebih banyak dibanding responden laki-laki. Usia paling banyak pada golongan 41-50 tahun. Responden dengan pendidikan S1 lebih banyak daripada pendidikan S2. Responden yang pernah mengikuti pelatihan pemberdayaan masyarakat di Jatinegara sedikit lebih tinggi daripada responden yang belum pernah mendapat pelatihan. Di Matraman, responden yang tidak pernah mendapat pelatihan jauh lebih banyak dibanding yang pernah.

Tabel 2 menunjukkan pencapaian SPM yang sesuai target di Jatinegara hanya dicapai di dua indikator sedangkan Matraman tidak ada satupun SPM yang sesuai target. Secara umum rata-rata pencapaian SPM di Matraman lebih tinggi dibandingkan di Jatinegara. Layanan kesehatan penderita diabetes mellitus memiliki capaian terendah dan layanan kesehatan tuberkulosis

menduduki peringkat kedua terendah. Hal ini disebabkan karena petugas di Puskesmas Kelurahan yang belum memahami cara perhitungan SPM yang terbaru dan perubahan dalam cara perhitungan indikator pelayanan tuberkulosis.

Penyebab pencapaian SPM yang rendah sesuai dengan konfirmasi petugas Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur dalam wawancara sebagai berikut.

“Bahasa SPM sendiri itu masih sangat umum sehingga bahasa mendapatkan layanan secara standar, standar itu yang mana? Mengikuti indikator kerjakah, sasaran mutunya kah atau indikator-indikator pencapaian yang sudah ada selama ini. (Informan 1 Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur).

Jawaban di atas menunjukkan bahwa perhitungan tiap indikator SPM masih rancu terutama pada indikator-indikator baru. Keterbatasan dalam jumlah sosialisasi internal oleh Dinas Kesehatan membuat pemahaman mengenai SPM ini hanya terbatas pada orang-orang tertentu.

Program revitalisasi puskesmas terkait PTM adalah pengadaan sistem jejaring yang efektif dan efisien, peningkatan kuantitas dan kualitas SDM, penyediaan standar pelayanan minimum yang komprehensif dan holistik, pengadaan alat kesehatan atau prasarana diagnostik dan pengobatan sesuai standar. Dengan revitalisasi tersebut, pasien diharap lebih termotivasi datang ke fasilitas agar diabetes terdeteksi lebih dini. Penyebab pencapaian rendah pada penderita diabetes melitus adalah keterbatasan peralatan kesehatan atau prasarana diagnostik, seperti konfirmasi dari responden berikut.

“Belum semua UKBM, peralatan yang dasar saja belum semua punya, sehingga mereka harus meminjam dari puskesmas kelurahan...”.
(Informan 1 Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur)

Banyak penyandang diabetes yang tidak terdiagnosis dan tidak minum obat. Diabetes terkait dengan kemiskinan, gizi buruk, kesehatan ibu dan anak, penyakit menular serta berbagai aspek perkembangan sosial dan kemanusiaan.

Tabel 1. Karakteristik responden

Karakteristik	Jatinegara (n=27)	Matraman (n=19)
Jenis kelamin		
Laki-laki	25,9	26,3
Perempuan	74,1	73,7
Umur		
31-40 tahun	22,2	15,8
41-50 tahun	44,4	52,6
>50 tahun	33,3	31,6
Pendidikan		
S1	85,2	84,2
S2	14,8	15,8
Pelatihan pemberdayaan		
Tidak pernah	48,1	68,4
Pernah	51,9	31,6

Tabel 2. Persentase capaian standar layanan minimal

Komponen SPM	Jatinegara			Matraman		
	Min	Maks	Mean	Min	Maks	Mean
Layanan ibu hamil	83,90	100,00	96,57	94,9	100,00	97,55
Layanan ibu bersalin	83,50	100,00	96,46	94,50	100,00	96,85
Layanan bayi baru lahir	84,50	100,00	97,71	85,55	100,00	95,97
Layanan balita	79,10	96,80	91,32	77,30	97,20	87,58
Layanan usia pendidikan dasar	43,60	100,00	85,13	91,90	100,00	98,28
Layanan usia produktif	15,70	90,70	53,02	68,80	100,00	80,62
Layanan usia lanjut	60,80	100,00	93,53	41,80	100,00	89,88
Layanan penderita hipertensi	17,10	71,60	55,42	47,00	86,70	67,49
Layanan penderita diabetes mellitus	15,70	59,00	37,05	25,70	60,90	37,98
Layanan orang gangguan jiwa berat	100,00	100,00	100,00	89,00	100,00	98,17
Layanan orang dengan tuberkulosis	21,44	95,00	53,65	19,00	100,00	64,07
Layanan orang risiko terinfeksi HIV	100,00	100,00	100,00	89,00	100,00	96,17

