Oktober 2020

PEMBELAJARAN 2 TAHUN PROGRAM PENCERAH NUSANTARA DI PUSKESMAS SEGET, SORONG, PAPUA BARAT

Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives

Pembelajaran 2 Tahun Intervensi Pencerah Nusantara di Puskesmas Seget, Sorong, Papua Barat

2020 CISDI

Tim Penyusun:

Nurmalasari
Ummyatul Hajrah
Adila Saptari
Sofwatun Nida
Adrianna Bella
Siska Verawati
Egi Abdulwahid
Ika Kartika Febriana

Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives. 2020. Keberlanjutan Program: Pembelajaran 2 Tahun Intervensi Pencerah Nusantara di Puskesmas Seget, Sorong, Papua Barat. CISDI: Jakarta.

KATA PENGANTAR

Mitra Pencerah Nusantara yang terhormat,

Pencerah Nusantara telah beraksi sejak 2012 dengan mimpi besar mewujudkan masyarakat Indonesia yang setara, berdaya, dan sejahtera melalui paradigma sehat. Mimpi ini hanya dapat terwujud dengan adanya kolaborasi dan semangat perubahan untuk menggerakkan langkah-langkah kecil di tingkat akar rumput: puskesmas, posyandu, dan distrik.

Kami berkesempatan untuk belajar dan bertukar pikiran dengan warga di Desa Seget dan Puskesmas Seget pada tahun 2016-2018. Selama dua tahun, kami mendapatkan pembelajaran berharga bahwa perubahan di lapangan tidak semudah apa yang kita bayangkan di atas kertas. Kami tidak hanya menghadapi tantangan geografis. Kami juga berhadapan dengan perbedaan budaya, nilai, dan bahasa. Lebih dari itu, kami belajar untuk menerima bahwa keragaman dalam visi, misi, dan model mental menjadi faktor yang menentukan linimasa pembaharuan dan perubahan.

Sebagai organisasi masyarakat sipil, tentu kami memiliki keterbatasan dalam mewujudkan mimpi besar kami. Meskipun Pencerah Nusantara menyelesaikan masa tugas di Kabupaten Sorong satu tahun lebih cepat dari waktu penugasan program Pencerah Nusantara pada umumnya, ada banyak hal yang sudah kami dapat sebagai bahan untuk berintrospeksi dan berefleksi. Kami masih perlu banyak belajar dari komunitas dan masyarakat yang beragam. Pembelajaran ini menyadarkan kami bahwa berhenti tidak bisa menjadi opsi. Kami akan terus melangkah mengambil berbagai peran dalam mewujudkan masyarakat Indonesia yang setara, berdaya, dan sejahtera melalui paradigma sehat.

Terima kasih kepada mitra Pencerah Nusantara yang telah menaruh kepercayaan kepada kami. Yang paling penting, terima kasih kepada tim Pencerah Nusantara yang bertugas di Kabupaten Sorong (nama anggota tim PN Sorong dari 2016-2018).

Salam,

Gatot Suarman Ilyas
Direktur Eksekutif

TENTANG KAMI

***Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives* (CISDI)**

CISDI adalah *think tank* kesehatan yang mendorong penerapan kebijakan kesehatan berbasis bukti ilmiah. CISDI ingin memastikan 267 juta masyarakat Indonesia berdaya, setara, dan sejahtera dengan paradigma sehat. Untuk mencapai visi tersebut, CISDI melakukan advokasi kebijakan, riset, dan manajemen program yang diperkuat dengan komunikasi publik. Semua itu demi mewujudkan tata kelola, pembiayaan, sumber daya manusia, dan layanan kesehatan yang transparan, adekuat, dan merata.

Program Pencerah Nusantara

Diperkenalkan pada tahun 2012, Pencerah Nusantara mendorong perubahan kesehatan di 130 desa, 16 kabupaten, bagi 262.000 penerima manfaat hingga tahun 2019. CISDI percaya memperkuat sistem kesehatan nasional harus dimulai dari unit pelayanan kesehatan yang terdekat dengan masyarakat seperti Puskesmas. Puskesmas mengampu upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat karena pada dasarnya pembangunan kesehatan adalah tanggung jawab semua orang.

Alasan itulah yang menjadi dasar komitmen CISDI pada program penguatan layanan kesehatan primer bernama Pencerah Nusantara. CISDI memberangkatkan tim kesehatan yang tergabung sebagai Pencerah Nusantara ke daerah-daerah dengan masalah kesehatan yang kompleks sejak 8 tahun yang lalu. Pembelajaran demi pembelajaran turut mempertajam portofolio CISDI pada advokasi kebijakan kesehatan, pemberdayaan masyarakat, serta manajemen Puskesmas. Walhasil, Pencerah Nusantara tidak hanya menciptakan dampak bagi penerima manfaat di 16 kabupaten, tetapi juga memperoleh pengakuan global dan nasional. Kementerian Kesehatan RI mengadopsi dan mereplikasi secara nasional model Pencerah Nusantara menjadi Nusantara Sehat.

DAFTAR ISI

Kata Pengantar ..... 2.

Tentang Kami ..... 3.

Daftar Isi ..... 4.

Daftar Tabel ..... 5.

Daftar Gambar ..... 6.

Daftar Singkatan ..... 7.

Ringkasan Eksekutif 10

1. Pendahuluan 11

1.1 Program Pencerah Nusantara 11

1.2 Program Pencerah Nusantara di Puskesmas Seget 11

2. Tujuan 13

3. Metode dan Sumber Data 13

4. Hasil Capaian Program Pencerah Nusantara di Puskesmas Seget (2016-2018) 15

4.1. Program Posyandu Seatap (Perbaikan Gizi Masyarakat) 15

4.2. Program Mace-Mace Sehat (Kesehatan Ibu dan Anak) 15

4.3. Program Cendrawasih (Manajemen Puskesmas) 16

4.4. Program Mentari Timur (Pemberdayaan Remaja) 17

5. Lesson Learned 17

6. Kesimpulan & Rekomendasi 26

6.1. Kesimpulan 26

6.2. Rekomendasi 26

Daftar Pustaka 29

DAFTAR TABEL

Table 1. gambaran Singkat Capaian Program Pencerah Nusantara (2016-2018) 24

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Bagan Kerangka Konsep Lesson Learned Program Pencerah Nusantara di Puskesmas Seget Tahun 2016-2018..... 14

Gambar 2. Pencapaian Indikator Posyandu Seatap 15

Gambar 3. Pencapaian Indikator Mace-Mace Sehat 16

DAFTAR SINGKATAN

Advokasi	Salah satu bentuk komunikasi persuasif, yang bertujuan untuk mempengaruhi pemangku kepentingan dalam pengambilan kebijakan atau keputusan.
Akreditasi	Proses evaluasi dan penilaian mutu institusi atau program studi yang dilakukan oleh suatu tim pakar sejawat (tim asesor) berdasarkan standar mutu yang telah ditetapkan, atas pengarahan suatu badan atau lembaga akreditasi mandiri di luar instansi yang bersangkutan; hasil akreditasi merupakan pengakuan bahwa suatu institusi telah memenuhi standar mutu yang telah ditetapkan itu, sehingga layak untuk menyelenggarakan program-programnya.
ASI Eksklusif	Pemberian ASI secara eksklusif atau hanya diberi ASI saja kepada bayi tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, jeruk, madu, air putih, dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, bubur, susu, biskuit, tim, dan lain-lain.
Cakupan K1	Akses pelayanan ibu hamil yang telah melakukan kunjungan pertama ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan antenatal.
Cakupan K4	Jumlah ibu hamil yang sudah mendapatkan pelayanan antenatal sesuai dengan standar, yakni paling sedikit empat kali sesuai jadwal yang dianjurkan di tiap trimester dibandingkan jumlah sasaran ibu hamil di satu wilayah kerja dalam kurun waktu satu tahun.
Capacity Building	Pembangunan keterampilan (skills) dan kemampuan (capabilities), seperti kepemimpinan, manajemen, keuangan dan pencarian dana, program dan evaluasi, supaya pembangunan organisasi efektif dan berkelanjutan.
Evaluasi	Suatu rangkaian kegiatan yang dilakukan untuk menilai tingkat keberhasilan program.
FGD	Forum Group Discussion adalah diskusi terfokus dari suatu grup untuk pengumpulan data dan informasi yang sistematis mengenai suatu permasalahan tertentu yang sangat spesifik melalui diskusi kelompok.
Gizi buruk	Keadaan kekurangan berat badan menurut umur, di mana nilai z skor di bawah – 3 SD. Gizi buruk disebabkan oleh rendahnya konsumsi zat gizi (energi protein) dalam makanan sehari–hari.
Gizi kurang	Keadaan kekurangan berat badan menurut umur, di mana nilai z skor antara -3 SD sampai dengan -2 SD. Gizi kurang disebabkan oleh rendahnya konsumsi zat gizi (energi protein) dalam makanan sehari–hari.
Intervensi	Suatu tindakan yang dirancang untuk membantu suatu kelompok masyarakat dalam beralih dari tingkat kesehatan saat ini ke tingkat yang diinginkan untuk hasil yang lebih baik.

KEK	Kekurangan Energi Kronis merupakan keadaan dimana ibu menderita kekurangan makanan yang berlangsung menahun (kronis) yang mengakibatkan timbulnya gangguan kesehatan pada ibu sehingga kebutuhan ibu hamil akan zat gizi yang semakin meningkat tidak terpenuhi.
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak adalah upaya di bidang kesehatan yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, bayi dan anak balita serta anak prasekolah.
Linakes	Persalinan yang dibantu oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan meliputi dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan dan perawat yang dilatih kebidanan.
Lokmin	Lokakarya mini merupakan pertemuan yang diselenggarakan Puskesmas atau lintas sektor yang dilakukan secara bulanan atau triwulanan.
MMD	Musyawarah Masyarakat Desa merupakan suatu upaya bersama yang dilakukan dengan melibatkan peran serta masyarakat untuk bersama-sama mengidentifikasi permasalahan kesehatan di masyarakat dan menggali potensi yang dimiliki untuk memecahkan masalah
Monitoring	Aktivitas yang ditujukan untuk mengamati/mengetahui perkembangan dan kemajuan, identifikasi dan permasalahan serta antisipasinya/upaya pemecahannya.
Musrenbang-des	Musyawarah perencanaan pembangunan desa adalah forum musyawarah tahunan para pemangku kepentingan desa untuk menyepakati rencana kerja pembangunan desa (RKP) tahun anggaran yang direncanakan
Outcome	Dampak, manfaat, harapan perubahan dari sebuah kegiatan atau pelayanan suatu program.
P3K	Pertolongan Pertama Pada Kecelakaan adalah upaya pertolongan dan perawatan sementara yang harus dilakukan dengan segera yang diberikan oleh orang yang bukan ahlinya terhadap korban kecelakaan atau menderita suatu penyakit secara mendadak sebelum mendapat pertolongan yang lebih sempurna dari seorang ahli (dokter, petugas kesehatan di Puskesmas/Rumah Sakit atau paramedik).
PMR	Palang Merah Remaja (PMR) adalah wadah pembinaan dan pengembangan anggota remaja Palang Merah Indonesia (PMI).
PMT	Pemberian Tambahan Makanan adalah kegiatan pemberian makanan dalam bentuk kudapan yang aman dan bermutu serta kegiatan pendukung lainnya dengan memperhatikan aspek mutu, keamanan pangan dan nilai gizi yang sesuai kebutuhan sasaran.
PoA	Plan of Action atau rencana aksi atau Rencana Usulan Kegiatan (RUK) merupakan sebuah proses yang ditempuh untuk mencapai sasaran kegiatan.

