

## KEBIJAKAN KESEHATAN NASIONAL

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya di bidang rumpun ilmu kesehatan sangat diperlukan upaya peningkatan pengetahuan tentang kesehatan (kebijakan kesehatan) dalam rangka menggairahkan pengetahuan baik dengan pendekatan secara keilmuan maupun dengan pendekatan secara praktis.

Buku ini dapat dipergunakan oleh praktisi dan akademisi di tatanan pelayanan kesehatan baik di institusi pendidikan kesehatan, rumah sakit, puskesmas bahkan seluruh *stakeholder* sehingga mempermudah dalam mengaplikasikan teori maupun konsep di tatanan yang sebenarnya.

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan dilakukan secara menyeluruh dan berkesinambungan, dengan tujuan guna meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Kesehatan mempunyai peranan besar dalam meningkatkan derajat hidup masyarakat, maka dari itu semua negara berupaya menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang sebaik-baiknya.

Materi yang dibahas dalam buku ini:

- Bab 1 Sistem Kesehatan Nasional
- Bab 2 Gender
- Bab 3 Millenium Development Goals
- Bab 4 Sistem Jaminan Sosial Nasional
- Bab 5 Primary Health Care
- Bab 6 Perilaku Hidup Bersih Sehat
- Bab 7 Posyandu
- Bab 8 Desa Siaga
- Bab 9 Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik (SPMKK)
- Bab 10 Poned dan Ponek
- Bab 11 Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)



**Marjes Netro Tumurang**, lahir di Tumaratas pada tanggal 23 Januari 1964, menyelesaikan pendidikan Doktor di Universitas Negeri Jakarta Tahun 2013, Tahun 2001 menyelesaikan Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Airlangga Surabaya, Tahun 2016 menyelesaikan Strata I Kesehatan Masyarakat di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Baramuli Makassar, Tahun 1997 menyelesaikan Strata I Manajemen Pendidikan di Universitas Negeri Manado, Tahun 1999 menyelesaikan Diploma III Keperawatan di Akper Keguruan Tidung Makassar, Tahun 1998 menyelesaikan Sekolah Guru Perawat di Makassar.

Selain sebagai pengajar di Politeknik Kesehatan Kemenkes Manado penulis aktif mengajar di beberapa perguruan tinggi baik negeri maupun swasta di kawasan Bagian Timur Indonesia.

 **Indonesia**  
**Pustaka**

KESEHATAN  
ISBN: 978-602-6417-88-6  
  
9 786026 417886  
Harga Pulau Jawa: Rp. 68.000,00



# KEBIJAKAN KESEHATAN NASIONAL

Marjes N. Tumurang

KEBIJAKAN KESEHATAN NASIONAL

**Dr. Marjes N. Tumurang, S.Pd., SKM., M.Kes**

 **Indonesia**  
**Pustaka**

# KEBIJAKAN KESEHATAN NASIONAL

Dr. Marjes N. Tumurang, S.Pd., SKM., M.Kes

## KEBIJAKAN KESEHATAN NASIONAL

Dr. Marjes N. Tumurang, S.Pd., SKM., M.Kes



Edisi Asli

Hak Cipta © 2019 pada penulis

Griya Kebonagung 2, Blok I2, No.14

Kebonagung, Sukodono, Sidoarjo

Telp. : 0812-3250-3457

Website : www.indomediapustaka.com

E-mail : indomediapustaka.sby@gmail.com

*Hak cipta dilindungi undang-undang.* Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

### UNDANG-UNDANG NOMOR 19 TAHUN 2002 TENTANG HAK CIPTA

1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau memperbanyak suatu ciptaan atau memberi izin untuk itu, dipidana dengan pidana penjara paling lama 7 (**tujuh**) tahun dan/atau denda paling banyak **Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah)**.
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (**lima**) tahun dan/atau denda paling banyak **Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)**.

Tumurang, Marjes N.

Kebijakan Kesehatan Nasional/ Marjes N. Tumurang

Edisi Pertama

—Sidoarjo: Indomedia Pustaka, 2019

Anggota IKAPI No. 195/JTI/2018

1 jil., 17 × 24 cm, 138 hal.

ISBN: 978-602-6417-88-6

1. Kesehatan

I. Judul

2. Kebijakan Kesehatan Nasional

II. Marjes N. Tumurang

# KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa, yang telah memberikan anugerah dan rahmat bahkan kesehatan kepada penulis sehingga buku kebijakan kesehatan ini dapat diselesaikan dengan baik.

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya di bidang rumpun ilmu kesehatan sangat diperlukan upaya peningkatan pengetahuan tentang kesehatan (kebijakan kesehatan) dalam rangka menggairahkan pengetahuan baik dengan pendekatan secara keilmuan maupun dengan pendekatan secara praktis.

Buku ini dapat dipergunakan oleh praktisi dan akademisi di tatanan pelayanan kesehatan baik di institusi pendidikan kesehatan, rumah sakit, puskesmas bahkan seluruh *stakeholder* sehingga mempermudah dalam mengaplikasikan teori maupun konsep di tatanan yang sebenarnya.

Penulis menyadari bahwa penyusunan buku ini masih ada kekurangan, untuk itu sangat diharapkan kritik dan saran maupun masukan semua pembaca demi kesempurnaan di kemudian hari.

Selanjutnya saya menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu terbitnya buku ini, utamanya terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada Bapak Wasidi dari Indomedia Pustaka yang telah mengingatkan, mendorong dan menginisiasi terbitnya pertama kali buku ini. Kepada Dra. Elisabeth N. Barung, Apt., M.Kes

selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Manado sebagai pimpinan yang selalu memberikan dorongan untuk penyelesaian buku ini. Terima kasih pula kepada keluarga tercinta (isteri dan anak-anak) yang selalu memberikan motivasi dalam penyusunan buku ini. Sahabat yang baik Viktor N. A. Tampi sebagai tim penyusun buku ini sampai diterbitkannya.

Akhirnya penulis berharap semoga buku ini dapat memberikan manfaat pemahaman kebijakan kesehatan bagi kita semua.

AMIN...

Penulis

# DAFTAR ISI

<b>Kata Pengantar .....</b>	<b>iii</b>
<b>Daftar Isi .....</b>	<b>v</b>
<b>BAB 1 SISTEM KESEHATAN NASIONAL .....</b>	<b>1</b>
A. Konsep Kesehatan Nasional .....	1
B. Pengertian Sistem Kesehatan Nasional .....	2
C. Tujuan Sistem Kesehatan Nasional .....	4
D. Sasaran Sistem Kesehatan Nasional .....	4
E. Ruang Lingkup SKN.....	8
F. Kegiatan SKN Lembaga Pelayanan Kesehatan.....	9
G. Subsistem SKN .....	9
H. Pelaku SKN.....	14
Rangkuman.....	14
<b>BAB 2 GENDER .....</b>	<b>17</b>
A. Pengertian Gender.....	17
B. Pengertian Sex.....	18
C. Hubungan Gender dengan Kesehatan.....	19
D. Gender dan HIV/AIDS.....	20
E. Kesetaraan Gender.....	21

F.	Ketidaksetaraan Gender dalam Kesehatan.....	22
G.	Bukti-Bukti Ketidaksetaraan Berbasis Gender .....	23
H.	Keadilan Gender .....	25
I.	Ketidakadilan Gender dalam Kesehatan.....	26
J.	Diskriminasi Gender.....	27
K.	Analisis Gender dalam Kesehatan .....	27
L.	Peran Gender .....	27
M.	Peran Institusi Sosial.....	29
N.	Variasi Peran Gender.....	31
O.	Gender dan HAM.....	31
	Rangkuman.....	32
<b>BAB 3</b>	<b>MILLENIUM DEVELOPMENT GOALS .....</b>	<b>35</b>
A.	Sejarah Pembentukan MDGS.....	35
B.	Keikutsertaan Indonesia dalam MDGS .....	37
C.	Tujuan, Target dan Indikator MDGS.....	37
	Rangkuman.....	46
<b>BAB 4</b>	<b>SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL.....</b>	<b>47</b>
A.	Kajian Teoritis .....	47
B.	Pengertian SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional).....	48
C.	Asas dan Tujuan SJSN.....	50
D.	Jenis Kegiatan SJSN.....	50
E.	Sasaran SJSN.....	51
	Rangkuman.....	53
<b>BAB 5</b>	<b>PRIMARY HEALTH CARE.....</b>	<b>55</b>
A.	Pengertian PHC (Primary Health Care).....	55
B.	Tujuan PHC (Primary Health Care).....	57
C.	Sasaran PHC .....	57
D.	Ruang Lingkup PHC .....	57
E.	Jenis Kegiatan PHC .....	57
	Rangkuman.....	63
<b>BAB 6</b>	<b>PERILAKU HIDUP BERSIH SEHAT .....</b>	<b>65</b>
A.	Pengertian PHBS .....	65
B.	Manajemen Program PHBS.....	66
C.	Komunikasi Informasi dan Edukasi PHBS di Indonesia .....	73
D.	Indikator PHBS.....	74
	Rangkuman.....	76

<b>BAB 7 POSYANDU .....</b>	<b>77</b>
A. Pengertian Posyandu.....	77
B. Tujuan Penyelenggaraan Posyandu .....	78
C. Sasaran Penyelenggaraan Posyandu.....	78
D. Ruang Lingkup .....	79
E. Kegiatan Posyandu .....	79
F. Tugas dan Tanggung Jawab Pihak-Pihak yang Terkait.....	81
G. Dana Pelaksanaan Posyandu.....	82
H. Posyandu Lansia.....	83
I. Tujuan, Mekanisme dan Bentuk Pelayanan Posyandu Lansia.....	83
Rangkuman.....	85
<b>BAB 8 DESA SIAGA .....</b>	<b>87</b>
A. Pengertian Desa Siaga.....	87
B. Tujuan Desa Siaga.....	88
C. Sasaran Pengembangan Desa Siaga dan Kriteria .....	88
D. Tahapan Perkembangan Desa Siaga .....	88
E. Langkah-Langkah Pengembangan Desa Siaga.....	89
F. Pendekatan Pengembangan Desa Siaga.....	90
G. Pelaksanaan Pembentukan dan Pelaksanaan Desa Siaga.....	91
H. Pembinaan dan Peningkatan Desa Siaga .....	94
I. Peran Jaringan Kesehatan dan Pemangku Kepentingan Terkait.....	94
J. Indikator Keberhasilan Desa Siaga.....	97
K. Sumber Daya Poskesdes .....	98
L. Alternatif Pembangunan Poskesdes .....	99
M. Koordinasi.....	99
N. Peran Perawat dalam Desa Siaga .....	99
Rangkuman.....	101
<b>BAB 9 SISTEM PENGEMBANGAN MANAJEMEN KINERJA KLINIK (SPMCK) .....</b>	<b>103</b>
A. Pengertian Sejarah Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik (SPMCK) Perawat.....	103
B. Tujuan Upaya Pengembangan SPMCK .....	104
C. Prinsip Pengembangan SPMCK.....	104
D. Strategi Penerapan SPMCK.....	105
E. Komponen Dasar SPMCK .....	105
Rangkuman.....	111



<b>BAB 10 PONE D DAN PONEK .....</b>	<b>113</b>
A. Pengertian PONE D (Pelayanan Obstetri Neonatus Essensial Dasar) .....	113
B. Batasan dalam PONE D.....	113
C. Indikator Kelangsungan dari Puskesmas PONE D.....	114
D. Tujuan PONE D.....	114
E. Hambatan dan Kendala dalam Penyelenggaraan PONE D .....	114
F. Tugas Puskesmas PONE D.....	114
G. Syarat Puskesmas PONE D .....	115
H. Petugas Pelaksana PONE D .....	115
I. Pelayanan yang Dilaksanakan .....	115
J. Faktor Pendukung Keberhasilan PONE D Puskesmas.....	115
K. Pengertian PONE K (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komperhensif).....	116
L. Kriteria Rumah Sakit PONE K 24 Jam .....	117
Rangkuman .....	120
 <b>BAB 11 MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT (MTBS) .....</b>	<b>121</b>
A. Pengertian Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) .....	121
B. Sejarah Penerapan MTBS di Indonesia.....	122
C. Tujuan MTBS.....	122
Rangkuman.....	128
 <b>Daftar Pustaka.....</b>	<b>129</b>

# BAB 1

## SISTEM KESEHATAN NASIONAL

### A. KONSEP KESEHATAN NASIONAL

Kesehatan merupakan hak asasi manusia sekaligus investasi dalam pembangunan bangsa. Penyelenggaraan pembangunan kesehatan dilakukan secara menyeluruh dan berkesinambungan, dengan tujuan guna meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Kesehatan mempunyai peranan besar dalam meningkatkan derajat hidup masyarakat, maka dari itu semua negara berupaya menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang sebaik-baiknya. Pelayanan kesehatan berarti setiap upaya yang sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan mengobati penyakit, serta memulihkan kesehatan perorangan, kelompok ataupun masyarakat.

Di Indonesia sendiri pembangunan kesehatan secara berkesinambungan telah dimulai sejak dicanangkannya Rencana Pembangunan Lima Tahun I pada tahun 1969 yang secara nyata telah berhasil mengembangkan berbagai sumber daya kesehatan, serta melaksanakan upaya kesehatan yang berdampak pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Sistem adalah kumpulan-kumpulan dari komponen-komponen yang memiliki unsur keterkaitan antara satu dengan lainnya. Sistem Kesehatan adalah suatu jaringan penyedia pelayanan kesehatan (*supply side*) dan orang-orang yang menggunakan pelayanan tersebut (*demand side*) di setiap wilayah, serta negara dan

organisasi yang melahirkan sumber daya tersebut, dalam bentuk manusia maupun dalam bentuk material. Dalam definisi yang lebih luas lagi, sistem kesehatan mencakup sektor-sektor lain seperti pertanian dan lainnya.

Sistem kesehatan di Indonesia telah mulai dikembangkan sejak tahun 1982 yaitu ketika Departemen Kesehatan RI menyusun dokumen system kesehatan di Indonesia yang disebut Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Penyusunan dokumen tersebut didasarkan pada tujuan nasional bangsa Indonesia sesuai dengan Pembukaan UUD 1945 yaitu melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial.

Untuk mencapai tujuan tersebut, maka dibentuklah program pembangunan nasional secara menyeluruh dan berkesinambungan. Pembangunan kesehatan adalah bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan tersebut merupakan upaya seluruh potensi bangsa Indonesia, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah. Dewasa ini, pembangunan kesehatan yang telah dilaksanakan masih menghadapi berbagai masalah yang belum sepenuhnya dapat diatasi. Sehingga diperlukan pemantapan dan percepatan melalui SKN sebagai pengelolaan kesehatan yang disertai berbagai terobosan penting, antara lain program pengembangan Desa Siaga, Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang dapat diwujudkan melalui Jampersal.

Terjadinya perubahan lingkungan strategis seperti adanya regulasi penyelenggaraan pemerintahan dan di tingkat global telah terjadi perubahan iklim serta dan upaya percepatan pencapaian Millenium Development Goals (MDGs), sehingga diperlukan penyempurnaan dalam pengelolaan kesehatan.

## B. PENGERTIAN SISTEM KESEHATAN NASIONAL

Sistem kesehatan menurut WHO adalah sebuah proses kumpulan berbagai faktor kompleks yang berhubungan dalam suatu negara, yang diperlukan untuk memenuhi tuntutan dan kebutuhan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Sistem Kesehatan Nasional adalah Pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. (Perpres 72/2012 Pasal 1 angka 2).

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang memadukan berbagai upaya bangsa Indonesia dalam satu derap langkah guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan dalam kerangka mewujudkan kesejahteraan rakyat sebagaimana dimaksud dalam Undang-undang Dasar 1945 (Depkes RI, 2004)

Pengelolaan kesehatan adalah proses atau cara mencapai tujuan pembangunan kesehatan melalui pengelolaan upaya kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, manajemen, informasi dan regulasi kesehatan serta pemberdayaan masyarakat. Pembangunan kesehatan adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis.

SKN perlu dilaksanakan dalam konteks pembangunan kesehatan secara keseluruhan dengan mempertimbangkan determinan sosial, antara lain kondisi kehidupan sehari-hari, tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, distribusi kewenangan, keamanan, sumber daya, kesadaran masyarakat,

serta kemampuan tenaga kesehatan dalam mengatasi masalah-masalah tersebut. SKN disusun dengan memperhatikan pendekatan revitalisasi pelayanan kesehatan dasar (primary health care) yang meliputi cakupan pelayanan kesehatan yang adil dan merata, pemberian pelayanan kesehatan berkualitas yang Berpihak kepada kepentingan dan harapan rakyat, kebijakan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan dan melindungi kesehatan masyarakat, kepemimpinan, serta profesionalisme dalam pembangunan kesehatan. Tujuan SKN adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh semua komponen bangsa, baik Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat termasuk badan hukum, badan usaha, dan lembaga swasta secara sinergis, berhasil guna dan berdaya guna, sehingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Penyusunan SKN ini dimaksudkan untuk menyesuaikan SKN 2009 dengan berbagai perubahan dan tantangan eksternal dan internal, agar dapat dipergunakan sebagai pedoman dalam pengelolaan kesehatan baik oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat termasuk badan hukum, badan usaha, dan lembaga swasta. Tersusunnya SKN ini mempertegas makna pembangunan kesehatan dalam rangka pemenuhan hak asasi manusia, memperjelas penyelenggaraan pembangunan kesehatan sesuai dengan visi dan misi Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan Tahun 2005-2025 (RPJP-K), memantapkan kemitraan dan kepemimpinan yang transformatif, melaksanakan pemerataan upaya kesehatan yang terjangkau dan bermutu, meningkatkan investasi kesehatan untuk keberhasilan pembangunan nasional.

SKN ini merupakan dokumen kebijakan pengelolaan kesehatan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

Sistem Kesehatan Nasional disusun dengan memperhatikan pendekatan revitalisasi pelayanan kesehatan dasar yang meliputi:

1. cakupan pelayanan kesehatan yang adil dan merata;
2. pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak kepada rakyat;
3. kebijakan pembangunan kesehatan;
4. kepemimpinan. SKN juga disusun dengan memperhatikan inovasi/terobosan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan secara luas, termasuk penguatan sistem rujukan.

### C. TUJUAN SISTEM KESEHATAN NASIONAL

Tujuan SKN adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh semua komponen bangsa, baik Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat termasuk badan hukum, badan usaha, dan lembaga swasta secara sinergis, berhasil guna dan berdaya guna, sehingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. (Perpres 72, 2012)

Sistem Kesehatan Nasional akan berfungsi baik untuk mencapai tujuannya apabila terjadi Koordinasi, Integrasi, Sinkronisasi, dan Sinergisme (KISS), baik antar pelaku maupun antar subsistem SKN. Dengan tatanan ini, maka sistem atau seluruh sektor terkait, seperti pembangunan prasarana, keuangan dan pendidikan perlu berperan bersama dengan sektor kesehatan untuk mencapai tujuan nasional.

### D. SASARAN SISTEM KESEHATAN NASIONAL

Sasaran pelayanan keperawatan adalah individu, keluarga, dan masyarakat, baik yang sakit maupun yang sehat

1. Individu sebagai sasaran pelayanan keperawatan Individu yang menjadi sasaran pelayanan keperawatan adalah individu yang dianggap sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual.
2. Individu sebagai makhluk biologis Biologis bersal dari bahasa Yunani yang terdiri dari *bios* dan *logos*. *Bios* artinya hidup sehingga dapat diartikan individu adalah makhluk hidup yang tumbuh dan berkembang.

Sebagai makhluk hidup individu mempunyai ciri-ciri sebagai berikut. Terdiri dari susunan sel-sel hidup yang membentuk satu kesatuan yang utuh dan pertumbuhannya sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu:

- a. Faktor lingkungan meliputi faktor ideologi, politik, ekonomi, budaya dan agama.
  - b. Faktor sosial meliputi sosialisasi keluarga, kawan sejawat, pendidikan dll
  - c. Faktor fisik meliputi geografis, iklim dan cuaca
  - d. Faktor fisiologis meliputi genetik, neurologis, kelenjar dll
  - e. Faktor psikodinamik meliputi pribadi, konsep diri, cita-cita dll
  - f. Spiritual meliputi pandangan, dorongan hidup, dan nilai hidup
3. Individu sebagai makhluk psikologis Psiko = psiche=jiwa roh, sukma, semangat. Individu sebagai makhluk psiko mempunyai ciri ciri sebagai berikut
- a. Mempunyai struktur kepribadian yang terdiri dari id, ego, dan super ego
  - b. Mempunyai daya pikir dan kecerdasan
  - c. Mempunyai kebutuhan psikologis agar kepribadian dapat berkembang
  - d. Mempunyai pribadi yang unik karena tidak ada dua individu di dunia ini yang sama.
4. Individu sebagai makhluk sosial Sebagai makhluk sosial individu mempunyai ciri ciri sebagai berikut:
- a. Rasa, mencakup suka, duka, cemas, dan lain lain
  - b. Cipta, mencakup kesanggupan badan untuk menggerakkan sesuatu
  - c. Karsa, mencakup kehendak dan harapan.
- Sebagian makhluk sosial individu juga hidup berkelompok mulai dari lingkungan yang palingkecil dalam keluarga sampai dalam lingkungan yang luas, yaitu sebagai anggota masyarakat. Individu dalam statusnya sebagai makhluk sosial melakukan proses sosialisasi, interaksi, dan adaptasi secara terus-menerus mulai dari masa kanak kanak hingga di akhir kehidupannya.
5. Individu sebagai makhluk spiritual individu sebagaia makhluk spiritual mempunyai ciri ciri sebagai berikut:
- a. Diciptakan tuhan dalam bentuk yang sempurna dibanding makhluk ciptaan lainnya.
  - b. Memiliki rohani/jiwa yang sempurna
  - c. Individu diciptakan sebagai khalifah di muka bumi
  - d. Terdiri atas unsur bio-psiko-sosial yang utuh.
6. Individu sebagai makhluk holistik Sebagai makhluk yang bersifat holistik, individu memiliki hubungan timbal balik yang sangat erat di antara unsur biologis, psikologis, dan sosial.
- Maramis menjelaskan hubungan tersebut sebagai berikut:
- Lingkungan sosial-psikologis  
Faktor yang mempengaruhi:
    1. Hubungan antar individu
    2. Fungsi mental tertinggi.

Faktor yang dipengaruhi:

1. Individu
  2. Keluarga
  3. Kelompok sosial
  4. Masyarakat
  5. Kebudayaan
- Lingkungan Biologis-Psikologis

Faktor yang mempengaruhi:

1. Sistem saraf pusat dan otonom
2. Sistem endorin

Faktor yang dipengaruhi:

1. Sistem organ
2. Satuan organ

## Keluarga sebagai Sasaran Pelayanan Keperawatan

Keluarga adalah kumpulan individu yang hidup bersama sebagai satu kesatuan dengan atau tanpa ikatan darah. Sebagai unit dalam masyarakat, keluarga mempunyai ikatan yang kuat diantara anggotanya dan rasa ketergantungan dalam menghadapi berbagai masalah yang timbul termasuk masalah kesehatan.

**Fremam** menuraikan tugas keluarga dalam masalah kesehatan yaitu:

1. Mengetahui adanya gangguan kesehatan.
2. Mengambil keputusan dalam mencari pertolongan atau bantuan kesehatan.
3. Menanggulangi keadaan darurat yang bersifat kesehatan maupun non kesehatan.
4. Memberikan perawatan dan mencari bantuan bagi anggota keluarga yang sakit, cacat, maupun yang sehat.
5. Mempertahankan lingkungan keluarga yang dapat menunjang peningkatan status kesehatan para anggotanya.
6. Menjalin dan mempertahankan hubungan baik dengan lingkungan dan unit pelayanan kesehatan yang ada.

## Macam-Macam Keluarga

1. **Nuclear family** adalah keluarga inti yang terdiri dari ayah dan ibu, beserta anak yang belum menikah.
2. **Extended family** atau keluarga besar adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, anak-anak yang sudah menikah, dan orang lain tidak ada ikatan darah yang tinggal dalam satu rumah.

Keluarga sebagai unit penting pelayanan keperawatan karena:

1. Keluarga merupakan unit dasar dalam masyarakat dan dianggap mampu memecahkan masalah kesehatan yang terjadi dalam lingkungan keluarga.
2. Keluarga merupakan unit yang dapat mencegah dan mengatasi masalah kesehatannya.
3. Masalah kesehatan dalam keluarga sangat berkaitan satu dengan yang lainnya.
4. Keluarga memiliki kekuatan yang menentukan dalam membentuk kesatuan keluarganya.
5. Keluarga merupakan satu unit yang dianggap mampu mengambil keputusan.
6. Keluarga merupakan saluran yang efektif untuk penyuluhan kesehatan masyarakat.

## Masyarakat sebagai Sasaran Pelayanan Keperawatan

Masyarakat dibagi menjadi dua kelompok besar yaitu:

- Masyarakat Kota
- Masyarakat Desa

Batasan antara masyarakat desa dan kota sulit dibedakan, namun demikian terdapat beberapa penekanan. Masyarakat desa umumnya lebih mengutamakan pemenuhan kebutuhan biologis dan perlindungan diri, seperti makan (tanpa memerhatikan menu) dan pakaian (tanpa memerhatikan mode). Berbeda dengan masyarakat desa, status sosial menjadi hal yang paling penting bagi masyarakat kota, misalnya mode pakaian.

**Soerjono Soekamto** berpendapat bahwa hal-hal yang menonjol dari masyarakat di wilayah perkotaan sebagai berikut:

1. Kehidupan beragama sangat kurang.
2. Lebih mandiri, individual, dan mementingkan kebebasan pribadi.
3. Pengaturan jam kerja lebih tegas dan mempunyai batas-batas yang nyata.
4. Memiliki kesempatan yang luas untuk mendapat pekerjaan.
5. Bersikap lebih rasional.
6. Waktu menjadi hal yang sangat berharga untuk mengejar kebutuhan individu.
7. Perubahan sosial lebih cepat terjadi akibat banyaknya pengaruh dari luar.

**Masyarakat Tradisional** adalah masyarakat yang masih banyak di kuasai oleh adat istiadat dan belum banyak dipengaruhi oleh lingkungan sosial di luar pengaruh adat tersebut. Masyarakat tradisional umumnya tinggal di daerah pedesaan. Ciri-ciri masyarakat tradisional sebagai berikut:

1. Hubungan dalam keluarga dan masyarakat sangat kuat.
2. Organisasi sosial dibentuk berdasarkan adat stempat.
3. Menganut animisme dan dinamisme.



4. Belum memiliki tenaga pendidikan.
5. Tingkat buta huruf relatif tinggi.
6. Hukum yang berlaku adalah hukum tak-tertulis. Tidak kompleks, namun di pahami oleh setiap anggota masyarakat.

**Masyarakat Modern** adalah masyarakat yang sebagian besar warganya memiliki orientasi nilai budaya yang mengacu pada kehidupan masa kini.

Ciri-ciri masyarakat modern sebagai berikut:

1. Hubungan antar individu berdasarkan atas kepentingan pribadi.
2. Terbuka dalam menerima kritikan dari komunitas lain.
3. Memanfaatkan teknologi dalam meningkatkan kesejahteraan.
4. Kelompok-kelompok dalam masyarakat mencerminkan profesi dan keahlian masing-masing.
5. Tingkat pendidikan formal relatif tinggi dan merata.
6. Berlaku hukum tertulis.
7. Menggunakan ekonomi pasar melalui sistem uang dan alat pembayaran lain seperti cek.

Menurut **Prof. Dr. Koentjaraningrat** masyarakat adalah kesatuan hidup manusia yang berinteraksi menurut salah satu sistem adat istiadat yang bersifat kontinyu dan terkait oleh suatu rasa identitas bersama.

Dengan demikian, masyarakat memiliki unsur sebagai berikut:

1. Sejumlah orang yang berkumpul di tempat tertentu
2. Saling berinteraksi dalam waktu yang relatif lama.
3. Pola interaksinya menurut sistem adat tertentu.
4. Terdapat kontinuitas dari proses interaksi menurut adat-istiadat.
5. Terdapat keterkaitan dalam rasa identitas bersama.

## E. RUANG LINGKUP SKN

### 1. **Primary health care (pelayanan kesehatan tingkat pertama)**

Pelayanan kesehatan ini dibutuhkan atau dilaksanakan pada masyarakat yang memiliki masalah ringan atau masyarakat sehat ini mendapatkan peningkatan kesehatan agar menjadi optimal dan sejahtera sehingga sifat pelayanan kesehatan adalah layanan kesehatan dasar. Pelayanan kesehatan ini dapat dilaksanakan oleh puskesmas atau balai kesehatan masyarakat dll.

### 2. **Secondary health care (pelayanan kesehatan tingkat kedua)**

Bentuk pelayanan kesehatan ini diperlukan bagi masyarakat yang membutuhkan perawatan di rumah sakit dan tersedia tenaga spesialis atau sejenisnya.

### 3. Tertiary health service (pelayanan kesehatan tingkat ketiga)

Tingkat pelayanan kesehatan ini digunakan apabila tingkat pertama dan kedua tidak lagi digunakan. Pelayanan ini membutuhkan tenaga-tenaga yang ahli atau spesialis dan sebagai rujukan utama seperti rumah sakit A atau B.

## F. KEGIATAN SKN LEMBAGA PELAYANAN KESEHATAN

Lembaga pelayanan kesehatan merupakan tempat pemberian pelayanan kesehatan pada masyarakat dalam rangka meningkatkan status kesehatan. Tempat pelayanan kesehatan ini sangat bervariasi berdasarkan tujuan pemberian pelayanan kesehatan. Tempat pelayanan kesehatan dapat berupa rawat jalan, institusi kesehatan, community based agency, dan hospice.

### 1. Rawat Jalan

Lembaga pelayanan kesehatan ini bertujuan memberikan pelayanan kesehatan pada tingkat pelaksanaan diagnosis dan pengobatan pada penyakit yang akut atau mendadak dan kronis yang dimungkinkan tidak terjadi rawat inap. Lembaga ini dapat dilaksanakan pada klinik-klinik kesehatan, seperti klinik dokter spesialis, klinik perawatan spesialis dan lain-lain.

### 2. Institusi

Institusi merupakan lembaga pelayanan kesehatan yang fasilitasnya cukup dalam memberikan berbagai tingkat pelayanan kesehatan, pusat rehabilitasi, dan lain-lain.

### 3. Hospice

Lembaga ini bertujuan memberikan pelayanan kesehatan yang difokuskan kepada klien yang sakit terminal agar lebih tenang dan dapat melewati masa-masa terminalnya dengan tenang. Lembaga ini biasanya digunakan dalam *home care*.

### 4. Community Based Agency

Merupakan bagian dari lembaga pelayanan kesehatan yang dilakukan pada klien pada keluarganya sebagaimana pelaksanaan perawatan keluarga seperti praktek perawatan keluarga dan lain-lain.

## G. SUBSISTEM SKN

### Subsistem Upaya Kesehatan

#### a. Pengertian

Adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP) secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

b. Tujuan

Adalah terselenggaranya upaya kesehatan yang tercapai (*accessible*), terjangkau (*affordable*), dan bermutu (*quality*) untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

c. Unsur-unsur utama

Terdiri dua unsur utama, yaitu upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP):

- 1) **UKM** adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan di masyarakat. UKM mencakup upaya-upaya promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan, pemberantasan penyakit menular, penyehatan lingkungan, dan penyediaan sanitasi dasar, perbaikan gizi masyarakat, pengamanan sediaan farmasi dan alat kesehatan, pengamanan penggunaan zat aditif (bahan tambahan makanan) dalam makanan dan minuman, pengamanan narkotika, psikotropika, zat adiktif dan bahan berbahaya, serta penanggulangan bencana dan bantuan kemanusiaan.

### **Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)**

a. UKM strata pertama

UKM strata pertama adalah UKM tingkat dasar, yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dasar yang ditujukan kepada masyarakat.

Ujung tombak penyelenggara UKM strata pertama adalah Puskesmas yang didukung secara lintas sektor dan di dirikan sekurang-kurangnya satu di setiap kecamatan. Puskesmas bertanggungjawab atas masalah kesehatan di wilayah kerjanya. Tiga fungsi utama Puskesmas:

- (1) pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan,
- (2) pusat pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, dan
- (3) pusat pelayanan kesehatan tingkat dasar

Sekurang-kurangnya ada enam jenis pelayanan tingkat dasar yang harus dilaksanakan oleh Puskesmas, yakni promosi kesehatan; kesehatan ibu dan anak, dan keluarga berencana; perbaikan gizi; kesehatan lingkungan; pemberantasan penyakit menular; dan pengobatan dasar.

Peran aktif masyarakat dan swasta dalam penyelenggaraan UKM strata pertama diwujudkan melalui berbagai upaya yang dimulai dari diri sendiri, keluarga sampai dengan upaya kesehatan bersama yang bersumber masyarakat (UKBM). Saat ini telah berhasil dikembangkan

berbagai bentuk UKBM, seperti Posyandu, Polindes, Pos Obat Desa, Pos Upaya Kesehatan Kerja, Dokter Kecil dalam Usaha Kesehatan Sekolah.

b. UKM strata kedua

UKM strata kedua adalah UKM tingkat lanjutan, yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik yang ditujukan kepada masyarakat. Penanggungjawab UKM strata kedua adalah Dinkes Kab/Kota yang didukung secara lintas sektor. Dinkes Kab/Kota mempunyai dua fungsi utama, yaitu fungsi manajerial dan fungsi teknis kesehatan. Fungsi manajerial mencakup perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Kab/Kota.

Fungsi teknis kesehatan mencakup penyediaan pelayanan kesehatan masyarakat untuk lanjutan, yakni dalam rangka melayani kebutuhan rujukan Puskesmas. Untuk dapat melaksanakan fungsi teknis kesehatan, Dinkes Kab/Kota dilengkapi dengan berbagai unit pelaksana teknis seperti: unit pencegahan dan pemberantasan penyakit; promosi kesehatan; pelayanan kefarmasian; kesehatan lingkungan; perbaikan gizi; dan kesehatan ibu, anak, dan Keluarga Berencana.

Unit-unit tersebut disamping memberikan pelayanan langsung juga membantu Puskesmas dalam bentuk pelayanan rujukan kesehatan masyarakat. Rujukan kesehatan masyarakat adalah pelimpahan wewenang dan tanggungjawab atas masalah kesehatan masyarakat yang dilakukan secara timbal-balik, baik vertikal maupun horizontal. Rujukan kesehatan masyarakat dibedakan atas tiga aspek: rujukan sarana, rujukan teknologi dan rujukan operasional

c. UKM strata ketiga

UKM strata ketiga adalah UKM tingkat unggulan, yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialisik yang ditujukan kepada masyarakat. Penanggungjawab UKM strata ketiga adalah Dinkes Provinsi dan Depkes yang didukung secara lintas sektor. Dinkes Provinsi dan Depkes mempunyai dua fungsi, yaitu fungsi manajerial dan fungsi teknis kesehatan.

Fungsi manajerial mencakup perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian, serta pengawasan dan pertanggungjawaban penyelenggaraan pembangunan kesehatan di provinsi/nasional. Fungsi teknis kesehatan mencakup penyediaan pelayanan kesehatan masyarakat untuk unggulan, yakni dalam rangka melayani kebutuhan rujukan dari Kab/Kota dan Provinsi.

Dalam melaksanakan fungsi teknis kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi dan Depkes perlu didukung oleh berbagai pusat unggulan yang dikelola oleh sektor kesehatan dan sektor pembangunan lainnya. Contoh pusat unggulan adalah Institut Gizi Nasional, Institut Penyakit Infeksi Nasional, dll. Pusat unggulan ini disamping menyelenggarakan pelayanan langsung juga membantu Dinkes dalam bentuk pelayanan rujukan kesehatan.

- 2) **UKP** adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan UKP mencakup upaya-upaya promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan rawat jalan, pengobatan rawat inap, pembatasan dan pemulihan kecacatan yang ditujukan terhadap perorangan. Dalam UKP juga termasuk pengobatan tradisional dan alternatif serta pelayanan kebugaran fisik dan kosmetika.

