

POTRET PELAKSANAAN REVITALISASI PUSKESMAS

POTRAIT ON THE IMPLEMENTATION OF PHC'S REVITALIZATION

Evie Sopacua, Lestari Handayani
Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan

ABSTRACT

Background: Health services by Public Health Centres (PHC) in the era of decentralization experienced a decline in some region. The important role of PHC in health development is the reason to optimize its performance. PHC's revitalization which proclaimed by Health Department has the intend to returning PHC to its concepts, health manpower and facility according to based values in *Kepmenkes 128/2004*. The aim of PHC's revitalization is to increase PHC's performance in supporting health development.

Method: The objective of this study was to describe the implementation of PHC's revitalization in supporting health development. Study area was elect using purposive sampling design that is Jombang and Bojonegoro Districts in East Java Province, Cianjur District in West Java province and Sikka district in East Nusa Tenggara Province. Data was collect through in-depth interview and focus group discussion and was analyzed descriptive.

Result: The result showed that although socialization of PHC's revitalization has been done, but not yet understood as expected by Health Department with priority returning PHC's functions according to *Kepmenkes 128/2004*. Several efforts has been done by several PHCs in this study to improve PHC's services using government funding. Kinds of proposals about the form of PHC's revitalization were the potrait of the PHC's condition nowadays. This is the reflection of the local specification of each region.

Conclusion: The recommendation of this study is to implement revitalization of PHC on public health services with attention on the PHC's principals wich describe in *Kepmenkes 128/2004*

Keywords : revitalisation, public health centre

ABSTRAK

Latar belakang: Upaya kesehatan dasar oleh puskesmas di era desentralisasi mengalami kemunduran di beberapa daerah. Peran puskesmas penting dalam pembangunan kesehatan, maka performa puskesmas dioptimalkan kembali. Revitalisasi Puskesmas yang dicanangkan Depkes bermaksud mengembalikan Puskesmas kepada konsep Puskesmas, ketenagaan dan pemenuhan sarana dan peralatan di Puskesmas sesuai nilai-nilai dasar dalam *Kepmenkes 128/2004*. Tujuan revitalisasi Puskesmas adalah peningkatan kinerja dalam mendukung pelaksanaan pembangunan kesehatan.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan menggambarkan pelaksanaan revitalisasi Puskesmas dalam mendukung pelaksanaan pembangunan kesehatan. Daerah penelitian dipilih menggunakan sampling purposif yaitu di 8 puskesmas tersebar di 3 Provinsi yaitu Jawa Timur (Kabupaten Jombang dan Bojonegoro), Jawa Barat (Kabupaten Cianjur) dan Nusa Tenggara Timur (Kabupaten Sikka). Data diperoleh melalui wawancara mendalam dan diskusi terarah dan dianalisis secara deskriptif.

Hasil: Hasil penelitian menjelaskan bahwa meskipun program revitalisasi puskesmas sudah disosialisasikan tetapi belum dipahami sebagaimana yang diharapkan Depkes dengan prioritas mengembalikan fungsi Puskesmas sesuai *Kepmenkes 128/2004*. Beberapa upaya untuk perbaikan pelayanan di Puskesmas sudah dilakukan beberapa puskesmas penelitian tanpa menggunakan label revitalisasi dengan dana pemerintah daerah. Beragam usul tentang bentuk revitalisasi Puskesmas merupakan potret yang menggambarkan kondisi puskesmas saat ini. Ini mencerminkan bahwa setiap daerah mempunyai masalah dan kekhasan sehingga revitalisasi puskesmas akan berbeda satu daerah dengan lainnya.

Kesimpulan: Berdasarkan semua gambaran di atas, disarankan untuk melaksanakan revitalisasi Puskesmas pada pelayanan kesehatan masyarakat dengan memperhatikan azas penyelenggaraannya yaitu azas pertanggungjawaban wilayah, azas pemberdayaan masyarakat, azas keterpaduan lintas program dan lintas sektor, azas rujukan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat dalam *Kepmenkes 128/2004*.

