

5413
YAN



LAPORAN PENELITIAN



**KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN DASAR MASYARAKAT
PASCA GAWAT DARURAT DI KOTA PADANG
DAN KABUPATEN PADANG PARIAMAN
PROVINSI SUMATERA BARAT**

PROGRAM INSENTIF RISET TERAPAN

Roy G.A. Massie

Kerja Sama Antara :

**KEMENTERIAN NEGARA RISET DAN TEKNOLOGI RI
DAN
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN RI**

2010

LAPORAN PENELITIAN

**KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN DASAR MASYARAKAT
PASCA GAWAT DARURAT DI KOTA PADANG
DAN KABUPATEN PADANG PARIAMAN
PROVINSI SUMATERA BARAT**

Roy G.A Massie

Noor Edi Widya Sukoco

Erry

Siti Sundari

Dwi Susilowati

Karyana

**PUSAT PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN SISTIM DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

Badan Pusat Penyelidikan dan Pengembangan Kesehatan	
PUSAT PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN	
Tanggal:	_____
No.:	_____
Halaman:	_____

DAFTAR ISI

RINGKASAN	1
BAB. I. PENDAHULUAN	2
1.1. Latar Belakang	2
1.2. Ruang Lingkup dan Batas-batas Penelitian	5
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1. Dampak Dari Bencana Yang Terjadi Segera.....	6
2.2. Dampak Terhadap Individu dan Masyarakat	7
2.3. Dampak Pada Kesehatan Masyarakat.....	8
2.4. Dampak Pada Sistem Kesehatan.....	8
2.4.1. Sumber Daya Manusia	8
2.4.2. Infrastruktur Kesehatan.....	9
2.4.3. Pelayanan Kesehatan	9
2.5. Kebutuhan Kesehatan.....	10
2.6. Akses Pelayanan Kesehatan.....	10
2.7. Pelayanan Kesehatan Publik	11
2.8. Kepuasan Pelayanan Kesehatan.....	12
BAB III. TUJUAN DAN MANFAAT	13
3.1. Tujuan.....	13
3.2. Manfaat.....	13

BAB IV. METODOLOGI	14
4.1. Kerangka Pikir	14
4.2. Pengambilan Sampel.....	17
4.3. Cara Pengambilan Sampel.....	17
4.4. Sampel Kecamatan.....	17
4.5. Sampel Masyarakat.....	17
4.6. Cara Pengambil Sampel Masyarakat.....	17
4.7. Teknik Pengumpulan Data	18
BAB V. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	19
5.1. Sistem Kesehatan di Wilayah Bencana.....	23
5.2. Status Kesehatan dan Faktor-faktor yang Mempengaruhi.....	25
5.2.1. Status Kesehatan.....	26
5.2.2. Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan.....	26
5.2.3. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	27
5.2.4. Kepuasan Terhadap Pelayanan Kesehatan.....	28
5.3. Kecukupan Makanan.....	29
5.4. Akses Terhadap Air Bersih.....	29
5.5. Peran Lintas Sektor	30

BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN.....	31
6.1. Kesimpulan	31
6.2. Saran	32
Limitasi	33
DAFTAR PUSTAKA	34
LAMPIRAN	
- Kuesioner-kuesioner	

RINGKASAN

Dampak dari bencana sangat berpengaruh terhadap status kesehatan masyarakat dan tergantung pada sifat-sifat dari bencana dan bentuk kerusakan yang diakibatkan. Penyakit menular seperti diare, infeksi saluran pernapasan akut, malaria, campak, yang dikombinasikan dengan malnutrisi diyakini sebagai penyebab kesakitan dan kematian pada masyarakat yang mengalami dampak bencana alam. Tempat-tempat penampungan sementara yang tidak memadai, makanan yang tidak bergizi, kurangnya persediaan air bersih dan sanitasi, imunisasi yang tidak tepat diakibatkan antara lain putusnya rantai dingin dan supplies peralatan yang tidak memadai, serta sistem kesehatan yang terbatas menjadi kontribusi terhadap tinggi angka kesakitan dan kematian. Tujuan dari penelitian ini adalah meningkatkan kualitas pelayanan terhadap masyarakat yang mengalami dampak bencana melalui pemantapan sistem kesehatan wilayah Kota Padang dan Kabupaten Padang Pariaman di Provinsi Sumatera Barat pada fase konsolidasi. Hasil yang diharapkan adalah untuk mendapatkan rekomendasi terhadap sistem kesehatan yang ada pada wilayah bencana, untuk peningkatan kualitas pelayanan kesehatan terhadap masyarakat yang mengalami dampak kesehatan akibat bencana.

**KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN DASAR MASYARAKAT
PASCA GAWAT DARURAT DI KOTA PADANG
DAN KABUPATEN PADANG PARIAMAN
PROVINSI SUMATERA BARAT**

Roy G. A. Massie, Noor Edi Widya Sukoco, Erry, Siti Sundari, Dwi Susilowati, Karyana.

Peneliti pada Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan.
Balitbangkes. Kementerian Kesehatan. Jalan Percetakan Negara 23A. Jakarta 10560.

BAB. I. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Wilayah Negara Republik Indonesia terletak antara dua benua (Asia dan Australia) serta diapit oleh dua samudera (India dan Pasifik), secara geologi kepulauan Indonesia dikelilingi oleh lempeng / patahan kerak bumi euro-asia, eura-australia. Lempeng ini berada mulai dari sepanjang pesisir barat Sumatera, seluruh pantai selatan Jawa, selatan Nusa Tenggara, selatan Maluku Papua dan terus ke utara Maluku Utara dan menyatu dengan lempeng yang ada di Jepang. Dengan situasi geologi seperti ini maka Indonesia sangat rawan terhadap bencana terutama gempa bumi. Tercatat sudah terjadi banyak gempa dengan berbagai skala dari yang kecil sampai yang besar. Secara umum episode bencana dibagi menjadi 3 tahap: tahap jauh sebelum bencana, pra bencana, tahap kejadian bencana, tahap konsolidasi, setiap tahap mempunyai ciri khas dalam tindakan operasional lapangan.

Setiap terjadi gempa akan selalu diikuti dengan berbagai kerusakan baik secara fisik bahkan juga secara psiko-emosional, masyarakat yang terkena gempa akan mengalami berbagai masalah karena terputusnya akses terhadap pelayanan publik sampai kehilangan mata pencaharian. Banyak upaya yang telah dilakukan sejak dari kesiap-siagaan sampai pada tahap rekonstruksi/konsolidasi, namun masyarakat yang terkena dampak belum merasa puas atas pemberian pelayanan publik terutama dalam pelayanan kesehatan.

Diketahui dari berbagai laporan dan media, dampak dari gempa ini sangat besar pengaruhnya terhadap status kesehatan masyarakat wilayah tersebut. Dampak ini pula tergantung juga pada sifat-sifat dan bentuk kerusakan yang ditimbulkan oleh benca gempa bumi itu.

Beberapa saat setelah terjadinya gempa secara spontan hampir semua pelayanan publik mengalami kelumpuhan, orang tempatan tidak mampu berbuat untuk menolong orang lain karena harus menyelamatkan diri dan keluarganya serta mengamankan harta benda miliknya. Pada situasi ini mutlak dibutuhkan tenaga pelayanan yang berasal dari luar wilayah gempa, sayangnya tenaga ini sering datang terlambat dengan berbagai kendala yang dihadapi seperti: sulitnya mencapai lokasi, minimnya sarana pendukung serta dana yang belum tersedia. Salah satu masalah yang dihadapi pada wilayah bencana adalah tahap konsolidasi tidak digarap dengan baik dan terarah sehingga menimbulkan berbagai keadaan yang tidak menguntungkan bagi kesehatan masyarakat.

Resiko yang dihadapi oleh masyarakat di daerah gempa pada tahap konsolidasi akan berpotensi terjadinya peningkatan kasus penyakit menular seperti; diare, infeksi saluran pernapasan akut, malaria (untuk daerah endemis), ada kemungkinan terjadi campak yang diikuti kekurangan pangan / malnutrisi yang diyakini akan menjadi penyebab meningkatnya angka kesakitan dan kematian pada masyarakat di daerah gempa.

Demikian juga tempat-tempat penampungan sementara yang tidak memadai, penampungan kepenuhan penghuni, makanan yang tidak bergizi, kurangnya persediaan air bersih serta sanitasi, tidak ada pelayanan imunisasi karena putusnya rantai dingin dan tidak ada supplies peralatan, semua keadaan ini secara langsung maupun tidak langsung mengakibatkan lumpuhnya sistem kesehatan diyakini juga menjadi penyumbang terhadap meningkatnya angka kesakitan dan kematian terutama pada kelompok rentan dapat terserang penyakit dan akan menimbulkan kematian. Kelompok rentan tersebut meliputi: bayi/ neonatus, ibu hamil, balita, para usia lanjut, penyandang cacat, para pengidap penyakit tertentu. Kelompok rentan ini sangat peka terhadap perubahan lingkungan, perubahan sistim pelayanan kesehatan publik, termasuk peka terhadap defisiensi tertentu.

1.2. Ruang Lingkup dan Batas-batas Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini adalah sistem pelayanan kesehatan untuk pemenuhan kebutuhan dasar pada masyarakat yang mengalami dampak negatif bencana alam gempa bumi di wilayah tertentu. Dibatasi pada masyarakat beserta keluarganya di daerah bencana yang telah memanfaatkan fasilitas-fasilitas dan pelayanan kesehatan di daerah tersebut.

Sedang lingkup institusi pelayanan adalah unit pelayanan kesehatan yang ada di wilayah tersebut seperti : dinas kesehatan, puskesmas, pusku, serta pelayanan lain yang tersedia dan sektor-sektor publik yang terkait dengan kesehatan di wilayah bencana.

Para peneliti telah mengunjungi daerah-daerah tersebut dalam rangka melaksanakan wawancara mendalam dengan mencatat/merekam pada kuesioner yang telah disiapkan. Penelitian ini mengali secara mendalam pelayanan kesehatan yang diberikan oleh sektor publik terhadap masyarakat yang mengalami dampak bencana gempa untuk menjawab kebutuhan kesehatan yang detailnya terdapat pada kerangka konsep.

