

Evaluasi Pelaksanaan Program *Mobile Clinic* dalam Pelayanan Kesehatan Ibu di Kota Sorong Propinsi Papua Barat

Evaluation on the Implementation of Mobile Clinic Program in Maternal Health Service in Sorong City of West Papua Province

*Adriana Egam**, *Martha Irene K***, *Ayun Sriatmi***

**Alumni Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, **Staf Pengajar Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro*

ABSTRAK

Kementerian Kesehatan melaksanakan program *Mobile Clinic*, untuk lebih mendekatkan akses pelayanan kesehatan pada masyarakat di Tanah Papua. Target cakupan *mobile clinic* masih belum tercapai, walaupun biaya yang dikeluarkan sangat besar. Tujuan penelitian adalah melakukan evaluasi pelaksanaan program *mobile clinic* dalam pelayanan kesehatan ibu di Kota Sorong Propinsi Papua Barat. Jenis penelitian ini adalah deskriptif kualitatif, Informan utama adalah seluruh tim *mobile clinic* Kota Sorong. Informan triangulasi adalah kader *mobile clinic* dan pengelola program *mobile clinic*. Pengumpulan data dilakukan melalui *indepth interview* dan *focus group discussion*. Pengolahan data dilakukan dengan metode analisis isi (*content analysis*). Hasil penelitian menunjukkan bahwa perencanaan sudah dilakukan oleh semua tim *mobile clinic*. Ada kendala keterbatasan tenaga pada 2 puskesmas sehingga perlu penunjukan tenaga pelaksana dari unit kerja lain. Pengorganisasian dengan pemberdayaan kader sudah terlaksana dengan baik. Pada penggerakkan dan pelaksanaan terdapat dua kebijakan yang tidak sesuai Juknis yakni penambahan tenaga dan pergantian personil TMC (Tim *Mobile Clinic*). Penambahan tenaga meningkatkan pencapaian cakupan dan penambahan jenis pelayanan yaitu ANC terpadu. Pergantian personil TMC pada tenaga yang tidak dilatih berdampak tidak tercapainya target cakupan. Kerjasama tim, lintas program dan lintas sektoral terjalin baik. Pelaporan tidak lengkap dan supervise yang dilakukan tidak memberikan masukan. Sulitnya jangkauan dan besarnya biaya transportasi tidak menghambat pelayanan karena didukung alokasi dana yang memadai. Direkomendasikan agar program dilakukan kembali dengan perbaikan petunjuk teknis dan biaya yang disesuaikan dengan Perda.

Kata Kunci : Evaluasi, *Mobile Clinic*, Kesehatan Ibu, Perencanaan, Pengorganisasian

ABSTRACT

Ministry of Health implemented mobile clinic program to bring health service access closer to the community in Papua land. Target coverage of mobile clinic program was not attained, although the cost spent was very high. Objective of the study was to evaluate the implementation of mobile clinic program in maternal health service in Sorong city of West Papua province. This was a descriptive-qualitative study. Main informants were all team of mobile clinic of Sorong city. Triangulation informants were mobile clinic cadres and mobile clinic managers. Content analysis was applied in the data management. Results of the study showed that planning had been done by all mobile clinic teams. There were limited staffs in two primary healthcare centers(puskesmas), and this situation allowed choosing executor workers from other work units. Organizational activities with empowerment of cadres had been done properly. There were two policies that did not agree with technical guidelines in the actuating and implementing of the program namely addition of staffs and changing of mobile clinic team (TMC) personnel.

Addition of the staffs increased coverage and added type of service. The added type of service was an integrated antenatal care (ANC). The change of TMC personnel with untrained personnel caused a fail to attain the target coverage. Collaboration among teams, cross programs and sectors had been performed well. Reporting was not good, and supervision done did not provide inputs. Difficulty in reaching location and expensive transportation costs did not hamper services due to sufficient funding allocation support. Reimplementation of the program with technical guidance improvement and budget aligned with Perda is recommended.

Key Words: *Evaluation, Mobile Clinic, Maternal Health, Planning, Organizing*

PENDAHULUAN

Tujuan kelima MDGs adalah menurunkan 102/100.000 KH pada tahun 2015 namun target tersebut tampaknya masih sulit dicapai, karena AKI pada tahun 2010 sebesar 240/100.000 KH. Tingginya AKI Papua Barat jauh melebihi angka nasional yakni 396/100.000 KH. Menurut Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Papua Barat jumlah kasus kematian terus mengalami kenaikan yakni pada tahun 2009 sebanyak 36 orang 10.227 persalinan dan tahun 2010 sebanyak 50 orang dari 11.779 persalinan dan diperkirakan jumlah sebenarnya hampir dua kali lipat jika pendataan di lapangan akurat dan menyeluruh di tiap distrik dan kampung.

