

PS4

46

Surabaya



5

Laporan Kajian

PENTINGNYA KESIMBANGAN PELAYANAN PERORANGAN ANTARA PROMOTIF, PREVENTIF, KURATIF DAN REHABILITATIF DALAM MENDUKUNG PENYELENGGARAAN PELAYANAN KOMPREHENSIF OLEH BPJS

Nama Tim :

MUGENI SUGIHARTO



**KEMENTERIAN KESEHATAN R. I.
BADAN PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN
PUSAT HUMANIORA, KEBIJAKAN KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT
2012**



**PENTINGNYA KESIMBANGAN PELAYANAN PERORANGAN ANTARA
PROMOTIF, PREVENTIF, KURATIF DAN REHABILITATIF DALAM
MENDUKUNG PENYELENGGARAAN PELAYANAN
KOMPREHENSIF OLEH BPJS**

Oleh:

MUGENI SUGIHARTO

Kementerian Kesehatan RI
Badan penelitian dan pengembangan kesehatan
Pusat humaniora, kebijakan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat
Jl. Indrapura 17 surabaya
2013

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

PERPUSTAKAAN

Tanggal : 24-6-013

No. Induk : AG

No. Klass : PG4

AG

DAFTAR ISI

	Halaman
Lembar Sampul	i
Daftar isi	ii
Bab I Pendahuluan	1
1 Latar Belakang	1
2 Tujuan (spesifik)	6
3 Pendekatan / analisis penyusunan	7
4 Ruang lingkup dan Keterbatasan	7
Bab II Perkembangan dan Masalah/Hambatan	10
1 Perkembangan	10
2 Masalah/Hambatan	13
3 Isu Strategis	15
Bab III Kebijakan dan Langkah-langkah	17
1 Pilihan Kebijakan	17
2 Tujuan opsi kebijakan	17
3 Strateg	18
Bab IV Penggerakan dan Pelaksanaa	23
1 Man (sumber Daya manusia)	23
2 Money	24
3 Material /Fasilitas	24
4 Informasi	24
Bab V <i>Monitoring and Evaluation</i> (MONEV)	26
1 Supervisi	26
2 Laporan berkala	26
3 Umpan balik (<i>feedback</i>)	26
Bab VI Penutup	27

BAB I **Pendahuluan**

1. Latar Belakang

Bentuk penyelenggaraan kesehatan yang bertumpu pada upaya kuratif saja (paradigma sakit), akan berdampak pada penyesatan *mindset* masyarakat, yang pada akhirnya masyarakat semakin beranggapan tidak takut terhadap penyakit dan tidak takut jatuh sakit, karena semua orang yang sakit dapat disembuhkan melalui pengobatan, apalagi pengobatan gratis oleh beberapa jaminan kesehatan saat ini seperti Jamkesmas, Jampersal maupun Jamkesda, bahkan BPJS nanti. Perubahan *mindset* dari mengutamakan perilaku hidup bersih dan sehat yang di galakkan pemerintah yang sampai dengan saat ini masih belum mampu merubah total perilaku hidup bersih dan sehat, akan berubah kembali ke perilaku tidak sehat dan tidak takut sakit. Budaya sehat “lebih baik mencegah dari pada jatuh sakit” akan mungkin sudah tidak berarti lagi dalam kehidupan sehari-hari.

Fenomena dominasi pelayanan kuratif di segala unit pelayanan kesehatan (rumah sakit dan puskesmas) di Indonesia seperti saat ini, berdampak pada pelayanan kesehatan kuratif/pengobatan terhadap pasien seakan tak kunjung sepi dari pasien berobat, bahkan terus meningkat dan beberapa puskesmas dan rumah sakit telah mengalami kelebihan kunjungan pasien rawat inap peserta jamkesmas (masyarakat miskin) khususnya pasien rawat inap kelas 3, sehingga pasien tidak mampu di tampung di ruang rawat inap yang semestinya. Secara sepihak mungkin pihak intitusi kesehatan yang diuntungkan, begitu pula apotik akan berpesta pora memperoleh keuntungan penjualan obat yang melonjak drastis menyambut banyaknya orang sakit, tetapi bagi masyarakat khususnya masyarakat miskin, akan banyak waktu produktif untuk mencari nafkah yang terbuang, karena hanya untuk proses penyembuhan saja. Meningkatnya kunjungan masyarakat miskin (maskin) berobat, juga tidak terlepas dari jumlah maskin di Indonesia masih sangat besar, sementara pemenuhan kebutuhan 4 sehat dan 5 sempurna masih sulit dipenuhi kelompok maskin, karena harga pangan yang tinggi, padahal itu merupakan modal dasar untuk hidup sehat.

Program promotif dan preventif merupakan program yang bermula dari *health education* (Pendidikan Kesehatan) yang merupakan upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran diri, oleh dan bersama masyarakat untuk menolong dirinya sendiri dalam bidang kesehatan dan hal ini juga tertuang dalam tujuan pembangunan kesehatan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan bagi setiap orang dalam mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Program promotif dan preventif juga merupakan salah satu dari tiga pilar, bahkan menjadi pilar pertama dalam kebijakan dan visi Indonesia Sehat 2010 yang lalu yaitu perilaku sehat (Depkes RI, 2005).

Kebijakan nasional di bidang kesehatan (Indonesia Sehat 2010), bahwa program promotif dan preventif, merupakan dasar dari paradigma sehat yang dilaksanakan berbasis masyarakat (UKM) belum sampai pada perserorangan (UKP). Pada dasarnya Konsep paradigam sehat, mengadopsi konsep sehat- sakit tidak disebabkan oleh faktor klinis (kuman penyakit) saja, tetapi ada faktor lain diluar faktor klinis yang mempengaruhi, seperti faktor lingkungan, prilaku dan genetika. Derajat kesehatan masyarakat sebenarnya sebagai *psychospecial somatic health well being*, yang merupakan gabungan dari 4 faktor penyebab sakit yaitu *environment, behavior, heredity dan health care service* yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative (Depkes. 2003 ; Blum HL.1972)

Anjuran Ibu Menkes Endang Rahayu Sedyaningsih pada acara HKN tahun 2011 dengan tema Indonesia cinta sehat. Masyarakat dapat hidup secara sehat apabila masyarakat dapat mengerti dan memahami masalah kesehatan itu sendiri, cara terbaik bagi institusi kesehatan adalah harus memfokuskan pada tindakan promotif dan preventif dari pada sekedar kuratif. Menurut Ibu Menkes, promotif merupakan segala upaya/tindakan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang di implemmentasikan melalui program imunisasi, skrining antenatal, peningkatan gizi masyarakat, posyandu, pemeriksaan antenatal, sedangkan preventif merupakan program pencegahan. Menurut ibu Menkes jika dibandingkan dengan kuratif (pengobatan) dan rehabilitative (meminimalisasi dampak akibat suatu penyakit), maka promotif dan preventif biayanya lebih murah, sementara biaya untuk

pengobatan memerlukan biaya yang sangat besar, karena dipergunakan untuk pemenuhan biaya diagnosis, biaya pengobatan dan alat kesehatan, biaya perawatan sampai biaya operasi jika diperlukan. Tidak hanya berhenti sampai di pengobatan saja, tetapi jika pasien sembuh juga masih perlu biaya rehabilitasi, sehingga biaya untuk kuratif dan rehabilitative jauh lebih besar dibanding promotif dan preventif. . (Mediagroup Haluan Mencerdaskan Bangsa. [www. harianhaluan.com](http://www.harianhaluan.com). Diposkan tanggal 15 November 2011)

Pentingnya pelayanan promotif, preventif. menurut Professor Does Sampoerno, dr.MPH. 2010 (Ketua Kolegium Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat (IAKMI)), menyatakan bahwa jika berkuat hanya pada paradigma kuratif, akan menimbulkan banyaknya penyakit menular dan tidak menular yang berkembang saat ini dan tidak akan bisa di cegah peningkatannya. Untuk mencegah peningkatan itu perlu ada pola pikir baru paradigma sehat, yang lebih menekankan kegiatan promotif, preventif dan proteksi. Oleh karena itu penyelenggaraan pelayanan kesehatan harus berfokus pada kesetaraan (*equity*) antara upaya promotif, preventif dengan kuratif dan rehabilitative.

