

PELAYANAN KESEHATAN LINGKUNGAN DI PUSKESMAS (KLINIK SANITASI)



PELAYANAN KESEHATAN LINGKUNGAN PUSKESMAS (KLINIK SANITASI)

Evino Sugriarta, SKM, M.Kes

Mahaza, SKM, MKM

Lindawati, SKM, M.Kes

Rahmi Hidayanti, SKM, M.Kes



GETPRESS INDONESIA

**PELAYANAN KESEHATAN LINGKUNGAN PUSKESMAS
(KLINIK SANITASI)**

Penulis : Evino Sugriarta, SKM, M.Kes
Mahaza, SKM, MKM
Lindawati, SKM, M.Kes
Rahmi Hidayanti, SKM, M.Kes

ISBN : 978-623-125-545-7

Editor : Dr. Aidil Onasis, SKM, M.Kes.
Desain Sampul dan Tata Letak : Tri Putri Wahyuni, S.Pd.

PENERBIT GET PRESS INDONESIA
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022
Jl. Palarik RT 01 RW 06 Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tangah Padang Sumatera Barat

website: www.getpress.co.id
email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Desember 2024

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas tersusunnya buku ini yang berjudul " Pelayanan Kesehatan Lingkungan Puskesmas (Klinik Sanitasi)". Buku ini disusun dengan tujuan memberikan pemahaman komprehensif mengenai peran dan fungsi Puskesmas dalam pelayanan kesehatan masyarakat, khususnya terkait dengan penyakit berbasis lingkungan dan manajemen Puskesmas. Buku ini diharapkan dapat menjadi panduan bagi tenaga kesehatan, akademisi, dan masyarakat umum dalam mengelola serta meningkatkan pelayanan kesehatan berbasis komunitas yang efektif dan efisien.

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan buku ini, baik dalam bentuk saran, data, maupun dukungan moral. Kami menyadari bahwa masih terdapat kekurangan dalam penyusunan buku ini, sehingga saran dan kritik yang membangun sangat diharapkan untuk penyempurnaan di masa yang akan datang. Semoga buku ini bermanfaat dan dapat memberikan kontribusi positif bagi peningkatan kesehatan masyarakat Indonesia.

Padang, Oktober 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR..... i

DAFTAR ISI ii

DAFTAR GAMBAR..... iv

BAB I PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT (PUSKESMAS) 1

 1.1 Latar Belakang 1

 1.2 Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas 6

 1.3 Tugas, Fungsi dan Wewenang Puskesmas..... 9

 1.4 Persyaratan Puskesmas..... 15

 1.5 Kategori Puskesmas..... 22

 1.6 Organisasi 25

 1.7 Upaya Kesehatan Puskesmas 27

 1.8 Sistem Informasi Puskesmas..... 29

 1.9 Penutup..... 30

DAFTAR PUSTAKA..... 31

BAB II PENYAKIT BERBASIS LINGKUNGAN..... 33

 2.1 Pendahuluan 33

 2.2 Faktor Risiko Penyakit Berbasis Lingkungan 35

 2.3 Jenis Penyakit Berbasis Lingkungan 44

 2.4 Penutup..... 53

DAFTAR PUSTAKA..... 55

BAB III PELAYANAN KESEHATAN LINGKUNGAN..... 57

 3.1 Latar Belakang 57

 3.2 Pelayanan Kesehatan Lingkungan 58

 3.3 Konseling..... 62

 3.4 Inspeksi Kesehatan Lingkungan 74

 3.5 Intervensi Kesehatan Lingkungan..... 82

3.6 Penutup.....	87
DAFTAR PUSTAKA	89
BAB IV MANAJEMEN PUSKESMAS	91
4.1 Latar Belakang	91
4.2 Konsep Manajemen Puskesmas	94
4.3 Perencanaan.....	100
4.4 Penggerakan dan pelaksanaan	104
4.5 Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian Kinerja	110
4.6 Dukungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam Manajemen Puskesmas	118
4.7 Penutup.....	120
DAFTAR PUSTAKA	122

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3. 1. Alur Pelayanan Kesehatan Lingkungan	61
Gambar 3. 2. Alur Inspeksi Kesehatan Lingkungan	82
Gambar 4. 1. Siklus Manajemen Puskesmas	99
Gambar 4. 2. Tahap-tahap Perencanaan	102
Gambar 4. 3. Penyusunan Perencanaan Tahunan Puskesmas	103
Gambar 4. 4. Pelaksanaan Lokakarya Mini Puskesmas	109
Gambar 4. 5. Kelompok Puskesmas Berdasarkan Penilaian Kinerja.....	116
Gambar 4. 6. Contoh Grafik Laba-Laba atau Diagram Radar untuk Pelayanan K1-K4-PN-Ibu Nifas-KB Aktif pada Puskesmas Buah Tahun 2023	118

BAB I

PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT (PUSKESMAS)

1.1 Latar Belakang

Pusat Kesehatan Masyarakat, atau yang disingkat dan lebih dikenal di Indonesia dengan nama Puskesmas, adalah unit pelaksana teknis (UPT) dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja UPT. Sebagai unit fungsional pelayanan kesehatan terdepan dalam unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota, tugasnya adalah menyelenggarakan sebagian tugas teknis Dinas Kesehatan Pembangunan Kesehatan. Maksudnya adalah sebagai penyelenggara upaya kesehatan seperti melaksanakan upaya penyuluhan, pencegahan dan penanganan kasus-kasus penyakit di wilayah kerjanya, secara terpadu dan terkoordinasi. Sementara pertanggung jawaban secara keseluruhan ada di Dinkes dan sebagian ada di Puskesmas.

Sejarah perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia dimulai sejak pemerintahan Belanda pada abad XVI. Kesehatan masyarakat di Indonesia pada waktu itu dimulai dengan adanya upaya pemberantasan cacar dan kolera yang sangat ditakuti masyarakat pada waktu itu.

Kolera masuk di Indonesia tahun 1972 dan tahun 1937 terjadi wabah kolera eltor di Indonesia. Kemudian pada tahun 1948 cacar masuk ke Indonesia melalui Singapura dan muai berkembang di Indonesia. Sehingga berawal dari wabah kolera tersebut maka pemerintah Belanda pada waktu itu melakukan upaya-upaya kesehatan masyarakat.

Kemudian pada September 1959, wabah malaria masuk ke Malang. Dengan tekad di dada malaria ditargetkan terberantas pada tahun 1970.

Puskesmas telah menjadi tonggak periode perjalanan sejarah Dinas Kesehatan Kabupaten di Indonesia. Konsep Puskesmas sendiri diterapkan di Indonesia pada tahun 1969. Perihal diterapkannya konsep Puskesmas ini, pada awal berdirinya, sedikit sekali perhatian yang dicurahkan Pemerintah di Kabupaten pada pembangunan di bidang Kesehatan. Sebelum konsep Puskesmas diterapkan, dalam rangka memberikan pelayanan terhadap masyarakat maka dibangunlah Balai Pengobatan (BP), Balai Kesejahteraan Ibu

dan Anak (BKIA), yang tersebar di kecamatan-kecamatan. Unit tersebut berdiri sendiri-sendiri tidak saling berhubungan dan langsung melaporkan kegiatannya kepada Kepala Dinas Kesehatan, umumnya unit tersebut dipimpin oleh seorang Mantri (perawat) senior yang pendidikannya bisa membantu perawat.

Sejalan dengan diterapkannya konsep Puskesmas di Indonesia tahun 1969, maka mulailah dibangun Puskesmas di beberapa wilayah yang dipimpin oleh seorang Dokter Wilayah (Dokwil) yang membawahi beberapa Kecamatan, sedang di tingkat kabupaten ada Dokter Kabupaten (Dukabu) yang membawahi Dokwil. Pelayanan kesehatan yang diberikan Puskesmas tersebut adalah pelayanan kesehatan menyeluruh (komprehensif) yang meliputi pelayanan: pengobatan (kuratif), upaya pencegahan (preventif), peningkatan kesehatan (promotif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif).

Masalah-masalah kesehatan yang ditemukan juga sedemikian banyak, antara lain: Penyakit-penyakit menular (Cacar, Malaria, TBC) masih merajalela dengan incidence dan prevalence yang tinggi. Status gizi terutama pada golongan rawan anak-anak di bawah lima tahun dan ibu hamil atau menyusui masih belum memuaskan. Air minum

yang sehat, pembuangan kotoran dan sanitasi perumahan yang sangat tidak memadai. Hal tersebut erat kaitannya dengan kemiskinan yang dicerminkan oleh rendahnya tingkat pendidikan, penghasilan perkapita, produksi perkapita dan konsumsi perkapita (termasuk konsumsi dalam bidang sanitasi, gizi dan pelayanan kesehatan).

Selain hal tersebut masalah ketenagaan, khususnya dokter, perawat gigi, nutrisisionis, jumlahnya juga masih terbatas. Disadari bahwa tanpa partisipasi masyarakat secara memadai, tidaklah mungkin keinginan atau tuntutan (*demand*) masyarakat yang semakin meningkat di bidang kesehatan. Untuk itu pada tahun 1976 dikembangkanlah konsep Pembangunan Kesehatan.

Pada era orde baru, pembangunan Puskesmas telah mendapatkan persetujuan dari Presiden Soeharto, sehingga pemerintah pada saat itu memasukkan program Puskesmas ini kedalam program Pengembangan Lima Tahun (Pelita). Kemudian, pada Pelita II antara tahun 1974 hingga 1979, pemerintahan Orde Baru berhasil membangun sekitar 2.000 Puskesmas. Hingga 1993, jumlah Puskesmas yang dibangun oleh pemerintah Orde Baru mencapai 6.749 unit di seluruh Indonesia. Kemudian, hingga saat ini jumlah Puskesmas yang tersebar di seluruh Indonesia berjumlah 10.374 unit.

Ke depan puskesmas berfungsi sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan; pusat pemberdayaan masyarakat; pusat pelayanan kesehatan komprehensif di strata pertama dan (UKM dan UKP). Disamping itu Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) dapat berjalan secara lintas sektor, Puskesmas sebagai pembina teknis, terdapat alokasi anggaran yang cukup untuk upaya kesehatan masyarakat (public goods), serta terdapat sistem yang jelas mengenai peran puskesmas dan jejaringnya termasuk dengan Dinkes Kab/Kota, RS Kab/Kota.

Menurut Menkes, Puskesmas sebagai focal point Primary Health Care (PHC) dibawahnya terdapat Puskesmas Pembantu (Pustu), Puskesmas Keliling (Pusling), Dokter Praktik dan Bidan Praktik. Di tingkat desa terdapat Polindes, Poskesdes, Posyandu, Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), Bina Keluarga Balita (BKB). Di tingkat supra-sistemnya terdapat Dinkes Kab/kota dan RS Kab/kota. Berkaitan dengan hal itu Menkes mengharapkan kepada dokter yang tergabung dalam PDK3MI dapat memberikan masukan dalam merevitalisasi PHC.

Masalah yang dihadapi dalam proses terkait PHC, antara lain setelah otonomi daerah, Puskesmas dinilai masih berat ke kuratif. Perlu diidentifikasi lagi apakah front line atau

ujung tombak pelaksana public health yang tepat adalah di tingkat Puskesmas atau tingkat Poskesdes/Polindes. Di Thailand dan Malaysia posisinya di Klinik Desa. Selanjutnya, perlu dikaji lagi bagaimana remunerasi yang tepat untuk tenaga kesehatan. Apakah dalam bentuk gaji atau dengan model kontrak kinerja. Juga perlu dipikirkan struktur organisasi Puskesmas yang tanggap terhadap upaya public health, misalnya memisahkan UKP dan UKM.

1.2 Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya.

Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di puskesmas bertujuan untuk mewujudkan wilayah kerja puskesmas yang sehat, dengan masyarakat yang memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat, mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu, hidup dalam lingkungan sehat, dan memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu,

keluarga, kelompok, dan masyarakat. Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di puskesmas dalam rangka mewujudkan kecamatan sehat, selanjutnya mencapai kabupaten/kota sehat.

Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di puskesmas, maka prinsip penyelenggaraan puskesmas adalah meliputi :

1. Paradigma sehat

Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan berpartisipasi dalam upaya mencegah dan mengurangi risiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.

2. Pertanggungjawaban wilayah

Prinsip pertanggungjawaban wilayah menjadi salah satu prinsip yang harus dilaksanakan oleh puskesmas, yaitu puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Wilayah kerja puskesmas meliputi wilayah kerja administratif, yaitu satu kecamatan, atau sebagian wilayah kecamatan. Apabila di satu kecamatan terdapat lebih dari satu puskesmas, maka tanggung jawab wilayah kerja dibagi antar puskesmas oleh pemerintah

daerah, dengan memperhatikan keutuhan konsep wilayah (desa/kelurahan) dalam satu kecamatan.

3. Kemandirian masyarakat

Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

4. Ketersediaan akses pelayanan kesehatan

Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya, dan kepercayaan.

5. Teknologi tepat guna

Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan teknologi yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan, dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan. Prinsip teknologi tepat guna harus diterapkan oleh puskesmas untuk mempermudah pelayanan yang dibutuhkan dalam meningkatkan kualitas pelayanannya.

Penerapan prinsip teknologi tepat guna dapat dilakukan dengan memberdayakan kearifan lokal di daerah tertentu. Sebagai contoh di daerah yang sulit mendapatkan akses air bersih, puskesmas dapat

menggunakan tawas atau metode penyaringan sederhana dengan ijuk, batu dan pasir untuk mendapatkan air bersih tersebut. Pemanfaatan teknologi tepat guna ini dilakukan dengan memperhatikan kebutuhan pelayanan kesehatan, kondisi lingkungan dan kemampuan sumber daya puskesmas.

6. Keterpaduan dan kesinambungan

Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas.

1.3 Tugas, Fungsi dan Wewenang Puskesmas

Sebagai organisasi pelayanan kesehatan tingkat pertama, dengan tujuan melaksanakan pembangunan kesehatan masyarakat diwilayah kerjanya. Untuk mencapai tujuan tersebut, maka puskesmas tersebut mempunyai tugas, fungsi, dan wewenang.

1. Tugas Puskesmas

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan tersebut,

maka puskesmas mengintegrasikan program yang dilaksanakannya dengan pendekatan keluarga. Pendekatan keluarga merupakan salah satu cara puskesmas mengintegrasikan program untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga (kunjungan rumah).

2. Fungsi Puskesmas

Fungsi puskesmas artinya adalah kegiatan pokok yang harus dilakukan oleh puskesmas untuk mencapai tujuannya dalam pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Puskesmas dalam melaksanakan tugasnya, memiliki fungsi sebagai berikut :

- a. Sebagai penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya.

Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat.

- b. Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya.

Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan.

3. Wewenang Puskesmas

Berdasarkan fungsi dari puskesmas dalam pembangunan kesehatan masyarakat diwilayah kerjanya, yaitu penyelenggara UKM dan UKP, maka kewenangan puskesmas tersebut adalah :

a. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)

Dalam penyelenggaraan UKM tersebut, puskesmas dapat berfungsi sebagai berikut :

- 1) Menyusun perencanaan kegiatan berdasarkan hasil analisis masalah kesehatan masyarakat dan kebutuhan pelayanan yang diperlukan.
- 2) Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan.

- 3) Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan.
- 4) Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerja sama dengan pimpinan wilayah dan sektor lain terkait
- 5) Melaksanakan pembinaan teknis terhadap institusi, jaringan pelayanan Puskesmas dan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat.
- 6) Melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas.
- 7) Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan.
- 8) Memberikan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan mempertimbangkan faktor biologis, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual.

