

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Transformasi Kesehatan di Indonesia

Menteri Kesehatan Republik Indonesia menginisiasi adanya transformasi di bidang kesehatan hingga menetapkan 6 jenis transformasi kesehatan yaitu transformasi pelayanan primer, transformasi pelayanan rujukan, sistem ketahanan kesehatan, sistem pembiayaan kesehatan, Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) dan teknologi kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2022).

1. Transformasi Pelayanan Kesehatan Primer (*Primary Health Care*)

a. Definisi Pelayanan Kesehatan Primer

Menurut deklarasi Alma Atta pada tahun 1978 (dalam Fauzi, 2019) pelayanan kesehatan primer adalah pelayanan kesehatan utama berdasarkan metode dan teknologi yang digunakan, ilmiah dan dapat diterima secara sosial dalam masyarakat melalui partisipasi masyarakat, biaya dapat terjangkau oleh masyarakat untuk memelihara memberdayakan masyarakat untuk hidup mandiri (*self reliance*) dan menentukan pilihan sendiri (*self determination*).

Pelayanan kesehatan primer adalah pondasi dan sebagian besar dari sistem yang berfungsi sebagai mitra masyarakat untuk menerapkan pola

hidup sehat, menjaga kesehatan, dan mengelola sebagian besar tantangan dan permasalahan kesehatan sehari-hari. Oleh karena itu, lokasi harus sedekat mungkin dengan masyarakat sekitar. Pelayanan kesehatan primer sebagai *gate keeper* (untuk memenuhi sebagian besar kebutuhan kesehatan masyarakat (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) (Ikatan Dokter Indonesia, 2016).

Pada era jaminan kesehatan nasional yang termasuk pelayanan kesehatan primer (tingkat pertama) yaitu sebagai berikut (Ikatan Dokter Indonesia, 2016).

- 1) Puskesmas;
- 2) Praktik dokter mandiri;
- 3) Praktik dokter gigi;
- 4) Klinik pratama.

Transformasi pelayanan primer adalah mencapai pemerataan pelayanan kesehatan dan penataan ulang jaringan fasilitas pelayanan kesehatan dan sejumlah program yang akan dilakukan. Seperti merevitalisasi posyandu menjadi formal dengan anggaran yang sesuai dan diatur oleh Kementerian Dalam Negeri atau Kementerian Desa, Pembangunan daerah tertinggal, dan transmigrasi. Posyandu ini akan melayani secara lebih aktif bukan hanya bayi dan ibu tetapi akan melayani seluruh siklus hidup remaja, dewasa hingga lansia. Transformasi pelayanan primer juga akan dilakukan reformasi

laboratorium kesehatan masyarakat secara bertingkat yang berperan sebagai diagnosis dini, mulai dari Laboratorium Puskesmas, Laboratorium Kesehatan Kabupaten/Kota, Laboratorium Provinsi, Laboratorium Regional, dan Laboratorium Nasional (Kementerian Kesehatan, 2022).

b. Tujuan dan Fungsi Pelayanan Kesehatan Primer

Menurut (Fauzi, 2019) tujuan pelayanan kesehatan primer adalah untuk mencapai kepuasan masyarakat yang menerima pelayanan kesehatan, dengan tujuan khusus yaitu sebagai berikut.

- 1) Layanan harus menjangkau seluruh populasi yang melayani;
- 2) Pelayanan harus diterima oleh penduduk yang dilayaninya;
- 3) Pelayanan harus didasarkan pada kebutuhan medis penduduk yang dilayani;
- 4) Pelayanan harus menggunakan tenaga dan sumber daya lainnya untuk memenuhi kebutuhan masyarakat.

Sedangkan fungsi pelayanan kesehatan primer yaitu sebagai berikut (Fauzi, 2019).

- 1) Pemeliharaan kesehatan;
- 2) Pencegahan penyakit;
- 3) Diagnosis dan pengobatan;
- 4) Pelayanan tindak lanjut;
- 5) Pemberian sertifikat.

c. Unsur dan Prinsip Pelayanan Kesehatan Primer

Pelayanan kesehatan primer memiliki unsur dan prinsip sebagai berikut. Adapun unsur pelayanan kesehatan primer yaitu sebagai berikut (Wahyuningsih, 2009).

- 1) Mencakup upaya-upaya dasar kesehatan;
- 2) Melibatkan peran serta masyarakat;
- 3) Melibatkan kerjasama lintas sektoral.

