



Pemahaman Kebijakan Kesehatan Masyarakat Bidang Ibu dan Anak Pada Pelaksana Lapangan di Jawa Barat

Cucu Sugyati ¹⁾ *, Diah Fatma Sjoraida ²⁾, Rully Khairul Anwar ³⁾

¹ Program Studi Ilmu Pemerintahan, Universitas Padjadjaran. Bandung – Sumedang KM 21 Jatinangor, Jawa Barat, 45363 Indonesia.

² Program Studi Hubungan Masyarakat, Universitas Padjadjaran. Bandung – Sumedang KM 21 Jatinangor, Jawa Barat, 45363 Indonesia.

³ Program Studi Ilmu Perpustakaan, Universitas Padjadjaran. Bandung – Sumedang KM 21 Jatinangor, Jawa Barat, 45363 Indonesia.

* Korespondensi Penulis. E-mail: diah.fatma@unpad.ac.id, Telp: +62811226772

Abstrak

Kajian ini berupaya membuat analisis sistematis yang mendalam terhadap urgensi pemahaman unsur pelaksana dalam implementasi kebijakan kesehatan masyarakat terutama bidang ibu dan anak di wilayah Jawa Barat, Indonesia. Kajian deskriptif-kualitatif ini menghadirkan pembahasan tentang bagaimana unsur-unsur pelaksana kesehatan masyarakat berinteraksi dengan masyarakat di Provinsi Jawa Barat sehingga pengetahuan dan keterampilan mereka sangat diperlukan. Dengan teori implementasi kebijakan dan interaksionisme, didapatkan data bahwa (a) pelayanan dan jaringan kerja sama di lembaga kesehatan masyarakat, di lingkungan Pemerintah Provinsi Jawa Barat sudah cukup seragam dan terlaksana dengan baik; (b) dalam melaksanakan kewajibannya aparat pelaksana sangat memahami kebijakan publik di bidang kesehatan masyarakat, terutama kesehatan ibu dan anak; sehingga dapat melaksanakan fungsi mereka untuk melayani masyarakat. Namun demikian, kurangnya petugas kesehatan yang langsung menangani kesehatan ibu dan anak dirasakan sehingga kajian ini merekomendasikan untuk diadakannya pelatihan-pelatihan berjenjang dan insentif-insentif bagi petugas kesehatan, terutama mereka yang melakukan pelayanannya secara sukarela.

Kata kunci: Kesehatan Masyarakat, Kesehatan Ibu-Anak, Implementasi Kebijakan Publik;

The Understansing on Policy of Mother and Child Public Health by The Field Officers in Jawa Barat

Abstract

This study analyses systematically in-depth understanding of the urgency of implementing elements in the implementation of public health policies, especially in the field of mother and child in West Java, Indonesia. This qualitative descriptive study presents a discussion of how the elements interact each other in implementing public health community in West Java province so that their knowledge and skills are indispensable. With the implementation of policies and interactionism theory, obtained the data that (a) service and network cooperation in public health institutions, in the Provincial Government of West Java was sufficiently uniform and performing well; (B) the implementing agency to perform its obligations were perfectly understand of public policy in the field of public health, particularly maternal and child health; so that they can carry out their functions to serve the community. However, the lack of health care workers who directly address maternal and child health was felt that this study recommends the convening of a tiered training and incentives for health workers, especially those who do voluntary services.

Keywords: Public Health, Mother-Child Health, Public Policy Implementation;

PENDAHULUAN

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar bagi kehidupan individu, keluarga dan masyarakat yang dicapai melalui berbagai upaya. Dari sudut pandang Hak Asasi Manusia (SDM), komitmen Pemerintah Indonesia untuk masyarakat global dapat dilihat sebagai bagian dari upaya untuk memenuhi kewajiban dalam mewujudkan hak atas kesehatan, terutama kesehatan ibu dan anak. Sejalan dengan Pasal 2 Kovenan Internasional tentang Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya (ICESCR), itu adalah tugas eksplisit bagi negara untuk mengambil tindakan yang pasti dalam mewujudkan hak-hak ekonomi, sosial dan budaya, yang berarti bahwa negara tidak boleh kembali turun dari tingkat pencapaian yang telah dilaksanakan sebelumnya. Kewajiban penting lain dari pemerintah adalah "pemanfaatan secara maksimum sumber daya yang ada": Pemerintah harus menunjukkan bahwa kegiatan tersebut memanfaatkan sumber daya yang ada secara optimal untuk mencapai hak atas kesehatan.

