

## BAB III

### HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

#### 3.1. Gambaran Umum Kota Semarang

Kota Semarang merupakan Ibukota Provinsi Jawa Tengah, berada pada pelintasan Jalur Jalan Utara Pulau Jawa yang menghubungkan Kota Surabaya dan Jakarta. Secara geografis, terletak diantara  $109^{\circ} 35' - 110^{\circ} 50'$  Bujur Timur dan  $6^{\circ} 50' - 7^{\circ} 10'$  Lintang Selatan. Dengan luas  $373,70 \text{ KM}^2$ , Kota Semarang memiliki batas-batas wilayah administrasi sebagai berikut :

- a. Sebelah utara : Laut Jawa
- b. Sebelah Selatan : Kabupaten Semarang
- c. Sebelah Timur : Kabupaten Demak dan Kabupaten Grobogan
- d. Sebelah Barat : Kabupaten Kendal

Secara topografi terdiri atas daerah pantai, dataran rendah dan perbukitan. Daerah pantai merupakan kawasan di bagian Utara yang berbatasan langsung dengan Laut Jawa dengan kemiringan antara 0% sampai 2%, daerah dataran rendah merupakan kawasan di bagian Tengah, dengan kemiringan antara 2 – 15 %, daerah perbukitan merupakan kawasan di bagian Selatan dengan kemiringan antara 15 – 40% dan beberapa kawasan dengan kemiringan diatas 40% (>40%).

Pertumbuhan ekonomi di samping dapat berdampak pada peningkatan pendapatan, pada akhirnya juga akan berpengaruh pada pendapatan daerah. Semakin mampu menggali potensi perekonomian daerah

yang dimiliki akan semakin besar Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) dan Pendapatan Asli Daerah (PAD), sehingga mampu meningkatkan keuangan daerah dalam menunjang pelaksanaan otonomi daerah. Perkembangan pertumbuhan ekonomi kota Semarang per tahun dapat dilihat dalam tabel di bawah ini.

**Tabel 3.1**  
**Rata-rata pertumbuhan Ekonomi per tahun 2005 – 2009**

No	Tahun	Rata-rata Pertumbuhan ekonomi Pertahun (%)
1	2005	3,40
2	2006	4,97
3	2007	5,11
4	2008	4,10
5	2009	4,02

Sumber : Semarang dalam angka 2010

Dari tabel di atas menunjukkan bahwa Sejak tahun 2005 pertumbuhan ekonomi merangkak naik ke angka pertumbuhan yang positif hingga mencapai angka pertumbuhan 4,02 % pada tahun 2009. Selama kurun waktu lima tahun terakhir pertumbuhan ekonomi mengalami peningkatan rata-rata sebesar 0,19 % pertahun. Dengan demikian pada akhir tahun 2010 pertumbuhan ekonomi Kota Semarang diprediksikan mencapai angka kurang lebih 5,5 %. Pertumbuhan ekonomi ini dapat tercapai jika asumsi kondisi keamanan dan ketertiban dapat terjaga secara kondusif, terjadinya peningkatan jumlah investasi, terkendalinya jumlah inflasi dan peningkatan jumlah ekspor non migas.

### 3.2. Tugas dan Wewenang Dinas Kesehatan Kota Semarang

VISI Kota Semarang

*"SEMARANG KOTA METROPOLITAN YANG RELIGIUS BERBASIS PERDAGANGAN DAN JASA"*.

MISI

Untuk mewujudkan visi Kota Semarang 2005-2010 tersebut, maka dijabarkan dalam 6 misi yang menjadi pedoman bagi pembangunan Kota Semarang :

1. Mewujudkan kualitas sumber daya manusia yang religius melalui peningkatan kualitas keimanan dan ketaqwaan, pendidikan dan derajat kesehatan masyarakat dengan memperbesar akses bagi masyarakat miskin. Serta penguasa ilmu pengetahuan dan teknologi.
2. Memantapkan pelaksanaan otonomi daerah menuju tata kelola pemerintahan yang baik melalui peningkatan kualitas pelayanan publik, kemandirian keuangan daerah, pengembangan profesionalisme aparatur serta didukung oleh infrastruktur pemerintahan yang berbasis teknologi.
3. Memantapkan perwujudan tatanan kehidupan politik, sosial dan budaya yang demokratis serta memperkokoh ketertiban dan keamanan yang kondusif melalui upaya penegakan hukum dan peraturan, pengembangan budaya tertip dan disiplin serta menjunjung tinggi hukum dan Hak Asasi Manusia ( HAM ).
4. Meningkatkan kinerja pertumbuhan ekonomi kota secara terpadu dan sinergis diantara para pelaku ekonomi yang berbasis pada perdagangan

dan jasa, mendorong kemudahan ber-investasi, penguatan dan perluasan jaringan kerjasama ekonomi lokal, regional dan internasional.

5. Mewujudkan perlindungan sosial melalui penanganan penyandang masalah kesejahteraan sosial, anak jalanan, gelandangan dan pengemis, yatim piatu, korban bencana, perlindungan anak dan keluarga, pemberdayaan perempuan, dan peningkatan peran pemuda.
6. Mewujudkan terselenggaranya kegiatan penataan ruang yang konsisten bagi terwujudnya struktur dan pola tata ruang yang serasi, lestari dan optimal didukung pengembangan infrastruktur yang efektif dan efisien serta pengelolaan sumberdaya alam dan lingkungan hidup yang berkelanjutan.

Visi Dinas Kesehatan Kota Semarang :

“Terwujudnya kota metropolitan yang sehat didukung dengan profesionalisme dan kinerja yang tinggi”

Misi Dinas Kesehatan Kota Semarang :

1. Memberi perlindungan kesehatan dan memberi pelayanan kesehatan paripurna yang terbaik kepada seluruh lapisan masyarakat, agar tercapai derajat kesehatan yang optimal.
2. Melibatkan peran serta masyarakat melalui upaya di bidang kesehatan dengan cara efektif dan efisien.

Dasar hukum dan Kedudukan Organisasi :

1. Berdasarkan Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor II Tahun 2001 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Dinas Daerah Kota Semarang dimana kedudukan Dinas Kesehatan adalah sebagai unsur Pelaksana Pemerintah Daerah.

2. Dinas Kesehatan dipimpin oleh seorang Kepala Dinas yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah.

**Tugas Pokok dan Fungsi :**

Berdasarkan Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 2 Tahun 2001 c.q Surat Keputusan Walikota Nomor 061.1/172 tahun 2001 tentang Penjabaran Tugas dan Fungsi Dinas Kesehatan Kota Semarang, dimana Dinas Kesehatan mempunyai tugas membantu Walikota dalam melaksanakan otonomi daerah di bidang kesehatan. Untuk melaksanakan tugas tersebut, Dinas Kesehatan mempunyai fungsi, sebagai berikut :

1. Perumusan kebijakan teknis pelaksanaan dan pengendalian di bidang kesehatan.
2. Pembinaan umum di bidang kesehatan meliputi : pendekatan peningkatan (promotif), pencegahan (Preventif), pengobatan (Kuratif), pemulihan (Rehabilitatif) dan berdasarkan kebijaksanaan yang ditetapkan oleh Gubernur Jawa Tengah.
3. Pembinaan, pengendalian teknis di bidang upaya pelayanan kesehatan dasar dan upaya kesehatan rujukan, berdasarkan kebijaksanaan teknis yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.
4. Pembinaan operasional, pengurusan Tata Usaha termasuk pemberian rekomendasi dan perizinan sesuai dengan kebijaksanaan yang ditetapkan oleh Walikota.
5. Penetapan Angka Kredit Petugas Kesehatan.

6. Pembinaan terhadap unit pelaksanaan teknis dinas.
7. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Walikota sesuai dengan bidang tugasnya.

Untuk mendukung kebijakan dan strategi di bidang kesehatan, tenaga kesehatan yang dimiliki Dinas Kesehatan Kota Semarang tersebar dalam 16 Kecamatan yang di dalamnya terdapat 37 Puskesmas. Adapun jumlah tenaga kesehatan yang dimiliki oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang dapat dilihat pada table berikut ini :

**Tabel 3.2**  
**Jumlah Tenaga Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Semarang**

Tenaga Kesehatan	Jumlah
Dokter Umum	101
Dokter Gigi	48
Bidan	162
Perawat	173
Perawat gigi	40
Gizi	48
Analisa	58
Apoteker	54
Sinitarian	44

Sumber : Dinas Kesehatan Kota Semarang

### **3.3. Pelaksanaan Undang-Undang Kesehatan Tahun 2009 dalam penanganan dan pencegahan Penyakit Tidak Menular (PTM) di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Semarang**

Sehat adalah suatu keadaan yang optimal, baik fisik, mental maupun sosial, dan tidak hanya terbatas pada keadaan bebas dari penyakit atau kelemahan. Kesehatan adalah hak dan investasi, dan semua warga negara berhak atas kesehatannya termasuk masyarakat miskin.<sup>2</sup> Tujuan

sehat yang ingin dicapai oleh sistem kesehatan adalah peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Diperlukan suatu sistem yang mengatur pelaksanaan bagi upaya pemenuhan hak warga negara untuk tetap hidup sehat, dengan mengutamakan pada pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Dalam rangka memenuhi hak masyarakat miskin sebagaimana diamanatkan konstitusi dan undang-undang, Departemen Kesehatan menetapkan kebijakan untuk lebih memfokuskan pada pelayanan kesehatan masyarakat miskin. Dasar pemikirannya adalah selain memenuhi kewajiban pemerintah juga berdasarkan kajian bahwa indikator-indikator kesehatan akan lebih baik apabila lebih memperhatikan pelayanan kesehatan yang terkait dengan kemiskinan.

Masalah kesehatan adalah masalah bangsa yang perlu mendapat perhatian dari semua pihak sehingga diperlukan implementasi yang tentang mekanisme pelayanan kesehatan yang baik dan benar. Dengan adanya UU SJSN, berarti ada payung hukum dalam menjalankan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang di dalamnya juga terdapat mengenai sistem pelayanan kesehatan. Jika pelayanan kesehatan dapat dilaksanakan secara baik dan benar maka akan memberikan multiplier effect di segala bidang. Terutama dapat meningkatkan kemampuan perekonomian bangsa karena telah terjadi peningkatan produktivitas setiap penduduk yang sehat dalam bekerja.