Adapun prinsip dasar yaitu sebagai berikut (Wahyuningsih, 2009).

- 1) Pemerataan upaya kesehatan;
- 2) Penekanan upaya preventif;
- 3) Menggunakan teknologi tepat guna;
- 4) Melibatkan peran serta masyarakat;
- 5) Melibatkan kerjasama lintas sektoral.

d. Elemen Pelayanan Kesehatan Primer

Pelaksanaan pelayanan kesehatan primer wajib memiliki 8 elemen esensial yaitu sebagai berikut (Fauzi, 2019).

- 1) Pendidikan masalah kesehatan, cara pencegahan dan cara pengendalian;
- 2) Peningkatan penyediaan makanan dan perbaikan gizi;
- 3) Penyediaan air bersih dan sanitasi;
- 4) Kesehatan ibu dan anak termasuk Keluarga Berencana (KB);
- 5) Imunisasi terhadap penyakit infeksi utama;

- 6) Pencegahan dan pengendalian penyakit endemik setempat;
 - 7) Pengobatan penyakit umum;
 - 8) Penyediaan obat-obat esensial.
- e. Tanggung Jawab Tenaga Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan Primer

Tenaga kesehatan tentunya sangat bertanggung jawab dalam pelayanan kesehatan yaitu sebagai berikut (Fauzi, 2019).

- 1) Mendorong partisipasi aktif dari masyarakat untuk pengembangan dan implementasi pelayanan kesehatan dan program pendidikan kesehatan;
- 2) Kerja sama dengan masyarakat, keluarga atau individu;
- 3) Mengajarkan konsep kesehatan dasar dan teknik asuhan pada masyarakat;
- 4) Memberikan bimbingan dan dukungan kepada petugas pelayanan kesehatan dan masyarakat;
- 5) Koordinasi kegiatan pengembangan kesehatan masyarakat.

2. Transformasi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK)

a. Definisi Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK)

Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) merupakan seseorang yang bekerja di bidang kesehatan secara aktif, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan maupun tidak sehingga memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan (Peraturan Menteri Kesehatan, 2015).

Pemerataan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) yang berkualitas diperlukan untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Salah satu upaya yang dilakukan adalah melalui *academic health system* yaitu model kebijakan untuk mengakomodir potensi masing-masing dari setiap institusi ke dalam satu rangkaian visi yang berdasarkan pada kebutuhan masyarakat. Melalui *academic health system* diharapkan dapat menghitung jumlah dan jenis lulusan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) untuk memenuhi kebutuhan wilayah serta mendefinisikan profil dan *value* Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) yang diperlukan di wilayah tersebut untuk menentukan pola distribusi yang *sustainable* mulai dari layanan primer hingga tersier (Kementerian Kesehatan, 2022).

b. Manajemen Sumber Daya Manusia (MSDM)

Manajemen Sumber Daya Manusia (MSDM) merupakan proses penyusunan personalia (*staffing process*) dipandang sebagai serangkaian kegiatan yang dilaksanakan secara berkelanjutan untuk menjaga pemenuhan kebutuhan organisasi dengan orang-orang yang tepat, posisi-posisi yang tepat dan pada waktu yang tepat. Manajemen Sumber Daya Manusia (MSDM) mencakup strategi-strategi pada proses rekrutmen seperti tes-tes yang digunakan untuk seleksi yang didasarkan atas kompetensi-kompetesi posisi pekerjaan yang dibutuhkan (Maulidah, 2017).

Secara garis besar, proses Manajemen Sumber Daya Manusia (MSDM) dibagi ke dalam 5 bagian yaitu sebagai berikut (Maulidah, 2017).

- 1) *Human resources planning* yaitu perencanaan kebutuhan dan pemanfaatan Sumber Daya Manusia (SDM) bagi perusahaan (Maulidah, 2017).
- 2) *Personnel procurement* yaitu pencarian sampai mendapatkan Sumber Daya Manusia (SDM) yang diinginkan, pada proses ini sudah termasuk rekrutmen, seleksi, penempatan serta kontrak tenaga kerja (Maulidah, 2017).
- 3) *Personnel development* yaitu pengembangan, contoh dari pengembangan Sumber Daya Manusia (SDM) adalah program orientasi tenaga kerja, pendidikan dan pelatihan (Maulidah, 2017).
- 4) *Personnel maintenance* yaitu pemeliharaan Sumber Daya Manusia (SDM), contoh dari pemeliharaan adalah pemberian penghargaan, insentif, jaminan kesehatan dan keselamatan tenaga kerja dan lain-lain (Maulidah, 2017).
- 5) *Personnel utilization* yaitu pemanfaatan dan pengoptimalan Sumber Daya Manusia (SDM), contoh dari pemanfaatan dan pengoptimalan adalah promosi pegawai, demosi, transfer dan pemberhentian (Maulidah, 2017).

