

MODUL TEORI
PELAYANAN KEBIDANAN DALAM SISTEM
PELAYANAN KESEHATAN



Disusun Oleh :
ASMARIYAH, S.ST., M.Keb
NOVIANTI, S.ST., M.Keb

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU
PENGETAHUAN ALAM
UNIVERSITAS BENGKULU

LEMBAR PENGESAHAN

**Modul Teori Pelayanan Kebidanan dalam Sistem Pelayanan Kesehatan ini sah
untuk digunakan di Program Studi Pendidikan Profesi Bidan
Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas
Bengkulu**

Disahkan oleh :

Ketua Program Studi

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Yetti Purnama', enclosed within a thin black rectangular border.

Yetti Purnama, S.ST.,M.Keb

NIP: 197705302007012007

Visi dan Misi

PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI BIDAN
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM

Visi

Menghasilkan Lulusan Profesi Bidan yang Berbudaya, Unggul dan Profesional Dalam Menjalankan Praktik Kebidanan Holistik Berdasarkan *Evidence Based Midwifery* dengan Penerapan *Interprofessional Education*

Misi

1. Menyelenggarakan dan mengembangkan pendidikan akademik dan profesi bidan yang berbudaya, unggul dan profesional pada pelayanan kebidanan holistik berdasarkan *evidence based midwifery* dengan menerapkan Interprofessional Education (IPE)
2. Meningkatkan kualitas penelitian dan publikasi ilmiah yang berkontribusi pada IPTEK dan *evidence based midwifery* melalui pendekatan lintas profesi (*Interprofessional Collaboration/IPC*)
3. Menyebarkan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui kegiatan pengabdian masyarakat bidang asuhan kebidanan yang berorientasi pada pengembangan kesehatan masyarakat khususnya kesehatan ibu dan anak.
4. Menerapkan sistem tata kelola yang dapat dipertanggungjawabkan;
5. Meningkatkan kerjasama bidang pendidikan dan penelitian dengan berbagai institusi tingkat nasional dan internasional

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis haturkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan karunia-Nya yang tak terhingga sehingga penulis dapat menyelesaikan Modul teori dengan Judul “Pelayanan Kebidanan Dalam Sistem Pelayanan Kesehatan”. Penulisan Modul ini bertujuan untuk memenuhi kebutuhan pembelajaran baik bagi dosen maupun mahasiswa. Adanya Modul ini diharapkan dapat menjadi referensi, meningkatkan motivasi dan suasana akademik yang menyenangkan bagi mahasiswa karena sistematika yang terstruktur sesuai dengan tujuan pembelajaran.

Modul ini dapat terselesaikan atas bantuan dari berbagai pihak, untuk itu penyusun mengucapkan terimakasih kepada:

1. Rektor Universitas Bengkulu
2. Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Bengkulu
3. Koordinator Program Studi Sarjana Kebidanan FMIPA Universitas Bengkulu
4. Tim Dosen.
5. Semua pihak yang telah membantu terselesaikannya buku pedoman ini.

Penulis berharap semoga Modul ini dapat bermanfaat bagi semua pihak. Masukan dan saran yang konstruktif selalu diharapkan untuk kesempurnaan dimasa yang akan datang.

Penulis

BAB I

STRATEGI DALAM PENINGKATAN KESEHATAN MASYARAKAT

A. PENDAHULUAN

1. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah mempelajari BAB I diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan secara konsep:

- a. Faktor Determinan dalam kesehatan
- b. Pelayanan kesehatan primer dalam sistem pelayanan kesehatan

2. Entry Behaviour

Menjelaskan tentang strategi dalam peningkatan kesehatan masyarakat

3. Keterkaitan dengan Materi lain

Memahami BAB I akan memudahkan mahasiswa mempelajari Pelayanan Kebidanan dalam sistem pelayanan kesehatan .

4. Pentingnya Mempelajari Isi BAB I

Memahami bagaimana dalam menerapkan Pelayanan Kebidanan dalam sistem pelayanan kesehatan

5. Petunjuk Mempelajari Isi BAB

- a. Bacalah tujuan mempelajari isi BAB ini dan kemampuan yang harus dicapai
- b. Baca dan pahami setian isi BAB
- c. Tanyakan pada dosen pengampu bila ada hal hal yang perlu diklarifikasi atau memerlukan pemahaman lebih lanjut
- d. Buatlah ringkasan tiap sub BAB agar melatih kemampuan memahami hal hal yang penting

6. Jawab dan isi pertanyaan yang telah disediakan

- a. Jelaskan dasar hukum pelayanan kebidanan dan Kesehatan di Indonesia
- b. Jelaskan sejarah Pelayanan Kesehatan di Indonesia

B. PENYAJIAN MATERI

STRATEGI DALAM PENINGKATAN KESEHATAN MASYARAKAT

Strategi dalam peningkatan kesehatan masyarakat, salah satunya adalah dengan promosi kesehatan. Promosi kesehatan adalah salah satu bentuk upaya pelayanan kesehatan yang berorientasi pada penyampaian informasi tentang kesehatan guna penanaman pengetahuan tentang kesehatan sehingga tumbuh kesadaran untuk hidup sehat. Salah satu tujuan dan untuk melakukan promosi kesehatan yang diselenggarakan, mendukung tumbuhnya gerakan hidup sehat di masyarakat, serta meningkatkan mutu layanan kesehatan yang dapat memberikan kepuasan pada masyarakat.

Maka dari itu perlu dilakukan strategi pendekatan pada promosi kesehatan agar tujuan yang dicanangkan dapat terealisasi. Strategi ialah upaya bagaimana mewujudkan tujuan promosi kesehatan atau cara pendekatan agar tujuan promkes tercapai secara efektif dan efisien. Strategi promosi kesehatan diarahkan untuk:

1. Mengembangkan kebijakan guna mewujudkan masyarakat yang sehat
2. Membina suasana, iklim, dan lingkungan yang mendukung
3. Memperkuat, mendukung, dan mendorong kegiatan masyarakat
4. Strategi promosi kesehatan diarahkan untuk: Memperkuat, mendukung, dan mendorong kegiatan masyarakat, Meningkatkan kemampuan dan keterampilan perorangan, Mengupayakan pembangunan kesehatan yang lebih memberdayakan masyarakat

Terdapat dua Strategi Promokes, yaitu:

1. Strategi Global menurut WHO (1984)
2. Strategi Promkes berdasarkan Piagam Ottawa

PENDEKATAN PROMKES MENURUT STRATEGI GLOBAL

Strategi global promosi kesehatan diperkenalkan oleh *World Health Organization* (WHO) pada tahun 1984, di mana ada tiga strategi pokok untuk mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan yaitu Advokasi, Dukungan Sosial (*Social Support*), dan Pemberdayaan Masyarakat (*Empowerment*).

1. Advokasi

Melakukan pendekatan atau lobi (*lobbying*) dengan para pembuat keputusan agar mereka menerima *committed* dan akhirnya mereka bersedia mengeluarkan kebijakan atau keputusan-keputusan untuk membantu dan mendukung program yang akan dilaksanakan. Kegiatan ini disebut advokasi. Dengan kata lain, advokasi dapat diartikan sebagai upaya pendekatan (*approaches*) terhadap orang lain yang dianggap mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program atau kegiatan yang dilaksanakan. Dalam pendidikan kesehatan para pembuat keputusan baik di tingkat pusat maupun daerah disebut sasaran tersier. Bentuk kegiatan advokasi bias dilakukan secara formal dan informal. Bentuk kegiatan advokasi antara lain adalah sebagai berikut :

a. Lobi politik (*political lobbying*)

Lobi adalah berbincang-bincang secara informal dengan para pejabat untuk menginformasikan dan membahas masalah dan program kesehatan yang akan dilaksanakan. Langkah-langkah yang akan dilaksanakan dimulai dari penyampaian masalah kesehatan yang ada, dampak dari masalah kesehatan, kemudian solusi untuk mengatasi masalah kesehatan tersebut. Pada saat lobi harus disertai data yang akurat (*evidence based*) tentang masalah kesehatan tersebut.

b. Seminar dan atau presentasi

Seminar atau persentasi menyajikan masalah kesehatan di hadapan para pembuat keputusan baik lintas program maupun lintas sektoral. Penyajian masalah kesehatan disajikan secara lengkap dengan data dan ilustrasi yang menarik, serta rencana program dan pemecahannya. Kemudian masalah tersebut dibahas bersama-sama dan pada akhirnya akan diperoleh komitmen dan dukungan terhadap program yang akan dilaksanakan.

c. Media

Advokasi media adalah melakukan kegiatan advokasi dengan menggunakan media, khususnya media massa (media cetak dan media elektronik). Masalah kesehatan disajikan dalam bentuk tulisan dan gambar, berita, diskusi interaktif, dan sebagainya. Media massa mempunyai

kemampuan yang kuat untuk membentuk opini publik dan dapat mempengaruhi bahkan merupakan tekanan (*pressure*) terhadap para penentu kebijakan dan para pengambil keputusan.

d. Perkumpulan (asosiasi) peminat

Asosiasi atau perkumpulan orang-orang yang mempunyai minat atau keterkaitan terhadap masalah tertentu, termasuk juga perkumpulan profesi. Misalnya perkumpulan masyarakat peduli AIDS, kemudian kelompok ini melakukan kegiatan-kegiatan untuk menanggulangi AIDS. Kegiatan tersebut dapat memberikan dampak terhadap kebijakan-kebijakan yang diambil para birokrat di bidang kesehatan dan para pejabat lain untuk peduli HIV/AIDS.

Advokasi adalah kegiatan untuk meyakinkan para penentu kebijakan atau para pembuat keputusan sehingga mereka memberikan dukungan, baik kebijakan, fasilitas, maupun dana terhadap program yang ditawarkan. Oleh sebab itu, ada beberapa hal yang dapat memperkuat argumentasi pada saat melakukan advokasi, yaitu sebagai berikut :

a. Meyakinkan (*credible*)

Program yang ditawarkan harus meyakinkan para penentu kebijakan dan pembuat keputusan. Oleh karena itu, harus didukung oleh data dari sumber yang dapat dipercaya. Dengan kata lain program yang diajukan harus didasari oleh permasalahan yang utama dan factual artinya masalah tersebut memang ditemukan di lapangan dan penting untuk segera diatasi. Kalau tidak diatasi akan membawa dampak yang lebih besar dari masyarakat.

b. Layak (*feasible*)

Program yang diajukan harus tersebut secara teknis, politik, dan ekonomi harus memungkinkan atau layak. Layak secara teknis artinya program tersebut dapat dilaksanakan dengan sarana dan prasarana yang tersedia. Layak secara politik artinya program yang diajukan tidak akan membawa dampak politik pada masyarakat. Layak secara ekonomi artinya program tersebut didukung oleh dana yang cukup, dan apabila program tersebut merupakan program layanan, maka masyarakat mampu membayarnya

c. Relevan (*relevant*)

Program yang diajukan tersebut minimal harus mencakup dua kriteria yaitu memenuhi kebutuhan masyarakat dan benar-benar dapat memecahkan masalah yang dirasakan masyarakat. Oleh sebab itu semua program harus ditujukan untuk menyejahterakan masyarakat dengan cara membantu pemecahan masalah masyarakat dan memenuhi kebutuhan masyarakat.

d. Penting (*urgent*)

Program yang diajukan tersebut harus mempunyai urgensi yang tinggi dan harus segera dilaksanakan, kalau tidak akan menimbulkan masalah yang lebih besar lagi. Oleh sebab itu, program yang diajukan adalah program yang paling penting di antara program-program yang lain.

e. Prioritas tinggi (*high priority*)

Program mempunyai prioritas tinggi apabila *feasible* baik secara teknis, politik maupun ekonomi, relevan dengan kebutuhan masyarakat dan mampu memecahkan masalah kesehatan masyarakat

2. Dukungan Sosial (*Social support*)

Dukungan sosial ialah menjalin kemitraan untuk pembentukan opini publik dengan berbagai kelompok opini yang ada di masyarakat seperti tokoh masyarakat, tokoh agama, lembaga swadaya masyarakat, dunia usaha / swasta media massa, organisasi profesi, pemerintah, dll. Bina suasana dilakukan untuk sasaran sekunder atau petugas pelaksana di berbagai tingkat administrasi (dari pusat hingga desa).

Strategi dukungan sosial adalah suatu kegiatan untuk mencari dukungan social melalui tokoh masyarakat, baik formal maupun informal. Kegiatan promkes memperoleh dukungan sosial atau bina suasana dari tokoh masyarakat atau tokoh keluarga sehingga dapat menjembatani antara pengelola promkes dengan masyarakat. Kegiatan mencari dukungan sosial melalui tokoh masyarakat pada dasarnya adalah mensosialisasikan program- program kesehatan agar masyarakat mau menerima dan berpartisipasi terhadap program kesehatan.

Oleh sebab itu, strategi ini dapat dikatakan sebagai upaya bina suasana atau membina suasana yang kondusif terhadap kesehatan yaitu upaya untuk membuat suasana atau iklim yang kondusif atau menunjang pembangunan kesehatan sehingga masyarakat terdorong untuk melakukan perilaku hidup bersih dan sehat. Beberapa bentuk kegiatan tersebut adalah pelatihan-pelatihan para tokoh masyarakat, seminar, lokakarya, pendidikan / penyuluhan, sarasehan, pertemuan berkala, kunjungan lapangan, *study banding* dan sebagainya. Sasaran pada dukungan social adalah sasaran sekunder, misalnya tokoh masyarakat dan tokoh keluarga.

3. Pemberdayaan Masyarakat (*Empowerment*)

Pemberdayaan masyarakat adalah mengembangkan kemampuan masyarakat agar dapat berdiri sendiri, serta memiliki keterampilan untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan mereka sendiri. Pemberdayaan adalah strategi promosi kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat langsung. Tujuan utama pemberdayaan adalah mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (visi promosi kesehatan). Bentuk kegiatan pemberdayaan ini dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan, antara lain: penyuluhan kesehatan, pengorganisasian dan pengembangan masyarakat dalam bentuk misalnya: koperasi, pelatihan-pelatihan untuk kemampuan peningkatan pendapatan keluarga (*income generating skill*). Sasaran pemberdayaan masyarakat adalah sasaran primer. Dengan meningkatnya kemampuan ekonomi keluarga akan berdampak terhadap kemampuan dalam pemeliharaan kesehatan mereka, misalnya: terbentuknya dana sehat, terbentuknya pos obat desa, berdirinya polindes, dan sebagainya. Kegiatan-kegiatan semacam ini di masyarakat sering disebut "gerakan masyarakat" untuk kesehatan.

STRATEGI BERDASARKAN OTAWA CHARTER

Konferensi Internasional Promosi Kesehatan di Ottawa Canada pada tahun 1986 menghasilkan Piagam Ottawa (*Ottawa Charter*). Di dalam Piagam Ottawa tersebut dirumuskan pula strategi baru promosi kesehatan, yang mencakup 5 butir, yaitu:

1. Kebijakan Berwawasan Kebijakan (*Healthy Public Policy*)

Adalah suatu strategi promosi kesehatan yang ditujukan kepada para penentu atau pembuat kebijakan, agar mereka mengeluarkan kebijakan-kebijakan publik yang mendukung atau menguntungkan kesehatan. Dengan perkataan lain, agar kebijakan-kebijakan dalam bentuk peraturan, perundangan, surat-surat keputusan, dan sebagainya, selalu berwawasan atau berorientasi kepada kesehatan publik. Misalnya, ada peraturan atau undang-undang yang mengatur adanya analisis dampak lingkungan untuk mendirikan pabrik, perusahaan, rumah sakit, dan sebagainya. Dengan perkataan lain, setiap kebijakan yang dikeluarkan oleh pejabat publik, harus memperhatikan dampaknya terhadap lingkungan (kesehatan masyarakat).

2. Lingkungan yang Mendukung (*Supportive Environment*)

Strategi ini ditujukan kepada para pengelola tempat umum, termasuk pemerintah kota, agar mereka menyediakan sarana-prasarana atau fasilitas yang mendukung terciptanya perilaku sehat bagi masyarakat, atau sekurang-kurangnya pengunjung tempat-tempat umum tersebut. Lingkungan yang mendukung kesehatan bagi tempat-tempat umum antara lain: tersedianya tempat sampah, tersedianya tempat buang air besar / kecil, tersedianya air bersih, tersedianya ruangan bagi perokok dan non-perokok, dan sebagainya. Dengan perkataan lain, para pengelola tempat-tempat umum, pasar, terminal, stasiun kereta api, bandara, pelabuhan, mall, dan sebagainya, harus menyediakan sarana-prasarana untuk mendukung perilaku sehat bagi pengunjungnya.

3. Reorientasi Pelayanan Kesehatan (*Reorient Health Services*)

Sudah menjadi pemahaman masyarakat pada umumnya, bahwa dalam pelayanan kesehatan itu ada "*provider*" dan "*consumer*". Penyelenggara (penyedia) pelayanan kesehatan adalah pemerintah dan swasta dan

masyarakat adalah sebagai pemakai atau pengguna pelayanan kesehatan. Pemahaman semacam ini harus diubah, harus direorientasi lagi, bahwa masyarakat bukan hanya sekadar pengguna atau penerima pelayanan kesehatan, tetapi sekaligus juga sebagai penyelenggara juga, dalam batas-batas tertentu. Realisasi dari reorientasi pelayanan kesehatan ini adalah, para penyelenggara pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta harus melibatkan, bahkan memberdayakan masyarakat agar mereka juga dapat berperan bukan hanya sebagai penerima pelayanan kesehatan, tetapi juga sekaligus sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat. Dalam mereorientasikan pelayanan kesehatan ini peran promosi kesehatan sangat penting.

4. Keterampilan individu (*Personel Skill*)

Kesehatan masyarakat adalah kesehatan agregat, yang terdiri dari individu, keluarga, dan kelompok-kelompok. Oleh sebab itu, kesehatan masyarakat akan terwujud apabila kesehatan individu-individu, keluarga-keluarga, dan kelompok-kelompok tersebut terwujud. Oleh sebab itu, strategi untuk mewujudkan keterampilan individu-individu (*personel skill*) dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan adalah sangat penting. Langkah awal dari peningkatan keterampilan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka ini adalah memberikan pemahaman-pemahaman kepada anggota masyarakat tentang cara-cara memelihara kesehatan, mencegah penyakit, mengenal penyakit, mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan profesional, meningkatkan kesehatan, dan sebagainya. Metode dan teknik pemberian pemahaman ini lebih bersifat individual daripada massa.

5. Gerakan Masyarakat (*Community Action*)

Untuk mendukung perwujudan masyarakat yang mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya seperti tersebut dalam visi promosi kesehatan ini, maka di dalam masyarakat itu sendiri harus ada gerakan atau kegiatan-kegiatan untuk kesehatan. Oleh sebab itu, promosi kesehatan harus mendorong dan memacu kegiatan-kegiatan di masyarakat dalam mewujudkan kesehatan mereka. Tanpa adanya kegiatan masyarakat di bidang kesehatan, niscaya terwujud perilaku yang kondusif untuk kesehatan,

atau masyarakat yang mau dan mampu memelihara serta meningkatkan kesehatan mereka.

LIMA PENDEKATAN PROMKES (*Similarly, Ewles dan Simnett (1999)*)

1. Pendekatan Medik

Tujuan dari pendekatan ini adalah kebebasan dari penyakit dan kecacatan yang didefinisikan secara medic, seperti penyakit infeksi, kanker, dan penyakit jantung. Pendekatan ini melibatkan kedokteran untuk mencegah atau meringankan kesakitan, mungkin dengan metode *persuasive* maupun *paternalistic*. Sebagai contoh, memberitahu orang tua agar membawa anak mereka untuk imunisasi, wanita untuk memanfaatkan klinik keluarga berencana dan pria umur pertengahan untuk dilakukan *screening* tekanan darah. Pendekatan ini memberikan arti penting dari tindakan pencegahan medik dan tanggung jawab profesi kedokteran untuk membuat kepastian bahwa pasien patuh pada prosedur yang dianjurkan.

2. Pendekatan Perubahan Perilaku

Tujuan dari pendekatan ini adalah mengubah sikap dan perilaku individu masyarakat, sehingga mereka mengambil gaya hidup “sehat”. Contohnya antara lain mengajarkan orang bagaimana menghentikan merokok, mendorong orang untuk melakukan latihan olahraga, memelihara gigi, makan makanan yang baik dan seterusnya. Orang-orang yang menerapkan pendekatan ini akan merasa yakin bahwa gaya hidup “sehat” merupakan hal paling baik bagi kliennya dan akan melihatnya sebagai tanggung jawab mereka untuk mendorong sebanyak mungkin orang untuk mengadopsi gaya hidup sehat yang menguntungkan.

3. Pendekatan Edukasional

Tujuan dari pendekatan ini adalah memberikan informasi dan memastikan pengetahuan dan pemahaman tentang perihal kesehatan dan membuat keputusan yang ditetapkan atas dasar informasi yang ada. Informasi tentang kesehatan disajikan dan orang dibantu untuk menggali nilai dan sikap, dan membuat keputusan mereka sendiri.

Bantuan dalam melaksanakan keputusan-keputusan itu dan mengadopsi praktek kesehatan baru dapat pula ditawarkan, program pendidikan kesehatan sekolah, misalnya menekankan membantu murid mempelajari ketrampilan hidup sehat, tidak hanya memperoleh pengetahuannya. orang-orang yang mendukung pendekatan ini akan memberi arti tinggi bagi proses pendidikan, akan menghargai hal individu untuk memilih perilaku mereka sendiri, dan akan melihatnya sebagai tanggung jawab mereka mengangkat bersama persoalan-persoalan kesehatan yang mereka anggap menjadi hal yang paling baik bagi klien mereka.

Promosi Kesehatan Dan Pendidikan Kesehatan

Hal ini bukan hal umum untuk promosi kesehatan dikelirukan dengan pendidikan kesehatan. Istilah ini tidak seharusnya digunakan dengan dapat dipertukarkan. Promosi kesehatan mencakup seluruh aktivitas yang bertujuan untuk mempromosikan gaya hidup sehat; pendidikan kesehatan merupakan bagian integral dari prosesnya. Dines dan Crib (1993) menggambarkan promosi kesehatan sebagai istilah cakupan luas dibandingkan pendidikan kesehatan dan menunjuk kepada pendidikan kesehatan plus.

Penjelasan ini menyediakan sedikit kejelasan untuk cakupan promosi kesehatan. Aktivitas promosi kesehatan yang termasuk, contohnya, pengembangan komunitas kerja dan aksi politik menyimpang di luar jangkauan promosi kesehatan dan dicakup dalam didiplin promosi kesehatan yang lebih luas. Pendekatan tradisional ke dalam pendidikan kesehatan ditujukan untuk mencegah penyakit, dalam meningkatkan gaya hidup sehat.

Pendekatan ini dimulai sejak abad ke-19 di mana masyarakat diajari dan meningkat kegelisahannya dipandu ke gaya hidup sehat untuk mencegah penyakit. Sasaran dari pendidikan kesehatan modern adalah bekerja dengan pendekatan individual sebuah tingkat atau bagian dari kesehatan melalui strategi kemungkinan. Hal ini menggunakan dasar yang terfasilitasi. Pengenalan pendekatan membujuk dan peningkatan kegelisahan diproduktifkan untuk hal pokok dan penghargaan kesehatan. Landasan dari pendidikan kesehatan modern adalah pemberdayaan (Tones 1992). Pendidikan kesehatan modern dilihat sebagai elemen penting dalam promosi

kesehatan. perawat secara aktif termasuk ke dalam bagian antara promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan dan memiliki relasi yang unik dengan perempuan dan keluarganya untuk mempengaruhi penggunaan gaya hidup sehat.

4. Pendekatan Berpusat Pada Klien

Tujuan dari pendekatan ini adalah bekerja dengan klien agar dapat membantu mereka mengidentifikasi apa yang ingin mereka ketahui dan lakukan, dan membuat keputusan dan pilihan mereka sendiri sesuai dengan kepentingan dan nilai mereka. Peran promotor kesehatan adalah bertindak sebagai fasilitator, membantu orang mengidentifikasi kepedulian-kepedulian mereka dan memperoleh pengetahuan serta ketrampilan yang mereka butuhkan agar memungkinkan terjadi perubahan. Pemberdayaan diri sendiri klien dilihat sebagai central dari tujuan ini. Klien dihargai sama yang mempunyai pengetahuan, ketrampilan dan kemampuan berkontribusi dan siapa yang mempunyai hak absolute untuk mengontrol tujuan kesehatan mereka sendiri.

5. Pendekatan Perubahan Sosial

Tujuan dari pendekatan ini adalah melakukan perubahan-perubahan pada lingkungan fisik, social dan ekonomi, supaya dapat membuatnya lebih mendukung untuk keadaan yang sehat. Hal utama bukan untuk mengubah tetapi mempengaruhi kesehatan masyarakat. Contohnya adalah mengubah masyarakat, bukan pada perubahan perilaku individu-individunya.

Orang-orang yang menerapkan pendekatan ini memberikan nilai penting bagi hak demokrasi mereka mengubah masyarakat, mempunyai komitmen pada penempatan kesehatan dalam agenda politik di berbagai tingkat dan pada pentingnya pembentukan lingkungan yang sehat daripada pembentukan kehidupan individu-individu orang yang tinggal di tempat itu. Pendekatan ini menyatakan kemunduran sosial ekonomi sebagai faktor dari sakit. Hal ini dipusatkan dengan membuat lingkungan, perubahan sosial dan ekonomi dengan rencana kebijakan, aksi perubahan politik dan kolaborasi yang lebih luas dengan pembuat keputusan.

BAB II

KONSEP SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

A. PENDAHULUAN

1. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah mempelajari BAB I diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan secara konsep:

- a. Dasar Hukum Pelayanan Kebidanan di Indonesia
- b. Sejarah Pelayanan Kebidanan

2. Entry Behaviour

Menjelaskan tentang dasar hukum pelayanan kebidanan di Indonesia dan kebijakan sistem pelayanan Kesehatan.

3. Keterkaitan dengan Materi lain

Memahami BAB I akan memudahkan mahasiswa mempelajari Pelayanan Kebidanan dalam sistem pelayanan kesehatan .

4. Pentingnya Mempelajari Isi BAB I

Memahami bagaimana dalam menerapkan Pelayanan Kebidanan dalam sistem pelayanan kesehatan

5. Petunjuk Mempelajari Isi BAB

- e. Bacalah tujuan mempelajari isi BAB ini dan kemampuan yang harus dicapai
- f. Baca dan pahami setiap isi BAB
- g. Tanyakan pada dosen pengampu bila ada hal hal yang perlu diklarifikasi atau memerlukan pemahaman lebih lanjut
- h. Buatlah ringkasan tiap sub BAB agar melatih kemampuan memahami hal hal yang penting

6. Jawab dan isi pertanyaan yang telah disediakan

- c. Jelaskan dasar hukum pelayanan kebidanan dan Kesehatan di Indonesia
- d. Jelaskan sejarah Pelayanan Kesehatan Indonesia

B. PENYAJIAN MATERI

KONSEP SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

1. Pengertian

Sistem adalah suatu keterkaitan diantara elemen-elemen pembentuknya dalam pola tertentu untuk mencapai tujuan tertentu (System is interconnected parts or elements in certain pattern of work).

Sistem pelayanan kesehatan merupakan bagian penting dalam meningkatkan derajat kesehatan. Melalui system ini tujuan pembangunan kesehatan dapat tercapai dengan cara efektif, efisien dan tepat sasaran. Keberhasilan system pelayanan kesehatan tergantung dari berbagai komponen yang masuk dalam pelayanan diantara perawat dokter atau tim kesehatan lain yang satu dengan yang lain saling menunjang. System ini akan memberikan kualitas pelayanan kesehatan yang efektif dengan melihat nilai-nilai yang ada di masyarakat. Dalam pelayanan keperawatan yang merupakan bagian penting dalam pelayanan kesehatan, para perawat diharapkan juga dapat memberikan layanan secara berkualitas.

TEORI SISTEM

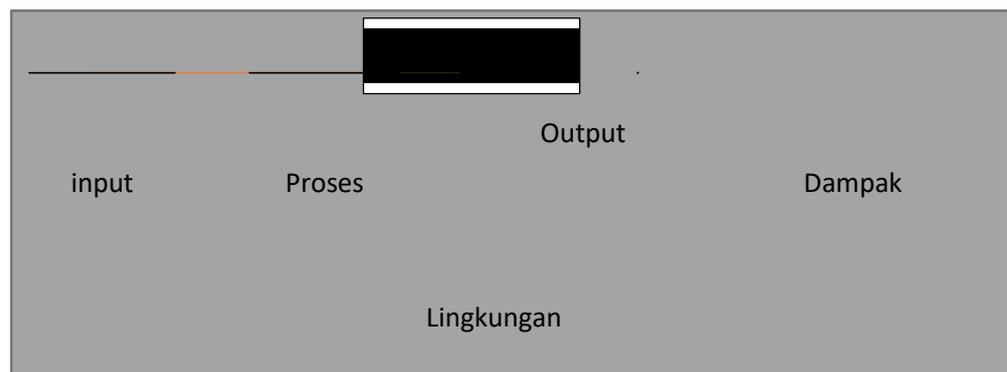
Teori tentang sistem akan memudahkan dalam memecahkan persoalan yang ada dalam system. System tersebut terdiri dari subsistem yang membentuk sebuah system yang antara satu dengan lainnya harus saling mempengaruhi. Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun social yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara social dan ekonomis (Perpres 72, 2012). 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 (Kozier. 2010). Sistem pelayanan kesehatan adalah kumpulan dari berbagai faktor yang kompleks dan saling berhubungan yang terdapat dalam suatu negara, yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan kesehatan perorangan, kelompok, masyarakat pada setiap saat yang dibutuhkan (WHO 1984). Sistem

kesehatan nasional perlu dilaksanakan dalam konteks pembangunan kesehatan secara keseluruhan dengan mempertimbangkan determinan sosial, seperti kondisi kehidupan sehari-hari, tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, distribusi kewenangan, keamanan, sumberdaya, kesadaran masyarakat, serta kemampuan tenaga kesehatan dalam mengatasi masalah-masalah tersebut.

Sistem kesehatan nasional disusun dengan memperhatikan pendekatan revitalisasi pelayanan kesehatan dasar meliputi :

- a. Cakupan pelayanan kesehatan yang adil dan merata.
- b. Pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak kepada rakyat.
- c. Kebijakan pembangunan kesehatan.
- d. Kepemimpinan. SKN juga disusun dengan memperhatikan inovasi atau terobosan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan secara luas, termasuk penguatan system rujukan.

