

GAMBARAN PELAYANAN KESEHATAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TAMAKO KABUPATEN KEPULAUAN SANGIHE

Sekplin A.S. Sekeon*

**Staf dosen Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Sam Ratulangi. Pelaksana Tugas Kepala Puskesmas Tamako, Kabupaten Kepulauan Sangihe, Provinsi Sulawesi Utara, 2002- 2004.*

ABSTRAK

Ketertarikan yang tinggi terhadap desentralisasi mengundang banyaknya pendapat dan analisa mengenai perlu tidaknya konsep ini ditinjau kembali. Dari kesimpulan ketidaksiapan bangsa menghadapi era ini hingga wacana resentralisasi, memperkaya kontroversi implementasi sistem yang sedang berjalan ini. Menarik diperhatikan bagaimana keadaan pelayanan kesehatan di-era ini, terutama di-daerah-daerah terpencil, kepulauan, perbatasan, rawan bencana dan daerah miskin. Puskesmas Tamako, berada dalam wilayah Kecamatan Tamako, Kabupaten Kepulauan Sangihe, yang bersama-sama dengan Kabupaten Kepulauan Talaud Provinsi Sulawesi Utara adalah daerah perbatasan dengan wilayah Filipina. Wilayah kerja Puskesmas Tamako dikelilingi oleh pesisir pantai, daerah berawa dan pegunungan. Kondisi ini membuat wilayah kerja ini dikategorikan sebagai wilayah terpencil dan juga rawan bencana. Penduduknya sebagian besar hanya mengecap pendidikan yang relatif rendah dan bekerja sebagai petani dan nelayan. Masalah pelayanan kesehatan di Puskesmas Tamako terurai dalam beberapa segi mulai dari organisasi, tata kerja, upaya kesehatan, azas pengelolaan, pengobatan dasar, manajemen Puskesmas dan pembiayaan, yang kesemuanya menyiratkan perlunya implementasi kebijakan desentralisasi dalam pelayanan kesehatan lebih lagi difokuskan pada kebutuhan masyarakat.

PENDAHULUAN

Fenomena desentralisasi banyak menarik perhatian berbagai kalangan sejak pertama kali diberlakukan 5 tahun yang lalu. Beragam pendapat, analisa dan kesimpulan mewarnai perjalanan desentralisasi. Pendapat-pandapat yang mendukung kesimpulan tentang belum siapnya bangsa kita menerima desentralisasi telah cukup banyak dikemukakan. Efek bola salju pada akhirnya memunculkan wacana resentralisasi berbagai kebijakan yang dianggap gagal ditangani oleh pemerintah daerah. Begitu menariknya topik ini sehingga mendorong orang nomor satu di republik ini merasa perlu mengingatkan pentingnya pemerintah daerah menggunakan desentralisasi untuk benar-benar memajukan pembangunan sesuai potensi daerah masing-masing dan mempraktikkan tata pemerintahan yang baik.

Terlepas dari tarik menarik mengenai pelaksanaan desentralisasi ini, menarik untuk disimak, digali dan dianalisis dampak implementasi desentralisasi, atau dikenal juga dengan era otonomi daerah, terhadap pelayanan kesehatan di-daerah. Masalah kesehatan yang dihadapi saat dewasa ini seperti perbedaan status kesehatan antara daerah yang masih tinggi, rendahnya kualitas kesehatan penduduk miskin, beban ganda penyakit, masih rendahnya kualitas, kuantitas, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan

kesehatan, merupakan tantangan-tantangan nyata yang dihadapi selama era otonomi daerah ini. Selain itu, pelayanan kesehatan juga dihadapkan pada rendahnya kondisi kesehatan lingkungan, masalah pendanaan kesehatan dan lemahnya penguasaan mengenai desentralisasi itu sendiri. Disatu sisi terlihat besarnya masalah yang dihadapi daerah dalam periode ini tetapi disisi lain tersirat lemahnya kapasitas pemerintah daerah, khususnya ditataran Kabupaten/Kota, dalam menghadapinya.