Kata Kunci : revitalisasi, puskesmas

PENGANTAR

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) telah berkembang di Indonesia sejak tahun 1968 dan hasil yang dicapai diantaranya adalah penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) serta peningkatan Umur Harapan Hidup. Sampai tahun 2006 tercatat 7.550 Puskesmas dan 27 % adalah Puskesmas dengan rawat inap, 22.020 Puskesmas Pembantu dan 5.328 Puskesmas Keliling.

Kebijakan dasar Puskesmas yang dijelaskan dalam *Kepmenkes 128/2004* menyatakan bahwa Puskesmas adalah unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja.¹ Puskesmas memiliki fungsi sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, pusat pelayanan kesehatan strata pertama meliputi upaya kesehatan perorangan (UKP = *private goods*) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM = *public goods*). Dalam kata penutup *Kepmenkes* tersebut disebutkan bahwa penerapan kebijakan dasar Puskesmas perlu

dukungan yang mantap dari berbagai pihak, baik politis, peraturan perundangan maupun sumber daya dan pembiayaannya.

Penyelenggaraan otonomi dalam pemerintah daerah sejak tahun 2000 menyebabkan perubahan yang mendasar dalam pelayanan kesehatan. Dalam penyelenggaraan otonomi ini desentralisasi digulirkan sehingga pemerintah daerah mendapat kewenangan yang besar dalam pengelolaan keuangan dan fungsi-fungsi pemerintahan serta pelayanan. Perbedaan faktor sosio budaya, tingkat ekonomi, keadaan geografi dan demografi, tingkat kemampuan keuangan daerah menjadi pertimbangan dalam perencanaan termasuk pengalokasian anggaran daerah. Dalam era ini, kabupaten/kota mempunyai kewenangan penuh menangani bidang kesehatan, dan hal ini mensyaratkan dukungan pemerintah Kabupaten/kota untuk mengimplementasikan nilai dasar dari kebijakan dasar Puskesmas sesuai Kepmenkes 128/2004. Nilai dasar yang dimaksud adalah azas penyelenggaraan Puskesmas yaitu azas pertanggungjawaban wilayah, azas pemberdayaan masyarakat, azas keterpaduan lintas program dan lintas sektor serta azas rujukan (UKP dan UKM).¹

Walau demikian, beberapa daerah mengalami efek kurang menguntungkan dari kebijakan otonomi daerah, antara lain terjadi kurangnya biaya operasional Puskesmas sehingga keadaan tersebut memberi dampak pada penurunan performa Puskesmas. Kondisi ini diasumsikan merupakan predisposisi berbagai dampak buruk pada kesehatan masyarakat antara lain stagnansi penurunan AKI, AKB dan munculnya kembali beberapa penyakit infeksi serta meningkatnya kasus balita malnutrisi. Secara spesifik kondisi ini berdampak kepada utilitas pelayanan kesehatan terutama pada kelompok rentan seperti orang miskin, ibu dan anak, karena pentingnya peran Puskesmas dalam pembangunan kesehatan, maka performa Puskesmas harus dioptimalkan kembali. Mengantisipasi hal ini, Dirjen Binkesmas mengusulkan revitalisasi Puskesmas dan rencana aksinya.² Revitalisasi Puskesmas adalah mengembalikan Puskesmas kepada konsep Puskesmas, ketenagaan Puskesmas dan pemenuhan sarana dan peralatan di Puskesmas sesuai nilai-nilai dasar dalam Kepmenkes 128/2004. Peningkatan kinerja dalam mendukung pelaksanaan pembangunan kesehatan merupakan tujuan revitalisasi Puskesmas.^{2,3} Bagaimana pelaksanaan revitalisasi Puskesmas yang dapat berakibat pada peningkatan kinerja?