Adapun apabila diurutkan berdasarkan aktifitasnya dimulai dari perencanaan, rekrutmen, seleksi, orientasi, pelatihan dan pengembangan, penilaian prestasi dan kompensasi hingga pemanfaatan Sumber Daya Manusia (SDM) (Maulidah, 2017). Adapun perencanaan Sumber Daya Manusia (SDM) yaitu sebagai berikut.

1) Perencanaan

Perencanaan Sumber Daya Manusia (SDM) didesain untuk memastikan bahwa personel yang diperlukan selalu terpenuhi secara memadai. Perencanaan dirancang untuk menjamin pemenuhan kebutuhan personalia organisasi yang mencakup semua kegiatan yang dibutuhkan untuk menyediakan tipe dan jumlah karyawan secara tepat dalam pencapaian tujuan organisasi (Maulidah, 2017).

Perencanaan Sumber Daya Manusia (SDM) terdapat 3 bagian yaitu sebagai berikut (Maulidah, 2017).

- a) Penentuan jabatan, kemampuan yang dibutuhkan karyawan dan berapa jumlah karyawan yang dibutuhkan;
- b) Pemahaman pasar tenaga kerja karyawan potensial;
- c) Pertimbangan kondisi permintaan dan penawaran karyawan.

Perencanaan Sumber Daya Manusia (SDM) mempunyai 4 aspek dasar yaitu sebagai berikut (Maulidah, 2017).

- a) Perencanaan kebutuhan masa depan dengan memutuskan berapa banyak orang yang dibutuhkan organisasi dengan keterampilan tertentu.
 - b) Perencanaan keseimbangan masa depan dengan membandingkan jumlah karyawan yang dibutuhkan dengan jumlah karyawan yang ada.
 - c) Perencanaan untuk merekrut atau memberhentikan karyawan.
 - d) Perencanaan untuk pengembangan karyawan.
- 2) Metode Perhitungan Perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) di Puskesmas

Perencanaan yang dilakukan dengan cara yang tepat dan pada waktu yang tepat, berdasarkan identifikasi masalah yang tepat dan berdasarkan informasi yang tepat serta dapat mengarahkan upaya pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh puskesmas untuk mencapai tujuan dan sarannya. Pelayanan kesehatan harus dilaksanakan secara terpadu lintas program dan sektor untuk menjangkau khalayak seluas mungkin dan ketersediaan sumber daya yang terbatas. Pimpinan puskesmas harus mampu membangun kerjasama dan koordinasi di lingkup internal maupun eksternal dengan mitra lintas sektor. Koordinasi lintas sektor sangat diperlukan, karena beberapa penyebab dan latar belakang masalah

kesehatan hanya dapat diselesaikan oleh lintas sektor di luar bidang kesehatan (Peraturan Menteri Kesehatan, 2016).

Metode perhitungan perencanaan Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) di puskesmas dapat dilakukan dengan 3 cara yaitu sebagai berikut (Peraturan Menteri Kesehatan, 2015).

a) Rasio

Metode rasio tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk harus mempertimbangkan pegawai masuk dan pegawai keluar. Pegawai masuk yang dimaksud adalah pegawai yang pindah masuk dan pegawai baru. Sedangkan, pegawai keluar yaitu pegawai pensiun, pegawai yang meninggal dunia, pegawai sakit atau cacat, pegawai yang mengundurkan diri atau diberhentikan. Selain itu, metode rasio perlu memperhitungkan lulusan dari institusi pendidikan di bidang kesehatan (Kementerian Kesehatan, 2017).

Adapun target rasio tenaga kesehatan berdasarkan penghitungan Kementerian Kesehatan yaitu sebagai berikut.