Posbindu	Pos pembinaan terpadu oleh Puskesmas yang diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat guna memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk meningkatkan kualitas SDM.
Posyandu	Pos pelayanan terpadu yang diselenggarakan dari, oleh dan untuk masyarakat yang dibantu oleh petugas kesehatan untuk melakukan kegiatan pemeriksaan dan pemantauan kesehatan dasar di wilayah kerja Puskesmas.
Preventif	Kegiatan atau upaya pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan atau penyakit.
Program cakupan D/S	Cakupan datang per sasaran merupakan indikator yang menentukan tingkat kehadiran balita dalam melaksanakan posyandu.
Promotif	Suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.
Puskesmas	Pusat kesehatan masyarakat merupakan fasilitas kesehatan tingkat pertama di kecamatan untuk menerima pelayanan kesehatan.
Screening	Deteksi dini dari suatu penyakit atau usaha untuk mengidentifikasi penyakit atau kelainan secara klinis belum jelas dengan menggunakan pemeriksaan tes, pemeriksaan atau prosedur tertentu yang dapat digunakan secara cepat.
SPM	Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan mengenai Jenis dan mutu pelayanan dasar.
Stakeholder	Pihak pemangku kepentingan atau beberapa kelompok orang yang memiliki kepentingan di dalam pengambilan kebijakan.
Supervisi	Pengawasan atau penilaian terhadap suatu pekerjaan, kinerja atau kegiatan.
UKBM	Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat merupakan bentuk fasilitas pelayanan kesehatan yang dikelola oleh masyarakat seperti Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu), Polindes (Pondok Bersalin desa) dan Desa Siaga.
UKM	Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) merupakan tugas utama Puskesmas yang berfokus kepada upaya pencegahan dan promosi kesehatan masyarakat dan juga mendorong partisipasi masyarakat dalam peningkatan kesehatan masyarakat.

RINGKASAN EKSEKUTIF

Selama dua tahun (2016-2018), *Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives* (CISDI) telah mengirimkan Tim Pencerah Nusantara (PN) untuk memperkuat pelayanan kesehatan primer di Puskesmas Seget, Kabupaten Sorong, Provinsi Papua Barat yang merupakan Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK).

Tim PN bersama tenaga kesehatan lokal mengupayakan penguatan sistem kesehatan melalui optimalisasi sumber daya kesehatan, pemberdayaan masyarakat, serta memperkuat koordinasi lintas sektor dalam pembangunan kesehatan. Sayangnya, berbagai capaian kesehatan selama intervensi PN dari mulai peningkatan angka kunjungan ke fasilitas kesehatan hingga penurunan angka gizi buruk, masih bergantung pada upaya pelayanan kesehatan perorangan yang dilakukan oleh Tim PN.

Dalam menilai peluang keberlanjutan program melalui pengkajian modal sosial berupa kesiapan masyarakat dan keterlibatan pemangku kepentingan di Kecamatan Seget, hasil kajian mengindikasikan belum terpenuhinya kerangka kemitraan yang setara antara Puskesmas Seget dengan Tim PN dan antara Dinas Kesehatan Kabupaten Sorong dengan CISDI yang berdampak pada inefisiensi sumber daya dan kurang optimalnya capaian program PN di wilayah kerja Puskesmas Seget. Dengan pertimbangan tersebut, maka program PN yang direncanakan hingga tahun 2019 harus dihentikan pada tahun 2018. Oleh karena itu, penting dilakukan evaluasi agar dapat dijadikan bahan rujukan para pelaku pembangunan dalam mempelajari dan mengantisipasi hambatan-hambatan yang perlu dipertimbangkan sebelum melaksanakan intervensi kesehatan di wilayah Papua Barat, khususnya Kabupaten Sorong, berdasarkan pembelajaran dari Tim PN di Puskesmas Seget.

1. Pendahuluan

1.1 Program Pencerah Nusantara

Pencerah Nusantara (PN) adalah program yang dikelola *Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives* (CISDI) untuk memperkuat sistem pelayanan kesehatan primer pada bidang kesehatan ibu dan anak (KIA), perbaikan gizi masyarakat, dan manajemen Puskesmas melalui pengiriman tim profesional muda terpilih ke Puskesmas di Daerah Bermasalah Kesehatan (DBK) serta pemberdayaan masyarakat dan kaum muda. Tim PN terdiri dari sekelompok kaum muda (3-6 orang) dengan latar belakang multi-profesi; dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kesehatan masyarakat, dan pemerhati kesehatan dari berbagai latar belakang pendidikan non-kesehatan. Dalam rangka mewujudkan tujuan tersebut, Tim PN melakukan penguatan kapasitas SDM kesehatan lokal, pemberdayaan masyarakat, dan intervensi lainnya selama tiga tahun yang terbagi ke dalam beberapa misi utama, yaitu: tahun pertama, analisis situasi kesehatan dan potensi sosial masyarakat serta penyusunan rencana aksi atau *Plan of Action* (PoA); tahun kedua, implementasi intervensi berdasarkan PoA; dan tahun ketiga, transisi program kepada local champion. Untuk mendukung pelaksanaannya, Tim PN bekerja sama dengan Puskesmas dan lintas sektor terkait serta menjalankan kolaborasi interprofesi antar anggota Tim PN dan tenaga kesehatan lokal.

Keberadaan Tim PN di Puskesmas penempatan juga didukung oleh jaminan legalitas nota kesepahaman dengan Pemerintah Daerah. Puskesmas penempatan Tim PN dipilih berdasarkan tingkat permasalahan kesehatan masyarakat, kemudahan akses dan informasi, dan potensi sosial yang ada di masyarakat. Pemilihan juga didasarkan pada dukungan dan komitmen pemimpin daerah/pemangku kepentingan terkait untuk mempercepat pencapaian target-target kesehatan di wilayahnya. Implementasi kohort pertama berhasil dilaksanakan di tujuh Puskesmas daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan terluar (DTPK) pada tahun 2012-2015. Pada tahun 2016-2019, implementasi kohort kedua dilaksanakan di sembilan Puskesmas di provinsi berikut: Aceh, Sumatera Selatan, Jawa Barat, Jawa Tengah, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Tengah, Sulawesi Barat, Sulawesi Tenggara, dan Papua Barat. Pada kohort ini, Puskesmas Seget, Kabupaten Sorong, Papua Barat dipilih sebagai salah satu lokasi penempatan Tim PN.

Proses pemilihan Puskesmas Seget sendiri sedikit berbeda dengan delapan Puskesmas penempatan PN lainnya. Kabupaten Sorong dipilih secara *top-down* atau bukan atas dasar pengajuan dari pemerintah daerah, sehingga membuka peluang kurangnya komitmen dan pemberian dukungan. Studi kelayakan Puskesmas dilakukan pada tahun 2015, yaitu setahun sebelum perencanaan Program PN Kohort II, sehingga alat ukur studi kelayakan yang digunakan tidak optimal dalam menangkap berbagai indikator baru pemilihan Puskesmas penempatan PN Kohort II.

1.2 Program Pencerah Nusantara di Puskesmas Seget

Wilayah kerja Puskesmas Seget, Sorong terdiri dari sembilan kampung dengan jumlah penduduk sebanyak 3.833 jiwa (BPS Kabupaten Sorong, 2017). Berdasarkan data BPS Kabupaten Sorong (2017), terdapat beberapa keterbatasan kondisi infrastruktur di wilayah tersebut, seperti mayoritas masyarakat belum mendapatkan fasilitas akses listrik dari PLN, sehingga menggunakan mesin genset. Sebanyak 76,63% jalan darat juga belum diaspal.

Selain kondisi infrastruktur tersebut, tidak banyak informasi mengenai kondisi kesehatan masyarakat di Kecamatan Seget, sehingga Tim PN melakukan beberapa pengkajian di 9 kampung, seperti Survei Kesehatan Masyarakat, Survei Kesehatan Ibu dan Anak, Survei Kesehatan Remaja, serta penilaian terhadap kinerja Puskesmas. Berdasarkan hasil survei tersebut, diketahui bahwa dari 179 sampel balita ditemukan 3,9% balita gizi buruk dan 31,8% balita gizi kurang. Selain itu, terdapat 14% dari sampel balita mengalami diare (CISDI, 2016). Selain itu, kunjungan Ibu hamil pada trimester pertama (K1) masih jauh dari target, yaitu baru mencapai 60% dari target 100% (Puskesmas Seget, 2016).

Kondisi kesehatan ibu dan anak ini tidak berbeda jauh dengan kondisi kesehatan remaja. Berdasarkan Survei Kesehatan Remaja (2016), diketahui bahwa 75% pelajar jarang mendapatkan pemeriksaan kesehatan dan pemberian PMT Anak Sekolah. Sementara itu, sebanyak 45,3% dari 172 siswa tidak tahu mengenai kesehatan reproduksi dan 78,5% tidak pernah mendapatkan seminar tentang kesehatan reproduksi.

