

ANALISIS BIAYA KESEHATAN KEGIATAN PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DI TINGKAT PUSKESMAS DALAM MENYUKSESKAN GERAKAN MASYARAKAT HIDUP SEHAT

Health Cost Analysis of Health Promotion and Community Empowerment in Primary Health Care (Puskesmas) in the Context of the Healthy Community Movement

Astridya Paramita¹, Lusi Kristiana¹, A. Yudi Kristanto²

¹ Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan – Balitbangkes - Kemenkes RI, Jalan Indrapura 17 Surabaya

² Puslitbang Upaya Kesehatan Masyarakat, Jl. Percetakan Negara 29 Jakarta

Naskah Masuk: 13 Pebruari 2018, Perbaikan: 6 Maret 2018, Layak Terbit: 10 April 2018

<http://dx.doi.org/10.22435/hsr.v2li3.407>

ABSTRAK

Puskesmas menjadi ujung tombak keberhasilan GERMAS melalui kegiatan wajib promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat (Promkes dan PM). Dukungan anggaran menjadi salah satu sumber daya penting penyelenggaraan kegiatan. Penelitian ini bertujuan memberi informasi besaran biaya dan sumber dana penyelenggaraan kegiatan Promkes dan PM di Puskesmas. Penelitian ini merupakan analisis lanjut data sekunder Riset Pembiayaan Kesehatan Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (RPK FKTP) 2015. Unit analisis adalah puskesmas yang menyelenggarakan kegiatan Promkes dan PM yaitu 299 puskesmas di tahun 2013 dan 302 puskesmas di tahun 2014. Analisa data secara deskriptif dan komparasi terhadap besaran dan rerata persentase biaya tahun 2013/2014, sumber dana, dengan memperhatikan karakteristik Puskesmas. Hasil menginformasikan rerata biaya penyelenggaraan kegiatan Promkes dan PM tahun 2014 mengalami penambahan, namun penurunan dalam rerata persentase biaya. Pada periode tahun 2013–2014, rerata persentase biaya penyelenggaraan adalah 7,8%. Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) merupakan sumber dana utama. Tahun 2014 seluruh regional mengalami penambahan biaya penyelenggaraan, namun penurunan dalam rata-rata persentase biaya. Besar anggaran penyelenggaraan kegiatan berbanding lurus dengan kategori FCI, namun berbanding terbalik dengan kategori IPKM. Tahun 2014, biaya penyelenggaraan kegiatan pada puskesmas non rawat inap dan puskesmas perairan atau di daerah terpencil bertambah. Belum ada peraturan standar minimal anggaran kegiatan Promkes dan PM. Disarankan perlu ditetapkan standar anggaran yang memperhatikan kategori IPKM dan FCI, penyusunan indikator keberhasilan kegiatan promkes dan PM untuk memperoleh besaran ideal anggaran kegiatan Promkes dan PM di Puskesmas demi keberhasilan GERMAS.

Kata kunci: anggaran, promosi kesehatan, pemberdayaan masyarakat, GERMAS

ABSTRACT

Primary health care (Puskesmas) are the pioneer of GERMAS movement by health promotion and community empowerment activities (Promkes and PM). Financial support is one of the most important resources to managing activities. The object of this research is to provide information of costs and financial sources of Promkes and PM activities in Puskesmas. This research is a secondary data analysis of Health Cost Research for First Level Health Facility (RPK FKTP) 2015. The unit of analysis is puskesmas which organize Promkes and PM activities. There were 299 puskesmas in 2013 and 302 puskesmas in 2014. The data was analyze descriptively and comparing the amount and percentage of cost Promkes and PM activities in 2013/2014 along with financial resources by characteristics of Puskesmas. The results showed the average cost of organizing the Promkes and PM activities in 2014 is increasing, but the average percentage has decreased. In the period of 2013–2014, the average percentage to managing activities is 7,8%. The main financial

Korespondensi:

Astridya Paramita

Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan – Badan Litbangkes - Kemenkes RI

E-mail: astreed_skm@yahoo.com.id

source of the program is BOK. This condition occurs throughout the region. The cost of organizing the activities is directly proportional to the FCI category, but is inversely proportional to the IPKM category. Furthermore, in 2014 there is also an increased cost to organize activities in inpatient primary health care (Puskesmas rawat inap) and non-inpatient primary health care (Puskesmas non rawat inap). There is no minimum standard to regulate costing for program. It recommends to set up a minimum budget standard to takes account the categories of FCI and IPKM, arrange indicators to evaluate Promkes and PM activities to generate an ideal budget for Promkes and PM activities at puskesmas for succeeding the Gernas movement.