Tabel 3 Persentase capaian PHBS di 8 Kelurahan di seluruh Kecamatan Jatinegara dan 6 Kelurahan di seluruh Kecamatan Matraman

Komponen PHBS	Jatinegara			Matraman		
	Min	Maks	Mean	Min	Maks	Mean
Persalinan oleh tenaga kesehatan	83,50	100,00	96,22	97,00	99,10	98,03
Memberi bayi ASI eksklusif	45,35	89,00	61,76	68,00	91,10	79,40
Menimbang balita setiap bulan	55,37	96,10	74,15	43,30	95,40	83,88
Menggunakan air bersih	85,50	100,00	94,43	83,03	100,00	95,69
Mencuci tangan dengan sabun	43,35	96,90	83,71	84,00	99,00	94,68
Menggunakan jamban sehat	36,00	99,10	82,58	65,00	92,85	82,79
Memberantas jentik nyamuk	76,10	100,00	89,06	96,00	100,00	98,42
Konsumsi sayur dan buah tiap hari	56,80	99,10	84,50	91,00	98,00	96,46
Melakukan aktivitas fisik tiap hari	33,60	96,80	84,71	95,85	100,00	97,94
Tidak merokok dalam rumah	52,10	89,10	69,85	77,90	96,00	83,87

Indikator kedua yang dipakai pada penelitian ini adalah PHBS yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 2269/ MENKES/PER/XI/-2011.

Rata-rata pencapaian PHBS di Matraman lebih tinggi dibanding Jatinegara. ASI eksklusif menjadi variabel dengan capaian terendah. Jatinegara memiliki tiga indikator yang masih di bawah target sedang Matraman hanya satu indikator. Bappenas menunjukkan bahwa pemberian ASI eksklusif yang rendah terkait promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang belum optimal. Petugas yang kurang gencar dalam promosi kesehatan dan kurang dalam pemberdayaan masyarakat.

“..langkah awal adalah dalam hal keilmuan, pengetahuan dulu. Kita mungkin ingin memberikan pemahaman tetapi jumlah lokus terlalu banyak sehingga harus bertahap. Sebagai contoh sekolah ada sekian banyak, RW dan RT cukup banyak kita bertahap memberikannya, kira-kira itu terus sinambung”. (Informan 1 Sudinkes Jaktim).

Penyuluhan secara berkesinambungan dan bertahap oleh petugas kesehatan dan juga kader kesehatan agar masyarakat memahami arti penting dalam menjaga kesehatan. Kader kesehatan sangat dibutuhkan oleh masyarakat sekitar karena mengingat kader merupakan tenaga masyarakat yang paling dekat dengan masyarakat dan masyarakat sekitar adalah masyarakat kelas menengah ke bawah. Kader kesehatan diharapkan dapat melaksanakan petunjuk oleh pembimbing dalam jalinan kerja dari sebuah tim kesehatan (9).

“..harus dilakukan kegiatan pendampingan kepada lingkungan-lingkungan yang memang bermasalah gitu kan sehingga masyarakat tidak hanya ditinggal begitu saja tetapi benar-benar diikuti perkembangan kesehatannya”.

(Informan 1 Kecamatan Matraman)

Masyarakat merasa perlu pendampingan tenaga kesehatan untuk memantau kesehatan di lingkungan maupun individu. Responden menganggap sumber daya manusia, sistem informasi, waktu, dan perhatian

Tabel 4 Persentase persepsi ketersediaan sumber daya dan manajemen proses organisasi dalam pelaksanaan upaya kesehatan masyarakat di Jatinegara dan Matraman

Variabel	Kecamatan	
	Jatinegara	Matraman
SDM		
Kurang	12,5	0,0
Baik	87,5	100,0
Dana		
Kurang	75,0	100,0
Baik	25,0	0,0
Peralatan/teknologi		
Kurang	62,5	66,7
Baik	37,5	33,3
Sistem informasi		
Kurang	12,5	0,0
Baik	87,5	100,0
Waktu/perhatian		
Kurang	12,5	16,7
Baik	87,5	83,3
Kepemimpinan		
Kurang	0,0	0,0
Baik	100,0	100,0
Strategi		
Kurang	50,0	33,3
Baik	50,0	66,7
Pelanggan		
Kurang	12,5	16,7
Baik	87,5	83,3

dalam kondisi yang baik. Mereka menganggap dana dan teknologi masih kurang. Responden di Jatinegara menganggap kepemimpinan dan pelanggan dalam kondisi yang baik. Strategi organisasi dipandang seimbang antara baik dan kurang. Responden di Matraman menganggap seluruh variabel manajemen proses organisasi dalam kondisi yang baik.