Dari sisi manajemen Puskesmas, hasil pengamatan Tim PN menunjukkan bahwa Puskesmas Seget belum menerapkan manajemen Puskesmas sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 44 tahun 2016 tentang Manajemen Puskesmas. Padahal, Puskesmas Seget saat itu akan mengikuti penilaian akreditasi, tetapi proses penting dari siklus manajemen Puskesmas belum dilakukan dengan baik seperti lokakarya mini bulanan, lokakarya mini lintas sektor, Survei Mawas Diri (SMD), dan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD). Hal ini diperparah dengan dokumentasi kegiatan yang tidak lengkap.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut, Tim PN berdiskusi dengan Puskesmas Seget dan pemangku kepentingan di Kecamatan Seget seperti camat, kepala kampung, dan tokoh masyarakat lainnya untuk menyusun program yang dapat mendorong perbaikan kesehatan masyarakat. Program tersebut antara lain:

1) Program Posyandu Seatap (Perbaikan Gizi Masyarakat)
   Posyandu Seatap bertujuan untuk meningkatkan efektivitas posyandu melalui pemberian bantuan tenaga teknis dan pelatihan kepada kader kampung. Target program tersebut antara lain: menurunkan prevalensi balita gizi buruk dari 3,9% menjadi 3,15%; menurunkan prevalensi balita gizi kurang dari 31,8% menjadi 17%; dan meningkatkan kunjungan posyandu (cakupan D/S) dari 18% menjadi 87%.

2) Program Mace-Mace Sehat (Kesehatan Ibu dan Anak)
   Mace-Mace Sehat bertujuan untuk meningkatkan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan bayi dengan memberikan pelatihan kepada tenaga kesehatan dan pembinaan kepada dukun terkait kehamilan dan persalinan. Target program tersebut antara lain: meningkatkan cakupan K1 dari 16,3% menjadi 90%; meningkatkan cakupan K4 dari 14,2% menjadi 80%; dan meningkatkan persalinan ditolong tenaga kesehatan (linakes) dari 13,4% menjadi 100%.

3) Program Cendrawasih (Manajemen Puskesmas)
   Cendrawasih bertujuan untuk memperbaiki sistem manajemen dan kapasitas Puskesmas Seget dengan pemberian pelatihan dan pendampingan kepada staf Puskesmas. Target program tersebut antara lain: adanya pelaksanaan lokakarya mini (lokmin) bulanan; dari tidak ada pelaksanaan lokmin menjadi 100% rutin dan

dihadiri minimal 80% tenaga kesehatan; adanya pemenuhan kinerja tenaga kesehatan sesuai SOP di bidang KIA dan Gizi dari 0% menjadi 60%; dan Puskesmas terakreditasi.

4) Program Mentari Timur (Pemberdayaan Remaja)
Mentari Timur dilaksanakan sebagai wadah promosi kesehatan kepada masyarakat melalui UKS dan Posbindu PTM. Target program tersebut antara lain: terbentuknya UKS di sekolah dari 0 (tidak ada) sekolah menjadi 2 sekolah (1 SD dan 1 SMP); adanya 1 Posbindu PTM gabungan beberapa kampung dari 0 (tidak ada) menjadi 2 Posbindu PTM.

Seluruh implementasi Program PN di Kabupaten Sorong tersebut hanya bisa dilakukan hingga tahun kedua. Untuk tahun ketiga, CISDI tidak lagi mengirimkan Tim PN ke Kabupaten Sorong. Oleh karena itu, laporan ini ditulis untuk menjelaskan alasan penghentian implementasi program sebagai evaluasi pelaksanaan intervensi Tim PN di Puskesmas Seget yang bertujuan untuk menyajikan informasi dan pengetahuan faktual tentang hambatan di lapangan yang mempengaruhi hasil intervensi program. Hasil laporan ini diharapkan bisa menjadi bahan rujukan para pelaku pembangunan dalam mempelajari dan mengantisipasi hambatan-hambatan dalam melaksanakan intervensi kesehatan di wilayah Papua Barat berdasarkan pembelajaran yang diperoleh Tim PN di Puskesmas Seget.

2. Tujuan

Secara umum, tujuan dari studi ini adalah untuk mengidentifikasi pembelajaran dan praktik baik dari Program PN dalam upaya penguatan pelayanan kesehatan primer di Kecamatan Seget, Kabupaten Sorong, Papua Barat. Sedangkan secara khusus, tujuan dari studi ini adalah sebagai berikut:

1) Mengidentifikasi capaian Program PN di Puskesmas Seget;
2) Mengidentifikasi hambatan dan tantangan utama pelaksanaan Program PN di Puskesmas Seget;
3) Mengidentifikasi pembelajaran Program PN di Puskesmas Seget.

3. Metode dan Sumber Data

Studi ini menggunakan dua metode, yakni pengumpulan data kualitatif melalui diskusi kelompok terarah (FGD) dengan Tim PN Puskesmas Seget dan *content analysis* melalui kajian pustaka (*desk review*) dari berbagai Laporan Tim PN, yaitu:

1) Laporan Studi Etnografi, bertujuan untuk mengetahui gambaran sosial budaya terkait permasalahan kesehatan ibu dan anak serta gizi masyarakat dengan metode kualitatif dan jenis data primer (2017).
2) Laporan Survei Kesehatan Masyarakat, bertujuan untuk mengetahui kondisi kesehatan masyarakat di wilayah kerja Puskesmas dengan metode kuantitatif dan jenis data primer (2016).
3) Laporan *Stakeholder Mapping and Engagement Assessment*, bertujuan untuk melakukan monitoring dan evaluasi peran *stakeholder* selama implementasi program dengan metode kualitatif dan jenis data primer (2017).
4) Laporan *Community Readiness Assessment*, bertujuan untuk mengukur perkembangan level kesiapan komunitas dalam menjalankan paradigma sehat secara mandiri pada pra, selama, dan pasca intervensi Program PN dengan metode kualitatif dan jenis data primer (2016, 2017, 2018).

5) Laporan *Program Sustainability Assessment,* bertujuan untuk mengidentifikasi dan menganalisis kondisi program yang ada di Puskesmas dengan metode kualitatif dan jenis data primer (2016, 2017, 2018).

6) Laporan Instrumen Puskesmas Berprestasi (IPB), bertujuan untuk memberikan gambaran situasi, kondisi, dan permasalahan yang ada di Puskesmas dengan metode kualitatif dan jenis data primer (2016, 2017, 2018).

7) Studi literatur Dokumen *Plan of Action* (2016, 2017, 2018), Laporan Tri-Annual (2016, 2017, 2018), dan berbagai literatur yang menyajikan informasi relevan tentang isu kesehatan di Wilayah Papua.

Dalam menganalisis *lesson learned*, studi ini menggunakan model teori program Bamberger (2006), di mana strategi implementasi dan hasil (*outcome*) intervensi dapat dipengaruhi oleh variabel kontekstual dan mediator (Gambar 1). Faktor kontekstual yang dimasukkan dalam komponen kerangka pikir *lesson learned*, yaitu:

1) Infrastruktur dasar;
2) Karakter sosial, ekonomi, dan budaya masyarakat;
3) Tata kelola organisasi/instansi.

Mediator (Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi implementasi projek dan outcome):

1. Komitmen pihak Dinas Kesehatan Sorong mau bekerja sama dengan PN
2. Komitmen pihak Puskesmas Seget (staf dan tenaga kesehatan) mau bekerja sama dengan PN
3. Staf dan tenaga kesehatan Puskesmas Seget memiliki kompetensi dasar untuk memahami pelatihan
4. Kepala kampung dan masyarakat distrik Seget menerima dan mau bekerja sama dengan PN

Program Design and Inputs

1. Program Posyandu SEATAP (Seget Sehat Mantap): Memberikan technical support dan pelatihan untuk meningkatkan efektivitas Posyandu Distrik Seget
2. Program Cendrawasih: Memberikan pelatihan kepada staff dan tenaga kesehatan di Puskesmas
3. Program MMS: Memberikasn pelatihan kepada tenaga kesehatan dan pembinaan kepada dukun terkait kehamilan dan persalinan
4. 4. Program Mentari Timur: Membentuk UKS dan Poslansia sebagai wadah promosi kesehatan

Implementation Strategy

Kajian, advokasi, pelatihan dan penyuluhan

Memantau absensi pegawai Puskesmas, Mendampingi pembuatan SK, Pedoman, dan SOP serta kajian analisis gap

Advokasi, melakukan pelatihan kepada tenaga kesehatan tentang kelas ibu, mensosialisasikan kelas ibu, dan mendata, melakukan pendekatan dan pembinaan terhadap dukun bayi

Koordinasi untuk pembentukan dan pembinaan UKS, serta membentuk dan membina posyandu lansia

Output

1a. Hasil kajian penyebab kurang berjalannya Posyandu
1b. Peningkatan jumlah kader aktif di tiap kampung
1c. Peningkatan kapasitas kader Posyandu

2a. Terdapat hasil kajian analisis gap antara kapasitas nakes dan kebutuhan Puskesmas
2b. Munculnya komitmen petugas Puskesmas untuk memperbaiki manajemen Puskesmas dan kinerjanya
2c. Tersedianya SK, Pedoman dan SOP

3a. Adanya modul dan pelatihan tenaga kesehatan untuk kelas ibu
3b. Terselanggaranya sosialisasi kelas ibu di tingkat masyarakat, terbentuk kelas Ibu tiap bulan dan adanya penyuluhan tentang KIA
3c. Adanya kemitraan bidan dengan dukun

4a. Adanya pembentukan dan pembinaan UKS di beberapa sekolah
4b. Adanya pembentukan dan pembinaan posynadu lansia di beberapa kampung

Outcome and Impacts

1a. Prevalensi gizi buruk menurun
1b. Prevalensi gizi kurang menurun
1c. Peningkatan strata Posyandu (dari Pratama ke Madya)

2a. Pemenuhan kinerja tenaga kesehatan sesuai SOP bidang KIA dan Gizi
2b. Terlaksananya akreditasi
2c. Terlaksananya lokmin bulanan

3a. Meningkatnya kunjungan K1 dan K4
3b. Meningkatnya persalinan oleh Tenaga Kesehatan
3c. Meningkatkan Pengetahuan Ibu, suami, dan keluarga tentang Kesehatan Ibu dan Anak

4a. Adanya UKS di beberapa Sekolah, termasuk kegiatan rutin Remaja
4b. Adanya Posyandu Lansia di beberapa Kampung

Contextual Variables (settings):

1. Infrastruktur yang belum memadai
2. Governance pada lembaga pemerintahan Papua
3. Fasilitas dan pelayanan kesehatan yang belum memadai
4. Karakter sosial, ekonomi dan budaya penduduk

Longterm Goal

Meningkatkan efektifitas Posyandu

Memperbaiki sistem manajemn Puskesmas dan meningkatkan kapasitas Puskesmas

3a. Meningkatna kunjungan K1 dan K4
3b. Meningkatnya persalinan oleh Tenaga Kesehatan
3c. Meningkatnya pengetahuan Ibu, suami, dan keluarga tentang Kesehatan Ibu dan Anak

Meningkatkan pengetahuan remaja dan lansia mengenai kesehatan

Longterm Goal

Peningkatan status kesehatan ibu dan anak

Peningkatan kinerja Puskesmas

Peningkatan status gizi ibu hamil dan anak

Gambar 1. Bagan Kerangka Konsep *Lesson Learned* Program Pencerah Nusantara di Puskesmas Seget Tahun 2016-2018

Sumber: Bamberger, et al. 2006. *Real World Evaluation: Working Under Budget, Time, Data, and Political Constraint.* SAGE Publications.