Diketahui bahwa kesehatan dicapai melalui berbagai cara. Berbagai upaya untuk menjadi sehat dipegang oleh berbagai pihak merupakan rangkaian pembangunan kesehatan. Di Indonesia, perkembangan sektor kesehatan adalah manifestasi dari Pasal 28 ayat (1) Undang-Undang Dasar 1945 yang menyatakan bahwa setiap orang memiliki hak atas kesehatan, dan Pasal 34 ayat (3) yang menyatakan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Dalam rangka melaksanakan pembangunan kesehatan secara efektif itu jelas membutuhkan dukungan sumber daya sektor kesehatan sebagaimana diamanatkan oleh Pasal 1 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Sumber daya di sektor kesehatan adalah segala bentuk dana, tenaga, pasokan medis, persediaan farmasi

dan alat kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan dan teknologi yang digunakan untuk melakukan upaya kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan / atau masyarakat. Sumber dukungan dari sektor kesehatan diperlukan dalam pemerintahan daerah. Tujuan dari pemerintahan daerah sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah adalah kesejahteraan masyarakat.

Penurunan atau rendahnya kesehatan, antara lain, adalah fenomena gaya hidup yang tidak sehat, kurangnya kesadaran untuk menjaga kebersihan dan kesehatan lingkungan, menurunnya kesehatan individu dan keluarga, kekurangan gizi, dan wabah penyakit menular. Dampak dari rendahnya kesehatan tentu tidak terbatas pada kehidupan individu dan keluarga. kehidupan sosial dapat dipengaruhi juga dari penurunan status kesehatan. Oleh karena itu, kita membutuhkan berbagai pendekatan untuk meningkatkan upaya mengembangkan kesehatan. Tujuan upaya kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang optimal masyarakat melalui pencegahan penyakit dan pemeliharaan kesehatan.

Untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat, antara lain, dicapai dengan menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat. Untuk mengatur pelayanan kesehatan masyarakat yang efektif, Pemerintah telah menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741 / Menkes / Per / VII / 2008 tentang Standar Pelayanan Minimum untuk Kesehatan. Pasal 2 (2) Menteri Kesehatan menyatakan: "Jenis layanan dari sektor kesehatan meliputi: pelayanan kesehatan primer (mengunjungi ibu hamil, komplikasi kebidanan, pertolongan persalinan, pasca-partum, neonatal, imunisasi

anak, balita, makanan pendamping ASI, anak-anak kekurangan gizi, kesehatan siswa, Keluarga Berencana, pelayanan publik yang buruk), arahan perawatan kesehatan (pasien miskin dan tingkat darurat 1), epidemiologi dan pencegahan wabah, serta promosi kesehatan dan pengembangan masyarakat)."

Dalam upaya untuk memuaskan masyarakat dengan layanan mereka, pemerintah membuat BUMN (Badan Usaha Milik Negara), yaitu Badan Pelayanan Jaminan Sosial (BPJS). Namun, keberadaan, struktur, jasa dan cara operasionalnya masih perlu disosialisasikan. Di sinilah pihak yang berkepentingan dengan kesehatan masyarakat baik departemen kesehatan pemerintah atau BPJS harus menyebarkan struktur baru layanan. Yang paling besar dari sosialisasi kepada masyarakat tentu para petugas layanan. Dan itu juga merupakan beban yang harus diembah oleh pelaksana lokal kebijakan kesehatan masyarakat, yaitu masyarakat itu sendiri yang menjadi relawan.