Potret pelaksanaan revitalisasi Puskesmas dalam mendukung pelaksanaan pembangunan kesehatan adalah tujuan dari penelitian ini. Hasil temuan dalam penelitian ini diharapkan menjadi masukan dalam formulasi kebijakan berkaitan dengan peningkatan performa Puskesmas.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian dengan rancangan deskriptif ini dilaksanakan di Provinsi Jawa Timur (Jatim), Nusa Tenggara Timur (NTT) dan Jawa Barat (Jabar) sesuai konsultasi dengan Subdirektorat Kesehatan Komunitas Depkes RI.

Menggunakan sampling secara purposif, maka di Provinsi NTT dan Jawa Barat masing-masing diambil 1 kabupaten/kota sedangkan di Provinsi Jatim dipilih 2 kabupaten. Di setiap kabupaten/kota diambil 2 Puskesmas sehingga sampel berjumlah 8 Puskesmas. Untuk Provinsi Jatim dipilih Puskesmas Kapas dan Kanor di Kabupaten Bojonegoro serta Puskesmas Bareng dan Cukir di Kabupaten Jombang. Di Provinsi Jabar dipilih Kabupaten Cianjur dengan Puskesmas Sukanagara dan Cibeber. Provinsi NTT terpilih 2 Puskesmas yaitu Puskesmas Nita dan Nanga di Kabupaten Sikka. Populasi penelitian adalah Puskesmas dan jaringannya yaitu Puskesmas Pembantu (Pustu) dan Pondok Bersalin Desa (Polindes).

Data diperoleh dengan wawancara mendalam kepada kepala Dinas Kesehatan (Dinkes) atau yang mewakili serta Kepala Puskesmas dan diskusi terarah dengan petugas kesehatan di Puskesmas. Data dianalisis secara deskriptif untuk menjawab tujuan penelitian.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Upaya revitalisasi Puskesmas menurut pihak Dinkes Kabupaten Sikka Provinsi NTT dan Kabupaten Cianjur Provinsi Jabar belum ada meskipun telah dilakukan sosialisasi dari Depkes tentang program tersebut. Oleh karena itu, di Kabupaten Sikka dan Cianjur belum melaksanakan program revitalisasi Puskesmas dengan dana dari Depkes.

Tetapi Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sikka menjelaskan bahwa beberapa upaya sudah dilakukan secara mandiri dan mungkin dapat disebut sebagai upaya revitalisasi Puskesmas. Diantaranya adalah upaya untuk meningkatkan kepedulian pemerintah daerah dan legislatif terhadap bidang kesehatan dengan advokasi oleh kepala Dinkes Kabupaten Sikka dengan Staf dan Kepala Puskesmas. Upaya ini telah membuahkan hasil

dengan meningkatnya pembiayaan bidang kesehatan dari 7-8 % menjadi > 15%. Sekitar 80% penduduk Kabupaten Sikka tergolong miskin dan memperoleh dana kesehatan bagi penduduk miskin. Pemerintah daerah memutuskan menanggung dana kesehatan bagi 20% sisa penduduk yang tidak tergolong miskin. Sejak 1 Januari 2006 biaya pelayanan kesehatan di puskesmas dan rumah sakit pemerintah kelas 3 diberikan secara gratis untuk seluruh masyarakat. Walau demikian pendapat petugas Puskesmas dalam diskusi terarah di Puskesmas Nita dan Nanga Kabupaten Sikka tentang pelayanan gratis terkesan pesimis.

"Tidak mendidik masyarakat untuk menghargai kesehatan, karena membayar karcis di Puskesmas hanya Rp1000,00 sedangkan ojeknya ke puskesmas bisa lebih dari Rp10.000,00 Jadi sebenarnya tidak ada gratis. Lagipula masyarakat jadi manja. Keluhan sedikit sudah ke puskesmas sehingga di awal berlakunya pelayanan gratis, kunjungan melonjak. Jadi beban kerja ya...semakin tinggi."