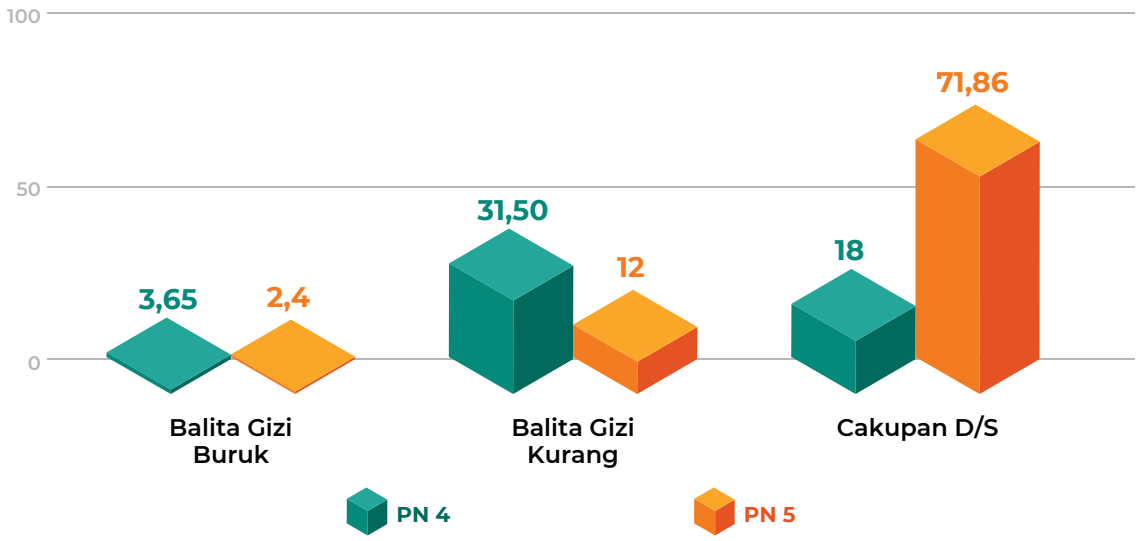
4. Hasil Capaian Program Pencerah Nusantara di Puskesmas Seget (2016-2018)

4.1 Program Posyandu Seatap (Perbaikan Gizi Masyarakat)

Berdasarkan pencapaian Program Posyandu Seatap yang dilaksanakan selama dua tahun (Gambar (2), dapat diketahui bahwa indikator dengan perubahan paling signifikan adalah cakupan kunjungan posyandu (D/S) dengan angka peningkatan sebesar 54%, kemudian diikuti penurunan angka prevalensi balita gizi kurang dan gizi buruk. Peningkatan terhadap angka partisipasi penimbangan telah memperbaiki sistem deteksi dan pencatatan anak balita dengan masalah gizi. Pada setiap anak yang memiliki masalah gizi, Tim PN dan Puskesmas Seget melakukan intervensi melalui PMT (Pemberian Makanan Tambahan), pemulihan, serta edukasi dan konseling pada keluarga.

Selama dua tahun intervensi, terdapat dua posyandu yang mengalami peningkatan strata dari strata pratama ke madya, yaitu posyandu di Kampung Kasim dan Seget (Laporan Tri-Annual PN4 & PN5, 2016-2018). Sejalan dengan hal tersebut, berdasarkan hasil kajian *Program Sustainability Assessment* (2016-2018), Program Posyandu Seatap juga mengalami peningkatan kualitas dari 'cukup' (skor 2,8) menjadi 'baik' (skor 3,7). Selain itu, Tim PN berhasil melatih 37 kader di sembilan posyandu di Wilayah Puskesmas Seget. Setelah dilakukan penguatan program melalui pelatihan kader, advokasi, dan pelibatan pemerintah kampung serta pendampingan terhadap tenaga kesehatan, angka partisipasi meningkat menjadi 45,7%.

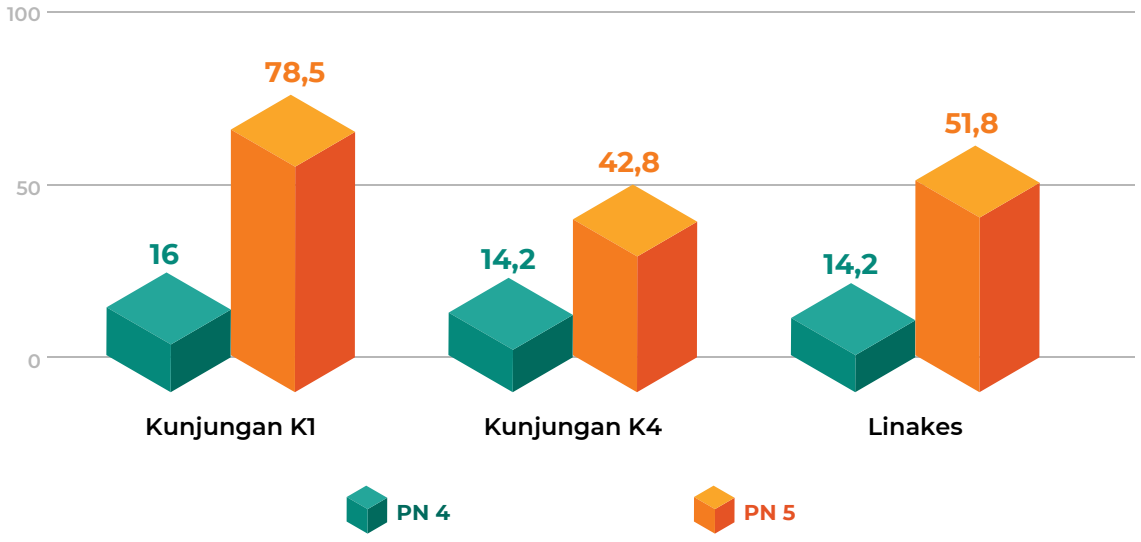
Gambar 2. Pencapaian Indikator Program Posyandu SEATAP



4.2 Program Mace-Mace Sehat (Kesehatan Ibu dan Anak)

Berdasarkan Gambar (3) dapat diketahui bahwa indikator yang paling banyak mengalami peningkatan dalam pencapaian Program Mace-Mace Sehat adalah kunjungan ibu hamil pada trimester pertama (K1) dengan peningkatan angka sebesar 62%. Kemudian diikuti peningkatan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan (Linakes). Selain itu, dapat diketahui juga angka cakupan K4 yang masih rendah, di mana angka ini menunjukkan tingkat kepatuhan ibu hamil yang masih kurang dalam mengakses pelayanan antenatal sesuai dengan standar paling sedikit empat kali (K4).

Gambar 3. Pencapaian Indikator Program Posyandu SEATAP



Sejalan dengan hal tersebut, hasil kajian *Program Sustainability Assessment* (2016-2018) menunjukkan bahwa Program Mace-Mace Sehat mengalami peningkatan kualitas program dari 'buruk' (skor 1,6) menjadi 'cukup' (skor 2,8). Dalam program ini, Tim PN mengunjungi ibu hamil untuk pemeriksaan kehamilan pertama dan keempat dengan bantuan kader kesehatan dan dukun bayi. Kader dan dukun menjadi pendamping dan promotor kesehatan bagi ibu hamil dan keluarga, sehingga ibu hamil mau mengakses layanan. Upaya kunjungan ini cukup efektif untuk menarik minat ibu hamil yang tidak bisa mengatur waktu untuk melakukan pemeriksaan kehamilan, sehingga berdampak pada peningkatan cakupan K1 dan K4. Salah satu kegiatan yang dilakukan oleh Tim PN untuk meningkatkan indikator kesehatan ibu dan anak adalah dengan melakukan kelas ibu hamil. Kelas ibu hamil sudah terlaksana di tiga kampung.

4.3 Program Cendrawasih (Manajemen Puskesmas)

Selama dua tahun dilakukan pendampingan melalui Program Cendrawasih, Puskesmas Seget berhasil melaksanakan pemenuhan kinerja tenaga kesehatan sesuai SOP di bidang KIA dan Gizi, dari tidak adanya pelaksanaan menjadi 40% terlaksana. Dalam program ini, Tim PN juga melakukan persiapan penilaian akreditasi seperti menyusun dan melengkapi dokumen akreditasi Puskesmas bersama tenaga Puskesmas, walaupun hingga akhir penempatan Tim PN, Puskesmas belum terakreditasi karena belum ada jadwal dari Dinas Kesehatan. Persiapan akreditasi untuk Puskesmas Seget membutuhkan lebih banyak waktu dan tenaga karena memperbaiki dari hal paling dasar. Meskipun demikian, sudah terdapat perubahan manajemen fisik dari sisi tata ruang dan alur pelayanan, serta sedikit perubahan pada sistem manajemen Puskesmas sesuai standar.

Pada awal intervensi, lokakarya mini belum bisa terlaksana. Namun, pada akhir intervensi, lokakarya mini berhasil dilaksanakan secara rutin dan dihadiri 58% tenaga Puskesmas. Keaktifan Tim PN melakukan koordinasi lintas sektor secara bertahap mampu meningkatkan kolaborasi dan hubungan lintas sektor yang ditunjukkan melalui keterlibatan tenaga kesehatan lokal, perangkat desa, dan dinas kesehatan untuk mendukung program-program yang dilaksanakan bersama Puskesmas.

Dalam upaya penguatan manajemen Puskesmas, Tim PN juga melakukan kegiatan yang meliputi penatalaksanaan administrasi Puskesmas seperti pemenuhan dokumen SOP, pemantauan presensi petugas Puskesmas, pengorganisasian sistem rekam medis, advokasi kepada Kepala Puskesmas untuk melakukan lokakarya mini sesuai dengan standar, serta advokasi kepada Kepala Puskesmas untuk melakukan studi banding akreditasi Puskesmas. Selain itu, dalam upaya perbaikan mutu layanan Puskesmas dilakukan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan melalui pelatihan dan sesi berbagi ilmu.