Sejalan dengan amanat Pasal 28 H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 telah ditegaskan bahwa setiap orang berhak untuk mendapatkan perawatan medis, dan dalam Pasal 34 ayat (3) dinyatakan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Menurut Azwar (1996), ada syarat-syarat pelayanan kesehatan dasar yang harus dipenuhi untuk dianggap sebagai pelayanan kesehatan yang baik, yaitu:

- 1) Tersedia dan berkelanjutan.
- 2) Diterima dan masuk akal.
- 3) Mudah diakses, terutama dari sudut lokasi.
- 4) Mudah dijangkau, terutama dari perspektif biaya.
- 5) Berkualitas.

Faktor sosial budaya terdiri dari teknologi dan nilai-nilai sosial yang ada di masyarakat. Kemajuan teknologi mungkin dapat meningkatkan pemanfaatan layanan

kesehatan seperti transplantasi jantung, ginjal, penemuan organ buatan, serta kemajuan di bidang radiologi (Dever, 1984). Dalam konteks ini, harus ada pertimbangan kearifan lokal termasuk norma-norma, nilai-nilai dan keyakinan dalam masyarakat. Hal ini akan mempengaruhi seseorang dalam tindakan termasuk dalam upaya untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Selanjutnya, faktor yang berhubungan dengan organisasi adalah struktur dan proses yang memberikan kebijakan untuk organisasi pelayanan kesehatan dan lingkungan sekitarnya yang mempengaruhi proses perawatan kesehatan. Faktor-faktor ini adalah ketersediaan sumber daya, akses geografis, akses sosial serta karakteristik dari struktur dan proses perawatan (Dever, 1984).

Sementara itu, Gordon (1986:20) mengatakan bahwa implementasi kebijakan berkaitan dengan berbagai kegiatan yang bertujuan untuk realisasi program. Jadi, menurut Pressman dan Wildavsky (1973), M. Howlett dan Ramesh (1995) dan Gordon (1986), pelaksanaan kebijakan publik memiliki prasyarat, yaitu:

- 1) Pelaksanaan kebijakan publik berisi tujuan;
- 2) Dalam kebijakan publik ada sesuatu yang mendasari munculnya ide kebijakan;
- 3) Kebijakan publik berisi serangkaian kegiatan yang bertujuan untuk realisasi program;
- 4) Dalam realisasi program, itu adalah tugas dari administrator pemerintah (birokrasi) untuk menafsirkan, mengatur dan melaksanakan kebijakan;
- 5) Menerapkan kebijakan membutuhkan berbagai instrumen dan sumber daya.

Berdasarkan pendapat seperti dikutip di atas, dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan administrasi kebijakan, di mana berbagai aktor, organisasi, prosedur dan teknik bekerja sama kebijakan berjalan untuk mencapai efek yang diinginkan atau tujuan. Keberhasilan pencapaian tujuan kebijakan tergantung pada aktor yang berpartisipasi

dalam pelaksanaan kebijakan tersebut. Oleh karena itu, Michael Howlett dan M. Ramesh (1995), Charles O. Jones (1984), dan Gordon (1986) menjelaskan bahwa implementasi kebijakan dapat dilihat sebagai proses interaksi strategis yang ada kerja sama antara sejumlah besar aktor yang terlibat dalam pelaksanaan kebijakan untuk mencapai mandat kebijakan. Partisipasi kelompok perorangan tersebut dalam pelaksanaan kebijakan tersebut mungkin memiliki beberapa bentuk dan bekerjasama dengan instansi pemerintah.

Banyak orang berpikir bahwa implementasi kebijakan hanya aplikasi dari apa yang telah diputuskan oleh legislatif atau pengambil keputusan sehingga kurang berpengaruh. Bahkan, tidak semua kebijakan dapat diimplementasikan dengan baik. Sebuah kebijakan yang brilian bahkan jika diterapkan secara tidak benar bisa ditakdirkan untuk gagal dalam mencapai tujuan. Oleh karena itu, studi tentang implementasi kebijakan adalah berhubungan dengan pencapaian tujuan dan sasaran dari para pengambil keputusan atau kebijakan. Pendapat serupa diungkapkan oleh Udoji (1981: 15), bahwa "pelaksanaan kebijakan adalah sama pentingnya jika tidak lebih penting dari pembuatan kebijakan; kebijakan akan tetap mimpi atau cetak biru kecuali ketika kebijakan itu diimplementasikan." Kebijakan hanya akan menjadi mimpi atau rencana yang baik yang tersimpan rapi dalam arsip jika tidak dilaksanakan. Oleh karena itu, pelaksanaan kebijakan menentukan keberhasilan dan kegagalan kebijakan.