Untuk mengetahui kondisi yang terjadi, peneliti melakukan konfirmasi kepada informan sebagai berikut.

Untuk SDM kita selalu improve, refreshing, walaupun ada rotasi itu langsung di TOT, untuk kompetensi yang memadai, untuk jumlah memang masih jauh masih kurang lah.. Belum semua UKBM mempunyai peralatan

Tabel 5 Hubungan ketersediaan sumber daya dan manajemen proses organisasi dengan pencapaian SPM dan PHBS di Jatinegara dan Matraman

Variabel	SPM				PHBS			
	Jatinegara		Matraman		Jatinegara		Matraman	
	R	p-value	R	p-value	R	p-value	R	p-value
Sumber daya								
SDM	-0,659	0,076	-0,203	0,700	0,108	0,799	0,290	0,577
Dana	-0,252	0,548	-0,486	0,329	-0,096	0,821	-0,771	0,072
Teknologi	-0,357	0,385	-0,086	0,872	0,071	0,867	-0,429	0,397
Sistem informasi	-0,419	0,301	-0,116	0,827	0,323	0,435	0,232	0,658
Waktu	-0,651	0,081	-0,493	0,321	-0,036	0,932	-0,290	0,577
Manajemen proses								
Kepemimpinan	-0,216	0,608	0,131	0,805	0,621	0,100	-0,393	0,441
Strategi	-0,357	0,385	-0,429	0,397	-0,095	0,823	-0,543	0,266
Pelanggan	-0,473	0,237	-0,334	0,518	0,000	1,000	-0,698	0,123

yang dasar sehingga harus meminjam dari puskesmas kelurahan. Pencatatan pelaporan masih sangat jauh dari yang diharapkan. Kendala yang ada di masyarakat itu kejenuhan. Kejenuhan ini bisa dari kader sendiri, bisa dari peserta kelompok sendiri, masalah anggaran, kurang perhatian dari bidang kesehatan maupun lintas sektor. (Informan 1 Sudin Kesehatan Jakarta Timur).

Jakarta Timur memiliki tenaga kesehatan dengan kompetensi memadai meski dengan jumlah yang kurang. Peralatan untuk kegiatan pemberdayaan masih mengandalkan peralatan yang dimiliki Puskesmas. Padahal pengadaan peralatan termasuk posyandu dapat didukung lintas sektor termasuk dari anggaran kantor kelurahan. Kendala pencatatan dan pelaporan tentang kegiatan penggerakan masyarakat mengakibatkan hasil pencatatan puskesmas berbeda dari kegiatan di lapangan. Kendala pemberdayaan juga berupa rasa jenuh dengan kegiatan rutin dari puskesmas dan banyak kader yang merangkap di posyandu, posbindu dan posyandu lansia.

“...strategi kesehatan masyarakat berasal dari kemauan masyarakat sendiri untuk membentuk dan ini tidak terlepas dari kemampuan kita untuk melakukan advokasi dan memotivasi. Kendala yang ada di masyarakat itu satu kejenuhan. Kendala kedua adalah pendanaan dan penganggaran. Kendala yang ketiga kurang perhatian dari sektor kesehatan maupun lintas sektor. Harus ada penguatan dalam lintas sektor. PSN ada di lintas sektor di kelurahan. Pendanaan di kelurahan harus ada kerjasama antara puskesmas kelurahan dengan kantor lurah dalam pembinaan kader-kader”. (Informan 1 Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur)

“Semua stakeholder yang terkait harus ikut langsung: pemerintah maupun masyarakat. Pihak swasta juga harus terlibat karena tidak menutup kemungkinan kemampuan anggaran pemerintah untuk penanganan masalah kesehatan itu terbatas sehingga unsur swasta dapat menggerakkan masyarakat agar masyarakat itu bisa menangani masalah mereka”. (Informan 1 Kecamatan Matraman)

Dalam penggerakan masyarakat diperlukan strategi mobilisasi kemitraan melalui advokasi, program

inovatif dan pengembangan kebijakan yang mendukung upaya peningkatan kesehatan oleh publik, swasta dan individu.

Tabel 5 menyajikan hasil uji korelasi peringkat Spearman. Ketersediaan sumber daya organisasi dan manajemen proses organisasi di Jatinegara maupun Matraman tidak ada hubungan bermakna dengan capaian SPM. Dari ketersediaan sumber daya organisasi dan manajemen proses dalam organisasi di Jatinegara maupun Matraman tidak satu pun berhubungan bermakna dengan pencapaian PHBS.