Penelitian yang mengawali pentingnya melakukan promotif dan preventif telah di lakukan para ilmuwan. Data menunjukkan akibat sanitasi dan akses air minum yang buruk menurut Unicef , 2008, telah menyebabkan kematian akibat diare sebanyak 88%. Fakta sejarah telah membuktikan, menggunakan cara-cara preventif jauh lebih murah di banding kuratif, bahkan mampu mencegah kematian akibat penyakit diarae, seperti penemuan Jhon Snow tentang kuman E Colli di air sebagai penyebab diare, ternyata Jhon Snow abad 1854 menerapkan prinsip sesuai dengan hasil penelitiannya menyimpulkan bahwa memerangi diare bukan dengan pengobatan saja, tetapi lebih pada upaya promotif dan preventif seperti perbaikan sanitasi, ketersediaan air, kualitas air, hygiene perorangan dan cucu tangan, yang ternyata sangat efektif mencegah kematian akibat diare dan menghemat biaya pengobatan. (Arjoso, S 2010)

Jika dari aspek *cost analysis*, menurut Sampoema D,2010, besarnya anggaran biaya yang di keluarkan untuk kegiatan promotif dan preventif di

Indonesia hanya sekitar 10-15% saja, sedangkan untuk kuratif mencapai 90%-85%, padahal jika di lihat dari besarnya orang sakit di Indonesia, yaitu hanya 10%-15 % dari total penduduk, sementara sebanyak 90-85 % adalah orang sehat. Inilah contoh betapa besarnya anggaran yang harus di keluarkan untuk mengurus orang sakit, karena jika seseorang sudah jatuh sakit, maka banyak pelayanan kesehatan yang harus di jalannya, sebelum memperoleh pengobatan yang semestinya, seperti yang disampaikan ibu Menkes RI di atas (Sampoerno.D. www.xamthone.com. Diposkan 18 Oktober 2010)

Program promotif dan preventif penting untuk dilakukan baik UKM maupun UKP, karena akan menumbuhkan perilaku hidup bersih dan sehat baik perorangan maupun berkelompok, sebab bila masyarakat sudah berperilaku sehat, maka derajat kesehatan bangsa secara otomatis akan meningkat pula. Program promotif dan preventif merupakan salah satu upaya untuk mencapai target RPJMN 2010-2014 Kepres No.5/2010, di bidang penurunan AKB sampai menjadi 24 per 1000 kelahiran hidup, tapi sementara tahun 2007 AKB di Indonesia masih 34 per 1.000 kelahiran hidup, menurunnya AKI menjadi 118 per 100.000 KH, sementara tahun 2007 masih 228 per 100.000 KH, dan menurunnya prevalensi gizi kurang pada anak balita menjadi 15%, sementara pada tahun 2007 masih 18,4% pada gizi kurang pada anak balita.

Pentingnya penguatan program promotif dan preventif secara perorangan, khususnya terhadap penyakit jantung, juga telah dikemukakan oleh Dr.Adnil Basha,SpJP (K) Kepala Devisi Preventif dan Promotif Kardiologi Pusat Jantung Nasional RS Harapan Kita, bahwa promotif dan preventif mempunyai peranan yang sangat penting dalam pencegahan kesakitan dan kematian akibat penyakit jantung dan pembuluh darah. Namun sayangnya penganggaran untuk kegiatan preventif dan promotif masih 15%, sementara anggaran untuk biaya pengobatan di RS Harapan Kita melambung tinggi yaitu 85%. Pemberian obat secara kimia itu bagus, namun hanya bersifat memberi efek jangka pendek saja dan mahal. Padahal biaya preventif terhadap penyakit jantung dan pembuluh darah akan sangat murah, jika kita melakukan secara rutin *medical chechk up* dan penuluhan, seumpama bikin klub

jantung sehat atau rumah sehat (www.majalah-farmaciacom.com . Diposkan April 2012).

Penelitian terhadap promotif dan preventif dari segi ekonomi telah dilakukan oleh Garry M Gisberg (1997) menyebutkan seseorang yang mendapatkan imunisasi hepatitis A, akan mengurangi angka penyakit akibat hepatitis A selama 45 tahun, biaya program pengobatan terkena penyakit hepatitis A dapat dihemat 57.500.000 dollar, sedangkan biaya sehat karena tidak absen bekerja dapat di hemat sebesar 17 milliard dollar dan dapat menghindari kematian dini akibat hepatitis A (Garry M Gisberg,1997)

Menurut World Health Organization (WHO), New Delhi, India. 2006 kasus TB, program penanggulangan TB di India telah memberikan hasil yang lebih baik, mampu mencegah kematian 1,3 juta dan mencegah kecacatan akibat TB sebesar 29,2 juta orang. Secara ekonomi penanggulangan TB berhasil memberikan keuntungan bagi warganya, karena warga yang terbebas TB dapat produktif bekerja (Dis Lung Tuberc. 2011)

Sehubungan dengan akan di implementasikannya BPJS dengan paradigma masih bersifat kuratif dan masyarakat hanya tahu bahwa BPJS adalah pengobatan gratis atau pengobatan bebas biaya karena di jamin oleh pemerintah, maka sudah pasti rumah sakit maupun puskesmas akan mengalami kelebihan pengunjung yang berobat baik rawat inap maupun rawat jalan. Akibat situasi seperti ini adalah anggaran biaya kuratif dan rehabilitative yang di tanggung Negara akan semakin besar. *Mindset* masyarakat khususnya maskin yang masih belum tertata akan turut terhipnotis pengobatan gratis model BPJS, sehingga *Mindset* masyarakat tidak perlu takut sakit akan segera mempengaruhi perilaku hidup sehat mereka. Masyarakat akan lupa bahwa beberapa penyakit memerlukan biaya pengobatan yang sangat besar (seperti penyakit jenis katastropik), bahkan beberapa penyakit sebagai penyebab kematian, ternyata berawal dari akibat perilaku hidup tidak sehat, sebut saja penyakit kanker, sakit jantung , stroke dan diabetes militus /kencing manis dan perkembangan penyakit menular yang berkembang saat ini akan sulit untuk di cegah.

Menurut professor Bisma Mukti, bahwa program promotif dan preventif di bidang kesehatan itu sangat penting untuk di lakukan pada pelayanan perseorangan, karena secara *Natural History of Disease*, orang dapat jatuh sakit dimulai dari : (1) tahap rentan (etiologi) pada diri manusia itu, (2) berlanjut pada tahap subklinis (diagnosis) yaitu terjadinya pemaparan kuman ke dalam tubuh manusia, terjadilah masa inkubasi laten terjadi perubahan patologis, (3) berlanjut pada tahap penyakit klinis (terapi) di temukan saat dilakukan diagnosis dan tampak perubahan ekspresi korban, (4) tahap terakhir adalah tahap prognosis menuju pada kesembuhan. Dengan memahami siklus riwayat alamiah penyakit ini akan menjadi dasar pijakan bagi BPJS untuk melakukan pelayanan promosi kesehatan secara perseorangan. Menurut Zainal Abidin Ketua Umum PB IDI, banyak Negara yang telah melakukan kegiatan promosi kesehatan perseorangan pada pelaksanaan jaminan kesehatan misalnya Negara Uni Eropah, Amirika Latin dan beberapa Negara asia seperti Philipina, dengan memanfaatkan teknologi tepat guna pada setiap pelayanan telah berhasil menata kembali system kesehatannya dengan kembali pada mengutamakan peran promosi kesehatan di PHC.