Unsur pelaksana adalah pelaksana kebijakan yang dijelaskan sebagai: "pihak-pihak yang mengejar kebijakan yang terdiri dari menetapkan tujuan dan sasaran organisasi, menganalisis dan merumuskan kebijakan organisasi dan strategi, pengambilan keputusan, perencanaan, pemrograman, mengorganisir, memobilisasi manusia, pelaksanaan, pemantauan dan

menilai operasi" (Dimock & Dimock, 1953: 28).

Pihak yang terlibat penuh dalam pelaksanaan kebijakan publik adalah birokrasi seperti yang dijelaskan oleh Ripley dan Franklin (1980: 27): "birokrasi yang dominan dalam pelaksanaan program dan kebijakan dan memiliki berbagai tingkat pentingnya dalam tahap lain dari proses kebijakan. Dalam kebijakan dan perumusan program dan legitimasi kegiatan, unit birokrasi memainkan peran besar, meskipun mereka tidak dominan".

METODE

Penelitian ini menggunakan penelitian kualitatif. Tujuan dari penelitian kualitatif adalah untuk memahami keadaan, peristiwa, kelompok, atau interaksi sosial tertentu (Locke, Spirduso, & Silverman, 1987). Penelitian ini dapat diartikan sebagai suatu proses investigasi di mana para peneliti secara bertahap memahami fenomena sosial dengan membedakan, membandingkan, mereproduksi, katalogisasi, dan mengklasifikasikan obyek penelitian (Miles & Huberman, 1994). Marshall dan Rossman (1989) mengatakan bahwa penelitian ini melibatkan peneliti untuk menyelidiki *setting* alamiah. Para peneliti memasuki dunia informan melalui interaksi terus menerus dengan mencari makna dari perspektif informan.

Jenis Penelitian

Pendekatan penelitian yang digunakan didasarkan pada paradigma metode penelitian kualitatif dengan analisis deduktif. Pendekatan penelitian ini dipilih karena penelitian kualitatif dengan metode ini adalah pendekatan penelitian yang mencakup penggalan materi kajian secara mendalam (Denzin dan Lincoln, 1994: 66).

Objek Penelitian

Objek penelitian ini adalah urgensi pemahaman kebijakan dalam pelaksanaan

pelayanan kesehatan ibu dan anak di Provinsi Jawa Barat.

Data, Intrumen, dan Teknik Pengumpulan Data

Data yang dibutuhkan dalam melakukan penelitian ini terdiri dari data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang dijabarkan dari variabel penelitian. Kemudian dikembangkan data bentuk daftar pertanyaan. Daftar pertanyaan tersebut dijadikan pedoman untuk wawancara. Sedangkan data sekunder berupa informasi penunjang terkait dengan kebijakan kesehatan ibu dan anak pada pelaksana lapangan yang di teliti serta, studi literatur dan hasil konsultasi dengan para pakar ahli. Untuk memperoleh data primer, digunakan penelitian lapangan (field resarch) dengan menggunakan alat pengumpul data berupa observasi lapangan dan wawancara, serta studi kepustakaan.

Teknik Analisis Data

Analisis data penelitian kualitatif, dapat dilakukan melalui langkah-langkah, sebagai berikut :

1. Data Reduction (reduksi data)

Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang utama, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya. Dengan demikian data yang telah direduksi akan memberikan gambaran yang lebih jelas, dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya, dan mencarinya bila diperlukan.

2. Data Display (penyajian data)

Setelah data direduksi maka selanjutnya adalah menyajikan data. Dalam penelitian kualitatif, penyajian data bisa dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, flowchart dan sejenisnya.