- 9) Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan;
 - 10) Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat kepada dinas kesehatan daerah kabupaten/kota, melaksanakan sistem kewaspadaan dini, dan respon penanggulangan penyakit; k.
 - 11) Melaksanakan kegiatan pendekatan keluarga.
 - 12) Melakukan kolaborasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan rumah sakit di wilayah kerjanya, melalui pengoordinasian sumber daya kesehatan di wilayah kerja Puskesmas.
- b. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)
- Fungsi puskesmas dalam penyelenggaraan UKP adalah sebagai berikut :
- 1) Menyenggarakan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan, bermutu, dan holistik yang mengintegrasikan faktor biologis, psikologi, sosial, dan budaya

dengan membina hubungan dokter - pasien yang erat dan setara.

- 2) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif.
- 3) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berpusat pada individu, berfokus pada keluarga, dan berorientasi pada kelompok dan masyarakat.
- 4) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang mengutamakan kesehatan, keamanan, keselamatan pasien, petugas, pengunjung, dan lingkungan kerja.
- 5) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi.
- 6) Melaksanakan penyelenggaraan rekam medis.
- 7) melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses pelayanan kesehatan.
- 8) Melaksanakan perencanaan kebutuhan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia puskesmas.

- 9) Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan.
- 10) Melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Selain memiliki kewenangan UKM dan UKP puskesmas juga melakukan pembinaan terhadap fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya, dapat berfungsi sebagai wahana pendidikan bidang kesehatan, wahana program internsip, dan/atau sebagai jejaring rumah sakit pendidikan. Kewenangan ini dilaksanakan harus mengacu pada ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

1.4 Persyaratan Puskesmas

Puskesmas didirikan atau dibangun oleh pemerintah adalah untuk memenuhi kebutuhan masyarakat agar mudah mendapatkan pelayanan kesehatan tingkat pertama. Walaupun demikian proses pendirian Puskesmas harus memenuhi beberapa persyaratan. Adapun persyaratan untuk mendirikan puskesmas tersebut adalah :

1. Puskesmas harus didirikan pada setiap kecamatan.
2. Dalam kondisi tertentu, pada satu kecamatan dapat didirikan lebih dari satu puskesmas.
3. Pertimbangan kebutuhan pelayanan, jumlah penduduk, dan aksesibilitas.
4. Memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, peralatan, ketenagaan, kefarmasian, dan laboratorium klinik.
 - a. Persyaratan lokasi, meliputi :
 - 1) Geografis, puskesmas tidak didirikan di lokasi berbahaya, antara lain :
 - a) tidak di tepi lereng
 - b) tidak dekat kaki gunung yang rawan terhadap tanah longsor
 - c) tidak dekat anak sungai, sungai atau badan air yang dapat mengikis pondasi
 - d) tidak di daerah rawan banjir
 - 2) Aksesibilitas untuk jalur transportasi, puskesmas didirikan di lokasi yang mudah dijangkau oleh masyarakat dan dapat diakses dengan mudah menggunakan transportasi umum.

- 3) Kontur tanah, kontur tanah mempunyai pengaruh penting pada perencanaan struktur, dan harus dipilih sebelum perencanaan awal dapat dimulai. Selain itu, kontur tanah berpengaruh terhadap perencanaan sistem drainase, kondisi jalan terhadap tapak bangunan dan lain-lain.
- 4) Fasilitas parkir, harus memadai, menyesuaikan dengan kondisi lokasi, sosial dan ekonomi daerah setempat.
- 5) Fasilitas keamanan, minimal menggunakan pagar
- 6) Ketersediaan utilitas publik, puskesmas sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan membutuhkan air bersih, pembuangan air kotor/limbah, listrik, dan jalur telepon.
- 7) Pengelolaan kesehatan lingkungan, puskesmas harus melakukan pengelolaan kesehatan lingkungan antara lain air bersih, dan pengelolaan limbah medis dan non medis baik padat maupun cair sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- 8) Tidak didirikan di area sekitar Saluran Udara Tegangan Tinggi dan Saluran Udara Tegangan Ekstra Tinggi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- b. Persyaratan bangunan, persyaratan bangunan meliputi :
- 1) Persyaratan administratif, persyaratan keselamatan dan kesehatan kerja serta persyaratan teknis bangunan
 - 2) Bangunan bersifat permanen dan terpisah dengan bangunan lain
 - 3) Bangunan didirikan dengan memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan, perlindungan keselamatan dan kesehatan serta kemudahan dalam memberi pelayanan bagi semua orang termasuk yang berkebutuhan khusus/penyandang disabilitas, anak-anak, dan lanjut usia
- c. Persyaratan prasarana, adapun persyaratan prasarana yang harus dipenuhi adalah :
- 1) Sistem penghawaan (ventilasi)
 - 2) Sistem pencahayaan
 - 3) Sistem air bersih, sanitasi, dan hygiene

- 4) Sistem kelistrikan
 - 5) Sistem komunikasi
 - 6) Sistem gas medik
 - 7) Sistem proteksi petir
 - 8) Sistem proteksi kebakaran
 - 9) Sarana evakuasi
 - 10) Sistem pengendalian kebisingan
 - 11) Kendaraan puskesmas keliling
- d. Persyaratan peralatan, meliputi :
- 1) Jumlah dan jenis peralatan sesuai kebutuhan pelayanan
 - 2) Kelengkapan izin edar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
 - 3) Standar mutu, keamanan, dan keselamatan
 - 4) Diuji dan dikalibrasi secara berkala oleh institusi penguji dan pengkalibrasi yang berwenang
- e. Persyaratan ketenagaan, jenis tenaga yang dibutuhkan untuk pendirian puskesmas adalah :
- 1) Dokter dan/atau dokter layanan primer
 - 2) Dokter gigi

3) Tenaga Kesehatan lainnya (perawat, bidan, tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, tenaga sanitasi lingkungan, nutrisisionis, tenaga apoteker dan/atau tenaga teknis kefarmasian, ahli teknologi laboratorium medik)

4) Tenaga non kesehatan

Dalam kondisi tertentu, puskesmas dapat menambah jenis tenaga kesehatan lainnya seperti terapis gigi dan mulut, epidemiolog kesehatan, entomolog kesehatan, perekam medis dan informasi kesehatan, dan tenaga kesehatan lain sesuai dengan kebutuhan.

Dokter dan/atau dokter layanan primer, dokter gigi, dan tenaga kesehatan lainnya bertugas untuk memberikan pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya. Sedangkan tenaga non kesehatan untuk mendukung kegiatan ketatausahaan, administrasi keuangan, sistem informasi, dan kegiatan operasional lain di puskesmas.

Dalam hal jumlah dan jenis dokter dan/atau dokter layanan primer, dokter gigi, dan tenaga kesehatan lainnya telah memenuhi kebutuhan ideal, dapat diberikan tugas lain.

Puskesmas harus menghitung kebutuhan ideal terhadap jumlah dan jenjang jabatan dokter dan/atau dokter layanan primer, dokter gigi, dan masing-masing jenis Tenaga Kesehatan lainnya serta tenaga non kesehatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatannya.

Perhitungan kebutuhan ideal terhadap jumlah dan jenjang jabatan dilakukan melalui analisis beban kerja dengan mempertimbangkan jumlah pelayanan yang diselenggarakan, rasio terhadap jumlah penduduk dan persebarannya, luas dan karakteristik wilayah kerja, ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya di wilayah kerja, dan pembagian waktu kerja sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

f. Persyaratan kefarmasian

Persyaratan kefarmasian merupakan unit pelayanan puskesmas tempat penyelenggaraan pelayanan kefarmasian, harus memenuhi kriteria ketenagaan, bangunan, prasarana, perlengkapan dan peralatan, serta dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

g. Persyaratan laboratorium klinik

Persyaratan laboratorium klinik berupa ruang laboratorium klinik untuk menunjang upaya diagnosis penyakit, penyembuhan penyakit, dan pemulihan kesehatan, harus memenuhi kriteria ketenagaan, bangunan, prasarana, perlengkapan dan peralatan, serta dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

1.5 Kategori Puskesmas

Dalam rangka pemenuhan Pelayanan Kesehatan yang didasarkan pada kebutuhan dan kondisi masyarakat, Puskesmas dapat dikategorikan berdasarkan :

1. Karakteristik wilayah kerja

Berdasarkan karakteristik wilayah kerja ini, maka puskesmas dikelompokkan menjadi empat yaitu kawasan perkotaan, perdesaan, terpencil dan sangat terpencil. Untuk wilayah terpencil dan sangat terpencil karakteristiknya hampir sama. Berikut ini gambaran dari masing-masing karakteristik wilayah kerja puskesmas tersebut :

a. Puskesmas kawasan perkotaan

- 1) Aktivitas lebih dari 50 % (lima puluh per seratus) penduduknya pada sektor non agraris, terutama industri, perdagangan, dan jasa
 - 2) Memiliki fasilitas perkotaan antara lain sekolah radius 2,5 km, pasar radius 2 km, memiliki rumah sakit radius kurang dari 5 km, atau hotel
 - 3) Lebih dari 90 % (sembilan puluh per seratus) rumah tangga memiliki listrik
 - 4) Terdapat akses jalan raya dan transportasi menuju fasilitas perkotaan
- b. Puskesmas kawasan perdesaan
- 1) Aktivitas lebih dari 50 % (lima puluh per seratus) penduduk pada sektor agraris atau maritim
 - 2) Memiliki fasilitas antara lain sekolah radius lebih dari 2,5 km, pasar dan perkotaan radius lebih dari 2 km, rumah sakit radius lebih dari 5 km, tidak memiliki fasilitas berupa hotel
 - 3) Rumah tangga dengan listrik kurang dari 90 % (sembilan puluh per seratus)

- 4) Terdapat akses jalan dan transportasi menuju fasilitas
- c. Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil
Puskesmas kawasan ini penetapannya dilakukan oleh bupati sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

2. Kemampuan pelayanan

Puskesmas merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan perseorangan tingkat pertama. Puskesmas memberikan pelayanan kesehatan yang berorientasi pada keluarga, kelompok, dan masyarakat. Berdasarkan fasilitas yang dimiliki dan upaya yang dilakukan, maka puskesmas tersebut pelayanannya dibagi jadi dua, yaitu :

- a. Puskesmas nonrawat inap
 - 1) Puskesmas nonrawat inap merupakan puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan rawat jalan, perawatan di rumah (*home care*), dan pelayanan gawat darurat.

2) Puskesmas nonrawat inap dapat menyelenggarakan rawat inap pada pelayanan persalinan normal

b. Puskesmas rawat inap

Puskesmas rawat inap merupakan puskesmas yang diberi tambahan sumber daya sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan rawat inap pada pelayanan persalinan normal dan pelayanan rawat inap pelayanan kesehatan lainnya. Puskesmas yang dapat menjadi puskesmas rawat inap adalah puskesmas di kawasan perdesaan, kawasan terpencil dan kawasan sangat terpencil, yang jauh dari fasilitas pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjut.

1.6 Organisasi

Menurut Sondang P. Siagian, organisasi adalah suatu bentuk persekutuan antara dua orang atau lebih yang bekerja bersama serta secara formal terikat dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditentukan dan dalam ikatan itu terdapat seorang atau sekelompok orang yang disebut bawahan.

Puskesmas sebagai tempat aktifitas pelayanan kesehatan, yang terdiri dari berbagai jenis tenaga kesehatan, harus memiliki organisasi yang efektif, efisien, dan akuntabel. Organisasi Puskesmas terdiri dari kepala puskesmas, kepala tata usaha, dan penanggung jawab kegiatan.

Puskesmas dipimpin oleh Kepala Puskesmas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Kepala Puskesmas merupakan penanggung jawab atas seluruh penyelenggaraan kegiatan di puskesmas, seperti pembinaan kepegawaian, pengelolaan keuangan, pengelolaan bangunan, prasarana, dan peralatan disatuan kerjanya. Kepala tata usaha memiliki tugas dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan administrasi perkantoran Puskesmas. Sedangkan Penanggung jawab paling sedikit terdiri atas penanggung jawab UKM dan keperawatan kesehatan masyarakat, penanggung jawab UKP, kefarmasian, dan laboratorium, penanggung jawab jaringan pelayanan puskesmas dan jejaring puskesmas, penanggung jawab bangunan, prasarana, dan peralatan puskesmas, dan penanggung jawab mutu.

1.7 Upaya Kesehatan Puskesmas

Pelayanan yang dilakukan oleh puskesmas adalah UKM dan UKP. UKM dan UKP tingkat pertama diselenggarakan adalah untuk pencapaian standar pelayanan minimal kabupaten/kota bidang kesehatan, program Indonesia Sehat dan kinerja puskesmas dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

1. UKM tingkat pertama

UKM tingkat pertama yang diharuskan di puskesmas adalah :

a. UKM essensial

- 1) Pelayanan promosi kesehatan
- 2) Pelayanan kesehatan lingkungan
- 3) Pelayanan kesehatan keluarga
- 4) Pelayanan gizi
- 5) Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit

b. UKM pengembangan

UKM pengembangan merupakan upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya bersifat inovatif dan/atau disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja,

dan potensi sumber daya yang tersedia di puskesmas.

2. UKP tingkat pertama

UKP tingkat pertama merupakan pelayanan yang dilaksanakan oleh dokter, dokter gigi, dan dokter layanan primer, serta tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya serta ketentuan peraturan perundang-undangan. UKP tingkat pertama ini dilakukan sesuai dengan standar pelayanan, standar prosedur operasional, dan etika profesi. UKP tingkat pertama ini dilakukan dalam bentuk :

- a. Rawat jalan, baik kunjungan sehat maupun kunjungan sakit
- b. Pelayanan gawat darurat
- c. Pelayanan persalinan normal
- d. Perawatan di rumah (*home care*)
- e. Rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan

1.8 Sistem Informasi Puskesmas

Sistem Informasi Puskesmas adalah suatu tatanan yang menyediakan informasi untuk membantu proses pengambilan keputusan dalam melaksanakan manajemen Puskesmas untuk mencapai sasaran kegiatannya.

Setiap Puskesmas harus menyelenggarakan Sistem Informasi Puskesmas, yang merupakan bagian dari sistem informasi kesehatan kabupaten/kota. Sistem Informasi Puskesmas diselenggarakan secara elektronik dan/atau nonelektronik. Sistem Informasi Puskesmas minimal mencakup:

1. Pencatatan dan pelaporan kegiatan Puskesmas dan jaringannya
2. Pencatatan dan pelaporan keuangan Puskesmas dan jaringannya
3. Survei lapangan
4. Laporan lintas sektor terkait
5. Laporan jejaring Puskesmas di wilayah kerjanya

1.9 Penutup

Tanggung jawab puskesmas sebagai UPT Dinas Kesehatan adalah menyelenggarakan sebagian tugas pembangunan kesehatan yang diserahkan oleh Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota, melalui pelayanan UKM dan UKP tingkat pertama.

Puskesmas mendorong masyarakat di wilayah kerjanya untuk berperan serta secara aktif dalam setiap upaya kesehatan yang diselenggarakan puskesmas. Masyarakat selain menjadi obyek pelayanan juga berperan sebagai subyek pembangunan kesehatan. Dukungan aktif masyarakat tersebut salah satunya diwujudkan melalui pembentukan UKBM. Sebagai pembina UKBM, puskesmas melaksanakan bimbingan teknis dan pemberdayaan sesuai kebutuhan dan ketentuan yang berlaku.

Puskesmas merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan di Indonesia, pelayanan terdepan untuk menjaga dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Sebagai pusat kesehatan masyarakat, puskesmas harus lebih dominan dalam pelayanan promotif dan preventif, dengan tetap memberikan pelayanan curatif dan rehabilitatif.

