

Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) Esensial di Puskesmas Terpencil dan Sangat Terpencil

Sefrina Werni¹, Iin Nurlinawati¹, dan Rosita¹

¹⁾ Pusat Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan Badan Litbangkes Kemenkes RI

Abstrak

Setiap puskesmas harus menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) esensial tanpa melihat kriteria puskesmas. UKM esensial meliputi 5 jenis pelayanan, yaitu promosi kesehatan; kesehatan lingkungan; kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana; pelayanan gizi; dan pencegahan dan pengendalian penyakit. Tujuan dari penelitian ini dilakukan untuk memberikan gambaran pelaksanaan UKM esensial di puskesmas terpencil dan sangat terpencil di wilayah Indonesia. Data diperoleh dari hasil survei lokasi calon penempatan tim Nusantara Sehat Tahun 2016 sebanyak 131 unit puskesmas terdiri dari 74 puskesmas terpencil dan 57 puskesmas sangat terpencil. Hasil penelitian menunjukkan terdapat 87,0 persen puskesmas melaksanakan 5 jenis pelayanan esensial dan masih terdapat puskesmas yang hanya melaksanakan 3 jenis pelayanan yaitu sebesar 1,5 persen. Pelayanan kesehatan lingkungan merupakan jenis UKM esensial yang paling banyak tidak dapat diselenggarakan oleh puskesmas. Belum semua jenis tenaga kesehatan ada di puskesmas terpencil dan sangat terpencil. Terkait dengan pelaksanaan UKM esensial jenis tenaga yang masih kurang di daerah terpencil dan sangat terpencil yaitu dokter, tenaga kesling, tenaga pelaksana gizi dan tenaga kesehatan masyarakat. Peningkatkan kemampuan Puskesmas untuk menyelenggarakan UKM esensial secara menyeluruh baik di puskesmas terpencil maupun puskesmas sangat terpencil, perlu didukung dengan tenaga yang memiliki kompetensi sesuai dengan jenis UKM esensial.

Kata Kunci: Puskesmas, Upaya Kesehatan Esensial, Nusantara Sehat

Abstract

Every health center must organized an essential public health effort (essential UKM's), without looking at the health center's criteria. Essential UKM's are consist of five programs, namely health promotion; environmental health; health of maternal, child, and family planning; nutrition services; and prevention and control of diseases. The purpose of this study is to get an overview of the implementation of the essential UKM's in remote areas and very remote health centers. Data obtained from the survey of Healthy Archipelago team based placement in 2016, as many as 131 units of health centers, consisting of 74 remote area health centers and 57 very remote area health centers. Result of this study showed that 87,0 percent health centers organize a complete 5 programs of essential UKM's, but there are 1,5 percent of health center that only organize three programs of essential UKM's. Environmental health was an essential program that most would be un-organized by health center. Not all types of health workers are in remote and very remote health clinics. Associated with the implementation of essential UKM's, personnels that are still lacking in remote and very remote areas is doctor, environmental health, nutritionist and public health. To improve the ability of the health center organized a complete essential UKM's throughly both health center in remote areas and very remote areas, need to be supported by of human resources for health who have appropriate competence with essential UKM's.

Keywords: Health center, essential public health, Nusantara Sehat

Pendahuluan

Upaya kesehatan merupakan salah satu subsistem dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang dilaksanakan secara berkelanjutan, sistematis, terarah, terpadu, menyeluruh bersama subsistem lainnya guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.¹ Upaya kesehatan dilakukan melalui berbagai pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan, salah satunya adalah Puskesmas.

Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan melalui fungsinya sebagai penyelenggara Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.² Dari 7160 kecamatan di Indonesia, saat ini terdapat 9767 unit puskesmas.³ Artinya di 1 kecamatan terdapat minimal 1 unit puskesmas yang diharapkan mampu memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan.