Berdasarkan uraian di atas, maka yang menjadi batasan penelitian dalam *policy paper* ini adalah seperti yang terdapat pada pertanyaan penelitian (*research question*) yaitu apakah penting melakukan keseimbangan pelayanan perseorangan antara promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan komprehensif oleh BPJS nanti?

2. Tujuan

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka tujuan penelitian pada *policy paper* ini adalah mengkaji pentingnya keseimbangan pelayanan perseorangan antara promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan komprehensif jaminan kesehatan oleh BPJS.

3. Pendekatan / analisis penyusunan

Policy paper ini merupakan penelitian kebijakan, sehingga pendekatan / Analisis yang digunakan adalah pendekatan kebijakan berdasarkan pada undang-undang, peraturan pemerintah maupun keputusan menteri, sedangkan data yang mendukung kajian *policy paper* ini diperoleh dari kajian literatur (penelusuran kepustakaan) dan beberapa data hasil penelitian Rifaskes 2010 dan Jamkesmas tahun 2012.

Kajian terhadap keseimbangan pelayanan perorangan untuk penyelenggaraan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dalam menghadapi implementasi BPJS 2014 nanti, didasarkan pada kebijakan pemerintah yang tertuang di dalam UU Nomor 40 tahun 2004, pasal 22 ayat 1 mengisyaratkan bahwa manfaat jaminan kesehatan yang akan di laksanakan BPJS nanti adalah bersifat pelayanan perseorangan yang komprehensif yaitu pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Ke 4 program tersebut perlu dilakukan secara berbarengan pada pelayanan UKP melalui BPJS, namun perlu dilakukan kajian yang mendalam, agar porsi ke 4 program kesehatan dapat berjalan secara seimbang pada pelayanan UKP.

4. Ruang lingkup dan Keterbatasan

BPJS merupakan upaya pemerintah untuk mencapai *universal health coverage* secara nasional dan menyatukan seluruh jaminan kesehatan yang ada baik jaminan kesehatan yang berasal dari pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Target utama BPJS pada tahun 2014 nanti adalah “kepesertaan”, artinya BPJS lebih mengupayakan, agar seluruh rakyat Indonesia baik pegawai pemerintah/TNI/Polri maupun swasta (pekerja formal maupun non formal) serta masyarakat baik kaya maupun miskin dapat menjadi anggota BPJS dan berhak untuk memperoleh pelayanan kesehatan di setiap unit pelayanan kesehatan. Saat tetapi secara bertahap BPJS akan memaksimalkan 3 fungsi jaminan kesehatan sesuai yang ditetapkan oleh WHO yaitu paket manfaat, paket pembiayaan dan paket ~~kepesertaan~~ ~~secar~~ utuh.

Paket manfaat yang akan di laksanakan BPJS di awal kegiatannya (2014) adalah masih bersifat kuratif dan rehabilitative, sedangkan paket manfaat untuk pelayanan promotif dan preventif pada program asuransi seperti BPJS untuk diberikan pada pelayanan UKP masih perlu dirumuskan, karena PT Askes yang sudah berpengalaman melaksanakan asuransi kesehatan di Indonesia, juga baru mencoba pelayanan promotif dan preventif sejak tahun 2008 juga sifatnya bukan perorangan tapi kelompok masyarakat. Menurut Umbu Marisi , Direktur Operasional PT Askes (Persero) sejak tahun 2008 PT Askes sudah menyelenggarakan paket promotif dan preventif seperti berolah raga bersama dan medical check up, pemeriksaan papsmear, vaksinasi hepatitis B dan pembagian masker pelindung. Pada tahun 2009 PT Askes sudah memperbaiki pelayanan promotif dan preventif perseorangan melalui pendekatan knowledge bahwa pemeriksaan papsmear penting dilakukan, kanker sebagai penyebab kematian tertinggi di Indonesia, dan selanjtnya vaksinansi hepatitis B dan pemberian masker hamper memenuhi target yang di harapkan pihak PT Askes. (. INFO KESEHAAN, Program Promotif dan Preventif 2009. Perluasan dan Peningkatan Kerjasama Internal dan Eksternal. Buletin Bulanan PT Askes (Persero), Maret 2009, FA _Info_Askes_maret 2009_hal 6-8).

BPJS sebagai bentuk asuransi kesehatan nasional yang akan melaksanakan amanat Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004, mempunyai kewajiban untuk melaksanakan pelayanan perorangan sesuai pasal 22 ayat 1 dari Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004, yaitu paket manfaat jaminan kesehatan perseorangan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Oleh karena itu ruang lingkup kajian *policy paper* ini adalah khusus mengkaji keseimbangan paket promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative yang akan dilaksanakan BPJS terhadap pelayanan perorangan sesuai amanat Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 khususnya pasal 22 ayat 1.

Keterbatasan *policy paper* ini adalah penelitian hanya di fokuskan pada peneltian kebijakan dan tidak melakukan perhitungan *cost analysis* untuk perhitungan biaya promotif dan preventif perseorangan dengan biaya kuratif dan rehabilitatif perseorangan. Namun berdasarkan literatur, secara singkat kami

paparkan keuntungan secara ekonomis pelayanan perseorangan dengan melakukan pelayanan promotif dan preventif di banding pelayanan kuratif dan rehabilitative. Keuntungan tidak hanya mampu mencegah orang jatuh sakit saja, tetapi lebih pada kesehatan individu, menyebabkan individu dapat hidup lebih produktif dan disisi lain adalah penghematan uang negara untuk pembiayaan pengobatan.

BAB II

Perkembangan dan Masalah/Hambatan

1. Perkembangan

Promosi kesehatan mempunyai peran yang sangat penting dalam meningkatkan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, melalui proses pembelajaran. Promosi kesehatan juga berperan dalam meningkatkan kualitas tenaga kesehatan, agar responsif dan mempunyai kemampuan untuk memberdayakan kliennya di bidang kesehatan. Pentingnya promosi kesehatan baik bagi masyarakat maupun tenaga kesehatan, menyebabkan pemerintah telah mengeluarkan berbagai kebijakan yang tertuang dalam bentuk undang-undang dan keputusan menteri. Evaluasi kebijakan program promotif dan preventif terus dilakukan pemerintah, agar dapat mengetahui dampak positif implementasi kebijakan promosi kesehatan dan pemerintah terus berupaya mengembangkan kebijakan promosi kesehatan untuk mendorong tercapainya derajat kesehatan masyarakat secara optimal.

Menurut perkembangannya pelayanan promotif dan preventif, di Indonesia pertama kali dikembangkan untuk pelayanan kesehatan tingkat pertama yang dilaksanakan oleh puskesmas, seperti yang termuat di dalam Kepmenkes RI No: 128/Menkes/SK/II/2004, tentang Kebijakan Dasar Pusat kesehatan masyarakat, bahwa pembangunan kesehatan di Indonesia bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Puskesmas merupakan pelayanan yang bersifat publik (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan, dan menurut WHO (*World Health Organization*), puskesmas sebagai lini terdepan pelayanan kesehatan masyarakat mempunyai tugas utama terhadap pengembangan kesehatan masyarakat dengan fokus program pendidikan kesehatan dan pencegahan penyakit. Menurut Kepmenkes RI No: 128/Menkes/SK/II/2004, juga menjelaskan bahwa paket promotif dan preventif merupakan program nomor satu dalam program wajib puskesmas dan merupakan

fungsi puskesmas nomor satu (Kepmenkes RI No: 128/Menkes/SK/II/2004; Sudayasa,P, 2010).

Pada tahun 1999, pemerintah mencanangkan Indoensia Sehat 2010 dan selanjutnya mengeluarkan Kepmenkes Nomor 1202/Menkes/SK/VIII/2003 menetapkan Indikator Indonesia Sehat 2010, dimana untuk mempercepat peningkatan derajat kesehatan bangsa, dalam rangka mencapai visi "Indonesia Sehat 2010" di tetapkan 3 pilar pembangunan kesehatan dan sebagai pilar utama adalah perilaku sehat (Depkes 2003 ; Depkes 2005).