3. Verification

Langkah ketiga dalam analisis data kualitatif adalah penarikan kesimpulan dan verifikasi. Kesimpulan dalam penelitian

kualitatif adalah temuan baru yang sebelumnya belum pernah ada.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pelayanan kesehatan ibu dan anak di Provinsi Jawa Barat rupanya masih belum optimal. Kondisi ini akan berdampak luas. Dampak pelayanan kesehatan kuantitatif tidak optimal bagi ibu dan bayi di Provinsi Jawa Barat terungkap, antara lain dengan data. Hal ini terungkap dari data kesehatan Provinsi Jawa Barat yang menunjukkan bahwa pada tahun 2015 saja di Provinsi Jawa Barat ada 71.805 bayi lahir yang dirujuk karena lahir dengan berat badan lahir rendah. Jumlah bayi yang menderita kekurangan gizi di Provinsi Jawa Barat pada tahun 2015 mencapai 2.979 bayi atau 0,30 persen dari bayi yang lahir di tahun yang sama sebanyak 988.356 bayi. Dengan demikian, pelayanan kesehatan ibu dan anak di Provinsi Jawa Barat, sebagai fenomena kinerja pelayanan kesehatan lakukan otoritas kesehatan di Provinsi Jawa Barat sering dikritik.

Kegiatan dikoordinasikan antara pemerintah pusat dan daerah untuk mengatasi masalah kesehatan ibu masih menjadi masalah bagi pelaksanaan otonomi daerah. Indonesia telah memulai sistem desentralisasi besar-besaran sejak tahun 2000 setelah runtuhnya rezim Orde Baru pada tahun 1998. Kerangka desentralisasi itu sendiri telah mengalami serangkaian revisi. Undang-undang desentralisasi pertama setelah rezim Orde Baru adalah UU No.22 / 1999 tentang Otonomi Daerah, yang diberlakukan pada tahun 2000. Pada tahun 2004, pemerintah memberlakukan UU No.32 / 2004 sebagai respon terhadap dampak yang ditimbulkan oleh undang-undang sebelumnya. Namun, dalam sistem desentralisasi ini, tanggung jawab pemerintah, termasuk sektor kesehatan ibu dibagi pada tingkat pemerintah nasional, provinsi dan kabupaten.

Sistem pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh proses desentralisasi di Indonesia. Sejak awal diundangkannya

desentralisasi pada tahun 1999, pemerintah memindahkan sekitar 70% pegawai negeri sipil termasuk tanggung jawab untuk layanan dan fasilitas masyarakat ke tingkat kabupaten. Reformasi membantu memindahkan dana yang cukup besar kepada pemerintah daerah, namun sayangnya, transfer ini tidak disertai dengan pengalihan kapasitas untuk melaksanakan tanggung jawab baru yang mengakibatkan pembangunan menjadi stagnan di banyak bidang pembangunan, termasuk sektor kesehatan.

Reformasi desentralisasi juga mengakibatkan peningkatan ketersediaan sumber daya keuangan untuk pemerintah daerah melalui pengalihan desentralisasi dana dari pusat ke pemerintah daerah. Namun, hal ini tidak selalu berkontribusi pada peningkatan pendanaan untuk sektor kesehatan. Menariknya, sektor kesehatan di kabupaten mengalami kekurangan keuangan. Sektor kesehatan harus bersaing dengan sektor lain untuk menerima alokasi anggaran dari Dana Alokasi Umum (DAU) dan Pendapatan Asli Daerah (PAD). Di beberapa daerah, sektor kesehatan menerima alokasi anggaran yang relatif lebih rendah. Kekurangan dalam pendanaan sektor kesehatan juga terjadi di daerah dengan kapasitas fiskal tinggi, yang akan berada dalam posisi untuk pembiayaan atas penyediaan layanan kesehatan bagi penduduk menjadi memadai. Situasi ini bisa merusak kemajuan dalam indikator kesehatan selama dekade terakhir. Hal ini menyebabkan kecenderungan meningkatnya dana dari pemerintah pusat di bidang kesehatan langsung dari Departemen Kesehatan.