Dalam teori system disebutkan bahwa system itu terbentuk dari subsistem yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Bagian tersebut terdiri dari input, proses, output, dampak, umpan balik dan lingkungan yang kesemuanya saling berhubungan dan saling mempengaruhi, sehingga dapat digambarkan sebagai berikut



Pengertian pelayanan kesehatan menurut para ahli dan institusi kesehatan adalah

- a. Menurut Prof. Dr. Soekidjo Notoatmojo
kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat.
- b. Menurut Azwar (1996)
Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan perseorangan, keluarga kelompok, dan ataupun masyarakat.
- c. Menurut Depkes RI (2009)
Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.
- d. Menurut Levey dan Loomba (1973)
Pelayanan Kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri/secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan mencembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat.

Jadi pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah promotif (memelihara dan meningkatkan kesehatan), preventif (pencegahan), kuratif (penyembuhan), dan rehabilitasi (pemulihan) kesehatan perorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat, lingkungan. Yang dimaksud sub sistem disini adalah sub sistem dalam pelayanan kesehatan yaitu input , proses, output, dampak, umpan balik.

- a. Input adalah sub elemen – sub elemen yang diperlukan sebagai masukan untuk berfungsinya sistem.
- b. Proses adalah suatu kegiatan yang berfungsi untuk mengubah masukan sehingga menghasilkan sesuatu (keluaran) yang direncanakan.
- c. Output adalah hal-hal yang dihasilkan oleh proses.
- d. Dampak adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran setelah beberapa waktu lamanya.
- e. Umpan balik adalah hasil dari proses yang sekaligus sebagai masukan untuk sistem tersebut.
- f. Lingkungan adalah dunia diluar sistem yang mempengaruhi sistem tersebut.

2. Tingkatan Sistem Pelayanan Kesehatan

Melalui tingkat pelayanan kesehatan akan dapat diketahui kebutuhan dasar manusia tentang kesehatan. Menurut Leavel dan Carlk dalam memberikan pelayanan kesehatan harus memandang pada tingkat pelayanan kesehatan yang akan diberikan, diantara tingkat pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut :

- a. *Health Promotion* (Promosi Kesehatan)

Merupakan tingkat pertama dalam memberikan pelayanan melalui peningkatan kesehatan. Bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan agar masyarakat atau sasarnya tidak terjadi gangguan kesehatan. Tingkat pelayanan ini meliputi kebersihan perseorangan, perbaikan sanitasi lingkungan, layanan prenatal, layanan lansia, dan semua kegiatan yang berhubungan dengan peningkatan status kesehatan.

- b. *Spesific Protection* (Perlindungan Khusus)

Perlindungan Khusus ini dilakukan dalam melindungi masyarakat dari bahaya yang akan menyebabkan penurunan status kesehatan, atau bentuk perlindungan terhadap penyakit-penyakit tertentu, ancaman kesehatan, yang termasuk dalam tingkat pelayanan kesehatan ini adalah pemberian imunisasi yang digunakan untuk

perlindungan pada penyakit tertentu seperti imunisasi BCG, DPT, Hepatitis, campak, dan lain-lain. Pelayanan perlindungan keselamatan kerja dimana pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang yang bekerja di tempat risiko kecelakaan tinggi seperti kerja dibagian produksi bahan kimia, bentuk perlindungan khusus berupa pelayanan pemakaian alat pelindung diri dan lain sebagainya.

- c. *Early Diagnosis and Prompt Treatment* (Diagnosis dini dan pengobatan segera)

Tingkat pelayanan kesehatan ini sudah masuk ke dalam tingkat dimulainya atau timbulnya gejala dari suatu penyakit. Tingkat pelayanan ini dilaksanakan dalam mencegah meluasnya penyakit yang lebih lanjut serta dampak dari timbulnya penyakit sehingga tidak terjadi penyebaran. Bentuk tingkat pelayanan kesehatan ini dapat berupa kegiatan dalam rangka survey pencarian kasus baik secara individu maupun masyarakat, survey penyaringan kasus serta pencegahan terhadap meluasnya kasus.

- d. *Disability Limitation* (Pembatasan Cacat)

Dilakukan untuk mencegah agar pasien atau masyarakat tidak mengalami dampak kecacatan akibat penyakit yang ditimbulkan. Tingkat ini dilaksanakan pada kasus atau penyakit yang mengalami potensi kecacatan. Bentuk kegiatan yang dapat dilakukan dapat berupa perawatan untuk menghentikan penyakit, mencegah komplikasi lebih lanjut, pemberian segala fasilitas untuk mengatasi kecacatan dan mencegah kematian.

Rehabilitation (Rehabilitasi)

- e. Tingkat pelayanan ini dilaksanakan setelah pasien didiagnosis sembuh.

Sering pada tahap ini dijumpai pada fase pemulihan terhadap kecacatan sebagaimana program latihan-latihan yang diberikan kepada pasien, kemudian memberikan fasilitas agar pasien memiliki keyakinan kembali atau gairah hidup kembali ke masyarakat dan

masyarakat mau menerima dengan senang hati karena kesadaran yang dimilikinya.

3. Syarat Pelayanan Kesehatan

Syarat-syarat pokok pelayanan kesehatan yang baik adalah :

a. Tersedia dan berkesinambungan

Pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia dimasyarakat serta bersifat berkesinambungan artinya semua pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat tidak sulit ditemukan.

b. Dapat diterima dan wajar

Artinya pelayanan kesehatan tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat.

c. Mudah dicapai

Dipandang sudut lokasi untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting.

d. Mudah dijangkau

Dari sudut biaya untuk mewujudkan keadaan yang harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat.

e. Bermutu

Menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan yang disatu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan dipihak lain tata cara penyelenggaraanya sesuai dengan kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

Pelayanan kesehatan menyeluruh dan terpadu menurut Somers adalah:

a. Pelayanan kesehatan yang memadukan berbagai upaya kesehatan yakni peningkatan dan pemeliharaan kesehatan, pencegahan dan penyembuhan penyakit, pemulihan.

b. Pelayanan kesehatan yang tidak hanya memperhatikan keluhan penderita, tapi juga latar belakang ekonomi, sosial, budaya, psikologi dan lainnya

4. Lingkup Sistem Pelayanan Di Indonesia

- a. Primary Health Care (Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama)
Pelayanan Kesehatan ini dibutuhkan atau dilaksanakan pada masyarakat yang memiliki masalah kesehatan yang ringan.
- b. Secondary Health Care (Pelayanan Kesehatan Tingkat Kedua)
Diperlukan bagi masyarakat yang membutuhkan perawatan di rumah sakit atau rawat inap dan dilaksanakan di pelayanan kesehatan utama.
- c. Tertiary Health Service (Pelayanan Kesehatan Tingkat Ketiga)
Pelayanan kesehatan merupakan tingkat pelayanan yang tertinggi.

5. Faktor yang Mempengaruhi Pelayanan Kesehatan

Pelaksanaan pelayanan kesehatan juga akan lebih berkembang atau sebaliknya akan terhambat karena dipengaruhi oleh beberapa factor seperti adanya peningkatan ilmu pengetahuan dan teknologi baru , pergeseran nilai masyarakat, aspek legal dan etik, ekonomi dan politik.

1. Ilmu pengetahuan dan teknologi baru

Pelaksanaan system pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh ilmu pengetahuan dan teknologi baru, mengingat perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, maka akan diikuti oleh perkembangan pelayanan kesehatan atau juga sebagai dampaknya pelayanan kesehatan jelas lebih mengikuti perkembangan dan teknologi seperti dalam pelayanan kesehatan untuk mengatasi masalah penyakit-penyakit yang sulit dapat digunakan alat seperti laser, terapi pengubahan gen, dan lain-lain. Berdasarkan itu pelayanan kesehatan membutuhkan biaya yang cukup mahal dan pelayanan akan lebih professional dan butuh tenaga-tenaga yang ahli dalam bidang tertentu.

2. Pergeseran Nilai Masyarakat

Berlangsungnya system pelayanan kesehatan juga dapat dipengaruhi oleh nilai yang ada di masyarakat sebagai pengguna jasa pelayanan, dimana dengan beragamnya masyarakat, maka dapat menimbulkan pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan yang berbeda. Masyarakat yang sudah maju dengan pengetahuan yang tinggi, maka akan memiliki

kesadaran yang lebih dalam penggunaan atau pemanfaatan pelayanan kesehatan , demikian juga sebaliknya pada masyarakat yang memiliki pengetahuan yang kurang akan memiliki kesadaran yang rendah terhadap pelayanan kesehatan.

3. Aspek Legal dan Etik

Dengan tingginya kesadaran masyarakat terhadap penggunaan atau pemanfaatan pelayanan kesehatan , maka akan semakin tinggi pula tuntutan hukum dan etik dalam pelayanan kesehatan, sehingga pelaku pemberi pelayanan kesehatan harus dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan secara professional dengan memperhatikan nilai-nilai hukum yang ada di masyarakat.

4. Ekonomi

Pelaksanaan pelayanan kesehatan akan dipengaruhi oleh tingkat ekonomi di masyarakat. Semakin tinggi ekonomi seseorang , pelayanan kesehatan akan lebih diperhatikan dan mudah dijangkau , demikian juga sebaliknya apabila tingkat ekonomi seseorang rendah maka sangat sulit menjangkau pelayanan kesehatan mengingat biaya dalam jasa pelayanan kesehatan membutuhkan biaya yang cukup mahal. Keadaan ekonomi ini yang akan dapat mempengaruhi dalam system pelayanan kesehatan.

5. Politik

Kebijakan pemerintah melalui system politik yang ada akan sangat mempengaruhi sekali dalam system pemberian pelayanan kesehatan. Kebijakan-kebijakan yang ada dapat memberikan pola dalam system pelayanan.

6. Pelayanan Kebidanan

Pelayanan bidan di Indonesia mengacu pada Permenkes No.1464/Menkes/PER/2010 Pasal 9 yaitu: Bidan dalam menjalankan praktik, berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi: pelayanan kesehatan ibu, pelayanan kesehatan anak, dan pelayanan kesehatan reproduksi perempuan serta keluarga berencana. Dalam melaksanakan tugas, bidan melakukan kolaborasi, konsultasi, dan

rujukan sesuai kondisi pasien. **Pelayanan kebidanan** adalah bagian integral dari sistem **pelayanan** kesehatan yang diberikan oleh **bidan** yang telah terdaftar (teregister) yang dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau rujukan. **Sasaran pelayanan kebidanan** adalah individu, keluarga dan masyarakat, yang meliputi upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan dan pemulihan (Sofian, Madjid,dkk.2009. Pelayanan kebidanan yang bermutu merupakan kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan berupa asuhan kebidanan yang merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan secara mandiri, kolaborasi (*interprofesional health provider collaboration*), dan/atau rujukan dilaksanakan oleh tenaga bidan yang kompeten, memegang teguh falsafah kebidanan, dilandasi oleh etika dan kode etik, standar profesi, standar pelayanan, dan standar prosedur operasional serta didukung sarana dan prasarana yang terstandar.

7. Sejarah Sistem Pelayanan Kesehatan dan Kebidanan di Indonesia

a. Sejarah Sistem pelayanan Kesehatan

Sistem kesehatan mencakup keseluruhan organisasi, orang, dan berbagai kegiatan yang memiliki tujuan utama mempromosikan dan merawat kesehatan. Dengan pelayanan kesehatan yang baik dapat memberikan keselamatan serta kualitas pelayanan yang dapat mengurangi pemborosan sumber daya. Keberadaan sistem kesehatan sangat kompleks dan interaksi antar komponen sistem (sub sistem) dapat bersifat *predictable* dan *unpredictable*.⁶ Interaksi antara sub sistem kesehatan sangat kompleks yang dipengaruhi oleh latar belakang dan jaringan sosial. Oleh karena itu, sangat diperlukan pendekatan yang komprehensif untuk mencermati interaksi dinamis tersebut.⁷

Pemberian pelayanan merupakan karakteristik dari pelayanan yang diberikan kepada konsumen atau pasien. Untuk memberikan pelayanan yang baik, maka ekspektasi dan kebutuhan *customer* yang bersifat relatif merupakan komponen penting yang harus diperhatikan. Dalam strategi pelayanan secara umum ada tiga aspek

yang diperhatikan yaitu meliputi konsep pelayanan (*service concept*); berkaitan dengan paket pelayanan yang akan diberikan, desain sistem pemberian pelayanan; berkaitan dengan bagaimana *delivery* konsep layanan yang ada; target pasar, pasien, atau konsumen, siapa yang menjadi pelanggan. Dalam konteks desain sistem pemberian layanan mencakup aspek struktur berkaitan dengan aspek fisik, peralatan dan fasilitas, infrastruktur merupakan peran dari masing-masing *provider* yang mencakup *job design*, kebijakan, serta *skill* yang dibutuhkan, dan integrasi dengan bagaimana koordinasi antara struktur dan infrastruktur untuk menjembatani rantai *supply* pelayanan dan mekanisme adaptasi. Sistem pemberian pelayanan meliputi empat hal penting yang harus diperhatikan yaitu budaya layanan berkaitan dengan kebiasaan, visi misi, dan nilai dalam suatu organisasi, keterlibatan karyawan berkaitan dengan sikap dan perilaku karyawan, kualitas layanan mencakup strategi, proses, dan sistem manajemen kinerja, dan pengalaman *customer* berkaitan dengan persepsi dan faktor konsumen mempengaruhi terhadap pemilihan layanan.

b. Sejarah pelayanan kebidanan di Indonesia

Perkembangan pelayanan kebidanan dimulai ketika Belanda menjajah Indonesia. Pada masa pemerintahan Belanda, Indonesia masih mengikuti kebiasaan lama, ibu ditolong oleh dukun paraji.

Perkembangan pelayanan dan pendidikan kebidanan nasional maupun internasional terjadi begitu cepat. Hal ini menunjukkan bahwa perkembangan pelayanan dan pendidikan kebidanan merupakan hal yang penting untuk dipelajari dan dipahami oleh petugas kesehatan khususnya bidan yang bertugas sebagai bidan pendidik maupun bidan di pelayanan

Salah satu faktor yang menyebabkan terus berkembangnya pelayanan dan pendidikan kebidanan adalah masih tingginya mortalitas dan morbiditas pada wanita hamil dan bersalin, khususnya di negara berkembang dan di negara miskin yaitu sekitar 25-50%.

Mengingat hal diatas, maka penting bagi bidan untuk mengetahui sejarah perkembangan pelayanan dan pendidikan kebidanan karena bidan sebagai tenaga terdepan dan utama dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi diberbagai catatan pelayanan wajib mengikuti perkembangan IPTEK dan menambah ilmu pengetahuannya melalui pendidikan formal atau non formal dan bidan berhak atas kesempatan untuk meningkatkan diri baik melalui pendidikan maupun pelatihan serta meningkatkan jenjang karir dan jabatan yang sesuai.

Perkembangan pelayanan kebidanan di Indonesia menurut catatan dimulai pada tahun 1807 ketika angka kematian ibu dan bayi tinggi sehingga dukun dilatih untuk pertolongan persalinan di zaman Gubernur Jenderal Hendrik William Dandels, tetapi keadaan ini tidak berlangsung lama karena tidak adanya pelatih kebidanan.

Adapun pelayanan kebidanan hanya diperuntukan bagi orang Belanda yang ada di Indonesia. Tahun 1849 dibuka pendidikan Dokter Jawa di Batavia tepatnya di Rumah Sakit Militer Belanda sekarang RSPAD Gatot Subroto. Seiring dengan dibukanya pendidikan dokter tersebut, pada tahun 1851, dibuka pendidikan bidan bagi wanita pribumi di Batavia oleh seorang dokter militer Belanda W. Bosch. Mulai saat itu pelayanan kesehatan ibu dan anak dilakukan oleh dukun dan bayi.

Pada tahun 1952 ,mulai diadakan pelatihan bidan secara formal agar dapat meningkatkan Kualitas pertolongan persalinan, pelatihan untuk dukun masih berlangsung sampai sekarang yang diberikan oleh bidan. Kursus Tambahan Bidan (KTB) pada tahun 1953 di Yogyakarta dilakukan pula di kota-kota besar di nusantara. Seiring pelatihan tersebut, didirikan pula Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA) dengan bidan sebagai penangung jawab. Pelayanan yang diberikan mencakup antenatal, postnatal, pemeriksaan bayi dan anak. Pada tahun 1957 bermula dari BKIA, kemudian terbentuklah suatu pelayanan terintegrasi bagi masyarakat yang

dinamakan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Pelayanan yang diberikan yaitu kesehatan ibu dan anak, serta keluarga berencana. Pelayanan kebidanan di Posyandu mencakup pemeriksaan kehamilan, pelayanan keluarga berencana, imunisasi gizi, dan kesehatan lingkungan. Sejak tahun 1990, pelayanan kebidanan diberikan secara merata sesuai kebutuhan masyarakat.

Kebijakan ini merupakan Instruksi Presiden disampaikan pada Sidang Kabinet Tahun 1992. Kebijakan ini mengenai perlunya mendidik bidan untuk ditempatkan di desa dengan tugas pokok sebagai pelaksana kesehatan KIA, khususnya ibu hamil, bersalin dan nifas serta pelayanan kesehatan bayi baru lahir termasuk pembinaan dukun bayi.

Titik tolak Konferensi Kependudukan Dunia di Kairo pada tahun 1994 menekankan pada kesehatan reproduksi, memperluas area garapan pelayanan kebidanan. Area tersebut meliputi :

- 1) Safe motherhood termasuk bayi baru lahir dan perawatan abortus
- 2) Keluarga berencana.
- 3) Penyakit menular seksual termasuk infeksi saluran alat reproduksi.
- 4) Kesehatan reproduksi remaja
- 5) Kesehatan reproduksi orang tua.

Bidan dalam melaksanakan peran, fungsi, dan tugasnya didasarkan pada kemampuan serta kewenangan yang diatur melalui Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes). Permenkes yang menyangkut wewenang bidan selalu mengalami perubahan sesuai kebutuhan dan perkembangan masyarakat serta kebijakan pemerintah dalam meningkatkan kesehatan masyarakat. Permenkes tersebut terdiri atas:

- 1) Permenkes No. 5380/IX/1963 yang menyatakan wewenang bidan terbatas pada pertolongan persalinan normal secara mandiri, didampingi tugas lain

- 2) Permenkes No. 363/IX/1980 diubah menjadi Permenkes No. 326 /1989 bahwa wewenang bidan dibagi menjadi wewenang umum dan khusus. Dalam wewenang khusus ditetapkan bahwa bidan melaksanakan tindakan dibawah pengawasan dokter.
- 3) Permenkes No. 527/VI/1996 mengatur tentang registrasi dan praktik kebidanan. Bidan dalam melaksanakan praktiknya diberikan kewenangan yang mandiri yang disertai kemampuan dalam melaksanakan tindakan. Dalam wewenang tersebut mencakup :
 - o Pelayanan kebidanan yang meliputi pelayanan ibu dan anakb. Pelayanan keluarga berencanac. Pelayanan kesehatan masyarakat 4. Permenkes No. 900/Menkes/SK/XII/2002 mengatur tentang registrasi dan praktik bidan. Bidan dalam praktiknya diberi kewenangan untuk memberikan pelayanan yang meliputi :a. Pelayanan kebidanan yang meliputi pelayanan pranikan, antenatal, intranatal,, postnatal, bayi baru lahir, dan balita.
 - o Pelayanan keluarga berencana yang meliputi pemberian obat dan alat kontrasepsi melalui oral, suntikan, pemasangan dan pencabutan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) dan alat kontrasepsi bawah kulit (AKBR) tanpa penyulit.Dalam melaksanakan tugasnya, bidan melakukan kolaborasi, konsultasi, dan rujukan sesuai dengan kondisi pasien, kewenangan, serta kemampuannya. Wewenang bidan dalam pelayanan kebidanan di bidang keluarga berencana mencakup penyediaan alat kontrasepsi :oral (pil KB), suntik, kondom, tisu vaginal, alat kontrasepsi dalam rahi,, alat kontrasepsi bawah kulit , baik pemasangan maupun pencabutan.

2. Latihan

Jawablah soal dibawah ini dengan penjelasan yang sederhana tapi lengkap.

1. Jelaskan Sistem Pelayanan Kesehatan Indonesia
2. Jelaskan pelayanan kebidanan di Indonesia

3. Rujukan

- a. Poeng P. Poerwanto (2000), *reformation: The Renewal of Thinking Pattern*, Jakarta, ADB
- b. Soedarmono Soejitno (2001), *Akselerasi Reformasi Kesehatan*, Jakarta.
- c. Yayasan Hayati Djatmiko (2002), *Perilaku Organisasi*. Alfabeta-Bandung
- d. Pohan,I.S.2007. *Jaminan mutu layanan kesehatan: Dasar-dasar pengertian dan penerapan*. EGC
- e. Retnaningsih, Ekowati (2013). *Akses Layanan Kesehatan*, Jakarta : Raja Grafindo Persada
- f. Satrianegara, Fais. (2014). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Teori dan Aplikasi dalam Pelayanan Puskesmas dan Rumah Sakit*, Jakarta: Penerbit Salemba Medika
- g. WHO. 2002. *Implementasi Sistem pengembangan Manajemen Kinerja Klinik untuk Perawat dan Bidan di Rumah Sakit dan Puskesmas*. WHOSEA-Nurs-429, Mei. 2002

4. Bacaan Yang Dianjurkan

Bacalah buku buku yang berkaitan dengan sistem Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Kebidanan.

BAB II

ORGANISASI PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA

A. PENDAHULUAN

1. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah mempelajari BAB II diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan tentang organisasi pelayanan Kesehatan di Indonesia

2. Entry Behaviour

Mengkaji Organisasi pelayanan Kesehatan

3. Keterkaitan dengan Materi lain

Memahami BAB II akan memudahkan mahasiswa organisasi pelayanan Kesehatan di Indonesia

4. Pentingnya Mempelajari Isi BAB II

Memahami bagaimana dalam menerapkan organisasi pelayanan Kesehatan di Indonesia

5. Petunjuk Mempelajari Isi BAB

- a. Bacalah tujuan mempelajari isi BAB ini dan kemampuan yang harus dicapai
- b. Baca dan pahami setiap isi BAB
- c. Tanyakan pada dosen pengampu bila ada hal hal yang perlu diklarifikasi atau memerlukan pemahaman lebih lanjut
- d. Buatlah ringkasan tiap sub BAB agar melatih kemampuan memahami hal hal yang penting

6. Jawab dan isi pertanyaan yang telah disediakan

B. PENYAJIAN MATERI

ORGANISASI PELAYANAN KESEHATAN

1. Pengertian

Organisasi berasal dari kata *organon* dalam bahasa Yunani yang berarti alat. Pengertian organisasi telah banyak disampaikan para ahli, tetapi pada dasarnya tidak ada perbedaan yang prinsip, dan sebagai bahan perbandingan akan disampaikan beberapa pendapat sebagai berikut :

- a. Chester I. Barnard (1938) dalam bukunya "*The Executive Functions*" mengemukakan bahwa : " Organisasi adalah system kerjasama antara dua orang atau lebih" (*I define organization as a system of cooperatives of two more persons*)
- b. James D. Mooney mengatakan bahwa : "*Organization is the form of every human association for the attainment of common purpose*" (Organisasi adalah setiap bentuk kerjasama untuk mencapai tujuan bersama)
- c. Menurut Dimock, organisasi adalah : "*Organization is the systematic bringing together of interdependent part to form a unified whole through which authority, coordination and control may be exercised to achive a given purpose*" (organisasi adalah perpaduan secara sistematis daripada bagian-bagian yang saling ketergantungan/berkaitan untuk membentuk suatu kesatuan yang bulat melalui kewenangan, koordinasi dan pengawasan dalam usaha mencapai tujuan yang telah ditentukan).

Dari beberapa pengertian organisasi di atas, dapat disimpulkan bahwa setiap organisasi harus memiliki tiga unsur dasar, yaitu :

- a. Orang-orang (sekumpulan orang),
- b. Kerjasama,
- c. Tujuan yang ingin dicapai,

Dengan demikian organisasi merupakan sarana untuk melakukan kerjasama antara orang-orang dalam rangka mencapai tujuan bersama, dengan mendayagunakan sumber daya yang dimiliki.

2. Ciri-ciri Organisasi

Seperti telah diuraikan di atas bahwa organisasi memiliki tiga unsur dasar, dan secara lebih rinci organisasi memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

- a. Adanya suatu kelompok orang yang dapat dikenal dan saling mengenal,
- b. Adanya kegiatan yang berbeda-beda, tetapi satu sama lain saling berkaitan (*interdependent part*) yang merupakan kesatuan kegiatan,
- c. Tiap-tiap orang memberikan sumbangan atau kontribusinya berupa; pemikiran, tenaga, dan lain-lain,
- d. Adanya kewenangan, koordinasi dan pengawasan,
- e. Adanya tujuan yang ingin dicapai.

3. Prinsip-Prinsip Organisasi

Prinsip-prinsip organisasi banyak dikemukakan oleh para ahli, salah satunya A.M. Williams yang mengemukakan pendapatnya cukup lengkap dalam bukunya "*Organization of Canadian Government Administration*" (1965), bahwa prinsip-prinsip organisasi meliputi :

- a. Organisasi Harus Mempunyai Tujuan yang Jelas.
Organisasi dibentuk atas dasar adanya tujuan yang ingin dicapai, dengan demikian tidak mungkin suatu organisasi tanpa adanya tujuan. Misalnya, organisasi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dan puskesmas sebagai suatu organisasi, mempunyai tujuan yang ingin dicapai antara lain, memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan lain lain.
- b. Prinsip Skala Hirarkhi.
Dalam suatu organisasi harus ada garis kewenangan yang jelas dari pimpinan, pembantu pimpinan sampai pelaksana, sehingga dapat mempertegas dalam pendelegasian wewenang dan pertanggungjawaban, dan akan menunjang efektivitas jalannya organisasi secara keseluruhan.

- c. Prinsip Kesatuan Perintah.
Dalam hal ini, seseorang hanya menerima perintah atau bertanggung jawab kepada seorang atasan saja.
- d. Prinsip Pendelegasian Wewenang.
Seorang pemimpin mempunyai kemampuan terbatas dalam menjalankan pekerjaannya, sehingga perlu dilakukan pendelegasian wewenang kepada bawahannya. Pejabat yang diberi wewenang harus dapat menjamin tercapainya hasil yang diharapkan. Dalam pendelegasian, wewenang yang dilimpahkan meliputi kewenangan dalam pengambilan keputusan, melakukan hubungan dengan orang lain, dan mengadakan tindakan tanpa minta persetujuan lebih dahulu kepada atasannya lagi.
- e. Prinsip Pertanggungjawaban.
Dalam menjalankan tugasnya setiap pegawai harus bertanggung jawab sepenuhnya kepada atasan.
- f. Prinsip Pembagian Pekerjaan.
Suatu organisasi, untuk mencapai tujuannya, melakukan berbagai aktivitas atau kegiatan. Agar kegiatan tersebut dapat berjalan optimal maka dilakukan pembagian tugas/pekerjaan yang didasarkan kepada kemampuan dan keahlian dari masing-masing pegawai. Adanya kejelasan dalam pembagian tugas, akan memperjelas dalam pendelegasian wewenang, pertanggungjawaban, serta menunjang efektivitas jalannya organisasi.
- g. Prinsip Rentang Pengendalian.
Artinya bahwa jumlah bawahan atau staf yang harus dikendalikan oleh seorang atasan perlu dibatasi secara rasional. Rentang kendali ini sesuai dengan bentuk dan tipe organisasi, semakin besar suatu organisasi dengan jumlah pegawai yang cukup banyak, semakin kompleks rentang pengendaliannya.

h. Prinsip Fungsional.

Bahwa seorang pegawai dalam suatu organisasi secara fungsional harus jelas tugas dan wewenangnya, kegiatannya, hubungan kerja, serta tanggung jawab dari pekerjaannya.

i. Prinsip Pemisahan.

Bahwa beban tugas pekerjaan seseorang tidak dapat dibebankan tanggung jawabnya kepada orang lain.

j. Prinsip Keseimbangan.

Keseimbangan antara struktur organisasi yang efektif dengan tujuan organisasi. Dalam hal ini, penyusunan struktur organisasi harus sesuai dengan tujuan dari organisasi tersebut.

Tujuan organisasi tersebut akan diwujudkan melalui aktivitas/ kegiatan yang akan dilakukan. Organisasi yang aktivitasnya sederhana (tidak kompleks) contoh „koperasi di suatu desa terpencil“, struktur organisasinya akan berbeda dengan organisasi koperasi yang ada di kota besar seperti di Jakarta, Bandung, atau Surabaya.

k. Prinsip Fleksibilitas

Organisasi harus senantiasa melakukan pertumbuhan dan perkembangan sesuai dengan dinamika organisasi sendiri (internal factor) dan juga karena adanya pengaruh di luar organisasi (external factor), sehingga organisasi mampu menjalankan fungsi dalam mencapai tujuannya.

l. Prinsip Kepemimpinan.

Dalam organisasi apapun bentuknya diperlukan adanya kepemimpinan, atau dengan kata lain organisasi mampu menjalankan aktivitasnya karena adanya proses kepemimpinan yang digerakan oleh pemimpin organisasi tersebut.

4. Jenis-Jenis Organisasi

Pengelompokan jenis organisasi dapat dilakukan dengan menggunakan kriteria sebagai berikut :

- a. Berdasarkan jumlah orang yang memegang pucuk pimpinan.
 - (1) bentuk tunggal, yaitu pucuk pimpinan berada ditangan satu orang, semua kekuasaan dan tugas pekerjaan bersumber kepada satu orang.
 - (2) bentuk komisi, pimpinan organisasi merupakan suatu dewan yang terdiri dari beberapa orang, semua kekuasaan dan tanggung jawab dipikul oleh dewan sebagai suatu kesatuan.
- b. Berdasarkan lalu lintas kekuasaan.

Bentuk organisasi ini meliputi; (1) organisasi lini atau bentuk lurus, kekuasaan mengalir dari pucuk pimpinan organisasi langsung lurus kepada para pejabat yang memimpin unit-unit dalam organisasi, (2) bentuk lini dan staff, dalam organisasi ini pucuk pimpinan dibantu oleh staf pimpinan ahli dengan tugas sebagai pembantu pucuk pimpinan dalam menjalankan roda organisasi, (3) bentuk fungsional, bentuk organisasi dalam kegiatannya dibagi dalam fungsi-fungsi yang dipimpin oleh seorang ahli dibidangnya, dengan hubungan kerja lebih bersifat horizontal.
- c. Berdasarkan sifat hubungan personal, yaitu ;
 - (1) organisasi formal, adalah organisasi yang diatur secara resmi, seperti : organisasi pemerintahan, organisasi yang berbadan hukum
 - (2) organisasi informal, adalah organisasi yang terbentuk karena hubungan bersifat pribadi, antara lain kesamaan minat atau hobby, dll.
- d. Berdasarkan tujuan.