### **Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)**

- 1) **UKP strata pertama**

UKP strata pertama adalah UKP tingkat dasar, yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan dasar yang ditujukan kepada perorangan. Penyelenggara UKP strata pertama adalah pemerintah, masyarakat, dan swasta yang diwujudkan melalui berbagai bentuk pelayanan profesional, seperti praktik bidan, praktik perawat, dll.

UKP strata pertama oleh pemerintah juga diselenggarakan oleh Puskesmas. Dengan demikian Puskesmas memiliki dua fungsi pelayanan, yakni pelayanan kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan perorangan. Untuk meningkatkan cakupan, Puskesmas dilengkapi dengan Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, Pondok Bersalin Desa, dan Pos Obat Desa. Pondok Bersalin Desa dan Pos Obat Desa termasuk sarana kesehatan bersumber masyarakat.

Pelayanan pengobatan tradisional dan alternatif yang diselenggarakan secara ilmiah telah terbukti keamanan dan khasiatnya, serta pelayanan kebugaran fisik dan kosmetika termasuk UKP strata pertama.

UKP strata pertama didukung oleh berbagai pelayanan penunjang seperti toko obat dan apotek (dengan kewajiban menyediakan obat esensial generik), laboratorium klinik, dan optik. Untuk menjamin dan meningkatkan mutu UKP strata pertama perlu dilakukan berbagai program kendali mutu, baik yang bersifat prospektif meliputi lisensi, sertifikasi, dan akreditasi, maupun yang bersifat konkuren ataupun retrospektif seperti gugus kendali mutu.

Untuk masa mendatang, apabila sistem jaminan kesehatan nasional telah berkembang, pemerintah tidak lagi menyelenggarakan UKP strata pertama melalui Puskesmas. Penyelenggara UKP strata pertama akan diserahkan kepada masyarakat dan swasta dengan menerapkan konsep dokter keluarga, kecuali di daerah yang sangat terpencil masih dipadukan dengan pelayanan Puskesmas

2) UKP strata kedua

UKP strata kedua adalah UKP tingkat lanjutan, yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialis yang ditujukan kepada perorangan. Penyelenggara UKP strata kedua adalah pemerintah, masyarakat, dan swasta yang diwujudkan dalam bentuk praktik dokter spesialis, praktik dokter gigi spesialis, klinik spesialis, balai pengobatan penyakit paru-paru (BP4), balai kesehatan mata masyarakat (BKMM), balai kesehatan jiwa masyarakat (BKJM), rumah sakit kelas C dan B non pendidikan milik pemerintah (termasuk TNI/POLRI dan BUMN), dan rumah sakit swasta.

Berbagai sarana pelayanan tersebut disamping memberikan pelayanan langsung juga membantu sarana UKP strata pertama dalam bentuk pelayanan rujukan medik. Pelayanan rujukan medik adalah pelimpahan wewenang dan tanggungjawab atas kasus penyakit yang dilakukan secara timbal balik, baik secara vertikal maupun horizontal. Rujukan medik terdiri dari tiga aspek, yaitu: rujukan kasus, rujukan ilmu pengetahuan, serta rujukan bahan-bahan pemeriksaan laboratorium.

UKP strata kedua juga didukung oleh berbagai pelayanan penunjang seperti apotek, laboratorium klinik, dan optik. Untuk meningkatkan mutu perlu dilakukan berbagai bentuk program kendali mutu penyakit paru-paru (BP4), balai kesehatan mata masyarakat (BKMM), balai kesehatan jiwa masyarakat (BKJM), rumah sakit kelas C dan B non pendidikan milik pemerintah (termasuk TNI/POLRI dan BUMN), dan rumah sakit swasta. Berbagai sarana pelayanan tersebut disamping memberikan pelayanan langsung juga membantu sarana UKP strata pertama dalam bentuk pelayanan rujukan medik.

3) UKP strata ketiga

UKP strata ketiga adalah UKP tingkat unggulan, yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialis yang ditujukan kepada perorangan. Penyelenggara UKP strata ketiga adalah pemerintah, masyarakat, dan swasta yang diwujudkan dalam bentuk praktik dokter spesialis konsultan, praktik dokter gigi spesialis konsultan, klinik spesialis konsultan, rumah sakit kelas B pendidikan dan kelas A milik pemerintah

(termasuk TNI/POLRI dan BUMN), serta rumah sakit khusus dan rumah sakit swasta.

Berbagai sarana pelayanan tersebut disamping memberikan pelayanan langsung juga membantu sarana UKP strata kedua, UKP strata ketiga juga didukung oleh berbagai pelayanan penunjang seperti apotek, laboratorium klinik, dan optik. Untuk menghadapi persaingan global, UKP strata ketiga perlu dilengkapi dengan beberapa pusat pelayanan unggulan nasional, seperti pusat unggulan jantung nasional, pusat unggulan kanker nasional, pusat penanggulangan stroke nasional, dan sebagainya. Untuk meningkatkan mutu perlu dilakukan berbagai bentuk program kendali mutu.

## H. PELAKU SKN

Pelaku penyelenggaraan pembangunan kesehatan adalah:

1. Individu, keluarga, dan masyarakat yang meliputi tokoh masyarakat, lembaga swadaya masyarakat, media massa, organisasi profesi, akademisi, praktisi, serta masyarakat luas termasuk swasta, yang berperan dalam advokasi, pengawasan sosial, dan penyelenggaraan berbagai pelayanan kesehatan sesuai dengan bidang keahlian dan kemampuan masing-masing.
2. Pemerintah, baik Pemerintah maupun Pemerintah Daerah berperan sebagai penanggungjawab, penggerak, pelaksana, dan pembina pembangunan kesehatan dalam lingkup wilayah kerja dan kewenangan masing-masing. Untuk Pemerintah, peranan tersebut ditambah dengan menetapkan kebijakan, standar, prosedur, dan kriteria yang digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah.
3. Badan Legislatif, baik di pusat maupun di daerah, yang berperan melakukan persetujuan anggaran dan pengawasan terhadap penyelenggaraan pembangunan kesehatan, melalui penyusunan produk-produk hukum dan mekanisme kemitraan antara eksekutif dan legislatif.
4. Badan Yudikatif, termasuk kepolisian, kejaksaan dan kehakiman berperan menegakkan pelaksanaan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku di bidang kesehatan.

## RANGKUMAN

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang memadukan berbagai upaya bangsa Indonesia dalam

satu derap langkah guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan dalam kerangka mewujudkan kesejahteraan rakyat sebagaimana dimaksud dalam Undang-undang Dasar 1945. Sistem Kesehatan Nasional terus menerus mengalami perubahan sesuai dengan dinamika yang terjadi di masyarakat. Seperti yang telah kami jelaskan pada latar belakang di atas bahwa SKN ditetapkan pertama kali pada tahun 1982. Lalu pada tahun 2004 terdapat SKN 2004 sebagai pengganti SKN 1982. SKN 2004 ini kemudian diganti dengan SKN 2009 hingga akhirnya SKN 2009 ini dimutakhirkan menjadi SKN 2012. Penyusunan SKN tersebut mengacu pada dasar-dasar hukum yang telah ditetapkan oleh pemerintah.

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) 2009 sebagai penyempurnaan dari SKN sebelumnya merupakan bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah bersama seluruh elemen bangsa dalam rangka untuk meningkatkan tercapainya pembangunan kesehatan dalam mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Sistem Kesehatan Nasional (SKN) 2009 yang disempurnakan ini diharapkan mampu menjawab dan merespon berbagai tantangan pembangunan kesehatan di masa kini maupun di masa yang akan datang. Adanya SKN yang disempurnakan tersebut menjadi sangat penting kedudukannya mengingat penyelenggaraan pembangunan kesehatan pada saat ini semakin kompleks sejalan dengan kompleksitas perkembangan demokrasi, desentralisasi, dan globalisasi serta tantangan lainnya yang juga semakin berat, cepat berubah dan, sering tidak menentu.





# BAB 2

## GENDER

### A. PENGERTIAN GENDER

Kata **Gender** berasal dari bahasa Inggris yang berarti jenis kelamin (John M. Echols dan Hassan Sadhily, 1983: 256). Secara umum, pengertian Gender adalah perbedaan yang tampak antara laki-laki dan perempuan apabila dilihat dari nilai dan tingkah laku. Dalam *Women Studies Ensiklopedia* dijelaskan bahwa Gender adalah suatu konsep kultural, berupaya membuat perbedaan (*distinction*) dalam hal peran, perilaku, mentalitas, dan karakteristik emosional antara laki-laki dan perempuan yang berkembang dalam masyarakat.

Dalam buku *Sex and Gender* yang ditulis oleh Hilary M. Lips mengartikan Gender sebagai harapan-harapan budaya terhadap laki-laki dan perempuan. Misalnya; perempuan dikenal dengan lemah lembut, cantik, emosional dan keibuan. Sementara laki-laki dianggap kuat, rasional, jantan dan perkasa. Ciri-ciri dari sifat itu merupakan sifat yang dapat dipertukarkan, misalnya ada laki-laki yang lemah lembut, ada perempuan yang kuat, rasional dan perkasa. Perubahan ciri dari sifat-sifat tersebut dapat terjadi dari waktu ke waktu dan dari tempat ke tempat yang lain (Mansour Fakhir 1999: 8-9).

Heddy Shri Ahimsha Putra (2000) menegaskan bahwa istilah Gender dapat dibedakan ke dalam beberapa pengertian berikut ini: Gender sebagai suatu istilah asing dengan makna tertentu, Gender sebagai suatu fenomena sosial budaya, Gender sebagai

suatu kesadaran sosial, Gender sebagai suatu persoalan sosial budaya, Gender sebagai sebuah konsep untuk analisis, Gender sebagai sebuah perspektif untuk memandang kenyataan.

Dari Wikipedia bahasa Indonesia dijelaskan bahwa gender merupakan aspek hubungan sosial yang dikaitkan dengan diferensiasi seksual pada manusia.

Istilah "gender" yang berasal dari bahasa Inggris yang di dalam kamus tidak secara jelas dibedakan pengertian kata sex dan gender. Untuk memahami konsep gender, perlu dibedakan antara kata sex dan kata gender.

Sex adalah perbedaan jenis kelamin secara biologis sedangkan gender perbedaan jenis kelamin berdasarkan konstruksi sosial atau konstruksi masyarakat. Dalam kaitan dengan pengertian gender ini, Astiti mengemukakan bahwa gender adalah hubungan laki-laki dan perempuan secara sosial. Hubungan sosial antara laki-laki dan perempuan dalam pergaulan hidup sehari-hari, dibentuk dan dirubah.

Secara umum, pengertian Gender adalah perbedaan yang tampak antara laki-laki dan perempuan apabila dilihat dari nilai dan tingkah laku. Dalam Women Studies Ensiklopedia dijelaskan bahwa Gender adalah suatu konsep kultural, berupaya membuat perbedaan (*distinction*) dalam hal peran, perilaku, mentalitas, dan karakteristik emosional antara laki-laki dan perempuan yang berkembang dalam masyarakat.

## B. PENGERTIAN SEX

Secara umum sex adalah sesuatu yang berkaitan dengan alat kelamin atau hal-hal yang berhubungan dengan perkara-perkara hubungan intim antara laki-laki dengan perempuan. Karakter seksual masing-masing jenis kelamin memiliki spesifikasi yang berbeda hal ini seperti yang pendapat berikut ini: *sexual characteristics are divided into two types. Primary sexual characteristics are directly related to reproduction and include the sex organs (genitalia). Secondary sexual characteristics are attributes other than the sex organs that generally distinguish one sex from the other but are not essential to reproduction, such as the larger breasts characteristic of women and the facial hair and deeper voices characteristic of men* (microsoft encarta encyclopedia 2002).

Pendapat tersebut seiring dengan pendapat Hurlock (1991), seorang ahli psikologi perkembangan, yang mengemukakan tanda-tanda kelamin sekunder yang penting pada laki-laki dan perempuan. Menurut Hurlock, pada remaja putra: tumbuh rambut kemaluan, kulit menjadi kasar, otot bertambah besar dan kuat, suara membesar dan lain-lain. Sedangkan pada remaja putri: pinggul melebar, payudara mulai tumbuh, tumbuh rambut kemaluan, mulai mengalami haid, dan lain-lain.

Seiring dengan pertumbuhan primer dan sekunder pada remaja ke arah kematangan yang sempurna, muncul juga hasrat dan dorongan untuk menyalurkan keinginan seksualnya. Hal tersebut merupakan suatu yang wajar karena secara alamiah

dorongan seksual ini memang harus terjadi untuk menyalurkan kasih sayang antara dua insan, sebagai fungsi pengembangbiakan dan mempertahankan keturunan.

### C. HUBUNGAN GENDER DENGAN KESEHATAN

Pola kesahatan dan penyakit pada laki-laki dan perempuan menunjukkan perbedaan yang nyata. Perempuan, sebagai kelompok, cenderung mempunyai angka harapan hidup yang lebih panjang dari pada laki-laki, secara umum dianggap sebagai faktor kehidupan perempuan lebih banyak mengalami kesakitan dan tekanan dari pada laki-laki. Walaupun faktor yang melatar-belakanginya berbeda-beda pada berbagai kelompok sosial, hal tersebut menggambarkan bahwa dalam menjalani kehidupannya perempuan kurang sehat dibandingkan laki-laki. Penjelasan terhadap paradoks ini berakar pada hubungan yang kompleks antara faktor biologis sejenis kelamin dan sosial (gender) yang berpengaruh terhadap kesehatan.

Sejumlah penelitian menunjukkan bahwa berbagai penyakit menyerang laki-laki dan perempuan pada usia yang berbeda, misalnya penyakit kardio faskular di temukan pada usia yang lebih tua pada perempuan dibandingkan pada laki-laki beberapa penyakit, misalnya anemia dan gangguan pada otot serta tulang lebih banyak ditemukan pada perempuan dari pada laki-laki. Berbagai penyakit atau gangguan hanya menyerang perempuan, misalnya gangguan kesehatan, yang berkaitan dengan kehamilan dan kanker serviks; sementara itu hanya laki-laki yang dapat terkena kanker prostat. Kapasitas perempuan untuk hamil dan melahirkan menunjukkan bahwa mereka memerlukan pelayanan kesehatan reproduksi yang berbeda, baik dalam keadaan sakit maupun sehat. Perempuan memerlukan kemampuan untuk mengendalikan fertilitas dan melahirkan dengan selamat, sehingga akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas sepanjang siklus hidupnya sangat menentukan kesejahteraan dirinya.

Kombinasi antara faktor jenis kelamin dan peran gender dalam kehidupan sosial, ekonomi dan budaya seseorang dapat meningkatkan risiko terhadap terjadinya beberapa penyakit, sementara di sisi lain memberikan perlindungan terhadap penyakit lainnya. Perbedaan yang timbul dapat berupa keadaan sebagai berikut:

1. Perjalanan penyakit pada laki-laki dan perempuan
2. Sikap laki-laki dan perempuan dalam menghadapi suatu penyakit
3. Sikap masyarakat terhadap laki-laki dan perempuan yang sakit
4. Sikap laki-laki dan perempuan terhadap pengobatan dan akses pelayanan kesehatan
5. Sikap petugas kesehatan dalam memperlakukan laki-laki dan perempuan

Sebagai contoh, respon terhadap epidemic HIV/AIDS dimulai dengan pemberian fokus pada kelompok risiko tinggi, termasuk pekerja seks komersial. Laki-laki di anjurkan

untuk menjauhi pekerja seks komersial atau memakai kondom. Secara bertahap, fokus beralih pada perilaku risiko tinggi, yang kemudian menekankan pentingnya laki-laki menggunakan kondom. Hal ini menghindari isu gender dalam hubungan seksual, karena perempuan tidak menggunakan kondom tetapi bernegosiasi untuk penggunaannya oleh laki-laki. Dimensi gender tersebut tidak di bahas, sampai pada saat jumlah ibu rumah tangga biasa yang tertular penyakit menjadi banyak. Dewasa ini, kerapuhan perempuan tertular HIV/AIDS dianggap sebagai akibat dari ketidaktahuan dan kurangnya akses terhadap informasi, ketergantungan ekonomi dan hubungan seksual yang di lakukan atas dasar pemaksaan. Untuk itu, upaya pencegahan penularan HIV/AIDS dewasa ini di dasarkan pada upaya pencegahan atau modifikasi peran gender.

Untuk memahami bagaimana seks dan gender dikaitkan dengan kesehatan, perlu sekali meneliti kasus tentang HIV/AIDS.

#### **D. GENDER DAN HIV/AIDS**

Menurut UNAIDS (1999), hubungan antara jender dan risiko individu untuk terkena HIV/AIDS adalah dalam hal:

1. Sikap dan perilaku jender dapat meningkatkan risiko individu. Misalnya, perempuan disosialisasikan untuk menyenangkan laki-laki dan berada di bawah kuasa laki-laki
2. Perempuan selama ini dianggap pasif, sehingga tidak mempunyai kuasa dalam hubungan seksual dengan laki-laki untuk menuntut seks aman ataupun menolak seks, serta tidak adanya kemampuan untuk melindungi diri mereka dari HIV, misalnya dengan negosiasi pemakaian kondom atau memilih pasangan seks yang dianggap aman.
3. Kebanyakan upaya untuk memahami risiko individu HIV dari perspektif jender telah difokuskan kepada perempuan. Hanya sedikit data yang menunjukkan mengenai bagaimana peran jender dan tekanan sosial menempatkan laki-laki menjadi berisiko. Contohnya, laki-laki umumnya lebih sering berganti-ganti pasangan daripada perempuan.
4. Laki-laki harus lebih mengetahui masalah seksualitas daripada perempuan, sehingga perempuan tidak terinformasikan dengan baik mengenai seksualitas dan kespro.

Selain itu, beberapa faktor sosial ekonomi juga mempermudah seseorang melakukan perilaku berisiko, di antaranya:

1. Migrasi laki-laki untuk mendapatkan pekerjaan telah memperlemah tali kekeluargaan dan mengarah ke perilaku seksual berisiko.

2. Peningkatan perempuan memasuki sektor industri tanpa perlindungan dari keluarga mereka. Perempuan sering menjadi aktif seksual pada usia yang lebih muda dan biasanya tidak sadar akan risiko HIV dan penyakit menular seksual.
3. Kebutuhan ekonomi biasanya berhubungan dengan migrasi untuk perdagangan seks di Asia Tenggara.
4. Karena ketidaksetaraan ekonomi, banyak perempuan memilih tetap berada dalam hubungan berisiko tinggi daripada menghadapi risiko ekonomi yang lebih besar karena meninggalkan pasangan tempatnya bergantung secara ekonomi.
5. Perempuan lebih rentan terkena dampak oleh HIV/AIDS bila kepala rumah tangganya sakit. Beban merawat anak yatim sebagai hasil pandemik AIDS akan ditanggung oleh perempuan. Kehilangan pendapatan dari laki-laki sebagai pencari pendapatan utama memaksa perempuan dan anak-anak untuk mencari sumber lainnya yang menempatkan mereka berisiko terjerumus ke eksploitasi seksual.
6. Diskriminasi karena gender biasanya didukung oleh hukum dan kebijakan yang melarang perempuan memiliki tanah, properti dan sumber produktif lainnya. Hal itu meningkatkan kerentanan perempuan untuk terkena infeksi HIV, membatasi kemampuan mereka untuk mencari dan menerima perawatan dan dukungan.

Data di dunia menunjukkan bahwa:

1. Dari 36 juta Odha di dunia, 47%-nya adalah perempuan, dan proporsi ini terus meningkat
2. Dari 16.000 infeksi baru yang terjadi setiap hari, 60% terjadi pada perempuan
3. Dari 17,5 juta Odha yang meninggal, 52%-nya adalah perempuan
4. Sejak awal epidemi, lebih dari 9 juta perempuan telah meninggal akibat penyakit yang berkaitan dengan HIV/AIDS

## **E. KESETARAAN GENDER**

Kesetaraan gender adalah kesamaan kondisi bagi laki-laki dan perempuan untuk memperoleh kesempatan serta hak-haknya sebagai manusia, agar mampu berperan dan berpartisipasi dalam kegiatan politik, hukum, ekonomi, sosial budaya, pendidikan dan pertahanan dan keamanan nasional (hankamnas) serta kesamaan dalam menikmati hasil pembangunan. Terwujudnya kesetaraan gender ditandai dengan tidak adanya diskriminasi antara perempuan dan laki-laki, dan dengan demikian mereka memiliki akses, kesempatan berpartisipasi, kontrol atas pembangunan dan memperoleh manfaat yang setara dan adil dari pembangunan.

## F. KETIDAKSETARAAN GENDER DALAM KESEHATAN

Di Indonesia masih banyak hambatan dalam pendekatan kesetaraan gender, kenapa? karena adanya peraturan perundang-undangan yang diskriminatif, perlindungan hukum yang dirasakan masih kurang, dan adanya budaya (adat istiadat) yang biasakan gender. Contoh ketidakadilan gender atau diskriminasi gender yaitu kurangnya pemahaman masyarakat akan akibat dari adanya sistem struktur sosial dimana salah satu jenis (laki-laki maupun perempuan) menjadi korban. Kesetaraan gender merupakan salah satu hak asasi manusia. Hak untuk hidup secara terhormat, bebas dari rasa ketakutan dan bebas menentukan pilihan hidup. Tidak hanya diperuntukan bagi para laki-laki, pada hakikatnya perempuan pun mempunyai hak yang sama. Namun, sampai saat ini perempuan sering dianggap sebagai sosok pelengkap. Ketidakadilan gender ini sering terjadi dalam keluarga dan masyarakat, bahkan dalam dunia pekerjaan pun terjadi diskriminatif atau ketidakadilan gender dalam berbagai bentuk, yaitu:

1. Stereotip/Citra Baku, yaitu pelabelan terhadap salah satu jenis kelamin yang seringkali bersifat negatif dan pada umumnya menyebabkan terjadinya ketidakadilan. Misalnya, karena perempuan dianggap ramah, lembut, rapi, maka lebih pantas bekerja sebagai sekretaris, guru Taman Kanak-kanak. Padahal disisi lain laki-laki pun bisa menjadi sekertaris tidak hanya perempuan saja.
2. Subordinasi/Penomorduaan, yaitu adanya anggapan bahwa salah satu jenis kelamin dianggap lebih rendah atau dinomorduakan posisinya dibandingkan dengan jenis kelamin lainnya. Contoh: dari Sejak dulu, perempuan mengurus pekerjaan domestik sehingga perempuan dianggap sebagai "orang rumah" atau "teman yang ada di belakang".
3. Marginalisasi/Peminggiran, yaitu kondisi atau proses peminggiran terhadap salah satu jenis kelamin dari arus/pekerjaan utama yang berakibat kemiskinan. Misalnya, perkembangan teknologi menyebabkan apa yang semula dikerjakan secara manual oleh perempuan diambil alih oleh mesin yang pada umumnya dikerjakan oleh laki-laki.
4. Beban Ganda/Double Burden, yaitu adanya perlakuan terhadap salah satu jenis kelamin dimana yang bersangkutan bekerja jauh lebih banyak dibandingkan dengan jenis kelamin lainnya.
5. Kekerasan/Violence, yaitu suatu serangan terhadap fisik maupun psikologis seseorang sehingga kekerasan tersebut tidak hanya menyangkut fisik (perkosaan, pemukulan), tetapi juga nonfisik (pelecehan seksual, ancaman, paksaan, yang bisa terjadi di rumah tangga, tempat kerja, tempat-tempat umum.

Dalam melaksanakan pencapaian kesetaraan gender, perlu dilakukan penyempurnaan perangkat hukum pidana dalam melindungi setiap individu dan ketersediaan data serta peningkatan partisipasi masyarakat. Sedangkan anggaran untuk pencapaian kesetaraan gender di daerah pun sudah jelas dalam Keputusan Menteri





1. Kemampuan baca tulis perempuan dewasa dibandingkan dengan laki-laki: Hanya sedikit jumlah perempuan yang dapat menulis dan membaca dalam setiap 100 laki-laki yang dapat menulis dan membaca.
2. Perbandingan jumlah perempuan dan laki-laki yang mendaftar di sekolah dasar dan menengah: Hanya sedikit jumlah anak perempuan yang bersekolah di sekolah dasar atau menengah (biasanya berusia 6-10 tahun untuk pendidikan dasar dan 11-14 tahun untuk pendidikan menengah) yang mendaftarkan diri di sekolah dasar atau menengah untuk setiap 100 anak laki-laki usia sekolah dasar dan menengah yang mendaftar sekolah.

Data khusus gender pada jumlah kursi parlemen yang dipegang oleh perempuan sebagai bandingan jumlah keseluruhan pada tahun 1994 dan 1999 dan bagian perempuan dalam tingkat menteri pada tahun 1994.

**Tabel 2**  
Tren Partisipasi Perempuan dalam Politik

	Kursi di parlemen yang diperoleh perempuan (Persentasi dari total)		Kursi di kementerian yang diperoleh perempuan (%dari total)
	1994	1999	1994
Semua Negara Berkembang	10	10	5
Negara Berkembang Spesifik	6	9	5
Sub Sahara Afrika	8	11	6
Negara Arab	4	4	1
Asia Timur termasuk China	19	5	6
Asia Tenggara dan Pasifik	9	12	3
Asia Selatan termasuk India	5	6	3
Amerika Latin dan Karibia	10	15	8
Negara Industri	12	19	8
Dunia	10	12	8

1. Total jumlah kursi parlementer: sedikit sekali jumlah perempuan yang duduk di parlemen.
2. Jumlah kursi kementerian: dari setiap 100 menteri, sedikit sekali jumlah perempuan yang duduk di kursi kementerian.
3. Waktu kerja: waktu yang dihabiskan dalam mengerjakan semua jenis pekerjaan di dalam dan di luar, dibayar dan tidak dibayar.

4. Waktu kerja perempuan dibandingkan laki-laki: setiap 100 menit waktu kerja dihabiskan oleh laki-laki, sedikit sekali waktu kerja yang dihabiskan oleh perempuan.

Aktivitas pasar didefinisikan sebagai aktivitas yang menghasilkan produksi barang dan jasa untuk kebutuhan pasar serta produksi barang-barang rumah tangga untuk konsumsi rumah tangga. Tetapi, produksi jasa untuk konsumsi rumah tangga seperti memasak mencari air dan bahan bakar, perawatan anak dan orang tua dianggap sebagai aktivitas non-pasar yang bertujuan untuk mengukur hasil ekonomi. Presentase total jam kerja dihabiskan dalam aktivitas pasar atau non-pasar adalah 100 menit jumlah yang dihabiskan dalam aktivitas pasar/non-pasar.

Total presentasi pengurus dan manajer perempuan: dari 100 pengurus dan manajer, sedikit sekali yang jumlahnya perempuan.

GDP perempuan dibandingkan GDP laki-laki di PPP\$: jumlah dolar yang disumbangkan ke GDP oleh populasi perempuan di suatu negara untuk setiap 100 yang disumbangkan oleh penduduk laki-laki.

## H. KEADILAN GENDER

Keadilan gender Merupakan keadilan pendistribusian manfaat dan tanggung jawab perempuan dan laki-laki. Konsep yang mengenali adanya perbedaan kebutuhan dan kekuasaan antara perempuan dan laki-laki, yang harus diidentifikasi dan diatasi dengan cara memperbaiki ketidakseimbangan antara jenis kelamin.

Definisi “keadilan gender dalam kesehatan” menurut WHO mengandung dua aspek:

1. Keadilan dalam (status) kesehatan, yaitu tercapainya derajat kesehatan yang setinggi mungkin (fisik, psikologis, dan sosial) bagi setiap warga negara.
2. Keadilan dalam pelayanan kesehatan, yang berarti bahwa pelayanan diberikan sesuai dengan kebutuhan tanpa tergantung pada kedudukan sosial seseorang, dan diberikan sebagai respon terhadap harapan yang pantas dari masyarakat, dengan penarikan biaya pelayanan yang sesuai dengan kemampuan bayar seseorang.

Keadilan dalam kesehatan didefinisikan sebagai “keadaan untuk mengurangi kesenjangan dalam kesehatan dan determinan kesehatan, yang dapat dihindarkan antara kelompok masyarakat yang mempunyai latar belakang sosial (termasuk gender) yang berbeda”.

Untuk mengupayakan keadilan dalam kesehatan, fokus perlu diberikan kepada kelompok masyarakat yang paling rawan dan upaya mengurangi kesenjangan. Dalam kaitan gender, perempuan dalam posisi yang tersisih dan status kesehatannya lebih buruk dari laki-laki.

## I. KETIDAKADILAN GENDER DALAM KESEHATAN

Dalam berbagai aspek ketidaksetaraan gender tersebut sering ditemukan pula ketidakadilan gender, yaitu ketidakadilan (*unfairness, unjustice*) berdasarkan norma dan standar yang berlaku, dalam hal distribusi manfaat dan tanggung jawab antara laki-laki dan perempuan (dengan pemahaman bahwa laki-laki dan perempuan mempunyai perbedaan kebutuhan dan kekuasaan).

Keadilan antara lain ditentukan oleh norma atau standar yang dianggap pantas atau adil dalam suatu masyarakat, yang mungkin berbeda satu dengan yang lain dan mungkin berubah dari waktu ke waktu. Sering kali sulit untuk menentukan norma atau standar yang dapat diterima oleh berbagai pihak, karena terkait dengan nilai-nilai dan penentuan keputusan, sehingga istilah ketidaksetaraan lebih sering digunakan.

Istilah “ketidaksetaraan” menyiratkan bahwa kesenjangan yang terjadi tidak dinilai apakah hal tersebut dapat dianggap pantas atau adil dalam suatu tatanan masyarakat. Dengan kata lain dapat dikatakan bahwa ketidakadilan adalah ketidaksetaraan yang tidak pantas atau tidak adil.

Contoh-contoh tentang ketidakadilan gender dalam bidang kesehatan:

### 1. Ketidakadilan dalam Hal Penyakit dan Kematian

Dibeberapa wilayah dunia, ketidakadilan antara perempuan dan laki-laki berkaitan langsung dengan perkara hidup dan mati, terutama bagi kaum perempuan. Misalnya tergambar dari tingginya angka kesakitan dan kematian perempuan. Hal ini terjadi karena berbagai bentuk pengabaian terhadap kesehatan, gizi dan kebutuhan perempuan secara langsung kualitas hidupnya.

### 2. Ketidakadilan dalam Kelahiran Bayi

Anak laki-laki lebih diinginkan kehadirannya daripada anak perempuan. Sekalipun kita tahu semua agama tidak membedakan jenis kelamin anak. Namun karena kebanyakan laki-laki lebih tinggi status di masyarakat, maka mencuatnya isu ketidaksetaraan gender yang tercermin dari kuatnya keinginan orangtua untuk mempunyai anak laki-laki dari pada anak perempuan.

### 3. Ketidakadilan dalam Rumah Tangga

Seringkali terdapat ketidakadilan gender yang mendasar di dalam rumah tangga dan bentuknya bermacam-macam. Dari perkara yang sederhana sampai kepada yang rumit. Begitu juga pembagian peran dan tanggung jawab dalam rumah tangga, sering kali tidak adil. Misalnya dalam pembagian tugas mengurus rumah tangga dan mengurus anak.

## J. DISKRIMINASI GENDER

Adanya perbedaan, pengecualiaan atau pembatasan yang dibuat berdasarkan peran dan norma gender yang dikonstruksi secara sosial yang mencegah seseorang untuk menikmati hak asasi manusia secara penuh.

## K. ANALISIS GENDER DALAM KESEHATAN

Memahami teknik analisis gender dalam layanan kesehatan ini, setidaknya difokuskan untuk mengetahui:

1. Situasi aktual pria dan wanita meliputi peranan, tingkat kesejahteraan, kebutuhan, dan permasalahan yang dihadapi dalam berbagai unit sosial, budaya dan ekonomi.
2. Pembagian beban kerja wanita dan pria yang meliputi tanggung jawab, curahan tenaga dan curahan waktu.
3. Saling berkaitan, saling ketergantungan dan saling mengisi antara peranan wanita dan pria khususnya dalam keluarga.
4. Tingkat akses dan kekuatan kontrol wanita dan pria terhadap sumber produktif maupun sumber daya manusia dalam keluarga.

## L. PERAN GENDER

Sejak kecil, secara sistematis anak perempuan dan laki-laki diajarkan bahwa mereka berbeda satu sama lain. Selain menyadarkan mereka bahwa mereka secara biologis berbeda karena memiliki perbedaan anatomi, mereka juga dibedakan secara sosial; masing-masing sebagai makhluk dengan peran, tanggung jawab dan kesempatan yang tidak sama. Sejak kanak-kanak, mereka dianjurkan untuk berpakaian dan bertingkah laku dengan cara yang berbeda. Misalnya, anak perempuan dipaksa untuk memakai baju yang berwarna merah jambu dan pakaian feminin sementara anak laki-laki seringkali memakai kemeja dan celana panjang biru. Anak laki-laki cenderung memainkan permainan kasar yang melibatkan kontak fisik, seperti sepak bola dan gulat sementara anak perempuan dianjurkan untuk memainkan boneka dan main masak-masakan. Dalam masyarakat tertentu, anak laki-laki dan perempuan tidak diizinkan bermain bersama. Anak laki-laki acap kali diberikan kebebasan untuk bermain di luar rumah untuk waktu lama sementara waktu bermain sementara waktu bermain untuk anak perempuan biasanya terbatas. Anak perempuan diminta untuk tinggal di rumah supaya dapat membantu ibu mereka mengerjakan pekerjaan rumah tangga khususnya mencuci

piring dan pakaian, memasak dan membersihkan rumah. Pada umumnya, anak laki-laki tidak diharapkan untuk membersihkan, mengerjakan pekerjaan rumah tangga, tetapi mereka biasanya melakukan pekerjaan seperti membeli sesuatu di toko atau warung atau membantu pekerjaan rumah tangga yang membutuhkan kekuatan otot, seperti pertukangan atau membawa atau memikul sekarung beras yang berat dan barang-barangnya.

Anak laki-laki dan perempuan didorong untuk mengekspresikan emosi mereka dengan cara yang berbeda. Stereotipe anak laki-laki adalah bersuara keras dan lantang, berantakan, bertubuh atletis, agresif, kasar dan tidak berperasaan karena mereka tidak sepatutnya menangis. Anak laki-laki juga diharapkan lebih pintar daripada anak perempuan. Anak perempuan dideskripsikan sebagai makhluk yang patuh, mau mengalah, emosional, rapi atau bersih dan kaku. Mereka tidak mengekspresikan pendapatnya. Oleh karena itu laki-laki dicap lebih kuat dan anak perempuan lebih lemah.

Seks dan gender merupakan hal yang berbeda, namun konsepnya saling berkaitan. Seks berarti perbedaan biologis antara laki-laki dan perempuan sementara gender merujuk pada atribut ekonomi, sosial dan kultural serta kesempatan yang diasosiasikan dengan peran laki-laki dan perempuan dalam situasi sosial pada saat tertentu. (WHO 2001).

Melalui BSRI, individu diklasifikasikan dalam hal kepemilikan satu dari empat orientasi tipe peran gender, yaitu:

1. Maskulin
2. Feminim
3. Androgini
4. *Undifferentiated*

Berdasarkan model nontradisional ini, terdapat semacam klasifikasi kepribadian yang mulai banyak dibicarakan sebagai alternatif dari peran yang bertolak belakang antara pria dan wanita, yaitu tipe androgini (Naully, 2003). Adapun pengertian dari masing-masing peran gender maskulin, feminin dan androgini adalah sebagai berikut:

1. Maskulin: menurut Hoyenga & Hoyenga (dalam Naully, 2003) adalah ciri-ciri yang berkaitan dengan gender yang lebih umum terdapat pada laki-laki, atau suatu peran atau trait maskulin yang dibentuk oleh budaya. Dengan demikian maskulin adalah sifat dipercaya dan bentuk oleh budaya sebagai ciri-ciri yang ideal bagi laki-laki (Naully, 2003). Misalnya asertif dan dominan dianggap sebagai trait maskulin.
2. Feminin: feminin menurut Hoyenge & Hoyenga (dalam Naully, 2003) adalah ciri-ciri atau trait yang lebih sering atau umum terdapat pada perempuan daripada laki-laki. Ketika dikombinasikan dengan "stereotipikal", maka ia mengacu ada trait yang diyakini lebih berkaitan pada perempuan daripada laki-laki secara kultural pada

budaya atau subkultur tertentu. Berarti, feminin merupakan ciri-ciri atau trait yang dipercaya dan dibentuk oleh budaya sebagai ideal bagi perempuan (Naully, 2003).