Peran pemerintah daerah yang terkesan gagap ini terlihat dari pemahaman pembangunan kesehatan yang setengah-setengah dari pihak legislatif dan eksekutif yang tercermin dari dijadikannya pelayanan kesehatan sebagai tulang punggung pendapatan daerah. Ini berarti orang sakit dijadikan sebagai tulang punggung pendapatan daerah padahal upaya menyetatkan masyarakat sejatinya termaktub dalam hakikat dan semangat UU No. 22 dan 25 tahun 1999 yang pada intinya adalah untuk meningkatkan kualitas pelayanan publik dan mengembangkan demokrasi menuju peningkatan kesejahteraan rakyat. Disamping itu alokasi anggaran kesehatan diberbagai daerah mencerminkan kurangnya perhatian terhadap investasi hak-hak dasar pembangunan manusia diantaranya pelayanan kesehatan dasar.

Berbicara mengenai pelayanan kesehatan dasar di era desentralisasi ini, rasanya tidak ada tempat yang paling baik untuk dijadikan cermin selain daerah-daerah kepulauan, terpencil, perbatasan, rawan bencana dan daerah miskin. Wilayah-wilayah ini merupakan wajah pelayanan kesehatan yang sebenarnya terutama bila mengingat banyaknya persoalan kemanusiaan dan juga politis yang ada. Atas dasar inilah penulis tertarik menggambarkan pelayanan kesehatan dan tantangan yang dihadapi di wilayah kerja Puskesmas Tamako, yang secara geografis berada pada wilayah kepulauan, terpencil, rawan bencana dan masuk dalam kategori wilayah perbatasan.

GAMBARAN PUSKESMAS TAMAKO

Kabupaten Kepulauan Sangihe memiliki luas wilayah 101.293 km², terdiri dari 112 pulau, yang baru 30 pulau diantaranya yang berpenghuni. Pulau-pulau ini dibagi dalam 20 kecamatan yang terdiri dari 206 desa. Kepulauan ini terletak disebelah utara ibukota provinsi Sulawesi Utara, Manado. Wilayah ini bisa dicapai dalam waktu 1 malam dengan menggunakan alat transportasi kapal laut.

Puskesmas Tamako Kecamatan Tamako terletak kurang lebih 35 kilometer dari ibukota Kabupaten Kepulauan Sangihe, ditempuh dalam waktu 1,5 jam jika lewat darat dan 3,5 jam perjalanan laut dengan perahu-perahu sederhana. Puskesmas ini memiliki 8 desa sebagai wilayah kerjanya dengan kondisi geografis yang bervariasi. Bagi masyarakat di Kecamatan Tamako dan Manganitu Selatan, Puskesmas ini lebih dikenal sebagai rumah sakit. Hal ini erat kaitannya dengan sejarah panjang Puskesmas dan kondisi bangunan dan fasilitas yang “lebih” dibandingkan beberapa Puskesmas di wilayah ini. Dengan demikian, mereka rela menempuh perjalanan panjang dengan berjalan kaki atau mengarungi lautan untuk bisa dilayani di Puskesmas ini.

Berbeda dengan warga perkotaan yang memiliki banyak pilihan terhadap fasilitas kesehatan, warga kecamatan pada umumnya untuk memenuhi kebutuhannya akan pelayanan kesehatan, masih tergantung pada Puskesmas. Kecamatan Tamako sendiri dihuni oleh 16 ribuan penduduk yang tersebar pada berbagai lokasi antara lain di pulau, pegunungan dan pesisir pantai. Wilayah kecamatan ini ditandai dengan daerah pantai, rawa-rawa dan pegunungan. Penduduknya sebagian besar adalah petani dan nelayan dengan tingkat pendidikan yang relative rendah karena sebagian besar penduduk disini hanya lulus SD. Status pendidikan penduduk di wilayah kerja Puskesmas ini mencerminkan status pendidikan penduduk di kepulauan Sangihe (Tabel 1).

Tabel 1. Tingkat pendidikan masyarakat di Kab. Satal

Tingkat pendidikan	Tahun 2000	Tahun 2001
Buta huruf	4.608	3.488
Tidak tamat SD	68.218	69.430
Tamat SD	70.392	55.586
Tamat SLTP	44.562	33.912
Tamat SLTA	36.943	16.849
Akademi/PT	5.964	3.729

