

EVALUASI KEGIATAN PERAWATAN KESEHATAN KELUARGA RAWAN DI PUSKESMAS MERGANGSAN DAN MANTRIJERON KOTA YOGYAKARTA

EVALUATION OF RISK-FAMILIES CARE PROGRAMME AT MERGANGSAN AND MANTRIJERON
COMMUNITY HEALTH CENTRE IN YOGYAKARTA CITY

Wahyu Ratna¹, Suharyanto Supardi², Kristiani³

¹Akademi Keperawatan Departemen Kesehatan Yogyakarta

²Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, UGM, Yogyakarta

³Minat Kebijakan Manajemen Pelayanan Kesehatan, UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Public Health Nursing (PHN) is one of Public Health Centre (PHC) programmes that has not been evaluated specifically. According to new paradigm of Public Health Centre, PHN activity has big contribution to achieve Kecamatan Sehat 2005 (suburban Health 2005). Many factors cause PHN programmes failed, some studies reported that PHC nurses/midwives did not really realized their role in promotive and preventive activity instead of curative activity. The record and report systems also need investigation because the coverage has not been satisfying for years. The aim of this study is to evaluate the implementation of PHN programmes, including input, process, and output, specially risk-family and factors that influence the achievement of PHN activity in Mergangsan and Mantrijeron PHC in Yogyakarta, because those PHCs has the similarity in wide area but they very differ in the achievement although their region is very close.

Method: This study was an evaluative study with case study in Mergangsan and Mantrijeron PHC in Yogyakarta, using quantitative method. Data were analyzed descriptively. Data collection was done by interview and Discussion Focus Group with the head of PHC and nurses/midwives of PHC, observation of the documents and interview with risk-family that had ever got services from the PHC.

Results and Discussion: The results showed that the number of nurses/midwives in Mergangsan PHC was bigger than that in Mantrijeron PHC. The nurses/midwives who had got training in Mergangsan was 47,05% and in Mantrijeron was 28,57%. Budgeting in Mantrijeron PHC was better than that in Mergangsan. In the process of activity, Mantrijeron PHC made a plan and their staff including the doctors. Were distributed evenly in their area of coverage, Mergangsan PHC did not monitor; they thought that PHN was not the main activity, so they would do if they had time. So the outputs of those PHCs differed. Unfortunately in Mantrijeron PHC the process of nursing services and documentation were not match the standard because of limiting time, money, and human resources. Staffs thought that their main job was in out patients clinic (curative not promotive and preventive), the activity of nutrition, child and motherhood, TB prevention programme and diarrhoe were not include in activity of PHN/risk family because the budgeting and recording/reporting systems were different.

Summary: The coverage of those PHC were strongly influenced by style of leadership and the intensive of those PHC that were different. Perception of the staff of PHC toward PHN needed improvement by refreshing, many programmes in PHC caused the staffs confused.

Keywords: Evaluation, PHN, risk-family, PHC

PENGANTAR

Dalam rangka mewujudkan visi "Indonesia Sehat Tahun 2010," Departemen Kesehatan telah menetapkan 4 misi pembangunan dibidang kesehatan. Yang merupakan inti dari program kegiatan perawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas) di Puskesmas adalah misi kedua dan keempat yaitu mendorong kemandirian masyarakat

untuk hidup sehat; memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat beserta lingkungannya. Sejalan dengan adanya otonomi daerah dan visi "Kecamatan Sehat Tahun 2005", sudah selayaknya semua program kesehatan yang ada di Puskesmas dievaluasi kembali.

Perawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas) sebagai salah satu kegiatan pokok Puskesmas mempunyai tujuan untuk meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengatasi masalah keperawatan kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal, dengan dipahaminya pengertian hidup sehat dan sakit, meningkatkan kemampuan individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat untuk melaksanakan keperawatan dasar, tertanganinya keluarga rawan yang memerlukan pembinaan dan pelayanan keperawatan; terlayannya kelompok khusus atau panti yang memerlukan pembinaan dan pelayanan keperawatan; terlayannya kasus-kasus yang memerlukan tindak lanjut dan pelayanan keperawatan, termasuk kasus risiko tinggi yang memerlukan pelayanan keperawatan di Puskesmas dan di rumah. Dengan sasaran prioritas difokuskan kepada keluarga rawan.¹ Yang dimaksud dengan keluarga rawan yaitu keluarga yang mempunyai masalah kesehatan atau yang potensial terhadap timbulnya masalah kesehatan.²

Peran perawat di Puskesmas dalam mencapai visi tersebut adalah penekanan lebih besar kepada kegiatan promotif dan preventif, serta peningkatan pergerakan peran masyarakat atau swasta untuk pembangunan berwawasan kesehatan melalui kecamatan sehat ditingkat kecamatan dengan kerja sama lintas sektor.³

Pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas) disuatu wilayah Puskesmas dilaksanakan oleh semua tenaga kesehatan secara koordinatif. Perawat dan bidan di Puskesmas sebagai pelaku utama kegiatan Perkesmas belum semua memahami dengan baik tugas dan fungsinya sebagai perawat Puskesmas. Sutoto⁴ dan Tristiana⁵ menyimpulkan ada perbedaan kinerja perawat dan pengetahuan perawat setelah mendapat pelatihan asuhan keperawatan di rumah sakit dan Puskesmas, sedangkan menurut Pitoyo⁶, faktor dominan yang mempengaruhi kinerja perawat Puskesmas dalam melakukan Perkesmas adalah kemampuan, pelatihan, motivasi, gaya kepemimpinan, dan kompensasi. Perawat yang bekerja di Puskesmas lebih banyak mengerjakan diagnosis dan pengobatan (terapi) daripada yang seharusnya yaitu perawatan.⁷

Sejak tahun 1997 Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta telah melatih perawat atau bidan Perkesmas sebanyak 90 orang (53,8%). Kegiatan Perkesmas itu sendiri dibiayai oleh berbagai sumber, antara lain: Dana Operasional Puskesmas (DOP), JPKM untuk anggota, dan JPS-BK untuk keluarga miskin.

Berdasarkan evaluasi rutin yang dilakukan setiap tahun melalui kegiatan stratifikasi

Puskesmas dari tahun 1997 sampai dengan 1999, jika dilihat dari persentase pencapaian kegiatan Perkesmas terdapat 8 Puskesmas di atas 90%, bahkan ada 5 Puskesmas mencapai di atas 100%, 5 Puskesmas berikutnya di bawah 90%. Tetapi untuk cakupan kegiatan keluarga rawan sebagai prioritas program Perkesmas tidak terlihat angka-angka yang khusus, sedangkan Puskesmas Mergangsan dan Mantrijeron di Kota Yogyakarta adalah dua Puskesmas yang mempunyai wilayah berdekatan dengan jumlah kalurahan dan situasi penduduknya sama, tetapi dalam pencapaian kegiatan setiap tahunnya sangat berbeda.

Untuk mengadakan evaluasi program harus melihat faktor-faktor *input*, proses, dan *output* yang ketiganya saling berkaitan.⁸ Evaluasi dalam program kesehatan pada umumnya ada dua yaitu evaluasi kuantitatif dan kualitatif.⁹ Evaluasi kuantitatif penguraian dilakukan dalam jumlah kegiatan yang telah dilaksanakan, sedangkan evaluasi kualitatif dipusatkan pada tiga dimensi yaitu: 1) sumber-sumber yang berhubungan dengan tenaga, bahan, biaya, pedoman atau cara kerja; 2) proses adalah kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai tujuan atau tindakan keperawatan; 3) hasil yaitu akibat dari keperawatan. Evaluasi membutuhkan perbandingan dan pencapaian pelayanan atau prosedur dengan standar, baik secara absolut maupun komparatif.¹⁰ Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan suatu program adalah *input*, yaitu: 1) sumber daya manusia (SDM) yaitu seberapa jauh kemampuan pengetahuan dan keterampilan, sikap, dan motivasi dari SDM yang mengelolanya; 2) pendanaan atau pembiayaan yang membiayai suatu program itu dapat berjalan. Baik yang bersumber dari swadaya masyarakat itu sendiri maupun yang bersumber dari pemerintah; 3) metodologi atau cara pelaksanaan suatu kegiatan sehingga dapat dilaksanakan oleh petugas; 4) bahan atau materi yang dipergunakan untuk alat pengumpul dan pengolah data, sedangkan dalam proses kegiatan itu sendiri adalah mencakup kegiatan: perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan. *Output* adalah keluaran yaitu cakupan perawatan kesehatan keluarga rawan yaitu 80% keluarga rawan terlayani, serta seberapa jauh pengetahuan keluarga rawan tentang perawatan keluarganya sebagai akibat dari perawatan kesehatan yang diberikan. Dalam sistem perawatan kesehatan adalah pelayanan yang dapat memberi dampak yang berbeda-beda terhadap status kesehatan hasil.¹¹

Kegiatan keperawatan yang diberikan merupakan suatu proses asuhan yang diberikan kepada klien dengan standar praktik yang ditetapkan secara profesional atau dikenal dengan

standar praktik keperawatan. Lima langkah proses keperawatan yaitu: a) pengkajian; b) diagnosis keperawatan; c) perencanaan; d) implementasi; dan e) evaluasi.¹² Pencapaian standar perawatan dicerminkan pada rencana asuhan keperawatan dan catatan keperawatan karena dibuat oleh perawat secara eksplisit menguraikan intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien berdasarkan masalah yang telah diidentifikasi dan hasil yang diharapkan.