Organisasi ini dapat dibedakan, yaitu : (1) organisasi yang tujuannya mencari keuntungan atau „*profit oriented*” dan (2) organisasi sosial atau „*non profit oriented* „
- e. Berdasarkan kehidupan dalam masyarakat, yaitu ;
 - (1) organisasi pendidikan, (2) organisasi kesehatan, (3) organisasi pertanian, dan lain lain.

- f. Berdasarkan fungsi dan tujuan yang dilayani, yaitu :
- (1) Organisasi produksi, misalnya organisasi produk makanan, (2) Organisasi berorientasi pada politik, misalnya partai politik (3) Organisasi yang bersifat integratif, misalnya serikat pekerja (4) Organisasi pemelihara, misalnya organisasi peduli lingkungan, dan lain lain.
- g. Berdasarkan pihak yang memakai manfaat.
- Organisasi ini meliputi; (1) *Mutual benefit organization*, yaitu organisasi yang kemanfaatannya terutama dinikmati oleh anggotanya, seperti koperasi, (2) *Service organization*, yaitu organisasi yang kemanfaatannya dinikmati oleh pelanggan, misalnya bank, (3) *Business Organization*, organisasi yang bergerak dalam dunia usaha, seperti perusahaan-perusahaan, (4) *Commonwealth organization*, adalah organisasi yang kemanfaatannya terutama dinikmati oleh masyarakat umum, seperti organisasi pelayanan kesehatan, contohnya rumah sakit, Puskesmas, dll

5. Perubahan Organisasi Pelayanan Kesehatan

Seperti telah diuraikan di atas, bahwa organisasi pelayanan kesehatan, seperti Rumah Sakit dan Puskesmas merupakan salah satu jenis organisasi yang sangat dirasakan oleh masyarakat umum. Organisasi pelayanan kesehatan merupakan suatu organisasi yang aktivitas pokoknya melakukan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan salah satu tujuan yang ingin dicapai adalah memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu atau berkualitas. Salah satu prinsip organisasi adalah fleksibilitas, artinya organisasi senantiasa dinamis sesuai dengan dinamika yang ada dalam organisasi dan juga harus memperhatikan perubahan dari luar organisasi. Salah satu pendorong terjadinya perubahan yang mendasar dalam semua organisasi di Indonesia adalah terjadinya reformasi nasional pada tahun 1998 yang lalu.

Mengapa reformasi tersebut mempengaruhi semua dimensi kehidupan ? Sebagaimana yang disampaikan oleh Poeng P. Poerwanto dalam bukunya „Reformation : The Renewal of Thinking Pattern” bahwa : Reformasi adalah suatu perubahan atau restrukturisasi terhadap konsep, strategi atau kebijakan yang berkaitan dengan berbagai dimensi dari kehidupan bangsa dan negara, yang mengacu kepada tata nilai, norma, budaya, falsafah dan paradigma yang mempertimbangkan ancaman dan peluang maupun perkembangan zaman yang harus dihadapi oleh bangsa“

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa ciri reformasi adalah :

- a. Terjadinya perubahan konsep, strategi dan kebijakan,
- b. Perubahan yang terjadi didasarkan pada tata nilai, norma, budaya dan falsafah kehidupan masyarakat,
- c. Munculnya paradigma baru sebagai upaya mengantisipasi berbagai ancaman, dengan memanfaatkan peluang yang ada.

Perubahan yang mendasar dalam sektor kesehatan, yaitu terjadinya perubahan paradigma pembangunan kesehatan menjadi „**Paradigma Sehat**’. Dengan paradigma baru ini, mendorong terjadinya perubahan konsep yang sangat mendasar dalam pembangunan kesehatan, antara lain:

- a. Pembangunan kesehatan yang semula lebih menekankan pada upaya kuratif dan rehabilitatif, menjadi lebih fokus pada upaya preventif dan kuratif tanpa mengabaikan kuratif-rehabilitatif,
- b. Pelaksanaan upaya kesehatan yang semula lebih bersifat terpilah-pilah (*fragmente*) berubah menjadi kegiatan yang terpadu (*integrated*),
- c. Sumber pembiayaan kesehatan yang semula lebih banyak dari pemerintah, berubah menjadi pembiayaan kesehatan lebih banyak dari masyarakat
- d. Pergeseran pola pembayaran dalam pelayanan kesehatan yang semula *fee for service* menjadi pembayaran secara *pra-upaya*,

- e. Pergeseran pemahaman tentang kesehatan dari pandangan *kosumtif* menjadi *investasi*,
- f. Upaya kesehatan yang semula lebih banyak dilakukan oleh pemerintah, akan bergeser lebih banyak dilakukan oleh masyarakat sebagai “mitra” pemerintah (*partnership*),
- g. Pembangunan kesehatan yang semula bersifat terpusat (*centralization*), menjadi otonomi daerah (*decentralization*),
- h. Pergeseran proses perencanaan dari *top down* menjadi *bottom up* seiring dengan era desentralisasi.

Untuk itu, agar organisasi pelayanan kesehatan dalam hal ini rumah sakit dan puskesmas dapat menjalankan fungsinya secara optimal, perlu melakukan perubahan atau reformasi.

Soedarmono Soejitno (2001) mengemukakan bahwa terdapat lima hal penting yang perlu diantisipasi dalam melakukan perubahan, yaitu:

- a. Masa depan yang sangat berbeda.
Organisasi yang memiliki kreatifitas yang tinggi dan muncul dari dalam organisasi itu sendiri (orisinil), peka terhadap kecenderungan perubahan yang mungkin terjadi di masa depan dengan visi yang jelas, akan menjadi pemenang dalam kompetisi. Dalam hal ini organisasi menempatkan *manusia sebagai asset dan investasi* paling penting dan berharga.
- b. Perlu adanya visi.
Satu-satunya cara bagi organisasi untuk memperoleh keunggulan di masa depan adalah melalui dorongan untuk melakukan inovasi dan peningkatan. Dorongan tersebut merupakan *visi* yang akan memberi arah bagi organisasi.
- c. Perubahan tata nilai.
Untuk meningkatkan mutu organisasi bukan hanya bertumpu pada; peningkatan teknologi, struktur, sistem dan proses, melainkan lebih memfokuskan kepada pengembangan nilai, yaitu; *keadilan, kejujuran, integritas dan saling percaya*. Organisasi yang berorientasi nilai-nilai tersebut pada saat sulit akan termotivasi

untuk berkonsolidasi secara saling mendukung (*synergists*) bukan menjadi terpecah belah.

d. Strategi yang konkrit.

Strategi merupakan upaya untuk mewujudkan visi menjadi kenyataan. Dalam menentukan strategi secara konkrit, ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan :

- 1) Apa yang harus kita kerjakan sekarang ?
- 2) Kemampuan baru apa yang harus kita kembangkan ?
- 3) Kelompok pelanggan baru mana yang harus mulai dipahami kebutuhannya ?
- 4) Jalur distribusi atau jaringan kerja baru mana yang harus mulai digarap ?

e. Bentuk dan struktur baru organisasi.

Dalam lingkungan yang terus menerus berubah, struktur organisasi tidak bisa bersifat kaku, tetapi harus mampu melakukan adaptasi terhadap tuntutan perubahan, baik karena dinamika dalam organisasi sendiri maupun karena dorongan di luar organisasi. Ada dua hal penting dalam menentukan bentuk dan struktur baru organisasi, yaitu :

f. Peranan pimpinan, manajer dan pegawai.

Salah satu hal penting kaitannya dengan peranan ini adalah, kriteria dalam menentukan prestasi seseorang pegawai didasarkan pada; (1) orientasi kepada inovasi, (2) orientasi kepada kelompok kerja, (3) fokus kepada pelanggan, (4) orientasi kepada kemampuan nyata yang dimiliki dan peningkatan ketrampilan yang menunjang tugas/pekerjaan

g. Pola hirarkhi dalam organisasi.

Meliputi ; (1) luasnya wawasan, dengan luasnya wawasan seseorang akan memberikan kemampuan untuk melihat kemungkinan dampak yang lebih jauh dari suatu keputusan yang diambil. (2) cakrawala waktu, artinya kemampuan seseorang yang menduduki jabatan atau tugas/pekerjaan mampu melihat seberapa

jauh ke masa depan. Dalam hal ini, seorang pegawai, misalnya perawat dan bidan yang ada di rumah sakit/puskesmas yang sehari-hari berhadapan dengan pasien (pelanggan) harus mampu melihat dalam jangka waktu *beberapa jam s/d beberapa hari* untuk dapat memuaskan pasien (pelanggan). Seorang Kepala Ruangan/Kasi Perawatan maupun seorang Kepala Puskesmas bertanggung jawab terhadap proses yang membantu perawat dan bidan dalam memuaskan pasien tersebut, sedangkan Direktur RS atau Kepala Dinas Kesehatan Kab/Kota harus mampu melihat kedepan dalam jangka waktu 3 –10 tahun untuk membenahi fungsi-fungsi organisasi, efektivitas organisasi, melihat dampak organisasi terhadap masyarakat luas, dan merumuskan pokok-pokok kebijakan yang mendukungnya.

Semakin jelas bahwa rumah sakit dan puskesmas sebagai suatu organisasi pelayanan kesehatan, apabila ingin tetap mampu menjalankan fungsinya secara optimal perlu melakukan perubahan dalam organisasi tersebut, terutama perubahan tata nilai yang dapat menciptakan suasana organisasi yang kondusif, memiliki visi dan misi yang jelas sebagai pedoman dalam kegiatan ke masa depan, menetapkan strategi yang konkrit, dan juga perubahan struktur yang mendukung tujuan dan visi organisasi

C. Latihan

Jawablah soal dibawah ini dengan penjelasan yang sederhana tapi lengkap.

1. Jelaskan pengertian dari organisasi
2. Jelaskan landasan hukum organisasi pelayanan kesehatan

D. Rujukan

1. Poeng P. Poerwanto (2000), *reformation: The Renewal of Thinking Pattern*, Jakarta, ADB
2. Soedarmono Soejitno (2001), *Akselerasi Reformasi Kesehatan*, Jakarta.
3. Yayat Hayati Djatmiko (2002), *Perilaku Organisasi*. Alfabeta-Bandung

4. Pohan, I.S. 2007. *Jaminan mutu layanan kesehatan: Dasar-dasar pengertian dan penerapan*. EGC
5. Retnaningsih, Ekowati (2013). *Akses Layanan Kesehatan*, Jakarta : Raja Grafindo Persada
6. Satrianegara, Fais. (2014). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Teori dan Aplikasi dalam Pelayanan Puskesmas dan Rumah Sakit*, Jakarta: Penerbit Salemba Medika
7. WHO. 2002. *Implementasi Sistem pengembangan Manajemen Kinerja Klinik untuk Perawat dan Bidan di Rumah Sakit dan Puskesmas*. WHOSEA-Nurs-429, Mei. 2002

E. Bacaan Yang Dianjurkan

Bacalah buku-buku yang berkaitan dengan Organisasi dalam Pelayanan kesehatan

BAB III
PERATURAN DAN KEBIJAKAN SISTEM PELAYANAN KEBIDANAN
DAN KESEHATAN DI INDONESIA

A. PENDAHULUAN

1. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah mempelajari BAB III diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan peraturan dan kebijakan sistem pelayanan kebidanan dan Kesehatan di Indonesia

2. Entry Behaviour

Mengkaji dan memahami peraturan dan kebijakan sistem pelayanan kebidanan dan Kesehatan di Indonesia

3. Keterkaitan dengan Materi lain

Memahami BAB III akan memudahkan mahasiswa mempelajari peraturan dan kebijakan sistem pelayanan kebidanan dan Kesehatan di Indonesia

4. Pentingnya Mempelajari Isi BAB III

Memahami bagaimana dalam menerapkan peraturan dan kebijakan sistem pelayanan kebidanan dan Kesehatan di Indonesia

5. Petujuk Mempelajari Isi BAB

- e. Bacalah tujuan mempelajari isi BAB ini dan kemampuan yang harus dicapai
- f. Baca dan pahami setiap isi BAB
- g. Tanyakan pada dosen pengampu bila ada hal hal yang perlu diklarifikasi atau memerlukan pemahaman lebih lanjut
- h. Buatlah ringkasan tiap sub BAB agar melatih kemampuan memahami hal hal yang penting

6. Jawab dan isi pertanyaan yang telah disediakan

B. PENYAJIAN MATERI

1. Landasan Sistem Pelayanan Kesehatan

Dalam perpres No 72 tahun 2012 mempunyai landasan sistem kesehatan nasional meliputi :

- a. Landasan idil, yaitu pancasila
- b. Landasan konstitusional, yaitu Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, khususnya Pasal 28A ”Setiap orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya”, Pasal 28B ayat (2) ”Setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh, dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.”, Pasal 28C ayat (1) ”Setiap orang berhak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya, berhak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi, seni dan budaya, demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia”, Pasal 28H ayat (1) ”Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”, Pasal 28H ayat (3) ”Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat”, Pasal 34 ayat (2) ”Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan”, dan Pasal 34 ayat (3) ”Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”.
- c. Landasan operasional, meliputi Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan ketentuan peraturan perundangundangan lainnya yang berkaitan dengan penyelenggaraan SKN dan pembangunan kesehatan.

Tujuan Sistem Kesehatan Nasional

Tujuan sistem kesehatan nasional adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh semua potensi bangsa baik masyarakat, swasta maupun

pemerintah secara sinergis, berhasil guna dan berdaya guna, sehingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Upaya terkait Sistem Kesehatan Nasional

Sistem kesehatan nasional meliputi :

a. Upaya kesehatan.

Untuk dapat mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya perlu diselenggarakan berbagai upaya kesehatan dengan menghimpun seluruh potensi bangsa Indonesia. Upaya kesehatan diselenggarakan dengan upaya pendekatan, pencegahan, pengobatan dan pemulihan.

b. Pembiayaan kesehatan.

Pembiayaan kesehatan yang kuat terintegrasi, stabil dan berkesinambungan memegang peran yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai berbagai tujuan pembangunan kesehatan.

c. Sumber daya manusia kesehatan .

Sebagai pelaksanaan upaya kesehatan, diperlukan sumberdaya manusia kesehatan yang mencukupi dengan jumlah, jenis dan kualitasnya, serta terdistribusi secara adil dan merata, sesuai tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan.

d. Ketersediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan.

Meliputi berbagai kegiatan untuk menjamin aspek keamanan, pemanfaatan dan mutu ketersediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang beredar.

e. Manajemen dan informasi kesehatan.

Meliputi kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan , hukum kesehatan, dan informasi kesehatan.

f. Pemberdayaan masyarakat.

System kesehatan nasional akan berfungsi maksimal apabila ditunjang oleh pemberdayaan masyarakat agar masyarakat dapat dan mampu berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan.

Aplikasi Sistem Kesehatan Nasional

Sistem lingkungan masyarakat yang memberikan dampak negative bagi kesehatan merupakan tantangan diluar system kesehatan masyarakat. Sebagai contoh wabah penyakit baru, seperti flu burung dan HIV/AIDS. Dimana Indonesia berada sangat dipengaruhi lalu lintas dunia baik arus manusia atau barang termasuk kandungan makanan dan minuman, disamping itu masalah mendasar dengan jumlah penduduk yang besar dengan ciri kepulauan masih perlunya pengawasan terhadap masalah gizi, agar tidak terjadi masalah gizi buruk yang kronis.

2. Kebijakan Pelayanan Kesehatan

Kebijakan kesehatan merupakan tindakan yang mempunyai efek terhadap institusi ,organisasi pelayanan dan pendanaan dari system pelayanan kesehatan.

Kebijakan palayanan kesehatan meliputi:

a. Public goods

Berupa barang atau jasa yang pedanaannya berasal dari pemerintah, yang bersumber dari pajak dan kelompok masyarakat. Layanan public goods digunakan untuk kepentingan bersama dan dimiliki bersama. Keberadaanya memiliki pengaruh terhadap masyarakat.

b. Privat goods

Berupa barang atau jasa swasta yang pedanaanya berasal dari perseorangan. Digunakan untuk kepentingan sendiri dan dimiliki perseorangan, tidak bisa dimiliki sembarangan orang, terdapat persaingan dan eksternalitas rendah.

c. Merit goods

Karakteristik memerlukan biaya tambahan tidak dapat digunakan sembarangan orang ada persaingan dan eksternalitas tinggi contohnya cuci darah, pelayanan kehamilan, pelayanan kespro dan pengobatan PMS.

Indonesia termasuk negara berkembang sangat rentan terhadap berbagai macam penyakit. Hal ini disebabkan karena kondisi riil masyarakat Indonesia yang miskin dan memiliki standart hidup (gizi) rendah.

Kemiskinan (gizi buruk) menjadi kandungan yang siap setiap saat melahirkan penyakit. Karena itu tidak mengejutkan kalau penyakit – penyakit menyerang masyarakat meningkat jumlahnya setiap tahun seiring meningkatkan jumlah angka kemiskinan.

3. Landasan Hukum Mendasari Kebijakan

- a. UU Nomor 40/2004 Pasal 22 berisi manfaat komprehensif : Promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative.
- b. UU Nomor 40/2004 Pasal 24 mengenai BPJS berkewajiban mengembangkan system pelayanan kesehatan, system mutu dan system pembayaran yang efisien dan efektif.
- c. Perpres 12/2013 Pasal 20 ayat 1 : menetapkan produk : pelayanan kesehatan perorangan (pro,otf, preventif, kuratif dan rehabilitative), obat dan bahan medis habis pakai
- d. Perpres 12/2013 Pasal 36
 - Ayat 1 : Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang menjalin kerjasama dengan BPJS.
 - Ayat 2: Fasilitas kesehatan pemerintah dan pemerintah daerah yang memenuhi persyaratan wajib bekerjasama dengan BPJS.
 - Ayat 3 : Fasilitas kesehatan swasta yang memenuhi persyaratan dapat bekerjasama dengan BPJS.
 - Ayat 4 : BPJS kesehatan dengan fasilitas membuat perjanjian tertulis sebagai landasan kerjasama
 - Ayat 5 : Persyaratan sebagai fasilitas kesehatan mengacu pada peraturan Menteri Kesehatan yang berlaku.
- e. Perpres 12/2013 Pasal 42
 - Ayat 1 : Pelayanan kepada peserta jaminan kesehtan harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi kepada aspek keamanan peserta, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan peserta serta efisiensi biaya.
 - Ayat 2 : Penerapan sistem kendali mutu pelayanan jaminan kesehatan dilakukan secara menyeluruh, meliputi standar pemenuhan fasilitas kesehtan, memastikan proses pelayanan kesehatan

berjalan sesuai dengan standar yang ditetapkan, serta pemantauan terhadap iuran kesehatan peserta

Ayat 3 : Ketentuan mengenai penerapan system kendali mutu diatur oleh ketetapan BPJS

f. Perpres 12/2013 Pasal 43

Ayat 1 : Dalam rangka menjamin kendali mutu dan biaya menteri bertanggung jawab untuk HTA, pertimbangan klinis dan manfaat jaminan kesehatan, perhitungan standar tarif, *monev* jaminan kesehatan

Ayat 2 : Dalam melaksanakan *Monev*, menteri berkoordinasi dengan Dewan Jaminan Sosial Nasional

g. Perpres 12/2013 Pasal 44 : ketentuan tentang pasal 43 diatur dengan Peraturan Menteri

4. Kebijakan pelayanan Kebidanan

Standar Pelayanan Kebidanan (SPK) adalah rumusan tentang penampilan atau nilai diinginkan yang mampu dicapai, berkaitan dengan parameter yang telah ditetapkan yaitu standar pelayanan kebidanan yang menjadi tanggung jawab profesi bidan dalam sistem pelayanan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan kesehatan keluarga dan masyarakat (Depkes RI, 2001: 53).

Manfaat Standar Pelayanan Kebidanan Standar pelayanan kebidanan mempunyai beberapa manfaat sebagai berikut:

- a. Standar pelayanan berguna dalam penerapan norma tingkat kinerja yang diperlukan untuk mencapai hasil yang diinginkan.
- b. Melindungi masyarakat.
- c. Sebagai pelaksanaan, pemeliharaan, dan penelitian kualitas pelayanan.
- d. Untuk menentukan kompetensi yang diperlukan bidan dalam menjalankan praktek sehari-hari.
- e. Sebagai dasar untuk menilai pelayanan, menyusun rencana pelatihan dan pengembangan pendidikan (Depkes RI, 2001:2).

Standar Pelayanan Kebidanan meliputi 24 standar , yang dikelompokkan menjadi 5 bagian besar – yaitu

- a. Standar Pelayanan Umum
 - Standar 1: Persiapan untuk kehidupan keluarga
 - Standar 2: Pencatatan dan pelaporan
- b. Standar Pelayanan Antenatal
 - Standar 3: Identifikasi ibu hamil
 - Standar 4: Pemeriksaan dan pemantauan
 - Standar 5: Palpasi abdominal
 - Standar 6: Pengelolaan anemia pada ibu hamil
 - Standar 7: Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan
 - Standar 8: Persiapan persalinan
- c. Standar Pelayanan Persalinan
 - Standar 9: Asuhan persalinan kala I
 - Standar 10: Persalinan kala II yang aman
 - Standar 11: Penatalaksanaan Aktif persalinan kala III
 - Standar 12: Penanganan kala II dengan gawat janin melalui episiotomi
- d. Standar Pelayanan Nifas
 - Standar 13: Perawatan bayi baru lahir
 - Standar 14: Penanganan pada 2 jam pertama setelah persalinan
 - Standar 15: Pelayanan bagi ibu dan bayi pada masa nifas
- e. Standar Pelayanan Kegawat daruratan Obstetri-Neonatal
 - Standar 16: Penanganan perdarahan dalam kehamilan pada trimester III
 - Standar 17: Penanganan kegawatan pada eclampsia
 - Standar 18: Penanganan kegawatan pada partus lama/ macet
 - Standar 19: Persalinan dengan menggunakan vacum ekstraktor
 - Standar 20: Penanganan retensio plasenta
 - Standar 21: Perdarahan perdarahan postpartum primer
 - Standar 22: Penanganan perdarahan postpartum sekunder
 - Standar 23: Penanganan sepsis puerperalis
 - Standar 24: Penanganan asfiksia neonatorum

C. Latihan

Jawablah soal dibawah ini dengan penjelasan yang sederhana tapi lengkap.

1. Jelaskan tentang kebijakan pelayanan kebidanan
2. Jelaskan tentang kebijakan pelayanan kesehatan

D. Rujukan

- a. Poeng P. Poerwanto (2000), *reformation: The Renewal of Thinking Pattern*, Jakarta, ADB
- b. Soedarmono Soejitno (2001), *Akselerasi Reformasi Kesehatan*, Jakarta.
- c. Yayat Hayati Djatmiko (2002), *Perilaku Organisasi*. Alfabeta-Bandung
- d. Pohan,I.S.2007. *Jaminan mutu layanan kesehatan: Dasar-dasar pengertian dan penerapan*. EGC
- e. Retnaningsih, Ekowati (2013). *Akses Layanan Kesehatan*, Jakarta : Raja Grafindo Persada
- f. Satrianegara, Fais. (2014). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Teori dan Aplikasi dalam Pelayanan Puskesmas dan Rumah Sakit*, Jakarta: Penerbit Salemba Medika
- g. WHO. 2002. *Implementasi Sistem pengembangan Manajemen Kinerja Klinik untuk Perawat dan Bidan di Rumah Sakit dan Puskesmas*. WHOSEA-Nurs-429, Mei. 2002

E. Bacaan Yang Dianjurkan

Bacalah buku buku yang berkaitan dengan peraturan dan kebijakan sistem pelayanan kebidanan dan Kesehatan di Indonesia

BAB IV

SYSTEM RUJUKAN KESEHATAN NASIONAL

A. PENDAHULUAN

1. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah mempelajari BAB IV diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan sistem rujukan Kesehatan nasional

2. Entry Behaviour

Mengkaji dan memahami sistem rujukan Kesehatan nasional

3. Keterkaitan dengan Materi lain

Memahami BAB IV akan memudahkan mahasiswa mempelajari sistem rujukan Kesehatan nasional

4. Pentingnya Mempelajari Isi BAB IV

Memahami bagaimana dalam menerapkan sistem rujukan Kesehatan nasional.

5. Petujuk Mempelajari Isi BAB

- a. Bacalah tujuan mempelajari isi BAB ini dan kemampuan yang harus dicapai
- b. Baca dan pahami setiap isi BAB
- c. Tanyakan pada dosen pengampu bila ada hal hal yang perlu diklarifikasi atau memerlukan pemahaman lebih lanjut
- d. Buatlah ringkasan tiap sub BAB agar melatih kemampuan memahami hal hal yang penting

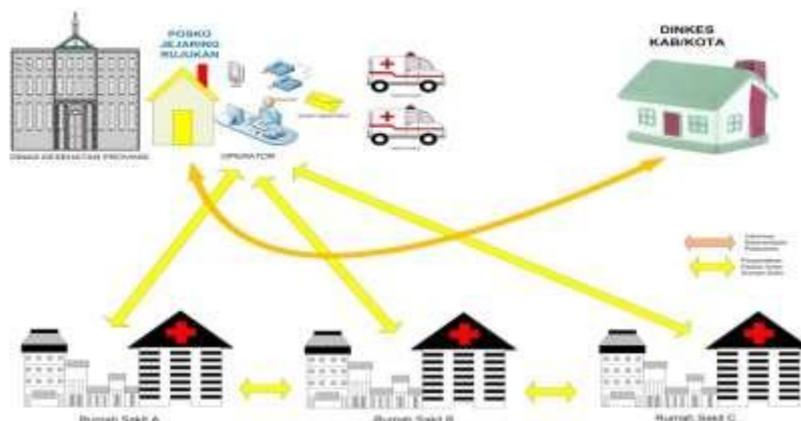
6. Jawab dan isi pertanyaan yang telah disediakan

B. PENYAJIAN MATERI

1. Pengertian

Rujukan adalah suatu pelimpahan tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah kebidanan yang timbul baik secara vertikal (dan satu unit ke unit yang lebih lengkap / rumah sakit) untuk horizontal (dari satu bagian lain dalam satu unit). (Muchtar, 1977) Sistem rujukan upaya keselamatan adalah suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal-balik atas masalah yang timbul baik secara vertikal (komunikasi antara unit yang sederajat) maupun horizontal (komunikasi inti yang lebih tinggi ke unit yang lebih rendah) ke fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau, rasional dan tidak dibatasi oleh wilayah administrasi.

Rujukan Pelayanan Kebidanan adalah pelayanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya yaitu pelayanan yang dilakukan oleh bidan sewaktu menerima rujukan dari dukun yang menolong persalinan, juga layanan yang dilakukan oleh bidan ke tempat atau fasilitas pelayanan kesehatan atau fasilitas kesehatan lain secara horizontal maupun vertical.



Jenis Rujukan

2. Tujuan Rujukan

Menurut Mochtar, 1998 Rujukan mempunyai berbagai macam tujuan antara lain

- a. Agar setiap penderita mendapat perawatan dan pertolongan sebaik-baiknya
- b. Menjalinkan kerja sama dengan cara pengiriman penderita atau bahan laboratorium dari unit yang kurang lengkap ke unit yang lebih lengkap fasilitasnya
- c. Menjalinkan perubahan pengetahuan dan ketrampilan (transfer of knowledge & skill) melalui pendidikan dan latihan antara pusat pendidikan dan daerah perifer.

Sedangkan menurut Hatmoko, 2000 Sistem rujukan mempunyai tujuan umum dan khusus, antara lain :

- a. Umum Dihasilkannya pemerataan upaya pelayanan kesehatan yang didukung kualitas pelayanan yang optimal dalam rangka memecahkan masalah kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna.
- b. Khusus
 - 1) Menghasilkan upaya pelayanan kesehatan klinik yang bersifat kuratif dan rehabilitatif secara berhasil guna dan berdaya guna.
 - 2) Dihasilkannya upaya kesehatan masyarakat yang bersifat preventif secara berhasil guna dan berdaya guna.

3. Jenis Rujukan

Rujukan dalam pelayanan kebidanan merupakan kegiatan pengiriman orang sakit dari unit kesehatan yang kurang lengkap ke unit yang lebih lengkap berupa rujukan kasus patologis pada kehamilan, persalinan dan nifas masuk didalamnya, pengiriman kasus masalah reproduksi lainnya seperti kasus ginekologi atau kontrasepsi yang memerlukan penanganan spesialis. Termasuk juga didalamnya pengiriman bahan laboratorium. Jika penderita telah sembuh dan hasil

laboratorium telah selesai, kembalikan dan kirimkan ke unit semula, jika perlu disertai dengan keterangan yang lengkap (surat balasan).

Rujukan informasi medis membahas secara lengkap data-data medis penderita yang dikirim dan advis rehabilitas kepada unit yang mengirim. Kemudian Bidan menjalin kerja sama dalam sistem pelaporan data-data parameter pelayanan kebidanan, terutama mengenai kematian maternal dan pranatal. Hal ini sangat berguna untuk memperoleh angka-angka secara regional dan nasional pemantauan perkembangan maupun penelitian.

Menurut tata hubungannya, sistem rujukan terdiri dari: rujukan internal dan rujukan eksternal.

- a. Rujukan Internal adalah rujukan horizontal yang terjadi antar unit pelayanan di dalam institusi tersebut. Misalnya dari jejaring puskesmas (puskesmas pembantu) ke puskesmas induk.
- b. Rujukan Eksternal adalah rujukan yang terjadi antar unit-unit dalam jenjang pelayanan kesehatan, baik horizontal (dari puskesmas rawat jalan ke puskesmas rawat inap) maupun vertikal (dari puskesmas ke rumah sakit umum daerah).

Menurut lingkup pelayanannya, sistem rujukan terdiri dari: rujukan medik dan rujukan kesehatan.

- a. Rujukan Medik adalah rujukan pelayanan yang terutama meliputi upaya penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif). Misalnya, merujuk pasien puskesmas dengan penyakit kronis (jantung koroner, hipertensi, diabetes mellitus) ke rumah sakit umum daerah. Jenis rujukan medik:
 - 1) Transfer of patient. Konsultasi penderita untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan operatif dan lain-lain.
 - 2) Transfer of specimen. Pengiriman bahan untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.
 - 3) Transfer of knowledge/personel. Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu layanan

pengobatan setempat. Pengiriman tenaga-tenaga ahli ke daerah untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan melalui ceramah, konsultasi penderita, diskusi kasus dan demonstrasi operasi (transfer of knowledge).