Upaya lain baik di Kabupaten Sikka maupun di Kabupaten Cianjur adalah peningkatan kompetensi sumber daya manusia (SDM) kesehatan diantaranya memberikan pelatihan tenaga bidan dan asuhan persalinan normal (APN) dengan dana yang disediakan APBD maupun bantuan sponsor luar negeri.

Di Provinsi Jatim, pelaksanaan revitalisasi puskesmas dengan dana dekonsentrasi tetapi lebih mengarah ke pembangunan fisik Puskesmas padahal revitalisasi Puskesmas menurut Depkes bukan ke arah fisik. Penjelarasannya adalah bahwa pelayanan yang baik akan meningkat dengan fisik Puskesmas yang menarik. Walau demikian ada alokasi dana untuk peningkatan kualitas SDM. Puskesmas Bareng memperoleh dana program revitalisasi Puskesmas untuk pembangunan ruang rawat jalan yang diperluas dan diperbaiki dengan fasilitas ruangan ber-AC. Revitalisasi puskesmas di Kabupaten Jombang sejalan dengan komitmen pemerintah untuk melayani masyarakat dalam bidang kesehatan, sehingga upaya revitalisasi Puskesmas telah dilakukan sebelum upaya ini dicanangkan Depkes. Sebagai contoh yaitu upaya pengembangan pelayanan inovatif khususnya untuk UKP telah dilakukan Kepala Puskesmas Bareng dan Cukir yang secara aktif melakukan lobi dan advokasi. Upaya ini terkait dengan program Dinkes untuk mewujudkan konsep Puskesmas idaman dan Puskesmas idola. Puskesmas yang potensial diharapkan dapat menyelenggarakan rawat jalan yang lebih berkualitas (idaman) dan yang mampu diharapkan dapat menyelenggarakan pelayanan rawat

inap (idola). Rawat inap di Puskesmas diharapkan dapat menampung masyarakat miskin yang membutuhkan rawat inap mengingat terbatasnya tempat tidur di rumah sakit umum.

Melalui wawancara mendalam pada kepala Puskesmas maupun diskusi dengan petugas Puskesmas, menjadi jelas bahwa mereka belum memahami apa yang dimaksud dengan revitalisasi puskesmas, walau Departemen Kesehatan telah melakukan sosialisasi sampai ke Provinsi NTT. Berbagai jawaban diberikan oleh petugas kesehatan dalam diskusi terarah ketika kepada mereka apa yang dimaksud dengan revitalisasi Puskesmas. Jawaban yang diberikan bila dibandingkan dengan apa yang dimaksud dengan revitalisasi Puskesmas menurut Depkes^{2,3} belum sesuai. Walau demikian ketika ditanyakan apa saja yang perlu dilakukan dalam meningkatkan pelayanan Puskesmas oleh petugas dijawab perlu revitalisasi Puskesmas, tetapi tidak bisa menjawab apa yang perlu direvitalisasi secara spesifik sesuai dengan revitalisasi Puskesmas menurut Depkes^{2,3}. Menurut petugas Puskesmas yang perlu direvitalisasi adalah sesuai dengan apa yang masih kurang dari penyelenggaraan pelayanan di Puskesmas. Sebagai contoh, penyelenggaraan posyandu yang menurut bidan di desa Puskesmas Cibeber oleh masyarakat dikatakan 'milik bidan' dan bukan milik masyarakat padahal merupakan upaya kesehatan masyarakat (UKM). Hal lain yang perlu direvitalisasi adalah kegiatan Posyandu yang menurun, gedung Polindes yang tidak ada di desa, gedung Puskesmas pembantu yang rusak, tenaga Puskesmas yang tugas rangkap, format pencacatan dan pelaporan yang banyak (KIA sebagai contoh), tenaga honorer Puskesmas, pencairan dana yang terlambat dan klaim askeskin yang kecil untuk pertolongan persalinan oleh bidan.

Asumsi yang ditegaskan bahwa belum diperoleh tentang pemahaman pelaksanaan revitalisasi sesuai Depkes adalah bahwa Kepmenkes 128 tahun 2004 belum diketahui di tingkat Puskesmas penelitian. Ketika ditanyakan tentang Kepmenkes 128, bagian terbesar petugas kesehatan di Puskesmas belum pernah tahu, sedangkan yang sudah tahu belum pernah membacanya dengan teliti. Padahal, revitalisasi Puskesmas dilaksanakan sesuai nilai-nilai dasar dalam Kepmenkes 128 tahun 2004, yaitu azas penyelenggaraan Puskesmas yaitu azas pertanggungjawaban wilayah, azas pemberdayaan masyarakat, azas keterpaduan lintas program dan lintas sektor serta azas rujukan (UKP dan UKM).

Usul lain dari petugas kesehatan di Puskesmas penelitian adalah agar revitalisasi puskesmas dilakukan dengan meningkatkan kinerja dalam

pemberian pelayanan di Puskesmas. Peningkatan kinerja dibedakan menjadi kinerja individu dan kinerja institusi. Tentang upaya peningkatan kinerja individu, bagian terbesar petugas kesehatan mengharapkan mendapatkan peningkatan pendidikan dan tambahan ketrampilan dalam bentuk pelatihan dan juga tambahan sarana dan prasarana untuk kelengkapan pelaksanaan tugasnya. Contoh yang diberikan adalah bidan di desa dengan beban pekerjaan yang cukup tinggi mengharapkan adanya bantuan transport berupa sepeda motor agar lebih memudahkan mereka mendatangi masyarakat yang membutuhkan.

Meskipun tidak terlalu banyak, ada petugas kesehatan yang mengharapkan adanya penghargaan (*reward*). *Reward* yang diusulkan selain berupa biaya pendidikan dan pelatihan juga berupa uang tunai. Hal ini didukung hasil wawancara dengan kepala Puskesmas bahwa petugas khususnya dalam menjalankan UKP rawat inap mengharapkan adanya tambahan honor dengan pembagian yang adil. Jasa yang terlalu kecil dalam pertolongan persalinan akan mengendorkan semangat, serta perlunya kelengkapan bidan kit, *doppler*, dan lainnya.

Untuk meningkatkan kinerja institusi, bagian terbanyak petugas kesehatan di Puskesmas menyatakan agar pelaksanaan perencanaan sesuai kebutuhan dan mengusulkan manajemen terbuka. Ada bagian kecil petugas kesehatan Puskesmas mengharapkan penyesuaian jam kerja dengan permintaan masyarakat. Wawancara dengan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jombang menyatakan bahwa peraturan pemerintah daerah Kabupaten telah memungkinkan pelayanan puskesmas di sore hari dan telah dilakukan penyesuaian tarif pelayanan dengan memberikan uraian tentang jasa medis.

PEMBAHASAN

Revitalisasi Puskesmas adalah mengembalikan Puskesmas kepada konsep Puskesmas, ketenagaan Puskesmas dan pemenuhan sarana dan peralatan di Puskesmas sesuai nilai-nilai dasar dalam Kepmenkes 128/2004. Penelitian ini menunjukkan bahwa petugas kesehatan di Puskesmas khususnya belum memahami apa yang dimaksud dengan revitalisasi Puskesmas menurut Depkes. Walau hal-hal yang dikemukakan dalam wawancara mendalam maupun diskusi terarah menunjukkan upaya revitalisasi sesuai yang dibutuhkan setiap Puskesmas yang spesifik. Hal ini menunjukkan bahwa siklus kebijakan belum berjalan sebagaimana yang seharusnya.