Baik di Jatinegara maupun di Matraman, ketersediaan SDM, teknologi, sistem informasi, waktu serta perhatian berdampak positif pada capaian PHBS. Ketersediaan SDM dan dana cenderung berdampak negatif terhadap capaian standar layanan minimal. Kebijakan pemberdayaan masyarakat di Suku Dinas Kesehatan digambarkan dengan penerbitan SK kerja dan surat tugas kepada petugas penanggung jawab bidang. Kelurahan memiliki SK Lurah untuk tiap kegiatan agar petugas membina langsung. Penunjukan kader dikoordinasi sampai tingkat RT/RW.

BAHASAN

Pencapaian terendah pada indikator SPM di kedua kecamatan adalah pelayanan kesehatan penderita diabetes mellitus dan kedua terendah adalah pelayanan kesehatan orang TB. Pencapaian indikator SPM yang rendah disebabkan petugas di tingkat puskesmas kelurahan belum memahami perhitungan SPM sesuai Permenkes terbaru, keterbatasan strategi promosi dan preventif dengan skrining faktor risiko dan deteksi dini berbagai penyakit. Hal ini akan terlaksana apabila didukung peralatan yang memadai di UKBM dan melibatkan lintas sektor, pihak swasta, dan masyarakat. Frieden menyebut bahwa keberhasilan terutama program kesehatan masyarakat tergantung pada komunikasi informasi yang akurat dan komitmen untuk mempertahankan sumber daya dalam rangka mendukung efektivitas program (10).

Jumlah yang minimal dalam sosialisasi internal yang dilakukan di dinas kesehatan, baik di lingkungan pemegang program di dinas kesehatan dan jajaran puskesmas membuat pemahaman mengenai SPM ini hanya terbatas pada orang-orang tertentu saja. Program revitalisasi puskesmas terkait PTM adalah pengadaan sistem jejaring yang efektif dan efisien, peningkatan kuantitas dan kualitas SDM, penyediaan standar pelayanan minimum yang komprehensif dan holistik, pengadaan alat kesehatan atau prasarana diagnostik dan pengobatan sesuai standar. Dengan program revitalisasi tersebut, diharapkan pasien lebih termotivasi untuk datang ke layanan kesehatan sehingga DM terdeteksi lebih dini (11).

Pencapaian PHBS yang terendah yaitu memberi bayi ASI eksklusif. Setelah dilakukan konfirmasi ke kader maupun Sudinkes diperoleh informasi bahwa kekurangan dalam penyuluhan, pendampingan ke masyarakat dari petugas kesehatan maupun lintas sektor menyebabkan pengetahuan dan pemahaman masyarakat yang rendah dalam pemeliharaan kesehatan salah satu dengan berperilaku hidup bersih dan sehat. Selain itu, kekurangan dalam edukasi dan promosi kesehatan ke ibu-ibu muda oleh petugas Puskesmas. Hasil ini sejalan dengan kajian Bappenas (2014) bahwa ASI eksklusif yang rendah terkait promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang belum optimal (12).

Dalam SPM dan PHBS, Matraman memiliki capaian yang lebih baik dibanding Jatinegara. Hal ini disebabkan baik Puskesmas maupun Kelurahan di Matraman memiliki banyak program inovasi dan program tersebut telah dikomunikasikan sehingga saling mendukung antar-sektor. Kecakapan manajerial internal dalam instansi di Matraman lebih baik. Pimpinan dan staf memiliki rasa tanggung jawab yang dibuktikan dari kerja keras dan kegiatan sesuai tujuan.

Sumber Daya Manusia (SDM). Temuan riset ini menunjukkan ketersediaan SDM cenderung berdampak negatif terhadap pencapaian SPM sedangkan pada pencapaian PHBS cenderung berdampak positif. Jumlah SDM sudah memadai, namun kompetensi mereka dalam perencanaan dan manajemen program di lapangan perlu ditingkatkan. Temuan kualitatif menunjukkan bahwa di Kelurahan hanya Kepala Kelurahan yang memiliki latar belakang pendidikan kesehatan masyarakat. Beban kerja Kepala Kelurahan berdampak pada pengurangan waktu untuk mengurus kesehatan masyarakat. Pimpinan puskesmas kelurahan seluruhnya merupakan dokter umum dan dokter gigi. Penelitian Ilyas menyebutkan bahwa hanya 4,1% peran dokter di Puskesmas yang membutuhkan kompetensi kedokteran. Peran dokter (95,9%) di puskesmas tidak membutuhkan kualifikasi dan kompetensi dokter (13).

