

Puskesmas Dulu dan Kini? Konektifitas Sektor Kesehatan di Kepulauan Riau

Andi Kurniawan

Pelayanan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dulunya dipersepsikan sebagai fasilitas kesehatan yang mengobati keluhan pusing, keseleo, dan masuk angin, dalam bahasa gaul juga disingkat “puskesmas”. Pernyataan tersebut terpatir ketika puskesmas pertama kali diperkenalkan di Indonesia pada 1968. Layanan yang disuguhkan cenderung pada upaya kuratif dan rehabilitatif, di mana pasien datang diperiksa, dapat obat lalu minta injeksi sebagai harga mati. *Ending*-nya adalah sehat sebagai tujuan pengobatan. Pelayanan puskesmas era itu belum memberikan ekspektasi bagi masyarakat selaku *customer*. Implementasi visi dan misi puskesmas lebih mengutamakan *private goods* dan belum menyentuh pada *public goods*.

Seiring perkembangannya pada 2004 terbit ke ruang publik Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Kepmenkes RI) Nomor 128 Tahun 2004 tentang kebijakan dasar puskesmas. Konsep puskesmas mengalami perubahan berarti di mana puskesmas bukan hanya dituntut mampu melayani pasien sakit, melainkan pasien sehat. Salah satu amanah dari kebijakan tersebut adalah memberikan

penjelasan konkret tentang fungsi puskesmas, yaitu sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan keluarga dan masyarakat dan sebagai pusat pelayanan kesehatan strata pertama. Secara komprehensif intinya adalah perkawinan sedarah antara Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM).

Setelah genap sepuluh tahun Kepmenkes RI Nomor 128 Tahun 2004 dijadikan payung hukum dalam pengelolaan puskesmas, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) berupaya menganalisis berbagai laporan masyarakat serta bukti otentik terkait efektivitas pelayanan puskesmas, termasuk melakukan studi kelayakan. Keputusannya adalah dipandang perlu melakukan pengintegrasian, pengembangan dan revisi terhadap kebijakan dasar puskesmas yang ada, mengingat relevansi dan gencarnya amaran negara yang menuntut tenaga dan fasilitas kesehatan harus responsif dan profesional dalam melayani masyarakat. Akhirnya, pada 17 Oktober 2014 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) Nomor 75 Tahun 2014 tentang Puskesmas diterbitkan dan dalam substansi permenkes tersebut dijelaskan bahwa pasca penerbitannya, Kepmenkes 128 Tahun 2004 resmi dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Puskesmas Pasca Terbitnya Permenkes 75 Tahun 2014

Puskesmas didefinisikan sebagai fasilitas layanan kesehatan yang menyelenggarakan UKM dan UKP tingkat pertama, lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif dan bertujuan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang memiliki perilaku dan hidup dalam lingkungan yang sehat, mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu dan memiliki derajat kesehatan optimal dalam upaya mendukung terciptanya “kecamatan sehat”.

Puskesmas bertugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk pembangunan kesehatan dalam rangka mewujudkan “kecamatan sehat”, sedangkan fungsinya adalah sebagai penyelenggara UKM dan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya. Selain itu, puskesmas juga difungsikan sebagai wahana pendidikan tenaga kesehatan, dalam artian mendukung kurikulum pendidikan kesehatan bertemakan komunitas.

UKM tingkat pertama meliputi UKM esensial dan UKM pengembangan. Pelayanan UKM esensial terdiri atas: promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, pelayanan gizi masyarakat, serta pencegahan dan pengendalian penyakit, sedangkan UKM pengembangan disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan yang ada, karakteristik wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di setiap puskesmas. Sementara UKP tingkat pertama yang wajib dilakukan puskesmas adalah dalam bentuk pelayanan rawat jalan, gawat darurat, *one day service*, *home care*, dan atau rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan layanan.

Puskesmas harus didirikan pada setiap kecamatan dan pada kondisi tertentu satu kecamatan dapat didirikan lebih dari satu puskesmas didasarkan pada pertimbangan kebutuhan layanan, jumlah penduduk dan aksesibilitas. Di sisi lain pendirian puskesmas harus memenuhi persyaratan

lokasi, bangunan, prasarana, peralatan kesehatan, ketenagaan, farmasi, dan laboratorium.

