



EVALUASI KETERSEDIAAN FASILITAS KESEHATAN YANG MEMADAI TERHADAP PENCAPAIAN REVOLUSI KIA DI MANGGARAI

Fransiska Nova Nanur¹⁾, Silfia Angela Norce Halu²⁾, Enjelina Juita³⁾

^{1), 2), 3)}Program Studi Kebidanan, Unika Santu Paulus Ruteng

E-mail: fransiskanova57@yahoo.com, occe.halu@gmail.com, enjeljuita29@gmail.com

ABSTRAK

Revolusi KIA merupakan salah satu terobosan pemerintah Provinsi Nusa Tenggara Timur dalam rangka mempercepat penurunan kematian ibu dan bayi dengan cara luar biasa melalui persalinan pada fasilitas kesehatan yang memadai dan siap 24 jam. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi ketersediaan fasilitas kesehatan memadai yang meliputi kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan, ketersediaan sarana fisik, obat dan peralatan kesehatan serta pembiayaan. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan wawancara mendalam pada 15 partisipan kunci yang meliputi kepala bidang kesehatan masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Manggarai, kepala puskesmas, bidan, masyarakat (ibu nifas). Data dianalisis secara thematic. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketersediaan fasilitas kesehatan yang memadai untuk mendukung kebijakan revolusi KIA di Kabupaten Manggarai belum optimal seperti jumlah dokter yang sangat terbatas, kualitas tenaga kesehatan yang belum memadai, belum semua fasilitas kesehatan memiliki fasilitas rumah tunggu persalinan, peralatan kesehatan yang masih terbatas. Oleh karena itu, diperlukan komitmen pemerintah Kabupaten Manggarai untuk terus berupaya meningkatkan kualitas tenaga kesehatan, merekrut tenaga dokter, menyediakan rumah tunggu persalinan dan mengalokasikan anggaran yang cukup untuk pembiayaan kesehatan.

Kata Kunci : Revolusi, KIA, Fasilitas, kesehatan, memadai

THE EVALUATION OF THE AVAILABILITY OF GOOD HEALTH FACILITIES TO SUPPORT THE REVOLUSI KIA PROGRAM IN MANGGARAI

ABSTRACT

Revolusi KIA is one of the programs of Nusa Tenggara Timur Province (NTT) aim at decreasing the maternal and infant mortality by providing the good health facilities for 24 hour service. This research aims to evaluate the availability of the good health facilities by looking at some aspects such as the quantity and quality of professional health, the availability of physical buildings, medicine, medical tools and finance. This research uses qualitative model by depth interview with 15 key informants from varied background like health public health office of Manggarai Regency, the head of Puskesmas, midwife and puerperal mother. Data analyzed thematically. The result shows that from the side of providing the good health facilities, the Revolusi KIA Program of Manggarai Regency has not run optimally in decreasing the maternal and infant mortality. It indicates through the lack of doctors, the bad quality of health workers, lack of maternity waiting house and the limit of medical tools. Therefore, the local government must seriously improve the quality of health workers, increase the number of doctors, provide the maternity waiting house and allocate the enough budget for health financing.

Keyword : Revolusi, KIA, facilities, health

PENDAHULUAN

Kematian ibu dan anak masih menjadi salah satu problem serius kesehatan di Indonesia. Hingga saat ini angka kematian ibu dan bayi baru lahir di Indonesia masih tergolong sangat tinggi. Meski sudah banyak upaya penanganan yang dilakukan oleh Pemerintah, namun angka kematian ibu dan anak di Indonesia belum juga mencapai standard interanasional yang telah ditetapkan melalui Milenium Development Goals (MDGs). Bertolak dari keadaan itu, Pemerintah pusat mendorong daerah untuk mengembangkan kebijakan berbasis daerah. Pertimbangannya, setiap daerah tentu mempunyai karakter persoalan ibu dan anak yang berbeda, yang tentu membutuhkan penanganan yang berbeda pula (National Academy of Sciences, 2013).

Nusa Tenggara Timur (NTT) merupakan salah satu Provinsi yang sudah mengembangkan kebijakan kesehatan berbasis daerah. Kebijakan itu populer dengan nama Revolusi Kesehatan Ibu dan Anak (Revolusi KIA). Program ini sudah dijalankan tahun 2009, yang dicanangkan melalui Peraturan Gubernur Nusa Tenggara Timur Nomor 42 Tahun 2009. Salah satu sasaran utama dari program Revolusi KIA NTT adalah percepatan penurunan kematian ibu dan bayi

dengan mengupayakan layanan persalinan pada fasilitas kesehatan yang memadai (Dinas Kesehatan Provinsi NTT, 2009).

