



Risalah singkat

Penguatan Puskesmas sebagai Investasi Esensial Kesehatan untuk Semua

disampaikan pada Peluncuran Program PUSPA (Puskesmas Terpadu dan Juara),
Senin, 1 Februari 2021.

**PUSKESMAS
TANGGUH**

Penguatan Puskesmas sebagai Investasi Esensial Kesehatan untuk Semua

“Sesungguhnya, masa depan adalah sesuatu yang bisa dirancang dan ditentukan berdasarkan pendorong dan kejadian-kejadian dari masa lalu hingga kini”

Indonesia's Health Outlook 2021, CISDI

Puskesmas adalah fondasi sistem kesehatan di Indonesia yang memastikan pelayanan kesehatan berkualitas tersedia untuk semua. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 tahun 2014 memberi amanat puskesmas untuk melaksanakan upaya kesehatan yang komprehensif untuk meningkatkan derajat pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Sejak konsep puskesmas diperkenalkan pada tahun 1968, hingga kini Indonesia telah memiliki 10.134 puskesmas.

Meningkatnya ketersediaan puskesmas dan fokus pemerintah pada transformasi pelayanan kesehatan primer selama beberapa dekade terakhir telah berkontribusi pada peningkatan yang signifikan pada beberapa indikator kesehatan masyarakat. Peningkatan cakupan imunisasi, Keluarga Berencana, pelayanan antenatal dan lainnya, telah berkontribusi pada penurunan kematian anak hingga 64% dari tahun 1990 hingga 2015 [1]. Aspek lintas sektor, layanan komprehensif serta pelibatan partisipasi komunitas dalam upaya kesehatan menjadi kekuatan puskesmas untuk memperkuat kesehatan masyarakat.

Namun, kapasitas puskesmas secara umum, belum cukup mumpuni untuk memastikan perannya optimal. Dalam situasi normal, puskesmas masih banyak menghadapi kendala kekurangan tenaga maupun ketiadaan fasilitas dan alat [2]. Terlebih lagi dalam situasi COVID-19, puskesmas belum seluruhnya siap melakukan upaya pencegahan dan pengendalian infeksi. Survei Kesiapan Puskesmas yang dikerjakan oleh CISDI, Kawal Covid-19 dan Cek Diri menunjukkan 45,4% puskesmas belum mendapatkan pelatihan tentang pengendalian dan pencegahan infeksi untuk pelayanan di masa pandemi. Sekitar 40% puskesmas responden masih kekurangan masker bedah dalam pelayanan pasien dengan gejala mirip COVID-19. Fasilitas cuci tangan dan *hand sanitizer* pun belum tersedia cukup di 18,5% puskesmas responden [3]. Tidak pelak lagi, disrupsi layanan kesehatan juga terjadi di puskesmas.

Peningkatan kasus COVID-19 berada di tahap mengkhawatirkan. Setiap harinya paling tidak 10.000 orang terinfeksi dan 200 orang meninggal akibat COVID-19. Laju infeksi belum mengindikasikan perlambatan meski pemerintah telah melakukan banyak upaya. Provinsi Jawa Barat sendiri memiliki kasus kedua tertinggi se-Indonesia. Dengan angka reproduksi (R_t) 2,08, selama seminggu terakhir (22-28 Januari 2021) Jawa Barat mencatat kasus rerata harian di atas 2.800.