Tenaga kesehatan puskesmas harus bekerja sesuai standar profesi, Standar Operasional Prosedur (SOP), dan etika profesi. Selain itu, tenaga kesehatan dalam bekerja wajib mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien termasuk keselamatan tenaga kesehatan itu sendiri. Adapun jenis tenaga kesehatan yang wajib tersedia di puskesmas minimal terdiri atas dokter atau dokter layanan primer, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kesmas/sarjana kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, ahli teknologi laboratorium medik, tenaga gizi dan kefarmasian.

Dalam melayani masyarakat puskesmas juga didukung oleh tenaga nonkesehatan yang mempunyai tugas ketatausahaan, keuangan, sistem informasi dan operasional lainnya. Dalam rangka memenuhi pelayanan kesehatan masyarakat, puskesmas dikategorikan menjadi dua jenis: *pertama*, berdasarkan karakteristik wilayah kerja dan *kedua*, berdasarkan kemampuan penyelenggaraan.

Karakteristik Wilayah dan Kemampuan Penyelenggaraan

Berdasarkan karakteristik wilayah kerja, puskesmas dibedakan menjadi *puskesmas kawasan perkotaan*, *pedesaan*, *terpencil*, dan *sangat terpencil*. Puskesmas kawasan perkotaan harus memenuhi kriteria: *pertama*, lebih dari 50% penduduknya beraktivitas pada sektor nonagraris, terutama industri, perdagangan, dan jasa; *kedua*, memiliki fasilitas perkotaan seperti sekolah radius 2,5 km, pasar radius 2 km, rumah sakit, bioskop, dan hotel radius kurang dari 5 km; *ketiga*, lebih dari 90% rumah tangga memiliki listrik dan *keempat*, terdapat akses jalan raya dan transportasi menuju

fasilitas perkotaan.

Puskesmas kawasan pedesaan mempunyai kriteria: *pertama*, lebih dari 50% penduduknya beraktivitas di sektor agraris; *kedua*, memiliki fasilitas sekolah radius lebih dari 2,5 km, rumah sakit radius lebih dari 5 km dan tidak memiliki fasilitas bioskop atau hotel; *ketiga*, rumah tangga dengan listrik kurang dari 90%; *keempat*, terdapat akses jalan dan transportasi menuju fasilitas pedesaan.

Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil merupakan puskesmas yang wilayah kerjanya meliputi kawasan dengan karakteristik sebagai berikut: *pertama*, berada di wilayah yang sulit dijangkau atau rawan bencana, pulau kecil, gugus pulau atau pesisir; *kedua*, akses transportasi umum rutin 1 kali dalam seminggu, jarak tempuh pulang pergi dari ibu kota kabupaten memerlukan waktu lebih dari 6 jam, dan transportasi yang ada sewaktu-waktu dapat terhalang iklim atau cuaca; *ketiga*, kesulitan pemenuhan bahan pokok dan kondisi keamanan yang tidak stabil.

Berdasarkan kemampuan penyelenggaraan puskesmas dikategorikan menjadi puskesmas nonrawat inap dan rawat inap. Dikatakan nonrawat inap puskesmas tidak menyelenggarakan pelayanan rawat inap, kecuali pertolongan persalinan normal, sedangkan puskesmas rawat inap adalah puskesmas yang diberi tambahan sumber daya untuk menyelenggarakan pelayanan rawat inap, sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan yang ada.

Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) dinas kesehatan kabupaten/kota, secara struktural puskesmas dipimpin oleh seorang kepala puskesmas. Kriteria tenaga kesehatan yang dapat diusung menjadi kepala puskesmas adalah: berpendidikan minimal sarjana dan memiliki

kompetensi manajemen kesehatan masyarakat, masa kerja di puskesmas minimal dua tahun dan telah mengikuti pelatihan manajemen puskesmas. Dalam hal di puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil tidak tersedia tenaga kesehatan yang sesuai kriteria di atas maka kepala puskesmas dapat ditunjuk dengan dasar pendidikan minimal Diploma III.