Pengelolaan Perkesmas di Puskesmas diselenggarakan sesuai dengan perangkat manajemen Puskesmas yang merupakan kegiatan mikroplanning sebagai perencanaan, mini lokakarya sebagai penggerakan pelaksanaan, dan stratifikasi Puskesmas sebagai alat evaluasi diakhir tahun.¹³ Dalam perencanaan langkah-langkah yang ditempuh adalah: 1) kegiatan pengumpulan data umum dan kesenjangan pelayanan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas; 2) menetapkan masalah Perkesmas dan prioritasnya; 3) menetapkan upaya penanggulangnya; 4) menetapkan sasaran dan target kegiatan Perkesmas. Partisipasi masyarakat harus diikutsertakan dalam mengidentifikasi permasalahan kesehatan masyarakat, kemudian mereka dapat mempengaruhinya.¹⁴ Hal ini untuk memaksimalkan pencapaian tujuan kesehatan masyarakat. Dalam menetapkan sasaran dan target sesuai dengan pedoman perawatan kesehatan masyarakat Depkes RI 1993¹³ yaitu untuk keluarga rawan diperkirakan 15% dari jumlah penduduk (sensus 1990), sedangkan untuk penggerakan pelaksanaan melalui kegiatan lokakarya mini adalah: 1) pembagian wilayah daerah binaan keperawatan; 2) koordinasi lintas program dan lintas sektoral ditindaklanjuti dengan rapat bulanan ditingkat kecamatan, serta koordinator Perkesmas mengadakan koordinasi dan pemantauan kegiatan; 3) peningkatan pengetahuan dan keterampilan petugas; 4) penggerakan peran serta masyarakat melalui bimbingan dan pembinaan kader, tokoh masyarakat, dukun bayi; 5) dimungkinkan pengembangan atau inovasi program. Untuk kegiatan pengawasan, pengendalian, dan penilaian kegiatannya adalah: 1) pencatatan kegiatan; 2) pelaporan kegiatan dengan menggunakan format pelaporan tribulanan; 3) pemantauan kegiatan dilaksanakan tiap bulan dengan rapat koordinasi; 4) penilaian kegiatan dengan pedoman stratifikasi Puskesmas yang dilaksanakan setiap tahun.

Dengan demikian masalah penelitian ini adalah bagaimanakah *input*, proses, *output* program Perkesmas serta proses asuhan keperawatan kesehatan keluarga rawan di Puskesmas Mergangsan dan Puskesmas Mantrijeron Kota Yogyakarta?, sedangkan tujuan penelitian adalah mengetahui bagaimana keadaan *input* yang meliputi petugas, biaya atau dana, sarana; bagaimana proses (perencanaan, penggerakan pelaksanaan, dan pemantauan serta pencatatan dan pelaporannya); dan *output* kegiatan (cakupan program, dengan target 80% keluarga rawan terlayani), pengetahuan perawatan sederhana keluarga tentang penyakit yang diderita keluarganya serta faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan program di kedua Puskesmas tersebut.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Jenis penelitian ini merupakan penelitian evaluatif untuk mengevaluasi pelaksanaan program Perkesmas khususnya keluarga rawan di Puskesmas Mantrijeron dan Puskesmas Mergangsan Kota Yogyakarta. Penelitian ini merupakan studi kasus dengan menggunakan metode kualitatif. Bahan penelitian merupakan data primer yang didapat dari hasil wawancara setengah terstruktur dengan petugas Perkesmas, koordinator Perkesmas di kedua Puskesmas tersebut; Diskusi Kelompok Terarah (DKT) terhadap kepala Puskesmas, koordinator Perkesmas di Puskesmas dan di Dinas Kesehatan Kota, sedangkan untuk data hasil perawatan terhadap keluarga rawan akan dilakukan wawancara tidak terstruktur kepada anggota keluarga tentang pengetahuan keluarga terhadap perawatan keluarga mereka yang sakit secara sederhana sesuai dengan masing-masing kasus. Kemudian data sekunder dari dokumentasi tentang keperawatan keluarga rawan yang telah dibina, diambil sampel masing-masing daerah binaan satu keluarga.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. *Input*