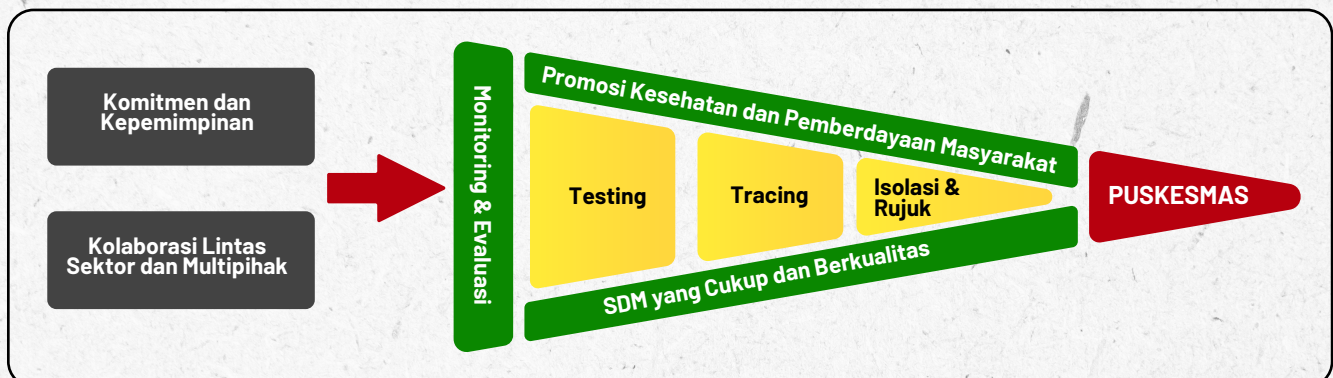
Upaya tes, lacak, dan isolasi Provinsi Jawa Barat belum optimal menurunkan infeksi. Meski kapasitas tes Jawa Barat pada minggu terakhir Januari telah mencapai 1 per 1000 per minggu, namun *positivity rate* masih berada di angka 36,16% (standar WHO= <5%). Rasio Lacak dan Isolasi (RLI) per 29 Januari 2020 berdasarkan data Kawal COVID-19 masih di angka 0,84. Sementara itu, layanan kesehatan mulai terganggu karena lonjakan kasus setiap harinya. Per 28 Januari 2021 keterisian Tempat Tidur (TT) Jawa Barat tercatat menurun dibandingkan awal Januari, dari 76,89% menjadi 71,02%.

Dalam situasi kegawatdaruratan kesehatan, peran puskesmas sangat sentral memastikan sistem kesehatan tetap utuh. Puskesmas seharusnya dapat membantu deteksi, pencegahan dan pengendalian kasus di tingkat komunitas. Sesuai dengan perannya, puskesmas harus memiliki kapasitas untuk mendeteksi dan menangkap kasus secara cepat, serta melakukan edukasi juga melakukan penanganan dan pemantauan kasus ringan dan tanpa gejala. Kuatnya puskesmas akan menurunkan beban rumah sakit serta kesakitan dan kematian secara signifikan.

Program Pencerah Nusantara (PN) menawarkan pendekatan inovatif dalam penguatan puskesmas. Sejak tahun 2012 CISDI menginisiasi PN yang bertujuan untuk memperkuat fungsi dan peran puskesmas di daerah-daerah terpencil dan bermasalah kesehatan. PN menerjunkan tim tenaga kesehatan multiprofesional terlatih untuk bekerja bersama tenaga kesehatan lokal meningkatkan standar dan kualitas puskesmas. Selain itu, PN mendorong lebih banyak upaya promotif dan preventif berbasis partisipasi aktif masyarakat. Pendekatan ini terbukti meningkatkan capaian Standar Pelayanan Minimum (SPM) kesehatan di puskesmas intervensi. Atas keberhasilannya dalam menciptakan perubahan, Kementerian Kesehatan mengadopsi dan mereplikasi PN secara nasional dengan nama Nusantara Sehat.

Pendekatan yang sama digunakan PN untuk merespon COVID-19 dengan tujuan memperkuat upaya 3T (*test, trace, treat* atau deteksi kasus, lacak kasus dan pengobatan) dan edukasi di tingkat komunitas, terutama melalui kolaborasi lintas sektor. CISDI meluncurkan PN COVID-19 sejak Juni 2020 di Jakarta dan Bandung di 8 Puskesmas hingga Februari 2021. Selama 6 bulan implementasi, CISDI memantau kemajuan pada peningkatan tes dan pelacakan kontak serta pelibatan aktif kader untuk edukasi dan surveilans melalui pendekatan inovatif.