Tabel 2.1
Target Rasio Tenaga Kesehatan

No	Jenis Tenaga	Rasio per 1.000 penduduk
1	Dokter	1
2	Dokter Gigi	0,2
3	Perawat	2,4
4	Bidan	2

5	Tenaga Kesehatan Lingkungan	0,21
6	Ahli Laboratorium	0,354
7	Ahli Gizi	0,35
8	Tenaga Kesehatan Masyarakat	2 per instansi

Sumber: Kementerian Kesehatan, 2022

Tabel di atas merupakan hasil penghitungan target rasio tenaga kesehatan berdasarkan kesepakatan organisasi profesi, kolegium, konsil dan unit yang terkait. Berdasarkan kesepakatan tersebut diperoleh rasio Ahli Laboratorium sebesar 0,354 per 1.000 penduduk, Ahli Gizi sebesar 0,35 per 1.000 penduduk, tenaga Kesehatan Lingkungan sebesar 0,21 per 1.000 penduduk dan tenaga Kesehatan Masyarakat yang terdiri dari tenaga Promosi Kesehatan dan Epidemiolog Kesehatan masing-masing sebanyak 1. Berdasarkan hal tersebut, idealnya puskesmas memiliki 2 tenaga Kesehatan Masyarakat (Kementerian Kesehatan, 2022).

b) Standar Ketenagaan Minimal

Metode standar ketenagaan minimal merupakan metode pengembangan dari metode Analisis Beban Kerja Kesehatan (ABK Kes) bertujuan untuk merencanakan kebutuhan minimal Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) di rumah sakit maupun puskesmas dengan cepat sesuai dengan tipe fasilitas

pelayanan kesehatan. Metode standar ketenagaan minimal sangat tepat digunakan untuk fasilitas pelayanan kesehatan yang baru berdiri, fasilitas pelayanan kesehatan terpencil, fasilitas pelayanan kesehatan sangat terpencil dan fasilitas pelayanan kesehatan yang kurang diminati masyarakat (Kementerian Kesehatan, 2015).

Adapun standar ketenagaan minimal di puskesmas menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2019 tentang Puskesmas yaitu sebagai berikut.

Tabel 2.2
Standar Ketenagaan Minimal Puskesmas

No	Jenis Tenaga	Puskesmas Kawasan Perkotaan		Puskesmas Kawasan Pedesaan		Puskesmas Terpencil dan Sangat Terpencil	
		Non Rawat Inap	Rawat Inap	Non Rawat Inap	Rawat Inap	Non Rawat Inap	Rawat Inap
1	Dokter	1	2	1	2	1	2
2	Dokter Gigi	1	1	1	1	1	1
3	Perawat	5	8	5	8	5	8
4	Bidan	4	7	4	7	4	7
5	Tenaga Kesehatan Masyarakat	2	2	1	1	1	1
6	Tenaga Kesehatan Lingkungan	1	1	1	1	1	1
7	Ahli Laboratorium	1	1	1	1	1	1
8	Ahli Gizi	1	2	1	2	1	2

9	Tenaga Farmasi	1	2	1	1	1	1
10	Tenaga Administrasi	3	3	2	2	2	2
11	Pekarya	2	2	1	1	1	1
	Jumlah	22	31	19	27	19	27

Sumber: Kementerian Kesehatan, 2019

Tabel di atas digunakan sebagai rujukan kondisi minimal yang diharapkan agar puskesmas dapat terselenggara dengan baik dan belum termasuk tenaga di puskesmas pembantu dan Bidan Desa (Kementerian Kesehatan, 2015).

B. Konsep Dasar Pencegahan Penyakit

Konsep dasar pencegahan penyakit dibagi ke dalam 5 tingkat pencegahan (*five levels of prevention*) menurut Leavell dan Clark (dalam Notoatmodjo, 2003) yaitu sebagai berikut.

1. Promosi Kesehatan (*Health Promotion*)

Pada promosi kesehatan diperlukan pendidikan mengenai kesehatan dalam peningkatan gizi, kebiasaan hidup sehat, higiene dan sanitasi perorangan dan sebagainya.

2. Perlindungan Khusus (*Specific Protection*)

Pada tahap ini diperlukan upaya perlindungan khusus terhadap suatu penyakit tertentu, terutama di negara berkembang. Contoh dari perlindungan khusus yaitu imunisasi.

3. *Diagnosis Dini dan Pengobatan Segera (Early Diagnosis and Prompt Treatment)*

Diagnosis dini diperlukan untuk mendeteksi penyakit tertentu agar dapat segera diobati dan diberikan pelayanan kesehatan yang layak.

4. *Pembatasan Cacat (Disability Limitation)*

Setelah tahap diagnosis dini, maka diperlukan *disability limitation* untuk mencegah terjadinya kecacatan. Pada tahap ini diperlukan pengobatan yang tuntas.