Di tingkat nasional, sistem kesehatan di Indonesia diatur dalam enam bidang utama dari program ini, termasuk Kesehatan Ibu dan Anak, Dana Kesehatan, Sumber Daya Manusia, Farmasi, Perlengkapan dan Peralatan Medis, Manajemen Informasi dan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. Di tingkat lokal, Perencanaan (Badan Perencanaan Daerah) bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan

pengembangan kebijakan daerah, perencanaan pembangunan dan penganggaran. Dinas Kesehatan Kabupaten bertanggung jawab untuk program yang berhubungan dengan kesehatan dan proyek-proyek, dan untuk mengembangkan standar teknis. Kantor kesehatan provinsi bertanggung jawab untuk mengkoordinasikan program-program dan proyek-proyek di sektor kesehatan antar kabupaten, dan bertanggung jawab untuk masalah kesehatan antar kabupaten. Melalui tugas ini, biro kesehatan provinsi juga mengimplementasikan kebijakan kesehatan nasional dan program dalam yurisdiksinya.

Menanggapi berbagai hasil kinerja sektor kesehatan antara pemerintah kabupaten seperti yang disebutkan sebelumnya, Kementerian Kesehatan telah mengembangkan standar pelayanan minimal di bidang kesehatan. Standar ini dikembangkan untuk memberikan beberapa indikator konkret yang akan digunakan untuk mengukur kinerja otoritas kesehatan dan pemerintah daerah di sektor kesehatan.

Pelayanan kesehatan di Indonesia diatur dalam sistem perawatan kesehatan hirarkis atau dari bawah ke atas. Tingkat pertama adalah sistem pelayanan kesehatan di masyarakat, melibatkan Puskesmas; Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Pos Bersalin Desa (Polindes), dan bidan desa. Puskesmas dijalankan oleh pemerintah sebagai perpanjangan dari Dinas Kesehatan Kabupaten dengan menyediakan pelayanan kesehatan dasar di kabupaten. Dalam rangka untuk melayani desa-desa terpencil yang berada di luar jangkauan puskesmas, puskesmas pembantu (Pustu) dapat dibentuk di bawah pengawasan pusat kesehatan. Polindes dijalankan oleh perawat dan bidan yang ditempatkan oleh pemerintah dan dibantu oleh relawan kesehatan desa.

Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) adalah tulang punggung dari partisipasi masyarakat dalam pelayanan kesehatan. Posyandu awalnya diperkenalkan sebagai komponen dari program nasional untuk

memberikan pelayanan gizi dan pemantauan pertumbuhan dasar di tingkat masyarakat. Posyandu dijalankan sepenuhnya oleh relawan yang dilatih sebagai pekerja kesehatan. Kegiatan yang diasuh oleh Posyandu merupakan salah satu contoh proyek nutrisi berskala besar yang paling sukses di Indonesia, dan telah berhasil memberikan pelayanan gizi untuk 10 juta anak pada tahun 1984. Peran awal Posyandu itu kemudian diperluas pada pertengahan 1980-an untuk masuk kegiatan masyarakat terkait dengan keluarga Berencana (KB, Keluarga Berencana) dan penyediaan layanan kesehatan dasar seperti imunisasi dan pengendalian penyakit diare dengan dukungan pekerja profesional kesehatan.

Perawatan kesehatan kedua yang disediakan oleh kabupaten adalah rumah sakit, yaitu yang mempunyai tipe C dan D, yang dilayani oleh setidaknya empat spesialis. Rujukan dari Puskesmas diperlukan untuk mengakses layanan rumah sakit ini, kecuali dalam keadaan darurat. Perawatan kesehatan yang ketiga dilaksanakan oleh rumah sakit provinsi (tipe B dan C).