Dalam Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 23/1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Karena itu setiap individu, keluarga dan

masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. 2

Kenyataan yang terjadi, derajat kesehatan masyarakat miskin masih rendah, hal ini tergambarkan dari angka kematian bayi kelompok masyarakat miskin tiga setengah sampai dengan empat kali lebih tinggi dari kelompok masyarakat tidak miskin. Masyarakat miskin biasanya rentan terhadap penyakit dan mudah terjadi penularan penyakit karena berbagai kondisi seperti kurangnya kebersihan lingkungan dan perumahan yang saling berhimpitan, perilaku hidup bersih masyarakat yang belum membudaya, pengetahuan terhadap kesehatan dan pendidikan yang umumnya masih rendah.

Derajat kesehatan masyarakat miskin berdasarkan indikator Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, masih cukup tinggi, yaitu AKB sebesar 26,9 per 1000 kelahiran hidup dan AKI sebesar 248 per 100.000 kelahiran hidup serta Umur Harapan Hidup 70,5 Tahun (BPS 2007).

Derajat kesehatan masyarakat miskin yang masih rendah tersebut diakibatkan karena sulitnya akses terhadap pelayanan kesehatan. Kesulitan akses pelayanan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti tidak adanya kemampuan secara ekonomi dikarenakan biaya kesehatan memang mahal. Peningkatan biaya kesehatan yang diakibatkan oleh berbagai faktor seperti perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran out of pocket,

kondisi geografis yang sulit untuk menjangkau sarana kesehatan. Derajat kesehatan yang rendah berpengaruh terhadap rendahnya produktifitas kerja yang pada akhirnya menjadi beban masyarakat dan pemerintah.

Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945, sejak awal Agenda 100 hari Pemerintahan Kabinet Indonesia Bersatu telah berupaya untuk mengatasi hambatan dan kendala tersebut melalui pelaksanaan kebijakan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin. Program ini diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan melalui penugasan kepada PT Askes (Persero) berdasarkan SK Nomor 1241/Menkes /SK/XI/2004, tentang penugasan PT Askes (Persero) dalam pengelolaan program pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin.

Program ini telah berjalan memasuki tahun ke empat dan telah banyak hasil yang dicapai terbukti dengan terjadinya kenaikan yang luar biasa dari pemanfaatan program ini dari tahun ke tahun oleh masyarakat miskin dan pemerintah telah meningkatkan jumlah masyarakat yang dijamin maupun pendanaannya. Namun di samping keberhasilan yang telah dicapai, masih terdapat beberapa permasalahan yang perlu dibenahi antara lain: kepesertaan yang belum tuntas, peran fungsi ganda sebagai pengelola, verifikator dan sekaligus sebagai pembayar atas pelayanan kesehatan, verifikasi belum berjalan dengan optimal, kendala dalam kecepatan

pembayaran, kurangnya pengendalian biaya, penyelenggara tidak menanggung resiko.

Pemerintah mengubah program jaminan kesehatan dari Asuransi Kesehatan untuk Warga Miskin (Askeskin) menjadi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Pemerintah mengklaim perubahan program ini bakal lebih mempermudah pelayanan, khususnya soal klaim pembayaran. Untuk mengoptimalkan program tersebut, pemerintah menyiapkan dana Rp 4,6 triliun. Anggaran sebesar itu diperuntukkan bagi 76,4 juta warga miskin di seluruh Indonesia. Khusus di Jawa Tengah, berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, jumlah penduduk miskin saat ini mencapai 2.523.277 jiwa. Mereka tersebar pada 23 kabupaten/kota di Jawa Tengah.

Dinas Kesehatan Jawa Tengah menargetkan sebanyak 4.298.100 masyarakat di Jawa Tengah masuk dalam daftar kesehatan gratis. Berdasarkan pengalaman penanganan kesehatan di Jawa Tengah menyebutkan, dari data 4,2 juta lebih penduduk yang tidak masuk dalam klien asuransi kesehatan ini, setiap tahunnya sekira 25-30 persen di antara mereka sakit. Dinas Kesehatan mengasumsikan bahwa setiap tahun jumlah masyarakat yang dibiayai dalam program kesehatan gratis setiap tahun sebanyak 1,5 juta hingga 2 juta orang. Anggaran yang dibutuhkan untuk setengah tahun terakhir ini sekira Rp 40 miliar hingga Rp 50 miliar. Dananya ditanggung oleh Pemprov Jawa Tengah dan masing-masing pemkab/pemkot se-Jawa Tengah.

Pada tahun 2008 ini terjadi perubahan pada penyaluran dana dan pengelolaannya. Untuk dana pelayanan kesehatan masyarakat miskin di Puskesmas dan jaringannya disalurkan langsung ke Puskesmas, sedangkan pelayanan kesehatan di Puskesmas dikelola Departemen Kesehatan dan pembayaran ke PPK langsung melalui kas negara. Penyaluran dana ini tetap dalam kerangka penjaminan kesehatan bagi penduduk miskin yang tidak terpisahkan sebagai kerangka jaringan dalam subsistem pelayanan yang seiring dengan subsistem pembiayaannya.

Atas dasar pertimbangan untuk pengendalian biaya pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas dilakukan perubahan pengelolaan program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin pada tahun 2008. Perubahan mekanisme yang mendasar adalah adanya pemisahan peran pembayar dengan verifikator melalui penyaluran dana langsung ke Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dari Kas Negara, penggunaan tarif paket Jaminan Kesehatan Masyarakat di RS, penempatan pelaksana verifikasi di setiap Rumah Sakit, pembentukan Tim Pengelola dan Tim Koordinasi di tingkat Pusat, Propinsi, dan Kabupaten/Kota serta penugasan PT Askes (Persero) dalam manajemen kepesertaan. Untuk menghindari kesalahpahaman dalam penjaminan terhadap masyarakat miskin yang meliputi sangat miskin, miskin dan mendekati miskin, program ini berganti nama menjadi JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT yang selanjutnya disebut JAMKESMAS dengan tidak ada perubahan jumlah sasaran. Pelayanan kesehatan dibedakan dalam dua golongan, yakni :

- a. Pelayanan kesehatan primer (primary health care), atau pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan kesehatan yang paling depan, yang pertama kali diperlukan masyarakat pada saat mereka mengalami gangguan kesehatan atau kecelakaan.
- b. Pelayanan kesehatan sekunder dan tersier (secondary and tertiary health care), adalah rumah sakit, tempat masyarakat memerlukan perawatan lebih lanjut (rujukan. Di Indonesia terdapat berbagai tingkat rumah sakit, mulai dari rumah sakit tipe D sampai dengan rumah sakit kelas A.

Dr. J. Leimena mencetuskan gagasan sistem pelayanan kesehatan dasar di tingkat primer yang dikenal dengan Bandung Plann (1951), konsep ini kemudian diadopsi oleh WHO. Diyakini bahwa gagasan inilah yang kemudian dirumuskan sebagai konsep pengembangan sistem pelayanan kesehatan tingkat primer dengan membentuk unit-unit organisasi fungsional dari Dinas Kesehatan Kabupaten di tiap kecamatan yang mulai dikembangkan sejak tahun 1969/1970 dan kemudian disebut Puskesmas.<sup>9</sup> Pada era pemerintahan Soeharto, Dr. J. Leimena berperan dalam dimulainya prinsip pendekatan pelayanan kesehatan masyarakat primer berbasis masyarakat yang terintegrasi secara horizontal (antar program-program kesehatan di tingkat primer) dan vertikal (antara Dinas Kesehatan Kabupaten dan Puskesmas Kecamatan). Pada tahun 1969-1974 yang dikenal dengan masa Pelita 1, dimulai program kesehatan Puskesmas di sejumlah kecamatan dari sejumlah Kabupaten di tiap Propinsi. Hingga awal tahun 1990-an Puskesmas menjelma menjadi kesatuan organisasi kesehatan

fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga memberdayakan peran serta masyarakat, selain memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.

Puskesmas, yang merupakan unit organisasi fungsional dari Dinas Kesehatan kabupaten mempunyai 3 fungsi utama yaitu:

- a. Sebagai pusat pengembangan kesehatan wilayah, artinya berfungsi membina dan mengontrol kesehatan wilayah dan rakyatnya, seperti mengawasi (melalui surveillans) dan mencegah penyakit menular serta penyakit lain dalam masyarakat, memperbaiki kesehatan lingkungan seperti pengawasan tempat-tempat umum
- b. Pemberi pelayanan kesehatan dan kedokteran secara menyeluruh (holistic), paripurna, terpadu dan berkesinambungan kepada rakyat di wilayah kerja, seperti pengobatan umum, kesehatan gigi, kesehatan ibu dan anak, KB, perbaikan gizi, penyuluhan kesehatan
- c. Pembinaan peran serta masyarakat di bidang kesehatan dengan pendekatan PKMD, Posyandu yang terdiri dari : penimbangan balita secara berkala, penyuluhan dan perbaikan gizi, penyediaan oralit mencegah kematian akibat diare, imunisasi, keluarga berencana untuk tujuan pencegahan kesakitan dan kematian balita dengan pemantauan yang baik menggunakan KMS, Balok SKDN dan sistem 5 meja agar benar-benar dapat mewujudkan peran serta masyarakat.

Ketiga fungsi utama ini harus terlaksana dengan baik, dengan manajemen yang baik serta pembinaan dan pengawasan dari Dinkes Kabupaten. Pembangunan puskesmas sudah dirintis dalam bentuk proyek rintisan di beberapa wilayah Indonesia. Pemerintah membangun puskesmas dengan berbagai pertimbangan strategis antara lain :

- a. untuk mencegah kecenderungan dokter-dokter bekerja di daerah perkotaan, sedangkan masyarakat Indonesia sebagian besar tinggal di daerah pedesaan.
- b. untuk pemeratakan pelayanan kesehatan dengan mendekati sarana pelayanan kesehatan kepada kelompok-kelompok penduduk yang membutuhkan di pedesaan.
- c. untuk lebih menekan biaya pelayanan kesehatan. Biaya pelayanan di RS dan dokter praktik swasta yang lebih banyak bersifat kuratif jauh lebih mahal dibandingkan dengan program pencegahan.

Sesuai dengan peraturan Mendagri No. 5/74, Puskesmas secara administrative berada dibawah administrasi Pemerintah Daerah Kabupaten (bupati selaku kepala daerah), tetapi secara medis teknis mendapat pembinaan dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Provinsi. Wewenang untuk menetapkan luas wilayah kerja puskesmas dilakukan oleh bupati/walikota berdasarkan saran Kepala Dinas kesehatan/Kota.