Dari hasil wawancara, DKT, dan yang dilakukan terhadap Kepala Puskesmas, Perawat atau Bidan Perkesmas, Koordinator Perkesmas di Puskesmas maupun di Dinas Kesehatan Kota, serta pengamatan terhadap dokumentasi yang ada, terutama untuk data *input* dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Hasil Penelitian terhadap Input Kegiatan Perawatan Kesehatan Keluarga Rawan di Puskesmas Mergangsan dan Mantrijeron Yogyakarta Tahun 2000

| Variabel | Puskesmas Mergangsan | Puskesmas Mantrijeron |
|---|--|--|
| Tenaga: | | |
| Jumlah perawat atau bidan | 17 orang | 7 orang |
| Telah pelatihan | 8 orang (47,05%) | 2 orang (28,57%) |
| Pendidikan SPK | 17 orang (100%) | 6 orang (85,7%) |
| Pendidikan D3 | 0 | 1 orang (14,3%) |
| Koordinator Perkesmas | ada, tidak dibuat surat penunjukan. | ada, tidak dibuat surat penunjukan. |
| Biaya atau Dana: | | |
| Transport petugas | Tidak ada, tidak tahu | Ada, berbagai sumber. |
| Obat-obatan | Ada di Puskesmas | Ada, di Puskesmas |
| Alat tulis kantor (buku Pencatatan, pelaporan) | Pernah ada, tapi sudah lama habis, tidak tersedia | Ada, bila habis disediakan Puskesmas. |
| Buku Pedoman | Pernah membaca, tapi sekarang tak tahu dimana | Pernah membaca, sekarang disimpan dilemari perpustakaan, tidak sempat membaca. |
| Formulir pelaporan | Tidak punya, dan tidak Diperbanyak lagi | Punya, bila habis diperbanyak oleh Puskesmas. |

- a. Petugas: jumlah petugas perawat atau bidan di Puskesmas Mergangsan 17 orang, 47,05% telah mendapat pelatihan Perkesmas, sedangkan Puskesmas Mantrijeron jumlah tenaga sebanyak 7 orang; yang telah mendapatkan pelatihan sebanyak 2 orang (28,57%). Jumlah yang telah dilatih diseluruh Puskesmas Kota Yogyakarta sebanyak 90 orang (53,89%), dari jumlah perawat yang ada.
- b. Anggaran yang ada untuk kegiatan Perkesmas di Puskesmas Mantrijeron selain dari dana operasional Puskesmas, juga berasal dari JPKM dan JPS-BK yang dianggarkan untuk transport petugas maupun blangko pencatatan dan pelaporan bagi Puskesmas Mantrijeron, sedangkan di Puskesmas Mergangsan petugas tidak mengetahui adanya dana tersebut karena tidak pernah diberi, baik untuk transport maupun untuk blangko atau formulir pencatatan dan pelaporan. Dari anggaran lain misalnya P2TB, diare, gizi, juga menganggarkan, dan untuk kegiatan baik transport petugas, obat, maupun formulir, tetapi dilaksanakan oleh petugas masing-masing dengan sistem pelaporan sendiri.
- c. Buku Pedoman Perkesmas maupun Buku Pedoman Stratifikasi Puskesmas yang merupakan buku pegangan petugas, di Puskesmas Mergangsan tidak diketemukan; sedangkan di Puskesmas Mantrijeron buku tersebut di lemari petugas, hanya tidak sempat mempelajarinya lebih mendalam.
- d. Formulir pelaporan di Puskesmas Mantrijeron tersedia, meskipun harus diperbanyak sendiri oleh Puskesmas karena persediaan dari Dinas Kesehatan terbatas, sedangkan untuk Puskesmas Mergangsan petugas merasa tidak disediakan atau sudah lama tidak ada karena sering memperbanyak sendiri dengan biaya sendiri.

2. Hasil penelitian tentang proses

Tabel 2. Hasil Penelitian terhadap Proses Kegiatan Perkesmas di Puskesmas Mergangsan Mantrijeron Yogyakarta Tahun 2000

| Variabel | Puskesmas Mergangsan | Puskesmas Mantrijeron |
|---|--|--|
| Perencanaan: | | |
| Rencana kerja tahunan | Tidak tahu, tidak ada | Ada, disusun bersama. |
| Rencana kerja bulanan | Tidak tahu, tidak punya | Ada, disusun pada rapat bulanan, tidak lengkap. (target, dan penanggung jawab ada, dana tidak ditulis) |
| Penggerakan pelaksanaan program: | | |
| Pembagian wilayah binaan | Tidak dilaksanakan, pernah ada pada tahun sebelumnya. (60 RW). tidak punya | Ada, 13 daerah binaan (52 RW) |
| Surat tugas | | ada, untuk koordinator daerah binaan; untuk koordinator Perkesmas belum punya |
| Pelaksanaan kunjungan rumah | Dilaksanakan hanya sesempatnya, pagi hari | Dilaksanakan, sore atau siang hari |
| Pola asuhan keperawatan | Tidak dilaksanakan | Pernah melaksanakan, sekarang tidak |
| Koordinasi petugas lain | Ada: gizi, KIA | Ada, lintas program, lintas sektor |
| Rujukan kasus | | Ada, lewat kepala Puskesmas |
| Pencatatan kegiatan | Antarprogram ada, antarsektor tidak ada Tidak ada | Ada, tidak lengkap |
| Pemantauan: | | |
| Buku catatan | Punya, tapi tidak diketemukan Ada, tidak lengkap | Punya setiap petugas, tetapi tidak lengkap. |
| Laporan kegiatan bulanan, tahunan | Tidak ada | Ada, lengkap |
| Rapat koordinasi | | Ada lintas program, dan lintas sektor |