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

Bencana berdampak pada status kesehatan masyarakat dan juga berdampak pada pelayanan kesehatan di daerah yang mengalami bencana. Pendekatan kesehatan masyarakat terhadap dampak dari bencana harus difokuskan kepada masyarakat yang rentan melalui pencegahan dan mitigasi serta meningkatkan kapasitas juga persiapan dari sektor kesehatan, sektor-sektor publik terkait dengan kesehatan dan masyarakat itu sendiri.

Bencana alam seperti gempa bumi, tsunami dan lain-lain mengakibatkan beban kesehatan terhadap populasi yang mengalaminya dan mengharuskan kemampuan dari penyedia pelayanan kesehatan lokal memprioritaskan kebutuhan kesehatan dari masyarakat.

Faktor-faktor lain sebelum bencana antara lain, status ekonomi, kualitas perumahan yang jelek dan sistem komunikasi yang buruk memparah status kesehatan dari populasi yang mengalami bencana (Anonius, 2007).

Kesehatan dan ekonomi yang hilang akibat bencana alam berdampak pada negara berkembang diperkirakan 90 persen dari bencana alam berdampak pada kematian dan didominasi oleh kelompok masyarakat yang miskin (Claude, Marti & Osorio, 2006).

Bencana merupakan bagian dari kehidupan masyarakat di dunia khususnya di negara Indonesia dan upaya untuk memulihkan keadaan seperti sediakala terutama kesehatan memerlukan usaha yang luar biasa.

2.1. Dampak Dari Bencana Yang Terjadi Segera

Dampak bencana terhadap kesehatan sangat tergantung kepada sifat dan besarnya bencana yang terjadi. Infrastruktur kesehatan termasuk rumah sakit, puskesmas, puskesmas pembantu dan sarana kesehatan lainnya dapat mengalami rusak total yang mengakibatkan tidak berfungsinya pelayanan kesehatan. Keadaan tersebut mengakibatkan kemampuan sektor publik dalam penyediaan pelayanan kesehatan kepada masyarakat tidak dapat berfungsi. Dampak yang sangat menonjol pada kesehatan adalah terhadap individu dan masyarakat, kesehatan masyarakat dan sistem kesehatan masyarakat yang ada di wilayah tersebut.

2.2. Dampak Terhadap Individu dan Masyarakat

Bencana gempa bumi dapat menyebabkan ribuan penduduk/masyarakat terluka dan meninggal dunia. Fasilitas-fasilitas kesehatan yang hancur dan tidak tersedianya pelayanan kesehatan dasar menambah tingginya angka kematian. Pengungsi-pengungsi yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar di wilayah yang mengalami bencana akan meningkat.

Ada tiga kategori yang berdampak secara langsung maupun tidak langsung yang dapat terjadi segera terhadap kesehatan individu dan masyarakat yaitu kesakitan, kecacatan dan kematian. Akibat dari bencana dapat terjadi pula transmisi dari penyakit-penyakit infeksi yang telah ada pada masyarakat dan berpotensi menjadi wabah. Penyakit-penyakit seperti diare, infeksi saluran pernapasan akut (ISPA), penyakit kulit dan sering menyertai kejadian setelah bencana. Gangguan mental berupa *post traumatic syndrome* muncul pada masyarakat yang mengalami dampak bencana (Kar, 2009).

Tidak tersedianya air bersih pada saat fase konsolidasi/sesudah bencana dapat menyebabkan pula gangguan kesehatan. Contohnya, penyakit kulit akibat menurunnya pola kebersihan. Demikian juga penyakit typhus dapat timbul pada keadaan seperti ini (WHO, 2010). Populasi yang mengalami dampak bencana sangat berisiko terhadap kekurangan gizi, khususnya kelompok masyarakat yang rentan contohnya balita, ibu hamil dan menyusui, meningkatnya kasus diare dan menurunnya akses pelayanan kesehatan (WHO, 2010).

Hujan lebat yang menyertai juga dapat berdampak pada transmisi dari penyakit-penyakit *vector borne*. Contohnya, air yang tergenang dapat menjadikan tempat berkembang biaknya nyamuk-nyamuk.

Pengungsi-pengungsi akibat gempa yang ada di Provinsi Sumatera Barat adalah sangat riskan terhadap kejadian luar biasa yang berhubungan dengan penyakit-penyakit ini diakibatkan karena keterbatasan air bersih, sanitasi dan bahan makanan.

Reaksi psikologis yang terjadi pada populasi yang mengalami bencana antara lain dapat di kategorikan sebagai berikut reaksi segera dalam waktu 24 jam adalah tegang, cemas, panik, syok, tidak percaya, marah dan menangis. Dalam waktu beberapa hari sampai berminggu-minggu tidak bisa tidur, mengingat peristiwa yang lalu, sedih, cemas dan ketergantungan.

Positifnya adalah ada harapan, memikirkan masa depan dan melibatkan diri dalam pekerjaan rekonstruksi dan menerima bencana itu sebagai suatu keadaan alam (Siddiqi, 2006).

2.3. Dampak Pada Kesehatan Masyarakat

Bencana yang mengakibatkan runtuhnya banyak gedung dan bangunan mengakibatkan melimpahnya masyarakat yang terluka dan menimbulkan banyak kematian (Bourque, 1998). Bencana berdampak pada kesehatan masyarakat antara lain pada kehidupan sosial dan ekonomi, infrastruktur dan lingkungan. Pada bidang sosial ekonomi dapat terjadi kehilangan harta benda dan tempat tinggal, pengungsian, terpilahnya struktur sosial. Pada bidang infrastruktur terjadinya kerusakan dari fasilitas kesehatan dan peralatan penunjangannya, terputusnya pelayanan masyarakat yang lain seperti penyediaan air bersih, listrik, dan latrin termasuk kerusakan jalan. Pada bidang lingkungan kerusakan fasilitas sanitasi, sulitnya mendapatkan air bersih dan meningkatnya parasit pada lingkungan (Waring & Brown, 2005).

Dampak bencana pada kesehatan masyarakat dapat menurunkan produktivitas dari masyarakat, dan sulitnya mendapatkan kebutuhan dasar dari masyarakat. Contohnya, hilangnya pekerjaan, persediaan sandang dan pangan yang minim.

2.4. Dampak Pada Sistem Kesehatan

Bencana berdampak secara tidak langsung terhadap sistem kesehatan karena. Dampak bencana gempa bumi mengakibatkan menurunnya kapasitas dari pelayanan kesehatan diakibatkan sumber daya manusia yang menderita akibat bencana, infrastruktur kesehatan yang rusak/hancur.

2.4.1. Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia merupakan hal yang sangat esensial dalam menjalankan pelayanan masyarakat. Sumber daya manusia harus mencukupi dalam hal jumlah dan kualitas. Dampak dari bencana mengakibatkan mereka yang menyediakan pelayanan kesehatan tidak dapat bekerja. Petugas-petugas kesehatan lokal dapat terluka dan mengalami kematian. Demikian juga dengan keluarga-keluarga mereka. Hal tersebut di atas secara langsung mengakibatkan terhentinya pelayanan kesehatan.

Di sisi lain walaupun mereka dapat menyediakan pelayanan kesehatan, tapi keadaan trauma akibat dampak dari bencana membutuhkan waktu sampai pada saat mereka dapat menerimanya, dan dapat menjalankan fungsi pelayanan kesehatan masyarakat seperti sediakala.

2.4.2. Infrastruktur Kesehatan

Rumah sakit, puskesmas, puskesmas pembantu dan fasilitas-fasilitas kesehatan yang lain. Rumah-rumah sakit dan puskesmas-puskesmas tempat tidur harus mengevakuasi penderita-penderita yang sementara dirawat. Di sisi lain, fasilitas-fasilitas kesehatan tersebut tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat yang membutuhkan pertolongan kesehatan.

Kerusakan akibat bencana di laboratorium rumah sakit, dan bagian-bagian penunjang diagnostik lainnya termasuk apotik serta dapur mengakibatkan terbatasnya pelayanan kesehatan yang diberikan pada fasilitas-fasilitas kesehatan rujukan. Keadaan tersebut diperparah lagi dengan hancurnya sistem informasi kesehatan dalam bentuk medical record dari penderita-penderita sebelumnya dan yang sementara dirawat (Shoat & Rottman, 2000).

2.4.3. Pelayanan Kesehatan

Kualitas pelayanan adalah produk yang dihasilkan atau pemberi pelayanan kesehatan yang dikembangkan dan diberikan sesuai dengan apa yang diharapkan oleh penerima pelayanan kesehatan. Dalam hal ini antara lain hasil dari pelayanan medis, biaya dan kepuasan penerima pelayanan kesehatan. Kepuasan pelayanan kesehatan oleh masyarakat adalah pelayanan kesehatan yang diterima oleh masyarakat (Fisher, 1971; Smith, 1989).

Kualitas pelayanan kesehatan adalah tingkatan dimana pelayanan kesehatan terhadap individu dan masyarakat meningkat seperti yang diharapkan adalah konsisten dengan pengetahuan akan kesehatan saat ini (IOM. Medicare (1998)). Kualitas pelayanan kesehatan akan menurun setelah terjadinya bencana.

2.5. Kebutuhan Kesehatan

Baik perorangan maupun masyarakat kesehatan tidak saja tergantung kepada pelayanan medis yang ada tapi juga sangat tergantung kepada perilaku, genetik, sosial dan ekonomi ditambah lagi dengan faktor deteminan sosial lainnya. Tidak ada kesepakatan secara umum terhadap kebutuhan kesehatan. Kadang-kadang kebutuhan kesehatan diartikan sebagai pengobatan yang diperlukan atau suatu pelayanan yang sesuai dan prosedurnya sesuai yang dibutuhkan (Donabedian, 1973).

Kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan pada perencanaan program-program kesehatan masyarakat dapat dinilai melalui status kesehatan berdasarkan *professional judgment*, tetapi yang paling penting adalah pendapat dari masyarakat apa yang sebenarnya mereka butuhkan akan pelayanan kesehatan (Engel, 1977).

Penilaian terhadap kebutuhan kesehatan adalah suatu proses. Hal tersebut merupakan identifikasi dari kebutuhan penduduk setempat, sehingga pelayanan kesehatan dapat direncanakan dan diberikan sesuai dengan kebutuhan dari masyarakat tersebut.

