

**PENANGGULANGAN PENYAKIT MENULAR DI PUSKESMAS:
STUDI KASUS DI KABUPATEN BELU PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR**

**(COUNTERMEASURES OF INFECTIOUS DISEASE IN PUSKESMAS:
CASE STUDY IN BELU DISTRICT, EAST NUSA TENGGARA PROVINCE)**

Tri Rini Puji Lestari

(Pusat Penelitian Badan Keahlian DPR RI, Nusantara II, Lantai 2, DPRRI,
Jl. Jend. Gatot Subroto, Senayan, Jakarta 10270, Indonesia;
email: tririni74@yahoo.com)

Naskah Diterima: 1 November 2017, direvisi: 29 November 2017,
disetujui: 14 Desember 2017

Abstract

Puskesmas as a public health effort has a Communicable Disease Control and Control Program (P2M). However, infectious diseases are still a major public health problem in Indonesia. East Nusa Tenggara (NTT) is one of five provinces where the number of infectious diseases is high with low socioeconomic conditions. Epidemiologically the incidence of disease is the result of an interactive relationship between humans and their behavior as well as environmental components that have potential diseases. The formulation of this research problem is the number of cases of communicable diseases in the community is still high. This research used qualitative method with case study at puskesmas in Belu Regency East Nusa Tenggara Province. The results obtained that until now there is still no specific law that regulates the prevention and control of infectious diseases. Limited human resources and facilities at the puskesmas cause efforts to control infectious diseases can not be implemented optimally. Therefore, the Government and the Regional Government should be aware of the infectious disease condition in their area as well as the commitment and strive for the availability of resources in the Puskesmas which is sufficient and qualified.

Keywords: *Public Health Care, Infectious Diseases, Public Health Policy*

Abstrak

Puskesmas sebagai upaya kesehatan masyarakat mempunyai Program Pemberantasan dan Pengendalian Penyakit Menular (P2M). Namun penyakit menular masih menjadi masalah utama kesehatan masyarakat di Indonesia. Nusa Tenggara Timur (NTT) merupakan salah satu dari lima provinsi yang jumlah kasus penyakit menularnya tinggi dengan kondisi sosial ekonominya masih rendah. Secara Epidemiologi kejadian penyakit merupakan hasil hubungan interaktif antara manusia dan perilakunya serta komponen lingkungan yang memiliki potensi penyakit. Rumusan masalah penelitian ini adalah jumlah kasus penyakit menular di masyarakat masih tinggi. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan studi kasus di puskesmas di Kabupaten Belu Provinsi Nusa Tenggara Timur. Hasil penelitian didapat bahwa sampai saat ini masih belum ada undang-undang khusus yang mengatur tentang pencegahan dan pengendalian penyakit menular. Terbatasnya sumber daya manusia dan fasilitas di puskesmas menyebabkan upaya penanggulangan penyakit menular belum dapat dilaksanakan secara maksimal. Untuk itu, Pemerintah dan Pemerintah Daerah hendaknya paham dengan kondisi penyakit menular di wilayahnya serta komitmen dan mengupayakan ketersediaan sumberdaya di puskesmas yang cukup dan berkualitas.

Kata Kunci: Puskesmas, Penyakit Menular, Kebijakan Kesehatan Masyarakat

PENDAHULUAN

Meningkatnya jumlah kasus penyakit menular masih merupakan masalah utama kesehatan masyarakat di Indonesia. Menurut data Profil Kesehatan tahun 2009 sampai tahun 2014, ada beberapa penyakit menular yang menjadi masalah utama di Indonesia diantaranya diare, malaria, demam berdarah dengue, influenza, tifus abdominalis, dan penyakit saluran pencernaan. Kondisi ini diperparah dengan masih rendahnya pemahaman masyarakat terhadap penyakit menular. Akibatnya

sebagaimana tercantum dalam hasil Riskesdas 2013, adanya kecenderungan terjadi peningkatan *period prevalence* pneumonia pada semua umur dari 2,1 persen pada tahun 2007 menjadi 2,7 persen di tahun 2013.

Pada awal tahun 2016, Indonesia kembali dihadapkan pada kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) yang terus meningkat. Pada kurun waktu tiga minggu di bulan Januari sudah mencapai 1.669 orang positif terinfeksi DBD dengan 22 orang diantaranya meninggal dunia (5 orang dari Banten, 3 orang dari

Jawa Timur, 3 orang dari Kalimantan Tengah, 3 orang dari Kalimantan Selatan, 2 orang dari Maluku, 2 orang dari Sulawesi Selatan, 1 orang dari Kalimantan Timur, 1 orang dari Jawa Barat, 1 orang dari Yogyakarta, dan 1 orang dari Gorontalo). Bahkan pada tanggal 26 Januari 2016, Menteri Kesehatan (Menkes) telah menetapkan tujuh daerah di Indonesia berstatuskan KLB DBD (kejadian luar biasa kasus DBD).¹

Nusa Tenggara Timur (NTT) merupakan salah satu dari lima provinsi yang jumlah kasus penyakit menularnya tinggi dengan kondisi sosial ekonominya masih rendah. Menurut Gubernur NTT yang disampaikan pada Rapat Koordinasi Perguruan Tinggi Swasta Tingkat Provinsi Nusa Tenggara Timur tahun 2015, pada tahun 2014 terdapat 99.188.000 penduduk miskin dengan perincian 10.570.000 penduduk di daerah Kota dan sebanyak 88.618.000 penduduk di desa. Terdapat permasalahan ekonomi, sosial, budaya di penduduk yang termasuk dalam kategori persoalan yang mendasar yaitu kesehatan. Berdasarkan hasil Sosialisasi Program kepada mitra potensial tingkat provinsi NTT yang diselenggarakan oleh Dinas Kesehatan Provinsi NTT (16-17/09/2015), selain masih tingginya jumlah kasus penyakit menular ditemukan juga berbagai persoalan kesehatan yang belum mencapai MDGs (*Millenium Development Goals*) dan perlu kerja keras, antara lain: Umur harapan hidup, persentase ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih (cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan, Prevalensi pengidap HIV (persentase penduduk 15 tahun ke atas yang memiliki pengetahuan HIV dan AIDS), dan persentase penduduk yang memiliki jaminan kesehatan. Penyakit menular yang sering diderita oleh masyarakat NTT antara lain: Malaria, TBC, ISPA/ Pneumonia, Diare, DHF, HIV / AIDS, Rabies, Filaria.²

Secara Epidemiologi kejadian penyakit merupakan hasil hubungan interaktif antara manusia dan perilakunya serta komponen lingkungan yang memiliki potensi penyakit. Dengan demikian, maka patogenesis atau proses terjadinya penyakit dapat diuraikan ke dalam empat simpul yaitu: simpul 1, disebut sebagai sumber penyakit; simpul 2, komponen lingkungan yang merupakan media transmisi penyakit; simpul 3, penduduk dengan berbagai variabel kependudukan seperti pendidikan, perilaku, kepadatan, gender; sedangkan simpul 4, penduduk yang dalam keadaan sehat atau sakit setelah mengalami interaksi atau *exposure* dengan

komponen lingkungan yang mengandung bibit penyakit atau *agent* penyakit.³

Untuk pencegahan dan penanggulangan penyakit menular, digunakan tiga pendekatan atau cara yaitu:⁴