DAFTAR PUSTAKA

- Menkes RI, 2024. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2023. Jakarta, Kemenkes RI
- Menkes RI, 2019. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas. Jakarta, Kemenkes
- Presiden RI, 2014. Peraturan Pemerintah RI Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan. Jakarta, Kemenkes RI
- Menkes RI, 2015. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 13 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lingkungan Puskesmas. Jakarta, Kemenkes RI
- Menkes RI, 2002. Pedoman Manajemen Puskesmas. Jakarta, Depkes RI

BAB II

PENYAKIT BERBASIS LINGKUNGAN

2.1 Pendahuluan

Kondisi lingkungan di Indonesia secara umum memprihatinkan. Beberapa permasalahan lingkungan yang dihadapi Indonesia adalah pencemaran pada media air, udara, dan tanah. Pencemaran ini disebabkan oleh faktor alam, dan ulah, aktifitas manusia yang berlebihan, pembangunan yang tidak memiliki wawasan kesehatan sehingga berdampak langsung pada kehidupan manusia, salah satunya adalah kesehatan. Manusia secara kontinue terpapar dengan kondisi yang tidak sehat dan aman seperti pencemaran air, pencemaran udara, dan pencemaran tanah, akan menimbulkan kerugian kesehatan yang dikenal dengan penyakit berbasis lingkungan (PBL).

Penyakit berbasis lingkungan merupakan fenomena penyakit berupa kelainan fungsi atau morfologi suatu organ tubuh yang disebabkan oleh keterkaitan manusia dengan faktor lingkungan. Fenomena yang bersandar pada basis

wilayah yang mencakup ekosistem dalam dimensi ruang dan waktu, di dalamnya termasuk variabel lingkungan, kependudukan dan wilayah administratif. Keterkaitan/interaksi antara manusia dan lingkungan hidup dapat berupa interaksi harmonis jika interaksi manusia dan lingkungan berada dalam batas-batas keseimbangan (Dompas, 2020).

Penyakit berbasis lingkungan merupakan suatu penyakit yang terjadi pada sebuah kelompok masyarakat, yang berhubungan, berakar, atau memiliki keterkaitan erat dengan satu atau lebih komponen lingkungan pada sebuah ruang dimana masyarakat tersebut tinggal atau beraktivitas dalam jangka waktu tertentu.

Penyakit berbasis lingkungan adalah kejadian sakit yang dialami manusia yang disebabkan oleh interaksi antara manusia tersebut dengan lingkungan sekitarnya yang memiliki potensi penyakit, karena lingkungannya telah tercemar, atau menjadi kotor. Penyakit berbasis lingkungan (PBL) adalah penyakit yang disebabkan oleh lingkungan yang kotor seperti demam berdarah dengue (DBD), diare, leptospirosis, malaria, infeksi saluran pernafasan atas (ISPA), tuberkulosis paru, penyakit kulit, cacingan, filariasis.

Indonesia sebagai negara tropis merupakan kawasan endemis berbagai penyakit menular. Beberapa penyakit menular endemis yang terjadi di Indonesia diantaranya adalah diare, tuberculosis (TBC), malaria, filariasis dan demam berdarah dengue (Achmadi, 2014, Sumampouw, 2017).

2.2 Faktor Risiko Penyakit Berbasis Lingkungan

Menurut H.L.Blum ada empat faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat, yaitu faktor lingkungan (social, ekonomi, politik, budaya), faktor perilaku/gaya hidup (life style), faktor pelayanan kesehatan (jenis cakupan dan kualitasnya), dan faktor genetic (keturunan). Keempat faktor tersebut saling berinteraksi mempengaruhi kesehatan perorangan dan derajat kesehatan masyarakat. Diantara faktor tersebut faktor lingkungan paling dominan (40 %), dan perilaku manusia (30 %) mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat, dan merupakan faktor determinan yang paling sukar ditanggulangi.

Beberapa faktor lingkungan yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan adalah polusi udara, polusi air (kualitas air yang tidak memenuhi standar baku mutu), sanitasi

pemukiman, pengelolaan sampah, dan bahan kimia berbahaya. Oleh karena itu, lingkungan yang tidak sehat tersebut dapat menimbulkan berbagai penyakit atau yang biasa disebut dengan penyakit berbasis lingkungan (PBL)

Para ahli kesehatan masyarakat pada umumnya sepakat bahwa kualitas kesehatan lingkungan adalah salah satu dari empat faktor yang mempengaruhi kesehatan manusia menurut H.L Blum yang merupakan faktor yang memberikan kontribusi terbesar terhadap pencapaian derajat kesehatan. Memang tidak selalu lingkungan menjadi faktor penyebab, melainkan juga sebagai penunjang, media transmisi maupun memperberat penyakit yang telah ada. Faktor yang menunjang munculnya penyakit berbasis lingkungan antara lain :

1. Ketersediaan dan akses terhadap air yang aman

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 tahun 2023 tentang Peraturan Pelaksanaan PP nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan terkait Persyaratan Kualitas Air Minum, air minum adalah air yang melalui proses pengolahan atau tanpa proses pengolahan yang memenuhi syarat kesehatan dan dapat langsung diminum. Air minum yang dikonsumsi masyarakat perlu ditetapkan persyaratan kualitas air

minum sehingga tidak menimbulkan gangguan kesehatan. Untuk menjaga kualitas air minum yang dikonsumsi masyarakat, diperlukan pengawasan kualitas air minum baik secara eksternal maupun internal. Pengawasan kualitas air minum secara eksternal dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/kota.

Ketersediaan air minum pada suatu daerah akan mempengaruhi derajat kesehatan karena air merupakan kebutuhan pokok manusia dan manusia selalu berinteraksi dengan air dalam kehidupan sehari-hari. Ketersediaan air untuk masyarakat meliputi dari segi kuantitas, kualitas, dan akses. Dari segi kuantitas kebutuhan air adalah sekitar 60 – 150 liter/orang/hari, dari segi kualitas masih ada masyarakat yang menggunakan air yang tidak memenuhi standar baku mutu, dan rumah tangga yang sudah akses air minum baru sekitar 72,2 %.

Menurut Statistik Indonesia, BPS (2024), rumah tangga yang memiliki akses terhadap air minum layak adalah:

- a. Jenis sumber air minum utama yang digunakan oleh rumah tangga meliputi leding, air terlindungi, atau

air hujan. Air terlindungi mencakup sumur bor/pompa, sumur terlindung dan mata air terlindung

- b. Bagi rumah tangga yang menggunakan sumber air minum berupa air kemasan bermerk atau air isi ulang, maka rumah tangga dikategorikan memiliki akses air minum layak jika sumber air untuk mandi/cuci berasal dari leding, sumur bor/pompa, sumur terlindung, mata air terlindung, dan air hujan.

Kondisi sanitasi dari sarana air bersih masyarakat yang tidak memenuhi syarat, menyebabkan kualitas air yang digunakan masyarakat mudah sekali mengalami pencemaran. Penyebab kondisi sanitasi sarana air bersih tidak memenuhi syarat adalah jaraknya yang kurang 10 meter dari septik tank, sekitar sarana ada saluran air limbah dan pembuangan sampah, sehingga air sumur yang digunakan oleh masyarakat sudah tercemar oleh tinja manusia, air limbah, dan air lindi dari sampah. Apabila air tersebut digunakan oleh masyarakat dalam kehidupan sehari-hari tentu akan dapat mengganggu kesehatannya, seperti mudah kena penyakit diare, kolera, dysentri, hepatitis.

2. Akses sanitasi dasar yang layak

Sanitasi yang baik merupakan elemen penting yang menunjang kesehatan manusia. Definisi sanitasi dari WHO merujuk kepada penyediaan sarana dan pelayanan pembuangan limbah kotoran manusia seperti urin dan feses. Istilah sanitasi juga mengacu kepada pemeliharaan kondisi higienis melalui upaya pengelolaan sampah dan pengolahan limbah cair. Sanitasi berhubungan dengan kesehatan lingkungan yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Buruknya kondisi sanitasi akan berdampak negatif di banyak aspek kehidupan, mulai dari turunnya kualitas lingkungan hidup masyarakat, tercemarnya sumber air minum bagi masyarakat, meningkatnya jumlah kejadian diare dan munculnya beberapa penyakit.

Persentase keluarga dengan akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak (jamban sehat) di Indonesia tahun 2023 adalah 93,3% sedangkan yang belum mengakses sebesar 6,7%. Provinsi dengan persentase terendah adalah Provinsi Papua Pegunungan (26,6%), Papua Tengah (37,6%), dan Papua Selatan (53,8%). Ini berarti masih ada rakyat Indonesia yang BAB sembarangan dan menggunakan jamban yang tak berkualitas. Angka ini

jelas menjadi faktor besar yang mengakibatkan masih tingginya kejadian diare utamanya pada bayi dan balita di Indonesia.

Kepemilikan dan penggunaan fasilitas tempat buang air besar merupakan salah satu hak asasi manusia dan juga merupakan isu penting dalam menentukan kualitas sanitasi. Untuk memenuhi hak asasi manusia, setiap penduduk idealnya memiliki akses ke sanitasi layak. Menurut Statistik Indonesia, BPS (2024), definisi rumah tangga yang memiliki akses sanitasi layak adalah fasilitas sanitasi yang memenuhi syarat kesehatan, antara lain :

- a. Kloset menggunakan leher angsa, tempat pembuangan akhir tinja menggunakan tangki septik (septic tank) atau Instalasi/ Sistem Pengolahan Air Limbah (IPAL/SPAL), dan fasilitas sanitasi tersebut digunakan oleh rumah tangga sendiri, bersama dengan rumah tangga lain tertentu, ataupun di Mandi Cuci Kakus (MCK) komunal.
- b. Untuk daerah perdesaan, jika kloset menggunakan leher angsa, tempat pembuangan akhir tinja ke tangka septic atau Instalasi/Sistem Pengolahan Air Limbah (IPAL/SPAL) atau lubang tanah dan fasilitas sanitasi tersebut digunakan oleh rumah tangga sendiri, bersama dengan rumah tangga tertentu, ataupun di MCK Komunal.

3. Penanganan sampah dan limbah

Tahun 2010 diperkirakan sampah di Indonesia mencapai 200.000 ton per hari yang berarti 73 juta ton per tahun. Pengelolaan sampah yang belum tertata akan menimbulkan banyak gangguan baik dari segi estetika berupa ongkongan dan serakan sampah, pencemaran lingkungan udara, tanah dan air, potensi pelepasan gas metan (CH_4) yang memberikan kontribusi terhadap pemanasan global, pendangkalan sungai yang berujung pada terjadinya banjir serta gangguan kesehatan seperti diare, kolera, tifus penyakit kulit, kecacingan, atau keracunan akibat mengkonsumsi makanan (daging/ikan/tumbuhan) yang tercemar zat beracun dari sampah.

4. Vektor penyakit

Vektor penyakit semakin sulit diberantas, hal ini dikarenakan vektor penyakit telah beradaptasi sedemikian rupa terhadap kondisi lingkungan, sehingga kemampuan bertahan hidup mereka pun semakin tinggi. Hal ini didukung faktor lain yang membuat perkembangbiakan vektor semakin pesat antara lain perubahan lingkungan fisik seperti pertambahan, industri dan pembangunan perumahan, sistem

penyediaan air bersih dengan perpipaan yang belum menjangkau seluruh penduduk sehingga masih diperlukan container untuk penyediaan air; sistem drainase permukiman dan perkotaan yang tidak memenuhi syarat; sistem pengelolaan sampah yang belum memenuhi syarat, penggunaan pestisida yang tidak bijaksana dalam pengendalian vektor; pemanasan global yang meningkatkan kelembaban udara lebih dari 60 % dan merupakan keadaan dan tempat hidup yang ideal untuk berkembang-biakan vektor penyakit.

5. Perilaku masyarakat

Perilaku merupakan faktor kedua yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat karena sehat atau tidak sehatnya lingkungan, kesehatan individu, keluarga dan masyarakat sangat tergantung pada perilaku manusia itu sendiri. Disamping itu, juga dipengaruhi oleh kebiasaan, adat istiadat, kepercayaan, pendidikan social ekonomi, dan perilaku-perilaku lain yang melekat pada dirinya.

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) belum banyak diterapkan masyarakat, seperti cuci tangan pakai sabun (CTPS), kebiasaan merokok, buang air besar sembarangan (BABS). Mencuci tangan merupakan

tindakan yang dilakukan untuk membersihkan tangan mulai dari punggung tangan, telapak tangan, kuku hingga sela-sela jari selama 20 detik menggunakan air mengalir dan sabun. Mencuci tangan adalah salah satu cara terbaik untuk melindungi diri sendiri dan keluarga dari penyakit (CDC, 2021). Mencuci tangan pakai sabun dapat membersihkan kotoran dan merontokkan kuman di tangan. Tanpa sabun, kotoran dan kuman masih tertinggal di tangan (Kemenkes, 2018). Menurut Kemenkes, penyakit yang dapat di cegah melalui kegiatan cuci tangan pakai sabun adalah diare, infeksi saluran pernafasan akut, hepatitis, typhus, dan flu burung.

Menurut studi *Basic Human Services* (BHS) di Indonesia tahun 2006, perilaku masyarakat dalam mencuci tangan adalah (1) setelah buang air besar 12 %, (2) setelah membersihkan tinja bayi dan balita 9 %, (3) sebelum makan 14 %, (4) sebelum memberi makan bayi 7 %, dan (5) sebelum menyiapkan makanan 6 %. Studi BHS lainnya terhadap perilaku pengelolaan air minum rumah tangga menunjukkan 99,20 % merebus air untuk mendapatkan air minum, namun 47,50 % dari air tersebut masih mengandung *Eschericia coli*.

Berdasarkan data pada Profil Kesehatan Kemenkes tahun 2023 terdapat 30 % masyarakat masih berperilaku buang air besar ke sungai, sawah, kolam, kebun dan tempat terbuka (BABS).

2.3 Jenis Penyakit Berbasis Lingkungan

Berdasarkan faktor risiko lingkungan, maka penyakit berbasis lingkungan kejadiannya masih tinggi di Indonesia, dan termasuk kepada 10 penyakit terbanyak pada pelayanan kesehatan tingkat pertama di puskesmas. Dalam buku ini akan dibahas jenis penyakit berbasis lingkungan yang ada di Indonesia.

1. Demam berdarah dengue (DBD)

Demam Berdarah Dengue (DBD) merupakan salah satu penyakit menular yang disebabkan oleh virus dan disebarkan oleh vektor. Virus yang menyebabkan penyakit ini adalah Dengue. Kasus DBD pertama di Indonesia dilaporkan di Surabaya pada tahun 1968. Sejak pertama kali ditemukan kasus ini terus menunjukkan peningkatan setiap tahun. Vektor penular penyakit ini berasal dari jenis nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Nyamuk *Aedes* menyukai genangan atau tempat penampungan air seperti selokan, vas atau pot

tanaman, tempat minum hewan peliharaan, kolam renang, atau tempat sampah sebagai tempat perindukan. Karakteristik vektor penular menentukan persebaran dan waktu kejadian infeksi. Habitat nyamuk *Aedes* pada umumnya berada di wilayah dengan iklim tropis, curah hujan tinggi, serta suhu panas dan lembab. Karakteristik dan perilaku vektor tersebut dapat menjelaskan adanya kecenderungan peningkatan kasus DBD pada musim penghujan seiring dengan bermunculannya tempat perindukan. Selain mempengaruhi banyaknya kasus, karakteristik dan perilaku nyamuk *Aedes* juga menjadi landasan upaya pengendalian penyakit DBD melalui intervensi lingkungan dan perilaku individu dan masyarakat. Upaya pengendalian tersebut di antaranya melalui kampanye 3M (Menguras, Menutup, dan Memanfaatkan) dan 3M plus (memelihara ikan pemakan jentik nyamuk, menggunakan obat anti nyamuk, memasang kawat kasa pada jendela dan ventilasi, tidak menggantung pakaian di dalam kamar, menaburkan bubuk larvasida pada penampungan air).