Diketahui bahwa kebutuhan kesehatan pada masyarakat adalah dipengaruhi oleh faktor-faktor penentu kesehatan antara lain individu, sosial, ekonomi, kultur, lingkungan dan pelayanan kesehatan itu sendiri (University of Leeds, 2002). Meskipun kebutuhan akan pelayanan medis dari masyarakat yang mengalami dampak bencana sangat penting, namun demikian faktor-faktor non medis yang seringkali mengancam keselamatan status kesehatan masyarakat tersebut contohnya antara lain penyediaan air bersih, sanitasi, makanan yang bergizi dan tempat tinggal (Redmond, 2005).

Salah satu aspek dari kualitas kesehatan adalah persepsi dari individu dan masyarakat itu sendiri. Kemampuan institusi kesehatan dalam hal memenuhi dan memuaskan kebutuhan dan memberikan informasi kesehatan adalah sangat mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan.

2.6. Akses Pelayanan Kesehatan

Aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan merupakan hak dari setiap manusia dan hal ini diterima oleh pemerintah di seluruh dunia. Akses terhadap kesehatan dapat didefinisikan sebagai

kemungkinan mendapatkan pelayanan kesehatan saat dibutuhkan. Dalam hal ini didiferensiasikan sebagai keadaan geografi dari suatu wilayah, kemampuan keuangan dan sosial-akseptabilitas. Konsep dari akses pelayanan kesehatan adalah meliputi kemampuan seseorang mendapatkan pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan.

Pemantapan akses dapat berpengaruh positif terhadap outcome dari pelayanan kesehatan. Contohnya, dengan menyediakan pelayanan kesehatan yang nyaman, kultural sensitif akan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan menurunkan angka kesakitan serta menghemat pengeluaran biaya kesehatan.

Akses pelayanan kesehatan antara lain adalah sumber daya manusia, keuangan, obat-obat, peralatan dan fasilitas kesehatan (anonymous, Quality Profiles, 1999).

2.7. Pelayanan Kesehatan Publik

Pelayanan kesehatan publik adalah hubungan antara pembuat kebijakan kesehatan, penyedia pelayanan kesehatan dan masyarakat yang membutuhkan. Dimana meliputi pelayanan dan sistem penunjangnya yang merupakan tanggung jawab dari negara. Hal ini termasuk kesehatan dan pendidikan dasar, infrastruktur dan keamanan perumahan (Carlson et al, 2002). Pelayanan dasar kepada masyarakat adalah fungsi pemerintah dalam memberikan dan mengurus keperluan kebutuhan dasar masyarakat untuk meningkatkan taraf kesejahteraan rakyat (Departemen Kesehatan, 2003).

Pelayanan kesehatan yang berkualitas merupakan kegiatan utama dalam rangka peningkatan status kesehatan sehingga dapat menurunkan kasus-kasus fatal dan komplikasi. Upaya dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan sangat erat kaitannya dengan sumber daya yang ada baik itu sumber daya manusia maupun peralatan dan obat-obatan. Demikian juga kepuasan dari pada penderita yang mendapatkan pelayanan kesehatan merupakan bagian dari pada kualitas pelayanan kesehatan (Medicus Mundi Switzerland, 2006).

Kualitas pelayanan kesehatan adalah tingkatan dimana pelayanan kesehatan untuk perorangan dan masyarakat meningkat sesuai yang diharapkan serta konsisten dengan pengetahuan professional saat ini (Institute of Medicine, 2001).

Elemen-elemen dari kualitas pelayanan kesehatan adalah *structure* yang merujuk kepada kestabilan dan karakteristik material yang meliputi infrastruktur, peralatan, teknologi dan sumber daya dari organisasi termasuk keuangan yang memberikan pelayanan kesehatan.

Process adalah interaksi antara pemberi pelayanan dan penerima pelayanan dimana input dari struktur dari pelayanan kesehatan ditransformasikan kepada *outcome* kesehatan.

Outcome dapat diukur dengan menganalisis status kesehatan, kematian dan kecacatan. Pengukuran ini meliputi antara lain angka kesakitan dan kematian dari suatu masyarakat. Pada *outcome* termasuk juga kepuasan atau respons masyarakat terhadap sistem kesehatan (WHO 2000; Peabody et al, 2006).

2.8. Kepuasan Pelayanan Kesehatan

Sedikit pengetahuan tentang kualitas pelayanan kesehatan terhadap populasi yang mengalami bencana. Untuk dapat mengetahui kepuasan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat diperlukan pengertian dari berbagai latar belakang kultur dari masyarakat serta pelayanan yang diberikan (NHS Executive, 1995). Kultur berpengaruh terhadap persepsi dari stress dan penanganannya (Marsella & Christopher, 2004).

Pelayanan kesehatan yang berkualitas setidaknya-tidaknya dapat memuaskan masyarakat yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan mempertimbangkan tingkatan kepuasan masyarakat dan penyedia pelayanan. Dimana mengacu pada protokol ketetapan (protap) yang telah ditetapkan dengan mempertimbangkan kode etik. Kepuasan sangat bersifat subjektif dan unik bagi setiap pelanggan, pelanggan (klien/pasien) yang merasa puas adalah mereka yang mendapatkan *value* dari pemberi layanan/pemasok/produsen suatu produk (barang/jasa).

BAB III. TUJUAN DAN MANFAAT

3.1. Tujuan

Tujuan dari penelitian ini adalah:

1. Tujuan Umum

Meningkatkan kualitas pelayanan terhadap masyarakat yang mengalami dampak negatif bencana melalui pemantapan sistem kesehatan wilayah Kota Padang dan Kabupaten Padang Pariaman pada tahap konsolidasi.

2. Tujuan Khusus

Mengidentifikasi kebutuhan kesehatan dan prevalens penyakit dari masyarakat yang mengalami dampak bencana.

Mengidentifikasi sifat, luas dan kualitas pelayanan kesehatan dari publik sektor terhadap masyarakat yang mengalami dampak bencana

Mendeteksi respons serta peran publik sektor kesehatan, lintas sektor terkait terhadap kebutuhan kesehatan masyarakat serta koordinasinya.

Memastikan sumber daya kesehatan yang ada apakah cukup memadai dan dimanfaatkan secara optimal

Memberikan rekomendasi terhadap sistem kesehatan di wilayah tersebut pada upaya pelayanan kesehatan terhadap masyarakat yang mengalami dampak dari bencana

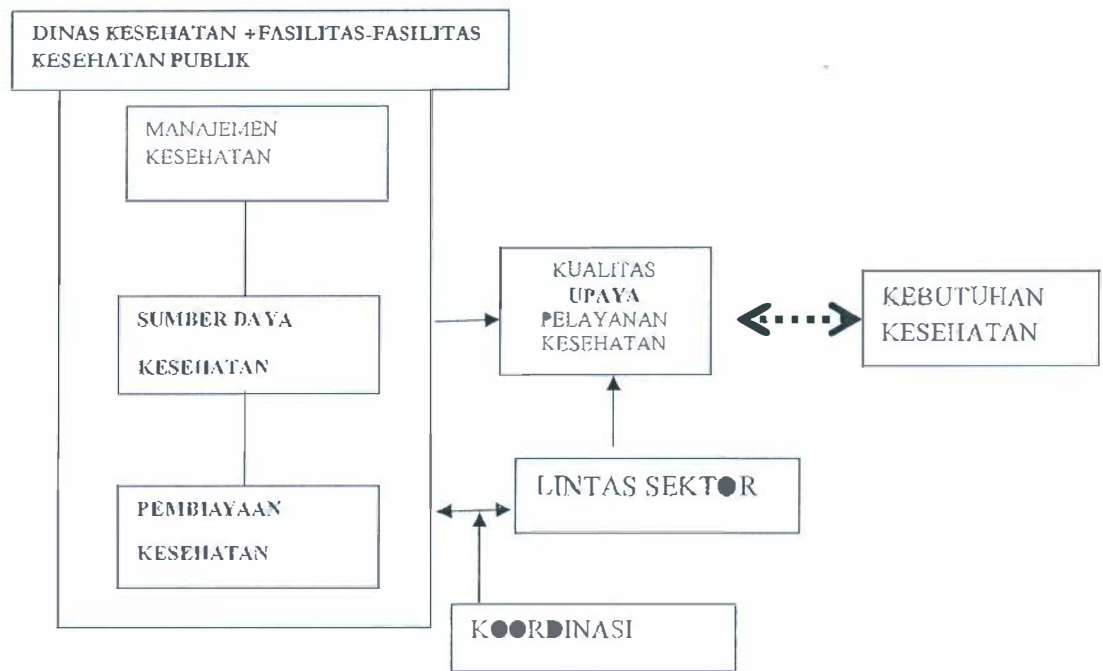
3.2. Manfaat

Memberikan rekomendasi kepada pihak-pihak terkait (stake holders) terhadap kesehatan dalam upaya-upaya perbaikan sistem pelayanan kesehatan pasca bencana, terutama dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang mengalami masalah kesehatan akibat bencana.

BAB IV. METODOLOGI

4.1. Kerangka Pikir

Adapun kerangka pikir dari penelitian ini seperti sebagaimana yang terdapat pada skema di bawah ini.



Manajemen Kesehatan:

Prinsip-prinsip umum dari manajemen terhadap masalah kesehatan seperti perencanaan dan pengembangan prioritas-prioritas kesehatan, penentuan tujuan dan strategi, implementasi, monitoring dan evaluasi dalam hal dampak terhadap status kesehatan dari masyarakat serta kendala-kendala yang dihadapi.

Sumber daya Kesehatan:

Kecukupan dan pengorganisasian sumber daya manusia, obat-obatan, medical supplies dan peralatan.

Pembiayaan Kesehatan:

Cost-effectiveness dari sumber-sumber biaya yang didapatkan untuk pelayanan kesehatan.

Upaya Pelayanan Kesehatan:

Pada penelitian ini antara lain makanan dan nutrisi, sanitasi dan kesehatan lingkungan, pemberantasan penyakit menular; manajemen korban (trauma, trauma psikologis); psikososial dan mental health.