Setelah 32 tahun puskesmas dikembangkan sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan di Indonesia, reformasi dan sistem desentralisasi yang mulai dikembangkan tahun 2001 menghendaki adanya perubahan visi, misi,

dan strategi Puskesmas. Kebutuhan untuk mengkaji kembali peran dan manajemen puskesmas tertuang di dalam UU No. 22 dan 25 tahun 1999 tentang desentralisasi dan otonomi daerah. Reformasi kebijakan kesehatan merupakan strategi jangka panjang pembangunan berwawasan kesehatan untuk mewujudkan Indonesia sehat pada tahun 2010 (IS'10). Untuk itu, pengembangan dan manajemen Puskesmas harus disesuaikan dengan semangat reformasi.

Untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh (comprehensive health care services) kepada seluruh masyarakat di wilayah kerjanya, puskesmas menjalankan beberapa usaha pokok (basic health care services, atau public health essential) yang meliputi program :

- a. Kesehatan ibu dan anak
- b. Keluarga berencana
- c. Pemberantasan Penyakit Menular
- d. Peningkatan gizi
- e. Kesehatan lingkungan
- f. Pengobatan
- g. Penyuluhan kesehatan masyarakat
- h. Laboratorium
- i. Kesehatan sekolah
- j. Perawatan Kesehatan Masyarakat
- k. Kesehatan jiwa
- l. Kesehatan gigi

Semua kegiatan program pokok yang dilaksanakan di puskesmas dikembangkan berdasarkan program pokok pelayanan kesehatan dasar (basic health care services) seperti yang dianjurkan oleh badan kesehatan dunia (WHO) yang dikenal dengan "Basic Seven" WHO. Basic seven tersebut terdiri dari MCHC (Maternal and Child Health Care ), MC (Medical Care), ES (Environmental sanitation), IIE (Health Education) untuk kelompok-kelompok masyarakat, Simple Laboratory (Lab sederhana), CDC (communicable disease control), dan simple statistic (recording/reporting atau pencatatan dan pelaporan)

Dari ke-12 program pokok Puskesmas, basic seven WHO harus lebih diprioritaskan untuk dikembangkan sesuai dengan masalah kesehatan masyarakat yang potensial berkembang di wilayah kerjanya, kemampuan sumber daya manusia (staf) yang dimiliki oleh puskesmas, dukungan sarana/prasarana yang tersedia di puskesmas, dan peran serta masyarakat.

Kenyataannya, staf puskesmas masih merasa wajib menjalankan semua program pokok puskesmas tersebut ditambah lagi dengan beberapa program baru yang ditawarkan oleh Dirjen Binkesmas Depkes RI. Puskesmas sebenarnya tidak wajib melaksanakan ke-16-18 program pokok tersebut jika kemampuan staf untuk melakukannya tidak memadai. Tidak semua program tersebut mampu dilaksanakan oleh staf Puskesmas secara efektif dan berkualitas.

Jika mengacu kepada definisi Public Health menurut Winslow, pengembangan program kesehatan masyarakat di suatu wilayah terdiri dari tiga komponen pokok yaitu kegiatan yang berhubungan dengan upaya

pencegahan penyakit (preventing disease) dan memperpanjang hidup (prolonging life) melalui usaha-usaha kesehatan lingkungan, imunisasi, pendidikan kesehatan, dan pengenalan penyakit secara dini (surveilans, penimbangan balita, ANC, dan sebagainya). Kedua upaya tersebut harus dilakukan dengan meningkatkan peran serta masyarakat (community participation) melalui kelompok-kelompok masyarakat yang terorganisir.

Pada Puskesmas terdapat bagian yang memiliki fungsi dalam pelayanan kesehatan. Bidang Pelayanan Kesehatan mempunyai tugas merencanakan, melaksanakan pembinaan dan koordinasi serta pengawasan dan pengendalian program pelayanan kesehatan. Bidang Pelayanan Kesehatan terdiri dari :

a. **Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan**

Seksi Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan mempunyai tugas merencanakan, melaksanakan pembinaan dan koordinasi serta pengawasan dan pengendalian kegiatan Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan. Seksi ini mempunyai fungsi antara lain :

- 1) Perencanaan program pengobatan, pencegahan dan penanggulangan Penyakit gigi dan mulut,
- 2) Peningkatan mutu pelayanan, program kesehatan jiwa, program kesehatan kerja, program kesehatan indera dan laboratorium di puskesmas dan jaringannya,
- 3) Pengadaan alat kesehatan,
- 4) Pelayanan kesehatan masyarakat miskin,

- 5) Pengawasan mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit milik Pemerintah maupun swasta,
- 6) Penanggulangan masalah kesehatan kedaruratan dan bencana;
- 7) Pelaksanaan koordinasi dengan instansi / lembaga terkait
- 8) Penilaian kinerja puskesmas dan pemilihan tenaga medis, paramedis dan tenaga kesehatan lain yang berprestasi;
- 9) Pelaksanaan monitoring dan evaluasi serta pelaporan kegiatan,

**b. Seksi Farmasi dan Pengawasan Makanan.**

Seksi Farmasi dan Pengawasan Makanan mempunyai tugas merencanakan, melaksanakan pembinaan dan koordinasi serta pengawasan dan pengendalian kegiatan Farmasi dan Pengawasan pangan. Seksi Farmasi dan Pengawasan Makanan mempunyai fungsi antara lain

- 1) Perencanaan, pelaksanaan, pengolahan dan analisa data kegiatan pengumpulan data bahan perumusan kebutuhan obat untuk puskesmas dan jaringannya
- 2) Pengadaan obat untuk Puskesmas dan jaringannya ,
- 3) Pembinaan dan pengawasan penggunaan obat pada puskesmas dan jaringannya,
- 4) Pembinaan dan pengawasan sediaan farmasi pada puskesmas, sarana pelayanan kesehatan pemerintah dan swasta, apotek, toko obat, salon kecantikan dan klinik kecantikan,
- 5) Monitoring pelaksanaan standar pelayanan kefarmasian pada apotik, instalasi farmasi rumah sakit pemerintah dan swasta,

- 6) Pelaksanaan kursus kepada pengelola makanan (jasa boga, restoran, rumah makan, pedagang makanan jajanan, industri rumah tangga), depot air minum, pembinaan dan pengawasan kepada pengelola makanan (produk industri rumah tangga, jasa boga, restoran, rumah makan, pedagang makanan jajanan) dan depot air minum ;
- 7) Pelaksanaan koordinasi dengan instansi /lembaga terkait
- 8) Pelaksanaan kursus kepada pengelola makanan (jasa boga, restoran, rumah makan, pedagang makanan jajanan, industri rumah tangga), depot air minum,
- 9) Pembinaan dan pengawasan kepada pengelola makanan (produk industri rumah tangga, jasa boga, restoran, rumah makan, pedagang makanan jajanan) dan depot air minum,
- 10) Investigasi pada kejadian luar biasa keracunan makanan;
- 11) Penginventarisasian tempat pengelolaan makanan dan minuman (TPM),
- 12) Pemberian Sertifikat Penyuluhan Keamanan Pangan untuk pengelola Industri Rumah Tangga Pangan, Jasa Boga, Restoran, Rumah makan dan Depot air Minum,
- 13) Pemberian Tanda Terdaftar / Sertifikat Laik higiene sanitasi untuk Jasa Boga, Restoran , Rumah makan dan Depot Air Minum;
- 14) Melakukan pemeriksaan setempat terhadap calon apotek , Toko obat, industri kecil, obat tradisional, perbekalan kesihatan rumah Tangga dan Penyalur alat Kesehatan;
- 15) Pelaksanaan monitoring dan evaluasi serta pelaporan kegiatan

**c. Seksi Pengawasan dan Pengendalian Pelayanan Kesehatan**

Mempunyai tugas merencanakan, melaksanakan pembinaan dan koordinasi kegiatan pengawasan dan pengendalian pelayanan Kesehatan. Seksi Pengawasan dan Pengendalian Pelayanan Kesehatan mempunyai fungsi :

- 1) Perencanaan dan pelaksanaan kegiatan pembinaan dan pengawasan praktek dokter, dokter gigi, bidan, perawat, balai pengobatan, rumah bersalin, optik, apotek, toko obat, laboratorium, klinik rontgen, rumah sakit dan pengobatan tradisional;
- 2) Pelaksanaan pengumpulan, pengolahan, penganalisisan data pembinaan dan pengawasan praktek dokter, dokter gigi, bidan, perawat, balai pengobatan, rumah bersalin, optik, apotek, toko obat, laboratorium, klinik rontgen, rumah sakit dan pengobatan tradisional;
- 3) Pelaksanaan koordinasi dengan instansi / lembaga terkait
- 4) Pemberian perijinan bagi dokter, dokter gigi, bidan, perawat, balai pengobatan, rumah bersalin, optik, apotek, toko obat, laboratorium, klinik rontgen, rumah sakit umum milik pemerintah maupun swasta;
- 5) Pemberian tanda terdaftar untuk pengobat tradisional ;
- 6) Pemberian rekomendasi industri kecil obat tradisional dan penyalur alat Kesehatan;
- 7) Pemberian surat ijin kerja asisten apoteker ;

8) Pelaksanaan monitoring dan evaluasi serta pelaporan kegiatan

Keberhasilan upaya pembangunan kesehatan dapat diukur dengan menurunnya angka kesakitan, angka kematian umum dan bayi, serta meningkatnya Umur Harapan Hidup (UHH). Pada tahun 1983 UHH sebesar 58 tahun dan tahun 1988 meningkat menjadi 63 tahun. Proporsi penduduk Indonesia umur 55 tahun ke atas pada tahun 1980 sebesar 7,7% dari seluruh populasi, pada tahun 2000 meningkat menjadi 9,37% dan diperkirakan tahun 2010 proporsi tersebut akan meningkat menjadi 12%, serta UHH meningkat menjadi 65-70 tahun. Dalam hal ini secara demografi struktur umur penduduk Indonesia bergerak ke arah struktur penduduk yang semakin menua (*ageing population*). Kondisi ini sebagai indikator bahwa kesejahteraan masyarakat dan derajat kesehatan mengalami peningkatan.

Peningkatan UHH akan menambah jumlah lanjut usia (*lansia*) yang akan berdampak pada pergeseran pola penyakit di masyarakat dari penyakit infeksi ke penyakit degenerasi. Prevalensi penyakit menular mengalami penurunan, sedangkan penyakit tidak menular (PTM) cenderung mengalami peningkatan.