2. Diare

Penyakit Diare merupakan penyakit endemis yang berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB) dan masih menjadi penyumbang angka kematian di Indonesia terutama pada balita. Menurut hasil Survei Kesehatan Indonesia tahun 2023, prevalensi diare pada semua kelompok umur sebesar 2 %, pada balita sebesar 4,9 %, dan pada bayi sebesar 3,9 %. Sementara pada Sample Registration System tahun 2018, diare tetap menjadi salah satu penyebab utama kematian pada neonatus sebesar 7 % dan pada bayi usia 28 hari sebesar 6 %.

3. Leptospirosis

Leptospirosis adalah penyakit menular yang disebabkan bakteri *Leptospira* sp. Penyakit ini ditularkan melalui kontak langsung atau tidak langsung antara manusia dengan urine hewan yang telah terinfeksi bakteri *Leptospira*. Tingginya biaya pemeriksaan laboratorium dan metode diagnosis menyebabkan tidak semua kasus dapat dilaporkan. Pada tahun 2023 ditemukan adanya 2554 kasus Leptospirosis di Indonesia yang dilaporkan oleh dua belas provinsi, yaitu DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Banten, Kalimantan Utara, Sulawesi Selatan,

Kalimantan Timur, Kepulauan Riau, Bali dan Maluku. Dari sejumlah kasus yang dilaporkan tersebut, terdapat 205 kasus meninggal dengan Case Fatality Rate (CFR) sebesar 8 %.

4. Malaria

Malaria adalah penyakit menular yang disebabkan oleh mikroorganisme yang disebut Plasmodium. Plasmodium menginfeksi manusia melalui vektor penular nyamuk Anopheles. Bersama dengan HIV AIDS dan Tuberkulosis, pengendalian malaria menjadi bagian dari tujuan *Sustainable Development Goals* (SDGs) sebagai tujuan global yang harus dicapai sampai dengan tahun 2030. Pada tahun 2023, terdapat delapan provinsi yang seluruh kabupaten/kotanya ditetapkan sebagai wilayah bebas malaria, yaitu Riau, Bengkulu, DKI Jakarta, Jawa Barat, DI Yogyakarta, Jawa Timur, Banten, dan Bali. Selain itu, terdapat satu provinsi yang seluruh kabupaten/kotanya belum berstatus eliminasi malaria, yaitu Papua, Papua Selatan, Papua Tengah, Papua Pegunungan, dan Papua Barat. Namun demikian, terdapat beberapa kabupaten di Provinsi Papua tersebut yang memiliki status endemis rendah. Dengan adanya

intervensi yang efektif status tersebut bisa ditingkatkan menjadi bebas malaria.

5. Infeksi saluran pernafasan atas (ISPA)

Kualitas udara yang buruk menjadi salah satu faktor risiko seseorang mengalami penyakit infeksi saluran pernapasan akut (ISPA). ISPA adalah penyakit saluran pernafasan atas atau bawah, biasanya menular dan dapat menimbulkan berbagai penyakit yang berkisar dari penyakit tanpa gejala sampai penyakit yang parah dan mematikan, tergantung pada pathogen penyebabnya, faktor lingkungan dan faktor pejamu.

Saluran pernapasan atas itu dimulai dari hidung sampai kerongkongan, sementara saluran napas bawah mulai dari laring trakea hingga *bronkus*. ISPA kerap disebut sebagai infeksi saluran pernapasan atas karena seringkali kondisi ini dialami masyarakat, seperti sakit batuk atau pilek. Sementara untuk penyakit yang muncul pada saluran pernapasan bawah istilah yang kerap digunakan adalah pneumonia (radang paru), yang umumnya timbul karena adanya virus, bakteri, patogen, atau mikroorganisme yang menyerang bagian alveoli di dalam paru-paru.

6. Tuberkulosis paru

Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Kuman tersebut menyebar dari penderita TBC melalui udara. Kuman TBC ini biasanya menyerang organ paru, namun dapat juga menyerang selain paru (ekstra paru). Hampir seperempat penduduk dunia terinfeksi dengan kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Sekitar 89 % TBC diderita oleh orang dewasa (56,5 % laki-laki dan 32,5 % perempuan) dan 11 % diderita oleh anak-anak. Sampai saat ini, TBC masih merupakan penyebab kematian tertinggi setelah HIV/AIDS, dan merupakan salah satu dari 20 penyebab utama kematian di seluruh dunia. Sebagian besar estimasi kematian yang disebabkan TBC tercatat di empat negara, yaitu India, Indonesia, Myanmar, dan Filipina. Jumlah kematian akibat TBC (di antara pasien HIV negatif) secara global pada tahun 2022 sebesar 1,1 juta, hal ini mengalami penurunan jika dibandingkan tahun 2021 yaitu sebesar 1,2 juta. Indonesia juga merupakan negara peringkat kedua penderita TBC tertinggi di dunia setelah India dengan proporsi kasus baru sebesar 10 % dibandingkan seluruh kasus di dunia. Secara global, diperkirakan 10,6 juta

orang menderita TBC pada tahun 2022. (*WHO, Global Tuberculosis Report, 2023*). Beban penyakit yang disebabkan oleh Tuberkulosis dapat diukur antara lain dengan insiden kasus dan mortalitas/kematian, seperti yang dijelaskan di bawah ini.

7. Penyakit kulit

Masalah kesehatan kulit atau penyakit kulit adalah salah satu penyakit atau kelainan yang memengaruhi kulit manusia. Seperti jaringan lain, kulit dipengaruhi oleh semua jenis perubahan patologis, termasuk proses hereditas, inflamasi, neoplastik baik yang jinak maupun ganas, endokrin, hormonal, traumatis, dan degeneratif. Emosi juga memengaruhi kesehatan kulit. Reaksi kulit terhadap penyakit dan kelainan ini berbeda dari jaringan lain dalam banyak hal. Misalnya, peradangan kulit yang luas dapat memengaruhi metabolisme di dalam organ dan sistem tubuh lain, menyebabkan anemia, gangguan sirkulasi, gangguan suhu tubuh, dan gangguan keseimbangan air dan elektrolit dalam darah.

Masalah kesehatan kulit di masyarakat dapat terjadi akibat berbagai faktor, antara lain faktor sanitasi lingkungan dan perilaku. Mengacu pada teori simpul, maka masalah kesehatan kulit dapat dijelaskan sebagai

interaksi simpul 2 yaitu komponen lingkungan yang menjadi media transmisi dengan simpul 3 yaitu karakteristik kependudukan yaitu perilaku manusia. Interaksi ini akan menimbulkan outcome sakit atau tidak sakit pada suatu individu (simpul 4).

Kondisi sanitasi lingkungan yang tidak sehat dapat menjadi pemicu timbulnya masalah kesehatan kulit. Komponen lingkungan tersebut antara lain; sumber air bersih dan air minum, jamban rumah tangga, saluran pembuangan air limbah (SPAL).

8. Cacingan

Kecacingan merupakan salah satu penyakit berbasis lingkungan yang masih menjadi masalah bagi kesehatan masyarakat di Indonesia hingga saat ini. Hal ini disebabkan karena prevalensi kecacingan tersebut di Indonesia masih tinggi terutama kecacingan yang disebabkan oleh sejumlah cacing perut yang ditularkan melalui tanah atau yang disebut *Soil Transmitted Helminths*. Diantara cacing tersebut yang terpenting adalah cacing gelang (*Ascaris lumbricoides*), cacing tambang (*Ancylostoma duodenale* dan *Necator americanus*) dan cacing cambuk (*Trichuris trichura*).

Kecacingan dapat berdampak negatif bagi pertumbuhan dan perkembangan anak, karena dapat menurunkan produktivitas yang pada akhirnya dapat mempengaruhi kualitas anak di masa yang akan datang.

Secara umum faktor-faktor yang mempengaruhi kecacingan, antara lain kondisi iklim yang sesuai untuk pertumbuhannya, kondisi sanitasi lingkungan dan higiene perorangan yang buruk serta keadaan sosial ekonomi dan pendidikan yang rendah.

9. Filariasis

Filariasis merupakan penyakit kronis yang disebabkan oleh cacing *Filaria* dan ditularkan dengan perantara nyamuk. Cacing *Filaria* yang masuk ke dalam tubuh manusia melalui gigitan nyamuk akan merusak sistem limfe, menimbulkan pembengkakan pada tangan, kaki, glandula mammae dan scrotum, menimbulkan cacat seumur hidup serta stigma sosial bagi penderita dan keluarganya. Secara tidak langsung, penyakit yang ditularkan oleh berbagai jenis nyamuk ini dapat berdampak pada penurunan produktivitas kerja penderita dan beban keluarga. Cacing penyebab *Filaria* yang tersebar di Indonesia terdiri dari tiga spesies yaitu

Wuchereria bancrofti, *Brugia malayi* dan *Brugia timori*. Diperkirakan saat ini terdapat 1,3 miliar penduduk yang berisiko tertular penyakit Filariasis di dunia. Jumlah tersebut tersebar di lebih dari 83 negara dan 60 % kasus tersebut terdapat di Asia Tenggara. Dalam Pertemuan ke 73 World Health Assembly (WHA) secara Virtual tanggal 12 November 2020, WHO telah meluncurkan Roadmap untuk penyakit tropis terabaikan (*Neglected Tropical Diseases /NTDs*) tahun 2021–2030. Sejalan dengan hal tersebut, Indonesia telah menargetkan eliminasi filariasis pada tahun 2030. Di Indonesia, pada tahun 2023 terdapat 7.955 kasus kronis Filariasis yang tersebar di 38 Provinsi. Angka ini terlihat menurun dari data tahun sebelumnya karena dilaporkan beberapa kasus meninggal dunia dan adanya perubahan diagnosis setelah dilakukan validasi data dan konfirmasi kasus klinis kronis yang dilaporkan tahun sebelumnya.

2.4 Penutup

Media lingkungan sangat besar pengaruhnya terhadap kesehatan masyarakat dan perorangan. Untuk menjaga agar media lingkungan itu jangan sampai menimbulkan risiko pada masyarakat, maka perlu dilakukan berbagai upaya

untuk menjaga agar media lingkungan tersebut tetap sehat dan aman terhadap manusia. Upaya yang sangat penting dilakukan adalah dengan melakukan penyehatan, pengawasan, pengendalian secara kontinue terhadap media lingkungan tersebut.

Merujuk kepada teori H. L. Blum, bahwa faktor dominan terjadinya penyakit berbasis lingkungan adalah lingkungan dan perilaku. Lingkungan yang mempengaruhi derajat kesehatan tersebut meliputi media air, tanah, udara, pangan, sarana bangunan, dan vektor pembawa penyakit. Sedangkan dari faktor perilaku adalah masih rendahnya kebiasaan masyarakat untuk menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat, dan personal higiene.

DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes RI, 2024. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2023. Kemenkes RI, Jakarta
- Presiden RI, 2014. Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014. Kemenkes RI, Jakarta
- Kemenkes RI, 2023. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2 Tahun 2023. Kemenkes RI, Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Supali, T., Margono, S.S. dan Abidin A.S.N. 2008. Nematoda Usus, dalam Susanto, I., Ismid, I.S., Sjarifuddin, P.K. dan Sungkar, S. (Editor), Buku Ajar Parasitologi Kedokteran. Jakarta: Buku Kedokteran ECG.
- Abidin Z, dan Karbito. Faktor Risiko Masalah Kesehatan Untuk Penyakit Berbasis Lingkungan di Propinsi Lampung Tahun 2008, Ruwajurai Vol. 2, no. 2. 2008
- Anies. 2006, Lingkungan dan Penyakit : Manajemen Berbasis Lingkungan. Elek Media Komputindo, Jakarta
- Azwar, A., 1990. Pengantar Ilmu Kesehatan Lingkungan. Jakarta: Mutiara.
- Chin James, 2000. Control of Communicable Diseases Manual, APHA

Mukono. 2000. Prinsip Dasar Kesehatan Lingkungan,
Surabaya : Airlangga University Press.

Notoatmodjo, S (2003). Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-
Prinsip Dasar. Rineka Cipta. Jakarta

Sukarni, M., 2002. Kesehatan Keluarga dan Lingkungan.
Bandung : Kanisius

BAB III

PELAYANAN KESEHATAN LINGKUNGAN

3.1 Latar Belakang

Salah satu pelayanan kesehatan di puskesmas adalah UKM tingkat pertama. UKM tingkat pertama ini salah satunya adalah pelayanan UKM essensial. UKM essensial salah satunya adalah pelayanan kesehatan lingkungan.

Menurut Permenkes RI No. 13 tahun 2015, bahwa pelayanan kesehatan lingkungan ini wajib dilakukan oleh puskesmas, karena disamping pelayanan essensial juga merupakan suatu upaya untuk mencegah dan meningkatkan derajat kesehatan lingkungan, karena masih tingginya angka kejadian penyakit berbasis lingkungan di Indonesia seperti diare, DBD, malaria, ISPA, cacingan, dan lainnya.

Masalah utama dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan lingkungan di puskesmas meliputi masih kurangnya keterampilan sanitarian dalam melakukan konseling, masih kurangnya sanitarian KIT yang digunakan

untuk mengukur secara insite sewaktu inspeksi, dan pelaksanaan intervensi yang masih dalam bentuk KIE.

3.2 Pelayanan Kesehatan Lingkungan

Sanitasi yang buruk dapat menjadi media transmisi agen penyakit berbasis lingkungan, seperti lalat, nyamuk, kecoak, kutu, pinjal, tikus yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan, seperti sakit diare, kulit, ISPA, dan lain-lain (Kemenkes RI, 2016). Kesehatan Lingkungan sebagai salah satu upaya kesehatan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, baik fisik, kimia, biologi, maupun social yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, sebagaimana tercantum dalam pasal 162 Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.

Ketentuan mengenai penyelenggaraan kesehatan lingkungan diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 66 tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan, yang ditujukan dalam rangka terwujudnya kualitas lingkungan yang sehat tersebut melalui upaya pencegahan penyakit dan/atau gangguan kesehatan dari factor risiko kesehatan lingkungan di pemukiman, tempat kerja, tempat rekreasi, serta tempat dan fasilitas umum.

Pelayanan Kesehatan Lingkungan di Puskesmas adalah kegiatan atau serangkaian kegiatan yang ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun social guna mencegah penyakit dan/atau gangguan kesehatan yang diakibatkan oleh factor risiko lingkungan seperti yang tercantum pada Permenkes RI Nomor 13 tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lingkungan di Puskesmas. Setiap Puskesmas wajib menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Lingkungan. Pada Permenkes tersebut, pelayanan kesehatan lingkungan dilakukan dalam bentuk konseling, inspeksi kesehatan lingkungan, dan intervensi kesehatan lingkungan. Disamping itu mahasiswa juga harus mengetahui peranan dan fungsi puskesmas berdasarkan Permenkes RI Nomor 43 tahun 2019, dan Permenkes RI Nomor 44 tahun 2016 tentang Manajemen Puskesmas.