Situasi sumber daya di Puskesmas terdiri dari ketenagaan yang berjumlah 8 orang paramedis dan 12 orang staf administrasi. Puskesmas ini adalah Puskesmas tempat tidur (TT) dengan kapasitas 30 tempat tidur termasuk pelayanan persalinan. Dari sisi sarana/prasarana, Puskesmas memiliki 1 rumah dokter dan 4 rumah paramedis. Sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan, Puskesmas Tamako memiliki 3 puskesmas pembantu, dua diantaranya tidak berpenghuni, 2 pos obat desa, 11 posyandu dan

didukung oleh 1 puskesmas keliling. Namun dengan jejaring seperti itu, pada kenyataannya tetap saja banyak masyarakat yang tidak terjangkau oleh pelayanan kesehatan. Ketidakterjangkauan umumnya terjadi karena jauhnya jarak, sulitnya medan dan tantangan cuaca. Ditambah lagi dengan data bahwa Puskesmas adalah satu-satunya unit pelayanan kesehatan strata pertama yang ada di wilayah ini.

Secara keseluruhan, penggunaan institusi puskesmas oleh masyarakat kepulauan Sangihe untuk mendapatkan pelayanan kesehatan bisa dikatakan besar. Hal ini tercermin dari data jumlah kunjungan ke puskesmas yang menunjukkan peningkatan (Tabel 2).

Tabel 2. Jumlah kunjungan ke Puskesmas

Tahun	Rata-rata jumlah kunjungan	
	Per-bulan	Per-tahun
2000	1.184	14.208
2003	9.571	114.860

Dalam hal program pelayanan, Puskesmas ini menjalankan 18 usaha pokok dengan menekankan pada program prioritas seperti KIA, Gizi, Kesehatan Lingkungan dan P2M. Beberapa usaha pokok tidak berjalan seperti Kesehatan Mata, Kesehatan Jiwa, Kesehatan Olahraga dan Kesehatan Kerja.

FENOMENA PELAYANAN KESEHATAN DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS TAMAKO.

Berikut akan dibahas beberapa fenomena yang pernah penulis alami saat masih bertugas di Puskesmas Tamako.

I. Pelaksanaan manajemen

1. Organisasi

Jumlah Puskesmas yang ada di wilayah Kabupaten Kepulauan Sangihe (sebelumnya Kabupaten Sangihe-Talaud) relative belum menjangkau keseluruhan masyarakat yang ada di wilayah ini. Perbandingan jumlah Puskesmas dan jumlah penduduk menunjukkan masih kurangnya kuantitas sarana pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

Tabel 3. Rasio jumlah penduduk dan Puskesmas

Tahun	Jumlah penduduk	Jumlah Puskesmas	Rasio
2000	261.512	20	1:13.076
2001	268.307	20	
2002	262.060	20	1:19.655
2003	194.571	12	
2005	193.831	23	1:8427

Pada tahun 2002, dari 20 puskesmas yang dibawah oleh Dinas Kesehatan Kabupaten sebagian besar diantaranya dipimpin oleh dokter Pegawai Tidak Tetap (PTT), 7 puskesmas dipimpin oleh dokter PNS dan ada 3 puskesmas yang dipimpin oleh paramedis. Para dokter PTT ini diberikan tanggung jawab yang sama dengan dokter PNS dalam hal melaksanakan semua program kesehatan daerah termasuk pencapaian target upaya kesehatan dan juga program-program kesehatan lainnya. Tetapi pemberian tanggung jawab ini tidak dibarengi dengan pemberian wewenang yang setara dengan pada dokter PNS tadi. Ambil contoh pengisian DP3 yang hanya bisa diisi oleh para dokter berstatus PNS, sementara para dokter PTT tidak boleh mengisi DP3 pegawai. Hal ini dirasakan sebagai sebuah keanehan karena menyebabkan para staf bersikap “memandang sebelah mata” terhadap dokter PTT yang sebenarnya adalah atasan langsung mereka. Imbasnya terlihat pada kedisiplinan dan etos kerja yang terkesan menurun karena ada sikap pandang enteng tadi.