Lintas Sektor Terkait:

Peran dari masing-masing sektor publik terkait dengan kesehatan dan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang juga terkait dengan kesehatan.

Koordinasi:

Untuk program prioritas, perencanaan, advokasi, monitoring, surveilens dan evaluasi. Contohnya area-area cakupan operasi dan tanggung jawab.

Kualitas upaya pelayanan kesehatan:

Pada kegiatan ini merujuk kepada kebutuhan kesehatan yang diharapkan oleh masyarakat yang mengalami dampak bencana dan penyedia pelayanan kesehatan berupa kegiatan pelayanan kesehatan yang terbaik dengan memanfaatkan sumber daya kesehatan yang tersedia.

Kebutuhan Kesehatan:

Kebutuhan kesehatan yang diekspresikan oleh masyarakat dan kebutuhan kesehatan yang dirasakan dan diungkapkan oleh masyarakat, yang mengalami dampak bencana melalui observasi dari masyarakat yang menggunakan pelayanan kesehatan.

Variable kebutuhan kesehatan antara lain imunisasi penyakit menular, air dan sanitasi, makanan dan gizi, pemukiman, pelayanan kesehatan, pemberantasan penyakit menular (diare, ISPA, malaria, campak, demam berdarah), surveilens, sumber daya kesehatan. pelayanan kuratif, KIA, Program Pemberantasan Penyakit Menular, program psikososial dan mental health.

Fase Pasca Darurat atau Konsolidasi:

Keadaan dimana angka kematian telah menurun yaitu angka kematian kasar telah berada di bawah 1 per 10.000 per hari dan kebutuhan dasar kesehatan telah terpenuhi.

Pada penelitian ini telah dilakukan pengembangan dua jenis kuesioner yaitu kuesioner terstruktur dan bebas yang berhubungan dengan topik penelitian. Kuesioner-kuesioner tersebut dimaksudkan untuk mendapatkan informasi sehingga dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian dan tercapai tujuannya. Kuesioner-kuesioner telah dikembangkan untuk masing-masing responden. Kuesioner terstruktur telah disusun dengan menggunakan bahasa yang sederhana agar mudah dimengerti oleh responden dengan mempertimbangkan pendampingan lokal untuk translasi ke dalam bahasa lokal. Kuesioner bebas telah disusun dan pertanyaan-pertanyaan yang telah ditanyakan pada penanggung jawab fasilitas-fasilitas kesehatan dan sektor-sektor terkait dengan kesehatan. Isi dari pertanyaan-pertanyaan tersebut antara lain terdiri dari pertanyaan-pertanyaan umum dan pertanyaan lokal khususnya untuk mengakomodasi perbedaan wilayah.

Untuk menjaga kesahihan pelaksanaan penelitian ini maka telah dilakukan uji coba pengisian kuesioner. Kemudian dilakukan perbaikan melalui pengurangan dan penambahan pertanyaan-pertanyaan, sehingga kualitas kuesioner tersebut makin bermutu dan dapat dipertanggungjawabkan.

Untuk mengfollow-up terhadap potensial responden telah dilakukan komunikasi dengan menggunakan fasilitas telekomunikasi apabila tersedia. Untuk responden rumah tangga telah diberikan uang sebagai imbalan setelah wawancara selesai.

Penelitian ini melibatkan mahasiswa-mahasiswi yang berasal dari Poli Teknik Kesehatan Provinsi Sumatera Barat. Pelatihan telah dilakukan terhadap mereka, dimana materinya meliputi bagaimana melakukan wawancara, mengali informasi lebih detail, mengisi kuesioner dan membuat laporan.

4.2. Pengambilan Sampel

Populasi dari riset ini adalah masyarakat yang hidup di Kota Padang dan Kabupaten Padang Pariaman Provinsi Sumatera Barat yang menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat. Sampel yang telah dipilih adalah 400 responden masyarakat yang tersebar di Kota dan Kabupaten yang menggunakan fasilitas kesehatan.

Sample responden telah diseleksi dengan menggunakan teknik *proportional to population size*.

4.3. Cara Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel dilakukan dengan dua tahap, yaitu pengambilan sampel di kabupaten/kota dan pengambilan sampel masyarakat yang diketahui mengalami dampak terparah dari bencana.

4.4. Sampel Kecamatan

Pemilihan Kecamatan di masing-masing kabupaten/kota terpilih, dilakukan dengan cara random dengan memperhatikan jumlah masyarakat yang ada di kecamatan yang berada di kawasan terparah akibat bencana gempa bumi serta banyak memanfaatkan pelayanan kesehatan di fasilitas-fasilitas kesehatan atau (*Probability Proportional to Size*).

4.5. Sampel Masyarakat

Pemilihan sampel pada masyarakat di masing-masing kecamatan terparah akibat gempa bumi, dipilih sebagai sampel adalah mereka yang menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan. Sampel masyarakat yang diambil sebanyak 67 sampel masyarakat yang memanfaatkan fasilitas kesehatan di setiap kabupaten/kota.

4.6. Cara Pengambil Sampel Masyarakat

Pengambilan sampel dilakukan dengan merandom sebanyak 67 masyarakat yang sementara menggunakan fasilitas-fasilitas kesehatan di masing-masing kecamatan yang terpilih terutama penderita rawat jalan dengan umur responden di atas 17 tahun.

4.7. Teknik Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dengan cara melakukan *exit interview*. Ada responden yang terpilih menolak maka responden ini dianggap gugur dan diganti dengan responden masyarakat lainnya, pada saat mereka memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.

Untuk menghindari hal-hal yang tidak diinginkan sebelum wawancara para responden diberikan informasi tentang pelaksanaan penelitian ini secara rinci sehingga mereka mengerti dan jujur dalam memberikan jawaban dan mau menandatangani formulir *inform consent* (IC). *Inform consent* akan diberikan kepada masing-masing responden untuk memastikan komitmen dan kerahasiaan data.

Pengumpulan data dilakukan secara kualitatif. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner terstruktur bagi responden yang mengalami dampak bencana. Data-data yang didapat yang menggunakan teknik wawancara secara mendalam terhadap pemegang program-program kesehatan dan sektor terkait datanya telah dianalisis. Langkah-langkahnya adalah data-data yang diperoleh diolah dengan mengidentifikasi tema dan pengorganisasian ke dalam bentuk pengkategorian untuk dianalisis lebih lanjut, sehingga didapatkan hasil penelitian yang utuh. Data sekunder dan review kepustakaan yang berhubungan dengan penelitian ini juga telah dianalisis untuk melengkapi data-data primer.

BAB V. HASIL DAN PEMBAHASAN

Bencana merupakan bagian dari kehidupan masyarakat baik bencana alam maupun bencana yang disebabkan oleh manusia. Dalam berbagai hal bencana sudah diketahui akan terjadi tetapi kapan dan bagaimana hal tersebut merupakan suatu ketidak pastian. Terjadinya bencana mengakibatkan berbagai macam akibat terhadap manusia, dan terjadi pula ketidak cocokan antara sumber daya yang ada, dan apa yang dibutuhkan termasuk pelayanan kesehatan yang diberikan. Oleh karena itu untuk mengembalikan keadaan seperti sediakala, diperlukan upaya-upaya yang terfokus dan terus menerus.

Saat ini belum banyak metodologi yang diterima secara universal dalam rangka melaksanakan dan melaporkan kebutuhan kesehatan dari masyarakat yang mengalami dampak bencana termasuk pelayanan kesehatan yang efektif, efisien dan murah dalam rangka penanggulangan dampak dari bencana. Demikian pula masih sedikit disain penelitian yang memadai yang telah dilakukan pada tingkatan dari bencana untuk mendapatkan data yang berbasis pada masyarakat.

Hal yang tidak mungkin melakukan penelitian terhadap situasi pada keadaan paska bencana adalah tanpa mengetahui apa yang dibutuhkan oleh masyarakat yang mengalami dampak bencana. Saat ini penilaian kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan sangat subjektif. Penilaian kebutuhan masyarakat akan kesehatan adalah membingungkan antara apa yang dibutuhkan, apa yang dirasakan oleh masyarakat, apa yang dinilai dan apa yang diperlukan khususnya berhubungan dengan komponen-komponen pelayanan kesehatan.

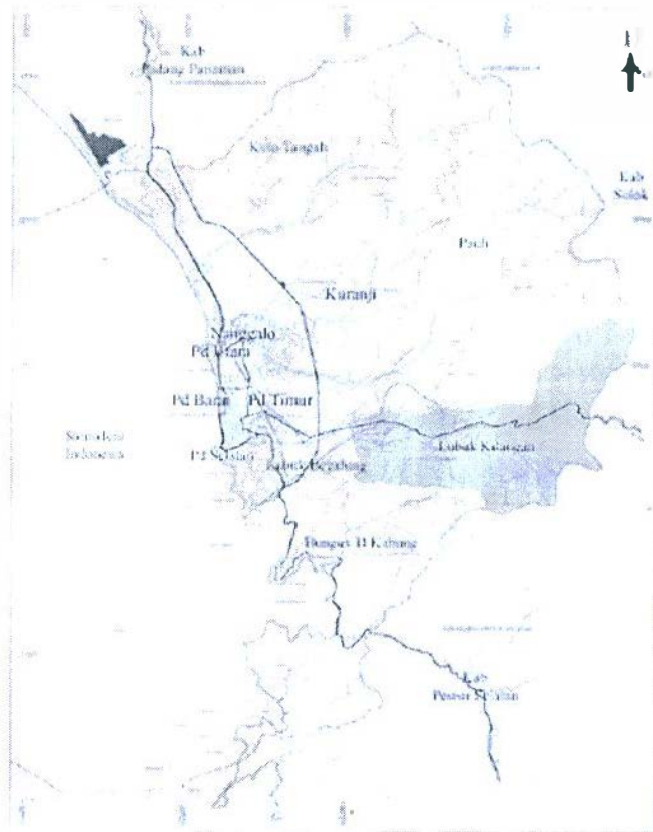
Di dua wilayah penelitian ini, karakteristik dari masyarakat di Kota Padang dan Padang Pariaman adalah sangat kompleks. Demikian juga tingkat sosial dan ekonomi walaupun telah terjadi perubahan ke arah perbaikan dan berangsur-angsur pulih setelah bencana pada waktu setahun yang lalu, tapi tetap menyisakan trauma yang sangat dalam.