4.4 Program Mentari Timur (Pemberdayaan Remaja)

Pada tahun pertama implementasi program, Tim PN4 telah berhasil membentuk Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) di SD dan Palang Merah Remaja (PMR) di SMP. Kegiatan tersebut dikembangkan lebih lanjut oleh Tim PN5 dengan melaksanakan penyuluhan setiap dua bulan sekali serta pelatihan kader setiap bulan di UKS SD YPK Elim Seget dan PMR SMPN 5 Kabupaten Sorong. Kegiatan PMR ini juga telah terdaftar di PMI Kabupaten Sorong. Selain itu, penyuluhan kesehatan juga dilakukan di SMAN 6 Kabupaten Sorong.

Dalam upaya pemantauan Program UKS, diberlakukan presensi dan dilakukan *refreshing* kader UKS dan PMR. Untuk melihat hasil perkembangan kegiatan *refreshing* kader, dilakukan penilaian praktik melalui simulasi di lapangan. Berdasarkan hasil observasi selama kegiatan, terdapat peningkatan pengetahuan dan keterampilan dasar anggota UKS dan PMR yang dinyatakan dengan nilai 'cukup' berdasarkan akumulasi nilai kelompok.

Selain kelompok usia remaja dan sekolah, Program Mentari Timur juga menyasar kelompok lanjut usia meliputi pembentukan dan pelaksanaan Posbindu PTM gabungan dari tiga kampung terdekat dengan jadwal rutin setiap tanggal 25. Kegiatan ini didukung dengan diterbitkannya Surat Keputusan (SK) dari masing-masing Kepala Kampung yang berisi perintah penunjukan Kader Posbindu PTM. Untuk menjangkau kelompok masyarakat lainnya, pada Program Mentari Timur juga dilakukan penyuluhan kesehatan rutin setiap bulan di GKI Elim Seget, setiap dua bulan di GKAI, pengajian rutin setiap bulan, serta senam rutin mingguan di tiga kampung (Wawenagu, Wayenkede, dan Seget) secara bergantian.

5 *Lesson Learned*

Variabel kontekstual penting untuk dipahami karena dapat mempengaruhi proses intervensi atau kinerja program kesehatan, khususnya untuk meningkatkan performa tenaga kesehatan dan memperbaiki kualitas pelayanan kesehatan (Blacklock et al., 2016; Emma Field et al., 2017). Oleh karena itu, intervensi yang serupa bisa membuahkan hasil yang sangat berbeda ketika diimplementasikan dalam kondisi yang berbeda (Blacklock et al, 2016). Secara umum, kondisi pengelolaan Puskesmas Seget sebagai suatu organisasi dan faktor-faktor yang mempengaruhi daya ungkit pembangunan kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Seget dapat dilihat berdasarkan aspek infrastruktur, karakter sosial, ekonomi dan budaya masyarakat, serta tata kelola organisasi/instansi.

Infrastruktur Dasar

Kendala geografis menjadi alasan utama masyarakat dan tenaga kesehatan tidak datang ke Puskesmas. Wilayah Puskesmas Seget terdiri dari sembilan kampung, di mana enam kampung di antaranya terletak jauh dari Puskesmas. Karena pertimbangan akses terhadap fasilitas publik juga, banyak tenaga Puskesmas yang memilih tinggal di ibukota kabupaten, sehingga semakin tidak termotivasi untuk hadir ke Puskesmas yang harus ditempuh dengan jarak yang jauh dan medan yang sulit. Menurut Candra et al (2016), tingkat ketidakhadiran petugas Puskesmas berkaitan dengan lokasi tempat tinggal. Sulitnya akses jalan dan transportasi menuju Puskesmas juga mempengaruhi motivasi masyarakat untuk memanfaatkan layanan Puskesmas. Oleh karena itu, agar program pelayanan kesehatan bisa mencapai target, maka persyaratan ketersediaan sarana dan prasarana harus terpenuhi (Field et al., 2017; Mujiati et al., 2019; Mustamu, et al., 2016).

Selain itu, akses informasi yang terbatas dan tidak terjangkau menyebabkan rendahnya keterpaparan edukasi kesehatan di daerah rural. Pada Program Mentari Timur, informasi yang kurang tersampaikan dari ibukota kabupaten mengenai berbagai kegiatan sekolah termasuk UKS dan PMR membuat rendahnya keterpaparan pelajar terhadap kegiatan eksternal, sehingga menjadikan potensi siswa tidak berkembang. Kondisi ini diperparah dengan belum tersedianya alat-alat UKS dan PMR, misalnya P3K sederhana untuk mendukung pelaksanaan kegiatan tersebut. Oleh karena itu, perlu dilakukan tindak lanjut terkait pengadaan sarana dan prasarana yang mendukung proses edukasi kesehatan.

Pada akhirnya, faktor-faktor yang menjadi daya ungkit pembangunan kesehatan di Kecamatan Seget masih menghadapi keterbatasan dan tantangan. Keterbatasan dan tantangan tersebut misalnya terkait kondisi geografis yang sulit dijangkau dan transportasi terbatas; ketersediaan sarana penunjang pelayanan (listrik, air, dan jaringan komunikasi) yang masih terbatas; belum memadainya alat kesehatan; serta keterbatasan kuantitas dan kualitas tenaga Kesehatan yang sesuai standar pelayanan kesehatan di Puskesmas.

Lesson Learned #1: Ketersediaan fasilitas kesehatan yang layak dan keterjangkauan akses merupakan hal mendasar dalam penguatan pelayanan kesehatan primer

1. Ketersediaan dan keterjangkauan fasilitas kesehatan tidak hanya mempengaruhi kunjungan masyarakat, tetapi juga motivasi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan;
2. Distribusi tenaga kesehatan tidak akan pernah rata selama kendala geografis tidak ditangani dengan baik;
3. Program pengiriman tenaga kesehatan secara proporsional menjadi alternatif terpenuhinya kebutuhan pelayanan kesehatan di daerah dengan tantangan geografis yang berat.

Karakter Sosial, Ekonomi, dan Budaya Masyarakat

Modal sosial seperti kepemimpinan dan dukungan masyarakat memiliki andil yang besar terhadap kesiapan masyarakat dalam menjalankan paradigma sehat. Berdasarkan laporan *Community Readiness Assessment* pada tahun 2016, Kecamatan Seget masih berada pada tahap Vague Awareness, yaitu suatu kondisi di mana masyarakatnya sudah memiliki perhatian terhadap permasalahan kesehatan masyarakat, namun belum ada motivasi langsung untuk mengatasi permasalahan tersebut. Hal ini bisa menjelaskan mengapa partisipasi masyarakat maupun petugas Puskesmas untuk terlibat dalam Program PN pada

awal implementasi sangat minim. Setelah dua tahun intervensi, Kecamatan Seget naik pada tahap *Pre-Planning*. Sekelompok masyarakat sudah memiliki kesadaran dan mencoba melakukan sesuatu untuk menyelesaikan permasalahan kesehatan masyarakat di Kecamatan Seget, meskipun upaya tersebut masih belum terlalu fokus. Keterpaparan masyarakat akan isu dan upaya kesehatan masyarakat sangat bergantung pada kader dan Puskesmas sebagai tokoh kunci. Sementara Kader bergantung pada Puskesmas untuk peningkatan kapasitas. Jika kepemimpinan di tingkat Puskesmas rendah, maka hal ini akan berdampak buruk pada manajemen upaya kesehatan masyarakat, khususnya pelibatan peran serta masyarakat. Secara keseluruhan, hasil *Community Readiness Assessment* tahun 2016-2018 menunjukkan bahwa kepemimpinan dan dukungan masyarakat menjadi alasan utama masih rendahnya kesiapan masyarakat di Kecamatan Seget.

Selain itu, masih kentalnya kondisi sosial-budaya seperti adat, kebiasaan, dan kepercayaan terkait dengan kehamilan, persalinan, dan pasca persalinan menjadi persoalan mendasar dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Di Kecamatan Seget, kaum ibu tidak hanya memiliki peranan mengasuh anak, tetapi juga mencari nafkah ke hutan dan mencari makan dengan memancing. Kebiasaan ini menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi rendahnya kunjungan balita ke posyandu dan kunjungan pemeriksaan ibu hamil (K1 dan K4) (Laporan Tri-Annual PN4 & PN5, 2016-2018). Dalam pengambilan keputusan terkait kehamilan atau pasca persalinan, mertua memiliki andil yang kuat. Dalam sebuah wawancara pada studi etnografi yang dilakukan Tim PN, seorang ibu mengatakan bahwa apa yang dikatakan mertua adalah suatu kewajiban untuk diikuti. Masyarakat juga masih memiliki kepercayaan yang kuat pada mitos dan praktik perdukunan. Sebagai contoh, masyarakat mempercayai bayi atau ibu yang meninggal adalah sebuah hukuman atas kesalahan yang pernah dilakukan oleh istri atau suami. Tradisi *Rahu-Rahu* juga masih tumbuh dengan subur di kalangan ibu bersalin. Ketika ibu memasuki masa menjelang persalinan, keluarga akan menyiapkan kayu mangi-mangi yang bisa dibakar dalam jangka waktu lama. Tungku tempat pembakaran kayu tersebut diletakkan persis di samping tempat tidur ibu dan bayi di rumah adat dengan ventilasi terbatas. Saat bayi sudah lahir, dukun atau mertua akan menekan pangkal tali pusar bayi dengan abu panas dari kayu mangi-mangi tersebut setelah dipotong hingga tali pusarnya lepas. Selain berisiko tinggi menyebabkan bayi mengalami infeksi tali pusar, tradisi ini juga bisa menyebabkan gangguan pernapasan karena abu dan asap pembakaran dapat masuk ke dalam paru-paru.

Pengaruh faktor adat dan tradisi turun-temurun pada setiap tahapan kehidupan berimplikasi pada kondisi kesehatan perempuan, yang pada akhirnya bermuara pada kondisi kesehatan ibu dan anak. Penelitian Widayatun et al. (2019) yang mempelajari strategi peningkatan pelayanan kesehatan ibu dan anak untuk Orang Papua Asli (OAP) di Provinsi Papua Barat menemukan aspek sosial-kultural terkait penggunaan layanan kesehatan sebagai hambatan yang sangat kompleks pada pelayanan kesehatan. Aspek sosio-kultural ini terjadi pada banyak tahapan kehidupan mulai dari remaja, ibu hamil, ibu bersalin, hingga ibu menyusui (pasca persalinan). Hasil penelitian tersebut merekomendasikan pendekatan dari hulu ke hilir berdasarkan siklus hidup untuk meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Program di sektor hulu untuk mengatasi hambatan tidak langsung seperti faktor sosial budaya dan program di hilir berupa peningkatan pelayanan klinis di fasilitas kesehatan dasar (Puskesmas) dan rujukan (rumah sakit) untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar, reproduksi untuk remaja, ibu hamil, melahirkan, dan pasca kelahiran. Tantangan besar faktor sosial-budaya terkait dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan memerlukan 'political will' dari pemerintah pusat dan daerah.