2. Tata kerja

Sehubungan dengan pemahaman sebagian besar masyarakat yang menganggap bahwa urusan kesehatan adalah semata-mata kerja Puskesmas, maka acapkali terjadi benturan dengan instansi/sector lain. Misalnya pengambilan data yang berhubungan dengan kesehatan misalnya Keluarga Miskin saat program JPS-BK, diserahkan sepenuhnya kepada staf Puskesmas, padahal sebetulnya yang diharapkan adalah diselesaikan oleh sebuah Tim Desa. Persoalan menjadi bertambah runyam apabila ada keluarga yang menuntut diberikan kartu gakin dengan alasan ada sesama masyarakat yang menurut mereka tidak layak mendapatkan kartu gakin. Pada umumnya mereka, dengan karakter masing-

masing, datang ke Puskesmas menuntut persamaan “hak”. Ini terjadi karena para kepala kampung (sebutan untuk para Lurah/Kepala Desa) sebagian besar menjadi penentu sasaran dan mendesak Puskesmas untuk memberikan kartu dimaksud bagi nama-nama yang sudah disodorkan. Pelayanan bagi keluarga miskin ini memang acapkali ditemukan di wilayah ini mengingat sebagian besar penduduknya adalah miskin. Data pada tahun 2005 menunjukkan bahwa diantara 193.831 penduduknya, 81.072 (42%) atau 21.052 KK diantaranya dikategorikan sebagai penduduk miskin. Untungnya, sebagian besar (78%) diantara mereka telah “mencicipi” pelayanan kesehatan.

Begitu pula dengan adanya kejadian-kejadian intervensi program Puskesmas oleh pihak kantor Kecamatan, misalnya pemakaian pusling laut secara terus-menerus oleh pihak kecamatan.

3. Pengobatan dasar

Masalah disini adalah ketersediaan, pemerataan dan keterjangkauan. Ambil contoh tahun 2001, wilayah ini membutuhkan 1.092 jenis obat, sementara yang tersedia di Gudang Farmasi Kabupaten (GFK) hanya 996 jenis, yang mana 560 (51%) diantaranya adalah obat generik. Obat-obatan yang di-drop dari GFK sebagian besar tidak sesuai permintaan. Ada obat yang diminta berkali-kali tetapi tidak diberikan atau walaupun diberikan, jumlahnya sangat sedikit. Sebaliknya ada yang tidak diminta justru terus-menerus diberikan. Akibatnya fenomena “obat PBB (Panas Batuk Beringus)” sukar dihilangkan. Masyarakat bisa menilai secara kasat mata bahwa ada beberapa pasien dengan keluhan yang berbeda mendapat obat yang sama.

4. Manajemen Puskesmas

Kurangnya pengetahuan para Kepala Puskesmas dan rendahnya disiplin/etos kerja staf, menjadikan unsur manajemen seringkali tidak jalan. Faktor kesejahteraan pegawai memang banyak dijadikan alasan munculnya faktor ini. Masuk di akal karena satu-satunya pendapatan resmi mereka hanyalah dari gaji. Unsur pimpinan harus mencari jalan untuk bisa memotivasi mereka dengan cara memenuhi

kebutuhan mereka. Agak mencemaskan bila melihat kenyataan bahwa sebagian besar gaji mereka yang sedikit itu, telah digadaikan di bank.

Begitu pula dengan perencanaan rutin setiap tahun yang tidak berjalan sehingga kegiatan berjalan apa adanya sesuai kebiasaan yang dianggap “baik/sudah biasa”. Terasa sekali bahwa tidak pernah ada upaya meneliti kebutuhan masyarakat untuk disesuaikan dengan upaya pengembangan. Tidak pernah terpikir untuk mempersoalkan kendali mutu pelayanan karena kurangnya pengetahuan, peralatan dan perhatian yang tersita pada upaya pengobatan. Mana mungkin memikirkan kendali mutu, disaat kami terpaksa harus menjahit pakai benang layang-layang karena ketiadaan benang jahit yang sesuai atau melakukan tindakan plasenta manual tanpa *handschoen*.

Pengalaman-pengalaman ini membawa saya kepada suatu ungkapan bahwa para kepala Puskesmas lebih “puyeng” menghadapi masalah-masalah manajerial daripada kasus-kasus klinik.

II. Hasil kegiatan (cakupan)

1. Upaya kesehatan

Secara umum banyak target program-program prioritas maupun pengembangan yang tidak bisa dicapai oleh Puskesmas. Ini banyak kali disebabkan oleh target yang diturunkan dari Dinas Kesehatan Kabupaten sangat berbeda dengan target riil yang ada di lapangan.