Gambar 1. Model Penguatan Puskesmas untuk Respon COVID-19



Layanan kesehatan primer yang kuat adalah daya ungkit perbaikan kesehatan masyarakat. Studi di 13 negara maju menunjukkan bahwa kuatnya Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer (FKTP) berkontribusi pada peningkatan kesehatan populasi dan menurunnya pengeluaran kesehatan [4]. Bukti lainnya menunjukkan bahwa meningkatnya investasi pada FKTP dapat mengurangi penggunaan pelayanan kesehatan sekunder dan mengurangi biaya kesehatan secara total [5-10]. FKTP terbukti berkontribusi pada perbaikan kesehatan masyarakat, terutama pada Umur Harapan Hidup (UHH), semua penyebab mortalitas, serta mortalitas maternal, anak dan neonatal [11,12].

Investasi pada puskesmas menjadi investasi jangka panjang untuk menjamin kesehatan untuk semua. Secara global, WHO menyebutkan bahwa tambahan investasi sebesar USD 200 miliar setahun untuk meningkatkan FKTP di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah akan berpotensi menyelamatkan 60 juta nyawa, meningkatkan rerata UHH hingga 3,7 tahun pada 2030, serta berkontribusi secara signifikan pada pembangunan sosio-ekonomi. Untuk itu, pemerintah harus segera mengalokasikan atau realokasi paling tidak tambahan 1% dari PDB hanya untuk FKTP [13,14]; atau paling tidak dua kali lipat dari pengeluaran mereka sekarang untuk FKTP [15].

Investasi pemerintah provinsi untuk penguatan 100 puskesmas di 12 kabupaten/kota di Jawa Barat diharapkan dapat mengakselerasi upaya penanganan COVID-19 dan meningkatkan kepatuhan masyarakat melalui peningkatan upaya 3T, serta pelibatan aktif multisektor dan masyarakat. Idealnya, investasi pemerintah sebesar Rp 1,2 miliar per puskesmas dengan pendekatan model PN untuk respon COVID-19 menjadi bentuk nyata komitmen dan dukungan untuk memperkuat sistem kesehatan dan menyelamatkan lebih banyak nyawa. Hal tersebut pun harus didukung oleh komitmen pemerintah kabupaten/kota melalui kepemimpinan, regulasi dan transparansi informasi di semua level. Dengan adanya semua faktor pendukung, penguatan pelayanan primer diharapkan dapat berkontribusi dalam penurunan jumlah kasus baru COVID-19 hingga 50%. Penurunan kasus baru hingga 4.500 jiwa saja telah dapat menghemat biaya hospitalisasi minimal sebesar Rp 1,7 triliun.

Referensi:

- [1] UNICEF. 2020. Mitos atau fakta? 7 pernyataan umum tentang imunisasi. UNICEF, Jakarta.
<https://www.unicef.org/indonesia/id/cerita/mitos-atau-fakta-tentang-imunisasi>
- [2] World Bank Group. 2018. Is Indonesia Ready to Serve? : An Analysis of Indonesia's Primary Health Care Supply-Side Readiness. World Bank, Washington, DC. © World Bank.
<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/30623> License: CC BY 3.0 IGO
- [3] CISDI, Kawal COVID-19, dan Cek Diri. Kemampuan Puskesmas dalam Merespon Pandemi COVID-19. 2020.
[Available from:
https://cisdi.org/wp-content/uploads/2020/11/Policy-Brief-3-November-2020-copy_compressed-1-2.pdf]
- [4] Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy Amst Neth.* 2002;60:201-18.
- [5] Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457-502.
- [6] Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC. Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. *Health Aff (Millwood).* 2010;29:766-72.
- [7] Gravelle H, Morris S, Sutton M. Are family physicians good for you? Endogenous doctor supply and individual health. *Health Serv Res.* 2008;43:1128-44.
- [8] Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980-1995. *J Am Board Fam Pract.* 2003;16:412-22.
- [9] Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012. Gac Sanit.* 2012;26:20-6.
- [10] Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am J Public Health.* 1996;86:1742-7.
- [11] Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* 2003;38:831-65.
- [12] Perry HB, Rassekh BM, Gupta S, Freeman PA. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 7. shared characteristics of projects with evidence of long-term mortality impact. *J Glob Health.* 2017;7:010907.
- [13] Stenberg K, et al. 2019. Guide posts for investment in primary health care and projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health* 2019;7: e1500-10
- [14] WHO. 2018. Building the economic case for primary health care: a scoping review.
- [15] WHO. 2019. Primary health care on the road to Universal Health Coverage: 2019 Monitoring Report.