Pengiriman petugas pelayanan kesehatan daerah untuk menambah pengetahuan dan keterampilan mereka ke rumah sakit yang lebih lengkap atau rumah sakit pendidikan, juga dengan mengundang tenaga medis dalam kegiatan ilmiah yang diselenggarakan tingkat provinsi atau institusi pendidikan (transfer of personel).

- b. Rujukan Kesehatan adalah hubungan dalam pengiriman dan pemeriksaan bahan ke fasilitas yang lebih mampu dan lengkap. Rujukan ini umumnya berkaitan dengan upaya peningkatan promosi kesehatan (promotif) dan pencegahan (preventif). Contohnya, merujuk pasien dengan masalah gizi ke klinik konsultasi gizi (pojok gizi puskesmas), atau pasien dengan masalah kesehatan kerja ke klinik sanitasi puskesmas (pos Unit Kesehatan Kerja).

Masukkan persiapan-persiapan dan informasi berikut ke dalam rencana rujukan :

- 1) Siapa yang akan menemani ibu dan bayi baru lahir.
- 2) Tempat –tempat rujukan mana yang lebih disukai ibu dan keluarga. (Jika ada lebih dari satu kemungkinan tempat rujukan, pilih tempat rujukan yang paling sesuai berdasarkan jenis asuhan yang diperlukan
- 3) Sarana transportasi yang akan digunakan dan siapa yang akan mengendarainya. Ingat bahwa transportasi harus tersedia segera, baik siang maupun malam.
- 4) Orang yang ditunjuk menjadi donor darah, jika transfusi darah diperlukan.
- 5) Uang yang disisihkan untuk asuhan medis, transportasi, obat-obatan dan bahan-bahan.
- 6) Siapa yang akan tinggal dan menemani anak-anak yang lain pada saat ibu tidak di rumah.

7) Tingkatan Rujukan Tingkatan rujukan berdasarkan pada bentuk pelayanan

- ✓ Pelayanan kesehatan tingkat pertama (primary health care)
Pelayanan kesehatan jenis ini diperlukan untuk masyarakat yang sakit ringan dan masyarakat sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan. Oleh karena jumlah kelompok ini didalam suatu populasi sangat besar (kurang lebih 85%), pelayanan yang diperlukan oleh kelompok ini bersifat pelayanan kesehatan dasar (basic health services). Bentuk pelayanan ini di Indonesia adalah puskesmas, puskesmas pembantu, puskesmas keliling dan balesmas.
- ✓ Pelayanan Kesehatan tingkat kedua (secondary health services) Pelayanan kesehatan jenis ini diperlukan oleh kelompok masyarakat yang memerlukan perawatan nginap, yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer. Bentuk pelayanan ini misalnya Rumah Sakit tipe C dan D dan memerlukan tersedianya tenaga spesialis
- ✓ Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (tertiary health services)
Pelayanan kesehatan ini diperlukan oleh kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder. Pelayanan sudah kompleks, dan memerlukan tenaga-tenaga super spesialis. Contoh di Indonesia: RS tipe A dan B.

4. Langkah-Langkah Rujukan dalam Pelayanan Kebidanan

- a. Menentukan kegawat daruratan penderita
 - 1) Pada tingkat kader atau dukun bayi terlatih ditemukan penderita yang tidak dapat ditangani sendiri oleh keluarga atau kader/dukun bayi, maka segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang terdekat, oleh karena itu mereka belum tentu dapat menerapkan ke tingkat kegawat daruratan.

- 2) Pada tingkat bidan desa, puskesmas pembantu dan puskesmas. Tenaga kesehatan yang ada pada fasilitas pelayanan kesehatan tersebut harus dapat menentukan tingkat kegawat daruratan kasus yang ditemui, sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya, mereka harus menentukan kasus mana yang boleh ditangani sendiri dan kasus mana yang harus dirujuk.
- b. Menentukan tempat rujukan Prinsip dalam menentukan tempat rujukan adalah fasilitas pelayanan yang mempunyai kewenangan dan terdekat termasuk fasilitas pelayanan swasta dengan tidak mengabaikan kesediaan dan kemampuan penderita.
- c. Memberikan informasi kepada penderita dan keluarga Kaji ulang rencana rujukan bersama ibu dan keluarga.
Jika perlu dirujuk, siapkan dan sertakan dokumentasi tertulis semua asuhan, perawatan dan hasil penilaian (termasuk partograf) yang telah dilakukan untuk dibawa ke fasilitas rujukan. Jika ibu tidak siap dengan rujukan, lakukan konseling terhadap ibu dan keluarganya tentang rencana tersebut. Bantu mereka membuat rencana rujukan pada saat awal persalinan.
- d. Mengirimkan informasi pada tempat rujukan yang dituju
 - 1) Memberitahukan bahwa akan ada penderita yang dirujuk.
 - 2) Meminta petunjuk apa yang perlu dilakukan dalam rangka persiapan dan selama dalam perjalanan ke tempat rujukan.
 - 3) Meminta petunjuk dan cara penanganan untuk menolong penderita bila penderita tidak mungkin dikirim.

5. Persiapan penderita (BAKSOKUDA)

Hal-hal yang penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu :

- a. Bidan Pastikan bahwa ibu dan/atau bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk menatalaksana kegawat daruratan obstetri dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan

- b. Alat Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi baru lahir (tabung suntik, selang IV, dll) bersama ibu ke tempat rujukan. Perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan sedang dalam perjalanan.
- c. Keluarga Beri tahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan/atau bayi dan mengapa ibu dan/atau bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan keperluan upaya rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan/atau bayi baru lahir ke tempat rujukan.
- d. Surat Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan/atau bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan/atau bayi baru lahir. Lampirkan partograf kemajuan persalinan ibu pada saat rujukan.
- e. Obat Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke tempat rujukan. Obat-obatan mungkin akan diperlukan selama perjalanan.
- f. Kendaraan Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi yang cukup nyaman. Selain itu pastikan bahwa kondisi kendaraan itu cukup baik untuk mencapai tempat rujukan dalam waktu yang tepat.
- g. Uang Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan/atau bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.
- h. Darah Siapkan darah sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien.

6. Pengiriman Penderita

Untuk mempercepat sampai ke tujuan, perlu diupayakan kendaraan / sarana transportasi yang tersedia untuk mengangkut penderita

7. Tindak lanjut penderita :

- a. Untuk penderita yang telah dikembalikan (rawat jalan pasca penanganan)
- b. Penderita yang memerlukan tindakan lanjut tapi tidak melapor harus ada tenaga kesehatan yang melakukan kunjungan rumah

8. Jalur Rujukan Kasus Kegawat daruratan

Dalam kaitan ini jalur rujukan untuk kasus gawat darurat dapat dilaksanakan sebagai berikut :

- a. Dari Kader Dapat langsung merujuk ke :
 - 1) Puskesmas pembantu
 - 2) Pondok bersalin / bidan desa
 - 3) Puskesmas / puskesmas rawat inap
 - 4) Rumah sakit pemerintah / swasta
- b. Dari Posyandu Dapat langsung merujuk ke :
 - 1) Puskesmas pembantu
 - 2) Pondok bersalin / bidan desa
 - 3) Puskesmas / puskesmas rawat inap
 - 4) Rumah sakit pemerintah / swasta
- c. Dari Puskesmas Pembantu Dapat langsung merujuk ke rumah sakit tipe D/C atau rumah sakit swasta
- d. Dari Pondok bersalin / Bidan Desa Dapat langsung merujuk ke rumah sakit tipe D/C atau rumah sakit swasta

9. Keuntungan Sistem Rujukan

- a. Pelayanan yang diberikan sedekat mungkin ke tempat pasien, berarti bahwa pertolongan dapat diberikan lebih cepat, murah dan secara psikologis memberi rasa aman pada pasien dan keluarga
- b. Dengan adanya penataran yang teratur diharapkan pengetahuan dan keterampilan petugas daerah makin meningkat sehingga makin banyak kasus yang dapat dikelola di daerahnya masing – masing
- c. Masyarakat desa dapat menikmati tenaga ahli

- d. Upaya Peningkatan Mutu Rujukan

10. Langkah-langkah dalam upaya meningkatkan mutu rujukan :

- a. Meningkatkan mutu pelayanan di puskesmas dalam menampung rujukan puskesmas pembantu dan pos kesehatan lain dari masyarakat.
- b. Mengadakan pusat rujukan antara lain dengan mengadakan ruangan tambahan untuk 10 tempat tidur perawatan penderita gawat darurat di lokasi strategis
- c. Meningkatkan sarana komunikasi antar unit pelayanan kesehatan
- d. Menyediakan Puskesmas keliling di setiap kecamatan dalam bentuk kendaraan roda 4 atau perahu bermotor yang dilengkapi alat komunikasi
- e. Menyediakan sarana pencatatan dan pelaporan bagi sistem, baik rujukan medik maupun rujukan kesehatan
- f. Meningkatkan upaya dana sehat masyarakat untuk menunjang pelayanan kesehatan.

C. LATIHAN

Jawablah soal dibawah ini dengan penjelasan yang sederhana tapi lengkap.

- 1. Jelaskan persiapan sebelum merujuk
- 2. Sebutkan jenis-jenis rujukan

D. Rujukan

- 1. Poeng P. Poerwanto (2000), reformation: The Renewal of Thinking Pattern, Jakarta, ADB
- 2. Soedarmono Soejitno (2001), Akselerasi Reformasi Kesehatan, Jakarta.
- 3. Yayat Hayati Djatmiko (2002), Perilaku Organisasi. Alfabeta-Bandung
- 4. Pohan,I.S.2007. *Jaminan mutu layanan kesehatan: Dasar-dasar pengertian dan penerapan*. EGC

5. Retnaningsih, Ekowati (2013). *Akses Layanan Kesehatan*, Jakarta : Raja Grafindo Persada
6. Satrianegara, Fais. (2014). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Teori dan Aplikasi dalam Pelayanan Puskesmas dan Rumah Sakit*, Jakarta: Penerbit Salemba Medika
7. WHO. 2002. *Implementasi Sistem pengembangan Manajemen Kinerja Klinik untuk Perawat dan Bidan di Rumah Sakit dan Puskesmas*. WHOSEA-Nurs-429, Mei. 2002

E. Bacaan Yang Dianjurkan

Bacalah buku buku yang berkaitan dengan sistem Rujukan Kesehatan di Indonesia

BAB V

INDIKATOR KINERJA SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

A. PENDAHULUAN

1. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah mempelajari BAB IV diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan Indikator Kinerja Sistem Pelayanan Kesehatan

2. Entry Behaviour

Mengkaji dan memahami Indikator Kinerja Sistem Pelayanan Kesehatan

3. Keterkaitan dengan Materi lain

Memahami BAB IV akan memudahkan mahasiswa mempelajari Indikator Kinerja Sistem Pelayanan Kesehatan

4. Pentingnya Mempelajari Isi BAB IV

Memahami bagaimana dalam menerapkan Indikator Kinerja Sistem Pelayanan Kesehatan

5. Petunjuk Mempelajari Isi BAB

- e. Bacalah tujuan mempelajari isi BAB ini dan kemampuan yang harus dicapai
- f. Baca dan pahami setiap isi BAB
- g. Tanyakan pada dosen pengampu bila ada hal hal yang perlu diklarifikasi atau memerlukan pemahaman lebih lanjut
- h. Buatlah ringkasan tiap sub BAB agar melatih kemampuan memahami hal hal yang penting

6. Jawab dan isi pertanyaan yang telah disediakan

B. PENYAJIAN MATERI

1. Pengertian Indikator

Ada beberapa pengertian yang disampaikan oleh para pakar antara lain:

- a. Indikator adalah pengukuran tidak langsung suatu peristiwa atau kondisi. Contoh: berat badan bayi dan umurnya adalah indikator status nutrisi dari bayi tersebut (Wilson & Sapanuchart, 1993).
- b. Indikator adalah variabel yang mengindikasikan atau menunjukkan satu kecenderungan situasi, yang dapat dipergunakan untuk mengukur perubahan (Green, 1992).
- c. Indikator adalah variable untuk mengukur suatu perubahan baik langsung maupun tidak langsung (WHO, 1981) Ada dua kata kunci penting dalam pengertian tersebut diatas adalah pengukuran dan perubahan. Untuk mengukur tingkat hasil suatu kegiatan digunakan "indikator" sebagai alat atau petunjuk untuk mengukur prestasi suatu pelaksanaan kegiatan.

Indikator yang berfokus pada hasil asuhan kepada pasien dan proses-proses kunci serta spesifik disebut indikator klinis. Indikator klinis adalah ukuran kuantitas sebagai pedoman untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas asuhan pasien dan berdampak terhadap pelayanan. Indikator tidak dipergunakan secara langsung untuk mengukur kualitas pelayanan, tetapi dapat dianalogikan sebagai "bendera" yang menunjuk adanya suatu masalah spesifik dan memerlukan monitoring dan evaluasi. Dalam beberapa kegiatan, mungkin tidak relevan mengukurnya dengan ukuran kuantitatif untuk mengambil suatu keputusan. Sebagai contoh dalam komunikasi: bagaimana kualitas komunikasi interpersonal antara bidan - pasien, maka pengukurannya adalah melalui observasi langsung untuk mengetahui bagaimana kualitas interaksinya. Monitoring dilakukan terhadap indikator kunci guna dapat mengetahui penyimpangan atau prestasi yang dicapai.

Dengan demikian setiap individu akan dapat menilai tingkat prestasinya sendiri (self assesment). Indikator Memiliki Karakteristik sebagai berikut.

- a. Sahih (Valid) artinya indikator benar-benar dapat dipakai untuk mengukur aspek-aspek yang akan dinilai.
- b. Dapat dipercaya (Reliable): mampu menunjukkan hasil yang sama pada saat yang berulang kali, untuk waktu sekarang maupun yang akan datang.
- c. Peka (Sensitive): cukup peka untuk mengukur sehingga jumlahnya tidak perlu banyak.
- d. Spesifik (Specific) memberikan gambaran perubahan ukuran yang jelas dan tidak tumpang tindih.
- e. Relevan: sesuai dengan aspek kegiatan yang akan diukur dan kritikal contoh: pada unit bedah indikator yang dibuat berhubungan dengan pre-operasi dan post-operasi.

2. Klasifikasi Indikatora.

- a. Indikator input merujuk pada sumber-sumber yang diperlukan untuk melaksanakan aktivitas, antara lain: personel, alat/fasilitas, informasi, dana, peraturan/kebijakan.
- b. Indikator proses adalah memonitor tugas atau kegiatan yang dilaksanakan.
- c. Indikator output: mengukur hasil meliputi cakupan, termasuk pengetahuan, sikap, dan perubahan perilaku yang dihasilkan oleh tindakan yang dilakukan. Indikator ini juga disebut indikator effect.
- d. Indikator outcome: dipergunakan untuk menilai perubahan atau dampak (impact) suatu program, perkembangan jangka panjang termasuk perubahan status kesehatan masyarakat/penduduk.

Ilustrasi dari indikator dengan contoh kegiatan imunisasi: Input meliputi peralatannya, vaksin dan alat proteksi dan staf yang terlatih, proses adalah kegiatan dalam melakukan aktifitas pemberian imunisasi, output

meliputi cakupan pemberian meningkat adalah output, dan outcome adalah dampaknya sebagai efek output antara lain menurunnya morbiditas dan mortalitas dari upaya pencegahan penyakit melalui imunisasi (outcome).

3. Indikator Kinerja Klinis

Mengidentifikasi indikator yang tepat untuk suatu tindakan klinis yang memerlukan pertimbangan yang selektif dan membangun konsensus di antara manager lini pertama (First Line Manager) dan staf, sehingga apa yang akan dimonitor dan dievaluasi akan menjadi jelas bagi kedua belah pihak.

4. Pengukuran Indikator Kinerja Klinis

Untuk menilai keberhasilan suatu kegiatan pelayanan kebidanan dipergunakan indikator kinerja klinis. Indikator adalah pengukuran kuantitatif, umumnya pengukuran kuantitatif meliputi, yaitu

- a. numerator adalah suatu data pembilang dari suatu peristiwa (events) yang sudah diukur;
- b. denominator data penyebut adalah jumlah target sasaran atau jumlah seluruh pasien yang menjadi sasaran pemberian asuhan/pelayanan. Contoh data denominator di puskesmas: populasi sasaran dalam satu wilayah seperti: jumlah balita, bumil, bayi baru lahir.

Indikator yang meliputi denominator sangat berguna untuk memonitor perubahan dan membandingkan tingkat keberhasilan suatu area dengan area lain pada suatu wilayah. Cara pengukuran ini disebut dengan proporsi. Tetapi dalam kondisi tertentu indikator tanpa denominator (hanya data pembilang) sangat berarti untuk kejadian jarang atau langka tetapi penting misalnya kematian ibu. Indikator dapat dikategorikan serius dari peristiwa yang diukur. Bila peristiwa tersebut dinilai sangat berbahaya atau berdampak luas, walaupun frekuensinya rendah, maka diperlukan pengawasan atau monitoring yang lebih intens untuk perbaikan yang lebih cepat.

5. Pengumpulan data indikator kinerja

Pengumpulan data indikator merupakan tulang punggung dari program pengukuran kinerja. Hal tersebut hanya dapat dikembangkan melalui sistem manajemen informasi yang tepat, dimana pengumpulan data, pengorganisasian serta reaksi terhadap data kinerja direncanakan dan diorganisir secara sistematis, sehingga dapat memberikan makna terhadap perubahan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan dalam suatu organisasi.

Ada enam sasaran kunci pengumpulan data kinerja:

- a. Menata sistem informasi yang akurat yang mendasari keputusan mendatang,
- b. Menghindari aspek hukum yang berkaitan dengan pengukuran dan hasil data yang dikumpulkan,
- c. Menemukan lingkungan tepat yang dapat memberikan peluang untuk melakukan tindakan,
- d. Menumbuhkan motivasi staf dan merencanakan peningkatan kinerja itu sendiri,
- e. Mengumpulkan data interval secara reguler terhadap proses-proses kritis, dalam upaya mempertahankan kinerja yang sudah meningkat,
- f. Mengumpulkan data obyektif dan subyektif.

Evaluasi data penyimpangan kinerja melalui indikator kinerja klinis adalah satu bagian penting dari dalam peningkatan kinerja.

Ada dua jenis penyimpangan, yaitu:

- 1) Pertama penyebab umum terjadinya penyimpangan, erat kaitannya dengan penyimpangan minor yang terjadi dalam suatu organisasi pelayanan kesehatan tanpa mempedulikan sistem yang sudah mapan. Penyebab penyimpangan kinerja staf juga bisa terjadi karena, sistem atau prosedur yang tidak jelas, keterbatasan fasilitas. Oleh karena itu, keterbatasan sumber-sumber untuk mendeteksi penyebab dalam setiap penyimpangan minor masih dapat ditoleransi.

- 2) Kedua penyebab khusus: terjadinya penyimpangan kinerja disebabkan karena, kesalahan staf itu sendiri, kurang pengetahuan dan ketrampilan, kemampuan yang kurang dalam pemeliharaan peralatan.

Target suatu indikator adalah menggunakan deviasi standar untuk mengidentifikasi penyebab penyimpangan. Penyebab khusus terjadinya penyimpangan lebih mudah dikoreksi dari pada penyebab umum. Sebagai contoh: keharusan mencuci tangan secara rutin mungkin meningkat drastis, apabila staf menyadari dan menerima bahwa praktek cuci tangan penting untuk meningkatkan mutu kinerja dan akan dimonitor atau dievaluasi. Indikator diarahkan sebanyak mungkin pada tindakan.

Pada banyak organisasi, informasi yang diperoleh dari indikator akan memerlukan tindak lanjut melalui investigasi: seperti kunjungan supervisi untuk mengumpulkan lebih banyak data kualitatif, survey khusus sebelum mengarah pada suatu pengambilan keputusan.

Mengukur kinerja bidan dengan menggunakan indikator kinerja klinis merupakan suatu langkah yang mempunyai keuntungan ganda. Pertama, cara ini akan memberikan kesempatan bagi bidan untuk melakukan "*self assessment*" sehingga dapat mengetahui tingkat kemampuannya, dan berusaha untuk memperbaikinya. Peningkatan kemampuan dan produktifitas individu-individu akan memberikan kontribusi peningkatan mutu pelayanan pada organisasinya yang bermuara pada kepuasan pasien dan staf. Sistem penilaian kinerja dengan indikator kunci akan memberikan kesempatan kepada pimpinan untuk melakukan komunikasi interpersonal yang efektif, sehingga secara bersama-sama dapat dilakukan evaluasi dan perbaikan yang mengarah pada perbaikan kinerja dan bermuara pada peningkatan mutu pelayanan

6. Meningkatkan Kinerja Bidan

Untuk meningkatkan kinerja bidan dapat menggunakan sistem model manajemen secara keseluruhan yang meliputi struktur organisasi, kegiatan perencanaan, tanggung jawab, pelaksanaan, prosedur, proses, dan sumber daya yang dibutuhkan bagi pengembangan penerapan, pencapaian, pengkajian, dan pemeliharaan kebijakan keselamatan dan kesehatan kerja.

a. Komitmen dan Kebijaksanaan

- 1) Menjalankan pekerjaan sesuai wewenang
- 2) Menciptakan situasi yang kondusif
- 3) Memakai alat pelindung diri (APD)
- 4) Mengutamakan kebersihan personal (*personal hygiene*)
- 5) Mempertahankan standar pelayanan
- 6) Memotivasi masyarakat untuk ikut serta dalam program kesehatan.
- 7) Menetapkan norma standar pelayanan dalam kinerja dan produktivitas kerja.

b. Perencanaan

Perencanaan merupakan usaha untuk menjawab pertanyaan sebelum pertanyaan itu benar-benar timbul, mengantisipasi sebanyak mungkin keputusan pelaksanaan dengan meramalkan masalah-masalah yang mungkin timbul, menerapkan prinsip-prinsip, serta menetapkan aturan-aturan untuk memecahkannya. Lima langkah perencanaan adalah sebagai berikut:

- 1) Mengamati keadaan. Untuk tujuan perencanaan kesehatan primer, diperlukan informasi keterangan mengenai :
 - ✓ masyarakat (jumlah penduduk, kelahiran, kematian, kelompok umur , perumahan, sekolah, pemimpin, organisasi dan lain-lain).
 - ✓ kesehatan, penyakit, dan kesakitan
 - ✓ organisasi pelayanan Kesehatan
 - ✓ staf Kesehatan

- ✓ sumber daya masyarakat .

2) Mengenali masalah.

Ada dua batasan masalah yang berguna, yakni :

- ✓ masalah adalah kesulitan atau hambatan yang timbul di antara keadaan sekarang dan tujuan yang diinginkan di masa yang akan datang
- ✓ masalah adalah kesenjangan yang dirasakan antara apa yang ada dan apa yang seharusnya ada.

3) Menetapkan tujuan.

Bidan harus mampu menetapkan tujuan yang relevan, dapat dilaksanakan, terukur, dan diamati

4) menulis tujuan program

5) memerinci sasaran yang dapat diukur

6) Mengkaji hambatan.

Bidan harus mampu:

- ✓ Mengenali hambatan atau kendala pencapaian sasaran
- ✓ Menganalisis cara-cara mengatasi hambatan
- ✓ Mengenali keterbatasan yang tidak dapat dihilangkan.

7) Menjadwalkan kegiatan.

Bidan harus mampu:

- ✓ mempertimbangkan berbagai strategi alternatif
- ✓ membuat tabulasi mengenai sumber daya yang dibutuhkan dan yang tersedia.
- ✓ memilih strategi terbaik
- ✓ Memobilisasi sumber daya masyarakat
- ✓ membuat perincian aktivitas
- ✓ menyusun rencana

c. Pelaksanaan

Tanpa pelaksanaan, rencana hanya akan merupakan teori. Pada tahap pelaksanaan harus diambil empat jenis utama keputusan.

- 1) Jenis yang pertama terdiri atas semua hal yang menjamin bahwa kegiatan program dilaksanakan sesuai rencana dan pelayanan dilakukan seperti yang dimaksud.
- 2) Jenis kedua berkaitan dengan penempatan orang dalam jumlah, waktu, dan tempat yang tepat untuk menjalankan kegiatan-kegiatan itu.
- 3) Jenis ketiga berkaitan dengan mobilisasi dan alokasi sumber daya fisik dan dana yang diperlukan untuk menjalankan kegiatan tersebut.
- 4) Jenis keempat adalah keputusan yang berkenaan dengan informasi yang diperlukan cara pengolahan, dan cara komunikasinya untuk mendukung keputusan-keputusan terdahulu dan untuk mendukung evaluasi.

d. Pengukuran

Pengukuran adalah mengamati seberapa jauh kemajuan pekerjaan, kinerja, dan pencapaian pelayanan. Untuk melakukan pengukuran tersebut dapat dilakukan pemantauan dengan tujuan sebagai berikut.

- 1) Memantau masukan jaminan bahwa :
 - ✓ pekerjaan berjalan sesuai jadwal
 - ✓ pemakaian sumber daya dan biaya masih berada dalam batas yang direncanakan
 - ✓ kelompok masyarakat atau perorangan berperan serta seperti yang diharapkan
- 2) Memantau proses dan menjamin bahwa:
 - ✓ fungsi, kegiatan, dan tugas yang diharapkan dijalankan sesuai dengan norma yang ditetapkan
 - ✓ standar kerja dipenuhi
 - ✓ diadakan pertemuan sebagaimana perlunya⁴)komunikasi terjadi bilamana perlu
- 3) Memantau keluaran atau hasil akhir dan menjamin bahwa:
 - ✓ produk atau hasil sesuai dengan target yang telah ditetapkan
 - ✓ pelayanan diselenggarakan sesuai rencana

- ✓ pelatihan menghasilkan keterampilan baru atau tingkat keterampilan yang lebih tinggi
- ✓ keputusan diambil tepat pada waktunya dan cepat
- ✓ pencatatan dipercaya dan pelaporan dikerjakan
- ✓ masyarakat puas

e. Peninjauan Ulang dan Peningkatan Manajemen

Peninjauan ulang dan peningkatan manajemen adalah salah satu cara untuk:

- 1) Menganalisis faktor-faktor yang menghasilkan atau menghambat kinerja yang memuaskan, meliputi pengetahuan, sikap bidan, lingkungan dan sumber daya.
- 2) Menemukan kekurangan-kekurangan keterampilan staf dalam komunikasi dan pemecahan masalah yang menjadi kendala saat memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
- 3) Mempertimbangkan informasi mengenai masyarakat, masalah kesehatan, tujuan program, dan standar-standar yang harus dicapai.
- 4) Mengenali kebutuhan-kebutuhan tertentu akan dukungan logistik atau data.

f. Peningkatan berkelanjutan

Pada tahap ini, bidan melakukan perbaikan serta upaya peningkatan kinerja sebagaimana hasil dari tahapan-tahapan sebelumnya secara berkelanjutan. Dalam menerapkan manajemen mutu terpadu, ada beberapa prinsip utama yang harus diperhatikan sebagai berikut.

1) Kepuasan pelanggan.

Kualitas tidak lagi hanya bermakna kesesuaian dengan spesifikasi tertentu, tetapi kualitas tersebut ditentukan oleh pelanggan. Kebutuhan pelanggan diusahakan untuk dipuaskan dalam segala aspek termasuk harga, kenyamanan, keamanan, dan ketepatan waktu.

2) Penghargaan kepada setiap orang.

Setiap karyawan dipandang sebagai individu yang memiliki bakat dan kreativitas tersendiri yang unik. Jadi karyawan merupakan sumber daya yang paling bernilai dan diperlakukan dengan baik serta diberikan kesempatan terlibat dan berpartisipasi dalam tim pengambil keputusan.

3) Manajemen berdasarkan fakta.

Setiap pengambilan keputusan harus selalu didasarkan pada data dan informasi, bukan sekedar perasaan (feeling)

C. LATIHAN

Jawablah soal dibawah ini dengan penjelasan yang sederhana tapi lengkap.

1. Jelaskan apa itu indikator
2. Bagaimana meningkatkan kinerja Bidan

D. Rujukan

1. Poeng P. Poerwanto (2000), *reformation: The Renewal of Thinking Pattern*, Jakarta, ADB
2. Soedarmono Soejitno (2001), *Akselerasi Reformasi Kesehatan*, Jakarta.
3. Yayasan Hayati Djatmiko (2002), *Perilaku Organisasi*. Alfabeta-Bandung
4. Pohan, I.S. 2007. *Jaminan mutu layanan kesehatan: Dasar-dasar pengertian dan penerapan*. EGC
5. Retnaningsih, Ekowati (2013). *Akses Layanan Kesehatan*, Jakarta : Raja Grafindo Persada
6. Satrianegara, Fais. (2014). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Teori dan Aplikasi dalam Pelayanan Puskesmas dan Rumah Sakit*, Jakarta: Penerbit Salemba Medika
7. WHO. 2002. *Implementasi Sistem pengembangan Manajemen Kinerja Klinik untuk Perawat dan Bidan di Rumah Sakit dan Puskesmas*. WHOSEA-Nurs-429, Mei. 2002

E. Bacaan Yang Dianjurkan

Bacalah buku buku yang berkaitan dengan indicator Kinerja Sistem Pelayanan Kesehatan

BAB VI
PROGRAM-PROGRAM DASAR PUSKESMAS, KEBIJAKAN DAN
MANAJEMEN PRIMARY HEALTH CARE

A. PENDAHULUAN

1. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah mempelajari BAB IV diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan secara Program-program dasar puskesmas, kebijakan dan manajemen primary health care

2. Entry Behaviour

Mengkaji dan memahami Program-program dasar puskesmas, kebijakan dan manajemen primary health care

3. Keterkaitan dengan Materi lain

Memahami BAB IV akan memudahkan mahasiswa mempelajari Program-program dasar puskesmas, kebijakan dan manajemen primary health care

4. Pentingnya Mempelajari Isi BAB IV

Memahami bagaimana dalam menerapkan Program-program dasar puskesmas, kebijakan dan manajemen primary health care

5. Petunjuk Mempelajari Isi BAB

- a. Bacalah tujuan mempelajari isi BAB ini dan kemampuan yang harus dicapai
- b. Baca dan pahami setiap isi BAB
- c. Tanyakan pada dosen pengampu bila ada hal hal yang perlu diklarifikasi atau memerlukan pemahaman lebih lanjut
- d. Buatlah ringkasan tiap sub BAB agar melatih kemampuan memahami hal hal yang penting

6. Jawab dan isi pertanyaan yang telah disediakan

B. PENYAJIAN MATERI

PRIMARY HEALTH CARE (PHC)

1. Definisi

PHC 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 yangdapat terjangkau oleh masyarakat dan negara untuk memelihara setiap tingkatperkembangan mereka dalam semangat untuk hidup mandiri (*self reliance*) dan menentukan nasib sendiri (*self determination*)

2. Prinsip PHC

Pada tahun 1978, dalam konferensi Alma Ata ditetapkan prinsip-prinsip PHC sebagai pendekatan atau strategi global guna mencapai kesehatan bagi semua. Lima prinsip PHC sebagai berikut :

a. Pemerataan upaya Kesehatan

Distribusi perawatan kesehatan menurut prinsip ini yaitu perawatan primer dan layanan lainnya untuk memenuhi masalah kesehatan utama dalam masyarakat harus diberikan sama bagi semua individu tanpa memandang jenis kelamin, usia, kasta, warna, lokasi perkotaan atau pedesaan dan kelas sosial.

b. Penekanan pada upaya preventif

Upaya preventif adalah upaya kesehatan yang meliputi segala usaha, pekerjaan dan kegiatan memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan dengan peran serta individu agar berperilaku sehat serta mencegah berjangkitnya penyakit.

c. Penggunaan teknologi tepat guna dalam upaya Kesehatan

Teknologi medis harus disediakan yang dapat diakses, terjangkau, layak dan diterima budaya masyarakat (misalnya penggunaan kulkas untuk vaksin cold storage).

d. Peran serta masyarakat dalam semangat kemandirian

Peran serta atau partisipasi masyarakat untuk membuat penggunaan maksimal dari lokal, nasional dan sumber daya yang tersedia lainnya. Partisipasi masyarakat adalah proses di mana individu dan keluarga bertanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri dan orang-orang di sekitar mereka dan mengembangkan kapasitas untuk berkontribusi dalam pembangunan masyarakat. Partisipasi bisa dalam bidang identifikasi kebutuhan atau selama pelaksanaan. Masyarakat perlu berpartisipasi di desa, lingkungan, kabupaten atau tingkat pemerintah daerah. Partisipasi lebih mudah di tingkat lingkungan atau desa karena masalah heterogenitas yang minim.