Klinik sanitasi (pelayanan kesehatan lingkungan) di Puskesmas menurut M. Ichsan Sudjarno (2009) merupakan wahana untuk mengatasi kesehatan lingkungan. Kegiatan utama di klinik sanitasi adalah sesuai Permenkes No. 13/2015 yaitu konseling (dikenal dengan SATU TUJU), inpeksi kesehatan lingkungan (pengamatan fisik media lingkungan, pengukuran ditempat, uji laboratorium, analisis

risiko kesehatan lingkungan) hingga intervensi kesehatan lingkungan (KIE, perbaikan sarana, pemanfaatan teknologi tepat guna, rekayasa lingkungan). Model kegiatan Klinik sanitasi) merupakan model inovatif program promosi kesehatan untuk pemberantasan penyakit akibat faktor lingkungan (Sari, 2012).

Pelayanan Kesehatan Lingkungan adalah kegiatan atau serangkaian kegiatan yang ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial guna mencegah penyakit dan/atau gangguan kesehatan yang diakibatkan oleh faktor risiko lingkungan. Pelayanan kesehatan lingkungan tersebut meliputi konseling, inspeksi kesehatan lingkungan, dan intervensi kesehatan lingkungan.

Berikut skema alur kegiatan pelayanan kesehatan lingkungan di puskesmas :

Pelayanan Kesehatan Lingkungan Puskesmas
(Klinik Sanitasi)

		R. Laboratorium	Gudang Umum	Dapur	R. Rapat	R. Administrasi Kantor	R. Kepala Puskesmas	
		R. Sterilisasi					R.KIA, KB & Imunisasi	
		KM/WC				R. ASI		
		R. Promosi Kesehatan	Ruang Pendaftaran dan Rekam Medik			R. Rawat Pasca Persalinan		
		R. Kesehatan Gigi & Mulut					KM/WC	
		R. Pemeriksaan Umum	Pasien	Klien		R. Persalinan		
		R.Farmasi	Pintu Masuk / Keluar Puskesmas			R. Tindakan		

Gambar 3. 1. Alur Pelayanan Kesehatan Lingkungan

3.3 Konseling

Kata konseling sudah sering kita dengar dalam proses pembelajaran. Berikut ini disampaikan beberapa pengertian dari konseling. Konseling adalah proses interaktif antara konselor dengan klien untuk membantu klien mengatasi masalah yang dihadapi. Konselor akan memberikan arahan, saran, dan solusi untuk memecahkan masalah tersebut. Konseling adalah hubungan komunikasi antara Tenaga Sanitasi Lingkungan (TSL) dengan pasien yang bertujuan untuk mengenali dan memecahkan masalah kesehatan lingkungan yang dihadapi.

Fungsi konseling ini dalam pelayanan kesehatan ada tiga, yaitu fungsi promotif yaitu membantu meningkatkan derajat kesehatan pasien, fungsi preventif yaitu memberikan informasi untuk mencegah perilaku yang tidak sehat atau mencegah timbulnya masalah misal mencegah masalah terjadinya penyakit diare, dan fungsi kuratif adalah menyembuhkan keluhan fisik yang diakibatkan masalah psikis/psikososial (psikosomatis) atau mengurangi depresi atau kecemasan pada penderita penyakit stadium akhir (*terminal ill*) atau penyakit yang sulit disembuhkan. Pada pelayanan kesehatan lingkungan yang diutamakan adalah fungsi promotif dan preventif.

Dalam konseling, pengambilan keputusan adalah tanggung jawab pasien. Pada waktu tenaga kesehatan lingkungan membantu pasien terjadi langkah-langkah komunikasi secara timbal balik yang saling berkaitan (komunikasi interpersonal) untuk membantu pasien membuat keputusan. Tugas pertama tenaga kesehatan lingkungan adalah menciptakan hubungan dengan pasien, dengan menunjukkan perhatian dan penerimaan melalui tingkah laku verbal dan non verbal yang akan mempengaruhi keberhasilan pertemuan tersebut. Konseling tidak semata-mata dialog, melainkan juga proses sadar yang memberdayakan orang agar mampu mengendalikan hidupnya dan bertanggung jawab atas tindakan-tindakannya.

1. Tujuan konseling

Dengan adanya interaksi, komunikasi antara tenaga sanitasi lingkungan (sanitarian) dengan pasien, dan berdasarkan dari fungsi konseling, maka tujuan dari konseling ini adalah :

- a. Membantu individu mengatasi hambatan perkembangannya
- b. Membantu individu mencapai kemampuan pribadi secara optimal

- c. Membantu individu memahami diri sendiri, keadaan sekarang, dan kemungkinan keadaan masa depan
- d. Membantu individu belajar bagaimana memecahkan masalah
- e. Membantu individu menemukan kebutuhan-kebutuhan yang akan datang

2. Karakteristik konseling

Untuk mengetahui bagaimana hubungan, interaksi, atau komunikasi antara tenaga kesehatan dengan pasien atau klien, dapat dilihat dari hal-hal berikut :

a. Ciri-ciri Konseling

Konseling sebagai proses yang dapat membantu pasien dalam :

- 1) Memperoleh informasi tentang masalah kesehatan keluarga yang benar
- 2) Memahami dirinya dengan lebih baik
- 3) Menghadapi masalah-masalahnya sehubungan dengan masalah kesehatan keluarga yang dihadapinya
- 4) Mengutarakan isi hatinya terutama hal-hal yang bersifat sensitif dan sangat pribadi

- 5) Mengantisipasi harapan-harapan, kerelaan dan kapasitas merubah perilaku
 - 6) Meningkatkan dan memperkuat motivasi untuk merubah perilakunya
 - 7) Menghadapi rasa kecemasan dan ketakutan sehubungan dengan masalah kesehatan keluarganya.
- b. Konseling bukan percakapan tanpa tujuan
- Konseling diadakan untuk mencapai tujuan tertentu antara lain membantu Pasien untuk berani mengambil keputusan dalam memecahkan masalahnya.
- c. Konseling bukan berarti memberi nasihat atau instruksi pada Pasien untuk sesuatu sesuai kehendak Tenaga Kesehatan Lingkungan.
- d. Konseling berbeda dengan konsultasi maupun penyuluhan
- Dalam konsultasi, pemberi nasehat memberikan nasehat seakan- akan dia seorang "ahli" dan memikul tanggung jawab yang lebih besar terhadap tingkah laku atau tindakan Pasien, serta yang dihadapi adalah masalah. Sedangkan penyuluhan merupakan proses penyampaian

informasi kepada kelompok sasaran dengan tujuan meningkatkan kesadaran masyarakat.

3. Langkah-langkah konseling

Konseling bukanlah wawancara biasa, dan bukan hanya sekedar penyuluhan. Seorang sanitarian sebagai pelaksana dari konseling ini harus menguasai langkah-langkah konseling ini. Ada enam langkah dalam melaksanakan konseling yang biasa disingkat dengan "SATU TUJU" yaitu :

a. Salam/sambut (SA)

Salam merupakan ungkapan doa atau penghormatan yang diucapkan seorang sanitarian terhadap pasien yang datang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan lingkungan di puskesmas. Dengan mengucapkan salam ini, pasien merasa dihargai dan tidak merasa rendah diri, dan canggung untuk melakukan konseling dengan sanitarian. Langkah-langkah menyambut pasien dapat dilakukan sebagai berikut :

- 1) Beri salam, sambut Pasien dengan hangat.
- 2) Tunjukkan bahwa Anda memperhatikannya, mengerti keadaan dan kebutuhannya, bersedia menolongnya dan

mau meluangkan waktu.

- 3) Tunjukkan sikap ramah.
- 4) Perkenalkan diri dan tugas Anda.
- 5) Yakinkan dia, bahwa Anda bisa dipercaya dan akan menjaga kerahasiaan percakapan Anda dengan Pasien.
- 6) Tumbuhkan keberaniannya untuk dapat mengungkapkan diri.



b. Tanyakan (T)

Dalam bertanya kepada pasien, agar pasien bisa menceritakan dan menjelaskan dengan baik tentang penyakit yang dideritanya, menyangkut masalah yang sedang dihadapinya. Maka sanitarian perlu melakukan dengan langkah-langkah berikut :

- 1) Tanyakan bagaimana keadaan atau minta

pasien untuk menyampaikan masalahnya pada anda

- 2) Dengarkan penuh perhatian dan rasa empati
- 3) Tanyakan apa peluang yang dimilikinya
- 4) Tanyakan apa hambatan yang dihadapinya
- 5) Beritahukan bahwa semua keterangan itu diperlukan untuk menolong mencari cara pemecahan masalah yang terbaik bagi pasien



c. Uraikan (U)

Dalam konseling seorang sanitarian harus mampu menguraikan tentang masalah/penyakit yang diderita oleh pasien. Seorang sanitarian dituntut untuk mampu melakukan identifikasi dari berbagai masalah sanitasi/kesehatan lingkungan/penyakit yang diderita oleh pasien.

Sehingga pasien tahu bahwa penyakit yang dideritanya disebabkan oleh faktor apa saja, bagaimana proses dia menjadi sakit, dan apa yang harus dilakukan untuk pencegahab agar terhindar dari penyakit tersebut.

Misalnya, uraikan tentang hal-hal yang ingin diketahui oleh pasien atau anda menganggap perlu diketahuinya agar lebih memahami dirinya, keadaan dan kebutuhannya untuk memecahkan masalah. Dalam menguraikan anda bisa menggunakan media Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) supaya lebih mudah dipahami.



d. Bantu (TU)

Pada tahap ini, sanitarian harus mampu membantu pasien untuk mencocokkan masalahnya dengan berbagai kemungkinan yang

bisa dipilihnya untuk memperbaiki keadaannya atau mengatasi masalahnya. Dalam hal ini sanitarian mencari apa penyebab masalah pasien, kemudian mencari alternatif dan saran yang harus dilakukan untuk terhindar dari masalah.



e. Jelaskan (J)

Setelah dibantu mencari penyebab dan alternatif serta saran terhadap masalah yang dihadapi, selanjutnya berikan penjelasan yang lebih lengkap mengenai cara mengatasi permasalahan yang dihadapi pasien dari segi positif dan negatif serta diskusikan upaya untuk

mengatasi hambatan yang mungkin terjadi. Jelaskan berbagai pelayanan yang dapat dimanfaatkan untuk memecahkan masalah tersebut.

Pada tahap ini, pasien harus benar-benar paham dengan poin-poin yang dijelaskan oleh sanitarian, karena pasien sendiri yang akan menindaklanjuti alternatif dan saran yang diberikan.



f. Ulangi (U)

Langkah terakhir dalam konseling adalah ulangi. Tujuannya agar kita yakin bahwa apa yang sudah dijelaskan dan uraikan tentang masalah yang dihadapi pasien betul-betul sudah dipahami,

dimengerti, dan pasien mampu mengulanginya kembali seperti apa saja yang menjadi penyebab masalah/penyakitnya, apa yang harus dilakukan untuk mencegah penyakit tersebut.

Misalnya, sanitarian mengulangi pokok-pokok yang perlu diketahui dan diingat oleh pasien, dan pasien mampu menjelaskannya kembali. Yakinkan bahwa anda selalu bersedia membantunya. Kalau pasien memerlukan percakapan lebih lanjut yakinkan dia bahwa anda siap menerimanya.



4. Penutup

Dengan terlaksananya kegiatan konseling ini, maka pelayanan kesehatan masyarakat secara promotif dan preventif sudah terlaksana dengan baik,

terutama dalam meningkatkan pemahaman tentang kesehatan masyarakat, sehingga kebiasaan perilaku hidup bersih dan sehat sudah bisa diterapkan.

Dalam melakukan konseling tenaga sanitasi lingkungan (sanitarian), disamping media promosi juga dilengkapi dengan instrument/panduan konseling berupa daftar pertanyaan sesuai dengan jenis penyakit berbasis lingkungan yang diderita pasien. Instrument ini sudah baku disusun oleh Kemenkes RI, dan bisa saja dikembangkan sesuai dengan kebutuhan, dan situasi kondisi.

Setelah selesai melakukan konseling, tenaga sanitasi lingkungan, selanjutnya :

- a. Melakukan penilaian terhadap komitmen pasien (formulir tindak lanjut konseling) yang telah diisi dan ditandatangani untuk mengambil keputusan yang disarankan, dan besaran masalah yang dihadapi
- b. Menyusun rencana kunjungan untuk inspeksi, 24 jam setelah konseling
- c. Menyiapkan inspeksi kesehatan lingkungan sesuai hasil konseling (instrument inspeksi, alat-

- alat untuk pemeriksaan/sanitarian kit,
koordinasi dengan tenaga kesehatan lainnya)
- d. Menyiapkan langkah-langkah untuk intervensi

3.4 Inspeksi Kesehatan Lingkungan

Setelah melakukan konseling, lalu dibuat kesepakatan dengan pasien dalam waktu 24 jam untuk mengunjungi rumah pasien guna melakukan inspeksi kesehatan lingkungan (IKL). Inspeksi Kesehatan Lingkungan adalah kegiatan pemeriksaan dan pengamatan secara langsung terhadap media lingkungan dalam rangka pengawasan berdasarkan standar, norma dan baku mutu yang berlaku untuk meningkatkan kualitas lingkungan yang sehat.

Tujuan dari inspeksi kesehatan lingkungan adalah untuk mengidentifikasi dan menilai potensi risiko kesehatan dari aspek sarana, lingkungan sarana, baku mutu media, untuk mencegah penyakit, dan menjaga kelestarian lingkungan, sehingga aman dan tidak menimbulkan risiko pada manusia. Secara detil tujuan inspeksi kesehatan lingkungan (IKL) adalah untuk mengidentifikasi potensi risiko kesehatan, mencegah penyakit, menjaga kelestarian lingkungan, meningkatkan kebersihan dan kesehatan lingkungan, menyelenggarakan upaya promotif dan

preventif, memastikan lingkungan aman dan sehat bagi manusia dan ekosistem, mengetahui penerapan hygiene sanitasi yang telah dilakukan oleh petugas kebersihan, melindungi sumber daya manusia, pasien, pengunjung, dan masyarakat yang ada di sekitar fasilitas kesehatan.

Inspeksi Kesehatan Lingkungan dilakukan terhadap media air, udara, tanah, pangan, sarana dan bangunan, serta vektor dan binatang pembawa penyakit. Dalam pelaksanaannya mengacu pada pedoman pengawasan kualitas media lingkungan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Metode Inspeksi Kesehatan Lingkungan dilakukan dengan cara berikut :

1. Pengamatan fisik media lingkungan

Pengamatan fisik media lingkungan adalah kegiatan pemeriksaan dan pengamatan langsung terhadap lingkungan (air, udara, tanah, pangan, sarana dan bangunan, vektor dan binatang pembawa penyakit) untuk meningkatkan kualitas lingkungan yang sehat. Pengamatan ini dilakukan berdasarkan standar, norma, dan baku mutu yang berlaku. Secara garis besar, pengamatan fisik terhadap media lingkungan dilakukan sebagai berikut :

a. Air

- 1) Mengamati sarana (jenis dan kondisi) penyediaan air minum dan air untuk keperluan higiene sanitasi (sumur gali/sumur pompa tangan/KU/perpipaan/penampungan air hujan).
- 2) Mengamati kualitas air secara fisik, apakah berasa, berwarna, atau berbau.
- 3) Mengetahui kepemilikan sarana penyediaan air minum dan air untuk keperluan higiene sanitasi, apakah milik sendiri atau bersama.

b. Udara

- 1) Mengamati ketersediaan dan kondisi kebersihan ventilasi.
- 2) Mengukur luas ventilasi permanen (minimal 10 % dari luas lantai), khusus ventilasi dapur minimal 20 % dari luas lantai dapur, asap harus keluar dengan sempurna atau dengan ada *exhaust fan* atau peralatan lain.

c. Tanah

Mengamati kondisi kualitas tanah yang berpotensi sebagai media penularan penyakit, antara lain tanah bekas Tempat Pembuangan Akhir/TPA Sampah, terletak di daerah banjir, bantaran sungai/aliran sungai/longsor, dan bekas lokasi pertambangan.

d. Pangan

Mengamati kondisi kualitas media pangan, yang memenuhi prinsip-prinsip higiene sanitasi dalam pengelolaan pangan mulai dari pemilihan dan penyimpanan bahan makanan, pengolahan makanan, penyimpanan makanan masak, pengangkutan makanan, dan penyajian makanan.

e. Sarana dan Bangunan

Mengamati dan memeriksa kondisi kualitas bangunan dan sarana pada rumah/tempat tinggal pasien, seperti atap, langit-langit, dinding, lantai, jendela, pencahayaan, jamban, sarana pembuangan air limbah, dan sarana pembuangan sampah.

f. Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit

Mengamati adanya tanda-tanda kehidupan vektor dan binatang pembawa penyakit, antara lain tempat berkembang biaknya jentik, nyamuk, dan jejak tikus.