Pada tahun 2004, pemerintah mengeluarkan Keputusan Menkes RI Nomor 1193/Menkes/SK/X/2004 yang khusus menetapkan kebijakan nasional promosi kesehatan, dengan pertimbangan bahwa untuk mewujudkan perilaku sehat masyarakat perlu diselenggarakan promosi kesehatan baik dalam skala nasional, skala provinsi, maupun skala kabupaten/kota. Kebijakan nasional promosi kesehatan ini digunakan sebagai pedoman bagipemerintah pusat dan daerah dalam penyelenggaraan promosi kesehatan (Depkes, 2005)

Pada tahun 2007, pemerintah menetapkan Undang-Undang Nomor 17 tahun 2007, tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN), dimana kebijakan kesehatan sesuai RPJPN itu dituangkan dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) 2009, bahwa upaya untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat dalam berperilaku sehat dapat dilaksanakan baik langsung maupun tidak langsung seperti menggunakan saluran media dan teknik promosi kesehatan. Salah satu pendekatan pelayanan kesehatan dalam SKN 2009 adalah pendekatan pelayanan kesehatan primer (*Primary Health Care*) yang secara global telah diakui sebagai pendekatan yang tepat dalam mencapai kesehatan bagi semua.(Undang-Undang Nomor 17 tahun 2007 ; Depkes. 2009)

Selanjutnya pentingnya pelayanan promotif dan preventif, juga di tegaskan di dalam Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan pada pasal 1, mendefenisikan bahwa yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan promotif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan. Peran serta masyarakat

sangat dibutuhkan dalam pelaksanaan program promosi kesehatan, seperti mendirikan sarana pelayanan kesehatan posyandu) maupun memberikan informasi kesehatan (promosi kesehatan), termasuk pengembangan Desa Siaga atau bentuk-bentuk lain pada masyarakat desa/kelurahan. Bahkan program promosi kesehatan tetap menjadi program utama Kemenkes RI pada tahun 2012 dalam rangka untuk mencapai target program MDGs 2015 untuk menurunkan angka kematian bayi, menurunkan angka kematian ibu, menurunkan prevalensi gizi kurang dan meningkatkan umur harapan hidup (Depkes 2009).

Kuatnya dorongan pemerintah pusat untuk menggiatkan program promotif dan preventif seperti yang disampaikan Ibu Menkes Endang Rahayu Sedyaningsih pada acara HKN tahun 2011, bahwa promotif jika dibandingkan dengan kuratif (pengobatan) dan rehabilitative (meminimalisasi dampak akibat suatu penyakit), maka promotif dan preventif biayanya lebih murah, sementara biaya untuk pengobatan memerlukan biaya yang sangat besar, karena dipergunakan untuk pemenuhan biaya diagnosis, biaya pengobatan dan alat kesehatan, biaya perawatan sampai biaya operasi jika diperlukan. Tidak hanya berhenti sampai di pengobatan saja, tetapi jika pasien sembuh juga masih perlu biaya rehabilitasi. Begitu pula menurut Professor Does Sampoerno, dr.MPH (Ketua Kolegium Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat (IAKMI)), jika berkuat pada paradigma kuratif, akan menimbulkan banyaknya penyakit menular dan tidak menular yang berkembang saat ini dan tidak akan bisa dicegah peningkatannya, padahal hal itu dapat dicegah dengan kegiatan promotif, preventif dan proteksi. Oleh karena itu penyelenggaraan pelayanan kesehatan harus berfokus pada kesetaraan (*equity*) antara upaya promotif, preventif dengan kuratif dan rehabilitative .

Kepedulian pemerintah pusat terhadap pentingnya pelaksanaan promotif dan preventif tidak hanya berhenti pada kebijakan membuat undang-undang dan keutusan menteri saja, tetapi di buktikan dengan langkah nyata pada tahun 2012, pemerintah telah mengeluarkan program khusus yang disebut dengan bantuan dana operasional atau yang di kenal BOK. Program BOK pada dasarnya untuk mendorong daerah, agar lebih terpacu untuk mengutamakan kegiatan promotif dan

preventif kesehatan di daerahnya sebagai salah satu strategi untuk meningkatkan derajat kesehatan di daerah masing-masing. Program ini di luncurkan karena pemerintah pusat menyadari kecilnya anggaran promotif dan preventif kesehatan yang di alokasikan pemerintah daerah, padahal program ini sangat penting untuk mempercepat peningkatan derajat kesehatan. Kegiatan BOK sudah berjalan dua tahun dan terus akan di evaluasi efektifitasnya dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di daerah (Kemenkes, 2012).

2. Masalah dan Hambatan

Meski pemerintah telah berupaya mendorong pelaksanaan program promotif dan preventif disetiap unit pelayanan kesehatan dengan berbagai kebijakan promosi kesehatan, agar dapat meningkatkan kemampuan masyarakat dibidang kesehatan untuk hidup bersih dan sehat, akan tetapi tidak semua daerah mampu melaksanakan kegiatan program promosi kesehatan secara optimal. Banyak masalah yang menjadi penyebab kurang dilaksanakannya program promotif dan preventif di Puskesmas, yang saat ini masih bersifat UKM adalah :

1. Banyak puskesmas yang tidak mempunyai tenaga promosi kesehatan di puskesmas. Hasil penelitian Riset Fasilitas Kesehatan 2010 dari 8979 puskesmas yang ada di Indonesia, hanya terdapat 4.144 tenaga promosi kesehatan, artinya rata – rata satu puskesmas hanya ada 0,46 tenaga promosi kesehatan, jika dianalisis secara rinci, maka ada beberapa puskesmas yang belum mempunyai nakes promosi kesehatan. Di Nusa Tenggara Barat, sebanyak 35% puskesmas belum mempunyai tenaga promosi kesehatan, sedangkan DKI Jakarta mencapai 85% puskesmas belum mempunyai tenaga promosi kesehatan dan di Papua sebanyak 91% puskesmas belum mempunyai tenaga promosi kesehatan (Suwandono.A, 2012)
2. Hasil analisis lanjut Mugeni, Widjiartini dan Oktarina, khusus menganalisis tenaga promosi kesehatan dari 31 puskesmas yang terdapat di Kaputen. Tulungagung sebanyak 18 puskesmas tidak mempunyai tenaga promosi

kesehatan dan dari 33 puskesmas sebanyak 27 puskesmas tidak mempunyai tenaga promosi kesehatan di Tuban.

3. Paradigma sehat yang mengutamakan kegiatan peningkatan pendidikan masyarakat di bidang kesehatan melalui program promosi kesehatan, masih belum dapat di laksanakan oleh semua unit pelayanan kesehatan secara optimal, karena beberapa faktor antara lain : (1) terbatasnya tenaga promosi kesehatan di puskesmas maupun rumah sakit, (2) tenaga promosi kesehatan yang ada di puskesmas biasanya ditempatkan sebagai tenaga administrasi atau keuangan, (3) program promosi kesehatan masih dianggap nomor kedua dari program kesehatan yang ada di puskesmas, namun jika terjadi masalah Kejadian Luar Biasa (KLB) barulah peran promosi kesehatan diminta untuk menjawab permasalahan itu (4) kepedualian daerah masih rendah dalam melaksanakan program promosi kesehatan yang di tandai rendahnya alokasi anggaran untuk promotif dan preventif (5) secara nasional masih mendukung paradigam sakit, sehingga alokasi anggaran kuratif secara nasional mencapai 90-85%, sementara untuk promotif dan preventif hanya mencapai 10-15% saja, (6) program promosi kesehatan masih termasuk upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKM) bukan upaya kesehatan perseorangan (UKP) seperti yang akan dilaksanakan BPJS nanti, (7) PT Askes dalam mengelola asuransi kesehatan juga masih berorientasi pada kuratif dan baru tahun 2008 mulai melaksanakan kegiatan preventif yang sifatnya masih pada kelompok masyarakat seperti kegiatan medical check up, pemeriksaan papsmear, vaksinasi hepatitis B dan pembagian masker pelindung, namun mulai tahun 2009 PT Askes sudah memperbaiki pelayanan promotif dan preventif perseorangan melalui pendekatan knowledge pendidikan kesehatan)
4. Pada pelaksanaan BPJS nanti sesuai UU No. 40 tahun 2004, pelayanan komprehensif di tujukan untuk pelayanan perseorangan, sehingga pelaksanaan promosi kesehatan juga di tujukan untuk perseorangan, sementara program promosi kesehatan yang ada saat ini masih bersifat upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKM) dan begitu pula dengan PT Askes yang bertanggung jawab