- e. Kerjasama lintas sektoral dalam membangun kesehatan
- Pengakuan bahwa kesehatan tidak dapat diperbaiki oleh intervensi hanya dalam sektor kesehatan formal; sektor lain yang sama pentingnya dalam mempromosikan kesehatan dan kemandirian masyarakat. Sektor-sektor ini mencakup, sekurang-kurangnya: pertanian (misalnya keamanan makanan), pendidikan, komunikasi (misalnya menyangkut masalah kesehatan yang berlaku dan metode pencegahan dan pengontrolan mereka); perumahan; pekerjaan umum (misalnya menjamin pasokan yang cukup dari air bersih dan sanitasi dasar) ; pembangunan perdesaan; industri; organisasi masyarakat (termasuk Panchayats atau pemerintah daerah, organisasi-organisasi sukarela, dll)

3. Ciri-Ciri PHC

Adapun ciri-ciri PHC adalah sebagai berikut :

- a. Pelayanan yang utama dan intim dengan masyarakat
- b. Pelayanan yang menyeluruh
- c. Pelayanan yang terorganisasi
- d. Pelayanan yang mementingkan kesehatan individu maupun masyarakat.

- e. Pelayanan yang berkesinambungan
- f. Pelayanan yang progresif
- g. Pelayanan yang berorientasi kepada keluarga
- h. Pelayanan yang tidak berpandangan kepada salah satu aspek saja

4. Unsur Utama PHC

Tiga unsur utama yang terkandung dalam PHC adalah sebagai berikut

- a. Mencakup upaya-upaya dasar Kesehatan
- b. Melibatkan peran serta masyarakat
- c. Melibatkan kerjasama lintas sektora

5. Tujuan PHC

a. Tujuan Umum adalah Mencoba menemukan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan yang diselenggarakan, sehingga akandicapai tingkat kepuasan pada masyarakat yang menerima pelayanan.

b. Tujuan Khusus :

- 1) Pelayanan harus mencapai keseluruhan penduduk yang dilayani
- 2) Pelayanan harus dapat diterima oleh penduduk yang dilayani
- 3) Pelayanan harus berdasarkan kebutuhan medis dari populasi yang dilayani
- 4) Pelayanan harus secara maksimum menggunkan tenaga dan sumber –sumber daya lain dalam memenuhi kebutuhan masyarakat.

6. Fungsi PHC

PHC hendaknya memenuhi fungsi-fungsi sebagai berikut :

- a. Pemeliharaan Kesehatan
- b. Pencegahan Penyakit
- c. Diagnosis dan Pengobatan
- d. Pelayanan Tindak lanjut

e. Pemberian Sertifikat

7. Elemen-Elemen PHC

Dalam pelaksanaan PHC harus memiliki 8 elemen essensial yaitu :

- a. Pendidikan mengenai masalah kesehatan dan cara pencegahan penyakit serta pengendaliannya
- b. Peningkatan penyediaan makanan dan perbaikan gizi
- c. Penyediaan air bersih dan sanitasi dasar
- d. Kesehatan Ibu dan Anak termasuk KB
- e. Imunisasi terhadap penyakit-penyakit infeksi utama
- f. Pencegahan dan pengendalian penyakit endemic setempat
- g. Pengobatan penyakit umum dan ruda paksah. Penyediaan obat-obat essensial

8. Tanggung Jawab Tenaga Kesehatan Dalam PHC

Tanggung jawab tenaga kesehatan dalam PHC lebih dititik beratkan kepada hal-hal sebagai berikut :

- a. Mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam pengembangan dan implementasi pelayanan kesehatan dan program pendidikan Kesehatan
- b. Kerjasama dengan masyarakat, keluarga, dan individu
- c. Mengajarkan konsep kesehatan dasar dan teknik asuhan diri sendiri pada masyarakat
- d. Memberikan bimbingan dan dukungan kepada petugas pelayanan kesehatan dan kepada masyarakat
- e. Koordinasi kegiatan pengembangan kesehatan masyarakat.

9. Hal-Hal Yang Mendorong Pengembangan Konsep Primary Health Care:

- a. Kegagalan penerangan teknologi pelayanan medis tanpa disertai orientasi aspek social-ekonomi-politik.
- b. Penyebaran konsep pembangunan yang mengaitkan kesehatan dengan sektor pembangunan lainnya serta menekankan pentingnya keterpaduan, kerjasama lintas sektor dan pemerataan/perluasan daya jangkau upaya kesehatan.

- c. Keberhasilan pembangunan kesehatan dengan pendekatan peran serta masyarakat di beberapa negara.

PROGRAM-PROGRAM DASAR PUSKESMAS

1. Pengertian

Puskesmas adalah Suatu unit organisasi yang bergerak dalam bidang pelayanan kesehatan yang berada di garda terdepan dan mempunyai misi sebagai pusat pengembangan pelayanan kesehatan, yang melaksanakan pembinaan dan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu untuk masyarakat di suatu wilayah kerja tertentu yang telah ditentukan secara mandiri dalam menentukan kegiatan pelayanan namun tidak mencakup aspek pembiayaan. (Ilham Akhsanu Ridlo, 2008)

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis (UPT) dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja.

2. Visi dan Misi Puskesmas

a. Visi Puskesmas

Visi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah tercapainya Kecamatan Sehat menuju terwujudnya Indonesia Sehat. Indikator Kecamatan Sehat:

1) lingkungan sehat

- Perilaku sehat
- Cakupan pelayanan kesehatan yang bermutu
- Derajat kesehatan penduduk kecamatan

2) Misi Puskesmas

- Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya
- Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya

- Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan
 - Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya
3. Peran Puskesmas

Peran Puskesmas adalah sebagai ujung tombak dalam mewujudkan kesehatan nasional secara komprehensif, tidak sebatas aspek kuratif dan rehabilitatif saja seperti di Rumah Sakit

4. Fungsi Puskesmas

- a. Sebagai Pusat Pembangunan Kesehatan Masyarakat di wilayah kerjanya.
- b. Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat.
- c. Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada
- d. masyarakat di wilayah kerjanya.

Proses dalam melaksanakan fungsinya, dilaksanakan dengan cara:

- a. Merangsang masyarakat termasuk swasta untuk melaksanakan kegiatan dalam rangka menolong dirinya sendiri.
- b. Memberikan petunjuk kepada masyarakat tentang bagaimana menggali dan menggunakan sumberdaya yang ada secara efektif dan efisien.
- c. Memberikan bantuan yang bersifat bimbingan teknis materi dan rujukan medis maupun rujukan kesehatan kepada masyarakat dengan ketentuan bantuan tersebut tidak menimbulkan ketergantungan.
- d. Memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada masyarakat.
- e. Bekerja sama dengan sektor-sektor yang bersangkutan dalam melaksanakan program

5. Struktur Organisasi
 - a. Kepala Puskesmas
 - b. Unit Tata Usaha:
 - c. Data dan Informasi,
 - d. Perencanaan dan Penilaian,
 - e. Keuangan, Umum dan Kepegawaian
 - f. Unit Pelaksana Teknis Fungsional Puskesmas:
 - g. UKM / UKBM
 - h. UKP
 - i. Jaringan pelayanan Puskesmas:
 - j. Unit Puskesmas Pembantu
 - k. Unit Puskesmas Keliling
 - l. Unit Bidan di Desa/Komunitas
6. Tata Kerja
 - a. Kantor Camat → koordinasi
 - b. Dinkes → UPT → bertanggung jawab ke Dinkes
 - c. Jaringan Pelayanan Kesehatan Strata Pertama → sebagi mitra
 - d. Upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat → sebagai pembina
 - e. Jaringan Pelayanan Kesehatan Rujukan →kerjasama
 - f. Lintas sektor → koordinasi
 - g. Masyarakat → perlu dukungan/partisipasi →BPP (Badan Penyantun Puskesmas)
7. Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan oleh Puskesmas

Visi dan misi Puskesmas di Indonesia merujuk pada program Indonesia Sehat. Hal ini dapat kita lihat pula dalam SPM (Standar Pelayanan Minimal). Standar Pelayanan Minimal adalah suatu standar dengan batas-batas tertentu untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan wajib daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat yang mencakup : jenis pelayanan, indikator, dan nilai (benchmark). Pelaksanaan Urusan Wajib dan Standar Pelayanan Minimal (UW-SPM) diatur dalam

Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1457/MENKES/SK/X/2003 dibedakan atas: UW-SPM yang wajib diselenggarakan oleh seluruh kabupaten-kota di seluruh Indonesia dan UW-SPM spesifik yang hanya diselenggarakan oleh kabupaten-kota tertentu sesuai keadaan setempat. UW-SPM wajib meliputi penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar, penyelenggaraan perbaikan gizi masyarakat, penyelenggaraan pemberantasan penyakit menular, penyelenggaraan promosi kesehatan, dll. Sedangkan UW-SPM spesifik meliputi pelayanan kesehatan kerja, pencegahan dan pemberantasan penyakit malaria, dll. Hal ini diperkuat dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standard Pelayanan Minimal.

8. Program Pokok Puskesmas

Kegiatan pokok Puskesmas dilaksanakan sesuai kemampuan tenaga maupun fasilitasnya, karenanya kegiatan pokok di setiap Puskesmas dapat berbeda-beda. Namun demikian kegiatan pokok Puskesmas yang lazim dan seharusnya dilaksanakan adalah sebagai berikut :

- a. Kesejahteraan ibu dan Anak (KIA)
- b. Keluarga Berencana
- c. Usaha Peningkatan Gizi
- d. Kesehatan Lingkungan
- e. Pemberantasan Penyakit Menular
- f. Upaya Pengobatan termasuk Pelayanan Darurat Kecelakaan
- g. Penyuluhan Kesehatan Masyarakat
- h. Usaha Kesehatan Sekolah
- i. Kesehatan Olah Raga
- j. Perawatan Kesehatan Masyarakat
- k. Usaha Kesehatan Kerja
- l. Usaha Kesehatan Gigi dan Mulut
- m. Usaha Kesehatan Jiwa

- n. Kesehatan Mata
- o. Laboratorium (di upayakan tidak lagi sederhana)
- p. Pencatatan dan Pelaporan Sistem Informasi Kesehatan
- q. Kesehatan Usia Lanjut
- r. Pembinaan Pengobatan Tradisional

Pelaksanaan kegiatan pokok Puskesmas diarahkan kepada keluarga sebagai satuan masyarakat terkecil. Karenanya, kegiatan pokok Puskesmas ditujukan untuk kepentingan kesehatan keluarga sebagai bagian dari masyarakat di wilayah kerjanya. Setiap kegiatan pokok Puskesmas dilaksanakan dengan pendekatan Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD). Di samping penyelenggaraan usaha-usaha kegiatan pokok Puskesmas seperti tersebut di atas, Puskesmas sewaktu-waktu dapat diminta untuk melaksanakan program kesehatan tertentu oleh Pemerintah Pusat (contoh: Pekan Imunisasi Nasional). Dalam hal demikian, baik petunjuk pelaksanaan maupun perbekalan akan diberikan oleh Pemerintah Pusat bersama Pemerintah Daerah. Keadaan darurat mengenai kesehatan dapat terjadi, misalnya karena timbulnya wabah penyakit menular atau bencana alam. Untuk mengatasi kejadian darurat seperti di atas bisa mengurangi atau menunda kegiatan lain

C. LATIHAN

Jawablah soal dibawah ini dengan penjelasan yang sederhana tapi lengkap.

1. Jelaskan dan uraikan program-program puskesmas
2. Jelaskan dan uraikan fungsi program puskesmas
3. Jelaskan dan uraikan manajemen primary health care

D. RUJUKAN

1. Poeng P. Poerwanto (2000), reformation: The Renewal of Thinking Pattern, Jakarta, ADB
2. Soedarmono Soejitno (2001), Akselerasi Reformasi Kesehatan, Jakarta.

3. Yayat Hayati Djatmiko (2002), *Perilaku Organisasi*. Alfabeta-Bandung
4. Pohan, I.S. 2007. *Jaminan mutu layanan kesehatan: Dasar-dasar pengertian dan penerapan*. EGC
5. Retnaningsih, Ekowati (2013). *Akses Layanan Kesehatan*, Jakarta : Raja Grafindo Persada
6. Satrianegara, Fais. (2014). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Teori dan Aplikasi dalam Pelayanan Puskesmas dan Rumah Sakit*, Jakarta: Penerbit Salemba Medika
7. WHO. 2002. *Implementasi Sistem pengembangan Manajemen Kinerja Klinik untuk Perawat dan Bidan di Rumah Sakit dan Puskesmas*. WHOSEA-Nurs-429, Mei. 2002

E. Bacaan Yang Dianjurkan

Bacalah buku-buku yang berkaitan dengan Program-program dasar puskesmas, kebijakan dan manajemen primary health care

BAB VII
STANDAR PELAYANAN MINIMAL DAN STANDAR PELAYANAN
KEBIDANAN

A. PENDAHULUAN

1. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah mempelajari BAB VII diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan Standar pelayanan Minimal dan standar pelayanan kebidanan

2. Entry Behaviour

Mengkaji dan memahami Standar pelayanan Minimal dan standar pelayanan kebidanan

3. Keterkaitan dengan Materi lain

Memahami BAB VII akan memudahkan mahasiswa mempelajari Standar pelayanan Minimal dan standar pelayanan kebidanan

4. Pentingnya Mempelajari Isi BAB

Memahami bagaimana dalam menerapkan Standar pelayanan Minimal dan standar pelayanan kebidanan

5. Petunjuk Mempelajari Isi BAB

- a. Bacalah tujuan mempelajari isi BAB ini dan kemampuan yang harus dicapai
- b. Baca dan pahami setiap isi BAB
- c. Tanyakan pada dosen pengampu bila ada hal hal yang perlu diklarifikasi atau memerlukan pemahaman lebih lanjut
- d. Buatlah ringkasan tiap sub BAB agar melatih kemampuan memahami hal hal yang penting

6. Jawab dan isi pertanyaan yang telah disediakan

B. PENYAJIAN MATERI

STANDAR PELAYANAN MINIMAL

1. Pengertian

Standar pelayanan minimal (minimum service standard) merupakan suatu istilah dalam pelayanan publik (public policy) yang menyangkut kualitas dan kuantitas pelayanan publik yang disediakan oleh pemerintah sebagai salah satu indikator kesejahteraan masyarakat. Terkait dengan pemahaman tersebut Oentarto, dkk.(2004:173)⁴ menyatakan bahwa standar pelayanan minimal memiliki nilai yang sangat strategis baik bagi pemerintah (daerah) maupun bagi masyarakat (konsumen).

Adapun nilai strategis tersebut yaitu:

- a. Pertama, bagi pemerintah daerah: standar pelayanan minimal dapat dijadikan sebagai tolok ukur (*benchmark*) dalam penentuan biaya yang diperlukan untuk membiayai penyediaan pelayanan;
- b. Kedua, bagi masyarakat: standar pelayanan minimal dapat dijadikan sebagai acuan mengenai kualitas dan kuantitas suatu pelayanan publik yang disediakan oleh pemerintah (daerah).

Berdasarkan pendapat di atas maka pengertian standar pelayanan minimal menyangkut dua konsep utama, yaitu: „tolok ukur penyediaan layanan bagi penyedia layanan” dan “acuan mengenai kualitas dan kuantitas layanan bagi pengguna layanan”. Adapun yang dimaksud dengan konsep tolok ukur penyediaan layanan ialah kondisi optimal yang dapat dicapai oleh penyedia layanan (pemerintah daerah) yang ditentukan oleh sumber daya yang dimilikinya (sumber daya manusia, perlengkapan dan pembiayaan serta sumber daya pendukung lainnya).

Sedangkan konsep acuan kualitas dan kuantitas bagi penggunaan layanan (masyarakat) adalah kondisi minimal yang dapat diperoleh dari penyedia layanan (pemerintah daerah) terkait pelayanan publik yang diberikan. Dengan demikian “minimal” dalam pengertian “standar pelayanan minimal” merupakan kondisi “minimal” dari sudut

pandangan masyarakat tetapi mengandung arti “optimal” bagi aparat pemerintah daerah. Atau dengan lain perkataan bahwa standar pelayanan minimal merupakan peristilahan dari sudut pandang masyarakat sebagai pengguna layanan terhadap kualitas dan kuantitas yang dapat diterima dari pemerintah daerah sebagai penyedia layanan publik.

Selanjutnya bila ditelaah lebih dalam maka pengertian standar pelayanan minimal di atas terkait pula dengan konsep manajemen kinerja (performance management). Menurut Hatry, et.al(1979) dalam Hodge (1997)⁶ manajemen kinerja adalah: “the systematic assessment of how well services are being delivered to community-both how effeciently and how effectively”. Sedangkan Rogers (1990:17)⁷ menyatakan bahwa manajemen kinerja merupakan: “an integrated set of planning and review procedures which cascade down through 5the organization to provide a link between each individual and the overall strategy of organization”.Selaras dengan pengertian manajemen kinerja tersebut, pendapat Bernstein (2000) yang dikutip dalam buku Sistem Manajemen Kinerja Otonomi Daerah, LAN (2004:8) menyatakan bahwa sebagai sebuah sistem yang terintegrasi, manajemen kinerja diyakini dapat digunakan untuk mendukung pengambilan keputusan, peningkatan kualitas pelayanan dan pelaporan.Adapun yang dimaksud dengan minimum service baselines ialah spesifikasi kinerja pada tingkatan awal berdasarkan data indikator standar pelayanan minimal yang terakhir (terbaru).

Sedangkan yang dimaksud dengan minimum service target adalah spesifikasi peningkatan kinerja pelayanan yang harus dicapai dalam periode waktu tertentu dalam siklus perencanaan multi tahun untuk mencapai atau melebihi standar pelayanan minimal. Dengan demikian maka standar pelayanan minimal bersifat dinamis karena selalu mengikuti perubahan yang terjadi pada masyarakat dan perubahan target pelayanan yang ingin dicapai secara kualitas dan kuantitas sesuai dengan kinerja yang ditetapkan. Perlu diingat bahwa meskipun

terkait dengan target kualitas dan kuantitas, standar pelayanan minimal berbeda dengan standar teknis karena standar teknis merupakan faktor pendukung pencapaian standar pelayanan minimal. Atau dengan lain perkataan standar teknis mempengaruhi pencapaian target kualitas dan kuantitas standar pelayanan minimal

2. Kebijakan Standart Pelayanan Minimal Di Indonesia

Standar pelayanan minimal sebagai sebuah kebijakan memiliki kedudukan yang kuat dan bersifat spesifik mengingat konsekuensi hukum yang disandangnya karena bersifat mengikat seluruh penyelenggara negara dan masyarakat, baik secara individual maupun kelompok. Sebagai sebuah kebijakan, standar pelayanan minimal selalu didukung oleh peraturan perundang-undangan yang merupakan dasar hukum pemberlakuannya dan memiliki arti yang spesifik sesuai dengan pemaknaan istilah yang digunakan sesuai dasar hukumnya.

Di Indonesia, kebijakan standar pelayanan minimal (SPM) secara nasional muncul dalam upaya pelaksanaan UU No. 22/1999 tentang Pemerintahan Daerah, yaitu termaktub dalam Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 200011 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom pada Penjelasan Pasal 3 ayat (2). Secara lebih tegas kebijakan SPM mulai efektif diberlakukan berdasarkan Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor 100/757/OTDA/2002 yang ditujukan kepada Gubernur dan Bupati/Walikota se-Indonesiamengenai Pelaksanaan Kewenangan Wajib dan Standar Pelayanan Minimal (SPM).

Pertimbangan yang dikemukakan dalam pemberlakuan SPM antara lain adalah:

- a. Terwujudnya dengan segera penyelenggaraan kewenangan wajib dan penentuan serta penggunaan standar pelayananminimal dalam rangka mendorong penyelenggaraan desentralisasi dan otonomi daerah;

- b. Penyelenggaraan kewenangan wajib merupakan penyediaan pelayanan kepada masyarakat sesuai dengan standar pelayanan minimal (SPM) sebagai tolok ukur yang ditentukan oleh Pemerintah;
- c. Dalam pemantauan penyelenggaraan SPM banyak ditemukan permasalahan yang bervariasi baik di Pusat, Provinsi maupun Kabupaten/Kota. Kebanyakan Daerah belum melaksanakan SPM karena merupakan hal baru, dan konsep SPM belum lengkap sehingga sulit untuk diterapkan.

Namun di sisi lain SPM harus diterapkan secara tepat karena berdampak terhadap penyelenggaraan pemerintahan di Daerah baik dari segi perencanaan dan pembiayaan maupun pertanggungjawaban. Pendidikan dan Kesehatan, namun beberapa instansi pemerintah telah menyusun standar pelayanan minimal sebagai respon dari PP No. 25/2000, seperti Departemen Pemukiman dan Prasarana Wilayah mengenai Pedoman Penentuan Standar Pelayanan Minimal Bidang Penataan Ruang, Perumahan dan Pemukiman dan Pekerjaan Umum berdasarkan Keputusan Menteri Pemukiman dan Prasarana Wilayah Nomor 534/KPTS/M/2001. Hal ini seperti disinggung dalam SE Mendagri No. 100/757/OTDA/2002 yang dalam pertimbangannya menyatakan bahwa “Untuk itu Pemerintah, dalam hal ini Departemen/LPND telah menerbitkan Pedoman Standar Pelayanan Minimal (PSPM)”.

Dalam kurun waktu tiga tahun selanjutnya, beberapa instansi pemerintah dan beberapa pemerintah daerah melaksanakan kegiatan penyusunan SPM berdasarkan SE Mendagri tersebut. Namun sebelum kebijakan SPM tersebut berlaku secara efektif, UU No. 22/1999 yang menjadi “catholan” kebijakan SPM telah diganti dengan UU No. 32/2004. Satu tahun kemudian tepatnya tanggal 28 Desember 2005 telah diterbitkan ketentuan baru mengenai SPM berdasarkan PP No. 65 Tahun 2005 mengenai Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan

Minimal yang agak berbeda dengan kebijakan SPM sebelumnya. Perbedaan yang mendasar dari kedua kebijakan SPM tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Pertama, dalam kebijakan SPM berdasarkan PP No. 65/2005, SPM diartikan sebagai ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal, sedangkan menurut SE Mendagri No. 100/757/OTDA/2002, SPM diartikan sebagai tolok ukur untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan wajib daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat. Dengan demikian pengertian SPM berdasarkan PP No. 65/2005 lebih tegas menyebutkan “jenis dan mutu pelayanan dasar“ sebagai tolok ukur kinerja penyelenggaraan urusan wajib daerah (kewenangan wajib daerah) dan secara eksplisit menyebutkan arti kata minimal dari sudut pandang rakyat dengan klausul “yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal”
- b. Kedua, dalam kebijakan SPM berdasarkan PP No. 65/2005, SPM hanya untuk Urusan Wajib Pemerintah yang menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah (Propinsi, Kabupaten/Kota) dan urusan pilihan tidak menggunakan SPM tetapi standar kinerja, sedangkan pada kebijakan SPM berdasarkan SE Mendagri No. 100/757/OTDA/2002, SPM ditujukan untuk Kewenangan Wajib dan tidak dikenal istilah Kewenangan Pilihan (kewenangan = urusan pemerintahan) ;
- c. Ketiga, dalam ketentuan SPM yang baru (2005) hanya dikenal SPM Nasional yang disusun oleh Departemen Teknis/LPND dan tidak dikenal tingkatan SPM seperti: SPM Nasional yang disusun Departemen Teknis/LPND, SPM Provinsi yang disusun oleh Pemerintah Provinsi dan SPM Kabupaten/Kota yang disusun oleh Pemerintah Kabupaten/Kota seperti pada kebijakan sebelumnya;

- d. Keempat, dalam ketentuan SPM yang sebelumnya Daerah mendapat tugas untuk menyusun SPM sesuai dengan kondisi riil, potensi dan kemampuan yang dimilikinya.

Pada kebijakan yang baru, Daerah hanya memiliki tugas untuk menerapkan SPM dengan menyusun rencana pencapaian SPM berdasarkan SPM yang disusun oleh departemen teknis/LPND yang telah mendapatkan rekomendasi dari DPOD (Dewan Pertimbangan otonomi Daerah) dan telah dikonsultasikan dengan Tim Konsultasi SPM.

5. Kelima, dalam ketentuan SPM tahun 2005, kegiatan pembinaan dan pengawasan yang berupa kegiatan monitoring dan evaluasi dilaksanakan secara berjenjang, yaitu: Pemerintah (Menteri/Pimpinan LPND) melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penerapan SPM oleh Pemerintah Propinsi dan Pemerintah Propinsi melakukan monitoring dan evaluasi terhadap penerapan SPM oleh Pemerintah Kabupaten/Kota sedangkan pada kebijakan SPM sebelumnya kegiatan monitoring dan evaluasi dilaksanakan oleh Gubernur sebagai wakil pemerintah di Daerah terhadap pelaksanaan SPM oleh Pemerintah Kabupaten/Kota. Hal yang perlu dicatat dalam Kebijakan SPM berdasarkan PP No. 65/2005 adalah sebagai berikut: Semua peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan SPM dan tidak sesuai lagi dengan PP No. 65/2005 wajib diadakan penyesuaian paling lambat dalam waktu 2 (dua) tahun sejak ditetapkannya PP ini yaitu tanggal 28 Desember 2007; Kedua, Menteri/Pimpinan Lembaga Pemerintah Non-Departemen menyusun SPM yang ditetapkan dengan Peraturan Menteri yang bersangkutan paling lambat dalam waktu 3 (tiga) tahun sejak PP ini berlaku yaitu tanggal 28 Desember 2008. Untuk memenuhi ketentuan tersebut di atas maka pada tanggal 7 Februari 2007 diterbitkan Peraturan Menteri Dalam Negeri nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal.

Peraturan Menteri Dalam Negeri ini mengatur mengenai empat hal pokok mengenai penyusunan dan penetapan SPM yang meliputi:

- a. Jenis pelayanan dasar yang berpedoman pada SPM
- b. Indikator dan nilai SPM
- c. Batas waktu perencanaan SPM,
- d. Pengorganisasian Penyelenggaraan SPM.

3. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan

- a. Pelayanan kesehatan Ibu dan Bayi
 - 1) Cakupan kunjungan Ibu hamil K4 (95 %);
 - 2) Cakupan pertolongan persalinan oleh Bidan atau tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan (90 %);
 - 3) Ibu hamil risiko tinggi yang dirujuk (100 %);
 - 4) Cakupan kunjungan neonatus (90 %);
 - 5) Cakupan kunjungan bayi (90%);
 - 6) Cakupan bayi berat lahir rendah / BBLR yang ditangani (100%).
- b. Pelayanan kesehatan Anak Pra sekolah dan Usia Sekolah:
 - 1) Cakupan deteksi dini tumbuh kembang anak balita dan pra sekolah(90%);
 - 2) Cakupan pemeriksaan kesehatan siswa SD dan setingkat oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih / guru UKS/Dokter Kecil (100%);
 - 3) Cakupan pelayanan kesehatan remaja (80%).
- c. Pelayanan Keluarga Berencana
 - 1) cakupan peserta aktif KB (70%).
 - 2) Pelayanan imunisasi
 - 3) Desa/ Kelurahan Universal Child Immunization (UCI) (100%).
- d. Pelayanan Pengobatan / Perawatan :
 - 1) Cakupan rawat jalan (15 %);
 - 2) Cakupan rawat inap (1,5 %).