Penelitian ini menginformasikan keberadaan dari masyarakat di wilayah sampel di Kota Padang dan Kabupaten Padang Pariaman Provinsi Sumatera Barat terhadap kebutuhan dasar kesehatan mereka, terutama akan pelayanan kesehatan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh sektor publik setelah mengalami bencana gempa bumi. Demikian juga sistem kesehatan dari sektor publik terutama dalam hal penyediaan pelayanan kesehatan dalam kurun

waktu satu tahun. Di bawah ini adalah sekilas tentang profil kesehatan Kota Padang dan Kabupaten Padang Pariaman Provinsi Sumatera Barat.

Kota Padang. Letak Kota Padang secara geografis pada bagian pantai barat Pulau Sumatera. Kota Padang merupakan perpaduan daratan rendah dan perbukitan serta liran sungai dan pulau-pulau. Secara administrasi Kota Padang terdiri dari 11 kecamatan dan 1.104 kelurahan. Kota Padang berbatasan dengan Kabupaten Padang Pariaman di sebelah utara, sebelah selatan dengan Kabupaten Pesisir Selatan, sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Solok, sebelah barat berbatasan dengan Samudra Indonesia (DKK Kota Padang, 2010).

Gambar 2. Peta Kota Padang



Jumlah penduduk Kota Padang adalah 856.815 jiwa yang terdiri dari 423.039 jiwa laki-laki dan 433.776 jiwa perempuan dan laju pertumbuhan penduduk adalah 2.31% per tahun (BPS Kota Padang, 2008).

Derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh pendidikan dan sosial ekonomi dimana tingkat pendidikan yang sekolah menengah umum (SMU) yang paling banyak.

Sarana kesehatan yang tersedia di Kota Padang antara lain puskesmas sebanyak 20 buah, puskesmas pembantu 61 buah dan puskesmas keliling sebanyak 20 buah. Untuk rumah sakit ada sebanyak 5 buah (DKK Kota Padang, 2010).

Tenaga kesehatan untuk dokter sebanyak 74 orang, dokter gigi 49 orang. Bidan 330 orang, perawat 230 orang, tenaga kesehatan masyarakat 68 orang, tenaga gizi 30 orang, apoteker 3 orang, tenaga farmasi 59 orang dan tenaga penunjang kesehatan lainnya (DKK Kota Padang, 2010).

Pada saat terjadi bencana gempa bumi Kantor Dinas Kesehatan Kota Padang mengalami kerusakan berat dan saat ini telah dipindahkan ke tempat yang baru agar supaya fungsinya dapat berjalan dengan baik.

Di Kota Padang penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) menempati posisi yang paling tinggi dari sepuluh penyakit terbanyak. Program yang sementara dijalankan oleh Dinas Kesehatan Kota Padang yang berhubungan dengan bencana adalah kewaspadaan dini terhadap penyakit-penyakit yang cenderung menyebabkan wabah, melalui sistem surveilans terpadu setiap bulannya. Apabila ada kasus luar biasa tindakan segera dan pelacakan di lapangan dilakukan (DKK Padang, 2010). Sementara cakupan air bersih untuk Kota Padang adalah 75% dimana terjadi pengurangan 5% dari 80% akibat bencana lama gempa (DKK Padang, 2010).

Kabupaten Padang Pariaman. Kabupaten ini memiliki 17 kecamatan dan 46 Nagari serta 364 korong. Luas wilayahnya adalah kurang lebih 1,328.79 km². Batas-batas dari wilayah kabupaten ini adalah sebelah utara berbatasan dengan Kabupaten Agam, sebelah selatan berbatasan dengan Kota Padang, sebelah Barat berbatasan dengan Samudra Indonesia dan sebelah timur berbatasan dengan Kabupaten Solok dan Kabupaten Tanah Datar. Kabupaten ini mempunyai ketinggian dari 2 – 1.000 meter dari permukaan laut.

akibat bencana gempa bumi. Dan untuk sementara pelayanan kesehatan rawat inap dilaksanakan dalam tenda-tenda darurat dihalam rumah sakit, sambil menunggu rumah sakit dibangun kembali. Puskesmas keliling untuk pelayanan kesehatan bergerak ada sebanyak 24 buah (Dinkes Kabupaten Padang Pariaman, 2010).

Penyakit yang paling dominan di wilayah ini adalah ISPA, diare dan malaria disusul oleh tuberkulosa paru. Sementara penyakit yang berpotensi wabah adalah demam berdarah dengue (Dinkes Kabupaten Padang Pariaman, 2010).

Upaya kesehatan yang telah dilakukan antara lain pemberian pelayanan kesehatan dasar antara lain pelayanan kesehatan ibu dan anak, pelayanan antenatal, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, deteksi resiko tinggi kehamilan dan penanganan komplikasi, pelayanan keluarga berencana, pelayanan imunisasi dan pelayanan kesehatan penunjang serta rujukan. Pengendalian penyakit menular juga dilakukan terutama untuk penyakit polio, TB paru, ISPA, demam berdarah dengue, malaria, kusta, filarial, flu burung. Perbaikan gizi masyarakat dilakukan juga sebagai upaya pelayanan kesehatan antara lain pemberian vitamin A kepada bayi, balita dan ibu nifas.

Pelayanan kesehatan dalam situasi bencana dilakukan antara lain mengevakuasi korban, membuka pos pelayanan kesehatan selam 24 jam sehari di lokasi bencana, memberikan pelayanan rawat jalan dan rawat inap disarana yang masih layak untuk dimanfaatkan. Membuka posko-posko bersama relawan-relawan dalam negeri maupun luar negeri melalui pemberian air bersih, imunisasi campak, tetanus toxoid, pemberian biskuit MP-ASI untuk bayi dan balita di tempat pengungsian (Dinkes Kabupaten Padang Pariaman, 2010).

5.1. Sistem Kesehatan Wilayah Bencana

Sistem kesehatan di wilayah bencana dapat menjadi lumpuh dan tidak berfungsi pada saat terjadi bencana. Pada fase konsolidasi sistem kesehatan dapat berangsur-angsur pulih seperti sediakala karena datang bantuan dari luar dan masyarakat serta tenaga kesehatan mulai pulih. Pelayanan kesehatan, kemampuan sumber daya manusia, sistem informasi, peralatan dan obat-obatan

demikian juga keuangan merupakan elemen dari sistem kesehatan. Hasil wawancara dengan dinas kesehatan yang berada di dua wilayah penelitian mengungkapkan.

“...peran dinas kesehatan dalam memutuskan mengikuti kebijakan dari pusat dan provinsi. Untuk pelayanan kesehatan terutama pada penyusunan program melibatkan puskesmas-puskemas di wilayah cakupan terutama berkaitan dengan keuangan dan pokok-pokok program di puskesmas. Demikian juga alokasi biaya didiskusikan dengan pimpinan puskesmas secara terbuka (Dinkes Kota Padang).

Presentasi alokasi biaya kesehatan merujuk pada Anggaran Pendapatan Belanja Daerah Kota sebanyak 4,5% dan anggaran ini sudah termasuk gaji pegawai.

Kebutuhan tenaga kesehatan adalah cukup namun untuk tenaga kesehatan lingkungan masih kurang. Keluhan-keluhan dari puskesmas yang menyangkut kepegawaian, peralatan didiskusikan untuk mencari jalan keluar.

Media massa sangat berpengaruh terhadap implementasi kebijakan kesehatan di wilayah ini demikian juga pelayanan kesehatan disebabkan faktor ketidak puasaan anggota masyarakat diungkapkan melalui media.

Sementara untuk fasilitas kesehatan adalah cukup karena ditunjang oleh dana yang bersumber dari dana alokasi khusus (DAK). Demikian juga sistem informasi kesehatan sudah online khususnya di Dinas Kesehatan Kota Padang.

Khusus pada situasi paska bencana dari aspek manajemennya berjalan baik dimana pengorganisasiannya ada yang membidangi khusus dan dibentuknya satuan tugas bencana untuk turun ke lapangan dalam hal memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, melalui puskesmas. Demikian pula struktur organisasi sudah tersedia dan berjalan.

“...dana yang tersedia kurang dan dinas kesehatan kurang puas karena dipegang oleh pusat dan provinsi. Sering turunnya orang dinas provinsi dan mereka kerja sendiri serta tidak terkoordinasi. Demikian juga tidak ada dana secara langsung dari pemerintah provinsi ke dinas kesehatan” (Dinkes Kab. Padang Pariaman)

“biaya tidak mencukupi karena dana APBD sangat terbatas. Apalagi sumber daya manusia sangat terbatas, sedangkan fasilitas dan peralatan kurang memadai dibandingkan daerah lain. Tetapi keadaan di atas kita optimalkan walaupun informasi dan teknologi masih terbatas (Dinkes Kab. Padang Pariaman).

●toritas dari dinas kesehatan di kabupaten masih terbatas disebabkan faktor-faktor external yang mempengaruhi.

Program kesehatan untuk penanggulangan korban bencana saat ini antara lain: program penanggulangan penyakit menular dengan cara abatisasi dan fogging secara massal, imunisasi campak dan tetanus toksoid; program traumatic healing; program kesehatan lingkungan dengan pemberian sterilisasi air (air rahmat); program kesehatan keluarga yang antara lain meliputi pemantauan status gizi ibu hamil dan bayi.

Di sisi lain ada protes dan kelompok-kelompok masyarakat tertentu perihal program Jaminan Kesehatan Masyarakat karena mereka tidak masuk dalam program tersebut.

Demikian juga masyarakat sering keberatan dengan program imunisasi anak sekolah karena program tersebut masuk melalui sekolah-sekolah, terutama yang sering menolak adalah dari pihak sekolah-sekolah swasta.

5.2. Status Kesehatan dan Faktor-faktor yang Mempengaruhi

Dalam keadaan fase konsolidasi atau fase setelah bencana banyak faktor-faktor penentu kesehatan yang sistemik terhadap masyarakat contohnya dampak terhadap status kesehatan bagi mereka yang bertahan hidup, dimana masyarakat berinteraksi dengan sub-sistem sub sistem di masyarakat yang lain seperti pendidikan dan keamanan. Determinan sosial lain juga sangat berpengaruh terhadap status kesehatan masyarakat di wilayah penelitian termasuk situasi sosial, politik dan ekonomi.