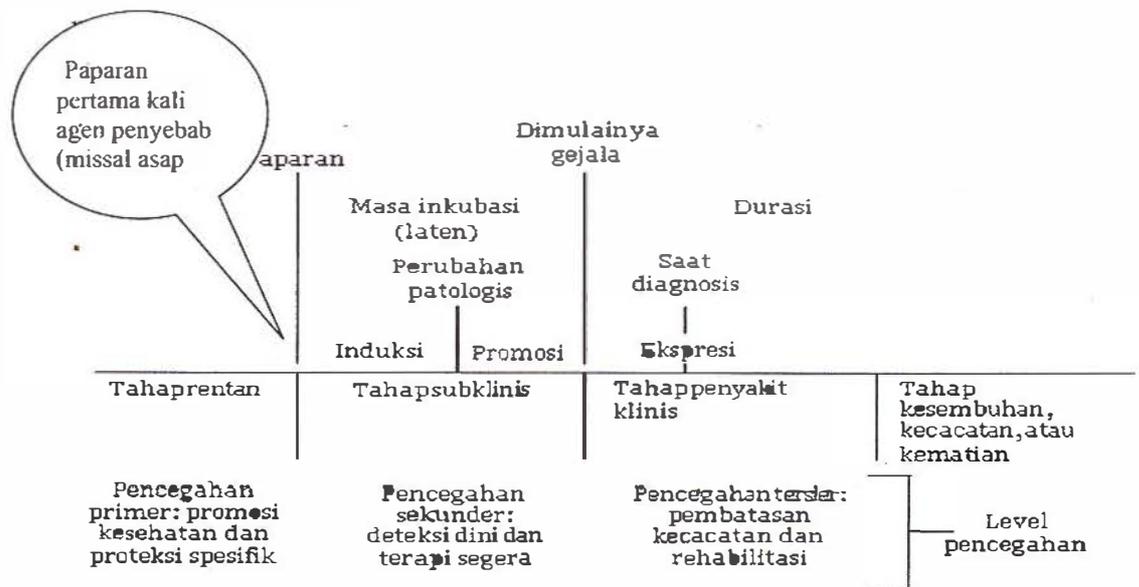
secara manajerial BPJS, juga belum berpengalaman dalam mengelola program promosi kesehatan untuk perseorangan, baik bagaimana mekanisme pelayanan maupun mekanisme pengajuan klaim.

3. Isu Strategis

Isu yang menjadi pokok masalah adalah :

1. Implementasi BPJS sesuai amanat UU No. 40 tahun 2004, bahwa pelayanan komprehensif di tujukan untuk pelayanan perseorangan, sehingga pelaksanaan promosi kesehatan juga di tujukan untuk perseorangan, sementara program promosi kesehatan yang ada saat ini masih bersifat upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKM) dan begitu pula dengan PT Askes yang bertanggung jawab secara manajerial BPJS, juga belum berpengalaman dalam mengelola program promosi kesehatan untuk perseorangan, baik secara mekanisme pelayanan maupun mekanisme pengajuan klaim/anggaran yang di alokasikan.
2. Sesuai hasil Rifaskes 2010 bahwa banyak puskesmas yang belum mempunyai tenaga promosi kesehatan, padahal puskesmas sebagai gerbang lini terdepan yang bersifat *public health care*, sudah seharusnya mengutamakan ketersediaan tenaga promosi kesehatan untuk menjalankan program promosi kesehatan pada masyarakat melalui berbagai program terbaiknya.
3. Terdapat kasus penyakit tidak menular yang memerlukan biaya mahal untuk proses penyembuhan, padahal jenis penyakit tersebut semestinya bisa dicegah dengan perilaku hidup sehat seperti penyakit jantung, stroke dan kanker. Hasil penelitian terhadap pasien Jamkesmas oleh Wasis Budiarto,dkk selama periode Januari-Maret 2012 di rumah sakit, terdapat 448 pasien jamkesmas yang menderita penyakit jantung (laki-laki 250 orang dan perempuan 198 orang), 283 penyakit kanker (laki-laki 44 orang dan 239 perempuan) dan sebanyak 473 penyakit stroke (laki-laki 200 orang dan 273 orang perempuan). Saat ini penyakit jantung termasuk penyakit pembunuh tertinggi di Indonesia.
4. Memperhatikan proses riwayat alamiah penyakit.

Riwayat alamiah penyakit (Natural History of Disease) menurut professor Bisma Mukti, bahwa orang dapat jatuh sakit dimulai dari : (1) tahap rentan (etiologi) pada diri manusia itu seperti penghisap rokok atau adanya kuman , (2) berlanjut pada tahap subklinis (diagnosis) yaitu terjadinya paparan kuman ke dalam tubuh manusia, terjadilah masa inkubasi laten terjadi perubahan patologis, (3) berlanjut pada tahap penyakit klinis (terapi) di temukan saat dilakukan diagnosis dan tampak perubahan ekspresi korban, (4) tahap terakhir adalah tahap prognosis menuju pada kesembuhan. Dengan memahami siklus riwayat alamiah penyakit ini akan menjadi strategi intervensi promosi kesehatan. Lebih jelas seperti tampak pada bagan beriku ini :



Gambar Tahap-tahap dalam riwayat alamiah penyakit dan level pencegahan

BAB III **Kebijakan dan Langkah-langkah**

1. Pilihan Kebijakan (bersifat petunjuk/guide)

- a. Perlu segera untuk memenuhi tenaga promosi kesehatan di setiap puskesmas /rumah sakit dan agar petugas promosi kesehatan dapat bekerja secara optimal, maka perlu dilakukan beberapa langkah strategis tertentu seperti pada no 3.
- b. Pelaksanaan promosi kesehatan tetap di jalankan 2 sistem yaitu melalui program upaya berbasis masyarakat (UKM) pendanaannya di kelola oleh pemerintah pusat dan daerah, sedangkan pelaksanaan promosi kesehatan sesuai petunjuk UU No. 40 tahun 2004 pada persesorangan tetap menjadi tanggung jawab BPJS untuk mengalokasikan dana klaim promosi kesehatan dan besarnya alokasi anggaran. Untuk hal ini perlu di tetapkan langkah strategis yang perlu dilakukan seperti pada no 3.
- c. Pelaksanaan promosi kesehatan perseorangan model BPJS nanti perlu memperhatikan sejarah /riwayat alamiah penularan penyakit, karena ada tahapan-tahapan yang harus dilewati penyakit sebelum seseorang jatuh sakit dan setiap tahapan perlu intervensi promosi kesehatan yang berbeda, agar informasi keehatan yang diberikan pada pasien dapat tepat sesuai kebutuhan pasien.

2. Tujuan opsi kebijakan

- a. Tujuan opsi pertama adalah agar tenaga promosi kesehatan yang ada dan bertugas di puskesmas/rumah sakit merupakan tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi promosi kesehatan yang baik, bahkan mampu sebagai motivator kesehatan di wilayah kerjanya di daerah. Selain itu tenaga promosi kesehatan dapat bekerja sesuai standart yang di tetapkan.