1. Eliminasi *reservoir* (sumber penyakit) yang dilakukan dengan:
 - a. Mengisolasi penderita (pasien), yaitu menempatkan pasien di tempat khusus untuk mengurangi kontak dengan orang lain.
 - b. Karantina, yaitu membatasi ruang gerak penderita dan menempatkannya bersama-sama penderita lain yang sejenis pada tempat yang khusus didesain untuk itu. Biasanya dalam waktu yang lama.
2. Memutus mata rantai penularan. Meningkatkan sanitasi lingkungan dan higiene perorangan merupakan usaha yang penting untuk memutuskan hubungan atau mata rantai penularan penyakit menular.
3. Melindungi orang-orang (kelompok) yang rentan, seperti bayi, anak balita, dan lansia. Kelompok usia rentan ini perlu perlindungan khusus (*specific protection*) dengan imunisasi, baik imunisasi aktif maupun pasif. Selain itu, peningkatan gizi anak merupakan usaha pencegahan penyakit infeksi pada anak juga. Karena anak dengan gizi kurang akan menyebabkan kerentanan pada anak tersebut.

Strategi pengendalian penyakit menular secara umum pada dasarnya sama, yakni menghilangkan sumber penyakit dengan cara menemukan dan mencari kasus secara proaktif, kemudian melakukan pengobatan hingga sembuh. Intervensi faktor risiko, misalnya lingkungan dan intervensi terhadap perilaku.

Secara teori, penyakit menular dapat menimbulkan kesakitan, kematian, dan kecacatan yang tinggi sehingga perlu dilakukan penyelenggaraan penanggulangan melalui upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan yang efektif dan efisien. Hal ini telah diatur pula dalam Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan Pasal 152 yang intinya berbunyi bahwa Pemerintah, Pemerintah Daerah dan Masyarakat bertanggung jawab melakukan upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular serta akibat yang ditimbulkannya melalui kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif bagi individu atau masyarakat untuk melindungi masyarakat dari

¹ "Menkes: 7 Daerah KLB Demam Berdarah", *Republika*, 27 Januari 2016.

² Jap Jeffrey, "Spirit Miracle, Solusi Masalah Kesehatan di NTT", (*online*), (<http://www.timorexpress.com/20150926085845/spirit-miracle-solusi-masalah-kesehatan-di-ntt>, diakses 20 Februari 2016).

³ Achmadi Umar Fahmi, *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*, Jakarta: Penerbit Buku Kompas, 2005, hlm 25-26

⁴ Notoatmodjo Soekidjo, *Kesehatan Masyarakat, Ilmu dan Seni*, Jakarta: Penerbit Rineka Cipta, 2011, hlm. 44

tertularnya penyakit, menurunkan jumlah yang sakit, cacat dan/atau meninggal dunia, serta untuk mengurangi dampak sosial dan ekonomi.

Terkait pemberantasan dan pengendalian penyakit menular, PerMenKes Nomor 82 Tahun 2014 tentang Pengendalian Penyakit Menular Pasal 5 telah menyatakan yang intinya berbunyi Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan masyarakat bertanggung jawab menyelenggarakan pengendalian penyakit menular yang dilaksanakan melalui upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan di Puskesmas. Puskesmas merupakan ujung tombak dalam penanggulangan penyakit menular di masyarakat. Karena puskesmas merupakan sarana pelayanan kesehatan dasar yang paling dekat dengan masyarakat. Puskesmas sebagai penyelenggara Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) maupun Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) di tingkat pertama pelayanan kesehatan dan merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan sebagian tugas pembangunan kesehatan di Kabupaten/Kota. Upaya kesehatan puskesmas meliputi upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan. Dengan adanya Puskesmas sebagai upaya kesehatan masyarakat yang terdiri dari upaya wajib dan upaya pengembangan, diharapkan pemberian pelayanan kesehatannya dapat mencegah dan memberantas penyakit menular melalui upaya wajibnya yaitu Program Pemberantasan dan Pengendalian Penyakit Menular (P2M).

Berdasarkan latar belakang tersebut, rumusan masalahnya adalah jumlah kasus penyakit menular di masyarakat masih tinggi. Adapun pertanyaan permasalahan yang akan dikaji adalah: bagaimana kebijakan penanganan penyakit menular? bagaimana pelaksanaan penanganan penyakit menular di puskesmas? dan Faktor-faktor apa saja yang berpengaruh terhadap keberhasilan pelaksanaan penanganan penyakit menular di puskesmas? Kajian ini ditujukan untuk menggali informasi dan menganalisis akar permasalahan terkait pelaksanaan program Pemberantasan dan Pengendalian Penyakit Menular Di Puskesmas dan dapat memberikan masukan bagi anggota DPR RI, agar berguna sebagai bahan pertimbangan dalam tugas dan fungsi legislasi, pengawasan, dan penganggaran di bidang kesehatan.

METODE PENELITIAN

Kajian ini merupakan hasil penelitian yang menggunakan metode kualitatif dengan studi kasus di puskesmas di Kabupaten Belu Provinsi Nusa Tenggara Timur. Dengan pendekatan kualitatif

tersebut, diharapkan diperoleh hasil penelitian yang dapat mendeskripsikan secara intensif tentang permasalahan terkait implementasi pemberantasan dan pengendalian penyakit menular di puskesmas di Belu Provinsi Nusa Tenggara Timur, serta dapat memberi masukan bagi perbaikan kualitas pelayanan puskesmas dan penurunan angka kasus penyakit menular pada masa mendatang.

Studi kasus ini dilakukan pada bulan Agustus 2016. Alasan pemilihan Kabupaten Belu sebagai lokasi penelitian karena kabupaten Belu merupakan salah satu kabupaten yang kasus penyakit menularnya tinggi. Padahal jika dibandingkan dengan kabupaten lain di provinsi NTT, jumlah puskesmas di Belu cukup banyak yaitu urutan kedua terbanyak setelah TTS (Timor Tengah Selatan). Berdasarkan profil kesehatan provinsi NTT tahun 2012, penyakit menular yang sering muncul di kabupaten Belu adalah TB paru, malaria, AIDS, dan diare pada balita.

Sebagai daerah yang endemis malaria, kabupaten Belu juga merupakan salah satu daerah endemis penularan penyakit TB. Hal ini dapat ditunjukkan dari tingginya angka temuan penderita TB Paru BTA (+) yang mencapai 56,7% pada tahun 2008 dan meningkat menjadi 84,8% pada tahun 2012. Angka ini cukup menggambarkan bahwa kabupaten Belu memiliki angka kesakitan TB yang memprihatinkan.