***Lesson Learned* #2: Pentingnya pendekatan sosial-budaya dari hulu ke hilir untuk meningkatkan pelayanan upaya kesehatan masyarakat (UKM), khususnya upaya kesehatan ibu dan anak (KIA)**

1. Pelaku intervensi perlu secara persuasif mengajak keterlibatan aktor lokal dalam memberikan pemahaman yang komprehensif tentang pentingnya program intervensi;
2. Pendekatan sosial budaya dapat dilakukan melalui pelibatan pemerintah lokal dalam hal ini kepala kampung dan Camat serta penggerak sosial masyarakat (tokoh masyarakat, tokoh agama, kader, dukun bayi).

Tata Kelola Organisasi/Instansi

Secara umum, pelayanan kesehatan di Kecamatan Seget masih belum optimal, khususnya dari segi tata kelola Puskesmas yang meliputi SDM, sistem evaluasi dan supervisi, dan anggaran. Mayoritas penyebab dari permasalahan yang terjadi berasal dari faktor internal Puskesmas. Berdasarkan Laporan Pemetaan Permasalahan Manajemen Puskesmas (2017), didapati bahwa manajemen dan kualitas SDM Puskesmas Seget tidak memadai. Kepala Puskesmas kurang tegas dalam penerapan kebijakan, diperparah dengan tidak adanya evaluasi dan supervisi terhadap perencanaan dan pelaksanaan program. Hal ini menyebabkan pegawai Puskesmas menjadi kurang disiplin, pelaksanaan program kesehatan tidak mencapai target, serta perencanaan dan pelaporan keuangan yang kurang baik. Rendahnya keterlibatan tenaga kesehatan dan partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan menjadi salah satu faktor krusial sulitnya mempertahankan keberlanjutan program setelah Tim PN tidak lagi bertugas.

Sumber Daya Manusia

Kurangnya kedisiplinan, motivasi, dan kompetensi tenaga Puskesmas adalah penyebab utama dari sejumlah program yang tidak mencapai target, seperti akreditasi Puskesmas serta peningkatan layanan kesehatan melalui pelatihan peningkatan kapasitas. Secara umum, tenaga Puskesmas kurang memiliki motivasi untuk terlibat dalam persiapan akreditasi Puskesmas. Rendahnya tingkat kehadiran tenaga Puskesmas merupakan persoalan mendasar dalam pelaksanaan pelatihan terkait akreditasi dan pengembangan kapasitas. Tidak adanya motivasi tenaga Puskesmas untuk lebih responsif dan meningkatkan peran dalam memenuhi Standar Pelayanan Minimal (SPM) membuatnya sulit untuk mengimplementasikan intervensi yang direncanakan bersama Tim PN. Penyiapan akreditasi pun terkendala oleh keterampilan pemanfaatan laptop oleh petugas dan keterbatasan operasional penggunaan mesin genset untuk memenuhi kebutuhan pemanfaatan listrik.

Kurangnya kedisiplinan dan kompetensi tenaga kesehatan menyebabkan upaya intervensi kesehatan seperti pemeriksaan kehamilan dan asistensi proses kelahiran masih dilakukan oleh Tim PN. Dari tujuh bidan yang ada di Puskesmas Seget, hanya bidan koordinator yang dapat melakukan pertolongan persalinan mandiri dengan baik, padahal bidan koordinator tersebut juga tidak selalu berada di Puskesmas.

Ada beberapa aspek kritis dalam proses implementasi program peningkatan kapasitas SDM dan manajemen, yaitu adanya keterlibatan pihak otoritas, staf dan manajemen, adaptasi dengan situasi lokal, serta kontribusi aktif dari staf untuk mengimplementasikan solusi dari masalah yang sedang diintervensi (Dieleman et al., 2009). Jumlah tenaga kesehatan yang tidak memenuhi kebutuhan, kompetensi SDM yang kurang,

keterlambatan dalam pembiayaan dan tantangan geografis merupakan kontributor utama yang mempengaruhi kinerja tenaga Kesehatan (Field et al., 2017).

Partisipasi dan dukungan dari tenaga kesehatan yang masih rendah, fasilitas posyandu yang kurang memadai, dan rendahnya frekuensi kehadiran kader membuat keberlanjutan program sulit dipertahankan. Pelaksanaan kegiatan posyandu, kegiatan pelatihan kader, hingga penatalaksanaan anak dengan masalah gizi masih secara penuh didampingi oleh Tim PN. Partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan di wilayah Sorong juga masih rendah, diindikasikan dengan minimnya ketersediaan kader kesehatan dan keterlibatan lintas sektor. Kepala kampung juga sering tidak berada di wilayah kerja, hingga mengakibatkan kader sulit berkoordinasi terkait masalah kesehatan.

Ketidakhadiran fisik tenaga kesehatan dan aparat desa yang kebanyakan lebih memilih tinggal di ibukota kabupaten menjadi salah satu faktor utama sulitnya mempertahankan keberlanjutan program yang diinisiasi bersama PN. Keberadaan rumah dinas di dekat Puskesmas dan insentif bagi kedatangan mereka ke fasilitas kesehatan juga tidak mampu membuat angka kehadiran tenaga kesehatan meningkat karena ketidaktegasan pimpinan Puskesmas dalam penerapan SOP. Studi Ismail et al., (2016) mempelajari beberapa alasan tidak berjalannya implementasi penanggulangan gizi buruk sesuai standar Kemenkes di Puskesmas wilayah Kota Sorong seperti sosialisasi yang kurang optimal, ketersediaan SDM, dan minimnya pengetahuan petugas terkait SOP penanggulangan gizi buruk.

***Lesson Learned* #3: Kolaborasi dengan masyarakat dan stakeholder strategis dapat menegakkan upaya peningkatan pelayanan kesehatan yang komprehensif dan berkelanjutan**

1. Komunikasi dan koordinasi dengan pemangku kepentingan antar-program dan lintas sektor serta pelibatan peran aktif masyarakat merupakan hal penting untuk memastikan keberlanjutan program;
2. Peningkatan kemitraan antara tenaga kesehatan dan tokoh masyarakat serta penjangkauan aktif dapat efektif meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan;
3. Dinas Kesehatan Kabupaten memiliki peran penting dalam mengawasi pelaksanaan pelayanan kesehatan dan menyediakan bantuan teknis bagi Puskesmas;

   Memperkuat kapasitas SDM dengan meningkatkan kompetensi SDM secara konsisten.

Sistem Evaluasi dan Supervisi

Berbagai masalah yang ditemukan mengenai rendahnya kualitas sumber daya manusia di Puskesmas Seget berkaitan dengan kurangnya fungsi evaluasi dan sistem pemantauan. Kesadaran untuk melakukan evaluasi masih rendah di Puskesmas Seget, sehingga tidak ada inovasi dan peningkatan capaian pada program yang dilaksanakan. Lemahnya fungsi evaluasi dan sistem pemantauan cukup umum di Puskesmas lain di wilayah Papua dan di Puskesmas DTPK (Winarsa et al., 2020). Kegagalan dalam perencanaan dan pemantauan atau manajemen yang tidak memadai; kegagalan dalam menindaklanjuti intervensi dengan dukungan berkelanjutan; merupakan *modifier* dalam upaya intervensi program kesehatan (Blacklock et al., 2016; Ismail et al., 2016). Tidak adanya fungsi evaluasi dan sistem pemantauan menyebabkan tidak adanya aliran umpan balik pada kinerja tenaga Puskesmas. Padahal supervisi yang baik dapat meningkatkan motivasi kerja tenaga puskesmas yang dapat berdampak pada pelayanan kesehatan.

Pemantauan dan evaluasi merupakan salah satu fungsi manajemen yang menentukan kualitas pelayanan yang dilakukan oleh Puskesmas. Berdasarkan laporan Tri-Annual PN, ditemukan bahwa Puskesmas kurang diberikan dukungan internal maupun eksternal. Termasuk dukungan teknis dari dinas kesehatan dalam hal persiapan dokumen, monitoring dan evaluasi (monev), sehingga menyebabkan kurang maksimalnya persiapan akreditasi. Sementara dari sisi internal, Pimpinan Puskesmas kurang memberikan dukungan secara optimal baik dari partisipasi petugas maupun dari sisi manajerial. Lemahnya pengawasan dan pembinaan berdampak pada sumber daya yang sulit diatur, buruknya kualitas kinerja petugas baik itu dalam mempersiapkan berbagai keperluan akreditasi termasuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Selain itu, tidak adanya evaluasi kinerja pelaksanaan upaya Puskesmas menjadi kendala dalam meningkatkan kapasitas Puskesmas dalam perbaikan mutu pelayanan kesehatan.

Pencapaian Program Cendrawasih belum sesuai target karena beberapa kendala. Pertama, sebagian besar tenaga Puskesmas memiliki masalah dalam integritas dan rendahnya tingkat kedisiplinan. Ketidaktegasan kepemimpinan Kepala Puskesmas dalam penerapan peraturan menyebabkan lemahnya penegakan kedisiplinan yang berdampak pada rendahnya tingkat kedisiplinan tenaga Puskesmas.

Salah satu kebijakan yang berhasil diadvokasi oleh Tim PN adalah Puskesmas menerapkan sistem insentif bagi petugas yang hadir melalui perhitungan jasa pelayanan dalam kapitasi, meskipun angka kehadiran belum meningkat secara signifikan. Kedua, transparansi serta akuntabilitas perencanaan dan pengelolaan dana sangat perlu ditingkatkan karena terjadi inefisiensi pembiayaan pelaksanaan program. Hal ini sangat berpengaruh pada performa program Puskesmas yang kerap tidak maksimal dalam memberikan layanan kesehatan serta terkendalanya implementasi peningkatan kapasitas terhadap tenaga kesehatan setempat. Sebagai contoh, tenaga Puskesmas yang berpartisipasi dalam pelatihan prosedur operasi standar (SOP) memiliki kompetensi dan keterampilan dasar yang terbatas. Ditambah dengan rendahnya motivasi dan inisiatif untuk terlibat dalam persiapan akreditasi mengakibatkan kegagalan dalam mencapai target akreditasi Puskesmas.