- b. Tujuan opsi kedua adalah agar tenaga promosi kesehatan mampu menjalankan fungsi sebagai tenaga promosi kesehatan yang bersifat UKM dan UKP, sehingga perlu didukung alokasi anggaran dan fasilitas. Bila UKM dari pemerintah pusat dan daerah dan bila UKP dari BPJS. Dukungan dana sangat penting untuk meningkatkan kinerja tenaga promosi kesehatan, agar dapat bekerja secara optimal dalam memberikan pelayanan promosi kesehatan perseorangan, selain prosedur (SOP) yang jelas.
- c. Tujuan opsi ketiga adalah agar tenaga promosi kesehatan mampu melakukan tugas promosi kesehatan secara benar menurut tahapan terjadinya penyakit dan petugas promosi kesehatan dapat memberikan motivasi hidup sehat secara benar.

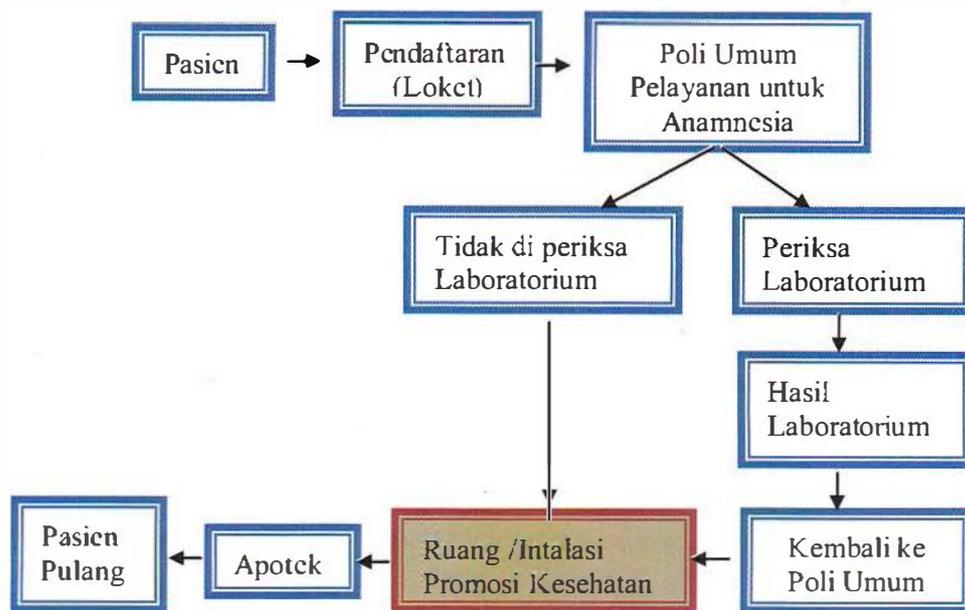
3. Strategi

- A. **Strategi opsi kebijakan pertama** adalah perlu segera untuk memenuhi tenaga promosi kesehatan di setiap puskesmas /rumah sakit dan agar petugas promosi kesehatan dapat bekerja secara optimal, maka strategi yang perlu dilakukan adalah :
 - 1. Setiap tenaga kesehatan yang akan bertugas sebagai PNS diwajibkan untuk mengikuti pelatihan untuk meningkatkan kompetensi baik sebagai peran promosi kesehatan berbasis UKM maupun UKP.
 - 2. Perlu pembekalan peningkatan kemampuan sebagai motivator kesehatan di daerah.
 - 3. Perlu penetapan Standart Operasional Prosedur kerja petugas promosi kesehatan di puskesmas dan rumah sakit, baik sebagai petugas promosi kesehatan pelaksana UKM maupun UKP
 - 4. Perlu mencetak dokter plus pendidikan promosi kesehatan sebanyak mungkin dengan kewajiban yang diberikan kepada mereka untuk melaksanakan tugas promos kesehatan di setiap unit pelayanan kesehatan.

B. **Strategi opsi kebijakan kedua** terkait pelaksanaan promosi kesehatan tetap di jalankan 2 sistem yaitu melalui program upaya berbasis masyarakat (UKM) pendanaannya di kelola oleh pemerintah, sedangkan pelaksanaan promosi kesehatan sesuai petunjuk UU No. 40 tahun 2004 pada persesorangan tetap menjadi tanggung jawab BPJS, maka strategi yang perlu dilakukan adalah

1. Setiap unit pelayanan kesehatan harus mempunyai ruang khusus konsultasi kesehatan yang berfungsi sebagai ruang promosi kesehatan, yang didalamnya terdapat beberapa ahli promosi kesehatan (idealnya) seperti dokter dengan pendidikan S2 promosi kesehatan, SKM dengan S2 promosi kesehatan, S1 promosi kesehatan, SKM gizi dan SKM Gizi dengan S2 promosi kesehatan, S1 psikologi perilaku kesehatan.
2. Pembagian anggaran pembiayaan promosi kesehatan antara pemerintah pusat/daerah dengan BPJS adalah jika promosi kesehatan pada program UKM, maka di biayai oleh pemerintah pusat dan daerah beserta kelengkapan fasilitas untuk kegiatan promosi kesehatan, sedangkan kegiatan promosi kesehatan yang bersifat UKP akan menjadi tanggung jawab BPJS baik anggaran maupun kelengkapan fasilitas pelayanan untuk promosi kesehatan perseorangan.
3. Perlu di buat jalur mekanisme berobat di setiap unit pelayanan kesehatan sebagai berikut :

Model mekanisme pelayanan di puskesmas (bila rumah sakit perlu penyesuaian lagi) seperti tampak pada gambar berikut ini :



Keterangan:

- A. Pasien datang menuju tempat pengambilan kartu pendaftaran sesuai antrian
- B. Pasien setelah memperoleh kartu, lalu menuju poli umum untuk dilakukan anamnesia oleh dokter umum/ahlinya
- C. Jika hasil diagnosis pasien di poli umum :
 - a. bahwa pasien tidak perlu pemeriksaan di instalasi laboratorium (lab darah/urine dll, rontgen, USG) , maka pasien disertai pendamping pihak keluarga pasien langsung membawa surat keterangan hasil diagnosis ke ruang/instalasi promosi kesehatan. Jika selesai memperoleh pelayanan promosi kesehatan di ruang promosi kesehatan, maka petugas promosi kesehatan memberikan surat rekomendasi bahwa pasien telah memperoleh pelayanan promosi kesehatan, dan surat itu mendukung syahnya resep yang dimiliki pasien untuk segera mengambil obat di apotek.
 - b. Jika pasien di perlukan untuk pemeriksaan lebih lanjut ke instalasi laboratorium (pemeriksaan darah/urine dll, ataupun pemeriksaan USG atau rontgen) maka pasien segera ke instalasi laboratorium yang dimaksud. Setelah memperoleh hasil lab, maka pasien kembali ke poli umum, untuk memperoleh resep dan surat pengantar ke ruang/instalasi promosi kesehatan. Jika selesai memperoleh pelayanan promosi kesehatan di ruang/instalasi promosi kesehatan, maka petugas promosi kesehatan memberikan surat rekomendasi bahwa pasien telah memperoleh pelayanan promosi kesehatan, dan surat itu mendukung syahnya resep yang dimiliki pasien untuk segera mengambil obat di apotik.
 - c. Setelah memperoleh obat, pasien pulang

Terkait dengan besarnya klaim untuk jasa pelayanan peugas promosi kesehatan terhadap jenis penyakit yang diberikan tindakan promosi kesehatan adalah : BPJS perlu menetapkan besarnya klaim untuk pelayanan promosi perseorangan sesuai dengan jenis penyakit, dan BPJS wajib memberikan porsi klaim yang **seimbang** antara kegiatan promosi kesehatan perseorangan dengan pelayanan kuratif dan rehabilitative di puskesmas dan rumah sakit. Hal ini penting karena peran promosi kesehatan adalah sebagai motivator kesehatan, keberhasilan mereka dalam memberikan motivasi sehat pada pasien, akan sangat menolong banyak jiwa yang lain minimal keluarga pasien itu sendiri untuk menjaga kesehatannya. Oleh karena itu jasa seorang motivator dimanapun di dunia ini amat mahal, sebut saja Bapak Motivator kita Mario Teguh.