a. **Perencanaan program:** petugas Puskesmas Mergangsan merasa tidak tahu cara menentukan target sasaran maupun penyusunan perencanaan tahunan, bulanan, demikian pula tentang alokasi anggaran. Bahkan petugas ada yang mengatakan belum paham apa yang disebut keluarga rawan, selama ini kasus bumil risti dianggap tidak termasuk keluarga rawan. Untuk pembagian daerah binaan pernah dilaksanakan tetapi untuk tahun 2000 tidak dilaksanakan, sedangkan Puskesmas Mantrijeron melaksanakan perencanaan untuk kegiatan Perkesmas 3 bulan sekali dengan data berasal dari kader dan kegiatan dalam gedung. Hanya masalahnya kader sendiri belum paham apa yang disebut keluarga rawan dan Perkesmas. Untuk perencanaan tahunan belum dianggarkan alokasinya, sedangkan pembagian daerah binaan terdapat 13 daerah binaan atau setiap petugas mendapat 4 RW atau sekitar 200-300 kepala keluarga. Karena keterbatasan tenaga sehingga yang menjadi koordinator daerah binaan tidak hanya perawat atau bidan saja, tetapi juga dokter gigi, dokter kepala Puskesmas, perawat gigi, petugas

laboratorium, dan penyuluh kesehatan masyarakat. Menurut Kepala Puskesmas Mantrijeron, petugas dan kader perlu diberi pelatihan untuk menyamakan persepsi tentang keluarga rawan, karena ternyata masih banyak petugas yang tidak tahu apa yang disebut keluarga rawan. Masing-masing petugas merasa masih ditambah pekerjaan lain misalnya UKS, Posyandu, imunisasi, pencegahan penyakit, dan lain-lain. Penunjukan koordinator Perkesmas secara lisan sehingga yang bersangkutan tidak merasa menjadi koordinator Perkesmas.

b. **Penggerakan pelaksanaan:** Petugas Puskesmas Mergangsan mengaku tidak melaksanakan pengumpulan dan pengkajian data sesuai pola asuhan keperawatan. Setiap implementasi atau intervensi dilaksanakan hanya sepintas saja, dicatat dalam buku hanya intervensinya saja, tetapi tidak semua kasus diintervensi, hanya seperlunya saja, dan hanya di lakukan oleh satu orang petugas, sedangkan lainnya tidak melaksanakan. Bila perlu rujukan langsung dirujuk kepetugas lain, misal gizi, atau KIA, juga tanpa catatan. Setiap intervensi petugas mengaku melibatkan anggota

keluarga. Pertemuan lintas program maupun lintas sektoral tidak dilaksanakan.

Petugas Puskesmas Mantrijeron mengaku tidak melaksanakan pengkajian sesuai pola asuhan keperawatan karena tidak sempat. Pengkajian dilakukan secara sederhana dan dicatat dalam buku catatan kunjungan rumah yang dimiliki oleh masing-masing petugas. Yang tercatat adalah: identitas pasien, diagnosis klinis, dan intervensi yang diberikan. Bila ada rujukan dikonsultasikan terlebih dahulu kepada dokter kepala Puskesmas yang nantinya akan menentukan rujukan tersebut ke mana. Setelah kegiatan intervensi dicatat dalam buku catatan kunjungan kemudian oleh koordinator Perkesmas dikelompokkan ke dalam catatan menurut jenis penyakit, misalnya DM, jiwa, hipertensi, dan lain-lain. Dalam rapat bulanan lintas program maupun lintas sektoral juga dibicarakan tentang kasus-kasus yang perlu penanganan bersama.