Pujiraharjo dan Sopacua⁴ menjelaskan bahwa kebijakan secara umum mempunyai 5 (lima) unsur utama, yaitu: (a) masalah publik, (b) nilai kebijakan, (c) siklus kebijakan, (d) pendekatan dalam kebijakan dan (e) konsekuensi kebijakan. Penelitian ini memberikan gambaran bahwa Departemen Kesehatan belum menerapkan siklus kebijakan yang merupakan proses penetapan kebijakan yang siklis dan bersifat kontinum, terdiri atas tiga tahap: (1) perumusan kebijakan (*Policy Formulation*), (2) penerapan kebijakan (*Policy Implementation*), dan (3) evaluasi kebijakan (*Policy Review*). Pada setiap tahap siklus kebijakan perlu disertai dengan penerapan pendekatan (*Approaches*) yang sesuai. Pada tahap formulasi, pendekatan yang banyak dipergunakan adalah pendekatan normatif, valuatif, prediktif ataupun empirik. Pada tahap implementasi banyak menggunakan pendekatan struktural (organisasional) ataupun pendekatan manajerial. Pada tahap evaluasi menggunakan pendekatan yang sama dengan tahap formulasi. Pemilihan pendekatan yang digunakan sangat menentukan tingkat efektivitas dan keberhasilan sebuah kebijakan.

Penelitian ini menunjukkan bahwa proses siklus kebijakan sebagaimana yang diuraikan Pujirahardjo dan Sopacua⁵ belum terjadi, baik tentang Kepmenkes 128/2004 maupun kebijakan tentang revitalisasi Puskesmas di provinsi penelitian khususnya di delapan Puskesmas penelitian. Mengingat bahwa Kepmenkes ini sudah dikeluarkan sejak tahun 2004, dan bahwa revitalisasi Puskesmas dilaksanakan dengan mengkaji kesenjangan yang ada di Puskesmas dengan apa yang terkandung dalam Kepmenkes 128/2004 sebagai standar atau normatif.

Peran Dinas Kesehatan Provinsi sebagai regulator untuk menjembatani berbagai kondisi yang terjadi dalam penerapan Kepmenkes 128/2004 telah dilaksanakan di Provinsi Jatim. Walau sosialisasi Kepmenkes ini baru dilakukan 2 tahun setelah terbit yaitu pada Agustus 2006. Tetapi peran ini belum dilaksanakan di Provinsi Jawa Barat dan NTT yang dikaji dalam penelitian ini.

Perubahan yang mengikuti pelaksanaan otonomi daerah dan desentralisasi kesehatan adalah perubahan paradigma lama yang berorientasi pada provider menuju pengutamakan *customer*. Perubahan paradigma ini lebih nyata pada upaya kesehatan perorangan (UKP) dan mengakibatkan upaya kesehatan masyarakat (UKM) terabaikan. Hasil penelitian Handayani dkk⁵ menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan masyarakat cenderung asal jalan dengan alasan biaya yang terbatas, tanpa komitmen untuk menyelamatkan sumberdaya

manusia yang sehat di masyarakat sebagai aset. Terlihat dari pernyataan berikut yang disampaikan melalui *in-depth interview* :

Ada daerah yang naik ojek ke posyandu dengan biaya 50 ribu. Kalau sekali dua kali bidan kunjungi, dengan setengah harga misalnya, tapi pada akhirnya tidak tuntas. Untuk ANC, ada cost transpor untuk bidan, tetapi hasil K4 tidak tercapai hanya sampai K2. Ketika ditanya : 'kenapa bu bidan, harusnya 4 x, kok cuma 2 x ?, dijawab bidan : 'Atuh dok, biaya cuma cukup 2x'.

Artinya bahwa prioritas dalam revitalisasi harus ditujukan kepada upaya dan azas penyelenggaraan di Puskesmas dengan mengedepankan pelayanan kesehatan masyarakat.

Pola pikir yang keliru tentang pengutamaan *customer* dalam pelayanan kesehatan perorangan perlu diluruskan. Pudjirahardjo WJ⁶ dalam pertemuan sosialisasi Kepmenkes 128/2004 di Provinsi Jatim menegaskan dalam penjelasannya bahwa kelanggaran penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Puskesmas adalah pada pelayanan kesehatan masyarakat (UKM). Alasan yang dikemukakan adalah bahwa pelayanan kesehatan perorangan (UKP) bisa berakhir suatu saat, sedangkan pelayanan kesehatan masyarakat terlaksana terus-menerus terutama pada upaya promotif preventif dengan catatan, pembiayaan harus menjadi tanggung jawab pemerintah.