Selain itu, kabupaten Belu juga termasuk dalam jalur merah penyebaran penyakit HIV/AIDS. Penyakit yang mematikan itu kini menyebar hampir kesemua desa dan kecamatan. Bahkan penyakit tersebut telah menular kepada kelompok ibu rumah tangga. Berdasarkan data KPA Belu, pada tahun 2011 untuk usia 20 – 29 tahun tercatat 225 orang, usia 30-39 tahun tercatat 146 orang, usia 40 – 49 tahun tercatat 477 orang. Sedangkan untuk kategori ibu rumah tangga sebanyak 161 orang, wiraswasta 52 orang, pekerja seks komersial (PSK) sebanyak 48 orang dan tukang ojek 45 orang.⁵

Data dikumpulkan melalui teknik dokumentasi yang dilakukan dengan cara mengkaji dokumen tertulis terkait pengendalian penyakit menular, observasi langsung terhadap pelaksanaan program P2M, dan wawancara mendalam kepada pejabat di lingkungan dinas kesehatan kabupaten dan pucuk pimpinan puskesmas serta para tenaga puskesmas yang terlibat langsung dengan program P2M. Data yang telah terkumpul dianalisis dengan menggunakan teknik analisis yang menggunakan poin kunci yaitu reduksi data dan interpretasi. Reduksi data dilakukan untuk membuat kategori,

⁵ "Kabupaten Belu Jalur Merah HIV/AIDS", (*online*), (<http://sp.beritasatu.com/home/kabupaten-belu-jalur-merah-hiv-aids/14223>), diakses 23 Februari 2016).

dan merangkumnya menjadi pola dan susunan yang sederhana. Sedangkan interpretasi ditujukan untuk mendapatkan makna dan pemahaman terhadap kata-kata dan tindakan para partisipan riset dengan memunculkan konsep dan teori (atau teori berdasar generalis) guna menjelaskan temuan di lapangan sehingga ditemukan jawaban dari permasalahan yang ingin dicari dari penelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kebijakan Penanganan Penyakit Menular

Rencana Pembangunan Nasional Jangka Panjang (RPJP) 2005-2025 telah menegaskan bahwa pembangunan sumber daya manusia diarahkan untuk terwujudnya manusia Indonesia yang sehat, cerdas, produktif dan masyarakat yang semakin sejahtera. Untuk itu, dimasa depan diharapkan, masyarakat Indonesia hidup dalam lingkungan yang sehat dan mempraktikkan perilaku bersih dan sehat. Lingkungan yang sehat dalam hal ini termasuk didalamnya adalah kondisi bebas dari wabah penyakit menular.⁶

Arah kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan nasional 2015-2019 merupakan bagian dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang bidang Kesehatan (RPJK) 2005-2025, yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud, melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Republik Indonesia.

Sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat yang ditunjukkan oleh meningkatnya Umur Harapan Hidup, menurunnya Angka Kematian Bayi, menurunnya Angka Kematian Ibu, menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita.

Dalam rangka pelaksanaan program dan kegiatan pembangunan kesehatan 2015-2019, secara keseluruhan maka diperlukan integrasi program dan kegiatan, dimana Program Prioritasnya difokuskan kepada 4 (empat) Program, yakni program:

1. Penurunan AKI dan AKB (Kesehatan Ibu dan Anak termasuk Imunisasi).
2. Perbaikan Gizi khususnya *stunting*.

⁶ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas), *Rencana Pembangunan Jangka Panjang 2005-2025*, Jakarta: Bappenas, 2005, hlm. 17

3. Pengendalian Penyakit Menular/P2M (HIV/AIDS, Tuberkulosis dan Malaria)
4. Pengendalian Penyakit Tidak Menular (Hipertensi, Diabetes Melitus, Obesitas dan Kanker).

Adapun Program lainnya, akan berintegrasi dan sinergis dalam mendukung pelaksanaan program prioritas tersebut.

Dengan demikian penanganan penyakit menular merupakan salah satu prioritas pembangunan nasional jangka panjang 2005-2025. Penyakit menular yang menjadi prioritas tersebut adalah: malaria, demam berdarah dengue, diare, polio, filariasis, kusta, tuberkulosis paru, HIV/AIDS, pneumonia, dan penyakit lainnya yang dapat dicegah dengan imunisasi.⁷

Terkait kebijakan pengendalian penyakit menular, sampai saat ini belum ada undang-undang khusus yang mengatur tentang pencegahan dan pengendalian penyakit menular. Peraturan perundang-undangan terkait dengan pencegahan dan pengendalian penyakit menular yang ada sampai saat ini, diantaranya:

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 374/Menkes/Per/III/2010 Tentang Pengendalian Vektor
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1501/MENKES/Per/X/2010 Tentang Jenis Penyakit Menular Tertentu Yang Dapat Menimbulkan Wabah Dan Upaya Penanggulangan
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2014 Tentang Penanggulangan Penyakit Menular
5. KEPMENKES No. 581/MENKES/SK/VII/1992 Tentang Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue
6. PERMENKES No. 560 Tahun 1989 Tentang Jenis Penyakit Tertentu Yang Dapat Menimbulkan Wabah, Tata Cara Penyampaian Lapornya dan Tata Cara Penanggulangannya
7. KEPMENKES No. 1479 Tahun 2003 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular Terpadu
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 94 Tahun 2014 Tentang Penanggulangan Filariasis
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1582/Menkes/SK/IX/2005 tentang Pedoman Pengendalian Filariasis (Penyakit Kaki Gajah)
10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 893/

⁷ *ibid*

- Menkes/SK/VIII/2007 tentang Pedoman Penanggulangan Kejadian Ikutan Pasca Pengobatan Filariasis
11. Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) 43 - 2007 tentang PELATIHAN MALARIA
 12. KMK No 044 Tahun 2007 Tentang Pedoman Pengobatan Malaria
 13. PMK No. 949 ttg Pedoman Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini KLB
 14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 203/Menkes/SK/III/1999 tentang Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan Tuberkulosis
 15. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 364/Menkes/Sk/V/2009 Tentang Pedoman Penanggulangan Tuberkulosis (TB)
 16. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2013. Tentang Pedoman Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resistan Obat
 17. PMK_No._45_ttg_Penyelenggaraan_Surveilans_Kesehatan_
 18. PMK No.82 Tahun 2014ttg_Penanggulangan_Penyakit_Menular_
 19. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1537A/MENKES/SK/XII/2002 tentang Pedoman Pemberantasan Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut Penanggulangan Pneumonia Pada Balita.
 20. Peraturan Daerah Kabupaten Bogor Nomor 12 Tahun 2009 tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR).
 21. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 206/MENKES/SK/II/2008, tentang Komite Ahli Pengendalian Penyakit Infeksi Saluran Pencernaan
 22. Peraturan Bupati Belu No. 39 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Peraturan Daerah Kabupaten Belu No. 13 Tahun 2012 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS.
 23. Peraturan daerah Kabupaten Bogor Nomor 4 Tahun 2016 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV AIDS