Pada penelitian ini fasilitas-fasilitas pemberi pelayanan kesehatan secara langsung yang terpilih sebagai sampel adalah puskesmas-puskesmas di Kota Padang yaitu Puskesmas Belimbing, Lapai dan Padang Pasir. Sedangkan puskesmas-puskesmas yang menjadi sampel terpilih di Kabupaten Padang Pariaman Puskemas adalah Puskesmas Kota Bangko, Pakandangan dan Patamuan. Penderita-penderita yang berkunjung ke puskesmas-puskesmas tersebut telah disampling secara random untuk mendapatkan responden yang mewakili masyarakat pada wilayah kabupaten dan kota tersebut.

5.2.1. Status Kesehatan

Keluhan gejala-gejala penyakit dari penderita/responden yang mengunjungi puskesmas-puskesmas bervariasi satu sama lainnya. Di Kota Padang gejala-gejala penyakit yang sering dikeluhkan antara lain didominasi oleh panas, batuk, sakit kepala, sesak napas, sesak nafas dan beringus.

Di Kota Padang dari kunjungan penderita ke fasilitas kesehatan menunjukkan keluarga yang meninggal dalam periode setelah bencana terjadi adalah hanya satu yaitu di wilayah cakupan Puskesmas Belimbing Kecamatan Kuranji, seperti pada tabel di bawah ini.

Di Kabupaten Padang Pariaman keluhan-keluhan gejala-gejala penyakit antara lain demam, batuk, beringus, sakit kepala dan pusing, nyeri sendi, penyakit kulit, keluhan nyeri ulu hati. Keluhan-keluhan ini merupakan gejala-gejala penyakit yang paling dominan.

Di kabupaten ini, keluarga yang meninggal dalam periode setelah bencana terjadi, ada empat orang dan mereka berada pada wilayah cakupan Puskesmas Koto Bangko Kecamatan Sei Geringging.

Indikator status kesehatan pada kedua wilayah ini setelah bencana setahun khususnya pada angka kematian tidak menunjukkan keadaan yang luar biasa.

5.2.2. Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan

Akses pelayanan kesehatan berkontribusi secara signifikan terhadap status kesehatan masyarakat di suatu wilayah. Akses terhadap pelayanan kesehatan masyarakat dapat dilihat dari aspek kemampuan sektor publik menyediakan pelayanan kesehatan serta infrastrukturnya.

Provinsi Sumatera Barat menurut data BPS (Badan Pusat Statistik) tahun 2003 terdapat 27,6% penduduk tanpa akses pelayanan kesehatan. Akses pelayanan kesehatan dilihat dari tingkat penggunaan fasilitas dan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh sektor publik. Faktor-faktor yang mempengaruhi akses pelayanan antara lain pendapatan keluarga, pendidikan dan jarak tempat tinggal dan fasilitas kesehatan.

Pada penelitian di kedua wilayah ini, radius dari fasilitas ke pemukiman penduduk paling jauh adalah 10 km (Dinkes Kab. Padang Pariaman, 2010). Kendala dalam hal transportasi dari pemukiman penduduk ke fasilitas-fasilitas kesehatan tidak menjadi masalah.

5.2.3. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh masyarakat di kedua wilayah tersebut dilihat dari kunjungan ke fasilitas kesehatan. Di Kota Padang kunjungan puskesmas merupakan fasilitas kesehatan yang pertama kali dikunjungi oleh masyarakat.

Tabel 1. Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan di Kota Padang

Jenis Kelamin	Sakit		Total
	Ya	Tidak	
Laki laki	20	26	46
Perempuan	65	89	154
Total	85	115	200

Kesehatan perempuan perlu diperhatikan mengingat populasi di wilayah ini lebih banyak perempuan. Data dari penelitian seperti yang ditunjukkan pada tabel di atas mengindikasikan bahwa kunjungan penderita ke fasilitas kesehatan puskesmas didominasi oleh perempuan, dimana mereka memerlukan pelayanan kesehatan dasar.

Demikian juga di Kabupaten Padang Pariaman kunjungan ke fasilitas kesehatan oleh responden paling banyak adalah perempuan. Nampak seperti pada tabel di bawah ini.

Tabel 2. Pemanfaatan Fasilitas Kesehatan di Kabupaten Padang Pariaman

Jenis Kelamin	Sakit		Total
	Ya	Tidak	
Laki laki	77	0	77
Perempuan	120	3	123
Total	197	3	200

Sama halnya dengan di Kota Padang, di kabupaten ini fasilitas kesehatan yang didatangi pertama kali adalah puskesmas.

5.2.4. Kepuasan Terhadap Pelayanan Kesehatan

Banyak hubungan antara struktur dan konsep pada sistem kesehatan yang berhubungan dengan kualitas dari pelayanan kesehatan. Beberapa laporan menyebutkan bahwa penyediaan pelayanan kesehatan diharapkan merespons secara langsung kebutuhan dari masyarakat (Calnan, 1998).

Namun demikian, konsep ini tidak dapat terbukti dimana konsep dari penderita sebagai konsumen pelayanan kesehatan tidak meliputi semua karakteristik yang penting dari penderita dan tidak semua penderita ingin diperlakukan sebagai konsumen (Lupton, Donaldson and Lloyd, 1991). Penilaian akan kebutuhan kesehatan dapat didefinisikan sebagai suatu proses yang mengukur tingkat dan sifat dari kebutuhan dari target populasi sehingga pelayanan kesehatan dapat diberikan sesuai dengan apa yang dibutuhkan (Hooper, 1999).

Penilaian kesehatan penting sebagai suatu cara untuk memberikan informasi terhadap proses perencanaan kesehatan.

Dari beberapa responden menginformasikan bahwa

"...pelayanan kesehatannya perlu lebih ditingkatkan" (responden 1 Kota Padang)

Di sisi lain juga responden mengatakan selama ini

"...pelayanan sebelum dan sesudah gempa baik-baik saja" (responden 2 Kota Padang)

Bahwa pelayanan kesehatan perlu menggunakan data untuk menghasilkan pelayanan yang maksimal seperti komentar dari responden:

"...mendata korban bencana, kemudian memberikan pelayanan kesehatan yg optimal" (responden 3 Kota Padang)

Perhatian dari masyarakat terhadap sumber daya kesehatan pada fasilitas-fasilitas kesehatan sangat diharapkan seperti pada komentar dari salah satu responden.

"...penambahan tenaga profesional dan alat kesehatan diperlukan" (responden 1 Kab. Padang Pariaman).

Demikian juga kinerja dari sumber daya manusia pada fasilitas-fasilitas kesehatan perlu ditingkatkan seperti pada komentar dari responden di Kabupaten Padang Pariaman.

“...kinerja petugas kesehatan agar lebih baik” (responden 2 Kab. Padang Pariaman)

Penyuluhan kesehatan sangat dibutuhkan bagi mereka yang mengalami dampak bencana seperti komentar dari salah satu responden.

“...perlu dilakukan penyuluhan-penyuluhan terutama Pola Hidup Bersih Sehat” (responden 3 Kab. Padang Pariaman).

Kebutuhan akan pelayanan kesehatan pada masyarakat yang mengalami dampak bencana adalah dipengaruhi oleh sistem kesehatan yang ada di daerah tersebut. Hal ini terlihat pada perhatian masyarakat terhadap fungsi dari sumber daya, fasilitas dan pelayanan kesehatan yang diberikan.

5.3. Kecukupan Makanan

Makanan merupakan kebutuhan dasar manusia. Ketersediaan makanan sangat penting pada fase konsolidasi. Pada awal setelah bencana ketergantungan bantuan makanan dari luar tidak bisa dihindarkan. Saat dilakukan penelitian kecukupan makanan tidak lagi menjadi masalah yang bermakna. Masyarakat dapat mengakses berbagai jenis bahan baku makanan sebagaimana pada keadaan sebelum bencana. Jenis-jenis makanan yang tersedia antara lain beras, ikan, daging, telur, tempe, tahu, bayam, buncis, daun singkong, wortel, kangkung, sawi dan buah-buahan seperti pisang, jeruk, apel dan pepaya.

Hal yang lebih spesifik khususnya untuk distribusi dari bahan baku makanan dapat dilakukan melalui masyarakat itu sendiri yaitu dengan memberikan bantuan satu sama lain dan memproduksi makanan mereka sendiri untuk menunjang kebutuhan makanan mereka sehari-hari. Hal ini untuk meminimalkan ketergantungan bahan makanan dari luar.

5.4. Akses Terhadap Air Bersih

Kebutuhan akan air bersih merupakan kebutuhan dasar bagi populasi yang mengalami dampak dari bencana. Selain untuk memasak, minum, air bersih juga dipakai untuk keperluan lain antara lain mandi, cuci dan kakus. Sistem pengelolaan air bersih sangat penting pada fase konsolidasi. Sistem yang ada saat ini adalah sistem pengolahan air bersih secara langsung. Pada umumnya

sumber air bersih yang diakses oleh masyarakat adalah sumur, air yang bersumber dari pipa air perusahaan air minum daerah. Pada penelitian di kedua wilayah ini akses terhadap air bersih oleh masyarakat tidak memiliki masalah yang bermakna, masyarakat dapat memenuhi kebutuhan air bersih kapan saja dan sesuai kebutuhan mereka. Sumber air bersih yang paling banyak diakses adalah dari perpipaan perusahaan air minum daerah dan sumur gali dalam kompleks perumahan. Di kedua wilayah penelitian ini akses terhadap air bersih bukan merupakan masalah.

5.5. Peran Lintas Sektor

Dinas sosial daerah merupakan sektor yang sangat dekat terkait dengan kesehatan. Kerjasama berupa koordinasi dalam menghimpun bantuan pemerintah dan donor serta memberikan rekomentasi bagi mereka yang terlantar karena sakit agar supaya mengunjungi fasilitas kesehatan.