5. *Rehabilitasi (Rehabilitation)*

Rehabilitasi dilakukan ketika seseorang sudah terlanjur mengalami kecacatan. Pada tahap ini diperlukan pelatihan agar seseorang yang mengalami kecacatan tersebut mandiri dan dapat diterima kembali di masyarakat.

Adapun menurut (Syafudin, 2015) terdapat 3 tingkat pencegahan penyakit yaitu sebagai berikut.

1. *Tingkat Pertama (Primary Prevention)*

Pada tahap ini terdiri dari langkah-langkah promosi kesehatan dan pencegahan untuk pemeliharaan kesehatan jangka panjang dan pencegahan penyakit (Syafudin, 2015).

2. *Pencegahan Tingkat Kedua (Secondary Prevention)*

Pada tahap ini yaitu dilakukan diagnosis dini dan pengobatan yang tepat. Dalam kasus penyakit atau munculnya gejala penyakit, tindakan

pencegahan diperlukan untuk mencegah penyakit memburuk atau menjadi kronis dan komplikasi (Syafrudin, 2015).

3. Pencegahan Tingkat Ketiga (*Tertiary Prevention*)

Pada tahap ini disebut juga tahap penyembuhan penyakit yang bertujuan untuk mengurangi dampak komplikasi penyakit melalui peningkatan kualitas kesehatan dan aktivitas sehari-hari (pemulihan status fisik atau medis, mental atau psikologis dan sosial), bertujuan untuk mencegah berkembangnya penyakit-penyakit ke tingkat yang lebih serius atau mematikan, mencegah kecacatan lebih lanjut (Syafrudin, 2015).

C. Puskesmas

1. Definisi Puskemas

Puskesmas sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat. Peran puskesmas sangat strategis dalam percepatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kuratif (pengobatan), preventif (pencegahan), promotif (peningkatan kesehatan) dan rehabilitasi (pemulihan kesehatan) (Liviah, 2019).

Puskesmas harus dibangun di setiap kecamatan, namun dari segi kebutuhan pelayanan, kependudukan dan aksesibilitas, 1 Kabupaten/Kota dapat memiliki lebih dari 1 puskesmas, salah satunya adalah dibangunnya puskesmas pembantu untuk meningkatkan aksesibilitas layanan. Puskesmas pembantu memberikan pelayanan kesehatan tetap di daerah

yang sulit dijangkau seperti desa, agar pelayanan kesehatan lebih mudah dijangkau oleh masyarakat (Purnamasari, 2020).

2. Program Kesehatan Puskesmas

Dalam rangka memberikan dan mendistribusikan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat di wilayah kerjanya, puskesmas memiliki atau menyelenggarakan beberapa program penting yaitu sebagai berikut (Alamsyah dan Muliawati Ratna, 2013).

- a. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA);
- b. Keluarga Berencana (KB);
- c. Usaha perbaikan gigi;
- d. Kesehatan lingkungan (Kesling);
- e. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular (P2PM);
- f. Pengobatan termasuk pelayanan darurat karena kecelakaan;
- g. Penyuluhan kesehatan masyarakat (Promkes);
- h. Kesehatan sekolah;
- i. Kesehatan jiwa;
- j. Laboratorium sederhana;
- k. Pencatatan pelaporan dalam rangka sistem imunasi kesehatan;
- l. Kesehatan olahraga kesehatan usia lanjut;
- m. Kesehatan gigi dan mulut;
- n. Pembinaan pengobatan tradisional;
- o. Perawatan kesehatan masyarakat;

p. Perawatan kesehatan masyarakat.

Dari 16 program puskesmas tersebut dibedakan menjadi dua yaitu program kesehatan dasar dan program kesehatan pengembangan. Program kesehatan dasar disebut dengan "*The Six Basic*" yaitu promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan ibu dan anak termasuk Keluarga Berencana (KB), perbaikan gizi, pemberantasan penyakit menular dan pengobatan dasar. Sedangkan program kesehatan pengembangan adalah program sesuai dengan kondisi permasalahan kesehatan berdasarkan kemampuan puskesmas (Alamsyah dan Muliawati Ratna, 2013).