Berdasarkan karakteristik wilayah kerjanya puskesmas dikategorikan menjadi puskesmas perkotaan, puskesmas pedesaan, dan puskesmas terpencil dan sangat terpencil.² Tujuan keberadaan puskesmas, khususnya di terpencil dan sangat terpencil diantaranya adalah untuk meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan.⁴ Salah satu karakteristik penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh puskesmas di terpencil dan sangat terpencil adalah memberikan pelayanan UKM tingkat pertama yang meliputi UKM esensial dan UKM pengembangan.

UKM esensial meliputi 5 jenis pelayanan yaitu promosi kesehatan (promkes), kesehatan lingkungan (kesling), kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana (KIA-KB), gizi dan pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit (P2P).² UKM esensial harus diselenggarakan oleh setiap puskesmas untuk mendukung pencapaian standar pelayanan minimal kabupaten/kota bidang kesehatan. Hal ini berarti, seluruh puskesmas tanpa melihat kriterianya wajib menyelenggarakan 5 jenis pelayanan kesehatan ini. Namun dalam pelaksanaannya tidak seluruh puskesmas menyelenggarakan UKM esensial ini, khususnya puskesmas terpencil dan sangat terpencil. Ketersediaan tenaga dan sarana

menjadi salah satu faktor yang memegang peran besar belum terselenggaranya UKM esensial secara optimal. Penelitian ini dilakukan untuk memberikan gambaran pelaksanaan UKM esensial di puskesmas terpencil dan sangat terpencil di wilayah Indonesia.

Metode

Penelitian ini dilakukan dengan memanfaatkan data hasil survei calon lokasi penempatan Tim Nusantara Sehat pada kegiatan Monitoring dan Evaluasi Nusantara Sehat tahun 2016. Data diambil oleh enumerator dengan menggunakan instrumen berupa kuesioner validasi puskesmas, kuesioner fasilitas yang merupakan data dasar puskesmas, dan kuesioner peralatan puskesmas sesuai standar pelayanan yang tercantum di dalam permenkes no 75 tahun 2014.

Populasi penelitian adalah seluruh puskesmas yang menjadi lokasi survei sebanyak 187 puskesmas dengan kriteria puskesmas terpencil atau sangat terpencil yang mengacu pada Permenkes 949/menkes/per/VIII/2007 dan menjadi lokasi penempatan Tim Nusantara Sehat Tahun 2016. Didalam Permenkes tersebut terdapat 8 kriteria yang menjadi acuan dalam penentuan Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil. Setiap kriteria memiliki skor atau nilai yang berbeda. Penentuan keterpencilan puskesmas berdasarkan persentase dari jumlah skor dibandingkan dengan skor maksimal yaitu 12. Puskesmas dikategorikan sebagai puskesmas terpencil bila hasil penilaian 25 s.d 50 persen, kategori sangat terpencil bila hasil penilaian lebih dari 50 persen dan kategori biasa bila hasil penilaian kurang dari 25 persen.⁵

Berdasarkan kriteria keterpencilan diperoleh sampel 131 puskesmas yang berada di 26 provinsi dan 60 kabupaten. Data diolah dengan menggunakan program statistik SPSS. Survei ini sudah diajukan ke Komisi Etik Penelitian dengan nomor LB.02.01/5.2/KE.278/2016.

Hasil

Pelaksanaan Upaya Kesehatan Esensial

zzzDari 131 puskesmas yang menjadi sampel 74 puskesmas (56,5%) masuk kategori sebagai puskesmas terpencil dan 57 puskesmas (43,5%) puskesmas sangat terpencil. Hasil analisis menunjukkan 98,6 persen puskesmas terpencil

dan 94,7 persen puskesmas sangat terpencil yang melaksanakan pelayanan promkes. Puskesmas terpencil yang melaksanakan pelayanan kesling sebanyak 95,9 persen dan hanya 78,9 persen puskesmas sangat terpencil yang melaksanakan pelayanan kesling. Seluruh puskesmas di terpencil dan sangat terpencil melaksanakan pelayanan KIA-KB, pelayanan gizi dan pelayanan P2P. (Tabel 1)