Selain atas dorongan Pemerintah Pusat, kebijakan ini juga kian menjadi strategis untuk konteks Provinsi NTT, mengingat masih tingginya angka kematian ibu dan bayi di NTT dalam beberapa tahun terakhir. Pada tahun 2018 tercatat angka kematian ibu dan anak di NTT mencapai 1265 orang. Sementara pada tahun 2019, dalam rentang waktu dari Januari hingga April, telah terjadi 300 kasus kematian ibu dan anak. Sementara itu, untuk lingkup kerja Kabupaten Manggarai kasus kematian ibu mengalami peningkatan dari tahun 2018 hingga 2019. Pada tahun 2018 tercatat ada 6 kasus kematian ibu dan meningkat menjadi 12 orang pada tahun 2019. Sedangkan jumlah kematian bayi sebanyak 83 orang pada tahun 2018 dan 76 orang di tahun 2019 (Dinas Kesehatan Kabupaten Manggarai, 2019).

Dalam konteks NTT, tingginya angka kematian ibu dan anak ini disebabkan oleh beberapa faktor antara lain fasilitas persalinan yang tidak memadai, baik dari sisi sumber daya staf maupun ketersediaan alat-alat untuk membantu proses persalinan. Di tengah situasi seperti ini, sebagian ibu hamil memilih untuk melahirkan di rumah

yang ditolong oleh para dukun. Kelahiran di rumah ini tentu beresiko tinggi, mengingat kurangnya pengetahuan para dukun beranak terutama terkait keadaan darurat obstetri.

Karena itu, melalui Revolusi KIA ini pihak Pemerintah Provinsi NTT ingin mendorong pemenuhan fasilitas kesehatan yang memadai dan siap 24 jam oleh penyelenggara kesehatan dan pemanfaatan fasilitas kesehatan yang memadai dan siap 24 jam oleh masyarakat (Dinas Kesehatan Provinsi NTT, 2009).

Sementara itu yang dimaksudkan fasilitas kesehatan yang memadai siap 24 jam meliputi: tenaga kesehatan yang lengkap dan terlatih; sarana fisik kesehatan; peralatan kesehatan; obat-obatan, perbekalan kesehatan, cairan dan darah; dan pembiayaan (Dinas Kesehatan Provinsi NTT, 2009).

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengevaluasi sejauh mana ketersediaan fasilitas kesehatan yang memadai selama 24 jam di Kabupaten Manggarai dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan anak.

Sebagai sebuah penelitian evaluasi, penelitian ini diharapkan mampu memberikan kontribusi positif bagi para pengambil kebijakan lingkup

Kabupaten Manggarai, dalam rangka mengambil langkah-langkah konkret dan penting dalam rangka meningkatkan efektivitas program Revolusi KIA pada lingkup Kabupaten itu.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan wawancara mendalam. Wawancara dilakukan pada bidan desa, bidan koordinator di Puskesmas, kepala Puskesmas, kepala ruang bersalin RSUD, kepala bidang kesehatan masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Manggarai dan masyarakat dengan jumlah partisipan sebanyak 20 orang. Adapun informasi yang digali adalah terkait ketersediaan sarana pelayanan kesehatan yang memadai yang meliputi sumber daya manusia, ketersediaan rumah tangga persalinan, ketersediaan peralatan medis, ketersediaan obat-obatan, dan pembiayaan. Data yang telah dikumpulkan diolah dan dianalisis dengan *thematic analisis*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Sebagaimana yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa elemen-elemen utama Revolusi KIA yang akan dievaluasi mencakup: tenaga kesehatan, sarana fisik kesehatan, peralatan kesehatan, obat-obatan dan pembiayaan.

Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan adalah orang-orang yang pekerjaannya melindungi dan meningkatkan kesehatan komunitas. Tenaga kesehatan yang dimaksud dalam kebijakan revolusi KIA adalah orang-orang yang ditugaskan untuk menyelenggarakan kesehatan ibu dan bayi yang memenuhi kualifikasi dan persyaratan sesuai dengan ketentuan Undang-Undang (Dinas Kesehatan Provinsi NTT, 2009).

Pentingnya tenaga kesehatan terhadap Revolusi KIA dapat diukur dari beberapa aspek antara lain jumlah, sebaran serta kinerja.

Di Kabupaten Manggarai, dari sisi jumlah dan penyebaran, jumlah tenaga kesehatan, khususnya bidan dan perawat sudah cukup banyak dan penyebarannya juga sudah hampir merata pada setiap fasilitas kesehatan. Sementara, jumlah tenaga dokter masih sangat sedikit. Ketidakseimbangan rasio jumlah antara bidan, perawat dengan dokter dapat diduga sebagai salah satu faktor penting yang menyebabkan masih tingginya angka kematian ibu dan bayi dalam beberapa tahun terakhir.