Upaya KIA ditandai dengan terdapatnya kasus-kasus resiko tinggi seperti perdarahan, infeksi dan bayi berat lahir rendah (BBLR). Khusus masalah resiko tinggi ini, kami-pun harus diperhadapkan pada tantangan mempersiapkan dan mengatur rujukan, mengingat cuaca dan kondisi alam yang kadangkala tidak bersahabat. Pada tahun 2003, terdapat 2.902 kelahiran diseluruh wilayah kepualaan Sangihe. Dari jumlah ini ditemukan 80 BBLR, 22 kasus lahir mati dan 12 kematian balita. Pada tahun yang sama ditemukan kematian maternal berjumlah 11 orang. Padahal pertolongan persalinan pada tahun 2003 ini sebagian besar dilakukan oleh tenaga kesehatan (94,5%).

Upaya kesehatan lingkungan ditandai oleh rendahnya jumlah anggota keluarga yang tidak memiliki SAB, SPAL dan jamban keluarga. Pada tahun 2001, diantara 63.756 KK 49.760 (78%) telah menikmati fasilitas air bersih. Tetapi pada tahun 2003, diantara 96.162 KK yang ada, hanya 54.839 (57%) yang menikmati fasilitas air bersih. Sementara cakupan keluarga yang memiliki jamban terlihat 58% (2000), 79 % (2001) dan 63% (2002). Sementara SPAL 9,4 % (2000), 31% (2001) dan 30% (2002). Memang kondisi alam yang terdiri dari daerah pinggiran sungai dan pesisir pantai serta tingginya daya resap tanah memegang peran penting terjadinya kondisi ini disamping tentu saja pemahaman dan kemampuan finansial yang rendah, dapat dianggap sebagai pencetus terjadinya keadaan ini.

Dari program P2M, ditemukan tingginya angka *Annual Malarionetrik Index (AMI)*, berturut-turut 92,9 (1999), 83,5 (2000) dan 176.3 (2001) mencerminkan tingginya kejadian penyakit malaria di wilayah kerja Puskesmas Tamako. Data ini adalah yang tertinggi di antara Puskesmas yang ada di Kabupaten Sangihe-Talaud waktu itu karena untuk wilayah kepulauan Sangihe angka AMI ini berturut-turut 37,2 (2001) dan 19.2 (2002). Begitu pula dengan tingginya angka temuan penderita TBC (CDR=172%) tidak diimbangi oleh angka kesembuhan yang memadai (CR=19%) memberi pesan gawat darurat keadaan penyakit TBC di wilayah ini. Case Fatality Rate dari penyakit Demam Berdarah Dengue (DHF) berturut-turut ditemukan 3,6% (1999), 3,5% (2000), 1,2% (2001) dan 1,2% (2002). Sementara yang juga perlu mendapat perhatian adalah adanya kecenderungan peningkatan jumlah kasus kematian akibat penyakit Rabies di wilayah ini (Tabel 4).

Tabel 4. Jumlah kasus dan kematian akibat Rabies.

Tahun	Jumlah kasus	Jumlah kematian
2001	545	
2002	538	5
2003	677	14

Program gizi juga perlu mendapatkan perhatian karena berdasarkan data tahun 2003 dari 3.213 balita di wilayah ini, 353 (10%) diantaranya menderita gizi kurang dan sebanyak 32 balita (1,6%) menderita gizi buruk. Sementara proyeksi KEP

Total untuk wilayah ini sebanyak 883 (13,15%) dari jumlah balita yang ditimbang..

III. Keadaan sumber daya

1. SDM

Masalah kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan tampaknya adalah salah satu yang paling menjengkelkan. Diperhadapkan dengan status Puskesmas yang adalah rawat inap, tentu saja memerlukan tenaga yang cukup, justru terjadi pemindahan staf ke kabupaten lain tanpa sepengetahuan kepala Puskesmas. Untuk mengatasi ini dilakukan perekrutan tenaga honorer, dan ini berarti Puskesmas harus menanggung pengeluaran untuk, paling tidak, menalangi uang transportasi bagi mereka. Masalah lebih diperparah oleh kualitas yang semakin lama semakin menurun. Penulis pernah berkolaborasi dengan bidan senior yang punya ketrampilan tinggi yang kemudian begitu pensiun diganti oleh bidan PTT yang baru diangkat menjadi PNS. Terasa sekali perbedaan ketrampilan dan keberanian pada 2 generasi berbeda ini.

Distribusi tenaga kesehatan di wilayah kepulauan Sangihe memang terasa masih kurang sehingga belum mencukupi kebutuhan masyarakatnya. Rasio tenaga kesehatan dan jumlah penduduk yang belum berimbang ini jelas mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan diwilayah kepulauan ini.