Terdapat 87,0 persen puskesmas melaksanakan 5 jenis pelayanan esensial dan masih terdapat puskesmas yang hanya melaksanakan 3 jenis pelayanan yaitu sebesar 1,5 persen. (Gambar 1)

Pelaksanaan pelayanan promkes di puskesmas terpencil dan sangat terpencil terlihat dari adanya rencana aksi upaya promkes jangka pendek dan jangka panjang. Puskesmas di terpencil yang memiliki rencana aksi promkes sebesar 50,0 persen hampir sebanding puskesmas sangat terpencil (49,1%). Pelayanan kesling di puskesmas ditunjukkan melalui keberadaan standar pelayanan operasional (SPO) kesling, rencana kegiatan kesling dan klinik sanitasi. Puskesmas terpencil yang memiliki SPO kesling sebesar 43,2 persen lebih besar dibandingkan puskesmas sangat terpencil (38,6%). Puskesmas terpencil yang memiliki rencana kegiatan kesling sebesar 56,8 persen sedangkan puskesmas sangat terpencil 49,1 persen. Klinik sanitasi dilaksanakan di 32,4 persen puskesmas terpencil lebih besar dibandingkan puskesmas sangat terpencil (15,8%).

Pelayanan KIA-KB dilaksanakan oleh puskesmas melalui keberadaan SPO KIA dan KB,

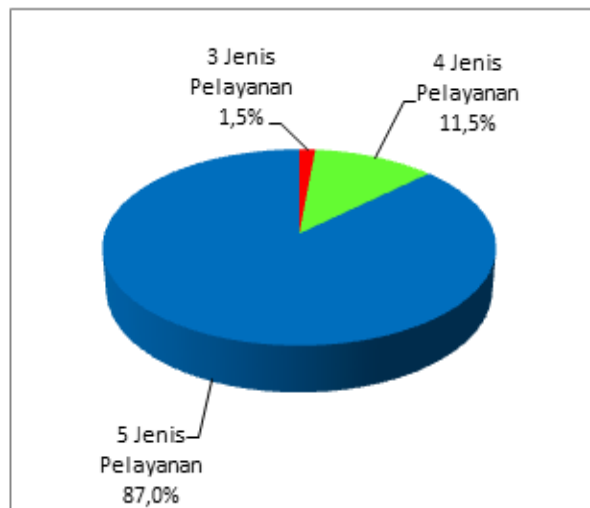
rencana kegiatan KIA, pemetaan sasaran KIA, pencatatan pelaporan dan evaluasi program KIA. Keberadaan SPO KIA dan SPO KB di puskesmas terpencil lebih besar dibandingkan puskesmas sangat terpencil. Sementara itu, kondisi berbeda tergambar dari keberadaan rencana kegiatan KIA, pemetaan sasaran KIA, dan pencatatan pelaporan program KIA.

Puskesmas terpencil yang membuat rencana kegiatan KIA (93,2%) lebih kecil dibandingkan puskesmas sangat terpencil (96,5%). Puskesmas terpencil yang melaksanakan pemetaan KIA sebesar 81,1 persen jauh lebih kecil dibandingkan puskesmas sangat terpencil (91,2%). Puskesmas terpencil yang melakukan pencatatan pelaporan program KIA-KB sebesar 94,6 persen sedangkan puskesmas sangat terpencil 98,2 persen. Evaluasi program KIA dilaksanakan di 90,5 persen puskesmas terpencil dan 89,5 persen puskesmas sangat terpencil.