Berikut ini beberapa kutipan wawancara:

“kalau soal tenaga bidan dan perawat dari segi jumlah saya pikir sudah cukuplah..bahkan kami disini kelebihan tenaga. Kalau dokter hanya satu saja”
(Wawancara mendalam KP1)

“Tenaga bidan dan perawat kita sudah banyak.baik di puskesmas maupun pustu-pustu. Dokter kita hanya satu saja dan belum pernah ikut pelatihan PONED”

(Wawancara mendalam KP2)

Kalau bicara soal jumlah tenaga ya sudah terpenuhi untuk puskesmas kami. Untuk tenaga dokter sendiri memang hanya ada satu orang dan hamper semua puskesmas juga sama”

(Wawancara mendalam KP3)

“ Aduh kaka soal tenaga di rumah sakit masih kurang karena kami punya persalinan tiap bulan sangat banyak bisa capai 300an ibu.kita sih mau ada penambahan jumlah tenaga karena beban kerja kita sangat tinggi”

(Wawancara mendalam KRRS)

“Kalau sebaran tenaga kesehatan seperti bidan kita sudah over. Kita sudah punya hampir 1000 bidan cuman bidan-bidan ini banyak yang belum punya STR. Kalau tenaga dokter umum belum banyak. Masih banyak puskesmas yang belum punya dokter.”

(Wawancara mendalam Kabid Kesmas)

Perbandingan yang jauh antara jumlah bidan, perawat dengan dokter adalah juga salah satu sorotan terhadap kualitas kesehatan nasional kita sejauh ini. Berdasarkan data dari The National Academy of Science, Indonesia berada di peringkat 112 dari 144 negara terkait jumlah dokter. Selama periode 2005-2010, rasio dokter di Indonesia adalah 3 per 10.000 penduduk dan rasio terendah dibandingkan dengan Negara-negara ASEAN lainnya seperti Singapura (18 dokter per 10.000), Brunei (14), Vietnam (12), Malaysia (9), dan bahkan

Myanmar (5)(National Academy of Sciences, 2013).

Demikian pula, jumlah spesialis, terutama dokter anak dan dokter kandungan, masih terbatas. Misalnya pada tahun 2017, rasio dokter spesialis 10 per 100 ribu penduduk. Rasio ini belum sesuai target yaitu 14,6 per 100 ribu penduduk. Jumlah terbatas ini semakin diperparah dengan distribusi yang tidak merata. Sebagian besar dokter spesialis bekerja di kota-kota besar seperti Jawa dan Bali (Indriyani, 2018). Sedangkan jumlah dokter umum sudah melebihi kuota namun masih terdapat 700 puskesmas yang kekurangan dokter akibat distribusi yang tidak merata (Laksono, Ridlo and Ernawaty, 2020). Jumlah bidan dan perawat di Indonesia pada tahun 2018 mencapai 1.230.276 orang (Kementerian Kesehatan, 2019).

Di Kabupaten Manggarai sendiri jumlah dokter umum maupun spesialis masih sangat terbatas dan distribusinya tidak merata di setiap puskesmas. Masih terdapat puskesmas yang tidak memiliki dokter umum. Hal ini tentu berpengaruh terhadap pelayanan kesehatan ibu dan bayi mengingat peran mereka yang sangat penting untuk menurunkan kematian ibu dan bayi. Sedangkan jumlah bidan di Kabupaten Manggarai 719 orang dan distribusinya merata ke seluruh desa.

Selain jumlah atau kuantitas, dari sisi tenaga kesehatan, yang jauh lebih penting dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan bayi adalah kinerja tenaga kesehatan itu sendiri. Berdasarkan hasil wawancara, di Kabupaten Manggarai, kinerja petugas kesehatan masih jauh dari harapan. Berikut ini, beberapa hasil wawancara:

*“sebenarnya dalam revolusi KIA itu kriteria tenaganya 5-5-1 yaitu 5 bidan, 5 perawat kemudian 1 tenaga pendukung lainnya seperti dokter, farmasi, gizi dan lain-lain. Dan 5-5-1 itu tenaga yang sudah terlatih APN, terlatih asfiksia, terlatih PPGDON dan puskesmas juga merupakan puskesmas PONED. Tetapi kenyataannya kita di Manggarai ya belum semua puskesmas jadi puskesmas PONED walaupun ada sekarang ya masih “PONED-PONEDan” karena dulu timnya kita sudah latih. Ada 8 puskesmas sudah dilatih tim PONEDnya dulu tahun 2010-2011. Tim yang kita latih itu ada 5 yaitu dokter 1, bidan 2 dan perawat 2 tepai dalam perjalanan waktu sekarang tim ini sudah buyar semua karena waktu itu kita masih sangat kurang tenaga dokter. Jadi dokter-dokter yang ada ini dating dari jawa, bali dan luar daerah lainnya. Sehingga setelah selesai masa tugas mereka kembali ke daerahnya sementara yang dikirim pelatihan saat itu ya mereka . Sekarang ini puskesmas PONED timnya sudah tidak lengkap.
(Wawancara mendalam Kabid Kesmas)*