Koordinasi di wilayah ini tidak dalam satu atap dimana untuk orang miskin tidak saja urusannya dilimpahkan kepada dinas sosial padahal peran dinas kesehatan sangat menentukan. Ini dapat dilihat pada keadaan dimana banyak penduduk miskin bila menderita sakit sulit diterima oleh rumah sakit dikarenakan tidak termasuk dalam data Jamkesmas atau Jamkesda. Sampai saat ini masih terjadi tarik ulur untuk penanganan pasien-pasien yang direkomendasikan oleh dinas sosial.

"...koordinasi dalam hal memperbaiki struktur organisasi diperpendek sehingga mempercepat bantuan dan tidak sampai salah sasaran karena tidak terkoordinasi dan sering tumpang tindih" (Dinas Sosial 1).

Usulan dari dinas sosial khusus untuk perumahan adalah:

"...dipercepat proses perbaikan rumah karena sampai sekarang sebagian besar rumah-rumah akibat bencana belum diperbaiki" (Dinas Sosial 2)

Ada kerjasama sama kegiatan yang berhubungan dengan Badan Penanggulangan Bencana Daerah Kota Padang antara lain adalah pendistribusian barang-barang kebutuhan pokok masyarakat. Ada juga pemberian dana langsung yang diperuntukan bagi pembangunan fisik puskesmas oleh Bank Mandiri.

BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN

6. 1. Kesimpulan

Dampak bencana terhadap kesehatan masyarakat sangat complex. Tejadinya bencana berdampak langsung kepada individu dan masyarakat yang mengakibatkan antara lain luka akibat runtuhnya bangunan, gedung dan benturan, trauma psikologis, meningkatnya angka kesakitan dan kematian. Dampak dari bencana yang terjadi secara tidak langsung adalah terhadap sistem kesehatan masyarakat yang ada di wilayah tersebut, dimana tidak berfungsinya elemen-elemen dari sistem kesehatan masyarakat, sehingga pelayanan kesehatan sangat minim bahkan tidak berfungsi sama sekali.

Di Indonesia kesehatan masyarakat pada pasca bencana menjadi sangat penting, mengingat keberadaan wilayah yang rawan bencana baik itu berupa bencana alam maupun bencana akibat manusia yang berdampak langsung pada status kesehatan dari masyarakat.

Keberadaan sistim kesehatan sangatlah kompleks dalam fase konsolidasi baik secara legal maupun sektor publik. Hal ini mengakibatkan infrastruktur ada berbeda sehingga perbedaan pelayanan kesehatan berbeda terhadap masyarakat yang ada di kabupaten dan kota (Salinsky E. 2002). Fase konsolidasi adalah saat semua kerusakan infrastruktur akibat dari bencana sementara dan telah diperbaiki setidaknya mencapai tingkat kebutuhan dasar. Pada fase konsolidasi komponen sosial sangat perlu diperhatikan untuk menuju pada fase seperti sebelum terjadi bencana (TFQCDM/WADEM, 2002). Pada keadaan fase konsolidasi, sistem kesehatan dari sektor publik perlu dimantapkan untuk dapat memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang mengalami dampak bencana.

Kapasitas sistim kesehatan kabupaten dan kota dalam rangka penyediaan pelayanan kesehatan kepada masyarakat adalah sangat penting. Penguatan kapasitas manajemen yang termasuk didalamnya adalah kemampuan merencanakan, penyusunan anggaran, supervisi dan manajemen supplies pada tingkat kementerian kesehatan, dinas kesehatan provinsi, kabupaten dan kota

(Millenium Project, 2004). Kemampuan manajemen pada saat bencana dapat lumpuh total dan akan dijalankan oleh pusat.

Pada penelitian ini mengindikasikan bahwa pemantapan sistem kesehatan di wilayah yang mengalami bencana gempa bumi dapat meminimalisasi dampak terhadap kesehatan masyarakat yang lebih luas. Kebutuhan akan pelayanan kesehatan sudah dapat terpenuhi, demikian juga kebutuhan dasar masyarakat antara lain makanan, air dan perumahan, walaupun masih dalam tahap belum mencapai keadaan yang optimal. Kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh publik sektor yang dititikberatkan pada promosi dan pencegahan perlu ditingkatkan pada di level struktur, proses dan *outcome* khususnya di wilayah rawan terhadap bencana pada situasi paska bencana.

Tanggung jawab dalam menjalankan sistem kesehatan pada tingkat provinsi, kabupaten dan kota terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat adalah sangat penting dalam rangka meningkatkan status kesehatan masyarakat yang mengalami dampak bencana pada saat paska bencana.

6.2. Saran

Pemantapan sistem kesehatan terutama pada elemen-elemen sistem kesehatan perlu dilakukan, mengingat wilayah penelitian ini merupakan daerah rawan bencana dan kemungkinannya dapat terjadi berulang.

Penguatan terhadap pelayanan kesehatan di puskesmas-puskesmas perlu ditingkatkan. Program-program kesehatan yang bersifat promosi, preventif dan pengobatan sangat diperlukan pada keadaan paska bencana seperti di wilayah penelitian ini.

Pemberian pelayanan kesehatan secara khusus diberikan kepada kesehatan ibu dan anak, melalui peningkatan kapasitas dari sumber daya manusia kesehatan dan ketersediaan peralatan dan obat-obatan.

Peran lintas sektor yang terkait dengan kesehatan harus lebih dimantapkan, dikarenakan peningkatan status kesehatan masyarakat di wilayah bencana bukan saja pekerjaan dari sektor kesehatan.

Hal-hal di atas antara lain yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan untuk menjawab kebutuhan kesehatan masyarakat pada keadaan pasca bencana.

Limitasi

Limitasi dari penelitian ini antara lain adalah saat wawancara terjadi bias baik dalam perekaman dan penulisan jawaban-jawaban yang didapatkan dari responden dikarenakan waktu yang sudah satu tahun setelah terjadi bencana. Data-data yang dianalisis tidak komprehensif dari aspek sistem kesehatan dan kebutuhan kesehatan.

Keterbatasan lain dari penelitian ini adalah tidak semua fasilitas kesehatan dilakukan wawancara, mengingat perbedaan karakteristik determinan sosial dari masyarakat. Ditambah lagi ketrampilan pewawancara dalam pengambilan data tidak maksimal.

8. DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik (BPS) Kota Padang (2008). Statistik Kota Padang 2008.
- Calnan M. (1998) Towards a conceptual framework for lay evaluation of health care. *Social Science and Medicine*, 1988, 27: 927-933.
- Carlson C, de Lamalle J.P., Fustukian S, Newell-Jones K, Sibbons M. and Sondorp E. Improving the delivery of health and education services in difficult environments: lessons from case studies DFID Health DFID Workshops on Improving Service Delivery in Developing Countries. Birmingham: University of Birmingham School of Public Policy.
- Claude de Ville de Goyet, Ricardo Zapata Marti, and Claudio Osorio (2006). "Natural Disaster Mitigation and Relief." In *Disease Control Priorities in Development Countries*, 2nd ed. D. T. Jamison, J. G. Breman, A. G. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D. B. Evans, P. Jha, A. Mills, and P. Musgrove, 591-603. New York: Oxford University Press.
- Departemen Kesehatan (2003). Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1457/Menkes/Sk/X/2003 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten/Kota
- Dinas Kesehatan Kota Padang (DKK), (2010). Profile Kesehatan. Kota Padang Tahun 2010
- Dinkes Kabupaten Padang Pariaman (2010). Profil Kesehatan Kabupaten Padang Pariaman Tahun 2010.
- Donabedian A. (1973): Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Engel G.L. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129-136.
- Fisher AW. Patient's evaluation of outpatient medical care. *Journal of Medical Education*, 1971, 46 (3): 238-244.
- Hooper J (1999) Health needs assessment: helping change happen. *Community Practitioner*, 72(9), 286-288.
- IOM. Medicare (1998). A Strategy for Quality Assurance. Vol. 1. Lohr, KN., ed. Washington, DC.: National Academy Press/
- Institute of Medicine. 2001. *Crossing the Quality Chasm*. Washington, DC: National Academy Press.
- Kar N. (2009) Natural disasters in developing countries: Mental health issues. *Indian J Med Sci* Vol.63:327-9
- Lupton D, Donaldson C, Lloyd P. (1991). *Caveat emptor or blissful ignorance? Social Science and Medicine*. Vol. 33: 559-568.

- Marsella AJ, Christopher MA. Ethnocultural consideration in disasters: An overview of research, issues, and directions. *Psychiatr Clin North Am.* 2004;27: 521-39. These factors also affect the prevalence of psychiatric morbidity following disasters.
- Medicus Mundi Switzerland(2006). Quality of health services. Available at http://www.sdchealth.ch/priorities_in_health/pro_poor_health_service/quality_of_health_services Access 30 September 2010.
- Millenium Project (2004). Commissioned by the UN Secretary General and supported by the UN Development Group. Health Systems Needs Assessment User Guide.
- NHS Executive (1995). *Ethnicity and health in England*. London: HMSO, 1995.
- Peabody J.W., Taguiwalo M.M, Robalino D.,and Frenk J. (2006). *Improving the Quality of Care in Developing Countries*. Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition), 1,293-1,308. New York: Oxford University Press.
- Redmond A.D. (2005). Needs assessment of humanitarian crises *BMJ* 2005;330;1320-1322
- Salinsky E. (2002). Public Health Emergency Preparedness: *Fundamentals of the "System"* NHPF Background Paper. The George Washington University, Washington DC. US.
- Shoat K. I. & Rottman S.J. (2000). *Public health impact of disasters*. UCLA Center for Disaster Relief. Australian Journal of Emergency Management, pp. 58 - 63
- Siddiqi M.N. (2006). Department Of Psychiatry, Aga Khan University Hospital, Karachi, Pakistan. *Pakistan Journal of Neurological Sciences*. 102. 1 (2) Jul - Sep 2006
- Smith WA. Consumer demand and satisfaction. The hidden key to successful privatization. Washington, DC, Academy for Educational Development, HealthCom, Communication for Child Survival, 1989.
- TFQCDM/WADEM: *Health Disaster Management: Guidelines for Evaluation and Research in the "Utstein Style"*. Chapter 3: Overview and concepts. *Prehosp Disast Med* 2002;17(Suppl 3):31-55.
- University of Leeds (2002). A Health Needs Assessment of Black and Minority Ethnic Children's Needs Barnardo's, the Centre for Research in Primary Care, and the Centre for Disability Studies.
- Waring S.C., Brown J.B. (2005). The treat of communicable diseases following natural disasters: A public health response; *Disaster Management & Response*. 3:41 - 47

World Health Organisation (2010).Public health risk assessment and interventions. Earthquake: Haiti. WHO Xommunicable Disases Working Group on Emergencies, WHO Regional Office for the Americas. WHO Country Office Haiti.