Bukti menunjukkan bahwa keberhasilan program puskesmas sama-sama dapat ditunjukkan oleh kepala puskesmas yang bukan-dokter (14).

Kepala puskesmas yang bukan-dokter lebih banyak menghabiskan waktu di luar gedung untuk memberikan layanan program masyarakat (15).

Pendanaan. Ketersediaan dana di salah satu Puskesmas Kecamatan sekitar 36 M yang diperoleh dari APBD, BLUD dan DAK. Alokasi penggunaan dana untuk kegiatan kesehatan masyarakat di seluruh Puskesmas Kelurahan hanya sekitar 1,8 M atau 5% dari total dana. Untuk ketersediaan dana di salah satu Kantor Kelurahan sekitar 8,7 M. Dari total dana yang dikelola tersebut, alokasi untuk kegiatan pemberdayaan masyarakat sekitar 1,8 M atau 20%. Dengan kata lain, ketersediaan dana pemberdayaan masyarakat dan kegiatan kesehatan masyarakat di kelurahan jauh lebih banyak dibandingkan dengan ketersediaan dana di Puskesmas Kecamatan.

Hasil uji korelasi menunjukkan bahwa ketersediaan dana di Jatinegara cenderung tidak berpengaruh pada pencapaian SPM dan PHBS. Di Matraman, ketersediaan dana cenderung berpengaruh negatif terhadap pencapaian SPM dan PHBS. Informan menyatakan kelurahan hanya bertanggung jawab secara administrasi saja dan kepala seksi kesra kurang memahami bahwa anggaran dapat digunakan untuk kegiatan posyandu dan sebagainya. Dengan kata lain, pemanfaatan dana yang tersedia di instansi pemerintahan untuk kegiatan kesehatan masyarakat dikelola dengan kurang baik yang disebabkan keterbatasan dalam pengelolaan keuangan di kantor kelurahan dan puskesmas. Hal ini sejalan dengan penelitian yang menyebutkan kepentingan anggaran sebagai salah satu penyebab keberhasilan program (16) Tetapi dengan anggaran yang cukup dapat pula terjadi kegagalan pencapaian target yang disebabkan manajemen pengelolaan keuangan yang kurang tepat.

Peralatan dan Teknologi. Temuan bahwa bahwa ketersediaan peralatan/teknologi yang memadai di Matraman cenderung berdampak positif terhadap pencapaian SPM dan cenderung tidak berpengaruh pada pencapaian PHBS. Di Jatinegara, ketersediaan peralatan atau teknologi yang memadai cenderung berdampak negatif terhadap pencapaian SPM dan berdampak positif pada pencapaian PHBS. Salah satu informan menyebutkan dalam pemberian sarana dan prasarana kesehatan di kecamatan juga perlu pendampingan serta pengetahuan tentang penggunaan dan manfaat dari sarana dan prasarana agar dapat digunakan secara tepat guna. Sebagai contoh, puskesmas melakukan pelatihan pemeriksaan alat tekanan darah dan alat cek gula darah ke kader secara rutin agar tiap pelaksanaan UKBM dapat berjalan mandiri dan pemberdayaan masyarakat yang optimal. Ketersediaan fasilitas, sikap, dan perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat perilaku hidup sehat (17).

Sistem Informasi. Ketersediaan sistem informasi yang baik cenderung berdampak positif pada pencapaian PHBS. Untuk mencapai SPM, ketersediaan sistem

informasi yang baik cenderung berdampak positif di Matraman sedangkan di Jatinegara cenderung berdampak negatif. Salah satu informan menyatakan pencatatan dan pelaporan program masih jauh dari harapan tetapi hal ini diminimalkan dengan pemanfaatan tenaga KPLDH yang melakukan survei langsung ke masyarakat. Pencatatan hasil kegiatan UKBM secara rutin dilaporkan oleh kader ke puskesmas maka diperlukan penyegaran keilmuan kader kesehatan dalam melakukan pencatatan dan pelaporan serta melakukan evaluasi kepada kader mengenai kendala atau hambatan yang ditemui selama pelaksanaan dan pelaporan kegiatan UKBM. Sesuai kesepakatan rencana kerja pada pertemuan 12 Desember 2003 di Jenewa, target untuk tahun 2015 yang harus dicapai negara anggota World Summit on the Information Society (WSIS) termasuk Indonesia, seluruh pusat kesehatan termasuk puskesmas serta rumah sakit sudah terhubung dengan teknologi informasi dan komunikasi (18).