3. Fungsi Puskesmas

Menurut (Suhadi dan Kardi Rais, 2015) fungsi puskesmas yaitu sebagai berikut.

a. Pusat Penggerak Pembangunan Kesehatan

Puskesmas berupaya sebagai penggerak dan pemantau dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan maupun lintas sektor agar berwawasan dan mendukung pembangunan kesehatan. Selain itu, puskesmas harus memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari setiap program pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Upaya pembangunan kesehatan di puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan dan pencegahan tanpa mengabaikan upaya penyembuhan dan pemulihan (Suhadi dan Kardi Rais, 2015).

b. Pusat Pemberdayaan Masyarakat

Puskesmas berupaya agar perorangan maupun masyarakat memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan secara mandiri untuk hidup sehat, berperan aktif dalam kepentingan kesehatan yaitu pembiayaan, ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan dengan memperhatikan kondisi dan situasi salah satunya adalah sosial budaya masyarakat setempat (Suhadi dan Kardi Rais, 2015).

c. Pusat Pelayanan Kesehatan Strata Pertama

Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan primer (tingkat pertama) secara menyeluruh, terpadu dan berkelanjutan yaitu sebagai berikut (Suhadi dan Kardi Rais, 2015).

1) Pelayanan Kesehatan Perorangan

Pelayanan kesehatan perorangan bersifat pribadi (*private goods*) memiliki tujuan menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan kegiatan promotif dan preventif (Suhadi dan Kardi Rais, 2015).

2) Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan kesehatan masyarakat bersifat publik (*public goods*) memiliki tujuan memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, tanpa mengabaikan kegiatan kuratif dan rehabilitatif. Contoh pelayanan kesehatan masyarakat yaitu promosi

kesehatan, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, pemberantasan penyakit dan lain-lain (Suhadi dan Kardi Rais, 2015).

4. Peran Puskesmas

Kondisi otonomi daerah saat ini, puskesmas memiliki peran yang sangat fundamental sebagai institusi pelaksana teknis. Puskesmas harus memiliki kemampuan manajerial dan berwawasan jauh ke depan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Puskesmas harus ikut berpartisipasi dalam menentukan kebijakan daerah melalui sistem perencanaan yang esensial dan realistis, tata laksana yang tersusun, serta sistem evaluasi dan pemantauan yang tepat. Puskesmas juga dituntut dalam pemanfaatan teknologi informasi sebagai upaya peningkatan pelayanan kesehatan (Mubarak, 2014).

5. Misi Puskesmas

Misi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya misi Pembangunan Kesehatan Nasional yaitu sebagai berikut (Mubarak, 2014).

- a. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya;
- b. Mendorong kemandirian hidup sehat bagi masyarakat;
- c. Memelihara dan meningkatkan kualitas, pemerataan, dan keterjangkauan pelayanan kesehatan;

- d. Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat.

6. Kedudukan Puskesmas

Puskesmas merupakan suatu organisasi kesehatan bersifat fungsional yang memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu di wilayahnya kerja kepada masyarakat dengan kegiatan pokok. Secara fungsional, puskesmas berperan yaitu sebagai berikut (Budioro, 1997).

- a. Pusat pembangunan kesehatan masyarakat;
- b. Pembina dengan peran serta dari masyarakat dalam rangka meningkatkan kemampuan hidup sehat;
- c. Pelayanan kesehatan menyeluruh dan terpadu.

7. Stratifikasi Puskesmas

Stratifikasi puskesmas merupakan kegiatan yang mengukur tingkat prestasi puskesmas sebagai kegiatan mawas diri dan dilakukan untuk mengetahui tingkat pencapaian penampilan kerja selama satu tahun terhadap standar operasional yang ada. Stratifikasi merupakan salah satu fungsi dari manajemen puskesmas yaitu evaluasi (Mubarak, 2014). Strata puskesmas dibagi menjadi tiga yaitu sebagai berikut.

- a. Strata I dimiliki puskesmas dengan prestasi sangat baik (hijau);
- b. Strata II dimiliki puskesmas dengan prestasi standar (kuning);
- c. Strata III dimiliki puskesmas dengan prestasi kurang (merah).

Sasaran dari stratifikasi puskesmas yaitu sebagai berikut.

- a. Puskesmas pada tingkat kecamatan;
- b. Puskesmas pada tingkat kelurahan (puskesmas pembantu);
- c. Unit-unit kesehatan lain;
- d. Pembinaan peran serta masyarakat.

Tujuan umum dari stratifikasi puskesmas yaitu mendapatkan gambaran kekuatan dan kelemahan puskesmas, termasuk hambatan dan masalah yang ditemui selama kurun waktu 1 tahun. Sementara, tujuan khusus stratifikasi yaitu sebagai berikut (Mubarak, 2014).