Fasilitas kesehatan masyarakat yang sebelumnya dibiayai oleh pemerintah pusat sekarang didanai oleh daerah. Tapi setelah desentralisasi, pemerintah daerah telah gagal untuk mengalokasikan dana yang cukup untuk menyediakan layanan kesehatan dasar. Operator kesehatan masih mengandalkan iuran dibayar oleh masyarakat. Ketergantungan pada pungutan telah mengakibatkan peningkatan hambatan keuangan bagi masyarakat miskin. Hal ini juga telah menciptakan insentif untuk fasilitas yang tidak memberikan intervensi kesehatan masyarakat, termasuk langkah-langkah perawatan pencegahan telah menyebabkan kurang mengunggulkannya dari segi penyembuhan. Situasi ini telah menyebabkan pemerintah pusat untuk memperkenalkan program nasional seperti Asuransi Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (Askeskin), yang kemudian diubah menjadi

Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), untuk memberikan bantuan bagi masyarakat miskin untuk mengakses jasa kesehatan.

Secara nasional, pada periode 2008-2011, jumlah pusat kesehatan (termasuk Puskesmas) telah meningkat dari 8548 unit pada 2008 menjadi 9321 unit pada tahun 2011. Pada periode tersebut, rasio puskesmas terhadap 100.000 penduduk adalah di kisaran 2,06-15,99 per 100.000 penduduk, ini berarti bahwa pada 2011 setiap 100.000 penduduk rata dilayani oleh 2-15 unit. Ada 5 lima provinsi dengan Puskesmas per rasio 100.000 penduduk berada di bawah 3.0 yang provinsi Banten, Jawa Barat, Jawa Timur, Jawa Tengah, dan Bali.

Dalam hal pelaksana kebijakan kesehatan masyarakat, rasio tenaga kesehatan untuk 100.000 orang nasional dan dibandingkan antar propinsi di Jawa dan Bali, Jawa Barat ternyata jajaran keempat dari bawah dalam jumlah 114,40.

Masalahnya adalah bahwa ibu-ibu dan petugas kesehatan masyarakat tidak memiliki pengetahuan yang cukup tentang pencegahan atau pengobatan penyakit umum anak-anak. Di Jawa Barat, satu dari tiga anak balita menderita demam (yang mungkin disebabkan oleh malaria, infeksi saluran pernafasan akut dan lain-lain), dan satu dari tujuh anak balita menderita diare. Sebagian besar kematian dari penyakit ini dapat dicegah. Namun, untuk mencegah penyakit ini, ada hal-hal yang harus dipenuhi seperti pengetahuan yang diperlukan, pengenalan tepat waktu, penanganan dan perilaku yang berubah dan petugas kesehatan. Misalnya, Survei Demografi Kesehatan 2007 menunjukkan bahwa hanya 61 persen dari anak balita dengan diare diobati dengan terapi rehidrasi oral.

Langkah-langkah untuk memperbaiki kualitas membutuhkan sumber daya tambahan untuk mengembangkan dan memotivasi pekerja kesehatan. Kinerja petugas kesehatan ditentukan oleh keterampilan dan motivasi. Untuk mengembangkan keterampilan, tidak

hanya diperlukan lebih banyak pelatihan, diperlukan juga pengawasan fasilitatif manajemen kasus, dan untuk para profesional, penilaian sejawat, pemantauan berkala dan peristiwa penting adalah sangat penting untuk diperhatikan. Sesi umpan balik, pemantauan dan pengawasan terus menerus memainkan peran penting, tidak hanya dalam meningkatkan kualitas tetapi juga dalam memotivasi tim kesehatan. Pemerintah Jawa Barat dapat mempertimbangkan untuk memberikan insentif bagi tenaga kesehatan. Insentif ini dapat mengambil bentuk non-tunai (naik pangkat, fasilitas, dan pengakuan profesi), uang (tambahan komponen berbasis kinerja dari gaji), atau institusional dan berbasis tim (langkah-langkah seperti sistem akreditasi dan kompetisi terbuka).

Namun, semua ini tidak cukup. Petugas medis daerah selalu kurang, terutama, jika di daerah terpencil, di pegunungan, hutan atau daerah pesisir. Untuk itu, tenaga kesehatan masih perlu ditambahkan. Penting juga untuk selalu melatih orang sehingga mereka dapat menangani penyakit mereka sendiri. Dengan demikian, pelatihan-pelatihan atau bimbingan-bimbingan teknis harus sering dilakukan.