*“Tapi kalau kita melihat dari segi kinerja tenaga bidan dan perawat ya masih jauh dari yang kita harapkan..kita masih banyak butuh pelatihan”
(Wawancara mendalam KPI)*

“Soal kinerja memang masih butuh peningkatan keterampilan dan pengetahuan..makanya saya setiap ada

kegiatan pelatihan selalu kirimkan tenaga bidan”
(Wawancara mendalam KP2)

“Ya soal kualitas atau kinerja masih perlu ditingkatkan lagi. Butuh banyak pelatihan untuk peningkatan keterampilan”
(Wawancara mendalam KR RS)

“Jumlah bidan dan perawat sangat banyak tetapi kinerja masih diragukan. Ada kasus kemarin dokter jaga sampaikan waktu minilog. Ada bidan yang pulang ke rumah saat pasien sudah pembukaan lengkap. Akhirnya dokter yang tolong.mungkin bidan takut menolong persalinan”
(wawancara BD1)

Kinerja kerja yang kurang maksimal dari petugas kesehatan tentu saja berdampak pada buruknya pelayanan kesehatan terhadap ibu dan bayi.

Di Kabupaten Manggarai buruknya kinerja bidan dan perawat juga dipicu oleh tidak adanya insentif bagi tenaga kesehatan non PNS. Sejauh ini di Kabupaten Manggarai, ada sekitar 45% bidan dan perawat yang bekerja secara sukarela baik di Pustu maupun Puskesmas.

Tidak adanya insentif yang berefek pada kinerja para petugas kesehatan, juga telah menjadi gejala umum di daerah lain di dunia. Penelitian (Aduo-Adjei, Emmanuel and Forster, 2016) di Ghanamenemukan bahwa kinerja petugas kesehatan sangat dipengaruhi oleh imbalan finansial, akomodasi dan transportasi.

Selain masalah finansial, di Kabupaten Manggarai, buruknya cara komunikasi petugas kesehatan terhadap pasien juga berefek pada rendahnya kinerja kerja petugas kesehatan. Berikut kutipan wawancara dengan partisipan.

“Aduh petugasnya cerewet..pasien dibentak..dimarah seenaknya saja.Padahal kita sudah sakit dan butuh dukungan.ini malah dimarah lagi buat kita down saja”
(Wawancara mendalam N1)

“ Ada yang baik tapi banyak juga yang suka bentak pasien..kasar dengan pasien ya komunikasinya buruklah buat pasien tambah sakit”
(Wawancara mendalam N2)

Hal ini juga sejalan dengan temuan penelitian di Kenya tentang cara komunikasi yang buruk dari para petugas kesehatan merupakan salah satu dari indikasi buruknya kinerja mereka dalam menangani kesehatan ibu dan bayi (Irimu *et al.*, 2014).

Pentingnya penekanan pada kinerja tenaga kesehatan karena memiliki dampak langsung pada pemberian layanan kesehatan yang pada akhirnya berdampak pada meningkatnya derajat kesehatan penduduk. Tenaga kesehatan yang berkinerja baik adalah yang bekerja dengan cara yang responsif, adil, dan efisien untuk mencapai hasil kesehatan terbaik.

Secara lebih spesifik organisasi WHO menetapkan enam kriteria kinerja yang baik dari para petugas kesehatan:

Pertama, memberikan pelayanan yang efektif dan berbasis bukti serta dapat meningkatkan derajat kesehatan. *Kedua* efisien, memberikan perawatan kesehatan dengan cara yang memaksimalkan penggunaan sumber daya dan menghindari pemborosan. *Ketiga* dapat diakses, memberikan pelayanan kesehatan yang tepat waktu, masuk akal, dan sesuai dengan kebutuhan medis. *Keempat* adil, memberikan perawatan kesehatan yang tidak berbeda dalam kualitas karena karakteristik pribadi seperti jenis kelamin, ras, etnis, lokasi geografis, atau status sosial ekonomi. *Kelima* aman, memberikan perawatan kesehatan yang meminimalkan risiko dan membahayakan pengguna layanan (Gile, Buljac-Samardzic and Van De Klundert, 2018).