- c. **Pemantauan kegiatan:** Puskesmas Mergangsan dan Puskesmas Mantrijeron melaksanakan secara serentak pada saat pembuatan laporan stratifikasi Puskesmas. Semua data dikumpulkan kepada seorang petugas yang ditunjuk oleh kepala Puskesmas untuk mengolah datanya menjadi laporan stratifikasi Puskesmas. Di Puskesmas Mergangsan petugas yang tidak ditunjuk mengelola laporan stratifikasi merasa tidak tahu cara menghitung target dan sasaran stratifikasi Puskesmas. Petugas mengaku tidak ada laporan bulanan atau tiga bulanan, sedangkan untuk Puskesmas Mantrijeron data kegiatan dilaporkan tiap bulan kepada koordinator Perkesmas kemudian dicatat dalam buku register Perkesmas dan dikelompokkan dalam masing-masing kasus. Bila akan merujuk harus konsultasi dengan dokter dan dibicarakan dengan keluarga atau kader setempat untuk kemungkinan-kemungkinan penanganannya.

3. Output Kegiatan Perkesmas

Cakupan pencapaian kegiatan pembinaan keluarga rawan di Puskesmas Mergangsan dan Puskesmas Mantrijeron Kota Yogyakarta tahun 2000 sesuai Tabel 3.

Tabel 3. Pencapaian Hasil Kegiatan Perkesmas Keluarga Rawan Puskesmas Mergangsan dan Mantrijeron Kota Yogyakarta Tahun 2000

| Kegiatan pembinaan keluarga rawan | Puskesmas Mergangsan | Puskesmas Mantrijeron |
|-----------------------------------|----------------------|-----------------------|
| Jumlah keluarga rawan | 1589 kk | 1987 kk |
| Kasus TB | 5 | 74 |
| Kasus jiwa | 0 | 68 |
| Balita Gizi buruk (BGM) | 12 | 67 |
| Bumil risti dan menyusui | 11 | 170 |
| Kusta | 0 | 1 |
| Sanitasi lingkungan rumah jelek | 531 | 733 |
| Penderita DHF | 0 | 28 |
| Pemantauan jentik dirumah | 140 | 300 |
| Pascastroke | 0 | 14 |
| Follow up care | 0 | 80 |
| Jumlah keluarga yang dilayani | 699 | 1.535 |
| Persentase pencapaian | 43,98% | 77,25% |

Sumber data: Puskesmas Mergangsan dan Mantrijeron Yogyakarta

- a. Pembahasan *output*: dari Tabel 3 kegiatan di atas, terlihat bahwa di Puskesmas Mergangsan untuk kegiatan yang bukan dipegang petugas Perkesmas masih tetap berjalan, seperti: Gizi, KIA, dan sanitasi karena memang sistem pendanaan dan pelaporannya berbeda. Sementara untuk kegiatan yang murni dipegang oleh petugas Perkesmas tidak didapat data karena yang dikerjakan adalah kegiatan di gedung Puskesmas saja dan kunjungan rumah tidak dilaksanakan.

Pada Puskesmas Mantrijeron semua kegiatan dapat berjalan namun ada beberapa kegiatan yang tidak tahu bahwa kegiatan tersebut masuk Perkesmas karena data masih dipegang oleh petugas yang bersangkutan seperti: DHF, sanitasi, TB, sehingga belum terkoordinir di petugas Perkesmasnya.

Dari pencapaian di kedua Puskesmas tersebut terlihat bahwa Puskesmas Mergangsan masih jauh dari target 80% (43,98%), sedangkan Puskesmas Mantrijeron hampir mencapai target 80% (77,25%).

- b. Untuk melihat kualitas asuhan keperawatan berdasarkan catatan perawat dan pengetahuan keluarga pasien di Puskesmas Mergangsan tidak ada dokumennya dan tidak bersedia menyediakan sampel keluarga rawan untuk diwawancarai, sedangkan Puskesmas

Mantrijeron hanya satu orang perawat yang membuat dokumen keperawatan yang sesuai dan lainnya tidak membuat karena tidak sempat. Setelah dilakukan peninjauan kepada keluarga rawan sebanyak 7 keluarga binaan dan dilakukan wawancara, keluarga pasien telah mengadakan perawatan sederhana kepada anggota keluarga yang sakit dan mereka mengetahui apa yang harus dilaksanakan baik pengobatan maupun perawatannya.

Sayangnya untuk pengobatan sakit jiwa Puskesmas mengalami kekurangan obat, sehingga keluarga penderita sempat berobat alternatif untuk mengatasinya meskipun tidak sembuh.

Keberhasilan kegiatan Puskesmas Mantrijeron tidak didokumentasikan sesuai langkah-langkah proses asuhan keperawatan. Buku catatan yang ada hanya mencatat nama, alamat, diagnosis klinis, intervensi yang diberikan, tanggal kunjungan, dan nama petugas. Hal ini menyita waktu, tenaga, dan biaya. Sementara itu, keadaan di lapangan tidak memungkinkan apalagi hal ini tidak mendapat dukungan dari pimpinan Puskesmas.