Pada era desentralisasi seperti sekarang ini, secara umum prinsip dasar pengendalian penyakit (termasuk penyakit menular) harus dilakukan secara komprehensif meliputi: 1). Mencari dan mengobati kasus secara adil, merata dan berkualitas. 2). Mengidentifikasi faktor risiko berbagai penyakit dan berupaya melakukan eliminasi. Dengan demikian kemampuan melakukan pencegahan sangat ditentukan oleh kemampuan memahami teori kejadian yang menghimpun berbagai faktor risiko.⁸

⁸ Bapenas, *Kajian Kebijakan Penanggulangan Wabah Penyakit Menular*. Jakarta: Bapenas, 2006, hlm. 8

Selain itu berdasarkan Bapenas, dalam konteks desentralisasi, komitmen global yang telah menjadi komitmen nasional juga harus menjadi komitmen wilayah otonom kabupaten/kota. Mengingat kejadian penyakit bersifat spesifik lokal, setiap kabupaten seharusnya berwenang menetapkan prioritas masalah kesehatan sesuai dengan eviden yang bersifat spesifik lokal Namun untuk pemberantasan dan pengendalian penyakit menular tidak mengenal batas-batas daerah administratif, sehingga pemberantasan penyakit menular memerlukan kerjasama antar daerah, misalnya antar propinsi, kabupaten/kota bahkan antar negara. Hal ini sejalan dengan ketentuan yang diatur dalam PerMenKes Nomor 82 Tahun 2014 tentang Pengendalian Penyakit Menular khususnya Pasal 5 sebagaimana sudah diuraikan diatas.

Secara hirarki, dasar kebijakan dalam pengendalian penyakit menular di puskesmas adalah: RPJPD (Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah); RPJMD (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah); Renstra/Rencana Strategis Provinsi; dan Rencana Kerja Tahunan Kabupaten. Adapun sasaran dalam upaya pengendalian penyakit menular di puskesmas adalah pasien untuk kegiatan di dalam gedung dan lingkungan untuk kegiatan di luar gedung. Di dalam gedung puskesmas biasanya dilakukan pemeriksaan laboratorium dan pengobatan. Sedangkan kegiatan yang dilakukan di luar gedung diantaranya berupa kunjungan rumah, penemuan penderita di lapangan, Penemuan *Population at Risk*, Pemetaan risiko (*at Risk*), Intervensi RTL (Rencana Tindak Lanjut).

Di Puskesmas, pembangunan kesehatan difokuskan pada penguatan upaya kesehatan dasar (*Primary Health Care/PHC*) yang berkualitas terutama melalui peningkatan jaminan kesehatan, peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang didukung dengan penguatan sistem kesehatan dan peningkatan pembiayaan kesehatan. Fokus program pembangunan kesehatan tersebut diprioritaskan melalui kegiatan:

- a. Penurunan AKI & AKB (Kesehatan Ibu & Anak termasuk Imunisasi)
- b. Perbaikan Gizi khususnya *stunting*
- c. Pengendalian Penyakit Menular (HIV/AIDS, Tuberkulosis & Malaria)
- d. Pengendalian Penyakit Tidak Menular (Hipertensi, Diabetes Melitus, Obesitas & Kanker)

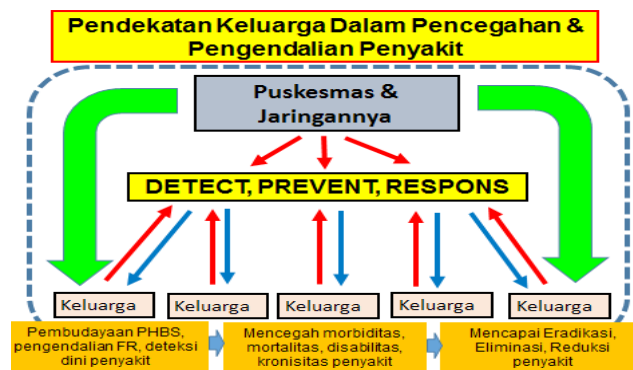
Prioritas kegiatan itu diutamakan pada upaya Promotif dan Preventif, termasuk kegiatan pro-aktif menjangkau sasaran ke luar gedung Puskesmas.

Pengendalian penyakit menular di puskesmas dilaksanakan melalui peningkatan cakupan, mutu

dan keberlangsungan upaya pencegahan penyakit dan pelayanan kesehatan ibu, bayi, balita, remaja, usia kerja dan usia lanjut. Terkait dengan hal tersebut, strategi yang dilakukan meliputi pelaksanaan deteksi dini penyakit menular, penyelenggaraan imunisasi, dan penguatan surveilans epidemiologi dan faktor risikonya. Sasaran utama pengendalian penyakit menular pada akhir tahun 2019 adalah:

1. Meningkatnya persentase cakupan imunisasi dasar lengkap pada bayi di kabupaten/kota dari 80% menjadi 95%.
2. Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi malaria sebanyak 300 kabupaten/kota.
3. Jumlah kabupaten/kota endemis filariasis berhasil menurunkan angka mikrofilaria < 1 persen sebanyak 75 kabupaten/kota.
4. Jumlah provinsi dengan eliminasi kusta sebanyak 34 provinsi.
5. Menurunnya prevalensi TB menjadi 245 per 100.000 penduduk
6. Menurunnya prevalensi HIV menjadi 0,5%.
7. Meningkatnya persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan sebesar 40%.
8. Meningkatnya jumlah Kab/Kota yang mempunyai kebijakan kesiapsiagaan dalam penanggulangan kedaruratan kesehatan masyarakat yang berpotensi wabah sebesar 100%.
9. Menurunnya prevalensi merokok pada pada usia ≤ 18 tahun sebesar 5,4%.
10. Meningkatnya Surveilans berbasis laboratorium sebesar 50 %
11. Persentase pelabuhan/bandara/PLBD yang melaksanakan kesiapsiagaan dalam penanggulangan kedaruratan kesehatan masyarakat yang berpotensi wabah sebesar 100%.

Untuk mencapai sasaran utama tersebut, pendekatan yang digunakan adalah pendekatan keluarga. Pendekatan keluarga dilakukan melalui kegiatan peningkatan dan pemberdayaan masyarakat; upaya kesehatan masyarakat; upaya kesehatan perorangan; pemantauan dan mendorong pembangunan berwawasan kesehatan. Berikut gambar pendekatan keluarga dalam pencegahan dan pengendalian penyakit.



Gambar 2. Pendekatan keluarga (Kemenkes 2016)

Secara umum program Pemberantasan dan Pengendalian Penyakit Menular memiliki sasaran menurunkan angka kesakitan, kematian dan akibat penyakit dengan melaksanakan enam kegiatan, yaitu: Pembinaan Surveilans, Imunisasi, Karantina dan Kesehatan Matra, Pengendalian Penyakit Menular langsung, Pengendalian Penyakit Bersumber Binatang, Penyehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular, serta Dukungan Manajemen dan Pelaksanaan Tugas Teknis Lainnya pada Program Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.⁹ Strategi upaya kesehatan masyarakat untuk mendukung pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan¹⁰, adalah:

1. Peningkatan kemampuan sumber daya manusia di puskesmas untuk tenaga kesehatan masyarakat dan kesehatan lingkungan termasuk tenaga fungsional sanitarian, entomolog kesehatan, dan epidemilog kesehatan yang dilakukan melalui peningkatan kemampuan SDM petugas provinsi dan kabupaten/kota.
2. Penguatan menu pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan dalam menu pembiayaan puskesmas melalui BOK/DAK.