Androgini: selain pemikiran tentang maskulin dan feminitas sebagai berada dalam suatu garis kontinum, dimana lebih pada satu dimensi berarti kurang pada dimensi yang lain, ada yang menyatakan bahwa individu-individu dapat menunjukkan sikap ekspresif dan instrumental. Pemikiran ini memicu perkembangan konsep androgini.

Androgini adalah tingginya kehadiran karakteristik maskulin dan feminin yang diinginkan pada satu individu pada saat bersamaan (Bem, Spence & Helmrich, dalam Santrok, 2003). Individu yang androgini adalah seorang laki-laki yang asertif (sifat maskulin) dan mengasihi (sifat feminin), atau seorang perempuan yang dominan (sifat maskulin) dan sensitif terhadap perasaan orang lain (sifat feminin). Beberapa penelitian menemukan bahwa androgini baerhubungan dengan berbagai atribut yang sifatnya positif, seperti *self-esteem* yang tinggi, kecemasan rendah, kreatifitas, kemampuan *parenting* yang efektif (Bem, Spence dalam Hughes & Noppe, 1985).

## M. PERAN INSTITUSI SOSIAL

Keluarga adalah institusi pertama dalam mensosialisasikan hal yang disebut feminin dan maskulin. Keluarga, terutama ibu memainkan peranan penting dan mengajarkan anak laki-laki dan perempuan tentang peran gender mereka.

Di sekolah, misalnya guru dan buku seringkali memperluas peran reproduksi perempuan, seperti pengasuhan dan tugas rumah tangga dan peran produktif laki-laki, misalnya tugas mencari nafkah.

Agama justru menjunjung tinggi feminitas dan kepatuhan perempuan terhadap laki-laki. Sebagian besar agama mengajarkan kesetaraan gender, tetapi ideologi bahwa laki-laki lebih dominan atau patriarkis masih saja berlaku karena pemimpin agama pada umumnya berpikiran seperti itu.

Di dunia kerja, perempuan sering kali memiliki karir yang berhubungan dengan peran reproduksi mereka, seperti perawat, guru, sekretaris atau juru tulis, dan lainnya. Sedikit perempuan yang memegang posisi lebih tinggi karena posisi ini lebih sering di pegang oleh laki-laki. Misalnya politik, laki-laki sering berada di posisi ini karena tidak banyak perempuan yang mengikuti pemilihan.

Media juga sering menginformasikan peran gender tradisional atau yang dapat diterima di berbagai betuk dalam iklan, komedi situasi, opera sabun, dalam cerita dan buku komik yang sering kali dilihat dan dibaca publik. Oleh karena itu, media ini juga mendukung nilai-nilai yang dianut oleh institusi sosial yang lain.

Walaupun jumlah perempuan yang melakukan aktivitas produktif semakin meningkat, mayoritas perempuan masih saja tinggal di rumah, memikul peran reproduksi. Karena itu pada kenyataannya di masyarakat, mereka kurang mendapat peran penting dibandingkan laki-laki. Nilai yang tidak setara ini merupakan sumber diskriminasi dan penindasan terhadap perempuan dan bertanggung jawab atas rendahnya status perempuan dalam masyarakat. (WHO 2001).

Karena daerah keluarga merupakan ruang lingkup pribadi, dibandingkan dengan sekolah, pemerintahan dan institusi sosial lainnya, peraturan dan praktik yang berkenaan dengan hubungan gender dalam keluarga tidak diketahui secara langsung dan jarang sekali tunduk terhadap pengaruh luar. (WHO 2001).

Perempuan dan anak perempuan serta laki-laki cenderung tetap menjalankan peran gendernya karena ada beberapa perilaku yang terkendali yang dibenarkan oleh berbagai institusi sosial. Kekerasan terhadap harapan peran gender diawali dengan ketidaksetujuan terhadap pengasingan sosial dan agresi bahkan kekerasan yang diterima dalam kehidupan sosial (WHO 2001). Dalam masyarakat tertentu, jika seorang perempuan menikah tanpa persetujuan keluarga, perempuan tersebut telah mencoreng nama baik keluarga. Keluarga dekat si perempuan sering kali ditugaskan untuk membunuh perempuan tersebut karena telah mempermalukan keluarganya dengan tidak mengindahkan keinginan keluarga. Karena pihak luar biasanya tidak dapat mencampuri urusan keluarga tersebut, terutama kekuasaan absolut laki-laki yang memimpin rumah tangga, hal ini menjadi salah satu alat yang ampuh untuk melanggengkan ketidaksetaraan gender. (WHO 2001).

Ketidaksetaraan gender secara sistematis disahkan dan diinstitutionalkan melalui undang-undang dan kebijakan. Dalam masyarakat tertentu, perempuan tidak dapat memiliki harta benda secara sah ataupun bekerja di luar rumah tanpa persetujuan suami atau pasangan mereka. Di negara Muslim, poligami diizinkan dengan syarat tertentu. Hal ini membuat tugas untuk merubah peran gender menjadi sangat sulit.

Walaupun perbedaan gender biasanya memarjinalisasikan perempuan daripada laki-laki, kaum pria dilatih untuk menahan emosi atau tidak menangis dan mereka dibiasakan untuk menganggap perempuan lebih rendah. Bersikap agresif atau kasar adalah satu indikasi kejantanan; karena itu, mereka sering kali menjadi pelaku kekerasan terhadap perempuan di dalam dan di luar rumah. Namun, ada beberapa laki-laki yang dijuluki "new age" karena mereka peduli dengan hubungan dan peran gender.

Ketidaksetaraan gender ini mempertanyakan "ideologi patriarkis" yang menganggap laki-laki lebih tinggi daripada perempuan. Ideologi ini dianut oleh laki-laki dan perempuan. Ideologi ini juga mempertanyakan institusi sosial yang menganut nilai-nilai patriarkis.

## N. VARIASI PERAN GENDER

Peran gender dapat berbeda berdasarkan waktu, dan diantara berbagai budaya, suku, dan kelas sosial masyarakat. Beberapa suku di Indonesia seperti Jawa dan Sunda boleh jadi memiliki peran gender yang berbeda antara laki-laki dan perempuan. Dalam beberapa masyarakat tertentu, perempuan lebih tinggi daripada laki-laki.

Karena peran gender dibentuk dan dipelajari secara sosial, peran gender dapat diubah melalui pendidikan atau advokasi dan kerjasama berbagai institusi sosial yang ada dalam masyarakat. Walaupun tugas ini tidak mudah, kepekaan terhadap ketidakadilan, ketidaksetaraan, dan diskriminasi terhadap hubungan dan status gender semakin berkembang di Indonesia dan dunia.

## O. GENDER DAN HAM

HAM adalah hak-hak dasar yang dimiliki oleh manusia, sesuai dengan kodratnya (Kaelan: 2002).

Menurut pendapat Jan Materson (dari komisi HAM PBB), dalam *Teaching Human Rights, United Nations* sebagaimana dikutip Baharuddin Lopa menegaskan bahwa HAM adalah hak-hak yang melekat pada setiap manusia, yang tanpanya manusia mustahil dapat hidup sebagai manusia.

John Locke menyatakan bahwa HAM adalah hak-hak yang diberikan langsung oleh Tuhan Yang Maha Pencipta sebagai hak yang kodrati. (Mansyur Effendi, 1994).

Dalam pasal 1 UU No39 tahun 1999 tentang HAM disebutkan bahwa "Hak Asasi Manusia adalah seperangkat hak yang melekat pada hakekat dan keberadaan manusia sebagai makhluk Tuhan Yang Maha Esa dan merupakan anugerah-Nya yang wajib dihormati, dijunjung tinggi dan dilindungi oleh negara, hukum, pemerintah dan setiap orang demi kehormatan serta perlindungan harkat dan martabat manusia".

### **HAM yang Terkait dengan Kesehatan Reproduksi**

UU No. 7 Tahun 1984 (Konvensi Penghapusan Diskriminasi terhadap Wanita):

1. Jaminan persamaan hak atas jaminan kesehatan dan keselamatan kerja, termasuk usaha perlindungan terhadap fungsi melanjutkan keturunan (Pasal 11 ayat 1 f).
2. Jaminan hak efektif untuk bekerja tanpa diskriminasi atas dasar perkawinan atau kehamilan (Pasal 11 ayat 2).
3. Penghapusan diskriminasi di bidang pemeliharaan kesehatan dan jaminan pelayanan kesehatan termasuk pelayanan KB (Pasal 12).



4. Jaminan hak kebebasan wanita pedesaan untuk memperoleh fasilitas pemeliharaan kesehatan yang memadai, termasuk penerangan, penyuluhan dan pelayanan KB (Pasal 14 ayat 2 b).
5. Penghapusan diskriminasi yang berhubungan dengan perkawinan dan hubungan kekeluargaan atas dasar persamaan antara pria dan wanita (Pasal 16 ayat 1).

#### Tap. No. XVII/MPR/1998 tentang HAM

1. Hak untuk membentuk keluarga dan melanjutkan keturunan melalui perkawinan yang sah (Pasal 2).

#### UU No. 39 Tahun 1999 tentang HAM

1. Setiap orang berhak membentuk suatu keluarga dan melanjutkan keturunan melalui perkawinan yang sah (Pasal 10).
2. Setiap orang berhak atas pemenuhan kebutuhan dasarnya untuk tumbuh dan berkembang secara layak (Pasal 11).
3. Setiap orang berhak atas rasa aman dan tenteram serta perlindungan terhadap ancaman ketakutan untuk berbuat atau tidak berbuat sesuatu (Pasal 30).
4. Hak wanita dalam UU HAM sebagai hak asasi manusia (Pasal 45).
5. Wanita berhak untuk mendapatkan perlindungan khusus dalam pelaksanaan pekerjaan/profesinya terhadap hal-hal yang dapat mengancam keselamatan dan atau kesehatannya berkenaan dengan fungsi reproduksi wanita (Pasal 49 ayat 2).
6. Hak khusus yang melekat pada diri wanita dikarenakan fungsi reproduksinya, dijamin dan dilindungi oleh hukum (Pasal 49 ayat 3).
7. Hak dan tanggungjawab yang sama antara isteri dan suaminya dalam ikatan perkawinan (Pasal 51).

## RANGKUMAN

Secara kodrati, perempuan dan laki-laki adalah dua jenis kelamin yang berbeda. Perbedaan yang bersifat universal tersebut, sayangnya banyak disalah artikan sebagai sebuah sekat yang membentengi ruang gerak. Dalam perkembangannya kemudian, jenis kelamin perempuan lebih banyak menerima tekanan, hanya karena secara kodrati perempuan dianggap lemah dan tak berdaya.

Perempuan biasanya tidak boleh bepergian jauh. Jadi kalau rumah sakit atau puskesmas letaknya jauh, sulit juga perempuan mendapatkan pelayanan kesehatan. Dalam masalah ini bidan desa atau perawat yang berada di daerah terpencil sangat berperan penting untuk memberikan pelayanan kesehatan yang layak kepada para wanita ataupun pria yang menduduki tempat terpencil.

Dari peran ataupun tingkah lakunya di masyarakat terjadi pembentukan yang membedakan laki-laki dan perempuan dimana “mengharuskan” misalnya perempuan itu harus lemah lembut, emosional, cantik, sabar, penyayang, sebagai pengasuh rumah, dan lainnya. Sedangkan laki-laki harus kuat, rasional, wibawa, perkasa, pencari nafkah, dan lainnya. Maka terjadilah ketidakadilan dalam kesetaraan peran ini.



# BAB 3

## MILLENIUM DEVELOPMENT GOALS

### A. SEJARAH PEMBENTUKAN MDGS

Kehidupan yang layak dan kesejahteraan penduduk merupakan tujuan dari pembangunan di setiap negara, agar keadaan bumi yang aman, makmur, dan sejahtera dapat tercapai. Untuk mewujudkan semua itu, pada Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Milenium Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) bulan September 2000, sebanyak 189 negara anggota PBB yang diwakili oleh kepala negara dan kepala pemerintahan sepakat untuk melahirkan sebuah deklarasi *Millenium Development Goals (MDGs)* atau dalam bahasa Indonesia dikenal sebagai Tujuan Pembangunan Millenium.

Deklarasi itu berdasarkan pendekatan yang inklusif, dan berpijak pada perhatian bagi pemenuhan hak-hak dasar manusia. Di dalam KTT Milenium tersebut juga dihasilkan konsensus yang merangkai upaya-upaya untuk mencapai tujuan MDGs dengan perhatian utama pada hak asasi manusia, tata pemerintahan yang baik, demokratisasi, pencegahan konflik, dan pembangunan perdamaian.

Pada mulanya, MDGs merupakan sebuah *review* atas kebijakan pembangunan yang dikeluarkan oleh OECD-DAC pada pertengahan tahun 1990 dan kemudian dimasukkan ke dalam Tujuan Pembangunan Internasional (*Internasional Development Goals*) tahun 2000 dan direvisi menjadi Tujuan Pembangunan Milenium (*Millenium Development Goals*) pada KTT Milenium. Setiap tujuan (*goal*) dari MDGs memiliki satu atau beberapa

target dengan beberapa indikatornya. MDGs memiliki 8 tujuan, 18 target, dan 48 indikator yang telah disusun oleh konsensus para ahli dari sekretariat PBB, Dana Moneter Internasional (IMF), Organisasi untuk Pembangunan dan Kerjasama Ekonomi (OECD) dan Bank Dunia.

Masing-masing indikator digunakan untuk memonitor perkembangan pencapaian setiap tujuan dan target. Selain Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs), ada beberapa tujuan pembangunan yang lain ditetapkan pada dekade 1960-an hingga 1980-an. Sebagian terlahir dari konferensi global yang diselenggarakan PBB pada 1990-an, termasuk KTT Dunia untuk Anak, Konferensi Dunia tentang Pendidikan untuk Semua 1990 di Jomtien, Konferensi PBB tentang Lingkungan dan Pembangunan 1992 di Rio de Janeiro, serta KTT Dunia untuk Pembangunan Sosial 1995 di Copenhagen. MDGs tidak bertentangan dengan komitmen global yang sebelumnya karena sebagian dari MDGs itu telah dicantumkan dalam Tujuan Pembangunan Internasional (IDG), oleh negara-negara maju yang tergabung dalam OECD pada 1996 hingga selanjutnya diadopsi oleh PBB, Bank Dunia dan IMF.

Beberapa hal penting yang perlu mendapat perhatian berkaitan dengan MDGs adalah sebagai berikut: Pertama, MDGs bukan tujuan PBB, sekalipun PBB merupakan lembaga yang aktif terlibat dalam promosi global untuk merealisasikannya. MDGs adalah tujuan dan tanggungjawab dari semua negara yang berpartisipasi dalam KTT Milenium, baik pada rakyatnya maupun secara bersama antar pemerintahan. Kedua, tujuh dari delapan tujuan telah dikuantitatifkan sebagai target dengan waktu pencapaian yang jelas, hingga memungkinkan pengukuran dan pelaporan kemajuan secara objektif dengan indikator yang sebagian besar secara internasional dapat diperbandingkan. Ketiga, tujuan-tujuan dalam MDGs saling terkait satu dengan yang lain. Keempat, dengan dukungan PBB, terjadi upaya global untuk memantau kemajuan, meningkatkan perhatian, mendorong tindakan dan penelitian yang akan menjadi landasan intelektual bagi reformasi kebijakan, pembangunan kapasitas dan memobilisasi sumber daya yang dibutuhkan untuk mencapai semua target. Kelima, 18 belas target dan lebih dari 40 indikator terkait ditetapkan untuk dapat dicapai dalam jangka waktu 25 tahun antara 1990 dan 2015. Sekalipun MDGs merupakan sebuah komitmen global tetapi diupayakan untuk lebih mengakomodasikan nilai-nilai lokal sesuai dengan karakteristik masing-masing negara sehingga lebih mudah untuk diaplikasikan. Dalam sidang umum PBB yang ke-60 pada tanggal 14-16 September 2005, dilakukan juga evaluasi pelaksanaan lima tahun MDGs. Dalam evaluasi tersebut dikatakan bahwa 50 negara gagal mencapai paling sedikit satu target MDGs. Sedangkan 65 negara lainnya berisiko untuk sama sekali gagal mencapai paling tidak satu MDGs hingga 2040. Sehingga hingga kini, MDGs masih menjadi suatu perdebatan tentang tujuan-tujuan yang ingin dicapai dalam MDGs, sumber daya yang dibutuhkan dan bagaimana cara pencapaian MDGs.

## B. KEIKUTSERTAAN INDONESIA DALAM MDGS

Sejak Indonesia tergabung dalam keanggotaan PBB, secara otomatis Indonesia banyak terlibat dalam menyukseskan kegiatan-kegiatan yang diselenggarakan oleh PBB. Keikutsertaan Indonesia dalam Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Milenium Perserikatan Bangsa-bangsa (PBB) bulan September 2000 dan menandatangani *Millenium Development Goals* (MDGs), menjadikan Indonesia harus berusaha untuk turut menyukseskan MDGs sebagai komitmen global. Indonesia menyadari bahwa MDGs bukan tujuan PBB, sekalipun PBB merupakan lembaga yang aktif terlibat dalam promosi global untuk merealisasikannya. MDGs adalah tujuan dan tanggung jawab dari semua negara yang berpartisipasi dalam KTT Milenium, baik pada rakyatnya maupun secara bersama antar pemerintahan. Penggunaan indikator MDGs akan merangsang lembaga-lembaga pemerintah dan swasta di tingkat daerah untuk menyatukan upaya pembangunan. Sehingga bisa dihasilkan sinergi positif yang menguntungkan rakyat banyak. Karena persatuan dan kesatuan yang terjadi pada tingkat penduduk, terutama pada tingkat rakyat banyak (*grass root level*) memerlukan pelayanan manusiawi dan dikemudian hari bisa menikmatinya, merupakan sumbangan pembangunan yang sangat dibutuhkan.

## C. TUJUAN, TARGET DAN INDIKATOR MDGS

Telah disebutkan sebelumnya bahwa di dalam Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) terdapat 8 tujuan yang harus dicapai dengan 18 target dan 48 indikator yang diharapkan dapat membantu tercapainya tujuan dari MDGs. Adapun 18 target dan 48 indikator tersebut disusun oleh konsensus para ahli dari sekretariat PBB, Dana Moneter Internasional (IMF), Organisasi untuk Pembangunan dan Kerjasama Ekonomi (OECD) dan Bank Dunia. Tujuan (*goal*) MDGs, target MDGs dan indikator MDGs adalah sebagai berikut:

### a. Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

- Target 1: Menurunkan proporsi penduduk yang tingkat pendapatannya di bawah \$1 per hari menjadi setengahnya antara 1990-2015.

#### **Indikator:**

1. Proporsi penduduk yang hidup di bawah garis kemiskinan nasional
2. Proporsi penduduk dengan tingkat pendapatan kurang dari \$1 (PPP) per hari
3. Rasio kesenjangan kemiskinan
4. Kontribusi kuantil termiskin terhadap konsumsi nasional

- Target 2: Menurunkan proporsi penduduk yang menderita kelaparan menjadi setengahnya antara tahun 1990-2015.

**Indikator:**

5. Prevalensi balita kurang gizi (BKG)
6. Proporsi penduduk yang berada di bawah garis konsumsi minimum (2100 kkal per kapita per hari)

**b. Tujuan 2: Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua**

- Target 3: Memastikan pada 2015 semua anak dimanapun, laki-laki maupun perempuan, dapat menyelesaikan seluruh pendidikan dasar.

**Indikator:**

7. Angka Partisipasi Murni Sekolah Dasar (APM SD)
8. Angka Partisipasi Murni di Sekolah Menengah Pertama (APM-SMP)
9. Proporsi Murid Kelas 1 yang Berhasil Mencapai Kelas 5
10. Proporsi Murid Kelas 1 yang Berhasil Menamatkan Sekolah Dasar
11. Proporsi Murid Kelas 1 yang Berhasil Menyelesaikan Sembilan Tahun Pendidikan Dasar
12. Angka Melek Huruf (AMH) Penduduk Usia 15-24 tahun

**c. Tujuan 3: Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan**

Perempuan

- Target 4: Menghilangkan ketimpangan gender di tingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada tahun 2005 dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari tahun 2015.

**Indikator:**

13. Rasio Angka Partisipasi Murni (RAPM) Anak Perempuan terhadap Anak Laki-laki di Tingkat Pendidikan Dasar, Menengah dan Tinggi.
14. Rasio Angka Melek Huruf (RAMH) Perempuan terhadap Laki-laki usia 15-24 tahun
15. Kontribusi Pekerja Upahan Perempuan di Sektor Non Pertanian (KPPNP)
16. Proporsi Kursi DPR atau DPRD yang Diduduki Perempuan

**d. Tujuan 4: Menurunkan Angka Kematian Anak**

- Target 5: Menurunkan angka kematian balita sebesar dua pertiganya, antara 1990-2015

**Indikator:**

17. Angka Kematian Balita
18. Angka Kematian Bayi
19. Proporsi Imunisasi Campak pada anak berusia 1 tahun (12-13) bulan

**e. Tujuan 5: Meningkatkan Kesehatan Ibu**

- Target 6: Menurunkan angka kematian ibu sebesar tiga perempatnya antara tahun 1990 dan 2015.

**Indikator:**

20. Angka Kematian Ibu (AKI)
21. Proporsi Pertolongan Kelahiran (PPK) oleh Tenaga Kesehatan Terlatih (TKT)
22. Angka Pemakaian Kontrasepsi pada Pasangan Usia Subur 15-49 tahun (PUS)

**f. Tujuan 6: Memerangi HIV/AIDS, Malaria, dan Penyakit Menular Lainnya**

- Target 7: Mengendalikan penyebaran HIV/AIDS dan mulai menurunnya jumlah kasus baru pada tahun 2015.

**Indikator:**

23. Prevalensi HIV/AIDS Ibu Hamil yang Berusia 15-24 tahun
24. Penggunaan Kondom pada Hubungan Seks Berisiko Tinggi
25. Angka Penggunaan Kondom
26. Persentase Penduduk Berumur 15-24 tahun yang Mempunyai Pengetahuan Komprehensif Tentang HIV/AIDS (PPK-HIV/AIDS)
27. Rasio Kehadiran Sekolah Anak Yatim Piatu karena HIV/AIDS (RKS-YP) terhadap Kehadiran di Sekolah Anak Yatim Piatu Berusia 10-14 tahun

- Target 8: Mengendalikan penyakit malaria dan mulai menurunnya jumlah kasus malaria dan penyakit lainnya pada tahun 2015.

**Indikator:**

28. Prevalensi Malaria dan Angka Kematian
29. Persentase Balita yang Tidur dengan Menggunakan Kelambu yang Telah Diproteksi dengan Insektisida
30. Persentase Balita yang Mendapat Penanganan Malaria secara Efektif
31. Prevalensi Tuberkulosis dan Angka Kematian Penderita Tuberkulosis dengan Sebab Apapun Selama Pengobatan OAT
32. Angka Penemuan Penderita Tuberkulosis BTA Positif Baru
33. Angka Kesembuhan Penderita Tuberkulosis (AKP-TBC)



**g. Tujuan 7: Memastikan Keberlanjutan Lingkungan Hidup**

- Target 9: Memadukan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan dengan kebijakan dan program nasional dan mengurangi pengrusakan lingkungan.

**Indikator:**

34. Proporsi Luas Lahan yang Tertutup Hutan
  35. Rasio Luas Kawasan Lindung (RKL) terhadap Luas Wilayah
  36. Energi yang Dipakai (setara barel dalam metrik ton) per PDB (juta rupiah)
  37. Emisi Carbon Dioksida (CO<sub>2</sub>) per kapita
  38. Jumlah Konsumsi Zat Perusak Ozon (Metrik ton)
  39. Proporsi Penduduk atau Rumah Tangga yang Menggunakan Bahan Bakar Padat untuk Memasak (PPMBP)
- Target 10: Penurunan sebesar separuh, proporsi penduduk tanpa akses terhadap sumber air minum yang aman dan berkelanjutan serta fasilitas sanitasi dasar pada tahun 2015.

**Indikator:**

40. Proporsi Penduduk atau Rumah Tangga dengan Akses Terhadap Sumber Air Minum yang Terlindungi
  41. Proporsi Penduduk atau Rumah Tangga dengan Akses Terhadap Fasilitas Sanitasi yang Layak
- Target 11: Mencapai perbaikan yang berarti dalam kehidupan penduduk miskin di pemukiman kumuh pada tahun 2020.

**Indikator:**

42. Proporsi Penduduk atau Rumah Tangga dengan Status Rumah Tetap dan Terjamin
43. Proporsi Penduduk atau Rumah Tangga dengan Akses Tempat Tinggal yang Tetap dan Terjamin di Daerah Perkotaan
44. Proporsi Rumah Tangga dengan Sertifikat Kepemilikan Tanah dari Badan Pertanahan Nasional (BPN)

**h. Tujuan 8: Membangun Kemitraan Global untuk Pembangunan**

- Target 12: Membangun sistem keuangan dan perdagangan yang terbuka, berdasarkan hukum, dapat diprediksi, dan tidak diskriminatif.
- Target 13: Memberikan perhatian khusus pada negara-negara miskin, termasuk.
- Target 14: Memberikan perhatian khusus pada negara-negara terisolir dan negara pulau yang kecil.

- Target 15: Berhubungan dengan permasalahan-permasalahan hutang Negara-negara berkembang melalui perhitungan-perhitungan nasional dan internasional dalam rangka membuat hutang tersebut bisa menopang dalam waktu lama.

**Indikator:**

45. ODA neto sebagai persentase GNP harga berlaku negara-negara donor OECD/DAC.
  46. Proporsi ODA yang dialokasikan oleh negara-negara donor OECD/DAC terhadap pelayanan sosial pokok yang meliputi pendidikan dasar, layanan kesehatan primer, gizi, air dan sanitasi.
  47. Proporsi ODA bilateral dari donor OECD/DAC yang bersifat tidak mengikat.
  48. Proporsi ODA yang diterima oleh negara-negara yang hanya berbatasan dengan daratan (*land lock*) terhadap GNP mereka.
  49. Proporsi ODA yang diterima oleh negara-negara kepulauan kecil terhadap SDP mereka.
  50. Proporsi nilai impor negara-negara maju (tidak termasuk senjata) dari negara-negara berkembang dan negara-negara belum berkembang (LDCs).
  51. Rata-rata tarif dan kouta yang dikenakan oleh negara-negara maju terhadap (ekspor) produk pertanian, tekstil dan pakaian jadi negara-negara berkembang.
  52. Persentase subsidi hasil-hasil pertanian negara-negara OECD terhadap GDP mereka.
  53. Proporsi ODA yang disediakan untuk membantu kapasitas perdagangan.
  54. Proporsi utang bilateral resmi negara-negara miskin penghutang berat (HIPC) yang dibatalkan.
  55. Proporsi ODA yang digunakan untuk melunasi hutang.
  56. Rasio hutang terhadap nilai ekspor barang dan jasa.
- Target 16: Dalam kerja samanya dengan negara-negara berkembang, pengembangan dan penerapan strategi untuk para remaja pada pekerjaan yang produktif dan layak.
- Indikator:**
57. Angka pengangguran penduduk usia remaja 15-24 tahun menurut jenis kelamin.
- Target 17: Bekerjasama dengan perusahaan farmasi dalam menyediakan akses untuk pengadaan obat esensial di negara berkembang.

**Indikator:**

58. Proporsi penduduk yang dapat mengakses obat-obatan esensial (penting) dengan harga terjangkau dan berkelanjutan.

- Target 18: Bekerja sama dengan sektor swasta untuk menyediakan teknologi baru yang menguntungkan terutama dalam hal informasi dan komunikasi.

**Indikator:**

59. Banyaknya pelanggan saluran telepon per 1 000 penduduk.

60. Banyaknya pengguna personal computer (PC) per 1 000 penduduk.

61. Banyaknya pengguna internet per 1 000 penduduk.

Setiap tujuan menetapkan satu atau lebih target serta masing-masing sejumlah indikator yang akan diukur tingkat pencapaiannya atau kemajuannya pada tenggat waktu hingga tahun 2015. Secara global ditetapkan 18 target dan 48 indikator. Meskipun secara global ditetapkan 48 indikator namun implementasinya tergantung pada setiap negara disesuaikan dengan kebutuhan pembangunan dan ketersediaan data yang digunakan untuk mengatur tingkat kemajuannya. Indikator global tersebut bersifat fleksibel bagi setiap negara.

Deklarasi MDGs merupakan hasil perjuangan dan kesepakatan bersama antara negara-negara berkembang dan maju. Negara-negara berkembang berkewajiban untuk melaksanakannya, termasuk salah satunya Indonesia dimana kegiatan MDGs di Indonesia mencakup pelaksanaan kegiatan monitoring MDGs. Sedangkan negara-negara maju berkewajiban mendukung dan memberikan bantuan terhadap upaya keberhasilan setiap tujuan dan target MDGs.

**Tujuan Pembangunan Milenium** (bahasa Inggris : *Millennium Development Goals* atau disingkat dalam bahasa Inggris *MDGs*) adalah **Deklarasi Milenium** hasil kesepakatan kepala negara dan perwakilan dari 189 negara Perserikatan Bangsa-bangsa (PBB) yang mulai dijalankan pada September 2000, berupa delapan butir tujuan untuk dicapai pada tahun 2015. Targetnya adalah tercapai kesejahteraan rakyat dan pembangunan masyarakat pada 2015. Target ini merupakan tantangan utama dalam pembangunan di seluruh dunia yang terurai dalam **Deklarasi Milenium**, dan diadopsi oleh 189 negara serta ditandatangani oleh 147 kepala pemerintahan dan kepala negara pada saat Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Milenium di New York pada bulan September 2000 tersebut. Pemerintah Indonesia turut menghadiri Pertemuan Puncak Milenium di New York tersebut dan menandatangani Deklarasi Milenium itu. Deklarasi berisi komitmen negara masing-masing dan komunitas internasional untuk mencapai 8 buah tujuan pembangunan dalam Milenium ini (MDG), sebagai satu paket tujuan yang terukur untuk pembangunan dan pengentasan kemiskinan. Penandatanganan deklarasi ini merupakan komitmen dari pemimpin-pemimpin dunia untuk mengurangi lebih dari

separuh orang-orang yang menderita akibat kelaparan, menjamin semua anak untuk menyelesaikan pendidikan dasarnya, mengentaskan kesenjangan gender pada semua tingkat pendidikan, mengurangi kematian anak balita hingga 2/3, dan mengurangi hingga separuh jumlah orang yang tidak memiliki akses air bersih pada tahun 2015.

## Tujuan

Deklarasi Millennium PBB yang ditandatangani pada September 2000 menyetujui agar semua negara:

- a. Menanggulangi kemiskinan dan kelaparan
  - Pendapatan populasi dunia sehari \$10000.
  - Menurunkan angka kemiskinan.
- b. Mencapai pendidikan dasar untuk semua
  - Setiap penduduk dunia mendapatkan pendidikan dasar.
- c. Mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan
  - Target 2005 dan 2015: Mengurangi perbedaan dan diskriminasi gender dalam pendidikan dasar dan menengah terutama untuk tahun 2005 dan untuk semua tingkatan pada tahun 2015.
- d. Menurunkan angka kematian anak
  - Target untuk 2015 adalah mengurangi dua per tiga tingkat kematian anak-anak usia di bawah 5 tahun.
- e. Meningkatkan kesehatan ibu
  - Target untuk 2015 adalah Mengurangi dua per tiga rasio kematian ibu dalam proses melahirkan.
- f. Memerangi HIV/AIDS, malaria, dan penyakit menular lainnya
  - Target untuk 2015 adalah menghentikan dan memulai pencegahan penyebaran HIV/AIDS, malaria dan penyakit berat lainnya.
- g. Memastikan kelestarian lingkungan hidup
  - Mengintegrasikan prinsip-prinsip pembangunan yang berkelanjutan dalam kebijakan setiap negara dan program serta mengurangi hilangnya sumber daya lingkungan.
  - Pada tahun 2015 mendatang diharapkan mengurangi setengah dari jumlah orang yang tidak memiliki akses air minum yang sehat.
  - Pada tahun 2020 mendatang diharapkan dapat mencapai pengembangan yang signifikan dalam kehidupan untuk sedikitnya 100 juta orang yang tinggal di daerah kumuh.
- h. Mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan
  - Mengembangkan lebih jauh lagi perdagangan terbuka dan sistem keuangan yang berdasarkan aturan, dapat diterka dan tidak ada diskriminasi. Termasuk

komitmen terhadap pemerintahan yang baik, pembangunan dan pengurangan tingkat kemiskinan secara nasional dan internasional.

- Membantu kebutuhan-kebutuhan khusus negara-negara kurang berkembang, dan kebutuhan khusus dari negara-negara terpencil dan kepulauan-kepulauan kecil. Ini termasuk pembebasan-tarif dan kuota untuk ekspor mereka; meningkatkan pembebasan hutang untuk negara miskin yang berhutang besar; pembatalan hutang bilateral resmi; dan menambah bantuan pembangunan resmi untuk negara yang berkomitmen untuk mengurangi kemiskinan.
- Secara komprehensif mengusahakan persetujuan mengenai masalah utang negara-negara berkembang.
- Menghadapi secara komprehensif dengan negara berkembang dengan masalah hutang melalui pertimbangan nasional dan internasional untuk membuat hutang lebih dapat ditanggung dalam jangka panjang.
- Mengembangkan usaha produktif yang layak dijalankan untuk kaum muda.
- Dalam kerja sama dengan pihak "pharmaceutical", menyediakan akses obat penting yang terjangkau dalam negara berkembang
- Dalam kerja sama dengan pihak swasta, membangun adanya penyerapan keuntungan dari teknologi-teknologi baru, terutama teknologi informasi dan komunikasi.

## Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia

Setiap negara yang berkomitmen dan menandatangani perjanjian diharapkan membuat laporan *MDGs*. Pemerintah Indonesia melaksanakannya dibawah koordinasi Bappenas dibantu dengan Kelompok Kerja PBB dan telah menyelesaikan laporan *MDG* pertamanya yang ditulis dalam bahasa Indonesia dan kemudian diterjemahkan ke dalam bahasa Inggris untuk menunjukkan rasa kepemilikan pemerintah Indonesia atas laporan tersebut. Tujuan Tujuan Pembangunan Milenium ini menjabarkan upaya awal pemerintah untuk menginventarisasi situasi pembangunan manusia yang terkait dengan pencapaian tujuan *MDGs*, mengukur, dan menganalisis kemajuan seiring dengan upaya menjadikan pencapaian-pencapaian ini menjadi kenyataan, sekaligus mengidentifikasi dan meninjau kembali kebijakan-kebijakan dan program-program pemerintah yang dibutuhkan untuk memenuhi tujuan-tujuan ini. Dengan tujuan utama mengurangi jumlah orang dengan pendapatan dibawah upah minimum regional antara tahun 1990 dan 2015, laporan ini menunjukkan bahwa Indonesia berada dalam jalur untuk mencapai tujuan tersebut. Namun, pencapaiannya lintas provinsi tidak seimbang.<sup>[2]</sup>

Kini *MDGs* telah menjadi referensi penting pembangunan di Indonesia, mulai dari tahap perencanaan seperti yang tercantum pada Rencana Pembangunan Jangka

Menengah (RPJM) hingga pelaksanaannya. Walaupun mengalami kendala, namun pemerintah memiliki komitmen untuk mencapai tujuan-tujuan ini dan dibutuhkan kerja keras serta kerja sama dengan seluruh pihak, termasuk masyarakat madani, pihak swasta, dan lembaga donor. Pencapaian *MDGs* di Indonesia akan dijadikan dasar untuk perjanjian kerja sama dan implementasinya pada masa depan. Hal ini termasuk kampanye untuk perjanjian tukar guling hutang untuk negara berkembang sejalan dengan Deklarasi Jakarta mengenai *MDGs* di daerah Asia dan Pasifik.<sup>[3][4]</sup>

## Kontroversi

Upaya Pemerintah Indonesia merealisasikan Tujuan Pembangunan Milenium pada tahun 2015 akan sulit karena pada saat yang sama pemerintah juga harus menanggung beban pembayaran utang yang sangat besar. Program-program *MDGs* seperti pendidikan, kemiskinan, kelaparan, kesehatan, lingkungan hidup, kesetaraan gender, dan pemberdayaan perempuan membutuhkan biaya yang cukup besar. Merujuk data Direktorat Jenderal Pengelolaan Utang Departemen Keuangan, per 31 Agustus 2008, beban pembayaran utang Indonesia terbesar akan terjadi pada tahun 2009-2015 dengan jumlah berkisar dari Rp97,7 triliun (2009) hingga Rp81,54 triliun (2015) rentang waktu yang sama untuk pencapaian *MDGs*. Jumlah pembayaran utang Indonesia, baru menurun drastis (2016) menjadi Rp66,70 triliun. Tanpa upaya negosiasi pengurangan jumlah pembayaran utang Luar Negeri, Indonesia akan gagal mencapai tujuan *MDGs*.