Keywords: budget, health promotion, community empowerment, GERMAS

PENDAHULUAN

Laporan Riset Kesehatan Dasar 2013 menunjukkan peningkatan yang cukup signifikan untuk prevalensi PTM, khususnya penyakit diabetes melitus, hipertensi, dan stroke pada usia produktif (≥ 15 Tahun) dibandingkan tahun 2007 (Badan Litbangkes Kemkes RI, 2014). Permasalahan kesehatan tersebut merupakan akibat dari perilaku hidup yang tidak sehat. Meningkatnya kasus penyakit tidak menular (PTM) pada usia produktif mendominasi pembiayaan kesehatan peserta JKN di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL). Kondisi ini berpotensi menjadi beban berat keuangan negara.

Kementerian Kesehatan meresmikan sebuah terobosan berupa Gerakan Masyarakat Hidup Sehat, disingkat GERMAS, pada puncak Hari Kesehatan Nasional 2016 sebagai upaya untuk mengurangi beban anggaran negara dengan memasyarakatkan perilaku hidup sehat. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Dewi dkk. (2015) yang menyatakan bahwa pelayanan promotif sangat penting untuk dilakukan guna mendukung keberlangsungan program JKN sebab sebesar apapun biaya kesehatan yang dikumpulkan melalui iuran, tentu akan habis jika tidak disertai peningkatan upaya promotif.

GERMAS merupakan gerakan nasional yang mengutamakan upaya promotif dan preventif, tanpa mengesampingkan upaya kuratif-rehabilitatif. Keberhasilan GERMAS dapat tercapai dengan melibatkan seluruh lapisan masyarakat, mulai dari individu, keluarga, akademisi, dunia usaha, organisasi kemasyarakatan, dan organisasi profesi guna menggerakkan anggotanya untuk menerapkan pola hidup sehat. Dukungan Pemerintah pusat maupun daerah, khususnya bidang kesehatan, dalam menyiapkan sarana dan prasarana pendukung, memantau dan mengevaluasi pelaksanaan GERMAS,

serta kesamaan visi dan misi untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan sangat diperlukan.

Puskesmas sebagai ujung tombak pembangunan kesehatan memiliki peran penting terhadap keberhasilan kegiatan GERMAS. Oleh sebab itu kegiatan promosi kesehatan yang telah menjadi salah satu dari enam upaya wajib di Puskesmas perlu lebih ditingkatkan agar materi perilaku hidup bersih dan sehat dapat cepat tersosialisasikan dengan baik dan benar kepada masyarakat. Puskesmas harus lebih berkomitmen untuk menjalankan upaya promosi kesehatan serta menjangkau masyarakat hingga tingkat keluarga. Salah satu tindak lanjut dari strategi promosi kesehatan adalah dukungan anggaran khususnya di kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Adapun peraturan standar minimal anggaran kesehatan yang ada saat ini belum spesifik diperuntukkan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pasal 171, menyatakan bahwa besar alokasi anggaran kesehatan pemerintah pusat adalah 5 persen dari APBN di luar gaji, dan 10 persen dari anggaran kesehatan pemerintah daerah di luar gaji.

Analisis ini bertujuan menganalisis besaran biaya dan sumber dana Puskesmas dalam menyelenggarakan upaya promotif dan preventif. Data diambil dari data Riset Pembiayaan Kesehatan Fasilitas Kesehatan Pertama Tahun 2015 (RPK FKTP 2015), dan dipilih beberapa kegiatan yang berkaitan dengan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat (Promkes dan PM) seperti penyuluhan pola hidup sehat, pengembangan desa siaga, dan advokasi. Hasil analisis diharapkan dapat sebagai bahan rekomendasi kebijakan terkait anggaran kesehatan kegiatan Promkes dan PM dalam upaya menyukseskan GERMAS.

METODE

Analisis ini merupakan analisis lanjut data sekunder dari hasil RPK FKTP tahun 2015. Desain analisis mengikuti desain RPK FKTP 2015 yaitu potong lintang (*cross sectional*) dengan bersumber data pada Buku Besar Puskesmas, Laporan Realisasi Bendahara dari sumber dana lain yang diterima seperti BOK, DAK, Tugas Perbantuan, Dana Dekonsentrasi, Dana Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), dan lainnya di tahun 2013 dan 2014. Unit analisis ini adalah puskesmas yang menyelenggarakan kegiatan-kegiatan dalam rangka promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Dari 305 puskesmas sampel RPK FKTP 2015, sebanyak 299 puskesmas di tahun 2013 dan 302 puskesmas di tahun 2014 didapati mengalokasikan anggarannya untuk kegiatan Promkes dan PM.