Rendahnya cakupan pelayanan kesehatan ibu juga merupakan gambaran masih sulitnya akses pelayanan kesehatan di Papua Barat. Berdasarkan laporan pelayanan kesehatan ibu tahun 2010 cakupan K1 86,91 %, K4 50,34 % dan persalinan tenaga kesehatan hanya 69,15 %. Besaran cakupan ini masih jauh dari target sasaran nasional yakni K1 95%, K4 95% dan persalinan tenaga kesehatan 90%.

Mobile Clinic adalah pelayanan kesehatan dasar komprehensif (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif) dan terpadu diselenggarakan dengan melakukan kunjungan ke tempat sasaran, bertujuan mendekatkan akses pelayanan kepada masyarakat, utamanya untuk deteksi dini (*Early Diagnosis*), pengobatan dasar penyakit

(*Prompt Treatment*) dengan program prioritas KIA, Gizi, HIV/AIDS, TB, Malaria, Filariasis serta pemberdayaan masyarakat melalui promosi kesehatan (*Health Promotion*) dan pembinaan kader. Upaya ini merupakan kegiatan awal untuk memperkuat sistem pelayanan kesehatan yang sudah ada dan ditindaklanjuti oleh Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan rutin.

Kota Sorong adalah kota dalam wilayah Provinsi Papua Barat yang terdiri dari 6 Distrik dengan sarana dan prasarana kesehatan yang tersedia adalah 6 Rumah Sakit (2 milik daerah dan 4 milik swasta), 6 Puskesmas (dengan 25 Puskesmas pembantu) dan 81 Posyandu. Berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Kota Sorong tahun 2009 terjadi 2 kasus kematian dari 2133 persalinan, tahun 2011 ada 2 kasus kematian dari 1959 persalinan dan pada tahun 2010 terjadi peningkatan yaitu 5 kasus dari 2133 persalinan.

Berdasarkan hasil wawancara pada studi pendahuluan yang dilakukan pada pertengahan bulan Agustus sampai dengan awal September 2011 terhadap 4 bidan pelaksana *mobile clinic* di Puskesmas Wilayah Kota Sorong, dapat diketahui bahwa satu bidan tidak membuat rencana program pelayanan kesehatan ibu yang meliputi target sasaran dan jadwal kunjungan, satu bidan menyatakan tidak membuat mapping ibu hamil dan kalender ibu hamil dan bidan tidak pernah mendapat pelatihan tentang pelayanan program *mobile clinic*.

Pencapaian cakupan *mobile clinic* dalam pelayanan kesehatan ibu belum mencapai target program yakni total *coverage* sesuai petunjuk teknis padahal tenaga pelaksana telah tersedia dan alokasi dana cukup besar. Sehingga dapat dikatakan *input* memadai sedangkan *output* tidak tercapai maka perlu dinilai bagaimana pelaksanaan proses. Dari uraian tersebut, maka sangatlah penting untuk dilakukan penelitian tentang evaluasi pelaksanaan program *mobile clinic* dalam pelayanan kesehatan ibu di Kota Sorong.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan waktu *cross sectional* yaitu pengumpulan semua variabel dilakukan secara bersamaan. Metode sampling yang digunakan adalah *purposive sampling*. Sebagai informan utama adalah tim *mobile clinic* yang dikelompokkan 3 kategori menurut akses geografis yaitu kategori I : Daerah pesisir pantai/kepulauan yaitu tim Puskesmas Tanjung Kasuari Distrik Sorong Barat dan Puskesmas Doom Distrik Sorong Kepulauan, kategori II : Daerah pinggiran kota dan perbukitan yaitu Puskesmas Malanu Distrik Sorong Utara dan Puskesmas Klasaman Distrik Sorong Timur, serta kategori III : Daerah dekat kota yaitu Puskesmas Malawei Distrik Sorong Manoi dan Puskesmas Remu, sedangkan informan triangulasi adalah empat orang kader dari masing-masing distrik/puskesmas dengan pengelompokan sama dengan pengelompokan tim *mobile clinic*, kepala DKK Kota Sorong, kepala bagian kesga dan kepala sub bagian promkes.