Waktu/Perhatian. Ketersediaan waktu yang cukup cenderung berdampak positif terhadap pencapaian PHBS di Jatinegara sedangkan di Matraman cenderung tidak berpengaruh. Ketersediaan waktu dan perhatian cenderung berdampak negatif dalam capaian SPM di Matraman, tetapi positif di Jatinegara. Karena motivasi pekerja adalah penting, peran supervisor dan mentor dalam organisasi kunci untuk peningkatan kinerja (19).

Kepemimpinan. Kepemimpinan cenderung berdampak negatif terhadap capaian SPM di Jatinegara, tetapi hal sebaliknya terjadi di Matraman. Kepemimpinan cenderung berdampak positif terhadap PHBS di Jatinegara, tetapi berdampak negatif di Matraman. Pemimpin berpengaruh dalam menentukan prestasi organisasi. Kepemimpinan lebih menekankan kepada perilaku seorang pemimpin terhadap diri sendiri dan terhadap kelompok dalam upaya mempengaruhi, mendorong, memotivasi dan berkomunikasi untuk mencapai tujuan organisasi (20).

Dua wilayah penelitian ini menunjukkan gaya kepemimpinan demokrasi: semua pegawai diberikan kebebasan dalam memberi pendapat, masukan atau ide yang dapat memajukan organisasi. Namun gaya kepemimpinan demokratis ini juga memiliki kelemahan. Dalam suasana kekeluargaan ketika berhadapan dengan bawahan, seorang pemimpin cenderung akan bertindak tidak tegas. Hal ini dikarenakan pimpinan kurang mengawasi kinerja dan tugas-tugas yang diberikan serta kurang melakukan interaksi.

Strategi. Hasil uji korelasi didapatkan Jatinegara dengan strategi yang baik cenderung berdampak positif terhadap pencapaian SPM namun hal sebaliknya terjadi di Matraman. Strategi organisasi yang baik di Jatinegara dan Matraman cenderung berdampak negatif terhadap pencapaian PHBS. Kondisi ini bisa berkaitan dengan beban tinggi dalam kegiatan inovasi di instansi pemerintah namun masih berdampak negatif terhadap pencapaian SPM dan PHBS. Hal ini dapat disebabkan program inovasi

yang merupakan gagasan baru dari instansi pemerintah belum banyak diketahui, diterima maupun dilaksanakan oleh kader maupun masyarakat. Program-program inovasi ini memerlukan komunikasi diantara anggota sistem sosial baik para kader, masyarakat, maupun lintas sektor. Dalam merencanakan program inovasi, masyarakat dan pihak lintas sektor dapat dilibatkan agar gagasan baru memiliki dasar yang kuat. Program inovasi merupakan hasil kesepakatan bersama yang dijalankan baik oleh kader kesehatan maupun oleh masyarakat yang didukung penuh oleh sektor lain.

Pelanggan. Temuan dari penelitian ini mendapatkan bahwa pelanggan yang baik cenderung berdampak negatif terhadap capaian SPM. Di Jatinegara, fokus pelanggan yang baik cenderung berdampak positif terhadap pencapaian PHBS sedangkan di Matraman cenderung berdampak negatif. Salah satu kendala yang ada di masyarakat adalah kejenuhan. Kejenuhan ini dapat berasal dari kader, peserta kelompok sendiri, bahkan tenaga kesehatan. Program inovasi sebagai ide dan praktek-praktek baru untuk mendorong perubahan pada semua aspek kehidupan masyarakat sangat dibutuhkan.

Kebijakan Pemerintah Daerah terhadap Pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat. Kegiatan UKM sangat membutuhkan dukungan dari pimpinan daerah (walikota) dan institusi terkait yang menggerakkan garis komando pemerintahan. Kepala kecamatan dan kepala kelurahan menggerakkan masyarakat. Kecakapan manajerial perlu agar pimpinan puskesmas mampu membuat advokasi dan kerja sama dengan lingkungan termasuk pemerintah daerah dan pimpinan wilayah. Pada saat yang sama, peran aktif kecamatan dan kelurahan memiliki kewenangan dalam melaksanakan kegiatan kesehatan masyarakat agar terus didorong dan diperkuat. Penyediaan dukungan sumber daya yang memadai juga diperlukan untuk melakukan koordinasi upaya kesehatan masyarakat termasuk pembinaan UKBM seperti posyandu dan posbindu.