- e. Pelayanan Kesehatan Jiwa : Pelayanan gangguan jiwa di sarana pelayanan kesehatan umum (15%)
- f. Pemantauan pertumbuhan balita
 - 1) Balita yang naik berat badannya (80 %);
 - 2) Balita Bawah Garis Merah (< 15 %).
 - 3) Pelayanan gizi. Cakupan balita mendapat kapsul vitamin A 2 kali per tahun (90%)
 - 4) Cakupan ibu hamil mendapat 90 tablet Fe (90%);
 - 5) Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada bayi Bawah Garis Merah dari keluarga miskin (100%)
 - 6) Balita gizi buruk mendapat perawatan (100%).
 - 7) Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Emergensi Dasar dan Komprehensif
 - 8) Akses terhadap ketersediaan darah dan komponen yang aman untuk menangani rujukan ibu hamil dan neonatus (80%);
 - 9) Ibu hamil risiko tinggi / komplikasi yang ditangani (80%);
 - 10) Neonatal risiko tinggi / komplikasi yang ditangani (80%).
 - 11) Pelayanan gawat darurat : Sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan gawat darurat yang dapat diakses masyarakat (90%)
 - 12) Penyelenggaraan penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan Kejadian Luar Biasa (KLB) dan Gizi Buruk :
 - 13) Desa/kelurahan mengalami KLB yang ditangani < 24 jam (100%);
 - 14) Kecamatan bebas rawan gizi (80%).
 - 15) Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Polio: Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk < 15 tahun (≥ 1).
- g. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit TB Paru: Kesembuhan penderita TBC BTA positif (> 85%).
- h. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit ISPA: Cakupan balita dengan pneumonia yang ditangani (100%).
- i. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit HIV-AIDS:

- 1) Klien yang mendapatkan penanganan HIV-AIDS (100%);
 - 2) Infeksi menular seksual yang diobati (100%).
- j. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD):Penderita DBD yang ditangani (80%).
- k. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Diare:Balita dengan diare yang ditangani (100%).
- l. Pelayanan kesehatan lingkungan :Institusi yang dibina (70%).
- 1) Pelayanan pengendalian vektor:
 - 2) Rumah/bangunan bebas jentik nyamuk Aedes (>95%).
 - 3) Pelayanan hygiene sanitasi di tempat umum :Tempat umum yang memenuhi syarat (80%).
- m. Penyuluhan perilaku sehat :
- 1) Rumah tangga sehat (65%);
 - 2) Bayi yang mendapat ASI-eksklusif (80%);
 - 3) Desa dengan garam beryodium baik (90%);
 - 4) Posyandu Purnama (40%).
- n. Penyuluhan Pencegahan dan Penanggulangan Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif (P3 NAPZA) berbasis masyarakat, Upaya penyuluhan P3 NAPZA oleh petugas kesehatan (15%).
- o. Pelayanan penyediaan obat dan perbekalankesehatan:
- 1) Ketersediaan obat sesuai kebutuhan (90%);
 - 2) Pengadaan obat esensial (100%);
 - 3) Pengadaan obat generik (100%).
 - 4) Pelayanan penggunaan obat generik: Penulisan resep obat generik (90%).
- p. Penyelenggaraan pembiayaan untuk pelayanan kesehatan perorangan: Cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan pra bayar (80%).
- q. Penyelenggaraan pembiayaan untuk Keluarga Miskin dan masyarakat rentan

- r. Cakupan jaminan pemeliharaan kesehatan Keluarga Miskin dan masyarakat rentan (100%). (3) Di luar jenis pelayanan yang tersebut pada ayat (2), Kabupaten/Kota tertentu wajib menyelenggarakan jenis pelayanan sesuai dengan kebutuhan antara lain:
- 1) Pelayanan Kesehatan Kerja : Cakupan pelayanan kesehatan kerja pada pekerja formal (80%).
 - 2) Pelayanan Kesehatan Usia Lanjut : Cakupan pelayanan kesehatan pra usia lanjut dan usia lanjut (70%).
 - 3) Pelayanan gizi : Cakupan wanita usia subur yang mendapat kapsul yodium (80%)
 - 4) Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit HIV-AIDS :
 - 5) Darah donor diskriminasi terhadap HIV-AIDS (100%).
 - 6) Pencegahan dan pemberantasan penyakit Malaria: Penderita malaria yang diobati (100%).
 - 7) Pencegahan dan pemberantasan penyakit Kusta: Penderita kusta yang selesai berobat (RFT rate) (>90%)
 - 8) Pencegahan dan pemberantasan penyakit Filariasis: Kasus filariasis yang ditangani ($\geq 90\%$).

Proses penyusunan SPM Bidang Kesehatan dimulai sejak PP 65 tahun 2006 tentang penyusunan SPM diterbitkan sebagai tindak lanjut dari UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, dimana Departemen/LPND diminta membuat atau merevisi Standar Pelayanan Minimal sesuai dengan bidang tugasnya. Sehubungan dengan hal tersebut Departemen Kesehatan melakukan revisi atas Kepmenkes No. 1457/MENKES/SK/X/2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota. Proses penyusunan SPM Bidang Kesehatan sampai ditetapkannya Permenkes Nomor 741/MENKES/PER/VI/2008 tanggal 29 Juli 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/ Kota telah melalui suatu rangkaian kegiatan yang panjang dengan melibatkan berbagai pihak, yaitu:

- 1) Unit Utama terkait di Depkes, UPT Pusat, dan UPT Daerah.
- 2) Lintas sektor terkait (Departemen Dalam Negeri, Badan Perencanaan Nasional, Departemen Keuangan, Kementerian Pendayagunaan Aparatur Negara)
- 3) Dinas Kesehatan Provinsi/ Kabupaten/ Kota, Rumah Sakit Daerah Provinsi/ Kabupaten/ Kota dan Puskesmas
- 4) ADINKES dan ARSADA
- 5) Lintas sektor terkait di daerah (Gubernur, Bupati, Walikota, DPRD Provinsi/ Kabupaten/ Kota, Pemda Provinsi/ Kabupaten/ Kota, Bappeda Provinsi/ Kabupaten/ Kota dan Dinas terkait lainnya di Provinsi/ Kabupaten/ Kota)
- 6) Organisasi profesi kesehatan di tingkat Pusat/Provinsi/ Kabupaten/ Kota. Para pakar Perguruan Tinggi .
- 7) Para Expert/ Donor Agency.
- 8) Para konsultan Luar Negeri dan Konsultan Domestik. j.WHO, World Bank, ADB, USAID, AusAID, GTZ, HSP dll.

STANDAR PELAYANAN KEBIDANAN

1. Pengertian Standar

Menurut Clinical Practice Guideline (1990) Standar adalah keadaan ideal atau tingkat pencapaian tertinggi dan sempurna yang dipergunakan sebagai batas penerimaan minimal. Menurut Donabedian (1980) Standar adalah rumusan tentang penampilan atau nilai diinginkan yang mampu dicapai, berkaitan dengan parameter yang telah ditetapkan.

Pengertian standar layanan kesehatan adalah suatu pernyataan tentang mutu yang diharapkan, yaitu akan menyangkut masukan, proses dan keluaran (*outcome*) sistem layanan kesehatan. Standar layanan kesehatan merupakan suatu alat organisasi untuk menjabarkan mutu layanan kesehatan ke dalam terminologi operasional sehingga semua orang yang terlibat dalam layanan kesehatan akan terikat dalam

suatu sistem, baik pasien, penyedia layanan kesehatan, penunjang layanan kesehatan, ataupun manajemen organisasi layanan kesehatan, dan akan bertanggung gugat dalam menjalankan tugas dan perannya masing-masing.

Kadang-kadang standar layanan kesehatan itu diartikan sebagai petunjuk pelaksanaan, protokol, dan Standar Prosedur Operasional (SPO). **Standar Prosedur Operasional (SPO)** adalah pernyataan tentang harapan bagaimana petugas kesehatan melakukan suatu kegiatan yang bersifat administratif.

2. Syarat Standar

- a. Dapat diobservasi dan diukur
- b. Realistik
- c. Mudah dilakukan dan dibutuhkan
- d. Jelas
- e. Masuk akal
- f. Mudah dimengerti
- g. Dapat dicapai
- h. Absah
- i. Meyakinkan
- j. Mantap, spesifik serta eksplisit

3. Pengenalan Standar Pelayanan Kebidanan

Standar Pelayanan Kebidanan terdiri dari 24 Standar, meliputi :

- a. Standar Pelayanan Umum (2 standar)
 - Standar 1 : Persiapan untuk Kehidupan Keluarga Sehat
 - Standar 2 : Pencatatan dan Pelaporan
- b. Standar Pelayanan Antenatal (6 standar)
 - Standar 3 : Identifikasi Ibu Hamil
 - Standar 4 : Pemeriksaan dan Pemantauan Antenatal
 - Standar 5 : Palpasi dan Abdominal
 - Standar 6 : Pengelolaan Anemia pada Kehamilan
 - Standar 7 : Pengelolaan Dini Hipertensi pada Kehamilan
 - Standar 8 : Persiapan Persalinan

- c. Standar Pertolongan Persalinan (4 standar)
 - Standar 9 : Asuhan Persalinan Kala I
 - Standar 10 : Persalinan Kala II yang Aman
 - Standar 11 : Penatalaksanaan Aktif Persalinan Kala III
 - Standar 12 : Penanganan Kala II dengan Gawat Janin melalui Episiotomi
- d. Standar Pelayanan Nifas (3 standar)
 - Standar 13 : Perawatan Bayi Baru Lahir
 - Standar 14 : Penanganan pada Dua Jam Pertama Setelah Persalinan
 - Standar 15 : Pelayanan bagi Ibu dan Bayi pada Masa Nifas
- e. Standar Penanganan Kegawatdaruratan Obstetri-Neonatal (9 standar)
 - Standar 16 : Penanganan Perdarahan dalam Kehamilan pada Trimester III
 - Standar 17 : Penanganan Kegawatan dan Eklampsia
 - Standar 18 : Penanganan Kegawatan pada Partus Lama/Macet
 - Standar 19 : Persalinan dengan Penggunaan Vakum Ekstraktor
 - Standar 20 : Penanganan Retensio Plasenta
 - Standar 21 : Penanganan Perdarahan Post Partum Primer
 - Standar 22 : Penanganan Perdarahan Post Partum Sekunder
 - Standar 23 : Penanganan Sepsis Puerperalis
 - Standar 24 : Penanganan Asfiksia Neonatorum

4. Standar Persyaratan Minimal

Standar persyaratan minimal adalah keadaan minimal yang harus dipenuhi untuk dapat menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu. Standar persyaratan minimal terdiri dari :

a. Standar Masukan

Dalam Standar Masukan ditetapkan persyaratan minimal unsur masukan yang diperlukan untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu terdiri dari :

- a) Jenis, jumlah dan kualifikasi tenaga pelaksana
- b) Jenis, jumlah dan spesifikasi sarana
- c) Jumlah dana (modal)

Jika standar masukan merujuk pada tenaga pelaksana disebut dengan nama standar ketenagaan (*standard of personnel*). Sedangkan jika standar masukan merujuk pada sarana dikenal dengan nama standar sarana (*standard of facilities*). Untuk dapat menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, standar masukan tersebut haruslah dapat ditetapkan.

b. Standar Lingkungan

Dalam standar lingkungan ditetapkan persyaratan minimal unsur lingkungan yang diperlukan untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, terdiri dari :

- a) Garis-garis besar kebijakan (policy)
- b) Pola organisasi (organization)
- c) Sistem manajemen (management) yang harus dipatuhi oleh setiap pelaksana pelayanan kesehatan.

Standar lingkungan ini populer dengan sebutan standar organisasi dan manajemen (*standard organization and management*). Sama halnya dengan masukan, untuk dapat menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, maka standar lingkungan harus ditetapkan.

c. Standar Proses

Dalam standar proses ditetapkan persyaratan minimal unsur proses yang harus dilakukan untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu, terdiri dari :

- a) Tindakan Medis
- b) Tindakan Non Medis

Standar proses dikenal dengan nama standar tindakan (*standar of conduct*). Karena baik tidaknya mutu pelayanan kesehatan sangat ditentukan oleh kesesuaian tindakan dengan standar proses, maka haruslah dapat diupayakan tersusunnya standar proses.

5. Standar Minimal Penampilan

Standar penampilan minimal merujuk pada penampilan layanan kesehatan yang masih dapat diterima. Standar ini, karena merujuk pada unsur keluaran, disebut dengan nama standar keluaran, atau populer dengan sebutan standar penampilan (*standar of performance*). Standar keluaran merupakan hasil akhir atau akibat dari layanan kesehatan. Standar keluaran akan menunjukkan apakah layanan kesehatan berhasil atau gagal. Keluaran (*outcome*) adalah apa yang diharapkan akan terjadi sebagai hasil dari layanan kesehatan yang diselenggarakan dan terhadap apa keberhasilan tersebut akan diukur.

Standar keluaran berupa :

a) Penampilan Aspek Medis

Yang menunjuk pada penerapan aspek medis pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Terkait pada kode etik profesi
2. Standar pelayanan profesi : dengan meningkatnya mutu maka akan meningkatkan kepuasan klien. Contoh:
 - a. Meningkatkan angka kesembuhan penyakit yang di derita
 - b. Sedikitnya efek samping yang dialami
 - c. Menurunkan angka Kematian
 - d. Meningkatkan angka kepuasan

b) Penampilan Aspek Non Medis

Yang menunjuk pada penampilan aspek non medis pelayanan kesehatan yaitu terkait dengan kode etik profesi/standar profesi dalam hal non medis. Contoh:

- a. Pengetahuan klien yaitu makin meningkat pengetahuan akan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan akan meningkatkan mutu
- b. Makin tinggi Kemantapan klien
- c. Makin tinggi Kepuasan

Untuk mengetahui apakah mutu pelayanan yang diselenggarakan masih dalam batas-batas yang wajar atau tidak, perlu ditetapkan standar keluaran

C. Latihan

Jawablah soal dibawah ini dengan penjelasan yang sederhana tapi lengkap.

1. Jelaskan apa saja standar pelayanan minimal
2. Jelaskan standar pelayanan kebidanan

D. Rujukan

1. Poeng P. Poerwanto (2000), *reformation: The Renewal of Thinking Pattern*, Jakarta, ADB
2. Soedarmono Soejitno (2001), *Akselerasi Reformasi Kesehatan*, Jakarta.
3. Yayasan Hayati Djatmiko (2002), *Perilaku Organisasi*. Alfabeta-Bandung
4. Pohan, I.S. 2007. *Jaminan mutu layanan kesehatan: Dasar-dasar pengertian dan penerapan*. EGC
5. Retnaningsih, Ekowati (2013). *Akses Layanan Kesehatan*, Jakarta : Raja Grafindo Persada
6. Satrianegara, Fais. (2014). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Teori dan Aplikasi dalam Pelayanan Puskesmas dan Rumah Sakit*, Jakarta: Penerbit Salemba Medika
7. WHO. 2002. *Implementasi Sistem pengembangan Manajemen Kinerja Klinik untuk Perawat dan Bidan di Rumah Sakit dan Puskesmas*. WHOSEA-Nurs-429, Mei. 2002

E. Bacaan Yang Dianjurkan

Bacalah buku buku yang berkaitan dengan Standar pelayanan Minimal dan standar pelayanan kebidanan

BAB IX

PRINSIP PENANGANAN PASIEN DALAM PELAYANAN PRIMER, BAIK SEBAGAI INDIVIDU, KELUARGA, MAUPUN KOMUNITAS

A. PENDAHULUAN

1. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah mempelajari BAB IV diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan Prinsip penanganan pasien dalam pelayanan primer, baik sebagai individu, keluarga, maupun komunitas

2. Entry Behaviour

Mengkaji dan memahami Prinsip penanganan pasien dalam pelayanan primer, baik sebagai individu, keluarga, maupun komunitas

3. Keterkaitan dengan Materi lain

Memahami BAB IV akan memudahkan mahasiswa mempelajari Prinsip penanganan pasien dalam pelayanan primer, baik sebagai individu, keluarga, maupun komunitas

4. Pentingnya Mempelajari Isi BAB IV

Memahami bagaimana dalam menerapkan Prinsip penanganan pasien dalam pelayanan primer, baik sebagai individu, keluarga, maupun komunitas

5. Petunjuk Mempelajari Isi BAB

- a. Bacalah tujuan mempelajari isi BAB ini dan kemampuan yang harus dicapai
- b. Baca dan pahami setiap isi BAB
- c. Tanyakan pada dosen pengampu bila ada hal hal yang perlu diklarifikasi atau memerlukan pemahaman lebih lanjut
- d. Buatlah ringkasan tiap sub BAB agar melatih kemampuan memahami hal hal yang penting

6. Jawab dan isi pertanyaan yang telah disediakan

B. PENYAJIAN MATERI

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.



Piramida Sistim Pelayanan Kesehatan

Sistim berjenjang dimulai dari :

1. Individu atau keluarga datang ke komunitas (masyarakat) contohnya keposyandu untuk dilakukan skrining Kesehatan
2. Kemudian apabila masyarakat ada keluhan, maka akan dilanjutkan ke pelayanan primer (puskesmas dan pembantunya, praktek dokter umum, klinik pratama, bidan)
3. Apabila masalah tidak dapat ditangani pada pelayanan primer, maka akan dirujuk ke pelayanan sekunder (Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta kelas C dan D, klinik spesialis, dan praktek dokter spesialis)
4. Apabila belum bisa ditangani pada pelayanan sekunder, maka akan dirujuk ke pelayanan tersier (Rumah Sakit Kelas A dan B, klinik subspecialis, dan praktek dokter subspecialis).

Sehingga berdasarkan jenjangan diatas, maka puskesmas sebagai “gatekeeper”, sebagai kontak pertama pada pelayanan kesehatan formal dan penapis rujukan. Gatekeeper Concept adalah konsep sistem pelayanan

kesehatan dimana fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berperan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar berfungsi optimal sesuai standar kompetensinya dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan medik.

1. Prinsip penanganan pasien dalam pelayanan primer

Menurut Panduan Praktis Gatekeeper Concept Faskes BPJS Kesehatan, Konsep Gatekeeper konsep sistem pelayanan kesehatan dimana fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berperan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar berfungsi optimal sesuai standar kompetensinya dan memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan medik.

Fasilitas kesehatan tingkat pertama yang berfungsi optimal sebagai gatekeeper biasanya akan memberikan iuran kualitas kesehatan yang lebih baik kepada peserta, akan mengurangi beban negara dalam pembiayaan kesehatan karena mampu menurunkan angka kesakitan dan mengurangi kunjungan ke fasilitas kesehatan tingkat lanjutan serta terdistribusi lebih besar dibandingkan dengan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan sehingga akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan lebih tinggi.

Empat prinsip pokok Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama sebagai Gatekeeper

- a. Kontak pertama pelayanan (First Contact)
- b. Pelayanan berkelanjutan (Continuity)
- c. Pelayanan paripurna (Comprehensiveness)
- d. Koordinasi pelayanan (Coordination)

a. First Contact

Fasilitas kesehatan tingkat pertama merupakan tempat pertama yang dikunjungi peserta setiap kali mendapat masalah kesehatan. Pelayanan Kesehatan Primer sebagai gatekeeper menjadi sangat penting sebagai kontak pertama dan penapis rujukan.

b. Continuity

Hubungan fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan peserta dapat berlangsung secara berkelanjutan/kontinyu sehingga penanganan penyakit dapat berjalan optimal. Implementasi continuity dengan cara, fasilitas kesehatan memiliki Family folder atau informasi kesehatan per keluarga, dengan tujuan:

- 1) Pelayanan kesehatan berorientasi pada keluarga (family centeredness)
- 2) Pelayanan kesehatan menjadi lebih terfokus kepada peserta dan bukan pada penyakit yang diderita. Keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan akan membuat pelayanan lebih efektif.
- 3) Fasilitas kesehatan lebih mengenal pasien secara individu dan keluarga sehingga dokter lebih mudah mengetahui permasalahan dan penanganan kesehatan
- 4) Fasilitas kesehatan dapat menjalankan program promotif dan preventif yang lebih baik dan terfokus pada individu.

c. Comprehensiveness

Fasilitas kesehatan tingkat pertama memberikan pelayanan yang komprehensif terutama untuk pelayanan promotif dan preventif. Kementerian Kesehatan sedang dalam proses melakukan Revitalisasi Puskesmas untuk penetapan fungsi Puskesmas yang dapat menjawab arah kebijakan pembangunan kesehatan yang mengutamakan promotif dan preventif dengan tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif. Sedangkan pendekatan pelaksanaannya melalui 3 level of prevention yaitu health promotion and specific protection, early detection and prompt treatment, serta rehabilitation and disability limitation.

Pada tingkatan Puskesmas level 1 dan 2 yang lebih dominan, dimana untuk level 3 tetap dilaksanakan sesuai dengan kompetensi dan fungsi Puskesmas. Sehingga perlu adanya

dukungan pada tingkatan rujukan atau pelayanan sekunder, dalam hal ini Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Rumah Sakit.

d. Coordination

Fasilitas kesehatan tingkat pertama melakukan koordinasi pelayanandengan penyelenggara kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta sesuai kebutuhannya. Dokter yang bertugas berfungsi sebagai pengatur pelayanan (care manager)

1) Koordinasi antar fasilitas kesehatan tingkat pertama

- Fasilitas kesehatan Tingkat pertama dengan Jejaringnya, koordinasi antara dokter dengan jejaringnya (dokter gigi, laboratorium, apotek, bidan, perawat, paramedis maupun non medis lainnya) berfungsi dengan optimal
- Antar fasilitas kesehatan tingkat pertama satu dengan yang lain.

2) Koordinasi fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan fasilitas Kesehatan rujukan. Fasilitas kesehatan tingkat pertama melakukan koordinasi dengan dokter spesialis di fasilitas kesehatan rujukan, petugas BPJS Kesehatan Center dan Kantor Cabang /Kantor Operasional Kabupaten/ Kota BPJS Kesehatan setempat



Implementasi Primary Health Care di Indonesia

Primary Health Care (PHC) diperkenalkan oleh World Health Organization (WHO) sekitar tahun 70-an, dengan tujuan untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Di Indonesia, PHC memiliki 3(tiga) strategi utama, yaitu :

- a. Kerjasama multisektoral.
- b. Partisipasi masyarakat.
- c. Penerapan teknologi yang sesuai dengan kebutuhan dengan pelaksanaan di masyarakat.

Menurut Deklarasi Alma Ata (1978) PHC adalah kontak pertama individu, keluarga, atau masyarakat dengan sistem pelayanan. Pengertian ini sesuai dengan definisi Sistem Kesehatan Nasional (SKN) tahun 2009, yang menyatakan bahwa Upaya Kesehatan Primer adalah upaya kesehatan dasar dimana terjadi kontak pertama perorangan atau masyarakat dengan pelayanan kesehatan. Dalam mendukung strategi PHC yang pertama, Kementerian Kesehatan RI mengadopsi nilai inklusif, yang merupakan salah satu dari 5 nilai yang harus diterapkan dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan, yaitu pro-rakyat, inklusif, responsif, efektif, dan bersih.

Tujuan atau goal dari Pelayanan kesehatan primer harus dicapai agar dapat terjadi jangkauan universal. Agar tujuan tersebut tercapai maka ada 5 prinsip dasar pelayanan kesehatan primer :

- a. Pemerataan upaya Kesehatan
- b. Penekanan pada upaya preventif
- c. Menggunakan teknologi tepat guna
- d. Melibatkan peran serta masyarakat
- e. Melibatkan kerjasama Lintas sektoral.

C. Latihan

Jawablah soal dibawah ini dengan penjelasan yang sederhana tapi lengkap.

1. Jelaskan bagaimana menangani pasien dalam pelayanan primer
2. Jelaskan standar pelayanan kebidanan

D. Rujukan

1. Poeng P. Poerwanto (2000), *reformation: The Renewal of Thinking Pattern*, Jakarta, ADB
2. Soedarmono Soejitno (2001), *Akselerasi Reformasi Kesehatan*, Jakarta.
3. Yayat Hayati Djatmiko (2002), *Perilaku Organisasi*. Alfabeta-Bandung
4. Pohan, I.S. 2007. *Jaminan mutu layanan kesehatan: Dasar-dasar pengertian dan penerapan*. EGC
5. Retnaningsih, Ekowati (2013). *Akses Layanan Kesehatan*, Jakarta : Raja Grafindo Persada
6. Satrianegara, Fais. (2014). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Teori dan Aplikasi dalam Pelayanan Puskesmas dan Rumah Sakit*, Jakarta: Penerbit Salemba Medika
7. WHO. 2002. *Implementasi Sistem pengembangan Manajemen Kinerja Klinik untuk Perawat dan Bidan di Rumah Sakit dan Puskesmas*. WHOSEA-Nurs-429, Mei. 2002

E. Bacaan Yang Dianjurkan

Bacalah buku-buku yang berkaitan dengan Standar Pelayanan Minimal dan standar pelayanan kebidanan

BAB X
ASPEK KHUSUS PEMBIAYAAN KESEHATAN DAN KONSEP
PENGGARAN

A. PENDAHULUAN

1. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah mempelajari BAB IV diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan aspek khusus pembiayaan kesehatan dan konsep penggaran

2. Entry Behaviour

Mengkaji dan memahami aspek khusus pembiayaan kesehatan dan konsep penggaran

3. Keterkaitan dengan Materi lain

Memahami BAB IV akan memudahkan mahasiswa mempelajari aspek khusus pembiayaan kesehatan dan konsep penggaran

4. Pentingnya Mempelajari Isi BAB IV

Memahami bagaimana dalam menerapkan aspek khusus pembiayaan kesehatan dan konsep penggaran

5. Petunjuk Mempelajari Isi BAB

- a. Bacalah tujuan mempelajari isi BAB ini dan kemampuan yang harus dicapai
- b. Baca dan pahami setiap isi BAB
- c. Tanyakan pada dosen pengampu bila ada hal hal yang perlu diklarifikasi atau memerlukan pemahaman lebih lanjut
- d. Buatlah ringkasan tiap sub BAB agar melatih kemampuan memahami hal hal yang penting

6. Jawab dan isi pertanyaan yang telah disediakan

B. PENYAJIAN MATERI

1. Subsistem Pembiayaan Kesehatan

Subsistem Pembiayaan Kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya penggalian, pengalokasian, dan pembelanjaan sumberdaya keuangan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. (ID Kesehatan. 2007).

Tujuan subsistem pembiayaan kesehatan dalam ID Kesehatan (2007) adalah tersedianya pembiayaan kesehatan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Sub sistem pembiayaan kesehatan terdiri dari tiga unsur utama, yakni penggalian dana, alokasi dana, dan pembelanjaan. (ID Kesehatan. 2007)

- a. Penggalian dana adalah kegiatan menghimpun dana yang diperlukan untuk penyelenggaraan upaya kesehatan dan atau pemeliharaan kesehatan.
- b. Alokasi dana adalah penetapan peruntukan pemakaian dana yang telah berhasil dihimpun, baik yang bersumber dari pemerintah, masyarakat, maupun swasta.
- c. Pembelanjaan adalah pemakaian dana yang telah dialokasikan dalam anggaran pendapatan dan belanja sesuai dengan peruntukan dan atau dilakukan melalui jaminan pemeliharaan kesehatan wajib ataupun sukarela.

Penyelenggaraan Subsistem Pembiayaan Kesehatan mengacu pada prinsip-prinsip sebagai berikut: (ID Kesehatan. 2007)

- a. Jumlah dana untuk kesehatan harus cukup tersedia dan dikelola secara berdaya-guna, adil, dan berkelanjutan yang didukung oleh transparansi dan akuntabilitas.

- b. Dana pemerintah diarahkan untuk pembiayaan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan bagi masyarakat rentan dan keluarga miskin.
- c. Dana masyarakat diarahkan untuk pembiayaan upaya kesehatan perorangan yang terorganisir, adil, berhasil-guna, dan berdaya guna melalui jaminan pemeliharaan kesehatan baik berdasarkan prinsip solidaritas sosial yang wajib maupun sukarela, yang dilaksanakan secara bertahap.
- d. Pemberdayaan masyarakat dalam pembiayaan kesehatan diupayakan melalui penghimpunan secara aktif dana sosial untuk kesehatan (misal: dana sosial keagamaan) untuk kepentingan kesehatan.
- e. Pada dasarnya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan pembiayaan kesehatan di daerah merupakan tanggung jawab pemerintah daerah. Namun untuk pemerataan pelayanan kesehatan. Pemerintah menyediakan dana perimbangan (matchinggrant) bagi daerah yang kurang mampu

2. Bentuk Pokok

a. Penggalan Dana

Penggalan Dana untuk UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat) Sumber dana untuk UKM terutama berasal dari pemerintah baik pusat maupun daerah, melalui pajak umum, pajak khusus, bantuan dan pinjaman, serta berbagai sumber lainnya. Sumber dana lain untuk upaya kesehatan masyarakat adalah swasta serta masyarakat. Sumber dari swasta dihimpun dengan menerapkan prinsip public-private partnership yang didukung dengan pemberian insentif, misalnya keringanan pajak untuk setiap dana yang disumbangkan. Sumber dana dari masyarakat dihimpun secara aktif oleh masyarakat misalnya dalam bentuk dana sehat, atau dilakukan secara pasif, yakni menambahkan aspek kesehatan dalam rencana pengeluaran dari

dana yang sudah terkumpul di masyarakat, misalnya dana sosial keagamaan. (ID Kesehatan,2007)

b. Penggalian dana untuk UKP (UpayaKesehatan Perseorangan)

Sumber dana untuk UKP berasal dari masing-masing individu dalam satu kesatuan keluarga. Bagi masyarakat rentan dan keluarga miskin, sumber dananya berasal dari pemerintah melalui mekanisme jaminan pemeliharaan kesehatan. (ID Kesehatan. 2007).

3. Pengalokasian Dana

a. Alokasi dana dari pemerintah

Alokasi dana yang berasal dari pemerintah untuk UKM dan UKP dilakukan melalui penyusunan anggaran pendapatan dan belanja, baik pusat maupun daerah, sekurang-kurangnya 5% dari PDB atau 15% dari total anggaran pendapatan dan belanja setiap tahunnya (ID Kesehatan. 2007).

b. Alokasi dana dari masyarakat Alokasi dana yang berasal dari masyarakat untuk UKM dilaksanakan berdasarkan asas gotong royong sesuai dengan kemampuan. Sedangkan untuk UKP dilakukan melalui kepesertaan dalam program jaminan pemeliharaan kesehatan wajib dan sukarela (ID Kesehatan. 2007).

4. Pembelanjaan

a. Pembiayaan kesehatan dari pemerintah dan public-private partnership digunakan untuk membiayai UKM. Pembiayaan kesehatan yang terkumpul dari Dana Sehat dan Dana Sosial Keagamaan digunakan untuk membiayai UKM dan UKP (ID Kesehatan. 2007).

b. Pembelanjaan untuk pemeliharaan kesehatan masyarakat rentan dan kesehatan keluarga miskin dilaksanakan melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan wajib. Sedangkan Pembelanjaan untuk pemeliharaan kesehatan keluarga mampu dilaksanakan melalui Jaminan Pemeliharaan Kesehatan wajib atau sukarela(ID Kesehatan. 2007).

- c. Dimasa mendatang, biaya kesehatan dari pemerintah secara bertahap digunakan seluruhnya untuk pembiayaan UKM dan jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat rentan dan keluarga miskin. (ID Kesehatan. 2007)

5. Aspek-aspek yang Memengaruhi Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan adalah besarnya dana yang harus dikeluarkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat (Azrul A, 1996). Ada beberapa aspek yang memengaruhi pembiayaan kesehatan, aspek-aspek tersebut adalah aspek perilaku manusia dan aspek ekonomi. Selain itu, menurut Dwicaksono, dkk (2010) ada beberapa variabel yang menentukan situasi pembiayaan kesehatan di masa mendatang, yaitu variabel demografi, variabel ekonomi, variabel status kesehatan dan variabel kebijakan.