- a. Adanya hasil penilaian pencapaian kegiatan yang dilakukan puskesmas sesuai standar operasional selama kurun waktu 1 tahun;
- b. Adanya hasil penilaian kemampuan manajemen puskesmas;
- c. Saran dalam penyusunan rencana tahunan puskesmas.

8. Model Sistem Puskesmas

Model sistem puskesmas menggunakan pendekatan komponen *input*, *process* dan *output* yang disingkat menjadi IPO kegiatan puskesmas. Model sistem puskesmas yaitu sebagai berikut (Ali, 2012).

a. *Input*

Komponen *input* terdiri dari sumber daya (*resources*), sarana dan prasarana yang digunakan dalam pelayanan di puskesmas terdiri dari 6M+*Time* yaitu sebagai berikut (Ali, 2012).

- 1) *Man* yaitu Sumber Daya Manusia Kesehatan (SDMK) atau petugas yang bekerja di puskesmas.

- 2) *Money* yaitu sumber-sumber pembiayaan kesehatan yang harus dikelola oleh puskesmas.
- 3) *Material* yaitu bahan atau obat-obatan serta alat-alat lainnya.
- 4) *Metode* yaitu Standar Operasional Prosedur (SOP) yang harus ditempuh pada saat pelayanan medik maupun masyarakat.
- 5) *Markets* yaitu sasaran pelayanan puskesmas seperti masyarakat, kelompok masyarakat, keluarga dan individu, serta penderita di wilayah kerja puskesmas.
- 6) *Machine* yaitu perlengkapan dan peralatan kesehatan yang menunjang pelayanan puskesmas.
- 7) *Time* yaitu jadwal kegiatan atau pelayanan kesehatan di puskesmas.

b. *Process*

Komponen *process* adalah bagaimana menggunakan *input* (6M+*Time*) yang dilakukan untuk menghasilkan keberhasilan pelayanan di puskesmas (Ali, 2012).

c. *Output*

Komponen *output* adalah hasil pelayanan atau hasil kegiatan dari komponen *input* dan *process* yang dapat berupa cakupan pelayanan, pengadaan barang dan jasa serta kualitas pelayanan puskesmas (Ali, 2012).

D. Tenaga Promotif dan Preventif

1. Upaya Pelayanan Kesehatan

Upaya pelayanan kesehatan dibagi menjadi 4 yaitu sebagai berikut (Undang-Undang Republik Indonesia, 2009).

- a. Pelayanan kesehatan promotif adalah kegiatan dan atau rangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang mengutamakan kegiatan promosi kesehatan (Undang-Undang Republik Indonesia, 2009).
- b. Pelayanan kesehatan preventif adalah tindakan pencegahan terhadap masalah kesehatan atau penyakit (Undang-Undang Republik Indonesia, 2009).
- c. Pelayanan kesehatan kuratif adalah kegiatan dan atau serangkaian tindakan medis yang bertujuan untuk menyembuhkan penyakit, menurunkan angka kesakitan, mengendalikan penyakit atau mengendalikan kecacatan untuk menjaga kualitas pasien seoptimal mungkin (Undang-Undang Republik Indonesia, 2009).
- d. Pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah kegiatan dan atau rangkaian kegiatan yang bertujuan untuk mengintegrasikan kembali penderita yang sudah sembuh ke dalam masyarakat agar dapat berfungsi kembali sesuai dengan kemampuannya sebagai anggota masyarakat yang berguna bagi dirinya dan masyarakat (Undang-Undang Republik Indonesia, 2009).

2. Jenis Tenaga Promotif dan Preventif

Puskesmas minimal memiliki 5 jenis tenaga kesehatan promotif dan preventif yaitu sebagai berikut (Kementerian Kesehatan, 2020).

a. Tenaga Kesehatan Masyarakat

Tenaga Kesehatan Masyarakat adalah tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi sebagai Epidemiolog Kesehatan, tenaga Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Pembimbing Kesehatan Kerja, tenaga Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, tenaga Biostatistik dan Kependudukan serta tenaga Kesehatan Reproduksi dan Keluarga (Undang-Undang Republik Indonesia, 2014).

b. Tenaga Kesehatan Lingkungan

Tenaga Kesehatan Lingkungan adalah tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi sebagai tenaga Sanitasi Lingkungan, Entomolog Kesehatan, dan Mikrobiolog Kesehatan (Undang-Undang Republik Indonesia, 2014).

c. Tenaga Ahli Laboratorium

Tenaga Ahli Laboratorium adalah tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi sebagai Teknik Biomedika (Undang-Undang Republik Indonesia, 2014).