PTM seperti penyakit kardiovaskuler, stroke, diabetes mellitus, penyakit paru obstruktif menahun dan kanker tertentu, dalam kesehatan masyarakat sebenarnya dapat digolongkan sebagai satu kelompok PTM utama yang mempunyai faktor risiko sama (*common underlying risk factor*). Faktor risiko tersebut antara lain konsumsi rokok, pola makan yang tidak seimbang, makanan yang mengandung zat aditif, kurang berolah raga dan adanya kondisi lingkungan yang tidak kondusif terhadap kesehatan.

PTM beserta faktor risikonya, sangat berhubungan erat dengan determinasi sosial ekonomi dan kualitas hidup, yaitu tingkat pendidikan dan pengangguran. Pilihan gaya hidup terkadang lebih mencerminkan kemampuan sosial ekonomi dibanding karena keinginan individu tersebut. Oleh karena itu suatu pendekatan yang terpadu dan multi sektoral yang sesuai siklus kehidupan (whole life approach) sangat diperlukan.

Berdasarkan hasil survei kesehatan rumah tangga (SKRT) tahun 2001, dikalangan penduduk umur 25 tahun ke atas menunjukkan bahwa 27% laki-laki dan 29% wanita menderita hipertensi, 0,3% mengalami penyakit jantung iskemik dan stroke, 1,2% diabetes, 1,3% laki-laki dan 4,6% wanita mengalami kelebihan berat badan (obesitas), dan yang melakukan olah raga 3 kali atau lebih per minggu hanya 14,3%. Laki-laki umur 25-65 tahun yang mengkonsumsi rokok sangat tinggi yaitu sebesar 54,5%, dan wanita sebesar 1,2%.

Proporsi kematian akibat penyakit tidak menular meningkat dari 25,41% (tahun 1980) menjadi 48,53% (tahun 2001). Proporsi kematian karena penyakit kardiovaskuler meningkat dari 9,1% (tahun 1986) menjadi 26,3% (tahun 2001), jantung iskemik dari 2,5% (tahun 1980) menjadi 14,9% (tahun 2001), dan stroke dari 5,5% (tahun 1986) menjadi 11,5% (tahun 2001). Sedangkan kematian akibat penyakit kanker meningkat dari 3,4% (tahun 1980) menjadi 6% (tahun 2001). Penyakit kardiovaskuler sebagai penyebab kematian telah meningkat dari urutan ke 11 (SKRT, 1972) menjadi urutan ke 3. (SKRT, 1986) dan menjadi penyebab kematian pertama (SKRT, 1992, 1995, 2001). Selain itu secara global, Organisasi

Kesehatan Sedunia (WHO) memperkirakan PTM telah menyebabkan 60% kematian dan 43% kesakitan. Di Jawa Tengah jumlah kasus penyakit tidak menular berdasarkan informasi dari puskesmas dan rumah sakit menunjukkan angka yang cukup fantastis dan meningkat dari tahun ke tahun. Penyakit jantung koroner meningkat dari tahun 2001, 2002 dan 2003 masing-masing sebanyak 2.927 menjadi 10.927 dan 12.495 kasus, hipertensi sebanyak 17.638 kasus menjadi 52.658 dan 135.282, kasus stroke 5.554 menjadi 17.189 dan 15.194 kasus.

Sedangkan kasus diabetes mellitus sebanyak 18.746 pada tahun 2001, meningkat menjadi 51.354 pada tahun 2002 dan 54.560 pada tahun 2003, Ca Serviks 543 menjadi 2.093 dan 2.365, Ca Mammae sebanyak 940 meningkat 3.460 kasus dan menjadi 3.159. Untuk kasus Ca Hepar 416 kasus menjadi 1.157 dan 703 kasus tahun 2003. Ca Paru sebanyak 153 menjadi 539 dan 553 kasus pada tahun 2003.

Sedangkan di Kota Semarang sendiri, jumlah pelayanan penderita penyakit tidak menular (PTM) di Kota Semarang berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Semarang adalah sebagai berikut :

**Tabel 3.3**  
**Jumah Penderita PTM di Kota Semarang Tahun 2008 – 2009**

Penyakit	Tahun		Pertumbuhan (%)
	2008	2009	
Angia Pektoris	4.455	4.878	9,49
IMA	1.768	1.793	1,41
Dekomp. Kordis	7.045	5.398	-23,38
Hipertensi Essensial	76.593	92.182	20,35
Hipertensi lain	34.456	12.559	-63,55
Stroke Hemoragi	2.133	2.277	6,75
Stroke Non Hemo	7.867	6.550	-16,74
DM Tergantung insulin	17.198	11.135	-35,25
DM tidak tergantung ins	32.991	36.353	10,19
Ca Hati & Sal Empedu	315	253	-19,68
Ca Bronkus & Paru	200	209	4,50
Ca Payudara	4.215	2.702	-35,90
Ca Servik Uteri	4.591	2.912	-36,57
PPOM	3.782	4.259	12,61
Asma Bronkiale	16.851	15.733	-6,63
KKE	6.519	8.172	25,36
Psokosis	20.287	14.459	-28,73
<b>Jumlah</b>	<b>241.266</b>	<b>221.824</b>	<b>-8,06</b>

Sumber : Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2010

Pada tabel di atas terlihat bahwa pada tahun 2009 jumlah pelayanan Dinas Kesehatan Kota Semarang pada penderita penyakit tidak menular (PTM) mengalami penurunan dari tahun 2008 sebesar 8,06%. Pelayanan pelayanan penyakit tidak menular (PTM) yang mengalami peningkatan tertinggi terdapat pada pelayanan penyakit Hipertensi Essensial yang mengalami peningkatan sebesar 20,35% dari tahun 2008. Sedangkan pelayanan penyakit tidak menular (PTM) yang mengalami penurunan tertinggi terdapat pada pelayanan pada penderita Hipertensi lain yang mengalami penurunan sebesar 63,55% dari tahun 2008. Untuk memberikan pelayanan terhadap pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular (PTM), Dinas Kesehatan Kota Semarang memiliki kerangka kerja yang

dilaksanakan oleh unit-unit kerjanya termasuk juga Puskesmas di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kota Semarang.

PTM merupakan penyakit yang dapat dicegah bila faktor risiko dikendalikan, sehingga perawatan pasien PTM mencerminkan kegagalan dari pengelolaan program pencegahan dan penanggulangan. Pencegahan dan penanggulangan PTM merupakan kombinasi upaya inisiatif pemeliharaan kesehatan mandiri oleh petugas dan individu yang bersangkutan. Tantangan yang kita hadapi adalah bagaimana mengembangkan suatu sistem pelayanan yang dapat mendukung upaya pemeliharaan kesehatan mandiri, dengan melakukan redefinisi peran dan fungsi seluruh sarana pelayanan kesehatan, untuk menghubungkan pelayanan medis dengan pendekatan promosi dan pencegahan.

Kerangka kerja pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular (PTM) didasarkan pada konsep bahwa PTM adalah kelompok penyakit yang disebabkan oleh banyak faktor risiko. Di antara faktor risiko tersebut terdapat faktor yang sama untuk penyakit tidak menular utama yaitu jantung iskemia, stroke, hipertensi, diabetes mellitus dan penyakit paru obstruktif menahun. Oleh karena itu pencegahan dan penanggulangan PTM diprioritaskan pada prevensi primer faktor risiko bersama dan prevensi sekunder PTM utama.

PTM di puskesmas, maka perlunya petugas yang terkait untuk memberikan pelayanan prima kepada masyarakat. Hakekat pelayanan kesehatan adalah pemberian pelayanan prima kepada masyarakat yang merupakan perwujudan kewajiban aparatur negara sebagai abdi masyarakat.

Disadari bersama bahwa tugas pemerintah adalah memberikan pelayanan kepada masyarakat, karena negara sudah menyerahkan seluruh pelayanan administrasi dan pelayanan kesehatan kepada pemerintah, sehingga pemerintah wajib melaksanakan fungsi pelayanan dengan sebaik-baiknya dengan mengutamakan kepuasan masyarakat. Kebijakan pemerintah khususnya dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, senantiasa harus memperhatikan tuntutan dan dinamika masyarakat, dan terwujudnya pelayanan kesehatan yang berkualitas merupakan salah satu ciri keberhasilan suatu lembaga/instansi pemerintah.

Pemberian pelayanan kesehatan PTM ini dilakukan sebagai upaya dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Peran pelbagai lembaga Kesejahteraan, baik pemerintah, lembaga-lembaga masyarakat dan swasta adalah memastikan bahwa baik individu, keluarga, maupun masyarakat dapat memenuhi ketiga elemen dasar Kesejahteraan. Dengan demikian, maka pelayanan penanganan dan pencegahan PTM dan program-program pengembangan masyarakat akan berorientasi pada peningkatan kapabilitas individu dan masyarakat untuk "mampu mengatasi masalah penanganan PTM"; mampu dan sanggup "memenuhi kebutuhan-kebutuhan dalam pencegahan PTM" dan memiliki kesempatan dan mampu "memanfaatkan dan mengembangkan potensi-potensi yang dimilikinya untuk menciptakan lingkungan yang sehat dan bersih". Dengan demikian, perspektif Kesejahteraan yang ingin di bangun di Indonesia tidaklah murni seperti konsep "negara kesejahteraan" yang sudah berkembang di negara-negara

lain, melainkan menyesuaikan dengan konteks sosial, ekonomi, politik dan budaya masyarakat yang ada.

Kebijakan penanggulangan penyakit tidak menular (PTM) didasarkan pada konsep bahwa PTM adalah kelompok penyakit yang disebabkan oleh banyak faktor risiko (multiple risk factor), oleh karena itu pencegahan dan penanggulangan PTM diprioritaskan pada prevensi primer faktor risiko bersama dan prevensi sekunder PTM utama. Kebijakan tersebut secara global ditujukan kepada faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan secara komprehensif dan terintegrasi. Kebijakan penanggulangan PTM mencakup kebijakan dalam peningkatan surveilans penyakit tidak menular, kebijakan dalam promosi dan pencegahan PTM serta kebijakan dalam manajemen pelayanan kesehatan bagi PTM.