Organisasi puskesmas disusun oleh Dinas Kesehatan Kabupaten atau Kota berdasarkan kategori, upaya kesehatan dan beban kerja. Struktur organisasi yang harus ada di setiap puskesmas minimal terdiri atas: kepala puskesmas, kepala subbagian tata usaha, penanggung jawab UKM dan keperawatan kesehatan masyarakat, penanggung jawab UKP, kefarmasian dan laboratorium, penanggung jawab jaringan pelayanan puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan.

Dari uraian di atas, penulis membuat beberapa analisis minimal terkait Kepmenkes 128 Tahun 2004 (*dulu*) dan Permenkes 75 Tahun 2014 (*kini*): *pertama*, secara strata perundang-undangan supremasi hukum Permenkes lebih kuat dan diunggulkan dibandingkan Kepmenkes; *kedua*, Permenkes terbit setelah lima tahun UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dijadikan landasan hukum oleh sektor kesehatan; *ketiga*, Kepala Puskesmas menurut Kepmenkes harus berpendidikan sarjana di bidang kesehatan masyarakat sementara Permenkes hanya menjelaskan sarjana saja tetapi memiliki kompetensi manajemen kesehatan masyarakat, berpengalaman 2 tahun bekerja di puskesmas dan sudah mengikuti diklat manajemen puskesmas; *keempat*, dalam substansi Kepmenkes belum dijelaskan secara rinci terkait kategori puskesmas sementara Permenkes telah menjelaskannya.

Pelayanan Kesehatan Terbang (*Flying Health Service*)

Program layanan kesehatan yang belum pernah dilaksanakan sebelumnya oleh Pemerintah Provinsi Kepri adalah *flying health service* untuk daerah terpencil dan pulau terluar. Layanan inovatif tersebut perlu didukung oleh ketersediaan sarana dan prasarana, salah satunya pesawat udara (pesawat terbang atau helikopter) dengan fungsi ganda yaitu sebagai sarana rujukan dan kedaruratan medis (ambulans) serta *supplier* pelayanan kesehatan terbang berkonsep puskesmas keliling. Dengan catatan adanya ketersediaan anggaran yang mumpuni dan jaminan bahwa kondisi ekonomi global yang terjadi belakangan ini menunjukkan normalisasi.

Ambulans udara berupa pesawat terbang pertama kali digunakan pada tahun 1917 di Turki, ketika seorang tentara Inggris yang terluka diangkut dari medan perang ke fasilitas medis terdekat. Rumah sakit rujukan berjarak tiga hari perjalanan dengan berjalan kaki, tetapi dengan menggunakan ambulans udara pasien tiba ke rumah sakit dalam waktu 45 menit. Proses ini dilaporkan dapat menyelamatkan nyawa tentara tersebut dan menunjukkan bahwa korban dapat dievakuasi melalui udara dalam waktu kurang dari 9 jam (*the golden nine periode*) sehingga tingkat kematian yang sebelumnya diprediksi hanya 10 persen dapat meningkatkan harapan hidup menjadi 60%. Akhir Perang Dunia I, Angkatan Darat AS menyadari kebutuhan untuk mengangkut mereka yang terluka melalui udara. Pada 1918, Mayor Nelson E. Driver dan Capt William C. Ocker dikonversi dari pilot pesawat tempur ke pilot ambulans udara (pesawat) dengan memodifikasi kokpit belakang, mengakomodasi tandu-tandu standar angkatan

darat untuk membawa tentara yang terluka ke kursi semi-berbaring. Keberhasilan upaya ini mengakibatkan pemerintah membuat kebijakan seluruh lapangan udara militer harus menyediakan layanan ambulans udara.