Terkait pelaksanaan penanganan penyakit menular di Kabupaten Belu, arah dan kebijakan di Kabupaten Belu umumnya adalah memantapkan dan meningkatkan upaya pencegahan dan penanggulangan penyakit menular, imunisasi serta meningkatkan kemampuan petugas dalam manajemen penyakit menular dan mengembangkan surveilans epidemiologi berbasis masyarakat dan rumah sakit. Arah dan kebijakan umum ini selalu menjadi acuan dalam penyelenggaraan berbagai upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular yang tujuan akhirnya adalah menurunnya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit menular, mencegah dan memberantas penyakit

⁹ Kesehatan Basis Wilayah, (online), (<http://makassar.tribunnews.com/read/artikel/51376>, diakses 26 Februari 2016).

¹⁰ *ibid*

menular, serta mengurangi dampak sosial akibat penyakit sehingga sedapat mungkin tidak menjadi masalah kesehatan utama di Kabupaten Belu.

Namun demikian, hingga saat ini, penyakit menular masih merupakan masalah besar yang terus melingkari kehidupan masyarakat Kabupaten Belu, meskipun sudah dilakukan berbagai upaya pencegahan dan pemberantasan, karena berbagai faktor antara lain faktor lingkungan yang kurang bersih dan perilaku masyarakat yang tidak menunjukkan pola hidup bersih dan sehat.

Besarnya masalah penyakit dapat dilihat dari data proporsi pola penyakit puskesmas se-Kabupaten Belu tahun 2015, dimana angka kesakitan akibat malaria (API) sebanyak 16,14/1000 penduduk, Inseden Rate Ispa/pneumonia 0,45/1000 penduduk, kasus diare sebanyak 2.110 orang, kasus TB Paru Positif 102%, IMS 1,23/100.000 penduduk, HIV-AIDS 95 kasus (0,98/1000penduduk) angka CDR kusta 4,46/100.000 penduduk, imunisasi (UCI) sebanyak 82,7.

Pelaksanaan Penanganan Penyakit Menular Di Puskesmas

Menurut Kepmenkes RI No.128/Menkes/SK/II/2004, Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja. Fungsi Puskesmas adalah mengembangkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh seiring dengan misinya. Pelayanan kesehatan tersebut harus bersifat menyeluruh atau yang disebut dengan *Comprehensive Health Care Service* yang meliputi aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Prioritas yang harus dikembangkan oleh Puskesmas harus diarahkan ke bentuk pelayanan kesehatan dasar (*basic health care services*) yang lebih mengedepankan upaya promosi dan pencegahan (*public health service*).

Ada 3 (tiga) fungsi puskesmas, yaitu:¹¹ pertama, pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan yang berarti puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan. Disamping itu puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya. Khusus untuk pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan

dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

Kedua. Pusat pemberdayaan masyarakat berarti puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk sumber pembiayaannya, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat ini diselenggarakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat.

Ketiga. Pusat pelayanan kesehatan tingkat dasar yang meliputi pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan yang bersifat pribadi (*privat goods*) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap.

Pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan yang bersifat publik (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat disebut antara lain adalah promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa masyarakat serta berbagai program kesehatan masyarakat lainnya.

Puskesmas mempunyai peran yang sangat vital sebagai institusi pelaksana teknis, dituntut memiliki kemampuan manajerial dan wawasan jauh ke depan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Menurut Kepmenkes RI No.128/Menkes/SK/II/2004, Puskesmas Upaya kesehatan wajib tersebut adalah:

- a. Upaya Promosi Kesehatan.
- b. Upaya Kesehatan Lingkungan.
- c. Upaya Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana.
- d. Upaya Perbaikan Gizi.
- e. Upaya Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular.
- f. Upaya Pengobatan.

Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular bertujuan untuk menemukan kasus penyakit menular sedini mungkin dan mengurangi

¹¹ Farich Achmad, *Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat*, Yogyakarta: Gosyen Publishing, 2012, hlm. 47

berbagai faktor risiko lingkungan masyarakat yang memudahkan terjadinya penyebaran penyakit menular di suatu wilayah, memberikan proteksi khusus kepada kelompok masyarakat tertentu agar terhindar dari penularan penyakit. Adapun ruang lingkup kegiatannya adalah:¹²

1. **Surveilans epidemiologi.** Menemukan kasus penyakit menular sedini mungkin. Kegiatannya ada dua jenis, yaitu: *Active Case Detection* (ACD) dan *Passive Case Detection* (PCD). Sedangkan kegiatannya dilakukan dengan empat cara yaitu:
 - a. pengembangan sistem pencatatan dan pelaporan rutin.
 - b. Sistem pencatatan dan pelaporan di daerah sentinel (daerah yang berada dalam pengawasannya).
 - c. Survei khusus untuk penyakit menular tertentu.
 - d. Investigasi kasus jika terjadi ledakan penyakit menular (Kejadian Luar Biasa/KLB)
2. **Imunisasi.** Kegiatan ini dilakukan untuk memberikan perlindungan kepada kelompok-kelompok masyarakat tertentu untuk mencegah terjadinya penularan penyakit. Imunisasi dasar dijadwalkan di puskesmas dan mulai diberikan untuk bayi yang baru lahir (hepatitis B dan BCG diberikan langsung di tempat ibu bersalin). Untuk imunisasi ulang (*booster*), imunisasi diberikan kepada anak-anak sekolah dasar (BCG dan DT). Pelaksanaan imunisasi di puskesmas diintegrasikan ke dalam program lain seperti KIA, Posyandu, dan UKS karena kelompok penduduk sarannya juga menjadi sasaran program tersebut.
3. **Pemberantasan vektor.** Dilakukan dengan penyemprotan menggunakan insektisida, *fogging* dan abatisasi untuk DHF, *Oiling*, drainase genangan air, dan perbaikan sistem pembuangan sampah untuk pemberantasan malaria. Kegiatan pemberantasan vektor harus didukung program kesehatan lingkungan. Penyemprotan vektor yang menggunakan DDT tidak dilakukan lagi di wilayah kerja puskesmas karena toksisitas DDT dikhawatirkan berdampak negatif pada lingkungan. Kegiatan eradikasi vektor malaria dan DHF masih harus lebih intensif dilaksanakan oleh puskesmas, bekerjasama dengan masyarakat.

Sejak tahun 2015, bidang Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Dinas Kesehatan Kabupaten Belu sudah melakukan berbagai kegiatan melalui program pencegahan dan pemberantasan penyakit menular di puskesmas, pengamatan penyakit

(surveilans) dan imunisasi. Program pencegahan dan pemberantasan tersebut ditujukan untuk penyakit malaria, ISPA, TB Paru, Filariasis, Kusta, Diare, PMS/HIV-AIDS, DBD, Pneumonia, dan Frambusia.