2. Pengukuran media lingkungan di tempat

Pengukuran media lingkungan di tempat dilakukan dengan menggunakan alat *in situ* untuk mengetahui kualitas media lingkungan yang hasilnya langsung diketahui di lapangan. Pada saat pengukuran media lingkungan, jika diperlukan juga dapat dilakukan pengambilan sampel yang diperuntukkan untuk pemeriksaan lanjutan di laboratorium.

Pengukuran media lingkungan di tempat bisa dilakukan terhadap berbagai parameter seperti pH air, kelembaban, pencahayaan, kebisingan, kualitas fisik air (warna, bau, kekeruhan) dan lainnya dengan menggunakan alat Sanitarian Kit.

3. Uji laboratorium

Apabila hasil pengukuran *in situ* memerlukan penegasan lebih lanjut, dilakukan uji laboratorium. Uji laboratorium dilaksanakan di laboratorium yang terakreditasi sesuai parameternya. Apabila diperlukan, uji

laboratorium dapat dilengkapi dengan pengambilan spesimen *biomarker* pada manusia, fauna, dan flora.

Pengukuran media lingkungan dengan uji laboratorium misalnya dilakukan untuk mengetahui kandungan bakteri *E.coli*, dan berbagai parameter logam berat dalam air minum.

4. Analisis risiko kesehatan lingkungan (ARKL)

Analisis risiko adalah metode atau pendekatan untuk mengkaji lebih cermat terhadap potensi risiko kesehatan yang berkenaan dengan kualitas media lingkungan (dampak cemaran air terhadap kesehatan masyarakat).

Analisis risiko kesehatan lingkungan merupakan pendekatan dengan mengkaji atau menelaah secara mendalam untuk mengenal, memahami dan memprediksi kondisi dan karakteristik lingkungan yang berpotensi terhadap **timbulnya** risiko kesehatan, dengan mengembangkan tata laksana terhadap sumber perubahan media lingkungan, masyarakat terpajan dan dampak kesehatan yang terjadi.

Analisis risiko kesehatan lingkungan juga dilakukan untuk mencermati besarnya risiko yang dimulai dengan mendeskripsikan masalah kesehatan lingkungan yang telah dikenal dan melibatkan **penetapan risiko** pada

kesehatan manusia yang berkaitan dengan masalah kesehatan lingkungan yang bersangkutan.

Analisis risiko dilakukan dengan membandingkan hasil pengujian kualitas media lingkungan dengan parameter baku mutu kesehatan lingkungan media lingkungan, identifikasi dugaan sumber kontaminasi, dan identifikasi langkah-langkah.

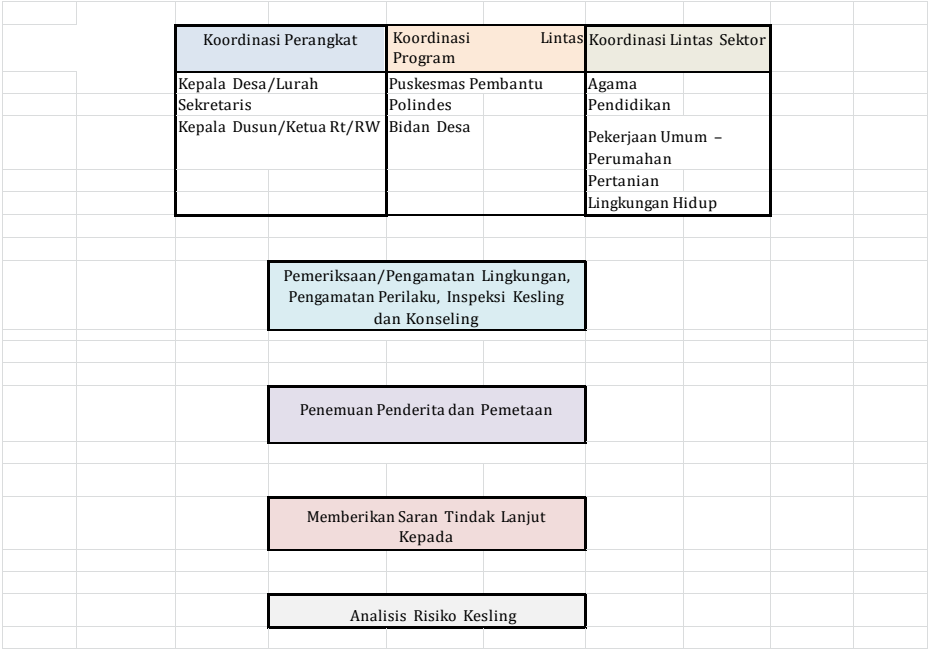
Analisis risiko kesehatan lingkungan dilakukan melalui :

- a. Identifikasi bahaya, yaitu untuk mengetahui secara spesifik agen risiko (fisik, kimia, mikrobiologi) apa yang berpotensi menyebabkan gangguan kesehatan bila tubuh terpajan. Tahapan ini mengetahui agen risiko spesifik yang berbahaya, di media lingkungan yang mana terdapat agen risiko, seberapa besar kandungan/konsentrasi agen risiko di media lingkungan, dan gejala kesehatan apa yang potensial.
- b. Analisis dosis respon (*biomarker*), yaitu untuk mengetahui jalur pajanan dari suatu agen risiko masuk ke dalam tubuh manusia dan memahami perubahan gejala atau efek kesehatan yang

terjadi akibat peningkatan konsentrasi atau dosis agen risiko yang masuk ke dalam tubuh.

- c. Analisis pajanan, yaitu memperkirakan besaran, frekuensi, dan durasi pajanan pada manusia melalui semua jalur pajanan dan menghasilkan perkiraan pajanan.
- d. Penetapan risiko, yaitu mengintegrasikan daya racun dan pajanan kedalam “perkiraan batas atas” risiko kesehatan yang terkandung dalam media lingkungan.

Berikut ini pelayanan kegiatan inspeksi kesehatan lingkungan, alurnya dapat dilihat pada gambar berikut :



Gambar 3. 2. Alur Inspeksi Kesehatan Lingkungan

3.5 Intervensi Kesehatan Lingkungan

Intervensi Kesehatan Lingkungan adalah tindakan penyehatan, pengamanan, dan pengendalian untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial, yang dapat berupa:

- 1. Komunikasi, informasi, dan edukasi, serta penggerakan/pemberdayaan masyarakat

Komunikasi, Informasi, dan Edukasi, serta Penggerakan/ Pemberdayaan Masyarakat. Pelaksanaan Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, dan perilaku masyarakat terhadap masalah kesehatan dan upaya yang diperlukan sehingga dapat mencegah penyakit dan/atau gangguan kesehatan akibat Faktor Risiko Lingkungan. KIE dilaksanakan secara bertahap agar masyarakat umum mengenal lebih dulu, kemudian menjadi mengetahui, setelah itu mau melakukan dengan pilihan/*opsi* yang sudah disepakati bersama.

Pelaksanaan penggerakan/pemberdayaan masyarakat dilakukan untuk memelihara dan meningkatkan kualitas lingkungan melalui kerja bersama (gotong royong) melibatkan semua unsur masyarakat termasuk perangkat pemerintahan setempat dan dilakukan secara berkala.

Contoh pelaksanaan KIE di masyarakat adalah :

- a. Pemasangan dan/atau penayangan media promosi kesehatan lingkungan pada permukiman, tempat kerja, tempat rekreasi, dan tempat dan fasilitas umum
- b. Pelatihan masyarakat untuk 3M (menutup,

menguras, dan mengubur), pembuatan sarana sanitasi dan sarana pengendalian vector

- c. Pemicuan, pendampingan, dan percontohan untuk menuju Sanitasi Total pada kegiatan Kegiatan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat/STBM
- d. Gerakan bersih desa

2. Perbaikan dan pembangunan sarana

Perbaikan dan pembangunan sarana diperlukan apabila pada hasil Inspeksi Kesehatan Lingkungan menunjukkan adanya Faktor Risiko Lingkungan penyebab penyakit dan/atau gangguan kesehatan pada lingkungan dan/atau rumah Pasien. Perbaikan dan pembangunan sarana dilakukan untuk meningkatkan akses terhadap air minum, sanitasi, sarana perumahan, sarana pembuangan air limbah dan sampah, serta sarana kesehatan lingkungan lainnya yang memenuhi standar dan persyaratan kesehatan lingkungan.

Tenaga Kesehatan Lingkungan dapat memberikan desain untuk perbaikan dan pembangunan sarana sesuai dengan tingkat risiko, dan standar atau

persyaratan kesehatan lingkungan, dengan mengutamakan material lokal.

Contoh perbaikan dan pembangunan sarana sebagai berikut:

- a. Penyediaan sarana cuci tangan dengan material bamboo
- b. Pembuatan saringan air sederhana
- c. Pembuatan pasangan/cincin pada bibir sumur untuk mencegah kontaminasi air dan berkembangbiaknya vector
- d. Pemasangan genteng kaca untuk pencahayaan ruangan
- e. Pembuatan tangki septik, pembuatan ventilasi, plesteran semen pada lantai tanah, dan pembuatan sarana air bersih yang tertutup.

3. Pengembangan teknologi tepat guna

Pengembangan teknologi tepat guna merupakan upaya alternatif untuk mengurangi atau menghilangkan faktor risiko penyebab penyakit dan/atau gangguan kesehatan. Pengembangan teknologi tepat guna dilakukan dengan mempertimbangkan permasalahan yang ada dan ketersediaan sumber daya setempat sesuai kearifan lokal.

Pengembangan teknologi tepat guna secara umum harus dapat dimanfaatkan oleh masyarakat setempat, memanfaatkan sumber daya yang ada, dibuat sesuai kebutuhan, bersifat efektif dan efisien, praktis dan mudah diterapkan/dioperasionalkan, pemeliharaannya mudah, serta mudah dikembangkan.

Contoh pengembangan teknologi tepat guna adalah :

- a. Pembuatan saringan pasir cepat/lambat untuk mengurangi kekeruhan dan/atau kandungan logam berat dalam air
- b. Pembuatan kompos dari sampah organik
- c. Pengolahan air limbah rumah tangga untuk ternak ikan

4. Rekayasa lingkungan

Rekayasa lingkungan merupakan upaya mengubah media lingkungan atau kondisi lingkungan untuk mencegah pajanan agen penyakit baik yang bersifat fisik, biologi, maupun kimia serta gangguan dari vektor dan binatang pembawa penyakit.

Contoh rekayasa lingkungan dalam bidang kesehatan lingkungan adalah :

- a. Menanam tanaman anti nyamuk dan anti tikus

- b. Pemeliharaan ikan kepala timah atau *guppy*
- c. Pemberian bubuk *larvasida* pada tempat penampungan air yang tidak tertutup
- d. Membuat saluran air dari laguna ke laut agar ada peningkatan salinitas.

3.6 Penutup

Pelayanan kesehatan lingkungan sebagai UKM essential di puskesmas, wajib dilaksanakan, sebagaimana pelayanan kesehatan lainnya. Namun dalam implementasinya, pelayanan kesehatan lingkungan ini belum terlaksana sesuai dengan standar operasional. Penyebab dari hal ini diantaranya adalah tenaga sanitasi lingkungan belum memahami dalam pelaksanaannya, dukungan alat untuk pengukuran dan pemeriksaan media lingkungan di tempat dan laboratorium, dukungan dari pelayanan kesehatan lainnya yang ada di puskesmas.

Pelayanan kesehatan lingkungan merupakan kegiatan promotif dan preventif, sehingga kalau ini dikerjakan dengan baik, dampaknya bisa menurunkan kejadian penyakit berbasis lingkungan di wilayah kerja puskesmas.

Apabila berdasarkan laporan penyakit terbanyak di wilayah kerja suatu puskesmas, menunjukkan penyakit berbasis lingkungan masih masuk dalam 10 penyakit terbanyak, itu menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan lingkungan di wilayah kerja puskesmas tersebut belum berjalan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes RI, 2024. Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2023. Kemenkes RI, Jakarta
- Presiden RI, 2014. Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014. Kemenkes RI, Jakarta
- Kemenkes RI, 2023. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 2 Tahun 2023. Kemenkes RI, Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2014 tentang Sanitasi Total Berbasis Masyarakat. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI, 2015. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 13 Tahun 2015. Kemenkes RI, Jakarta
- Kemenkes RI, 2019. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 43 Tahun 2019. Kemenkes RI, Jakarta

BAB IV

MANAJEMEN PUSKESMAS

4.1 Latar Belakang

Pusat Kesehatan Masyarakat yang dikenal dengan sebutan puskesmas adalah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang bertanggung jawab atas kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya pada satu atau bagian wilayah kecamatan. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat dinyatakan bahwa Puskesmas berfungsi menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama. Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, sehingga dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, akan mengacu pada kebijakan pembangunan kesehatan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota bersangkutan, yang tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) dan Rencana Lima Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Agar puskesmas dapat mengelola upaya kesehatan dengan baik dan berkesinambungan dalam mencapai tujuannya, maka puskesmas harus menyusun rencana kegiatan untuk periode 5 (lima) tahunan yang selanjutnya akan dirinci lagi ke dalam rencana tahunan puskesmas sesuai siklus perencanaan anggaran daerah. Semua rencana kegiatan baik 5 (lima) tahunan maupun rencana tahunan, selain mengacu pada kebijakan pembangunan kesehatan kabupaten/kota harus juga disusun berdasarkan pada hasil analisis situasi saat itu (*evidence based*) dan prediksi kedepan yang mungkin terjadi. Proses selanjutnya adalah penggerakan dan pelaksanaan kegiatan sesuai dengan rencana kegiatan/program yang disusun, kemudian melakukan pengawasan dan pengendalian diikuti dengan upaya-upaya perbaikan dan peningkatan (*Corrective Action*) dan diakhiri dengan pelaksanaan penilaian hasil kegiatan melalui penilaian kinerja Puskesmas.