***Lesson Learned* #4: Implementasi sistem monitoring, evaluasi, dan supervisi sangat diperlukan untuk memperkuat kepemimpinan, komitmen, dan akuntabilitas sebagai syarat menciptakan manajemen kesehatan yang terstandar.**

1. Keterlibatan dinas kesehatan, Puskesmas, maupun masyarakat dalam perjanjian kerja sama yang mencakup ruang lingkup intervensi Program PN dalam Program Puskesmas diperlukan untuk menciptakan rasa keterikatan dan kepemilikan program termasuk
2. persetujuan Puskesmas untuk intervensi Program PN dalam perencanaan, implementasi, dan pengawasan;
3. Membuat kesepakatan yang diharapkan dapat meningkatkan komitmen kerja sama antara dinas kesehatan, Puskesmas, dan Tim PN;
4. Menindaklanjuti komitmen dinas kesehatan terkait implementasi fungsi evaluasi, supervisi, dan umpan balik untuk menjamin pelayanan kesehatan yang berkualitas di Puskesmas;
5. Perlu penegasan kewenangan Puskesmas sebagai koordinator dan pembina jejaring/jaringan pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya;
6. Pelibatan lintas sektor terkait dan masyarakat dalam melakukan pemantauan dan evaluasi kinerja Puskesmas, misalnya melalui survei kepuasan atau lokakarya lintas sektor.

Penganggaran

Anggaran merupakan komponen penting dalam perencanaan program karena berdampak langsung dalam implementasi program agar program dapat berjalan sesuai dengan standar pelayanan minimal (SPM). Puskesmas Seget tidak memiliki perencanaan dan pelaporan keuangan yang baik, bahkan beberapa tenaga Puskesmas menyatakan tidak memiliki kompetensi dasar dalam mengelola alokasi anggaran (Laporan Tri-Annual PN4, 2017). Selain kompetensi dasar, masalah transparansi keuangan juga cukup berpengaruh pada kinerja tenaga Puskesmas. Studi Renyaan et al., (2013) menemukan hubungan yang signifikan antara insentif, motivasi, dan supervisi dengan kinerja tenaga kesehatan di salah satu fasilitas kesehatan Kabupaten Sorong, Papua Barat.

Pemerintah daerah harus menjadi *leading institution* dalam memperkuat layanan primer melalui paket kebijakan yang berwawasan kesehatan dan keberpihakan anggaran yang berorientasi pada upaya promotif dan preventif. Pimpinan daerah di level kabupaten hingga desa/kampung harus memiliki pemahaman yang baik tentang kebijakan berwawasan kesehatan untuk dapat mengoptimalkan kurangnya pemahaman kepala kampung dalam pengalokasian dana desa untuk kesehatan, yang berdampak pada kurang optimalnya pelaksanaan UKBM (Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat). Terbatasnya insentif bagi kader posyandu dan posbindu (Mentari Timur) berimplikasi pada pembatasan jumlah kader yang terlibat dalam kegiatan. Hal ini menyebabkan adanya penambahan beban kerja pada kader-kader yang sudah ada. Jika ada kader yang tidak hadir, maka kegiatan posyandu dan posbindu akan terhambat pelaksanaannya. Dalam Program Mace-Mace Sehat, pembangunan rumah singgah tidak dapat berjalan karena keterbatasan biaya yang dimiliki Puskesmas dan kampung. Studi kualitatif yang dilakukan oleh Suryawan (2011) menemukan bahwa Dana PNPM Respek (Rencana Strategis Pembangunan Kampung) seringkali disalahgunakan dengan didistribusikan secara tunai kepada kepala kampung dan masyarakat setempat. Penggunaan dana kesehatan di Papua Barat juga masih mengalami kelemahan, salah satunya terkait alokasi pendanaan yang tidak difokuskan sesuai amanat undang-undang otonomi khusus (otsus), di mana prioritas pembiayaan pada sektor kesehatan dan perbaikan gizi sebesar 15%.

***Lesson Learned* #5: Penguatan kompetensi perencanaan, penganggaran, pengorganisasian dan penulisan laporan untuk menunjang akuntabilitas pelaksanaan program.**

1. Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional harus didistribusikan secara merata dan memperhatikan kinerja pekerjaan atau paling tidak kehadiran kerja.
2. Penguatan pengawasan kegiatan dan keuangan bersama dengan perbaikan program dianggap mampu mendorong perbaikan, seperti penerapan sidik jari, laporan data disertai dengan foto dan umpan balik.
3. Pelibatan kepala kampung dalam pemanfaatan dana desa diperlukan untuk mendukung upaya kesehatan masyarakat. Sosialisasi, edukasi, dan advokasi terkait pengalokasian dana desa untuk kesehatan perlu digencarkan baik secara personal maupun melalui forum seperti musrenbangdes.
4. Penyesuaian periode penempatan Tim PN dengan periode perencanaan anggaran Puskesmas diperlukan agar Tim PN memiliki alokasi waktu yang sesuai antara periode survei, perencanaan, implementasi, serta pemantauan dan evaluasi untuk mendukung keberhasilan program.

Table 1. gambaran Singkat Capaian Program Pencerah Nusantara (2016-2018)

Nama Program	Capaian	Tantangan	*Lesson Learned*
Posyandu SEATAP (Perbaikan gizi masyarakat)	• Penurunan angka prevalensi balita gizi buruk dari 3,65% menjadi 2,4%. Angka ini sudah mencapai target sebesar 3,15% • Penurunan prevalensi balita gizi kurang dari 31,5% menjadi 12%. Angka ini sudah mencapai target nasional sebesar 17% • Peningkatan cakupan D/S dari 18% menjadi 71,86%. Angka ini tidak mencapai target sebesar 87%	• Dukungan kepala kampung dan masyarakat belum memprioritaskan kegiatan Posyandu. • Minimnya ketersediaan kader kesehatan dan keterlibatan lintas sektor • Akses jalan, jarak, dan transportasi yang sulit menjadi kendala kehadiran tenaga kesehatan ke Puskesmas • Pelaksanaan kegiatan posyandu, kegiatan pelatihan kader, hingga penatalaksanaan anak dengan masalah gizi masih secara penuh didampingi oleh Tim PN	• Penguatan jaringan I Puskesmas perlu dilakukan untuk meningkatkan akses ke pelayanan kesehatan • Penambahan jumlah dan peningkatan kualitas kader posyandu diperlukan untuk mendukung penjangkauan ibu dan balita • Program PMT dan edukasi gizi harus dilakukan secara berkelanjutan untuk mempertahankan dan meningkatkan status gizi yang optimal
Mace-Mace Sehat (Kesehatan Ibu dan Anak)	• Peningkatan persentase kunjungan K1 dari 16,3% menjadi 78.5%, tetapi belum mencapai target nasional sebesar 90% • Peningkatan kunjungan K4 dari 14,2% menjadi 42,8%, tetapi belum mencapai target nasional sebesar 80% • Peningkatan cakupan persalinan yang dibantu oleh tenaga kesehatan dari 13,4% menjadi 51,8%, tetapi belum mencapai target nasional sebesar 100%	• Kendala geografis dengan jarak jauh dari Puskesmas • Kompetensi dan komitmen bidan yang terbatas terkait pertolongan persalinan • Mayoritas tempat tinggal masyarakat jauh dari Puskesmas • Kurangnya koordinasi kepala kampung dan kader terkait masalah kesehatan • Rendahnya komitmen pemerintah kampong • Belum adanya manajemen yang baik terkait pencatatan, pelaporan, dan pelayanan KIA • Budaya dengan kepercayaan tertentu memiliki praktik berisiko terhadap kesehatan ibu dan anak	• Peningkatan kemitraan antara bidan dan dukun beranak, serta penjangkauan untuk wanita hamil diperlukan untuk meningkatkan kunjungan kehamilan • Praktik budaya dan tradisi turun temurun masyarakat yang berkaitan dengan persalinan dan bayi dapat memicu beberapa masalah kesehatan anak • Perlunya pelatihan intensif kepada bidan-bidan terutama mengenai pemeriksaan antenatal care dan teknik membantu persalinan

Table 1. gambaran Singkat Capaian Program Pencerah Nusantara (2016-2018)

Nama Program	Capaian	Tantangan	*Lesson Learned*
Cendrawasih (Manajemen Puskesmas)	• Pemenuhan kinerja tenaga kesehatan sesuai SOP bidang KIA dan Gizi dari 0% menjadi 40%, tetapi belum mencapai target sebesar 60%. • Puskesmas belum terakreditasi • Pelaksanaan lokakarya mini dari tidak ada pelaksanaan menjadi 100% rutin, dihadiri 58% tenaga kesehatan, tetapi belum mencapai target yaitu 100% rutin, dihadiri 80% tenaga kesehatan	• Kedisiplinan tenaga kesehatan masih sangat kurang • Pembiayaan pelaksanaan program tidak efisien dengan pelaporan yang belum transparan • Tenaga Puskesmas kurang memiliki motivasi untuk terlibat dalam persiapan akreditasi • Kurangnya fungsi evaluasi dan pemantauan • Kurangnya perencanaan, implementasi, dan laporan program yang komprehensif	• Ada kebutuhan mendesak untuk meningkatkan etos kerja petugas kesehatan dan meningkatkan kesadaran akan pentingnya memberikan layanan kesehatan primer kepada masyarakat • Penguatan kepemimpinan, komitmen, dan akuntabilitas diperlukan untuk mewujudkan manajemen Puskesmas yang efektif • Memperkuat kompetensi perencanaan, penganggaran, dan pengorganisasian • Penulisan laporan perlu dilakukan secara berkala untuk memastikan akuntabilitas untuk implementasi program
Mentari Timur (Pemberdayaan Remaja)	• Terbentuknya UKS dan PMR di Sekolah dari tidak ada menjadi 2 Sekolah (1 SD dan 1 SMP) dan program ini sudah mencapai target • Adanya Posbindu PTM gabungan beberapa kampung dari tidak ada menjadi 1 Posbindu PTM gabungan tetapi belum mencapai target sebanyak 2 Posbindu PTM gabungan	• Kurangnya keterpaparan informasi pada siswa terkait kegiatan-kegiatan sekolah termasuk UKS dan PMR • Belum tersedia alat-alat UKS dan PMR serta P3K sederhana • Minimnya keterlibatan petugas Puskesmas dan pembina dari pihak sekolah • Kegiatan masih tergantung sepenuhnya oleh PN	• Peningkatan kemitraan antara bidan dan dukun beranak, serta penjangkauan untuk wanita hamil diperlukan untuk meningkatkan kunjungan kehamilan • Praktik budaya dan tradisi turun temurun masyarakat yang berkaitan dengan persalinan dan bayi dapat memicu beberapa masalah kesehatan anak • Perlunya pelatihan intensif kepada bidan-bidan terutama mengenai pemeriksaan antenatal care dan teknik membantu persalinan

Sumber: Hasil Pengolahan Data Laporan Tri-Annual (2016, 2017, 2018)