C. **Strategi opsi kebijakan ketiga** terkait pelaksanaan promosi kesehatan perseorangan model BPJS nanti perlu memperhatikan sejarah /riwayat alamiah penularan penyakit adalah BPJS perlu menetapkan area kegiatan pelayanan kesehatan promotif dan preventif dalam Jaminan Kesehatan sebagai berikut :

1. Aspek etiologi penyakit, model promosi kesehatan yang dilakukan adalah memberikan informasi tentang kausa, faktor risiko penyakit, dan memberikan intervensi (pada level individu maupun masyarakat/ lingkungan) untuk menghentikan paparan faktor risiko
2. Pada tahapan aspek diagnosis, maka model promosi kesehatan yang diberikan adalah memberikan informasi tentang risiko penyakit berdasarkan biomarker/ prediktor, informasi tentang akurasi (sensitivitas dan spesifisitas) tes diagnostik, dan menerapkan tes skrining dengan menggunakan biomarker yang sederhana maupun canggih
3. Pada tahapan terapi, maka model promosi kesehatan yang diberikan adalah memberikan informasi tentang manfaat terapi dalam mencegah

hasil buruk (bad outcome) dan kerugian (harm, adverse outcome) yang terjadi akibat penggunaan terapi, dan memberikan intervensi tersebut

4. Pada tahapan prognosis, maka model promosi kesehatan yang diberikan adalah memberikan informasi tentang faktor-faktor yang mempengaruhi prognosis penyakit, dan memberikan intervensi yang dapat memperbaiki prognosis penyakit

BAB IV PENGGERAKAN DAN PELAKSANAAN

1. *Man* (Sumber daya manusia/SDM)

Untuk mendukung terselenggaranya program promosi kesehatan baik secara UKM maupun UKP perlu tenaga promosi kesehatan yang professional di bidangnya. Untuk itu perlu di bekali kompetensi khusus promosi kesehatan sejajar dengan pengetahuan sebagai motivator khususnya motivator kesehatan. Pendidikan yang ideal bertugas di instalasi promosi kesehatan adalah minimal S1 promosi kesehatan yang didukung oleh tenaga D3/S1 gizi. Namun alangkah lebih baik jika tenaga promosi kesehatan yang bertugas adalah S2 promosi kesehatan baik yang berasal dari S1 (SKM atau dokter umum atau S1 Gizi). Hal ini penting kalau UKM mungkin informasi yang diberikan petugas promosi kesehatan bersifat umum dan untuk masyarakat luas, namun jika UKP maka informasi yang akan diberikan petugas promosi kesehatan juga bersifat khusus sesuai dengan kondisi penyakit yang diderita pasien, sehingga akan lebih baik yang bertugas di instalasi promosi kesehatan adalah S2 promosi kesehatan yang berasal dari S1 multi disiplin ilmu seperti (S1 kedokteran, S1 kesehatan masyarakat, S1 Gizi, S1 psikologi perilaku).

2. *Money/Pembiayaan*

Untuk mendukung kegiatan promosi kesehatan yang bersifat UKM perlu dukungan dana dan fasilitas dari pemerintah pusat dan pemerintah daerah, akan tetapi jika program promosi kesehatan untuk perseorangan maka perlu di tanggung oleh BPJS baik pengalokasian dana maupun kelengkapan fasilitas pendukung. Jika memungkinkan perbandingan alokasi dana promotif dan kuratif adalah 40 % : 60%, mengapa karena peran petugas promosi kesehatan dan petugas pengobatan kuratif sama-sama penting. Petugas promosi kesehatan akan berusaha untuk memutus mata rantai penularan penyakit melalui memotivasi pasien/keluarga pasien untuk hidup sehat dan berdampak sangat luas, tetapi petugas pengobatan berfungsi untuk segera menyembuhkan pasien.

secepat mungkin, agar tidak menjadi beban keluarga. Jika dilihat aspek pendidikan, baik petugas promosi kesehatan maupun petugas pengobatan minimal sama-sama S1, bahkan ada kecenderungan petugas promosi kesehatan akan S2, jika program promosi kesehatan telah mendapat dukungan semua pihak.

3. Material/ Fasilitas

Untuk kebutuhan material dalam mendukung promosi kesehatan bidang UKM, sudah pasti menggunakan berbagai media baik penyuluhan langsung, maupun melalui media cetak dan elektronik. Kemampuan sebagai motivator sangat dibutuhkan disamping dukungan media penyambung informasi yang akan disampaikan. Sedangkan untuk kegiatan promosi kesehatan perseorangan perlu dukungan alat canggih yang mampu mendeteksi penyakit secara cepat, seperti MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) untuk kegiatan GMC (*General Medical Checkup*), MRI (magnetic Resonance Image) alat mendeteksi tubuh dengan medan magnet, ESWL (*Estrcorporeal Shock Wave Lithotripsy*) terapi penyembuhan ginjal, selain itu proyektor dan berbagai teknologi canggih untuk promosi kesehatan perseorangan, juga berbagai buku terkait permasalahan kesehatan yang selalu up to date.

4. Informasi

Penyampaian informasi promosi kesehatan baik UKM maupun UKP yang dilakukan petugas promosi kesehatan yang berkemampuan sebagai motivator kesehatan akan lebih mudah di fahami pasien sebagai target yang dimotivasi, dari pada petugas yang tidak mempunyai kemampuan motivator. Oleh karena itu kemampuan /kualitas SDM dalam memberikan motivasi sangat menentukan di terimanya informasi kesehatan yang disampaikan, sedangkan alat / media hanya pendukung saja bukan yang utama.

Untuk kemudahan alur pelayanan pasien terhadap kebutuhan promosi kesehatan perlu diatur mekanisme yang jelas dan mudah di fahami seperti uraian kami di atas.

BAB V ***Monitoring and Evaluation (MONEV)***

1. Supervisi

Upaya untuk mendukung terselenggaranya pelaksanaan promosi kesehatan tepat sasaran, perlu dilakukan kegiatan monitoring seperti kegiatan supervise. Supervisi merupakan bentuk monitoring yang harus ada dalam setiap organisasi dan merupakan tahap ke empat yang harus dilakukan setelah tujuan organisasi di tetapkan. Supervisi program promosi kesehatan berfungsi sebagai pengawasan dan pengendalian (wasdal) dengan proses pengamatan secara terus menerus terhadap pelaksanaan promosi kesehatan atau bisa dikatakan sebagai koreksi atas segala kegiatan petugas promosi kesehatan berdasarkan SOP. Hasil supervisi sangat berarti untuk merumuskan perencanaan yang akan datang yang lebih baik lagi.

2. Laporan berkala

Monitoring bisa dilakukan dengan supervisi (kunjungan langsung di lapangan) , juga bisa dilakukan dalam bentuk mengevaluasi laporan yang di buat oleh petugas promosi kesehatan sesuai formolir yang di sediakan petugas supervisor, laporan di buat secara berkala triwulanan. Hasil evaluasi terhadap laporan berkala ini dapat di jadikan sumber data untuk mendukung perumusan perencanaan yang lebih baik.

3. Umpan balik (*feedback*)

Sebagai salah satu upaya memotivasi petugas dilapangan termasuk petugas promosi kesehatan adalah memberikan umpan balik (*feedback*) atas laporan yang dikirim oleh petugas promosi kesehatan itu sendiri. Umpan balik ini sangat penting untuk diketahui petugas promosi kesehatan, selain untuk memonitor ketetapan dan kesesuaian pekerjaan yang dikerjakannya, juga sebagai motivasi untuk menumbuhkan semangat kerja petugas lapangan.