Perkembangan ambulans udara pemerintah dan non-pemerintah maju pesat pasca Perang Dunia I. Pada 1928, sebuah operasi bernama *Royal Flying Doctor* mulai menjalankan pelayanan ambulans udara di pedalaman Queensland, Australia. Pesawat *De Havilland 50* membawa dokter, perawat, untuk mengangkut satu pasien yang menggunakan tandu. Dilaporkan mereka telah membuat 50 penerbangan pada tahun pertama, menjelajah angkasa seluas 20.000 kilometer dan merawat 225 pasien dengan berbagai cedera dan penyakit. Mereka memperkirakan bahwa 25 nyawa diselamatkan selama tahun pertama operasi mereka. Peneliti AS menyimpulkan bahwa tentara yang terluka memiliki tingkat ketahanan hidup yang lebih baik daripada pengendara yang terluka di jalan raya California. Penggunaan ambulans udara sipil terus tumbuh setelah Perang Dunia II. Pemerintah Provinsi *Saskatchewan* mendirikan ambulans udara sipil pertama di Amerika Utara pada tahun 1946, dan sampai sekarang masih beroperasi. Setahun kemudian *Schaefer Air Service* menjadi ambulans udara pertama di AS dan secara resmi mendapatkan lisensi dari *Fly Avian Association* (FAA) untuk pelayanan ambulans udara.

Kabupaten Natuna, Anambas, dan Lingga (NAL) serta Tambelan merupakan daerah dengan kategori terjauh dari pusat pemerintahan provinsi dan kabupaten, rata-rata waktu yang dibutuhkan jika menggunakan *fast ferry* adalah 3 s/d 12 jam, sementara jarak tempuh jika menggunakan pesawat udara adalah 1 s/d 2 jam perjalanan, letak geografis dan

tingkat kerawanan lautan menjadi hambatan bagi moda transportasi laut dalam hal rujukan, khususnya pada musim utara dan selatan, oleh karena itu keberadaan ambulans udara menjadi sebuah alternatif solusi. Sumber daya yang bisa digali dalam hal penyediaan fasilitas ambulans udara di Kepri antara lain dengan melibatkan TNI AL, TNI AU, dan swasta melalui perjanjian kerja sama operasional atau lebih fantastis melalui pengadaan ambulans udara yang sesuai dengan karakteristik wilayah Kepri ke pabrikan ternama dalam negeri (PT Dirgantara Indonesia) atau pabrikan luar negeri seperti: Dornier Fairchild, Bombardier, dan Beechcraft yang bermarkas di Kanada.

Pesawat udara sebagai alat transportasi pendukung layanan kesehatan terbang sangat berarti dan representatif untuk wilayah Kepri selain alat transportasi laut. Pertimbangannya ibu kota Kabupaten NAL dan Tambelan memiliki bandara perintis, pertimbangan lain rata-rata daerah terpencil dan pulau terluar dipastikan memiliki lapangan sepak bola yang dapat didarati pesawat udara berjenis helikopter. Dengan adanya akses layanan kesehatan terbang, masyarakat di *remote area* dan pulau terluar Kepri dapat menerima pelayanan berkualitas setara puskesmas dengan motto “terbang, mendarat, dan melayani”.

Ada Apa dengan Akreditasi Puskesmas?

Azman

Kalau berbicara tentang akreditasi puskesmas mungkin di benak sebahagian kita akan terbayangkan hal-hal yang membuat cemas, sulit, atau merasa payah. Bahkan menjadi beban atau momok yang menakutkan bagi petugas puskesmas. Hal tersebut terjadi karena pada proses akreditasi kita harus menyiapkan dokumen, melengkapi sarana, prasarana, dan butuh biaya yang banyak dan lain-lainnya. Bahkan, ada yang beranggapan tidak akreditasi tersebut tidak penting dilakukan dan bahkan tidak perlu adanya penilaian (survei) akreditasi. Ada apa dengan akreditasi puskesmas?

Definisi Puskesmas

Perlu kita lihat definisi puskesmas berdasarkan Permenkes RI. No. 75 Tahun 2014, Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) tingkat pertama, dengan mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Jadi, ada beberapa hal yang terkait dengan puskesmas, yaitu adanya upaya kesehatan masyarakat maupun perorangan yang dilakukan baik di dalam gedung maupun di luar gedung yang mana menekankan