Pemahaman akan pentingnya manajemen Puskesmas, telah diperkenalkan sejak tahun 1980, dengan disusunnya buku-buku pedoman manajemen Puskesmas, yang terdiri atas Paket Lokakarya Mini Puskesmas (tahun 1982), Pedoman Stratifikasi Puskesmas (tahun 1984) dan Pedoman Microplanning Puskesmas (tahun 1986). Paket Lokakarya

Mini Puskesmas menjadi pedoman Puskesmas dalam melaksanakan lokakarya Puskesmas dan rapat bulanan Puskesmas. Pada tahun 1988, Paket Lokakarya Mini Puskesmas direvisi menjadi Pedoman Lokakarya Mini Puskesmas dengan penambahan materi penggalangan kerjasama tim Puskesmas dan lintas sektor, serta rapat bulanan Puskesmas dan triwulanan lintas sektor. Pada tahun 1993, Pedoman Lokakarya Mini dilengkapi cara pemantauan pelaksanaan dan hasil-hasil kegiatan dengan menggunakan instrument Pemantauan Wilayah Setempat (PWS). Pedoman Stratifikasi Puskesmas (tahun 1984), digunakan sebagai acuan Puskesmas dan dinas kesehatan kabupaten/kota, untuk dapat meningkatkan peran dan fungsinya dalam pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

Pedoman *Microplanning* Puskesmas (tahun 1986), digunakan untuk acuan menyusun rencana 5 (lima) tahun puskesmas, yang diprioritaskan untuk mendukung pencapaian target lima program Keluarga Berencana (KB)-Kesehatan Terpadu, yang terdiri atas Kesehatan Ibu Anak (KIA), KB, gizi, imunisasi dan diare. Dengan adanya perubahan kebijakan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, diantaranya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019, Program Indonesia Sehat dengan

Pendekatan Keluarga yang berbasis siklus kehidupan, *Sustainable Development Goals (SDG's)*, dan dinamika permasalahan kesehatan yang dihadapi masyarakat, maka pedoman manajemen Puskesmas perlu disesuaikan dengan perubahan yang ada. Melalui pola penerapan manajemen Puskesmas yang baik dan benar oleh seluruh Puskesmas di Indonesia, maka tujuan akhir pembangunan jangka panjang bidang kesehatan yaitu masyarakat Indonesia yang sehat mandiri secara berkeadilan, dipastikan akan dapat diwujudkan.

4.2 Konsep Manajemen Puskesmas

Manajemen adalah serangkaian proses yang terdiri atas perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan kontrol (*Planning, Organizing, Actuating, Controlling*) untuk mencapai sasaran/tujuan secara efektif dan efisien. Efektif berarti bahwa tujuan yang diharapkan dapat dicapai melalui proses penyelenggaraan yang dilaksanakan dengan baik dan benar serta bermutu, berdasarkan atas hasil analisis situasi yang didukung dengan data dan informasi yang akurat (*evidence based*). Sedangkan efisien berarti bagaimana Puskesmas memanfaatkan sumber daya yang tersedia untuk dapat melaksanakan upaya kesehatan sesuai standar dengan

baik dan benar, sehingga dapat mewujudkan target kinerja yang telah ditetapkan. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, disebutkan bahwa Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan diwilayah kerjanya dan berfungsi menyelenggarakan UKM dan UKP tingkat pertama diwilayah kerjanya. Puskesmas dalam Sistem Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota, merupakan bagian dari dinas kesehatan kabupaten/kota sebagai UPTD Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Oleh sebab itu, Puskesmas melaksanakan tugas Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang dilimpahkan kepadanya, antara lain kegiatan dalam Standar Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan Kabupaten/kota dan upaya kesehatan yang secara spesifik dibutuhkan masyarakat setempat (*local specific*).

Dalam pelaksanaan tugas dan fungsi puskesmas tersebut, puskesmas harus melaksanakan manajemen puskesmas secara efektif dan efisien. Siklus manajemen puskesmas yang berkualitas merupakan rangkaian kegiatan rutin berkesinambungan, yang dilaksanakan dalam penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan secara bermutu, yang harus selalu dipantau secara berkala dan teratur,

diawasi dan dikendalikan sepanjang waktu, agar kinerjanya dapat diperbaiki dan ditingkatkan dalam satu siklus “*Plan-Do-Check-Action (P-D-C-A)*”.

Untuk menjamin bahwa siklus manajemen puskesmas yang berkualitas berjalan secara efektif dan efisien, ditetapkan Tim Manajemen Puskesmas yang juga dapat berfungsi sebagai penanggungjawab manajemen mutu di Puskesmas. Tim terdiri atas penanggung jawab upaya kesehatan di puskesmas dan didukung sepenuhnya oleh jajaran pelaksanaannya masing-masing. Tim ini bertanggung jawab terhadap tercapainya target kinerja puskesmas, melalui pelaksanaan upaya kesehatan yang bermutu.

Upaya kesehatan bermutu merupakan upaya yang memberikan rasa puas sebagai pernyataan subjektif pelanggan, dan menghasilkan outcome sebagai bukti objektif dari mutu layanan yang diterima pelanggan. Oleh karena itu puskesmas harus menetapkan indikator mutu setiap pelayanan yang dilaksanakannya atau mengikuti standar mutu pelayanan setiap program/pelayanan yang telah ditetapkan, yang dikoordinasikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Untuk terselenggaranya upaya kesehatan bermutu bagi masyarakat di wilayah kerjanya, maka Tim Manajemen Puskesmas harus mampu bekerja dengan baik dan profesional, dibawah koordinasi dan supervisi kepala Puskesmas yang menjalankan fungsi kepemimpinannya yang baik dan tepat sesuai situasi dan kondisi.

Upaya kesehatan yang diberikan harus selalu memperhatikan kepentingan, kebutuhan dan harapan masyarakat sebagai konsumen eksternal, kepentingan dan kepuasan dari seluruh staf Puskesmas sebagai konsumen internal, serta pemerintah daerah kabupaten/kota sebagai pemilik/*owner*. Upaya kesehatan Puskesmas yang dilaksanakan secara merata dan bermutu sesuai standar, diwujudkan dengan bukti adanya perbaikan dan peningkatan pencapaian target indikator kesehatan masyarakat dan perseorangan. Seperti menurunnya angka-angka kesakitan penyakit yang menjadi prioritas untuk ditangani, menurunnya angka kematian balita, angka gizi kurang dan atau gizi buruk balita dan maternal, menurunnya jumlah kematian maternal, teratasinya masalah-masalah kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya, dan lainnya.

Diperlukan dukungan sumber daya yang memadai baik dalam jenis, jumlah maupun fungsi dan kompetensinya sesuai standar yang ditetapkan, dan tersedia tepat waktu pada saat akan digunakan. Dalam kondisi ketersediaan sumber daya yang terbatas, maka sumber daya yang tersedia dikelola dengan sebaik-baiknya, dapat tersedia saat akan digunakan sehingga tidak menghambat jalannya pelayanan yang akan dilaksanakan.

Manajemen sumber daya dan mutu merupakan satu kesatuan sistem pengelolaan puskesmas yang tidak terpisah satu dengan lainnya, yang harus dikuasai sepenuhnya oleh tim manajemen Puskesmas dibawah kepemimpinan kepala puskesmas, dalam upaya mewujudkan kinerja puskesmas yang bermutu, mendukung tercapainya sasaran dan tujuan penyelenggaraan upaya kesehatan di puskesmas, agar dapat mengatasi masalah-masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat di wilayah kerjanya. Manajemen puskesmas akan mengintegrasikan seluruh manajemen yang ada (sumber daya, program, pemberdayaan masyarakat, sistem informasi Puskesmas, dan mutu) didalam menyelesaikan masalah prioritas kesehatan di wilayah kerjanya.

Dalam menyusun perencanaan 5 (lima) tahun Puskesmas, selain mengacu pada Rencana Lima Tahunan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, puskesmas juga harus memperhatikan dan mengacu pada Rencana Lima Tahunan Kementerian Kesehatan. Apabila puskesmas sebelumnya telah menyusun rencana 5 (lima) tahunan dan rencana tahunan, maka dengan keluarnya kebijakan baru yang berkaitan dengan kesehatan, puskesmas perlu menelaah kembali rencana 5 (lima) tahun puskesmas yang telah disusun sebelumnya untuk dapat disesuaikan dengan hal-hal yang sangat prinsip dan prioritas. Gambar berikut menguraikan contoh siklus manajemen puskesmas yang berkualitas.



Gambar 4. 1. Siklus Manajemen Puskesmas

4.3 Perencanaan

Perencanaan yang disusun melalui pengenalan permasalahan secara tepat berdasarkan data yang akurat, serta diperoleh dengan cara dan dalam waktu yang tepat, maka akan dapat mengarahkan upaya kesehatan yang dilaksanakan Puskesmas dalam mencapai sasaran dan tujuannya. Dalam upaya mencakup seluas mungkin sasaran masyarakat yang harus dilayani, serta mengingat ketersediaan sumber daya yang terbatas, maka pelayanan kesehatan harus dapat dilaksanakan secara terintegrasi baik lintas program maupun lintas sektor. Kepala Puskesmas harus mampu membangun kerjasama dan mengkoordinasikan program di internal puskesmas dan di eksternal dengan mitra lintas sektor. Koordinasi dengan lintas sektor sangat diperlukan, karena faktor penyebab dan latar belakang masalah kesehatan tertentu kemungkinan hanya dapat diselesaikan oleh mitra lintas sektor.

Peran pemerintah daerah sangat besar dalam menyelesaikan permasalahan kesehatan di masyarakat, oleh karenanya puskesmas perlu mencari dukungan dari pemerintah daerah yang dimulai dari tingkat desa/kelurahan, kecamatan dan kabupaten/kota. Proses perencanaan puskesmas harus terintegrasi kedalam sistem

perencanaan daerah melalui forum Musyawarah Perencanaan Pembangunan (Musrenbang) yang disusun secara *top down* dan *bottom-up*.

Proses perencanaan puskesmas akan mengikuti siklus perencanaan pembangunan daerah, dimulai dari tingkat desa/kelurahan, selanjutnya disusun pada tingkat kecamatan dan kemudian diusulkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota. Perencanaan puskesmas yang diperlukan terintegrasi dengan lintas sektor kecamatan, akan diusulkan melalui kecamatan ke pemerintah daerah kabupaten/kota.

Puskesmas akan menyusun rencana 5 (lima) tahunan dan rincian rencana tahunannya berdasarkan pada hasil evaluasi tahun sebelumnya dan mengacu pada kebijakan kesehatan dari tingkat administrasi di atasnya, baik kabupaten/kota, provinsi, dan pusat. Untuk kepentingan penyusunan perencanaan puskesmas, perlu diselaraskan dengan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga dan program kesehatan nasional lainnya.

1. Perencanaan Lima Tahunan

Dalam rangka meningkatkan prinsip penyelenggaraan Puskesmas, agar mampu mencapai tujuan yang diharapkan, serta mengembangkan dan membina pelayanan kesehatan di wilayahnya secara

efektif dan efisien, perlu disusun rencana lima tahunan ditingkat Puskesmas. Dengan adanya Rencana Lima Tahunan Puskesmas, maka kelangsungan pelaksanaan kegiatan pelayanan kesehatan pada setiap tahun untuk satu periode akan dapat lebih terjamin, walaupun terjadi pergantian pengelola dan pelaksana kegiatan di Puskesmas maka diharapkan pengembangan program/kegiatan tetap berjalan sesuai dengan Rencana Lima Tahunan yang telah ada.

Penyusunan Rencana Lima Tahunan Puskesmas dilakukan pada setiap periode lima tahun, dengan tahap pelaksanaannya adalah persiapan, analisis situasi, perumusan masalah, dan penyusunan perencanaan. Lengkapnya bisa dilihat pada gambar berikut :



Gambar 4. 2. Tahap-tahap Perencanaan

2. Perencanaan Tahunan

Puskesmas harus dilengkapi dengan usulan pembiayaan untuk kebutuhan rutin, sarana, prasarana dan operasional Puskesmas. Penyusunan Rencana Usulan Kegiatan (RUK) untuk tahun mendatang (N+1) disusun pada bulan Januari tahun berjalan (N) berdasarkan hasil kajian pencapaian kegiatan tahun sebelumnya (N-1), dan diharapkan proses penyusunan RUK telah selesai dilaksanakan di puskesmas pada akhir bulan Januari tahun berjalan (N). Penyusunan Rencana Tahunan Puskesmas dilakukan pada setiap tahun, dengan tahap pelaksanaannya adalah :



Gambar 4. 3. Penyusunan Perencanaan Tahunan Puskesmas

4.4 Penggerakan dan pelaksanaan

Penggerakan dan Pelaksanaan program/kegiatan merupakan kegiatan lanjutan dari RPK. Penggerakan pelaksanaan program/kegiatan dapat dilakukan melalui berbagai cara, diantaranya adalah rapat dinas, pengarahan pada saat apel pegawai, pelaksanaan kegiatan dari setiap program sesuai penjadwalan pada Rencana Pelaksanaan Kegiatan bulanan, maupun dilakukan melalui forum yang dibentuk khusus untuk itu. Forum yang dibentuk khusus untuk melakukan penggerakan pelaksanaan program/kegiatan dinamakan forum Lokakarya Mini Puskesmas. Dalam rangka penggerakan dan pelaksanaan program/kegiatan, Kepala Puskesmas dapat melakukan pengorganisasian ulang petugas di puskesmas dalam rangka penguatan dan pemantapan organisasi.

1. Lokakarya mini bulanan

Lokakarya mini bulanan bertujuan untuk menilai sampai seberapa jauh pencapaian dan hambatan-hambatan yang dijumpai oleh para pelaksana program/kegiatan pada bulan atau periode yang lalu sekaligus pemantauan terhadap pelaksanaan rencana kegiatan puskesmas yang akan datang; sehingga dapat dibuat perencanaan ulang yang lebih baik dan sesuai

dengan tujuan yang hendak dicapai. Disamping itu, kita ketahui bersama bahwa keberhasilan pelaksanaan kegiatan Puskesmas memerlukan keterpaduan baik lintas program maupun lintas sektor. Lokakarya mini bulanan dilaksanakan pada setiap awal bulan.

Keterpaduan lintas program adalah keterpaduan internal puskesmas yang bertujuan agar seluruh petugas mempunyai rasa memiliki dan motivasi yang tinggi dalam melaksanakan seluruh kegiatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas secara terintegrasi. Seluruh komponen puskesmas harus memiliki kesadaran bahwa Puskesmas merupakan satu sistem dan mereka adalah subsistemnya. Pengorganisasian internal puskesmas sekaligus pemantauan kegiatan dilaksanakan melalui Lokakarya mini bulanan puskesmas yang menghasilkan perencanaan ulang. Lokakarya mini bulanan puskesmas diselenggarakan dalam 2 (dua) tahap yaitu:

a. Lokakarya mini bulanan yang pertama

Lokakarya Mini Bulanan yang pertama merupakan lokakarya penggalangan tim, diselenggarakan dalam rangka pengorganisasian untuk dapat terlaksananya RPK puskesmas. Pengorganisasian dilaksanakan dalam rangka

penentuan penanggungjawab dan pelaksana setiap kegiatan serta untuk satuan wilayah kerja. Seluruh program kerja dan wilayah kerja puskesmas dilakukan pembagian habis kepada seluruh pegawai puskesmas, dengan mempertimbangkan kemampuan yang dimilikinya.

b. Lokakarya mini bulanan rutin

Lokakarya mini bulanan rutin diselenggarakan sebagai tindak lanjut dari lokakarya mini bulanan yang pertama. Lokakarya mini bulanan rutin ini dilaksanakan untuk memantau pelaksanaan kegiatan puskesmas, yang dilakukan setiap bulan secara teratur. Pada forum lokakarya mini bulanan rutin, dapat sekaligus dilaksanakan pertemuan tinjauan manajemen, sesuai jadwal yang telah ditetapkan tim audit internal.

Penanggungjawab penyelenggaraan lokakarya mini bulanan rutin adalah kepala puskesmas, yang dalam pelaksanaannya dibantu staf puskesmas dengan mengadakan rapat kerja seperti biasanya. Fokus utama lokakarya mini bulanan rutin adalah ditekankan kepada masalah pentingnya kesinambungan arah dan kegiatan antara hal-hal

yang direncanakan, integrasi antar program dalam menyelesaikan masalah prioritas puskesmas yang telah ditetapkan pada tiap tahunnya, pelaksanaannya serta hasilnya, agar kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan tersebut dapat berhasil guna dan berdaya guna.