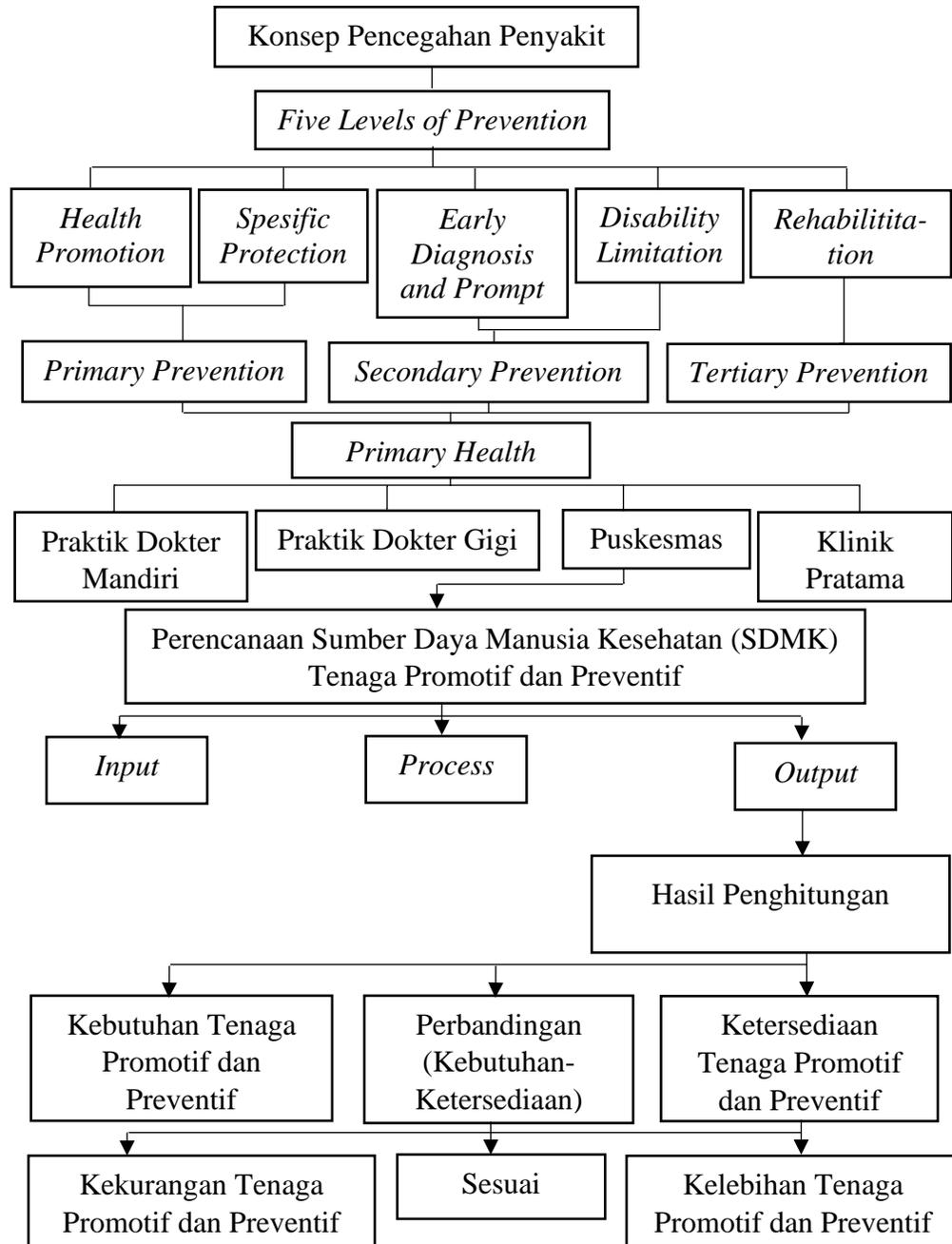
d. Tenaga Ahli Gizi

Tenaga Ahli Gizi adalah tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi sebagai Nutrisisionis dan Dietisien (Undang-Undang Republik Indonesia, 2014).

e. Tenaga Farmasi

Tenaga Farmasi adalah tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi sebagai Apoteker dan tenaga teknis Kefarmasian (Undang-Undang Republik Indonesia, 2014).

E. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori (Modifikasi Teori (Leavell dan Clark) (dalam Notoatmodjo, 2003)), (Syafrudin, 2015), (Ikatan Dokter Indonesia, 2016) dan (Ali, 2012)).