Variabel penelitian ini adalah perencanaan oleh Tim *Mobile Clinic* (TMC), pengorganisasian oleh TMC, penggerakan dan pelaksanaan oleh Tim *mobile clinic*, pemantauan dan pembinaan program *mobile clinic* dan lingkungan. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam (*indepth interview*) dan *Focus Group*

Discussion (FGD). Pengolahan dan analisis data dilakukan dengan menggunakan metode *content analysis*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Aspek Perencanaan

Aspek perencanaan dalam hal ini adalah proses perencanaan mencakup penyusunan tim *mobile clinic*, penyusunan kebutuhan kader dan keterlibatan kader dalam perencanaan, penyusunan kebutuhan pembiayaan, penyusunan kebutuhan sarana dan prasarana dan sosialisasi program.

a. Penyusunan Tim *Mobile Clinic*

Penyusunan tim *mobile clinic* dibahas bersama staf melalui melalui forum lokakarya mini Puskesmas. Hasil kesepakatan ini, oleh Kepala Puskesmas mengusulkan ke pengelola program *mobile clinic* DKK Sorong dan diterbitkan SK pelaksana *mobile clinic*, seperti terungkap sebagai berikut :

“....Tim kita, setelah surat permintaan tenaga TMC masuk ke Puskesmas, ya. Kami bahas di lokmin puskesmas. Saat itu kami berlima yang di tunjuk mengikuti kegiatan TMC sesuai disiplin ilmu yang diminta. Daftar nama dikirim ke DKK dan terbitkan SK, baru kami dilatih.”(IU 1.1)

Menyangkut penunjukan personil TMC oleh pengelola, hal ini tidak menyimpang dari petunjuk teknis lapangan karena pengelola diberi kewenangan untuk mempersiapkan tenaga teknis lapangan dari puskesmas melalui usulan Puskesmas setempat.

b. Penyusunan Jumlah Kebutuhan dan Keterlibatan Kader dalam Penyusunan Rencana.

Kegiatan pelayanan pada program *mobile clinic*, dipandang perlu untuk menyusun jumlah kebutuhan kader sehingga pelaksanaan lebih efektif. Dari 6

TMC yang diteliti semuanya mengatakan bahwa tim menyusun jumlah kebutuhan kader tiap lokasi karena tiap lokasi memiliki tingkat kesulitan yang berbeda sehingga jumlah kebutuhan kader tiap titik lokasi tidak sama. Penghitungan jumlah kebutuhan kader juga berhubungan dengan besaran dana yang harus dibayarkan yakni jumlah pembayaran insentif kader. seperti kutipan sebagai berikut :

Penyusunan rencana pelaksanaan *mobile clinic* dalam pelayanan kesehatan ibu melibatkan kader dalam pendataan / penentuan jumlah sasaran dan membuat pemetaan pelayanan ibu dan intervensi gizi pada ibu hamil Kekurangan Energi Kronik (KEK).

c. Penyusunan Kebutuhan Pembiayaan Tim Mobile Clinic

Penyusunan kebutuhan pembiayaan diajukan ke pengelola program *mobile clinic*. Realisasi dana sudah sesuai dengan juknis keuangan yaitu biaya transportasi dan akomodasi, honor kader, insentif petugas, biaya porter, biaya rujukan bumil dan bulin, dan tindak lanjut intervensi gizi buruk. Adapun sumber dananya adalah bantuan sosial dari pusat dikelola oleh DKK dan pertanggungjawaban langsung oleh pengelola. Format pertanggungjawaban disiapkan oleh pengelola, jumlah dananya didistribusikan sesuai dengan format yang ada dan tidak ada penggalangan dana yang lain. Kebutuhan pembiayaan pelaksanaan kegiatan secara umum tercukupi. Hal ini diungkapkan oleh salah satu informan utama seperti kutipan sebagai berikut :

“.....Sesuai dengan juknis yang disosialisasikan pada kami, maka kami TMC menyusun semua kebutuhan pembiayaan dan mengajukan ke pengelola. adapun kebutuhan yang kami ajukan mengacu pada juknis yang ada dengan perhitungan unit costnya.(IU 6.1)

Biaya pelaksanaan pelayanan yaitu besaran dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kesehatan masyarakat yang dibutuhkan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.

d. Penyusunan Kebutuhan Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana yang ada di wilayah kerja masing-masing dan membuat daftar permintaan anggaran untuk lokasi yang sulit jangkau, karena harus menggunakan kendaraan kusus. Persiapan obat dan alat medis, bahan habis pakai, bahan kontak dan MP-ASI tiap tim membuat daftar permintaan diajukan ke pengelola. Selanjutnya pengelola mendroping sesuai dengan permintaan. Kendalanya: jumlah bahan kontak dan MP-ASI terbatas namun untuk MP-ASI pengelola meminta bantuan dari Propinsi Papua Barat. Hal ini diungkapkan oleh salah seorang informan utama seperti kutipan sebagai berikut:

“Saya sebagai petugas gizi, ditugaskan menyusun kebutuhan MP-ASI sesuai dengan target sasaran. Masalahnya, jumlah yang disuplai ke kami tidak sesuai dengan jumlah yang kami butuhkan. Tapi itu tidak menjadi hambatan karena kami bisa menganfrak ke gudang gizi diambil dari bantuan pemda propinsi untuk intervensi gizi buruk.“
(IU 2.3)

Tujuan kelima MDGs adalah menurunkan 102/100.000 KH pada tahun 2015 namun target tersebut tampaknya masih sulit dicapai, karena AKI pada tahun 2010 sebesar 240/100.000 KH. Tingginya AKI Papua Barat jauh melebihi angka nasional yakni 396/100.000 KH. Menurut Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan Papua Barat jumlah kasus kematian terus mengalami kenaikan yakni pada tahun 2009 sebanyak 36 orang 10.227

persalinan dan tahun 2010 sebanyak 50 orang dari 11.779 persalinan dan diperkirakan jumlah sebenarnya hampir dua kali lipat jika pendataan di lapangan akurat dan menyeluruh di tiap distrik dan kampung. Rendahnya cakupan pelayanan kesehatan ibu juga merupakan gambaran masih sulitnya akses pelayanan kesehatan di Papua Barat. Berdasarkan laporan pelayanan kesehatan ibu tahun 2010 cakupan K1 86,91 %, K4 50,34 % dan persalinan tenaga kesehatan hanya 69,15 %. Besaran cakupan ini masih jauh dari target sasaran nasional yakni K1 95%, K4 95% dan persalinan tenaga kesehatan 90%.

Mobile Clinic adalah pelayanan kesehatan dasar komprehensif (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif) dan terpadu diselenggarakan dengan melakukan kunjungan ke tempat sasaran, bertujuan mendekatkan akses pelayanan kepada masyarakat, utamanya untuk deteksi dini (*Early Diagnosis*), pengobatan dasar penyakit (*Prompt Treatment*) dengan program prioritas KIA, Gizi, HIV/AIDS, TB, Malaria, Filariasis serta pemberdayaan masyarakat melalui promosi kesehatan (*Health Promotion*) dan pembinaan kader. Upaya ini merupakan kegiatan awal untuk memperkuat sistem pelayanan kesehatan yang sudah ada dan ditindaklanjuti oleh Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan rutin.

Kota Sorong adalah kota dalam wilayah Provinsi Papua Barat yang terdiri dari 6 Distrik dengan sarana dan prasarana kesehatan yang tersedia adalah 6 Rumah Sakit (2 milik daerah dan 4 milik swasta), 6 Puskesmas (dengan 25 Puskesmas pembantu) dan 81 Posyandu. Berdasarkan laporan Dinas Kesehatan Kota Sorong tahun 2009 terjadi 2 kasus kematian dari 2133 persalinan, tahun 2011 ada 2 kasus kematian dari 1959 persalinan dan pada

tahun 2010 terjadi peningkatan yaitu 5 kasus dari 2133 persalinan.

Berdasarkan hasil wawancara pada studi pendahuluan yang dilakukan pada pertengahan bulan Agustus sampai dengan awal September 2011 terhadap 4 bidan pelaksana *mobile clinic* di Puskesmas Wilayah Kota Sorong, dapat diketahui bahwa satu bidan tidak membuat rencana program pelayanan kesehatan ibu yang meliputi target sasaran dan jadwal kunjungan, satu bidan menyatakan tidak membuat mapping ibu hamil dan kalender ibu hamil dan bidan tidak pernah mendapat penyusunan kebutuhan sarana dan prasarana sangatlah penting untuk mendukung kelancaran pelaksanaan kegiatan. Keberhasilan suatu program juga didukung oleh fasilitas yang memadai. Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa fasilitas adalah sarana atau peralatan yang dipergunakan dalam melaksanakan pelayanan pekerjaan.

e. Sosialisasi Program

Sosialisasi petunjuk teknis kepada TMC dilakukan pelatihan pelaksanaan *mobile clinic*, selama 14 hari efektif kerja dengan berbagai metode dan bentuk media yang beragam yang berakhir dengan evaluasi pelatihan. Sosialisasi ke kader juga dilakukan pelatihan kader *mobile clinic* selama 6 hari kerja efektif dengan berbagai metode dan bentuk media yang beragam. Hal ini seperti diungkapkan oleh salah satu informan utama seperti kutipan berikut :

“Ada sosialisasi program. Untuk tingkat atas yakni Pemkot, distrik, lurah dilakukan sosialisasi di kantor walikota. Untuk TMC dan kader pelatihan secara terpisah. kalo di kantor lurah dan dusun ya kami TMC yang sosialisasi....” (IU 5.1)

Sosialisasi program berjalan dengan baik terlihat dari keterlibatan instansi terkait

dan bahkan antusias masyarakat dalam menggunakan kesempatan untuk mendapatkan pelayanan.