Namun demikian, terbatasnya tenaga kesehatan di puskesmas merupakan salah satu penghambat bagi puskesmas dalam melaksanakan kegiatan pencegahan dan pengendalian penyakit menular. Karena umumnya setiap tenaga kesehatan di puskesmas harus memegang lebih dari satu program puskesmas sehingga beban kerja mereka lebih besar dari yang seharusnya.

Sebagai contoh, terbatasnya ketersediaan tenaga kesehatan di Puskesmas Kota Atambua dan Puskesmas Webora, menyebabkan peran puskesmas dalam melaksanakan upaya pencegahan dan pengendalian penyakit menular tidak dapat dilakukan secara maksima (lihat tabel 1). Akibatnya upaya pemberantasan dan pengendalian penyakit menular di puskesmas umumnya baru dilaksanakan ketika adanya pasien yang ditemukan memiliki gejala/tanda-tanda penyakit menular tertentu dulu. Ketika kedatangan ada seorang pasien memiliki gejala atau dicurigakan suspek terhadap penyakit menular tertentu, baru kemudian diambil tindakan pemeriksaan laboratorium dan pemberian obat sesuai dengan hasil laboratorium. Jika hasil laboratorium menunjukkan bahwa pasien positif terjangkit penyakit menular tertentu, maka selain pemberian obat, dilakukan juga kunjungan rumah untuk pemantauan atau penyuluhan. Itu artinya, hanya kasus-kasus yang muncul di masyarakat saja yang dilakukan tindakan lebih lanjut.

Tabel 1. Jumlah Tenaga Kesehatan di Puskesmas Kota Atambua dan Puskesmas Webora Tahun 2015

No.	Uraian	Puskesmas	
		Kota Atambua	Webora
	Dokter umum	2 orang (1 orang PNS dan 1 orang tenaga kontrak)	-
	Dokter gigi	1 orang (sebagai tenaga kontrak)	-
	Apoteker	1 orang	-
	Asisten apoteker	4 orang	-
	Sarjana Kesmas	1 orang	3 orang
	Sanitarian	2 orang (bertugas di Polindes) 3 orang	2 orang
	Bidan	15 orang (di Puskesmas)	8 orang
	Perawat	20 orang (tamatan SPK. D I, D III) 1 orang di Puskesmas Pembantu 2 orang sedang mengikuti tugas belajar	16 orang

¹² Muninjaya Gde, *Manajemen Kesehatan*, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2004, hlm. 147

No.	Uraian	Puskesmas	
		Kota Atambua	Webora
	Perawat gigi	1 orang	-
	Analisis kesehatan	3 orang	2 orang
	Gizi	3 orang	2 orang
	Rekam Medis	2 orang	-
	Jumlah	61 orang	36 orang

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Atambua, 2015

Selain itu, kondisi geografis juga menjadi hambatan sekaligus tantangan tersendiri tidak hanya bagi tenaga kesehatan dalam melakukan kunjungan ke rumah-rumah dan melakukan surveilans tetapi juga bagi masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan.

Sebagai contoh, wilayah kerja puskesmas Webora secara geografis lokasi rumah penduduknya saling berjauhan dengan akses jalanan yang sulit dijangkau terutama di musim hujan karena berada di pegunungan berbatu dan licin. Biasanya masyarakat harus berjalan kaki dengan jarak yang jauh guna mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas. Ketersediaan sarana transportasi yang dimiliki puskesmas juga sangat terbatas, sedangkan mobil ambulans yang dimiliki puskesmas peruntukannya masih belum sesuai dengan kondisi geografi yang ada di wilayah kerja puskesmas. Akibatnya perluasan cakupan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan terkait pendeteksian dini dan upaya pencegahan penyakit menular sulit dicapai. Padahal strategi Pengendalian Penyakit menular strategi yang dilakukan adalah:

- a) Perluasan cakupan akses masyarakat (termasuk skrining cepat bila ada dugaan potensi meningkatnya kejadian penyakit menular seperti Mass Blood Survey untuk malaria) dalam memperoleh pelayanan kesehatan terkait penyakit menular terutama di daerah-daerah yang berada di perbatasan, kepulauan dan terpencil untuk menjamin upaya memutus mata rantai penularan.
- b) Perluasan skrining AIDS. Dalam 5 tahun akan dilakukan test pada 15.000.000 sasaran, dengan target tahun 2015 sebanyak 7.000.000 tes dengan sasaran populasi sasaran (ibu hamil, pasangan ODHA, masyarakat infeksi TB dan hepatitis) dan populasi kunci yaitu pengguna narkoba suntik, Wanita Pekerja Seks (WPS) langsung maupun tidak langsung, pelanggan/pasangan seks WPS, gay, waria, LSL dan warga binaan lapas/rutan. Target tahun 2016 hingga 2019 akan dilakukan secara bertahap untuk memenuhi target 15.000.000 test
- c) Deteksi Dini Hepatitis B dan C; sampai dengan tahun 2019 akan diharapkan paling tidak 90% Ibu hamil telah ditawarkan untuk mengikuti

Deteksi Dini Hepatitis B, paling tidak 90% Tenaga Kesehatan dilakukan Deteksi Dini Hepatitis B dan C; demikian halnya dengan kelompok masyarakat berisiko tinggi lainnya seperti keluarga orang dengan Hepatitis B dan C; Pelajar/mahasiswa Kesehatan; Orang-orang dengan riwayat pernah menjalani cuci darah, Orang dengan HIV/AIDS, pasien klinik Penyakit Menular Seksual, Pengguna Narkoba Suntik, WPS, LSL, Waria, dll paling tidak 90% diantara mereka melakukan Deteksi Dini Hepatitis B dan C. Secara absolut jumlah yang akan dideteksi dini sampai dengan tahun 2019 paling tidak sebesar 20 juta orang.

- d) Intensifikasi penemuan kasus kusta di 14 provinsi dan 147 kab/kota
- e) Pemberian Obat Pencegahan Massal frambusia di 74 kabupaten endemis
- f) Survey serologi frambusia dalam rangka pembuktian bebas frambusia
- g) Skrining di pelabuhan/bandara/PLBDN yang meliputi: skrining AIDS, skrining hepatitis, melakukan mass blood survey malaria di pelabuhan, pada masyarakat pelabuhan dan skrining penyakit bersumber binatang di pelabuhan.
- h) Memberikan otoritas pada petugas kesehatan masyarakat (Public Health Officers), di pelabuhan/bandara/PLBD terutama hak akses pengamatan faktor risiko dan penyakit dan penentuan langkah penanggulangannya. Untuk mendukung strategi ini dilakukan upaya:
 - 1) Standarisasi nasional SOP yang digunakan oleh seluruh Kantor Kesehatan Pelabuhan sesuai perkembangan kondisi terkini.
 - 2) Penyediaan sarana dan peralatan pengamatan faktor risiko dan penyakit sesuai dengan perkembangan teknologi.
 - 3) Peningkatan kapasitas petugas Kantor Kesehatan Pelabuhan dalam pengamatan faktor risiko dan penanggulangan penyakit sesuai Prosedur yang ditentukan
 - 4) Melakukan peningkatan jejaring dengan lintas sektor dan pengguna jasa.
 - 5) Melaksanakan Surveilans Epidemiologi penyakit menular berbasis laboratorium
 - 6) Melaksanakan advokasi dan fasilitasi kejadian luar biasa, wabah dan bencana di wilayah layanan
 - 7) Melaksanakan kajian dan diseminasi informasi pengendalian penyakit menular
 - 8) Pengembangan laboratorium pengendalian penyakit menular
 - 9) Meningkatkan dan mengembangkan model dan teknologi tepat guna.