Sementara itu, cara-cara untuk dapat meningkatkan kinerja para petugas kesehatan adalah dengan melanjutkan pendidikan, mengikuti pelatihan serta komunikasi, pembayaran insentif serta regulasi (Gile, Buljac-Samardzic and Van De Klundert, 2018).

Sarana Fisik Kesehatan

Adapun sarana fisik kesehatan secara spesifik yang dimaksud dalam revolusi KIA adalah rumah tunggu persalinan. Rumah tunggu persalinan adalah tempat penampungan sementara

Ibu hamil menjelang persalinan dan keluarganya yang tinggal jauh dari fasilitas kesehatan yang memadai dan siap 24 jam.

Di Provinsi Nusa Tenggara Timur, rumah tunggu persalinan ini telah dicanangkan sejak tahun 2009 yang tertuang dalam Peraturan Gubernur Nomor 42 Tahun 2009 Bab IV Pasal 11 yang menjadi dasar dari program Revolusi KIA ditegaskan bahwa Puskesmas dan Rumah Sakit harus dilengkapi dengan rumah tunggu yang berfungsi sebagai tempat penampungan ibu dan keluarga. Kehadiran rumah tunggu persalinan ini sangat diharapkan dapat membantu menurunkan angka kematian ibu dan bayi secara bermakna walaupun rumah tunggu bersalin bukan intervensi yang berdiri sendiri, melainkan berfungsi untuk menghubungkan masyarakat dengan sistem kesehatan dalam rangkaian perawatan kesehatan.

Dalam konteks Kabupaten Manggarai, keberadaan rumah tunggu persalinan ini menjadi sangat penting sebab akses masyarakat terhadap Puskesmas atau Rumah Sakit juga cukup sulit, antara lain disebabkan beberapa faktor seperti secara geografis berjauhan, atau juga akses jalan raya yang masih belum memadai.

Berdasarkan hasil wawancara, ditemukan bahwa di Rumah Sakit

Kabupaten Manggarai sebagai pusat dari seluruh pelayanan kesehatan sekabupaten saja belum dilengkapi dengan fasilitas rumah tunggu bagi pasien yang hendak bersalin. Berikut adalah wawancara:

“ Rumah tunggu disini tidak ada kaka. Paling yang ada rumah tunggu di sekitar rumah sakit ini hanya punya Kabupaten Manggarai Timur sedangkan Kabupaten Manggarai punya tidak ada”
(Wawancara mendalam KR RS)

Sementara untuk Puskesmas, sebagian Puskesmas di Kabupaten Manggarai juga belum mempunyai fasilitas rumah tunggu persalinan. Berikut kutipan wawancaranya.

“Kami tidak menyediakan rumah tunggu, jadi pasien dan keluarga tetap mencari penginapan sendiri
(Wawancara mendalam KP1)

“ Kami tidak punya rumah tunggu ibu, jadi keluarga bisa cari penginapan sendiri. lagian kan akses jalan juga bagus lalu hamper semua orang punya sepeda motor”
(Wawancara mendalam KP4)

“Tidak ada rumah tunggu karena persyaratan rumah tunggu tidak boleh menggunakan fasilitas puskesmas. Harus rumah khusus atau kita menyewa rumah dengan segala kebutuhannya. Sebenarnya kami ada ruangan yang tidak terpakai hanya terbentur dengan aturan. Jadi kalau pasien datang, ya keluarga cari sendiri penginapan. Kami sering usul hanya belum ada jawaban sampai sekarang”
(Wawancara Mendalam KP2)

Sementara itu, sebagian Puskesmas yang sudah memiliki fasilitas rumah tunggu persalinan. Namun belum dikelola dengan baik. Berikut adalah kutipan wawancara:

“Rumah tunggu ada tapi seperti aula besar dan di dalam tidak isi apa-apa. Akhirnya jarang digunakan dan sekarang sudah dialihkan menjadi ruang rapat.
(Wawancara mendalam BD1)

“kami bentuk BPKM (Badan Peduli Kesehatan Masyarakat) yang beranggotakan kepala desa dan mereka menghasil rumah tunggu persalinan dan itu hasil kontribusi desa. Memang sih gedungnya gedung puskesmas tetapi desa kumpul uang untuk rehap dan isi di dalamnya”
(Wawancara Mendalam KP3)

Konsep rumah tunggu persalinan ini sebenarnya diadopsi dari beberapa negara yang telah lama mengembangkannya. Di negara-negara itu, rumah tunggu umumnya digunakan di daerah-daerah yang mengalami kesulitan dari sisi akses terhadap fasilitas kesehatan. Seperti di Zambia dan Ethiopiayang bertujuan untuk mengatasi keterlambatan dalam mencapai fasilitas kesehatan(Kaiser *et al.*, 2019).