BAB VI Penutup

Berdasarkan atas uraian yang telah kami sampaikan di depan, maka yang menjadi penutup *policy paper* ini adalah bahwa program promosi kesehatan merupakan program utama yang harus ditempatkan pada posisi utama, sesuai amanat undang-undang termasuk UU No.40 tahun 2004 pasal 22 dalam penyelenggaraan pelayanan promosi kesehatan perseorangan di setiap unit pelayanan kesehatan baik di rumah sakit maupun di puskesmas. Jika program promotif berhasil dilaksanakan dengan baik oleh tenaga promosi kesehatan yang profesional yang berkemampuan sebagai motivator, maka akan banyak orang yang sebat dan tidak dating berobat ke puskesmas/rumah sakit, sehingga dapat menghemat anggaran kuratif dan rehabilitative oleh BPJS. Perlu diketahui bahwa anggaran biaya yang dikeluarkan pemerintah untuk pengobatan (kuratif dan rehabilitative) mencapai 90-85% dari total anggaran kesehatan, padahal orang sakit di Indonesia baru mencapai 10-15% saja.

Ada tiga langkah strategis yang perlu di perhatikan BPJS, jika ingin melaksanakan program promosi kesehatan perseorangan sesuai amanat UU No.40 tahun 2004 pasal 22 ayat 1 yaitu :

1. Pemerintah harus segera mencetak tenaga promosi kesehatan yang profesional dengan SDM minimal S1 promosi kesehatan dan lebih baik S2 promkes baik yang berasal dari S1 kedokteran umum, SKM, Gizi maupun psikologi) dan perlu di dukung dengan membuat standart operasional prosedur (SOP) promosi kesehatan di puskesmas dan rumah sakit. Membangun tenaga profesional promosi kesehatan yang berjiwa dan berkemampuan sebagai motivator kesehatan seperti Bapak Mario Teguh, dengan cara memberikan pelatihan kompetensi khusus sebagai motivator kesehatan.
2. Membuat instalasi /ruang promosi kesehatan dan membuat mekanisme pelayanan berobat pasien di puskesmas dan rumah sakit dengan menghadirkan kewajiban pasien untuk terlebih dahulu memperoleh pelayanan

promosi kesehatan sebelum mengambil obat di apotek. BPJS perlu menetapkan besar klaim jasa pelayanan promosi kesehatan yang seimbang dengan jasa pelayanan kuratif dan rehabilitative, karena secara kualifikasi pendidikan mereka adalah sama dan keberhasilan program promosi kesehatan akan dapat menghemat biaya kuratif dan rehabilitative yang dikeluarkan BPJS. Jika mengacu beberapa negara menyelenggarakan promotif dan preventif seperti Philipina, di Costa dan Jerman, telah berhasil menggunakan jaminan social kesehatan untuk penyelenggaraan promosi kesehatan perseorangan, dengan teknologi canggih. Beberapa contoh teknologi canggih untuk promosi kesehatan di rumah sakit : MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) untuk kegiatan GMC (*General Medical Checkup*), MRI (*magnetic Resonance Image*) alat mendeteksi tubuh dengan medan magnet, ESWL (*Estrcorporeal Shock Wave Lithotripsy*)

3. BPJS perlu memperhatikan tahapan riwayat alamiah terjadinya penyakit yang dimulai dari tahap etiologi, diagnosis, terapi dan di akhiri dengan prognosis, karena tiap tahapan akan berbeda model promosi kesehatan yang akan diberikan kepada pasien. Pemahaman yang benar BPJS terhadap riwayat alamiah penyakit akan menjadi dasar perhitungan besarnya klaim yang diberikan kepada petugas yang memberikan promosi kesehatan perseorangan sesuai tahapan riwayat alamiah penyakit tersebut.

Berdasarkan atas kajian di atas, maka akhir penutup pada *policy paper* ini berupa sebuah OUTPUT kebijakan/ rekomendasi yaitu diperlukan mekanisme yang seimbang (mekanisme kuratif dan promosi kesehatan, serta besarnya jasa klaim) antara penyelenggaraan pelayanan promosi kesehatan perseorangan (UKP) dengan pelayanan kuratif dan rehabilitative di setiap unit pelayanan kesehatan , serta tetap menjadikan promosi kesehatan sebagai pilar utama dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan berbasis masyarakat (UKM) untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Daftar Pustaka

- Abidin Zaenal, 2012. Ketua Umum PB IDI. Sistem Pelayanan Kesehatan. Jakarta
- Arjoso Sumary, 2010. Wakil Ketua Komisi IX DPR RI dalam acara Kongres Nasional IAKMI ke XI Bandung, 3 Agustus 2010.. Potensi penguatan program dan anggaran untuk upaya promotif dan preventif sebagai investasi berkelanjutan bagi kesehatan bangsa. Bandung.
- Blum HL. 1972. Planning For Health; Development Application Of Social Change Theory. New York : Human Science Press, 1972, p.3
- Departemen Kesehatan. 2003. Kepmenkes RI. Nomor 1202/Menkes/SK/VIII/2003, Tentang Indikator Indonesia sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi dan Kabupaten/Kota Sehat. Jakarta.
- Departemen Kesehatan. 2004. Kepmenkes RI. Nomor 128/Menkes/SK/II/2004. Tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat. Jakarta
- Departemen Kesehatan. 2005. Kepmenkes RI. Nomor 1193/Menkes/SK/X/2004, Tentang Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan. Jakarta
- Departemen Kesehatan. 2009. Sistem Kesehatan Nasional 2009.)
- Dis Lung Tuberc. 2011) World Health Organization., New Delhi, India. 20 A cost-benefit analysis of scaling up tuberculosis control in India. goodchildm@hotmail.com) diposkan Pebruari 2012
- Garry M Gisberg, 1997. Cost-benefit analysis of a nationwide infant immunization programme against hepatitis A in an area of intermediate endemicity. Journal of Hepatology. Volume 34, Issue 1, January 2001, Pages 92-99.
- Kementerian Kesehatan, 2012. Petunjuk Teknis Bantuan Operasional Kesehatan. Jakarta
- Murti Bhisma. 2010. Strategi Untuk Mencapai Cakupan Universal Pelayanan Kesehatan di Indonesia. Semarang.
- Peraturan Presiden No. 5 Tahun 2010, tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2010-2014.

- Sampoerno D. 2010 (Ketua Kolegium Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat (IAKMI) Seimbangkan upaya preventif dan kuratif, yang diposkan hari senin tgl.18 Oktober 2010.
- Suwandono.A, 2012. Presentasi Hasil Rifaskes 2012. Yogyakarta
- Sudayasa,P, Fungsi Utama Puskesmas. 2010. www.puskel.com. Di Unduh tanggal 4 Maret 2012
- Sugiharto.M,Widjiartini, Oktarina. 2012. Laporan Analisis lanjut analisis perbedaan pencapaian upaya promotif dan kesehatan lingkungan berdasarkan pelaksanaan penilaian kinerja, ketersediaan sdm dan lokasi puskesmas. Surabaya
- Undang-Undang Nomor 17 tahun 2007, tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN). Jakarta
- [www. harianhaluan.com](http://www.harianhaluan.com). Mediagroup Haluan Mencerdaskan Bangsa. HKN, sehat itu bukan biaya tapi investasi, Diposkan tanggal 15 November 2011.
- www.majalah-farmacia.com. Studi testimony nattokinase. Terapi Ajuvan Yang Bermanfaat Untuk Kasus-Kasus Kardiovaskuler. Majalah Farmacia Edisi Januari 2008 (Vol.7 No.6) halaman 50 (955 hits)., Diunduh April 2012.