2. Lokakarya mini tribulanan

Masalah kesehatan (termasuk kejadian kesakitan dan kematian) yang terjadi dimasyarakat disebabkan oleh banyak faktor, dimana sebagai penyebab utamanya diluar faktor kesehatan. Penyebab masalah kesehatan dapat disebabkan antara lain oleh faktor lingkungan (termasuk sosial-ekonomi-budaya), perilaku masyarakat, pelayanan kesehatan, keadaan demografi dan faktor keturunan. Oleh karena itu untuk memecahkan masalah kesehatan dibutuhkan kerjasama antara sektor kesehatan dengan sektor-sektor lain yang terkait dengan penyebab terjadinya masalah kesehatan. Untuk menumbuhkan semangat kerjasama antar sektor yang terkait dalam pembangunan kesehatan diperlukan upaya pengggalangan dan peningkatan kerjasama lintas sektoral, agar diperoleh hasil yang optimal.

Untuk memelihara kerjasama lintas sektor perlu dilakukan upaya penggalangan dan pemantauan pelaksanaan kerjasama melalui suatu forum lokakarya mini yang diselenggarakan setiap tribulan yang disebut Lokakarya Mini Tribulanan. Lokakarya mini tribulanan bertujuan untuk menginformasikan dan mengidentifikasi capaian hasil kegiatan tribulan sebelumnya, membahas dan memecahkan masalah dan hambatan yang dihadapi oleh lintas sektor pada kegiatan tribulan sebelumnya, dan menganalisa serta memutuskan Rencana Tindak Lanjut (RTL) dengan memasukkan aspek umpan balik dari masyarakat dan sasaran program. Lokakarya mini bulanan tetap dilaksanakan jika pada bulan yang bersamaan ada lokakarya mini tribulanan, dimana lokakarya mini bulanan mempersiapkan bahan untuk pelaksanaan lokakarya mini tribulanan. Berikut ini gambaran pelaksanaan lokakarya mini di puskesmas.



Gambar 4. 4. Pelaksanaan Lokakarya Mini Puskesmas

Adapun tahapan kegiatan lokakarya mini tribulanan lintas sektor dilaksanakan dalam dua tahap yaitu :

a. Lokakarya Mini Tribulanan Pertama

Lokakarya mini tribulanan yang pertama merupakan lokakarya penggalangan tim yang diselenggarakan dalam rangka pengorganisasian untuk dapat terlaksananya rencana kegiatan sektoral yang terkait dengan pembangunan kesehatan. Pada tahapan ini, puskesmas mendiskusikan usulan yang akan disampaikan didalam Musrenbang kecamatan yang memerlukan dukungan dari lintas sektor terkait, sehingga pada saat dilaksanakan Musrenbang kecamatan semua pihak sudah tersosialisasi dan

dapat mendukung program kesehatan di tingkat kecamatan.

Pengorganisasian dilaksanakan untuk penentuan penanggungjawab dan pelaksana setiap kegiatan serta untuk satuan wilayah kerja. Seluruh program kerja dan wilayah kerja kecamatan dilakukan pembagian habis kepada seluruh sektor terkait, dengan mempertimbangkan kewenangan dan bidang yang dimilikinya.

b. Lokakarya mini tribulanan rutin

Sebagaimana lokakarya bulanan puskesmas, maka lokakarya mini tribulanan rutin merupakan tindaklanjut dari penggalangan kerjasama lintas sektoral yang telah dilakukan dan selanjutnya dilakukan tiap tribulan secara tetap. Penyelenggaraan lokakarya mini tribulanan rutin dilakukan oleh camat dan Puskesmas dibantu sektor terkait dikecamatan.

4.5 Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian Kinerja

Manajemen perencanaan yang telah ditetapkan sebagai Rencana Pelaksanaan Kegiatan, perlu dilakukan pengawasan dan pengendalian agar target output dari setiap kegiatan

dapat dicapai secara optimal. Hal-hal yang menjadi faktor penghambat pencapaian target output yang ditemukan pada proses pengawasan dan pengendalian, dapat segera diatasi melalui penyesuaian perencanaan selanjutnya. Selain melalui forum lokakarya mini, pelaksanaan pengawasan dan pengendalian secara internal dapat dilaksanakan melalui kegiatan monitoring rutin terhadap upaya yang dilakukan, dengan berpedoman pada NSPK masing-masing program. Hasil pengawasan dan pengendalian akan dinilai didalam suatu proses penilaian kinerja Puskesmas, yang juga merupakan instrument/tools untuk menilai pelaksanaan proses manajemen Puskesmas secara keseluruhan.

1. Pengawasan dan pengendalian

Pengawasan Puskesmas dibedakan menjadi dua, yaitu pengawasan internal dan eksternal. Pengawasan internal adalah pengawasan yang dilakukan oleh Puskesmas sendiri, baik oleh Kepala Puskesmas, tim audit internal maupun setiap penanggung jawab dan pengelola/pelaksana program. Adapun pengawasan eksternal dilakukan oleh instansi dari luar Puskesmas antara lain dinas kesehatan kabupaten/kota, institusi lain selain Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan/atau

masyarakat. Pengawasan yang dilakukan mencakup aspek administratif, sumber daya, pencapaian kinerja program, dan teknis pelayanan. Apabila ditemukan adanya ketidaksesuaian baik terhadap rencana, standar, peraturan perundangan maupun berbagai kewajiban yang berlaku perlu dilakukan pembinaan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Pengawasan dilakukan melalui kegiatan supervisi yang dapat dilakukan secara terjadwal atau sewaktu-waktu.

Pengendalian adalah serangkaian aktivitas untuk menjamin kesesuaian pelaksanaan kegiatan dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya dengan cara membandingkan capaian saat ini dengan target yang telah ditetapkan sebelumnya. Jika terdapat ketidaksesuaian, maka harus dilakukan upaya perbaikan (*corrective action*). Kegiatan pengendalian ini harus dilakukan secara terus menerus. Pengendalian dapat dilakukan secara berjenjang oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Kepala Puskesmas, maupun penanggung jawab program.

Tujuan dari pengawasan dan pengendalian adalah sebagai berikut :

- a. Mengetahui sejauh mana pelaksanaan pelayanan kesehatan, apakah sesuai dengan standar atau rencana kerja, apakah sumber daya telah ada dan digunakan sesuai dengan yang telah ditetapkan secara efektif dan efisien
- b. Mengetahui adanya kendala, hambatan/tantangan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan, sehingga dapat ditetapkan pemecahan masalah sedini mungkin
- c. Mengetahui adanya penyimpangan pada pelaksanaan pelayanan kesehatan sehingga dapat segera dilakukan klarifikasi.
- d. Memberikan informasi kepada pengambil keputusan tentang adanya penyimpangan dan penyebabnya, sehingga dapat mengambil keputusan untuk melakukan koreksi pada pelaksanaan kegiatan atau program terkait, baik yang sedang berjalan maupun pengembangannya di masa mendatang
- e. Memberikan informasi/laporan kepada pengambil keputusan tentang adanya perubahan-perubahan lingkungan yang harus ditindaklanjuti dengan penyesuaian kegiatan

- f. Memberikan informasi tentang akuntabilitas pelaksanaan dan hasil kinerja program/kegiatan kepada pihak yang berkepentingan, secara kontinyu dan dari waktu ke waktu.

2. Penilaian kinerja puskesmas

Penilaian kinerja puskesmas adalah suatu proses yang obyektif dan sistematis dalam mengumpulkan, menganalisis dan menggunakan informasi untuk menentukan seberapa efektif dan efisien pelayanan puskesmas disediakan, serta sasaran yang dicapai sebagai penilaian hasil kerja/prestasi puskesmas.

Penilaian kinerja puskesmas dilaksanakan oleh puskesmas dan kemudian hasil penilaiannya diverifikasi oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Tujuan dilaksanakannya penilaian kinerja adalah agar puskesmas :

- a. Mendapatkan gambaran tingkat kinerja puskesmas (hasil cakupan kegiatan, mutu kegiatan, dan manajemen puskesmas) pada akhir tahun kegiatan.
- b. Mendapatkan masukan untuk penyusunan rencana kegiatan di tahun yang akan datang

- c. Dapat melakukan identifikasi dan analisis masalah, mencari penyebab dan latar belakang serta hambatan masalah kesehatan di wilayah kerjanya berdasarkan adanya kesenjangan pencapaian kinerja
- d. Mengetahui dan sekaligus dapat melengkapi dokumen untuk persyaratan akreditasi puskesmas
- e. Dapat menetapkan tingkat urgensi suatu kegiatan untuk dilaksanakan segera pada tahun yang akan datang berdasarkan prioritasnya

Adapun aspek penilaian meliputi hasil pencapaian pelaksanaan pelayanan kesehatan dan manajemen puskesmas. Berdasarkan hasil verifikasi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota menetapkan puskesmas kedalam kelompoknya sesuai dengan pencapaian kinerjanya.

Berdasarkan hasil penilaian kinerjanya, puskesmas dikelompokkan menjadi 3 (tiga), yaitu :

- a. Kelompok I: Puskesmas dengan tingkat kinerja baik
 - 1) Cakupan hasil pelayanan kesehatan dengan tingkat pencapaian hasil > 91%

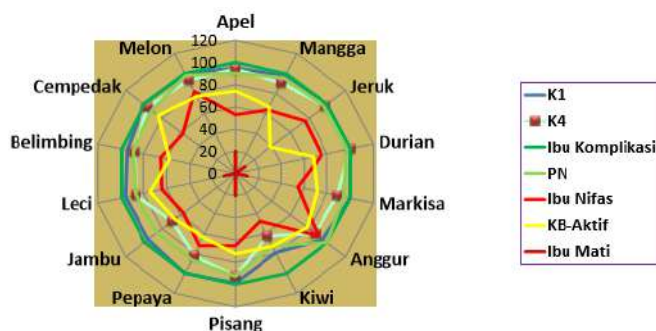
- 2) Cakupan hasil manajemen dengan tingkat pencapaian hasil $\geq 8,5$
- b. Kelompok II: Puskesmas dengan tingkat kinerja cukup
 - 1) Cakupan hasil pelayanan kesehatan dengan tingkat pencapaian hasil 81 – 90 %
 - 2) Cakupan hasil manajemen dengan tingkat pencapaian hasil 5,5 – 8,4
- c. Kelompok III: Puskesmas dengan tingkat kinerja kurang
 - 1) Cakupan hasil pelayanan kesehatan dengan tingkat pencapaian hasil ≤ 80 %
 - 2) Cakupan hasil manajemen dengan tingkat pencapaian hasil $< 5,5$.



Gambar 4. 5. Kelompok Puskesmas Berdasarkan Penilaian Kinerja

Untuk memudahkan dalam melihat pencapaian hasil kinerja pelaksanaan suatu program atau antar program terkait pada setiap desa/kelurahan di wilayah kerja puskesmas, maka hasil cakupan kegiatan pelayanan yang dilakukan oleh program tersebut dapat disajikan dalam bentuk gambaran “grafik sarang laba-laba atau diagram radar”. Dengan grafik sarang laba-laba atau diagram radar diharapkan dapat lebih mudah diketahui tingkat kesenjangan pencapaian dan ketidakserasian antara hasil cakupan kegiatan pada setiap desa/kelurahan di wilayah kerja puskesmas. Penyajian grafik tersebut sebaiknya dibuat secara periodik bulanan atau triwulan, sehingga dapat digunakan sebagai bahan pemantauan dan identifikasi masalah sedini mungkin.

Berikut contoh penggunaan grafik sarang laba-laba atau diagram radar untuk program Kesehatan Ibu-Anak dan Keluarga Berencana (KIA-KB).



Gambar 4. 6. Contoh Grafik Laba-Laba atau Diagram Radar untuk Pelayanan K1-K4-PN-Ibu Nifas–KB Aktif pada Puskesmas Buah Tahun 2023

4.6 Dukungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam Manajemen Puskesmas

Sesuai dengan pengertiannya, Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Oleh karena itu keberhasilan penyelenggaraan Puskesmas, untuk menyelesaikan masalah prioritas kesehatan, tidak lepas dari tanggung jawab Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Dukungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dalam pelaksanaan manajemen puskesmas sebagai berikut:

1. Melakukan pembinaan secara terpadu, terintegrasi lintas program, dan berkesinambungan, dengan menggunakan indikator pembinaan program

2. Meningkatkan kerjasama lintas sektor dalam proses manajemen puskesmas
3. Menyelenggarakan pelatihan manajemen puskesmas
4. Melakukan pengumpulan hasil penilaian kinerja puskesmas, menganalisis hasil, melakukan evaluasi dan memberi feedback terhadap hasil Penilaian Kinerja Puskesmas
5. Bertanggung jawab terhadap penyelesaian masalah kesehatan yang tidak bisa diselesaikan di tingkat puskesmas
6. Memberi dukungan sumber daya dalam kelancaran pelaksanaan seluruh proses manajemen di puskesmas, sesuai usulan puskesmas
7. Melakukan advokasi kepada Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota agar proses perencanaan, pembahasan, dan persetujuan terhadap rencana usulan kegiatan dapat diselenggarakan tepat waktu, sehingga realisasi anggaran dapat tepat waktu dan selanjutnya puskesmas dapat melaksanakan kegiatan sesuai jadwal.

Dinas Kesehatan provinsi harus melakukan dukungan dalam proses manajemen puskesmas. Dukungan dinas kesehatan provinsi dilakukan secara tidak langsung, melalui pembinaan berjenjang yang dilakukan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Dinas Kesehatan Provinsi sebagai perpanjangan tangan Pemerintah Pusat diharapkan melakukan pembinaan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melalui pembinaan program-program yang akan dilaksanakan.

4.7 Penutup

Manajemen Puskesmas sangat diperlukan dalam rangka mengoptimalkan penyelenggaraan puskesmas untuk melaksanakan tugas dan fungsinya mewujudkan masyarakat yang memiliki perilaku sehat; mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu; hidup dalam lingkungan sehat; dan memiliki derajat kesehatan yang optimal. Pelaksanaan manajemen puskesmas meliputi perencanaan, penggerakkan dan pelaksanaan, dan pengawasan, pengendalian, dan penilaian kinerja puskesmas, yang merupakan suatu siklus yang terus menerus dan berkesinambungan.

Manajemen puskesmas akan mengintegrasikan seluruh manajemen yang ada (sumber daya, program, pemberdayaan masyarakat, sistem informasi puskesmas, dan mutu) dalam menyelesaikan masalah prioritas kesehatan di wilayah kerjanya. Dengan adanya buku ini, diharapkan dapat dijadikan referensi bagi mahasiswa dalam mempelajari manajemen puskesmas serta tenaga sanitasi lingkungan (sanitarian) dalam pelaksanaan manajemen puskesmas. Meteri ini juga dapat dijadikan bahan bagi lintas program dan lintas sektor tentang pengelolaan puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

- Menkes RI, 2024. Profil Kesehatan Indoneisa Tahun 2023. Jakarta, Kemenkes RI
- Menkes RI, 2015. Peraturan Menteri Kesehatan No. 46 tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik Pratama, Tempat Praktik Mandiri Dokter dan Dokter Gigi. Jakarta, Kemenkes RI
- Menkes RI, 2015. Peraturan Menteri Kesehatan No. 90 tentang Penyelenggaraan Yankes Fasyankes Terpencil dan Sangat Terpencil. Jakarta, Kemenkes RI
- Menkes RI, 2016. Peraturan Menteri Kesehatan No. 44 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas. Jakarta, Kemenkes RI
- Menkes RI, 2016. Peraturan Menteri Kesehatan No. 39 tentang Pedoman Penyelenggaraan PIS-PK. Jakarta, Kemenkes RI
- Menkes RI, 2019. Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Jakarta, Kemenkes RI