6. Kesimpulan & Rekomendasi

6.1 Kesimpulan

Implementasi Program PN di Puskesmas Seget, Kabupaten Sorong, Papua Barat selama dua tahun (2016-2018) menunjukkan terjadinya perubahan menuju arah perbaikan dan penguatan sistem pelayanan kesehatan primer terutama peningkatan pada sisi permintaan (*demand*) masyarakat secara bertahap. Angka kunjungan ke Puskesmas, jumlah pemeriksaan kehamilan, partisipasi balita yang ditimbang di posyandu, dan persalinan di tenaga kesehatan berhasil ditingkatkan, sementara angka gizi kurang dan buruk berhasil diturunkan. Dalam segi suplai, terkait manajemen sumber daya manusia, Tim PN telah melakukan berbagai pelatihan untuk meningkatkan kapasitas dan kompetensi SDM lokal dalam tataran upaya promotif dan preventif, pelayanan klinik, serta manajemen administrasi dan kebijakan kesehatan. Akan tetapi, dalam upaya penguatan pelayanan kesehatan primer melalui pendampingan Puskesmas, Tim PN menemui hambatan dan tantangan, yaitu dari aspek infrastruktur dasar yang kurang memadai, karakter sosial, ekonomi, dan budaya masyarakat, kurangnya partisipasi tenaga kesehatan untuk turut menyukseskan program PN, serta lemahnya tata kelola organisasi/instansi (Puskesmas dan dinas kesehatan). Sebagai konsekuensinya, selain tidak mampu mencapai target nasional atau target yang telah ditetapkan dalam Program PN, upaya Tim PN Sorong yang seharusnya berfokus pada penguatan manajemen Puskesmas dan upaya kesehatan masyarakat justru beralih menjadi penanganan pengobatan individu, sehingga keberlanjutan program pun akan sulit tercapai ketika Tim PN sudah tidak lagi bertugas. Dengan demikian, mempertimbangkan hasil pemantauan dan evaluasi program serta ketidaksesuaian kondisi lapangan dengan kerja sama yang dijanjikan oleh pemerintah daerah, maka Program PN di Puskesmas Seget, Kabupaten Sorong, Papua Barat tidak dapat dilanjutkan dan berakhir pada tahun 2018.

6.2 Rekomendasi

1. Pihak Penyelenggara Intervensi
   1). Melakukan studi kelayakan sesuai tahapan yang telah ditetapkan sebagai acuan perencanaan berdasarkan tujuan dan kebutuhan intervensi dan perlu dicatat sedetail mungkin terkait ketersediaan dan keterbatasan infrastruktur yang ada di kandidat lokasi intervensi;

   2). Saat pemilihan lokasi intervensi, direkomendasikan untuk mengecek business process yang terjadi di Puskesmas baik dalam hal manajemen maupun kepemimpinan dan komitmen kepala Puskesmas;

   3). Memperhatikan sarana dan prasarana kebutuhan program;

   4). Memfasilitasi pelaksana program dan *stakeholder* terkait untuk menyelenggarakan kegiatan.

2. Puskesmas
   1). Menyusun perencanaan alokasi dana kesehatan sesuai kebutuhan dan petunjuk teknis/aturan agar anggaran dapat digunakan tepat sasaran serta dapat dikelola dengan rapi;

   2). Memperkuat sistem manajemen Puskesmas;

   3). Meningkatkan jumlah dan penguatan kapasitas petugas kesehatan melalui pelatihan;

4). Memperbaiki sistem pendataan, pencatatan, dan pelaporan Puskesmas;

5). Mengupayakan strategi edukasi kesehatan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat hidup sehat mandiri;

6). Melakukan evaluasi kinerja pelaksanaan upaya Puskesmas untuk meningkatkan kapasitas Puskesmas dalam perbaikan mutu pelayanan kesehatan;

7). Pemenuhan ketersediaan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan Puskesmas;

8). Mengkaji Kembali efektifitas dan efisiensi kerja petugas kesehatan di Puskesmas .

3. Dinas Kesehatan

1). Meningkatkan implementasi fungsi pemantauan, evaluasi, dan pendampingan berbagai program kesehatan di Puskesmas;

Meningkatkan pembinaan kepada petugas kesehatan di Puskesmas;

2). Menyediakan pedoman atau petunjuk teknis penyelenggaraan program kesehatan serta menyelenggarakan bimbingan teknis di Puskesmas;

3). Mengupayakan ketersediaan alat kesehatan dan obat-obatan dengan jumlah sesuai kebutuhan dan kualitas yang memadai di fasilitas kesehatan;

5). Mendukung kebutuhan tenaga kesehatan yang belum terpenuhi atau sesuai standar di Puskesmas;

6). Meningkatkan kerja sama dengan organisasi profesi dan perguruan tinggi untuk peningkatan kapasitas SDM lokal dan pelayanan kesehatan seperti dalam bentuk bakti sosial atau pengabdian masyarakat;

7). Meningkatkan kerja sama lintas sektor, LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat), kelompok organisasi pemuda, masyarakat lokal, tokoh agama, dan tokoh masyarakat dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan.

4. Pemerintah Daerah/Lokal

1). Merencanakan dan mengalokasikan dana desa untuk kesehatan, khususnya untuk upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM);

Merencanakan dan mengalokasikan dana desa dan/atau dari sumber lainnya untuk pembangunan infrastruktur dasar seperti jalan dan transportasi untuk

2). mempermudah akses masyarakat dan petugas kesehatan terhadap tempat pelayanan kesehatan;

3). Mendukung pengupayaan ketersediaan serta suplai listrik, jaringan komunikasi, kebutuhan dasar lain, serta sarana dan prasarana yang adekuat di fasilitas kesehatan;

4). Meningkatkan peran serta terutama dalam upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM) seperti posyandu, posbindu, dan pelayanan terintegrasi
5). lainnya seperti pada edukasi dan pelayanan kesehatan ibu dan anak, remaja, dan lansia;

6). Penguatan lembaga/organisasi di tingkat masyarakat untuk mendukung pergerakan UKBM khususnya yang berkaitan dengan upaya perbaikan gizi serta peningkatan kesehatan ibu dan anak;

7). Mendukung kegiatan pemberdayaan remaja terkait kesehatan masyarakat;

8). Aktif dalam kegiatan peningkatan pengetahuan dan pemahaman kesehatan melalui pendidikan dan sosialisasi kesehatan;

5. Akademisi
   1). Hasil temuan selama periode intervensi di Sorong dapat dijadikan referensi untuk mengembangkan studi selanjutnya atau melakukan kajian lebih mendalam mengenai hambatan-hambatan atau daya ungkit yang dapat mempengaruhi pembangunan kesehatan baik dalam perbaikan gizi, KIA, revitalisasi Puskesmas, dan pemberdayaan remaja khususnya di wilayah Sorong, Papua Barat;

   2). Hasil temuan selama periode intervensi di Puskesmas Seget dapat dijadikan acuan dalam menyusun kerangka pedoman atau kebijakan dalam pelayanan kesehatan di Sorong atau DTPK lainnya.

Daftar Pustaka

Badan Pusat Statistik Kabupaten Sorong. (2017). Distrik Seget dalam Angka 2017.

Pencerah Nusantara. (2017). Laporan Etnografi Pencerah Nusantara Puskesmas Seget Angkatan 5 Kabupaten Sorong Provinsi Papua Barat 2017.

Blacklock, C., Goncalves Bradley, D. C., Mickan, S., Willcox, M., Roberts, N., Bergstrom, A., & Mant, D. (2016). Impact of Contextual Factors on The Effect of Interventions to Improve Health Worker Performance in Sub-Saharan Africa: Review of Randomised Clinical Trials. PLoS ONE, 11(1), 1–21. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145206

Candra, C., Lazuardi, L., & Hasanbasri, M. (2016). Ketidakhadiran Petugas Puskesmas: Perbandingan Puskesmas Desa dan Kota di Indonesia Timur. Berita Kedokteran Masyarakat, 32(12), 481–486.

Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives. (2019). Makalah Kebijakan Singkat: Transformasi Pengelolaan Tenaga Kesehatan untuk Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas DTPK.

Dieleman, M., Gerretsen, B., & van der Wilt, G. J. (2009). Human Resource Management Interventions to Improve Health Workers' Performance in Low and Middle Income Countries: A Realist Review. Health Research Policy and Systems, 7, 1–13. https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-7

Field, Emma; Usurup, Jethro; Nathan, Sally; Rosewell, A. (2017). Contextual Factors and Health Service Performance from the Perspective of the Provincial Health Administrators in Papua New Guinea. Rural and Remote Health, June 2017.

Ismail, Z., Kartasurya, M. I., & Mawarni, A. (2016). Analysis on the Implementation of Malnutrition Alleviation Program at Primary Healthcare Centers in Sorong, Papua Barat. Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia, 04(01), 20–26.

Mujiati, Sugiharti; Masitoh, Siti; Laelasari, E. (2019). Gambaran Ketersediaan Sumber Daya Manusia dan Prasarana Puskesmas dalam Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK): Analisis Data Risnakes 2017. 3(1), 31–39.

Mustamu, Alva Cherry; Markus, S. A. (2016). Faktor Penentuan Orang Tua dalam Ketidaklengkapan Imunisasi Dasar Bagi Bayi Di Kota Sorong, Provinsi Papua Barat. 8153, 34–40.

Renyaan, Margareth; Kaunang, Wulan; Posangi, J. (2013). Hubungan Antara Insentif, Motivasi, Supervisi dengan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sorong-Papua Barat. April 2016, 68–74.

Suryawan, I. N. (2011). Komin Tipu Komin: Elit Lokal dalam Dinamika Otonomi Khusus dan Pemekaran Daerah di Papua. Jurnal Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik, 15(2), 140–153. https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/12338430/JSP_NOVEMBER_2011_setelah_revisi_%281%29.pdf?response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DRedefinisi_Perbatasan_dan_Keamanan_di_As.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOW

Widayatun; Fatoni, Zainal; Astuti, Yuli; Ghani, Mochamad Wahyu; Hastuti, P. (2019). Policy Paper: Strategi Peningkatan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak untuk Orang Asli Papua (OAP) di Provinsi Papua Barat (Issue December). Pusat Penelitian Kependudukan Kedeputian Bidang Ilmu Pengetahuan Sosial dan Kemanusiaan Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia. https://doi.org/10.13140/RG.2.2.36664.98563

Winarsa, Noby; Suryoputro, A. W. (2020). Analisis Implementasi Kebijakan Pemerintah Daerah Tentang Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Daerah Terpencil Perbatasan dan Kepulauan (Dtpk) Kabupaten Sambas Kalimantan Barat. 19(1), 128–151.