Tabel 5. Jumlah tenaga kesehatan diwilayah kepulauan SaTal.

Tahun	Dokter	Perawat	Bidan	Gizi	Sanitarian	SKM
2001	26	252		16	39	0
2002	29	260		17	54	2
2003	17	61		10	22	0
2005	45	162	70	12	49	

2. Pembiayaan.

Pada akhirnya, apa yang paling patut disorot di era otonomi ini adalah masalah keuangan/pembiayaan Puskesmas. Secara umum terlihat ada peningkatan alokasi anggaran untuk pembangunan sector kesehatan di wilayah ini. Dari tahun ke tahun terlihat adanya upaya untuk lebih menambah kepedulian terhadap sector

kesehatan. Ini terlihat pada distribusi penganggaran dari APBN dan APBD yang semakin meningkat.

Tabel 6. Pembiayaan kesehatan

Tahun	APBN (Rp)	APBD (Rp)
1998	11.831.825	
1999	19.154.130	
2000	13.604.946	
2001	16.243.563.000	250.000.000
2002	28.992.728.000	1.850.000.000
2003	55.012.345.000	11.490.632.000

Fenomena ini, sayangnya, tidak seirama dengan upaya-upaya teknis yang ada dilapangan, yang ironisnya bersetuhan langsung dengan masyarakat. Realisasi proyek pembangunan sarana kesehatan sebagian besar tidak sesuai kebutuhan dan ketentuan. Misalnya pernah terjadi saat ada proyek rehabilitasi Puskesmas pembantu, seng yang sudah tua dibalik, lalu dicat, lalu dipasang lagi; dinding beton yang digantikan dengan papan triplek yang di-cat sehingga kelihatan dari jauh seperti dinding beton yang asli. Begitu pula dengan proyek-proyek yang tidak sesuai kebutuhan tetapi dipaksakan diterima Puskesmas. Contohnya antena SSB yang sudah ada, ditambah lagi dengan antena yang baru yang berarti mencari lokasi pemasangan di halaman Puskesmas sehingga halaman yang sudah sempit jadi semakin sempit. Begitu pula dengan kursi gigi yang sudah ada 2 buah kemudian ditambah lagi dengan 1 buah yang lebih baru dan besar. Padahal tidak ada dokter gigi yang pernah berkunjung ke Puskesmas. Akibatnya, ke-3 kursi tadi menjadi tempat bersantai paramedis (dokter juga!) saat pasien sudah selesai dilayani.

Anggaran rutin sebagian besar terpakai untuk gaji pegawai, sangat sedikit yang dialokasikan untuk dana rutin lain seperti pemeliharaan gedung. Kami pernah memiliki secercah harapan ketika diberi kesempatan menyusun Rencana Anggaran Satuan Kerja (RASK) yang nantinya disempurnakan di Dinas Kesehatan. Harapan ini pada akhirnya musnah karena anggaran yang tertera begitu diketuk DPR kabupaten, sangat jauh dari perhitungan yang kami lakukan saat tidak tidur 3 hari 3 malam mempelajari kode-kode pengisian mata anggaran. Dana yang sudah

sedikit itupun harus dibagi antara 12 puskesmas dengan Dinas Kesehatan Kabupaten.

Alternatif yang kami laksanakan dalam hal pembiayaan kesehatan bagi masyarakat adalah pembentukan kelompok dana sehat. Proses pembentukan dana sehat ini merupakan suatu hal yang menantang karena sangat membutuhkan dukungan dan kerjasama lintas sektoral. Banyak kendala yang dihadapi dalam menggalang kerjasama ini yang mana terutama terjadi karena kurangnya pemahaman maksud dan tujuan program ini. Di Puskesmas Tamako, jalur melalui organisasi keagamaan terbukti manjur untuk merealisasikan program dimaksud. Secara teknis, kami melakukan sosialisasi dari kampung ke kampung untuk menginformasikan hal ini kepada masyarakat. Dalam kegiatan ini kepala wilayah kecamatan (camat) biasanya dilibatkan supaya proses sosialisasi dapat berjalan lancar. Saat ini terdapat 6 kelompok dana sehat binaan Puskesmas kami yang melayani kurang lebih 2000 anggota.