4. Faktor pendukung dan penghambat

- a. Faktor pendukung: berdasarkan pengamatan di lapangan ternyata faktor gaya kepemimpinan kepala Puskesmas sangat mempengaruhi keberhasilan program di kedua Puskesmas tersebut. Terlihat di Puskesmas Mantrijeron adanya dukungan dan peran serta aktif dari pimpinan Puskesmas serta dana yang tersedia membuat petugas semangat untuk bekerja.
- b. Faktor penghambat: adanya persepsi dari petugas tentang tugas dan fungsi perawat di Puskesmas serta pemahaman tentang program Perkesmas yang keliru, sehingga petugas merasa Perkesmas adalah tugas sampingan. Kemudian ada kegiatan lain yang dibiayai oleh dana atau anggaran berbeda dengan sistem pencatatan dan pelaporan yang tersendiri padahal sesungguhnya termasuk kegiatan Perkesmas.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Jumlah tenaga dan pelatihan Perkesmas yang telah diterima petugas Perkesmas tidak mempengaruhi keberhasilan program Perkesmas di Puskesmas Mergangsan dan Mantrijeron Kota Yogyakarta, tetapi dipengaruhi oleh koordinasi dan partisipasi langsung pimpinan Puskesmas.

2. Anggaran dan fasilitas pencatatan atau pelaporan yang tersedia di Puskesmas Mergangsan belum dioptimalkan seperti Puskesmas Mantrijeron, sehingga petugas Puskesmas Mantrijeron lebih semangat dalam melaksanakan kegiatannya.
3. Proses kegiatan pelaksanaan Perkesmas khususnya perawatan keluarga rawan di kedua Puskesmas tersebut belum dapat dilihat sebagai prioritas program karena tidak adanya perhitungan target sasaran yang sesungguhnya dan tersendiri. Pemahaman petugas termasuk pimpinan Puskesmas terhadap program Perkesmas tidak sesuai, serta pemantauan kegiatan dan evaluasi program dengan menggunakan stratifikasi Puskesmas tidak mencerminkan informasi yang sesungguhnya.
4. Banyaknya program di Puskesmas serta sistem anggaran dan pelaporan yang tersendiri atau berbeda, membingungkan petugas di lapangan, dan menjadikan program berjalan sendiri-sendiri.
5. Perawat atau bidan belum paham tugas dan fungsinya di Puskesmas, sehingga menafsirkan tugas utama mereka adalah di pengobatan, bukan preventif dan promotif.
6. Kegiatan Perkesmas di Puskesmas Mantrijeron sebenarnya telah berjalan baik dilihat dari adanya partisipasi masyarakat atau kader dan keluarga rawan yang aktif, namun belum berdasarkan standar proses dan dokumentasi yang sesuai dengan pola asuhan keperawatan keluarga. Sistem pendokumentasian asuhan keperawatan banyak menyita waktu dan dana sementara belum mendapatkan dukungan fasilitas.
7. Faktor pendukung keberhasilan program Perkesmas di Puskesmas Mantrijeron adalah adanya kepedulian Pimpinan Puskesmas terhadap program Perkesmas.
8. Faktor penghambat yang dihadapi Petugas Puskesmas Mergangsan adalah gaya kepemimpinan Puskesmas, sedangkan secara umum untuk kedua Puskesmas tersebut faktor penghambatnya adalah adanya persepsi tentang kegiatan Perkesmas serta tugas dan fungsi perawat Puskesmas yang keliru.

Saran

1. Kepada Pimpinan Puskesmas.
 - a. Perlu dilakukan pelatihan atau kalakarya kepada semua petugas yang terlibat agar dapat menyamakan persepsi tentang Perkesmas termasuk koordinasi program lain seperti: TB, diare, KIA, kesling, gizi