- i) Meningkatkan peran B/BTKLPP dalam upaya pengendalian faktor risiko dan penyakit menular melalui:
- 1) Surveilans faktor risiko penyakit
 - 2) Melaksanakan advokasi dan fasilitasi kejadian luar biasa, wabah dan bencana di wilayah layanan
 - 3) Melaksanakan kajian dan diseminasi informasi pengendalian penyakit menular
 - 4) Pengembangan laboratorium pengendalian penyakit menular
 - 5) Meningkatkan dan mengembangkan model dan teknologi tepat guna
- j) Mendorong keterlibatan masyarakat dalam membantu upaya pengendalian penyakit melalui surveilans berbasis masyarakat untuk melakukan pengamatan terhadap hal-hal yang dapat menyebabkan masalah kesehatan dan melaporkannya kepada petugas kesehatan agar dapat dilakukan respon dini sehingga permasalahan kesehatan tidak terjadi. Peningkatan peran daerah khususnya kabupaten/kota yang menjadi daerah pintu masuk negara dalam mendukung implementasi pelaksanaan International Health Regulation (IHR) untuk upaya cegah tangkal terhadap masuk dan keluarnya penyakit yang berpotensi menimbulkan kedaruratan kesehatan masyarakat.
- k) Pengendalian Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I) dengan memberikan imunisasi terbukti cost effective serta dapat mengurangi kematian, kesakitan, dan kecacatan secara signifikan. Imunisasi dapat memberikan perlindungan kepada sasaran yang mendapatkan imunisasi dan juga kepada masyarakat di sekitarnya (herd immunity). Untuk dapat mencapai hal tersebut maka kebijakan dalam program imunisasi meliputi:
- 1) Penyelenggaraan dilaksanakan oleh pemerintah, swasta dan masyarakat, dengan prinsip keterpaduan
 - 2) Mengupayakan kesinambungan penyelenggaraan melalui perencanaan program dan anggaran terpadu (APBN, APBD, Hibah, LSM dan masyarakat)
 - 3) Perhatian khusus diberikan untuk wilayah rawan sosial, rawan penyakit (KLB) dan daerah-daerah sulit secara geografis
 - 4) Melaksanakan kesepakatan global: Eradikasi Polio, Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal, Eliminasi Campak dan Pengendalian Rubella, Mutu Pelayanan Sesuai Standar, dan lain-lain.

Kebijakan ini dilaksanakan dengan pendekatan strategi:

- 1) Peningkatan cakupan imunisasi yang tinggi dan merata serta terjangkau melalui :
 - Tersedianya pelayanan imunisasi “stasioner” yang terjangkau masyarakat
 - Tersedianya pelayanan imunisasi yang menjangkau masyarakat di daerah sulit
- 2) Peningkatan kualitas pelayanan imunisasi melalui;
 - Petugas yang terampil
 - Coldchain dan vaksin yang berkualitas
 - Pemberian imunisasi yang benar
- 3) Penggerakan Masyarakat untuk mau dan mampu menjangkau pelayanan imunisasi Terlepas dengan keterbatasan sarana dan prasarana di Puskesmas Webora, Puskesmas Kota Atambua kondisinya lebih diuntungkan. Secara geografi masyarakat mudah untuk mengakses pelayanan kesehatan di puskesmas. Jumlah dan jenis tenaga kesehatannya pun lebih mencukupi dan lengkap. Namun demikian, jika dikaitkan dengan kualitas sumber daya manusianya, maka para tenaga kesehatan yang ada di kedua puskesmas tersebut masing-masing bukanlah tenaga khusus surveilans. Sedangkan tenaga kesehatan yang ada saat ini belum pernah mendapatkan pendidikan dan pelatihan secara khusus tentang surveilans. Pendidikan dan pelatihan yang pernah didapat biasanya yang berkaitan dengan tatalaksana penyakit menular, seperti penanganan penyakit TBC, diare, ISPA, dan malaria. Padahal kemampuan dan kompetensi tenaga puskesmas merupakan salah satu faktor utama keberhasilan suatu program.

Pada masa Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) seperti sekarang ini, puskesmas merupakan ujung tombak dari program jaminan kesehatan nasional (JKN). Sebagaimana diatur dalam Perpres Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Pasal 20 dan Pasal 21 yang intinya mengatur tentang pelayanan kesehatan yang harus diberikan kepada masyarakat selain kuratif adalah pelayanan promotif dan preventif. Untuk itu, dalam rangka mensukseskan program pemberantasan dan pengendalian penyakit menular, puskesmas harus memberikan layanan primer yang lebih baik dan berkualitas. Peran puskesmas dalam hal ini sangat krusial, karena posisi pelayanan kesehatan dasar berperan sebagai kontak pertama kepada masyarakat.

Puskesmas juga mempunyai peran besar untuk menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan akibat penyakit menular yang dilakukan melalui pendekatan keluarga, kunjungan rumah, surveilans, advokasi, serta pemberdayaan masyarakat dan sosial. Adapun prioritas penyakit yang akan

ditanggulangi adalah malaria, demam berdarah dengue, diare, polio, filaria, kusta, tuberkulosis paru, HIV/AIDS, pneumonia, dan penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi.

Untuk dapat memaksimalkan peran puskesmas dalam pemberantasan dan pengendalian penyakit menular diperlukan adanya kesiapan dari petugas puskesmas maupun ketersediaan sarana dan prasarana puskesmasnya. Terkait dengan hal tersebut, penulis berpendapat ada beberapa faktor yang dapat berpengaruh pada capaian tujuan penanganan penyakit menular, yaitu:

1. Tersedianya tenaga kesehatan yang tugas pokoknya terfokus pada dibidang pemberantasan dan pengendalian penyakit menular. Selama ini petugas tersebut belum ada. Petugas yang melaksanakan pemberantasan dan pengendalian penyakit menular dilakukan oleh petugas yang tidak mempunyai kompetensi khusus dibidang tersebut. Biasanya di puskesmas profesi yang banyak memegang tanggungjawab melakukan tugas tersebut adalah perawat dan bidan.
2. Pengembangan pengetahuan dan ketrampilan para petugas puskesmas dibidang pemberantasan dan pengendalian penyakit menular secara berkala.
3. Penerapan pemberantasan dan pengendalian penyakit menular berbasis wilayah. Dalam hal ini pendekatan yang digunakan didasarkan pada kondisi sosio budaya dan geografi serta perkembangan penyakit di wilayahnya.
4. Komitmen pemerintah daerah dalam dibidang pemberantasan dan pengendalian penyakit menular yang tercermin dalam setiap kebijakannya, salah satunya melalui formasi penyediaan petugas puskesmas yang khusus dibidang pemberantasan dan pengendalian penyakit menular, mengadakan pendidikan dan pengembangan petugas puskesmas tersebut secara berkala, serta penyediaan fasilitas penunjang yang disesuaikan dengan karakteristik sosio-geografi wilayah setempat.