IV. Keadaan lingkungan

Kerjasama lintas sektoral di wilayah kerja tampaknya sangat sulit dilaksanakan karena pemahaman dari masyarakat bahwa kesehatan adalah urusan semata-mata Puskesmas saja. Pemahaman yang agak sukar diubah karena tingkat pendidikan yang sebagian besar masih rendah dan juga pola patronisasi di sini yang masih kuat. Ini karena, walaupun tidak semua, banyak juga tokoh masyarakat yang mengarahkan masyarakat kepada cara berpikir seperti ini. Kejadian orang tua menolak anaknya di-imunisasi saat program PIN bukan lagi barang aneh disini.

Rujukan pelayanan perseorangan banyak menemui kendala dengan faktor geografi, cuaca, komunikasi, sarana transportasi dan peralatan. Terkadang pasien tiba di Puskesmas dalam keadaan yang gawat karena keluarga harus menandunya melewati daerah pegunungan yang tanahnya licin di musim penghujan atau harus melewati dan membersihkan longsor ditengah perjalanan. Setelah dilakukan pemeriksaan dan tiba pada keputusan harus dirujuk pada RS kabupaten, kita menghadapi masalah transportasi karena satu-satunya pusling yang ada sudah sering "error". Masih untung bila lautan dalam keadaan tenang, pasien bisa

dirujuk lewat laut. Masalahnya, musim ombak diwilayah sini lebih panjang daripada musim tenang. Informasi dari koran lokal, mengutip pernyataan Bupati, cuaca bersahabat hanya bisa dinikmati selama 5-6 bulan, sisanya harus bertahan dengan kondisi yang ada. Ditambah lagi dengan informasi dari Badan Meteorologi dan Geofisika (BMG) Manado yang mengkategorikan perairan di kepulauan ini sebagai perairan yang memiliki gelombang besar dengan curah hujan yang tinggi dan angin kencang. Sistem informasi kesehatan sederhana (misalnya SSB) yang seyogyanya diperuntukkan bagi keadaan sulit seperti ini juga belum bisa maksimal karena tidak bisa berkomunikasi langsung dengan operator di RS kabupaten.

KESIMPULAN

Beberapa hal positif yang terlihat adalah sebagai berikut:

1. Jumlah kunjungan ke puskesmas yang cenderung meningkat
2. Rasio jumlah puskesmas dan penduduk yang cenderung menurun
3. Jumlah tenaga kesehatan dalam berbagai disiplin ilmu cenderung meningkat
4. Anggaran APBN yang terus meningkat.

Sedangkan hal-hal yang masih kurang antara lain:

1. Jumlah puskesmas yang relatif belum menjangkau seluruh masyarakat.
2. Manajemen SDM masih kurang
3. Cakupan pelayanan yang relatif masih belum rendah.
4. Realisasi proyek kesehatan yang asal-asalan.
5. Pandangan masyarakat yang belum berubah mengenai siapa sebenarnya yang bertanggung jawab pada sektor kesehatan.
6. Ketersediaan obat dan vaksin yang belum terjamin.

USULAN

Telah dipaparkan gambaran pelayanan kesehatan di wilayah kepulauan Sangihe dengan berbagai keterbatasan yang ada. Baik faktor internal maupun eksternal, secara langsung mempengaruhi pola pelayanan yang ada. Berbagai kelemahan yang nampak tentu saja tidak bisa serta merta dianggap sebagai kegagalan implementasi

desentralisasi. Walaupun tak bisa dipungkiri bahwa beberapa kelemahan justru terjadi setelah era ini dilaksanakan. Dinamika pelayanan kesehatan di salah satu puskesmas di wilayah kepulauan ini hanyalah salah satu sumbang pengalaman bagi perbaikan sistem kesehatan di negeri ini.

Beberapa usulan dari penulis adalah sebagai berikut:

1. Perlunya dilaksanakan pengembangan kemampuan tenaga kesehatan secara kontinu. Mulai dari pembekalan, pelatihan sampai dengan studi lanjut bagi seluruh tenaga kesehatan di wilayah-wilayah terpencil.
2. Perlunya dibentuk Badan Peduli Puskesmas untuk menjadi "corong" puskesmas dalam rangka menyuarakan kebutuhannya kepada masyarakat maupun pemerintah.
3. Perlunya diberikan tunjangan khusus bagi para tenaga kesehatan yang berada di wilayah-wilayah tertentu dalam hal ini terpencil, perbatasan, kepulauan, rawan bencana dan yang