Praktik rumah tunggu di Ethiopia sudah lebih dari tiga decade. Terdapat Sembilan fasilitas kesehatan yang terdapat di lima Negara bagian memiliki rumah tunggu persalinan. Rumah tunggu

yang dibangun dapat menampung 4 hingga 44 ibu hamil. Kondisi geografis desa yang sangat jauh dengan perjalanan ke rumah sakit sering kali memerlukan perjalanan bermil-mil dan ditempuh dengan berjalan kaki. Hal inilah yang mendorong Pemerintah setempat untuk mendirikan rumah tunggu. Durasi menginap bervariasi mulai dari 3-90 hari. Dari 9 rumah tunggu yang telah disediakan, terdapat 7 rumah tunggu yang mengharuskan klien untuk memenuhi kebutuhan makan mereka sendiri serta kayu bakar. Kelompok ibu hamil yang ditampung pada rumah tunggu ini adalah seksio sesaria, kehamilan ganda dan malpresentasi (Gaym, Pearson and Soe, 2012).

Di Timor Leste konsep rumah tunggu telah ada sejak tahun 2005. Pengembangan strategi rumah tunggu ini bertujuan untuk meningkatkan akses ke fasilitas kesehatan bagi wanita di daerah terpencil, dengan demikian dapat menurunkan angka kematian ibu yang tinggi. Ada dua rumah bersalin yang diujicobakan yaitu di Lospalos distrik Lautem dan di Same distrik Manufahi. Kehadiran rumah tunggu tersebut secara signifikan meningkatkan jumlah persalinan di fasilitas kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu (Wild *et al.*, 2012).

Peralatan Kesehatan dan Obat-obatan

Peralatan kesehatan dan obat-obatan merupakan salah satu unsur terpenting dalam sistem pelayanan kesehatan. Ada beberapa hal yang dikeluhkan oleh Puskesmas yang ada di wilayah Kabupaten Manggarai terkait peralatan kesehatan dan obat-obatan seperti masalah persediaan oksigen dan penggunaan beberapa alat kesehatan seperti yang disampaikan oleh partisipan dalam kutipan wawancara berikut:

“Kami sering kehabisan oksigen. Kadang saat merujuk tidak tersedia oksigen. Kalau kehabisan oksigen kami biasanya suruh pasien cari oksigen di bengkel. Nanti mereka bayar sendiri Obat-obatan juga kadang kurang.”
(Wawancara mendalam BD 1)

“Alat lengkap tapi ada beberapa alat yang tidak bisa kami gunakan seperti incubator. Dulu yang ikut pelatihan cara penggunaan alat-alat itu bukan bidan atau perawat. Dulu tenaga tidak sebanyak sekarang. Jadi yang pergi ikut pegawai yang tamat SMA. Nah mereka pulang mereka juga tidak bisa ajarkan cara penggunaan alat-alat itu. Kami juga tidak tahu apakah alatnya rusak atau seperti apa. Begitu juga oksigen.. ada sebenarnya oksigen listrik hanya karena tidak tahu cara penggunaannya akhirnya tidak digunakan sampai sekarang. Kami juga sering kawalahan saat rujuk pasien yang butuh oksigen misalnya..kalau sekali rujuk dua tiga orang tabung oksigen kami terbatas apalagi isi ulang oksigen harus ke Ruteng dan biasanya tunggu semua habis. Akhirnya oksigen listrik hanya sebagai hiasan. Apalagi sekarang banyak bantuan alat-alat kesehatan dari kementerian daerah tertinggal tapi itu

tadi hanya datang antar terus jelaskan singkat jadi susah juga. Untuk pembelanjaan alat-alat biasanya kami usulkan ke dinas tapi kadang kalau alat yang kita usulkan tidak semua puskesmas mengusulkan alat tersebut biasanya alatnya tidak dibeli karena biasanya pake tender sehingga mungkin tender rasa rugi kalau beli hanya sedikit (Wawancara mendalam PK2)

Kekurangan obat-obatan dan peralatan medis untuk kesehatan ibu merupakan tantangan yang dihadapi banyak sistem kesehatan di negara-negara berkembang. Hal ini tentu saja akan berdampak buruk bagi kualitas layanan kesehatan ibu yang bisa berujung pada kematian ibu (Mkoka *et al.*, 2014).

Di Kabupaten Manggarai, keterbatasan peralatan kesehatan dan obat-obatan sangat berpengaruh terhadap keberlangsungan pelayanan kesehatan. Banyak kasus non spesialisik yang terpaksa dirujuk karena minimnya peralatan yang seharusnya tersedia di puskesmas. Data tahun 2019 menunjukkan bahwa terdapat 200 kasus rujukan non spesialisik di Kabupaten Manggarai (Dinas Kesehatan Kabupaten Manggarai, 2019).