Menurut Direktur Eksekutif International NGO Forum on Indonesian Development (INFID) Don K Marut Pemerintah Indonesia perlu menggalang solidaritas negara-negara Selatan untuk mendesak negara-negara Utara meningkatkan bantuan pembangunan bukan utang, tanpa syarat dan berkualitas minimal 0,7 persen dan menolak ODA (Official Development Assistance) yang tidak bermanfaat untuk Indonesia. Menanggapi pendapat tentang kemungkinan Indonesia gagal mencapai tujuan *MDGs* apabila beban mengatasi kemiskinan dan mencapai tujuan pencapaian MDG pada tahun 2015 serta beban pembayaran utang diambil dari APBN pada tahun 2009-2015, Sekretaris Utama Meneg PPN/Kepala Bappenas Syahril Loetan berpendapat apabila bisa dibuktikan *MDGs* tidak tercapai di 2015, sebagian utang bisa dikonversi untuk bantu itu. Pada tahun 2010 hingga 2012 pemerintah dapat mengajukan renegotiasi utang. Beberapa negara maju telah berjanji dalam konsesus pembiayaan (*monetary consensus*) untuk memberikan bantuan. Hasil kesepakatan yang didapat adalah untuk negara maju menyisihkan sekitar 0,7 persen dari GDP mereka untuk membantu negara miskin atau negara yang pencapaiannya masih di bawah. Namun konsensus ini belum dipenuhi banyak negara, hanya sekitar 5-6 negara yang memenuhi sebagian besar ada di Skandinavia atau Belanda yang sudah sampai 0,7 persen.

## RANGKUMAN

Pencapaian MDGS dengan strategi pembangunan yang telah ada akan lebih bermakna pencapaian tersebut dilakukan dengan partisipasi dari semua pihak di Indonesia. Mulai dari pemerintahan, LSM, Jajaran Swasta, Masyarakat Umum dan Masyarakat Sekolah. Sebuah gerakan dalam rangka mewujudkan pencapaian MDGs pada tahun 2015 dapat dilakukan dengan mengadakan kompetisi antara daerah Kabupaten/Kota di seluruh Indonesia.

## BAB 4

# SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL

### A. KAJIAN TEORITIS

Purwoko (2006) menyatakan bahwa jaminan sosial sebagai salah satu faktor ekonomi yang memberikan manfaat tunai kepada peserta sebagai pengganti penghasilan yang hilang, karena peserta mengalami berbagai musibah seperti sakit, kecelakaan, kematian prematur, pemutusan hubungan kerja sebelum usia pensiun dan hari tua. Penyelenggaraan sistem jaminan sosial ini bersifat nasional sesuai UU Jaminan Sosial dimana pendanaannya berasal dari iuran-iuran peserta yang terdiri dari iuran pemberi kerja dan pekerja. Adapun iuran yang belum jatuh tempo berfungsi sebagai tabungan dan atau investasi sedang iuran yang telah jatuh tempo merupakan fungsi konsumsi.

Jaminan sosial adalah suatu skema proteksi yang ditujukan untuk tindakan pencegahan khususnya bagi masyarakat yang memiliki penghasilan terhadap berbagai risiko/peristiwa yang terjadi secara alami seperti sakit, kecelakaan, kematian prematur, PHK sebelum usia pensiun dan hari tua. Keunikan dalam penyelenggaraan sistem jaminan sosial adalah bahwa pemerintah disamping sebagai regulator, juga bertindak sebagai fasilitator termasuk terlibat dalam pembiayaan program apabila diperlukan karena adanya krisis ekonomi.

Konstitusi ISSA 1998 mengartikan jaminan sosial sebagai suatu program perlindungan dengan kepesertaan wajib yang berdasarkan UU Jaminan Sosial, kemudian dengan memberikan manfaat tunai maupun pelayanan kepada setiap peserta beserta keluarganya yang mengalami peristiwa-peristiwa kecelakaan, pemutusan hubungan kerja sebelum usia pensiun, sakit, persalinan, cacat, kematian prematur dan hari tua.

Konvensi ILO 1998 memberikan pemahaman tentang jaminan sosial sebagai sistem proteksi yang dipersiapkan oleh masyarakat (pekerja) itu sendiri bersama pemerintah untuk mengupayakan pendanaan bersama guna membiayai program-program jaminan



sosial sebagaimana tertuang dalam seperangkat kebijakan publik yang pada umumnya dalam bentuk UU Sistem Jaminan Sosial. Jika tidak, maka akan terjadi kemungkinan hilangnya penghasilan atau bahkan hilangnya pekerjaan sebagai akibat adanya peristiwa peristiwa sakit-persalinan, kecelakaan kerja, kematian prematur, PHK sebelum usia pensiun, cacat sementara atau cacat tetap, hari tua dan penurunan penghasilan keluarga karena dampak kebijakan publik.

## B. PENGERTIAN SJSN (SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL)

Sistem Jaminan Sosial Nasional (*national social security system*) adalah sistem penyelenggaraan program negara dan pemerintah untuk memberikan perlindungan sosial, agar setiap penduduk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak, menuju terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh penduduk Indonesia. Jaminan sosial diperlukan apabila terjadi hal-hal yang tidak dikehendaki yang dapat mengakibatkan hilangnya atau berkurangnya pendapatan seseorang, baik karena memasuki usia lanjut atau pensiun, maupun karena gangguan kesehatan, cacat, kehilangan pekerjaan dan lain sebagainya.

Jaminan sosial sebagai pilar utama kesejahteraan sosial dalam implementasinya perlu ditopang dengan berbagai persyaratan yang antara lain adanya lapangan pekerjaan, terbentuknya pasar tenaga kerja yang independen dan fasilitas-fasilitas lain untuk memperlancar operasionalisasi program-program jaminan sosial oleh badan penyelenggara jaminan sosial. Beberapa pengertian atau definisi tentang konsep jaminan sosial sebagai acuan dalam merumuskan kebijakan sosial:

- a. Pasal 3 UU No. 3/1992 tentang Jamsostek mendefinisikan jaminan sosial tenaga kerja (Jamsostek sebagai suatu proteksi bagi tenaga kerja dalam bentuk santunan berupa uang sebagai pengganti sebagian dari penghasilan yang hilang atau berkurang dan pelayanan sebagai akibat peristiwa atau keadaan yang dialami oleh tenaga kerja berupa kecelakaan kerja, sakit, hamil, hari tua dan meninggal dunia.
- b. Rejda (1994) mendefinisikan bahwa jaminan sosial sebagai skema preventif bagi komunitas yang bekerja terhadap peristiwa ketidakamanan ekonomi (*economic insecurity*) seperti inflasi, fluktuasi kurs dan pengangguran sebagai akibat kebijakan publik yang bersifat ekspansif sehingga menimbulkan penurunan daya beli masyarakat bahkan rentan miskin dan miskin sama sekali. Karena itu diperlukan jaring pengaman sosial atau program pemberdayaan untuk memulihkan kondisi masyarakat yang mengalami penurunan daya beli.
- c. Konstitusi ISSA 1998 mengartikan jaminan sosial sebagai suatu program perlindungan dengan kepesertaan wajib yang berdasarkan UU Jaminan Sosial,

- kemudian dengan memberikan manfaat tunai maupun pelayanan kepada setiap peserta beserta keluarganya yang mengalami peristiwa-peristiwa kecelakaan, pemutusan hubungan kerja sebelum usia pensiun, sakit, persalinan, cacat, kematian prematur dan hari tua.
- d. Konvensi ILO 1998 memberikan pemahaman tentang jaminan sosial sebagai sistem proteksi yang dipersiapkan oleh masyarakat (pekerja) itu sendiri bersama pemerintah untuk mengupayakan pendanaan bersama guna membiayai program-program jaminan sosial sebagaimana tertuang dalam seperangkat kebijakan publik yang pada umumnya dalam bentuk UU Sistem Jaminan Sosial. Jika tidak, maka akan terjadi kemungkinan hilangnya penghasilan atau bahkan hilangnya pekerjaan sebagai akibat adanya peristiwa-peristiwa sakit-persalinan, kecelakaan kerja, kematian prematur, PHK sebelum usia pensiun, cacat sementara atau cacat tetap, hari tua dan penurunan penghasilan keluarga karena dampak kebijakan publik.
  - e. Pasal 1 Ketentuan Umum UU No. 40/2004 tentang SJSN mendefinisikan jaminan sosial sebagai salah satu bentuk perlindungan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan hidupnya yang layak. Adapun SJSN itu sendiri sebagai suatu tata-kelola penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial.

Purwoko (2006) menyatakan bahwa jaminan sosial sebagai salah satu faktor ekonomi yang memberikan manfaat tunai kepada peserta sebagai pengganti penghasilan yang hilang, karena peserta mengalami berbagai musibah seperti sakit, kecelakaan, kematian prematur, pemutusan hubungan kerja sebelum usia pensiun dan hari tua. Penyelenggaraan sistem jaminan sosial ini bersifat nasional sesuai UU Jaminan Sosial dimana pendanaannya berasal dari iuran iuran peserta yang terdiri dari iuran pemberi kerja dan pekerja. Adapun iuran yang belum jatuh tempo berfungsi sebagai tabungan dan atau investasi sedang iuran yang telah jatuh tempo merupakan fungsi konsumsi.

Definisi atau pemahaman tentang konsep jaminan sosial sebagaimana dikemukakan di atas mengandung kesamaan esensi, yaitu suatu skema proteksi yang ditujukan untuk tindakan pencegahan khususnya bagi masyarakat yang memiliki penghasilan terhadap berbagai risiko/peristiwa yang terjadi secara alami seperti sakit, kecelakaan, kematian prematur, PHK sebelum usia pensiun dan hari tua. Timbulnya peristiwa tersebut dapat mengakibatkan hilangnya sebagian atau keseluruhan penghasilan masyarakat. Karena itu, diperlukan pendanaan secara bersama (*shared-funding*) antara pemberi-kerja atau perusahaan, penerima kerja atau pekerja dan pemerintah.

Keunikan dalam penyelenggaraan sistem jaminan sosial adalah bahwa pemerintah disamping sebagai regulator, juga bertindak sebagai fasilitator termasuk terlibat dalam pembiayaan program apabila diperlukan karena adanya krisis ekonomi. Pemerintah

tidak boleh menyelenggarakan sistem jaminan sosial termasuk program bantuan sosial yang didanai dari APBN kecuali sebagai regulator dan fasilitator, karena terkait prinsip tata kelola pemerintahan yang baik [*good government governance* (Triple G)].

### C. ASAS DAN TUJUAN SJSN

1. Asas kemanusiaan, berkaitan dengan penghargaan terhadap asas kemanusiaan dan memungkinkan setiap orang mampu mengembangkan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat.
2. Asas manfaat, melalui program ini setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut atau pensiun.
3. Asas keadilan sosial, Sistem Jaminan Sosial Nasional pada dasarnya merupakan program Negara yang bertujuan memberika kepastian perlindungan dan kesejahteraan bagi seluruh rakyat Indonesia.

Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan: Untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya.

### D. JENIS KEGIATAN SJSN

Sesuai dengan UU No 40 Tahun 2004 tentang SJSN, maka Jaminan Kesehatan Nasional dikelola dengan prinsip:

1. Gotong-royong. Dengan kewajiban semua peserta membayar iuran maka akan terjadi prinsip gotong-royong, dimana yang sehat membantu yang sakit, yang kaya membantu yang miskin.
2. Nirbala. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial tidak diperbolehkan mencari untung. Dana yang dikumpulkan dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya harus dimanfaatkan untuk kepentingan peserta.
3. Keterbukaan. Kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas. Prinsip manajemen ini mendasari seluruh pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangan.
4. Portabilitas. Prinsip ini menjamin bahwa sekalipun peserta pindah tempat tinggal atau pekerjaan selama masih diwilayah Negara Republik Indonesia tetap dapat menggunakan hak sebagai peserta JKN.

5. Kepesertaan bersifat wajib. Agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program.
6. Dana Amanat. Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya demi kepentingan peserta.
7. Hasil pengelolaan dana jaminan sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

## **E. SASARAN SJSN**

Sebagaimana telah dijelaskan dalam prinsip pelaksanaan program JKN di atas, maka kepesertaan bersifat wajib. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Peserta JKN terdiri dari Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Peserta Non Penerima Bantuan Iuran (Non PBI).

Dalam Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, diantaranya disebutkan bahwa:

- a) Kriteria fakir miskin dan orang tidak mampu ditetapkan oleh menteri sosial setelah berkoordinasi dengan menteri dan/atau pimpinan lembaga terkait.
- b) Hasil pendataan fakir miskin dan orang tidak mampu yang dilakukan oleh lembaga yang menyelenggarakan urusan pemerintah di bidang statistik (BPS) diverifikasi dan divalidasi oleh Menteri Sosial untuk dijadikan data terpadu.
- c) Data terpadu yang ditetapkan oleh menteri sosial dirinci menurut provinsi dan kabupaten/kota dan menjadi dasar bagi penentuan jumlah asiana PBI Jaminan Kesehatan.
- d) Menteri kesehatan mendaftarkan jumlah nasional PBI sebagai peserta program jaminan kesehatan kepada BPJS kesehatan.

### **Peserta Non Penerima Bantuan Iuran (Non PBI)**

Yang dimaksud dengan Peserta Non PBI dalam JKN adalah setiap orang yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu, yang membayar iurannya secara sendiri ataupun kolektif ke BPJS Kesehatan Peserta Non PBI JKN terdiri dari:

1. Peserta penerima upah dan anggota keluarganya, yaitu Setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah, antara lain Pegawai Negeri Sipil, Anggota TNI, Anggota Polri, Pejabat Negara, Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri Sipil, Pegawai Swasta, dan Pekerja lain yang memenuhi kriteria pekerja penerima upah.

2. Pekerja bukan penerima upah dan anggota keluarganya, yaitu setiap orang yang bekerja atau berusaha atas risiko sendiri, antara lain pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri, dan lain sebagainya.
3. Bukan pekerja penerima dan anggota keluarganya, setiap orang yang tidak bekerja tapi mampu membayar iuran Jaminan Kesehatan, antara lain Investor, Pemberi kerja, Penerima pensiun, Veteran, Perintis kemerdekaan, dan bukan pekerja lainnya yang memenuhi kriteria bukan pekerja penerima upah.

Bagaimana dengan bayi baru lahir dari keluarga Peserta PBI JKN?

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan, disebutkan pada pasal 11 ayat 1b bahwa "penambahan data Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu untuk dicantumkan sebagai PBI Jaminan Kesehatan karena memenuhi kriteria Fakir Miskin dan Orang Tidak Mampu". Kemudian pada ayat 2 disebutkan bahwa "Perubahan data PBI Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diverifikasi dan divalidasi oleh Menteri".

Sementara itu, Menteri Kesehatan melalui Surat Edaran Nomor HK/Menkes/32/1/2014 tentang Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan bagi Peserta BPJS Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan yang mulai berlaku sejak 1 Januari 2014 menjelaskan tentang Penjaminan terhadap bayi baru lahir dilakukan dengan ketentuan:

1. Bayi baru lahir dari peserta PBI secara otomatis dijamin oleh BPJS Kesehatan. Bayi tersebut dicatat dan dilaporkan kepada BPJS Kesehatan oleh fasilitas kesehatan untuk kepentingan rekonsiliasi data PBI
2. Bayi anak ke-1 (satu) sampai dengan anak ke-3 (tiga) dari peserta pekerja penerima upah secara otomatis dijamin oleh BPJS Kesehatan
3. Bayi baru lahir dari:
  - a) Peserta pekerja bukan penerima upah;
  - b) Peserta bukan pekerja; dan
  - c) Anak ke-4 (empat) atau lebih dari peserta penerima upah, dijamin hingga hari ke-7 (tujuh) sejak kelahirannya dan harus segera didaftarkan sebagai peserta.

Apabila bayi sebagaimana dimaksud dalam huruf c tidak didaftarkan hingga hari ke-7 (tujuh) sejak kelahirannya, mulai hari ke-8 (delapan) bayi tersebut tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan.

Iuran yang harus dibayar dalam Program JKN? Sesuai dengan Perpres Nomor 111 Tahun 2013, terdapat besaran iuran per bulan tertentu yang harus dibayar sesuai dengan jenis kepesertaan masing-masing dalam JKN sebagai berikut:

Peserta	Bentuk luran	Besaran luran	Keterangan
PB	Nilai Nominal (per jiwa)	Rp. 19.225,- (dibayarkan oleh pemerintah)	Rawat Inap kelas 3
PNS/TNI/POLRI/ PENSIUN	5% (per keluarga)	2% dari pekerja 3% dari pemberi kerja	Rawat Inap kelas 1, kelas 2
Pekerja Penerimaan Upah Selain PNS dll	4,5% (per keluarga) dan 5% (per keluarga)	s/d 30 Juni 2015: 0,5 dari pekerja 4% dari pemberi kerja	Rawat Inap kelas 1, kelas 2
Pengkajian		Mulai 1 Juli 2015: 1% dari pekerja 4% dari pemberi kerja	
Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja	Nilai Nominal (per jiwa)	1. Rp. 25.500,- 2. Rp. 45.500,- 3. Rp. 59.500,-	1. Rawat Inap kelas 1 2. Rawat Inap kelas 2 3. Rawat Inap kelas 3

## RANGKUMAN

1. Pengertian Jaminan Sosial Nasional  
Sistem Jaminan Sosial Nasional (*national social security system*) adalah sistem penyelenggaraan program negara dan pemerintah untuk memberikan perlindungan sosial, agar setiap penduduk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak, menuju terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh penduduk Indonesia.
2. Asas-asas jaminan sosial mencakup kemanusiaan, manfaat dan keadilan.
3. Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya.
4. Manfaat program Jamsosnas (Pasal 18 UU SJSN) yaitu meliputi: jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian. Program ini akan mencakup seluruh warga negara Indonesia, tidak peduli apakah mereka termasuk pekerja sektor formal, sektor informal, atau wiraswastawan.
5. UU No.40 tahun 2004 tentang SJSN menggantikan program-program jaminan sosial yang ada sebelumnya (Askes, Jamsostek, Taspen, dan Asabri).
6. Prinsip jaminan sosial yang hakiki adalah gotong-royong dan kepesertaan wajib menurut UU Jaminan Sosial. Oleh sebab itu, penyelenggaraan sistem jaminan sosial dilakukan secara nasional yang bertujuan memberikan proteksi dasar bagi seluruh rakyat melalui mitigasi risiko. Pertimbangan adanya mobilitas penduduk lintas batas, mutasi tenaga kerja lintas sektoral dan urbanisasi masyarakat lintas wilayah yang memungkinkan penyelenggaraan secara nasional untuk memenuhi prinsip portabilitas.

7. Sistem jaminan sosial nasional dibuat sesuai dengan “paradigma tiga pilar” yang direkomendasikan oleh Organisasi Perburuhan Internasional (ILO).
8. Hal-hal yang ditanggung oleh jamsosnas yaitu jaminan hari tua dan jaminan kesehatan.

## BAB 5

# PRIMARY HEALTH CARE

### A. PENGERTIAN PHC (PRIMARY HEALTH CARE)

Pelayanan kesehatan primer atau PHC adalah strategi yang dapat dipakai untuk menjamin tingkat minimal dari pelayanan kesehatan untuk semua penduduk. PHC menekankan pada perkembangan yang bisa diterima, terjangkau, secara esensial dapat diraih, dan mengutamakan pada peningkatan serta kelestarian yang disertai percaya pada diri sendiri, disertai partisipasi masyarakat dalam menentukan sesuatu tentang kesehatan.

PHC adalah pelayanan kesehatan pokok yang berdasarkan pada metode dan teknologi praktis, ilmiah, dan social yang dapat diterima secara umum, baik oleh individu maupun keluarga di dalam masyarakat, melalui partisipasi sepenuhnya, serta dengan biaya yang dapat dijangkau oleh masyarakat dan negara untuk memelihara setiap tingkat perkembangan masyarakat dalam semangat untuk dapat hidup mandiri (*self reliance*) dan menentukan nasib sendiri (*self determination*). Selain itu, PHC juga:

1. Menggambarkan keadaan social ekonomi, budaya, dan politik masyarakat dan berdasarkan penerapan hasil penelitian kesehatan-sosial-biomedis dan pelayanan kesehatan masyarakat.
2. Ditujukan untuk mengatasi masalah utama kesehatan masyarakat dengan upaya preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif



3. Minimal mencakup penyuluhan tentang masalah kesehatan utama dan cara pencegahan dan pengendaliannya, penyediaan makanan dan peningkatan gizi, penyediaan sanitasi dasar dan air bersih, pembinaan kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana, imunisasi terhadap penyakit menular utama dan pencegahan penyakit endemik, pengobatan penyakit umum dan cedera, serta penyediaan obat esensial
4. Melibatkan dan meningkatkan kerjasama lintas sektor dan aspek-aspek pembangunan nasional dan masyarakat, di samping sektor kesehatan terutama pertanian, peternakan, industri makanan, pendidikan, penerangan, agama, perumahan, pekerjaan umum, perhubungan, dan sebagainya
5. Membutuhkan sekaligus meningkatkan kepercayaan diri masyarakat serta perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengendalian PHC serta penggunaan sumber daya yang ada
6. Ditunjang oleh sistem rujukan upaya kesehatan secara terpadu fungsional dan timbal-balik guna memberikan pelayanan secara menyeluruh, dengan memprioritaskan golongan masyarakat yang paling membutuhkan
7. Didukung oleh tenaga kesehatan professional dan masyarakat, termasuk tenaga kesehatan tradisional yang terlatih di bidang teknis dan sosial untuk bekerja sebagai tim kesehatan yang mampu bekerja bersama masyarakat dan membangun peran serta masyarakat

Adapun beberapa pengertian mengenai *Primary Health Care* adalah:

1. *Primary Health Care* adalah pelayanan kesehatan pokok yang berdasarkan kepada metode dan teknologi praktis, ilmiah dan sosial yang dapat diterima secara baik oleh individu maupun keluarga dalam masyarakat, melalui partisipasi mereka sepenuhnya, serta dengan biaya yang terjangkau oleh masyarakat dan Negara untuk memelihara setiap tingkat perkembangan mereka dalam semangat untuk hidup mandiri (*self reliance*) dan menentukan nasib sendiri (*self determination*).
2. *Primary Health Care* adalah strategi yang dapat dipakai untuk mencapai tingkat minimal dan pelayanan kesehatan semua penduduk.
3. PHC adalah pelayanan kesehatan pokok yang berdasarkan kepada metoda dan teknologi praktis, ilmiah dan sosial yang dapat diterima secara umum baik oleh individu maupun keluarga dalam masyarakat melalui partisipasi mereka sepenuhnya, serta dengan biaya yang dapat terjangkau oleh masyarakat dan negara untuk memelihara setiap tingkat perkembangan mereka dalam semangat untuk hidup mandiri (*self reliance*) dan menentukan nasib sendiri (*self determination*).

## B. TUJUAN PHC (PRIMARY HEALTH CARE)

1. Tujuan umum  
Adalah menemukan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan yang diselenggarakan, sehingga akan dicapai tingkat kepuasan pada masyarakat yang menerima pelayanan.
2. Tujuan khusus
  - a. Pelayanan harus mencapai keseluruhan penduduk yang dilayani
  - b. Pelayanan harus dapat diterima oleh penduduk yang dilayani
  - c. Pelayanan harus didasarkan kebutuhan medis dan populasi yang dilayani
  - d. Pelayanan harus secara maksimum menggunakan tenaga dan sumber-sumber daya lain dalam memenuhi kebutuhan masyarakat.

## C. SASARAN PHC

Sasaran dari PHC adalah:

- a. Keluarga
- b. Masyarakat
- c. Pemberi pelayanan kesehatan

## D. RUANG LINGKUP PHC

1. Pendidikan mengenai masalah kesehatan dan cara
2. Pencegahan penyakit serta pengendaliannya
3. Peningkatan penyediaan makanan dan perbaikan gizi
4. Penyediaan air bersih dan sanitasi dasar
5. Kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana
6. Imunisasi terhadap penyakit-penyakit infeksi utama
7. Pencegahan dan pengendalian penyakit endemik setempat
8. Pengobatan penyakit umum dan ruda paksa
9. Penyediaan obat-obat esensial

## E. JENIS KEGIATAN PHC

### PKMD

#### a. Definisi PKMD

Pembangunan kesehatan masyarakat desa (PKMD) adalah pembangunan rangkaian kegiatan masyarakat yang dilaksanakan atas dasar gotong-royong dan swadaya dalam rangka menolong diri sendiri dalam memecahkan masalah untuk memenuhi

kebutuhannya di bidang kesehatan dan di bidang lain yang berkaitan agar mampu mencapai kehidupan sehat sejahtera. PKMD adalah kegiatan yang dilakukan oleh masyarakat dari masyarakat dan untuk masyarakat. Pembangunan dan pembinaan yang dilakukan oleh pemerintah adalah suatu pendekatan, buku program yang berdiri sendiri.

#### **b. Tujuan PKMD**

- 1) Tujuan umum: untuk meningkatkan kemampuan masyarakat menolong diri sendiri di bidang kesehatan dalam rangka meningkatkan mutu hidup
- 2) Tujuan khusus
  - a) Menumbuhkan kesadaran masyarakat akan potensi yang dimilikinya untuk menolong diri mereka sendiri dalam meningkatkan mutu hidup mereka
  - b) Mengembangkan kemampuan dan prakarsa masyarakat untuk berperan secara aktif dan berswadaya dalam meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri
  - c) Menghasilkan lebih banyak tenaga-tenaga masyarakat setempat yang mampu, terampil serta berperan aktif dalam kegiatan pembangunan desa
  - d) Meningkatkan kesehatan masyarakat dalam arti memenuhi indikator
  - e) Angka kesakitan menurun

#### **c. Ciri-ciri PKMD**

1. Kegiatan dilaksanakan atas dasar kesadaran, kemampuan dan prakarsa masyarakat sendiri, dalam arti bahwa kegiatan dimulai dengan kegiatan untuk mengatasi masalah kesehatan yang memang dirasakan oleh masyarakat sendiri sebagai kebutuhan.
2. Perencanaan kegiatan ditetapkan oleh masyarakat secara musyawarah dan mufakat.
3. Pelaksanaan kegiatan berlandaskan pada peran serta aktif dan swadaya masyarakat dalam arti memanfaatkan secara optimal kemampuan dan sumber daya yang dimiliki masyarakat.
4. Masukan dari luar hanya bersifat memacu, melengkapi dan menunjang, tidak mengakibatkan ketergantungan.
5. Kegiatan dilakukan oleh tenaga tenaga masyarakat setempat.
6. Memanfaatkan teknologi tepat guna.
7. Kegiatan yang dilakukan sekurang kurangnya mencakup salah satu dari 8 unsur PHC.

#### d. Prinsip-prinsip PKMD

1. Kegiatan masyarakat sebaiknya dimulai dengan kegiatan yang memenuhi kebutuhan masyarakat setempat walaupun kegiatan tersebut bukan merupakan kegiatan kesehatan secara langsung. Ini berarti bahwa kegiatan tidak hanya terbatas pada aspek kesehatan saja, melainkan juga mencakup aspek-aspek kehidupan lainnya yang secara tidak langsung menunjang peningkatan taraf kesehatan.
2. Dalam menimba kegiatan masyarakat diperlukan kerja sama yang baik:
  - a. antar dinas-dinas/instansi-instansi/lembaga-lembaga lainnya yang bersangkutan.
  - b. antar dinas-dinas/instansi-instansi/lembaga-lembaga tersebut dengan masyarakat.
3. Dalam masyarakat tidak dapat memecahkan masalah atau kebutuhannya sendiri, maka pelayanan langsung diberikan oleh sektor yang bersangkutan
4. Program Keluarga Harapan

- a. Definisi Program Keluarga Harapan

PKH (Program Keluarga Harapan) adalah program sosial yang memberikan bantuan tunai kepada Rumah Tangga Miskin (RTSM) dan bagi anggota keluarga RTS diwajibkan melaksanakan persyaratan dan ketentuan yang telah ditetapkan.

Program ini, dalam jangka pendek bertujuan mengurangi beban RTSM dan dalam jangka panjang diharapkan dapat memutus mata rantai kemiskinan antar generasi, sehingga generasi berikutnya dapat keluar dari perangkap kemiskinan. Pelaksanaan PKH juga mendukung upaya pencapaian tujuan pembangunan Millenium.

Program Keluarga Harapan adalah program pemberian uang tunai kepada Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) berdasarkan persyaratan dan ketentuan yang telah ditetapkan dengan melaksanakan kewajibannya.

Tujuan PKH adalah untuk mengurangi angka dan memutus rantai kemiskinan, meningkatkan kualitas sumber daya manusia, serta mengubah perilaku yang kurang mendukung peningkatan kesejahteraan dari kelompok paling miskin. Tujuan ini berkaitan langsung dengan upaya mempercepat pencapaian target Millenium Development Goals (MDGS). Secara khusus, tujuan PKH adalah:

- 1) Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dan kesehatan bagi peserta PKH
- 2) Meningkatkan taraf pendidikan peserta PKH

- 3) Meningkatkan status kesehatan dan gizi ibu hamil, ibu nifas, balita dan anak prasekolah, anggota rumah tangga sangat miskin (RTSM)/ Keluarga sangat miskin (KSM)
- b. Program keluarga harapan (PKH) diarahkan untuk membantu kelompok sangat miskin dalam memenuhi kebutuhan pendidikan dan kesehatan, selain memberikan kemampuan kepada keluarga untuk meningkatkan pengeluaran konsumsi. PKH diharapkan dapat mengubah perilaku Rumah Tangga Sangat Miskin untuk memeriksakan ibu hamil/Nifas/Balita ke fasilitas kesehatan, dan mengirimkan anak ke sekolah dan fasilitas pendidikan. Dalam jangka panjang, PKH diharapkan dapat memutus mata rantai kemiskinan antar-generasi.
- c. Penerima manfaat PKH  
Sejak tahun 2012, untuk memperbaiki sasaran penerima PKH, data awal untuk penerima manfaat PKH diambil dari Basis Data Terpadu hasil PPLS 2011, yang dikelola oleh TNP2K. Sampai dengan tahun 2014, ditargetkan cakupan PKH adalah sebesar 3,2 juta keluarga. **Sasaran PKH yang sebelumnya berbasis Rumah Tangga, terhitung sejak saat tersebut berubah menjadi berbasis Keluarga.** Perubahan ini untuk mengakomodasi prinsip bahwa keluarga (yaitu orang tua-ayah, ibu-dan anak) adalah satu orang tua memiliki tanggung jawab terhadap pendidikan, kesehatan, kesejahteraan dan masa depan anak. Karena itu keluarga adalah unit yang sangat relevan dengan peningkatan kualitas sumber daya manusia dalam upaya memutus rantai kemiskinan antar generasi. Beberapa keluarga dapat berkumpul dalam satu rumah tangga yang mencerminkan satu kesatuan pengeluaran konsumsi (yang dioperasikan dalam bentuk satu dapur). PKH diberikan kepada Keluarga Sangat Miskin (KSM). Data keluarga yang dapat menjadi peserta PKH didapatkan dari Basis Data Terpadu dan memenuhi sedikitnya satu kriteria kepesertaan program berikut, yaitu:
  1. Memiliki ibu hamil/nifas/anak balita
  2. Memiliki anak usia 5-7 tahun yang belum masuk pendidikan dasar (anak pra sekolah)
  3. Anak usia SD/MI/Paket A/SDLB (usia 7-12 tahun),
  4. Anak SLTP/MTs/Paket B/SMLB (Usia 12-15),
  5. Anak 15-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasar termasuk anak dengan disabilitas.
- d. Hak peserta PKH adalah:
  1. Menerima bantuan uang tunai.

2. Menerima pelayanan kesehatan (ibu dan bayi) di Puskesmas, Posyandu, Polindes, dan lain-lain sesuai ketentuan yang berlaku.
  3. Menerima pelayanan pendidikan bagi anak usia wajib belajar Pendidikan Dasar 9 tahun sesuai ketentuan yang berlaku.
- e. Kewajiban peserta PKH?
- Agar memperoleh bantuan tunai, peserta PKH diwajibkan memenuhi persyaratan dan komitmen untuk ikut berperan aktif dalam kegiatan pendidikan anak dan kesehatan keluarga, terutama ibu dan anak.
1. Kesehatan  
KSM yang sudah ditetapkan menjadi peserta PKH dan memiliki kartu PKH diwajibkan memenuhi persyaratan kesehatan yang sudah ditetapkan dalam protokol pelayanan kesehatan sebagai berikut:
    - Anak usia 0-6 tahun:
      - a. Bayi baru lahir (BBL) harus mendapat IMD, pemeriksaan segera saat lahir, menjaga bayi tetap hangat, Vit K, HBO, salep mata, konseling menyusui.
      - b. Anak usia 0-28 hari (*neonatus*) harus diperiksa kesehatannya sebanyak 3 kali: pemeriksaan pertama pada 6-48 jam, kedua: 3-7 hari, ketiga: 8-28 hari. Anak usia 0-6 bulan harus diberikan ASI eksklusif (ASI saja).
      - c. Anak usia 0-11 bulan harus diimunisasi lengkap (BCG, DPT, Polio, Campak, Hepatitis B) dan ditimbang berat badannya secara rutin setiap bulan.
      - d. Anak usia 6-11 bulan harus mendapatkan Vitamin A minimal sebanyak 2 (dua) kali dalam setahun, yaitu bulan Februari dan Agustus.
      - e. Anak usia 12-59 bulan perlu mendapatkan imunisasi tambahan dan ditimbang berat badannya secara rutin setiap bulan.
      - f. Anak usia 5-6 tahun ditimbang berat badannya secara rutin setiap bulan untuk dipantau tumbuh kembangnya dan atau mengikuti program Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD/*Early Childhood Education*) apabila di lokasi/posyandu terdekat terdapat fasilitas PAUD.
    - Ibu hamil dan ibu nifas:
      - a. Selama kehamilan, ibu hamil harus melakukan pemeriksaan kehamilan di fasilitas kesehatan sebanyak 4 (empat) kali, yaitu sekali pada usia kehamilan sekali pada usia 0-3

- bulan, sekali pada usia kehamilan 4-6 bulan, dua kali pada kehamilan 7-9 bulan, dan mendapatkan suplemen tablet Fe.
- b. Ibu melahirkan harus ditolong oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan.
  - c. Ibu nifas harus melakukan pemeriksaan/diperiksa kesehatan dan mendapat pelayanan KB pasca persalinan setidaknya 3 (tiga) kali pada minggu I, IV dan VI setelah melahirkan.
  - d. Anak dengan disabilitas: Anak penyandang disabilitas dapat memeriksa kesehatan di dokter spesialis atau psikolog sesudah dengan jenis dan derajat kecacatan.