- bahwa semua harus dilaporkan menjadi satu dengan kegiatan Perkesmas bila ada kegiatan-kegiatan yang ternyata masuk, di samping laporan kegiatan secara masing-masing.
- b. Pengawasan dengan cara partisipasi seperti yang dilakukan Pimpinan Puskesmas Mantrijeron sangat efektif untuk pencapaian program, mengingat keterbatasan dana dan sarana, apalagi bila ada kasus-kasus yang harus dirujuk.
 - c. Agar mengadakan evaluasi program Perkesmas tersendiri selain evaluasi tahunan (stratifikasi Puskesmas) agar lebih terlihat pencapaian program Perkesmas khususnya keluarga rawan.
2. Untuk Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta.
 - a. Perlu mempertimbangkan alokasi anggaran yang lebih baik untuk program Perkesmas, mengingat untuk mencapai "Yogyakarta Sehat 2005" kegiatan Perkesmas mempunyai kontribusi yang cukup strategis.
 - b. Perlu mengadakan inventarisasi tenaga paramedis dengan berbagai aspek untuk pemerataan kualitas dan kuantitas tenaga sesuai dengan kebutuhan dan beban kerja Puskesmas.
 - c. Perlu menyusun target sasaran di tingkat Kota Yogyakarta agar lebih mendekati keadaan sesungguhnya, sambil mengadakan usul kepada Departemen Kesehatan untuk meninjau ulang masing-masing program yang ada di Puskesmas kaitannya dengan Perkesmas termasuk sistem pelaporannya, sesuai dengan visi dan misi Puskesmas saat ini.
 - d. Perlu mengadakan evaluasi kegiatan Perkesmas diseluruh Puskesmas Kota Yogyakarta, mengingat hal ini belum pernah dilakukan dan menyamakan persepsi termasuk di antara pimpinan Puskesmas sendiri.
 3. Untuk Institusi Pendidikan Keperawatan terutama yang menggunakan lahan praktik di Puskesmas:
 - a. Agar mensosialisasikan hasil praktik kepada Puskesmas lahan praktik, termasuk saran dan upaya-upaya yang perlu ditingkatkan untuk kegiatan Perkesmas.
 - b. Perlu dipikirkan sistem dokumentasi keperawatan yang sesuai dan tepat untuk pelaksanaan Perkesmas di Puskesmas.
 4. Untuk Departemen Kesehatan RI:
 - a. Perlu ditinjau lagi atau disederhanakan program-program yang ada di Puskesmas dalam rangka mencapai Kecamatan Sehat. Cukup dengan kegiatan pengobatan dan perawatan saja, sehingga dana yang ada akan lebih terkonsentrasi lagi dan tidak membuat bingung petugas di lapangan.
 - b. Perlu ditinjau ulang sistem pencatatan dan pelaporan Puskesmas yang masih sendiri-sendiri dan penghitungan pencapaian Perkesmas berdasar Pedoman Perkesmas dengan Pedoman Stratifikasi Puskesmas yang tidak sesuai.

KEPUSTAKAAN

1. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Perawatan Kesehatan Masyarakat Seri C, Petunjuk Teknis Perawatan Kesehatan Masyarakat Sasaran Individu dan Keluarga. Jakarta, 1997.
2. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Kerja Puskesmas Jilid I, Jakarta B-2. 1997/1998.
3. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Direktorat Binkesmas. Peran dan Fungsi Perawat yang Diharapkan dalam Pelayanan Kesehatan Masyarakat. Makalah Seminar Musyawarah Nasional Persatuan Perawat Nasional. Bandung 13 April 2000.2000.
4. Sutoto. Dampak Pelatihan Asuhan Keperawatan Terhadap Kinerja Perawat di RSUD Banyumas. Tesis. Pascasarjana PS-IKM. UGM. Yogyakarta.1996.
5. Tristiana,N., Survy Pengetahuan dan Sikap Perawat Puskesmas Mengenai Program Perawatan Kesehatan Masyarakat di Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Skripsi S1. PSIK-FK UGM. Yogyakarta. 2000.
6. Pitoyo,A., Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Perawat dalam Melaksanakan Perawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas di Kabupaten Dati II Semarang. Tesis S2. Pascasarjana PS-IKM UGM. Yogyakarta 2000.
7. Sciortino,R. Care-Takers of Care an Athropological Study of Health Center Nurses in Rural Central Java. UGM Press. Yogyakarta.1995.
8. Donabedian, A., Aspects of Medical Care Administration, Specifying Requirements for Health Care. Harvard University Press. USA. 1979.

9. Bailon, S.G., Maglaya, A., Family Health Nursing. The Process. Up College of Nursing, Dilliman, Quezon City Phillipiness. 1978.
10. Leger, St., A.S., Schenieden, H., Walsworth-Bell, J.P., Evaluating Health Services Effectiveness. A Guide for Health Professionals, Service Managers and Policy Makers. Open University Press. 1993.
11. Rienke, W.A., Penerjemah Trisnantoro, L., dan Riyarto, S., Perencanaan Kesehatan untuk Meningkatkan Efektivitas Manajemen. Gajah Mada University Press. Yogyakarta. 1994.
12. Allen, C.V., Alih Bahasa Effendy, C., Memahami Proses Keperawatan dengan Pendekatan Latihan. EGC. Jakarta.
13. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Perawatan Kesehatan Masyarakat Seri A. Petunjuk Pelaksanaan di Puskesmas 3. Jakarta. 1993.
14. Tarin, E.U., dan Thunhurst, C., Community Participation with Provider Collaboration. World Health Forum. An International Journal of Health Development. WHO. Geneva. 1998.