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian di Sukabumi yang mengungkapkan bahwa terdapat hubungan antara kecukupan obat dan alat kesehatan dengan tingginya rujukan kasus non spesialisik (Alawi, Junadi and Latifah, 2017).

Di Tanzania juga dilaporkan bahwa ketersediaan obat-obatan dan persediaan medis di fasilitas kesehatan dasar seperti Puskesmas masih belum pasti. Laporan penilaian Layanan Kesehatan Nasional yang dilakukan pada tahun 2006 menunjukkan bahwa hanya satu dari delapan fasilitas persalinan memiliki peralatan dasar dan persediaan medis untuk melakukan persalinan normal.

Sebuah penilaian baru-baru ini yang dilakukan di empat wilayah Tanzania telah menemukan bahwa oksitosin, obat yang penting dalam mencegah dan mengobati perdarahan pascapartum (PPH) tidak tersedia di sebagian besar fasilitas yang dikunjungi di wilayah Lindi dan Mtwara (Mkoka *et al.*, 2014)

Pembiayaan

Dalam peraturan gubernur tentang revolusi KIA pasal 15 dijelaskan bahwa biaya pelayanan kesehatan ibu dan bayi dalam rangka revolusi KIA dibebankan kepada APBN, APBD dan lembaga donor. Hal senada juga disampaikan oleh partisipan seperti kutipan wawancara berikut.

“untuk program revolusi KIA dana ada dari DAU kemudian dari APBN melalui dana DAK non fisik yaitu biaya operasional kesehatan. Untuk BOK dua tahun terakhir ini ada 20M tapi memang itu bukan semuanya untuk pelaksanaan revolusi KIA”
(Wawancara mendalam Kabid Kesmas)

“tidak ada anggaran khusus revolusi KIA. untuk biaya operasional seperti kegiatan promosi, perevetif, kegiatan bersama stakeholder itu semua diambil dari dana BOK. Kalau soal biaya saya pikir tidak ada kendala”

(Wawancara mendalam KP3)

“Anggaran untuk revolusi KIA itu sendiri berasal dari dana BOK dan DAK”

(Wawancara mendalam KP4)

Pada tahap pelaksanaan kebijakan ini di tingkat puskesmas dan Pustu, masih ditemukan persoalan seperti ibu hamil yang tidak memiliki jaminan kesehatan (BPJS) tetap dikenakan biaya loket dan biaya pemeriksaan laboratorium. Berikut kutipan wawancara dengan partisipan

“Untuk ibu hamil yang tidak punya kartu BPJS biasanya tetap ada biaya di loket Rp 5.000 dan biaya pemeriksaan laboratorium. Biasanya untuk biaya lab tergantung jenis pemeriksaannya paling mahal Rp 50.000. Sedangkan saat persalinan jika tidak punya kartu BPJS biasanya kami minta keluarga untuk urus SKTM”

(Wawancara mendalam BD3)

“ Semua pemeriksaan dari kehamilan sampai nifas dan bayi itu gratis. Nah untuk yang tidak punya jaminan kesehatan paling bayar loket Rp 5.000 dan biaya pemeriksaan lab”

(Wawancara mendalam BD4)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kebijakan revolusi KIA ini belum sepenuhnya berjalan dengan baik dari segi pembiayaan. Hal ini senada dengan hasil penelitian di Kabupaten Sabu Raijua Nusa Tenggara Timur yang

menunjukkan bahwa alokasi biaya untuk pelayanan kesehatan ibu sejak awal kehamilan sampai nifas tidak cukup (Dodo, Trisnantoro and Riyarto, 2012). Penelitian lain yang dilakukan Siswadi tahun 2009 di Lombok Tengah juga mengungkapkan hal yang sama bahwa alokasi biaya yang disediakan tidak cukup untuk mencapai target standar pelayanan minimal kesehatan ibu dan anak.

Dampak dari ketidakseriusan pemerintah terhadap pembiayaan ini adalah pertolongan persalinan oleh dukun. Di Manggarai sendiri, jumlah persalinan yang ditolong dukun dalam lima tahun terakhir mencapai 898 kasus (Dinas Kesehatan Kabupaten Manggarai, 2019). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di 42 negara miskin dan berkembang yang menunjukkan bahwa ada hubungan antara partisipasi pemerintah dalam pembiayaan layanan kesehatan ibu dan anak terhadap tingginya pemanfaatan dukun dalam pertolongan persalinan (Kruk *et al.*, 2007).

Pembiayaan merupakan salah satu unsur yang sangat berpengaruh terhadap keberlangsungan suatu program. Selain itu, kecukupan biaya juga sangat berpengaruh pada kinerja program kesehatan (Dodo, Trisnantoro and Riyarto, 2012).