Karena tiap kelurahan memiliki variasi dalam masalah, potensi kesehatan, dan kompleksitas masyarakat, mereka memerlukan pengawasan dan pendampingan secara intensif dan sinambung, yang memerlukan kerja sama sinergis lintas sektoral untuk kesehatan masyarakat. Pimpinan daerah berperan besar dalam membuat kebijakan termasuk dalam penyediaan sumber daya dan perintah langsung kepada aparat di tingkat kelurahan dan desa. Peran pemberdayaan masyarakat seharusnya ada pada pemerintah daerah dan institusi terkait di bawahnya, meliputi kantor kecamatan dan pemerintah desa/kelurahan sesuai kewenangan yang diberikan yang diatur dalam UU 32/2004 dan PP 73/2005 tentang Kelurahan. Institusi kesehatan masyarakat yang meliputi dinas/suku dinas kesehatan dan puskesmas tetap berperan memberi masukan dalam penilaian, pengembangan kebijakan

masyarakat sehat dan penciptaan lingkungan kondusif, serta pemberian jaminan agar upaya pembangunan menempatkan kesehatan masyarakat sebagai tujuan.

SIMPULAN

Pencapaian SPM dan PHBS di Jatinegara maupun Matraman masih banyak yang belum mencapai target yang ditetapkan. Kecamatan Matraman memiliki tingkat pencapaian SPM dan PHBS yang lebih tinggi dibandingkan Kecamatan Jatinegara. Ketersediaan sumber daya dipersepsi telah baik. Proporsi organisasi yang memiliki ketersediaan sumber daya dengan kategori baik di Jatinegara sedikit lebih tinggi daripada di Matraman.

Manajemen proses organisasi dipersepsikan sebagai telah baik. Proporsi organisasi yang memiliki manajemen proses dengan kategori baik di Matraman sedikit lebih tinggi dibanding Jatinegara. Hasil uji korelasi antara manajemen proses dalam organisasi dengan pencapaian SPM dan PHBS di Jatinegara menunjukkan variabel kepemimpinan yang baik, strategi yang optimal dan fokus pada masyarakat cenderung berdampak negatif terhadap pencapaian SPM dan PHBS. Untuk mencapai SPM dan PHBS sesuai target yang ditetapkan maka dibutuhkan ketersediaan sumber daya yang didukung manajemen proses yang cakap dalam organisasi pemerintahan.

Pemerintah Kota Administrasi Jakarta Timur perlu melakukan penguatan manajemen agar perangkat

lurah makin mampu menguatkan program kesehatan masyarakat di wilayah mereka. Penguatan ini termasuk dalam tata kelola program di tingkat kelurahan dan kemampuan kerja sama lintas sektoral serta mendorong partisipasi aktif dari masyarakat. Program pelatihan dan pendidikan terkait harus diarahkan untuk mengatasi masalah di tataran praktis di masyarakat. Pemerintah DKI agar segera merealisasikan Kantor Kelurahan sebagai pelaksana upaya kesehatan masyarakat secara utuh dengan melengkapi jumlah dan jenis pegawai sesuai peraturan yang ada.

Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur perlu segera melakukan sosialisasi kebijakan dan peraturan baru ke puskesmas agar dapat diteruskan dan diterapkan di kelurahan. Puskesmas kelurahan perlu dimonitor dan dievaluasi secara berkala. Kapasitas SDM perlu ditingkatkan melalui sosialisasi dan pelatihan manajemen puskesmas dan program kesehatan masyarakat.

Puskesmas perlu memperkuat strategi promotif dan preventif terutama dalam deteksi dini berbagai penyakit serta memperkuat kemitraan lintas sektoral dan lintas program. Peneliti yang akan datang disarankan tidak hanya mengukur ketersediaan sumber daya menggunakan *perceived measurement*, tetapi secara langsung dengan pengukuran dan pengamatan langsung sehingga dapat diketahui jumlah, kondisi, dan fungsi dari sumber daya termasuk perbandingan kecukupan dengan beban kerja dan cakupan wilayah yang harus dilayani.