2. Aspek Pengorganisasian.

Penerapan aspek pengorganisasian yang dilakukan oleh tim *mobile clinic* dengan mengalokasikan masing-masing fungsi dan tanggung jawab pada kader dalam rangka pemberdayaan masyarakat.

a. Penyusunan Kelompok Kerja Kader

6 TMC yang diteliti empat TMC mengatakan bahwa kelompok kerja kader sudah ada sehingga tidak ada pembentukan kelompok kerja yang baru, hanya mengaktifkan kembali. Seperti kutipan salah satu informan utama berikut:

“...Kalau tim kami, memang pernah ada pembentukan kelompok kerja desa siaga. Tapi desa siaga sekarang seperti lahan tidur. Jadi kami hanya mengaktifkan kembali dengan memberikan beberapa materi baru yakni *mapping*, SMD dan MMD serta beberapa catatan kusus” (IU 1.4)

Petunjuk teknis pelaksanaan program *mobile clinic* menyangkut pembentukan kelompok kerja kader yakni memanfaatkan potensi masyarakat yang ada di lokasi atau sekitar lokasi titik pelayanan *mobile clinic*. Sehingga dapatlah dikatakan bahwa pembentukan kelompok kerja kader sudah sesuai dengan juknis pelaksanaan *mobile clinic*.

b. Pembagian Tugas dan Tanggungjawab Tiap Anggota Kelompok Kerja

Tugas tiap anggota kelompok kerja dimulai dari pendataan jumlah penduduk secara umum dan kusus, pengerahan dan pengumpulan massa, penyiapan tempat/*base camp*, penyuluhan,

mendampingi bidan saat kunjungan rumah, terlibat secara aktif dalam pelaksanaan SMD dan MMD dan membantu pelaksanaan pelayanan di *base camp* yakni penimbangan bayi balita, ibu hamil dan pengisian KMS serta terlibat dalam pelayanan pembagian bahan kontak. Seperti diungkapkan sebagai berikut :

“... Waktu kami sosialisasi di kantor lurah kami sisihkan waktu untuk membagi tugas pada kader, data jumlah penduduk yang ada dilokasi didampingi RT itu semua kader terlibat, ada juga kami bagi sebagai tenaga penyuluh, ada yang bertugas menimbang ibu hamil dan bayi, mendampingi bidan untuk kunjungan rumah. Hampir sama dengan Posyandu. Cuma yang ini ditambah dengan tugas mengkoordinir terlaksananya SMD dan MMD.....” (IU 1.1)

c. Pemberian Arahan Tentang Prosedur Pelaksanaan Dan Pencatatan Hasil Kegiatan

Kelancaran pelaksanaan kegiatan, diberikan arahan kepada kader tentang prosedur pelaksanaan kegiatan yakni berkaitan dengan sistim rujukan dan temuan kasus serta intervensi gizi buruk termasuk bumil KEK yang dilanjutkan dengan pencatatan. Hal ini sudah dilakukan pada saat pelatihan kader. Kader dibimbing untuk pengisian laporan sebagai hasil pencatatan disusun. Namun tiap lokasi berbeda situasi sehingga pada beberapa lokasi TMC harus mengulangi lagi penjelasan prosedur pelayanan dan pencatatan sesuai dengan situasi dan kondisi dilokasi namun tetap mengacu pada juknis. Hal ini diungkapkan oleh informan utama sebagai berikut :

“.....ia tetap kasi ajar ulang. Soalnya tong Tanya cara isi KMSMasih agak bingung..... (IU 6.2)

d. Pemberian Motivasi Kepada Kader

Kader perlu diberikan stimulus untuk dapat melakukan perannya dalam pelaksanaan kegiatan. Menanamkan rasa memiliki bukan hal yang mudah. TMC Kota Sorong telah melakukan terobosan untuk membangkitkan minat kader sehingga dapat berpartisipasi aktif dalam memecahkan masalah kesehatan. Adanya pemberian motivasi pada kader melalui arahan arahan terungkap oleh informan utama yakni salah seorang anggota TMC seperti kutipan berikut:

“...Yah.. motivasi terus kami berikan kepada kader berupa pengarahan dan dorongan untuk ikut terlibat secara aktif dalam memecahkan masalah kesehatan. dimasyarakat...” (IU 4.1)

3. Aspek Penggerakan dan Pelaksanaan

Penggerakan dan pelaksanaan dalam hal ini adalah penerapan aspek penggerakan dan pelaksanaan yang ditinjau dari pembagian dan pendelegasian tugas kepada setiap anggota TMC serta terciptanya iklim kerja sama antar tim, kerjasama lintas program dan kerjasama lintas sektoral.

a. Pembagian dan Pendelegasian Tugas Tiap Anggota TMC

Ada pembagian dan pendelegasian tugas tiap anggota TMC sesuai dengan petunjuk teknis program *mobile clinic*. Hal ini diungkapkan oleh seorang informan utama seperti kutipan sebagai berikut :

“....Pembagian tugas sudah sesuai dengan juknis yang ada, untuk pendelegasian tugas, ya Seperti

contoh saya bidan, tapi juga didelegasikan untuk sekaligus menangani pengelolaan obat dan alkes. Kan di juknis tidak menunjuk tenaga apoteker. Yah... sesuai dengan SK pelaksana bidan boleh diberi delegasi untuk itu...” (IU 2.2)

Pembagian dan pendelegasian tugas menyangkut jumlah dan jenis tenaga yang tercantum dalam petunjuk teknis pelaksanaan *mobile clinic*. Jumlah dan jenis tenaga yang tercantum dalam juknis tidak sesuai dengan kebutuhan yang harus dipenuhi sesuai skala prioritas program, dan tenaga yang mutlak dibutuhkan seperti apoteker tidak dicantumkan dalam ketenagaan *mobile clinic*.

b. Kerja Sama TIM

Adanya kerja sama yang baik antar anggota TMC. Hal ini terungkap oleh salah satu informan utama seperti kutipan berikut :

“...Kami enjoi saja, kalau tidak kerja sama ya sulit. Seperti saya bidan, saya butuh teman saya laboratorium. Bagaimana kalau dia tidak mau priksa ya nda mungkin saya semua yang kerjakan. Jadi ya kami saling membantu....” (IU 5.3)

Kerja sama antar anggota tim dikatakan baik walaupun anggota dan ketua tim berasal unit kerja yang berbeda. Kerja sama dalam tim nampak pada berjalannya kegiatan tanpa hambatan dan laporan kegiatan rutin dikirim ke pengelola untuk dikaji.

c. Kerja Sama Lintas Program

Kerjasama lintas program tetap terjalin baik namun pada beberapa Puskesmas terjadi kecemburuan sosial antara tim dengan petugas pemegang program sebagai dampak dari besaran

honor TMC. Namun hal ini tidak menjadi hambatan karena dapat diatasi secara internal oleh kepala Puskesmas. Seperti yang diungkapkan oleh ketua TMC Puskesmas Tanjung Kasuari Distrik Sorong Barat seperti kutipan berikut :

“...Memang ada sedikit kecemburuan sih..... tapi yah..... gimana. Saya jelaskan dan berusaha memberi pengertian bahwa nanti pada tahun berikut kita usulkan untuk dapat melibatkan yang lain. ya... tetap bisa juga kerjasama. Buktinya laporan TMC juga mereka rekap ke laporan umum puskesmas...” (IU 1.1)

Kerjasama lintas sektoral yang tercipta di TMC. Hal ini dibuktikan dengan terintegrasinya laporan TMC kedalam laporan Puskesmas. Kerjasama organisasi adalah kesepakatan yang dilakukan oleh 2 organisasi atau lebih yang bertujuan untuk menjalin hubungan kemitraan antar organisasi yang bersifat saling menguntungkan.

d. Kerja Sama Lintas Sektoral

Adanya keterlibatan jajaran distrik dalam menggerakkan dan mengumpulkan massa, pendataan jumlah penduduk, ikut terlibat dalam penentuan titik rawan pelayanan dan serta membantu dan memfasilitasi lokasi *base camp*. Kerja sama lintas sektoral juga terlihat adanya keterlibatan instansi lain dalam pelayanan seperti BKKBN yang menyediakan alkon, serta bahan penyuluhan kesehatan reproduksi.

Hal ini diungkapkan oleh salah seorang informan utama yakni bidan seperti kutipan berikut:

“...Wah.... Saya sangat terbantu. Alkon tersedia, dan material penyuluhan untuk KB dan kesehatan reproduksi juga ada loh. Itu disiapkan oleh BKKBN. Untuk

kerja sama dengan distrik, pak Distrik itu kan memberikan masukan bila kita ada. ...Yah kebetulan ada Pak Distrik. Malahan stafnya ikut mendata ... Waktu itu masih pake kartu itu....” (IU 1.2)

Kerjasama lintas sektoral yang tercipta antara TMC dengan distrik dan kantor BKKBN. Keterlibatan BKKBN dalam pelaksanaan program *mobile clinic* adalah menyediakan alkon dan material penyuluhan.

4. Penerapan Aspek Pemantauan dan Pembinaan

Pemantauan dan pembinaan dalam hal ini adalah penerapan aspek pemantauan dan pembinaan yang dilakukan oleh pelaksana maupun pengelola program *mobile clinic* melalui penilaian pencatatan dan pelaporan, kunjungan kerja pengelola ke lokasi *mobile clinic*.

a. Pencatatan dan Pelaporan

Enam TMC yang diteliti ada 5 TMC melakukan pencatatan dan membuat laporan harian di *basecamp* setiap selesai pelayanan dengan mengisi format laporan *mobile clinic* yang tersedia. Hasil pelayanan direkapitulasi oleh tim dilaporkan ke pengelola program *mobile clinic* sebagai cakupan tingkat distrik dan diintegrasikan kedalam laporan rutin puskesmas.

Hal ini diungkapkan salah satu informan utama seperti kutipan berikut :

“..Kami membuat laporan harian setiap selesai pelayanan. Kemudian setelah selesai kegiatan satu putaran laporan kami rakapitulasi dan kirim ke pengelola di DKK juga kami laporkan ke puskesmas untuk diintegrasikan ke laporan puskesmas...” (IU 3.5)

b. Kunjungan Kerja Pengelola ke Lokasi Mobile Clinic

Kunjungan pengelola ke lokasi pelayanan *mobile clinic* dilakukan satu kali yakni pada akhir pelaksanaan kegiatan program. Hal ini diungkapkan oleh informan utama seperti kutipan berikut :

“....ada kunjungan Ka.Bid Kesga, Promkes, deng pengelola lain yah gitulah dong datang liat liat tong kerja . tiap lokasi dong kunjungi.tapi yah tidak ada penyampaian mengenai hasil kegiatan ataupun bolehlah tong bilang nda ada manfaat kunjungannya..... ” (IU 2.1)

Kunjungan kerja yang dilakukan oleh pengelola program *mobile clinic* belum maksimal karena hanya dilakukan sekali saja pada akhir kegiatan dan tidak ada umpan balik sehingga tiap TMC tidak ada bahan koreksi untuk dijadikan dasar perbaikan pelayanan pada putaran rute berikutnya:

“...kami menyusun rencana tindak lanjut berdasar masalah yang kami hadapi. Tapi selanjutnya bagaimana?program ini terlihat hanya temporer saja. Gimana ya? Seperti tong disuruh kerjakan PR tapi tidak bisa di selesaikan....” (IU 3.1)

c. Rencana tindak lanjut

Semua TMC menyusun rencana tindak lanjut berdasarkan masalah atau kendala yang dihadapi saat pelaksanaan kegiatan. Hal ini diungkapkan oleh informan utama seperti kutipan berikut :

“...kami menyusun rencana tindak lanjut berdasar masalah yang kami hadapi. Tapi selanjutnya bagaimana?”

“....program ini terlihat hanya temporer saja. Gimana ya? Seperti tong disuruh kerjakan PR tapi tidak bisa di selesaikan....” (IU 3.1)

Rencana tindak lanjut yang telah disusun dan diajukan ke pengelola untuk dijadikan dasar pertimbangan tidak terealisasi karena tidak ada dukungan dana untuk pelaksanaan ditahun berikut.

5. Unsur lingkungan

Dalam pelaksanaan *mobile clinic* di Kota Sorong, masalah letak geografis menjadi salah satu kendala dalam menjawab kebutuhan pelayanan kesehatan pada masyarakat. Namun TMC telah berusaha dalam memberikan pelayanan dengan segala keterbatasan sarana yang ada. Adapun tingkat kesulitan tiap distrik berbeda-beda sesuai dengan jangkauan daerah masing-masing. Walaupun jarak tempuh yang jauh dan sulit namun tetap bisa dijangkau karena didukung oleh dana yang memadai.

SIMPULAN

1. Aspek Perencanaan

- Penyusunan tim kerja pelaksana teknis lapangan dilakukan melalui penunjukan pada forum lokakarya mini Puskesmas selanjutnya kepala Puskesmas menerbitkan surat penunjukan dan diusulkan ke pengelola program *mobile clinic*.
- Penyusunan kebutuhan jumlah kader dilakukan oleh semua TMC. Personil kader dipilih oleh tokoh masyarakat yang berada di lokasi *mobile clinic* yang bersangkutan.
- Penyusunan kebutuhan pembiayaan TMC dilakukan oleh semua TMC mengacu pada petunjuk teknis pelaksanaan yakni jenis pembiayaan dan *unitcost* tiap jenis pembiayaan.