## 2. Pendidikan

Peserta PKH diwajibkan memenuhi persyaratan berkaitan dengan pendidikan dan mengikuti kehadiran di satuan pendidikan/rumah singgah minimal 85% dari hari sekolah dalam sebulan selama tahun ajaran berlangsung dengan catatan sebagai berikut:

1. Peserta PKH yang memiliki anak usia 7-15 tahun diwajibkan untuk didaftarkan/terdaftar pada lembaga pendidikan dasar (SD/MI/SDLB/Salafiyah Ula/Paket A atau SMP/MTs/SMLB/Salafiyah Wustha/Paket B termasuk SMP/MTs terbuka) dan mengikuti kehadiran di kelas minimal 85 % dari hari belajar efektif setiap bulan selama tahun ajaran berlangsung. Apabila ada anak yang berusia 5-6 tahun yang sudah masuk sekolah dasar dan sejenisnya, maka yang bersangkutan dikenakan persyaratan pendidikan.
2. Bagi anak penyandang disabilitas yang masih mampu mengikuti pendidikan reguler dapat mengikuti program SD/MI atau SMP/MTs, sedangkan bagi yang tidak mampu dapat mengikuti pendidikan non reguler yaitu SDLB atau SMLB.
3. Peserta PKH yang memiliki anak usia 15-18 tahun dan belum menyelesaikan pendidikan dasar; maka diwajibkan anak tersebut didaftarkan/terdaftar ke satuan pendidikan reguler atau non-reguler(SD/MI atau SMP/MTs, atau Paket A, atau Paket B).
4. Anak peserta PKH yang bekerja atau menjadi pekerja anak atau telah meninggalkan sekolah dalam waktu yang cukup lama, maka anak tersebut harus mengikuti program *remedial* yakni mempersiapkannya kembali ke satuan pendidikan. Program *remedial* yakni mempersiapkannya kembali ke satuan

pendidikan. Program *remedial* ini adalah layanan rumah singgah atau *shelter* yang dilaksanakan Kementerian Sosial untuk anak jalanan dan Kemenakertrans untuk pekerja anak.

5. Bila kedua persyaratan di atas, kesehatan dan pendidikan, dapat dilaksanakan secara konsisten oleh Peserta PKH, maka mereka akan memperoleh bantuan secara teratur.

## RANGKUMAN

PHC merupakan hasil pengkajian, pemikiran, pengalaman dalam pembangunan kesehatan di banyak negara yang diawali dengan kampanye masal pada tahun 1950-an dalam pemberantasan penyakit menular, karena pada waktu itu banyak negara tidak mampu mengatasi dan menaggulangi wabah penyakit TBC, Campak, Diare dan sebagainya.

*Primary Health Care* (PHC) adalah pelayanan kesehatan pokok yang berdasarkan kepada metode dan teknologi praktis, ilmiah dan sosial yang dapat diterima secara umum baik oleh individu maupun keluarga dalam masyarakat melalui partisipasi mereka sepenuhnya, serta dengan biaya yang dapat terjangkau oleh masyarakat dan negara untuk memelihara setiap tingkat perkembangan mereka dalam semangat untuk hidup mandiri (*self reliance*) dan menentukan nasib sendiri (*self determination*).

Di Indonesia, pelaksanaan *Primary Health Care* secara umum dilaksanakan melalui pusat kesehatan dan di bawahnya (termasuk sub-pusat kesehatan, pusat kesehatan berjalan) dan banyak kegiatan berbasis kesehatan masyarakat seperti Rumah Bersalin Desa dan Pelayanan Kesehatan Desa seperti Layanan Pos Terpadu (ISP atau Posyandu). Secara administratif, Indonesia terdiri dari 33 Provinsi, 349 Kabupaten dan 91 Kotamadya, 5.263 Kecamatan dan 62.806 Desa.

Di Indonesia, PHC memiliki 3 (tiga) strategi utama, yaitu kerjasama multisektoral, partisipasi masyarakat, dan penerapan teknologi yang sesuai dengan kebutuhan dengan pelaksanaan di masyarakat. Dan sampai saat ini semua penerapan itu telah berjalan meskipun ada beberapa hambatan dalam pelaksanaannya.





# BAB 6

## PERILAKU HIDUP BERSIH SEHAT

### A. PENGERTIAN PHBS

Beberapa pengetahuan kaitannya dengan Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS) adalah:

1. Perilaku Sehat adalah pengetahuan sikap dan tindakan proaktif untuk memelihara dan mencegah risiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit, berperan aktif dalam Gerakan Kesehatan Masyarakat.
2. Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS) adalah wujud keberdayaan masyarakat yang sadar, mau dan mampu mempraktekkan PHBS. Dalam hal ini ada 5 program prioritas yaitu KIA, Gizi, Kesehatan Lingkungan, Gaya Hidup, Dana Sehat/Asuransi Kesehatan/JPKM.
3. Program Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS) adalah upaya untuk memberikan pengalaman belajar atau menciptakan suatu kondisi bagi perorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat, dengan membuka jalur komunikasi, memberikan informasi dan melakukan edukasi, untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku, melalui pendekatan pimpinan (Advokasi), bina suasana (*social support*) dan memberdayakan masyarakat (*empowerment*). Dengan demikian masyarakat dapat mengenali dan mengatasi masalah sendiri, terutama dalam tatanan masing-masing, dan masyarakat dapat menerapkan cara-cara hidup sehat dengan menjaga memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Dinkes, 2006).

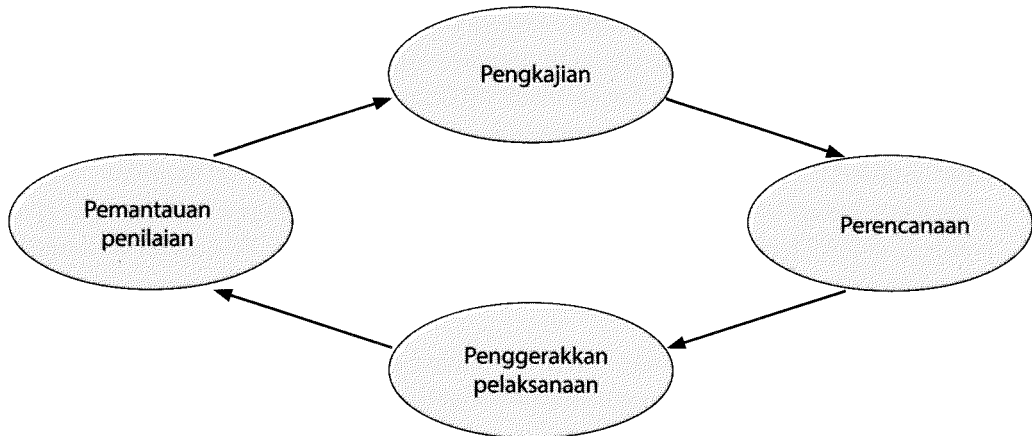
4. Tatanan adalah tempat dimana sekumpulan orang hidup, bekerja, bermain, berinteraksi dan lain-lain. Dalam hal ini ada 5 tatanan PHBS yaitu Rumah Tangga, Sekolah, Tempat Kerja, Sarana Kesehatan, dan Tempat Umum.
5. Kabupaten Sehat/Kota Sehat adalah kesatuan wilayah administrasi pemerintah terdiri dari desa-desa, kelurahan, kecamatan yang secara terus menerus berupaya meningkatkan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat dengan prasarana wilayah yang memadai, dukungan kehidupan sosial, serta perubahan perilaku menuju masyarakat yang aman, nyaman dan sehat secara mandiri.
6. Manajemen PHBS adalah pengelolaan PHBS yang dilaksanakan melalui 4 tahap kegiatan yaitu:
  - 1) Pengkajian
  - 2) Perencanaan
  - 3) Penggerakkan pelaksanaan
  - 4) Pemantauan dan penilaian.

Tujuan PHBS adalah untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemauan masyarakat agar hidup sehat, serta meningkatkan peran aktif masyarakat termasuk swasta dan dunia usaha, dalam upaya mewujudkan derajat hidup yang optimal (Dinkes, 2006). Ada 5 tatanan PHBS yaitu Rumah Tangga, Sekolah, Tempat Kerja, Sarana Kesehatan dan Tempat Umum. Tatanan adalah dimana tempat sekumpulan orang hidup, bekerja, bermain, berinteraksi dan lain-lain. Untuk mewujudkan Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS) di tiap tatanan diperlukan pengelolaan manajemen program PHBS melalui tahap pengkajian, perencanaan, penggerakkan pelaksanaan sampai dengan pemantauan dan penilaian.

Sebagai contoh setiap jam 2 orang meninggal atau lebih dari 17.000 ibu meninggal setiap tahun. Sekitar 4 juta ibu hamil dan ibu menyusui menderita gangguan anemia karena kekurangan zat besi. Lebih dari 1,5 juta balita yang terancam kekurangan gizi buruk diseluruh pelosok tanah air. Setiap jam 10 dari sekitar 520 bayi yang di Indonesia meninggal dunia. Sehingga diharapkan dengan adanya program PHBS di tatanan rumah tangga khususnya, angka kejadian tersebut bisa ditekan.

## **B. MANAJEMEN PROGRAM PHBS**

Untuk mewujudkan Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS) di tiap tatanan diperlukan pengelolaan manajemen program PHBS melalui tahap pengkajian, perencanaan, penggerakkan pelaksanaan sampai dengan pemantauan dan penilaian. Selanjutnya kembali lagi ke proses semula. Untuk lebih jelasnya digambarkan dalam bagan berikut ini:



## 1. Tahap Pengkajian

Tujuan Pengkajian adalah untuk mempelajari, menganalisis dan merumuskan masalah perilaku yang berkaitan dengan PHBS. Kegiatan pengkajian meliputi pengkajian PHBS secara kuantitatif, pengkajian PHBS secara kualitatif dan pengkajian sumber daya (dana, sarana, dan tenaga).

### a. Pengkajian masalah PHBS secara kuantitatif.

Langkah-langkah kegiatan sebagai berikut:

#### **Pengumpulan Data Sekunder**

Kegiatan ini meliputi data perilaku dan bukan perilaku yang berkaitan dengan 5 program prioritas yaitu KIA, Gizi, Kesehatan Lingkungan, Gaya Hidup dan JPKM dan data lainnya sesuai dengan kebutuhan daerah. Data tersebut dapat diperoleh dari Puskesmas, Rumah Sakit, dan Sarana Pelayanan Kesehatan lainnya. Data yang diperoleh dianalisis secara deskriptif sebagai informasi pendukung untuk memperkuat permasalahan PHBS yang ditemukan di lapangan. Selanjutnya dibuat simpulan hasil analisis data sekunder tersebut.

Hasil yang diharapkan pada tahap pengkajian ini:

- Teridentifikasinya masalah perilaku kesehatan di wilayah tertentu
- Dikembangkannya pemetaan PHBS pertatanan
- Teridentifikasinya masalah lain yang berkaitan (masalah kesehatan, faktor penyebab perilaku, masalah pelaksanaan dan sumber daya penyuluhan, masalah kebijakan, administrasi, organisasi dan lain-lain).

### **Cara Pengambilan Sampel PHBS Tatanan Rumah Tangga**

Dalam melaksanakan pengumpulan data perilaku sehat di tatanan rumah tangga secara keseluruhan terlalu berat untuk dilaksanakan, hal ini disebabkan karena keterbatasan dana, waktu dan sumber daya yang ada. Untuk mengatasi hal tersebut perlu diambil sampel yang dapat mewakili populasi. Metode Pengambilan sampel perilaku hidup sehat di tatanan rumah tangga adalah dengan rapid survai dan survai cepat (terlampir). Sedangkan untuk tatanan dapat dilakukan keseluruhan populasi. Berikut ini cara pengambilan sampel tatanan rumah tangga ditingkat kabupaten/kota.

Untuk mengukur masalah PHBS di tatanan rumah tangga, maka jumlah sampel harus mencukupi. Perhitungan sampel sederhana yang direkomendasikan WHO yaitu:

$30 \times 7 = 210$  rumah tangga (30 kluster dan 7 rumah tangga/kluster)

Di tingkat kabupaten/kota kluster dapat disetarakan dengan kelurahan atau desa. Ada 2 tahapan kluster yang digunakan untuk tatanan rumah tangga, tahap pertama dapat dipilih sejumlah kluster (kelurahan/desa), tahap kedua ditentukan rumah tangganya.

#### **Langkah-langkah cara pengambilan sampel tatanan rumah tangga**

1. Langkah 1: List kecamatan yang ada di wilayah Kabupaten
2. Langkah 2: Tulis jumlah desa yang berada pada masing-masing kecamatan
3. Langkah 3: Beri nomor urut desa mulai no 1 sampai terakhir
4. Langkah 4: Hitung haterval desa dengan cara total desa/30 = X
5. Langkah 5: Tentukan nomor Muster pertama desa.  
Desa mengundi nomor unit desa. Selanjutnya desa kedua dapat ditentukan dengan menambahkan interval. Demikian seterusnya hingga diperoleh 30 kluster.
6. Langkah 6: Dan desa yang terpilih diambil secara acak 7 rumah tangga.

#### **b. Pengkajian PHBS secara kualitatif**

Setelah ditentukan prioritas masalah perilaku, selanjutnya dilakukan *penkajian kualitatif* tujuannya untuk memperoleh informasi yang lebih mendalam tentang *kebiasaan, kepercayaan, sikap, norma, budaya perilaku* masyarakat yang tidak terungkap dalam kajian kuantitatif PHBS.

Ada dua metode untuk melakukan pengkajian PHBS secara kualitatif, yaitu:

1. Diskusi Kelompok Terarah (DKT)
2. Wawancara Perorangan Mendalam (WPM)

### c. **Pengkajian sumber daya (dana, tenaga, dan sarana)**

Pengkajian sumber daya dilakukan untuk mendukung pelaksanaan program PHBS bentuk kegiatannya:

1. Kajian tenaga pelaksanaan PHBS, kuantitas (jumlah) dan pelatihan yang pernah diikuti oleh lintas program maupun lintas sektor.
2. Penjajagan dana yang tersedia di lintas program dan lintas sektoral dan jumlah dan sumbernya.
3. Penjajagan jenis media dan sarana yang dibutuhkan dalam jumlah dan sumbernya.

## 2. **Tahap Perencanaan**

Penyusunan perencanaan kegiatan PHBS gunanya untuk menentukan tujuan dan strategi komunikasi PHBS. Adapun langkah-langkah perencanaan sebagai berikut:

### a. **Menentukan tujuan**

Berdasarkan kegiatan pengkajian PHBS dapat ditentukan klasifikasi PHBS wilayah maupun klasifikasi PHBS tatanan, maka dapat ditentukan masalah perilaku kesehatan masyarakat di tiap tatanan dan wilayah. Selanjutnya berdasarkan masalah perilaku kesehatan dan hasil pengkajian sumber daya PKM, ditentukan tujuan yang akan dicapai untuk mengatasi masalah PHBS yang ditemukan.

Contoh hasil pengkajian PHBS secara kuantitatif ditemukan masalah merokok pada tatanan rumah tangga, maka ditentukan tujuannya.

Tujuan umum: Menurunkan presentase keluarga yang tidak merokok selama satu tahun.

Tujuan khusus: Menurunkan presentase tatanan rumah tangga yang merokok, dari 40% menjadi 20%.

### b. **Menentukan jenis kegiatan intervensi**

Setelah ditentukan tujuan, selanjutnya ditentukan jenis kegiatan intervensi yang akan dilakukan. Caranya adalah dengan mengembangkan berbagai alternatif intervensi, kemudian intervensi mana yang bisa dilakukan dengan dikaitkan pada ketersediaan sumber daya.

1. Prioritas masalah PHBS yaitu dengan memilih topik penyuluhan yang sesuai dengan urutan masalah PHBS.
2. Wilayah Garapan, yaitu mengutamakan wilayah yang mempunyai PHBS hasil kajian rendah.
3. Penentuan tatanan yang akan terintervensi, yaitu menentukan tatanan yang akan digarap baik secara menyeluruh atau sebatas pada tatanan tertentu. Kemudian secara bertahap dikembangkan ke tatanan lain.

4. Penentuan satu jenis sasaran untuk tiap tatanan, yaitu mengembangkan PHBS pada tiap tatanan, tetapi hanya satu jenis sasaran untuk tiap tatanan. Misalnya, satu unit tatanan sekolah, satu unit pasar untuk tatanan tempat umum, satu industri rumah tangga untuk tatanan tempat kerja. Rumusan rencana kegiatan intervensi terpilih pada intinya menipakan operasionalisasi strategi PHBS, yaitu:
  - a. Advokasi, kegiatan pendekatan pada pra tokoh/pimpinan wilayah.
  - b. Bina Suasana, kegiatan mempersiapkan kerjasama lintas program, lintas sektor, organisasi kemasyarakatan, LSM, dunia usaha, swasta dan lain-lain.
  - c. Gerakan Masyarakat, kegiatan mempersiapkan dan menggerakkan sumber daya, mulai mempersiapkan petugas, pengadaan media dan sarana.

### 3. Tahap Penggerakkan dan Pelaksanaan

#### a. Advokasi (pendekatan pada para pengambil keputusan)

1. **Di tingkat keluarga/rumah tangga**, strategi ini ditujukan kepada pada kepala keluarga/suami, istri, kakek dan nenek. Tujuannya agar para pengambil keputusan ditingkat rumah tangga/keluarga dapat meladani dalam berperilaku sehat. Memberikan dukungan, kemudahan, pengayoman dan bimbingan kepada anggota keluarga dan lingkungan sekitarnya.
2. **Di tingkat petugas**, strategi ini ditujukan kepada para pimpinan atau pengambilan keputusan, seperti kepala Puskesmas, pejabat di tingkat kabupaten/kota, yang secara fungsional maupun struktural pembina program kesehatan di wilayahnya. Tujuannya adalah agar para pimpinan atau pengambilan keputusan mengupayakan kebijakan, atau peraturan yang berorientasi sehat, seperti adanya peraturan tertulis, dukungan dana, komitmen, termasuk memberikan keteladanan.

#### Langkah-langkah advokasi

1. Tentukan sasaran yang akan diadvokasi, baik sasaran primer, sekunder, dan tersier.
2. Siapkan informasi data kesehatan yang menyangkut PHBS 5 tatanan.
3. Tentukan kesepakatan dimana dan kapan dilakukan advokasi.
4. Lakukan advokasi dengan cara yang menarik dengan menggunakan teknik dan metode yang tepat.
5. Simpulkan dan sepakati hasil advokasi.
6. Buat ringkasan eksekutif dan sebarluaskan pada sasaran.

**b. Mengembangkan dukungan suasana**

1. **Di tingkat keluarga/RT**, strategi ini ditujukan kepada para kepala keluarga suami/ibu/kakek/nenek dan lain-lain. Tujuannya agar kelompok ini dapat mengembangkan atau menciptakan suasana yang mendukung dilaksanakannya PHBS dilingkungan keluarga.
2. **Di tingkat petugas**, strategi ini ditujukan kepada kelompok sasaran sekunder, seperti petugas kesehatan, kader, lintas sektor, lintas program, Lembaga Swadaya Masyarakat yang peduli kesehatan, dan media massa. Tujuannya adalah agar kelompok ini dapat mengembangkan atau menciptakan suasana yang mendukung untuk dilaksanakan PHBS.  
Caranya antara lain melalui penyuluhan kelompok, lokakarya, seminar, studi banding, pelatihan dan sebagainya.
3. **Langkah-langkah Pengembangan Dukungan Suasana:**
  - a. Menganalisis dan mendesain metode dan teknik kegiatan dukungan suasana, seperti: demokratis, pelatihan, sosialisasi, orientasi.
  - b. Mengupayakan dukungan pimpinan, program, sektor terkait pada tiap tatanan dalam bentuk adanya komitmen, dan dukungan sumber daya.
  - c. Mengembangkan metode dan teknik dan media yang telah diuji coba dan disempurnakan.
  - d. Membuat format penilaian dan menilai hasil kegiatan.

**c. Gerakan Masyarakat**

1. **Ditingkat keluarga/RT**, strategi ini ditujukan kepada anggota keluarga seperti bapak/ibu yang mempunyai tanggung jawab sosial untuk lingkungannya dengan cara menjadi kader posyandu, aktif di LSM peduli kesehatan dan lain-lain. Tujuannya adalah agar kelompok sasaran meningkatkan pengetahuannya kesadaran maupun kemampuannya, sehingga dapat berperilaku sehat. Caranya dengan penyuluhan perorangan, kelompok, membuat gerakan Perilaku Hidup Bersih Sehat.
2. **Ditingkat petugas**, strategi ini ditujukan kepada sasaran primer meliputi pimpinan puskesmas, kepala dinas kesehatan, pemuka masyarakat. Tujuannya meningkatkan motivasi petugas untuk membantu masyarakat menolong dirinya sendiri di bidang kesehatan caranya antara lain melalui penyuluhan kelompok, lokakarya, seminar, studi banding, pelatihan, dan lain-lain.

**Langkah-langkah kegiatan gerakan masyarakat**

1. Peningkatan pengetahuan masyarakat melalui berbagai kegiatan pembinaan.



2. Menganalisis dan mendesain metode dan teknik kegiatan pemberdaya seperti pelatihan, pengembangan media komunikasi untuk penyuluhan individu, kelompok dan massa, lomba, dan lokakarya.
3. Mengupayakan dukungan pimpinan, program, sektor terkait pada tatanan dalam bentuk komitmen dan sumber daya.
4. Mengembangkan metode dan teknik dan media yang telah diuji coba dan disempurnakan.
5. Membuat format dan penilaian dan menilai hasil kegiatan bersama-sama dengan lintas program dan lintas sektor pada tatanan terkait.
6. Menyusun laporan serta menyajikannya dalam bentuk tertulis (ringkasan, eksekutif).

#### **4. Tahap Pemantauan dan Penilaian**

##### **a. Pemantauan**

Untuk mengetahui program PHBS telah berjalan dan memberikan hasil atau dampak seperti yang diharapkan, maka perlu dilakukan pemantauan. Waktu pemantauan dapat dilakukan secara berkala atau pada pertemuan bulanan, topik bahasannya adalah kegiatan yang telah dan akan dilaksanakan dikaitkan dengan jadwal kegiatan yang telah disepakati bersama. Selanjutnya kendala-kendala yang muncul perlu dibahas dan cari tahu solusinya.

Cara pemantauannya dapat dilaksanakan dengan melakukan kunjungan lapangan ketiap tatanan atau dengan melihat buku kegiatan/laporan kegiatan intervensi.

##### **b. Penilaian**

Penilaian dilakukan dengan menggunakan instrumen yang sudah dirancang dengan sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai. Penilaian dilaksanakan oleh pengelola PHBS lintas program dan lintas sektor. Penilaian PHBS meliputi masukan, proses dan luaran kegiatan. Misalnya jumlah tenaga terlatih PHBS media yang telah dikembangkan, frekuensi dan cakupan penyuluhan.

Waktu penilaian dapat dilakukan pada setiap tahun atau setiap dua tahun. Caranya dengan membandingkan data dasar PHBS dibandingkan dengan data PHBS hasil evaluasi selanjutnya menilai kecenderungan masing-masing indikator apakah mengalami peningkatan atau penurunan, mengkaji penyebab masalah dan melakukan pemecahannya, kemudian merencanakan intervensi berdasarkan data hasil evaluasi PHBS.

Contohnya di Kabupaten Pariaman data perilaku tidak merokok tahun 2001 menunjukkan 44,2% sedangkan tahun 2002 ada peningkatan sebesar 73,6%.

Cara melakukan penilaian melalui:

1. Pengkajian ulang tentang PHBS.
2. Menganalisis data PHBS oleh kader/koordinator PHBS
3. Melakukan analisis laporan rutin di Dinas Kesehatan kabupaten/kota (SP2TP).
4. Observasi wawancara mendalam, diskusi kelompok terarah kepada petugas, kader dan keluarga.

Hasil yang dicapai pada tahap pemantauan dan penilaian adalah:

1. Pelaksanaan program PHBS sesuai rencana.
2. Adanya pembinaan untuk mencegah terjadinya penyimpangan.
3. Adanya upaya jalan keluar apabila terjadi kemacetan atau hambatan.
4. Adanya peningkatan program PHBS.

### **C. KOMUNIKASI INFORMASI DAN EDUKASI PHBS DI INDONESIA**

Visi dan misi Promosi Kesehatan ditetapkan melalui Kepmenkes No. 1193/MENKES/SK/X/2004 tanggal 18 Oktober 2004 tentang Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan (PromKes).

Adapun program PromKes sekarang meliputi:

1. Peningkatan Pendidikan Kesehatan Kepada Masyarakat
2. Pengembangan Media Promosi Kesehatan dan Teknologi Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE).
3. Pengembangan Usaha Kesehatan Bersumber Masyarakat (UKBM) (Depkes, 2004).

Indonesia mempunyai kapasitas untuk melanjutkan dan meningkatkan kesadaran masyarakat untuk hidup sehat dan perlu diikuti oleh monitoring evaluasi yang akurat untuk menilai tingkat keberhasilannya. Melakukan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan di pelayanan kesehatan dengan menyediakan waktu berkomunikasi (personal komunikasi) dengan pasien untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan.

Promosi Kesehatan dalam Pencapaian KIE Perilaku Hidup Bersih Sehat (PHBS) untuk Field Lab bertujuan untuk:

1. Menjelaskan tentang dasar-dasar KIE PHBS di Indonesia.
2. Merinci manajemen program dan prosedur KIE PHBS keluarga bayi dan balita, atau tanpa bayi dan balita di wilayah kerja masing-masing Puskesmas mulai perencanaan, pelaksanaan KIE PHBS), pelaporan, dan evaluasi.

## D. INDIKATOR PHBS

### 1. Pengertian Indikator

Indikator diperlukan untuk menilai apakah aktifitas pokok yang telah dijalankan sesuai dengan rencana dan menghasilkan dampak yang diharapkan. Dengan demikian indikator merupakan suatu alat ukur untuk menunjukkan suatu keadaan atau kecenderungan keadaan dari suatu hal yang menjadi pokok perhatian.

### 2. Persyaratan Indikator

Indikator harus memenuhi persyaratan antara lain:

- a. **Sahih** (solid), dapat mengukur sesuatu yang sebenarnya dapat diukur oleh indikator tersebut.
- b. **Objektif**, harus memberikan hasil yang sama, walaupun dipakai oleh orang yang berbeda dan pada waktu yang berbeda.
- c. **Sensitif**, dapat mengukur perubahan sekecil apapun.
- d. **Spesifik**, dapat mengukur perubahan situasi.

### 3. Sifat Indikator

- a. **Tunggal** (indikator tunggal) yang isinya terdiri dari satu indikator. Misalnya: Angka Kematian Bayi (AKB)
- b. **Jamak** (indikator komposit) yang merupakan gabungan dari beberapa indikator. Misalnya: Indek Hidup Mutu (IHM) yang merupakan gabungan dari 3 indikator yaitu melek huruf, Angka Kematian Bayi (AKB) dan angka harapan hidup anak usia 1 tahun.

### 4. Jenis-jenis Indikator

Jenis indikator ada 3 yaitu indikator input, indikator proses dan indikator output/ outcome. Apabila diuraikan sebagai berikut:

- a. **Indikator Input**, yaitu indikator yang dengan penunjang pelaksanaan program dan turut menentukan keberhasilan program. Seperti: tersedia air bersih, tersedia jamban yang bersih, tersedia tempat sampah dan lain-lain.
- b. **Indikator Proses**, yaitu indikator yang menggambarkan bagaimana hasil output suatu program kegiatan telah berjalan atau tidak. Seperti: digunakannya air bersih, digunakannya jamban, di halaman dan di dalam ruang dalam keadaan bersih dan lain-lain.

Ukuran-ukuran yang sering digunakan sebagai indikator adalah angka absolut, rasio, proporsi, angka/tingkat. Yang perlu diingat suatu indikator tidak selalu menjelaskan keadaan secara keseluruhan, tetapi kadang-kadang hanya memberi petunjuk (indikasi) tentang keadaan keseluruhan tersebut sebagai suatu pendugaan (*proxy*).

Mengacu pada pengertian perilaku sehat, indikator ditetapkan berdasarkan area/wilayah:

### 1. Indikator Nasional

Ditetapkan 3 indikator yaitu:

- a. Presentase penduduk tidak merokok.
- b. Presentase penduduk yang makan sayur-sayuran dan buah-buahan.
- c. Presentase penduduk yang melakukan aktifitas olahraga/fisik.

Alasan dipilihnya ketiga indikator tersebut berdasarkan isu global dan regional (*Mega Country Health Promotion Network Healthy Asean Life Styles*), seperti merokok telah menjadi isu global, karena selain mengakibatkan penyakit seperti jantung, kanker paru-paru juga disinyalir menjadi *entry point* untuk norkoba.

Pola makanan yang buruk akan berakibat buruk pada semua golongan umur, bila terjadi pada usia balita akan menjadikan generasi yang lemah/generasi yang hilang dikemudian hari. Demikian juga bila terjadi pada ibu hamil akan melahirkan bayi yang kurang sehat, bagi usia produktif akan mengakibatkan produktifitas menurun. Kurang aktifitas fisik dan olahraga mengakibatkan metabolisme tubuh terganggu, apabila berlangsung lama akan menyebabkan berbagai penyakit seperti jantung, paru-paru dan lainnya.

### 2. Indikator Lokal Spesifik

Khusus di Jawa Tengah indikator nasional ditambah indikator lokal spesifik dan disesuaikan situasi dan kondisi masing-masing Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) maka telah dikembangkan menjadi 16 indikator yang dapat digunakan untuk mengukur perilaku hidup bersih sehat sebagai berikut:

1. Ibu hamil memeriksa kehamilannya.
2. Ibu melahirkan ditolong oleh tenaga kesehatan.
3. Pasangan Usia Subur (PUS) memakai alat KB.
4. Balita ditimbang tiap bulan.
5. Penduduk sarapan pagi sebelum melakukan aktifitas.
6. Bayi diimunisasi lengkap.
7. Penduduk minum air bersih yang dimasak.
8. Penduduk menggunakan jamban sehat.
9. Penduduk mencuci tangan pakai sabun.
10. Penduduk menggosok gigi sebelum tidur.
11. Penduduk tidak menggunakan napza.
12. Penduduk mempunyai Askes/tabungan/uang/jamkesmas.
13. Penduduk perempuan memeriksakan kesehatan secara berkala dan SADARI (Pemeriksaan Payudara Sendiri)

14. Penduduk memeriksa kesehatan secara berkala untuk mengukur hipertensi.
15. Penduduk perempuan yang sudah menikah memeriksakan kesehatannya secara berkala dengan Pap Smear (sebuah tes yang dapat memeriksa keadaan sel-sel pada serviks/leher rahim dan vagina).
16. Perilaku seksual dan indikator lain yang diperlukan sesuai prioritas masalah kesehatan yang ada di daerah.

## RANGKUMAN

Perilaku Hidup Bersih Sehat merupakan esensi dan hak asasi manusia untuk tetap mempertahankan kelangsungan hidupnya. Terkait dengan hal tersebut, kualitas manusia secara komprehensif diukur berdasarkan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) yang merupakan indikator gabungan dari segi ekonomi, pendidikan, dan kesehatan. Indikator derajat kesehatan masyarakat diukur dari Umur Harapan Hidup (UHH) yang terkait erat dengan angka kematian ibu, angka kematian bayi, dan status gizi pada bayi dan balita.

Berdasarkan hal tersebut maka diharapkan tidak akan mengalami kesulitan dalam menindak lanjuti KIE PHBS di masing-masing Puskesmas. Selama mengkaji dan memberikan pendidikan kesehatan masyarakat tentang perilaku hidup bersih sehat kepada keluarga yang memiliki bayi dan balita maupun yang tidak memiliki bayi dan balita.

# BAB 7

## POSYANDU

### A. PENGERTIAN POSYANDU

Posyandu adalah pusat kegiatan masyarakat dimana masyarakat dapat sekaligus memperoleh pelayanan Keluarga Berencana (KB) dan kesehatan antara lain: gizi, imunisasi, Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan penanggulangan diare. Definisi lain Posyandu adalah salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi.

Posyandu adalah suatu forum komunikasi, alih teknologi dan pelayanan kesehatan masyarakat oleh dan untuk masyarakat yang mempunyai nilai strategis dalam mengembangkan sumber daya manusia sejak dini serta sebagai pusat kegiatan masyarakat dalam upaya pelayanan kesehatan dan keluarga berencana (KB) yang dikelola dan diselenggarakan dengan dukungan teknis dari petugas kesehatan dalam rangka pencapaian status kesehatan yang baik (Mubarak I.W, 2009).

Definisi Posyandu adalah wadah pemeliharaan kesehatan yang dilakukan dari, oleh dan untuk masyarakat yang dibimbing petugas terkait. (Departemen Kesehatan RI. 2006). Apabila dipandang dari hirarki sistem upaya pelayanan kesehatan, maka

Posyandu adalah forum yang menjembatani ahli teknologi dan ahli kelola untuk upaya-upaya kesehatan yang profesional kepada masyarakat sebagai upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat agar dapat hidup sehat. Selanjutnya Posyandu adalah salah satu wujud peran serta masyarakat dalam pembangunan khususnya kesehatan, dengan menciptakan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk (Syafrudin, dkk. 2009:151).

Dengan pengertian lain Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) merupakan salah satu bentuk upaya pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh, dari, dan bersama masyarakat, untuk memberdayakan dan memberikan kemudahan kepada masyarakat guna memperoleh pelayanan kesehatan bagi ibu dan anak. (Departemen Kesehatan RI. 2009:1).

## **B. TUJUAN PENYELENGGARAAN POSYANDU**

Tujuan penyelenggaraan posyandu adalah untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan bayi, balita, ibu dan pasangan usia subur. Posyandu direncanakan dan dikembangkan oleh kader bersama Kepala Desa dan Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa (LKMD) serta penyelenggaraannya dilakukan oleh kader yang terlatih dibidang KB-Kes, berasal dari PKK, tokoh masyarakat, pemuda dengan bimbingan tim pembina LKMD tingkat kecamatan. Kader adalah anggota masyarakat yang dipilih dari dan oleh masyarakat setempat yang disetujui oleh LKMD dengan syarat; mau dan mampu bekerja secara sukarela, dapat membaca dan menulis huruf latin dan mempunyai cukup waktu untuk bekerja bagi masyarakat.

Secara umum tujuan penyelenggaraan posyandu adalah sebagai berikut (Depkes RI, 2006):

1. Mempercepat penurunan Angka Kematian Bayi (AKB), anak balita dan angka kelahiran
2. Mempercepat penurunan AKI (Angka Kematian Ibu), ibu hamil dan ibu nifas
3. Mempercepat diterimanya Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS)
4. Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan kegiatan kesehatan dan kegiatan-kegiatan lain yang menunjang sesuai kebutuhan
5. Meningkatkan daya jangkau pelayanan kesehatan.