Pelayanan gizi di puskesmas ditunjukkan melalui keberadaan SPO Gizi, klinik laktasi dan gizi, rencana kegiatan gizi, dilaksanakannya pencatatan pelaporan dan evaluasi program gizi. Secara keseluruhan puskesmas di terpencil lebih baik kondisinya terkait dengan keberadaan SPO Gizi, klinik laktasi dan gizi, rencana kegiatan gizi, serta pencatatan pelaporan program gizi dibandingkan puskesmas sangat terpencil. Sedangkan untuk evaluasi program gizi dilaksanakan di seluruh puskesmas (100%) baik di terpencil dan sangat terpencil.

Tabel 1. UKM Esensial di Puskesmas Terpencil dan Sangat Terpencil Tahun 2016

Jenis pelayanan	Keterpencilan Puskesmas			
	Terpencil		Sangat Terpencil	
	(N=74)		(N=57)	
	n	%	n	%
- Promosi Kesehatan	73	98,6	54	94,7
- Kesehatan Lingkungan	71	95,9	45	78,9
- Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana	74	100,0	57	100,0
- Gizi	74	100,0	57	100,0
- Pencegahan dan Pengendalian Penyakit	74	100,0	57	100,0



Gambar 1. Puskesmas yang melaksanakan UKM Esensial

Tabel 2. Penyelenggaraan UKM Esensial di Puskesmas Terpencil dan Sangat Terpencil Tahun 2016

3 Pelayanan Kesehatan	Keterpencilan Puskesmas			
	Terpencil		Sangat Terpencil	
	(N=74)		(N=57)	
	n	%	n	%
Pelayanan Promkes				
- Rencana aksi upaya promosi kesehatan jangka pendek dan jangka panjang	37	50,0	28	49,1
Pelayanan Kesling				
- Standar Pelayanan Operasional Kesling	32	43,2	22	38,6
- Rencana Kegiatan Kesling	42	56,8	28	49,1
- Klinik sanitasi lingkungan	24	32,4	9	15,8
Pelayanan KIA-KB				
- Keberadaan SPO KIA	48	64,9	34	59,6
- SPO KB	40	54,1	27	47,4
- Rencana kegiatan KIA	69	93,2	55	96,5
- Pemetaan sasaran KIA	60	81,1	52	91,2
- Pencatatan pelaporan KIA	70	94,6	56	98,2
- Evaluasi program KIA	67	90,5	51	89,5
Pelayanan Gizi				
- SPO GIZI	20	27,0	10	17,5
- Klinik Gizi dan Laktasi	14	18,9	10	17,5
- Rencana Kegiatan Gizi	46	62,2	29	50,9
- Pencatatan & pelaporan Gizi	56	75,7	37	64,9
- Evaluasi program Gizi	74	100,0	57	100,0
Pelayanan P2P				
- SPO P2P	32	43,2	24	42,1
- Evaluasi Program P2P	55	74,3	34	59,6

Keberadaan SPO dan evaluasi program P2P merupakan upaya kesehatan yang dilaksanakan dalam pelayanan P2P di Puskesmas. SPO P2P terdapat di 43,2 persen puskesmas terpencil dan 42,1 persen puskesmas sangat terpencil. Puskesmas terpencil yang melakukan evaluasi program P2P sebesar 74,3 persen lebih besar dibanding puskesmas sangat terpencil sebesar 59,6 persen. (Tabel 2)

Sumber Daya Manusia Kesehatan Dalam Upaya Kesehatan Masyarakat Esensial

Tenaga kesehatan merupakan pelaksana dan penggerak UKM esensial di puskesmas. Keberadaan tenaga kesehatan di puskesmas terpencil dan sangat terpencil cukup bervariasi. Jenis tenaga kesehatan utama di puskesmas terdiri dari 9 jenis yaitu dokter, dokter gigi, bidan, perawat, sanitarian, gizi, analis, farmasi dan tenaga kesehatan masyarakat.