- d. Penyusunan kebutuhan sarana dan prasarana dilakukan oleh semua tim. Daftar kebutuhan saran dan prasarana diajukan ke pengelola dan tidak ada kendala.
- e. Sosialisasi program *mobile clinic* sudah dilaksanakan dengan maksimal yakni sosialisasi berjenjang mulai dari tingkat Pemkot, distrik, kelurahan, dusun dan masyarakat umum.

2. Aspek Pengorganisasian

Penerapan aspek pengorganisasian melalui:

- a. Penyusunan kelompok kerja kader dilakukan oleh semua TMC dengan mengaktifkan kelompok kerja yang ada yakni kader posyandu dan membentuk kelompok kerja yang baru pada lokasi yang jauh dari posyandu.
- b. Pembagian tugas dan tanggungjawab tiap anggota kelompok kerja kader sudah terlaksana baik di semua lokasi *mobile clinic*.
- c. Pemberian arahan tentang prosedur pelaksanaan dan pencatatan hasil kegiatan dilakukan oleh semua TMC yang dapat dilihat dari kemampuan kader dalam pelaksanaan kegiatan dan adanya pencatatan hasil kegiatan di dusun.
- d. Pemberian motivasi pada kader dilakukan oleh semua TMC melalui arahan dan dorongan serta pemberian insentif kader yang memadai dari dana program *mobile clinic*.

3. Aspek Penggerakan dan Pelaksanaan

Penerapan aspek penggerakan dan pelaksanaan dilakukan melalui :

- a. Pembagian dan pendelegasian tugas tiap anggota TMC dilakukan oleh semua TMC sesuai dengan uraian tugas yang tercantum dalam Surat Keputusan pelaksana teknis lapangan. Dari 6 TMC yang diteliti 4 TMC melakukan pembagian dan pendelegasian tugas tiap anggota TMC sesuai dengan uraian

tugas pada petunjuk teknis pelaksanaan program *mobile clinic*.

- b. Kerja sama tim sudah terjalin baik terlihat pada terlaksananya kegiatan yang dilaporkan secara berkala.
- c. Kerja sama lintas program sudah terjalin baik terlihat dari terintegrasinya hasil cakupan TMC ke dalam laporan Puskesmas secara menyeluruh.
- d. Kerja sama lintas sektoral sudah berjalan baik terlihat adanya keterlibatan distrik, kelurahan dan dinas terkait lainnya yakni BKKBN.

4. Aspek Pengawasan dan Pembinaan

- a. Pencatatan dan pelaporan *mobile clinic* dilakukan oleh semua TMC. Pencatatan dilakukan setiap selesai pelayanan, pelaporannya diserahkan ke pengelola dan dintegrasikan ke dalam laporan Puskesmas.
- b. Kunjungan kerja pengelola dilakukan satu kali pada akhir pelaksanaan pelayanan *mobile clinic* dan tidak dilakukan umpan balik sehingga TMC tidak mempunyai dasar untuk melakukan perbaikan pelayanan pada putaran rute selanjutnya.
- c. Rencana tindak lanjut disusun oleh semua TMC mengacu pada permasalahan yang ditemukan di masyarakat namun tidak terealisasi pada tahun berikutnya karena tidak ada alokasi dana khusus untuk pelaksanaan program *mobile clinic*.

5. Unsur lingkungan

Sulitnya jangkauan lokasi *mobile clinic* dan besarnya biaya tidak menghambat pelaksanaan program *mobile clinic* karena program ini ditopang oleh biaya pusat yang cukup memadai.

DAFTAR PUSTAKA

- 1 Departemen Kesehatan RI. *Laporan Perkembangan Tujuan Pembangunan*

- Milenium Indonesia 2015*. Depkes RI. Jakarta, 2010
- 2 Dinkes Kota Sorong, *Profil Dinas Kesehatan Kota Sorong Tahun 2010*. Dinkes, Sorong, 2011
 - 3 http://regional.kompas.com/read/2011/12/11/12494987/Kematian_Ibu_Hamil_di_Papua_Barat_Masih_Tinggi
 - 4 Departemen Kesehatan RI. *Petunjuk Teknis Pelayanan Kesehatan Klinik Bergerak (Mobile Clinic)*. Depkes RI. Jakarta, 2009.
 - 5 Dinkes Provinsi Papua Barat, *Profil Dinas Kesehatan Propinsi Papua Barat Tahun 2010*. Dinkes, Biak, 2011
 - 6 Departemen Kesehatan RI. *Modul (II) Pelatihan Bagi Pelatih (TOT) Team Mobile Clinic*. Depkes RI, Jakarta, 2009