PENUTUP

Kesimpulan

Penanganan penyakit menular merupakan salah satu prioritas pembangunan nasional jangka panjang 2005-2025. Untuk itu, pemberantasan dan pengendalian penyakit menular tidak mengenal batas-batas daerah administratif, sehingga pemberantasan penyakit menular memerlukan kerjasama antar daerah. Namun demikian, sampai saat ini belum

ada undang-undang khusus yang mengatur tentang pencegahan dan pengendalian penyakit menular. Sedangkan dasar kebijakan dalam pengendalian penyakit menular di puskesmas adalah: RPJPD (Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah); RPJMD (Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah); Renstra/Rencana Strategis Provinsi; dan Rencana Kerja Tahunan Kabupaten.

Pelaksanaan pengendalian penyakit menular di puskesmas dilakukan pada pasien di dalam gedung dan lingkungan untuk kegiatan di luar gedung. Pelaksanaan pengendalian penyakit menular di puskesmas dilaksanakan melalui peningkatan cakupan, mutu dan keberlangsungan upaya pencegahan penyakit dan pelayanan kesehatan ibu, bayi, balita, remaja, usia kerja dan usia lanjut.

Terbatasnya sumber daya manusia dan fasilitas di puskesmas di Kabupaten Belu menyebabkan beban kerja tenaga kesehatan di puskesmas di Kabupaten Belu semakin meningkat. Akibatnya pelaksanaan pengendalian penyakit menular di Kabupaten Belu masih jauh dari harapan. Ada beberapa faktor yang perlu diperhatikan agar penanganan penyakit menular dapat terlaksana secara maksimal.

Saran

Hendaknya perlu adanya konsep kebijakan secara nasional dan regional pada setiap daerah yang diorientasikan khusus kepada penanganan penyakit menular berbasis wilayah untuk seluruh jenis penyakit menular.

Pemerintah daerah hendaknya lebih paham permasalahan penyakit menular yang ada di wilayahnya. Sehingga pelaksanaan penanganan penyakit menular dapat lebih difokuskan pada upaya pelayanan kesehatan komunitas (dilakukan oleh puskesmas) dalam melakukan pemberantasan dan pengendalian penyakit menular.

Dalam rangka memaksimalkan capaian tujuan penanganan penyakit menular, hendaknya pemerintah daerah mengupayakan ketersediaan sumberdaya yang cukup dan berkualitas di puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

Buku/Jurnal

- Achmadi, Umar Fahmi. (2005). *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.
- Arif, Sumantri. (2011). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Kencana.
- Chahaya, Indra. (2003) *Pemberantasan Vektor Demam Berdarah Di Indonesia*. Medan: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara.
- Christine, Daymone dan Immy Holloway. (2008). *Metode-Metode Riset Kualitatif*, penerjemah Cahya Wirtama, penyunting Santi Indra Astuti, Yogyakarta: Bentang.
- Erdinal. Dewi Susanna dan Ririn Arminsih Wulandari. (2006). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Malaria Di Kecamatan Kampar Kiti Tengah Kabupaten Kampar 2005-2006, *Jurnal Makara Kesehatan*, Volume 10, No. 2, Desember 2006.
- Farich, Achmad. (2012). *Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Fidayanto, Ringga. Hari Susanto dkk. (2013). Model Pengendalian Demam Berdarah Dengue. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, Volume 7, No. 11, Juni 2013.
- Hasyim, Hamzah. (2008). Manajemen Penyakit Lingkungan Berbasis Wilayah, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Volume 11 No. 02, Juni 2008.
- Henrikus. (2012). *Evaluasi Program Pengendalian Penyakit Diare Di Puskesmas Batu Jaya*. Jakarta: Universitas Kristen krida Wacana.
- Irianto, Koes. (2014) *Epidemiologi Penyakit Menular dan Tidak Menular*. Bandung: Penerbit AlfaBeta.
- Mahmoed, Adnan. (2012). *Revitalisasi Puskesmas, Perbaikan Bermakna Kesehatan Rakyat, Berbakti Kepada Negeri*. Jakarta: Rajut Publishing.
- Muninjaya, Gde. (2004). *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- The Johns Hopkins and IFRC Public Health Guide for Emergencies. (1997). *Control of Communicable Diseases*. New York: APHA Press.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2011). *Kesehatan Masyarakat, Ilmu dan Seni*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.

Suhadi dan Muh Kardi Rais. (2015). *Perencanaan Puskesmas*. Jakarta: Trans Info Media.

Surat Kabar

Menkes: 7 Daerah KLB Demam Berdarah. *Republika*. 27 Januari 2016.

Dokumen Resmi

- Bappenas. (2006). *Kajian Kebijakan Penanggulangan Wabah Penyakit Menular*. Jakarta: Bappenas.
- Dinkes Provinsi NTT. (2013). *Profil Kesehatan Provinsi Nusa Tenggara Timur Tahun 2012*. Kupang: Dinas Kesehatan Provinsi NTT.
- Kemenkes. (2014). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes. (2015). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes. (2014). *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013*. Jakarta: Pusat Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemenkes.

Internet

- Jap Jeffrey, Spirit Miracle, Solusi Masalah Kesehatan di NTT, (online), (<http://www.timorexpress.com/20150926085845/spirit-miracle-solusi-masalah-kesehatan-di-ntt>, diakses 20 Februari 2016).
- Kabupaten Belu Jalur Merah HIV/AIDS, (online), (<http://sp.beritasatu.com/home/kabupaten-belu-jalur-merah-hivaid/14223>, diakses 23 Februari 2016).
- Kesehatan Basis Wilayah, (online), (<http://makassar.tribunnews.com/read/artikel/51376>, diakses 26 Februari 2016).
- Lagi, Bocah Tewas Akibat Demam Berdarah di Sukabumi, (online), (<http://daerah.sindonews.com/read/1085184/21/lagi-bocah-tewas-akibat-demam-berdarah-di-sukabumi-1455437018>, diakses 20 Februari 2016).
- Murti Bhiksmadkk, Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis Dengan Strategi Dots Di Eks Karesidenan Surakarta, (online), (<http://fk.uns.ac.id/index.php/download/file/35>, diakses 20 Januari 2012).
- 29 Orang Meninggal Dunia Akibat Demam Berdarah di Indramayu, (online), (<http://daerah.sindonews.com/read/1084200/21/29-orang-meninggal-dunia-akibat-demam-berdarah-di-indramayu-1455093487>, diakses 20 Februari 2016).