Secara keseluruhan keberadaan dokter, dokter gigi, sanitarian, gizi, analis dan tenaga kesehatan masyarakat di puskesmas terpencil lebih besar dibandingkan dengan puskesmas sangat terpencil. Keberadaan bidan dan perawat baik di puskesmas terpencil maupun sangat terpencil memiliki nilai yang sama. Sedangkan untuk tenaga farmasi keberadaannya lebih besar di puskesmas sangat terpencil dibandingkan dengan puskesmas terpencil. (Tabel 3)

Pembahasan

Pelayanan Promosi Kesehatan

Puskesmas terpencil yang melaksanakan pelayanan promkes sebesar 98,6 persen dan puskesmas sangat terpencil 94,7 persen. Artinya tidak semua puskesmas melaksanakan pelayanan promkes. Hal ini sesuai dengan penelitian Sugiharto,dkk yang menyatakan bahwa meski program promkes sebagai program prioritas namun masih belum dapat dilaksanakan puskesmas secara maksimal, tampak masih ditemukan puskesmas yang belum melaksanakan pelayanan promkes.(6) Terlihat dengan keberadaan sumber tenaga promkes di puskesmas terpencil (40,5%) dan sangat terpencil (35,1%) berarti tidak semua puskesmas di daerah terpencil dan sangat terpencil memiliki tenaga promkes.

Promkes merupakan program pokok Kementerian Kesehatan untuk menurunkan angka kematian bayi (AKB), menurunkan angka kematian ibu (AKI), menurunkan prevalensi gizi kurang dan meningkatkan umur harapan hidup. Menurut Winardi, J. (2003).⁷ Pelaksanaan promkes di daerah dilakukan dengan mengupayakan meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong diri mereka sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya

Tabel 3. UKM Esensial di Puskesmas Terpencil dan Sangat Terpencil Tahun 2016

Jenis tenaga kesehatan	Puskesmas			
	Terpencil (N=74)		Sangat Terpencil (N=57)	
	n	%	n	%
- Dokter	42	56,8	22	38,6
- Dokter gigi	18	24,3	4	7,0
- Bidan	73	98,6	56	98,2
- Perawat	74	100,0	57	100,0
- Tenaga Kesling	30	40,5	13	22,8
- Tenaga Pelaksana Gizi	33	44,6	16	28,1
- Analis	16	21,6	10	17,5
- Farmasi	13	17,6	14	24,6
- Kesehatan Masyarakat	30	40,5	20	35,1

masyarakat, sesuai dengan kondisi sosial budaya setempat dan didukung kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.⁸ Pelaksanaan pelayanan promkes di puskesmas daerah terpencil dan sangat terpencil sesuai dengan pengertian promosi kesehatan yang tercantum di Kepmenkes no 1114/Menkes/SK/VII/2005 bisa dilakukan oleh tenaga kesehatan yang ada di puskesmas yang melayani pasien seperti dokter, perawat, bidan, sanitarian dan lainnya walaupun di puskesmas tidak ada tenaga promkes.⁹

Pelayanan Kesehatan Lingkungan

Pelayanan kesling wajib dilaksanakan oleh puskesmas sebagai upaya preventif. Tujuan utama pelayanan kesling di puskesmas adalah untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial guna mencegah penyakit dan/atau gangguan kesehatan yang diakibatkan oleh faktor risiko lingkungan.¹⁰ Pelayanan kesling di puskesmas dilaksanakan mulai dari proses identifikasi, analisis dan intervensi faktor risiko kesehatan lingkungan dalam bentuk konseling, inspeksi kesehatan lingkungan dan atau intervensi kesehatan lingkungan.

Untuk melaksanakan pelayanan kesling di puskesmas perlu didukung oleh tenaga yang memiliki kompetensi di bidang kesling yaitu tenaga kesling. Di puskesmas terpencil, hanya 40,5 persen puskesmas yang memiliki tenaga kesling, dan kondisi lebih buruk terlihat di puskesmas sangat terpencil. Terdapat 22,8 persen puskesmas sangat terpencil yang memiliki tenaga kesling. Kondisi ini dimungkinkan menjadi penyebab tidak seluruh puskesmas terpencil dan sangat terpencil melaksanakan pelayanan kesling. .