## **C. SASARAN PENYELENGGARAAN POSYANDU**

1. Bayi usia kurang dari 1 tahun
2. Anak balita usia 1-5 tahun
3. Ibu hamil, menyusui dan ibu nifas
4. Wanita Usia Subur

## D. RUANG LINGKUP

1. Kesehatan Ibu dan Anak  
Kegiatannya; Pelayanan TT bumil, Pemberian Vit A ibu Nipas, Pengukuran LILA pada Bumil dan WUS, Pengembangan Kelompok Peminat Kesehatan Ibu dan Anak (KP-KIA), Kelas Ibu dll
2. Keluarga Berencana (KB)  
Kegiatannya; Pemberian kontrasepsi oral, Pembinaan Kesehatan Remaja Putri (KIE Kespro), Bina Keluarga Balita, dll
3. Perbaikan Gizi  
Kegiatannya; Pemantauan Pertumbuhan Balita (Penimbangan), Pemantauan Perkembangan Balita (DDTK), Konseling Gizi (Pojok Gizi), KIE Keluarga Sadar Gizi, Upaya Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK) dll
4. Pencegahan Penyakit & Penyehatan lingkungan  
Kegiatannya; Imunisasi, Penanggulangan Diare (Pojok Oralit), Surveylans (CBS/ EWORS), Pemantauan Jentik Berkala (PJB), Arisan Jamban, Pembinaan Kelompok Pemakai Air (POKMAIR), klinik sanitasi
5. Promosi Kesehatan (KIE) dan Pemberdayaan Masyarakat  
Kegiatannya; Pembentukan dan Pembinaan Kader PHBS, Kader Kesling, Kader Surveylans, Kader Gizi, Kader Penanggulangan kegawadaruratan, Kader Jumantik, kader TB-Paru dll
6. Pelayanan Kesehatan Dasar  
Kegiatannya; Pengobatan, Penanggulangan kegawat daruratan, Rujukan dll

## E. KEGIATAN POSYANDU

Kegiatan Posyandu terdiri dari kegiatan utama dan kegiatan pengembangan atau pilihan, yaitu:

- a. Kegiatan Utama
  - 1) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
    - a) Ibu hamil  
Pelayanan meliputi:
      - i. Penimbangan berat badan dan pemberian tablet besi yang dilakukan oleh kader kesehatan.
      - ii. Bila ada petugas Puskesmas ditambah dengan pengukuran tekanan darah, pemeriksaan hamil bila ada tempat atau ruang periksa dan pemberian imunisasi *Tetanus Toxoid*. Bila ditemukan kelainan maka segera dirujuk ke Puskesmas.



- iii. Bila dimungkinkan diselenggarakan kelompok ibu hamil pada hari buka Posyandu yang kegiatannya antara lain: penyuluhan tentang tanda bahaya kehamilan, persalinan, persiapan menyusui, KB dan gizi ibu hamil, perawatan payudara dan pemberian ASI, peragaan perawatan bayi baru lahir dan senam ibu hamil.
  - b) Ibu nifas dan menyusui  
Pelayanannya meliputi:
    - i. Penyuluhan kesehatan, KB, ASI, dan gizi, perawatan jalan lahir.
    - ii. Pemberian vitamin A dan tablet besi
    - iii. Perawatan payudara
    - iv. Senam ibu nifas
    - v. Bila ada petugas kesehatan dan tersedia ruangan maka dapat dilakukan pemeriksaan payudara, tinggi fundus uteri, dan pemeriksaan *lochea*
  - c) Bayi dan anak balita  
Jenis pelayanan untuk bayi dan balita mencakup:
    - i. Penimbangan
    - ii. Penentuan status gizi
    - iii. Penyuluhan tentang kesehatan bayi dan balita
    - iv. Jika ada petugas kesehatan dapat ditambahkan pemeriksaan kesehatan, imunisasi, dan deteksi dini tumbuh kembang. Bila ditemukan adanya kelainan akan dirujuk ke Puskesmas.
- 2) Keluarga Berencana  
Pelayanan KB di Posyandu yang diselenggarakan oleh kader adalah pemberian pil dan kondom. Bila ada petugas kesehatan maka dapat dilayani KB suntik dan konseling KB.
- 3) Imunisasi  
Pelayanan imunisasi di Posyandu hanya dilaksanakan bila ada petugas kesehatan Puskesmas. Jenis pelayanan imunisasi yang diberikan yang sesuai program, baik untuk bayi, balita maupun untuk ibu hamil, yaitu: BCG, DPT, hepatitis B, campak, polio, dan tetanus toxoid.
- 4) Gizi  
Pelayanan gizi di Posyandu dilakukan oleh kader. Bentuk pelayanannya meliputi penimbangan berat badan, deteksi dini gangguan pertumbuhan, penyuluhan gizi, pemberian PMT, pemberian vitamin A dan pemberian sirup besi (Fe). Untuk ibu hamil dan ibu nifas diberikan tablet besi dan yodium untuk daerah endemis gondok.

- 5) Pencegahan dan Penanggulangan Diare  
Pelayanan diare di Posyandu dilakukan antara lain dengan penyuluhan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Penanggulangan diare antara lain dengan cara penyuluhan tentang diare dan pemberian oralit atau larutan gula garam.
- b. Kegiatan Pengembangan  
Dalam keadaan tertentu Posyandu dapat menambah kegiatan baru, misalnya: perbaikan kesehatan lingkungan, pemberantasan penyakit menular dan berbagai program pembangunan masyarakat desa lainnya. Posyandu demikian disebut dengan Posyandu Plus. Penambahan kegiatan baru tersebut dapat dilakukan bila cakupan kegiatan utamanya di atas 50%, serta tersedianya sumberdaya yang mendukung.

## F. TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB PIHAK-PIHAK YANG TERKAIT

Beberapa pihak yang terkait dengan kegiatan Posyandu memiliki tugas dan tanggung jawab sebagai berikut:

- a. Kader Kesehatan
  - 1) Menyiapkan tempat pelaksanaan, peralatan, sarana dan prasarana Posyandu.
  - 2) Melaksanakan pendaftaran.
  - 3) Melaksanakan penimbangan balita dan ibu hamil yang berkunjung ke Posyandu.
  - 4) Mencatat hasil penimbangan di KMS atau buku KIA dan mengisi buku register Posyandu.
  - 5) Melaksanakan penyuluhan kesehatan dan gizi sesuai dengan hasil penimbangan serta memberikan PMT.
  - 6) Memberikan pelayanan kesehatan dan KB sesuai dengan kewenangannya, misalnya memberikan vitamin A, tablet besi, oralit, pil KB, kondom. Bila ada petugas kesehatan maka kegiatan kesehatan dilakukan bersama dengan petugas kesehatan.
  - 7) Setelah selesai penimbangan bersama petugas kesehatan melengkapi pencatatan dan membahas hasil kegiatan serta tindak lanjut
- b. Petugas Kesehatan
  - 1) Membimbing kader dalam penyelenggaraan Posyandu.
  - 2) Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan keluarga berencana di meja 5 (lima).
  - 3) Menyelenggarakan penyuluhan kesehatan, gizi dan KB kepada pengunjung Posyandu dan masyarakat luas.

- 4) Menganalisa hasil kegiatan Posyandu dan melaporkannya kepada Kepala Puskesmas serta menyusun rencana kerja dan melaksanakan upaya perbaikan sesuai kebutuhan.
- c. Camat
- 1) Mengkordinasikan hasil kegiatan dan tindak lanjut kegiatan Posyandu.
  - 2) Memberi dukungan dalam upaya meningkatkan kinerja Posyandu.
  - 3) Melakukan pembinaan untuk terselenggaranya kegiatan Posyandu secara teratur.
- d. Lurah atau Kepala Desa
- 1) Memberikan dukungan kebijakan, sarana dan dana untuk penyelenggaraan Posyandu.
  - 2) Mengkordinasikan pergerakan masyarakat untuk dapat hadir pada hari buka Posyandu.
  - 3) Mengkordinasikan peran kader Posyandu, pengurus Posyandu dan tokoh masyarakat untuk berperan aktif dalam penyelenggaraan Posyandu.
  - 4) Menindaklanjuti hasil kegiatan Posyandu bersama LKMD atau LPM atau LKD atau sebutan lainnya.
  - 5) Melakukan pembinaan untuk terselenggaranya kegiatan Posyandu secara teratur.
- e. Pokja Posyandu
- 1) Mengkordinasikan hasil kegiatan dan tindak lanjut kegiatan Posyandu.
  - 2) Melakukan bimbingan dan pembinaan kepada Posyandu.
  - 3) Menggali sumber daya untuk kelangsungan penyelenggaraan Posyandu.
  - 4) Menggerakkan masyarakat untuk dapat hadir dan berperan aktif dalam kegiatan Posyandu.
- f. Tim Penggerak PKK (TP PKK)
- 1) Berperan aktif dalam penyelenggaraan Posyandu.
  - 2) Penggerakan peran serta masyarakat dalam kegiatan Posyandu.
  - 3) Penyuluhan baik di Posyandu atau di luar Posyandu

## **G. DANA PELAKSANAAN POSYANDU**

Dana pelaksanaan posyandu berasal dari swadaya masyarakat melalui gotong-royong dengan kegiatan jimpitan beras dan hasil potensi desa lainnya serta sumbangan dari donator yang tidak meningkat yang dihimpun melalui kegiatan dana sehat. (Depkes, 2011)

## H. POSYANDU LANSIA

Posyandu lansia adalah pos pelayanan terpadu untuk masyarakat lansia di suatu wilayah tertentu yang sudah disepakati, yang digerakkan oleh masyarakat dimana mereka bisa mendapatkan pelayanan kesehatan. Posyandu Lansia atau Kelompok Usia Lanjut di masyarakat, dimana diproses pembentukan dan pelaksanaannya dilakukan oleh masyarakat bersama Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), lintas sektor pemerintah dan non pemerintah, swasta, organisasi sosial dan lain-lain, dengan menitikberatkan pelayanan pada upaya promotif dan preventif (Notoatmodjo, 2007). Posyandu lansia merupakan pengembangan dari kebijakan pemerintah melalui pelayanan kesehatan bagi lansia yang penyelenggaraannya melalui program Puskesmas, dengan melibatkan peran serta para lansia, keluarga, tokoh masyarakat dan organisasi sosial dalam penyelenggaraannya.

Manfaat dari posyandu lansia adalah pengetahuan lansia menjadi meningkat, yang menjadi dasar pembentukan sikap dan dapat mendorong minat atau motivasi mereka untuk selalu mengikuti kegiatan posyandu lansia sehingga lebih percaya diri dihari tuanya.

## I. TUJUAN, MEKANISME DAN BENTUK PELAYANAN POSYANDU LANSIA

Adapun tujuan dari dibentuknya posyandu lansia menurut Azrul (1998), yaitu:

- a. Memelihara kondisi kesehatan dengan aktifitas fisik sesuai kemampuan dan aktifitas mental yang mendukung
- b. Memelihara kemandirian secara maksimal
- c. Melaksanakan diagnosa dini secara tepat dan memadai
- d. Melaksanakan pengobatan secara tepat
- e. Membina lansia dalam bidang kesehatan fisik spiritual
- f. Sebagai sarana untuk menyalurkan minat lansia
- g. Meningkatkan rasa kebersamaan diantara lansia
- h. Meningkatkan kemampuan lansia untuk mengembangkan kegiatan kesehatan dan kegiatan-kegiatan lain yang menunjang sesuai dengan kebutuhan.

Untuk memberikan pelayanan kesehatan yang prima terhadap lansia dikelompokkan, mekanisme pelaksanaan kegiatan yang sebaiknya digunakan adalah sistem 5 tahapan (5 meja) sebagai berikut:

1. Meja 1: Pencatatan/registrasi data demografi dan data kesehatan lansia:
  - a. Lansia menuju meja 1 untuk dilakukan pencatatan/registrasi
  - b. Registrasi dilakukan oleh kader, bagian dari registrasi antara lain: nomor urut, nomor register, nama, jenis kelamin, umur, alamat lansia, lansia diberikan

- kartu status kesehatan yang sudah berisi identitas lansia. Lansia menuju meja 2 untuk dilakukan pemeriksaan.
2. Meja 2: Pemeriksaan status kesehatan dan indeks massa tubuh lansia
    - a. Lansia membawa kartu status kesehatan menuju meja 2 untuk dilakukan pemeriksaan oleh kader kesehatan anggota Pokjakes. Pemeriksaan yang dilakukan meliputi:
      - 1) Pengukuran tinggi badan dan penimbangan berat badan, sekaligus ditentukan IMT lansia
      - 2) Pemeriksaan tekanan darah, denyut nadi dan suhu
      - 3) Pemeriksaan fisik yang lain, misalnya gigi, mulut, paru, jantung dll
      - 4) Anamnese keluhan kesehatan lansia
    - b. Semua hasil pemeriksaan ditulis ke dalam kartu status kesehatan lansia di ikuti pembubuhan tanda tangan pemeriksa
    - c. Dilakukan pengisian KMS oleh petugas
    - d. Lansia menuju meja 3 untuk dilakukan penilaian kemandiriannya dengan tetap membawa kartu status kesehatan dan KMS
  3. Meja 3: Penilaian indeks katz/kemandirian lansia
    - a. Lansia menuju meja 3 untuk dilakukan penilaian tingkat kemandiriannya
    - b. Dilakukan pencatatan tingkat kemandirian di kartu status kesehatan lansia
    - c. Di informasikan kepada lansia akan ketidakmandiriannya di bidang tertentu untuk selanjutnya diberikan HE (*Health Education*) untuk memenuhi kebutuhan tersebut
    - d. Lansia menuju meja ke 4 untuk dilakukan penyuluhan dan pemberian makanan tambahan sambil tetap membawa kartu status kesehatan dan KMSnya
  4. Meja 4: Penyuluhan dan Pemberian Makanan Tambahan Lansia
    - a. Lansia menuju meja 4 untuk dilakukan penyuluhan dan pemberian makanan tambahan oleh kader kesehatan anggota Pokjakes.
    - b. Penyuluhan atau *Health Education* yang dilakukan secara individual sesuai dengan permasalahan lansia secara umum, khususnya dan merujuk pada tingkat kemandirian lansia.
    - c. Lansia menuju meja 5 untuk diberikan pelayanan kesehatan yaitu pengobatan.
  5. Meja 5: Pelayanan Kesehatan (Pengobatan) lansia
    - a. Lansia menuju meja 5 untuk diberikan pengobatan dengan menunjukkan kartu status kesehatannya kepada dokter/petugas
    - b. Dokter/petugas memberikan obat sesuai dengan keluhan lansia
    - c. Kartu status kesehatan lansia disimpan oleh petugas sebagai data simpanan, sedangkan KMS dibawa oleh lansia.

Bentuk Pelayanan Posyandu Lansia, antara lain meliputi pemeriksaan Kesehatan fisik dan mental emosional yang dicatat dan dipantau dengan Kartu Menuju Sehat (KMS) untuk mengetahui lebih awal penyakit yang diderita (deteksi dini) atau ancaman masalah kesehatan yang dihadapi. Sedangkan jenis Pelayanan Kesehatan yang diberikan kepada usia lanjut di Posyandu Lansia seperti pemeriksaan aktivitas kegiatan sehari-hari meliputi kegiatan dasar dalam kehidupan, seperti makan/minum, berjalan, mandi, berpakaian, naik turun tempat tidur, buang air besar/kecil dan sebagainya:

1. Pemeriksaan status mental. Pemeriksaan ini berhubungan dengan mental emosional dengan menggunakan pedoman metode 2 (dua) menit.
2. Pemeriksaan status gizi melalui penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan kemudian dicatat pada grafik Indeks Masa Tubuh (IMT).
3. Pengukuran tekanan darah menggunakan tensimeter dan stetoskop serta penghitungan denyut nadi selama satu menit.
4. Pemeriksaan hemoglobin menggunakan talquist, sahli atau cuprisulfat
5. Pemeriksaan adanya gula dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit gula (diabetes mellitus).
6. Pemeriksaan adanya zat putih telur (protein) dalam air seni sebagai deteksi awal adanya penyakit ginjal.
7. Pelaksanaan rujukan ke Puskesmas bilamana ada keluhan dan atau ditemukan kelainan pada pemeriksaan butir 1 hingga 7.
8. Penyuluhan kesehatan.

Untuk kelancaran pelaksanaan kegiatan di Posyandu Lansia, dibutuhkan, sarana dan prasarana penunjang, yaitu: tempat kegiatan (gedung, ruangan atau tempat terbuka), meja dan kursi, alat tulis, buku pencatatan kegiatan, timbangan dewasa, meteran pengukuran tinggi badan, stetoskop, tensi meter, peralatan laboratorium sederhana, thermometer, Kartu Menuju Sehat (KMS) lansia.

## **RANGKUMAN**

Melihat efisiensi pelayanan serta manfaat dari Posyandu, tentunya upaya-upaya yang sudah berjalan harus ditingkatkan agar anggota masyarakat dapat menolong diri dan keluarganya dalam bidang kesehatan juga yang lebih penting dengan mengikuti kegiatan Posyandu secara teratur bagi yang mempunyai balita. Dapatlah tercapai apa yang kita harapkan yaitu sumber daya manusia yang berkemampuan dalam menghadapi kehidupan di masa yang akan datang.



# BAB 8

## DESA SIAGA

### A. PENGERTIAN DESA SIAGA

Desa siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan (bencana dan kegawatdaruratan kesehatan) secara mandiri. Desa siaga ini merupakan program pemerintah Indonesia untuk mewujudkan Indonesia sehat 2010. Desa yang dimaksud dalam desa siaga adalah kelurahan/istilah lain bagi kesatuan masyarakat hukum yang mempunyai batas-batas wilayah, yang berwenang untuk mengatur dan mengurus kepentingan masyarakat setempat yang diakui dan dihormati dalam sistem pemerintahan RI.

Desa Siaga merupakan gambaran masyarakat yang sadar, mau dan mampu untuk mencegah dan mengatasi berbagai ancaman terhadap kesehatan masyarakat seperti kurang gizi, penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan KLB, kejadian bencana, kecelakaan, dan lain-lain, dengan memanfaatkan potensi setempat, secara gotong-royong.

Jadi dapat disimpulkan bahwa desa siaga adalah suatu keadaan dimana suatu desa memiliki kemampuan dan kemauan untuk mengenal, menghadapi dan mengatasi masalah kesehatan secara mandiri baik bencana maupun kegawatdaruratan.



## B. TUJUAN DESA SIAGA

Tujuan dari dibentuknya Desa Siaga adalah:

- a) Mendekatkan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat desa.
- b) Menyiapkan masyarakat untuk menghadapi masalah-masalah yang berhubungan dengan kesehatan masyarakat.
- c) Memandirikan masyarakat dalam mengembangkan perilaku hidup bersih dan sehat.

## C. SASARAN PENGEMBANGAN DESA SIAGA DAN KRITERIA

### a. Sasaran

Untuk mempermudah strategi intervensi, sasaran pengembangan Desa Siaga dibedakan menjadi tiga jenis, yaitu:

1. Semua individu dan keluarga di desa, yang diharapkan mampu melaksanakan hidup sehat, serta peduli dan tanggap terhadap permasalahan kesehatan di wilayah desanya.
2. Pihak-pihak yang mempunyai pengaruh terhadap perilaku individu dan keluarga atau dapat menciptakan iklim yang kondusif bagi perubahan perilaku tersebut, seperti tokoh masyarakat, termasuk tokoh agama, tokoh perempuan dan pemuda; kader; serta petugas kesehatan.
3. Pihak-pihak yang diharapkan memberikan dukungan kebijakan, peraturan perundang-undangan, dana, tenaga, sarana, dan lain-lain, seperti Kepala Desa, Camat, para pejabat terkait, swasta, para donatur, dan pemangku kepentingan lainnya.

### b. Kriteria

Sebuah desa telah menjadi Desa Siaga apabila desa tersebut memiliki sekurang-kurangnya sebuah Pos Kesehatan Desa.

## D. TAHAPAN PERKEMBANGAN DESA SIAGA

Pengembangan desa siaga dilaksanakan dengan membantu/memfasilitasi masyarakat untuk menjalani proses pembelajaran melalui siklus atau spiral pemecahan masalah yang terorganisasi, yaitu dengan menempuh tahap-tahap:

- a) Mengidentifikasi masalah, penyebab masalah, dan sumber daya yang dapat dimanfaatkan untuk mengatasi masalah.
- b) Mendiagnosis masalah dan merumuskan alternatif-alternatif pemecahan masalah.
- c) Menetapkan alternatif pemecahan masalah yang layak, merencanakan, dan melaksanakannya.

- d) Memantau, mengevaluasi, dan membina kelestarian upaya-upaya yang telah dilakukan.

## E. LANGKAH-LANGKAH PENGEMBANGAN DESA SIAGA

Secara garis besar, langkah pokok yang perlu ditempuh untuk mengembangkan desa siaga meliputi:

1. Pengembangan tim petugas

Langkah ini merupakan awal kegiatan, sebelum kegiatan-kegiatan lainnya dilaksanakan. Tujuan langkah ini adalah mempersiapkan para petugas kesehatan yang berada di wilayah Puskesmas, baik petugas teknis maupun petugas administrasi. Persiapan pada petugas ini bisa berbentuk sosialisasi, pertemuan atau pelatihan yang bersifat konsolidasi, yang disesuaikan dengan kondisi setempat.

Keluaran atau output dan langkah ini adalah para petugas yang memahami tugas dan fungsinya, serta siap bekerjasama dalam satu tim untuk melakukan pendekatan kepada pemangku kepentingan dan masyarakat.

2. Pengembangan tim masyarakat

Tujuan langkah ini adalah untuk mempersiapkan para petugas, tokoh masyarakat, serta masyarakat, agar mereka tahu dan mau bekerjasama dalam satu tim untuk mengembangkan Desa Siaga. Dalam langkah ini termasuk kegiatan advokasi kepada para penentu kebijakan, agar mereka mau memberikan dukungan, baik berupa kebijakan atau anjuran, serta restu, maupun dana atau sumber daya lain, sehingga pengembangan Desa Siaga dapat berjalan dengan lancar. Sedangkan pendekatan kepada tokoh-tokoh masyarakat bertujuan agar mereka memahami dan mendukung, khususnya dalam membentuk opini publik guna menciptakan iklim yang kondusif bagi pengembangan Desa Siaga. Jadi dukungan yang diharapkan dapat berupa dukungan moral, dukungan finansial atau dukungan material, sesuai kesepakatan dan persetujuan masyarakat dalam rangka pengembangan Desa Siaga. Jika di daerah tersebut telah terbentuk wadah-wadah kegiatan masyarakat di bidang kesehatan seperti Konsil Kesehatan Kecamatan atau Badan Penyantun Puskesmas, Lembaga Pemberdayaan Desa, PKK, serta organisasi kemasyarakatan lainnya, hendaknya lembaga-lembaga ini diikutsertakan dalam setiap pertemuan dan kesepakatan.

3. Survei Mawas Diri (SMD)

Survei Mawas Diri (SMD) atau Telaah Mawas Diri (TMD) atau *Community Self Survey* (CSS) bertujuan agar pemuka-pemuka masyarakat mampu melakukan telaah mawas diri untuk desanya. Survei ini harus dilakukan oleh pemuka-pemuka masyarakat setempat dengan bimbingan tenaga kesehatan. Dengan demikian, diharapkan mereka menjadi sadar akan permasalahan yang dihadapi

di desanya, serta bangkit niat dan tekad untuk mencari solusinya, termasuk membangun Poskesdes sebagai upaya mendekatkan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat desa. Untuk itu, sebelumnya perlu dilakukan pemilihan dan pembekalan keterampilan bagi mereka. Keluaran atau output dan SMD ini berupa identifikasi masalah-masalah kesehatan serta daftar potensi di desa yang dapat didayagunakan dalam mengatasi masalah-masalah kesehatan tersebut, termasuk dalam rangka membangun Poskesdes.

#### 4. Musyawarah Mufakat Desa (MMD)

Tujuan penyelenggaraan musyawarah masyarakat desa (MMD) ini adalah mencari alternatif penyelesaian masalah kesehatan dan upaya membangun Poskesdes, dikaitkan dengan potensi yang dimiliki desa. Di samping itu, juga untuk menyusun rencana jangka panjang pengembangan Desa Siaga.

Inisiatif penyelenggaraan musyawarah sebaiknya berasal dari para tokoh masyarakat yang telah sepakat mendukung pengembangan Desa Siaga. Peserta musyawarah adalah tokoh-tokoh masyarakat, termasuk tokoh-tokoh perempuan dan generasi muda setempat. Bahkan sedapat mungkin dilibatkan pula kalangan dunia usaha yang mau mendukung pengembangan Desa Siaga dan kelestariannya (untuk itu diperlukan advokasi). Data serta temuan lain yang diperoleh pada saat SMD disajikan, utamanya adalah daftar masalah kesehatan, data potensi, serta harapan masyarakat. Hasil pendataan tersebut dimusyawarahkan untuk penentuan prioritas, dukungan dan kontribusi apa yang dapat disumbangkan oleh masing-masing individu/institusi yang diwakilinya, serta langkah-langkah solusi untuk pembangunan Poskesdes dan pengembangan masing-masing Desa Siaga.

## F. PENDEKATAN PENGEMBANGAN DESA SIAGA

Agar percepatan pengembangan desa siaga cepat tercapai maka ada beberapa strategi yang dilakukan oleh Tim Pengembangan Desa Siaga, di antaranya adalah sebagai berikut:

### a) Pemberdayaan

Pada prinsipnya konsep Desa Siaga adalah pemberdayaan, dimana peran serta dari masyarakat adalah yang utama. Langkah awal yang dilakukan dalam pemberdayaan tersebut dengan membantu kelompok masyarakat mengenali masalah-masalah yang mengganggu kesehatan sehingga masalah tersebut menjadi masalah bersama. Kemudian masalah tersebut dimusyawarahkan untuk dipecahkan bersama. Pembinaan Desa Siaga dilakukan dengan menggerakkan segenap komponen yang ada dalam masyarakat agar secara mandiri dan berkesinambungan, mencegah dan mengatasi masalah kesehatannya dan mengenali potensi yang dimiliki guna mengatasinya. Mengajak masyarakat agar terlibat secara mandiri dalam Desa Siaga

juga dilakukan dengan melakukan penyuluhan-penyuluhan semisal pada saat ada pelaksanaan Posyandu. Petugas kesehatan dari Puskesmas sangat memberi andil yang sangat besar dalam pengembangan Desa Siaga dengan strategi pemberdayaan tersebut.

b) Bina Suasana (*Empowerment*)

Bina suasana adalah upaya menciptakan suasana atau lingkungan sosial yang mendorong individu, keluarga dan masyarakat agar berperan dalam pengembangan Desa Siaga. Bina suasana dilakukan dengan pemberian informasi tentang Desa Siaga melalui leaflet. Misal yang telah dilakukan dengan adalah pembagian selebaran informasi tentang Demam Berdarah Dengue dengan pendekatan konsep Desa Siaga. Hal lain yang juga dilakukan adalah memotivasi kader-kader kesehatan di desa agar mampu mempunyai pengaruh untuk menciptakan opini positif tentang Desa Siaga kepada masyarakat. Pemasangan papan Desa Siaga juga adalah salah satu strategi bina suasana, hal ini dilakukan agar desa siaga menjadi familir di tengah-tengah masyarakat.

c) Advokasi

Advokasi terus dilakukan oleh Tim Teknis Pengembangan Desa siaga dan tim promosi kesehatan oleh tenaga kesehatan puskesmas. Pendekatan juga dilakukan kepada stakeholder yang terkait guna memberikan dukungan, kebijakan, dana, tenaga, sarana dan prasarana.

d) Kemitraan

Bentuk kemitraan untuk pengembangan Desa Siaga masih dalam tahap penajakan. Tim Teknis Desa Siaga telah melakukan pendekatan terhadap pihak ketiga (Pihak Swasta) agar dapat mengambil peran dalam pengembangan Desa Siaga. Tentunya ada manfaat bagi Pihak swasta yang ditawarkan jika Desa Siaga berjalan dengan baik.

## G. PELAKSANAAN PEMBENTUKAN DAN PELAKSANAAN DESA SIAGA

### 1. Pelaksanaan Pembentukan

Secara operasional pembentukan Desa Siaga dilakukan dengan kegiatan sebagai berikut:

1) Pemilihan Pengurus dan Kader Desa Siaga

Pemilihan pengurus dan kader Desa Siaga dilakukan melalui pertemuan khusus para pemimpin formal desa dan tokoh masyarakat serta beberapa wakil masyarakat. Pemilihan dilakukan secara musyawarah dan mufakat, sesuai dengan tata cara dan kriteria yang berlaku, dengan difasilitasi oleh Puskesmas.

- 2) **Orientasi/Pelatihan Kader Desa Siaga**  
Sebelum melaksanakan tugasnya, kepada pengelola dan kader desa yang telah ditetapkan perlu diberikan orientasi atau pelatihan. Orientasi/pelatihan dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan pedoman orientasi/pelatihan yang berlaku. Materi orientasi/pelatihan yang berlaku. Materi orientasi/pelatihan mencakup kegiatan yang akan dilaksanakan di desa dalam rangka pengembangan Desa Siaga (sepaimana telah dirumuskan dalam Rencana Operasional). Yaitu meliputi pengelolaan Desa Siaga secara umum, pembangunan dan pengelolaan Poskesdes, pengembangan dan pengelolaan UBKM lain, serta hal-hal penting terkait seperti kehamilan dan persalinan sehat, Siap-Antar-Jga, Keluarga Sadar Gizi, Posyandu, kesehatan lingkungan, pencegahan penyakit menular, penyediaan air bersih dan penyehatan lingkungan pemukiman (PAB-PLP), kegawatdaruratan sehari-hari, kesiap-siagaan bencana, kejadian luar biasa, warung obat desa (WOD), diversifikasi pertanian tanaman pangan dan pemanfaatan pekarangan melalui Taman Obat Keluarga (TOGA), kegiatan surveilans, PHS, dan lain-lain.
- 3) **Pengembangan Poskesdes dan UKBM lain**  
Dalam hal ini, pembangunan Poskesdes bisa dikembangkan dari Polindes yang sudah ada. Apabila tidak ada Polindes, maka perlu dibahas dan dicantumkan dalam rencana kerja tentang alternative lain pembangunan Poskesdes. Dengan demikian diketahui bagaimana Poskesdes tersebut akan diadakan, membangun baru dengan fasilitas dari pemerintah, membangun baru dengan bantuan dari donator, membangun baru dengan swadaya masyarakat, atau memodifikasi bangunan lain yang ada. Bilamana Poskesdes sudah berhasil diselenggarakan, kegiatan dilanjutkan dengan membentuk UKBM-UKBM yang diperlukan dan belum ada di desa yang bersangkutan, atau merevitalisasi yang sudah ada tetapi kurang/tidak aktif.
- 4) **Penyelenggaraan Kegiatan Desa Siaga**  
Dengan telah adanya Poskesdes, maka desa yang bersangkutan telah dapat ditetapkan sebagai Desa Siaga. Setelah Desa Siaga resmi dibentuk, dilanjutkan dengan pelaksanaan kegiatan Poskesdes secara rutin, yaitu pengembangan sistem surveilans berbasis masyarakat, pengembangan kesiapsiagaan dan penanggulangan kegawat-daruratan dan bencana, pemberantasan penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan KLB, penggalangan dana, pemberdayaan masyarakat menuju KADARZI dan PHBS, penyehatan lingkungan, serta pelayanan kesehatan dasar (bila diperlukan). Selain itu, diselenggarakan pula pelayanan UKBM-UKBM lain seperti Posyandu dan lain-lain dengan berpedoman kepada panduan yang berlaku. Secara berkala kegiatan Desa Siaga dibimbing dan dipantau oleh Puskesmas, yang hasilnya

dipakai sebagai masukan untuk perencanaan dan pengembangan Desa Siaga selanjutnya secara lintas sektoral.

## 2. Pelaksanaan desa siaga

### 1) Persiapan

Dalam tahap persiapan, hal-hal yang perlu dilakukan adalah:

- Pusat:
  - Penyusunan pedoman.
  - Pembuatan modul-modul pelatihan.
  - Penyelenggaraan Pelatihan bagi Pelatih atau *Training of Trainers* (TOT).
- Provinsi:
  - Penyelenggaraan TOT (tenaga kabupaten/Kota).
- Kabupaten/Kota:
  - Penyelenggaraan pelatihan tenaga kesehatan.
  - Penyelenggaraan pelatihan kader.

### 2) Pelaksanaan

Dalam tahap pelaksanaan, hal-hal yang perlu dilakukan adalah:

- Pusat:
  - Penyediaan dana dan dukungan sumber daya lain.
- Provinsi:
  - Penyediaan dana dan dukungan sumber daya lain.
- Kabupaten/Kota:
  - Penyediaan dana dan dukungan sumber daya lain.
  - Penyiapan Puskesmas dan Rumah Sakit dalam rangka penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan.
- Kecamatan:
  - Pengembangan dan Pembinaan Desa Siaga.

### 3) Pemantauan dan Evaluasi

Dalam tahap pemantauan dan evaluasi, hal-hal yang perlu dilakukan adalah:

- Pusat:
  - Memantau kemajuan dan mengevaluasi keberhasilan pengembangan Desa Siaga.
- Provinsi:
  - Memantau kemajuan pengembangan Desa Siaga.
  - Melaporkan hasil pemantauan ke pusat.
- Kabupaten/Kota:
  - Memantau kemajuan pengembangan Desa Siaga.
  - Melaporkan hasil pemantauan ke Provinsi.
- Kecamatan:
  - Melakukan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS).
  - Melaporkan pengembangan ke Kabupaten/Kota.

## H. PEMBINAAN DAN PENINGKATAN DESA SIAGA

Mengingat permasalahan kesehatan sangat dipengaruhi oleh kinerja sektor lain, serta adanya keterbatasan sumber daya, maka untuk memajukan Desa Siaga perlu adanya pengembangan jejaring kerjasama dengan berbagai pihak. Perwujudan dan pengembangan jejaring Desa Siaga dapat dilakukan melalui Temu Jejaring UKBM secara internal di dalam desa sendiri dan atau Temu Jejaring antar Desa Siaga (minimal sekali dalam setahun). Upaya ini selain untuk memantapkan kerjasama, juga diharapkan dapat menyediakan wahana tukar-menukar pengalaman dan memecahkan masalah-masalah yang dihadapi bersama. Yang juga tidak kalah pentingnya adalah pembinaan jejaring lintas sektor, khususnya dengan program-program pembangunan yang bersasaran Desa. Salah satu kunci keberhasilan dan kelestarian Desa Siaga adalah keaktifan para kader. Oleh karena itu, dalam rangka pembinaan perlu dikembangkan upaya-upaya untuk memenuhi kebutuhan para kader agar tidak *drop out*. Kader-kader yang memiliki motivasi memuaskan kebutuhan sosial psikologinya harus diberi kesempatan seluas-luasnya untuk mengembangkan kreatifitasnya. Sedangkan kader-kader yang masih dibebani dengan pemenuhan kebutuhan dasarnya, harus dibantu untuk memperoleh pendapatan tambahan, misalnya dengan pemberian gaji/intensif atau difasilitasi agar dapat berwirausaha. Untuk dapat melihat perkembangan Desa Siaga, perlu dilakukan pemantauan dan evaluasi. Berkaitan dengan itu, kegiatan-kegiatan di Desa Siaga perlu dicatat oleh kader, misalnya dalam Buku Register UKBM (Contohnya: kegiatan Posyandu dicatat dalam buku Register Ibu dan Anak Tingkat Desa atau RIAD dalam Sistem Informasi Posyandu).

## I. PERAN JAJARAN KESEHATAN DAN PEMANGKU KEPENTINGAN TERKAIT

### 1. Peran Jaringan Kesehatan

#### 1) Peran Puskesmas

Dalam rangka pengembangan Desa Siaga, Puskesmas merupakan ujung tombak dan bertugas ganda yaitu sebagai penyelenggara PONEB dan penggerak masyarakat desa. Namun demikian, dalam menggerakkan masyarakat desa, Puskesmas akan dibantu oleh Tenaga Fasilitator dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang telah dilatih Provinsi. Adapun peran Puskesmas adalah sebagai berikut:

- Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar, termasuk Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar (PONEB).
- Mengembangkan komitmen dan kerjasama tim tingkat kecamatan dan desa dalam rangka pengembangan Desa Siaga.
- Memfasilitasi pengembangan Desa Siaga dan Poskesdes.
- Melakukan monitoring Evaluasi dan pembinaan Desa Siaga.

## 2) Peran Rumah Sakit

Rumah Sakit memegang peranan penting sebagai sarana rujukan dan pembina teknis pelayanan medik. Oleh karena itu, dalam hal ini peran Rumah Sakit adalah:

- Menyelenggarakan pelayanan rujukan, termasuk Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK).
- Melaksanakan bimbingan teknis medis, khususnya dalam rangka pengembangan kesiapsiagaan dan penanggulangan kedaruratan dan bencana di Desa Siaga.
- Menyelenggarakan promosi kesehatan di Rumah Sakit dalam rangka pengembangan kesiapsiagaan dan penanggulangan kedaruratan dan bencana.