Berikut adalah penjelasan dari aspek-aspek serta variabel yang memengaruhi pembiayaan kesehatan menurut Sulastomo (2003).

a. Aspek Perilaku Manusia Dalam Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Perilaku manusia sangat mempengaruhi proses manajemen, terdapat 3 kelompok manusia yang sedikit terlibat dalam manajemen pelayanan kesehatan yaitu kelompok manusia penyelenggara pelayanan kesehatan (Health Provider, misalnya dokter-dokter, perawat-perawat), kelompok penerima jasa pelayanan kesehatan (para konsumen), dan kelompok yang secara tidak langsung ikut terlibat yaitu keluarga-keluarga penderita, masyarakat umum dan para administrator (baik dikalangan perusahaan maupun pemerintah, dan lain-lain) (Sulastomo, 2003).

Perencanaan yang baik tidak jarang mengalami kegagalan ketika telah sampai pada tahap pelaksanaan dikarenakan faktor manusia yang tidak secara cermat diperhatikan ketika dalam proses perencanaan. Dalam proses manajemen tidak hanya terkait

beberapa kelompok manusia, tetapi juga sifat khusus dari pelayanan kesehatan. Yang dimaksud sifat khusus dari pelayanan kesehatan adalah bahwa baik dari pihak penyelenggara kesehatan maupun konsumen jarang yang mempertimbangkan aspek-aspek biaya sepanjang hal tersebut menyangkut penyembuhan suatu penyakit.

Para penyelenggara kesehatan akan selalu didesak untuk menggunakan kemampuan, teknologi, maupun obat-obatan yang mutakhir agar mereka merasa aman terhadap tanggung jawab moral yang dibebankan kepada mereka dalam menyembuhkan pasien. Sedangkan bagi konsumen penyebabnya dikarenakan pertaruhan yang diletakkan adalah nyawa dari pasien, keadaan tersebut membuat kecenderungan diabaikannya perhitungan-perhitungan ekonomi, cost efficiency dan lain-lain. Hal tersebut yang membuat pelayanan kesehatan dianggap semata-mata bersifat konsumtif, tanpa mempedulikan aspek untung rugi. Kepentingan ini berlawanan dengan kepentingan para administrator yang sangat memperhatikan aspek untung-rugi dari biaya pelayanan kesehatan.

Serangkaian kejadian tersebut membuat administrator mengeluh akan sikap para konsumen, dan para penyelenggara pelayanan kesehatan (Health Provider) mengeluh akan sikap administrator (Sulastomo, 2003).

Konflik-konflik yang terjadi karena tingkah laku manusia tersebut akan dapat diatasi dengan diterapkannya keseimbangan antara hak dan kewajiban serta ganjaran dan hukuman (reward and punishment), disamping itu juga harus menghindari perilaku-perilaku negatif (Sulastomo, 2003). Berikut adalah contoh untuk memberikan gambaran dari model-model interaksi perilaku manusia dalam pelayanan kesehatan(Sulastomo, 2003):

- 1) Diruang praktik seorang dokter, seorang pasien yang telah menderita batuk dalam jangka waktu yang lama,

mengutarakan keinginannya untuk berobat ke dokter spesialis penyakit dalam, tanpa memberi kesempatan kepada sang dokter untuk memeriksanya. Dalam kepentingan ini terjadi konflik kepentingan antara pasien dengan dokter. Sang pasien berpendapat bahwa karena batuknya sudah lama maka begitu saja disimpulkan bahwa penyakitnya pastilah sudah agak lanjut maka dari itu harus ditangani oleh dokter spesialis. Tetapi karena perusahaan menetapkan bahwa berobat ke dokter spesialis harus melalui dokter umum, terpaksa pasien tersebut datang ke dokter umum terlebih dahulu, disini dalam fikiran pasien dokter umum hanya sebagai penulis surat konsul/rujukan. Sebaliknya bagi sang dokter, ada konflik profesional serta harga diri untuk begitu saja menulis surat konsul tersebut. Tidak jarang bahwa sang dokter berpikiran bahwa diagnosa dan penyakit itu sudah 80% berada di otaknya. Dengan sedikit pemeriksaan bantuan pemeriksaan rotgen, diagnosa tersebut mungkin sudah 100% sudah dapat ditegakkan. Dan apabila diagnosa tersebut sudah 100% dapat ditegakkan (biasanya), pengobatanpun sudah tidak terlalu merepotkan(Sulastomo, 2003).

- 2) Sebagai akibat dari pandangan/kesan bahwa masalah kesehatan itu bersifat konsumtif dan berfungsi social, banyak instansi kesehatan yang menjamin pelayanan kesehatan secara cuma-cuma. Sikap ini sudah tentu menjauhkan pendekatan untuk menumbuhkan keseimbangan antara hak dan kewajiban serta pendekatan ganjaran dan hukuman(Sulastomo, 2003).

Karena tidak adanya sanksi, maka penyelenggaraan pelayanan kesehatan seperti inilah yang akan menelan biaya yang sangat besar. Pasien akan menggunakan haknya tanpa dituntut seperti kewajiban untuk menghemat, sedangkan para dokter memperoleh kesempatan untuk mempraktikkan ilmunya sesuai

dengan perkembangan teknologi dan obat-obatan yang baru secara berlebihan (Sulastomo, 2003).

Bagi pasien sudah tentu mereka akan memilih berobat pada dokter yang mereka anggap paling berkompeten, dengan demikian akan langsung menjurus pada dokter spesialis dan dokter-dokter senior. Keadaan tersebut akan menjurus pada ketidakberlakunya sistem rujukan, yaitu suatu sistem yang ideal dalam jenjang pelayanan kesehatan, namun sukar untuk dilaksanakan (Sulastomo, 2003).

Sebaliknya para penyelenggara pelayanan kesehatan (healthprovider) dengan sifat manusiawinya yang merasa mempunyai tanggung jawab moralnya kepada pengobatan pasien yang dihadapkan dengan kecanggihan teknologi yang baru dan obat-obatan yang baru pula sudah tentu akan mendorong para dokter untuk menggunakan alat-alat maupun obat-obatan tersebut, tidak saja untuk memenuhi tanggung jawab moralnya kepada pengobatan tetapi juga untuk selalu mengikuti perkembangan ilmukedokteran modern itu sendiri (Sulastomo, 2003).

Dari hal tersebutlah kepentingan antara konsumen dan health provider bertemu sehingga akan lebih mendorong peningkatan biaya pelayanan kesehatan, disamping itu sifat yang khusus dari pelayanan kesehatan itu sendiri juga akan menambah beban (Sulastomo, 2003).

C. Latihan

Jawablah soal dibawah ini dengan penjelasan yang sederhana tapi lengkap.

1. Jelaskan apa saja sub sistem pelayanan Kesehatan
2. Jelaskan bentuk pokok pembiayaan Kesehatan

D. Rujukan

1. Poeng P. Poerwanto (2000), reformation: The Renewal of Thinking Pattern, Jakarta, ADB

2. Soedarmono Soejitno (2001), *Akselerasi Reformasi Kesehatan*, Jakarta.
3. Yayat Hayati Djatmiko (2002), *Perilaku Organisasi*. Alfabeta-Bandung
4. Pohan, I.S. 2007. *Jaminan mutu layanan kesehatan: Dasar-dasar pengertian dan penerapan*. EGC
5. Retnaningsih, Ekowati (2013). *Akses Layanan Kesehatan*, Jakarta : Raja Grafindo Persada
6. Satrianegara, Fais. (2014). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Teori dan Aplikasi dalam Pelayanan Puskesmas dan Rumah Sakit*, Jakarta: Penerbit Salemba Medika
7. WHO. 2002. *Implementasi Sistem pengembangan Manajemen Kinerja Klinik untuk Perawat dan Bidan di Rumah Sakit dan Puskesmas*. WHOSEA-Nurs-429, Mei. 2002

E. Bacaan Yang Dianjurkan

Bacalah buku-buku yang berkaitan dengan aspek khusus pembiayaan kesehatan dan konsep penggaran

BAB XI

PRINSIP PENANGANAN PASIEN DALAM PELAYANAN PRIMER, BAIK SEBAGAI INDIVIDU, KELUARGA, MAUPUN KOMUNITAS

A. PENDAHULUAN

1. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah mempelajari BAB IV diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan Pelayanan prima dalam pelayanan Kesehatan dan kebidanan

2. Entry Behaviour

Mengkaji dan memahami Pelayanan prima dalam pelayanan Kesehatan dan kebidanan

3. Keterkaitan dengan Materi lain

Memahami BAB IV akan memudahkan mahasiswa mempelajari Pelayanan prima dalam pelayanan Kesehatan dan kebidanan

4. Pentingnya Mempelajari Isi BAB IV

Memahami bagaimana dalam menerapkan Pelayanan prima dalam pelayanan Kesehatan dan kebidanan

5. Petunjuk Mempelajari Isi BAB

- a. Bacalah tujuan mempelajari isi BAB ini dan kemampuan yang harus dicapai
- b. Baca dan pahami setiap isi BAB
- c. Tanyakan pada dosen pengampu bila ada hal hal yang perlu diklarifikasi atau memerlukan pemahaman lebih lanjut
- d. Buatlah ringkasan tiap sub BAB agar melatih kemampuan memahami hal hal yang penting

6. Jawab dan isi pertanyaan yang telah disediakan

B. PENYAJIAN MATERI

1. Pengertian Pelayanan Prima

Pelayanan prima merupakan terjemahan dari istilah “Service Excellent”. Menurut Endang Sutarti (2008) pelayanan prima secara harfiah berarti pelayanan yang sangat baik atau terbaik, karena sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku atau dimiliki oleh instansi yang memberikan pelayanan. Apabila instansi pelayanan belum memiliki standar pelayanan, maka pelayanan disebut sangat baik atau terbaik atau akan menjadi prima, manakala dapat atau mampu memuaskan pihak yang dilayankan (pelanggan). Jadi pelayanan prima dalam hal ini sesuai dengan harapan pelanggan. Tentunya agar keprimaan suatu pelayanan dapat terukur, bagi instansi pemberi pelayanan yang belum memiliki standar pelayanan, perlu membuat standar pelayanan prima sesuai dengan tugas dan fungsinya. Jika kita memperhatikan lebih cermat, proses pelayanan bukan hanya meliputi kegiatan-kegiatan pada saat pelanggan bertatap muka secara langsung dengan petugas pelayanan. Melainkan juga meliputi kegiatan-kegiatan sebelum dan sesudahnya. Sebuah pelayanan tidak akan menjadi prima jika tidak secara tuntas mencakup semuanya. Pelayanan prima adalah pelayanan paripurna. Sebelum petugas bertatap muka langsung dengan pelanggan mereka sudah harus mempersiapkan bahan atau peralatan, menyiapkan arsip pelanggan. Sesudah selesai bertatap muka dengan pelanggan, petugas masih harus berbenah, merekam data pelayanan, menyusun laporan, menyimpan arsip, mengganti peralatan, dan lain-lain. Pelayanan prima (Excellent Service) menurut pengertian “pelayanan” yang berarti “usaha melayani kebutuhan orang lain” atau dari pengertian “melayani” yang berarti “membantu menyiapkan (mengurus) apa yang diperlukan seseorang” (KBBI). Dengan prima atau excellent yang berarti bermutu tinggi dan memuaskan (melebihi harapan). Jadi, secara sederhana, pelayanan prima (excellent service) adalah suatu pelayanan yang terbaik dalam memenuhi harapan dan kebutuhan pelanggan. Dengan kata lain, pelayanan prima merupakan suatu pelayanan yang memenuhi

standar kualitas. Pelayanan yang memenuhi standar kualitas adalah suatu pelayanan yang sesuai dengan harapan dan kepuasan pasien/klien.

Terdapat beberapa definisi tentang kualitas pelayanan yang dikemukakan oleh para ahli, dan dari sejumlah definisi tersebut terdapat beberapa kesamaan, yaitu:

- a. kualitas merupakan usaha untuk memenuhi harapan pelanggan
- b. kualitas merupakan kondisi mutu yang setiap saat mengalami perubahan
- c. kualitas itu mencakup proses, produk, barang, jasa, manusia, dan lingkungan
- d. kualitas merupakan suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses, dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan.

2. Tujuan dan Manfaat Pelayanan Prima

Tujuan pelayanan prima adalah memberikan pelayanan yang dapat memenuhi dan memuaskan pasien/klien serta memberikan fokus pelayanan kepada Pasien /klien. Pelayanan prima akan bermanfaat bagi upaya peningkatan kualitas pelayanan kepada masyarakat sebagai pasien/klien dan sebagai acuan pengembangan penyusunan standar pelayanan yang bermutu.

3. Prinsip Pelayanan Prima

Pelayanan prima bidang kesehatan, dikembangkan berdasarkan prinsip 3A. Pertama, kita harus menyajikan Attitude (sikap) yang benar. Kedua, kita harus saling memberikan Attention (perhatian) yg tidak terbagi. Ketiga, semua pelanggan senantiasa mencari action (tindakan)

- a. Pelayanan prima berdasarkan konsep attitude (sikap) meliputi tiga prinsip berikut:
 - 1) Melayani pelanggan berdasarkan penampilan yang sopan dan serasi.
 - 2) Melayani pelanggan dengan berfikir positif sehat dan logis .
 - 3) Melayani pelanggan dengan sikap selalu menghargai

- b. Pelayanan prima berdasarkan attention (perhatian) meliputi tiga prinsip :
 - 1) Mendengar dan memahami secara sungguh-sungguh kebutuhan para pelanggan.
 - 2) Mengamati dan menghargai kepada para pelanggannya.
 - 3) Mencurahkan perhatian penuh kepada para pelanggan.
- c. Pelayanan prima berdasarkan action (tindakan) meliputi lima prinsip :
 - 1) Mencatat setiap pesan para pelanggan.
 - 2) Mencatat kebutuhan pelayanan
 - 3) Menegaskan kembali kebutuhan pelayanan
 - 4) Mewujudkan kebutuhan pelanggan
 - 5) Menyatakan terima kasih dengan harapan pelanggan masih mau kembali setia untuk memanfaatkan pelayanan.

4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pelayanan Kesehatan

Menurut Burhanuddin Gamrin, SKM dan M. Joeharno, SKM, faktor-faktor yang mempengaruhi pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

a. Jumlah Petugas

Jumlah petugas merupakan salah satu aspek yang menunjang pelayanan kepada pasien di rumah sakit. Keadaan petugas yang kurang menyebabkan penyelenggaraan pelayanan dilaksanakan tidak maksimal dan kurang memenuhi kepuasan pasien atas pelayanan yang diberikan. Selain itu, petugas sendiri akan mengalami kewalahan dalam menjalankan tugasnya yang pada nantinya akan menurunkan tingkat kemampuan kerja yang diberikan petugas kepada pasien di rumah sakit.

b. Ketanggapan petugas

Ketanggapan petugas berhubungan dengan aspek kesiapan dari petugas dalam memenuhi kebutuhan pasien akan pelayanan yang diinginkan. Tingkat kesiapan dari petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan merupakan salah satu aspek yang

mempengaruhi penilaian pasien atas mutu pelayanan yang diselenggarakan.

c. Keandalan petugas

Keandalan berhubungan dengan tingkat kemampuan dan keterampilan yang dimiliki petugas dalam menyelenggarakan dan memberikan pelayanan kepada pasien di rumah sakit. Tingkat kemampuan dan keterampilan yang kurang dari tenaga kesehatan tentunya akan memberikan pelayanan yang kurang memenuhi kepuasan pasien sebagai standar penilaian terhadap mutu pelayanan.

d. Ketersediaan dan kelengkapan fasilitas

Fasilitas merupakan sarana bantu bagi instansi dan tenaga kesehatan dalam menyelenggarakan pelayanan kepada pasien di rumah sakit. Keadaan fasilitas yang memadai akan membantu terhadap penyelenggaraan pelayanan kepada pasien.

5. Dampak Pelayanan Kesehatan yang Buruk

Pelayanan kesehatan yang buruk memberikan banyak dampak negatif. Seperti merugikan pasien dan keluarga pasien. Selain merugikan pasien dan keluarganya, pelayanan yang buruk juga mengakibatkan image rumah sakit yang buruk, sehingga masyarakat yang sakit lebih memilih rumah sakit lain yang kualitas pelayanannya tinggi. Hal ini mengakibatkan rumah sakit akan kehilangan pasien. Sehingga mempengaruhi tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit tersebut.

Logikanya jika pasien di suatu rumah sakit berkurang otomatis tenaga kesehatan yang di butuhkan juga berkurang. Tidak hanya pengurangan lapangan kerja bagi tenaga kesehatan, pelayanan yang tidak baik akan mempengaruhi lapangan kerja bagi pekerjaan lain seperti satpam, tukang parkir dan sebagainya. Selain itu rumah sakit dapat di tuntutan jika pelayanan yang diberikan tidak memenuhi standar pelayanan minimum.

6. Upaya Memperbaiki Pelayanan Kesehatan

Menurut Fahriadi, SKM, M.KM ada beberapa hal yang harus kita tanamkan dalam pikiran kita agar bisa memberikan pelayanan yang prima. Yaitu tentang pentingnya pasien bagi para tenaga kesehatan. Hal tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Pelanggan (pasien) adalah tamu kita yang terpenting di tempat kerja, dia tidak tergantung kepada kita, tapi kitalah yang tergantung kepada mereka.
- b. Kita tidak memberikan pertolongan dengan melayaninya, Dialah yang memberikan pertolongan dengan memberi kesempatan bekerja pada kita yaitu dengan melayani kepentingannya.
- c. Keluhan pasien adalah suatu pemberian hadiah yang harus diterima dengan tulus (Complaint is a give).
- d. Lakukanlah apa yang dapat anda lakukan dengan apa yang anda miliki ditempat anda berada.

Upaya yang bisa di lakukan oleh pihak rumah sakit adalah membentuk tim untuk menyelidiki bagaimana pelayanan kesehatan di rumah sakit tersebut. Lalu mengevaluasinya dan memberikan tindak lanjut.

7. Contoh Tindakan Nyata Pelayanan Prima Di Rumah Sakit

- a. Menyapa dan memberi salam kepada pasien
- b. Ramah dan senyum manis kepada pasien
- c. Cepat dan tepat waktu dalam bertindak
- d. Mendengar dengan sabar dan aktif keluhan pasien
- e. Penampilan yang rapi dan bangga akan penampilan
- f. Terangkan apa yang anda lakukan
- g. Jangan lupa mengucapkan terima kasih
- h. Perlakukan teman sekerja seperti pelanggan
- i. Mengingat nama pasien

C. Latihan

Jawablah soal dibawah ini dengan penjelasan yang sederhana tapi lengkap.

1. Jelaskan defenisi pelayanan prima
2. Jelaskan tujuan pelayanan prima

D. Rujukan

1. Poeng P. Poerwanto (2000), reformation: The Renewal of Thinking Pattern, Jakarta, ADB
2. Soedarmono Soejitno (2001), Akselerasi Reformasi Kesehatan, Jakarta.
3. Yayasan Hayati Djatmiko (2002), Perilaku Organisasi. Alfabeta-Bandung
4. Pohan,I.S.2007. *Jaminan mutu layanan kesehatan: Dasar-dasar pengertian dan penerapan*. EGC
5. Retnaningsih, Ekowati (2013). Akses Layanan Kesehatan, Jakarta : Raja Grafindo Persada
6. Satrianegara, Fais. (2014). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Teori dan Aplikasi dalam Pelayanan Puskesmas dan Rumah Sakit*, Jakarta: Penerbit Salemba Medika
7. WHO. 2002. *Implementasi Sistem pengembangan Manajemen Kinerja Klinik untuk Perawat dan Bidan di Rumah Sakit dan Puskesmas*. WHOSEA-Nurs-429, Mei. 2002

E. Bacaan Yang Dianjurkan

Bacalah buku buku yang berkaitan dengan Standar pelayanan Minimal dan standar pelayanan kebidanan

BAB XII

PELAYANAN PRIMA DALAM PELAYANAN KESEHATAN

A. PENDAHULUAN

1. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah mempelajari BAB IV diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan Pelayanan prima dalam pelayanan kesehatan

2. Entry Behaviour

Mengkaji dan memahami Pelayanan prima dalam pelayanan kesehatan

3. Keterkaitan dengan Materi lain

Memahami BAB IV akan memudahkan mahasiswa mempelajari Pelayanan prima dalam pelayanan kesehatan

4. Pentingnya Mempelajari Isi BAB IV

Memahami bagaimana dalam menerapkan Pelayanan prima dalam pelayanan kesehatan

5. Petujuk Mempelajari Isi BAB

- a. Bacalah tujuan mempelajari isi BAB ini dan kemampuan yang harus dicapai
- b. Baca dan pahami setiap isi BAB
- c. Tanyakan pada dosen pengampu bila ada hal hal yang perlu diklarifikasi atau memerlukan pemahaman lebih lanjut
- d. Buatlah ringkasan tiap sub BAB agar melatih kemampuan memahami hal hal yang penting

6. Jawab dan isi pertanyaan yang telah disediakan

B. PENYAJIAN MATERI

1. Pengertian Pelayanan Prima

Pelayanan prima (Excellent Service) menurut pengertian “pelayanan” yang berarti “usaha melayani kebutuhan orang lain” atau dari pengertian “melayani” yang berarti “membantu menyiapkan (mengurus) apa yang diperlukan seseorang” (KBBI). Dengan prima atau excellent yang berarti bermutu tinggi dan memuaskan (melebihi harapan).

Jadi, secara sederhana, pelayanan prima (excellent service) adalah suatu pelayanan yang terbaik dalam memenuhi harapan dan kebutuhan pelanggan. Dengan kata lain, pelayanan prima merupakan suatu pelayanan yang memenuhi standar kualitas. Pelayanan yang memenuhi standar kualitas adalah suatu pelayanan yang sesuai dengan harapan dan kepuasan pasien/klien.

Terdapat beberapa definisi tentang kualitas pelayanan yang dikemukakan oleh para ahli. Dan dari sejumlah definisi tersebut terdapat beberapa kesamaan, yaitu:

- a. Kualitas merupakan usaha untuk memenuhi harapan pelanggan
- b. Kualitas merupakan kondisi mutu yang setiap saat mengalami perubahan
- c. Kualitas itu mencakup proses, produk, barang, jasa, manusia, dan lingkungan
- d. Kualitas merupakan suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses, dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan.

2. Tujuan dan Manfaat Pelayanan Prima

Tujuan pelayanan prima adalah memberikan pelayanan yang dapat memenuhi dan memuaskan pasien/klien serta memberikan fokus pelayanan kepada Pasien /klien. Pelayanan prima akan bermanfaat bagi upaya peningkatan kualitas pelayanan kepada masyarakat sebagai

pasien/klien dan sebagai acuan pengembangan penyusunan standar pelayanan yang bermutu.

3. Prinsip Pelayanan Prima

Pelayanan prima bidang kesehatan, dikembangkan berdasarkan prinsip 3A. Pertama, kita harus menyajikan Attitude (sikap) yang benar. Kedua, kita harus saling memberikan Attention (perhatian) yg tidak terbagi. Ketiga, semua pelanggan senantiasa mencari action (tindakan).

a. Pelayanan prima berdasarkan konsep attitude (sikap) meliputi tiga prinsip berikut:

- 1) Melayani pelanggan berdasarkan penampilan yang sopan dan serasi.
- 2) Melayani pelanggan dengan berfikir positif sehat dan logis .
- 3) Melayani pelanggan dengan sikap selalu menghargai

b. Pelayanan prima berdasarkan attention (perhatian) meliputi tiga prinsip :

- 1) Mendengar dan memahami secara sungguh-sungguh kebutuhan para pelanggan.
- 2) Mengamati dan menghargai kepada para pelanggannya.
- 3) Mencerahkan perhatian penuh kepada para pelanggan.

c. Pelayanan prima berdasarkan action (tindakan) meliputi lima prinsip :

- 1) Mencatat setiap pesan para pelanggan.
- 2) Mencatat kebutuhan pelayanan
- 3) Menegaskan kembali kebutuhan pelayanan
- 4) Mewujudkan kebutuhan pelanggan
- 5) Menyatakan terima kasih dengan harapan pelanggan masih mau kembali setia untuk memanfaatkan pelayanan.

4. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pelayanan Kesehatan

Menurut Burhanuddin Gamrin, SKM dan M. Joeharno, SKM, faktor-faktor yang mempengaruhi pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

a. Jumlah Petugas

Jumlah petugas merupakan salah satu aspek yang menunjang pelayanan kepada pasien di rumah sakit. Keadaan petugas yang kurang menyebabkan penyelenggaraan pelayanan dilaksanakan tidak maksimal dan kurang memenuhi kepuasan pasien atas pelayanan yang diberikan. Selain itu, petugas sendiri akan mengalami kewalahan dalam menjalankan tugasnya yang pada nantinya akan menurunkan tingkat kemampuan kerja yang diberikan petugas kepada pasien di rumah sakit.

b. Ketanggapan petugas

Ketanggapan petugas berhubungan dengan aspek kesigapan dari petugas dalam memenuhi kebutuhan pasien akan pelayanan yang diinginkan. Tingkat kesigapan dari petugass kesehatan dalam memberikan pelayanan merupakan salahs atu aspek yang mempengaruhi penilaian pasien atas mutu pelayanan yang diselenggarakan.

c. Kehandalan petugas

Kehandalan berhubungan dengan tingkat kemampuan dan keterampilan yang dimiliki petugas dalam menyelenggarakan dan memberikan pelayanan kepada pasien di rumah sakit. Tingkat kemampuan dan keterampilan yang kurang dari tenaga kesehatan tentunya akan memberikan pelayanan yang kurang memenuhi kepuasan pasien sebagai standar penilaian terhadap mutu pelayanan.

d. Ketersediaan dan kelengkapan fasilitas

Fasilitas merupakan sarana bantu bagi instansi dan tenaga kesehatan dalam menyelenggarakan pelayanan kepada pasien di

rumah sakit. Keadaan fasilitas yang memadai akan membantu terhadap penyelenggaraan pelayanan kepada pasien.

5. Dampak Pelayanan Kesehatan yang Buruk

Pelayanan kesehatan yang buruk memberikan banyak dampak negatif. Seperti merugikan pasien dan keluarga pasien. Selain merugikan pasien dan keluarganya, pelayanan yang buruk juga mengakibatkan image rumah sakit yang buruk, sehingga masyarakat yang sakit lebih memilih rumah sakit lain yang kualitas pelayanannya tinggi. Hal ini mengakibatkan rumah sakit akan kehilangan pasien. Sehingga mempengaruhi tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit tersebut.

Logikanya jika pasien di suatu rumah sakit berkurang otomatis tenaga kesehatan yang di butuhkan juga berkurang. Tidak hanya pengurangan lapangan kerja bagi tenaga kesehatan, pelayanan yang tidak baik akan mempengaruhi lapangan kerja bagi pekerjaan lain seperti satpam, tukang parkir dan sebagainya. Selain itu rumah sakit dapat di tuntutan jika pelayanan yang diberikan tidak memenuhi standar pelayanan minimum.

6. Upaya Memperbaiki Pelayanan Kesehatan

Menurut Fahriadi, SKM, M.KM ada beberapa hal yang harus kita tanamkan dalam pikiran kita agar bisa memberikan pelayanan yang prima. Yaitu tentang pentingnya pasien bagi para tenaga kesehatan. Hal tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Pelanggan (pasien) adalah tamu kita yang terpenting di tempat kerja, dia tidak tergantung kepada kita, tapi kitalah yang tergantung kepada mereka.
- b. Kita tidak memberikan pertolongan dengan melayaninya, Dialah yang memberikan pertolongan dengan memberi kesempatan bekerja pada kita yaitu dengan melayani kepentingannya.

- c. Keluhan pasien adalah suatu pemberian hadiah yang harus diterima dengan tulus (Complaint is a give).
- d. Lakukanlah apa yang dapat anda lakukan dengan apa yang anda miliki ditempat anda berada.

Upaya yang bisa di lakukan oleh pihak rumah sakit adalah membentuk tim untuk menyelidiki bagaimana pelayanan kesehatan di rumah sakit tersebut. Lalu mengevaluasinya dan memberikan tindak lanjut.

7. Contoh Tindakan Nyata Pelayanan Prima Di Rumah Sakit

- a. Menyapa dan memberi salam kepada pasien
- b. Ramah dan senyum manis kepada pasien
- c. Cepat dan tepat waktu dalam bertindak
- d. Mendengar dengan sabar dan aktif keluhan pasien
- e. Penampilan yang rapi dan bangga akan penampilan
- f. Terangkan apa yang anda lakukan
- g. Jangan lupa mengucapkan terima kasih
- h. Perlakukan teman sekerja seperti pelanggan
- i. Mengingat nama pasien

C. Latihan

Jawablah soal dibawah ini dengan penjelasan yang sederhana tapi lengkap.