Dari uraian sebelumnya diperoleh suatu gambaran bahwa upaya revitalisasi puskesmas belum dipahami dengan tepat dan beberapa hal dalam kajian penelitian ini menjelaskan bahwa dalam penyelenggaraan pelayanan, Puskesmas tidak lagi taat azas. Sebagai contoh adalah azas keterpaduan dan azas pemberdayaan masyarakat, sehingga pelayanan UKM dapat dijalankan sekalipun dengan keterbatasan dana, karena masyarakat bukan objek dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas, tetapi sebagai subjek.

KESIMPULAN DAN SARAN

Pelaksanaan revitalisasi puskesmas yang diharapkan Depkes diprioritaskan terutama pada fungsi Puskesmas sesuai Kepmenkes 128/2004. Tetapi potret pelaksanaannya melalui penelitian ini menunjukkan bahwa petugas kesehatan belum dapat menjabarkan apa yang harus direvitalisasi di puskesmas sesuai dengan yang diharapkan Depkes. Walau demikian, berbagai usulan untuk revitalisasi sudah disampaikan. Ini mencerminkan bahwa setiap

daerah mempunyai masalah dan kekhasan sehingga revitalisasi puskesmas akan berbeda satu daerah dengan lainnya. Sebagai contoh, walau upaya revitalisasi puskesmas dilaksanakan dengan dana dekonsentrasi di Provinsi Jawa Timur, Dinkes Kabupaten Jombang melakukan advokasi ke pemerintah daerah dan legislatif sehingga ada hal-hal dalam pelayanan di puskesmas mengalami perbaikan dan peningkatan tanpa menggunakan label revitalisasi.

Disarankan untuk melaksanakan revitalisasi Puskesmas terutama pada pelayanan kesehatan masyarakat dengan memperhatikan azas penyelenggaraannya yaitu azas pertanggungjawaban wilayah, azas pemberdayaan masyarakat, azas keterpaduan lintas program dan lintas sektor, azas rujukan UKP dan UKM.

KEPUSTAKAAN

1. Depkes.RI. Keputusan Menteri Kesehatan No. 128/Menkes/SK/II/2004. Jakarta.2004
2. Depkes RI. Pertemuan Koordinasi Perencanaan Pengembangan Spesifik Program Kesmas. Jakarta: Dirjen Binkesmas. <http://www.binkesmas.depkes.go.id/>. Diakses Nopember. 2005
3. Dirjen Binkesmas Depkes RI. Kebijakan Departemen Kesehatan tentang Revitalisasi Puskesmas dan Revitalisasi Posyandu. Ppt. Disampaikan Dalam Rapat Koordinasi Kebijakan Pembangunan Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2006 Surabaya, 8-9 Februari. 2006
4. Pudjirahardjo WJ, Sopacua E. Kebijakan; Sebuah Kebutuhan dalam Desentralisasi Kesehatan. Makalah dalam Buletin Penelitian Kesehatan. 2006;9(4) Oktober
5. Handayani L, Sopacua E, Siswanto, Ma'ruf NA, Widjiartini. Upaya Revitalisasi Pelayanan Kesehatan Puskesmas Dan Jaringannya Dalam Rangka Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan. Laporan Penelitian. Surabaya. Puslitbang Sistem dan Kebijakan Kesehatan. 2006.
6. Pudjirahardjo,WJ. Dinas Kesehatan Dalam Era Desentralisasi (Pokok Pikiran). Ppt. Disampaikan dalam Sosialisasi Kepmenkes 128 Tahun 2004, Bapelkes Lawang, 30-31 Agustus 2006.