PENUTUP

Ketersediaan fasilitas kesehatan memadai untuk mendukung revolusi KIA di Kabupaten Manggarai belum optimal. Hal ini dibuktikan dengan terbatasnya jumlah dokter, kualitas tenaga kesehatan yang belum memadai, dapat meningkatkan tidak tersedia rumah tunggu pada setiap fasilitas kesehatan, terbatasnya peralatan kesehatan dan belum optimalnya pembiayaan kesehatan. Oleh karena itu, dibutuhkan komitmen dari pemerintah Kabupaten untuk terus memperbaiki kualitas kesehatan ibu dan anak dengan meningkatkan jumlah dan kualitas tenaga kesehatan, menyediakan fasilitas rumah tunggu persalinan, mengadakan peralatan kesehatan yang dibutuhkan dan alokasi anggaran yang cukup.

DAFTAR PUSTAKA

- Aduo-Adjei, K., Emmanuel, O. and Forster, O. M. (2016) 'The Impact of Motivation on the Work Performance of Health Workers (Korle Bu Teaching Hospital): Evidence from Ghana', *Hospital Practices and Research*, 1(2), pp. 45–50. doi: 10.20286/hpr-010245.
- Alawi, M., Junadi, P. and Latifah, S. N. (2017) 'Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Tingginya Rujukan Kasus Non Spesialistik Pasien Jaminan Kesehatan Nasional pada Puskesmas di Kabupaten Sukabumi Tahun 2015', *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 2(1). doi: 10.7454/jurnal-eki.v2i1.1954.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Manggarai (2019) *Profil Kesehatan Kabupaten Manggarai*. Ruteng.
- Dinas Kesehatan Provinsi NTT (2009) *Pedoman Revolusi KIA Provinsi NTT*. Kupang: Dinas Kesehatan Provinsi NTT.
- Dodo, D. O., Trisnantoro, L. and Riyarto, S. (2012) 'Analisis Pembiayaan Program Kesehatan Ibu dan Anak Bersumber Pemerintah dengan Pendekatan Health Account', *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 01(1), pp. 13–23. Available at: <https://journal.ugm.ac.id/jkki/article/download/3071/2727>.
- Gaym, A., Pearson, L. and Soe, K. W. W. (2012) 'Maternity waiting homes in Ethiopia -three decades experience', *Ethiopian Medical Journal*, 50(3), pp. 209–219.
- Gile, P. P., Buljac-Samardzic, M. and Van De Klundert, J. (2018) 'The effect of human resource management on performance in hospitals in Sub-Saharan Africa: A systematic literature review', *Human Resources for Health*, 16(1), pp. 1–21. doi: 10.1186/s12960-018-0298-4.
- Indriyani, A. (2018) 'Jumlah Dokter Spesialis Masih Kurang', *Media Indonesia*.
- Irimu, G. W. *et al.* (2014) 'Factors influencing performance of health workers in the management of seriously sick children at a Kenyan tertiary hospital - participatory action research', *BMC Health Services Research*. BMC Health Services Research, 14(1), pp. 1–17. doi: 10.1186/1472-6963-14-59.
- Kaiser, J. L. *et al.* (2019) 'The effects of maternity waiting homes on the health workforce and

- maternal health service delivery in rural Zambia : a qualitative analysis'. *Human Resources for Health*, 7, pp. 1–12.
- Kementerian Kesehatan, R. I. (2019) *Human Resources for Health Country Profile: Indonesia*, Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.
- Kruk, M. E. *et al.* (2007) 'Health care financing and utilization of maternal health services in developing countries', *Health Policy and Planning*, 22(5), pp. 303–310. doi: 10.1093/heapol/czm027.
- Laksono, A. D., Ridlo, I. A. and Ernawaty, E. (2020) 'Distribution Analysis of Doctors in Indonesia', *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 8(1), p. 29. doi: 10.20473/jaki.v8i1.2020.29-39.
- Mkoka, D. A. *et al.* (2014) 'Availability of drugs and medical supplies for emergency obstetric care: Experience of health facility managers in a rural District of Tanzania', *BMC Pregnancy and Childbirth*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), pp. 1–10. doi: 10.1186/1471-2393-14-108.
- National Academy of Sciences (2013) *Reducing Maternal and Neonatal Mortality in Indonesia: Saving Lives Saving The Future*. Washington, DC: National Academies Press.
- Wild, K. *et al.* (2012) 'The tyranny of distance: maternity waiting homes and access to birthing facilities in rural Timor-Leste', *Bulletin of the World Health Organization*, 90(02), pp. 97–103. doi: 10.2471/BLT.11.088955.