

Buku Ajar



Ilmu Kesehatan Masyarakat

Editor:

Titik Respati

Hilmi Sulaiman Rathomi



Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat
Program Pendidikan Profesi Dokter
Fakultas Kedokteran Universitas Islam Bandung

2018

Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat

Program P3D Fakultas Kedokteran Universitas Islam Bandung

Editor:

Titik Respati

Hilmi Sulaiman Rathomi

Diterbitkan oleh Pusat Penerbitan Universitas (P2U-LPM) Unisba © 2019

Jl.Tamasari no.22 Bandung

ISBN: 978-602-5917-17-2

Tingkat Pemula

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

Dilarang memperbanyak, mencetak, dan menerbitkan sebagian atau seluruh isi buku ini dengan cara dan dalam bentuk apapun juga tanpa sising penulis dan penerbit.

Diterbitkan pertama kali oleh:

*P2U Unisba
Bandung, 2019*

Penerbitan Buku ini dikelola oleh:

P2U LPPM-Unisba

ISBN NO: 978-602-5917-17-2

KATA PENGANTAR

Ilmu Kesehatan Masyarakat menjadi ilmu yang paling berkembang dan sangat penting pada saat ini. Paradigma sehat yang dicanangkan menjadikan masalah pencegahan dan promosi kesehatan menjadi topik yang wajib dipahami dan dilaksanakan oleh setiap dokter. Masalah kesehatan menjadi perhatian utama dari pemerintah dengan berbagai program yang dicanangkan untuk mencapai masyarakat yang lebih sehat dan berkualitas.

Buku ini ditujukan untuk menyampaikan informasi yang penting dan esensial untuk dipahami oleh para dokter muda dalam mempersiapkan diri menghadapi semakin kompleksnya masalah kesehatan yang timbul di masyarakat. Institusi pendidikan kedokteran dituntut untuk menghasilkan dokter umum yang dapat memberikan kontribusi dalam menanggulangi permasalahan tersebut. Karenanya dibutuhkan kurikulum yang tepat sehingga lulusan yang dihasilkan pun akan memiliki standar kompetensi yang telah ditetapkan. Dokter yang dihasilkan oleh institusi kedokteran tidak hanya harus memiliki *clinical skill* namun juga *community thinking skill* yang baik dalam menyelesaikan permasalahan kesehatan individu. Selain itu juga harus memiliki kepedulian dan rasa tanggung jawab yang tinggi terhadap individu sebagai bagian dari keluarga, dan keluarga sebagai bagian dari masyarakat. Keterampilan berkomunikasi menjadi bagian yang sangat penting dalam profesi dokter. Kemampuan untuk berempati dan membangun rapport menjadi bagian tak terpisahkan dari kompetensi yang diharapkan.

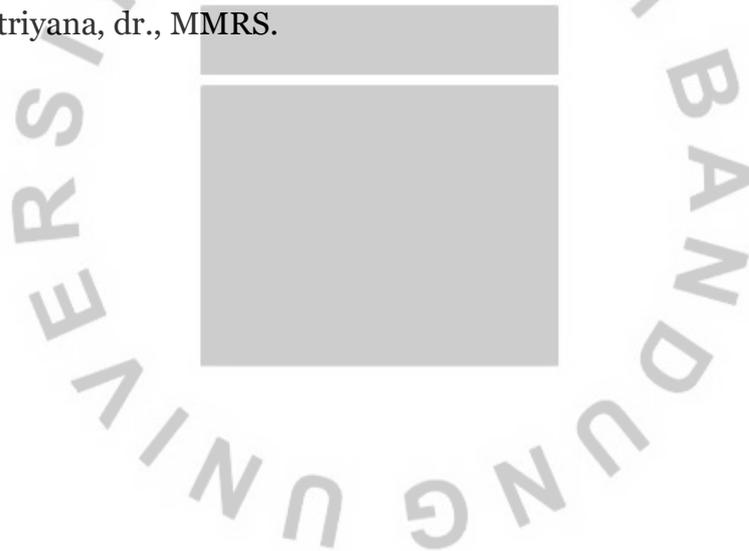
Buku ini tentu tidak luput dari kesalahan dan kekurangan. Untuk itu, saran dan masukan dari berbagai pihak amat kami harapkan untuk penyempurnaan buku ajar ini pada masa mendatang, baik dari sisi maupun tata letak. Semoga buku ini menjadi pijakan awal bagi para dokter muda untuk menjalani proses pendidikan profesi di bagian IKM, dan menjadi dokter pelayanan primer yang paripurna.

Bandung, September 2018

Tim Penyusun

Daftar Kontributor

1. Dadi S. Argadiredja, dr., MPH., DTM&H
2. Dr. Titik Respati, drg., MSc-PH.
3. Budiman, dr., MKM.
4. Fajar Awalia Yulianto, dr., M.Epid.
5. Eka Nurhayati, dr., MKM.
6. Yudi Feriandi, dr.
7. R. Kince Sakinah, dr., MMRS.
8. Yuli Susanti, dr., MM
9. Siska Nia Irasanti, drg., MM.
10. Hilmi Sulaiman Rathomi, dr., MKM.
11. Nurul Romadhona, dr., MMRS.
12. R. Ganang Ibnusantosa, dr., MMRS.
13. Susan Fitriyana, dr., MMRS.



Daftar Isi

Kata Pengantar.....	4
Daftar Gambar	7
Daftar Tabel	8
Bab 1. Menjadi Dokter Ideal – Bagaimana Dan Mengapa?.....	9
Bab 2. Profil Dan Struktur Program Pendidikan Profesi Dokter Ilmu Kesehatan Masyarakat Fk Unisba.....	13
Bab 3. Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat	25
Bab 4. Manajemen Pelayanan Kesehatan Puskesmas.....	28
Bab 5. Indikator Kesehatan.....	48
Bab 6. Community Health Assesment (Cha)	53
Bab 7. Siklus Pemecahan Masalah.....	60
Bab 8. Pendekatan Kedokteran Keluarga Sebagai Promotor Keluarga Sehat	79
Bab 9. Higiene Perusahaan Dan Kesehatan Kerja	111
Daftar Pustaka.....	120

Daftar Gambar

Gambar 1. Logic Model.....	43
Gambar 2 Studi Kasus Manajemen Pelayanan Kesehatan	46
Gambar 3. Global Reference List of 100 Core Health Indicators (a).....	48
Gambar 4 Global Reference List of 100 Core Health Indicators (b).....	49
Gambar 5 Langkah Pelaksanaan Community Health Assessment.....	56
Gambar 6 Siklus pemecahan masalah	64
Gambar 7 Bagan Analisis Program dan Masalah Kesehatan.....	68
Gambar 8 Ilustrasi pohon masalah	73
Gambar 9 Contoh 5 whys Analysis System	74
Gambar 10 Ilustrasi fishbone analysis.....	75
Gambar 11 Logic model upaya perubahan perilaku	77
Gambar 12 Studi Kasus CHA dan Pemecahan Masalah Kasus Cakupan Imunisasi Rendah.....	78
Gambar 13 Sistem rujukan berjenjang dalam JKN	83
Gambar 14 Rainbow model of Social determinant of health	84
Gambar 15 Teori Segitiga Epidemiologi	87
Gambar 16 Teori Blum	88
Gambar 17 Simbol-simbol dalam Genogram.....	89
Gambar 18 Contoh genogram sederhana.....	90
Gambar 19 Contoh genogram kompleks.....	91
Gambar 20 Diagram Mandala of Health	95
Gambar 21 Penilaian Keamanan Rumah.....	100
Gambar 22 Contoh Ceklis Kunjungan Rumah.....	102
Gambar 23 Contoh Matriks Risk Severity-Likelihood	117
Gambar 24 Konsep hirarki kontrol.....	119

Daftar Tabel

Tabel 1 Daftar Masalah Kesehatan Masyarakat/ Kedokteran Komunitas/ Kedokteran Pencegahan Berdasarkan SKDI 2012	15
Tabel 2 Daftar Ketrampilan Klinis Kesehatan Masyarakat/ Kedokteran Komunitas/ Kedokteran Pencegahan Berdasarkan SKDI 2012	16
Tabel 3 Struktur kegiatan pendidikan profesi dokter bagian ilmu kesehatan masyarakat.....	18
Tabel 4. Target Keterampilan Dokter Muda di Puskesmas.....	20
Tabel 5 Sistem penilaian pendidikan profesi dokter bagian ilmu kesehatan masyarakat.....	22
Tabel 6. Perhitungan Penilaian bagian IKM.....	23
Tabel 7. Skala Penilaian Bagian IKM.....	23
Tabel 8. Perbedaan Insidensi dan Prevalensi	50
Tabel 9. Penilaian APGAR Keluarga.....	93
Tabel 10. Matrix Proses - Hazard - Risiko pada Industri	116
Tabel 11. Contoh hirarki kontrol industri kue pada kasus low back pain	119

BAB 1

MENJADI DOKTER IDEAL – BAGAIMANA DAN MENGAPA?

Budiman, Dadi S. Argadireja, Titik Respati

PENDAHULUAN

Setiap Fakultas Kedokteran bertujuan untuk menyelenggarakan pendidikan kedokteran yang menghasilkan dokter yang ideal. Menurut konsil kedokteran se-ASEAN seorang dokter diharapkan memiliki beberapa karakteristik sebagai berikut: profesional, beretika serta memiliki kemampuan manajerial dan kepemimpinan. Standar internasional yang direkomendasikan oleh *World Federation for Medical Education* (WFME) dipakai dalam pendidikan kedokteran di Indonesia. *World Federation for Medical Education* (WFME) mendorong strategi pendidikan kedokteran yang bersifat *self directed learning* serta *life long learner*. Standar global ini diterjemahkan menjadi kurikulum berbasis kompetensi (KBK) dengan pendekatan terintegrasi (horizontal dan vertikal), berorientasi kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat dalam konteks pelayanan kesehatan primer. Sesuai dengan KBK ini pendidikan kedokteran diarahkan untuk mencetak lulusan yang sesuai kebutuhan masyarakat serta proses pendidikannya ditujukan pada pembelajaran promosi kesehatan, pencegahan penyakit, penilaian dan pemenuhan kebutuhan masyarakat, dan kesadaran akan peran faktor lingkungan dan sosial dalam timbulnya penyakit.²

Semakin kompleksnya masalah kesehatan yang timbul di masyarakat menuntut institusi kedokteran untuk menghasilkan dokter umum yang dapat memberikan kontribusi dalam menanggulangi permasalahan tersebut. Karenanya dibutuhkan kurikulum yang tepat sehingga lulusan yang dihasilkan pun akan memiliki standar kompetensi yang telah ditetapkan. Dokter yang dihasilkan oleh

institusi kedokteran tidak hanya memiliki *clinical skill* namun juga *community thinking skill* yang baik dalam menyelesaikan permasalahan kesehatan individu. Selain itu juga harus memiliki kepedulian dan rasa tanggung jawab yang tinggi terhadap individu sebagai bagian dari keluarga, dan keluarga sebagai bagian dari masyarakat.

Program Pendidikan Profesi Dokter (P3D) di bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat FK UNISBA lebih menekankan pada mendidik mahasiswa agar mempunyai wawasan tentang pengelolaan puskesmas dan kemampuan *community thinking skill* yang baik yaitu kemampuan mengidentifikasi, menentukan prioritas masalah, merencanakan dan melaksanakan pemecahan permasalahan kesehatan yang ada di lingkungan pelayanan kesehatan primer (*primary health centre*), termasuk lingkungan masyarakat industri.

Seorang dokter layak disebut ideal apabila memenuhi kriteria sesuai kualifikasi sebagai *Seven Stars Doctor* sebagai berikut:

1. Penyedia Pelayanan Kesehatan dan Perawatan (*Health Care provider*)
2. Pengambil Keputusan (*Decision Maker*)
3. Komunikasi yang baik (*Communicator*)
4. Pemimpin dalam masyarakat (*Community Leader*)
5. Pengelola manajemen (*Manager*)
6. Peneliti (*Researcher*)
7. Iman dan Taqwa (*Faith and Piety*)

Secara garis besar, batasan di atas dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. *Care Provider*.

Dalam memberikan pelayanan medis, seorang dokter hendaknya:

- Memperlakukan pasien secara holistik

- Memandang Individu sebagai bagian integral dari keluarga dan komunitas.
- Memberikan pelayanan yang bermutu, menyeluruh, berkelanjutan dan manusiawi.
- Dilandasi hubungan jangka panjang dan saling percaya.

2. *Decision Maker.*

Seorang dokter diharapkan memiliki:

- Kemampuan memilih teknologi
- Penerapan teknologi penunjang secara etik.
- Cost Effectiveness

3. *Communicator.*

Seorang dokter, dimanapun ia berada dan bertugas, hendaknya:

- Mampu mempromosikan Gaya Hidup Sehat.
- Mampu memberikan penjelasan dan edukasi yang efektif.
- Mampu memberdayakan individu dan kelompok untuk dapat tetap sehat.

4. *Community Leader.*

Dalam kehidupan bermasyarakat dan bernegara, seorang dokter hendaknya:

- Dapat menempatkan dirinya sehingga mendapatkan kepercayaan masyarakat.
- Mampu menemukan kebutuhan kesehatan bersama individu serta masyarakat.
- Mampu melaksanakan program sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

5. *Manager.*

Dalam hal manajerial, seorang dokter hendaknya:

- Mampu bekerja sama secara harmonis dengan individu dan organisasi di luar dan di dalam lingkup pelayanan kesehatan, sehingga dapat memenuhi kebutuhan pasien dan komunitas.
- Mampu memanfaatkan data-data kesehatan secara tepat dan berhasil guna.

6. Peneliti (*Researcher*)

Dalam hal kemampuan peneliti, seorang dokter hendaknya :

- Mampu untuk berpikir kritis
- Menerapkan penelitian ilmiah, dan
- Mengikuti perkembangan dalam ilmu pengetahuan medis

7. Iman dan Taqwa (*Faith and Piety*)

Dalam hal iman dan taqwa, seorang dokter hendaknya :

- Mempunyai karakter yang kuat sesuai dengan ajaran agama
- Mampu menjelaskan kepada pasien dan masyarakat tentang pentingnya meningkatkan keimanan dan ketaqwaan
- Mampu berkomunikasi dengan baik dan menerapkannya dalam pelayanan medis kepada individu maupun masyarakat

BAB 2

PROFIL DAN STRUKTUR PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI DOKTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT FK UNISBA

Budiman, Yuli Susanti, dan Siska Nia Irasanti

KOMPETENSI PENDIDIKAN TAHAP PROFESI DI BAGIAN IKM

Kompetensi Umum

Kompetensi umum Pendidikan Tahap Profesi Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat adalah dokter umum muslim yang memiliki pengetahuan dan keterampilan memadai dalam kesehatan masyarakat sehingga dapat menganalisis dan memberikan solusi masalah baik di tingkat individu, lembaga maupun masyarakat, mempunyai rasa kepedulian yang tinggi akan keadaan kesehatan masyarakat serta mampu mengidentifikasi, menentukan prioritas, merencanakan dan melaksanakan pemecahan masalah kesehatan masyarakat di sarana pelayanan kesehatan primer melalui pendekatan kedokteran keluarga dengan mengacu pada kompetensi-kompetensi inti yang harus dikuasai yaitu :

- Komunikasi efektif
- Keterampilan pengelolaan masalah kesehatan
- Pengelolaan informasi kesehatan
- Mawas diri dan pengembangan diri
- Etika, moral, dan professional

Kompetensi Khusus

Mahasiswa yang telah menyelesaikan kegiatan P3D di bagian IKM akan memiliki kemampuan sebagai berikut:

- Mempunyai kepedulian dan tanggung jawab yang tinggi sebagai seorang dokter muslim dalam menyelesaikan masalah kesehatan di masyarakat
- Mampu menggali dan bertukar informasi secara verbal dan non verbal dengan anggota keluarga, masyarakat, kolega dan profesi lain
- Menerapkan konsep-konsep dan prinsip-prinsip ilmu perilaku dan ilmu kesehatan masyarakat sesuai dengan pelayanan kesehatan tingkat primer
- Mengelola masalah kesehatan pada individu, keluarga, ataupun masyarakat secara komprehensif, holistik, berkesinambungan, koordinatif, dan kolaboratif dalam konteks pelayanan kesehatan tingkat primer
- Mengakses, mengelola, menilai secara kritis kesahihan dan kemampu-terapan informasi untuk menjelaskan dan menyelesaikan masalah, atau mengambil keputusan dalam kaitan dengan pelayanan kesehatan di tingkat primer
- Memahami dan melaksanakan metode untuk mengidentifikasi kondisi dan masalah manajemen Puskesmas dan masalah kesehatan serta potensi-potensi lokal masyarakat untuk pemecahan masalah setempat
- Menjelaskan cara pengelolaan sistem informasi di tingkat pelayanan kesehatan primer
- Menggali data yang terkait dengan determinan kesehatan yang meliputi aspek lingkungan, perilaku, keturunan, dan pelayanan kesehatan baik di Puskesmas, keluarga maupun masyarakat
- Merencanakan , melaksanakan, dan mengevaluasi penyuluhan kelompok dan masyarakat
- Bekerja sama dalam tim

Tabel 1 Daftar Masalah Kesehatan Masyarakat/ Kedokteran Komunitas/ Kedokteran Pencegahan Berdasarkan SKDI 2012

Kesehatan Masyarakat/Kedokteran Komunitas/Kedokteran Pencegahan			
1	Kematian neonates, bayi, dan balita	20	Kesehatan lansia
2	Kematian ibu akibat kehamilan dan persalinan	21	Cakupan pelayanan kesehatan yang masih rendah
3	“Tiga Terlambat” pada penatalaksanaan risiko tinggi kehamilan (terlambat mengambil keputusan, terlambat dirujuk, terlambat ditangani)	22	Perilaku pencarian pelayanan kesehatan (<i>care seeking behaviour</i>)
4	“Empat Terlalu” pada deteksi risiko tinggi kehamilan (terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering, terlalu banyak)	23	Kepercayaan dan tradisi yang mempengaruhi kesehatan
5	Tidak terlaksananya audit maternal perinatal	24	Akses yang kurang terhadap fasilitas pelayanan kesehatan
6	Laktasi (termasuk lingkungan kerja yang tidak mendukung fasilitas laktasi)	25	Kurangnya mutu fasilitas pelayanan kesehatan
7	Imunisasi	26	Sistem rujukan yang belum berjalan baik
8	Pola asuh	27	Cakupan program intervensi
9	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada masyarakat termasuk anak usia sekolah	28	Kurangnya pengetahuan keluarga dan masyarakat terkait program kesehatan pemerintah (misal KIA, kesehatan reproduksi, gizi masyarakat, TB Paru, dll)
10	Anak dengan difabilitas	29	Gaya hidup yang bermasalah (rokok, narkoba, alkohol, <i>sedentary life</i> , pola makan)
11	Perilaku berisiko pada masa pubertas	30	Kejadian Luar Biasa
12	Kehamilan pada remaja	31	Kesehatan pariwisata (<i>travel medicine</i>)
13	Kehamilan yang tidak dikehendaki	32	Morbiditas dan mortalitas penyakit menular dan tidak menular
14	Kekerasan pada wanita dan anak (termasuk child abuse dan neglected, serta kekerasan dalam rumah tangga)	33	Kesehatan lingkungan (termasuk sanitasi, air bersih, dan dampak pemanasan global)
15	Kejahatan seksual	34	Kejadian wabah (endemi, pandemi)
16	Penganiayaan/ perlukaan	35	Rehabilitasi medik dan sosial
17	Kesehatan kerja	36	Pengelolaan pelayanan kesehatan termasuk klinik, puskesmas, dll
18	Audit Medik	37	Rekam Medik dan Pencatatan pelaporan masalah kejadian penyakit di masyarakat
19	Pembiayaan pelayanan kesehatan	38	Sistem asuransi pelayanan kesehatan

Tabel 2 Daftar Ketrampilan Klinis Kesehatan Masyarakat/ Kedokteran Komunitas/ Kedokteran Pencegahan Berdasarkan SKDI 2012

No	Ketrampilan	Tingkat Ketrampilan
KOMUNIKASI		
1	Menyelenggarakan komunikasi lisan maupun tulisan	4A
2	Edukasi, nasihat dan melatih individu dan kelompok mengenai kesehatan	4A
3	Menyusun rencana manajemen kesehatan	4A
4	Konsultasi terapi	4A
5	Komunikasi lisan dan tulisan kepadateman sejawat atau petugas kesehatan lainnya (rujukan dan konsultasi)	4A
6	Menulis rekam medik dan membuat pelaporan	4A
7	Menyusun tulisan ilmiah dan mengirimkan untuk publikasi	4A
KESEHATAN MASYARAKAT/KEDOKTERAN PENCEGAHAN/KEDOKTERAN KOMUNITAS		
8	Perencanaan dan pelaksanaan, monitoring dan evaluasi upaya pencegahan dalam berbagai tingkat pelayanan	4A
9	Mengenali perilaku dan gaya hidup yang membahayakan	4A
10	Memperlihatkan kemampuan pemeriksaan medis di Komunitas	4A
11	Penilaian terhadap risiko masalah kesehatan	4A
12	Memperlihatkan kemampuan penelitian yang berkaitan dengan lingkungan	4A
13	Memperlihatkan kemampuan perencanaan, pelaksanaan, monitoring, dan evaluasi suatu intervensi pencegahan kesehatan primer, sekunder, dan tersier	4A
14	Melaksanakan kegiatan pencegahan spesifik seperti vaksinasi, pemeriksaan medis berkala dan dukungan sosial	4A
15	Melakukan pencegahan dan penatalaksanaan kecelakaan kerja serta merancang program untuk individu, lingkungan, dan institusi kerja	4A
16	Menerapkan 7 langkah keselamatan pasien	4A
17	Melakukan langkah-langkah diagnosis penyakit akibat kerja dan penanganan pertama di tempat kerja, serta melakukan pelaporan PAK	4A
18	Merencanakan program untuk meningkatkan kesehatan masyarakat termasuk kesehatan lingkungan	4A
19	Melaksanakan 6 program dasar Puskesmas: 1) promosi kesehatan, 2) Kesehatan Lingkungan, 3) KIA termasuk KB, 4) Perbaikan gizi masyarakat, 5) Penanggulangan penyakit: imunisasi, ISPA, Diare, TB, Malaria 6) Pengobatan dan penanganan kegawatdaruratan	4A
20	Pembinaan kesehatan usia lanjut	4A
21	Menegakkan diagnosis holistik pasien individu dan keluarga, dan melakukan terapi dasar secara holistik	4A
22	Melakukan rehabilitasi medik dasar	4A
23	Melakukan rehabilitasi sosial pada individu, keluarga, dan masyarakat	4A
24	Melakukan penatalaksanaan komprehensif pasien, keluarga, dan masyarakat	4A
SUPERVISI		
25	Mengetahui penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi dan pengendaliannya	4A
26	Mengetahui jenis vaksin beserta cara penyimpanan	4A

No	Ketrampilan	Tingkat Ketrampilan
	cara distribusi cara skrining dan konseling pada sasaran cara pemberian kontraindikasi efek samping yang mungkin terjadi dan upaya penanggulangannya	
27	Menjelaskan mekanisme pencatatan dan pelaporan	4A
28	Merencanakan, mengelola, monitoring, dan evaluasi asuransi pelayanan kesehatan misalnya BPJS, jamkesmas, jampersal, askes, dll	4A

Pembimbing (Dosen)

Selama menjalani kegiatan P3D di Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat, peserta P3D akan dibimbing oleh seorang dosen IKM dan seorang dosen lapangan. Dosen IKM adalah seorang dokter dan staf di Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat. Dosen Lapangan adalah seorang Kepala Puskesmas atau dokter fungsional di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung yang sudah mengikuti pelatihan dosen. Satu orang dosen akan membimbing maksimal 10 orang mahasiswa. Dosen bertugas membimbing, mengawasi dan memberi nilai kepada mahasiswa bimbingannya.

Proses Bimbingan

1. Masing-masing anggota kelompok memaparkan data terbaru (3-6 bulan atau 1 tahun terakhir) dan juga dinamika yang dihadapi dari pelaksanaan masing-masing program yang diamati. Anggota kelompok yang tidak maju menjadi audience dan mengamati serta menganalisis program yang sedang dipaparkan → 1 kali pertemuan bimbingan
2. Seluruh anggota kelompok mempresentasikan proses atau langkah-langkah dalam penentuan prioritas masalah yang diambil untuk menjadi rencana dalam pemecahan masalah. Termasuk mempresentasikan hasil kunjungan lapangan

dalam rangka mencari data langsung dari masyarakat. → 1 kali pertemuan bimbingan.

3. Presentasi pengamatan industri non formal oleh masing-masing grup serta rencana yang sudah dibuat dalam pemecahan masalah → 1 kali pertemuan bimbingan

Strategi Pembelajaran

Strategi pembelajaran yang digunakan dalam upaya pencapaian tujuan pendidikan P3D bagian IKM, meliputi :

Tabel 3 Struktur kegiatan pendidikan profesi dokter bagian ilmu kesehatan masyarakat

Kegiatan terstruktur dan terjadwal yang terdiri atas		Waktu
a.	<i>Expert Session.</i> Pemberian ilmu dan pengetahuan oleh ahli kesehatan masyarakat	10 jam
b.	<i>Case Report Session</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Case report</i> : laporan kegiatan lapangan (<i>Community Health Experiences</i>) sesuai dengan topik yang dibuat dan dipresentasikan oleh mahasiswa serta dinilai oleh dosen (4 kali, masing-masing 4 jam) • Dalam kegiatan tersebut, dosen IKM dapat memberikan masukan sesuai kebutuhan 	16 Jam
c.	<i>Community Health Teaching</i> (3 kali, masing-masing 4 jam, 2 jam, dan 4 jam) <ul style="list-style-type: none"> • Presentasi dan diskusi mahasiswa dengan dosen lapangan sebagai fasilitator 	10 jam
d.	<i>Community Health Experiences</i> (12 kali ,masing-masing 4 jam) <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian informasi dan pengarahan oleh dosen lapangan sebelum mahasiswa melakukan aktivitas lapangan. Selanjutnya mahasiswa melaksanakan metode untuk mengidentifikasi kondisi dan masalah manajemen Puskesmas dan masalah kesehatan serta potensi-potensi lokal masyarakat untuk pemecahan masalah setempat, menjelaskan cara pengelolaan sistem informasi di tingkat pelayanan kesehatan primer, menggali data yang terkait dengan determinan kesehatan yang meliputi aspek lingkungan, perilaku, keturunan , dan pelayanan kesehatan baik di Puskesmas, keluarga maupun masyarakat; merencanakan, melaksana dan mengevaluasi penyuluhan kelompok dan masyarakat 	48 jam

Kegiatan Mandiri		
e.	Kegiatan yang dilakukan oleh mahasiswa di luar jadwal yang telah ditetapkan setara dengan 3-6 jam setiap harinya. Lebih ditekankan pada kegiatan mencari informasi dan kegiatan yang melibatkan partisipasi masyarakat seperti : Posyandu, UKS, PIN, dll	

Tugas Dokter Muda Bagian IKM

Mempelajari dan mendiskusikan modul ini bersama anggota kelompok yang lainnya dengan merujuk kepada referensi yang ada.

Melalui kegiatan *community health experiences* mahasiswa di bawah supervisi dosen lapangan:

- menetapkan analisis masalah dan perilaku terhadap masalah kesehatan yang dihadapi
- menentukan target perilaku, sasaran dan tujuan penyuluhan (bila perlu dapat dilakukan kunjungan rumah)
- menyusun materi/isi pesan dan alat bantu (peraga)/media penyuluhan sesuai masalah dan latar belakang sasaran yang dihadapi
- melaksanakan kegiatan penyuluhan/*Mini C-Ex* (waktu, tempat, penanggung jawab)
- melakukan evaluasi terhadap kegiatan penyuluhan yang dilaksanakan (kehadiran, penerimaan informasi, dan sebagainya)
- melakukan analisis terhadap keadaan lingkungan industri non formal
- menyusun laporan tertulis kegiatan penyuluhan dan mendiskusikannya dengan dosen IKM
- melakukan penelitian berdasarkan data pada masing-masing upaya kesehatan yang diamati
- melakukan analisis faktor risiko kasus penyakit menular/tidak menular dan menentukan pendekatan *family medicine* terhadap kasus tersebut.

Tabel 4. Target Keterampilan Dokter Muda di Puskesmas

Keterampilan	Level	Target
Edukasi & komunikasi massa : Penyuluhan dalam dan luar gedung (Pengajian, RT/RW/Kelurahan/Kecamatan/Karang Taruna/LKMD, NGO)	4A	Dalam gedung 1x/orang Luar gedung : 1x/orang
Edukasi & komunikasi personal : dalam gedung dan luar gedung (Posyandu dan Posbindu)	4A	Sasaran penyuluhan (masing2 1x/orang): anak, remaja, ibu hamil/menyusui, geriatri, penyakit kronis dan usia produktif, industri kecil
Penulisan karya ilmiah dari hasil penelitian kesehatan masyarakat (Artikel)	4A	1 Topik/orang
Siklus pemecahan masalah dan intervensi masalah manajemen pelayanan dan kesehatan masyarakat (<i>Mini c-ex</i>)	4A	2 kegiatan/kelompok
Pendekatan kedokteran keluarga : menegakkan diagnosis & manajemen holistik & komprehensif pada pasien dan keluarga (<i>Home visite</i>)	4A	1 pasien/orang
Mampu membaca, memahami dan memberikan edukasi mengenai KMS & Imunisasi dasar (Posyandu)	4A	2 pasien/orang
Melaksanakan <i>Basic six</i>	4A	1 program/orang
Memahami prosedur pembiayaan kesehatan (JKN) melalui interview dengan pengguna dan penyedia jasa layanan kesehatan di puskesmas (Analisis kesenjangan)	4A	1 laporan/orang
Menerapkan siklus pemecahan masalah kesehatan dasar masyarakat (lingkungan, gizi, penyakit, kia & kb) di suatu desa	4A	1 kegiatan/kelompok

Evaluasi

Nilai berasal dari dosen lapangan dan bagian dengan mengacu pada:

- Absensi
- Form Ujian
- Logbook
- Laporan
- Kegiatan

Tata Tertib Mahasiswa

A. Tata Tertib Umum :

1. Mahasiswa mengikuti jadwal kegiatan P3D IKM sesuai dengan jadwal dan kelompok yang telah ditentukan oleh Koordinator P3D FK UNISBA
2. Mahasiswa diwajibkan melapor kepada Koordinator P3D IKM untuk mendapatkan penjelasan mengenai tata tertib, mendapatkan pembimbing (dosen) bagian maupun lapangan, mendapatkan buku pedoman kerja kepaniteraan (log book) dan penjelasan mengenai sistem pendidikan serta cara penilaian.
3. Mahasiswa diwajibkan melapor kepada dosen bagian, yang ditunjuk oleh koordinator P3D IKM, pada hari kedua rotasi P3D IKM.
4. Mahasiswa diwajibkan mengikuti acara pembekalan (*expert session*) yang dilaksanakan pada 1 hari pertama jadwal rotasi P3D IKM yang telah ditentukan.
5. Mahasiswa diwajibkan melapor ke Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung pada hari ke-2 rotasi yang ditentukan sekaligus mengikuti pembekalan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung.
6. Mahasiswa diwajibkan melapor kepada Kepala Puskesmas / dosen lapangan, yang ditunjuk Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung, setelah selesai mendapatkan pembekalan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bandung, sekaligus menjadi awal seluruh rangkaian kegiatan P3D IKM di puskesmas.
7. Mahasiswa diwajibkan mengikuti kegiatan – kegiatan, baik di puskesmas atau pun di bagian, yang telah ditentukan oleh Kepala Bagian P3D IKM FK UNISBA.
8. Setiap hari kegiatan di puskesmas diadakan absensi minimal 2 (dua) kali yaitu pada waktu datang dan pada selesai kegiatan.
9. Waktu kegiatan di puskesmas mengikuti jam kerja yang ada di puskesmas terkait, kecuali pada kondisi-kondisi tertentu yang disepakati bersama antara kepala puskesmas dan mahasiswa.
10. Meninggalkan tugas/kegiatan P3D harus dengan sepengetahuan Dosen (bagian dan lapangan).

11. Jika karena alasan tertentu (contoh: sakit) peserta P3D tidak dapat mengikuti kegiatan, diwajibkan kepada yang bersangkutan untuk memberi keterangan / membawa surat sakit. Surat tersebut sedapat mungkin diserahkan kepada dosen pada waktu yang bersangkutan tidak hadir.
12. Jika peserta tidak hadir dalam kegiatan P3D selama kurang dari atau sama dengan 3 (tiga) hari, peserta tetap dapat mengikuti kegiatan hingga menjalani ujian.
13. Ketidakhadiran lebih dari 3 (tiga) hari menyebabkan peserta P3D tidak dapat mengikuti ujian dan diharuskan mengulang rotasi penuh selama 5 (lima) minggu dengan jadwal yang telah diatur oleh koordinator P3D IKM.
14. Seluruh kegiatan di P3D IKM baik di puskesmas maupun bagian ditulis dalam buku kegiatan (*log book*) dan ditandatangani oleh preseptor lapangan dan bagian.

B. Tata tertib Khusus :

Untuk bisa mengikuti ujian, peserta harus sudah menyelesaikan tugas yang tercantum di buku log dan mendapat persetujuan tertulis dari dosen lapangan dan bagian

Tabel 5 Sistem penilaian pendidikan profesi dokter bagian ilmu kesehatan masyarakat

Dosen Puskesmas/IKM dan Dokter Muda	Kegiatan	Yang dinilai
Dosen Puskesmas	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Community health experiences</i> • <i>Community health teaching</i> • <i>Mini C-Ex</i> • Ujian 	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Puskesmas; pengumpulan, penggunaan data dan informasi bagi pengambilan keputusan • Rekam medis & Sistem Informasi Kesehatan di Puskesmas • Masalah Kesehatan : Identifikasi faktor – risiko • Perencanaan Penyuluhan berdasarkan masalah kesehatan yang diidentifikasi • Pembahasan hiperkes dan keselamatan kerja di tempat industri non formal

Dosen Puskesmas/IKM dan Dokter Muda	Kegiatan	Yang dinilai
Dosen IKM	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Case report Session</i> • <i>Mini C-Ex</i> • Ujian 	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen Puskesmas; pengumpulan, penggunaan data dan informasi bagi pengambilan keputusan • Rekam medis & Sistem Informasi Kesehatan di Puskesmas • Masalah Kesehatan : Identifikasi faktor – risiko • Perencanaan Penyuluhan berdasarkan masalah kesehatan yang diidentifikasi • Pembahasan hiperkes dan keselamatan kerja di tempat industri non formal • Pembahasan penelitian
Mahasiswa	Buku harian Aktivitas di masyarakat Kehadiran	<ul style="list-style-type: none"> • Persiapan dan presentasi saat Mini C-Ex • Ujian akhir dari 2 orang Dosen IKM

Tabel 6. Perhitungan Penilaian bagian IKM

KOMPONEN	INSTRUMEN	BOBOT
<i>Community health teaching</i>	<i>Log Book Dosen</i>	20%
<i>Case report</i>	<i>Log Book Dosen</i>	30%
<i>Mini CEX</i>	<i>Log Book Dosen</i>	20%
<i>Final Examination</i>	<i>Form Final Examination</i>	30%
TOTAL		100%

Tabel 7. Skala Penilaian Bagian IKM

RANGE	HURUF MUTU
≤ 44	E
45 – 55	D
56 – 59	C
60 – 63	C+

RANGE	HURUF MUTU
64 – 67	B-
68 – 71	B
72- 75	B+
76 – 79	A-
≥ 80	A

Mahasiswa dinyatakan lulus bila nilai minimal B atau ≥ 68



BAB 3

PENGANTAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Dadi S. Argadiredja, Nurul Romadhona

Ilmu Kesehatan Masyarakat (*Public Health*) oleh Winslow (1925) disebut sebagai: “ *The science and art of :*

(1) *Preventing diseases*

(2) *Prolonging life and*

(3) *Promoting physical health and efficiency through organized community effort for:*

(a) *The sanitation of the environment*

(b) *The control of community infections*

(c) *The education of the individual in principles of personal hygiene*

(d) *The organization of medical and nursing service for early diagnosis and preventive treatment of disease and*

(e) *The development of social machinery which will ensure to every individual in the community a standard of living adequate for the maintenance of health.*

So organizing these benefits as to enable every citizen to realize his birthright of health and longevity.”

Definisi yang lebih singkat dan baru dikemukakan oleh Last (1988) yaitu sebagai berikut ”*Effort organized by society to protect,promote and restore the people’s health .It is the combination of science, skill and belief that is directed to the mintenance and improvement of the the health of the people through collective or social action“.* Dari kedua definisi tersebut tercermin apa itu ilmu kesehatan

Masyarakat (*Public Health*) ,tujuannya, dan apa yang dikerjakan bagi kesehatan masyarakat.

Tujuan utama (*ultimate goal*) dari Public Health adalah 1) *Preventing diseases* atau Pencegahan penyakit dan 2) *Health promotion* atau Promosi kesehatan. Menurut *World Health Organization (WHO)* ada 10 kegiatan yang disebut *Essential Public Health* yaitu –

- 1) Monitor status kesehatan untuk identifikasi problem kesehatan masyarakat.
- 2) Diagnosa dan menyelidiki masalah kesehatan dan bahaya terhadap kesehatan masyarakat.
- 3) memberikan informasi yang mendidik dan memperkuat masyarakat tentang isu kesehatan.
- 4) Mobilisasi partisipasi masyarakat untuk menemukan dan memecahkan masalah kesehatan.
- 5) Mengembangkan kebijakan dan rencana yang menyokong upaya kesehatan individu dan masyarakat.
- 6) Memperkuat aturan dan perundangan untuk melindungi masyarakat dalam kesehatan dan keselamatan.
- 7) Menghubungkan masyarakat dengan pelayanan kesehatan bila belum ada
- 8) Menjamin adanya tenaga kesehatan.
- 9) Evaluasi efektifitas jangkauan dan kualitas perorangan dan masyarakat.
- 10) Penelitian dan pandangan-pandangan baru dan inovasi solusi problem kesehatan.

Levael and Clark membagi praktek kedokteran atas dua bagian yaitu 1) *Medical & Dental practice* dan 2) *Public health practice* . Kegiatan ad 1) ditujukan untuk kesehatan individu dan keluarga sedangkan yang no2) untuk group dan masyarakat,

Ilmu kesehatan Masyarakat berkaitan erat dengan berbagai ilmu terutama Epidemiologi, Biostatistik, Biologi & Fisika, Ilmu-ilmu social dan Demografi. Tadi disebutkan tujuan utama dari Public health adalah *Disease prevention* dan *Health promotion*. Adapun *Disease prevention* terdiri dari 1) *Primary prevention* yaitu *general and specific protection* 2) *Secondary prevention* yaitu *Early Diagnosis and prompt treatment* dan 3) *Tertiary prevention* yaitu *Disability limitation and Rehabilitation*. Saat ini WHO mengemukakan tingkat prevention baru yang disebut *Primordial prevention*. Pencegahan ini biasanya berbentuk kebijakan, peraturan atau larangan yang dikeluarkan jauh sebelum penyakit timbul.

Pelayanan Kesehatan di suatu Negara diatur dengan Sistem Kesehatan, demikian pula di Indonesia. Pelayanan kesehatan diatur dengan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) dan dirinci lebih jauh dengan Sistem Kesehatan Daerah. Pelayanan Kesehatan dibagi dalam 3 strata/ tingkat. Strata pertama adalah Puskesmas, Klinik, Dokter praktek perorangan. Upaya kesehatan di Puskesmas terdiri dari Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) terdiri dari UKM esensial (KIA?KB, Gizi, P2P, Promkes dan Kesling) dan program pengembangan. Untuk UKP terdiri dari Rawat Jalan, Rawat inap, Gawat Drurat, *One day care* dan *Home care*

Dalam P3D stase IKM para dokter muda akan ditempatkan di Puskesmas dimana akan dipelajari manajemen, mencari masalah kesehatan dan pemecahannya dari *Community health, Family medicine dan Industrial Health*

BAB 4

MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN PUSKESMAS

Susan Fitriyana, R. Kince Sakinah, Yuli Susanti, Siska Nia Irasanti, R. Ganang
Ibnusantosa, Nurul Romadhona

Kesehatan sebagai salah satu kebutuhan dasar dari manusia harus dapat dijamin oleh negara. Sejalan dengan amanat dari Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 pasal 28 H, setiap warga negara Indonesia berhak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan untuk menciptakan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Negara dalam hal ini pemerintah harus dapat memenuhi kebutuhan masyarakat akan kesehatan dalam bentuk pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh pemerintah pada hakikatnya merupakan segala bentuk kegiatan pelayanan baik oleh manusia, maupun mesin yang bertujuan untuk memberikan kepuasan mengenai kesehatan pada masyarakat.

Pusat Kesehatan Masyarakat, atau yang disingkat dengan Puskesmas, merupakan implementasi pemerintah dalam pemenuhan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan di lini pertama yang langsung berhadapan dengan masalah kesehatan di masyarakat diharapkan dapat memenuhi tuntutan masyarakat untuk dapat hidup sehat dan bebas dari penyakit. Untuk mewujudkan hal tersebut, maka titik utama pelayanan puskesmas berada pada pelayanan kesehatan yang bersifat preventif dan promotif tanpa mengabaikan fungsi kuratif dan rehabilitatif.

Saat ini di Indonesia tengah mengalami masalah kesehatan *triple burden*, negara ini masih dilanda masalah penyakit infeksi, penyakit tidak menular (PTM) dan penyakit yang seharusnya sudah teratasi. Masalah kesehatan ini merupakan sebuah tantangan besar bagi puskesmas untuk mengatasinya. Wilayah kerja yang luas,

Sumber Daya Manusia (SDM) yang terbatas, ketersediaan obat-obatan yang terbatas menjadi masalah lain bagi puskesmas untuk mengatasi permasalahan kesehatan. Pengelolaan puskesmas yang efektif dan efisien untuk mengoptimalkan potensi puskesmas diharapkan bisa menjadi solusi bagi puskesmas untuk mengatasi masalah kesehatan tersebut di tengah-tengah keterbatasan.

Bab pada buku ini akan membahas mengenai proses manajerial dalam mengelola puskesmas.

PELAYANAN KESEHATAN

Azrul Azwar (1996) mendefinisikan pelayanan kesehatan sebagai sebuah upaya yang diselenggarakan oleh sendiri/bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat. Undang-Undang RI Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan mendefinisikan pelayanan kesehatan sebagai suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelaksanaan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitasi yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah dan/atau masyarakat.

Levey dan Looma (1973) mengemukakan batasan pelayanan kesehatan meliputi usaha sendiri, usaha Lembaga atau organisasi, memiliki tujuan yang ingin dicapai, lingkup program dan sasaran pelayanan. Usaha sendiri diartikan sebagai usaha pelayanan kesehatan yang bisa dilakukan sendiri, seperti praktek dokter mandiri. Usaha Lembaga atau organisasi diartikan sebagai usaha pelayanan kesehatan yang dilakukan secara kelembagaan atau organisasi kesehatan di tempat pelayanan, seperti pelayanan kesehatan masyarakat di puskesmas. Tujuan utama yang ingin dicapai dari pelayanan kesehatan adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan

masyarakat. Lingkup program merupakan lingkup pelayanan kesehatan yang meliputi kegiatan pemeliharaan kesehatan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan atau gabungan dari semuanya. Sasaran pelayanan dari tiap-tiap pelayanan kesehatan bergantung pada program yang akan dilaksanakan oleh pelayanan kesehatan tersebut. Sasaran pelayanan bisa untuk perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat secara umum.

PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT (PUSKESMAS)

Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 75 tahun 2014 mendefinisikan Pusat Kesehatan Masyarakat, yang kemudian disingkat dengan puskesmas, sebagai fasilitas kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Puskesmas didirikan di setiap kecamatan. Dalam kondisi tertentu satu kecamatan dapat didirikan lebih dari satu puskesmas. Kondisi tersebut berdasarkan kepada pertimbangan kebutuhan pelayanan, jumlah penduduk dan aksesibilitas.

Prinsip penyelenggaraan Puskesmas terdiri atas:

1. Paradigma sehat, yaitu puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi resiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat
2. Pertanggungjawaban wilayah, yaitu puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.
3. Kemandirian masyarakat, yaitu puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

4. Pemerataan, yaitu puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang dapat diakses dan dijangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan.
5. Teknologi tepat guna, yaitu puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.
6. Keterpaduan dan kesinambungan, yaitu puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan system rujukan yang didukung dengan manajemen puskesmas.

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Dalam rangka pemenuhan tugas tersebut, puskesmas menyelenggarakan fungsi Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) tingkat pertama di wilayah kerjanya.

Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok dan masyarakat. Berikut ini merupakan wewenang puskesmas untuk menyelenggarakan UKM tingkat pertama:

- a. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan;
- b. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan;
- c. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan;

- d. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait;
- e. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat;
- f. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas;
- g. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan;
- h. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan; dan
- i. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.

UKM tingkat pertama meliputi Upaya Kesehatan Masyarakat Esensial dan Pengembangan. Upaya Kesehatan Masyarakat Esensial harus diselenggarakan oleh setiap puskesmas untuk mendukung pencapaian standar pelayanan minimal kabupaten/kota bidang kesehatan. Upaya Kesehatan Masyarakat Esensial meliputi :

- a. Pelayanan Promosi Kesehatan
- b. Pelayanan Kesehatan Lingkungan
- c. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak dan Keluarga Berencana
- d. Pelayanan Gizi
- e. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Upaya Kesehatan Masyarakat Pengembangan merupakan upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya memerlukan upaya yang sifatnya inovatif dan/atau bersifat ekstensifikasi dan intensifikasi pelayanan, disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di masing-masing puskesmas.

Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit dan memulihkan kesehatan perorangan. Berikut merupakan wewenang puskesmas dalam menyelenggarakan UKP:

- a. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dasar secara komprehensif, berkesinambungan dan bermutu;
- b. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya promotif dan preventif;
- c. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang berorientasi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat;
- d. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan keamanan dan keselamatan pasien, petugas dan pengunjung;
- e. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi;
- f. Melaksanakan rekam medis;
- g. Melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap mutu dan akses Pelayanan Kesehatan;
- h. Melaksanakan peningkatan kompetensi Tenaga Kesehatan;
- i. Mengoordinasikan dan melaksanakan pembinaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama di wilayah kerjanya; dan
- j. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan
- k. Sistem Rujukan.

UKP tingkat pertama terdiri dari :

1. Rawat Jalan
2. Pelayanan Gawat Darurat

3. Pelayanan Satu Hari (*One day care*)
4. *Home care*, dan/atau
5. Rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan.

Puskesmas didukung oleh jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan aksesibilitas pelayanan. Jaringan pelayanan Puskesmas terdiri atas:

- a. Puskesmas pembantu, memberikan pelayanan kesehatan secara permanen di suatu lokasi dalam wilayah kerja Puskesmas.
- b. Puskesmas keliling, memberikan pelayanan kesehatan yang sifatnya bergerak (*mobile*), untuk meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan bagi masyarakat di wilayah kerja Puskesmas yang belum terjangkau oleh pelayanan dalam gedung Puskesmas.
- c. Bidan desa, merupakan bidan yang ditempatkan dan bertempat tinggal pada satu desa dalam wilayah kerja Puskesmas.

Jejaring fasilitas pelayanan kesehatan terdiri atas klinik, rumah sakit, apotek, laboratorium, dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya.

Dalam rangka pemenuhan pelayanan kesehatan yang didasarkan pada kebutuhan dan kondisi masyarakat, puskesmas dapat dikategorikan berdasarkan karakteristik wilayah kerja dan kemampuan penyelenggaraan. Berikut merupakan pembagian kategori puskesmas berdasarkan karakteristik wilayah kerja:

- a. **Puskesmas kawasan perkotaan**, yaitu puskesmas yang wilayah kerjanya meliputi Kawasan yang memenuhi paling sedikit 3 dari 4 kawasan perkotaan sebagai berikut:
 1. Aktivitas lebih dari 50% penduduknya pada sector non agraris, terutama pada industry, perdagangan dan jasa.

2. Memiliki fasilitas perkotaan antara lain sekolah radius 2,5 km, pasar radius 2 km, memiliki rumah sakit radius kurang dari 5 km, memiliki bioskop atau hotel
3. Lebih dari 90% rumah tangga memiliki listrik, dan
4. Terdapat akses jalan raya dan transportasi menuju fasilitas perkotaan

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh puskesmas Kawasan perkotaan memiliki karakteristik sebagai berikut :

1. Memprioritaskan pelayanan UKM. Pelayanan Upaya Kesehatan Masyarakat Esensial yang dilaksanakan di puskesmas ini berkolaborasi dengan bagian keperawatan kesehatan masyarakat untuk menyelenggarakan pelayanan berikut :

- a. Pelayanan promosi kesehatan termasuk UKS
- b. Pelayanan kesehatan lingkungan
- c. Pelayanan KIA-KB yang bersifat UKM
- d. Pelayanan gizi yang bersifat UKM
- e. Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit
- f. Pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat

Pelayanan UKM pengembangan yang dilakukan puskesmas dapat meliputi pelayanan berikut :

- a. Pelayanan kesehatan jiwa
- b. Pelayanan kesehatan gigi masyarakat
- c. Pelayanan kesehatan tradisional komplementer
- d. Pelayanan kesehatan olahraga
- e. Pelayanan kesehatan indera
- f. Pelayanan kesehatan lansia
- g. Pelayanan kesehatan kerja

- h. Pelayanan kesehatan lainnya
2. Pelayanan UKM dilaksanakan dengan melibatkan partisipasi masyarakat
3. Pelayanan UKP dilaksanakan oleh puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah atau masyarakat. Kegiatan di pelayanan UKP meliputi :
 - a. Pelayanan pemeriksaan umum
 - b. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut
 - c. Pelayanan KIA-KB yang bersifat UKP
 - d. Pelayanan gawat darurat
 - e. Pelayanan gizi yang bersifat UKP
 - f. Pelayanan persalinan
 - g. Pelayanan rawat inap untuk Puskesmas yang menyediakan pelayanan rawat inap
 - h. Pelayanan kefarmasian
 - i. Pelayanan laboratorium
4. Optimalisasi dan peningkatan kemampuan jaringan pelayanan puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan, terdiri dari :
 - a. Puskesmas Pembantu
 - b. Puskesmas Keliling
 - c. Bidan Desa
 - d. Jejaring fasilitas pelayanan kesehatan
5. Pendekatan pelayanan yang diberikan berdasarkan kebutuhan dan permasalahan yang sesuai dengan pola kehidupan masyarakat perkotaan.

b. **Puskesmas kawasan pedesaan**, yaitu puskesmas yang wilayah kerjanya meliputi kawasan yang memenuhi paling sedikit 3 dari 4 kawasan pedesaan sebagai berikut:

1. Aktifitas lebih dari 50% penduduk pada sektor agraris
2. Memiliki fasilitas antara lain sekolah radius lebih dari 2,5 km, pasar dan perkotaan lebih dari 2 km, rumah sakit radius lebih dari 5 km, tidak memiliki fasilitas berupa bioskop atau hotel
3. Rumah tangga dengan listrik kurang dari 90%, dan
4. Terdapat akses jalan dan transportasi menuju fasilitas

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh puskesmas kawasan pedesaan memiliki karakteristik sebagai berikut :

1. Pelayanan UKM dilaksanakan dengan melibatkan partisipasi masyarakat. Pelayanan UKM esensial yang dilaksanakan di puskesmas ini berkolaborasi dengan bagian keperawatan kesehatan masyarakat untuk menyelenggarakan pelayanan berikut :
 - a. Pelayanan promosi kesehatan termasuk UKS
 - b. Pelayanan kesehatan lingkungan
 - c. Pelayanan KIA-KB yang bersifat UKM
 - d. Pelayanan gizi yang bersifat UKM
 - e. Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit
 - f. Pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat

Pelayanan UKM pengembangan yang dilakukan puskesmas dapat meliputi pelayanan berikut :

- a. Pelayanan kesehatan jiwa
- b. Pelayanan kesehatan gigi masyarakat

- c. Pelayanan kesehatan tradisional komplementer
 - d. Pelayanan kesehatan olahraga
 - e. Pelayanan kesehatan indera
 - f. Pelayanan kesehatan lansia
 - g. Pelayanan kesehatan kerja
 - h. Pelayanan kesehatan lainnya
2. Pelayanan UKP dilaksanakan oleh puskesmas dan fasilitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh masyarakat. Kegiatan di pelayanan UKP meliputi :
- a. Pelayanan pemeriksaan umum
 - b. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut
 - c. Pelayanan KIA-KB yang bersifat UKP
 - d. Pelayanan gawat darurat
 - e. Pelayanan gizi yang bersifat UKP
 - f. Pelayanan persalinan
 - g. Pelayanan rawat inap untuk Puskesmas yang menyediakan pelayanan rawat inap
 - h. Pelayanan kefarmasian
 - i. Pelayanan laboratorium
 - j. Optimalisasi dan peningkatan kemampuan jaringan pelayanan puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan
3. Pendekatan pelayanan yang diberikan menyesuaikan dengan pola kehidupan masyarakat pedesaan.

- c. **Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil**, yaitu puskesmas yang wilayah kerjanya meliputi kawasan dengan karakteristik sebagai berikut:

1. Berada di wilayah yang sulit dijangkau atau rawan bencana, pulau kecil, gugus pulau atau pesisir
 2. Akses transportasi umum rutin 1 kali dalam 1 minggu, jarak tempuh pulang pergi dari ibukota kabupaten memerlukan waktu lebih dari 6 jam, dan transportasi yang ada sewaktu-waktu dapat terhalang iklim atau cuaca
 3. Kesulitan pemenuhan bahan pokok dan kondisi keamanan yang tidak stabil
- Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil memiliki karakteristik sebagai berikut :
1. Memberikan pelayanan UKM dan UKP dengan penambahan kompetensi tenaga kesehatan
 2. Dalam pelayanan UKP dapat dilakukan penambahan kompetensi dan kewenangan tertentu bagi dokter, perawat dan bidan.
 3. Pelayanan UKM diselenggarakan dengan memperhatikan kearifan local
 4. Pendekatan pelayanan yang diberikan menyesuaikan dengan pola kehidupan masyarakat di kawasan terpencil dan sangat terpencil
 5. Optimalisasi dan peningkatan kemampuan jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan
 6. Pelayanan UKM dan UKP dapat dilaksanakan dengan pola gugus pulau/cluster dan/atau pelayanan kesehatan bergerak untuk meningkatkan aksesibilitas.

Klasifikasi puskesmas berdasarkan kemampuan penyelenggaraan terbagi menjadi :

- a. Puskesmas non rawat inap, yaitu puskesmas tidak menyelenggarakan pelayanan rawat inap, kecuali pertolongan persalinan normal.

- b. Puskesmas rawat inap, yaitu puskesmas yang diberi tambahan sumber daya untuk menyelenggarakan pelayanan rawat inap, sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan.

MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN DI PUSKESMAS

Manajemen berasal dari kata *to manage* yang memiliki arti mengatur (mengelola). *George R Terry* mendefinisikan manajemen sebagai suatu proses yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengawasan yang untuk mencapai suatu tujuan yang telah ditentukan melalui pemanfaatan sumber daya manusia lainnya. Keterlibatan manusia yang sering kali bersifat dinamis dan sumber daya yang terbatas sehingga untuk mencapai suatu tujuan, pelaksanaan proses manajerial membutuhkan perpaduan antara ilmu pengetahuan dan seni. Ilmu pengetahuan yang memberikan wawasan tentang cara untuk mengelola dan seni yang merupakan bentuk kreativitas untuk melengkapi pelaksanaan ilmu untuk mengelola.

Manajemen pelayanan kesehatan dapat diartikan sebagai suatu proses yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan yang melibatkan manusia dan sumber daya untuk menghasilkan sebuah pelayanan berbasis kesehatan kepada masyarakat.

Pelaksanaan manajemen yang baik dibutuhkan untuk semua tipe kegiatan dalam organisasi, baik organisasi besar atau kecil, organisasi pemerintah atau swasta, dan baik yang diterapkan dalam pekerjaan umum, hiburan, kesenian, ataupun dalam pelayanan kesehatan dalam rumah sakit ataupun puskesmas (Hatmoko, 2006).

Terdapat lima pendekatan yang dapat digunakan untuk mengkaji fungsi dan unsur manajemen dalam mempelajari manajemen kesehatan, diantaranya:

a. *Management by objective*

Management by objective, disebut juga dengan *management by result*, menekankan kepada pentingnya peranan tujuan dalam perencanaan yang efektif. Indikator dari tujuan (sasaran) organisasi yang baik maka harus bersifat *specific* (jelas), *measurable* (dapat diukur), *attainable* (realistis dan bisa dijalankan oleh organisasi), *relevant* (sasaran harus mendukung visi dan misi besar organisasi), *time bound* (berbatas waktu).

Kepala puskesmas sebagai seorang manajer, harus dapat memahami visi dan misi puskesmas yang dipimpinnya dan mampu mengajak staf puskesmas untuk menerjemahkan visi dan misi tersebut ke dalam rencana strategis puskesmas dan rencana operasional masing-masing program. Seorang kepala puskesmas harus dapat menerjemahkan visi dan misi puskesmas ke dalam semua kegiatan operasional yang dilaksanakan oleh semua staf puskesmas.

b. *Management is how to work with others*

Fungsi manajemen dapat dipelajari melalui proses kerja sama yang terjadi antara pimpinan dengan stafnya dalam mencapai tujuan organisasi. Contohnya adalah untuk melaksanakan program pemberantasan dan pencegahan penyakit, pemegang program di puskesmas tidak dapat bekerja sendiri. Perlu berkolaborasi dengan pemegang program lain seperti bagian promosi kesehatan untuk mensosialisasikan mengenai cara untuk pencegahan penyakit agar tujuan untuk pencegahan penyakit menular dapat terlaksana.

c. Manajemen ditinjau dari aspek perilaku manusia

Manusia merupakan sumber daya utama manajemen. Perbedaan dan keunikan dari tiap individu menjadikan manusia sebagai sumber daya yang bersifat dinamis. Karakteristik dari tiap individu yang tergabung dalam suatu organisasi akan membentuk suatu perilaku organisasi. Pengelolaan sumber daya manusia melalui pendekatan perilaku organisasi dapat mengoptimalkan potensi dari sumber daya manusia untuk mencapai tujuan organisasi.

d. Manajemen sebagai suatu proses

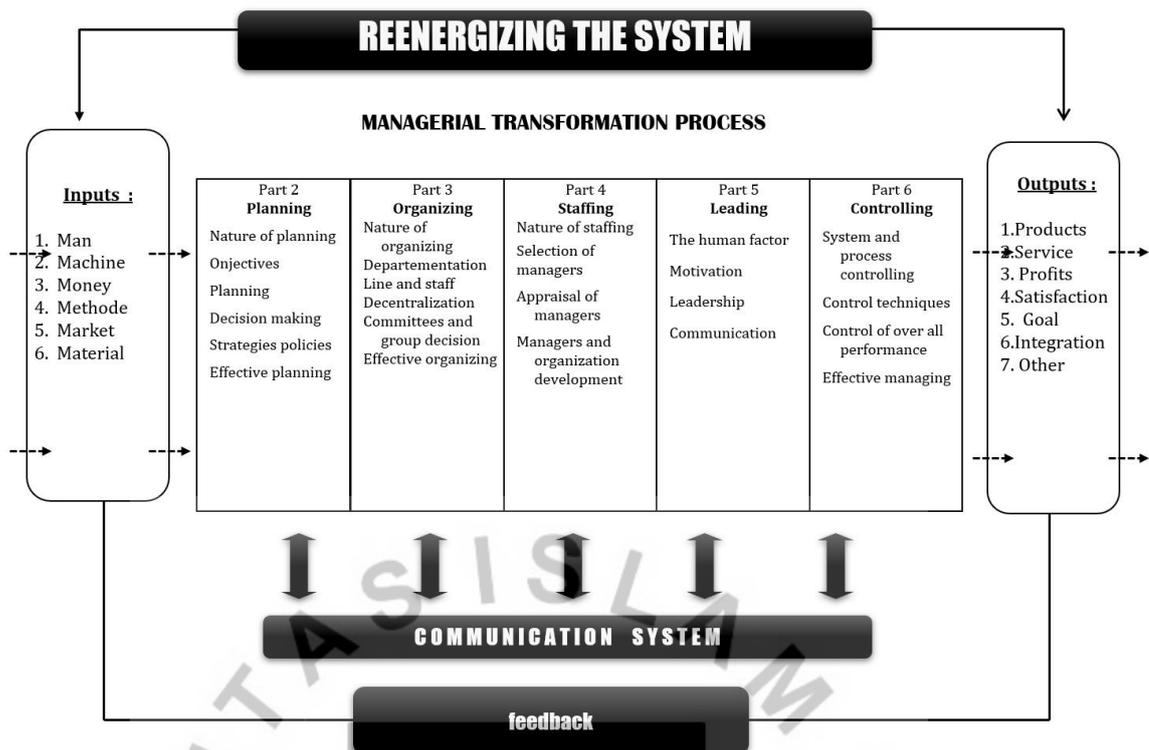
Manajemen merupakan sebuah serangkaian proses untuk menghasilkan sebuah *outcome*.

Input yang berada di puskesmas dapat meliputi :

1. *Man*, sumber daya manusia yang berada di puskesmas
2. *Money*, pendanaan dalam melaksanakan program di puskesmas
3. *Methode*, metode yang digunakan dalam penerapan program
4. *Market*, sasaran program di puskesmas

Outcome yang dihasilkan dalam proses manajerial di puskesmas berupa “goal”, yang diterjemahkan menjadi pencapaian (cakupan) program atau dalam bentuk output program.

Rangkaian proses transformasi manajerial untuk mengelola input menjadi sebuah *outcome* yang diharapkan dapat dilihat pada *logic model* berikut ini :



Gambar 1. Logic Model

e. Manajemen sebagai ilmu terapan

Manajemen sebagai ilmu terapan, artinya aplikasi manajemen harus dapat diterapkan organisasi untuk mencapai tujuannya. Hal ini berarti bahwa manajemen bersifat dinamis, tidak kaku dan mampu mengikuti perkembangan jaman maupun perkembangan kondisi sosial di masyarakat.

Perencanaan (*planning*)

Perencanaan merupakan suatu proses membandingkan, menilai dan memilih alternative yang lebih baik dari kegiatan yang dilakukan dalam rangka mencapai tujuan bersama. Perencanaan dapat diartikan juga sebagai proses untuk mendefinisikan tujuan organisasi, membuat strategi untuk mencapai tujuan itu, dan mengembangkan rencana aktivitas kerja organisasi.

Untuk mencapai tujuan puskesmas, maka kepala puskesmas dan petugas puskesmas harus merencanakan beberapa program kerja. Perencanaan program kerja tersebut dilaksanakan di awal tahun sehingga dapat menjadi acuan aktifitas puskesmas selama setahun ke depan.

T. Hani Handoko menyebutkan bahwa tahapan perencanaan meliputi :

1. Menetapkan tujuan atau sasaran
2. Merumuskan keadaan saat ini
3. Mengidentifikasi segala kemudahan dan hambatan
4. Mengembangkan rencana atau serangkaian kegiatan untuk pencapaian tujuan.

Perencanaan yang baik harus dapat menjawab 6 pertanyaan yang disebut sebagai unsur-unsur perencanaan, yaitu (Manullang M, 2001):

1. Tindakan apa yang harus dilakukan.
2. Apa sebabnya tindakan tersebut harus dilakukan.
3. Dimana tindakan tersebut dilakukan.
4. Kapan tindakan tersebut dilakukan.
5. Siapa yang akan melakukan tindakan tersebut.
6. Bagaimana cara melaksanakan tindakan tersebut.

Marwan Asri dan John Suprihanto (1986) menyebutkan bahwa perencanaan dapat dikategorikan menjadi berbagai jenis, diantaranya :

1. Menurut jangka waktunya

Menurut jangka waktunya, perencanaan dapat dikelompokkan menjadi:

- a. Perencanaan menengah: jangka waktu 1-2 tahun.
 - b. Perencanaan jangka pendek: jangka waktu 1 tahun atau kurang.
 - c. Perencanaan jangka panjang. jangka waktu 5 tahun atau lebih.
2. Menurut ruang lingkungnya

Menurut ruang lingkungnya, perencanaan dapat dibagi menjadi 3 macam:

- a. Perencanaan fisik.
- b. Perencanaan fungsional.
- c. Perencanaan menyeluruh.

Pengorganisasian (*Organizing*)

Organisasi merupakan keseluruhan proses pengelompokan orang, alat-alat, tugas, tanggung jawab dan wewenang sedemikian rupa sehingga tercipta suatu organisasi yang dapat digerakkan sebagai suatu kesatuan dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditentukan. Pengorganisasian diartikan sebagai suatu pekerjaan untuk membagi tugas, mendelegasikan otoritas, dan menetapkan aktivitas yang dilakukan oleh manajer pada seluruh hierarki organisasi.

Tahapan dalam pengorganisasian meliputi :

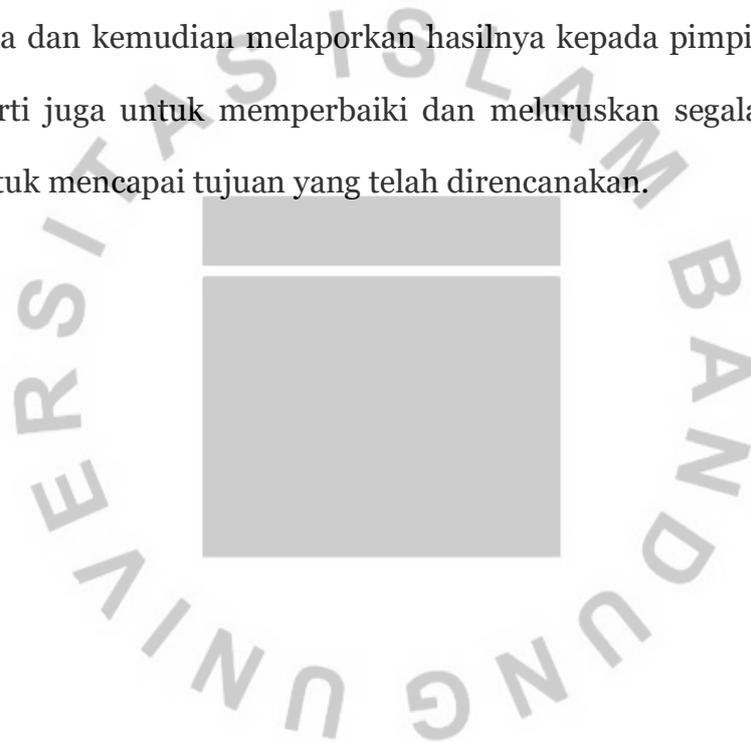
1. Mengetahui dengan jelas tujuan yang hendak dicapai
2. Deskripsi pekerjaan yang harus dioperasikan dalam aktivitas tertentu.
3. Klasifikasi aktivitas dalam kesatuan yang praktis
4. Memberikan rumusan yang realistis mengenai kewajiban yang hendak diselesaikan, sarana dan prasarana fisik, serta lingkungan yang diperlukan untuk setiap aktivitas yang hendak dioperasikan
5. Menunjukkan sumber daya manusia yang menguasai bidang keahliannya
6. Mendelegasikan otoritas apabila dianggap perlu kepada bawahan yang ditunjuk.

Penggerakkan (*Actuating*)

Penggerakkan dapat diartikan sebagai aspek hubungan manusiawi dalam kepemimpinan yang mengikat para bawahan untuk bersedia mengerti dan menyumbangkan tenaganya secara efektif serta efisien untuk mencapai tujuan. Hal yang dibutuhkan dalam proses ini adalah kepemimpinan (*leadership*).

Pengawasan (*Controlling*)

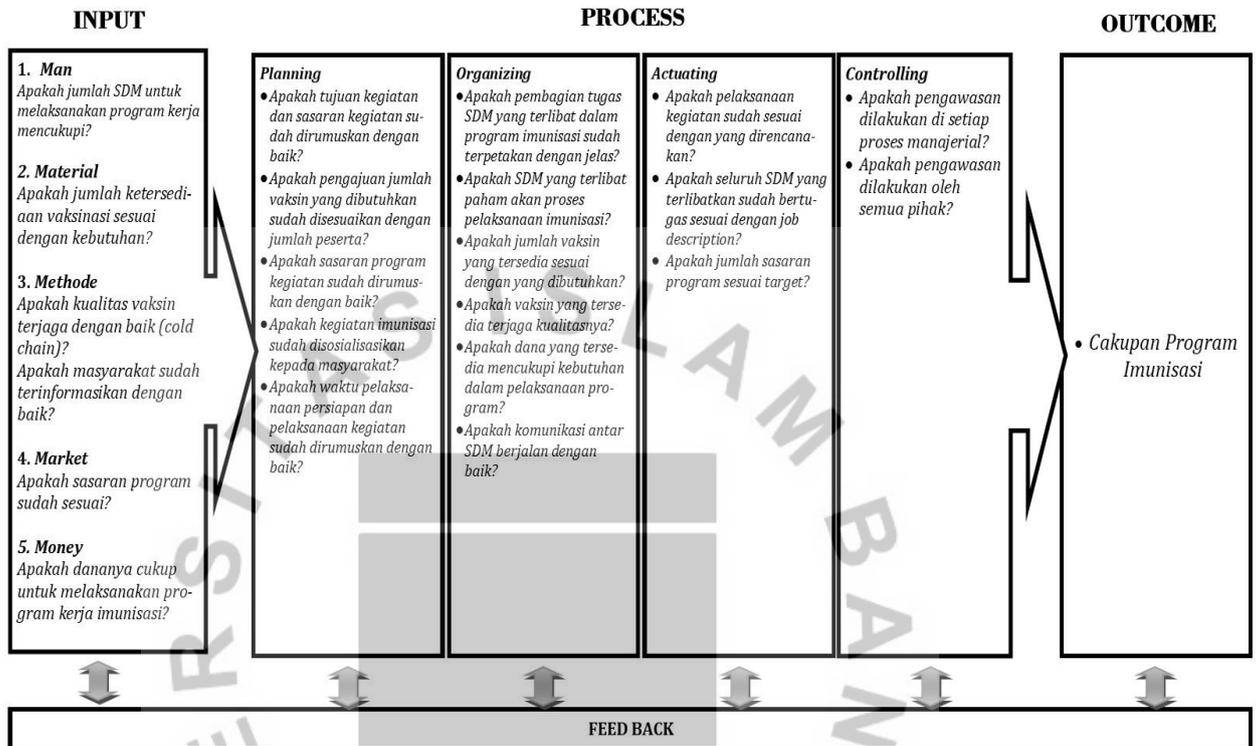
Pelaksanaan pengawasan dalam proses manajerial bertujuan untuk memastikan bahwa pelaksanaan suatu program atau rencana sudah mengacu kepada tujuan organisasi yang telah ditetapkan. Pelaksanaan suatu rencana atau program tanpa diiring dengan pengawasan yang baik dan berkesinambungan akan mengakibatkan keterlambatan atau bahkan kegagalan dalam mencapai sasaran dan tujuan yang telah ditentukan. Pengawasan tidak hanya berarti melihat dan memperhatikan sesuatu dengan seksama dan kemudian melaporkan hasilnya kepada pimpinan, akan tetapi mengandung arti juga untuk memperbaiki dan meluruskan segala penyimpangan yang terjadi untuk mencapai tujuan yang telah direncanakan.



STUDI KASUS MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN

Anda adalah seorang dokter muda yang sedang bertugas di Puskesmas X. Berdasarkan laporan puskesmas tahun 2017 anda menemukan beberapa masalah dalam pelaksanaan program puskesmas. Salah satunya adalah mengenai cakupan imunisasi yang tidak memenuhi target.

Sebagai seorang dokter muda, lakukan analisis masalah mengenai cakupan imunisasi yang belum memenuhi target!



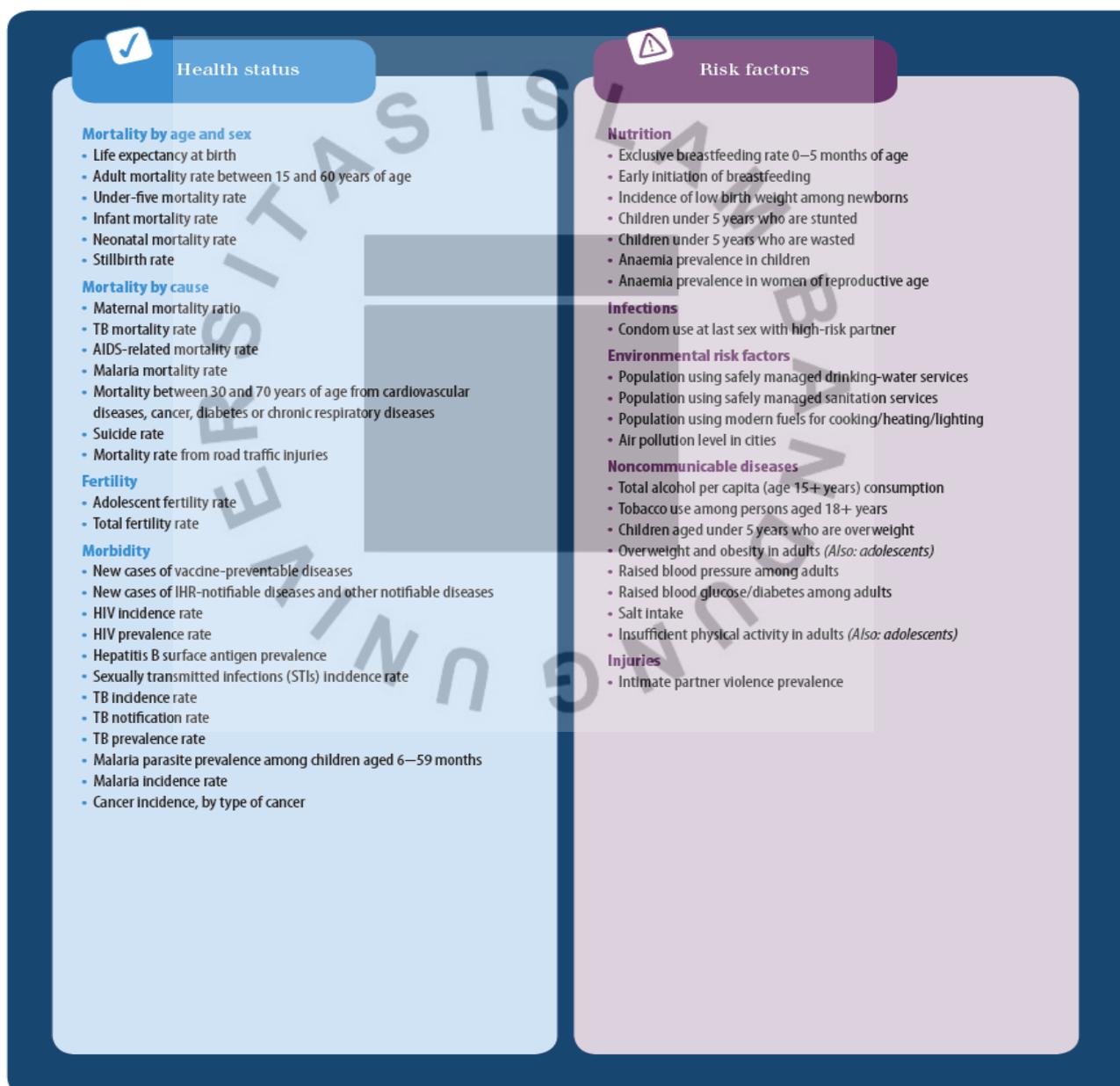
Gambar 2. Studi Kasus Manajemen Pelayanan Kesehatan

BAB 5

INDIKATOR KESEHATAN

Eka Nurhayati, Fajar Awalia Yulianto, dan Budiman

Indikator kesehatan adalah variabel yang dipergunakan sebagai standard untuk menilai derajat kesehatan masyarakat. *Global Reference List of 100 Core Health Indicators* diterbitkan WHO pada tahun 2015



Gambar 3. Global Reference List of 100 Core Health Indicators (a)



Gambar 4 Global Reference List of 100 Core Health Indicators (b)

Indikator yang digunakan untuk menilai derajat kesehatan masyarakat secara umum adalah angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas). Angka

kesakitan dibagi dua yaitu frekuensi absolut dan frekuensi relatif. Frekuensi absolut yang paling sederhana adalah jumlah kejadian (contoh: Jumlah penderita penyakit, jumlah kematian) yang didapat dengan cara mencacah. Frekuensi relatif didapatkan dengan cara membandingkan numerator dan denominator (penyebut dan pembilang) dimana yang banyak digunakan adalah insidensi (jumlah kasus baru dibagi dengan populasi berisiko dalam populasi terbuka dalam suatu waktu pengamatan) dan prevalensi (jumlah orang yang menderita penyakit tertentu dibagi dengan populasi berisiko dalam populasi terbuka dalam suatu waktu pengamatan), keduanya dapat dilakukan dalam populasi yang terbuka.

Tabel 8. Perbedaan Insidensi dan Prevalensi

Insidensi	Prevalensi
<ul style="list-style-type: none"> • Hanya menghitung kasus baru • Tingkat tidak bergantung durasi rata-rata penyakit • Dapat diukur sebagai <i>rate</i> atau proporsi • Merefleksikan kemungkinan menjadi penyakit sepanjang waktu • Lebih disukai bila melakukan studi etiologi penyakit 	<ul style="list-style-type: none"> • Menghitung kasus yang ada (kasus baru dan lama) • Bergantung pada rata-rata lama (durasi) sakit dan insidensi • Selalu diukur sebagai proporsi • Merefleksikan kemungkinan terjadi penyakit pada satu waktu tertentu • Lebih disukai bila studi utilisasi pelayanan kesehatan

Frekuensi relatif lain yang umum digunakan di berbagai negara adalah angka kematian bayi (*infant mortality rate*) dan angka kematian ibu (*maternal mortality rate*). Frekuensi relatif memiliki satu fungsi yang sama yaitu untuk menilai kemungkinan seseorang untuk mengalami luaran kesehatan.

Beberapa indikator derajat kesehatan yang sering digunakan diantaranya:

- Insidensi: jumlah penderita yang baru menderita suatu penyakit pada periode tertentu. Rumus perhitungan insidensi adalah sebagai berikut:

$$I = \frac{\text{Number of new events in a specified period}}{\text{Number of persons exposed to risk during this period}} (\times 10^n)$$

- Prevalensi: jumlah penderita suatu penyakit pada periode tertentu. Umumnya, prevalensi dinilai sebagai jumlah kasus per 100 (persen) atau per 1000 (percentil) populasi. Rumus perhitungan prevalensi adalah sebagai berikut:

$$P = \frac{\text{Number of people with the disease or condition at a specified time}}{\text{Number of people in the population at risk at the specified time}} (\times 10^n)$$

- *Case fatality Rate*: mengukur tingkat keparahan suatu penyakit. Dihitung berdasarkan jumlah penderita yang meninggal akibat penyakit tertentu dalam suatu periode. Rumus perhitungan *case fatality rate* adalah:

$$\text{Case fatality (\%)} = \frac{\text{Number of deaths from diagnosed cases in a given period}}{\text{Number of diagnosed cases of the disease in the same period}} \times 100$$

- Angka kematian: disebut juga *crude death rate*

$$\text{Crude mortality rate} = \frac{\text{Number of deaths during a specified period}}{\text{Number of persons at risk of dying during the same period}} (\times 10^n)$$

- Angka kematian bayi: mengukur kematian bayi pada tahun pertama kehidupannya. Rumusnya adalah:

$$\text{Infant mortality rate} = \frac{\text{Number of deaths in a year of children less than 1 year of age}}{\text{Number of live births in the same year}} \times 1000$$

- Angka kematian ibu: jumlah kematian ibu akibat kehamilan, persalinan serta komplikasinya. Angka kematian ibu seringkali terabaikan karena sulit menghitungnya secara akurat.

Rumus angka kematian ibu adalah:

$$\text{Maternal mortality rate} = \frac{\text{Number of maternal deaths in a given geographic area in a given year}}{\text{Number of live births that occurred among the population of the given geographic area during the same year}} (\times 10^4)$$

BAB 6

COMMUNITY HEALTH ASSESMENT (CHA)

Eka Nurhyati, Hilmi Sulaiman Rathomi, Titik Respati, dan Yudi Feriandi

Cita-cita pembangunan kesehatan di Indonesia sebagaimana tercantum dalam UUD 1945 adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Untuk mencapai cita-cita tersebut, dibutuhkan perencanaan dan pengambilan keputusan yang efektif yang hanya bisa dilakukan apabila terdapat informasi yang memadai mengenai masalah kesehatan masyarakat beserta faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Proses untuk mengidentifikasi serta menilai masalah kesehatan masyarakat beserta faktor-faktor yang mempengaruhinya untuk kemudian melakukan penatalaksanaan terhadap masalah tersebut disebut sebagai *community health assessment* (CHA) atau diagnosis komunitas. CHA dilakukan seperti juga melakukan penilaian pada diagnosis individu dimana dibutuhkan pengenalan karakter komunitas, sistem organ yang menjalankan komunitas serta faktor lainnya yang turut berperan dalam menentukan derajat kesehatan komunitas tersebut. Informasi yang didapatkan dari CHA akan digunakan untuk penatalaksanaan masalah kesehatan masyarakat. Proses ini dikenal sebagai *Problem Solving Cycle* atau Siklus Pemecahan Masalah.

Puskesmas merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan di Indonesia yang lebih menekankan pelayanannya pada upaya kesehatan masyarakat (UKM) dibandingkan dengan upaya kesehatan perseorangan (UKP). Penempatan Puskesmas secara kewilayahan yaitu 1 kecamatan 1 Puskesmas dimaksudkan untuk dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara merata. Puskesmas dengan upaya-upaya kesehatan yang dijalankannya bertujuan untuk melakukan CHA dan

penatalaksanaan terhadap masalah kesehatan masyarakat yang ada di masyarakat. Berdasarkan alasan inilah, mahasiswa P3D di stase IKM harus ditempatkan di Puskesmas, dan memahami proses CHA dan *Problem Solving Cycle* sekaligus melakukan intervensi yang dibutuhkan.

Tujuan Pembelajaran

Setelah menyelesaikan pembelajaran ini, mahasiswa dapat menerapkan prinsip-prinsip ilmu kesehatan masyarakat dalam upaya mengidentifikasi dan melakukan penatalaksanaan masalah kesehatan masyarakat.

Tujuan Khusus

Setelah menyelesaikan pembelajaran ini, mahasiswa mampu:

1. Menilai kondisi demografis, geografis, sumber daya kesehatan, sistem dan sarana pelayanan kesehatan yang berada di wilayah kerja.
2. Mengidentifikasi derajat kesehatan masyarakat berdasarkan indikator-indikatornya
3. Mengidentifikasi masalah kesehatan masyarakat dan faktor-faktor risiko
4. Melakukan CHA
5. Melakukan intervensi di masyarakat dalam jangka waktu pendek
6. Melakukan evaluasi upaya/program kesehatan yang telah berjalan
7. Memahami manajemen sistem informasi kesehatan, termasuk rekam medik
8. Melaksanakan UKM dan UKP di Puskesmas
9. Melaksanakan Program Pengembangan yang ada di Puskesmas

TAHAPAN PELAKSANAAN CHA

Indonesia sebagai salah satu negara berkembang, memiliki banyak keterbatasan sumber daya. Hal ini membuat pencapaian target terutama di bidang kesehatan menemui banyak hambatan, padahal saat ini Indonesia tengah berupaya untuk mewujudkan komitmennya mencapai target *Sustainable Development Goals* (SGD's) pada tahun 2030.

Saat ini, hampir semua indikator kesehatan di Indonesia masih belum mencapai target SDG's. Pencapaian target SDG's di bidang kesehatan secara maksimal, adil dan merata di seluruh Indonesia membutuhkan pendayagunaan sumber daya yang tersedia, oleh sebab itu harus dilakukan suatu proses yang disebut diagnosis komunitas atau *Community Health Assessment* (CHA).

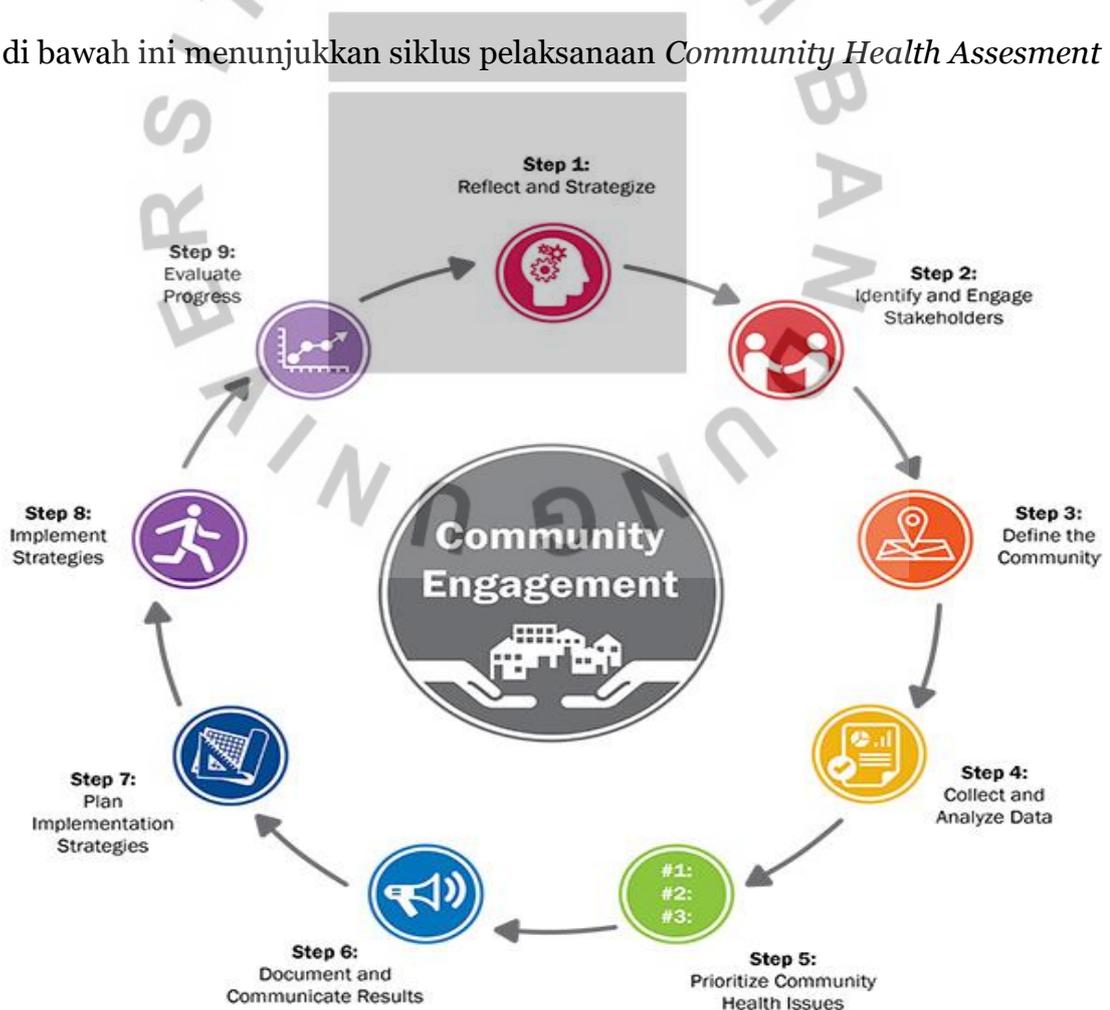
Diagnosis komunitas atau CHA merupakan suatu proses sistematis yang melibatkan komunitas atau masyarakat untuk mengidentifikasi dan menganalisis masalah, kebutuhan dan sumber daya kesehatan yang ada, memprioritaskan masalah untuk kemudian mengembangkan suatu perencanaan untuk menyelesaikan masalah tersebut. CHA juga dapat digunakan untuk mempelajari karakteristik komunitas/masyarakat beserta latar belakang lingkungan, sosial dan budaya.

CHA dapat dilakukan dari lingkungan komunitas/masyarakat yang terkecil seperti RT, RW, Kelurahan, Kecamatan hingga lingkungan dalam skala besar seperti tingkat Kota/Kabupaten, Provinsi bahkan satu negara. CHA dilakukan dengan menganalisis dan menilai 3 komponen yaitu status kesehatan komunitas, determinan kesehatan komunitas serta sumber daya kesehatan komunitas yang bisa dikembangkan.

Langkah pelaksanaan CHA berdasarkan *American Hospital Association* digambarkan sebagai sebuah siklus dengan komponen intinya adalah *Community Engagement* dan terdiri dari 9 langkah. Langkah tersebut terdiri dari:

1. Refleksi dan strategi
2. Identifikasi dan bermitra dengan stakeholder
3. Melakukan penilaian komunitas
4. Mengumpulkan dan menganalisis data
5. Memprioritaskan masalah kesehatan masyarakat
6. Dokumentasi dan diseminasi hasil
7. Mengembangkan perencanaan
8. Implementasi
9. Evaluasi

Bagan di bawah ini menunjukkan siklus pelaksanaan *Community Health Assesment*



Gambar 5 Langkah Pelaksanaan Community Health Assessment

1. Refleksi dan strategi

Refleksi merupakan tahap untuk menilai dan memberikan umpan balik atas penilaian CHA yang pernah dilakukan sebelumnya. Melalui proses refleksi, didapatkan data mengenai komponen apa saja yang telah berjalan dengan baik, kemajuan yang telah dicapai serta keberhasilan intervensi. Strategi yang dimaksud adalah pengembangan tim, pembagian tugas serta perencanaan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam CHA.

2. Identifikasi dan Bermitra dengan *Stakeholder*

Kemitraan dengan *stakeholder* memegang peranan yang penting dalam proses CHA. Adanya kepercayaan dan kerjasama yang baik dapat menciptakan lingkungan yang kooperatif dan inklusif. *Stakeholder* beragam bentuknya, bisa berupa individu atau organisasi. Contoh *stakeholder* individu adalah tokoh agama dan tokoh masyarakat. Contoh *stakeholder* kelompok adalah karang taruna, kelompok kader, majelis taklim dan lain-lain.

3. Penilaian Komunitas

Penilaian komunitas dilakukan dengan menggambarkan geografis komunitas serta mengidentifikasi karakteristik mulai dari demografik, lingkungan, sosio ekonomi dan sumber daya.

4. Mengumpulkan dan menganalisis data

Data yang dapat digunakan dalam CHA adalah data kuantitatif maupun data kualitatif. Data bisa berasal dari data primer yang dikumpulkan melalui survei, dapat juga sekunder yang didapat dari sumber lainnya.

5. Prioritas Masalah

Beberapa masalah kesehatan akan melalui suatu proses seleksi dimana hanya akan ada satu masalah yang diprioritaskan untuk diselesaikan. Indikator yang menjadi pertimbangan dalam pemilihan prioritas masalah diantaranya adalah besarnya masalah, keparahan masalah, kerentanan masalah, kemudahan menyelesaikan masalah dan lain-lain. Cara melakukan pemilihan prioritas masalah pun beragam, bisa kuantitatif ataupun kualitatif.

6. Dokumentasi dan Diseminasi

Hasil temuan dan penilaian sebaiknya dicatat dan dilaporkan. Pencatatan dan pelaporan yang baik memberikan kesempatan bagi pihak penilai maupun stakeholder untuk melihat hasil akhir penilaian dan terlibat dalam diskusi serta perencanaan intervensi.

7. Perencanaan Intervensi

Perencanaan dilakukan dengan mempertimbangkan strategi intervensi yang komprehensif dan multifacial. Dapat juga dilakukan perencanaan intervensi yang kolaboratif dengan berbagai pihak. Dalam perencanaan, perlu juga perimbangan untuk memanfaatkan sumber daya yang ada untuk mengungkit strategi intervensi yang akan dilakukan.

8. Implementasi Intervensi

Tahap ini merupakan tahap dimana rencana dirubah menjadi tindakan. Strategi yang telah disiapkan diubah menjadi aksi nyata untuk menyelesaikan masalah kesehatan masyarakat.

9. Evaluasi

Evaluasi dilaksanakan untuk menilai keberhasilan dan dampak yang muncul akibat intervensi yang telah dilakukan. Berbagai metode dan indikator evaluasi bisa digunakan. Tujuan CHA harus ditinjau kembali untuk melihat apakah masalah kesehatan telah terselesaikan.



BAB 7

SIKLUS PEMECAHAN MASALAH

Eka Nurhayati, Fajar Awaliya Yulianto, Hilmi Sulaiman Rathomi dan Titik Respati

Tujuan akhir dari upaya kesehatan adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Upaya tersebut tercapai melalui serangkaian kegiatan intervensi yang ditujukan untuk menyelesaikan masalah kesehatan. Untuk itu, upaya intervensi kesehatan tidak dapat dilakukan secara serta-merta tanpa mengetahui dengan baik masalah apa yang terjadi, mana yang merupakan prioritas, apa akar masalahnya, apa saja alternatif solusinya, desain program apa yang sesuai, dan bagaimana melaksanakan upaya intervensi tersebut agar mampu berdampak maksimal.

HUBUNGAN & SEBAB AKIBAT DALAM ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Hubungan

Masalah kesehatan maupun masalah pelayanan kesehatan harus dicari penyebab masalahnya. Penelusuran masalah akan memunculkan hipotesis-hipotesis penyebab masalah yang harus dibuktikan. Analisis yang dilakukan untuk menyimpulkan penyebab masalah adalah menguji hipotesis tersebut, apakah terdapat hubungan atau tidak. Uji statistik berperan dalam menentukan ada atau tidaknya hubungan secara signifikan, namun tidak ada uji statistik yang dapat memperlihatkan hubungan sebab dan akibat.

Sebab Akibat

Penelitian potong lintang yang dilakukan untuk mencari hubungan antara determinan (penyebab masalah) dan luaran (masalah) merupakan desain penelitian yang paling umum dilakukan karena desain yang sederhana dan tidak memakan banyak waktu. Kekurangan terbesar dari penelitian potong lintang adalah tidak adanya kerangka waktu (periode) yang bisa melihat apakah determinan mendahului

luaran (determinan dan luaran dikumpulkan dalam satu waktu yang sama) sehingga salah satu kriteria sebab akibat tidak terpenuhi. Terdapatnya hubungan antara determinan dan luaran, tidak akan menyebabkan adanya hubungan sebab akibat. Kriteria sebab akibat dibuat oleh Bradford Hill pada tahun 1965 dengan beberapa kriteria yang dapat dipenuhi untuk menetapkan sebuah sebab mengakibatkan sebuah luaran. Semakin banyak kriteria tersebut terpenuhi, maka semakin sah hubungan sebab akibatnya.

1. Kekuatan hubungan. Kriteria ini dapat dibuktikan dengan melihat perbandingan relatif (rasio risiko, rasio odds, rasio insidensi, rasio prevalensi, dan lain-lain) dimana semakin menjauhi 1 maka kekuatan hubungannya semakin besar (>1 menunjukkan sebab sebagai faktor risiko akibat, <1 menunjukkan sebab sebagai faktor protektif), dikonfirmasi dengan derajat presisi oleh interval kepercayaan. Nilai P yang umum digunakan dalam menganalisis ada atau tidak adanya hubungan, tidak bisa melihat seberapa kuat hubungannya sehingga masih memerlukan perbandingan relatif tersebut.
2. Konsistensi. Sebuah penelitian tidak pernah berdiri sendiri, hipotesis yang ada didapat dari penelitian-penelitian sebelumnya (*we are standing on the shoulder of giants*). Simpulan yang konsisten secara ilmiah dari penelitian-penelitian sebelumnya menjadi salah satu kriteria sebab akibat karena hal tersebut. Apabila konsistensi simpulan sebab akibat tersebut tidak didapat, diperlukan penelitian lain yang berulang-ulang sampai dihasilkan konsistensi ke satu sisi simpulan.
3. Spesifisitas. Luarannya kesehatan (baca: sakit) seringkali disebabkan oleh banyak faktor, hal tersebut akan memperlemah hubungan sebab akibat antara salah satu penyebab dengan akibat. Variabel lain (variabel interaksi dan variabel

perancu) harus bisa dikendalikan sebagai variabel kontrol agar spesifisitas menjadi lebih terjaga, dan hasil akhirnya kriteria spesifisitas antara sebab dan akibat bisa dilihat dengan bersih.

4. Temporalitas. Kriteria ini merupakan syarat mutlak yang pertama kali harus dipenuhi dalam menarik kesimpulan hubungan sebab akibat, penyebab harus mendahului akibat. Pembuktian temporalitas hanya bisa dilihat dalam desain penelitian longitudinal (*cohort, case control*) dan penelitian intervensi (*trial*). Penelitian potong lintang, penelitian yang banyak digunakan karena kemudahannya, tidak bisa melihat terpenuhinya kriteria ini dikarenakan pajanan dan luaran diteliti dalam satu waktu
5. Gradien biologis. Kriteria ini dapat dilihat apabila dalam pembuktiannya (penelitian) memuat sebab dalam kategori bertingkat (ordinal). Kriteria ini disebut terpenuhi apabila setiap peningkatan pajanan akan disertai peningkatan risiko (atau setiap peningkatan pajanan akan disertai penurunan risiko apabila pajanan bersifat faktor protektif). Peningkatan risiko artinya peningkatan perbandingan relatif atau peningkatan probabilitas luaran.
6. Plausibilitas. Sebuah hubungan kausalitas harus memiliki kemungkinan secara biologis (masuk akal secara patofisiologis) dan tidak berlawanan dengan ilmu pengetahuan yang telah ada. Plausibilitas berubah seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan.
7. Koherensi. Hubungan sebab akibat tidak boleh berlawanan dengan fakta-fakta umum yang ada mengenai sifat dan riwayat perjalanan penyakit.
8. Eksperimen. Banyak faktor risiko yang ditemukan lewat penelitian observasional dikarenakan permasalahan etis apabila dilakukan intervensi langsung ke manusia. Penelitian yang dilakukan ke manusia lebih bertujuan untuk menemukan efikasi, efisiensi maupun efektivitas suatu terapi terhadap

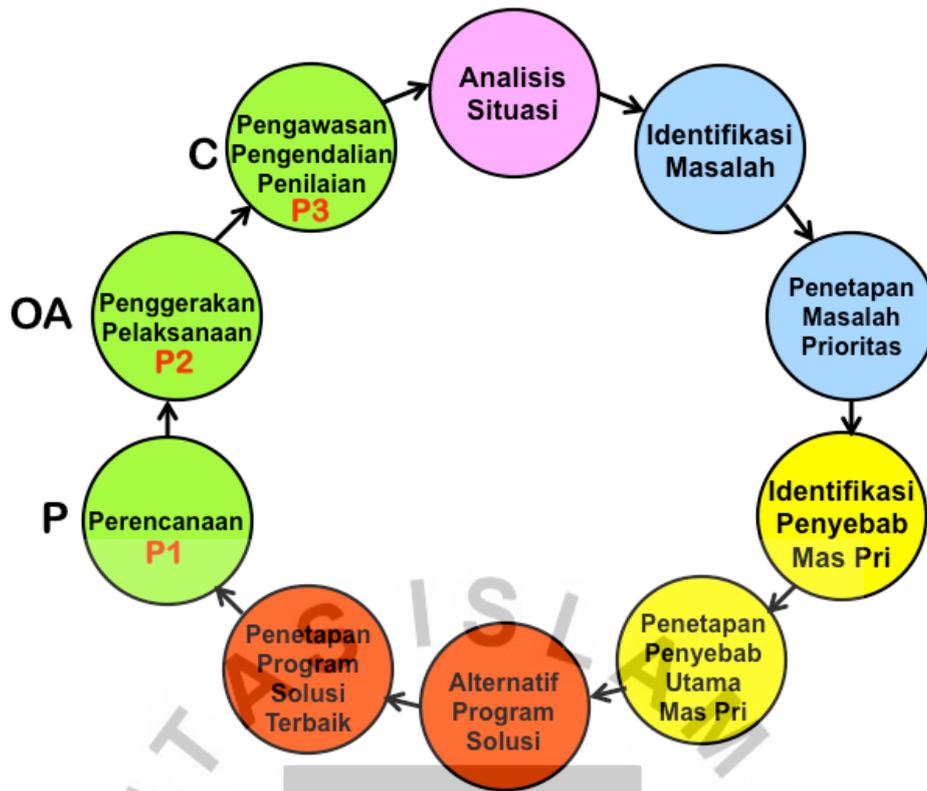
penyakit tertentu. Eksperimen in vitro maupun in vivo dapat menunjukkan hubungan sebab dan akibat namun hasil tersebut tidak dapat diterapkan langsung ke manusia maupun masyarakat.

9. Analogi. Membandingkan suatu sebab dengan sebab yang lain dalam menghasilkan sebuah akibat.

Menyimpulkan hubungan itu mudah, namun menyimpulkan hubungan sebab dan akibat itu sulit. Dalam sebuah hubungan sebab dan akibat, sangat sulit untuk memenuhi seluruh kriteria tersebut.

Setelah memahami hubungan sebab akibat tersebut diatas Langkah-langkah pemecahan masalah biasa disebut sebagai siklus pemecahan masalah yang terdiri dari beberapa langkah yaitu:

1. Analisis situasi
2. Identifikasi masalah
3. Penetapan prioritas masalah
4. Identifikasi akar prioritas masalah
5. Pengembangan alternatif pemecahan masalah
6. Penetapan prioritas pemecahan masalah
7. Perencanaan
8. Implementasi
9. Evaluasi



Gambar 6 Siklus pemecahan masalah

1. Analisis Situasi

Pemecahan masalah selalu dimulai dari analisis situasi. Langkah ini dilakukan dengan cara mengumpulkan data primer maupun sekunder, kuantitatif maupun kualitatif dari masyarakat. Berdasarkan atas teori Hendrik L. Blum, analisis situasi dapat dibagi menjadi 5 yaitu: analisis derajat kesehatan masyarakat, analisis lingkungan kesehatan, analisis perilaku kesehatan, analisis program dan pelayanan kesehatan serta analisis faktor hereditas dan kependudukan.

1.1. Analisis Derajat Masalah Kesehatan

Seperti telah dijelaskan sebelumnya, derajat kesehatan masyarakat dinilai angka mortalitas (kematian), morbiditas (kesakitan), status gizi, dan disabilitas (kecacatan). Seseorang yang melakukan proses analisis situasi, perlu mengkaji

data-data yang ada baik dari registrasi vital, data survey, laporan puskesmas, dan lain sebagainya untuk mendapatkan angka yang valid sehingga mampu menegakkan apa saja masalah kesehatan yang terjadi di suatu wilayah / komunitas.

1.2. Analisis Lingkungan Kesehatan

Pada saat teori Blum pertama kali diperkenalkan, faktor lingkungan memiliki pengaruh yang paling besar terhadap kesehatan manusia. Aspek lingkungan yang berhubungan dengan kesehatan yaitu lingkungan fisik, biologis, kimia dan sosial ekonomi.

Lingkungan fisik adalah segala sesuatu yang dapat diukur secara fisik seperti suhu, kelembaban, pencahayaan, kebisingan dan lain-lain. Indikator pengukuran lingkungan fisik sangat banyak dan sudah dikenal luas seperti suhu tubuh, suhu ruangan, kelembaban dan lain-lain.

Lingkungan biologis adalah makhluk hidup di sekitar manusia misalnya hewan yang berperan sebagai vektor, mikroorganisme penyebab penyakit, hewan ternak, tumbuhan dan lain sebagainya. Indikator kesehatan lingkungan biologis diantaranya adalah akses terhadap air bersih, jumlah jamban, pembuangan sampah, serta keberadaan vektor penyakit.

Lingkungan kimia adalah zat-zat kimia yang berada di sekitar manusia misalnya zat asam, basa, dan lain-lain. Indikator yang dapat digunakan hampir sama seperti lingkungan fisik misalnya dengan pengukuran derajat keasamaan, pemeriksaan kimiawi air bersih dan lain-lain.

Lingkungan sosial ekonomi adalah keadaan sosial ekonomi seperti penghasilan, hubungan kemasyarakatan dan lain-lain. Indikator yang bisa

dinilai antara lain adalah pendapatan per kapita, upah minimum regional, pranata masyarakat dan lain-lain.

1.3. Analisis Perilaku Kesehatan

Analisis Perilaku kesehatan adalah respons seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan konsep sehat-sakit, penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, lingkungan serta kepercayaan-kepercayaan kesehatan yang ada di masyarakat.. Respons dapat bersifat pasif (pengetahuan, persepsi dan sikap) maupun aktif (tindakan nyata atau praktek). Analisis perilaku kesehatan terdiri dari:

- Perilaku terhadap sakit: respon manusia terhadap rasa sakit yang ada pada dirinya, baik secara aktif maupun pasif, disesuaikan dengan tingkat-tingkat pencegahan penyakit:
 - ✓ Perilaku berhubungan dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan, misalnya: diet gizi seimbang, olahraga teratur dll.
 - ✓ Perilaku pencegahan penyakit, misalnya: imunisasi, penggunaan kelambu dll
 - ✓ Perilaku pencarian pengobatan, misalnya: berobat ke sarana pelayanan kesehatan
- Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan: respon terhadap fasilitas pelayanan, cara pelayanan, petugas kesehatan dan obat-obatan.
- Perilaku terhadap makanan: pengetahuan, sikap dan perilaku manusia terhadap makanan dan zat gizi yang terkandung di dalamnya termasuk juga cara pengolahan makanan.

- Perilaku terhadap lingkungan kesehatan: meliputi perilaku yang berhubungan dengan air bersih, pembuangan limbah, rumah sehat dan pembersihan sarang nyamuk.

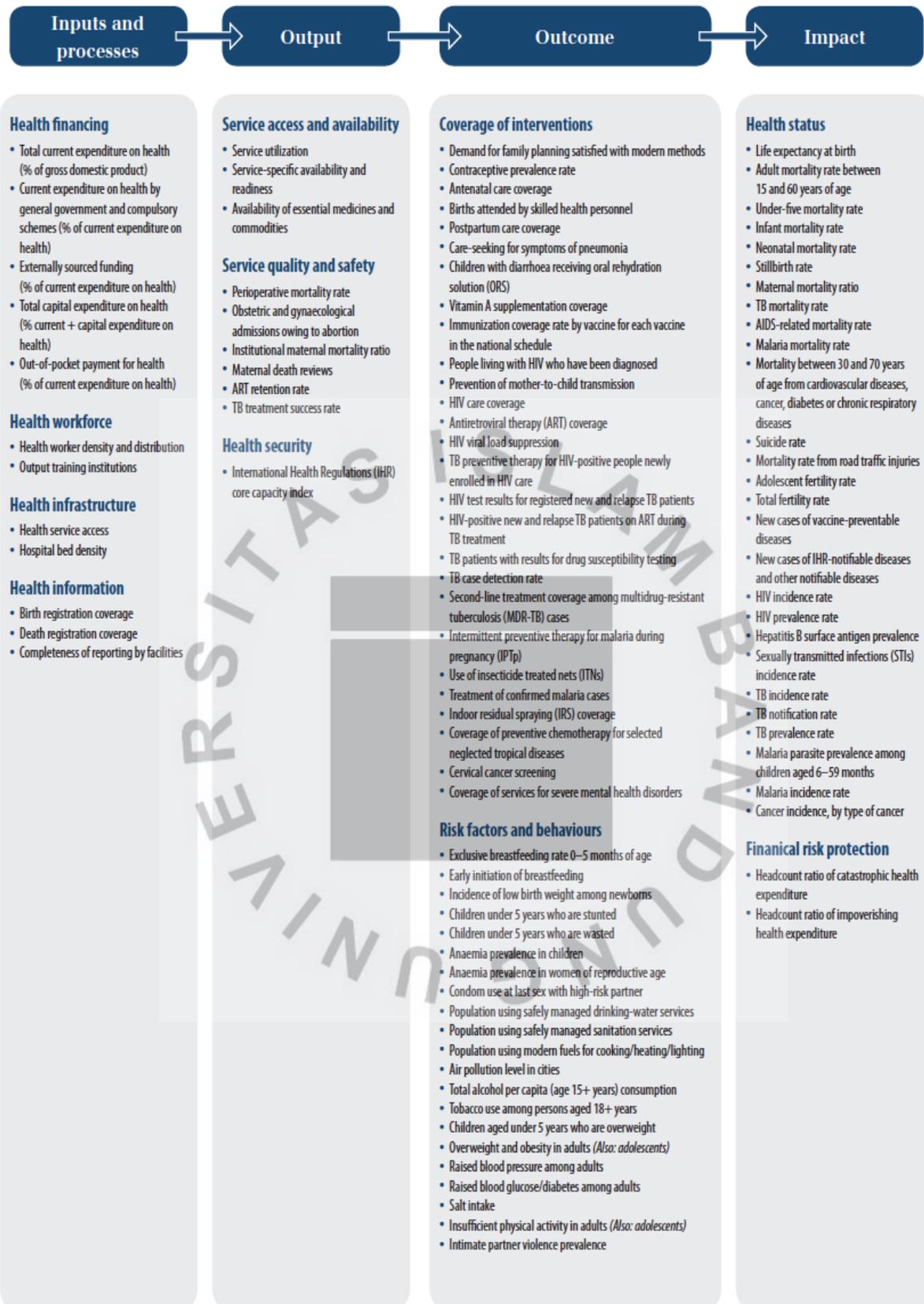
1.4. Analisis Program dan Pelayanan Kesehatan

Analisis program dan pelayanan kesehatan secara sederhana dapat dinilai menggunakan analisis kesenjangan antara target dan cakupan program. Analisis juga dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan sistem yaitu memperhatikan komponen input-proses-output.

Komponen yang termasuk ke dalam input antara lain adalah jumlah tenaga kerja, pembiayaan, fasilitas dan sarana kesehatan. Indikator yang bisa dinilai misalnya rasio jumlah tenaga kesehatan dengan jumlah penduduk, rasio bidan dengan jumlah ibu hamil dan lain-lain.

Komponen yang termasuk dalam output adalah pencapaian program (cakupan) dan output program. Cakupan lebih bersifat statis artinya hanya menggambarkan keadaan sampai suatu saat tertentu (misal: pencapaian imunisasi campak yang dinyatakan dalam %). Output lebih bersifat dinamis artinya, menggambarkan berapa banyak hasil yang diproduksi per satuan waktu (per bulan) misal. Jumlah pasien pada bulan x.

Indikator yang dapat digunakan sesuai dengan rekomendasi WHO antara lain tergambar dalam bagan berikut.



Gambar 7 Bagan Analisis Program dan Masalah Kesehatan

1.5. Analisis Faktor Herediter dan Kependudukan

Analisis faktor herediter digunakan untuk yang diakibatkan oleh faktor herediter seperti Diabetes Mellitus. Data biasanya sulit didapat, sehingga biasanya digunakan analisis demografi yang penting untuk menentukan beban masalah dan besaran target program. Analisis demografi meliputi jumlah, komposisi, struktur, pertumbuhan serta persebaran penduduk. Informasi lainnya yang bisa diperoleh dari analisis demografi adalah jumlah bayi dan balita, ibu hamil, fertilitas, tingkat pendidikan, pekerjaan dan lain-lain.

2. Identifikasi Masalah

Masalah adalah kesenjangan antara pencapaian dengan target atau kesenjangan antara realita dengan harapan. Pada bidang kesehatan, masalah dibagi menjadi masalah kesehatan masyarakat dan masalah manajemen pelayanan kesehatan masyarakat. Tujuan identifikasi masalah adalah:

- Melihat lebih jelas hasil analisis data
- Mengetahui masalah-masalah kesehatan yang ada
- Mengetahui masalah pelayanan kesehatan yang ada
- Sebagai dasar untuk menentukan prioritas masalah

3. Prioritas Masalah

Tidak semua masalah dapat diselesaikan dalam satu waktu, oleh karena itu dibutuhkan pemilihan prioritas masalah. Secara garis besar, pemilihan prioritas masalah dapat dibagi menjadi dua yaitu cara kualitatif dan kuantitatif.

3.1. Kuantitatif

Metode kuantitatif untuk menentukan prioritas masalah terdiri dari berbagai macam cara misalnya cara PAHO, Hanlon, CARL, USG dan lain sebagainya.

- PAHO (*Pan American Health Organization*)

Kriteria yang digunakan dalam metode PAHO adalah:

- ✓ Besarnya masalah/*Magnitude* (M)
- ✓ Besarnya kerugian yang timbul/*Severity* (S)
- ✓ Ketepatan jalan keluar/*Vulnerability* (V)
- ✓ Dukungan masyarakat/*Community and Political Concern* (C)

Cara perhitungan metode PAHO adalah dengan memberikan skor antara 1 yang menyatakan terendah sampai dengan 5 yang menyatakan tertinggi. Pemberian skor dilakukan oleh panel ahli dalam proses *brain storming*. Nilai akhir dihitung dari perkalian seluruh nilai skor dari masing-masing kriteria.

$$\text{Prioritas (P)} = \text{M} \times \text{S} \times \text{V} \times \text{C}$$

Masalah kesehatan dengan skor tertinggi terpilih menjadi prioritas masalah.

- Metode Analisis Pembiayaan (*Cost Analysis*)

Metode ini menggunakan perhitungan efektivitas dan efisiensi untuk memprioritaskan masalah. Kriteria yang digunakan adalah:

- ✓ Besarnya masalah/*Magnitude* (M)
- ✓ Pentingnya jalan keluar menyelesaikan masalah/*Important* (I)
- ✓ Ketepatan jalan keluar/*Vulnerability* (V)
- ✓ Biaya/*Cost* (C), dengan nilai 1 untuk biaya sangat murah sampai dengan 5 untuk biaya sangat mahal

Rumus penetapan prioritas masalah adalah:

$$\text{Prioritas (P)} = \frac{M \times I \times V}{C}$$

Masalah kesehatan dengan skor tertinggi terpilih menjadi prioritas masalah.

- USGF

Penentuan prioritas masalah dengan metode USGF mempertimbangkan kriteria-kriteria berikut:

- ✓ Pentingnya masalah untuk diatasi/*Urgency* (U)
- ✓ Keseriusan masalah/*Seriousness* (S)
- ✓ Potensi perkembangan masalah/*Growth* (G)
- ✓ Kemudahan mengatasi masalah/*Feasibility* (F)

Masing-masing kriteria diberi nilai 1 sampai dengan 5. Prioritas masalah adalah masalah yang mendapat nilai paling besar dari hasil penjumlahan skor semua kriteria.

$$\text{Prioritas (P)} = U + S + G + F$$

3.2. Kualitatif

Terdapat dua metode umum kualitatif yang dapat digunakan untuk menetapkan prioritas masalah, yaitu metode *Delbeque* dan *Delphi*.

- *Delbeque*

Penetapan prioritas masalah menggunakan metode *Delbeque* dilakukan dengan cara mengumpulkan panel ahli untuk kemudian diberikan informasi mengenai masalah kesehatan yang ada. Panel ahli kemudian akan menuliskan urutan prioritas masalah dalam kertas tertutup, lalu dilakukan penghitungan suara. Hasil penghitungan suara akan diinformasikan kembali kepada panel ahli untuk kemudian dilakukan

penilaian ulang dengan cara yang sama sampai tercapai konvergensi suara.

Kelemahan metode ini adalah subjektivitas yang tinggi, serta pertanyaan mengenai kriteria panel yang diikutsertakan. Kelebihan metode ini adalah mudah dan cepat dalam pelaksanaannya.

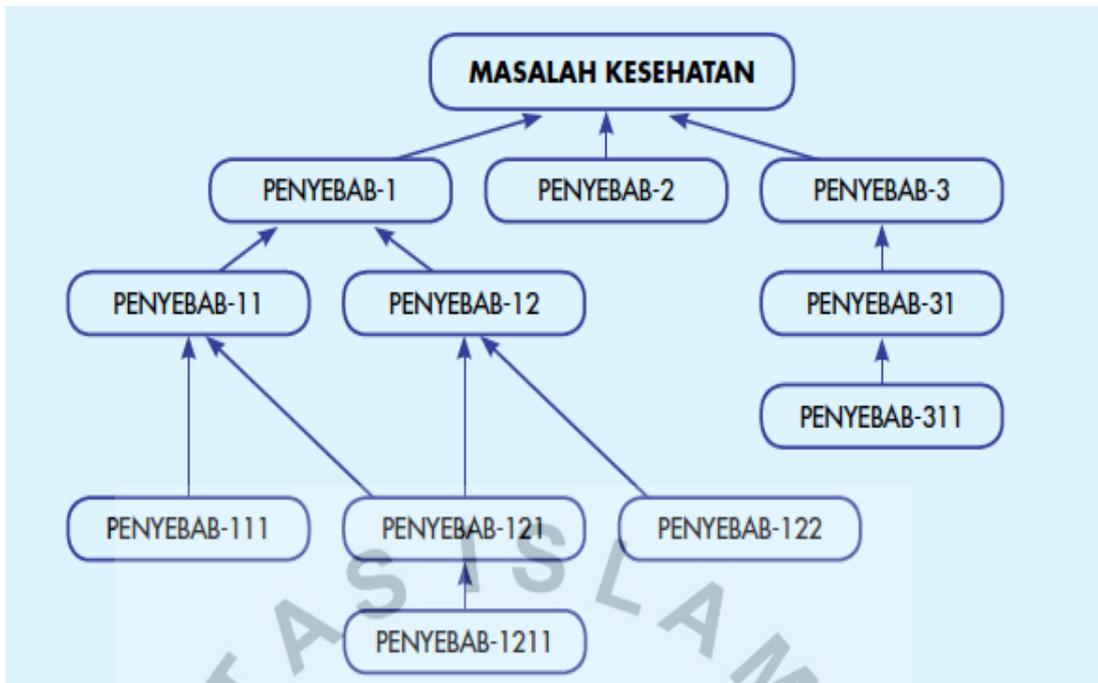
- *Delphi*

Pada metode ini, sejumlah panel ahli melakukan diskusi terbuka dan mendalam tentang berbagai masalah yang dihadapi. Masing-masing ahli mengeluarkan pendapat sampai mencapai suatu kesepakatan. Kelemahan cara ini adalah waktu yang relatif lebih lama serta adanya kemungkinan panel ahli yang mendominasi panel ahli lainnya. Kelebihan metode ini adalah kemungkinan untuk mengkaji masalah lebih dalam oleh masing-masing panel ahli.

Identifikasi Akar Masalah

Akar masalah penting untuk diidentifikasi agar masalah diselesaikan berdasarkan penyebab dasarnya, dan bukan hanya menyelesaikan masalah yang timbul di permukaan. Terdapat beberapa cara yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi akar masalah, diantaranya adalah pohon masalah, 5 *Whys analysis system* atau *fishbone analysis*.

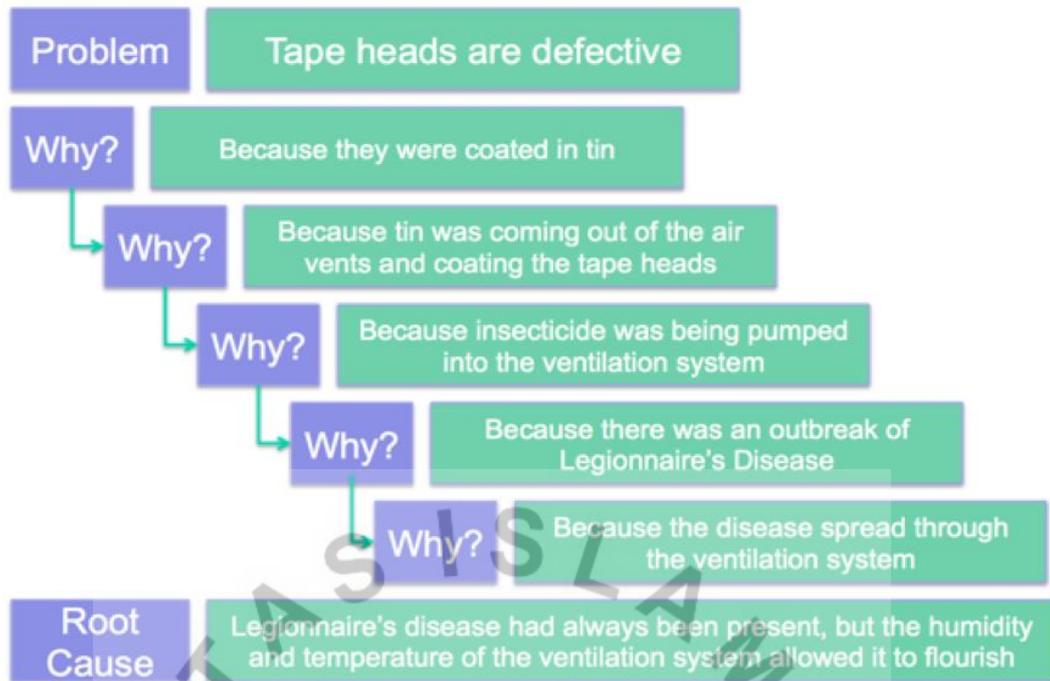
3.3. Pohon Masalah



Gambar 8 Ilustrasi pohon masalah

Pohon masalah merupakan diagram yang menggambarkan masalah, sebab dan akibat. Ini dilakukan setelah masyarakat menyusun prioritas masalah. Pohon masalah adalah teknik yang digunakan untuk memecahkan konsep apa saja, seperti kebijakan, target, tujuan, sasaran, gagasan, persoalan, tugas-tugas, atau aktivitas-aktivitas secara lebih rinci ke dalam sub-subkomponen, atau tingkat yang lebih rendah dan rinci. Dimulai dengan satu *item* yang bercabang menjadi dua atau lebih, masing-masing cabang kemudian bercabang lagi menjadi dua atau lebih, dan seterusnya sehingga nampak seperti sebuah pohon dengan banyak batang dan cabang.

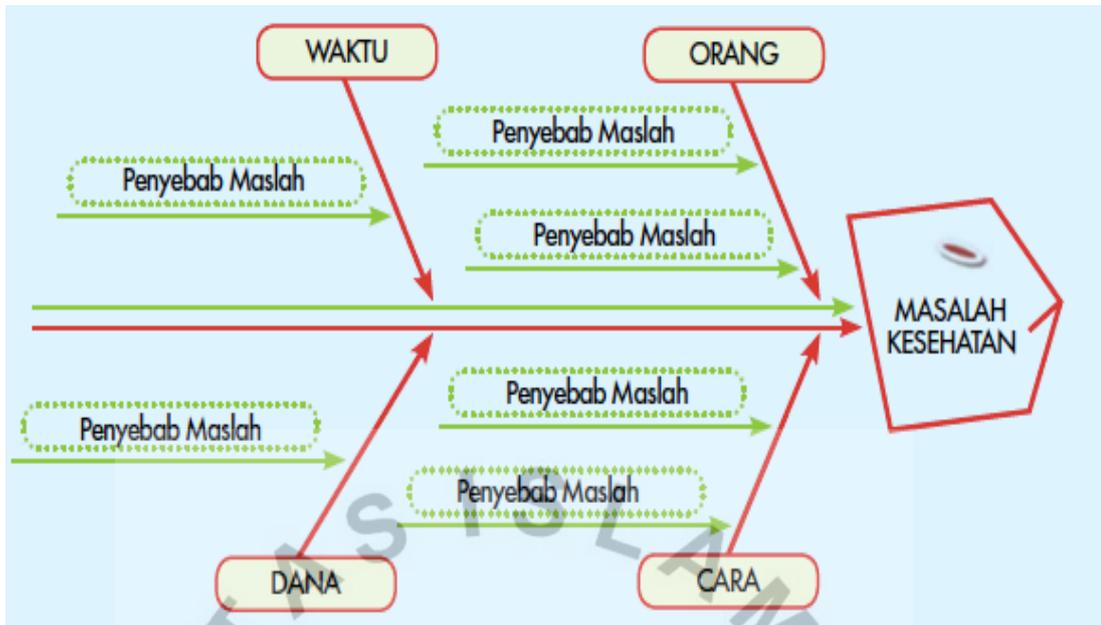
3.4. 5 Why's Analysis Root Cause Process



Gambar 9 Contoh 5 why's Analysis System

Teknik 5 Why's adalah teknik yang dikembangkan oleh Sakichi Toyoda salah satu pendiri Toyota pada tahun 1930-an. Teknik ini adalah teknik sederhana dan praktis namun sangat efektif untuk mengungkapkan akar dari suatu permasalahan. *Why-Why Analysis* atau 5 *Why's Analysis* biasa digunakan bersama dengan Diagram Tulang Ikan (*Fishbone Diagram*) dan menggunakan teknik iterasi dengan bertanya MENGAPA (*Why*) dan diulang beberapa kali sampai menemukan akar masalahnya.

3.5. Fishbone Analysis



Gambar 10 Ilustrasi fishbone analysis

Fishbone Diagram atau diagram tulang ikan, biasa disebut Diagram *Cause and Effect* atau Diagram Sebab Akibat adalah alat yang membantu mengidentifikasi, memilah, dan menampilkan berbagai penyebab yang mungkin dari suatu masalah atau karakteristik kualitas tertentu. Diagram ini menggambarkan hubungan antara masalah dengan semua faktor penyebab yang mempengaruhi masalah tersebut. Diagram ini kadang-kadang disebut diagram "*Ishikawa*" karena ditemukan oleh Kaoru Ishikawa,

4. Pengembangan Alternatif Pemecahan Masalah dan Penetapan Prioritas Pemecahan Masalah

Alternatif pemecahan masalah dikembangkan berdasarkan akar masalah dan mempertimbangkan potensi/peluang untuk mengatasi masalah tersebut.

Alternatif pemecahan masalah dapat berupa:

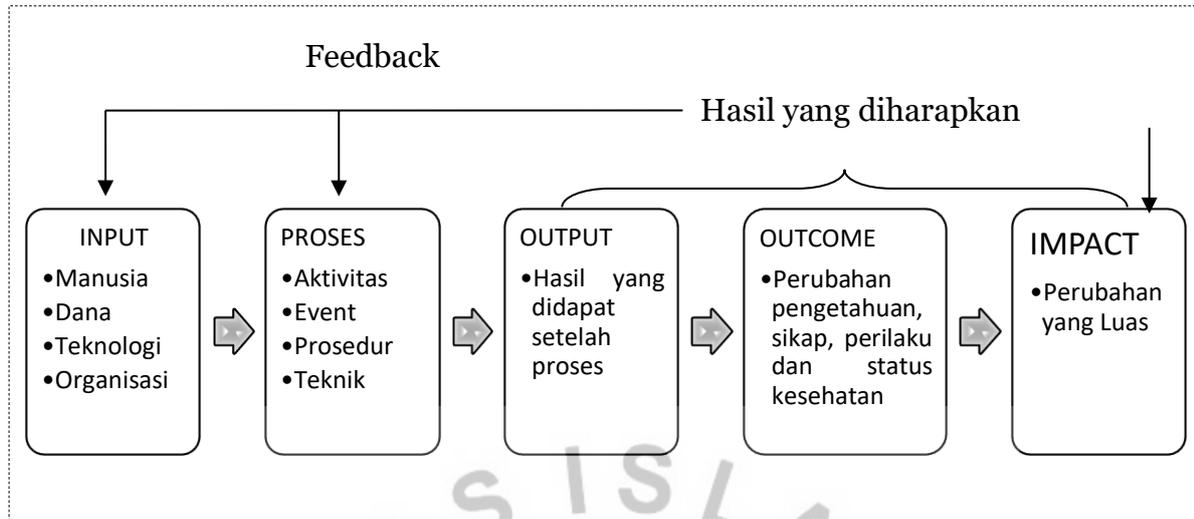
- Pengembangan sumber daya manusia, dapat berupa peningkatan pengetahuan, keterampilan ataupun penambahan jumlah.
- Pengembangan fasilitas, dapat berupa pengadaan, penambahan jumlah, pemeliharaan dan lain-lain.
- Pengembangan pembiayaan

Penetapan prioritas pemecahan masalah dilakukan dengan cara yang hampir sama seperti penetapan prioritas masalah, hanya terdapat sedikit perbedaan pada komponen yang dinilai. Salah satu metode yang dapat digunakan adalah Reinke, yang mengakumulasi skor dari aspek magnitude, importantcy, vulnarablity, dan cost untuk memilih solusi/pemecahan masalah yang mana yang akan dilakukan.

5. Perencanaan

Setelah memutuskan program pemecahan masalah apa yang akan dilakukan, langkah berikutnya adalah mendesain intervensi. Salah satu cara untuk melakukan desain program kesehatan sebagai upaya intervensi adalah menggunakan metode *Logic Model*. Metode ini memperlihatkan gambaran skematik hubungan antara input yang tersedia, proses yang dilakukan terhadap input, serta hasil yang dicita-citakan. *Logic Model* menggambarkan *road map* pelaksanaan kegiatan, kemudian diharapkan suatu umpan balik dari hasil yang dicapai sehingga dapat dilakukan perbaikan. Faktor penting yang mempengaruhi *logic model* adalah lingkungan eksternal, lebih jelas dilihat pada gambar dibawah.

Lingkungan eksternal



Gambar 11 Logic model upaya perubahan perilaku

6. Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari kegiatan yang telah direncanakan.

7. Evaluasi

Studi Kasus

**COMMUNITY HEALTH ASSESSMENT
WILAYAH KERJA PUSKESMAS XYZ KAB. BANDUNG**

Analisis Situasi

- Umum → Wilayah pedesaan yang dilalui sungai dengan kepadatan penduduk 40 jiwa/km²
- Derajat Kesehatan → Morbiditas Balita Tinggi

1

Analisis Determinan:

- Perilaku → PHBS kurang
- Lingkungan → Cakupan jamban sehat rendah, rumah tidak sehat
- Pelayanan Kesehatan → Cakupan program sedang

2

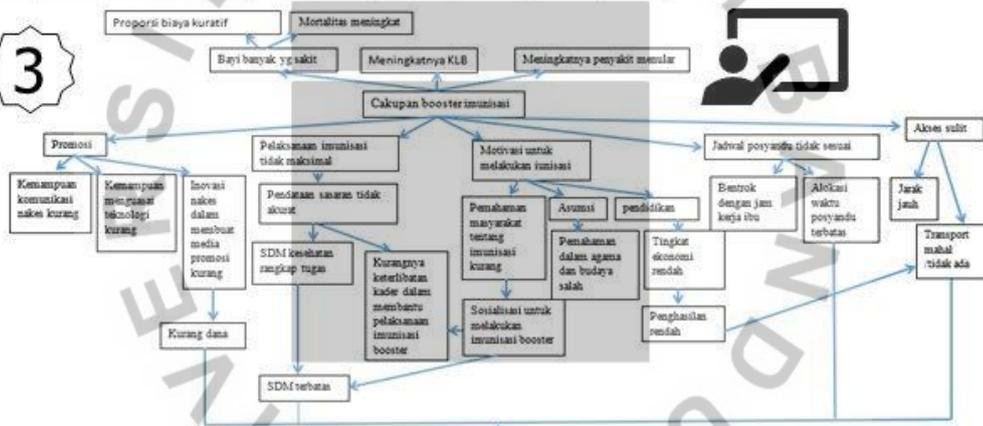
No	Masalah	U	S	G	F	Total
1	Cakupan Imunisasi Kurang	5	4	4	3	12
2	Perilaku BABs tinggi	4	5	2	4	11
3	K4 rendah	5	1	1	3	10
4	Dst.					



Desa Terpilih: Desa ABC
→ karena didapatkan masalah kesehatan terbanyak dari gap analysis

Analisis Pohon Masalah Rendahnya Cakupannya Imunisasi

3



4

Survey/Pengambilan Data Primer untuk Mengkonfirmasi Akar Masalah



Akar Masalah Terkonfirmasi

5

RENCANA (ALTERNATIF PEMECAHAN MASALAH)						
	M	I	V	C	Total	Ranking
1	4	4	3	3	144	1
2	5	4	3	2	120	2
3	3	2	3	2	36	5
4	4	3	2	3	72	3
5	3	3	2	3	54	4

Gambar 12 Studi Kasus CHA dan Pemecahan Masalah Kasus Cakupan Imunisasi Rendah

BAB 8

PENDEKATAN KEDOKTERAN KELUARGA SEBAGAI PROMOTOR KELUARGA SEHAT

Eka Nurhayati, Dadi S. Argadiredja, dan Titik Respati

Kesehatan merupakan hak asasi setiap manusia, termasuk juga seluruh warga negara Indonesia. Hal ini tercantum dalam Undang-undang Dasar (UUD) 1945 Pasal 28 H ayat (1) yang menyatakan bahwa setiap orang berhak untuk hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal di lingkungan hidup yang baik dan sehat serta memperoleh pelayanan kesehatan untuk menciptakan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pada pasal 28H ayat (3) kemudian dijelaskan bahwa setiap orang berhak mendapatkan jaminan sosial, termasuk salah satunya adalah jaminan kesehatan.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dimulai pada tahun 2014 merupakan salah satu bukti pengejawantahan UUD 1945 pasal 28H ayat (3). JKN memberikan jaminan kesehatan berupa perlindungan untuk pemeliharaan kesehatan dan pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan. Lahirnya program JKN diharapkan dapat memperluas akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan meningkatkan utilisasi.

Kelahiran dan penyelenggaraan JKN merupakan reformasi dalam sistem pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan kembali ditata dalam susunan yang terstruktur dan berjenjang sesuai dengan amanat Deklarasi Alma Ata (1978) tentang konsep *Primary Health Care (PHC)* dan anjuran WHO (2008) tentang konsep *Gatekeeper dalam Managed Care*.

Berbagai upaya pembenahan dan pengembangan pelayanan telah dilakukan seiring berjalannya waktu, salah satunya adalah penguatan fasilitas pelayanan kesehatan primer sebagai *gatekeeper*. Penguatan fasilitas pelayanan kesehatan primer dapat mendorong efisiensi dengan mengurangi jumlah kasus yang tidak memerlukan rujukan serta meningkatkan aspek promotif dan preventif dalam pelayanan kesehatan.

Salah satu upaya penguatan fasilitas pelayanan kesehatan primer adalah melalui pelayanan dengan pendekatan kedokteran keluarga yang memberikan pelayanan kesehatan holistik dengan melihat aspek biopsikososial dan komprehensif mulai dari promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pendekatan kedokteran keluarga diharapkan dapat menunjang terselenggaranya kendali mutu dan kendali biaya pelayanan primer sehingga mampu menjamin keberlangsungan program JKN.

TUJUAN PEMBELAJARAN

Setelah mengikuti pembelajaran ini, diharapkan dokter muda mampu menerapkan prinsip-prinsip pelayanan kedokteran keluarga termasuk kunjungan rumah (*home visit*).

TUJUAN KHUSUS

Setelah mengikuti pembelajaran ini, diharapkan mahasiswa mampu:

1. Mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi munculnya penyakit atau masalah kesehatan pada pasien dan keluarganya
2. Melakukan *assessment* pada keluarga menggunakan *Family Assessment Tools*
3. Membuat diagnosis holistik dan memberikan penatalaksanaan secara komprehensif
4. Membuat laporan kasus

5. Berkomunikasi efektif dengan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lain termasuk menyampaikan edukasi.

Pengertian Kedokteran Keluarga

Kedokteran keluarga adalah suatu cabang ilmu kedokteran yang mulai berkembang pada pertengahan abad ke XX yang dimulai di Eropa namun berkembang pesat di Amerika. Pelayanan dengan pendekatan kedokteran keluarga saat itu sudah dianggap dapat menekan pembiayaan kesehatan karena pelayanannya yang efektif dan efisien.

Definisi kedokteran keluarga menurut *American Association of Family Physician* (AAFP, 1993) adalah cabang ilmu kedokteran yang menyediakan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif bagi individu dan keluarga tanpa memisahkan usia, jenis kelamin, sistem organ dan jenis penyakit. Kedokteran keluarga juga memandang seorang individu dari segala aspek yaitu aspek biologis, klinis dan perilaku. Pelayanan kedokteran keluarga akan diberikan oleh seorang dokter keluarga.

Dokter keluarga menurut AAFP adalah dokter yang dididik dan dilatih dalam bidang ilmu kedokteran keluarga. Dokter keluarga bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan kesehatan primer yang menyeluruh bagi semua anggota keluarga. Dokter keluarga dapat berkondultasi ataupun memberikan rujukan kepada dokter spesialis jika berhadapan dengan penyakit atau masalah kesehatan khusus.

Prinsip-prinsip Pelayanan Dokter Keluarga

1. Holistik dan komprehensif
2. Berkesinambungan
3. Mengutamakan promotif dan preventif

4. Koordinatif dan kolaboratif
5. Memberikan pelayanan kesehatan yang personal bagi setiap pasien sebagai bagian yang integral dari keluarganya
6. Mempertimbangkan keluarga, lingkungan kerja dan lingkungan tempat tinggal pasien
7. Menjunjung tinggi etika dan hukum
8. Sadar biaya dan sadar mutu
9. Dapat diaudit dan dipertanggungjawabkan

Fungsi Dokter Keluarga

Sesuai dengan anjuran WHO pada tahun 2008 tentang konsep *gatekeeper* dan *managed care*, seorang dokter keluarga harus berfungsi sebagai dokter bintang lima yaitu:

1. *Care provider*: penyedia pelayanan kesehatan yang holistik, komprehensif dan berkesinambungan pada tingkat primer untuk pasien dan keluarganya dan untuk penapisan rujukan.
2. *Decision maker*: pengambil keputusan dalam setiap tindakan terhadap pasien dengan menjunjung tinggi etika profesi.
3. *Communicator*: mampu berperan sebagai pendidik, penyuluh, mitra, mediator ataupun konselor dalam menyelesaikan masalah kesehatan
4. *Manager*: mampu bekerjasama atas dasar kemitraan dalam upaya menyelesaikan masalah kesehatan.
5. *Community leader*: mampu mengidentifikasi, melaksanakan dan memonitor pelaksanaan pelayanan kesehatan demi peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

Kedudukan Dokter Keluarga

1. Dalam sistem rujukan: lini terdepan di fasilitas pelayanan kesehatan primer
2. Dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN): sebagai ujung tombak SKN
3. Dalam pembangunan kesehatan: sebagai salah satu unsur pembangunan dalam bidang kesehatan terdepan, yang saling terkait dengan unsur kesehatan lainnya.



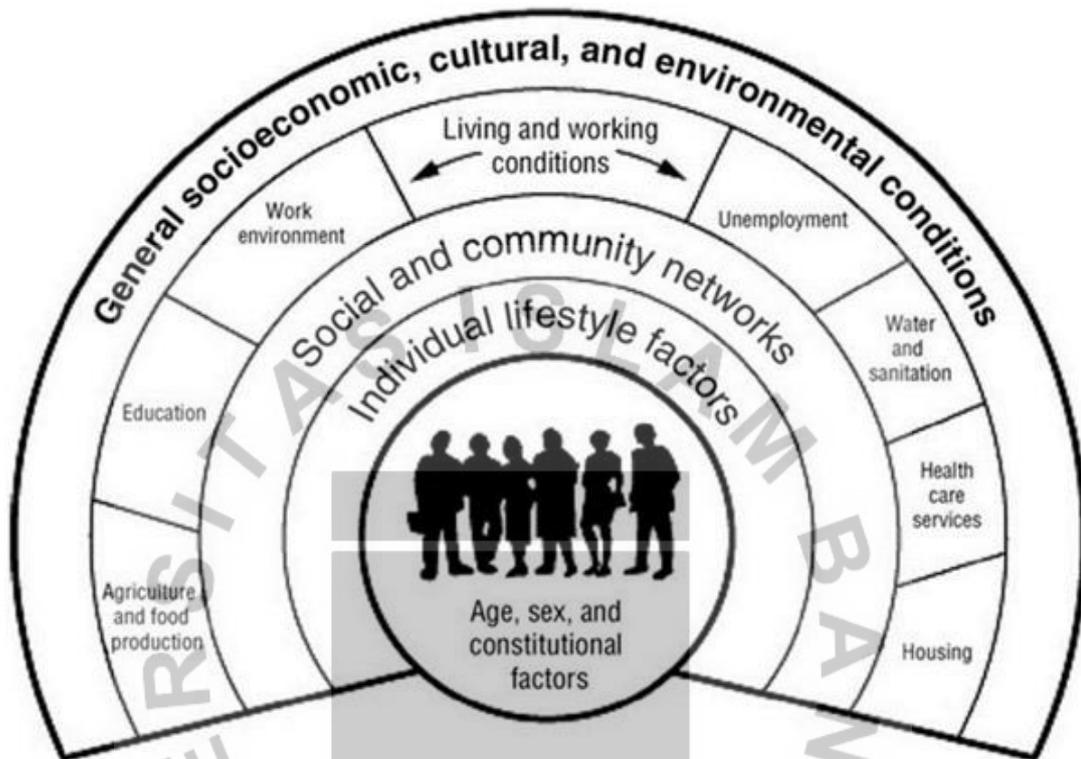
Gambar 13 Sistem rujukan berjenjang dalam JKN

Determinan Kesehatan

Dalam melaksanakan fungsinya terutama dalam upaya memberikan pelayanan yang holistic dan komprehensif, dokter keluarga harus mampu mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi keadaan sehat dan sakit. Beberapa teori yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi faktor-faktor tersebut antara lain adalah teori

Social Determinants of Health, Triad Epidemiological Model dan Environment of Health Model.

1. *Social Determinant of Health*



Gambar 14 Rainbow model of Social determinant of health

Dalam teori eko-sosial kesehatan, Dahlgren dan Whitehead (1991) menjelaskan bahwa kesehatan/ penyakit yang dialami individu dipengaruhi oleh faktor-faktor yang terletak di berbagai lapisan lingkungan, sebagian besar determinan kesehatan tersebut sesungguhnya dapat diubah (*modifiable factors*). Gambar di atas memeragakan, individu yang kesehatannya ingin ditingkatkan terletak di pusat, dengan faktor konstusional (gen), dan sistem lingkungan mikro pada level sel/ molekul. Lapisan pertama (level mikro, hilir/ *downstream*) determinan kesehatan meliputi perilaku dan gaya hidup individu, yang meningkatkan ataupun merugikan

kesehatan, misalnya pilihan untuk merokok atau tidak merokok. Pada level mikro, faktor konstitusional genetik berinteraksi dengan paparan lingkungan dan memberikan perbedaan apakah individu lebih rentan atau lebih kuat menghadapi paparan lingkungan yang merugikan. Perilaku dan karakteristik individu dipengaruhi oleh pola keluarga, pola pertemanan, dan norma-norma di dalam komunitas.

Lapisan kedua (level meso) adalah pengaruh sosial dan komunitas, yang meliputi norma komunitas, nilai-nilai sosial, lembaga komunitas, modal sosial, jejaring sosial, dan sebagainya. Faktor sosial pada level komunitas dapat memberikan dukungan bagi anggota-anggota komunitas pada keadaan yang menguntungkan bagi kesehatan. Sebaliknya faktor yang ada pada level komunitas dapat juga memberikan efek negatif bagi individu dan tidak memberikan dukungan sosial yang diperlukan bagi kesehatan anggota komunitas.

Lapisan ketiga (level ekso) meliputi faktor-faktor struktural: lingkungan pemukiman/ perumahan/ papan yang baik, ketersediaan pangan, ketersediaan energi, kondisi di tempat bekerja, kondisi sekolah, penyediaan air bersih dan sanitasi lingkungan, akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu, akses terhadap pendidikan yang berkualitas, lapangan kerja yang layak.

Lapisan terluar (level makro, hulu/ *upstream*) meliputi kondisi-kondisi dan kebijakan makro sosial-ekonomi, budaya, dan politik umumnya, serta lingkungan fisik. Termasuk faktor-faktor makro yang terletak di lapisan luar adalah kebijakan publik, stabilitas sosial, ekonomi, dan politik, hubungan internasional/ kemitraan global, investasi pembangunan ekonomi, peperangan/ perdamaian, perubahan iklim dan cuaca, eko-sistem, bencana alam (maupun bencana buatan manusia/ man-made disaster seperti kebakaran hutan).

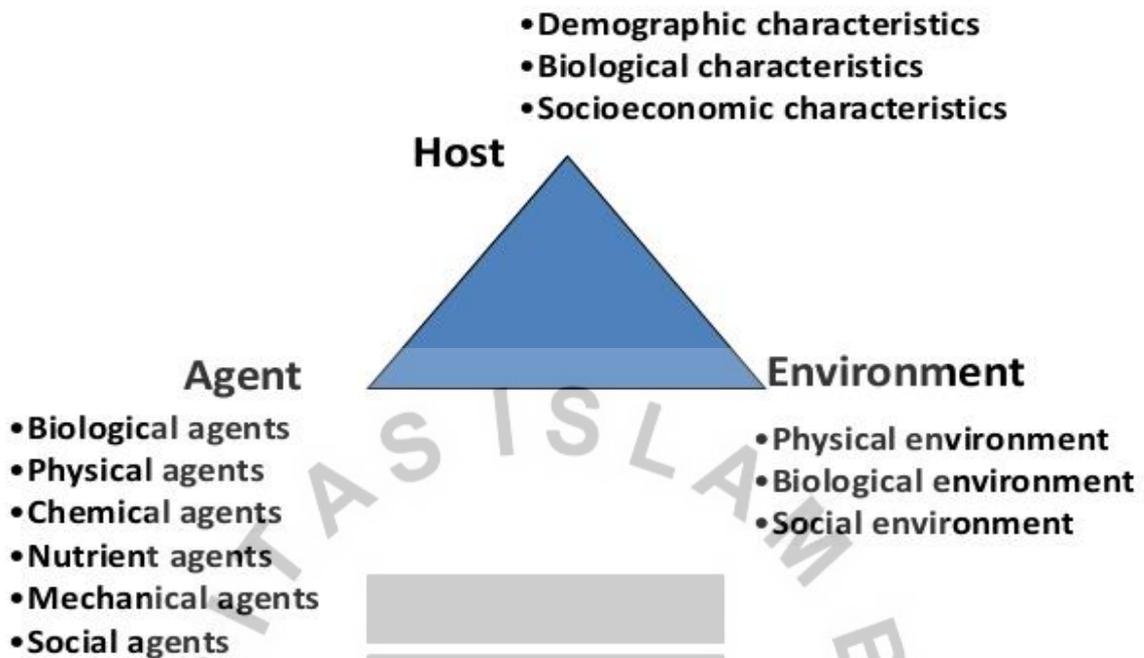
Berdasar atas model determinan eko-sosial kesehatan Dahlgren dan Whitehead (1991) dapat disimpulkan bahwa kesehatan individu, kelompok, dan komunitas yang optimal membutuhkan realisasi potensi penuh dari individu, baik secara fisik, psikologis, sosial, spiritual, dan ekonomi, pemenuhan ekspektasi peran seorang dalam keluarga, komunitas, tempat bekerja, dan realisasi kebijakan makro yang dapat memperbaiki kondisi lingkungan makro.

Pada tahun 1986, WHO dalam Piagam Ottawa untuk Promosi Kesehatan (the Ottawa Charter for Health Promotion) menegaskan bahwa kesehatan merupakan hak azasi manusia (*human right*). Berdasar atas model kesehatan Dahlgren dan Whitehead (1991), Piagam Ottawa menegaskan bahwa untuk menciptakan kesehatan individu dan populasi dibutuhkan sejumlah prasyarat. Prasyarat tersebut meliputi perdamaian, sumberdaya ekonomi yang cukup, pangan dan papan yang cukup, ekosistem yang stabil, serta penggunaan sumberdaya yang berkelanjutan.

1. *Triad Epidemiological Model*

Model segitiga epidemiologi dikembangkan dalam penelitian kesehatan masyarakat terutama pada masalah penyakit menular dan penularannya. Menurut segitiga epidemiologi, penyakit dapat terjadi apabila terjadi ketidakseimbangan antara agen-host-lingkungan.

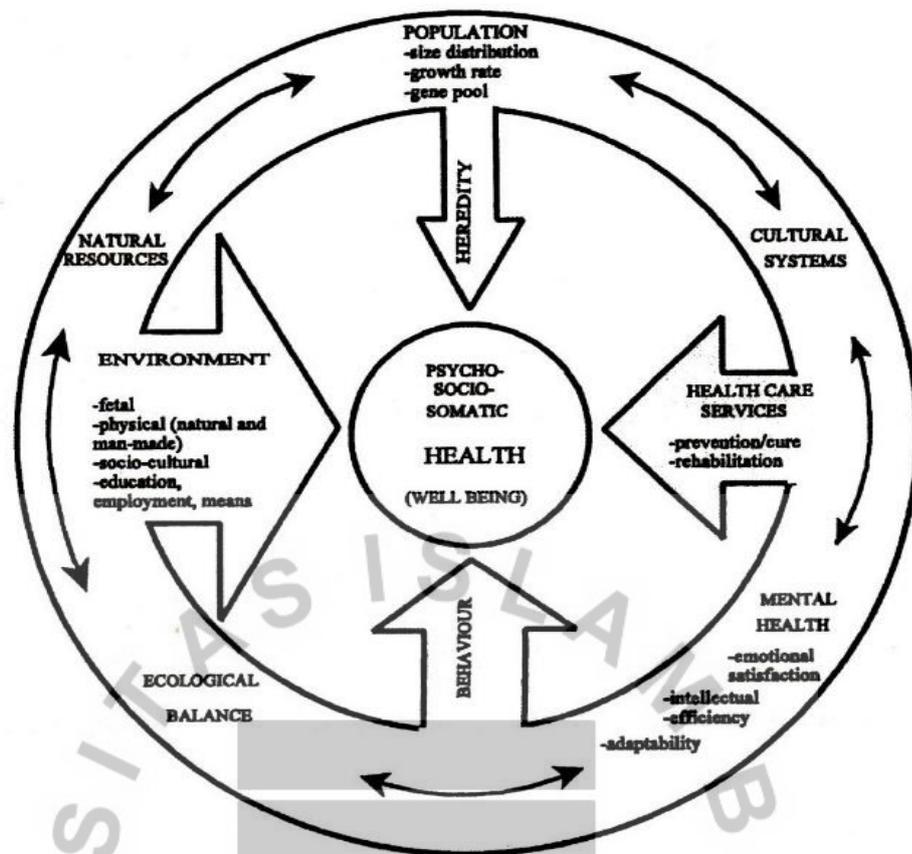
Epidemiologic triad



Gambar 15 Teori Segitiga Epidemiologi

2. *Environment of Health Model*

Teori paling populer tentang determinan kesehatan adalah *Environment of Health Model* atau disebut juga *Force Field Well Being Paradigms of Health* dari Blum yang dikeluarkan pada tahun 1974. Blum mengemukakan bahwa keadaan sehat dipengaruhi oleh lingkungan, perilaku, hereditas dan sistem kesehatan. Determinan yang paling menentukan keadaan sehat pada saat itu menurut Blum adalah lingkungan, sementara yang paling sedikit mempengaruhi adalah hereditas.



Gambar 16 Teori Blum

Family Assessment Tools

Keluarga memiliki pengaruh yang menentukan keadaan sehat atau sakit seseorang, untuk itu dibutuhkan penilaian keluarga dalam menentukan diagnosis yang holistik. Untuk menilai keadaan suatu keluarga dapat digunakan beberapa alat, antara lain:

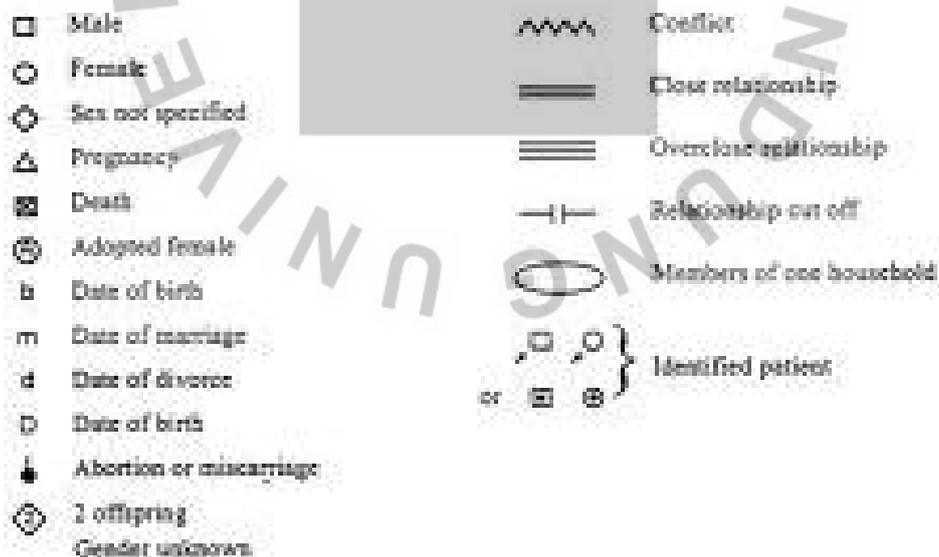
1. *Genogram*

Genogram adalah alat pemeriksaan biopsikososial menggunakan pohon keluarga yang menggambarkan siklus hidup keluarga, penyakit dalam keluarga dan hubungan antar anggota keluarga. Dengan menggunakan genogram, seorang dokter dapat dengan cepat melihat dan menganalisis masalah medis dan psikologis keluarga multigenerasi.

Langkah membuat *genogram*:

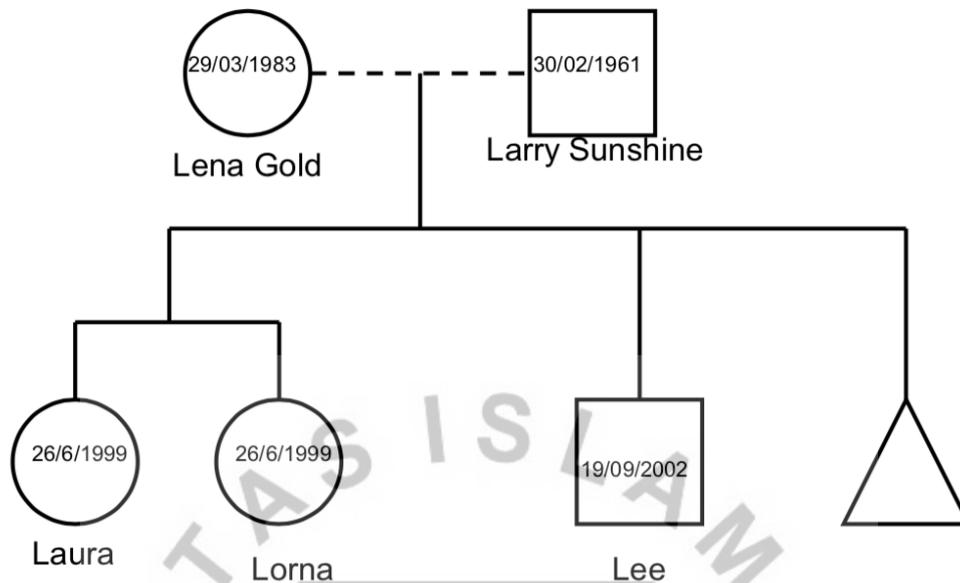
- Minimal dibuat 3 generasi
- Nama kepala keluarga ditulis di atas keluarga
- Nama dan umur setiap anggota keluarga ditulis di bawah simbol
- Anggota keluarga yang menjadi fokus pelayanan kesehatan dokter keluarga disebut sebagai “index pasien” dan ditandai dengan panah
- Tanggal pembuatan genogram ditulis
- Anggota keluarga yang tinggal 1 rumah ditandai dengan menggambar lingkaran
- Penyakit dalam keluarga ditandai dengan simbol yang diberi keterangan di bawah genogram
- Waktu dan sebab kematian anggota keluarga ditulis dengan simbol

Simbol yang digunakan dalam genogram:



Gambar 17 Simbol-simbol dalam Genogram

Contoh genogram sederhana:

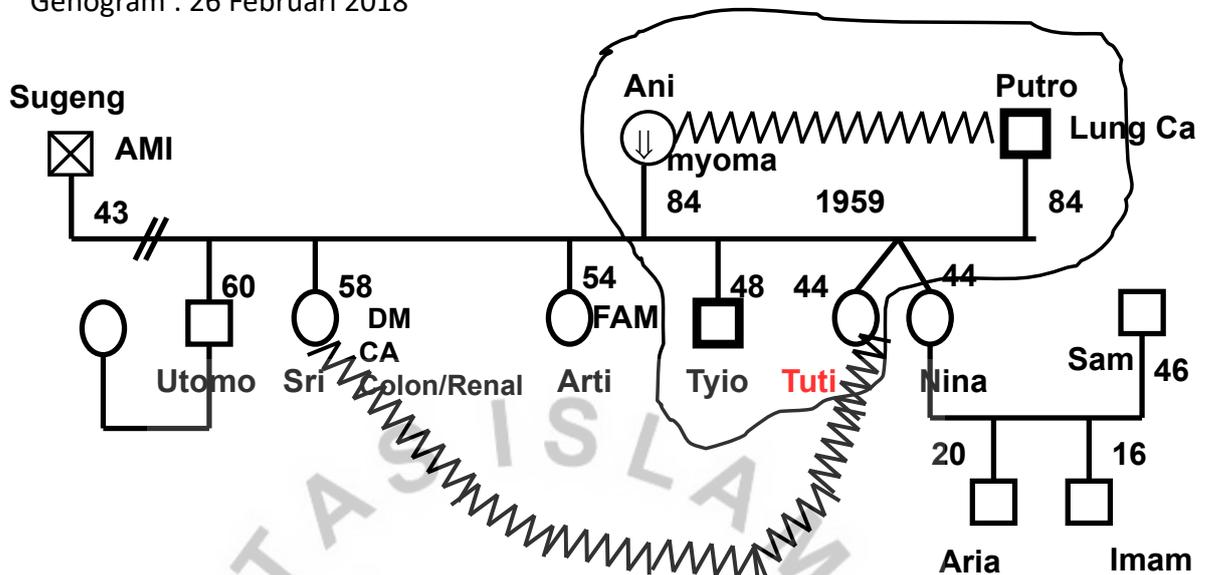


Gambar 18 Contoh genogram sederhana

Genogram di atas merupakan salah satu contoh genogram sederhana yang digunakan untuk menjelaskan hubungan kekerabatan dalam satu keluarga. Berdasar atas genogram di atas diketahui bahwa Lena Gold, seorang perempuan menikah dengan Larry Sunshine yang berjenis kelamin laki. Mereka memiliki dua anak perempuan kembar monozigot dan 1 anak lelaki, dan saat ini Lena sedang hamil anaknya yang keempat yang belum diketahui jenis kelaminnya. Kita juga dapat mengetahui bahwa usia antara Lena Gold dan Larry Sunshine terpaut cukup jauh. Kekurangan genogram di atas adalah dibuat hanya dalam susunan 2 generasi, padahal genogram yang ideal adalah yang tersusun dari minimal 3 generasi.

Contoh genogram yang lebih kompleks:

Genogram : 26 Februari 2018



Gambar 19 Contoh genogram kompleks

Berdasar atas genogram di atas, diketahui bahwa genogram dibuat pada tanggal 26 Februari 2018. Genogram ini dibuat oleh pasien yang bernama Tuti. Tuti tinggal bersama dengan kedua orang tuanya dan seorang kakak lelaki. Tuti (44) merupakan anak ke-2 dari pernikahan kedua ibunya. Ibunya pernah menikah dengan seorang lelaki bernama Sugeng yang meninggal dunia pada usia 43 tahun karena serangan jantung. Dari pernikahan pertama, ibunya memiliki 1 anak lelaki dan 2 anak perempuan. Jika dihitung dari pernikahan pertama ibunya, ia sebenarnya merupakan anak ke-6. Tuti memiliki 1 kakak kandung lelaki dan 1 saudara kembar perempuan. Ia juga memiliki 1 kakak tiri lelaki dan 2 kakak tiri perempuan.

Orang tua Tuti sudah lanjut usia yaitu berusia 84 tahun. Ibunya bernama Ani menderita myoma dan depresi. Ayahnya bernama Putro menderita hipertensi dan Ca Paru. Hipertensi juga diderita oleh Tyio, kakak kandungnya. Riwayat keganasan tidak hanya terjadi pada keluarga kandung Tuti saja, kakak tiri perempuannya yang

bernama Sri (58) menderita Ca colon/renal disertai DM, dan kakak tiri perempuan lainnya yang bernama Arti (54) menderita FAM.

Hubungan mental emosional dalam keluarga Tuti dapat dinilai tidak begitu baik. Hubungan ayah dan ibunya sudah lama berkonflik, begitu juga hubungan antara Tuti dengan Sri, kakak tirinya.

2. APGAR

Untuk dapat menilai fungsi keluarga, metode APGAR ini dapat digunakan. Metode ini digunakan dengan menilai fungsi keluarga sehingga dapat diketahui apakah sebuah keluarga fungsional atau tidak fungsional. Adapun fungsi keluarga adalah:

1. Fungsi keagamaan
2. Fungsi budaya
3. Fungsi cinta kasih
4. Fungsi perlindungan
5. Fungsi reproduksi
6. Fungsi sosialisasi dan pendidikan
7. Fungsi ekonomi
8. Fungsi pembinaan lingkungan

APGAR merupakan singkatan dari variabel yang akan dinilai yaitu:

1. Adaptasi (*Adaptation*): dinilai tingkat kepuasan anggota keluarga dalam menerima bantuan yang diperlukannya dari anggota keluarga yang lain.
2. Kemitraan (*Partnership*): Saling berpartisipasi dalam pengambilan keputusan dan komunikasi yang baik.
3. Pertumbuhan (*Growth*): dinilai tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap

kebebasan yang diberikan keluarga dalam pertumbuhan dan perkembangan fisik dan emosi anggota keluarga.

4. Kasih sayang (*Affection*): Dinilai tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kasih sayang serta interaksi emosional antar anggota keluarga
5. Kebersamaan (*Resolve*): dinilai tingkat kepuasan anggota keluarga terhadap kebersamaan dalam membagi waktu, materi/uang dan ruang untuk privacy.

Tabel 9. Penilaian APGAR Keluarga

No	Pernyataan	Selalu/sering (2)	Kadang-kadang/pemah (1)	Jarang/ tidak (0)
1	Saya puas karena saya dapat kembali pada keluarga saya jika saya menghadapi masalah			
2	Saya puas dengan cara keluarga saya membahas serta membagi masalah dengan saya			
3	Saya puas bahwa keluarga saya menerima dan mendukung keinginan saya melaksanakan kegiatan dan taupun arah hidup yang baru			
4	Saya puas dengan cara-cara keluarga saya menyatakan rasa kasih sayang dan menanggapi emosi			
5	Saya puas dengan cara-cara keluarga saya membagi waktu bersama			

Hasil penilaian dijumlahkan semua dan total jumlah yang didapatkan dapat menggambarkan fungsi keluarga.

- 8-10 poin menggambarkan bahwa fungsi keluarga baik (*Highly functional family*)

- 4-7 poin menggambarkan bahwa fungsi keluarga kurang baik (*Moderately dysfunctional family*)
- 0-3 poin menggambarkan keluarga tidak fungsional (*Severely dysfunctional family*)

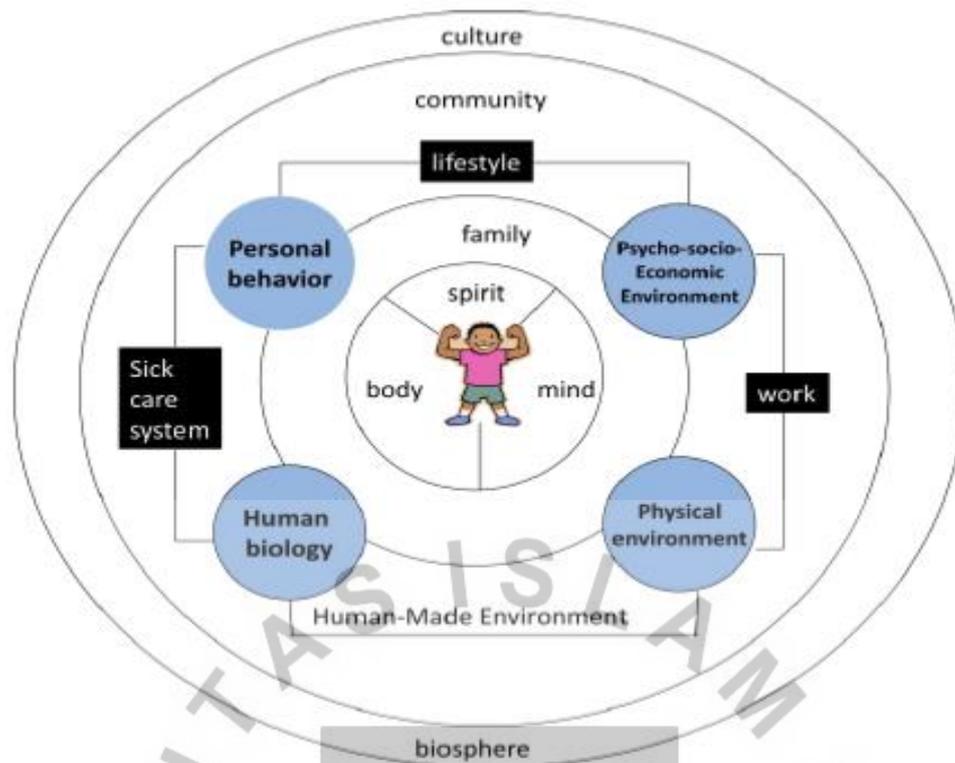
Konsep Biopsikosial

Untuk menegakkan diagnosis secara holistik, seorang dokter perlu memahami konsep biopsikosial. Konsep biopsikosial memandang seorang manusia sebagai kesatuan *mind-body and soul*, sehingga pelayanan kesehatan yang diberikan harus menyeluruh mulai dari biologis, psikologis dan sosial.

- Biologis: genetik, riwayat medis, lingkungan
- Psikologis: afektif, kognitif, komponen perilaku seperti perasaan, keyakinan/kepercayaan, harapan, kepribadian, dan perilaku kesehatan
- Sosial: akses menuju pelayanan kesehatan, kualitas pelayanan kesehatan, sistem dan nilai-nilai sosial, adat budaya, norma dan dukungan sosial

Model yang digunakan untuk melihat konsep biopsikosial adalah konsep *Mandala of Health*.

Menurut model *Mandala of Health*, kesehatan seseorang dilihat dari 3 komponen yaitu *body, mind and spirit*. Kesehatan juga dipengaruhi oleh 3 sistem yang ada di sekitar manusia yaitu keluarga dan komunitas, kultur yang mempengaruhi perilaku, serta *biosphere* termasuk di dalamnya lingkungan buatan manusia.



Gambar 20 Diagram Mandala of Health

***Home Visite*/Kunjungan Rumah**

Konsep holistik dan komprehensif yang diusung oleh dokter keluarga mengharuskan dokter keluarga untuk sesekali melakukan kunjungan rumah atau *home visite*. Kunjungan rumah merupakan pelayanan yang diberikan dokter keluarga dalam rangka melakukan diagnosis, therapeutic ataupun memberikan dukungan sosial kepada pasien yang berlangsung bukan di ruang praktik melainkan di rumah pasien.

Pelayanan yang diberikan pada kunjungan rumah tidak hanya dilakukan oleh seorang dokter keluarga, melainkan dapat diberikan oleh satu tim tenaga kesehatan antara lain perawat, bidan, psikolog, penyuluh kesehatan dan lain-lain. Contoh jenis pelayanan yang diberikan antara lain adalah: pemeriksaan tekanan darah secara

berkala oleh perawat, pemeriksaan ante natal oleh bidan, pelayanan rehabilitasi wicara oleh terapis wicara, bantuan kegiatan sehari-hari seperti makan dan mandi oleh tenaga sosial dan lain-lain.

Berdasar atas klasifikasi dari American Association of Family Physicians (AAFP), kunjungan rumah dapat dibagi menjadi 4 tipe yaitu:

1. *Illness home visite*: kunjungan pada saat pasien sakit, misalnya pada saat pasien mengalami kasus gawat darurat, mengalami penyakit akut atau mengalami penyakit kronis yang sedang kambuh.
2. *Dying patients home visite*: kunjungan pada saat pasien mengalami masa akhir kehidupan. Kunjungan ini dilakukan untuk memberikan *end of life care/terminal care*, penerbitan surat kematian dan memberikan dukungan bagi keluarga yang ditinggalkan.
3. *Assessment home visite*: kunjungan untuk menilai faktor-faktor yang berhubungan dengan timbulnya suatu penyakit pada pasien dan keluarganya. Contoh kunjungan rumah dengan tipe ini adalah pemeriksaan lemari obat pada pasien dengan kecurigaan polypharmacy, kecurigaan adanya kekerasan pada rumah tangga, pemeriksaan keadaan fisik rumah sebagai faktor penyebab penyakit menular dan lain-lain.
4. *Hospitalization follow up home visite*: kunjungan yang dilakukan pada pasien pasca rawat inap, contohnya pemeriksaan pasca melahirkan ataupun pasca bedah.

Langkah-langkah Melakukan Kunjungan Rumah

Dalam melakukan kunjungan rumah, seorang dokter keluarga sebagai manajer team harus dapat mengkoordinir seluruh team beserta sumber daya yang ada agar kunjungan berlangsung secara efektif dan efisien. Adapun langkah yang harus dilakukan adalah:

1. Tentukan tujuan kunjungan rumah.
2. Tentukan tenaga kesehatan yang akan melakukan kunjungan rumah sesuai dengan jenis kunjungan yang akan dilakukan.
3. Persiapan alat dan materi lainnya yang akan digunakan.
4. Melakukan perjanjian kunjungan dengan pasien. Pastikan bahwa pasien ada di rumah saat dokter keluarga/tenaga kesehatan lainnya melakukan kunjungan.
5. Pastikan keberadaan anggota keluarga lainnya di dalam rumah, terutama jika pasien dan dokter/tenaga kesehatan berbeda jenis kelamin. Dalam setiap pemeriksaan yang dilakukan, harap dipastikan bahwa ada anggota keluarga yang menemani pasien. Jika tidak ada anggota keluarga yang menemani, minta tokoh/warga masyarakat setempat untuk menemani.

Hal-hal yang Harus Dinilai dalam Kunjungan Rumah

Komponen yang harus dinilai dalam kunjungan rumah yang dilakukan untuk menilai keadaan rumah atau *assessment home visite* dapat disingkat dengan INHOMESSS, yaitu:

1. *Immobility*: penilaian mengenai aktivitas pasien sehari-hari dari mulai aktivitas dasar seperti berjalan, mandi, makan, berpakaian, bekerja dan lain sebagainya. Dokter keluarga bisa juga meminta pasien untuk mendemonstrasikan aktivitas rutinnnya sehari-hari.

2. *Nutrition*: penilaian mengenai status nutrisi pasien, pola dan perilaku makan, serta pemilihan makanan. Dokter keluarga dapat menganamnesis pasien dan keluarganya mengenai pola makan dan bisa juga meminta izin kepada pasien dan keluarganya untuk melihat makanan yang tersaji di meja makan atau melihat bahan makanan yang ada di kulkas.
3. *Housing*: penilaian mengenai kondisi fisik, biologis, kimiawi, dan kondisi lainnya dalam rumah pasien. Faktor fisik antara lain adalah pencahayaan, kelembaban, kepadatan, keberadaan tangga, lantai yang licin dan lain-lain. Faktor biologis antara lain penilaian adanya makhluk hidup lain di sekitar rumah seperti hewan peliharaan, hewan yang berpotensi menjadi vector penyakit, tumbuhan, fungi, dan lain-lain. Faktor kimiawi antara lain zat-zat kimia yang berada di sekitar rumah seperti pemakaian obat serangga dan zat kimia lainnya. Dalam menilai kondisi rumah, dokter keluarga diharapkan tidak membuat asumsi tentang status sosial pasien berdasar atas keadaan fisik rumah pasien.
4. *Other people*: penilaian mengenai kehadiran orang lain di dalam rumah. Kehadiran anggota keluarga lainnya dalam rumah dapat membantu dokter keluarga merawat pasien serta membantu mendapatkan pertolongan saat gawat darurat terutama pada pasien-pasien lansia dan anak, pasien dengan penyakit yang mengakibatkan imobilitas, atau pasien dengan penyakit terminal.
5. *Medications*: penilaian mengenai tipe, jumlah, frekuensi dan pengorganisirian obat. Dokter keluarga dapat menilai kepatuhan pasien dalam meminum obat. Dokter keluarga juga dapat menilai jika pasien mendapatkan pengobatan lainnya di luar pengobatan dokter, seperti obat tradisional atau alternatif. Dokter keluarga dapat meminta izin kepada pasien untuk memeriksa lemari obat.

6. *Examinations*: penilaian mengenai pemeriksaan fisik pasien, dilakukan seperti pemeriksaan fisik rutin di ruang praktek.

Safety: penilaian mengenai faktor keamanan di dalam rumah. Dokter keluarga dapat menilai adanya hazard di dalam rumah serta memprediksi risiko yang mungkin dapat terjadi di rumah.



The Home Visit

TABLE 5

Elements of Home Safety Assessment

Areas to be assessed	Questions to consider
Kitchen safety (especially use of gas stove)	Is it easy to tell when a burner or oven gas is turned on or off? Does the patient wear loose garments when cooking?
Bathroom safety	Are hand-holds in appropriate places? Can the toilet seat be raised, if needed? Does the shower or bathtub have a nonslip surface? Is the floor of the bathroom slick?
Stairs	Are stairs well lit? If carpeting is present, is it secure?
Gas or electric utilities	Which systems does the home have? Are systems checked and properly maintained?
Heating and air-conditioning	Are the controls accessible and easy to read?
Hot water heater	Is the temperature below 49°C (120°F)?
Water source	Is water from a public service or a well?
Emergency actions and evacuation route	Are emergency numbers on or near the telephone? Is there a means of exit in case of emergency?
Electrical cords	Are cords frayed or lying across walking paths?
Lighting and night lights	Is the wattage sufficient?
Fire and smoke detectors and fire extinguishers	Are fire extinguishers present and accessible? Are fire and smoke detectors present? Are batteries charged or changed regularly?
Loose carpets and throw rugs	Can loose carpets and throw rugs be secured or removed?
Tables, chairs and other furniture	Is furniture sturdy and well-balanced?
Pets	Are the animals easy to care for and to feed?

Copyright © 1999 by the American Academy of Family Physicians.

This content is owned by the AAFP. A person viewing it online may make one printout of the material and may use that printout only for his or her personal, non-commercial reference. This material may not otherwise be downloaded, copied, printed, stored, transmitted or reproduced in any medium, whether now known or later invented, except as authorized in writing by the AAFP. Contact afpserv@aafp.org for copyright questions and/or permission requests.

Gambar 21 Penilaian Keamanan Rumah

7. *Spiritual health*: penilaian mengenai kesehatan spiritual pasien, dapat dinilai dari adanya symbol-simbol keagamaan di dalam rumah, aktivitas keagamaan di dalam rumah dan lain-lain. Penilaian ini akan berguna dalam intervensi yang melibatkan faktor spiritual, misalnya meminta pasien untuk sering berdzikir atau berpuasa.
8. *Services*: penilaian mengenai pelayanan kesehatan. Dokter keluarga dapat menilai tentang jenis pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien, misalnya hanya menerima pelayanan dari dokter saja atau mendapat pelayanan dari pihak lain, menggunakan asuransi sosial atau asuransi swasta, atau hal-hal lainnya yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan.

Hasil penilaian komponen di atas kemudian dicatat dalam formulir yang nantinya akan disatukan ke dalam rekam medis. Penilaian akan lebih mudah jika dokter keluarga telah memiliki format khusus sehingga pencatatan akan lebih efektif. Salah satu contoh formulir pencatatan hasil penilaian kunjungan rumah adalah sebagai berikut:

Patient's name: _____
 Address: _____ Telephone number: _____
 Family members: _____
 Addresses and telephone numbers of family members: _____

/Impairments / Immobility

Activities of daily living (ADL)	Yes	No	Instrumental ADLs	Yes	No
Balance and gait problems	Yes	No	Sensory impairments	Yes	No

Nutrition

Meals _____
 Variety and quality of foods Pantry _____ Refrigerator _____ Freezer _____
 Nutritional status Obesity _____ Malnutrition _____ Other _____
 Alcohol presence/use Yes No

Home environment

Neighborhood _____
 Exterior of home _____
 Interior of home Crowding _____ Housekeeping _____ Homeyness _____ Privacy _____
 Pets _____ Books _____ Television _____ Memorabilia _____

Other people

Social supports	Yes	No
Living will	Yes	No
Power of attorney	Yes	No
Financial resources	_____	
Patient attitudes	_____	

Medications

Prescription drugs	Yes	No
Nonprescription drugs	Yes	No
Dietary supplements	Yes	No
Medicines organized	Yes	No
Medication compliance	Yes	No

Examination

Weight _____ Height _____ Blood pressure _____ Glucose _____
 Urinalysis _____ Other _____ Mini-Mental State _____ General physical condition _____

Safety, Spiritual health and Services

Bathroom _____ Kitchen _____ Carpets _____ Lighting _____ Electrical cords _____
 Stairs _____ Tables, chairs and other furniture _____
 Fire and smoke detectors _____ Fire extinguishers _____ Emergency plans _____ Evacuation route _____
 Gas or electric range _____ Hot water heater _____
 Heating and air-conditioning _____ Water source _____
 Spiritual health _____
 Home health services _____

Gambar 22 Contoh Ceklis Kunjungan Rumah

Berdasar atas penilaian 9 komponen di atas, seorang dokter keluarga dapat menentukan jenis intervensi yang akan diberikan kepada pasien. Intervensi yang diberikan juga bersifat komprehensif sehingga membutuhkan kerja tim dari berbagai disiplin ilmu.

PROSEDUR KUNJUNGAN RUMAH

Hari pertama:

1. Pilihlah salah satu pasien rawat jalan di Puskesmas dan lakukan observasi serta analisis data-data yang ada (anamnesis, pemeriksaan fisik dan lain-lain)
2. Buatlah janji jadwal kunjungan kemudian konsultasikan dengan dosen lapangan.
3. Identifikasi dan prioritaskan masalah yang ada di dalam **keluarga** (bukan hanya masalah pasien saja) yang akan dikunjungi sebagai persiapan untuk memberikan edukasi kepada pasien saat kunjungan rumah.
4. Persiapkan alat dan bahan yang akan dipakai saat kunjungan rumah.

Hari kedua:

1. Melakukan kunjungan rumah dan mengumpulkan data-data sesuai dengan prioritas masalah.
2. Menganalisis data-data yang telah terkumpul
3. Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga sesuai dengan hasil analisis
4. Buat janji untuk kunjungan rumah kedua jika diperlukan (untuk monitoring dan evaluasi hasil edukasi)
5. Menyusun laporan akhir kunjungan rumah

REKAM MEDIS

Medical record atau yang biasa disebut rekam medis merupakan sebuah dokumen yang berisi kumpulan data mengenai kehidupan dan riwayat kesehatan seorang pasien. Menurut Huffman, rekam medis harus mengandung data yang lengkap untuk mengidentifikasi pasien, menunjang diagnosis menjadi dasar kehadiran pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan, dapat pula berperan sebagai alat justifikasi penatalaksanaan dan secara akurat mendokumentasikan dampak dari penatalaksanaan tersebut. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 269 Tahun 2008, rekam medis adalah berkas berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lainnya yang telah diberikan kepada pasien.

Setiap dokter yang melaksanakan praktik kedokteran, termasuk juga dokter keluarga wajib untuk membuat atau mencatat rekam medik segera setelah pasien mendapatkan pelayanan kesehatan. Model penulisan rekam medis adalah *problem oriented medical record* atau dicatat berdasarkan masalah yang dikeluhkan pasien. Masalah yang dikeluhkan pasien terdiri dari keluhan (*complain, symptoms*), tanda atau temuan klinis (*sign*), kumpulan gejala (*syndrome*) ataupun diagnosis penyakit.

Di dalam pelayanan kesehatan primer, telah dikembangkan bentuk lain dari rekam medis dimana rekam medis pasien yang berasal dari satu rumah tangga disimpan dalam satu berkas disebut sebagai *family folder*. Hal ini memudahkan tenaga kesehatan terutama dokter keluarga untuk melihat faktor risiko yang sama yang ditemukan dalam keluarga.

Tujuan dibuatnya rekam medis menurut WHO adalah:

1. Untuk merekam seluruh data tentang kesehatan pasien dengan penekanan pada kejadian-kejadian yang menyebabkan pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan.
2. Untuk pelayanan berkelanjutan di masa mendatang

Bagian-bagian dalam Rekam Medis

Rekam medis terdiri dari 4 bagian penting, yaitu:

1. Bagian administratif

Komponen yang termasuk ke dalam bagian administratif adalah data demografis dan sosial ekonomi seperti nama, jenis kelamin, tempat dan tanggal lahir, alamat serta nomor rekam medis.

2. Bagian legal/hukum

Komponen yang termasuk ke dalam bagian legal adalah pernyataan persetujuan terhadap suatu tindakan atau otorisasi untuk menyebarluaskan informasi.

3. Bagian finansial

Komponen ini berhubungan dengan pembayaran jasa medis dan akomodasi

4. Bagian klinis

Komponen bagian ini terdiri dari data-data klinis ketika pasien datang ke fasilitas pelayanan kesehatan baik rawat jalan, rawat inap ataupun dalam keadaan gawat darurat.

Kegunaan Rekam Medis

Rekam medis memiliki kegunaan antara lain:

1. Mendokumentasikan data mengenai riwayat penyakit pasien dan penatalaksanaannya
2. Alat komunikasi antar sejawat dokter dan tenaga kesehatan lainnya yang turut terlibat dalam pelayanan kesehatan bagi pasien
3. Bagian dalam pelayanan berkelanjutan
4. Bahan penelitian mengenai suatu penyakit tertentu dan penatalaksanaannya
5. Bahan koleksi data statistik

Sistematika Penulisan Rekam Medis

Berdasarkan Permenkes No. 256 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis, rekam medis harus dibuat secara tertulis lengkap dan jelas atau secara elektronik. Sistematika penulisan rekam medis untuk rawat jalan adalah sebagai berikut:

1. Identitas pasien
2. Tanggal dan waktu pemeriksaan
3. Anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
4. Pemeriksaan fisik dan penunjang
5. Diagnosis
6. Rencana penatalaksanaan
7. Pengobatan dan atau tindakan
8. Pelayanan lain yang telah diberikan
9. Persetujuan tindakan

Sistematika pencatatan rekam medis untuk pasien rawat inap dan gawat darurat dapat dilihat pada Permenkes No. 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medis.

Setelah melakukan diagnosis holistik dan kunjungan rumah, dokter muda stase bagian IKM diharapkan membuat laporan dengan sistematika sebagai berikut.

Sampul muka

<p style="text-align: center;">LAPORAN KEDOKTERAN KELUARGA</p> <p style="text-align: center;">JUDUL LAPORAN</p> <p style="text-align: center;">Disusun oleh :</p> <p style="text-align: center;">(Nama penyusun lengkap dengan gelar dan NPM)</p> <p style="text-align: center;">Dosen :</p> <p style="text-align: center;">(Nama dosen bagian dan dosen lapangan lengkap dengan gelar)</p> <p style="text-align: center;">SMF ILMU KESEHATAN MASYARAKAT</p> <p style="text-align: center;">FAKULTAS KEDOKTERAN UNISBA</p> <p style="text-align: center;">Bulan dan Tahun</p>

Sistematika Laporan Akhir Kedokteran Keluarga

- Halaman sampul
- Ringkasan
- Kata pengantar
- Daftar isi
- Daftar tabel
- Daftar gambar
- Daftar lampiran

A. Karakteristik Demografis Keluarga

No	Nama	Kedudukan	L/P	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Penderita klinik	Ket

B. Identitas Penderita

- Nama
- Umur
- Jenis kelamin
- Agama
- Pekerjaan
- Alamat
- Status pernikahan
- Tanggal kunjungan

C. Anamnesis

- Keluhan utama
- Riwayat penyakit sekarang
- Riwayat pengobatan
- Riwayat penyakit dahulu
- Riwayat kebiasaan
- Riwayat penyakit keluarga
- Riwayat gizi/alergi/
- Riwayat sosial ekonomi

D. Pemeriksaan Fisik

- Keadaan umum
- Tanda vital
- Pemeriksaan fisik yang berkaitan dengan pasien

E. Family Assessment Tools

- Struktur keluarga (Genogram)
- Identifikasi ada tidaknya penyakit menular/tidak menular/keturunan
- Fungsi fisiologis keluarga (APGAR)
- Identifikasi harmonis atau tidaknya interaksi keluarga

F. Keadaan rumah dan lingkungan (*Indoor dan Outdoor*)

- Ukuran rumah
- Ruang tamu
- Ruang keluarga
- Kamar tidur
- Kamar mandi/WC
- Dapur
- Dinding rumah

- Ventilasi rumah
- Lantai rumah
- Sumur/sumber air
- Pembuangan limbah (septic tank)
- Tempat pembuangan sampah

G. Denah rumah

H. Daftar masalah

- Masalah medis
- Masalah non medis

J. Kesimpulan dan Saran

- Kesimpulan (pasien, bentuk keluarga, diagnosis biopsikososial dan keadaan lingkungan)
- Saran (promotive, preventif, kuratif, rehabilitative)

K. Lampiran (Foto kunjungan)

BAB 9

HIGIENE PERUSAHAAN DAN KESEHATAN KERJA

Yudi Feriandi dan Hilmi Sulaiman Rathomi

PENDAHULUAN

Indonesia adalah salah satu negara dengan jumlah tenaga kerja yang sangat banyak, baik pekerja formal maupun informal. Menurut WHO, kejadian fatal, kecelakaan dan penyakit kerja tetap memiliki jumlah yang sangat tinggi dan berubah menjadi beban kesehatan, penderitaan dan kerugian yang besar berkisar antara 4-5% GDP. ILO memperkirakan pada tahun 2000 terdapat 2 juta kematian akibat kerja pertahunnya. Sementara WHO memperkirakan hanya terdapat 10-15% dari pekerja yang memiliki akses untuk mendapatkan pelayanan dasar kesehatan kerja. Penelitian terakhir di Amerika memperkirakan terdapat 60.300 kematian yang berhubungan dengan penyakit akibat kerja.

Sampai saat ini di Indonesia belum terdapat data yang akurat mengenai besarnya masalah penyakit karena hubungan kerja. Data yang berdasarkan laporan semenjak tahun 1987 baru dua dari 31 penyakit karena hubungan kerja yang terdiagnosis, yaitu asma kerja dan dermatosis. Hal tersebut disebabkan antara lain karena sistem pelaporan yang belum jelas, peralatan diagnosis yang belum memadai, dan kekurangan kemampuan dokter mendiagnosisnya. Hal ini merugikan tenaga kerja sebab tidak mendapat kompensasi.

Penanggungjawab dari upaya untuk mengidentifikasi dan memperbaiki keselamatan dan kesehatan kerja ada pada pihak penyelenggara pekerjaan (pegawai, kontraktor, pemilik, pekerja, pengawas, wiraswastawan dan penyedia). Dokter yang dipekerjakan oleh manajemen, pekerja dan komunitas harus mengetahui kecelakaan lingkungan kerja.

Undang undang *the Occupational Health and Safety Act 1993* mengharuskan semua orang dalam lingkungan kerja untuk bekerja sama mengidentifikasi dan mengontrol kesehatan dan keselamatan kerja. Pekerjaan tidak hanya memiliki akibat yang tidak diinginkan terhadap kesehatan, tapi juga dapat memberikan dukungan positif terhadap kesehatan. Status kesehatan yang dimiliki pekerja akan memiliki efek kepada pekerjaan. Semakin sehat, maka akan semakin produktif. Status sakit akan menyebabkan penurunan produktifitas, membahayakan diri dan orang lain.

Higiene perusahaan merupakan upaya memelihara lingkungan lingkungan kerja dan lingkungan perusahaan dari berbagai hazard yang ada. Sementara Upaya kesehatan kerja adalah upaya yang diterapkan pada perusahaan/industri untuk melindungi, memelihara, meningkatkan kesehatan pekerja dan meningkatkan produktivitas industri.

Upaya kesehatan dan keselamatan kerja di Indonesia mengacu pada berbagai dasar hukum yang ada, diantaranya:

- UU No 1 tahun 1970 tentang Keselamatan kerja.
- Kesehatan kerja menurut Undang-Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, pasal 64 disebutkan bahwa kesehatan kerja ditujukan untuk melindungi pekerja agar hidup sehat dan terbebas dari gangguan kesehatan serta pengaruh buruk yang diakibatkan oleh pekerjaan. Oleh sebab itu agar terciptanya lingkungan kerja yang kondusif dan pekerja yang sehat, diperlukan keberadaan pelayanan kesehatan kerja di tempat kerja.
- Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor Per 03/Men/1982 tentang Pelayanan Kesehatan Kerja.
- Kepmenkes RI No. 1758/MENKES/SK/XII/2003 tentang Standard Pelayanan Kesehatan Kerja Dasar.
- Permenkes No.75/2014 tentang Puskesmas

- Sertifikasi OHSAS 18001 dan ISO 14001.

Inti dari semua dasar hukum di atas adalah bahwa perusahaan perlu menciptakan lingkungan kerja yang Sehat, Aman dan Nyaman bagi semua Karyawan.

TUJUAN UMUM

Setelah menyelesaikan stase di bagian ini dokter muda dapat melakukan menerapkan prinsip-prinsip kedokteran okupasi dalam layanan primer

TUJUAN KHUSUS

- Melakukan identifikasi faktor-faktor risiko yang dapat menimbulkan penyakit dan kecelakaan akibat kerja di institusi kerja
- Mampu melakukan langkah-langkah diagnosis penyakit dan kecelakaan akibat kerja
- Mampu memberikan pelayanan komprehensif kesehatan kerja mencakup upaya promotif, preventif
- Mampu menjelaskan pelayanan kuratif, rehabilitatif
- Mampu memberikan rekomendasi dan intervensi sederhana kepada institusi kerja atas temuan di tempat kerja

LANGKAH MELAKUKAN PENILAIAN PENGAMATAN INDUSTRI DAN INTERVENSI KESEHATAN KERJA

Selama menjalani stase bagian ilmu kesehatan masyarakat khususnya bidang kesehatan kerja, dokter muda diharapkan mampu melakukan pengamatan terhadap industri sekaligus intervensi sederhana bidang kesehatan kerja sebagai bentuk pembelajaran professional. Jenis industri yang diamati diarahkan pada industri

rumah tangga (*home industry*) yang biasanya termasuk dalam tanggung jawab pengawasan dinas kesehatan.

Proses pengkajian industri dan intervensi kesehatan kerja ini meliputi:

1. Penentuan industri rumah tangga yang akan diamati dan diintervensi
2. Analisis Situasi Umum Pada Industri Terpilih
3. Analisis Situasi Khusus Pada Industri Terpilih
4. Melakukan Proses Pemecahan Masalah
5. Intervensi Sederhana Dengan Memperhatikan Hirarki Kontrol

Analisis Situasi Industri

Setelah menentukan industri mana yang akan diamati dan dilakukan intervensi, tahapan pertama yang harus dilakukan adalah proses analisis situasi. Upaya ini diperlukan untuk mengetahui bagaimana jalannya suatu industri khususnya dari aspek kesehatan dan dampak kesehatan yang ditimbulkan, serta apa saja masalah yang terjadi pada industri tersebut. Analisis situasi terhadap industri terdiri dari analisis situasi umum dan analisis situasi khusus.

Analisis situasi umum dilakukan untuk mengetahui profil industri secara umum, mengeksplorasi masalah yang terjadi dan menggali determinan sosiodemografi terkait industri, yang meliputi:

- Sejarah industri
- Letak geografis/lokasi industri
- SDM yang terlibat dalam industri
- Shift kerja yang berlaku dalam industri

Selain itu, dilakukan pula upaya identifikasi proses dari industri mulai dari produksi, operasional, distribusi, hingga mencakup seluruh kegiatan industri tersebut, meliputi:

- Deskripsi produk
- Bahan baku yang digunakan
- Sarana dan prasarana
- Bisnis proses industri
- Ketersediaan jaminan sosial pekerja, terutama BPJS kesehatan dan BPJS ketenagakerjaan

Setelah melakukan pengamatan umum terhadap industri, dilanjutkan dengan analisis situasi khusus. Analisis ini ditujukan untuk mengidentifikasi hazard, atau bahaya potensial yang dapat menyebabkan masalah kesehatan dan keselamatan kerja. Dalam bidang kesehatan industri, hazard terdiri dari 2 kelompok, yakni:

- *Unsafe acts* atau perilaku yang tidak aman
- *Unsafe condition* atau kondisi kerja yang tidak aman

Hazards tersebut juga dikelompokkan dalam kategori hazard fisika, kimia, biologi, psikososial, ergonomic, dan iklim kerja. Setelah seluruh hazard diidentifikasi, risiko atau masalah yang timbul akibat hazard tersebut juga ditentukan. Risiko ini secara umum terbagi dalam 2 kelompok, yakni penyakit akibat kerja, serta kecelakaan akibat kerja. Selain dampak terhadap pekerja, identifikasi hazard ini juga mencakup evaluasi terhadap kondisi sanitasi lingkungan kerja serta dampak industri terhadap lingkungan / produk yang dihasilkan.

Hasil analisis situasi khusus ini ditampilkan dalam bentuk matriks proses – hazards – risiko. Dengan demikian, akan jelas keterkaitan antara kegiatan/proses industri

mana yang berperan dalam munculnya suatu hazard yang berakibat pada timbulnya risiko berupa penyakit atau kecelakaan akibat kerja. Contoh matriks tersebut dapat dilihat sebagai berikut.

Tabel 10. Matrix Proses - Hazard - Risiko pada Industri

Proses Produksi/ Kondisi Lingkungan Kerja	Hazard					Risiko	
	Bahaya Fisik	Bahaya Kimia	Bahaya Biologis	Bahaya Ergonomis	Bahaya Psikososial	PAK/PAHK	KAK
Pengadukan adonan			Setelah diaduk disimpan di tempat terbuka			Kontaminasi makanan menyebabkan keracunan makanan, Demam Thypoid , diare, atau hepatitis A pada konsumen	
				Posisi jongkok dalam waktu yang lama		- Low Back Pain - Myalgia	
Penggilingan adonan	Beratnya penggiling						Tertimpa/terjepit penggiling → Cedera ekstremitas
				Posisi jongkok dalam waktu yang lama		- Low back pain - Myalgia	
Pemotongan adonan	Pisau yang tajam dan besar						vulnus sisum dengan atau tanpa infeksi sekunder
				Posisi jongkok dalam waktu yang lama		1. Low back pain 2. Myalgia	
Pengorengan siamay	Percikan minyak panas						Luka bakar
				Posisi jongkok dalam waktu yang lama		1. Low back pain 2. Myalgia	

Siklus Pemecahan Masalah Pada Industri

Setelah mengetahui bahaya potensial dan masalah kesehatan pada industri, langkah berikutnya adalah melakukan upaya pemecahan masalah. Upaya tersebut dilakukan dengan pendekatan *problem solving cycle*. Pertama-tama, harus ditentukan masalah mana yang merupakan prioritas dan harus diintervensi terlebih dahulu. Dalam kesehatan kerja, penetapan prioritas masalah ini dapat dilakukan dengan menggunakan instrument matriks *risk severity-likelihood*. Matriks ini membandingkan tingkat kemungkinan terjadinya suatu risiko dan tingkat keparahan risiko tersebut. Masalah yang menjadi prioritas adalah masalah dengan tingkat kemungkinan terjadi terbesar dan tingkat keparahan terbesar. Contoh matriks *risk-severity likelihood* adalah sebagai berikut

Resiko = severity x likelihood		Severity		
		Minor	Moderate	Major
Likelihood	Frequent	Rhinitis/ ISPA	Low Back Pain Myalgia	
	Possible	<u>Vulnus Scisum</u>	Terjatuh Kontaminasi makanan	
	Remote	- Pneumonia - <u>Tertimpa/terie pit penggilina adonan</u>		Luka bakar

Gambar 23 Contoh Matriks *Risk Severity-Likelihood*

Penegakan Diagnosis Okupasi pada Pekerja

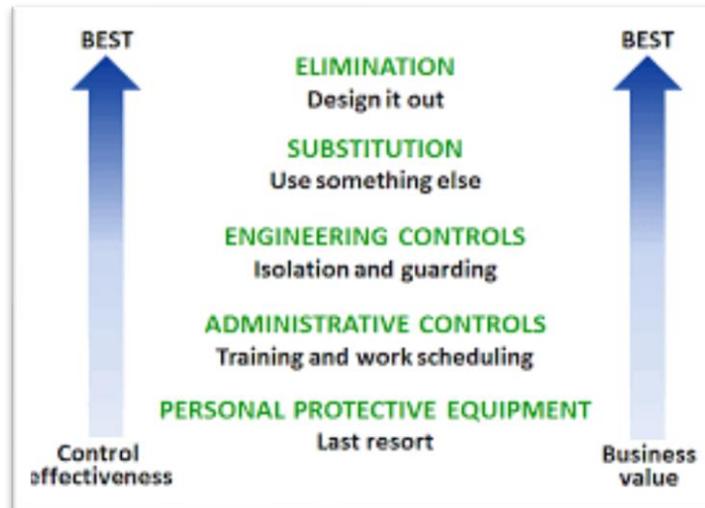
Tahap lain yang harus dilakukan terutama dalam upaya kesehatan perorangan di bidang kesehatan kerja adalah adalah menegakkan diagnosis. Dalam kedokteran kerja, diagnosis/masalah kesehatan terhadap keluhan pekerja dikenal dengan istilah diagnosis okupasi. Inti dari diagnosis okupasi adalah menentukan apakah masalah kesehatan yang dialami pekerja termasuk ke dalam penyakit akibat kerja atau tidak termasuk dalam penyakit akibat kerja. Tahap ini amat krusial dilakukan karena tegaknya diagnosis penyakit akibat kerja memiliki konsekuensi yang amat berbeda baik bagi pekerja maupun perusahaan. Pekerja berhak mendapatkan kompensasi tertentu yang wajib ditanggung oleh pihak perusahaan untuk pengobatan penyakit tersebut. Terdapat 7 langkah diagnosis okupasi yang harus dilakukan secara sistematis, mencakup:

1. Menegakkan diagnosis klinis

2. Menentukan pajanan/hazard apa yang didapatkan oleh pekerja di tempat kerja
3. Menentukan apakah terhadap hubungan antara pajanan hazard tersebut dan penyakit/diagnosis yang diderita pekerja
4. Menentukan apakah pekerja mengalami paparan hazard dalam jumlah yang cukup untuk menimbulkan penyakit yang dialami pekerja
5. Mengevaluasi faktor risiko individu, seperti usia, jenis kelamin, perilaku, dll
6. Mengevaluasi apakah ada faktor risiko lain yang dapat menyebabkan penyakit di luar tempat kerja
7. Menentukan apakah penyakit yang dialami pasien termasuk penyakit akibat kerja, penyakit akibat hubungan kerja, atau bukan penyakit akibat kerja

Intervensi Menggunakan Konsep Hirarki Kontrol

Setelah menentukan masalah prioritas pada industri dan mengetahui akar/penyebab masalah tersebut, upaya intervensi untuk mengatasi masalah tersebut dilakukan dengan mengacu pada konsep hirarki kontrol. Prinsip dari hirarki kontrol adalah menghilangkan penyebab masalah, yang tidak lain adalah proses kerja dan bahaya potensial yang terjadi pada pekerjaan. Sesuai dengan namanya, -hirarki-, upaya tersebut sebaiknya diupayakan secara berurutan, karena memiliki tingkat efektivitas yang berbeda-beda. Urutan hirarki kontrol ditunjukkan pada gambar berikut.



Gambar 24 Konsep hirarki kontrol

Adapun contoh dari upaya hirarki kontrol pada kasus low back pain dapat dilihat pada tabel upaya hirarki kontrol sebagai berikut.

Tabel 11. Contoh hirarki kontrol industri kue pada kasus low back pain

Hierarki kontrol	Pemecahan masalah
Eliminasi	Menghilangkan proses produksi yang menyebabkan LBP (TIDAK MUNGKIN)
Substitusi	<ol style="list-style-type: none"> Mengganti peralatan dan perlenakapan/meja dengan meja yang memenuhi standar ergonomic. Proses pembuatan adonan dan pemotongan dilakukan di meja dan menggunakan kursi yang terdapat sandaran. Proses pengorengan menggunakan kursi yang juga terdapat sandaran Proses produksi dilakukan dengan mesin otomatis seperti food processor untuk pengadukan adonan, dan mesin pemotong otomatis
Rekayasa teknik	Dilakukan penambahan tinggi dari meja yang saat ini digunakan
Pengendalian administrative	Peregangan sebelum dan di antara waktu kerja secara teratur Rolling bagian/unit kerja secara berkala (aspek keahlian berbeda) Pelatihan senam LBP dan pemberian poster
APD	Penggunaan korset lumbal

DAFTAR PUSTAKA

1. Arifin S, Rahman F, Anggung W, Vina YA. Buku Ajar Dasar-Dasar Manajemen Kesehatan. Banjarmasin. Pustaka Banua. 2016
2. Buchbinder SB, Shanks NH. Buku Ajar Manajemen Pelayanan Kesehatan. Jakarta. EGC. 2018
3. Feriyanto A, Triana ES. Pengantar Manajemen (3 in 1). Kebumen. Mediaterra. 2015
4. Haryanti AT, Suranto J. Pelayanan Kesehatan (Studi Rawat Inap di Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), Kecamatan Baturetno Kabupaten Wonogiri). Transformasi Vol XIV Nomor 22 tahun 2012.
5. Mahmoed A. Revitalisasi Puskesmas. Jakarta. Ikapi. 2002
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat
7. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
8. Joan GrattoLiebler, Charles R. McConnell, *Management Principles for Health Professionals*, 3rd Ed., An Aspen Publication, Maryland 1999. (Chapter : 2, 3, 4, 6, 9)
9. Robert B. Wallace (Eds.), Maxcy-Rosneau-Last :*Public Health & Preventive Medicine*, 14th Ed., Prentice-Hall International, USA 1998. (Page : 1155 – 1158)
10. Kepmenkes RI Nomor 514 Tahun 2015 tentang Panduan Praktik Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama
11. Kemenkes RI. 2017. Profil Kesehatan Indonesia 2016. Jakarta: Kemenkes RI 2017
12. Hill AB: The environment and disease; Association or causation? Proceedings of the Royal Society of Medicine 58: 295-300, 1965.