Data dianalisis secara deskriptif dan komparasi besaran biaya, persentase, dan sumber dana kegiatan Promkes dan PM, berdasarkan karakteristik Puskesmas yaitu Regional, Indeks Kapasitas Fiskal/*Fiscal Capacity Indeks* (FCI), Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat (IPKM), jenis Puskesmas, kondisi geografis, dan karakteristik wilayah.

HASIL

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pasal 171, telah memberikan aturan

Tabel 1. Rata-rata Besaran Biaya dan Persentase Biaya Penyelenggaraan Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat (Promkes dan PM) berdasarkan Total Anggaran Masing-Masing Puskesmas, RPK 2015

	Tahun 2013	Tahun 2014
Jumlah Puskesmas	299	302
Total Biaya Seluruh Kegiatan (Rp)	143.663.225.775	289.801.320.265
Biaya Kegiatan Promkes dan PM (Rp)	8.323.819.045	11.376.564.545
Rata-rata Biaya Kegiatan Promkes dan PM (Rp)	27.838.859,68	37.670.743,53
Rata-rata Persentase Biaya Kegiatan Promkes dan PM (%)	9,85	5,78
Minimal (%)	0,11	0,03
Maksimal (%)	71,14	59,28

Sumber: Data RPK 2015

standar minimal besar alokasi anggaran kesehatan, baik dalam anggaran pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Berikut hasil pengolahan data Riset Pembiayaan Kesehatan tahun 2015 terkait biaya penyelenggaraan kegiatan Promkes dan PM.

Tabel 1 menunjukkan bahwa di tahun 2014 ada penambahan jumlah puskesmas, yaitu 3 puskesmas, yang mulai mengaktifkan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Rata-rata besaran biaya penyelenggaraan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat tahun 2014 lebih tinggi dibandingkan tahun 2013. Ada peningkatan rata-rata besaran biaya sekitar Rp.10.000.000,- untuk menyelenggarakan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.

Namun demikian, jika besaran biaya penyelenggaraan tersebut dibandingkan terhadap total anggaran masing-masing puskesmas maka rata-rata persentase biaya penyelenggaraan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat pada periode 2013–2014 tidak lebih dari 10 persen (7,8%), bahkan pada tahun 2014 lebih rendah dibandingkan tahun 2013. Artinya, pada tahun 2014 puskesmas mengalami penurunan persentase biaya penyelenggaraan kegiatan yang bersifat preventif/promotif sekitar 4,07 persen.

Tabel 2 menginformasikan bahwa hampir semua puskesmas menerima dana BOK yaitu sekitar 92,83 persen dari total dana yang diterima masing-masing puskesmas pada tahun 2013, dan 84,88 persen pada tahun 2014. Variasi kegiatan bersumber dana BOK ini lebih dominan untuk kegiatan peningkatan pendidikan tenaga penyuluh kesehatan, peningkatan manajemen usaha kesehatan sekolah, penyuluhan masyarakat pola hidup sehat, monitoring evaluasi, pelatihan dokter kecil/remaja, advokasi, dan pengembangan desa siaga. Variasi uraian belanja dana BPJS dalam kegiatan promkes dan PM yaitu belanja perjalanan dinas, makanan minuman rapat, alat tulis kantor, penggandaan, honor operasional satuan kerja.

Informasi lain yang dihasilkan dari tabel 2 yaitu bahwa di tahun 2014 ketika diberlakukannya kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional, hanya 48 puskesmas yang menggunakan dana BPJS untuk kegiatan Promkes dan PM. Rata-rata persentase dana BPJS yang digunakan untuk penyelenggaraan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat adalah sebesar 44,79 persen dari total dana yang diterima masing-masing puskesmas. Artinya, ada dana BPJS yang diperuntukkan sebagai biaya kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan

Tabel 2. Rata-rata Biaya Puskesmas Penyelenggaraan Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Menurut Sumber Dana, RPK 2015

Sumber Dana	Tahun 2013				Tahun 2014			
	N	Rata-rata Persentase Biaya	Min	Max	N	Rata-rata Persentase Biaya	Min	Max
PAD	16	63,08	0,26	96,58	18	47,82	0,82	98,84
DAU	23	61,03	18,22	83,29	24	46,46	5,33	91,10
BOK	298	92,83	3,42	100,00	300	84,88	1,16	100,00
BPJS	-	-	-	-	48	44,79	0,87	100,00
Lainnya	2	14,65	11,29	17,99	19	32,07	1,06	100,00

Sumber: Data RPK 2015

masyarakat dengan variasi kegiatan dominan diantaranya penyuluhan, pengembangan desa siaga, dan peningkatan manajemen usaha sekolah. Adapun variasi uraian belanja dana BPJS dalam kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yaitu belanja perjalanan dinas, belanja makanan minuman rapat, belanja alat tulis kantor, penggandaan, honor operasional satuan kerja.

Tabel 3 memperlihatkan bahwa ditinjau dari aspek besaran nominal sumber dana, diperoleh informasi bahwa pada dua tahun yang berurutan Pendapatan Asli Daerah (PAD) memberikan kontribusi keuangan yang paling besar untuk menyelenggarakan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, yaitu sekitar 70–90 juta. Namun demikian tidak semua puskesmas menerima bantuan dana yang bersumber PAD. Sedangkan dana BOK yang hampir diterima oleh seluruh puskesmas untuk menyelenggarakan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dalam satu tahun adalah sekitar 20–22 juta. Artinya, besar biaya per bulan dana BOK untuk menyelenggarakan kegiatan ini tidak lebih dari 2 juta.

Informasi lain, sekalipun tahun 2014 ada sumber dana baru dari BPJS, namun tidak menghilangkan kontribusi dan menurunkan besar nominal biaya yang bersumber dana selain BPJS dalam menyelenggarakan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.

Menurut karakteristik regional puskesmas, tabel 4 menunjukkan bahwa di tahun 2013 dan 2014, regional Propinsi Papua dan Papua Barat merupakan propinsi tertinggi rata-rata persentase dan rata-rata biaya penyelenggaraan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Tahun 2014 regional Propinsi Papua dan Papua Barat mengalami kenaikan biaya penyelenggaraan kegiatan promosi kesehatan

dan pemberdayaan masyarakat sekitar 1,5 kali biaya tahun 2013. Secara persentase, seluruh regional mengalami penurunan rata-rata persentase biaya penyelenggaraan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.

Menurut karakteristik FCI, tabel 4 juga menginformasikan bahwa biaya penyelenggaraan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat mengikuti kategori FCI puskesmas. Semakin tinggi indeks kemampuan fiskal/FCI daerah puskesmas, maka semakin tinggi pula anggaran maupun biaya yang digunakan untuk penyelenggaraan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Berbanding terbalik dengan kategori FCI, semakin rendah indeks pembangunan kesehatan masyarakat (IPKM) suatu daerah ternyata biaya yang dialokasikan dan digunakan untuk penyelenggaraan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat semakin besar.

Menurut karakteristik jenis puskesmas, tabel 4 memberikan informasi bahwa pada tahun 2014 terjadi pertambahan jumlah puskesmas non rawat inap yang menyelenggarakan program promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat sehingga turut mengakibatkan pertambahan biaya penyelenggaraan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Tabel 4 juga menunjukkan terjadinya peningkatan rata-rata biaya penyelenggaraan program promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat untuk puskesmas yang berada di perairan atau di daerah terpencil.

PEMBAHASAN

Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat menyatakan bahwa Kegiatan

Tabel 4. Rata-rata Biaya Penyelenggaraan Kegiatan Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Berdasarkan Karakteristik Puskesmas, RPK 2015

	Tahun 2013			Tahun 2014		
	N	Rata-rata Biaya		N	Rata-rata Biaya	
		Rupiah	Persentase		Rupiah	Persentase
Regional						
Sumatera	75	16.158.462,67	5,71	75	17.696.496,00	3,38
Jawa-Bali	108	27.471.007,61	11,72	109	41.927.096,37	4,69
NTT-NTB	18	28.143.627,78	8,00	17	29.283.647,06	5,23
Kalimantan	29	32.490.317,24	9,38	29	31.021.027,59	4,99
Sulawesi	43	23.122.313,95	9,46	44	30.085.183,89	8,23
Maluku-Maluku Utara	12	35.573.293,58	10,11	12	45.045.537,50	8,37
Papua-Papua Barat	14	91.080.142,86	21,93	16	138.596.718,75	17,74
FCI						
Rendah	173	20.885.465,32	7,66	174	29.907.186,21	4,48
Sedang	75	24.822.668,31	13,53	74	23.603.359,32	6,06
Tinggi	51	55.861.439,65	11,87	54	81.964.176,95	9,56
IPKM						
Rendah	22	21.400.284,09	10,7	22	45.489.086,36	10,51
Sedang	213	30.521.034,48	8,57	215	40.023.724,79	5,39
Tinggi	64	21.125.507,03	13,81	65	27.241.597,15	5,47
Jenis Puskesmas						
Rawat Inap	128	26.487.855,28	8,29	125	35.421.782,60	5,11
Non Rawat Inap	150	28.783.027,53	10,94	177	39.258.992,77	6,25
Kondisi Geografis						
Dataran	211	23.208.784,47	9,65	210	31.229.537,73	5,44
Pegunungan	64	25.389.763,28	10,76	66	36.191.181,68	6,55
Perairan	24	75.075.861,33	9,21	26	93.451.678,08	6,60
Karakteristik Wilayah						
Perkotaan	77	27.400.296,10	13,68	76	32.390.749,00	6,22
Perdesaan	176	26.158.848,55	7,98	177	35.635.519,89	5,01
Terpencil atau Sangat Terpencil	46	35.000.845,65	10,61	49	53.211.848,98	7,87

Sumber: Data RPK 2015

Promosi Kesehatan merupakan kegiatan esensial pertama dari jenis upaya kesehatan masyarakat yang wajib diselenggarakan Puskesmas. Hasil analisis lanjut data RPK 2015 menunjukkan bahwa 302 dari 305 puskesmas sampel RPK 2015 telah menyelenggarakan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Keragaman persepsi penamaan dan pengodean kegiatan puskesmas pada proses pengumpulan data menjadi keterbatasan dalam RPK yang memungkinkan berakibat dinyatakan belum semua puskesmas sampel RPK menjadikan kegiatan Promkes dan PM sebagai kegiatan wajib.

Semakin tingginya beban anggaran negara di bidang kesehatan akibat *triple burden of disease*, kebijakan Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang

kewajiban penyelenggaraan kegiatan promosi kesehatan di puskesmas menjadi sejalan dengan imbauan Kementerian Kesehatan RI di tahun 2016 agar masyarakat menjaga kesehatan melalui GERMAS. Menurut Komisi Pendidikan Administrasi Kesehatan Amerika Serikat dalam Azrul (2010), uang (biaya) merupakan sumber (*resources*) yang dibutuhkan dalam melaksanakan suatu manajemen, demikian pula dalam penyelenggaraan kegiatan Promkes dan PM.

Laporan Tahunan Pusat Promosi Kesehatan Tahun 2015, dalam bab analisis situasi, diinformasikan bahwa dukungan biaya dari pemerintah daerah untuk penyelenggaraan kegiatan promosi kesehatan di tingkat provinsi hingga kabupaten/kota masih

kurang (Pusat Promkes, 2016). Hasil penelitian Fadillah (2012), sebagian besar program Puskesmas Kampus Palembang bersifat promotif dan preventif namun dalam kegiatan sehari-hari dominan bersifat kuratif dan rehabilitatif. Salah satu penyebab tidak berjalannya kegiatan promotif dan preventif sesuai jadwal yaitu karena kurangnya biaya.

Hasil penelitian Intan Indah dan Muji (2015), diketahui bahwa persentase anggaran promosi kesehatan di puskesmas lokasi penelitian hanya sebesar 15% dari total anggaran di puskesmas. Mugeni dkk. (2012), menjelaskan bahwa 85% anggaran kesehatan digunakan untuk pelayanan kuratif, padahal jumlah masyarakat yang sakit berdasarkan statistik sekitar 10–15% dan sisanya masyarakat sehat. Menurut Intan dan Muji (2015), rendahnya alokasi anggaran promosi kesehatan akan mengakibatkan penyelenggaraan upaya promotif dan preventif kurang optimal yang pada akhirnya berakibat pada belum membaiknya derajat kesehatan di Indonesia.

Laporan kinerja tahunan Pusat Promosi Kesehatan Tahun 2015 dan beberapa hasil penelitian tersebut di atas sejalan dengan hasil pengolahan data penelitian ini yang menginformasikan bahwa dukungan biaya untuk penyelenggaraan kegiatan Promkes dan PM masih kurang. Dengan demikian bagian perencanaan keuangan puskesmas belum bisa memperhitungkan secara presisi besaran biaya penyelenggaraan kegiatan Promkes dan PM karena belum ada peraturan yang menyebutkan standar minimal anggaran kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Kondisi ini menjadi tidak sejalan dengan imbauan Menteri Kesehatan untuk memasyarakatkan hidup sehat melalui GERMAS.

Tujuh kegiatan yang harus dilaksanakan masyarakat setiap hari melalui GERMAS agar kualitas hidup sehat meningkat yaitu: 1) aktivitas fisik, 2) konsumsi buah dan sayur, 3) periksa kesehatan secara berkala, 4) membersihkan lingkungan (sanitasi lingkungan), 5) menjaga jamban sehat, 6) tidak merokok, dan 7) tidak konsumsi alkohol (http://www.kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Warta-Kesmas-Edisi-01-2017_752.pdf). Keberhasilan GERMAS dapat tercapai apabila pemerintah pusat maupun daerah, khususnya bidang kesehatan, mampu memberikan dukungan yang optimal dalam menyiapkan sarana dan prasarana pendukung, memantau dan mengevaluasi pelaksanaan GERMAS, serta kesamaan visi dan misi untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan

dengan melibatkan seluruh lapisan masyarakat. Salah satu tindak lanjut dari strategi promosi kesehatan untuk menyukseskan GERMAS adalah dukungan anggaran khususnya di kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.

Terobosan Kementerian Kesehatan atau kebijakan berupa GERMAS harus mempertimbangkan dukungan komponen biaya sebagai input yang berkontribusi langsung dalam operasional kegiatan seperti biaya transportasi kegiatan penyuluhan lapangan, biaya pengembangan kompetensi SDM promosi kesehatan, biaya modal pengembangan media promosi kesehatan, biaya advokasi pemberdayaan masyarakat, dan sebagainya.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Bantuan Operasional Kesehatan, menjelaskan bahwa program BOK merupakan bentuk dukungan pemerintah untuk penyelenggaraan operasional Puskesmas. Pemerintah berharap petugas Puskesmas dan jaringannya melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif/preventif serta meningkatkan peran serta masyarakat dalam kegiatan upaya kesehatan promotif dan preventif. Hasil pengolahan data menginformasikan bahwa hampir semua puskesmas memperoleh dana BOK dan merupakan sumber dana terbesar, sekitar 80–90%, untuk operasional kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Penggunaan dana BOK ini lebih dominan untuk kegiatan peningkatan pendidikan tenaga penyuluh kesehatan, peningkatan manajemen usaha kesehatan sekolah, penyuluhan masyarakat pola hidup sehat, monitoring evaluasi, pelatihan dokter kecil/remaja, advokasi, dan pengembangan desa siaga. Hal ini menunjukkan optimalisasi puskesmas terhadap pendanaan BOK sudah sesuai petunjuk teknis BOK Tahun 2014. Kementerian Kesehatan berharap program BOK dapat terus ditingkatkan penggunaannya sebagai salah satu indikator penilaian pembangunan kesehatan sebagaimana yang tertuang dalam Petunjuk Teknis Bantuan Operasional Kesehatan tahun 2014.

Selain meninjau dari rata-rata persentase, sumber dana Pendapatan Asli Daerah (PAD) ternyata memberikan besaran biaya/nominal yang lebih besar daripada dana BOK di 16–18 puskesmas sampel RPK 2015. Belum adanya peraturan yang secara jelas menyebutkan standar minimal anggaran kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat menjadi salah satu faktor belum semua puskesmas

mendapat kontribusi dari PAD. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pasal 171, hanya menyatakan standar minimal alokasi anggaran kesehatan di tingkat pemerintah pusat dan daerah. Dengan demikian perlu dipertimbangkan adanya peraturan standar minimal anggaran kegiatan Promkes dan PM agar sejalan dengan gerakan nasional GERMAS.

Berdasarkan hasil pengolahan data, biaya penyelenggaraan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat berbanding lurus dengan kategori FCI dan berbanding terbalik dengan kategori IPKM wilayah puskesmas. Hal ini sejalan dengan kondisi Indonesia yang merupakan negara besar dengan beragam kondisi geografis dan persebaran fasilitas pelayanan kesehatan yang belum merata. Contoh, Provinsi Papua dengan kondisi geografis yang sebagian besar sulit dijangkau dan fasilitas pelayanan kesehatan tidak sebanyak di Pulau Jawa (IPKM rendah), namun kaya potensi daerahnya (FCI tinggi), maka dibutuhkan biaya penyelenggaraan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang juga semakin besar.

Memperhatikan dampak positif kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat untuk pembangunan kesehatan dan perekonomian negara, dibutuhkan advokasi, komitmen dan kerjasama lintas sektor/kemitraan dalam menyukkseskan perubahan paradigma individu dari paradigma sakit menjadi paradigma sehat. Hasil penelitian Rezeki dan Mulyadi (2012) dan Sinaga dkk. (2005), menyatakan bahwa terdapat hubungan antara promosi kesehatan dengan perilaku hidup bersih sehat melalui strategi-strategi promkes.

Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1114/Menkes/SK/VII/2005 tentang Pedoman Promosi Kesehatan Daerah dan keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 585/Menkes/SK/V/2007 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas ditekankan bahwa salah satu strategi dasar utama promosi kesehatan adalah kemitraan. Menurut Indah dan Muji (2015), tugas puskesmas begitu banyak dan tidak memungkinkan dikerjakan oleh puskesmas sendiri, dibutuhkan dukungan dari berbagai pihak. Kemitraan merupakan salah satu strategi promosi kesehatan yang penting untuk dilaksanakan, yang harus diawali dengan identifikasi para pemuka masyarakat agar terbentuk kemitraan berjenjang dan berkesinambungan.

Gerakan cuci tangan pakai sabun (CTPS), kawasan bebas tanpa rokok, penggunaan jamban,

stop buang sampah sembarangan, dan gaya hidup sehat merupakan contoh-contoh kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang dapat berhasil optimal apabila ada kerjasama antara sektor kesehatan dengan pemerintah daerah dan perusahaan swasta untuk pengadaan air bersih atau tempat pembuangan dan pengolahan sampah akhir sebagai bentuk tanggung jawab sosial perusahaan. Dengan adanya kepedulian dari pemerintah daerah dan perusahaan swasta maka akan bertambah sumber anggaran kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, yaitu dari PAD dan CSR.

Tahun 2016, Dewan Perwakilan Rakyat (DPR) telah menyusun Rancangan Undang-Undang tentang Tanggung Jawab Sosial yang mengatur besaran dana CSR yang akan dibebankan pada perusahaan swasta maupun BUMN yaitu sekitar 2 hingga 3 persen dari keuntungan perusahaan (<http://nasional.kontan.co.id/news/csr-akan-diwajibkan-ke-semua-perusahaan>). Tahun 2017, RUU tersebut telah masuk dalam Program Legislatif Nasional Prioritas 2017 urutan 42 namun dalam prosesnya belum dapat ditetapkan karena pemerintah dan banyaknya perusahaan yang menolak CSR diatur dalam Undang-Undang (<http://www.hukumonline.com/berita/baca/lt59ce89b941f23/alasan-ruu-tanggung-jawab-sosial-perusahaan-diubah-dalam-prolegnas-2017>). Dengan demikian perlu adanya advokasi dari pihak Kementerian Kesehatan kepada DPR dalam upaya meningkatkan dukungan pembiayaan penyelenggaraan kegiatan Promkes dan PM dari berbagai sumber dana.

Selain upaya advokasi kerjasama lintas sektor, perlu ada upaya untuk mencari besaran ideal anggaran kegiatan promosi kesehatan Puskesmas. Perkiraan perhitungan besaran ideal anggaran kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dapat dimulai dengan menyusun indikator keberhasilan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Setelah diperoleh indikator keberhasilan, selanjutnya dapat dibuat perencanaan kegiatan serta perkiraan biaya yang dibutuhkan agar indikator tersebut dapat dipenuhi. Biaya tersebut tentunya akan berbeda-beda pada tiap puskesmas, tergantung kondisi geografis, kebijakan dan kemampuan fiskal daerah. Diharapkan anggaran kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat lebih besar dibanding anggaran kegiatan kuratif atau *rehabilitative* demi menyukkseskan GERMAS sehingga angka kesakitan

berkurang karena perilaku hidup bersih dan sehat diterapkan oleh setiap lapisan masyarakat di sekitar puskesmas.

KESIMPULAN

Pada periode tahun 2013 dan 2014, jumlah Puskesmas yang menyelenggarakan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat mengalami kenaikan. Namun rata-rata persentase biaya penyelenggaraan kegiatan tersebut kurang dari 10 persen (<10%) dan justru mengalami penurunan. Porsi sumber dana terbesar program promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di Puskesmas diperoleh dari BOK, diikuti PAD. Belum adanya peraturan standar minimal anggaran kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, mengakibatkan belum semua puskesmas mendapat kontribusi dari PAD. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (pasal 171) hanya menyatakan standar minimal alokasi anggaran kesehatan di tingkat pemerintah pusat dan daerah.

Kondisi Indonesia dengan geografis, kemampuan fiskal daerah, kebijakan otonomi daerah yang beragam dan persebaran fasilitas pelayanan kesehatan yang belum merata, juga perlu dipertimbangkan dalam menetapkan batas minimal anggaran penyelenggaraan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat di puskesmas mengingat adanya regional yang berkategori FCI tinggi dengan pembelanjaan anggaran tertinggi kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, namun kategori IPKM nya rendah.

Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) merupakan kebijakan atau terobosan Kementerian Kesehatan untuk meminimalisir beban anggaran negara bidang kesehatan dengan memasyarakatkan perilaku hidup bersih dan sehat untuk menekan angka kesakitan. Puskesmas sebagai ujung tombak pembangunan kesehatan, melalui program promosi kesehatan menjadi pilar utama dalam mengubah paradigma masyarakat untuk menerapkan pola hidup sehat. Dibutuhkan standar minimal anggaran penyelenggaraan kegiatan Promkes dan PM di Puskesmas untuk mendukung keberhasilan GERMAS.

SARAN

Biaya merupakan salah satu sumber utama yang dibutuhkan dalam melaksanakan kegiatan promosi

kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Perlu ada upaya untuk mencari besaran ideal anggaran kegiatan promosi kesehatan Puskesmas melalui penyusunan indikator keberhasilan kegiatan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Bila hal ini dapat dilakukan, diharapkan dapat dibuat perencanaan kegiatan serta perkiraan biaya yang dibutuhkan agar indikator tersebut dapat dipenuhi dengan lebih presisi.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, Kepala Puslitbang Humaniora dan Manajemen Kesehatan, Ketua Pelaksana Riset Pembiayaan Kesehatan 2015, Kasubid Pembiayaan Kesehatan dan Koordinator Laboratorium Manajemen Data Badan Litbangkes yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk menganalisis lanjut data Riset Pembiayaan Kesehatan 2015 dan menyelesaikan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, A. 2010. Pengantar Administrasi Kesehatan, Edisi ketiga. Jakarta: Bina Rupa Aksara Publisher.
- Azwar, A. 2017. Alasan RUU Tanggung Jawab Sosial Perusahaan Diubah dalam Prolegnas 2017. Tersedia pada: <http://www.hukumonline.com/berita/baca/lt59ce89b941f23/alasan-ruu-tanggung-jawab-sosial-perusahaan-diubah-dalam-prolegnas-2017>. [Diakses 30 November 2017].
- Azwar, A. 2016. CSR akan diwajibkan ke semua perusahaan. Tersedia pada: <http://nasional.kontan.co.id/news/csr-akan-diwajibkan-ke-semua-perusahaan>. [diakses 30 November 2017].
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. 2014. Laporan Akhir Riset Kesehatan Dasar 2013. Jakarta.
- Charles Normand, Axel Weber etc. 2009. Social Health Insurance: A guidebook for planning. Jerman, Verlag fur Akademische Schriften (VAS).
- Dewi R.K., dkk. 2016. Identifikasi Pelayanan Promotif pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional. Jurnal Pustaka Kesehatan, 4 (02), 307–15.
- Fadillah, Mariatul. 2012. Analisis Implementasi Kegiatan Promotif dan Preventif di Puskesmas Kampus Palembang 2010. Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat, 3 (02), 156–66.
- Indonesia. Undang-Undang. Peraturan, dsb. 2005. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomer. 1114/Menkes/SK/VII/2005 tentang Pedoman Promosi Kesehatan Daerah. Jakarta.

- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2007. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomer. 585/Menkes/SK/V/2007 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2009. Undang-Undang Nomer. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2013. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN. Jakarta.
- Indonesia. Undang-Undang, Peraturan, dsb. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomer 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. Buku Pedoman Petunjuk Teknis Bantuan Operasional Kesehatan Tahun 2014. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. Pembiayaan Kesehatan dan Cakupan Kesehatan Semesta: Kumpulan Nota Kebijakan. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2017. Warta KESMAS, (01). Tersedia pada: http://www.kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Warta-Kesmas-Edisi-01-2017_752.pdf. [diakses 28 Juni 2018].
- Mugeni, Sugiharto., Widjiartini. 2012. Analisis Pencapaian Target Program Promosi Kesehatan Menurut Jenis Puskesmas di Kabupaten Tulungagung. *Indonesian Scientific Journal*. 15 (4), 369–80.
- Muninjaya, A.A. Gde. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Kedokteran EGC.
- Notoatmojo, S. 2005. *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pablo, Gottret., and George, Schieber. 2006. *Health Financing Revisited; A Practitioner's Guide*. Second Edition. Washington DC, The World Bank.
- Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. 2015. *Pedoman Pengisian Kuesioner Riset Pembiayaan Kesehatan di Era Jaminan Kesehatan Nasional (Studi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama/FKTP)*. Surabaya.
- Pusat Promosi Kesehatan. 2015. *Laporan Tahunan Pusat Promosi Kesehatan Tahun 2015*. Jakarta.
- Rezeki, S., Mulyadi, A. 2013. Strategi Promosi Kesehatan Terhadap Peningkatan PHBS Individu Pada Masyarakat Perkebunan di Wilayah Puskesmas Seikijang Kabupaten Pelalawan. *Jurnal Ilmu Lingkungan*, 7 (1), 38–48.
- Sinaga, Marhaeni, Hasanbasri. 2005. Program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (Studi Kasus Kabupaten Bantul 2003). *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan (JMPK)*. 08 (2), 91–8.