1. Jelaskan pengertian pelayanan prima
2. Sebutkan contoh Tindakan nyata pelayanan prima yang dapat bidan berikan

D. Rujukan

1. Poeng P. Poerwanto (2000), reformation: The Renewal of Thinking Pattern, Jakarta, ADB
2. Soedarmono Soejitno (2001), Akselerasi Reformasi Kesehatan, Jakarta.
3. Yayat Hayati Djatmiko (2002), Perilaku Organisasi. Alfabeta-Bandung

4. Pohan,I.S.2007. *Jaminan mutu layanan kesehatan: Dasar-dasar pengertian dan penerapan*. EGC
5. Retnaningsih, Ekowati (2013). *Akses Layanan Kesehatan*, Jakarta : Raja Grafindo Persada
6. Satrianegara, Fais. (2014). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Teori dan Aplikasi dalam Pelayanan Puskesmas dan Rumah Sakit*, Jakarta: Penerbit Salemba Medika
7. WHO. 2002. *Implementasi Sistem pengembangan Manajemen Kinerja Klinik untuk Perawat dan Bidan di Rumah Sakit dan Puskesmas*. WHOSEA-Nurs-429, Mei. 2002

E. Bacaan Yang Dianjurkan

Bacalah buku buku yang berkaitan dengan Standar pelayanan Minimal dan standar pelayanan kebidanan

BAB XIII
PELAYANAN PRIMA DALAM PELAYANAN KESEHATAN

A. PENDAHULUAN

1. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah mempelajari BAB IV diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan Pelayanan prima dalam pelayanan kesehatan

2. Entry Behaviour

Mengkaji dan memahami Pelayanan prima dalam pelayanan kesehatan

3. Keterkaitan dengan Materi lain

Memahami BAB IV akan memudahkan mahasiswa mempelajari Pelayanan prima dalam pelayanan kesehatan

4. Pentingnya Mempelajari Isi BAB IV

Memahami bagaimana dalam menerapkan Pelayanan prima dalam pelayanan kesehatan

5. Petujuk Mempelajari Isi BAB

- a. Bacalah tujuan mempelajari isi BAB ini dan kemampuan yang harus dicapai
- b. Baca dan pahami setiap isi BAB
- c. Tanyakan pada dosen pengampu bila ada hal hal yang perlu diklarifikasi atau memerlukan pemahaman lebih lanjut
- d. Buatlah ringkasan tiap sub BAB agar melatih kemampuan memahami hal hal yang penting

6. Jawab dan isi pertanyaan yang telah disediakan

B. PENYAJIAN MATERI

1. Karakteristik Pelayanan Prima

adapun karakteristik kualitas yang dimiliki pelayanan prima diantaranya sebagai berikut ini:

a. Penampilan

Penampilan sangat diperlukan untuk melakukan pelayanan prima kepada para pelanggan, karena dengan penampilan yang baik dapat meyakinkan pelanggan saat memberikan pelayanan. Misalnya sebagai resepsionis maka harus memiliki tutur kata yang baik, berpenampilan yang menarik, memiliki tubuh yang proporsional, dan lain-lain.

b. Kesopanan Dan Ramah

Pegawai yang melayani masyarakat atau pelanggan maka memerlukan sikap sopan-santun, sabar, dan tidak egois karena masyarakat pengguna jasa pelayanan berasal dari berbagai kalangan baik dari perbedaan tingkat ekonomi maupun tingkat status sosial.

c. Kesiapan Melayani

Pegawai harus profesional atau harus benar-benar dalam melayani pelanggannya, sebagaimana tugasnya yang harus siap selalu melayani pelanggan yang memang memerlukannya.

d. Pengetahuan Dan Keahlian

Supaya dapat melayani dengan baik, maka pegawai harus memiliki pengetahuan dan keahlian dalam bidang yang dikerjakannya. Misalnya petugas pelayanan yang memiliki tingkat pendidikan atau pelatihan tertentu maka jabatannya-pun harus yang sesuai dengan keahliannya.

e. Tepat Waktu Dan Janji

Dalam pelayanan maka pegawai dalam melakukan tugasnya jika membuat janji dengan pelanggan harus di perhitungan terlebih dahulu, apakah waktu dan janji tersebut bisa di tepati,

misalnya mengadakan pertemuan dengan pelanggan dalam waktu kurang waktu 3 hari maka harus dapat terpenuhi.

f. Kejujuran Dan Kepercayaan

Dalam melakukan pelayanan harus memiliki aspek kejujuran dalam segala hal, baik itu jujur dalam bentuk aturan, jujur dalam bentuk pembiayaan dan jujur dalam menyelesaikan pekerjaan tepat pada waktunya. Jika bersikap jujur maka petugas pelayanan dapat di percaya dari berbagai aspek misalnya dari segi perkataannya, sikapnya, dalam melakukan bekerja, dan lain-lain.

g. Efesien

Pelayanan kepada masyarakat atau pelanggan harus efisien dan efektif, karena pelanggan menuntut hal-hal tersebut. Sehingga dapat menghasilkan biaya murah, waktu singkat dan tepat, serta hasil dari pelayanan yang berkualitas. Oleh karena itu efisien dan efektif merupakan hal yang harus di wujudkan dan harus menjadi perhatian serius dalam melakukan pelayanan.

h. Kepastian Hukum

Jika hasil dari pelayanan yang dilakukan kepada pelanggan berupa suatu keputusan, maka harus memiliki kepastian hukum. Jika tidak memiliki kepastian hukum yang jelas maka akan berpengaruh kepada sikap masyarakat, misalnya dalam pelayanan mengurus surat-surat berharga jika ditemukan ketidakpastian hukum maka akan berpengaruh kepada kredibilitas perusahaan atau pelayanan tersebut.

i. Keterbukaan

Setiap urusan atau kegiatan yang memperlakukan ijin, maka keterbukaan perlu di lakukan. Sikap keterbukaan itu akan berpengaruh pada kejelasan informasi kepada masyarakat atau pelanggan.

j. Biaya

Dalam pelayanan maka perlunya penentuan pembiayaan yang wajar. Oleh karena itu biaya harus disesuaikan dengan daya beli masyarakat, harus transparan, dan sesuai peraturan

2. Peraturan dalam Pelayanan Prima dalam Pelayanan Kesehatan

Dalam instruksi Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.828/MENKES/VII/1999 tentang Pelaksanaan Pelayanan Prima Bidang Kesehatan, dijelaskan bahwa: Berdasarkan aspek – aspek kesederhanaan, kejelasan, kepribadian, keamanan, efisiensi, ekonomis, keadilan, ketepatan waktu, kebersihan, kinerja dan juga sikap perilaku, maka pelaksanaan pelayanan prima bidang kesehatan perlu memperhatikan hal–hal sebagai berikut :

- a. Mengupayakan paparan yang jelas melalui papan informasi atau petunjuk yang mudah dipahami dan diperoleh pada setiap tempat / lokasi pelayanan sesuai dengan kepentingannya menyangkut prosedur / tata cara pelayanan, pendaftaran, pengambilan sample atau hasil pemeriksaan, biaya / tarif pelayanan serta jadwal / waktu pelayanan.
- b. Setiap aturan tentang prosedur / tata cara / petunjuk seperti yang tersebut diatas harus dilaksanakan secara tepat, konsisten, konsekuen sesuai dengan peraturan perundang – undangan yang berlaku.
- c. Hak dan kewajiban pemberi atau penerima pelayanan diatur secara jelas setiap persyaratan yang diwajibkan dalam rangka menerima pelayanan harus mudah diperoleh dan berkaitan langsung dengan kepentingan pelayanan serta tidak menambah beban masyarakat penerima pelayanan.
- d. Tersedia loket informasi dan kotak saran bagi penerima pelayanan yang mudah dilihat / dijumpai pada setiap tempat pelayanan. Saran yang masuk harus selalu dipantau dan dievaluasi, bila perlu diberi tanggapan atau tindak lanjut dalam rangka upaya perbaikan dan peningkatan mutu pelayanan.

- e. Penanganan proses pelayanan sedapat mungkin dilakukan oleh petugas yang berwenang atau kompeten, mampu terampil dan professional sesuai spesifikasi tugasnya. Setiap pelaksanaan pemberian pelayanan dan hasilnya harus dapat menjamin perlindungan hukum dan dapat dijadikan alat bukti yang sah.
- f. Selalu diupayakan untuk menciptakan pola pelayanan yang tepat sesuai dengan sifat dan jenis pelayanan yang bersangkutan dengan mempertimbangkan efisiensi dan efektivitas dalam pelaksanaannya.
- g. Biaya atau tarif pelayanan harus ditetapkan secara wajar dengan memperhitungkan kemampuan masyarakat. Hendaknya diupayakan untuk mengatur mekanisme pungutan biaya yang memudahkan pembayarannya dan tidak menimbulkan biaya tinggi. Pengendalian dan pengawasan pelaksanaannya harus dilaksanakan dengan cermat, sehingga tidak terdapat titipan pungutan oleh instansi lain.
- h. Pemberian pelayanan dilakukan secara tertib, teratur dan adil, tidak membedakan status social masyarakat. Cakupan / jangkauan pelayanan diupayakan seluas mungkin dengan distribusi yang merata.
- i. Kebersihan dan sanitasi lingkungan tempat dan fasilitas pelayanan harus selalu dijamin melalui pelaksanaan pembersihan secara rutin dan penyediaan fasilitas pembuangan sampah / kotoran secukupnya sesuai dengan kepentingannya.
- j. Selalu diupayakan agar petugas memberikan pelayanan dengan sikap ramah dan sopan serta berupaya meningkatkan kinerja pelayanan secara optimal dengan kemampuan pelayanan yang tersedia dalam jumlah dan jenis yang cukup.

C. Latihan

Jawablah soal dibawah ini dengan penjelasan yang sederhana tapi lengkap.

1. Jelaskan apa saja karakteristik pelayanan prima
2. Jelaskan Landasan Hukum Pelayanan Prima dalam Kesehatan

D. Rujukan

1. Poeng P. Poerwanto (2000), *reformation: The Renewal of Thinking Pattern*, Jakarta, ADB
2. Soedarmono Soejitno (2001), *Akselerasi Reformasi Kesehatan*, Jakarta.
3. Yayasan Hayati Djatmiko (2002), *Perilaku Organisasi*. Alfabeta-Bandung
4. Pohan, I.S. 2007. *Jaminan mutu layanan kesehatan: Dasar-dasar pengertian dan penerapan*. EGC
5. Retnaningsih, Ekowati (2013). *Akses Layanan Kesehatan*, Jakarta : Raja Grafindo Persada
6. Satrianegara, Fais. (2014). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Teori dan Aplikasi dalam Pelayanan Puskesmas dan Rumah Sakit*, Jakarta: Penerbit Salemba Medika
7. WHO. 2002. *Implementasi Sistem pengembangan Manajemen Kinerja Klinik untuk Perawat dan Bidan di Rumah Sakit dan Puskesmas*. WHOSEA-Nurs-429, Mei. 2002

E. Bacaan Yang Dianjurkan

Bacalah buku buku yang berkaitan dengan Standar pelayanan Minimal dan standar pelayanan kebidanan

BAB XIV
PERAN BIDAN DALAM PEMBERIAN PELAYANAN KEBIDANAN
UNTUK MENUNJANG PELAKSANAAN PROGRAM UNIVERSAL
COVERAGE DI PUSKESMAS

A. PENDAHULUAN

1. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah mempelajari BAB IV diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan peran bidan dalam pemberian pelayanan kebidanan untuk menunjang pelaksanaan program universal coverage di puskesmas

2. Entry Behaviour

Mengkaji dan memahami peran bidan dalam pemberian pelayanan kebidanan untuk menunjang pelaksanaan program universal coverage di puskesmas

3. Keterkaitan dengan Materi lain

Memahami BAB IV akan memudahkan mahasiswa mempelajari peran bidan dalam pemberian pelayanan kebidanan untuk menunjang pelaksanaan program universal coverage di puskesmas

4. Pentingnya Mempelajari Isi BAB IV

Memahami bagaimana dalam menerapkan peran bidan dalam pemberian pelayanan kebidanan untuk menunjang pelaksanaan program universal coverage di puskesmas

5. Petunjuk Mempelajari Isi BAB

- a. Bacalah tujuan mempelajari isi BAB ini dan kemampuan yang harus dicapai
- b. Baca dan pahami setiap isi BAB
- c. Tanyakan pada dosen pengampu bila ada hal hal yang perlu diklarifikasi atau memerlukan pemahaman lebih lanjut
- d. Buatlah ringkasan tiap sub BAB agar melatih kemampuan memahami hal hal yang penting

6. Jawab dan isi pertanyaan yang telah disediakan

B. PENYAJIAN MATERI

1. Pengantar

Kesehatan merupakan hak asasi setiap orang. Kesehatan merupakan komponen penting dalam kesejahteraan, maka negara harus menjamin agar penduduknya dapat hidup sehat dan produktif. Penyelenggaraan jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar (UUD) Tahun 1945 dan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Pemerintah membentuk Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Program Universal Coverage adalah suatu program perlindungan sosial dibidang kesehatan untuk menjamin masyarakat Kota Manado yang belum memiliki jaminan kesehatan. Agar dapat berjalan dengan baik program Universal Coverage harus didukung oleh berbagai faktor. Salah satu faktor yang sangat penting yaitu peran tenaga medis dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Tenaga medis adalah setiap orang yang mengabdikan diri dibidang kesehatan, memiliki pengetahuan dan atau keterampilan.

Melalui pendidikan dibidang kesehatan yang memerlukan kewenangan dalam menjalankan pelayanan kesehatan (UU Nomor 36 tahun 2014). Para tenaga medis memiliki beberapa tugas penting untuk melayani masyarakat yang pertama adalah pelayanan promotif yaitu promosi kesehatan dimana para tenaga medis membantu masyarakat agar gaya hidup mereka menjadi sehat optimal namun dalam kenyataannya jarang sekali dilakukan promosi kesehatan dilihat dari gaya hidup serta lingkungan hidup masyarakat yang belum menunjukkan kepedulian masyarakat tentang pentingnya kesehatan. Yang kedua yaitu pelayanan kesehatan preventif berupa kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit namun dalam kenyataannya, pencegahan malah dilakukan setelah terjadi masalah kesehatan yang menimbulkan korban terlebih dahulu.

Yang ketiga yaitu pelayanan kesehatan kuratif adalah kegiatan pengobatan untuk mengurangi rasa sakit dan juga berupa upaya untuk menyembuhkan penyakit agar penderita merasa lebih baik, namun kenyataannya para pasien yang datang untuk berobat tidak langsung dilayani karena ketidak lengkapan administrasi ataupun karena tidak memiliki biaya. Selanjutnya yaitu peran tenaga medis untuk memberikan pelayanan kesehatan rehabilitatif. Pelayanan rehabilitatif adalah kegiatan pelayanan kesehatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi sebagaimana mestinya yang sering kali diabaikan oleh para tenaga medis dimana para tenaga medis sudah tidak memikirkan bagaimana pasiennya akan menyesuaikan kembali dengan keadaan kehidupan normalnya.

Dewasa ini masyarakat yang merupakan peserta Jamkesta sering kali mengeluh tentang pelayanan yang diberikan oleh tenaga medis dalam memberikan pelayanan bagi mereka. Keluhan yang sering terdengar dari masyarakat yang berhubungan dengan tenaga medis seperti penolakan pasien Jamkesta, perilaku tenaga medis yang kadang kala kurang bersahabat, kinerja tenaga medis dalam memberikan pelayanan dalam hal ini ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan, kuantitas dan kualitas pelayanan yang masih belum maksimal. Tak jarang juga terdengar keluhan tentang pengurusan administrasi yang berbelit belit serta antrean yang cukup panjang bagi para peserta Jamkesta bahkan sering terjadi peserta Jamkesta masih dikenakan biaya untuk mendapatkan obat atau darah.

2. Peran Bidan

Peran adalah perilaku individu yang diharapkan sesuai dengan posisi yang dimiliki. Peran yaitu suatu pola tingkah laku, kepercayaan, nilai dan sikap yang diharapkan dapat menggambarkan perilaku yang seharusnya diperlihatkan oleh individu pemegang peran tersebut dalam situasi yang umumnya terjadi (Sarwono,2010).

Peran merupakan suatu kegiatan yang bermanfaat untuk mempelajari interaksi antara individu sebagai pelaku (actors) yang

menjalankan berbagai macam peranandi dalam hidupnya, seperti dokter, perawat bidan dan petugas kesehatan lainnya yang mempunyai kewajiban untuk menjalankan tugas atau kegiatan yang sesuai dengan peranannya masing-masing (Muzaham, 2007).

Bidan adalah seorang yang telah mengikuti dan menyelesaikan pendidikanbidan yang telah diakui pemerintah dan lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang telah berlaku, dicatat (registrasi), diberi izin secara sah untuk menjalankan praktek(Sari dan Rury, 2012). Bidan mempunyai tugas penting dalam konsultasi dan pendidikan kesehatan baik bagi wanita sebagai pusat keluarga maupun masyarakatumumnya, tugas ini meliputi antenatal, intranatal,postnatal, asuhan bayi baru lahir,persiapan menjadi orang tua, gangguan kehamilan dan reproduksi serta keluarga berencana. Bidan juga dapat melakukan praktek kebidanan pada Puskesmas, Rumahsakit, klinik bersalin dan unit-unit kesehatan lainnya di masyarakat (Nazriah, 2009).

Tenaga kesehatan berdasarkan Undang-undang Republik Indonesia TentangKesehatan No 36 tahun 2014 merupakan setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan keterampilan melalui pendidikan dibidang kesehatan untuk jenis tertentu yang memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan. Tenaga kesehatan juga memiliki peranan penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agarmasyarakat mampu meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehatsehingga mampu mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangaunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. tenaga kesehatan memiliki beberapa petugas yang dalam kerjanya salingbarkaitan yaitu dokter, dokter gigi, perawat, bidan dan tenaga kesehatan medislainnya (Miles & Huberman, 2016).

Macam-macam peran bidan Peran bidan sebagai petugas kesehatan yaitu sebagai komunikator, motivator,fasilitator, dan konselor bagi

masyarakat (Potter dan Perry, 2007). Macam-macam peran tersebut yaitu:

a. Komunikator

Komunikator adalah orang yang memberikan informasi kepada orang yang menerimanya. Komunikator merupakan orang ataupun kelompok yang menyampaikan pesan atau stimulus kepada orang atau pihak lain dan diharapkan pihak lain yang menerima pesan (komunikasi) tersebut memberikan respon terhadap pesan yang diberikan (Putri, 2016). Proses dari interaksi komunikator ke komunikasi disebut juga dengan komunikasi.

Selama proses komunikasi, tenaga kesehatan secara fisik dan psikologis harus hadir secara utuh, karena tidak cukup hanya dengan mengetahui teknik komunikasi dan isi komunikasi saja tetapi juga penting untuk mengetahui sikap, perhatian, dan penampilan dalam berkomunikasi. Seorang komunikator, tenaga kesehatan seharusnya memberikan informasi secara jelas kepada pasien, pemberian informasi sangat diperlukan karena komunikasi bermanfaat untuk memperbaiki kurangnya pengetahuan dan sikap masyarakat yang salah terhadap kesehatan dan penyakit. Komunikasi dikatakan efektif jika dari tenaga kesehatan mampu memberikan informasi secara jelas kepada pasien, sehingga dalam penanganan selama kehamilan diharapkan tenaga kesehatan bersikap ramah, dan sopan pada setiap kunjungan ibu hamil (Notoatmodjo, 2007).

Tenaga kesehatan juga harus mengevaluasi pemahaman ibu tentang informasi yang diberikan dan juga memberikan pesan kepada ibu hamil apabila terjadi efek samping yang tidak bisa ditanggung lagi sendiri segera datang kembali dan komunikasi ke tenaga Kesehatan (Mandriwati, 2008).

b. Sebagai motivator

Motivator adalah orang yang memberikan motivasi kepada orang lain. Sementara motivasi diartikan sebagai dorongan untuk

bertindak agar mencapai suatu tujuan tertentu dan hasil dari dorongan tersebut diwujudkan dalam bentuk perilaku yang dilakukan (Notoatmodjo, 2007). Menurut Saifuddin (2008) motivasi adalah kemampuan seseorang untuk melakukan sesuatu, sedangkan motif adalah kebutuhan, keinginan, dan dorongan untuk melakukan sesuatu.

Peran tenaga kesehatan sebagai motivasi tidak kalah penting dari peran lainnya. Seorang tenaga kesehatan harus mampu memberikan motivasi, arahan, dan bimbingan dalam meningkatkan kesadaran pihak yang dimotivasi agar tumbuh ke arah pencapaian tujuan yang diinginkan (Mubarak, 2012). Tenaga kesehatan dalam melakukan tugasnya sebagai motivator memiliki ciri-ciri yang perlu diketahui, yaitu melakukan pendampingan, menyadarkan, dan mendorong kelompok untuk mengenali masalah yang dihadapi, dan dapat mengembangkan potensinya untuk memecahkan masalah tersebut (Novita, 2011).

Tenaga kesehatan sudah seharusnya memberikan dorongan kepada ibu hamil untuk patuh dalam melakukan pemeriksaan kehamilan dan menanyakan apakah ibu sudah memahami isi dari buku KIA. Tenaga kesehatan juga harus mendengarkan keluhan yang disampaikan ibu hamil dengan penuh minat, dan yang perlu diingat adalah semua ibu hamil memerlukan dukungan moral selama kehamilannya sehingga dorongan juga sangat diperlukan dalam rangka meningkatkan tumbuhnya motivasi (Notoatmodjo, 2007).

c. Sebagai Fasilitator

Fasilitator adalah orang atau badan yang memberikan kemudahan dalam menyediakan fasilitas bagi orang lain yang membutuhkan. Tenaga Kesehatan dilengkapi dengan buku KIA dengan tujuan agar mampu memberikan penyuluhan mengenai kesehatan ibu dan anak (Putri, 2016).

Tenaga kesehatan juga harus membantu klien untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal agar sesuai dengan tujuan yang diharapkan. Peran sebagai fasilitator dalam pemanfaatan buku KIA kepada ibu hamil juga harus dimiliki oleh setiap tenaga kesehatan pada setiap kunjungan ke pusat kesehatan.

Fasilitator harus terampil mengintegritaskan tiga hal penting yakni optimalisasi fasilitas, waktu yang disediakan, dan optimalisasi partisipasi, sehingga pada saat menjelang batas waktu yang sudah ditetapkan ibu hamil harus diberi kesempatan agar siap melanjutkan cara menjaga kesehatan kehamilan secara mandiri dengan keluarga (Novita, 2011). Tenaga kesehatan harus mampu menjadi seorang pendamping dalam suatu forum dan memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya mengenai penjelasan yang kurang dimengerti.

Menjadi seorang fasilitator tidak hanya di waktu pertemuan atau proses penyuluhan saja, tetapi seorang tenaga kesehatan juga harus mampu menjadi seorang fasilitator secara khusus, seperti menyediakan waktu dan tempat ketika pasien ingin bertanya secara lebih mendalam dan tertutup (Simatupang, 2008).

d. Sebagai konselor

Konselor adalah orang yang memberikan bantuan kepada orang lain dalam membuat keputusan atau memecahkan suatu masalah melalui pemahaman terhadap fakta-fakta, harapan, kebutuhan dan perasaan-perasaan klien (Depkes RI, 2008). Proses dari pemberian bantuan tersebut disebut juga konseling.

Tujuan umum dari pelaksanaan konseling adalah membantu ibu hamil agar mencapai perkembangan yang optimal dalam menentukan batasan-batasan potensi yang dimiliki, sedangkan secara khusus konseling bertujuan untuk mengarahkan perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat, membimbing ibu hamil belajar

membuat keputusan dan membimbing ibu hamil mencegah timbulnya masalah selama proses kehamilan (Simatupang, 2008).

Konselor yang baik harus memiliki sifat peduli dan mau mengajarkan melalui pengalaman, mampu menerima orang lain, mau mendengarkan dengan sabar, optimis, terbuka terhadap pandangan interaksi yang berbeda, tidak menghakimi, dan menyimpan rahasia, mendorong pengambilan keputusan, memberikan dukungan, membentuk dukungan atas dasar kepercayaan, mampu berkomunikasi, mengerti perasaan dan kekhawatiran klien, serta mengerti keterbatasan yang dimiliki oleh klien (Simatupang, 2008).

Konseling yang dilakukan antara tenaga kesehatan dan ibu hamil memiliki beberapa unsur. Proses dari konseling terdiri dari empat unsur kegiatan yaitu pembinaan hubungan baik antara tenaga kesehatan dengan ibu hamil, penggalian informasi (identifikasi masalah, kebutuhan, perasaan, kekuatan diri, dan sebagainya) dan pemberian informasi mengenai kesehatan ibu dan anak, pengambilan keputusan mengenai perencanaan persalinan, pemecahan masalah yang mungkin nantinya akan dialami, serta perencanaan dalam menindak lanjuti pertemuan yang telah dilakukan sebelumnya (Depkes RI, 2008)

3. UHC, menurut WHO, adalah menjamin semua orang mempunyai akses kepada layanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dibutuhkan, dengan mutu yang memadai sehingga efektif, disamping menjamin pula bahwa layanan tersebut tidak menimbulkan kesulitan finansial penggunanya. Lebih lanjut WHO juga mengingatkan bahwa:
 - a. UHC bukan jaminan kesehatan tak terbatas atau pengobatan gratis.
 - b. UHC bukan semata tentang pembiayaan kesehatan, namun mencakup pengelolaan semua komponen sistem kesehatan.

- c. UHC bukan hanya terbatas pada pembiayaan layanan kesehatan dasar minimal, namun harus meningkatkan cakupan pada saat sumber daya sudah makin baik.
- d. UHC bukan hanya mencakup kesehatan perorangan, namun mengupayakan kesehatan masyarakat termasuk promosi kesehatan, penyediaan air bersih, pengendalian nyamuk, dsb.
- e. UHC bukan hanya mengenai peningkatan kesehatan, namun juga langkah menuju ekuiti, prioritas pembangunan, serta inklusi dan kohesi sosial. (CID)



Bidan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dapat berpartisipasi pada program jaminan sosial. Jaminan sosial ini diselenggarakan oleh Pemerintah secara Nasional, sehingga dikenal dengan adanya Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (SJSN), memiliki tujuan guna mewujudkan hak masyarakat Indonesia atas jaminan sosial untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup layak dan meningkatkan martabatnya menuju masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil dan makmur. Jenis program jaminan sosial meliputi: jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun dan jaminan kematian (Ilyah Sursilah,2014), Pelayanan

persalinan dan penjaminan bayi baru lahir merupakan lingkup pelayanan asuhan kebidanan. Adapun yang dimaksud dengan pelayanan asuhan kebidanan adalah upaya pemberian pelayanan kesehatan yang memiliki cakupan pelayanan pemeriksaan kehamilan, persalinan, pasca persalinan (nifas), penanganan perdarahan pasca keguguran, pelayanan KB pasca salin dan komplikasi yang terkait dengan kehamilan, persalinan, nifas, KB pasca salin dan perawatan Bayi Baru Lahir (BBL) yang dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang berdasarkan rujukan.

C. Latihan

Jawablah soal dibawah ini dengan penjelasan yang sederhana tapi lengkap.

1. Cari Jurnal Mengenai peran bidan dalam pemberian pelayanan kebidanan untuk menunjang pelaksanaan program universal coverage di puskesmas
2. Bahas secara Bersama-sama peran bidan dalam pemberian pelayanan kebidanan untuk menunjang pelaksanaan program universal coverage di puskesmas

D. Rujukan

1. Poeng P. Poerwanto (2000), reformation: The Renewal of Thinking Pattern, Jakarta, ADB
2. Soedarmono Soejitno (2001), Akselerasi Reformasi Kesehatan, Jakarta.
3. Yayat Hayati Djatmiko (2002), Perilaku Organisasi. Alfabeta-Bandung
4. Pohan, I.S. 2007. *Jaminan mutu layanan kesehatan: Dasar-dasar pengertian dan penerapan*. EGC
5. Retnaningsih, Ekowati (2013). Akses Layanan Kesehatan, Jakarta : Raja Grafindo Persada
6. Satrianegara, Fais. (2014). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Teori dan Aplikasi dalam Pelayanan Puskesmas dan Rumah Sakit*, Jakarta: Penerbit Salemba Medika

7. WHO. 2002. *Implementasi Sistem pengembangan Manajemen Kinerja Klinik untuk Perawat dan Bidan di Rumah Sakit dan Puskesmas*. WHOSEA-Nurs-429, Mei. 2002

E. Bacaan Yang Dianjurkan

Bacalah buku buku yang berkaitan dengan peran bidan dalam pemberian pelayanan kebidanan untuk menunjang pelaksanaan program universal coverage di puskesmas

BAB XV

KEDUDUKAN DAN PERANAN PELAYANAN KEBIDANAN DALAM SYSTEM PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA

A. PENDAHULUAN

1. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah mempelajari BAB IV diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan Kedudukan dan peranan Pelayanan kebidanan dalam system pelayanan kesehatan di Indonesia

2. Entry Behaviour

Mengkaji dan memahami Kedudukan dan peranan Pelayanan kebidanan dalam system pelayanan kesehatan di Indonesia

3. Keterkaitan dengan Materi lain

Memahami BAB IV akan memudahkan mahasiswa mempelajari Kedudukan dan peranan Pelayanan kebidanan dalam system pelayanan kesehatan di Indonesia

4. Pentingnya Mempelajari Isi BAB IV

Memahami bagaimana dalam menerapkan Kedudukan dan peranan Pelayanan kebidanan dalam system pelayanan kesehatan di Indonesia

5. Petunjuk Mempelajari Isi BAB

- a. Bacalah tujuan mempelajari isi BAB ini dan kemampuan yang harus dicapai
- b. Baca dan pahami setiap isi BAB
- c. Tanyakan pada dosen pengampu bila ada hal hal yang perlu diklarifikasi atau memerlukan pemahaman lebih lanjut
- d. Buatlah ringkasan tiap sub BAB agar melatih kemampuan memahami hal hal yang penting

6. Jawab dan isi pertanyaan yang telah disediakan

B. PENYAJIAN MATERI

Pelayanan kebidanan adalah [REDACTED] dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan oleh bidan yang teran ter daftar (teregister) yang dapat dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau rujukan. Sasaran pelayanan kebidanan adalah individu, keluarga, dan masyarakat yang meliputi upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan dan pemulihan.

Pelayanan kebidanan dapat dibedakan menjadi :

1. Layanan Primer ialah layanan bidan yang sepenuhnya menjadi tanggung jawab bidan.
2. Layanan Kolaborasi adalah layanan yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan atau sebagai salah satu dari sebuah proses kegiatan pelayanan kesehatan.
3. Layanan Rujukan adalah layanan yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem layanan yang lebih tinggi atau sebaliknya yaitu pelayanan yang dilakukan oleh bidan dalam menerima rujukan dari dukun yang menolong persalinan, juga layanan yang dilakukan oleh bidan ke tempat / fasilitas pelayanan kesehatan lain secara horizontal maupun vertikal atau meningkatkan keamanan dan kesejahteraan ibu serta bayinya.

C. Latihan

Jawablah soal dibawah ini dengan penjelasan yang sederhana tapi lengkap.

1. Cari Jurnal Mengenai Pelayanan Kebidanan
2. Diskusikan Mengenai Jurnal Tersebut

D. Rujukan

1. Poeng P. Poerwanto (2000), reformation: The Renewal of Thinking Pattern, Jakarta, ADB

2. Soedarmono Soejitno (2001), *Akselerasi Reformasi Kesehatan*, Jakarta.
3. Yayat Hayati Djatmiko (2002), *Perilaku Organisasi*. Alfabeta-Bandung
4. Pohan, I.S. 2007. *Jaminan mutu layanan kesehatan: Dasar-dasar pengertian dan penerapan*. EGC
5. Retnaningsih, Ekowati (2013). *Akses Layanan Kesehatan*, Jakarta : Raja Grafindo Persada
6. Satrianegara, Fais. (2014). *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan, Teori dan Aplikasi dalam Pelayanan Puskesmas dan Rumah Sakit*, Jakarta: Penerbit Salemba Medika
7. WHO. 2002. *Implementasi Sistem pengembangan Manajemen Kinerja Klinik untuk Perawat dan Bidan di Rumah Sakit dan Puskesmas*. WHOSEA-Nurs-429, Mei. 2002

E. Bacaan Yang Dianjurkan

Bacalah buku-buku yang berkaitan dengan Standar Pelayanan Minimal dan standar pelayanan kebidanan