## 3) Peran Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

Sebagai penyelia dan pembina Puskesmas dan Rumah Sakit, peran Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota meliputi:

- Mengembangkan komitmen dan kerjasama tim di tingkat Kabupaten/Kota dalam rangka pengembangan Desa Siaga.
- Merevitalisasi Puskesmas dan jaringannya sehingga mampu menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar dengan baik, termasuk PONEK, dan pemberdayaan masyarakat.
- Merevitalisasi Rumah Sakit sehingga mampu menyelenggarakan pelayanan rujukan dengan baik, termasuk PONEK, dan promosi kesehatan di Rumah Sakit.
- Merekrut/menyediakan calon-calaon fasilitator untuk dilatih menjadi Fasilitator Pengembangan Desa Siaga.
- Menyelenggarakan pelatihan bagi petugas kesehatan dan kader.
- Melakukan advokasi ke berbagai pihak (pemangku kepentingan) tingkat Kabupaten/Kota dalam rangka pengembangan Desa Siaga.
- Bersama Puskesmas melakukan pemantauan, evaluasi dan bimbingan teknis terhadap Desa Siaga.
- Menyediakan anggaran dan sumber daya lain bagi kelestarian Desa Siaga.

## 4) Peran Dinas Kesehatan Provinsi

Sebagai penyelia dan pembina Rumah Sakit dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Dinas Kesehatan Provinsi berperan:

- Mengembangkan komitmen dan kerjasama tim di tingkat provinsi dalam rangka pengembangan Desa Siaga.
- Membantu Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mengembangkan kemampuan melalui pelatihan-pelatihan teknis, dan cara-cara lain.



- Membantu Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota mengembangkan kemampuan Puskesmas dan Rumah Sakit di bidang konseling, kunjungan rumah, dan pengorganisasian masyarakat serta promosi kesehatan, dalam rangka pengembangan Desa Siaga.
  - Menyelenggarakan pelatihan Fasilitator Pengembangan Desa Siaga dengan metode kalakarya (*interrupted training*).
  - Melakukan advokasi ke berbagai pihak (pemangku kepentingan) tingkat provinsi dalam rangka pengembangan Desa Siaga.
  - Bersama Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota melakukan pemantauan, evaluasi dan bimbingan teknis terhadap Desa Siaga.
  - Menyediakan anggaran dan sumber daya lain bagi kelestarian Desa Siaga.
- 5) Peran Departemen Kesehatan
- Sebagai aparatur tingkat Pusat, Departemen Kesehatan berperan dalam:
- Menyusun konsep dan pedoman pengembangan Desa Siaga, serta mensosialisasikan dan mengadvokasikannya.
  - Memfasilitasi revitalisasi Dinas Kesehatan, Puskesmas, Rumah Sakit, serta Posyandu dan UKBM-UKBM lain.
  - Memfasilitasi pembangunan Poskesdes dan pengembangan Desa Siaga.
  - Memfasilitasi pengembangan sistem surveilans, sistem informasi/ pelaporan, serta sistem kesiapsiagaan dan penanggulangan kedaruratan dan bencana berbasis masyarakat.
  - Memfasilitasi ketersediaan tenaga kesehatan untuk tingkat desa.
  - Menyelenggarakan pelatihan bagi pelatih (TOT).
  - Menyediakan dana dan dukungan sumber daya lain.
  - Menyelenggarakan pemantauan dan evaluasi.
2. Peran Pemangku Kepentingan Terkait
- Pemangku kepentingan lain, yaitu para pejabat Pemerintah Daerah, pejabat lintas sektor, unsur-unsur organisasi/ikatan profesi, pemuka masyarakat, tokoh-tokoh agama, PKK, LSM, dunia usaha, swasta dan lain-lain, diharapkan berperan aktif juga di semua tingkat administrasi.
- Pejabat-pejabat Pemerintah Daerah
    - Memberikan dukungan kebijakan, sarana dan dana untuk penyelenggaraan Desa Siaga.
    - Mengkoordinasikan pergerakan masyarakat untuk memanfaatkan pelayanan Poskesdes/Puskesmas/Pustu dan berbagai UBKM yang ada (Posyandu, Polindes, dan lain-lain).
    - Melakukan pembinaan untuk terselenggaranya kegiatan Desa Siaga secara teratur dan lestari.

- Tim Penggerak PKK
  - Berperan aktif dalam pengembangan dan penyelenggaraan UBKM di Desa Siaga (Posyandu dan lain-lain).
  - Menggerakkan masyarakat untuk mengelola, menyelenggarakan dan memanfaatkan UBKM yang ada.
  - Penyelenggarakan penyuluhan kesehatan dalam rangka menciptakan kadarzi dan PHBS.
- Tokoh Masyarakat
  - Menggali sumber daya untuk kelangsungan penyelenggaraan Desa Siaga.
  - Menaungi dan membina kegiatan Desa Siaga.
  - Menggerakkan masyarakat untuk berperan aktif dalam kegiatan Desa Siaga.
- Organisasi Kemasyarakatan/LSM/Dunia Usaha/Swastas
  - Berperan aktif dalam penyelenggaraan Desa Siaga.
  - Memberikan dukungan sarana dan dana untuk pengembangan dan penyelenggaraan Desa Siaga.

## J. INDIKATOR KEBERHASILAN DESA SIAGA

Keberhasilan upaya Pengembangan Desa Siaga dapat dilihat dari empat kelompok indikatornya, yaitu: indikator masukan, indikator proses, indikator keluaran, dan indikator dampak. Adapun uraian untuk masing-masing indikator adalah sebagai berikut:

### ➤ Indikator Masukan

Indikator masukan adalah indikator untuk mengukur seberapa besar masukan telah diberikan dalam rangka pengembangan Desa Siaga. Indikator masukan terdiri atas hal-hal berikut:

- Ada/tidaknya Forum Masyarakat Desa.
- Ada/tidaknya Poskesdes dan sarana bangunan serta perlengkapannya.
- Ada/tidaknya UBKM yang dibutuhkan masyarakat.
- Ada/tidaknya tenaga kesehatan (minimal bidan).

### ➤ Indikator Proses

Indikator proses adalah indikator untuk mengukur seberapa aktif upaya yang dilaksanakan di suatu Desa dalam rangka pengembangan Desa Siaga. Indikator proses terdiri atas hal-hal berikut:

- Frekuensi pertemuan Forum Masyarakat Desa.
- Berfungsi/tidaknya Poskesdes.
- Berfungsi/tidaknya UBKM yang ada.

- Berfungsi/tidaknya Sistem Kegawatdaruratan dan Penanggulangan Kegawatdaruratan dan Bencana.
  - Berfungsi/tidaknya Sistem Surveilans berbasis masyarakat.
  - Ada/tidaknya kegiatan kunjungan rumah untuk kadarzi dan PHBS.
- Indikator Keluaran
- Indikator keluaran adalah indikator untuk mengukur seberapa besar hasil kegiatan yang dicapai di suatu Desa dalam rangka pengembangan Desa Siaga. Indikator keluaran terdiri atas hal-hal berikut:
- Cakupan pelayanan kesehatan dasar Poskesdes.
  - Cakupan pelayanan UBKM-UBKM lain.
  - Jumlah kasus kegawatdaruratan dan KLB yang dilaporkan.
  - Cakupan rumah tangga yang mendapat kunjungan rumah untuk kadarzi dan PHBS.
- Indikator Dampak
- Indikator dampak adalah indikator untuk mengukur seberapa besar dampak dan hasil kegiatan di Desa dalam rangka pengembangan Desa Siaga. Indikator dampak terdiri atas hal-hal berikut:
- Jumlah penduduk yang menderita sakit.
  - Jumlah penduduk yang menderita gangguan jiwa.
  - Jumlah ibu yang melahirkan dan meninggal dunia.
  - Jumlah bayi dan balita yang meninggal dunia.
  - Jumlah balita dengan gizi buruk.

## K. SUMBER DAYA POSKESDES

Poskesdes diselenggarakan oleh tenaga kesehatan (minimal seorang bidan), dengan dibantu oleh sekurang-kurangnya dua orang kader. Untuk menyelenggarakan Poskesdes harus tersedia sarana fisik bangunan, perlengkapan, dan peralatan kesehatan. Guna kelancaran komunikasi dengan masyarakat dan dengan sarana kesehatan (khususnya Puskesmas), Poskesdes seyogyanya memiliki juga sarana komunikasi (telepon, ponsel, atau kurir). Pembangunan sarana fisik Poskesdes dapat dilaksanakan melalui berbagai cara, yaitu dengan urutan alternative sebagai berikut:

1. Mengembangkan Pondok Bersalin Desa (Polindes) yang telah ada menjadi Poskesdes.
2. Memanfaatkan bangunan yang sudah ada, yaitu misalnya Balai RW, Balai Desa, Balai Pertemuan Desa, dan lain-lain.
3. Membangun baru, yaitu dengan pendanaan dari Pemerintah (Pusat atau Daerah), donator, dunia usaha, atau swadaya masyarakat.

## L. ALTERNATIF PEMBANGUNAN POSKESDES

1. Polindes yang dikembangkan menjadi poskesdes
2. Pemanfaatkan bangunan lain yang sudah ada, misalnya seperti balai desa
3. Dibangun baru, baik oleh pemerintah (pusat dan daerah), donator, dunia usaha, dan swadaya masyarakat.

## M. KOORDINASI

Dalam pengembangan desa siaga, diperlukan koordinasi yang baik antara departemen-departemen tersebut di bawah ini:

- 1) Bidang penggerakkan dan pemberdayaan masyarakat:
  - ✓ Pusat promosi kesehatan departemen kesehatan
- 2) Bidang pengembangan poskesdes:
  - ✓ Direktorat kesehatan komunitas
  - ✓ Ditjen binkesmas
- 3) Bidang surveilans berbasis masyarakat:
  - ✓ Direktorat surveilans dan epimka
  - ✓ Ditjen P2PL
- 4) Bidang kesiapsiagaan dan penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan:
  - ✓ Direktorat yanmedik dasar
  - ✓ Ditjen yanmedik
- 5) Bidang pengembangan kesehatan lingkungan:
  - ✓ Direktorat penyehatan lingkungan
  - ✓ Ditjen P2PL

## N. PERAN PERAWAT DALAM DESA SIAGA

Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Proporsi tenaga keperawatan (perawat dan bidan) merupakan proporsi tenaga terbesar (48%) yang dapat mempengaruhi kinerja rumah sakit dan puskesmas/sarana pelayanan kesehatan lainnya. Perawat berperan dalam UKP (Upaya kesehatan perorangan) dan Upaya kesehatan masyarakat (UKM). Peran perawat di semua tatanan pelayanan kesehatan di setiap level rujukan dimana bentuk pelayanan yang diberikan berupa pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif.

Perawat sebagai ujung tombak tenaga kesehatan di masyarakat tentu harus juga dipersiapkan dalam pelaksanaan desa siaga ini. Dengan mengacu dari prinsip-prinsip keperawatan komunitas yaitu (Astuti Yuni, Nursari 2005):

1. Kemanfaatan, yang berarti bahwa intervensi yang dilakukan harus memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi komunitas.
2. Prinsip otonomi yaitu komunitas harus diberikan kebebasan untuk melakukan atau memilih alternatif yang terbaik yang disediakan untuk komunitas.
3. Keadilan yaitu melakukan upaya atau tindakan sesuai dengan kemampuan atau kapasitas komunitas.

Adapun peran perawat disini antara lain (Old, London, & Ladewig, 2000)

1. Sebagai pemberi pelayanan dimana perawat akan memberikan pelayanan keperawatan langsung dan tidak langsung kepada klien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
2. Sebagai pendidik, perawat memberikan pendidikan kesehatan kepada klien dengan risiko tinggi atau dan kader kesehatan.
3. Sebagai pengelola perawat akan merencanakan, mengorganisasi, menggerakkan dan mengevaluasi pelayanan keperawatan baik langsung maupun tak langsung dan menggunakan peran serta aktif masyarakat dalam kegiatan keperawatan komunitas.
4. Sebagai konselor, perawat akan memberikan konseling atau bimbingan kepada kader, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan komunitas dan kesehatan ibu dan anak.
5. Sebagai pembela klien (advokator) perawat harus melindungi dan memfasilitasi keluarga dan masyarakat dalam pelayanan keperawatan komunitas.
6. Sebagai peneliti perawat melakukan penelitian untuk mengembangkan keperawatan komunitas dalam rangka mengefektifkan desa siaga.

Mengacu dari BPPSDM Dep Kes 2006, mengenai sumber daya manusia (SDM) Kesehatan di Desa Siaga dijelaskan bahwa SDM pelaksana pada desa siaga ini menempati posisi yang sangat penting, dimana mereka akan berperan dalam sebuah tim kesehatan yang akan melaksanakan upaya pelayanan kesehatan. SDM Kesehatan yang akan ditempatkan di desa siaga ini memiliki kompetensi sebagai berikut:

1. Mampu melakukan pelayanan kehamilan dan pertolongan persalinan, kesehatan ibu dan anak
2. Mampu melakukan pelayanan kesehatan dasar
3. Mampu melakukan pelayanan gizi individu dan masyarakat
4. Mampu melakukan kegiatan sanitasi dasar
5. Mampu melakukan kegiatan penyuluhan kesehatan
6. Mampu melakukan pelayanan kesiapsiagaan terhadap bencana, dan mampu melaksanakan pembangunan dan pemberdayaan masyarakat.

Perawat dengan peran dan fungsinya untuk ikut mensukseskan Desa Siaga, sebaiknya telah dipersiapkan dengan baik sehingga beberapa persyaratan SDM seperti dijelaskan di atas bisa dicapai.

### **RANGKUMAN**

Desa Siaga merupakan gambaran masyarakat yang sadar, mau dan mampu untuk mencegah dan mengatasi berbagai ancaman terhadap kesehatan masyarakat seperti kurang gizi, penyakit menular dan penyakit yang berpotensi menimbulkan KLB, kejadian bencana, kecelakaan, dan lain-lain, dengan memanfaatkan potensi setempat, secara gotong-royong.

Inti dari kegiatan Desa Siaga adalah memberdayakan masyarakat agar mau dan mampu untuk hidup sehat. Oleh karena itu dalam pengembangannya diperlukan langkah-langkah pendekatan edukatif. Yaitu upaya mendampingi (memfasilitasi) masyarakat untuk menjalani proses pembelajaran yang berupa proses pemecahan masalah-masalah kesehatan yang dihadapinya.



## BAB 9

# SISTEM PENGEMBANGAN MANAJEMEN KINERJA KLINIK (SPMKK)

### A. PENGERTIAN SEJARAH SISTEM PENGEMBANGAN MANAJEMEN KINERJA KLINIK (SPMKK) PERAWAT

SPMKK adalah upaya peningkatan kemampuan manajerial dan kinerja perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan di sarana atau institusi kesehatan untuk mencapai pelayanan kesehatan yang bermutu (Depkes, 2006).

Pada bulan Oktober 2000 - Maret 2001, Tim Konsultan WHO bekerja sama dengan Kelompok Kerja Perawat Tingkat Nasional Depkes, mengembangkan satu model "Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik (SPMKK) guna meningkatkan kemampuan manajerial dan kinerja perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan pada tatanan rumah sakit dan puskesmas.

Penelitian yang dilakukan pada tahun 2000 oleh WHO dan Keperawatan Depkes di Provinsi Kaltim, Sumut, Sulut, Jabar dan DKI menunjukkan gambaran sebagai berikut:

1. 70,9% perawat selama 3 tahun terakhir tidak pernah mengikuti pelatihan.
2. 39,8% perawat masih melakukan tugas-tugas kebersihan.
3. 47,4% perawat tidak memiliki uraian tugas secara tertulis. keperawatan
4. Belum dikembangkan monitoring dan evaluasi Kinerja Klinis bagi perawat secara khusus (Depkes, 2006).



## B. TUJUAN UPAYA PENGEMBANGAN SPMKK

1. Jangka pendek
  - a. Agar supaya tenaga keperawatan dapat membuat standar dan diskripsi pekerjaan sesuai dengan tupoksinya.
  - b. Mempunyai kemampuan manajerial dalam mengelola kegiatan.
  - c. Mempunyai hubungan sistem monitoring indikator kinerja.
  - d. Senantiasa mengembangkan proses pembelajaran penyelesaian kasus secara berkesinambungan melalui RDK (*Refleksi Diskusi Kasus*).
2. Jangka panjang  
Meningkatkan profesionalisme perawat, karena bagaimanapun tuntutan akan profesionalisme dalam melaksanakan pekerjaannya akan menjadi syarat dalam mewujudkan bentuk akuntabilitas publik.

## C. PRINSIP PENGEMBANGAN SPMKK

1. Komitmen  
Komitmen dapat diartikan sebagai janji atau tanggungjawab. Hal ini dapat diartikan bahwa setiap orang/pihak/institusi yang berkomitmen terhadap SPMKK berjanji untuk melaksanakan SPMKK. Adanya komitmen ini sangat diperlukan mulai dari tingkat pimpinan/pengambilan keputusan dipemerintahan sampai kelevel yang paling bawah. Komitmen merupakan suatu komponen yang dapat menjamin kesinambungan kegiatan.
2. Kualitas  
Pelaksanaan SPMKK diarahkan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia (SDM) keperawatan meliputi kinerja dan hasil pelayanannya. Peningkatan kinerja perawat akan mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan menjadi lebih baik sehingga akan meningkatkan citra pelayanan keperawatan di sarana pelayanan kesehatan.
3. Kerja tim  
SPMKK baru difokuskan kepada perawat tetapi mendorong adanya kerjasama kelompok (*team work*) antar tenaga kesehatan, karena kerja sama tim merupakan salah satu penentu keberhasilan pelayanan kesehatan.
4. Pembelajaran berkelanjutan  
Penerapan SPMKK memberikan kondisi terjadinya pembelajaran yang memungkinkan setiap individu untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya sehingga dapat mengikuti perkembangan IPTEK.

#### 5. Efektif dan efisien

Dengan menerapkan SPMKK perawat dapat bekerja secara efektif dan efisien karena mereka bekerja sesuai dengan standar dan uraian tugas serta diikuti dengan monitoring dan evaluasi yang dapat meminimalkan kesalahan-kesalahan dalam pekerjaan. Adanya kejelasan tugas memungkinkan setiap orang bekerja pada area yang telah ditetapkan.

### D. STRATEGI PENERAPAN SPMKK

1. Membangun komitmen  
Membangun komitmen dengan semua pihak yang terkait/stakeholder dengan pengembangan SPMKK untuk itu perlu adanya sosialisasi dan koordinasi
2. Melibatkan stakeholder  
Dengan komitmen, keterlibatan stakeholder dapat memberikan dukungan moril dan material dalam penerapan SPMKK.
3. Mengelola sumber daya  
Pengelolaan SDM, sumber dana, dan fasilitas dapat ditingkatkan untuk mengoptimalkan keberhasilan SPMKK perawat.
4. Profesionalisme  
Pengelolaan SPMKK secara profesional dengan perencanaan yang matang serta diimplementasikan secara sungguh-sungguh berdasarkan pada pedoman SPMKK, standar profesi, SOP keperawatan, serta pedoman pelayanan kesehatan lainnya.
5. Desentralisasi  
Dalam rangka otonomi daerah SPMKK dapat dikembangkan sesuai kondisi masing-masing daerah dengan tetap berpedoman pada pedoman yang telah ditetapkan.

### E. KOMPONEN DASAR SPMKK

Dalam rangka mewujudkan terciptanya pelayanan profesional keperawatan perlu disediakan pedoman pelaksanaan SPMKK yang mengacu pada lima komponen SPMKK yaitu: Standar, Uraian tugas, Indikator kinerja, Refleksi Diskusi Kasus (RDK), Monitoring dan Evaluasi.

#### 1. Standar

Komponen utama yang menjadi kunci dalam SPMKK adalah standar, yang meliputi standar profesi, Standar Operasional Prosedur (SOP), dan pedoman-pedoman yang digunakan oleh perawat di sarana pelayanan kesehatan. Standar keperawatan

bermanfaat sebagai acuan dan dasar bagi perawat dalam melaksanakan pelayanan kesehatan yang bermutu. Standar juga dapat meningkatkan efektivitas dan efisiensi pekerjaan, dapat meningkatkan motivasi dan pendayagunaan staf, dapat digunakan untuk mengukur mutu pelayanan serta melindungi masyarakat atau klien dari pelayanan yang tidak bermutu.

Standar adalah suatu pedoman atau model yang disusun dan disepakati bersama serta dapat diterima pada suatu tingkat praktik untuk mencapai tujuan yang ditetapkan (Reyers, 1983).

Standar yang ditetapkan harus memenuhi kriteria yaitu: spesifik (*specific*), terukur (*measurable*), tepat (*appropriate*), andal (*reliable*), tepat waktu (*timely*). (Donabedian, 1982)

a. Ketentuan standar

1. Harus ditulis dan dapat diterima untuk dilaksanakan oleh para pelaksana.
2. Mengandung komponen struktur, proses, hasil.
3. Standar dibuat berorientasi pada pelanggan, staf dan sistem dalam organisasi.
4. Standar harus disahkan atau disetujui oleh yang berwenang.

b. Komponen standar

1. Standar struktur atau standar input menjelaskan praturan, kebijakan tatanan dalam organisasi, meliputi filosofi dan obyektif organisasi dan administrasi, kebijakan dan peraturan, staffing dan pembinaan, deskripsi pekerjaan, fasilitas dan peralatan.
2. Standar proses adalah kegiatan dan interaksi antara pemberi dan penerima asuhan yang berfokus pada kinerja petugas secara profesional dalam tatanan klinis meliputi fungsi, tanggungjawab, dan akontabilitas, manajemen kinerja klinis, monitoring dan evaluasi kinerja klinis.
3. Standar hasil adalah hasil asuhan dalam kaitannya dengan status pasien. Standar ini berfokus pada asuhan pasien yang prima meliputi kepuasan pasien, keamanan pasien, kenyamanan pasien.

c. Manfaat standar

1. Menetapkan norma dan memberikan kesempatan anggota masyarakat dan perorangan mengetahui bagaimana tingkat pelayanan yang diharapkan/diinginkan karena standar tertulis sehingga dapat dipublikasikan/diketahui secara luas.
2. Menunjukkan ketersediaan yang berkualitas dan berlaku sebagai tolok ukur untuk memonitor kualitas kinerja.
3. Berfokus pada inti dan tugas penting yang harus ditunjukkan pada situasi aktual dan sesuai dengan kondisi lokal.
4. Meningkatkan efisiensi dan mengarahkan pada pemanfaatan sumber daya dengan lebih baik;

5. Meningkatkan pemanfaatan staf dan motivasi staf. Dapat digunakan untuk menilai aspek praktis baik pada keadaan dasar maupun *post basic* pelatihan dan pendidikan.

## 2. Uraian Tugas

Uraian tugas adalah seperangkat fungsi, tugas, dan tanggungjawab yang dijabarkan dalam suatu pekerjaan yang dapat menunjukkan jenis dan spesifikasi pekerjaan, sehingga dapat menunjukkan perbedaan antara pekerjaan yang satu dengan yang lainnya. Uraian tugas merupakan dasar utama untuk memahami dengan tepat tugas dan tanggungjawab serta akuntabilitas setiap perawat dalam melaksanakan peran dan fungsinya.

- a. Dalam lingkup keperawatan uraian tugas meliputi:
  1. Posisi struktural  
Ketentuan dari posisi struktural ditetapkan oleh pemerintah ditentukan oleh adanya jabatan sesuai dengan sistem yang ditentukan oleh organisasi, dibuktikan dengan adanya Surat Keputusan (SK). Posisi struktural ini ditentukan oleh masing-masing organisasi misal: kepala bangsal, koordinator puskesmas, penanggungjawab puskesmas pembantu, ketua PPNI dan lain-lain yang dikukuhkan dengan terbitnya SK pengangkatan.
  2. Posisi klinis  
Posisi klinis berhubungan dengan kompetensi, tanggungjawab dan kewenangan yang sangat berhubungan pula dengan tingkat pendidikan. Misalnya: jabatan fungsional padajenjang perawat pelaksana, perawat penyelia SPK, D1, D2, D3, D4, S1 atau tingkat profesi yang memiliki batas kewenangan masing-masing
- b. Enam langkah untuk mengembangkan uraian tugas yaitu:
  1. Identifikasi pekerjaan.
  2. Analisa pekerjaan.
  3. Analisa kegiatan setiap pekerjaan.
  4. Evaluasi fungsi melalui analisis kinerja dengan menggunakan penilaian kinerja.
  5. Analisis indikator kinerja untuk setiap kompetensi.
  6. Metode penilaian kinerja.
- c. Tujuh kriteria yang harus dipertimbangkan dalam uraian tugas sebagai berikut:
  1. Diskripsi pekerjaan harus terkini dan akurat untuk persyaratan fungsi dan tugas yang diperlukan.
  2. Posisi/jabatan klinis harus jelas berdasarkan ketentuan dan jenjang karir yang ditetapkan oleh organisasi.
  3. Diskripsi pekerjaan menunjukkan jenis dan spesifikasi pekerjaan, bagaimana dan untuk apa pekerjaan tersebut berbeda satu dengan yang lainnya.

4. Deskripsi pekerjaan harus lengkap dan tidak mendetail, sehingga dapat mengembangkan fungsi dan tugas lebih luas.
5. Adanya rancangan standar yang digunakan pada semua pekerjaan bagi masing-masing kategori.
6. Deskripsi pekerjaan harus realistis untuk aspek teknis dan sumber daya manusia yang memungkinkan.
7. Deskripsi pekerjaan harus selalu direvisi sesuai dengan kondisi terkini.

### 3. Indikator Kinerja

Indikator kinerja perawat adalah variabel untuk mengukur prestasi suatu pelaksanaan kegiatan dalam waktu tertentu. Indikator yang berfokus pada hasil asuhan keperawatan kepada pasien dan proses pelayanannya. Indikator klinis adalah ukuran kuantitas sebagai pedoman untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas asuhan pasien yang berdampak terhadap pelayanan.

a. Tujuan:

1. Meningkatkan prestasi kerja staf sehingga mendorong peningkatan kinerja staf
2. Merangsang minat dalam pengembangan pribadi dengan meningkatkan hasil kerja melalui prestasi pribadi.
3. Memberikan kesempatan kepada staf untuk menyampaikan perasaannya tentang pekerjaan, sehingga terbuka jalur komunikasi dua arah antara pimpinan dan staf.

b. Karakteristik Indikator:

1. Sahih (*valid*) artinya indikator benar-benar dapat dipakai untuk mengukur aspek-aspek yang akan dinilai.
2. Dapat dipercaya (*reliable*) artinya mampu menunjukkan hasil yang sama pada saat yang berulang kali, untuk waktu sekarang maupun yang akan datang.
3. Peka (*sensitive*) artinya cukup peka untuk mengukur sehingga memberikan hasil yang sesuai.
4. Spesifik (*specific*) artinya memberikan gambaran perubahan ukuran yang jelas dan tidak tumpang tindih.
5. Berhubungan (*relevan*) artinya sesuai dengan aspek kegiatan yang akan diukur dan kritikal. Contoh: pada unit bedah indikator yang dibuat berhubungan dengan *pre* operasi dan *post* operasi.

c. Klasifikasi indikator:

1. Indikator *input*: merujuk pada sumber-sumber yang diperlukan untuk melaksanakan aktivitas misalnya personal, alat, informasi, dana, peraturan.
2. Indikator proses: memonitor tugas atau kegiatan yang dilaksanakan.

3. Indikator *out put*: mengukur hasil meliputi cakupan, pengetahuan, sikap dan perubahan perilaku yang dihasilkan oleh tindakan yang dilakukan. Indikator ini juga disebut indikator *effect*.
4. Indikator *out come*: dipergunakan untuk menilai perubahan atau dampak (*impact*) suatu program, perkembangan jangka panjang termasuk perubahan status kesehatan masyarakat/penduduk.

#### 4. Refleksi Diskusi Kasus (RDK)

RDK adalah suatu metode merefleksikan pengalaman klinis perawat dalam menerapkan standar dan uraian tugas. Pengalaman klinis yang direfleksikan merupakan pengalaman aktual dan menarik baik hal-hal yang merupakan keberhasilan maupun kegagalan dalam memberikan pelayanan keperawatan termasuk untuk menemukan masalah dan menetapkan upaya penyelesaiannya. Misal dengan adanya rencana untuk menyusun SOP baru.

##### a. Tujuan RDK

1. Untuk mengembangkan profesionalisme.
2. Meningkatkan aktualisasi diri.
3. Meningkatkan motivasi untuk belajar.
4. Meningkatkan pemahaman terhadap standar.
5. Memacu untuk bekerja sesuai standar.

##### b. Persyaratan Pelaksanaan RDK

1. Sistem yang didukung oleh manajer lini pertama (supervisor) dan didukung oleh atasan langsung yang mendorong serta mewajibkan anggotanya untuk melaksanakan RDK secara rutin, terencana dan terjadual dengan baik. Diatur dalam SK dan Prosedur Tetap Pelaksanaan RDK.
2. Merupakan satu kelompok profesi.
3. Kasus/issu yang menarik diambil dari pengalaman kinerja klinik
4. Ditunjuk satu orang sebagai penyaji kasus, satu orang sebagai fasilitator dan beberapa orang sebagai peserta diskusi, posisi fasilitator, penyaji dan peserta lain dalam diskusi setara/sejajar.
5. Persyaratan administratif: jadual, laporan kasus, lembar daftar hadir, lembar notulen.
6. Kasus yang disajikan oleh penyaji merupakan pengalaman kinerja klinis yang menarik dan memberikan motivasi pada peningkatan kinerja.
7. Waktu pelaksanaan tidak terlalu lama: singkat, padat dan terorganisir dengan baik  $\pm$  1 jam.
8. Posisi duduk sebaiknya melingkar dan saling berhadapan sehingga bisa berkomunikasi secara bebas.

9. Tidak boleh ada interupsi saat penyajian kasus, klarifikasi kasus disampaikan secara bergantian.
10. Tidak diperkenankan ada dominasi dan memberikan kritik yang dapat memojokan peserta lainnya.
11. Membawa catatan diperbolehkan, namun perhatian tidak boleh tertumpu pada catatan, sehingga dapat mengurangi perhatian dalam diskusi.

## 5. Monitoring dan Evaluasi

Kegiatan monitoring meliputi pengumpulan data dan analisis terhadap indikator kinerja yang telah disepakati yang dilaksanakan secara periodik untuk memperoleh informasi sejauhmana kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan rencana. Monitoring bermanfaat untuk mengidentifikasi adanya penyimpangan dan mempercepat pencapaian target. Hasil monitoring yang dilaksanakan diinformasikan kepada staf dan dilaporkan kepada pimpinan sebagai bahan pertimbangan dalam pengambilan keputusan dan tindaklanjut.

### a. Tujuan monitoring dan evaluasi

1. Memperoleh informasi tentang kegiatan apakah telah dilaksanakan sesuai dengan rencana dan memberikan umpan balik.
2. Mempertanggung jawabkan tugas/kegiatan yang telah dilakukan.
3. Sebagai bahan untuk mengambil keputusan dan tindaklanjut dalam pengembangan program.
4. Menentukan kompetensi pekerja dan meningkatkan kinerja dengan menilai dan mendorong hubungan yang baik diantara pegawai.
5. Menghargai pengembangan staf dan memotivasi kearah pencapaian kualitas yang tinggi.
6. Menggiatkan konseling dan bimbingan dari manajer.
7. Memilih pegawai yang berkualitas untuk pertimbangan jenjang karir.
8. Mengidentifikasi ketidakpuasan terhadap sistem.

### b. Manfaat monitoring dan evaluasi

1. Mengidentifikasi masalah keperawatan
2. Mengambil langkah korektif untuk perbaikan secepatnya
3. Mengukur pencapaian sasaran/target.
4. Mengkaji kecenderungan status kesehatan pasien yang mendapat pelayanan.

### c. Prinsip-prinsip monitoring dan evaluasi

1. Libatkan staf dalam perencanaan dan implementasi, diskusikan dengan staf untuk memberikan kesempatan mengerti konsep, ide-ide dan keuntungan sehingga evaluasi menjadi berguna.
2. Bertuk tim monev yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan monev.
3. Pastikan ada kesepakatan pelaksanaan evaluasi.

4. Siapkan sumber-sumber pengambilan data dan analisa, jika memungkinkan melibatkan pendapat ahli.
5. Mendorong evaluator untuk melaporkan kemajuan.
6. Dokumentasikan seluruh proses monev, jika ditemukan ketidaksesuaian dengan standar berikan peluang untuk langkah-langkah perbaikan.
7. Hasil temuan bukan kesalahan tetapi merupakan awal proses perubahan ke arah perbaikan.

## RANGKUMAN

SPMKK adalah upaya peningkatan kemampuan manajerial dan kinerja perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan di sarana atau institusi pelayanan kesehatan untuk mencapai pelayanan kesehatan yang bermutu (Depkes, 2006)

Tujuan SPMKK ada 2 yaitu:

1. Tujuan Jangka Pendek
2. Tujuan Jangka Panjang

SPMKK adalah proses system mikro yang mendukung dan meningkatkan kemampuan kinerja klinis perawat secara profesional, dengan memperhatikan etika aspek legal yang akan meningkatkan budaya kerja, sehingga diharapkan dapat bermanfaat secara makro dalam pelayanan kesehatan masyarakat baik di Rumah Sakit maupun di Puskesmas

Berbagai domain dapat diusulkan untuk kategori standar, walaupun terjadi proses adopsi dari konsep Dobedian mengenai standar proses *outcomes*.





# BAB 10

## PONED DAN PONEK

### A. PENGERTIAN PONED (PELAYANAN OBSTETRI NEONATUS ESSENSIAL DASAR)

PONED merupakan kepanjangan dari Pelayanan Obstetri Neonatus Essensia Dasar. PONED dilakukan di Puskesmas induk dengan pengawasan dokter. Petugas kesehatan yang boleh memberikan PONED yaitu dokter, bidan, perawat dan tim PONED Puskesmas beserta penanggung jawab terlatih.

Pelayanan Obstetri Neonatal Esensial Dasar dapat dilayani oleh puskesmas yang mempunyai fasilitas atau kemampuan untuk penanganan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal dasar. Puskesmas PONED merupakan puskesmas yang siap 24 jam, sebagai rujukan antara kasus-kasus rujukan dari polindes dan puskesmas. Polindes dan puskesmas non perawatan disiapkan untuk melakukan pertolongan pertama gawat darurat obstetri dan neonatal (PPGDON) dan tidak disiapkan untuk melakukan PONED.

### B. BATASAN DALAM PONED

- a. Injeksi antibiotika
- b. Injeksi uterotonika
- c. Injeksi sedative

- d. Plasenta manual
- e. Ekstraksi vacuum
- f. Tranfusi darah
- g. Operasi SC

### C. INDIKATOR KELANGSUNGAN DARI PUSKESMAS PONED

- a. Kebijakan tingkat PUSKESMAS
- b. SOP (Sarana Obat Peralatan)
- c. Kerjasama RS PONED
- d. Dukungan Diskes
- e. Kerjasama SpOG
- f. Kerjasama bidan desa
- g. Kerjasama Puskesmas Non PONED
- h. Pembinaan AMP
- i. Jarak Puskesmas PONED dengan RS

### D. TUJUAN PONED

PONED diadakan bertujuan untuk menghindari rujukan yang lebih dari untuk memutuskan mata rantai rujukan itu sendiri.

### E. HAMBATAN DAN KENDALA DALAM PENYELENGGARAAN PONED

Hambatan dan kendala dalam penyelenggaraan PONED dan yaitu:

- a. Mutu SDM yang rendah
- b. Sarana prasarana yang kurang
- c. Keterampilan yang kurang
- d. Koordinasi antara Puskesmas PONED dan RS PONEK dengan Puskesmas Non PONED belum maksimal
- e. Kebijakan yang kontradiktif (UU Praktek Kedokteran)
- f. Pembinaan terhadap pelayanan emergensi neonatal belum memadai

### F. TUGAS PUSKESMAS PONED

- a. Menerima rujukan dari fasilitas rujukan dibawahnya, Puskesmas pembantu dan Pondok Bersalin Desa
- b. Melakukan pelayanan kegawatdaruratan obstetrik neonatal sebatas wewenang

- c. Melakukan rujukan kasus secara aman ke rumah sakit dengan penanganan pra hospital.