Setelah pelatihan-pelatihan itu, komunikasi relawan dengan pihak dinas kesehatan penting untuk selalu terjalin dengan baik. Hal ini dapat dilakukan dengan kontak intensif baik melalui media tradisional seperti acara-acara gathering di desa-desa, atau media sosial lainnya, apakah itu Facebook, WhatsApp, Blackberry, atau lainnya.

SIMPULAN

Berdasarkan uraian dan penjelasan di atas, dari penelitian ini dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu dan anak di dijalankan oleh Dinas Kesehatan Jawa Barat tidak begitu besar, sedangkan dengan adanya program

Asuransi Kesehatan ada banyak hal yang harus difahami secara sama dan disajikan kepada public secara luas.

2. Pelaksanaan kebijakan kesehatan masyarakat telah dilakukan dengan pola desentralisasi. Hal ini akan melemahkan kekuatan sumber daya manusia, karena mereka dibagi sebagian besar. Pengumuman tentang pelayanan kesehatan masyarakat dioperasikan secara independen di daerah masing-masing, dengan media masing-masing.
3. Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat tidak sepenuhnya disosialisasikan struktur baru layanan kesehatan dengan dukungan kebijakan dalam bentuk kebijakan umum, petunjuk pelaksanaan dan petunjuk untuk teknis pelayanan kesehatan masyarakat, terutama pada kesehatan ibu dan anak. Kurangnya kebijakan publik yang jelas dan petunjuk pelaksanaan teknis telah membingungkan para pemangku kepentingan kesehatan, terutama mereka yang bekerja sama dengan pelayanan kesehatan publik seperti Asuransi Kesehatan dan pengguna.
4. Kesatuan koordinasi dan keseragaman layanan informasi, dan jaringan kerjasama di lembaga kesehatan masyarakat, di lingkungan Pemerintah Provinsi Jawa Barat telah dilakukan dengan baik.
5. Dalam melaksanakan kewajibannya pelaksana sangat termotivasi untuk layanan kesehatan masyarakat telah menjadi fungsi utama dalam tugas dan fungsi departemen kesehatan. Namun, kurangnya petugas kesehatan yang langsung menangani kesehatan ibu dan anak yang dirasakan oleh masyarakat sehingga penelitian ini merekomendasikan dipersiapkannya petugas kesehatan tambahan di masyarakat.
6. Agar komunikasi layanan kesehatan ibu dan anak dapat diimplementasikan dengan baik, harus didukung oleh

berbagai media, termasuk media sosial dan bahkan media tradisional.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, Azrul. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Creswell, John. W. (2012). *Research Design Qualitative & Quantitative Approaches*. 9th edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
- Denzin, Norman K and Yvonna S. Lincoln. (1994). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Dever, G.E. Alan. (1984). *Epidemiology in Health Services Management*. Madrid: Aspen.
- Dimock, Marshall Edward and Dimock, G.G.O. (1953). *Public Administration*. Rinehart.
- Gordon. I., J. Lewis. (1986). Perspectives on Policy Analysis. In *Public Administration Bulletin*, Vol. 25.
- Howlett, Michael dan M. Ramesh. (1995). *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystem*. New York: Oxford University Press.
- Jones, Charles O. (1984). *An Introduction to the Study of Public Policy*, Monterey, California; Brooks/Cole Publishing Company.
- Locke, L.; Silverman, S.; Spirduso, W.W. (1987). *Reading and Understanding Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Marshall, Catherine and Rossman, Gretchen B. (1989). *Designing Qualitative Research*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Miles, M.B. and Huberman, A.M. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. 2nd edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 741/MENKES/PER/VII/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
- Pressman, J. and A. Wildavsky. (1973). *Implementation*, Berkeley, California: University of California Press.
- Ripley, Randall and Franklin, Grace. (1980). *Congress, the Bureaucracy and Public Policy*. 2nd ed. Homewood, Ill: The Dorsey Press.
- Udoji, Chief J.O. (1981). *The African Public Servant as a Public Maker, Public Policy in Africa*, Africa Association for Public Administration.
- Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.