Keberadaan SPO kesling merupakan dukungan manajemen yang diharapkan bisa menjadi pedoman pelaksanaan pelayanan kesling di puskesmas. Namun keberadaan SPO kesling baik di puskesmas terpencil maupun sangat terpencil masih belum memenuhi standar. Dari 74 puskesmas terpencil, hanya 43,2 persen puskesmas yang membuat dan memiliki SPO kesling. Sedangkan di puskesmas sangat terpencil hanya 38,6 persen dari 57 puskesmas yang membuat dan memiliki SPO kesling. Rencana kegiatan kesling seharusnya

terintegrasi dalam rencana kegiatan puskesmas yang dalam manajemen puskesmas tertuang dalam Rencana Usulan Kegiatan (RUK) puskesmas. Melalui rencana kegiatan kesling, setiap puskesmas dapat melaksanakan pelayanan kesling dengan lebih terarah sehingga dapat tepat sasaran.

Untuk mendukung pelayanan kesling dalam gedung, kegiatan konseling sangat dibutuhkan. Konseling kesling diwadhahi dalam bentuk klinik sanitasi. Namun dari data diketahui bahwa keberadaan klinik sanitasi hanya dilaksanakan di 32,4 persen puskesmas terpencil dan 15,8 persen puskesmas sangat terpencil.

Pelayanan Kesehatan Ibu Anak dan Keluarga Berencana (KIA dan KB). Pelayanan KIA-KB dilaksanakan di seluruh puskesmas terpencil dan puskesmas sangat terpencil. Dilihat dari tenaga kesehatan bidan yang ada di puskesmas terpencil 98,6 persen dan sangat terpencil 98,2 persen. Tenaga bidan ini yang melaksanakan pelayanan KIA-KB di puskesmas. Pelayanan KIA-KB merupakan program andalan dalam rangka menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) yang merupakan salah satu indikator kesehatan dalam Milenium Development Goals (MDGs). Keberhasilan MDGs ini berlanjut menjadi Sustainable Development Goals (SDGs) yang mencakup lebih banyak aspek kehidupan.

Salah satu upaya yang dilakukan Kementerian Kesehatan adalah membuat program Bidan Pegawai Tidak Tetap (PTT) sesuai dengan Permenkes no 7 tahun 2013 tentang Pedoman Pengangkatan dan Penempatan Dokter dan Bidan Sebagai Pegawai Tidak Tetap menyatakan bahwa Pengangkatan dan penempatan Bidan sebagai PTT hanya dapat dilakukan untuk ditempatkan sebagai Bidan di desa dengan kriteria biasa, terpencil, atau sangat terpencil. Bidan sebagai PTT ditugaskan selama 3 (tiga) tahun dan dapat mengangkat kembali atau memperpanjang Bidan sebagai PTT paling banyak untuk 2 (dua) kali masa penugasan.¹¹ Hasil program Bidan PTT secara Nasional didapatkan data bahwa 71,5% Puskesmas yang kelebihan tenaga Bidan dan 5,4% Puskesmas yang mempunyai tenaga Bidan cukup.⁽¹²⁾ Kondisi ini menyebabkan pelayanan KIA-KB tersebut bisa terlaksana hampir diseluruh Puskesmas daerah Terpencil dan Sangat Terpencil.

Pelayanan Gizi

Pelayanan gizi dilaksanakan di seluruh puskesmas terpencil dan puskesmas sangat terpencil. Namun pelayanan gizi tidak dilaksanakan oleh tenaga gizi, hal ini terlihat dari keberadaan tenaga gizi di daerah terpencil (44,6%) dan sangat terpencil (28,1%) berarti tidak semua puskesmas ada tenaga gizi yang melaksanakan pelayanan gizi.