Abstrak

Tujuan: Prioritas dan fokus kebijakan kesehatan yang berkembang saat ini makin menunjukkan bahwa program public health adalah sama atau bahkan jauh lebih penting daripada tekanan pengobatan dalam meningkatkan status kesehatan penduduk. Meski pemerintah telah meminta puskesmas dan kelurahan fokus pada pengembangan dan pelaksanaan program-program public health, sedikit studi melaporkan kemampuan organisasi pemerintah yang benar-benar mengerjakan fungsi ini. Penelitian ini mengevaluasi hubungan capaian program public health dan apakah capaian itu didukung oleh ketersediaan sumber daya manusia dan kapasitas implementasi program dari organisasi pemerintah. **Metode:** Data berasal dari “standar pelayanan minimal” kesehatan masyarakat dan “perilaku hidup bersih dan sehat” (PHBS), survei dan wawancara mendalam terhadap 46 responden dari 17 puskesmas dan 14 kelurahan di dua kecamatan- Matraman dan Jatinegara - di Jakarta Timur. **Hasil:** Penelitian ini menemukan bahwa indikator capaian kesehatan di daerah penelitian di kota besar seperti Jakarta adalah lebih rendah dari capaian rata-rata nasional meskipun memiliki ketersediaan sdm yang memadai. Selain itu, kapasitas administrasi dan manajemen proses implementasi di lapangan tidak seperti yang diharapkan. **Simpulan:** Studi ini menunjukkan paradoks antara ketersediaan sumber daya dan kapasitas yang lemah dalam kolaborasi lintas sektoral dan dalam manajemen implementasi program. Kami mendiskusikan 3 faktor penting yang harus menjadi perhatian dalam pengembangan dan implementasi upaya public health di Jakarta. Pertama, peran lintas sektoral yang jadi kewenangan dari walikota harus mendapat advokasi yang besar dari masyarakat public health. Kedua, administrator kelurahan memiliki kapasitas manajemen implementasi agar program-program dirasakan oleh penduduk setempat. Ketiga, puskesmas memiliki sdm dengan kemampuan manajerial dan bekerja sama dengan sektor lain yang bekerja fokus untuk upaya kesehatan masyarakat.

Kata kunci: kesehatan masyarakat; evaluasi implementasi; organisasi pemerintah

PUSTAKA

1. Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah. hlm. 1–249.
2. Deviyanti D. Studi tentang Partisipasi Masyarakat dalam Pembangunan di Kelurahan Karang Jati Kecamatan Balikpapan Tengah. *Journal Administrasi Negara*. 2013;1(2): 380–394.
3. Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan. hlm. 1–79.
4. Peraturan Menteri Kesehatan No. 2269 Tahun 2011 tentang Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat.
5. Darmawan ES, Sjaaf AC. *Administrasi Kesehatan Masyarakat: Teori dan Praktik*. Jakarta: Rajawali Pers; 2016.
6. *Profil Kesehatan Sudinkes Jakarta Timur*. Suku Dinas Kesehatan Jakarta Timur, 2015.
7. Darmawan ES, Junadi P, Bachtiar A, Najib M. Mengukur Tingkat Pemberdayaan Masyarakat dalam Sektor Kesehatan. *Kesmas: National Public Health Journal*. 2012;7(2): 91.
8. WHO. *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action*. Geneva: World Health Organization; 2007.
9. Meilani N, Setiyawati N, Estiwidani D. *Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta: Fitramaya; 2009.
10. Frieden TR. Six components necessary for effective public health program implementation. *American journal of public health*. 2014;104(1): 17–22.
11. Soewondo P. Harapan Baru Penyandang Diabetes Mellitus pada Era Jaminan Kesehatan Nasional 2014. *eJournal Kedokteran Indonesia*. 2014;2(1).
12. Bappenas. *Kajian Sektor Kesehatan: Laporan Konsolidasi*. 2014.
13. Ilyas Y. *Determinan Kinerja Dokter Puskesmas: Kasus Dokter PTT*. Jakarta; 1998.
14. Aulawi A, Ahmad RA, Hasanbasri M. Peran kepala puskesmas SKM dan non SKM dalam meningkatkan kemampuan manajerial puskesmas di kabupaten Oku Timur. *Berita Kedokteran Masyarakat*. 2016;32(9): 339–346.
15. Suka V, Maula AW, Mawarni D, Padmawati RS, Hasanbasri M. Waktu yang dihabiskan oleh kepala puskesmas keluar kantor untuk kegiatan administrasi versus program lapangan: analisis data fasilitas komunitas dari IFLS East 2012. *Berita Kedokteran Masyarakat*. 2018;34(3): 137–142.
16. Rahmawati L. Analisis Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keberhasilan Pencapaian Cakupan K4 di Puskesmas Rowosari Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro*. Diponegoro University; 2013;2(1).
17. Notoatmodjo S. *Kesehatan Masyarakat: Ilmu dan Seni*. Rineka Cipta; 2011.
18. Wibowo S, Hakim A, Makmur M. Implementasi Sistem Informasi Puskesmas Elektronik (SIMPUSSTRONIK) dan Hubungan Dengan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) (Studi Perbandingan Implementasi di Puskesmas Sumberasih dan Puskesmas Paiton Kabupaten Probolinggo). *Wacana, Jurnal Sosial dan Humaniora*. 2015;18(03): 168–175.
19. Gusna E, Pelsi S, Hafni B. Analisis Cakupan Antenatal Care K4 Program Kesehatan Ibu dan Anak di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Padang Pariaman. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 2016;5(1).
20. Gibson, M. Ivancevich J, Donnelly. *Organisasi: Perilaku, Struktur, Proses*. Erlangga; 1991.