### **G. SYARAT PUSKESMAS PONED**

- a. Pelayanan buka 24 jam
- b. Mempunyai Dokter, bidan, perawat terlatih PONED dan siap melayani 24 jam
- c. Tersedia alat transportasi siap 24 jam
- d. Mempunyai hubungan kerjasama dengan Rumah Sakit terdekat dan Dokter Spesialis Obgyn dan spesialis anak

### **H. PETUGAS PELAKSANA PONED**

- a. Dokter umum 2 orang
- b. Bidan 8 orang
- c. Perawat
- d. Petugas yang telah mendapat pelatihan PONED

### **I. PELAYANAN YANG DILAKSANAKAN**

- a. Pelayanan KIA/KB
- b. Pelayanan ANC & PNC
- c. Pertolongan Persalinan normal
- d. Pendeteksian Risiko tinggi Bumil
- e. Penatalaksanaan Bumil Resti
- f. Perawatan Bumil sakit
- g. Persalinan Sungsang
- h. Partus Lama
- i. KPD
- j. Gemeli

### **J. FAKTOR PENDUKUNG KEBERHASILAN PONED PUSKESMAS**

- a. Adanya Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JKRS, Jamkesmas)
- b. Sistem rujukan yang mantap dan berhasil
- c. Peran serta aktif bidan desa
- d. Tersedianya sarana/prasarana, obat dan bahan habis pakai
- e. Peran serta masyarakat, LSM, lintas sektoral dan Stage Holder yang harmonis.

- f. Peningkatan mutu pelayanan perlu menyesuaikan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta kebutuhan masyarakat dan sesuai dengan standar pelayanan minimal.

## K. PENGERTIAN PONEK (PELAYANAN OBSTETRI NEONATAL EMERGENSI KOMPERHENSIF)

PONEK adalah Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif di Rumah Sakit, meliputi kemampuan untuk melakukan tindakan:

- a. Seksia sesaria,
- b. Histerektomi,
- c. Reparasi Ruptura Uteri, cedera kandung/saluran kemih,
- d. Perawatan Intensif ibu dan Neonatal,
- e. Tranfusi darah.

RS PONEK 24 Jam adalah RS yang memiliki kemampuan serta fasilitas PONEK siap 24 jam untuk memberikan pelayanan terhadap ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir dengan komplikasi baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, bidan di desa, Puskesmas dan Puskesmas PONEK.

Penanganan definitif adalah penanganan/pemberian tindakan terakhir untuk menyelesaikan permasalahan setiap kasus komplikasi kebidanan.

Lingkup Pelayanan Rumah Sakit Ponek 24 Jam

Upaya Pelayanan PONEK:

- a. Stabilisasi di UGD dan persiapan untuk pengobatan definitif
- b. Penanganan kasus gawat darurat oleh tim PONEK RS di ruang tindakan
- c. Penanganan operatif cepat dan tepat meliputi laparotomi, dan sektio saesaria
- d. Perawatan intensif ibu dan bayi.
- e. Pelayanan Asuhan Ante Natal Risiko Tinggi

Ruang lingkup pelayanan kesehatan maternal dan neonatal pada PONEK terbagi atas 2 kelas, antara lain:

- a. Ponek Rumah Sakit Kelas C
  - 1) Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal Fisiologis
  - 2) Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal dengan Risiko Tinggi
  - 3) Pelayanan Kesehatan Neonatal
  - 4) Pelayanan Ginekologis
  - 5) Perawatan Khusus/High Care Unit dan Transfusi Darah
- b. Ponek Rumah Sakit Kelas B
  - 1) Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal Fisiologis

- 2) Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal dengan Risiko Tinggi
  - 3) Pelayanan Kesehatan Neonatal
  - 4) Pelayanan Ginekologis
  - 5) Perawatan Intensif Neonatal
- c. Pelayanan Penunjang Medik
- 1) Pelayanan Darah
    - a) Jenis Pelayanan
    - b) Tempat Pelayanan
    - c) Kompetensi
    - d) Sumber Daya Manusia
    - e) Ruang Pelayanan Darah
  - 2) Perawatan Intensif
    - a) Jenis Pelayanan
    - b) Tempat Pelayanan
    - c) Kompetensi
    - d) Sumber Daya Manusia
    - e) Ruang Pelayanan
  - 3) Pencitraan
  - 4) Laboratorium

## L. KRITERIA RUMAH SAKIT PONEK 24 JAM

- 1) Kriteria Umum Rumah Sakit Ponek
  - a) Ada dokter jaga yang terlatih di UGD untuk mengatasi kasus emergensi baik secara umum maupun emergency obstetrik neonatal.
  - b) Dokter, bidan dan perawat telah mengikuti pelatihan tim PONEK di rumah sakit meliputi resusitasi neonatus, kegawat-daruratan obstetrik dan neonatus.
  - c) Mempunyai Standar Operating Prosedur penerimaan dan penanganan pasien kegawat-daruratan obstetrik dan neonatal.
  - d) Kebijakan tidak ada uang muka bagi pasien kegawat-daruratan obstetrik dan neonatal.
  - e) Mempunyai prosedur pendelegasian wewenang tertentu.
  - f) Mempunyai standar respon time di UGD selama 10 menit, di kamar bersalin kurang dari 30 menit, pelayanan darah kurang dari 1 jam.
  - g) Tersedia kamar operasi yang siap (siaga 24 jam) untuk melakukan operasi, bila ada kasus emergensi obstetrik atau umum.
  - h) Tersedia kamar bersalin yang mampu menyiapkan operasi dalam waktu kurang dari 30 menit.

- i) Memiliki kru/awak yang siap melakukan operasi atau melaksanakan tugas sewaktu-waktu, meskipun *on call*.
  - j) Adanya dukungan semua pihak dalam tim pelayanan PONEK, antara lain dokter kebidanan, dokter anak, dokter/petugas anestesi, dokter penyakit dalam, dokter spesialis lain serta dokter umum, bidan dan perawat.
  - k) Tersedia pelayanan darah yang siap 24 jam.
  - l) Tersedia pelayanan penunjang lain yang berperan dalam PONEK, seperti Laboratorium dan Radiologi selama 24 jam, *recovery room* 24 jam, obat dan alat penunjang yang selalu siap tersedia.
  - m) Perlengkapan
    - Semua perlengkapan harus bersih (bebas, debu, kotoran, bercak, cairan dll)
    - Permukaan metal harus bebas karat atau bercak
    - Semua perlengkapan harus kokoh (tidak ada bagian yang longgar atau tidak stabil)
    - Permukaan yang dicat harus tух dan bebas dari goresan besar
    - Roda perlengkapan (jika ada) harus lengkap dan berfungsi baik
    - Instrumen yang siap digunakan harus disterilisasi
    - Semua perlengkapan listrik harus berfungsi baik (saklar, kabel dan steker menempel kokoh)
  - n) Bahan

Semua bahan harus berkualitas tinggi dan jumlahnya cukup untuk memenuhi kebutuhan unit ini.
- 2) Kriteria Khusus
- a) Sumber Daya Manusia

Memiliki tim PONEK esensial yang terdiri dari:

    1. 1 dokter Spesialis Kebidanan Kandungan
    2. 1 dokter spesialis anak
    3. 1 dokter di Unit Gawat Darurat
    4. 3 orang bidan (1 koordinator dan 2 penyelia)
    5. 2 orang perawat
  - b) Tim PONEK Ideal ditambah:
    1. 1 Dokter spesialis anestesi/perawat anestesi
    2. 6 Bidan pelaksana
    3. 10 Perawat (tiap shift 2-3 perawat jaga)
    4. 1 Petugas laboratorium
    5. 1 pekarya kesehatan
    6. 1 Petugas administrasi

## c) Prasarana dan sarana

Dalam rangka Program Menjaga Mutu pada penyelenggaraan PONEK harus dipenuhi hal-hal sebagai berikut:

- a. Ruang rawat inap yang leluasa dan nyaman
- b. Ruang tindakan gawat darurat dengan instrumen dan bahan yang lengkap
- c. Ruang pulih/observasi pasca tindakan
- d. Protokol pelaksanaan dan uraian tugas pelayanan termasuk koordinasi internal

## 3) Manajemen

Direktur RS melaksanakan komitmen untuk menyelenggarakan program PONEK menyelaraskan program RS untuk mendukung program PONEK dalam bentuk SK. Direktur 42 Pedoman Rumah Sakit Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif.

## 4) Sistem Informasi

PONEK merupakan suatu program pelayanan dimana setiap unsur tim yang ada di dalamnya melakukan fungsi yang berbeda, sangat membutuhkan keterpaduan, kecepatan dan ketepatan.

Informasi yang ditujukan kepada peningkatan mutu, cakupan dan efektifitas layanan kepada masyarakat. Keberadaan sistem informasi ditujukan untuk mendukung proses pelaksanaan kegiatan pelayanan di rumah sakit dalam rangka pencapaian misi yang ditetapkan.

Sistem informasi dimaksud pada PONEK adalah:

- a. Sistem informasi sehubungan dengan PONEK yang sejalan dengan visi dan misi rumah sakit
- b. Sistem informasi yang dapat mengintegrasikan seluruh data penting dari kamar bersalin dan ruang neonatal yang melaksanakan PONEK yang dapat diakses secara transparan melalui workstation.
- c. Sistem informasi yang mampu memberikan peningkatan mutu pelayanan PONEK bagi pasien, yaitu dengan tersedianya data PONEK yang lengkap dan akurat.
- d. Sistem informasi yang dapat mendukung mekanisme pemantauan dan evaluasi.
- e. Sistem informasi yang dapat membantu para pengambil keputusan dengan adanya ketersediaan data yang lengkap, akurat dan tepat waktu.
- f. Sistem informasi yang dapat mendukung kegiatan operasional (rutin) serta dapat meminimalkan pekerjaan yang kurang memberikan nilai tambah,



meningkatkan kecepatan aktivitas rumah sakit serta dapat menciptakan 'titik kontak tunggal' atau 'case manager' bagi pasien.

- g. Sistem informasi yang dapat memberdayakan karyawan (*empowering*).
- h. Sistem informasi yang dapat mengakomodasi aktivitas yang dibutuhkan untuk keperluan penelitian dan pengembangan keilmuannya di bidang obstetri dan ginekologi dengan ketersediaan teknologi informasi yang mampu untuk memperoleh, mentransmisikan, menyimpan, mengolah atau memproses dan menyajikan informasi dan data baik data internal maupun data eksternal.

## RANGKUMAN

PONED merupakan kepanjangan dari Pelayanan Obstetri Neonatus Essensial Dasar. PONED dilakukan di Puskesmas induk dengan pengawasan dokter. Petugas kesehatan yang boleh memberikan PONED yaitu dokter, bidan, perawat dan tim PONED Puskesmas beserta penanggung jawab terlatih.

PONEK merupakan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif di Rumah Sakit, meliputi kemampuan untuk melakukan tindakan yaitu seksia sesaria, histerektomi, reparasi ruptura uteri, cedera kandung/saluran, perawatan intensif ibu dan neonatal, tranfusi darah.

RS PONEK 24 Jam adalah RS yang memiliki kemampuan serta fasilitas PONEK siap 24 jam untuk meberikan pelayanan terhadap ibu hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir dengan komplikasi baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, bidan di desa, Puskesmas dan Puskesmas PONED. merupakan acuan operasional bagi Tim PONEK dan pelaksana program di lapangan. Pedoman ini memuat beberapa hal yang perlu dipenuhi oleh Rumah Sakit sebagai fasilitas rujukan yang bertanggung jawab dalam penyediaan sarana pelayanan obstetri dan neonatal.

# BAB 11

## MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT (MTBS)

### A. PENGERTIAN MANAJEMEN TERPADU BALITA SAKIT (MTBS)

MTBS singkatan dari Manajemen Terpadu Balita Sakit atau *Integrated Management of Childhood Illnes* (IMCI dalam bahasa Inggris) adalah suatu pendekatan yang terintegrasi/terpadu dalam tatalaksana balita sakit dengan fokus kepada kesehatan anak usia 0-5 tahun (balita) secara menyeluruh. MTBS bukan merupakan suatu program kesehatan tetapi suatu pendekatan/cara menata laksana balita sakit. Kegiatan MTBS merupakan upaya yang ditunjukkan untuk menurunkan kesakitan dan kematian sekaligus meningkatkan kualitas pelayaann kesehatan anak balita di unit rawat jalan kesehatan dasar seperti Puskesmas, Pustu, Polindes, dll.

Bila dilaksanakan dengan baik, upaya ini tergolong lengkap untuk mengantisipasi penyakit-penyakit yang sering menyebabkan kematian balita. Dikatakan lengkap karena meliputi upaya kuratif (pengobatan), prefentif (pencegahan), perbaikan gizi, imunisasi dan konseling (promotif). Badan Kesehatan WHO telah mengakui bahwa pendekatan MTBS sangat cocok diterapkan di negara-negara berkembang dalam upaya menurunkan kematian, kesakitan dan kecacatan pada bayi dan balita.

Peraktek MTBS memiliki 3 komponen has yang menguntungkan yaitu:

- a. Meningkatkan keterampilan petugas kesehatan dalam tata laksana balita sakit (petugas kesehatan non dokter yang telah terlatih MTBS dapat memeriksa dan menangani pasien balita)

- b. Memperbaiki sistem kesehatan (banyak program kesehatan terintegrasi di dalam pendekatan MTBS)
- c. Memperbaiki praktek keluarga dan masyarakat dalam perawatan di rumah dan upaya pencarian pertolongan balita sakit (berdampak meningkatkan pemberdayaan masyarakat dalam pelayanan kesehatan).

## B. SEJARAH PENERAPAN MTBS DI INDONESIA

MTBS telah diadaptasi pada tahun 1997 atas kerjasama antara Kementerian Kesehatan RI, WHO, Unicef dan IDAI (Ikatan Dokter Anak Indonesia). Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) atau *Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI) adalah suatu pendekatan terpadu dalam tatalaksana balita sakit.

MTBS bukan merupakan program kesehatan, tetapi suatu standar pelayanan dan tatalaksana balita sakit secara terpadu di fasilitas kesehatan tingkat dasar. WHO memperkenalkan konsep pendekatan MTBS dimana merupakan strategi upaya pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan bayi dan anak balita di negara-negara berkembang.

## C. TUJUAN MTBS

- a. Menurunkan secara bermakna angka kematian dan kesakitan yang terkait penyakit tersering pada balita.
- b. Memberikan kontribusi terhadap pertumbuhan dan perkembangan kesehatan anak.

Menurut data Riskesdas tahun 2007, penyebab kematian perinatal 0-7 hari terbanyak adalah gangguan/kelainan pernapasan (35,9 %), prematuritas (32,4 %), sepsis (12,0 %). Kematian neonatal 7-29 hari disebabkan oleh sepsis (20,5 %), malformasi kongenital (18,1 %) dan pneumonia (15,4 %). Kematian bayi terbanyak karena diare (42 %) dan pneumonia (24 %), penyebab kematian balita disebabkan diare (25,2 %), pneumonia (15,5 %) dan DBD (6,8 %).

Penyakit-penyakit terbanyak pada balita yang dapat di tata laksana dengan MTBS adalah penyakit yang menjadi penyebab utama kematian, antara lain pneumonia, diare, malaria, campak dan kondisi yang diperberat oleh masalah gizi (malnutrisi dan anemia). Langkah pendekatan pada MTBS adalah dengan menggunakan algoritma sederhana yang digunakan oleh perawat dan bidan untuk mengatasi masalah kesakitan pada Balita. Bank Dunia, 1993 melaporkan bahwa MTBS merupakan intervensi yang *cost effective* untuk mengatasi masalah kematian balita yang disebabkan oleh Infeksi Pernapasan

Akut (ISPA), diare, campak malaria, kurang gizi, yang sering merupakan kombinasi dari keadaan tersebut.

Pendekatan MTBS di Indonesia pada awalnya dimanfaatkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di unit rawat jalan kesehatan dasar (Puskesmas dan jaringannya termasuk Pustu, Polindes, Poskesdes, dll). MTBS mengkombinasikan perbaikan tatalaksana kasus pada balita sakit (kuratif) dengan aspek gizi, imunisasi dan konseling (promotif dan preventif).

Agar penerapan MTBS dapat berjalan sebagaimana yang diharapkan, maka diperlukan langkah- langkah secara sistematis dan menyeluruh, meliputi pengembangan sistem pelatihan, pelatihan berjenjang, pemantauan pasca pelatihan, penjaminan ketersediaan formulir MTBS, ketersediaan obat dan alat, bimbingan teknis dan lain-lain.

Dari kedua survey di atas, menunjukkan bahwa kematian neonatal mendominasi penyebab kematian bayi dan balita. Puskesmas dikatakan sudah menerapkan MTBS apabila memenuhi kriteria melaksanakan/melakukan pendekatan MTBS minimal 60% dari jumlah kunjungan balita sakit dipuskesmas tersebut. Mengingat MTBS telah diterapkan di Indonesia sejak 1997 dan banyak pihak yang telah berkontribusi dalam pelatihan MTBS, tentunya banyak tenaga kesehatan yang telah dilatih MTBS dan banyak insitusi yang terlibat di dalamnya. Sudah banyak fasilitator dilatih MTBS dan para fasilitator ini sudah melatih banyak tenaga kesehatan, baik di tingkat desa dan puskesmas.

Keberhasilan penerapan MTBS tidak terlepas dari adanya monitoring pasca pelatihan, bimbingan teknis bagi perawat dan bidan, kelengkapan sarana dan prasarana pendukung pelaksanaan MTB termasuk kecukupan obat-obatan. Namun, hal tersebut seringkali dihadapkan pada keterbatasan alokasi dana, sehingga diperlukan suatu metode lain untuk meningkatkan keterampilan bidan dan perawat serta dokter akan MTBS melalui komputerisasi atau yang lebih dikenal dengan ICATT (*IMCI Computerize Adaptation Training Tools*), yaitu suatu aplikasi inovatif software berbasis komputer untuk MTBS yang mempunyai 2 tujuan:

- a. Untuk adaptasi pedoman MTBS
- b. Untuk pelatihan MTBS melalui komputer.

Mengapa MTBS sangat cocok di terapkan di puskesmas?

Pada sebagian besar balita sakit yang di bawa berobat ke puskesmas, keluhan tunggal kemungkinan terjadi, menurut data WHO, 3 dari 4 balita sakit sering kali memiliki banyak keluhan lain yang menyertai dan sedikitnya menderita 1 dari 5 penyakit tersering pada balita yang menjadi fokus MTBS. Pendekatan dapat mengakomodir hal ini karena dalam setiap pemeriksaan MTBS, semua aspek atau kondisi yang sering menyebabkan keluhan anak akan ditanyakan dan diperiksa.

Menurut Laporan Bank Dunia (1993), MTBS merupakan jenis intervensi yang *cost effective* yang memberikan dampak terbesar pada beban penyakit secara global. Bilah puskesmas menerapkan MTBS berarti turut membantu dalam upaya pemerataan pelayanan kesehatan dan membuka akses bagi seluruh lapisan masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang terpadu. Oleh karena itu, bilah dan bidan untuk mengatasi masalah kesakitan pada balita. Bank dunia 1993 melaporkan bahwa MTBS merupakan intervensi yang *cost effective* untuk mengatasi masalah kematian balita yang disebabkan oleh infeksi pernapasan Akut (ISPA), diare, campak, malaria, kurang gizi yang sering merupakan kombinasi dari keadaan tersebut.

Bagaimana cara menata laksana balita sakit dengan pendekatan MTBS?

Seorang balita sakit dapat di tangani dengan pendekatan MTBS oleh petugas kesehatan yang telah dilatih. Petugas memakai *tool* yang di sebut Algoritma MTBS untuk melakukan penilaian/pemeriksaan dengan cara menanyakan kepada orang tua/wali, apa saja keluhan/atau masalah anak kemudian memeriksa dengan cara “lihat atau dengar” atau “lihat atau diraba”. Setelah itu petugas akan mengklasifikasi semua gejala berdasarkan hasil tanya jawab atau pemeriksaan.

Contoh begitu sistematis dan terintegritasnya pendekatan MTBS, ketika anak sakit datang berobat, petugas kesehatan akan menanyakan kepada orang tua/wali secara berurutan, dimana dengan memeriksa tanda-tanda bahaya umum seperti:

- a. Apakah anak bisa minum/menyusui?
- b. Apakah anak anda selalu memuntahkan semuanya?
- c. Apakah anak menderita kejang?
- d. Kemudian petugas akan melihat/memeriksa apakah anak tampak letergis/tidak sadar?

Setelah itu petugas kesehatan akan menanyakan keluhan utama lain:

- a. Apakah anak menderita batuk atau susah bernafas?
- b. Apakah anak menderita diare?
- c. Apakah anak menderita demam?
- d. Apakah anak mempunyai masalah di telinga?
- e. Memeriksa status gizi?
- f. Memeriksa anemia?
- g. Memeriksa status imunisasi?
- h. Memeriksa status vitamin A
- i. Menilai masalah/keluhan-keluhan lain

Berdasarkan hasil penilaian hal-hal tersebut di atas, petugas akan melakukan langkah-langkah tindakan/pengobatan yang telah ditetapkan dalam penilaian/klasifikasi. Tindakan yang dilakukan dapat berupa:

- a. Mengajari ibu cara pemberian obat oral di rumah
- b. Mengajari ibu cara mengobati infeksi lokal di rumah
- c. Menjelaskan kepada ibu tentang aturan-aturan merawat anak sakit di rumah, misal aturan penanganan bab di rumah
- d. Memberikan konseling bagi ibu, misal: anjuran pemberian makanan selama anak sakit maupun dalam keadaan sehat
- e. Menasehati ibu kapan harus kembali kepada petugas kesehatan, dan lain-lain.

Perlu diketahui, untuk bayi yang berusia s/d 2 bulan, dipakai penilaian dan klasifikasi bagi bayi muda (0-2 bulan) Memakai Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM) yang merupakan bagian dari MTBS Penilaian dan klasifikasi bayi.

Pemeriksaan dan tindakan secara lengkap tentu tidak akan diuraikan di sini karena terlalu panjang. Sebagai gambaran, untuk penilaian dan tindakan/pengobatan bagi setiap balita sakit, pendekatan MTBS, memakai satu set bagian dinding yang ditempelkan di tembok ruangan pemeriksaan dan dapat memenuhi hampir tiap sisi tembok ruangan MTBS di puskesmas dan formulir pencetakan baik bagi bayi muda (0-2 bulan) maupun balita umur (2-5 tahun) sedangkan untuk pelatihan petugas, diperlukan satu paket buku yang terdiri dari tujuh buku modul, satu buku foto, satu bagian, satu set bagian dinding, serta satu buku Pedoman Fasilitator dengan lama pelatihan selama 6 hari ditambah pelajaran pada sesi malam.

Dinas kesehatan perlu memonitor secara berkala apakah puskesmas di wilayah kerjanya merupakan MTBS? Bila belum menerapkan, mungkin tenaga petugas kesehatan di sana perlu dilatih. Untuk itu perlu merencanakan kegiatan pelatihan MTBS dengan jadwal penuh seperti yang dipersyaratkan.

## **Penilaian dan Klasifikasi Bayi Muda Umur Kurang 2 Bulan**

Kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri infeksi pada bayi muda dapat terjadi pada secara sistemik atau lokal. Infeksi sistemik gejalanya tidak terlalu khas, umumnya menggambarkan gangguan fungsi organ seperti: gangguan kesadaran atau muntah, diare, demam atau hipotermi. Pada infeksi biasanya pada bagian yang terinfeksi teraba panas, bengkak, merah. Infeksi lokal yang sering terjadi pada bayi infeksi pada tali pusat, kulit, mata dan telinga

### **1. Kejang**

Kejang merupakan gejala kelainan susunan saraf pusat dan merupakan kegawat-daruratan. Kejang pada bayi muda umur  $\leq 2$  hari berhubungan dengan asfiksia, trauma lahir dan kelainan bawaan dan jika lebih 2 hari dikaitkan dengan tetanus neonatorium.

- a) Tanya: adakah riwayat kejang? Tanyakan ke ibu dan gunakan dan bahasa atau istilah lokal yang mudah dimengerti ibu
  - b) Lihat: apakah bayi tremor dengan atau tanpa kesadaran menurun? Tremor atau gemetar adalah gerakan halus yang konstan, tremor disertai dengan kesadaran menurun menunjukkan kejang. Kesadaran menurun dapat dinilai dengan melihat respon bunyi pada saat bayi di buka akan terbangun.
  - c) Lihat: apakah ada gerakan yang tidak terkendali? Dapat berupa gerakan berulang pada mulut, gerakan bola mata cepat, gerakan tangan dan kaki berulang pada satu sisi.
  - d) Lihat apakah mulut bayi mencucu?
  - e) Lihat dan raba: apakah bayi kaku seluruh tubuh dengan atau tanpa rangsangan. Mulut mencucu seperti mulut ikan merupakan tanda yang cukup khas pada tetanus neonatorum
  - f) Dengar: apakah bunyi menangis tiba-tiba? Biasanya menunjukkan ada proses tekanan intra kranial atau kerusakan susunan saraf pusat lainnya.
2. Bayi tidak bisa minum dan memuntahkan
- Bayi menunjukkan tanda tidak bisa minum atau menyusui jika bayi terlalu lemah untuk minum atau tidak bisa menghisap dan menelan. Bayi mempunyai tanda memuntahkan semua jika bayi sama sekali tidak dapat menelan apapun.
3. Gangguan napas
- Pola napas bayi muda tidak teratur (normal 30-59 kali per menit) jika  $< 30$  kali per menit atau  $\geq$  dari 60 kali permenit menunjukkan ada gangguan napas, biasanya disertai tanda atau gejala bunyi bayi biru (sianosis), tarikan dinding dada yang sangat kuat (dalam sangat kuat mudah terlihat dan menetap) pernapasan cuping hidung serta dengar suara merintih (napas pendek menandakan kesulitan bernapas).
4. Hipertermia
- Suhu normal 35,5-37,5 C jika suhu  $< 35,5$  C disebut hipotermi berat yang mengidentifikasi infeksi berat sehingga harus segera dirujuk, suhu 35,5-36,0  $^{\circ}$ C disebut hipotermi sedang dan suhu  $\geq 37,5$  disebut demam. Mengukur suhu dengan menggunakan thermometer pada aksiler selama 5 menit tidak dianjurkan rektal karena dapat mengakibatkan perlukaan rektal.
5. Infeksi bakteri lokal
- Infeksi bakteri lokal yang sering terjadi adalah infeksi pada kulit, mata dan pusar. Pada kulit apakah ada tanda gejala bercak merah, benjolan berisi tanah di kulit. Pada mata terlihat bernanah, berat ringannya dilihat dari produksi nanah dan mata bengkak. Pusar kemerahan atau bernanah (kemerahan meluas ke kulit daerah perut berbau, bernanah) berarti bunyi mengalami infeksi berat.

- a) Menilai diare  
Ibu mudah mengenal diare karena perubahan bentuk tinja yang tidak seperti biasanya dan frekuensi beraknya lebih sering dibandingkan biasanya. Biasanya bayi dehidrasi rewel dan gelisah dan jika berlanjut bayi menjadi latergis atau tidak sadar, karena bayi kehilangan cairan matanya menjadi cekung dan jika dicubit kulit akan kembali dengan lambat atau sangat lambat. Cubit perut dengan menggunakan ibu jari dan telunjuk lihat apakah kulit itu kembali dengan sangat lambat (lebih dari 2 detik), lambat atau segera.
- b) Ikterus  
Ikterus merupakan perubahan warna kulit atau selaput mata menjadi kekuningan sebagian besar (80%) akibat penumpukan bilirubin (hasil pemecahan sel darah merah) sebagian lagi karena tidak kecocokan golongan darah ibu dan bayi. Peningkatan kadar bilirubin dapat diakibatkan oleh pembentukan yang berlebihan atau ada gangguan pengeluaran ikterus dapat berupa fisiologik dan patologik (hiperbilirubin mengakibatkan gangguan daraf pusat).
- c) Kemungkinan berat badan rendah dan atau masalah pemberian ASI merupakan hal yang penting bagi pertumbuhan dan perkembangan pada bayi 6 bulan pertama kehidupannya, jika ada masalah pemberian ASI maka bayi akan kekurangan gizi dan muda terkena penyakit.  
Tanyakan: apakah IMD dilakukan, apakah ada kesulitan menyusui, apakah bayi diberi ASI dan berapa kali dalam 24 jam, apakah bayi diberi selain ASI.  
Lihat: apakah ada bercak putih di mulut adakah celah bibir/di langit-langit.  
Timbang dan menentukan BB menurut umur dipakai standar WHO tahun 2005 yang berbeda untuk laki-laki dan perempuan. Bayi muda dengan berat badan rendah yang memiliki BB menurut umur  $< -3$  SD (di bawah garis merah), antara  $-2$  dan  $-3$  SD (BB pada pita kuning),  $> -2$  SD (tidak ada masalah BB rendah).  
Penilaian cara pemberian ASI (jika ada kesulitan pemberian ASI/diberi ASI kurang dari 8 jam dalam 24 jam, diberi selain ASI, BB rendah menurut umur).  
(1) Apakah bayi diberi ASI dalam 1 jam terakhir jika tidak sarankan ibu untuk menyusui, jika ia menunggu bayi mau menyusui lagi, amati pemberian ASI.  
(2) Lihat bayi menyusu dengan baik (posisi bayi benar, melekat dengan baik, menghisap dengan efektif).
- d) Memeriksa status atau penyuntikan vitamin K1  
Karena sistem pembekuan darah pada bayi baru lahir belum sempurna maka semua bayi yang berisiko mengalami perdarahan (HDN=*haemorrhagic Diaeses*



of the Newborn). Perdarahan bisa ringan atau berat berupa perdarahan pada kejadian pasca imunisasi ataupun perdarahan intelektual dan untuk mencegah di atas maka semua bayi disuntikan vit K1 setelah proses IMD dan sebelum pemberian imunisasi HbO.

e) Memeriksa status imunisasi

Penularan hipertensi pada bayi dapat terjadi secara vertikal (ibu ke bayi pada saat persalinan) dan horizontal (penularan orang lain). Dan untuk mencegah terjadinya infeksi vertikal bayi harus di imunisasi HB sedini mungkin. Imunisasi HB0 diberikan (0-7 hari) di paha kanan selain itu bayi harus mendapatkan imunisasi BCG di lengan kiri dan polio diberikan 2 tetes oral yang dijadwalkannya disesuaikan dengan tempat lahir.

f) Tindakan dan pengobatan

Bayi muda yang termasuk klasifikasi merah memerlukan rujukan segera ke fasilitas masyarakat yang lebih baik dan sebelum rujuk lakukan pengobatan pra rujukan dan minta *informet consen*. Klasifikasi kuning dan hijau tidak memerlukan rujukan.

Klasifikasi berat (warna merah muda) memerlukan rujukan segera tetap melakukan pemeriksaan dan lakukan penanganan segera rujukan tidak terlambat, contoh:

1. Penyakit sangat berat atau infeksi sangat berat
2. Ikterus berat
3. Diare dehidrasi berat
4. Tindakan/pengobatan pra rujukan.

## RANGKUMAN

MTBS adalah suatu pendekatan pelayanan terhadap balita sakit yang dikembangkan oleh WHO. Dengan MTBS dapat ditangani secara lengkap kondisi kesehatan balita pada tingkat pelayanan kesehatan dasar, yang memfokuskan secara integrative aspek kuratif, preventif dan promotif termasuk pemberian nasihat kepada ibu sebagai bagian dari pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan kesehatan anak.

Pemberian antibiotika sangat selektif sesuai klasifikasi yang akhirnya dapat menekan biaya pengobatan. Melihat keunggulan tersebut maka dapatlah dimengerti mengapa Indonesia termasuk salah satu pengguna dini dari pendekatan MTBS ini, bahkan Indonesia sekarang sudah sampai tahap pemantapan implementasi.

# DAFTAR PUSTAKA

- Aprilia Asri R, 2009, *Pelatihan Program Kesehatan Balita Bagi Penanggung Jawab Program Kesehatan Anak*, Bogor.
- Azrul Aswar, 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi Ketiga, Binarupa Aksara, Jakarta.
- Badan Pusat Statistik, 2009, *Survei Sosial Ekonomi Nasional*, Jakarta.
- Bank Indonesia, 2009, *Laporan Perekonomian Indonesia*, 2009, Jakarta.
- BAPPENAS, 2010, *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia*, ISBN-979 3764-64-1.
- Budiman, Arief. *Pembagian Kerja Secara Seksual*, Surabaya.
- Departemen Kesehatan RI, 2004, *Sistem Kesehatan Nasional*, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2005. *Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Komprehensif*.
- Departemen Kesehatan RI, 2008, *Modul MTBS Revisi*.
- Departemen Kesehatan RI. (2006) *Modul Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik (PMKK) Perawat & Bidan*. Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, (2008) *Modul Materi Komponen Dasar*
- Departemen Kesehatan RI. 2005. *Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar*.
- Departemen Kesehatan RI. (1997) *Instrumen Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit*. Direktorat Jendral Pelayanan Medik, Direktorat RSU dan Pendidikan, Jakarta.

- Departemen Kesehatan RI., WHO., PMPK-UGM. (2003) *Implementasi Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinik untuk Perawat dan Bidan di Rumah Sakit Dan Puskesmas*. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Depkes RI. 2006. *Petunjuk Teknis Pengembangan dan Penyelenggaraan Poskesdes*. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes RI. 2006. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes RI. 2006. *Pengamatan Epidemiologi Sederhana*. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes RI. 2002. *Pendekatan K masyarakatan*. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes RI. 2006. *Pedoman Pelaksanaan Pengembangan Desa Siaga, Pusat Promosi Kesehatan*. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI, 2006, *Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu*, Jakarta.
- Direktorat Bina Gizi, 2011, *Buku Panduan Posyandu Menuju Keluarga Sadar Gizi*.
- Departemen Kesehatan RI, 2001, *Rumah Tangga Sehat Dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat*.
- Dinas Kesehatan RI, 2001, *Buku Saku Pelaksanaan PHBS Bagi Masyarakat di Wilayah Kecamatan*.
- Donabedian, A. (1982) *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*.
- Effendy Nasrul, 1998, *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*, EGC, Jakarta.
- Eka Prasetyawati, Arsita, 2011. *Ilmu Kesehatan Masyarakat untuk Kebidanan Holistik*, Nuha Medika, Yogyakarta.
- Fakultas Ilmu Keperawatan UI, 1997, *Pendidikan Sarjana Keperawatan*, FIK-UI, Jakarta.
- Fakih, Mansour, DR, 1997, *Analisis Gender dan Transformasi Sosial*, Bandung.
- Hamid AY, 1995, *Peranan Perawat Dalam Menunjang Keberhasilan Hubungan Dokter-Pasien*. *Kongres Obstetri dan Ginekologi Indonesia IX*. Jakarta.
- Ibrahim, Idi Sumandy dan Hanif Suranto, 1998, *Wanita dan Media*, Bandung.
- Illich, Ivan 1998, *Matinya Gender*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Kebijakan Pelayanan Ibu dan Perinatal di Indonesia. Jakarta.
- Kebidanan Komunitas Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran.
- Kependudukan dan Biostatik FKM USU, *Posyandu Sebagai Sarana Pesan serta Masyarakat dalam UPKMA*.
- Mosse, Julia Cleves, 1996, *Gender dan Pembangunan*, Yogyakarta.
- Notoadmodjo, 2003, *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nursalam, 2008, *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.
- Ratna Siwi Fatmawati, 2010, *Gender, Kesehatan dan Pelayanan Kesehatan*, Jakarta.
- Ruchidat, dkk, 2005, *Hidup Sehat dan Bahagia*, Ikhtiar Publishing, Bandung.
- Yusuf, Syamsu, 2009, *Psikologi Anak dan Remaja*, PT. Remaja Rosdakarya, Bandung.
- SPMCK, Dinas Kesehatan Kabupaten Sleman, Yogyakarta.