Pelayanan gizi di puskesmas merupakan kegiatan untuk memenuhi kebutuhan gizi perorangan dan masyarakat melalui upaya pencegahan, peningkatan, penyembuhan dan pemulihan yang dilakukan di masyarakat dan fasilitas pelayanan kesehatan. Salah satu strategi untuk bisa mengatasi masalah gizi perorangan dan masyarakat dengan keterbatasan tenaga gizi di puskesmas yaitu program KADARZI (Keluarga Sadar Gizi). Kegiatan Kadarzi ini dimana keluarga yang bermasalah gizi diupayakan pemberdayaan dengan proses mendorong, menyemangati, membimbing dan memberikan kemudahan untuk mampu mengenal, mencegah dan mengatasi masalah gizi yang dialami setiap anggota keluarganya. Tenaga pendampingan dari puskesmas jika di puskesmas tidak ada tenaga gizi bisa dilakukan oleh pimpinan puskesmas, bidan, penyuluh kesehatan dan juga bisa kader.¹³

Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

Pelayanan P2P dilaksanakan di seluruh puskesmas terpencil dan puskesmas sangat terpencil. Hal ini bisa terlaksana sesuai dengan pedoman penyelenggaraan program P2P bahwa semua tenaga kesehatan yang ada di puskesmas wajib menjadi tenaga pelayanan P2P. Program P2P menangani penyakit menular dan tidak menular di puskesmas, kedua penyakit ini merupakan masalah kesehatan di masyarakat. Faktor penyebabnya adalah berubahnya pola hidup sehingga berubah pola penyakit.¹⁴

Sumber Daya Manusia Kesehatan dalam Upaya Kesehatan Masyarakat Esensial

Belum semua jenis tenaga kesehatan ada di puskesmas terpencil dan sangat terpencil. Hal ini akan mempengaruhi pelaksanaan pelayanan UKM esensial. Terkait dengan pelaksanaan UKM esensial jenis tenaga yang masih kurang di daerah terpencil

dan sangat terpencil yaitu dokter (T 56,8%, ST 38,6%) tenaga kesling (T 40,5%, ST 22,8%) tenaga pelaksana gizi (T 44,6%, ST 28,1%) kesehatan masyarakat (T 40,5%, ST 35,1%) seperti pada penelitian yang sudah dilakukan sebelumnya.¹⁵

Walaupun tidak semua jenis tenaga kesehatan ada di puskesmas terpencil dan sangat terpencil, namun pelaksanaan pelayanan UKM esensial tetap dapat dilakukan. Ditemukan dilapangan pelaksana pelayanan UKM esensial tersebut adalah tenaga perawat dan bidan.

Kesimpulan

Terdapat 87,0 Persen puskesmas di kawasan terpencil dan sangat terpencil yang sudah menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) Esensial secara keseluruhan yaitu 5 jenis pelayanan, yang terdiri dari pelayanan promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan ibu anak dan keluarga berencana, pelayanan gizi, dan pencegahan dan pengendalian penyakit.

Semua puskesmas terpencil dan sangat terpencil mempunyai tenaga perawat. Dan hampir semua puskesmas terpencil dan sangat terpencil ada tenaga bidan, sedangkan untuk jenis tenaga kesehatan yang lainnya tidak selalu ada di puskesmas terpencil dan sangat terpencil, artinya yang melaksanakan pelayanan dan upaya UKM esensial di puskesmas adalah tenaga yang ada di puskesmas yaitu perawat dan bidan.

Jika tidak ada tenaga yang kompeten untuk melaksanakan UKM esensial, maka tenaga perawat dan bidan yang mendapat tugas ganda untuk melaksanakan pelayanan UKM esensial tersebut.