#### 1. Kebijakan Surveilans PTM

Surveilans PTM terdiri dari surveilans faktor risiko, registri penyakit dan surveilans kematian. Dengan surveilans akan diperoleh informasi yang esensial yang digunakan untuk pengambilan keputusan dalam upaya pencegahan dan penanggulangan PTM yang cost effective. Untuk itu kebijakan surveilans PTM adalah sebagai berikut

- a. Surveilans faktor risiko PTM merupakan prioritas karena lebih layak dan peka untuk mengukur hasil intervensi jangka menengah, serta sudah tersedia metode yang baku (WHO Steps Approach), sehingga dapat dibandingkan antara orang, tempat dan waktu.
- b. Surveilans faktor risiko sebaiknya dilakukan dengan memanfaatkan sistem yang sudah ada, misalnya Susenas, SKRT, SDKI dan Sukerti

(Survei Kesejahteraan Rumah Tangga Indonesia) pada tingkat nasional dengan mengembangkan dalam Survei Kesehatan Daerah di daerah yang membutuhkan dan melaksanakan.

- c. Surveilans maupun registri penyakit dan kematian akibat PTM untuk populasi sebaiknya dikembangkan di kota-kota yang mempunyai fasilitas pelayanan yang lengkap, sistem informasi kependudukan yang baik dan dinamika populasi yang stabil secara bertahap melalui pengembangan registri penyakit dan kematian di berbagai unit pelayanan.

## 2. Kebijakan Promosi dan Pencegahan PTM

Promosi dan pencegahan PTM dilakukan pada seluruh fase kehidupan melalui pemberdayaan berbagai komponen di masyarakat seperti organisasi profesi, LSM, media massa, dunia usaha dll dengan tujuan untuk memacu kemandirian masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangan PTM. Upaya promosi dan pencegahan PTM ditekankan pada masyarakat yang masih sehat dan masyarakat yang berisiko dengan tidak melupakan masyarakat yang berpenyakit dan masyarakat yang menderita kecacatan dan memerlukan rehabilitasi. Untuk itu kebijakan promosi dan pencegahan PTM sebagai berikut

- a. Penanggulangan PTM mengutamakan pencegahan timbulnya faktor risiko utama dengan meningkatkan aktivitas fisik, menu makanan seimbang dan tidak merokok.
- b. Promosi dan pencegahan PTM juga dikembangkan melalui upaya-upaya yang mendorong/memfasilitasi diterbitkannya kebijakan yang mendukung upaya pencegahan dan penanggulangan PTM.

- c. Promosi dan pencegahan PTM dilakukan melalui pengembangan kemitraan antara pemerintah, masyarakat, organisasi kemasyarakatan, organisasi profesi termasuk dunia usaha dan swasta.
- d. Promosi dan pencegahan PTM merupakan bagian yang tak terpisahkan dalam semua pelayanan kesehatan yang terkait dengan penanggulangan PTM.
- e. Promosi dan pencegahan PTM perlu didukung oleh tenaga profesional melalui peningkatan kemampuan secara terus menerus (capacity building).
- f. Promosi dan pencegahan PTM dikembangkan dengan menggunakan teknologi tepat guna sesuai dengan masalah, potensi dan sosial budaya untuk meningkatkan efektifitas intervensi yang dilakukan di bidang penanggulangan PTM.

### 3. Kebijakan Manajemen Pelayanan Kesehatan PTM

Managemen pelayanan kesehatan PTM meliputi keseluruhan spektrum pelayanan baik upaya preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif yang profesional, sehingga pelayanan kesehatan PTM tersedia, dapat diterima, mudah dicapai, berkualitas dan terjangkau oleh masyarakat,

- a. Meningkatkan kemampuan upaya menanggulangi kasus PTM melalui pemenuhan kebutuhan sumber daya dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia di semua jenjang pelayanan.

- b. Meningkatkan kemampuan deteksi dini dan pengobatan untuk pencegahan dan penanggulangan PTM tertentu di tingkat pelayanan dasar untuk mencegah komplikasi lanjutan biaya pengobatan yang mahal.
- c. Meningkatkan upaya penanggulangan PTM dengan mengacu pada standar dan pedoman pelayanan yang etis dan profesional, yang disusun bersama ikatan profesi dan sektor terkait didasarkan pada bukti ilmiah (evidence base).
- d. Menyusun standar pelayanan PTM dengan mempertimbangkan pelayanan bersifat jangka panjang (longterm care) dan cost effective yang terjangkau masyarakat.
- e. Menjalin kerja sama dalam pencegahan dan penanggulangan PTM antar institusi pelayanan, baik pemerintah maupun swasta, pembentukan pusatpusat unggulan pelayanan medik PTM, serta dibentuknya sistem informasi masing-masing PTM.
- f. Mengintegrasikan kegiatan promosi dan pencegahan PTM dalam pelayanan kesehatan di setiap institusi pelayanan.

Strategi pencegahan dan penanggulangan pehyakit tidak menullar (PTM mencakup strategi untuk peningkatan surveilans PTM, strategi promosi dan pencegahan PTM serta strategi manajemen pelayanan kesehatan bagi PTM.

#### 1. Strategi Surveilans PTM

Surveilans PTM harus dikembangkan melalui jaringan kerja, mendorong dan memperkuat pelembagaan di berbagai tingkat. Untuk itu strategi yang akan dilakukan adalah

- a. Memfasilitasi berfungsinya jaringan kerjasama antar institusi penyelenggara surveilans dan berbagai pihak yang terlibat di bidang penanggulangan PTM.
- b. Mendorong pelembagaan dan pengembangan kapasitas surveilans PTM di tingkat nasional dan daerah, profesi, lembaga swadaya dan swasta.
- c. Melakukan advokasi kepada penyandang dana agar mendukung pembiayaan jangka panjang bagi kegiatan surveilans faktor risiko dan penanggulangan PTM.
- d. Mengadaptasi metode pendekatan WHO Steps untuk keperluan surveilans faktor risiko PTM yang terstandarisasi dan komparabel yang diintegrasikan ke dalam Susenas dan studi morbiditas survei kesehatan nasional dan daerah.
- e. Menyediakan bimbingan dan bantuan teknis pelatihan surveilans faktor risiko PTM bagi institusi di berbagai tingkat.
- f. Mengupayakan standarisasi sistem registri terpadu untuk PTM tertentu di berbagai unit pelayanan menuju sistem registrasi PTM untuk populasi di daerah tertentu.
- g. Mengembangkan model keterpaduan surveilans PTM (faktor risiko, penyakit dan kematian) dengan program penanggulangan PTM di tempat-tempat tertentu.
- h. Meningkatkan disseminasi dan advokasi hasil surveilans PTM pada para pengambil keputusan dan pihak terkait serta masyarakat.

## 2. Strategi Promosi dan Pencegahan PTM

Strategi promosi dan pencegahan PTM meliputi advokasi, bina suasana dan pemberdayaan masyarakat yang lebih ditekankan pada upaya pemberdayaan masyarakat. Untuk itu strategi yang dilakukan adalah sebagai berikut

- a. Mendorong dan memfasilitasi kebijakan publik berwawasan kesehatan yang mendukung upaya pencegahan dan penanggulangan PTM.
- b. Mendorong dan memfasilitasi jaringan kerjasama antar institusi penyelenggara promosi dan mitra potensial dalam pencegahan dan penanggulangan PTM.
- c. Meningkatkan peran aktif tenaga promosi kesehatan di dalam upaya penanggulangan PTM secara komprehensif, baik upaya promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif di masing-masing institusi pelayanan.
- d. Meningkatkan kapasitas tenaga profesional bidang promosi kesehatan, baik pusat maupun daerah khususnya dalam pencegahan dan penanggulangan PTM.
- e. Meningkatkan pengetahuan dan kemampuan pemeliharaan kesehatan mandiri masyarakat dalam pencegahan dan penanggulangan PTM.
- f. Melibatkan masyarakat secara aktif dalam proses pemecahan masalah PTM yang dihadapi, untuk meningkatkan kemampuan

masyarakat dan lingkungannya dalam pencegahan dan pengendalian PTM.

- g. Mengembangkan daerah kajian teknologi promosi kesehatan tepat guna dalam pengendalian PTM.

### 3. Strategi Manajemen Pelayanan Kesehatan PTM

Melihat besarnya masyarakat yang menggunakan pelayanan

Strategi manajemen pelayanan kesehatan meliputi manajemen sumber daya manusia (SDM), teknologi dan sumber daya lain serta manajemen kasus PTM. Mengingat terbatasnya sumber daya dan karakteristik pelayanan PTM yang berjangka panjang dan mahal maka strategi diarahkan untuk meningkatkan profesionalisme pemberi pelayanan, efisiensi penggunaan teknologi canggih dan mengembangkan lebih lanjut berbagai program dan standart pelayanan profesi yang ada. Untuk itu strateginya adalah sebagai berikut

- a. Mengembangkan penapisan teknologi diagnostik dan terapi dalam pencegahan dan penanggulangan PTM.
- b. Mengembangkan pelatihan berbasis kompetensi untuk pelaksana upaya pencegahan dan penanggulangan PTM.
- c. Mengembangkan kerja sama dengan institusi pendidikan dan kolegium kedokteran yang terkait dengan pencegahan dan pengendalian PTM untuk pengembangan kurikulum pendidikan.
- d. Mengembangkan pusat unggulan (centre of excellence) tingkat nasional dan wilayah untuk berbagai jenis PTM tertentu sesuai dengan pola epidemiologis

- e. Mengembangkan standar dan pedoman pelayanan PTM di semua tingkat pelayanan dengan melibatkan organisasi profesi, pengelola program dan pelaksana pelayanan yang dibutuhkan dalam pencegahan dan pelaksana pelayanan yang dibutuhkan dalam pencegahan dan Penanggulangan PTM.
- f. Menjamin ketersediaan obat bagi pencegahan dan pengendalian PTM.
- g. Mendorong dan memfasilitasi berfungsinya jaringan kerja sama antar institusi pelayanan dalam upaya pencegahan dan pengendalian PTM.
- h. Meningkatkan kegiatan promosi dan pencegahan dalam pelayanan PTM di institusi pelayanan.
- i. Mengembangkan pelayanan PTM berbasis masyarakat, pelayanan di rumah (home care) bagi kasus kronis dan terminal.

Pelaksanaan Pencegahan dan penanganan PTM di Kota Semarang merupakan program perwujudan Visi pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010 adalah yaitu masyarakat, bangsa, dan negara yang ditandai dengan oleh penduduknya hidup dalam lingkungan dan perilaku hidup sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan setinggi-tingginya diseluruh Indonesia. Bila dikaitkan dengan visi dan misi pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010, maka kebijakan Dinas Kesehatan Kota Semarang merupakan upaya yang dapat mempercepat menuju cita-cita tersebut, karena hakikat dari pelayanan

kesehatan Dinas Kesehatan Kota Semarang adalah melaksanakan pembangunan kesehatan dengan tersedianya pelayanan kesehatan secara adil dan merata bagi seluruh warga Kota Semarang. Hal tersebut dimungkinkan karena daerah diberi keluwesan untuk mengurus kesehatan di Kota Semarang. Program pembangunan kesehatan tidak lagi *top-down* tetapi benar-benar berasal dari aspirasi masyarakat (daerah). Dengan otonomi pengelolaan Puskesmas, setiap Puskesmas memiliki kewenangan menyusun sistem pelayanan kesehatannya sendiri, menentukan anggaran operasional, memilih prioritas pelayanan, mendayagunakan sumber daya kesehatan, menentukan tarif pelayanan kesehatan, dan membuat kebijakan sistem pembiayaan kesehatan di organisasinya.

#### **3.4. Hambatan dalam Pelaksanaan Undang-Undang Kesehatan Tahun 2009 dalam penanganan dan pencegahan Penyakit Tidak Menular (PTM) di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Semarang**

Masa transisi otonomi daerah menimbulkan banyak kebingungan di lapangan. Salah satunya mengenai bentuk kelembagaan Puskesmas, hubungannya dengan dinas kesehatan dan pemerintah daerah serta sumber pendanaan. Dulu sebagai unit pelaksana teknis, Puskesmas memperoleh anggaran langsung dari pemerintah pusat lewat Departemen Dalam Negeri (Depdagri). Sejak desentralisasi, anggaran bidang-bidang yang wewenangnya telah didelegasikan ke pemerintah daerah, termasuk kesehatan, disalurkan secara *block grant* dalam Dana Alokasi Umum (DAU).

Setelah didelegasikan, Puskesmas bukan lagi unit pelaksana teknis melainkan bisa dijadikan lembaga teknis daerah atau menjadi Badan Usaha Milik Daerah (BUMD). Hal ini membawa perubahan hubungan Puskesmas dengan pemerintah daerah, dinas kesehatan, Departemen Kesehatan (Depkes) dan Depdagri.

Kalaupun bentuk kelembagaan dan struktur organisasi telah ditentukan, masalah belum selesai. Persoalan yang lebih krusial adalah pendanaan. Pasalnya, paradigma pembangunan fisik warisan Orde Baru masih merasuk ke tulang sumsum para pejabat dan politisi. Pemerintah pusat dan daerah maupun Dewan Perwakilan Rakyat (DPR) dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) masih cenderung memprioritaskan alokasi anggaran pembangunan untuk pembangunan fisik, karena lebih mudah dilihat sebagai ukuran keberhasilan. Pembangunan sumber daya manusia-pendidikan, kesehatan dan kesejahteraan sosial-masih belum diperhatikan. Kalaupun ada komitmen belum diwujudkan dalam alokasi anggaran yang signifikan. Puskesmas belum dilihat sebagai alat untuk memelihara kesehatan penduduk. Pemerintah daerah masih enggan mengalokasikan anggaran untuk Puskesmas, bahkan masih banyak yang melihat Puskesmas sebagai sumber pendapatan asli daerah (PAD).

Anggaran untuk pembangunan bidang kesehatan sangat tergantung pada kemampuan kepala dinas kesehatan dan manajemen Puskesmas untuk mengadvokasi pemerintah daerahnya serta pemahaman pejabat pemerintah daerah dan politisi lokal terhadap manfaat kesehatan rakyat. Kondisi ironis ini dalam jangka panjang akan membahayakan kesehatan penduduk jika tidak dibenahi. Karena itu, di samping upaya advokasi ke

pemerintah daerah dan DPRD, akhir Agustus lalu diselenggarakan seminar tentang "Hubungan Fungsional Dinas Kesehatan, Rumah Sakit Daerah, Departemen Kesehatan dan Departemen Dalam Negeri dalam rangka Pengembangan Pelayanan Kesehatan di Provinsi/Kabupaten/Kota" untuk membahas masalah ini.

Persoalan Puskesmas dipaparkan dr Umar Wahid. Mengenai biaya operasional umumnya Puskesmas swadana telah dapat menutupi dengan pendapatan sendiri. Namun, masih mengalami masalah, terutama jika Puskesmas diperlakukan sebagai sumber PAD terbesar oleh pemerintah daerah dan DPRD. Ada pula upaya DPRD di beberapa daerah untuk mencabut status Puskesmas swadana menjadi Puskesmas nonswadana.

Untuk pembiayaan pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin, lanjut Umar, semua Puskesmas mengalami masalah. Dana kompensasi bahan bakar minyak (BBM) banyak membantu, tapi belum mencukupi. Subsidi dari pemerintah daerah sangat tergantung pada persepsi pemerintah daerah dan DPRD terhadap peran Puskesmas dalam pelayanan bagi pasien miskin. Banyak Puskesmas yang harus membiayai pelayanan pasien miskin menggunakan pendapatan sendiri. Rakyat menginginkan fasilitas kesehatan termasuk Puskesmas sebagai alat untuk menyejahterakan rakyat, bukan instrumen ekonomi untuk meningkatkan pendapatan. Dasarnya, Pasal 28H Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 *setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan* dan Pasal 34 (3) *Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas kesehatan dan layanan umum yang layak.*

Implikasinya, setiap penduduk mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis dan membayar sesuai dengan kemampuannya. Puskesmas adalah tempat pelayanan yang terjangkau dan bermutu memadai bagi seluruh rakyat. Tugasnya memberi pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan medis tanpa membedakan ras, agama, dan kemampuan ekonomi pasien. Penyediaan pelayanan Puskesmas adalah tugas dan kewenangan pemerintah daerah. Pelayanan itu dapat diberikan lewat Puskesmas maupun swasta yang diberi mandat pemerintah daerah. "Di seluruh dunia, kesehatan dan Puskesmas berada di bawah kendali sektor kesejahteraan, bukan usaha. Puskesmas berbentuk perusahaan merupakan pelanggaran UUD."

Di beberapa negara, bahasa yang digunakan untuk otonomi Puskesmas adalah menjadikan Puskesmas sebagai badan usaha. Prinsipnya, mempertahankan kepemilikan pemerintah namun mengurangi biaya Puskesmas dengan cara memberi wewenang meningkatkan penerimaan dari pasien dan mengubah struktur insentif di Puskesmas. Dalam badan usaha ada pemisahan fungsi pemerintah sebagai pembayar dan pemberi pelayanan sehingga terjadi hubungan kontraktual antara pemerintah dengan Puskesmas. Pemerintah membayar Puskesmas berdasarkan *unit cost* untuk pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin. Pemerintah dalam hal ini bisa pemerintah pusat, provinsi, maupun kabupaten/kota.

Laksono menekankan tugas Puskesmas pemerintah adalah pelaksana pelayanan kesehatan. Mencari biaya merupakan tugas bagian

pemerintah yang lain, misalnya Departemen Kesehatan di pusat atau dinas kesehatan di daerah. Subsidi silang tidak mungkin menutupi biaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin. Tidak seharusnya Puskesmas dibebani tugas mencari biaya untuk itu. "Puskesmas bukan sumber PAD. Pemerintah daerah perlu melakukan investasi dalam bentuk subsidi. *Output* Puskesmas adalah masyarakat yang sehat dan manajemen biaya yang efisien. Puskesmas juga berfungsi sebagai penggerak kegiatan ekonomi dengan menyediakan lapangan kerja, membayar pajak, membeli obat dan alat kesehatan," paparnya.

Fungsi Puskesmas dan hubungannya dengan pemerintah daerah dijelaskan oleh Direktur Jenderal Bina Pembangunan Daerah Depdagri Drs. Seman Widjojo. Undang-Undang (UU) Nomor 32 Tahun 2004 tentang otonomi daerah memberi mandat kepada pemerintah daerah untuk menyelenggarakan sejumlah kewenangan yang selama ini menjadi tugas dan tanggung jawab pemerintah pusat. Dalam bidang kesehatan, kewenangan kabupaten/kota menurut Surat Edaran Menteri Dalam Negeri dan Otonomi Daerah No 118/1500/Pumda antara lain penyelenggaraan standar minimal pelayanan kesehatan, penyelenggaraan jaminan kesehatan sosial, penyelenggaraan pembiayaan pelayanan kesehatan, penyelenggaraan akreditasi sarana dan prasarana kesehatan, dan penyelenggaraan sistem jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat. "Pemerintah daerah harus menjamin semua masyarakat di wilayahnya terjangkau pelayanan kesehatan, terutama masyarakat miskin dan kurang

mampu. Salah satu lembaga untuk melakukan pelayanan kesehatan adalah Puskesmas,".

Puskesmas masih dihadapkan pada hambatan seperti pemikiran bahwa Puskesmas merupakan sumber pendapatan daerah, belum diizinkan mengelola langsung pendapatan fungsionalnya, belum adanya kesesuaian antara kebutuhan, distribusi, dan kualifikasi petugas medis di Puskesmas, sehingga tugas dan fungsi yang dijalankan dalam pelayanan kesehatan masih jauh dari harapan.

Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan harus menjadi prioritas pemerintah daerah. Hal itu menyangkut terjaminnya pelayanan kesehatan, terutama bagi masyarakat miskin, karena kesehatan merupakan hak asasi yang tak boleh dilalaikan. "Puskesmas bukan 'sapi perah' untuk meningkatkan PAD, melainkan pusat layanan kesehatan yang perlu didukung setiap pihak terkait. Pemerintah daerah bersama Puskesmas harus mempunyai perencanaan yang jelas dan pasti untuk operasional dan pemeliharaan Puskesmas. Pemerintah daerah dapat mengalokasikan dana dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), yang bersumber dari penerimaan fungsional, PAD, dana perimbangan, hibah, pinjaman daerah dan sumber lain yang tidak mengikat,".

Di sisi lain, pola pengelolaan keuangan dan pembiayaan Puskesmas yang mandiri harus mulai dipikirkan untuk mengurangi ketergantungan. Pemerintah daerah perlu memberi kesempatan Puskesmas dikelola sebagai instansi yang mandiri dan profesional. Program operasional dan pemeliharaan Puskesmas (OPRS) dalam jaring pengaman

sosial (JPS) dari pemerintah pusat untuk menjamin pembiayaan pelayanan Puskesmas bagi keluarga miskin dan kurang mampu di Puskesmas, diharapkan menjadi pendorong peningkatan kinerja Puskesmas dalam mengelola pembiayaan pasien miskin dan kurang mampu.

Lembaga Puskesmas masih menjadi perdebatan di kalangan eksekutif dan legislatif daerah walau sudah terbit Keputusan Presiden (Keppres) No 40/2001 tentang Lembaga Puskesmas dan Keputusan Menteri Dalam Negeri No 1/2002 tentang Organisasi Rumah Sakit Daerah. Pada prinsipnya, Puskesmas bukan unit pelaksana teknis dinas kesehatan (UPTD). Dinas kesehatan tidak mengatur manajemen internal Puskesmas. "Dinas kesehatan merupakan penanggung jawab kesehatan di daerahnya, berfungsi menetapkan kebijakan, pengendalian pelaksanaan kebijakan, pembiayaan, dan pengawasan. Institusi lain termasuk Puskesmas wajib melaksanakan kebijakan itu untuk meningkatkan derajat kesehatan di kabupaten/kota.". Dinas kesehatan juga berfungsi mencari dana untuk membayar Puskesmas maupun institusi pelayanan kesehatan lain yang memberi pelayanan kepada keluarga miskin dengan sistem klaim. "Dana JPS maupun kompensasi BBM yang kini langsung diberikan ke Puskesmas sebaiknya disalurkan ke dinas kesehatan. Dinas kesehatan menerima klaim biaya pelayanan Puskesmas dan Puskesmas lain yang ditunjuk sehingga bisa mengendalikan dan mengawasi pelayanan keluarga miskin oleh Puskesmas,".

Banyak Puskesmas keberatan jika dana disalurkan lewat dinas kesehatan, karena prosesnya makin panjang. Padahal operasional

Puskesmas perlu dana cepat. Saat ini Depkes sedang mengevaluasi dan mencari cara terbaik untuk menyalurkan biaya kesehatan bagi penduduk miskin. Penyaluran dana kompensasi BBM lewat Puskesmas ataupun dinas kesehatan tidak masalah sepanjang sampai ke yang berhak. Sejauh ini penyaluran lewat Puskesmas berjalan baik dan dianggap tepat, karena langsung ke instansi yang melayani sehingga mempermudah administrasi. Pengelolaan memang perlu ditingkatkan dengan lebih mengaktifkan tim verifikasi. Bagi masyarakat, yang harus diupayakan dan dijaga semua pihak adalah agar tujuan desentralisasi untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat bisa tercapai. Bukan sebaliknya, menciptakan kerajaan-kerajaan kecil dan keruwetan di lapangan.

Puskesmas merupakan unit organisasi pelayanan kesehatan terdepan dengan misi sebagai pusat pengembangan pelayanan kesehatan, yang tugasnya melaksanakan pembinaan, pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di suatu wilayah tertentu. Pelayanan kesehatan yang dilakukan secara menyeluruh, meliputi aspek-aspek: promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Upaya yang dilakukan untuk menjalankan misi Puskesmas, antara lain :

- a. Meluaskan jangkauan pelayanan kesehatan sampai ke desa-desa.
- b. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, dengan dua cara : (1) *quality of care* yaitu peningkatan kemampuan profesional tenaga kesehatan dalam menjalankan profesinya (dokter, perawat, bidan, dll) yang dilakukan oleh organisasi profesi, (2) *quality of service*, yaitu

peningkatan kualitas yang terkait dengan pengadaan sarana, dan menjadi tanggung jawab institusi sarana kesehatan (Puskesmas)

- c. Pengadaan peralatan dan obat-obatan sesuai dengan kebutuhan masyarakat
- d. Sistem rujukan di tingkat pelayanan dasar
- e. Peran serta masyarakat, melalui pembangunan kesehatan masyarakat desa (PKMD).

Fungsi Manajemen	Kegiatan
<b>Perencanaan</b>	Micro planning (perencanaan tingkat Puskesmas yang dilakukan setahun sekali, unsur yang direncanakan meliputi; kebutuhan tenaga, alat dan sarana, serta penunjang lainnya). Sedangkan perencanaan obat dan alat kesehatan dilakukan setiap bulan, dengan cara mengajukan usulan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
<b>Pengorganisasian</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Struktur organisasi Puskesmas, dengan jabatan struktural Kepala Puskesmas, sedangkan lainnya bersifat fungsional</li> <li>▪ Pembagian tugas, yang berdasarkan program pokok Puskesmas, terdiri dari 12 s/d 18 program pokok, yang melibatkan tenaga perawat dan bidan.</li> <li>▪ Pembagian wilayah kerja, setiap petugas Puskesmas melakukan pembinaan ke desa-desa</li> </ul>
<b>Penggerakan Pelaksanaan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lokakarya mini Puskesmas, dilakukan tiap bulan dalam rangka koordinasi lintas program dan sektor</li> <li>▪ Adanya proses kepemimpinan</li> <li>▪ Dilakukan koordinasi secara lintas program &amp; sektor</li> <li>▪ Pelaksanaan program pokok puskesmas yang melibatkan seluruh staf</li> </ul>
<b>Pengawasan dan Evaluasi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Melalui pemantauan laporan kegiatan</li> <li>▪ Pemantauan wilayah setempat (PWS)</li> <li>▪ Supervisi</li> <li>▪ Rapat rutin (<i>staff meeting</i>)</li> </ul>

Setiap program yang ada di Puskesmas (sekitar 18 program pokok) dikelola atau manajemennya meliputi: perencanaan, manajemen personalia, pelatihan, supervisi, manajemen keuangan, manajemen logistik, monitoring program, kerjasama/ koordinasi dan pencatatan/pelaporan.

Seperti telah disampaikan di atas, bahwa dampak dari adanya perubahan paradigma dalam pembangunan kesehatan, sangat berpengaruh terhadap semua sarana kesehatan, termasuk Puskesmas sebagai institusi pelayanan kesehatan terdepan. Adanya perubahan visi, misi dan strategi Puskesmas sebagai berikut :

- a. Visi Puskesmas adalah tercapainya *Kecamatan Sehat pada tahun 2010*, dengan memiliki 3 misi, yaitu:
  - a) menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan,
  - b) memberdayakan keluarga dan masyarakat dalam pembangunan kesehatan, dan
  - c) memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bermutu.
- b. Adapun strategi yang dikembangkan meliputi,
  - a) mengembangkan dan menetapkan pendekatan kewilayahan yang mantap di tingkat kecamatan, agar dapat diterapkannya pembangunan berwawasan kesehatan,
  - b) mengembangkan dan menerapkan asas kemitraan serta pemberdayaan keluarga dan masyarakat, sehingga terwujudnya upaya kesehatan bersumber daya masyarakat,

- c) meningkatkan profesionalisme petugas, sehingga terwujud kualitas pelayanan kesehatan.
- d) mengembangkan kemandirian Puskesmas sesuai dengan kewenangan yang diberikan Dinas Kesehatan Kab/ Kota.

Pengorganisasian puskesmas ke depan selain dipimpin oleh seorang Kepala Puskesmas, juga ada Wakil Kepala Puskesmas dan meliputi unit fungsional dan unit tata usaha. Program pokok Puskesmas atau program kesehatan dasar yang harus dilaksanakan di Puskesmas meliputi : (1) promosi kesehatan, (2) kesehatan lingkungan, (3) kesehatan ibu dan anak, termasuk keluarga berencana, (4) perbaikan gizi, (5) pemberantasan penyakit menular, (6) pengobatan.

Sesuai dengan misi dan strategi di atas, Puskesmas dapat mengembangkan program-program unggulan berdasarkan kebutuhan, situasi dan kondisi daerah masing-masing. Contohnya, daerah yang diwilayah kerjanya banyak ditemukan kelompok rawan kesehatan atau kelompok resiko tinggi (*high-risk group*) : seperti ibu hamil Risti, penyakit kronis, lanjut usia, dll. Di wilayah tersebut dapat dikembangkan perawatan kesehatan masyarakat (*community health nursing*) sebagai program unggulan atau program prioritas kesehatan lain.

### **3.5. Solusi untuk mengatasi Hambatan yang timbul dalam Pelaksanaan Undang-Undang Kesehatan Tahun 2009 dalam penanganan dan pencegahan Penyakit Tidak Menular (PTM) di Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kota Semarang**

Pembangunan kesehatan saat ini mempunyai visi pencapaian Indonesia Sehat 2010. Ada beragam target yang diharapkan bisa tercapai, diantaranya adalah pelayanan kesehatan yang optimal di puskesmas. Selama ini pemerintah telah membangun puskesmas dan jaringannya di seluruh Indonesia. Puskesmas telah diperkenalkan di Indonesia sejak tahun 1968, rata-rata setiap kecamatan mempunyai dua puskesmas, setiap tiga desa mempunyai satu puskesmas pembantu. Puskesmas pun telah disiapkan berbagai upaya kesehatan yang harus dilaksanakan sebagai pertanggungjawabannya ke Dinas Kesehatan. Puskesmas berada di bawah pengawasan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dengan wilayah pembinaannya satu kecamatan. Jika kemudian dalam satu kecamatan itu ditemukan dua puskesmas, maka wilayahnya dibawa berdasarkan daerah terdekatnya.

Akan tetapi yang masih menjadi kendala adalah peran puskesmas itu sendiri apakah sudah optimal dalam melaksanakan tugasnya? Dalam sebuah berita di Medan saya menemukan bahwa masyarakat dinilai masih enggan berobat ke puskesmas, yang dibuktikan dengan masih tingginya pasien yang memilih berobat ke rumah sakit. Direktur RSUD dr Pirngadi Medan, dr Sjahrial R Anas, mengatakan bahwa kinerja puskesmas masih

perlu dipertanyakan, karena masih banyak masyarakat yang datang berobat ke rumah sakit. Padahal penyakit yang dideritanya termasuk penyakit ringan yang juga dapat disembuhkan di puskesmas. Tambahnya, banyak alasan masyarakat enggan berobat ke puskesmas, di antaranya dokter sering terlambat datang atau tidak sembuhnya penyakit yang diderita masyarakat. Inilah yang membuat pasien tidak mau berobat ke puskesmas dan lebih memilih ke rumah sakit. Melihat kenyataan yang terjadi di lapangan, maka perlu ditinjau ulang peran puskesmas di masyarakat. Pembangunan puskesmas akan semakin nyata ketika perannya dirasakan oleh semua kalangan masyarakat di berbagai wilayah baik itu di perkotaan maupun di pedesaan.

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kab/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di satu atau sebagian wilayah kecamatan (KEPMENKES No.128 th 2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas). Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS) merupakan salah satu sarana pelayanan kesehatan masyarakat yang amat penting di Indonesia. Puskesmas juga merupakan unit pelaksana fungsional yang berfungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan serta pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan kegiatannya secara menyeluruh, dan berkesinambungan pada suatu masyarakat yang bertempat tinggal dalam suatu wilayah. Puskesmas sering disebut sebagai *primary care* yaitu

sebagai pelayanan kesehatan tingkat pertama karena ia letaknya paling dekat dengan masyarakat.

Jika ditinjau dari sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, maka peranan dan kedudukan puskesmas adalah sebuah ujung tombak sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Ini disebabkan karena peranan dan kedudukan puskesmas di Indonesia adalah amat unik. Sebagai sarana pelayanan kesehatan terdepan di Indonesia, maka puskesmas kecuali bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat juga bertanggung jawab dalam menyelenggarakan pelayanan kedokteran.

Derajat kesehatan masyarakat yang optimal adalah tingkat kondisi kesehatan yang tinggi dan mungkin dapat dicapai pada suatu saat, sesuai dengan kondisi dan situasi serta kemampuan yang nyata dari setiap orang sehingga harus diterjemahkan sebagai sebuah upaya yang bersifat terus menerus. Peran puskesmas-lah sebagai pelayanan kesehatan yang harus bersifat terus menerus dan berlaku secara menyeluruh di wilayah Indonesia.

Pada saat ini ada 17 kegiatan puskesmas yaitu Usaha Pelayanan Rawat Jalan, Usaha Kesejahteraan Ibu dan Anak, Usaha Keluarga Berencana, Usaha Kesehatan Gigi, Usaha Kesehatan Gizi, Usaha Kesehatan Sekolah, Usaha Kesehatan Lingkungan, Usaha Kesehatan Jiwa, Usaha Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular, Usaha Kesehatan Olahraga, Usaha Kesehatan Lanjut Usia, Usaha Kesehatan

Mata, Usaha Kesehatan Kerja, Usaha Pencatatan dan Pelaporan serta Usaha Laboratorium Kesehatan Masyarakat.

Semua usaha tersebut ditetapkan oleh dinas kesehatan berapa target pencapaian disesuaikan dengan daerahnya. Setiap puskesmas harus bisa mencapai target itu dengan cara dan programnya masing-masing. Sebaiknya, semua usaha tersebut harus didukung dengan sistem informasi yang baik. Maksudnya, informasi kepada masyarakat tentang peran puskesmas serta informasi ke Dinas Kesehatan dalam hal pencatatan dan pelaporan.

Kehadiran peralatan canggih seperti komputer, memberikan harapan baru. Saat ini, hampir setiap puskesmas telah memiliki komputer. Minimal satu buah. Namun sayangnya, komputer yang ada kebanyakan hanya berfungsi sebagai pengganti mesin tik. Memaksimal komputer untuk otomatisasi laporan belum banyak dilakukan atau bahkan tidak terpikirkan sama sekali. Ini wajar saja, karena di puskesmas tidak ada ahli computer. Jangankan ahli computer, dokter saja untuk pengobatan terkadang sulit dijumpai. Biasanya mereka hanya dokter yang bertugas pagi dan malamnya tidak bisa lagi dijumpai.

Banyak hal yang mempengaruhi mengapa peran puskesmas belum optimal di masyarakat. Bisa karena pengetahuan masyarakat tentang puskesmas yang masih kurang, peran puskesmas yang masih kurang, dokter yang ada tidak tepat waktu, obat yang diberikan tidak optimal, dan lain-lain. Oleh sebab itu kita perlu meningkatkan peran puskesmas sebagai

*primary care* yang seharusnya mendapat antusias dari masyarakat. Dalam hal ini bukan hanya petugas puskesmas yang berperan tetapi semua kalangan masyarakat baik itu pemerintah terkait, dokter, mahasiswa/pelajar, dan masyarakat.

a. Peran Pemerintah

Pemerintah mempunyai tanggung jawab untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat seoptimal mungkin, yang dilakukan secara menyeluruh, terpadu serta berkesinambungan. Untuk itu salah satu tugas pemerintah yang paling penting dalam sektor kesehatan adalah menyelenggarakan upaya kesehatan yang merata serta terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Meningkatkan derajat kesehatan merupakan modal awal yang sangat strategis bagi pengembangan dan pembinaan SDM Indonesia sehingga dapat dipakai sebagai modal dan asset pembangunan.

Dalam hal ini, pemerintah harus memperhatikan tata letak pembangunan puskesmas yang strategis, penugasan dokter, serta penyediaan obat-obatan. Bahkan pelaporan harus diperketat dan program-program yang ada ditingkatkan seperti kerja sama Dinkes dengan camat untuk mengenalkan puskesmas ke masyarakat. Peran serta orang-orang yang dipandang di wilayah tersebut juga sangat penting seperti tadi camat, lurah, dan lain-lain. Hal terpenting adalah dana operasional untuk puskesmas, hal ini disebabkan karena terkadang petugas mengeluhkan dana untuk operasional yang lama

turunnya menyebabkan puskesmas dalam pelaksanaan program dan usahanya terlambat.

b. Peran Dokter

Dokter adalah petugas kesehatan yang berperan dalam bidang kuratif. Peran ini sangat banyak diharapkan di puskesmas. Akan tetapi, jumlah dokter di puskesmas sangat minim. Bahkan, ada puskesmas yang dokternya harus didatangkan dari ibukota kabupaten. Dan jadwalnya hanya terbatas, ditambah lagi keterlambatannya datang ke puskesmas. Bukankah ini bisa menjadi penyebab masyarakat yang sakit enggan datang ke puskesmas?

Oleh sebab itu peran dokter di puskesmas sangat dibutuhkan. Diharapkan dokter-dokter bisa terbagi secara menyeluruh dan merata di berbagai wilayah di Indonesia, jangan hanya di daerah perkotaan. Seorang dokter juga seharusnya memperhatikan pasiennya, bukan hanya sekedar memeriksa dan memberi obat, tetapi diharapkan ia bisa berbaur dengan masyarakat. Sikap empati dan ramah yang selalu diajarkan jenjang dalam pendidikan dokter harus tetap diperhatikan.

c. Peran Petugas kesehatan

Petugas kesehatan dalam hal ini adalah yang bertugas untuk menjaga dan melaksanakan fungsi operasional puskesmas seperti pencatatan, pelaporan serta pengadaan program dan usaha-usaha puskesmas. Seorang petugas disini bisa berupa sarjana keperawatan, sarjana kesehatan masyarakat, dan yang terkait. Petugas inilah yang

harus memaksimalkan peran puskesmas seperti melakukan penyuluhan berkala kepada masyarakat, atau pemantauan kesehatan masyarakat, serta melihat penyebaran suatu penyakit. Seorang petugas kesehatan harus bisa melihat masalah yang terjadi dan dengan sigap memberikan alternatif penyelesaiannya. Ia juga seharusnya bisa mengarahkan masyarakat agar nyaman dan mau berobat serta melaporkan masalah kesehatannya ke puskesmas.

Di samping itu, ia seharusnya bisa mengatur manajemen puskesmas yang mutu pelayanan kesehatan agar dapat menjadi pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan yang baik kepada masyarakat. Serta ia harus mampu bekerja sama dengan orang-orang yang dipandang di wilayah tersebut, sehingga dengan demikian ia akan mendapat tempat di masyarakat. Dan yang perlu diperhatikan lagi adalah sikapnya terhadap masyarakat yang berkunjung ke puskesmas. Seorang petugas harus bisa bersikap ramah dan melayani dengan baik, jangan ada perasaan dongkol ataupun judes dan cerewet dalam melayani. Hal ini tentunya akan sangat berpengaruh dalam peningkatan nama puskesmas di mata masyarakat.

d. Peran Mahasiswa/pelajar

Selama ini peran kalangan ini masih minim. Bahkan untuk ikut serta dalam mengakses puskesmas mereka sangat kesulitan. Misalnya, mahasiswa yang ingin memberi penyuluhan di masyarakat, memerlukan informasi dari puskesmas. Mereka kadang terkesan

diberatkan. Padahal, itu merupakan salah satu peran serta mereka dalam penyebarluasan informasi tentang peran puskesmas.

Puskesmas juga bisa bekerja sama dengan mahasiswa. Apalagi, mahasiswa/pelajar tersebut merupakan masyarakat setempat, mereka akan mendapat tempat di hati masyarakat. Selain itu, mahasiswa/pelajar bisa dijadikan sebagai orang yang menyatukan antara masyarakat dan puskesmas karena mereka adalah kelompok yang netral. Mereka bisa dijadikan sebagai penampung keinginan masyarakat yang kemudian bisa dijadikan tolak ukur bagi puskesmas dalam pengembangannya.

e. Peran Masyarakat

Peran masyarakat juga sangat diperlukan dalam peran puskesmas sebagai *primary care*. Bagaimana tidak? Bayangkan jika seandainya tidak ada masyarakat yang berkunjung ke puskesmas, atau tidak ada yang percaya dengan kualitas puskesmas. Tentu saja hal ini akan menjadi penyebab kemunduran bahkan penutupan puskesmas.

Puskesmas dibangun sebagai wadah dalam menghubungkan petugas kesehatan dengan masyarakat, dan peran masyarakat sangat diharapkan. Bukan hanya petugas kesehatan yang harus aktif memberi penyuluhan atau informasi, tetapi masyarakat juga diharapkan berperan dalam memberikan informasi kepada petugas kesehatan terkait masalah yang ada. Atau masyarakat juga bisa membantu petugas kesehatan dalam melaksanakan tugas-tugasnya. Misalnya, mengajak masyarakat lainnya untuk berobat ke

puskesmas, memberi pengertian kepada keluarga, tetangganya tentang fungsi puskesmas. Dengan demikian akan ada hubungan yang baik antara masyarakat dan petugas kesehatan di puskesmas.

Kesadaran dari berbagai kalangan tersebut sangat diharapkan. Kesadaran pemerintah untuk pengembangan puskesmas, kesadaran dokter dalam melayani pasiennya, keikhlasan petugas dalam mengatur manajemen puskesmas, mahasiswa dalam penyebaran informasi ke masyarakat, serta kesadaran masyarakat untuk menggunakan puskesmas.