_____(2007). Natural Disasters: Coping with the Health Impact July 2007

----- (1999). Quality Profiles. In pursuit of excellence in managed care. National Committee for Quality Assurance, 1999.

LAMPIRAN

--	--	--	--

KUESIONER

**KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN DASAR MASYARAKAT
PASCA GAWAT DARURAT DI KOTA PADANG DAN KABUPATEN PADANG PARIAMAN
PROVINSI SUMATERA BARAT**

RAHASIA

I. ORIENTASI			KODE
1.	Provinsi		
2.	Kabupaten/Kota		
3.	Kecamatan		
4.	Desa		
5.	Area	Urban -1 Rural -2	
6.	Urutan Rumah Tangga		

II. RUMAH TANGGA		
1.	Nama Kepala Rumah Tangga	
2.	Nama Responden	
3.	Jumlah Anggota Keluarga	

III. KUNJUNGAN PEWAWANCARA		
1. Selesai	3. Ditunda	
2. Tidak Lengkap	4. Ditolak	5. Lainnya: _____

	PEWAWANCARA	PENGAWAS
Nama		
Tanggal		

Waktu mulai selesai..... Total.....jammenit
--

28.	Dimanakah anak anda mendapatkan pelayanan imunisasi and timbangan berat badan? 1. Pos Kesehatan 2. Puskesmas 3. RS 4. Lainnya	
-----	---	--

BAGIAN 4. MAKANAN		
29.	Berapa kali sehari keluarga anda makan? 1. Sehari sekali 2. Dua kali sehari 3. Tiga kali sehari 4. Lebih dari tiga kali sehari	
30.	Apakah jenis makanan dan makanan tambahan yang keluarga anda makan tiap hari? 1. Beras 2. Jagung 3. Umbi-umbian 4. Sagu Makanan tambahan lainnya (jelaskan)	
31.	Menurut anda, apakah makanan tersebut cukup untuk tiap hari? 1. Ya 2. Tidak	
32.	Dari mana anda mendapatkan bahan makan/makanan tersebut untuk tiap hari? 1. Pemerintah 2. Swasta/LSM 3. Dua-duanya 4. Sendiri 5. Lainnya (jelaskan)	

BAGIAN 5. KESEHATAN LINGKUNGAN DAN SANITASI		
33.	Di rumah, apakah anda memiliki tempat cuci pakaian dan tempat mandi? 1. Ya 2. Tidak	
34.	Jika tidak, dimana biasanya anda mencuci pakaian dan mandi?	

44.	Apakah keluarga anda memiliki kartu sehat atau lainnya untuk biaya pelayanan kesehatan? 1. Ya 2. Tidak	
-----	--	--

45.	Dapatkah anda memberikan nilai pelayanan kesehatan yang diberikan oleh isititusi di wilayah ini dimana 1 adalah yang paling buruk dan 5 adalah yang paling baik?																															
	<table border="0"> <tr> <td>a. Community Health Centre</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>b. Dokter puskesmas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>c. Perawat dan Bidan Desa</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>d. Posyandu</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>e. Lainnya</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table>	a. Community Health Centre	1	2	3	4	5	b. Dokter puskesmas	1	2	3	4	5	c. Perawat dan Bidan Desa	1	2	3	4	5	d. Posyandu	1	2	3	4	5	e. Lainnya	1	2	3	4	5	
a. Community Health Centre	1	2	3	4	5																											
b. Dokter puskesmas	1	2	3	4	5																											
c. Perawat dan Bidan Desa	1	2	3	4	5																											
d. Posyandu	1	2	3	4	5																											
e. Lainnya	1	2	3	4	5																											

BAGIAN 8. KEAMANAN DAN PEMERINTAH SETEMPAT		
46.	Selama anda tinggal di tempat ini, adakah rasa aman? 1. Ya 2. Tidak	
47.	Jika tidak, mengapa? (jelaskan)	
48.	Selama anda tinggal disini, apakah ada keinginan untuk kembali ke tempat asal? 1. Ya 2. Tidak ke P.59	
49.	Jika ya, apa alasannya?	
50.	Jika tidak, apa alasannya?	
51.	Secara umum, bagaimana pemerintah setempat peduli akan keberadaan anda dan keluarga? 1. Sangat peduli 2. Baik 3. Biasa 4. Tidak peduli	

KUESIONER DINAS SOSIAL KOTA/KABUPATEN
KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN DASAR MASYARAKAT
PASCA GAWAT DARURAT DI KOTA PADANG DAN KABUPATEN PADANG PARIAMAN
PROVINSI SUMATERA BARAT

1. Program-program prioritas apa saja yang diberikan kepada masyarakat sehubungan dengan keadaan setelah bencana di wilayah ini?

2. Bagaimana anda melakukan kerjasama/koordinasi dengan Dinas Kesehatan Kota/Kabupaten dalam rangka penanggulangan kesehatan dalam keadaan pasca bencana?

3. Selama ini, program-program apa saja yang dilakukan bersama-sama dengan Dinas Kesehatan/Puskesmas dalam rangka penanggulan dampak dari bencana?

4. Menurut anda, bagaimana sebaiknya berkoordinasi dengan sektor lain dalam rangka pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat setelah bencana?

5. Apakah usul saudara dalam rangka pemenuhan kebutuhan dasar masyarakat dalam pasca bencana di wilayah ini?

Terima kasih atas jawabannya

**KUESIOER WAWANCARA MENDALAM
DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA**

**KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN DASAR MASYARAKAT
PASCA GAWAT DARURAT DI KOTA PADANG DAN KABUPATEN PADANG PARIAMAN
PROVINSI SUMATERA BARAT**

Nama Responden :

Umur :

Posisi :

Pendidikan Tertinggi :

Lama Bertugas :

1. Selama ini bagaimana institusi ini mengakomodasi keluhan dari puskesmas. Contohnya perihal keuangan, peralatan, promosi staf dan formulasi program-program kesehatan dan lain-lain

2. Menurut anda apakah

- Program-program kesehatan yang diformulasi di institusi ini bersifat terbuka dan melibatkan puskesmas?
- Demikian juga apakah alokasi biayanya disiskusikan secara terbuka?

3. Apakah perwakilan masyarakat turut terlibat dalam penyusunan program kesehatan?

4. Siapa yang paling berpengaruh dalam mengambil keputusan untuk program kesehatan?

5. Bagaimana peran anda dalam memutuskan kebijakan kesehatan yang akan di wilayah ini?

6. Bagaimana informasi dimanfaatkan untuk pengembangan program kesehatan?

7. Apakah sering melakukan protes terhadap program-program yang diturunkan?

8. Bagaimana kantor ini menangani permasalahan dari puskesmas?

9. Apakah sering masyarakat melakukan keberatan terhadap program kesehatan yang diberikan dan Apa saja isi keberatan mereka?

10. Bagaimana kantor ini merespons keberatan yang dilakukan oleh masyarakat?

11. Kira-kira berapa besar prosentasi dari alokasi biaya kesehatan di Kabupaten/Kota ini?

12. Apakah ada pengaruh politik, suku atau lain sebagainya berpengaruh terhadap pelayanan kesehatan terhadap masyarakat?

13. Apakah media massa berpengaruh terhadap implementasi kebijakan kantor ini?

14. Untuk pencapaian penyelesaian proyek kesehatan, kalau dinilai dari 0 – 10 ada dimana kira-kira?

15. Apakah kantor ini dapat memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat di wilayah ini?

16. Menurut saudara apakah kantor ini bercukupan dalam hal?

a. Biaya? Mengapa?

b. Petugas kesehatan yang professional? Jenis tenaga kesehatan professional yang seperti apa yang dibutuhkan?

c. Fasilitas? Jenis fasilitas?

d. Informasi dan teknologi? Mengapa?

e. Otoritas? Mengapa?

17. Apakah sering Dinkes memberikan instruksi kepada puskesmas dan perihal apakah saja itu?

18. Menurut saudara hal yang paling penting untuk sektor kesehatan dalam penanganan bencana masyarakat pada keadaan sekarang adalah?

a. Manajemen?

Perencanaan:

Pengorganisasian:

Implementasi:

Kontrol:

Evaluasi:

b. Sumber daya?

c. Keuangan?

d. Struktur organisasi?

e. Pelayanan kesehatan?

19. Program-program apa saja yang dijalankan untuk menanggulangi korban bencana dimulai pada saat bencana waktu itu sampai sekarang?

20. Bagaimana Dinkes bekerja sama dengan lintas sektor, swasta dan LSM dalam hal penanggulangan bencana?

**KUESIONER WAWACARA MENDAIAM PUSKESMAS
KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN DASAR MASYARAKAT
PASCA GAWAT DARURAT KOTA PADANG DAN KABUPATEN PADANG PARIAMAN
PROVISI SUMATERA BARAT**

1. Program-program yang ditawarkan kepada masyarakat, apakah puskesmas ini dapat memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat di wilayah ini?
2. Menurut saudara apakah puskesmas ini bercukupan dalam hal?
 - a. Biaya? Mengapa?
 - b. Petugas kesehatan yang professional? Jenis tenaga kesehatan professional yang seperti apa yang dibutuhkan?
 - c. Fasilitas? Jenis fasilitas?
 - d. Informasi dan teknologi? Mengapa?
 - e. Otoritas? Mengapa?
3. Menurut saudara hal yang paling penting untuk sector kesehatan dalam penanganan bencana masyarakat pada keadaan sekarang adalah?
 - a. Manajemen?
 - b. Sumberdaya?
 - c. Keuangan?
 - d. Struktur organisasi?
 - e. Pelayanan kesehatan?
4. Program-program apa saja yang dilakukan untuk menanggulangi korban bencana dimulai pada saat bencana waktu itu sampai sekarang?
5. Bagaimana puskesmas bekerjasama dengan lintas sektor, swasta dan LSM?