Saran

Penyelenggaraan seluruh jenis UKM esensial di puskesmas perlu didukung dengan tenaga yang memiliki kompetensi sesuai dengan jenis UKM esensial. Penyelenggaraan manajemen puskesmas secara keseluruhan meliputi manajemen sumber daya, program, pemberdayaan masyarakat, sistem informasi dan mutu perlu ditingkatkan sehingga UKM esensial dapat terselenggara secara menyeluruh di puskesmas terpencil dan sangat terpencil.¹⁶

Ucapan Terima Kasih

Kesempatan ini kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Kepala Pusat Perencanaan dan Pendayagunaan BPPSDM Kesehatan yang telah memberikan kepercayaan kepada kami untuk melaksanakan kegiatan survei lokasi calon penempatan Tim Nusantara Sehat Tahun 2016. Kami juga mengucapkan terima kasih kepada seluruh enumerator kegiatan survei lokasi calon penempatan Tim Nusantara Sehat Tahun 2016.

Terima kasih kepada Kepala Pusat Penelitian dan Pengembangan Sumber Daya dan Pelayanan Kesehatan Bapak Nana Mulyana dan Kepala Bidang Sumber Daya Manusia Kesehatan DR.dr. Harimat Hendarwan, M.Kes yang telah memberi dukungan atas pelaksanaan kegiatan survei lokasi calon penempatan Tim Nusantara Sehat Tahun 2016. Terima kasih kepada Mujiati, SKM, M.Kes yang telah memberikan masukan pada artikel ini.

Daftar Rujukan

1. Kementerian Kesehatan RI, 2012. Sistem Kesehatan Nasional. Kementerian Kesehatan RI.
2. Republik Indonesia, 2014. Peraturan Menteri Kesehatan No. 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
3. Kementerian Kesehatan RI. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016. Jakarta, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017.
4. Republik Indonesia, 2007. Peraturan Menteri Kesehatan No. 949/menkes/per/VIII/2007 tentang Kriteria Sarana Pelayanan Kesehatan Terpencil dan Sangat Terpencil.
5. Republik Indonesia, 2015. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 90 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil.
6. Mugeni Sugiharton dan Widjiartini, 2012. Analisis Pencapaian Target Program Promosi Kesehatan Menurut Jenis Puskesmas di Kabupaten TulungAgung (Uji Komperasi Mann Whitney Test- Data RIFASKES 2011). Buletin Penelitian Sistem Kesehatan – Vol. 15 No. 4 Oktober 2012: 369–380.
7. Winardi, J. 2003. Teori organisasi dan Pengorganisasian. PT Rajagrafindo Persada. Jakarta.
8. Republik Indonesia, 2005. Keputusan Menteri Kesehatan No. 1114/MENKES/SK/VII/2005 Tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan Didaerah.
9. Republik Indonesia, 2007. Keputusan Menteri Kesehatan No. 585/MENKES/SK/V/2007 Tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan Di Puskesmas.
10. Republik Indonesia, 2015. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 13 Tahun 2015 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lingkungan
11. Republik Indonesia, 2013. Peraturan Menteri Kesehatan No. 7 tentang Pedoman Pengangkatan dan Penempatan Dokter dan Bidan Sebagai Pegawai Tidak Tetap.
12. Budijanto D. dan Astuti W.D, 2015. Tingkat Kecukupan Tenaga Kesehatan Strategis Puskesmas diIndonesia (Analisis Implementasi Permenkes no.75 tahun 2014). Buletin Penelitian Sistem Kesehatan – Vol. 18 No. 2 April 2015: 179–186.
13. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Upaya Perbaikan Gizi.
14. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Penyelenggaraan Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Jakarta, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017.
15. Maryani H. dan Suharmiati, 2013. Pelayanan Kesehatan di Daerah Terpencil Kepulauan (Studi Kasus di Pulau SAPUDI Kab. SUMENEP, Tahun 2009). Buletin Penelitian Sistem Kesehatan – Vol. 16 No. 3 Juli 2013: 237–247.
16. Republik Indonesia, 2016. Peraturan Menteri Kesehatan No. 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas.