

# KOMUNIKASI EFEKTIF TERKAIT ANAMNESA PELAYANAN KESEHATAN

## 1. Pengertian Komunikasi Efektif

Komunikasi kesehatan melibatkan dokter, pasien, dan keluarga adalah komunikasi yang tidak dapat dihindari dalam kegiatan kesehatan atau klinikal. Pasiendatang berobat menyampaikan keluhannya, didengar, dan ditanggapi oleh doktersebagai respon dari keluhan tersebut. Seorang pasien yang datang berobat memiliki harapan akan kesembuhan penyakitnya, sedangkan seorang dokter mempunyai kewajiban memberikan pengobatan sebaik mungkin (Arianto, 2012). Efektifitas komunikasi yang baik antara kedua belah pihak akan berdampak pada kesehatan yang lebih baik, kenyamanan, kepuasan pada pasien, dan penurunan resiko malpraktik, serta perselisihan atau sengketa yang terjadi antara dokter dan pasien.

Komunikasi efektif diharapkan dapat mengatasi kendala yang ditimbulkan oleh kedua pihak, pasien dan dokter. Opini yang menyatakan bahwa mengembangkan komunikasi dengan pasien hanya akan menyita waktu dokter, tampaknya harus diluruskan. Sebenarnya bila dokter dapat membangun hubungan komunikasi yang efektif dengan pasiennya, banyak hal-hal negatif dapat dihindari. Dokter dapat mengetahui dengan baik kondisi pasien dan keluarganya dan pasien pun percaya sepenuhnya kepada dokter.

Kurtz (1998) dalam Konsil Kedokteran Indonesia (2006) menyatakan bahwa komunikasi efektif justru tidak memerlukan waktu lama. Komunikasi efektif terbukti memerlukan lebih sedikit waktu karena dokter terampil mengenali kebutuhan pasien (tidak hanya ingin sembuh). Dalam pemberian pelayanan medis, adanya komunikasi yang efektif antara dokter dan pasien merupakan kondisi yang diharapkan sehingga dokter dapat melakukan manajemen pengelolaan masalah kesehatan bersama pasien, berdasarkan kebutuhan pasien.

## 2. Tujuan Komunikasi

Tujuan dari komunikasi efektif antara dokter dan pasiennya adalah untuk mengarahkan proses penggalan riwayat penyakit lebih akurat untuk dokter, lebih memberikan dukungan pada pasien, dengan demikian lebih efektif dan efisien bagi

keduanya (Kurtz, 1998).

### **3. Tanda tanda komunikasi yang tidak efektif**

Menurut Neff (2010), tanda-tanda perilaku dalam berkomunikasi yang tidak efektif yaitu :

1. penggunaan kata-kata yang kasar atau tidak sopan
2. sikap yang tidak menghargai atau menyerang lawan bicaranya
3. komentar yang bermakna seksual
4. tidak bisa mengontrol emosinya
5. mengkritik staf didepan pasien atau staf lainnya
6. memberikan komentar negatif mengenai pelayanan kesehatan yang diberikan pihak lain
7. komentar yang tidak konstruktif pada diskusi kasus pasien
8. tidak jujur, kurang melakukan kritik terhadap diri sendiri, dan menutupi kesalahanyang dibuat.

Menjalin hubungan dengan pasien juga sangat penting. Dokter harus nampak ramah, sopan dan menunjukkan keinginan untuk membantu pasien dengan membiarkan pasien mengemukakan masalahnya. Seringkali dokter tidak benar-benar mendengarkan keluhan pasien, atau terburu-buru memotong cerita pasien. Umumnya pasien datang menemui dokter karena cemas dengan keadaannya dan ingin mengetahui bagaimana dokter akan mengatasi masalahnya (Irvine, 2003).

### **4. Pelaksanaan Komunikasi Efektif**

Komunikasi efektif dokter dan pasien dalam proses terapi berkaitan dengan keselamatan pasien (*patient safety*) yaitu melibatkan pasien dan keluarga dalam *informed consent*, kompetensi budaya (*cultural competence*), dan menyampaikan insiden pada pasien (*open disclosure*) (HNS, 2012; APSEF, 2011).

#### **1. Memberikan *Informed Consent***

Proses *informed consent* adalah barometer untuk mengetahui sejauh mana keterlibatan pasien dalam proses terapi. *Informed consent* tidak hanya sebatas tanda tangan pasien dan keluarganya, tetapi merupakan suatu proses untuk memberikan kesempatan pada pasien dan keluarganya untuk mempertimbangkan semua pilihan dan resiko yang terkait dengan pengobatan pasien. Sudah banyak *guidelines* yang diterbitkan untuk membantu petugas untuk mendapatkan *informed consent* dengan baik. Sayangnya keterbatasan

waktu dan kebiasaan petugas untuk mendapatkan *informed consent* dengan cepat membuat proses ini seringkali diabaikan. Ada dua bagian utama dari *informed consent*, yaitu:

- a. Bagian yang menginformasikan pasien mengenai:
  - 1) Pemberian informasi oleh praktisi kesehatan
  - 2) Penangkapan informasi oleh pasien.
- b. Bagian yang memungkinkan pasien mengambil keputusan:
  - 1) Pengambilan keputusan oleh pasien dengan bebas dan tidak terpaksa
  - 2) Kompetensi kultural

Dokter selalu dianjurkan untuk menggunakan *evidence-based medicine*.

Informasi yang harus diberikan pada pasien antara lain:

- a. Diagnosis: meliputi prosedur diagnosis dan hasil pemeriksaannya. Jika tindakan medis dilakukan untuk melakukan diagnosis, maka prosedur diagnosis harus dijelaskan.
- b. Tingkat kepastian diagnosis: Ilmu kedokteran adalah ilmu yang tingkat ketidakpastiannya tinggi, dengan semakin banyak gejala yang muncul, maka diagnosis bisa berubah atau bisa semakin pasti.
- c. Resiko terapi: pasien perlu mengetahui efek samping terapi, komplikasi akibatterapi atau tindakan medis, outcome yang mungkin memperngaruhi kesehatan mental pasien, latar belakang dari resiko terapi, konsekuensi jika tidak dilakukan terapi. Pasien juga perlu tahu pilihan terapi yang tersedia, tidak hanya jenis terapi yang dipilih dokternya. Pasien juga perlu tahu jenis terapi pilihan, hasil yang diharapkan, kapan terapi harus dimulai, lama terapi dan biaya yang dibutuhkan.
- d. Manfaat terapi dan resiko jika tidak dilakukan terapi: sebagian terapi prognosisnya buruk, sehingga pilihan untuk tidak memberikan terapi akan lebih baik.
- e. Perkiraan waktu pemulihan: jenis terapi atau tindakan medis yang dipilih mungkin akan mempengaruhi kehidupan pasien, seperti pekerjaan, jarak tempat pengobatan dari rumah pasien jika harus sering kontrol.
- f. Nama, jabatan, kualifikasi, dan pengalaman tenaga kesehatan yang memberikan terapi dan perawatan: pasien perlu mengetahui apakah

tenaga kesehatan yang akan memberikan terapi atau melakukan tindakan medis cukup berpengalaman. Jika tidak maka dibutuhkan supervisi dari seniornya dan informasi tentang supervisi ini juga harus diberikan pada pasien.

- g. Ketersediaan dan biaya perawatan setelah keluar dari rumah sakit: pasien mungkin masih membutuhkan perawatan di rumah setelah keluar dari rumah sakit. Maka informasi ketersediaan tenaga kesehatan di sekitar rumahnya dan perkiraan biaya perawatan sampai pulih juga harus disampaikan.

## 2. **Kompetensi Budaya (*Culture Competence*)**

Menurut *Australian Patient Safety Education Framework* (APSEF), kompetensi budaya adalah istilah yang digunakan untuk mendeskripsikan pengetahuan, keahlian, dan sikap yang harus dimiliki semua tenaga kesehatan supaya dapat memberikan pelayanan kesehatan yang tepat dan adekuat pada semua orang dengan tetap menghargai budaya lokal. Tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi budaya mampu untuk:

- a. Memahami dan menerima perbedaan budaya
- b. Memahami nilai budaya yang dipercaya seseorang
- c. Memahami bahwa individu dengan latar belakang budaya yang berbeda akan berkomunikasi, berperilaku, menginterpretasi masalah dan memecahkan masalah dengan cara yang berbeda pula.
- d. Memahami bahwa kepercayaan terhadap budaya tertentu akan mempengaruhi pasien dalam menilai kesehatannya, mencari kesehatan, berinteraksi dengan tenaga kesehatan dan kepatuhan terhadap pengobatan.
- e. Menyesuaikan cara bekerja dengan budaya setempat, sehingga bisa diterima oleh pasien dan masyarakat setempat

Gerakan *patient safety* di banyak negara, termasuk di Indonesia, masih merupakan hal yang baru. Dokter dan pasien baru terpapar dengan program *patient safety* dan pelibatan pasien dalam proses terapi. Di banyak negara yang sudah lebih dahulu menerapkan, *patient safety* adalah tentang mengubah budaya dalam sistem pelayanan kesehatan.

## 3. **Menyampaikan Insiden pada Pasien (*Open Disclosure*)**

Salah satu prinsip komunikasi yang baik adalah jujur dan tidak menutupi kesalahan. Setiap insiden yang terjadi dalam proses pelayanan kesehatan

haruslah dijelaskan dan didiskusikan secara terbuka pada pasien. Di beberapa negara, seperti di Australia menyampaikan insiden pada pasien sudah menjadi kebijakan nasional. Menurut *the Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*, dalam proses penyampaian insiden pada pasien, dokter harus meminta maaf atas insiden yang telah terjadi, memberitahukan rencana perubahan terapi (jika ada), memberitahukan perkembangan hasil investigasi mengenai terjadinya insiden, dan memberitahukan langkah-langkah yang akan diambil untuk mencegah insiden serupa di masa yang akan datang. Setelah terjadi *adverse events* pasien selalu ingin mendapatkan penjelasan mengenai terjadinya event tersebut, yang antara lain mencakup:

- a. Penjelasan mengenai apa yang telah terjadi
- b. Pernyataan akan bertanggung jawab atas apa yang sudah terjadi
- c. Permintaan maaf
- d. Memastikan bahwa akan mencegah kejadian yang sama terulang lagi
- e. Pada beberapa kasus, hukuman dan kompensasi.

Ada beberapa guidelines yang sudah diterbitkan untuk membantu dokter dan perawat memberikan informasi terjadinya insiden pada pasien. Ada 8 prinsip pemberian informasi insiden menurut *Australian Commission for Safety and Quality in Health Care* (ACSQHC, 2011).

- a. Komunikasi yang terbuka setiap saat: ketika terjadi hal yang tidak diinginkan, pasien dan keluarganya harus diberikan informasi mengenai apa yang telah terjadi dengan jujur dan terbuka sepanjang waktu. Informasi mengenai proses yang sedang berlangsung sebaiknya juga diberikan.
- b. Pengakuan: organisasi pelayanan kesehatan harus mengakui jika suatu *adverse events* terjadi dan memulai proses pemberian informasi (*open disclosure*).
- c. Mengekspresikan penyesalan/meminta maaf: Penyesalan atas *adverse event* yang terjadi harus disampaikan sedini mungkin pada pasien.
- d. Memahami keinginan pasien dan keluarganya: Sudah menjadi kewajiban jika pasien dan keluarganya ingin mengetahui semua fakta-fakta yang terkait dengan terjadinya *adverse event* dan konsekuensinya, ingin diperlakukan dengan penuh *empathy*, dihargai dan diberikan dukungan

sesuai dengan yang dibutuhkannya.

- e. Dukungan dari staff medis: Organisasi pelayanan kesehatan harus menciptakan lingkungan dimana semua staff mampu dan terdorong untuk mengenali dan melaporkan terjadinya *adverse events* dan mendapatkan dukungan dari organisasi dalam proses memberikan informasi pada pasien.
- f. Manajemen resiko yang terintegrasi dan perbaikan sistem: Investigasi kejadian *adverse events* dan *outcome*-nya dilakukan melalui proses yang berfokus pada manajemen resiko. Hasil investigasi berfokus pada perbaikan sistem dan kemudian akan direview efektifitasnya.
- g. *Good Governance*: Proses pemberian informasi insiden pada pasien membutuhkan proses peningkatan mutu dan identifikasi resiko klinis melalui kerangka governance dimana *adverse events* diinvestigasi dan dianalisis untuk mengetahui apa saja yang bisa dilakukan untuk mencegah hal yang sama terulang kembali.
- h. Kerahasiaan (*confidentiality*): Kebijakan dan prosedur yang dibuat organisasi pelayanan kesehatan harus mempertimbangkan sepenuhnya privasi dan *confidentiality* pasien, keluarganya dan staffnya sendiri, sesuai dengan hukum yang berlaku.

## 5. Faktor-Faktor Efektivitas Komunikasi

Menurut Devito (2011) bahwa faktor-faktor efektivitas komunikasi adalah sebagai berikut:

### 1. Keterbukaan (*Openness*)

Kualitas keterbukaan mengacu pada sedikitnya tiga aspek dari komunikasi interpersonal. Pertama, komunikator interpersonal yang efektif harus terbuka kepada orang yang diajaknya berinteraksi. Ini tidaklah berarti bahwa orang harus dengan segera membukakan semua riwayat hidupnya. Aspek keterbukaan yang kedua mengacu kepada kesediaan komunikator untuk bereaksi secara jujur terhadap stimulus yang datang. Orang yang diam, tidak kritis, dan tidak tanggap pada umumnya merupakan peserta percakapan yang menjemukan.

### 2. Empati (*Empathy*)

Empati adalah sebagai kemampuan seseorang untuk ‘mengetahui’ apa yang sedang dialami orang lain pada suatu saat tertentu, dari sudut pandang orang

lain itu, melalui kacamata orang lain itu. Bersimpati, di pihak lain adalah merasakan bagi orang lain atau merasa ikut bersedih. Sedangkan berempati adalah merasakan sesuatu seperti orang yang mengalaminya, berada di kapal yang sama dan merasakan perasaan yang sama dengan cara yang sama. Orang yang empatik mampu memahami motivasi dan pengalaman orang lain, perasaan dan sikap mereka, serta harapan dan keinginan mereka untuk masa mendatang

### **3. Sikap Mendukung (*Supportiveness*)**

Hubungan interpersonal yang efektif adalah hubungan dimana terdapat sikap mendukung (*supportiveness*). Suatu konsep yang perumusannya dilakukan berdasarkan karya Jack Gibb. Komunikasi yang terbuka dan empatik tidak dapat berlangsung dalam suasana yang tidak mendukung. Kita memperlihatkan sikap mendukung dengan bersikap (1) deskriptif, bukan evaluatif, (2) spontan, bukan strategic, dan (3) provisional, bukan sangat yakin.

### **4. Sikap Positif (*Positiveness*)**

Kita mengkomunikasikan sikap positif dalam komunikasi interpersonal dengan sedikitnya dua cara: (1) menyatakan sikap positif dan (2) secara positif mendorong orang yang menjadi teman kita berinteraksi. Sikap positif mengacu pada sedikitnya dua aspek dari komunikasi interpersonal. Pertama, komunikasi interpersonal terbina jika seseorang memiliki sikap positif terhadap diri mereka sendiri. Kedua, perasaan positif untuk situasi komunikasi pada umumnya sangat penting untuk interaksi yang efektif. Tidak ada yang lebih menyenangkan daripada berkomunikasi dengan orang yang tidak menikmati interaksi atau tidak bereaksi secara menyenangkan terhadap situasi atau suasana interaksi.

### **5. Kesetaraan (*Equality*)**

Dalam setiap situasi, barangkali terjadi ketidaksetaraan. Salah seorang mungkin lebih pandai, lebih kaya, lebih tampan atau cantik, atau lebih atletis daripada yang lain. Tidak pernah ada dua orang yang benar-benar setara dalam segala hal. Terlepas dari ketidaksetaraan ini, komunikasi interpersonal akan lebih efektif bila suasananya setara. Artinya, harus ada pengakuan secara diam-diam bahwa kedua pihak sama-sama bernilai dan berharga, dan bahwa masing-masing pihak mempunyai sesuatu yang penting untuk disumbangkan

## 6. Aplikasi Komunikasi Dokter-Pasien

Aplikasi komunikasi yang efektif antara dokter dengan pasien adalah sebagai berikut:

### 1. Sikap Profesional Dokter

Sikap profesional seorang dokter ditunjukkan ketika dokter berhadapan dengan tugasnya (*dealing with task*), yang berarti mampu menyelesaikan tugas-tugasnya sesuai peran dan fungsinya; mampu mengatur diri sendiri seperti ketepatan waktu, pembagian tugas profesi dengan tugas-tugas pribadi yang lain (*dealing with one-self*); dan mampu menghadapi berbagai macam tipe pasien serta mampu bekerja sama dengan profesi kesehatan yang lain (*dealing with others*). Di dalam proses komunikasi dokter-pasien, sikap profesional ini penting untuk membangun rasa nyaman, aman, dan percaya pada dokter, yang merupakan landasan bagi berlangsungnya komunikasi secara efektif (Silverman, 1998). Sikap profesional ini hendaknya dijalin terus-menerus sejak awal konsultasi, selama proses konsultasi berlangsung, dan di akhir konsultasi. Contoh sikap dokter ketika menerima pasien:

- a. Menyilakan masuk dan mengucapkan salam.
- b. Memanggil/menyapa pasien dengan namanya.
- c. Menciptakan suasana yang nyaman (isyarat bahwa punya cukup waktu, menganggap penting informasi yang akan diberikan, menghindari tampak lelah).
- d. Memperkenalkan diri, menjelaskan tugas/perannya (apakah dokter umum, spesialis, dokter keluarga, dokter paliatif, konsultan gizi, konsultan tumbuh kembang, dan lain-lain).
- e. Menilai suasana hati lawan bicara
- f. Memperhatikan sikap non-verbal (raut wajah/mimik, gerak/bahasa tubuh) pasien
- g. Menatap mata pasien secara profesional yang lebih terkait dengan maknanya menunjukkan perhatian dan kesungguhan mendengarkan.
- h. Memperhatikan keluhan yang disampaikan tanpa melakukan interupsi yang tidak perlu.
- i. Apabila pasien marah, menangis, takut, dan sebagainya maka dokter tetap menunjukkan raut wajah dan sikap yang tenang.



- j. Melibatkan pasien dalam rencana tindakan medis selanjutnya ataupun pengambilan keputusan.
- k. Memeriksa ulang segala sesuatu yang belum jelas bagi kedua belah pihak.
- l. Melakukan negosiasi atas segala sesuatu berdasarkan kepentingan kedua belah pihak.
- m. Membukakan pintu, atau berdiri ketika pasien hendak pulang.

## 2. Sesi Pengumpulan Informasi

Di dalam komunikasi dokter-pasien, ada dua sesi yang penting, yaitu sesi pengumpulan informasi yang di dalamnya terdapat proses anamnesis, dan sesi penyampaian informasi. Tanpa penggalian informasi yang akurat, dokter dapat terjerumus ke dalam sesi penyampaian informasi (termasuk nasihat, sugesti atau motivasi dan konseling) secara prematur. Akibatnya pasien tidak melakukan sesuai anjuran dokter. Sesi penggalian informasi terdiri dari:

- a. Mengenali alasan kedatangan pasien, dimana belum tentu keluhan utama secara medis (Silverman, 1998). Pasien menceritakan keluhan atau apa yang dirasakan sesuai sudut pandangnya (*illness perspective*). Sesi ini akan berhasil apabila dokter mampu menjadi pendengar yang aktif (*active listener*). Pendengar yang aktif adalah fasilitator yang baik sehingga pasien dapat mengungkapkan kepentingan, harapan, kecemasannya secara terbuka dan jujur. Hal ini akan membantu dokter dalam menggali riwayat kesehatannya yang merupakan data-data penting untuk menegakkan diagnosis.

- b. Penggalian riwayat penyakit (Van Thiel, 2000)

Penggalian riwayat penyakit (anamnesis) dapat dilakukan melalui pertanyaan- pertanyaan terbuka dahulu, yang kemudian diikuti pertanyaan tertutup yang membutuhkan jawaban "ya" atau "tidak". Dokter sebagai seorang yang ahli, akan menggali riwayat kesehatan pasien sesuai kepentingan medis (*disease perspective*). Pertanyaan- pertanyaan terbuka yang dapat ditanyakan:

- 1) *Bagaimana pusing tersebut Anda rasakan, dapat diceritakan lebih jauh?*
- 2) *Menurut Anda pusing tersebut reda bila Anda melakukan sesuatu, meminum obat tertentu, bagaimana menurut Anda?*

Sedangkan pertanyaan tertutup yang merupakan inti dari anamnesis meliputi:

- 1) *Eksplorasi terhadap riwayat penyakit dahulu*
- 2) *Eksplorasi terhadap riwayat penyakit keluarga*
- 3) *Eksplorasi terhadap riwayat penyakit sekarang, contoh menggunakan pedoman Macleod's clinical examination seperti disebutkan dalam Kurtz (1998)*

### 3. Sesi Penyampaian Informasi

Setelah sesi sebelumnya dilakukan dengan akurat, maka dokter dapat sampai kepada sesi memberikan penjelasan. Tanpa informasi yang akurat di sesi sebelumnya, dokter dapat terjebak ke dalam kecurigaan yang tidak beralasan. Secara ringkas ada 6 (enam) hal yang penting diperhatikan agar efektif dalam berkomunikasi dengan pasien, yaitu:

#### a. Materi Informasi apa yang disampaikan

- 1) Tujuan anamnesis dan pemeriksaan fisik (kemungkinan rasa tidak nyaman/sakit saat pemeriksaan).
- 2) Kondisi saat ini dan berbagai kemungkinan diagnosis.
- 3) Berbagai tindakan medis yang akan dilakukan untuk menentukan diagnosis, termasuk manfaat, risiko, serta kemungkinan efek samping/komplikasi.
- 4) Hasil dan interpretasi dari tindakan medis yang telah dilakukan untuk menegakkan diagnosis.
- 5) Diagnosis, jenis atau tipe.
- 6) Pilihan tindakan medis untuk tujuan terapi (kekurangan dan kelebihan masing-masing cara).
- 7) Prognosis.
- 8) Dukungan (*support*) yang tersedia.

#### b. Siapa yang diberi informasi

- 1) Pasien, apabila dia menghendaki dan kondisinya memungkinkan.
- 2) Keluarganya atau orang lain yang ditunjuk oleh pasien.
- 3) Keluarganya atau pihak lain yang menjadi wali/pengampu dan bertanggung jawab atas pasien kalau kondisi pasien tidak memungkinkan untuk berkomunikasi sendiri secara langsung.

- c. Berapa banyak atau sejauh mana
  - 1) Untuk pasien: sebanyak yang pasien kehendaki, yang dokter merasa perlu untuk disampaikan, dengan memerhatikan kesiapan mental pasien.
  - 2) Untuk keluarga: sebanyak yang pasien/keluarga kehendaki dan sebanyak yang dokter perlukan agar dapat menentukan tindakan selanjutnya.
- d. Kapan menyampaikan informasi
  - 1) Segera, jika kondisi dan situasinya memungkinkan.
- e. Di mana menyampaikannya
  - 1) Di ruang praktik dokter.
  - 2) Di bangsal, ruangan tempat pasien dirawat.
  - 3) Di ruang diskusi.
  - 4) Di tempat lain yang pantas, atas persetujuan bersama, pasien/keluarga dan dokter.
- f. Bagaimana menyampaikannya
  - 1) Informasi penting sebaiknya dikomunikasikan secara langsung, tidak melalui telepon, juga tidak diberikan dalam bentuk tulisan yang dikirim melalui pos, faksimile, SMS, internet.
  - 2) Persiapan meliputi:
    - a) materi yang akan disampaikan (bila diagnosis, tindakan medis, prognosis sudah disepakati oleh tim);
    - b) ruangan yang nyaman, memperhatikan privasi, tidak terganggu orang lalu lalang, suara gaduh dari TV/radio, telepon;
    - c) waktu yang cukup;
    - d) mengetahui orang yang akan hadir (sebaiknya pasien ditemani oleh keluarga/orang yang ditunjuk; bila hanya keluarga yang hadir sebaiknya lebih dari satu orang).
  - 3) Jajaki sejauh mana pengertian pasien/keluarga tentang hal yang akan dibicarakan.
  - 4) Tanyakan kepada pasien/keluarga, sejauh mana informasi yang diinginkan dan amati kesiapan pasien/keluarga menerima informasi yang akan diberikan.

# **SKRINING SEDERHANA DALAM RANGKA KEWASPADAAN DINI, KEJADIAN LUAR BIASA DAN WABAH PENYAKIT**

## **1. Pengertian**

- a) Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan dan atau kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu.
- b) Penanggulangan KLB adalah kegiatan yang dilaksanakan untuk menangani penderita, mencegah perluasan kejadian dan timbulnya penderita atau kematian baru pada suatu kejadian luar biasa yang sedang terjadi.
- c) Program Penanggulangan KLB adalah suatu proses manajemen yang bertujuan agar KLB tidak lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat. Pokok program penanggulangan KLB adalah identifikasi ancaman KLB secara nasional, propinsi dan kabupaten/kota; upaya pencegahan terjadinya KLB dengan melakukan upaya perbaikan kondisi rentan KLB; penyelenggaraan SKD-KLB, kesiapsiagaan menghadapi kemungkinan adanya KLB dan tindakan penyelidikan dan penanggulangan KLB yang cepat dan tepat. Secara skematis program penanggulangan KLB dapat dilihat pada Skema 1 terlampir.
- d) Sistem Kewaspadaan Dini KLB (SKD-KLB) merupakan kewaspadaan terhadap penyakit berpotensi KLB beserta faktor-faktor yang mempengaruhinya dengan menerapkan teknologi surveilans epidemiologi dan dimanfaatkan untuk meningkatkan sikap tanggap kesiapsiagaan, upaya-upaya pencegahan dan tindakan penanggulangan kejadian luar biasa yang cepat dan tepat.
- e) Peringatan Kewaspadaan Dini KLB merupakan pemberian informasi adanya ancaman KLB pada suatu daerah dalam periode waktu tertentu.
- f) Deteksi dini KLB merupakan kewaspadaan terhadap kemungkinan terjadinya KLB dengan cara melakukan intensifikasi pemantauan secara terus menerus dan sistematis terhadap perkembangan penyakit berpotensi KLB dan perubahan kondisi rentan KLB agar dapat mengelahi secara dini terjadinya KLB

## **2. Kajian Epidemiologi Ancaman KLB**

Untuk mengetahui adanya ancaman KLB, maka dilakukan kajian secara terus menerus dan sistematis terhadap berbagai jenis penyakit berpotensi KLB dengan

menggunakan bahan kajian :

- a. data surveilans epidemiologi penyakit berpotensi KLB
- b. kerentanan masyarakat, antara lain status gizi dan imunisasi
- c. kerentanan lingkungan
- d. kerentanan pelayanan kesehatan
- e. ancaman penyebaran penyakit berpotensi KLB dari daerah atau negara lain, serta sumber data lain dalam jejaring surveilans epidemiologi. Sumber data surveilans epidemiologi penyakit berpotensi KLB adalah :
  - Laporan KLB/wabah dan hasil penyelidikan KLB,
  - data epidemiologi KLB dan upaya penanggulangannya,
  - surveilans terpadu penyakit berbasis KLB,
  - sistem peringatan dini-KLB di rumah saki.

### **3. Peningkatan Kewaspadaan dan Kesiapsiagaan terhadap KLB**

Kewaspadaan dan kesiapsiagaan terhadap KLB meliputi peningkatan kegiatan surveilans untuk deteksi dini kondisi rentan KLB; peningkatan kegiatan surveilans untuk deteksi dini KLB; penyelidikan epidemiologi adanya dugaan KLB; kesiapsiagaan menghadapi KLB dan mendorong segera dilaksanakan tindakan penanggulangan KLB.

#### **a. Deteksi Dini Kondisi Rentan KLB.**

Deteksi dini kondisi rentan KLB merupakan kewaspadaan terhadap timbulnya kerentanan masyarakat, kerentanan lingkungan-perilaku, dan kerentanan pelayanan kesehatan terhadap KLB dengan menerapkan cara-cara surveilans epidemiologi atau Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) kondisi rentan KLB. Identifikasi timbulnya kondisi rentan KLB dapat mendorong upaya-upaya pencegahan terjadinya KLB dan meningkatkan kewaspadaan berbagai pihak terhadap KLB

#### **b. Deteksi Dini KLB**

Deteksi dini KLB merupakan kewaspadaan terhadap timbulnya KLB dengan mengidentifikasi kasus berpotensi KLB, pemantauan wilayah setempat terhadap penyakit-penyakit berpotensi KLB dan penyelidikan dugaan KLB.

#### **c. Deteksi Dini KLB melalui Pelaporan Kewaspadaan KLB oleh Masyarakat**

Laporan kewaspadaan KLB merupakan laporan adanya seorang atau sekelompok penderita atau tersangka penderita penyakit berpotensi KLB pada

suai daerah atau lokasi tertentu. Isi laporan kewaspadaan terdiri dari jenis penyakit: gejala-gejala penyakit; desa/lurah' kecamatan dan kabupaten/kotaempat kejadian; waktu kejadian; jumlah penderita dan jumlah meninggal

- d. Kesiapsiagaan Menghadapi KLB Kesiapsiagaan menghadapi KLB dilakukan terhadap sumber daya manusia, sistem konsultasi dan referensi, sarana penunjang' laboratorium dan anggaran biaya, strategi dan tim penanggulangan KLB serta jejaring kerja tim penanggulangan KLB Kabupaten/Kota, Proinsidan Pusat.
- e. Tindakan Penanggulangan KLB Yang Cepat Dan Tepat.  
Setiap daerah menetapkan mekanisme agar setiap kejadian KLB dapat terdeteksi dini dan dilakukan tindakan penanggulangan dengan cepat dan tepat.
- f. Advokasi dan Asistensi Penyelenggaraan SKD-KLB Penyelenggaraan SKD-KLB dilaksanakan terus menerus secara sistematis di tingkat nasional, provinsi, kabupaten/kota dan di masyarakat yang membutuhkan dukungan politik dan anggaran yang memadai di berbagai tingkatan tersebut untuk menjaga kesinambungan penyelenggaraan dengan kinerja yang tinggi.
- g. Pengembangan SKD.KLBdarurat Apabila diperlukan untuk menghadapi ancaman terjadinya KLB penyakit tertentu yang sangat serius dapat dikembangkan dan atau ditingkatkan SKD-KLB penyakit tertentu dan dalam periode waktu terbatas dan wilayah terbatas

#### **4. Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa**

- a) Diatur dalam Permenkes Nomor 949/Menkes/SK/VIII/2004
- b) Kewaspadaan terhadap penyakit berpotensi KLB beserta faktor---faktor yang memengaruhi
- c) Menerapkan surveilans epidemiologi
- d) Meningkatkan sikap tanggap kesiapsiagaan, upaya---upaya pencegahan dan tindakan penanggulangan KLB yang cepat dan tepat.

#### **5. Kegiatan Sistem Kewaspadaan Dini KLB**

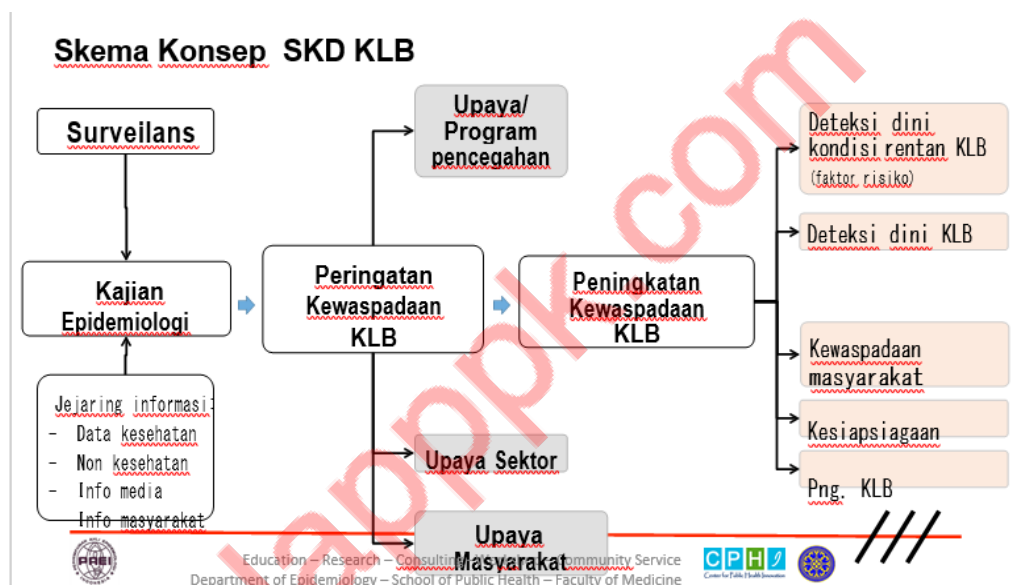
- a) Kajian epidemiologi secara terus menerus, sistematis thd penyakit berpotensi KLB dan kondisi rentan KLB.
- b) Peringatan kewaspadaan dini KLB.

- c) Peningkatan kewaspadaan dan kesiapsiagaan sarana pemerintah dan masyarakat terhadap kemungkinan terjadinya KLB.

## 6. Tujuan pelaksanaan SKD KLB

- a) Teridentifikasi adanya ancaman KLB
- b) Terselenggaranya kesiapsiagaan menghadapi kemungkinan terjadinya KLB
- c) Terdeteksi dini adanya kondisi rentan KLB
- d) Terdeteksi dini adanya KLB
- e) Terselenggarakannya penyelidikan dugaan KLB

## 7. Skema Pelaksanaan SKD KLB



## 8. Upaya meningkatkan kewaspadaan menghadapi ancaman KLB di KKP

- a) Melaksanakan sistem deteksi dini kasus KLB dan respon melalui klinik dan lingkungan wilayah KKP
- b) Melaksanakan sistem deteksi dini kondisi rentan KLB melalui pemantauan faktor risiko dan perbaikan kondisi lingkungan
- c) Deteksi dini KLB di unit surveilans KKP berdasarkan data periodik dari klinik dan lingkungan
- d) Deteksi dini berdasarkan laporan masyarakat
- e) Penyelidikan dugaan adanya KLB

# **PEMERIKSAAN LABORATORIUM SEDERHANA, PEMERIKSAAN PENUNJANG LABORATORIUM ATAU PENCITRAAN MEDIS**

## **1. Latar Belakang**

Status kesehatan yang optimal merupakan syarat untuk menjalankan tugas dalam pembangunan. Menurut paradigma sehat, diharapkan orang tetap sehat dan lebih sehat, sedang berpenyakit lekas dapat disembuhkan agar sehat. Untuk dapat segera disembuhkan, perlu ditentukan penyakitnya dan pengobatan yang tepat, serta prognosis atau ramalan penyakitnya yaitu ringan, sedang, berat atau fatal. Dalam menentukan penyakit atau diagnosis, membantu diagnosis, prognosis, mengendalikan penyakit, dokter melakukan pemeriksaan laboratorium atau tes laboratorium yaitu pemeriksaan spesimen sampel yang diambil dari pasien. Banyak pemeriksaan spesimen dilakukan di laboratorium klinik atau lengkapnya di laboratorium Patologi Klinik.

Oleh karena itulah laboratorium di rumah sakit menempati kedudukan sentral. Karena kedudukan yang penting itu, maka tanggung jawab laboratorium makin lama makin bertambah besar, baik tanggung jawab professional (professional responsibilities), tanggung jawab teknis (technical responsibilities) maupun tanggung jawab pengelolaan (management responsibilities).

## **2. Pengertian Pemeriksaan Laboratorium**

Pemeriksaan laboratorium adalah, suatu tindakan dan prosedur pemeriksaan khusus dengan mengambil bahan atau sampel dari pasien dalam bentuk darah, sputum (dahak), urine (air kencing/air seni), kerokan kulit, dan cairan tubuh lainnya dengan tujuan untuk menentukan diagnosis atau membantu menegakkan diagnosis penyakit.

## **3. Kegiatan Dalam Pemeriksaan Laboratorium**

Pemeriksaan laboratorium tidak hanya dilakukan bagi individu yang sakit. Individu sehat yang rutin melakukan pemeriksaan laboratorium, akan memperoleh banyak manfaat. Pemeriksaan laboratorium dapat berupa *Medical Check Up* berkala. Melakukan *Medical Check Up* secara rutin, individu dapat *memonitoring* kesehatannya. Hampir tidak ada kerugian yang diperoleh, jika kita melakukan *medical check up*.



#### 4. Tujuan Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium dilakukan untuk beberapa tujuan seperti :

- a. Untuk mendeteksi penyakit
- b. Menentukan resiko
- c. Memantau perkembangan penyakit
- d. Memantau perkembangan pengobatan, dan lain-lain.

Untuk itu pemeriksaan laboratorium perlu dilakukan sedini mungkin atau segera setelah dokter mendiagnosa suatu penyakit. Karena lebih baik mencegah daripada mengobati.

#### 5. Persiapan yang Perlu Dilakukan

Dalam laboratorium ada tiga proses tahapan, yaitu persiapan, pemeriksaan dan pasca pemeriksaan. Ketiga tahapan diatas memiliki perannya masing-masing. Ketika salah satu tahapan proses diatas mengalami kesalahan, maka hasil akhir dari proses tersebut (pasca pemeriksaan) pasti salah. Proses persiapan tersebut meliputi persiapan pasien, pengambilan sampel, pengiriman sampel ke laboratorium, penanganan sampel, dan penyimpanan sampel. Kali ini bahasan kita hanya pada proses persiapan pasien.

#### 6. Persiapan Pasien

Sebelum melakukan pemeriksaan laboratorium atau *medical check up*, seorang pasien akan berkonsultasi dengan dokter. Pada proses ini akan dilakukan anamnesa oleh dokter untuk mendapatkan data kesehatan pasien terdahulu, riwayat penyakit keluarga dan kondisi kesehatan sekarang. Dari hasil anamnesa, dokter akan merencanakan pemeriksaan laboratorium yang tepat dan sesuai dengan kondisi kesehatan pasien.

Informasi yang diberikan harus jelas agar tidak menimbulkan ketakutan atau persepsi yang keliru.

Adapun persiapan-persiapan pasien yang perlu mendapatkan perhatian serta dilaksanakan sesuai intruksi dokter atau petugas laboratorium yaitu :

- Puasa 12-14 Jam sebelum pemeriksaan dilakukan, tidak diperkenankan melebihi dari batas waktu puasa yang ditentukan (lebih dari 14 Jam).  
Contoh : Apabila pemeriksaa dilakukan jam 07.00 pagi, puasa mulai dilakukan pukul 19.00 malam

- Tidak diperkenankan merokok, makan, makan permen, minum ( kecuali air bening ) selama berpuasa.
- Bila pemeriksaan yang memerlukan bahan sampel *urine* (air kencing), dianjurkan untuk minum air bening tanpa gula dalam jumlah yang banyak (minimal 2 liter/hari)
- Tidak mengonsumsi obat-obatan, baik secara oral maupun yang lain yang menyebabkan terjadinya respons tubuh terhadap obat tersebut.
- Menghindari aktivitas fisik berat : berlari, naik turun tangga dalam jangka waktu lama, olahraga *gym* atau *marathon* pada malam hari sebelum pengambilan darah.
- Dianjurkan menghindari stress sampai proses pengambilan sampel selesai. Memperhatikan dan melaksanakan intruksi diatas dengan baik dan benar.

## 7. Berbagai Jenis Pemeriksaan Penunjang atau Diagnostik

Ada sangat banyak jenis pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan oleh dokter. Namun, ada beberapa jenis pemeriksaan penunjang yang sering dilakukan, antara lain:

### a. **Pemeriksaan darah**

Pemeriksaan darah adalah jenis pemeriksaan penunjang yang paling umum dilakukan. Pemeriksaan ini dilakukan dengan cara mengambil sampel darah pasien untuk kemudian dianalisis di laboratorium.

Pemeriksaan darah biasanya dilakukan untuk mendeteksi penyakit atau kondisi medis tertentu, seperti anemia dan infeksi. Melalui pemeriksaan penunjang ini, dokter dapat memantau beberapa komponen darah dan fungsi organ, meliputi:

- Sel darah, seperti sel darah merah, sel darah putih, dan trombosit atau keping darah
- Plasma darah
- Zat kimia darah, seperti gula darah atau glukosa, kolesterol, asam urat, zat besi, dan elektrolit
- Analisis gas darah
- Fungsi organ tertentu, seperti ginjal, hati, pankreas, empedu, dan kelenjar tiroid
- *Tumor marker*

## **RUJUKAN PADA PELAYANAN KESEHATAN IBU ANAK**

### **1. Pengertian Sistem rujukan**

Rujukan adalah pelimpahan wewenang dan tanggung jawab atas kasus penyakit atau masalah kesehatan yang diselenggarakan secara timbal balik, baik secara vertikal dalam arti satu strata sarana pelayanan kesehatan ke strata sarana pelayanan kesehatan lainnya, maupun secara horisontal dalam arti antar sarana pelayanan kesehatan yang sama.

### **2. Jenis rujukan**

Sistem Kesehatan Nasional membedakannya menjadi dua macam yakni :

#### **1) Rujukan Kesehatan**

Rujukan ini terutama dikaitkan dengan upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan. Dengan demikian rujukan kesehatan pada dasarnya berlaku untuk pelayanan kesehatan masyarakat (public health service). Rujukan kesehatan dibedakan atas tiga macam yakni rujukan teknologi, sarana, dan operasional. Rujukan kesehatan yaitu hubungan dalam pengiriman, pemeriksaan bahan atau specimen ke fasilitas yang lebih mampu dan lengkap. Ini adalah rujukan yang menyangkut masalah kesehatan yang sifatnya pencegahan penyakit (preventif) dan peningkatan kesehatan (promotif). Rujukan ini mencakup rujukan teknologi, sarana dan operasional.

#### **2) Rujukan Medik**

Rujukan ini terutama dikaitkan dengan upaya penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan. Dengan demikian rujukan medik pada dasarnya berlaku untuk pelayanan kedokteran (medical service). Sama halnya dengan rujukan kesehatan, rujukan medik ini dibedakan atas tiga macam yakni rujukan penderita, pengetahuan dan bahan pemeriksaan. Menurut Syafrudin (2009), rujukan medik yaitu pelimpahan tanggung jawab secara timbal balik atas satu kasus yang timbul baik secara vertikal maupun horizontal kepada yang lebih berwenang dan mampu menangani secara rasional. Jenis rujukan medik antara lain:

1) *Transfer of patient*

Konsultasi penderita untuk keperluan diagnosis, pengobatan, tindakan operatif dan lain-lain.

2) *Transfer of specimen*

Pengiriman bahan (spesimen) untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.

3) *Transfer of knowledge / personal.*

Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu layanan setempat.

### 3. Manfaat rujukan

Dikutip dari Lestari (2013), Menurut Azwar (1996), beberapa manfaat yang akan diperoleh ditinjau dari unsur pembentuk pelayanan kesehatan terlihat sebagai berikut:

1) Sudut pandang pemerintah sebagai penentu kebijakan

Jika ditinjau dari sudut pemerintah sebagai penentu kebijakan kesehatan (*policy maker*), manfaat yang akan diperoleh antara lain membantu penghematan dana, karena tidak perlu menyediakan berbagai macam peralatan kedokteran pada setiap sarana kesehatan; memperjelas sistem pelayanan kesehatan, karena terdapat hubungan kerja antara berbagai sarana kesehatan yang tersedia; dan memudahkan pekerjaan administrasi, terutama pada aspek perencanaan.

2) Sudut pandang masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan

Jika ditinjau dari sudut masyarakat sebagai pemakai jasa pelayanan (*health consumer*), manfaat yang akan diperoleh antara lain meringankan biaya pengobatan, karena dapat dihindari pemeriksaan yang sama secara berulang-ulang dan mempermudah masyarakat dalam mendapatkan pelayanan, karena diketahui dengan jelas fungsi dan wewenang sarana pelayanan kesehatan.

3) Sudut pandang kalangan kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan.

Jika ditinjau dari sudut kalangan kesehatan sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan (*health provider*), manfaat yang diperoleh antara lain memperjelas jenjang karir tenaga kesehatan dengan berbagai akibat

positif lainnya seperti semangat kerja, ketekunan, dan dedikasi; membantu peningkatan pengetahuan dan keterampilan yakni melalui kerjasama yang terjalin; memudahkan dan atau meringankan beban tugas, karena setiap sarana kesehatan mempunyai tugas dan kewajiban tertentu.

#### **4. Rujukan Kesehatan Ibu dan Anak**

Rujukan kesehatan ibu dan anak adalah sistem rujukan yang dikelola secara strategis, proaktif, pragmatis dan koordinatif untuk menjamin pemerataan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal yang paripurna dan komprehensif bagi masyarakat yang membutuhkannya terutama ibu dan bayi baru lahir, dimanapun mereka berada dan berasal dari golongan ekonomi manapun, agar dapat dicapai peningkatan derajat kesehatan ibu hamil dan bayi melalui peningkatan mutu dan ketrerjangkauan pelayanan kesehatan internal dan neonatal di wilayah mereka berada (Depkes, 2006).

Sistem rujukan pelayanan kegawatdaruratan maternal dan Neonatal mengacu pada prinsip utama kecepatan dan ketepatan tindakan, efisien, efektif dan sesuai dengan kemampuan dan kewenangan fasilitas pelayanan. Setiap kasus dengan kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal yang datang ke puskesmas PONED harus langsung dikelola sesuai dengan prosedur tetap sesuai dengan buku acuan nasional pelayanan kesehatan maternal dan neonatal. Setelah dilakukan stabilisasi kondisi pasien, kemudian ditentukan apakah pasien akan dikelola di tingkat puskesmas mampu PONED atau dilakukan rujukan ke RS pelayanan obstetrik dan neonatal emergensi komprehensif (PONEK) untuk mendapatkan pelayanan yang lebih baik sesuai dengan tingkat kegawatdaruratannya (Depkes RI, 2007) dengan alur sebagai berikut:

- a) Masyarakat dapat langsung memanfaatkan semua fasilitas pelayanan kegawatdaruratan obstetric dan neonatal.
- b) Bidan desa dan polindes dapat memberikan pelayanan langsung terhadap ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat. Selain menyelenggarakan pelayanan pertolongan persalinan normal,

bidan di desa dapat melakukan pengelolaan kasus dengan komplikasi tertentu sesuai dengan tingkat kewenangan dan kemampuannya atau melakukan rujukan pada puskesmas, puskesmas mampu PONED dan RS PONEK sesuai dengan tingkat pelayanan yang sesuai.

- c) Puskesmas non-PONED sekurang-kurangnya harus mampu melakukan stabilisasi pasien dengan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal yang datang sendiri maupun yang dirujuk oleh kader/dukun/bidan di desa sebelum melakukan rujukan ke puskesmas mampu PONED dan RS PONEK.
- d) Puskesmas mampu PONED memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan langsung kepada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, bidan di desa dan puskesmas. Puskesmas mampu PONED dapat melakukan pengelolaan kasus dengan komplikasi tertentu sesuai dengan tingkat kewenangan dan kemampuannya atau melakukan rujukan pada RS PONEK.
- e) RS PONEK 24 jam memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan PONEK langsung terhadap ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader/masyarakat, bidan di desa dan puskesmas, puskesmas mampu PONED. Pemerintah provinsi/kabupaten melalui kebijakan sesuai dengan tingkat kewenangannya memberikan dukungan secara manajemen, administratif maupun kebijakan anggaran terhadap kelancaran PPGDON (Pertolongan Pertama Kegawatdaruratan Obstetri dan Neonatus)
- f) Ketentuan tentang persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan dapat dituangkan dalam bentuk peraturan daerah sehingga deteksi dini kelainan pada persalinan dapat dilakukan lebih awal dalam upaya pencegahan komplikasi kehamilan dan persalinan.
- g) Pokja/satgas GSI merupakan bentuk nyata kerjasama lintas sektoral ditingkat provinsi dan kabupaten untuk menyampaikan

pesan peningkatan kewaspadaan masyarakat terhadap komplikasi kehamilan dan persalinan serta kegawatdaruratan yang mungkin timbul oleh karenanya. Dengan penyampaian pesan melalui berbagai instansi/institusi lintas sektoral, maka dapat diharapkan adanya dukungan nyata masyarakat terhadap sistem rujukan PONEK 24 jam

- h) RS swasta, rumah bersalin, dan dokter/bidam praktek swasta dalam sistem rujukan PONEK 24 jam, puskesmas mampu PONEK dan bidan dalam jajaran pelayanan rujukan. Institusi ini diharapkan dapat dikoordinasikan dalam kegiatan pelayanan rujukan PONEK 24 jam sebagai kelengkapan pembinaan pra RS.

## **5. Persiapan Rujukan KIA**

Kaji ulang rencana rujukan bersama ibu dan keluarganya. Jika terjadi penyulit, seperti keterlambatan untuk merujuk ke fasilitas kesehatan yang sesuai, dapat membahayakan jiwa ibu dan atau bayinya. Jika perlu dirujuk, siapkan dan sertakan dokumentasi tertulis semua asuhan dan perawatan hasil penilaian (termasuk partograf) yang telah dilakukan untuk dibawa ke fasilitas rujukan (Syafurudin, 2009).

Kesiapan untuk merujuk ibu dan bayinya ke fasilitas kesehatan rujukan secara optimal dan tepat waktu menjadi syarat bagi keberhasilan upaya penyelamatan. Setiap penolong persalinan harus mengetahui lokasi fasilitas rujukan yang mampu untuk penatalaksanaan kasus gawatdarurat obstetri dan bayi baru lahir dan informasi tentang pelayanan yang tersedia di tempat rujukan, ketersediaan pelayanan purna waktu, biaya pelayanan dan waktu serta jarak tempuh ke tempat rujukan. Persiapan dan informasi dalam rencana rujukan meliputi siapa yang menemani ibu dan bayi baru lahir, tempat rujukan yang sesuai, sarana transportasi yang harus tersedia, orang yang ditunjuk menjadi donor darah dan uang untuk asuhan medik, transportasi, obat dan bahan. Singkatan BAKSOKU (Bidan, Alat, Keluarga, Surat, Obat, Kendaraan, Uang) dapat di gunakan untuk mengingat hal penting dalam mempersiapkan rujukan (Syafurudin, 2009).

## **6. Kegiatan Rujukan**

Menurut Syafrudin (2009), kegiatan rujukan terbagi menjadi tiga macam yaitu rujukan pelayanan kebidanan, pelimpahan pengetahuan dan keterampilan, rujukan informasi medis:

- a) Rujukan Pelayanan Kebidanan Kegiatan ini antara lain berupa pengiriman orang sakit dari unit kesehatan kurang lengkap ke unit yang lebih lengkap, rujukan kasus-kasus patologik pada kehamilan, persalinan, dan nifas. Pengiriman kasus masalah reproduksi manusia lainnya seperti kasus-kasus ginekologi atau kontrasepsi yang memerlukan penanganan spesialis, pengiriman bahan laboratorium dan jika penderita telah sembuh dan hasil laboratorium telah selesai, kembalikan dan kirimkan ke unit semula, jika perlu disertai dengan keterangan yang lengkap (surat balasan).
- b) Pelimpahan Pengetahuan dan Keterampilan, Kegiatan ini antara lain :
  - Pengiriman tenaga-tenaga ahli ke daerah untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan melalui ceramah, konsultasi penderita, diskusi kasus dan demonstrasi operasi.
  - 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 dengan tingkat provinsi atau institusi pendidikan.
  - Rujukan Informasi Medis, Kegiatan ini antara lain berupa :
    - ✓ Membalas secara lengkap data-data medis penderita yang dikirim dan advis rehabilitas kepada unit yang mengirim.
    - ✓ Menjalin kerjasama dalam sistem pelaporan data-data parameter pelayanan kebidanan, terutama mengenai kematian maternal dan prenatal. Hal ini sangat berguna untuk memperoleh angka secara regional dan nasional.

## **7. Tahapan Rujukan Maternal dan Neonatal**

- a) Menentukan kegawatdaruratan penderita
  - ✓ 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 kegawatdaruratan.

- ✓ Pada tingkat bidan desa, puskesmas pembantu dan puskesmas. Tenaga kesehatan yang ada pada fasilitas pelayanan kesehatan tersebut harus dapat menentukan tingkat kegawatdaruratan 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
  - a. Memberitahukan bahwa akan ada penderita yang dirujuk.
  - b. Meminta petunjuk apa yang perlu dilakukan dalam rangka persiapan dan selama dalam perjalanan ke tempat rujukan.
  - c. Meminta petunjuk dan cara penanganan untuk menolong penderita bila penderita tidak mungkin dikirim.
- e) Persiapan penderita (BAKSOKUDO)
- f) Pengiriman Penderita
- g) 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 (Depkes RI, 2006).

## JENIS DAN TEKNIK PADA LAYANAN IMUNISASI

### 1. Pengertian

#### a. Pengertian Imunisasi

Imunisasi berasal dari kata *imun*, kebal atau resisten. Anak diimunisasi, berarti diberikan kekebalan terhadap suatu penyakit tertentu. Anak kebal atau resisten terhadap suatu penyakit tetapi belum tentu kebal terhadap penyakit yang lain.

Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga apabila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan.

#### b. Pengertian Vaksin

Pada bagian sebelumnya Anda sudah mengetahui apa yang dimaksud dengan imunisasi, sekarang Anda akan belajar apa yang dimaksud dengan vaksin. Vaksin adalah antigen berupa mikroorganisme yang sudah mati, masih hidup tapi dilemahkan, masih utuh atau bagiannya, yang telah diolah, berupa toksin mikroorganisme yang telah diolah menjadi toksoid, protein rekombinan yang apabila diberikan kepada seseorang akan menimbulkan kekebalan spesifik secara aktif terhadap penyakit infeksi tertentu.

### 2. Penyelenggaraan Imunisasi

Anda sudah banyak mendengar tentang imunisasi, tahukah Anda siapa sajakah yang bisa memberikan pelayanan imunisasi? Yang dapat melaksanakan pelayanan imunisasi adalah pemerintah, swasta, dan masyarakat, dengan mempertahankan prinsip keterpaduan antara pihak terkait. Penyelenggaraan imunisasi adalah serangkaian kegiatan perencanaan, pelaksanaan, *monitoring*, dan evaluasi kegiatan imunisasi.

### 3. Tujuan Imunisasi

#### a. Tujuan Umum

Menurunkan angka kesakitan, kematian dan kecacatan akibat Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I).

**b. Tujuan Khusus**

- Tercapainya target *Universal Child Immunization* (UCI) yaitu cakupan imunisasi lengkap minimal 80% secara merata pada bayi di seluruh desa/ kelurahan pada tahun 2014.
- Tervalidasinya Eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal (insiden di bawah 1 per 1.000 kelahiran hidup dalam satu tahun) pada tahun 2013.
- Eradikasi polio pada tahun 2015.
- Tercapainya eliminasi campak pada tahun 2015.
- Terselenggaranya pemberian imunisasi yang aman serta pengelolaan limbah medis (*safety injection practise and waste disposal management*).

**4. Sasaran Imunisasi**

Sebagai seorang bidan, tahukah Anda siapa saja yang merupakan sasaran dalam imunisasi? Jadi, yang menjadi sasaran dalam pelayanan imunisasi rutin adalah sebagai berikut:

**Tabel 2.1 Sasaran Imunisasi pada Bayi**

Jenis Imunisasi	Usia Pemberian	Jumlah Pemberian	Interval minimal
Hepatitis B	0–7 hari	1	-
BCG	1 bulan	1	-
Polio / IPV	1, 2, 3,4 bulan	4	4 minggu
DPT-HB-Hib	2, 3, 4 bulan	3	4 minggu
Campak	9 bulan	1	-

Sumber: Dirjen PP dan PL Depkes RI, 2013

**Tabel 2.2 Sasaran Imunisasi pada Anak Balita**

Jenis Imunisasi	Usia Pemberian	Jumlah Pemberian
DPT-HB-Hib	18 bulan	1
Campak	24 bulan	1

Sumber: Dirjen PP dan PL Depkes RI, 2013

**Tabel 2.3 Sasaran Imunisasi pada Anak Sekolah Dasar (SD/Sederajat)**

Sasaran	Jenis Imunisasi	Waktu Pemberian	Keterangan
Kelas 1 SD	Campak	Bulan Agustus	Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS)
Kelas 1 SD	DT	Bulan November	
Kelas 2 & 3 SD	Td	Bulan November	

Sumber: Dirjen PP dan PL Depkes RI, 2013

**Tabel 2.4 Sasaran Imunisasi Wanita Usia Subur (WUS)**

Jenis Imunisasi	Usia Pemberian	Masa Perlindungan
TT1	-	-
TT2	1 bulan setelah TT1	3 tahun
TT3	6 bulan setelah TT2	5 tahun
TT4	12 bulan setelah TT3	10 Tahun
TT5	12 bulan setelah TT4	25 Tahun


Sumber: Dirjen PP dan PL Depkes RI, 2013



#### 5. Sasaran Imunisasi Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I)



Ada banyak penyakit menular di Indonesia yang dapat dicegah dengan imunisasi selanjutnya disebut dengan Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I). Dengan mempelajari konsep dalam tabel berikut ini, Anda dapat mengetahui jenis penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi antara lain sebagai berikut.

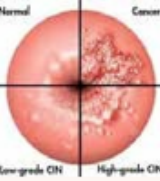
**Tabel 2.5 Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I)**


No.	Nama Penyakit	Definisi dan Penyebab	Penularan	Gejala	Komplikasi	Gambar
1.	Difteri	Penyakit yang disebabkan oleh bakteri <i>Corynebacterium diphtheriae</i> .	Melalui kontak fisik dan pernafasan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radang tenggorokan</li> <li>• Hilang nafsu makan</li> <li>• Demam ringan</li> <li>• Dalam 2-3 hari timbul selaput putih kebiru-biruan pada tenggorokan dan tonsil.</li> </ul>	gangguan pernafasan yang berakibat kematian.	 <p>(Sumber: commons.wikimedia.org)</p>
2.	Pertusis	Penyakit pada saluran pernapasan yang disebabkan oleh bakteri <i>Bordetella pertussis</i> . (batuk rejan)	Melalui percikan ludah (droplet infection) dari batuk atau bersin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pilek</li> <li>• Mata merah</li> <li>• Bersin</li> <li>• Demam</li> <li>• Batuk ringan yang lama-kelamaan menjadi parah dan menimbulkan batuk yang cepat dan keras.</li> </ul>	<i>pneumonia bacterialis</i> yang dapat menyebabkan kematian	 <p>(Sumber: nursingbook.blogspot.com)</p>

No.	Nama Penyakit	Definisi dan Penyebab	Penularan	Gejala	Komplikasi	Gambar
3.	Tetanus	Penyakit yang disebabkan oleh <i>Clostridium tetani</i> yang menghasilkan neurotoksin.	Melalui kotoran yang masuk ke dalam luka yang dalam.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gejala awal: kaku otot pada rahang, disertai kaku pada leher, kesulitan menelan, kaku otot perut, berkeringat dan demam.</li> <li>Pada bayi terdapat gejala berhenti menetek (sucking) antara 3 sampai dengan 28 hari setelah lahir.</li> <li>Gejala berikutnya kejang yang hebat dan tubuh menjadi kaku.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patah tulang akibat kejang,</li> <li>Pneumonia</li> <li>Infeksi lain yang dapat menimbulkan kematian.</li> </ul>	 <p>(Sumber: modul pelatihan imunisasi bagi puskesmas)</p>

No.	Nama Penyakit	Definisi dan Penyebab	Penularan	Gejala	Komplikasi	Gambar
4.	Tuberculosis (TBC)	Penyakit yang disebabkan oleh <i>Mycobacterium tuberculosis</i> disebut juga batuk darah.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melalui pernafasan</li> <li>Lewat bersin atau batuk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gejala awal: lemah badan, penurunan berat badan, demam, dan keluar keringat pada malam hari.</li> <li>Gejala selanjutnya: batuk terus-menerus, nyeri dada dan (mungkin) batuk darah.</li> <li>Gejala lain: tergantung pada organ yang diserang.</li> </ul>	Kelemahan dan kematian.	 <p>(Sumber: inharmonyclinic.com)</p>
5.	Campak	Penyakit yang disebabkan oleh virus <i>myxovirus viridae measles</i> .	Melalui udara (percikan ludah) dari bersin atau batuk penderita	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gejala awal: demam, bercak kemerahan, batuk, pilek, conjunctivitis (mata merah) dan koplik spots.</li> <li>Selanjutnya timbul ruam pada muka dan leher, kemudian menyebar ke tubuh dan tangan serta kaki.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diare hebat</li> <li>Peradangan pada telinga</li> <li>Infeksi saluran napas (pneumonia)</li> </ul>	 <p>(Sumber: Modul pelatihan imunisasi bagi petugas kesehatan)</p>

No.	Nama Penyakit	Definisi dan Penyebab	Penularan	Gejala	Komplikasi	Gambar
6.	Poliomielitis	Penyakit pada susunan saraf pusat yang disebabkan oleh virus polio tipe 1, 2, atau 3. Secara klinis menyerang anak di bawah umur 15 tahun dan menderita lumpuh layu akut ( <i>acute flaccid paralysis</i> = AFP).	Melalui kotoran manusia (tinja) yang terkontaminasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Demam</li> <li>Nyeri otot dan kelumpuhan terjadi pada minggu pertama</li> </ul>	Bisa menyebabkan kematian jika otot pernafasan terinfeksi dan tidak segera ditangani.	 <p>(Sumber: Modul pelatihan imunisasi bagi petugas kesehatan)</p>
7.	Hepatitis B	Penyakit yang disebabkan oleh virus hepatitis B yang merusak hati (penyakit kuning).	Penularan secara horizontal: <ul style="list-style-type: none"> <li>dari darah dan produknya</li> <li>Suntikan yang tidak aman</li> <li>Transfusi darah</li> <li>Melalui hubungan seksual</li> </ul> Penularan secara vertical: <ul style="list-style-type: none"> <li>Dari ibu ke bayi selama proses persalinan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Merasa lemah</li> <li>Gangguan perut</li> <li>Gejala lain seperti flu, urin menjadi kuning, kotoran menjadi pucat.</li> <li>Warna kuning bisa terlihat pada mata ataupun kulit.</li> </ul>	Penyakit ini bisa menjadi kronis yang menimbulkan pengerasan hati ( <i>Cirrhosis Hepatis</i> ), kanker hati ( <i>Hepato Cellular Carcinoma</i> ) dan menimbulkan kematian.	 <p>(Sumber: Modul pelatihan imunisasi bagi petugas kesehatan)</p>

No.	Nama Penyakit	Definisi dan Penyebab	Penularan	Gejala	Komplikasi	Gambar
8.	Hemofilus Influenza tipe b (Hib)	Salah satu bakteri yang dapat menyebabkan infeksi di beberapa organ, seperti meningitis, epiglottitis, pneumonia, artritis, dan selulitis. Banyak menyerang anak di bawah usia 5 tahun, terutama pada usia 6 bulan–1 tahun.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Droplet melalui nasofaring.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pada selaput otak akan timbul gejala meningitis (demam, kaku kuduk, kehilangan kesadaran),</li> <li>Pada paru menyebabkan pneumonia (demam, sesak, retraksi otot pernafasan), terkadang menimbulkan gejala sisa berupa kerusakan alat pendengaran.</li> </ul>		 <p>(Sumber: Modul pelatihan imunisasi bagi petugas kesehatan)</p>
9.	HPV (Human papiloma Virus)	Virus yang menyerang kulit dan membran mukosa manusia dan hewan.	Penularan melalui hubungan kulit ke kulit, HPV menular dengan mudah.	Beberapa menyebabkan kutil, sedangkan lainnya dapat menyebabkan infeksi yang menimbulkan munculnya lesi, ca servik juga disebabkan oleh virus HPV melalui hubungan seks.		 <p>(Sumber: <a href="http://caramengobati.com">caramengobati.com</a>)</p>

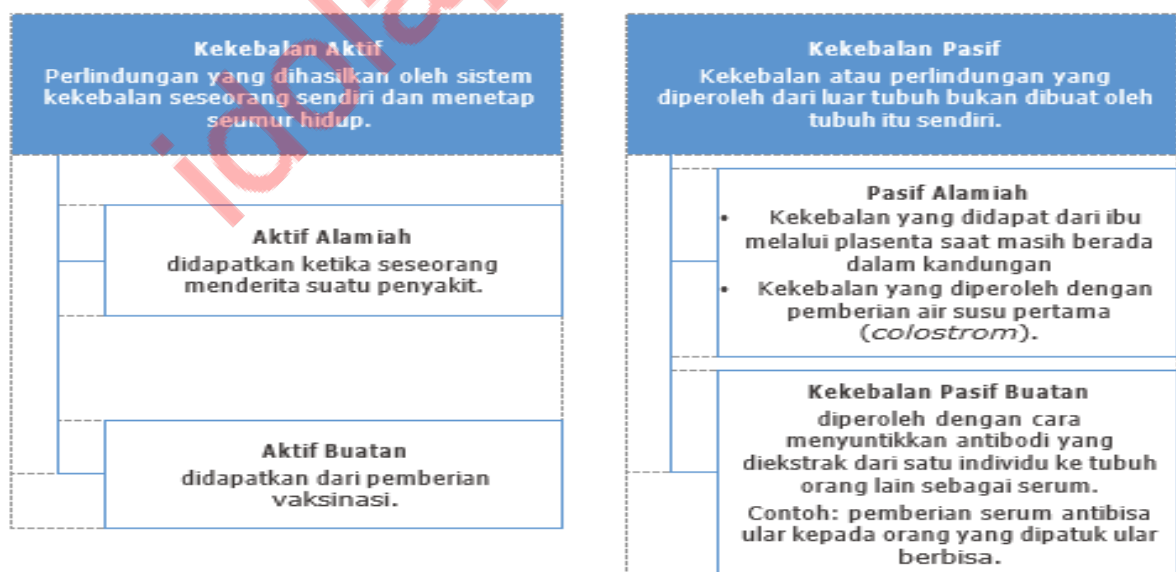
No.	Nama Penyakit	Definisi dan Penyebab	Penularan	Gejala	Komplikasi	Gambar
10.	Hepatitis A	Suatu penyakit yang disebabkan oleh virus	Disebarkan oleh kotoran/tinja penderita; biasanya melalui makanan ( <i>fecal-oral</i> ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kelelahan</li> <li>• Mual dan muntah</li> <li>• Nyeri perut atau rasa tidak nyaman, terutama di daerah hati</li> <li>• Kehilangan nafsu makan</li> <li>• Demam</li> <li>• Urin berwarna gelap</li> <li>• Nyeri otot</li> <li>• Menguningnya kulit dan mata (<i>jaundice</i>).</li> </ul>		 <p>(Sumber: <a href="http://www.imunize.org">www.imunize.org</a>)</p>

## 6. Imunologi PD3I

Imunologi adalah ilmu yang sangat kompleks mempelajari tentang sistem kekebalan tubuh. Perlindungan terhadap penyakit infeksi dihubungkan dengan suatu kekebalan, yaitu kekebalan aktif dan kekebalan pasif.

### a. Sistem Kekebalan

Sistem kekebalan adalah suatu sistem yang rumit dari interaksi sel yang tujuan utamanya adalah mengenali adanya antigen. Antigen dapat berupa virus atau bakteri yang hidup atau yang sudah diinaktifkan. Jenis kekebalan terbagi menjadi kekebalan aktif dan kekebalan pasif.



Sumber: Depkes RI, 2009

Gambar 2.1 Skema Sistem Kekebalan



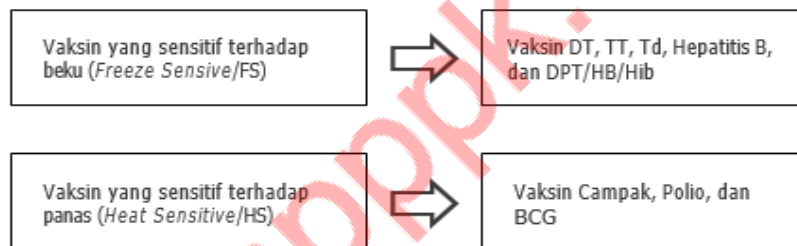
## 7. Klasifikasi Vaksin

Tabel 2.6. Klasifikasi Vaksin

	<i>Live Attenuated</i>	<i>Inactivated</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Derivat dari virus atau bakteri liar (<i>wild</i>) yang dilemahkan.</li> <li>Tidak boleh diberikan kepada orang yang defisiensi imun.</li> <li>Sangat labil dan dapat rusak oleh suhu tinggi dan cahaya.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dari organisme yang diambil, dihasilkan dari menumbuhkan bakteri atau virus pada media kultur, kemudian diinaktifkan. Biasanya, hanya sebagian (fraksional).</li> <li>Selalu memerlukan dosis ulang.</li> </ul>
VIRUS	Campak, mumps, rubella, polio, yellow fever, dan cacar air	<ul style="list-style-type: none"> <li>Virus inaktif utuh: influenza, polio, rabies, hepatitis A.</li> <li>Virus inaktif fraksional: sub-unit (hepatitis B, influenza, acellular pertussis, typhoid injeksi), toxoid (DT botulinum), polisakarida murni (<i>pneumococcal</i>, <i>meningococcal</i>, Hib), dan polisakarida konjugasi (Hib dan <i>pneumococcal</i>).</li> </ul>
BAKTERI	BCG dan tifoid oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bakteri inaktif utuh (pertussis, typhoid, cholera, pes)</li> </ul>

## 8. Penggolongan Vaksin

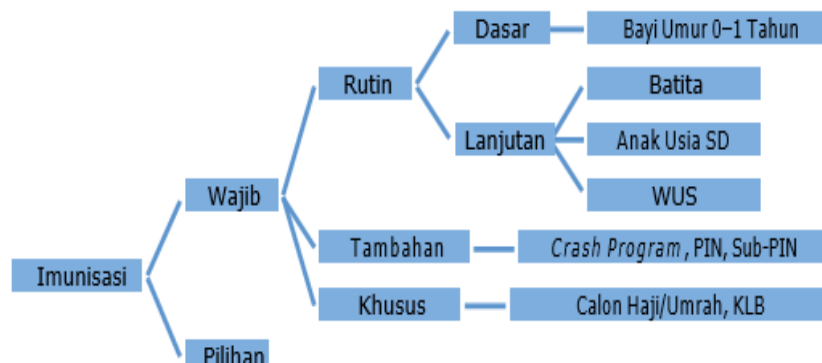
Ada 2 jenis vaksin berdasarkan sensitivitasnya terhadap suhu, yaitu vaksin yang sensitif terhadap beku dan sensitif terhadap panas.



Gambar 2.2 Skema Penggolongan Vaksin

## 9. Jenis Imunisasi

Berikut ini bagan pembagian jenis imunisasi.



Gambar 2.3 Skema Jenis Imunisasi Berdasarkan Sifat Penyelenggaraan



Pada bagian selanjutnya akan diuraikan satu persatu tentang jenis imunisasi.


## 1. Imunisasi Wajib

Imunisasi wajib merupakan imunisasi yang diwajibkan oleh pemerintah untuk seseorang sesuai dengan kebutuhannya dalam rangka melindungi yang bersangkutan dan masyarakat sekitarnya dari penyakit menular tertentu. Imunisasi wajib terdiri atas imunisasi rutin, imunisasi tambahan, dan imunisasi khusus.


### a. Imunisasi Rutin

Imunisasi rutin merupakan kegiatan imunisasi yang dilaksanakan secara terus-menerus sesuai jadwal. Imunisasi rutin terdiri atas imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan. Tahukah Anda mengenai jenis vaksin imunisasi rutin yang ada di Indonesia? Berikut akan diuraikan macam vaksin imunisasi rutin meliputi deskripsi, indikasi, cara pemberian dan dosis, kontraindikasi, efek samping, serta penanganan efek samping.


**Tabel 2.7 Imunisasi dasar**

Vaksin BCG	
	<b>Deskripsi:</b> Vaksin BCG merupakan vaksin beku kering yang mengandung <i>Mycobacterium bovis</i> hidup yang dilemahkan ( <i>Bacillus Calmette Guérin</i> ), strain paris.
	<b>Indikasi:</b> Untuk pemberian kekebalan aktif terhadap tuberkulosis.
Vaksin BCG & pelarut (Sumber: <a href="http://www.biofarma.co.id">www.biofarma.co.id</a> )	
<b>Cara pemberian dan dosis:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dosis pemberian: 0,05 ml, sebanyak 1 kali.</li> <li>Disuntikkan secara intrakutan di daerah lengan kanan atas (<i>insertio musculus deltoideus</i>), dengan menggunakan ADS 0,05 ml.</li> </ul>	
<b>Efek samping:</b> 2–6 minggu setelah imunisasi BCG daerah bekas suntikan timbul bisul kecil (papula) yang semakin membesar dan dapat terjadi ulserasi dalam waktu 2–4 bulan, kemudian menyembuh perlahan dengan menimbulkan jaringan parut dengan diameter 2–10 mm.	
<b>Penanganan efek samping:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Apabila ulkus mengeluarkan cairan perlu dikompres dengan cairan antiseptik.</li> <li>Apabila cairan bertambah banyak atau koreng semakin membesar anjurkan orang tua membawa bayi ke ke tenaga kesehatan.</li> </ul>	

### Vaksin DPT – HB – HIB

	<p><b>Deskripsi:</b></p> <p>Vaksin DPT-HB-Hib digunakan untuk pencegahan terhadap difteri, tetanus, pertusis (batuk rejan), hepatitis B, dan infeksi <i>Haemophilus influenzae</i> tipe b secara simultan.</p>
<p>Vaksin DPT-HB-HIB (Sumber: <a href="http://www.biofarma.co.id">www.biofarma.co.id</a>)</p>	
<p><b>Cara pemberian dan dosis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vaksin harus disuntikkan secara intramuskular pada anterolateral paha atas.</li> <li>• Satu dosis anak adalah 0,5 ml.</li> </ul>	
<p><b>Kontra indikasi:</b> Kejang atau gejala kelainan otak pada bayi baru lahir atau kelainan saraf serius .</p>	
<p><b>Efek samping:</b> Reaksi lokal sementara, seperti bengkak, nyeri, dan kemerahan pada lokasi suntikan, disertai demam dapat timbul dalam sejumlah besar kasus. Kadang-kadang reaksi berat, seperti demam tinggi, <i>irritabilitas</i> (rewel), dan menangis dengan nada tinggi dapat terjadi dalam 24 jam setelah pemberian.</p>	
<p><b>Penanganan efek samping:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orangtua dianjurkan untuk memberikan minum lebih banyak (ASI atau sari buah).</li> <li>• Jika demam, kenakan pakaian yang tipis.</li> <li>• Bekas suntikan yang nyeri dapat dikompres air dingin.</li> <li>• Jika demam berikan paracetamol 15 mg/kgBB setiap 3–4 jam (maksimal 6 kali dalam 24 jam).</li> <li>• Bayi boleh mandi atau cukup diseka dengan air hangat.</li> <li>• Jika reaksi memberat dan menetap bawa bayi ke dokter.</li> </ul>	

### Vaksin Hepatitis B

	<p><b>Deskripsi:</b></p> <p>Vaksin virus rekombinan yang telah diinaktivasi dan bersifat <i>non-infecious</i>, berasal dari HBsAg.</p>
<p>Vaksin Hepatitis B (Sumber: <a href="http://www.biofarma.co.id">www.biofarma.co.id</a>)</p>	
<p><b>Cara pemberian dan dosis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dosis 0,5 ml atau 1 (buah) HB PID, secara intramuskuler, sebaiknya pada anterolateral paha.</li> <li>• Pemberian sebanyak 3 dosis.</li> <li>• Dosis pertama usia 0–7 hari, dosis berikutnya interval minimum 4 minggu (1 bulan).</li> </ul>	
<p><b>Kontra indikasi:</b> Penderita infeksi berat yang disertai kejang.</p>	
<p><b>Efek Samping:</b> Reaksi lokal seperti rasa sakit, kemerahan dan pembengkakan di sekitar tempat penyuntikan. Reaksi yang terjadi bersifat ringan dan biasanya hilang setelah 2 hari.</p>	
<p><b>Penanganan Efek samping:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orangtua dianjurkan untuk memberikan minum lebih banyak (ASI).</li> <li>• Jika demam, kenakan pakaian yang tipis.</li> <li>• Bekas suntikan yang nyeri dapat dikompres air dingin.</li> <li>• Jika demam berikan paracetamol 15 mg/kgBB setiap 3–4 jam (maksimal 6 kali dalam 24 jam).</li> <li>• Bayi boleh mandi atau cukup diseka dengan air hangat.</li> </ul>	

### Vaksin Polio Oral (*Oral Polio Vaccine [OPV]*)



Vaksin Polio dan droplet (Sumber: [www.biofarma.co.id](http://www.biofarma.co.id))

#### Deskripsi:

Vaksin Polio Trivalent yang terdiri dari suspensi virus poliomyelitis tipe 1, 2, dan 3 (*strain Sabin*) yang sudah dilemahkan.

#### Indikasi:

Untuk pemberian kekebalan aktif terhadap poliomieltitis.

#### Cara pemberian dan dosis:

Secara oral (melalui mulut), 1 dosis (dua tetes) sebanyak 4 kali (dosis) pemberian, dengan interval setiap dosis minimal 4 minggu.

#### Kontra indikasi:

Pada individu yang menderita *immune deficiency* tidak ada efek berbahaya yang timbul akibat pemberian polio pada anak yang sedang sakit.

#### Efek Samping:

Sangat jarang terjadi reaksi sesudah imunisasi polio oral. Setelah mendapat vaksin polio oral bayi boleh makan minum seperti biasa. Apabila muntah dalam 30 menit segera diberi dosis ulang.

#### Penanganan efek samping:

Orangtua tidak perlu melakukan tindakan apa pun.

### Vaksin Inactive Polio Vaccine (IPV)



Vaksin Polio IPV (Sumber: [www.vaxserve.com](http://www.vaxserve.com))

#### Deskripsi:

Bentuk suspensi injeksi.

#### Indikasi:

Untuk pencegahan *poliomyelitis* pada bayi dan anak *immunocompromised*, kontak di lingkungan keluarga dan pada individu di mana vaksin polio oral menjadi kontra indikasi.

#### Cara pemberian dan dosis:

- Disuntikkan secara intra muskular atau subkutan dalam, dengan dosis pemberian 0,5 ml.
- Dari usia 2 bulan, 3 suntikan berturut-turut 0,5 ml harus diberikan pada interval satu atau dua bulan.
- IPV dapat diberikan setelah usia bayi 6, 10, dan 14, sesuai dengan rekomendasi dari WHO.
- Bagi orang dewasa yang belum diimunisasi diberikan 2 suntikan berturut-turut dengan interval satu atau dua bulan.

#### Kontra indikasi:

- Sedang menderita demam, penyakit akut atau penyakit kronis progresif.
- Hipersensitif pada saat pemberian vaksin ini sebelumnya.
- Penyakit demam akibat infeksi akut: tunggu sampai sembuh.
- Alergi terhadap Streptomycin.

#### Efek samping:

Reaksi lokal pada tempat penyuntikan: nyeri, kemerahan, indurasi, dan bengkak bisa terjadi dalam waktu 48 jam setelah penyuntikan dan bisa bertahan selama satu atau dua hari.

## Vaksin Campak



Vaksin campak dan pelarut (Sumber: [www.biofarma.co.id](http://www.biofarma.co.id))

### Deskripsi:

Vaksin virus hidup yang dilemahkan.

### Indikasi:

Pemberian kekebalan aktif terhadap penyakit campak.

### Cara pemberian dan dosis:

0,5 ml disuntikkan secara subkutan pada lengan kiri atas atau anterolateral paha, pada usia 9–11 bulan.

### Kontra indikasi:

Individu yang mengidap penyakit *immune deficiency* atau individu yang diduga menderita gangguan respon imun karena leukemia, limfoma.

### Efek samping:

Hingga 15% pasien dapat mengalami demam ringan dan kemerahan selama 3 hari yang dapat terjadi 8–12 hari setelah vaksinasi.

### Penanganan efek samping:

- Orangtua dianjurkan untuk memberikan minum lebih banyak (ASI atau sari buah).
- Jika demam kenakan pakaian yang tipis.
- Bekas suntikan yang nyeri dapat dikompres air dingin.
- Jika demam berikan parasetamol 15 mg/kgBB setiap 3–4 jam (maksimal 6 kali dalam 24 jam).
- Bayi boleh mandi atau cukup diseka dengan air hangat.
- Jika reaksi tersebut berat dan menetap bawa bayi ke dokter.

## 2. Imunisasi Lanjutan

Imunisasi lanjutan merupakan imunisasi ulangan untuk mempertahankan tingkat kekebalan atau untuk memperpanjang masa perlindungan. Imunisasi lanjutan diberikan kepada anak usia bawah tiga tahun (Batita), anak usia sekolah dasar, dan wanita usia subur.

## Vaksin DT



Vaksin DT (Sumber: [www.biofarma.co.id](http://www.biofarma.co.id))

### Deskripsi:

Suspensi koloidal homogen berwarna putih susu mengandung toksoid tetanus dan toksoid difteri murni yang terabsorpsi ke dalam aluminium fosfat.

### Indikasi:

Pemberian kekebalan simultan terhadap difteri dan tetanus pada anak-anak.

### Cara pemberian dan dosis:

Secara intra muskular atau subkutan dalam, dengan dosis 0,5 ml. Dianjurkan untuk anak usia di bawah 8 tahun.


### Kontra indikasi:


Hipersensitif terhadap komponen dari vaksin.

### Efek Samping:

Gejala-gejala seperti lemas dan kemerahan pada lokasi suntikan yang bersifat sementara, dan kadang-kadang gejala demam.

<b>Penanganan Efek samping:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orangtua dianjurkan untuk memberikan minum anak lebih banyak.</li> <li>• Jika demam, kenakan pakaian yang tipis</li> <li>• Bekas suntikan yang nyeri dapat dikompres air dingin</li> <li>• Jika demam berikan paracetamol 15 mg/kgBB setiap 3–4 jam (maksimal 6 kali dalam 24 jam)</li> <li>• Anak boleh mandi atau cukup diseka dengan air hangat.</li> </ul>
<b>Kontra indikasi:</b> Individu yang menderita reaksi berat terhadap dosis sebelumnya.
<b>Efek samping:</b> Pada uji klinis dilaporkan terdapat kasus nyeri pada lokasi penyuntikan (20–30%) serta demam(4,7%)

Vaksin Td	
 <p>Vaksin Td (Sumber: <a href="http://www.biofarma.co.id">www.biofarma.co.id</a>)</p>	<b>Deskripsi:</b> Suspensi koloidal homogen berwarna putih susu mengandung toksoid tetanus dan toksoid difteri murni yang terabsorpsi ke dalam aluminium fosfat.
	<b>Indikasi:</b> Imunisasi ulangan terhadap tetanus dan difteri pada individu mulai usia 7 tahun.
<b>Cara pemberian dan dosis:</b> Disuntikkan secara intra muskular atau subkutan dalam, dengan dosis pemberian 0,5 ml.	

Vaksin TT	
 <p>Vaksin TT (Sumber: <a href="http://www.biofarma.co.id">www.biofarma.co.id</a>)</p>	<b>Deskripsi:</b> Suspensi koloidal homogen berwarna putih susu dalam vial gelas, mengandung toksoid tetanus murni, terabsorpsi ke dalam aluminium fosfat.
	<b>Indikasi:</b> Perlindungan terhadap tetanus neonatorum pada wanita usia subur.
<b>Cara pemberian dan dosis:</b> secara intra muskular atau subkutan dalam, dengan dosis 0,5 ml.	
<b>Kontra indikasi:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gejala-gejala berat karena dosis TT sebelumnya.</li> <li>• Hipersensitif terhadap komponen vaksin.</li> <li>• Demam atau infeksi akut.</li> </ul>	
<b>Efek samping:</b> Jarang terjadi dan bersifat ringan seperti lemas dan kemerahan pada lokasi suntikan yang bersifat sementara, dan kadang-kadang gejala demam.	
<b>Penanganan efek samping:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bekas suntikan yang nyeri dapat dikompres air dingin.</li> <li>• Anjurkan ibu minum lebih banyak.</li> </ul>	

### b. Imunisasi Tambahan

Imunisasi tambahan diberikan kepada kelompok umur tertentu yang paling berisiko terkena penyakit sesuai kajian epidemiologis pada periode waktu tertentu. Yang termasuk dalam kegiatan imunisasi tambahan adalah *Backlog fighting*, *Crash program*, PIN (Pekan Imunisasi Nasional), Sub-PIN, *Catch up Campaign* campak dan Imunisasi dalam Penanganan KLB (*Outbreak Response Immunization/ORI*).

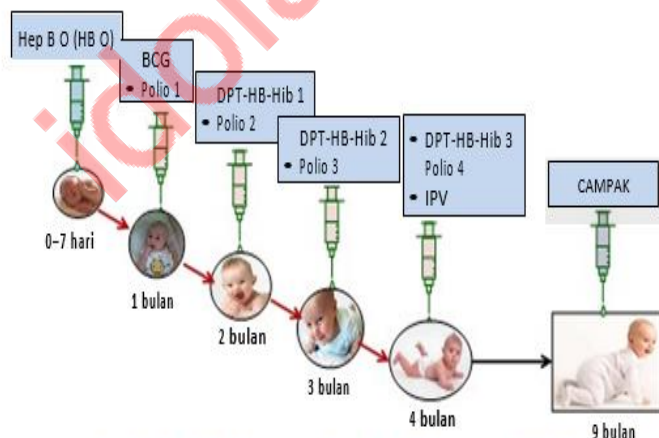
### c. Imunisasi Khusus

Imunisasi khusus merupakan kegiatan imunisasi yang dilaksanakan untuk melindungi masyarakat terhadap penyakit tertentu pada situasi tertentu. Situasi tertentu antara lain persiapan keberangkatan calon jemaah haji/umrah, persiapan perjalanan menuju negara endemis penyakit tertentu dan kondisi kejadian luar biasa. Jenis imunisasi khusus, antara lain terdiri atas Imunisasi Meningitis Meningokokus, Imunisasi Demam Kuning, dan Imunisasi Anti-Rabies.

## 10. Jadwal Imunisasi

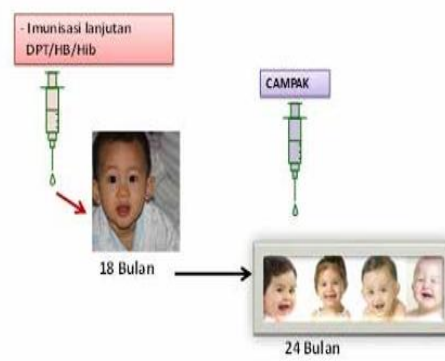
Perlu Anda ketahui bahwa saat ini imunisasi yang diberikan kepada bayi dan anak cukup banyak jumlahnya. Untuk itu, perlu diatur urutan pemberian vaksin dalam jadwal imunisasi. Berikut ini jadwal pemberian imunisasi pada bayi di bawah 1 tahun, usia Batita, anak usia SD, dan WUS.

### a. Jadwal Pemberian Imunisasi Dasar



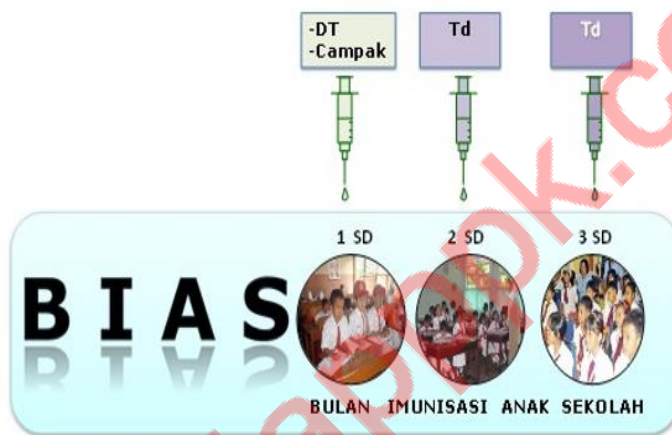
Gambar 2.1 Jadwal imunisasi dasar (untuk bayi usia 0-11 bulan)

b. Jadwal Imunisasi Lanjutan Usia Batita



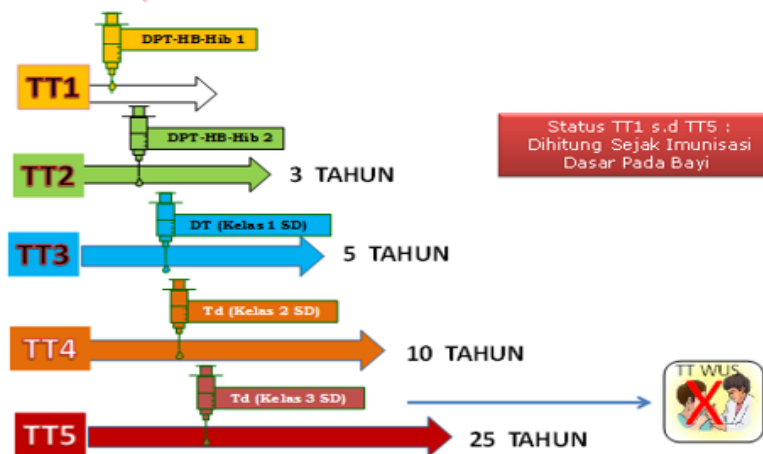
Gambar 2.2 Jadwal imunisasi lanjutan pada Batita

c. Jadwal Imunisasi Lanjutan Usia Sekolah



Gambar 2.3 Jadwal imunisasi lanjutan pada Anak usia Sekolah

d. Jadwal Imunisasi Lanjutan TT



Gambar 2.4 Jadwal imunisasi lanjutan Tetanus Neonatorum



## **PENERAPAN PEMBINAAN UPAYA KESEHATAN SEKOLAH**

### **1. Pengertian**

#### **a. Kesehatan Sekolah**

Dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 79 menyatakan bahwa “Kesehatan Sekolah diselenggarakan untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat peserta didik dalam lingkungan hidup sehat sehingga peserta didik belajar, tumbuh dan berkembang secara harmonis dan setinggi-tingginya menjadi Sumber Daya Manusia yang berkualitas.

#### **b. Usaha Kesehatan Sekolah**

Usaha Kesehatan Sekolah adalah segala usaha yang dilakukan untuk meningkatkan kesehatan peserta didik pada setiap jalur, jenis dan jenjang pendidikan mulai dari TK/RA sampai SMA/SMK/MA.

### **2. Tujuan UKS**

Tujuan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) adalah untuk meningkatkan mutu pendidikan dan prestasi belajar peserta didik dengan meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat serta derajat kesehatan peserta didik dan menciptakan lingkungan yang sehat, sehingga’ memungkinkan pertumbuhan dan perkembangan yang harmonis dan optimal dalam rangka pembentukan manusia Indonesia seutuhnya. Sedangkan secara khusus tujuan UKS adalah untuk memupuk kebiasaan hidup sehat dan mempertinggi derajat kesehatan peserta didik yang di dalamnya mencakup:

- a. Memiliki pengetahuan, sikap, dan keterampilan untuk melaksanakan prinsip hidup sehat, serta berpartisipasi aktif di dalam usaha peningkatan kesehatan di sekolah dan di perguruan agama, di rumah tangga, maupun di lingkungan masyarakat;
- b. Sehat, baik dalam arti fisik, mental, sosial maupun lingkungan; dan
- c. Memiliki daya hayat dan daya tangkal terhadap pengaruh buruk, penyalahgunaan narkoba, alkohol dan kebiasaan merokok serta hal-hal yang berkaitan dengan masalah pornografi dan masalah sosial lainnya.



### **3. Tujuan Pembinaan dan Pengembangan UKS**

Tujuan pembinaan dan pengembangan UKS adalah agar pengelolaan UKS mulai dari pusat sampai ke daerah dan sekolah/madrasah dilaksanakan secara terpadu, terarah, intensif, berkesinambungan sehingga diperoleh hasil yang optimal.

### **4. Sasaran UKS**

Sasaran pembinaan dan pengembangan UKS meliputi:

- a. Sasaran Primer : peserta didik
- b. Sasaran Sekunder : guru, pamong belajar/ tutor, komite sekolah/orang tua, pengelola pendidikan dan pengelola kesehatan, serta TP UKS disetiap jenjang
- c. Sasaran Tertier : Lembaga pendidikan mulai dari tingkat prasekolah sampai pada sekolah lanjutan tingkat atas, termasuk satuan pendidikan luar sekolah dan perguruan agama beserta lingkungannya.

### **5. Ruang Lingkup Program dan Pembinaan UKS**

#### **a. Ruang Lingkup Program UKS**

Ruang lingkup UKS adalah ruang lingkup yang tercermin dalam Tiga Program Pokok Usaha Kesehatan Sekolah (TRIAS UKS), yaitu sebagai berikut:

- 1) Penyelenggaraan Pendidikan Kesehatan, yang meliputi aspek:
  - a) Pemberian pengetahuan dan keterampilan tentang prinsip-prinsip hidup sehat;
  - b) Penanaman perilaku/kebiasaan hidup sehat dan daya tangkal pengaruh buruk dari luar;
  - c) Pelatihan dan penanaman pola hidup sehat agar dapat diimplementasikan dalam kehidupan sehari-hari.
- 2) Penyelenggaraan pelayanan Kesehatan di sekolah antara lain dalam bentuk:
  - a) pelayanan kesehatan;
  - b) pemeriksaan penjangkaran kesehatan peserta didik
  - c) pengobatan ringan dan P3K maupun P3P;
  - d) Pencegahan penyakit (imunisasi, PSN, PHBS, PKHS);
  - e) penyuluhan kesehatan;
  - f) pengawasan warung sekolah dan perbaikan gizi;

- g) pencatatan dan pelaporan tentang keadaan penyakit dan status gizi dan hal lainnya yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan;
  - h) rujukan kesehatan ke Puskesmas;
  - i) UKGS;
  - j) Pemeriksaan berkala.
- 3) Pembinaan Lingkungan Kehidupan Sekolah Sehat, baik fisik, mental, sosial maupun lingkungan yang meliputi:
- a) Pelaksanaan **7K** (kebersihan, keindahan, kenyamanan, ketertiban, keamanan, kerindangan, kekeluargaan );
  - b) pembinaan dan pemeliharaan kesehatan lingkungan;
  - c) pembinaan kerjasama antar masyarakat sekolah (guru, peserta didik, pegawai sekolah, komite sekolah dan masyarakat sekitar).

#### **b. Ruang Lingkup Pembinaan UKS**

Ruang lingkup pembinaan UKS meliputi:

- 1) Pendidikan kesehatan;
- 2) Pelayanan kesehatan;
- 3) Pemeliharaan lingkungan kehidupan sekolah sehat;
- 4) Ketenagaan;
- 5) Sarana prasarana;
- 6) Penelitian dan pengembangan;
- 7) Manajemen/organisasi;
- 8) Monitoring dan evaluasi.

#### **6. Landasan Hukum**

Sebagai suatu kegiatan yang diselenggarakan melalui kerjasama lintas sektoral, landasan hukum Usaha Kesehatan Sekolah adalah:

- a. Undang-Undang No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional;
- b. Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah;
- c. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

- d. Peraturan Pemerintah No. 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.
- e. Peraturan Pemerintah No. 17 Tahun 2010 tentang Pengelolaan dan Penyelenggaraan Pendidikan.
- f. Peraturan Pemerintah No. 23 Tahun 2011 tentang Peran Gubernur selaku Wakil Pemerintah Pusat.
- g. SKB Menteri Pendidikan Nasional, Menteri Kesehatan, Menteri Agama dan Menteri Dalam Negeri Nomor : 1/U/SKB/2003, Nomor : 1067/Menkes/SKB/VII/2003, Nomor : MA/230 A/2003, Nomor : 26 Tahun 2003 tanggal 23 Juli 2003 tentang Pembinaan dan Pengembangan UKS.
- h. SKB Menteri Pendidikan Nasional, Menteri Kesehatan, Menteri Agama dan Menteri Dalam Negeri Nomor : 2/P/SKB/2003; Nomor : 1068/Menkes/SKB/VII/2003;

## **7. Kebijakan Umum**

Yang dimaksud dengan kebijakan umum disini adalah kebijakan pelaksanaan dalam rangka memberikan landasan dan pedoman pembinaan dan pengembangan UKS untuk dilaksanakan secara terpadu, merata, menyeluruh, berhasil guna, dan berdayaguna. Kebijakan pelaksanaan adalah sebagai berikut:

- a. Kesenambungan program UKS dari Pendidikan Anak Usia Dini sampai tingkat SMA. Dengan sasaran cakupan anak umur 5-9 tahun baik anak yang normal maupun berlainan yang berada di sekolah dan luar sekolah, meliputi kegiatan:
  - TK/RA
  - SD/MI/Paket A setara SD
  - SLTP/MTs/Paket B setara SMP
  - SMA/SMK/MA/Paket C setara SMA
  - Sanggar Kegiatan Belajar/PKBM
- b. Segala upaya peningkatan dan pengembangan kesehatan warga sekolah dan masyarakat lingkungan sekolah agar diupayakan melalui jalur Tim Pembina UKS Pusat dan Tim Pembina UKS di daerah secara berjenjang ("one gate policy");
- c. Pembinaan dan pengembangan UKS dilaksanakan Secara Lintas Program dan Lintas Sektor melalui kegiatan yang terpadu dan berkesinambungan;

- d. Upaya pendidikan kesehatan diselenggarakan melalui kegiatan kurikuler dan ekstrakurikuler;
- e. Upaya pelayanan kesehatan dilakukan secara menyeluruh baik yang meliputi upaya promotif (peningkatan kesehatan), preventif (pencegahan), dan kuratif (pengobatan) maupun rehabilitatif (pemulihan), namun lebih diutamakan pada upaya promotif dan preventif yang dilakukan secara terpadu dibawah koordinasi dan bimbingan teknis langsung dari Puskesmas;
- f. Upaya peningkatan lingkungan kehidupan sekolah yang sehat diarahkan untuk mendukung tercapainya tujuan pendidikan dan pelayanan kesehatan serta UKS secara keseluruhan, dengan memberdayakan sumber daya yang ada dan meningkatkan peran serta masyarakat;
- g. Tugas dan fungsi TP UKS pusat dan daerah disesuaikan pula dengan peraturan perundangan yang berlaku.
- h. Optimalisasi program UKS pada setiap jenis dan jenjang pendidikan;
- i. Penyelenggaraan pembinaan dan pengembangan UKS dilakukan dengan peran aktif pemerintah (pusat dan daerah), komite sekolah dan masyarakat.

## **8. Kebijakan Pelaksanaan**

- a. Pemberdayaan kabupaten/kota dalam perencanaan terpadu (lintas program/lintas sektor), terkait operasional, serta tindak lanjut.
- b. Meninjau kembali program lama dan menyesuaikan dengan kebutuhan saat ini termasuk mempertimbangkan adanya peraturan perundang-undangan yang baru;
- c. Mengupayakan program UKS yang integrated (lintas program/lintas sektor);
- d. Pemberdayaan masyarakat, dunia usaha dan LSM di dalam pengembangan program UKS;
- e. Meningkatkan dan memantapkan program UKS melalui:
  - Workshop/Rapat Kerja/Rapat Koordinasi.
  - Pengembangan dan Akselerasi Program UKS.
  - Kemitraan.
- f. Melengkapi sarana dan prasarana UKS yang memadai;
- g. Meningkatkan peran Sekretariat TP UKS lebih berdaya guna dan berhasil guna;
- h. Memfungsikan secara optimal peranan lembaga-lembaga pendidikan baik pada pendidikan formal maupun non formal;

- i. Meningkatkan dan mensosialisasikan program UKS ke instansi terkait di pusat, provinsi, kabupaten/kota dan legislative

## **9. Langkah-langkah**

Langkah-langkah yang diambil adalah :

- a. Menetapkan pola pembinaan dan pengembangan UKS, berupa peningkatan standar layanan kesehatan dan pendidikan, dan pengembangan program menuju Sekolah Promosi Kesehatan.
- b. Mengoptimalkan peran dan fungsi TP UKS dan Sekretariat TP UKS pada setiap jenjang pemerintahan.
- c. Meningkatkan cakupan yang dilanjutkan dengan mutu program UKS melalui keterpaduan program secara profesional.
- d. Menyelenggarakan upaya promotif dan preventif untuk menanggulangi dan mencegah masalah kesehatan jiwa yang mendesak seperti ketergantungan kepada narkoba, kebiasaan merokok, minuman keras dan bahan berbahaya, kenakalan remaja, kriminalitas/perilaku negatif peserta didik;
- e. Mengoptimalkan program-program "Life Skill Education" khususnya dalam upaya meningkatkan keterampilan psikososial, yang pengembangannya melalui kemasn subtansi kesehatan atau melalui Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat
- f. Mengupayakan pengadaan tenaga pembina UKS, sarana dan prasarana serta pemeliharannya baik di pusat maupun di daerah;
- g. Melaksanakan penelitian dan pengembangan UKS secara terpadu, teratur, dan terencana; dan
- h. Membangkitkan minat masyarakat untuk ikut serta dalam penyelenggaraan UKS.

## **10. Strategi Pelaksanaan**

- a. Seluruh jajaran Tim Pembina UKS perlu memperkuat dan meningkatkan fungsi konsultatif dan advokasi terhadap program-program UKS secara menyeluruh;
- b. TP UKS Pusat menyusun kebijakan yang bersifat operasional di daerah dilimpahkan kepada daerah dengan memperhatikan kesehatan fisik, mental dan sosial dengan penekanan pada paradigma sehat sesuai dengan tuntutan kebutuhan masyarakat;

- c. Meningkatkan peran serta komite sekolah dan menjalin kemitraan dengan dunia usaha/LSM/ masyarakat lainnya. Masing-masing sektor/ kementerian menempatkan UKS sebagai program prioritas. Masing-masing sektor/ kementerian mengalokasikan dana program UKS sesuai dengan tupoksinya.
- d. Mengoptimalkan peranan lembaga-lembaga pendidikan yang ada baik pada jalur sekolah, maupun jalur luar sekolah sesuai jenis dan jenjang pendidikan terhadap program UKS.
- e. Perlunya memantapkan standar pelayanan minimal SPM UKS sebagai masukan bagi Provinsi, Kabupaten/Kota dan legislatif;
- f. Melakukan pertemuan-pertemuan periodik/ sebagai forum komunikasi dan konsultasi secara nasional setiap 2 (dua) tahun sekali dan daerah setiap tahun.

## **B. TUGAS POKOK DAN FUNGSI MASING-MASING KEMENTERIAN**

### **1. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan**

Membina dan mengembangkan program UKS melalui jalur kurikuler (kurikuler dan ekstrakurikuler), termasuk di dalamnya:

- a. Merumuskan kebijakan teknis dalam pengembangan dan pembinaan UKS;
- b. Melaksanakan koordinasi, sinkronisasi, pengawasan, pembinaan dan pengembangan UKS;
- c. Menyusun program pembinaan, pelatihan, dan pengembangan untuk tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota;
- d. Mengembangkan metodologi pendidikan dan pembudayaan perilaku hidup bersih dan sehat;
- e. Melakukan kerjasama pembinaan dengan lembaga/instansi terkait;
- f. Merumuskan dan menyusun standar, norma, prosedur, pedoman, kriteria, dan bimbingan teknis serta penyiapan bahan evaluasi yang terkait dengan bidang pendidikan.
- g. Melaksanakan kebijakan teknis pembinaan dan pengembangan UKS di sekolah;
- h. Melaksanakan pengawasan secara terpadu untuk pembinaan dan pengembangan UKS di kecamatan dan satuan pendidikan;
- i. Melaksanakan pembinaan Manajemen Sekolah Sehat di sekolah/madrasah;
- j. Melaksanakan monitoring dan evaluasi;
- k. Melaksanakan pemetaan, pengumpulan dan pengolahan data;

- l. Memberikan dukungan dalam pembinaan dan pengembangan program UKS;
- m. Melaksanakan penelitian dan pengembangan.

## **2. Kementerian Kesehatan**

Membina dan mengembangkan program UKS melalui jalur Ekstrakurikuler:

- a. Merumuskan dan menetapkan kebijakan teknis, penyusunan standard norma, pedoman, kriteria, prosedur dan bimbingan teknis serta evaluasi yang terkait dengan pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan sekolah sehat;
- b. Melaksanakan kebijakan teknis pembinaan dan pengembangan UKS kerjasama dengan sektor terkait dalam TP UKS;
- c. Melaksanakan pembinaan Sekolah Sehat di sekolah/madrasah;
- d. Melaksanakan monitoring dan evaluasi;
- e. Melaksanakan penelitian dan pengembangan.

## **3. Kementerian Agama**

Melaksanakan pembinaan dan pengembangan UKS di satuan pendidikan dan pendidikan keagamaan di lingkungan Kementerian Agama, termasuk di dalamnya :

- a. Merumuskan kebijakan teknis dalam pengembangan dan pembinaan UKS;
- b. Melaksanakan koordinasi, sinkronisasi, pengawasan, pembinaan dan pengembangan UKS;
- c. Menyusun program pembinaan, pelatihan, dan pengembangan untuk tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota;
- d. Mengembangkan metodologi pendidikan dan pembudayaan perilaku hidup bersih dan sehat;
- e. Melakukan kerjasama pembinaan dengan lembaga/instansi terkait;
- f. Merumuskan dan menyusun standar, norma, prosedur, pedoman, kriteria, dan bimbingan teknis serta penyiapan bahan evaluasi yang terkait dengan bidang pendidikan.
- g. Melaksanakan kebijakan teknis pembinaan dan pengembangan UKS di madrasah;
- h. Melaksanakan pengawasan secara terpadu untuk pembinaan dan pengembangan UKS di kecamatan dan satuan pendidikan;

- i. Melaksanakan pembinaan Manajemen Sekolah Sehat di sekolah/madrasah;
- j. Melaksanakan monitoring dan evaluasi;
- k. Melaksanakan pemetaan, pengumpulan dan pengolahan data;
- l. Memberikan dukungan dalam pembinaan dan pengembangan program UKS;
- m. Melaksanakan penelitian dan pengembangan.

#### **4. Kementerian Dalam Negeri**

- a. Memfasilitasi penyusunan norma, standar, prosedur, dan kriteria program UKS;
- b. Memfasilitasi kelembagaan UKS dalam kelembagaan daerah;
- c. Memfasilitasi aspek kepegawaian terkait formasi kepegawaian Tim Pembina UKS;
- d. Memfasilitasi penyusunan pedoman APBD agar daerah mengalokasikan untuk UKS;
- e. Melakukan pembinaan dan pengawasan secara umum terhadap program UKS.



# **PEMBERDAYAAN DAB KOLABORASI DENGAN MASYARAKAT MELIPUTI PENERAPAN, IDENTIFIKASI, KADERISASI, SERTA PENYULUHAN KESEHATAN KEPADA MASYARAKAT**

## **1. Pengertian**

### **a. Pengertian Pemberdayaan Masyarakat**

Pemberdayaan menurut arti secara bahasa adalah proses, cara, perbuatan membuat berdaya, yaitu kemampuan untuk melakukan sesuatu atau kemampuan bertindak yang berupa akal, ikhtiar atau upaya . Masyarakat adalah kesatuan hidup manusia yang berinteraksi menurut suatu sistem adat istiadat tertentu yang bersifat kontinyu, dan yang terikat oleh suatu rasa identitas bersama.

Pemberdayaan adalah proses transisi dari keadaan ketidakberdayaan ke keadaan kontrol relatif atas kehidupan seseorang, takdir, dan lingkungan.

Menurut Mubarak, pemberdayaan masyarakat dapat diartikan sebagai upaya untuk memulihkan atau meningkatkan kemampuan suatu komunitas untuk mampu berbuat sesuai dengan harkat dan martabat mereka dalam melaksanakan hak-hak dan tanggung jawabnya selaku anggota masyarakat.

### **b. Pengertian Kolaborasi**

Kolaborasi menurut Salman (2012:140-141) merupakan cara atau metode untuk menciptakan suatu keadaan dimana dua pihak atau lebih saling berkontribusi dalam tahap – tahap pencapaian tujuan bersama, adapun unsur – unsurnya meliputi Resources, Organization, dan Norms. Keterlibatan stakeholders dalam pemberdayaan masyarakat dilihat dari tiga tahapan, yakni tahap penyadaran, pengkapasitasan, dan tahap pendayaan (Wrihatnolo, 2007).

## **2. Konsep Pemberdayaan Masyarakat**

Konsep pemberdayaan adalah suatu proses yang diupayakan untuk melakukan perubahan. Pemberdayaan masyarakat memiliki makna memberi kekuatan/daya kepada kumpulan masyarakat yang berada pada kondisi ketidakberdayaan agar menjadi berdaya dan mandiri serta memiliki kekuatan melalui proses dan tahapan yang sinergis. Istilah konsep berasal dari bahasa latin *conceptum*, artinya sesuatu yang dipahami. Konsep merupakan abstraksi suatu ide atau gambaran mental, yang dinyatakan dalam suatu kata atau symbol. Secara konseptual, pemberdayaan atau pemberkuasaan

(*empowerment*), berasal dari kata *power* yang berarti kekuasaan atau keberdayaan.

Konsep pemberdayaan berawal dari penguatan modal sosial di masyarakat (kelompok) yang meliputi Kepercayaan (*trusts*), Patuh Aturan (*role*), dan Jaringan (*networking*). Apabila kita sudah memiliki modal social yang kuat maka kita akan mudah mengarahkan dan mengatur (*direct*) masyarakat serta mudah mentransfer *knowledge* kepada masyarakat. Dengan memiliki modal social yang kuat maka kita akan dapat menguatkan *Knowledge*, modal (*money*), dan *people*. Konsep ini mengandung arti bahwa konsep pemberdayaan masyarakat adalah transfer kekuasaan melalui penguatan modal social kelompok untuk menjadikan kelompok produktif untuk mencapai kesejahteraan sosial. Modal sosial yang kuat akan menjamin *suistainable* didalam membangun rasa kepercayaan di dalam masyarakat khususnya anggota kelompok (*how to build the trust*).

Pemberdayaan merujuk pada kemampuan orang, khususnya kelompok rentan dan lemah sehingga mereka memiliki kekuatan atau kemampuan dalam:

- a. memenuhi kebutuhan dasarnya sehingga mereka memiliki kebebasan (*freedom*), dalam arti bukan saja bebas dalam mengemukakan pendapat, melainkan bebas dari kelaparan, bebas dari kebodohan, bebas dari kesakitan
- b. menjangkau sumber-sumber produktif yang memungkinkan mereka dapat meningkatkan pendapatnya dan memperoleh barang-barang dan jasa-jasa yang mereka perlukan; dan
- c. berpartisipasi dalam proses pembangunan dan keputusan-keputusan yang mempengaruhi mereka.

### **3. Siklus Pemberdayaan Masyarakat**

Konsep pemberdayaan menekankan bahwa orang memperoleh keterampilan, pengetahuan, dan kekuasaan yang cukup untuk mempengaruhi kehidupannya dan kehidupan orang lain yang menjadi perhatiannya (23). Pemahaman mengenai konsep pemberdayaan tidak bisa dilepaskan dari pemahaman mengenai siklus pemberdayaan itu sendiri, karena pada hakikatnya pemberdayaan adalah sebuah usaha berkesinambungan untuk menempatkan masyarakat menjadi lebih proaktif dalam menentukan arah

kemajuan dalam komunitasnya sendiri. Artinya program pemberdayaan tidak bisa hanya dilakukan dalam satu siklus saja dan berhenti pada suatu tahapan tertentu, akan tetapi harus terus berkesinambungan dan kualitasnya terus meningkat dari satu tahapan ke tahapan berikutnya (13).

Menurut Wilson (1996) terdapat 7 tahapan dalam siklus pemberdayaan masyarakat:

- 1) *Tahap pertama* yaitu keinginan dari masyarakat sendiri untuk berubah menjadi lebih baik.
- 2) Pada *tahap kedua*, masyarakat diharapkan mampu melepaskan halangan-halangan atau factor-faktor yang bersifat resistensi terhadap kemajuan dalam dirinya dan komunitasnya.
- 3) Pada *tahap ketiga*, masyarakat diharapkan sudah menerima kebebasan tambahan dan merasa memiliki tanggung jawab dalam mengembangkan dirinya dan komunitasnya.
- 4) *Tahap keempat* yaitu upaya untuk mengembangkan peran dan batas tanggung jawab yang lebih luas, hal ini juga terkait dengan minat dan motivasi untuk melakukan pekerjaan dengan lebih baik.
- 5) Pada *tahap kelima* ini hasil-hasil nyata dari pemberdayaan mulai kelihatan, dimana peningkatan rasa memiliki yang lebih besar menghasilkan keluaran kinerja yang lebih baik.
- 6) Pada *tahap keenam* telah terjadi perubahan perilaku dan kesan terhadap dirinya, dimana keberhasilan dalam peningkatan kinerja mampu meningkatkan perasaan psikologis di atas posisi sebelumnya.
- 7) Pada *tahap ketujuh* masyarakat yang telah berhasil dalam memberdayakan dirinya, merasa tertantang untuk upaya yang lebih besar guna mendapatkan hasil yang lebih baik. Siklus pemberdayaan ini menggambarkan proses mengenai upaya individu dan komunitas untuk mengikuti perjalanan ke arah prestasi dan kepuasan individu dan pekerjaan yang lebih tinggi.

#### **4. Tujuan Pemberdayaan Masyarakat**

Pemberdayaan ini memiliki tujuan dua arah, yaitu melepaskan belenggu

kemiskinan dan keterbelakangan dan memperkuat posisi lapisan masyarakat dalam struktur kekuasaan. Pemberdayaan adalah sebuah proses dan tujuan. Sebagai proses, pemberdayaan adalah serangkaian kegiatan untuk memperkuat kekuasaan atau keberdayaan kelompok lemah dalam masyarakat, termasuk individu-individu yang mengalami masalah kemiskinan. Sebagai tujuan, maka pemberdayaan merujuk pada keadaan atau hasil yang ingin dicapai oleh sebuah perubahan sosial; yaitu masyarakat yang berdaya, memiliki kekuasaan atau mempunyai pengetahuan dan kemampuan dalam memenuhi kebutuhan hidupnya baik yang bersifat fisik, ekonomi maupun social seperti memiliki kepercayaan diri mampu menyampaikan aspirasi, mempunyai mata pencaharian, berpartisipasi dalam kegiatan sosial, dan mandiri dalam melaksanakan tugas-tugas kehidupannya.

## **5. Teori Pemberdayaan Masyarakat**

Sekumpulan konsep, definisi, dan proposisi yang menyajikan pandangan sistematis melalui pengkhususan hubungan antar variabel dengan tujuan menjelaskan dan meramalkan/menduga. Teori pemberdayaan masyarakat memberikan petunjuk apa yang sebaiknya dilakukan di dalam situasi tertentu. Teori dapat dalam bentuk luas atau ringkas mengenai pola-pola interaksi dalam masyarakat atau menggambarkan pola yang terjadi dalam situasi tertentu (contoh: masyarakat, organisasi, atau kelompok populasi tertentu).

Sebuah teori dalam pemberdayaan masyarakat dapat ditemukan atau diungkap menggunakan 2 pendekatan. Pendekatan pertama yaitu *Deductive Theory Construction* yaitu teori yang sudah ada atau ditemukan di awal kemudian dilakukan penelitian pemberdayaan pada masyarakat. Pendekatan kedua yaitu *Konstruktive theory* yaitu teori yang belum ada atau masih di duga dan untuk menyusunnya dilakukan penelitian pemberdayaan pada masyarakat.

## **6. Unsur-Unsur Program Pengembangan Masyarakat**

- a) Program terencana yang berfokus pada kebutuhan-kebutuhan menyeluruh (*total needs*) dari masyarakat yang bersangkutan.

- b) Mendorong kemandirian atau swadaya masyarakat.
- c) Adanya bantuan teknis dari pemerintah, badan-badan swasta, atau organisasi-organisasi sukarela, yang meliputi tenaga, peralatan, bahan, ataupun dana.
- d) Mempersatukan berbagai disiplin ilmu seperti pertanian, peternakan, kesehatan masyarakat, pendidikan kesejahteraan keluarga, kewanitaan, kepemudaan, dan lainnya untuk membantu masyarakat

## **7. Unsur Pemberdayaan Masyarakat**

### **1) Inklusi dan Partisipasi**

Inklusi berfokus pada pertanyaan siapa yang diberdayakan, sedangkan partisipasi berfokus pada bagaimana mereka diberdayakan dan peran apa yang mereka mainkan setelah pembangunan adalah memberi mereka otoritas dan kontrol atas keputusan mengenai sumber-sumber pembangunan. Partisipasi masyarakat miskin dalam menetapkan prioritas pembangunan pada tingkat nasional maupun daerah diperlukan guna menjamin bahwa sumber daya pembangunan (dana, prasarana/sarana, tenaga ahli, dll) yang terbatas secara nasional maupun pada tingkat daerah dialokasikan sesuai dengan kebutuhan dan prioritas masyarakat miskin tersebut.

Partisipasi yang keliru adalah melibatkan masyarakat dalam pembangunan hanya untuk didengar suaranya tanpa betul-betul memberi peluang bagi mereka untuk ikut mengambil keputusan. Pengambilan keputusan yang partisipatif tidak selalu harmonis dan seringkali ada banyak prioritas yang harus dipilih, oleh sebab itu mekanisme resolusi konflik kepentingan harus dikuasai oleh pemerintah guna mengelola ketidak-sepakatan. Ada berbagai bentuk partisipasi, yaitu:

- a) Secara langsung,
- b) Dengan perwakilan (yaitu memilih wakil dari kelompok-kelompok masyarakat),
- c) Secara politis (yaitu melalui pemilihan terhadap mereka yang mencalonkan diri untuk mewakili mereka),
- d) Berbasis informasi (yaitu dengan data yang diolah dan dilaporkan

kepada pengambil keputusan),

- e) Berbasis mekanisme pasar yang kompetitif (misalnya dengan pembayaran terhadap jasa yang diterima) (3).

Partisipasi secara langsung oleh masing-masing anggota masyarakat adalah tidak realistis, kecuali pada masyarakat yang jumlah penduduknya sedikit, atau untuk mengambil keputusan- keputusan kenegaraan yang mendasar melalui referendum. Yang umum dilakukan adalah partisipasi secara tidak langsung, oleh wakil-wakil masyarakat atau berdasarkan informasi dan mekanisme pasar. Organisasi berbasis masyarakat seperti lembaga riset, LSM, organisasi keagamaan, dan lain-lain. mempunyai peranan yang penting dalam membawa suara masyarakat miskin untuk didengar oleh pengambil keputusan tingkat nasional dan daerah.

Upaya melibatkan masyarakat dalam pengertian yang benar adalah memberi masyarakat kewenangan untuk memutuskan sendiri apa-apa yang menurut mereka penting dalam kehidupan mereka.

- a) Akses pada informasi,

Adalah aliran informasi yang tidak tersumbat antara masyarakat dengan masyarakat lain dan antara masyarakat dengan pemerintah. Informasi meliputi ilmu pengetahuan, program dan kinerja pemerintah, hak dan kewajiban dalam bermasyarakat, ketentuan tentang pelayanan umum, perkembangan permintaan dan penawaran pasar, dan sebagainya. Kapasitas organisasi lokal

Adalah kemampuan masyarakat untuk bekerja bersama, mengorganisasikan perorangan dan kelompok-kelompok yang ada di dalamnya, memobilisasi sumber-sumber daya yang ada untuk menyelesaikan masalah bersama. Masyarakat yang *organized*, lebih mampu membuat suaranya terdengar dan kebutuhannya terpenuhi.

- b) Profesionalitas pelaku pemberdaya

Adalah kemampuan pelaku pemberdaya, yaitu aparat pemerintah atau LSM, untuk mendengarkan, memahami, mendampingi dan melakukan tindakan yang diperlukan untuk melayani kepentingan masyarakat. Pelaku pemberdaya juga harus mampu mempertanggung jawabkan kebijakan dan tindakannya yang mempengaruhi kehidupan masyarakat.

## **ETIK KEDOKTERAN**

### **1. Hukum Dan Etik Kedokteran**

Seorang dokter dalam menjalankan tugasnya mempunyai alasan yang mulia, yaitu berusaha untuk menyehatkan tubuh pasien, atau setidaknya berbuat untuk mengurangi penderitaan pasien. Oleh karenanya dengan alasan yang demikian wajarlah apabila apa yang dilakukan oleh dokter itu layak untuk mendapatkan perlindungan hukum sampai batas-batas tertentu. Sampai batas mana perbuatan dokter itu dapat dilindungi oleh hukum, inilah yang menjadi permasalahan. Mengetahui batas tindakan yang diperbolehkan menurut hukum, merupakan hal yang sangat penting, baik bagi dokter itu sendiri maupun bagi pasien dan para aparat penegak hukum.

Jika seorang dokter tidak mengetahui tentang batas tindakan yang diperbolehkan oleh hukum dan menjalankan tugas perawatannya, sudah barang tentu dia akan ragu-ragu dalam melakukan tugas tersebut, terutama untuk memberikan diagnosis dan terapi terhadap penyakit yang diderita oleh pasien. Keraguan bertindak seperti itu tidak akan menghasilkan suatu penyelesaian yang baik, atau setidaknya tidak akan memperoleh penemuan baru dalam ilmu pengobatan atau pelayanan kesehatan. Bahkan bisa saja terjadi suatu tindakan yang dapat merugikan pasien. Demikian juga bagi aparat penegak hukum yang menerima pengaduan, sudah selayaknya mereka terlebih dahulu harus mempunyai pandangan atau pengetahuan yang cukup mengenai hukum kesehatan, agar dapat menentukan apakah perbuatannya itu melanggar etika atau melanggar hukum.

Disadari sepenuhnya bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh seorang dokter kepada pasien tidak selamanya berhasil dengan baik. Adakalanya usaha tersebut mengalami kegagalan. Faktor penyebab kegagalan ini banyak macamnya, mungkin karena kurangnya pehaman dokter yang bersangkutan terhadap penyakit yang diderita oleh pasien, atau karena minimnya peralatan yang digunakan untuk melakukan diagnosis dan terapi. Namun tidak jarang terjadinya kegagalan itu bersumber dari faktor manusianya sendiri, yakni karena adanya kesalahan dari dokter dalam mengadakan diagnosis dan terapi. Hal yang terakhir ini membuat masyarakat awam beranggapan bahwa dokter telah gagal atau dianggap gagal dalam melaksanakan tugas perawatannya.

## **2. Mukadimah**

Sejak permulaan sejarah peradaban umat manusia, sudah dikenal hubungan kepercayaan (fiduciary relationship) antara dua insan yaitu sang pengobat dan penderita yang melahirkan konsep profesi. Manusia penderita atau pasien yang sangat memerlukan pertolongan fisik, mental, sosial dan spiritual mempercayakan bulat-bulat dirinya, khususnya kelangsungan kehidupan, penderitaan, ketergantungan dan kerahasiaannya kepada sang pengobat. Kepercayaan bulat yang teramat besar ini sebagai inti jaminan proses hubungan pengobat-pasien tersebut memunculkan tanggung jawab sang pengobat sebagai profesi. Universalitas tanggung jawab profesi pengobat yang kemudian di era modern dikenal sebagai dokter adalah tetap abadi, sepanjang masa. Dokter bahkan dikenal sebagai pelopor profesi luhur tertua dalam sejarah karena dimensi tanggung jawabnya di bidang kemanusiaan yang membuahkan ahlak peradaban budaya sejagat. Budaya ini diyakini akan abadi sepanjang sejarah manusia sebagai makhluk sosial karena moralitas luhur kedokteran sebagai sisi deontologik dan tipe ideal manusia penolong kemanusiaan senantiasa meneguhkan semata-mata kewajiban atau tanggung jawab dan tidak segera atau bahkan selamanya tidak akan mengedepankan hak-hak profesi ketika melaksanakan pengabdian profesinya.

Imhotep dari Mesir, Hippocrates dari Yunani, Galenus dari Roma, sebagai perintis peletak dasar moralitas dan tradisi luhur kedokteran sebagai suatu janji publik sepihak yang dibuat oleh kaum pengobat/dokter akan mengusung model keteladanan tokoh



panutan yang seragam dan diakui dunia. Selain itu, suara batin atau nurani dokter sebagai manusia bio-psiko-sosio-kultural-spiritual, akan melambangkan ajaran keteladanan dan kebaikan sosial budaya dan agama masing-masing. Kumpulan janji publik penuh keteladanan dan kesejawatan tersebut kemudian dirumuskan oleh organisasi profesi dari negara tempat berpijak pengabdian profesi menjadi norma etika dan disiplin. Perumusan norma etika berdasarkan ajaran filsafat tentang universalitas kewajiban dalam relasi sosial partikular dokter-pasien yang mengedepankan nilai-nilai tanggung jawab profesional, kesejawatan dan proporsionalitas tugas dan jasa dokter dalam rangka keberlangsungan profesi di era global. Ajakan orientasi panggilan nurani demi tujuan umum kepentingan terbaik dan keselamatan pasien sebagai bahagian dari komunitas atau masyarakat setempat dan diterapkannya secara lege artis ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran mutakhir yang senantiasa dinamis dan berkembang, disatukan dalam norma profesi. Norma etika praktik kedokteran yang dibakukan berfungsi sebagai ciri dan cara pedoman dokter dalam bersikap, bertindak dan berperilaku profesional sehingga mudah dipahami, diikuti dan dijadikan tolok ukur tanggung jawab pelayanan profesi yang seringkali mendahului kebebasan profesi itu sendiri. Norma profesi, selain pelayanan kesehatan termasuk juga dalam lapangan pendidikan dan penelitian dan kegiatan sosial atau kesejawatan lainnya.

Pada jaman modern seperti saat ini yang ditandai oleh spesialisasi dan keseminatan kedokteran atau kelompok kesejawatan lainnya, nilai-nilai etika profesi akan senantiasa mewarnai ciri dan cara pelayanan pasien, klien atau masyarakat setempat atau pun manusia sejagat, dengan dimensi meningkatkan hubungan dokter-pasien juga dalam format hubungan saling kerjasama. Nilai etika yang berdimensi “apa yang seyogyanya”, apalagi jenis yang melambangkan keluhuran profesi, senantiasa akan menjadi pencerah dan pembingkai “apa yang senyatanya” dari dimensi teleologik penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi. Dengan demikian dalam setiap penyempurnaan norma etika secara tertulis, baik idealisme teoritis maupun penerapannya akan mempertimbangkan kaidah-kaidah dasar moral ataupun prinsip/kaidah dasar bioetika, antara lain seperti berbuat baik (beneficence), tidak merugikan (non maleficence), menghargai otonomi pasien (autonomy), dan berlaku adil (justice).

Khusus di Indonesia, perumusan norma dan penerapan nyata etika kedokteran kepada perseorangan pasien/klien atau kepada komunitas/ masyarakat di segala bentuk fasilitas pelayanan kesehatan/kedokteran juga didasarkan atas azas-azas ideologi bangsa dan negara yakni Pancasila, Undang-Undang Dasar 1945. Menyadari bahwa pada akhirnya semua pedoman etik dimanapun diharapkan akan menjadi penuntun perilaku sehari-hari setiap dokter sebagai pembawa nilai-nilai luhur profesi, pengamalan etika kedokteran yang dilandaskan pada moralitas kemanusiaan akan menjadi tempat kebenaran “serba baik” dari manusia penyandanginya. Para dokter Indonesia selayaknya menjadi model panutan bagi masyarakatnya. Dokter Indonesia seyogyanya memiliki keseluruhan kualitas dasarnya manusia baik dan bijaksana, yaitu sifat Ketuhanan, kemurnian niat, keluhuran budi, kerendahan hati, kesungguhan dan ketuntasan kerja, integritas ilmiah dan sosial, serta kesejawatan dan cinta Indonesia. Dari pancaran kualitas dasarnya tersebut pengamalan nilai-nilai etik oleh siapapun dokternya, akan menjadi cahaya penerang peradaban budaya profesi di tanah air tercinta Indonesia, pada situasi dan kondisi apapun, dimanapun berada dan sampai kapan pun nanti.

Atas berkat rahmat Tuhan Yang Maha Esa, dengan maksud untuk lebih nyata menjamin dan mewujudkan kesungguhan dan keluhuran ilmu kedokteran sebagaimana dimaksud di atas, kami para dokter Indonesia yang tergabung dalam Ikatan Dokter Indonesia, membakukan dan membukukan nilai-nilai tanggungjawab profesional profesi kedokteran dalam suatu Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI), yang diuraikan dalam pasal-pasal berikut :

**a. KEWAJIBAN UMUM**

1) Pasal 1

Setiap dokter wajib menjunjung tinggi, menghayati dan mengamalkan sumpah dan atau janji dokter.

2) Pasal 2

Seorang dokter wajib selalu melakukan pengambilan keputusan profesional secara independen, dan mempertahankan perilaku profesional dalam ukuran yang tertinggi.

3) Pasal 3

Dalam melakukan pekerjaan kedokterannya, seorang dokter tidak boleh dipengaruhi oleh sesuatu yang mengakibatkan hilangnya kebebasan dan kemandirian profesi.

4) Pasal 4

Seorang dokter wajib menghindarkan diri dari perbuatan yang bersifat memuji diri .

5) Pasal 5

Tiap perbuatan atau nasihat dokter yang mungkin melemahkan daya

Tahan psikis maupun fisik, wajib memperoleh persetujuan pasien/ keluarganya dan hanya diberikan untuk kepentingan dan kebaikan pasien tersebut.

6) Pasal 6

Setiap dokter wajib senantiasa berhati-hati dalam mengumumkan atau menerapkan setiap penemuan teknik atau pengobatan baru yang belum diuji kebenarannya dan terhadap hal-hal yang dapat menimbulkan keresahan masyarakat.

7) Pasal 7

Seorang dokter wajib hanya memberi surat keterangan dan pendapat yang telah diperiksa sendiri kebenarannya.

8) Pasal 8

Seorang dokter wajib, dalam setiap praktik medisnya, memberikan pelayanan secara kompeten dengan kebebasan teknis dan moral sepenuhnya, disertai rasa kasih sayang (compassion) dan penghormatan atas martabat manusia.

9) Pasal 9

Seorang dokter wajib bersikap jujur dalam berhubungan dengan pasien dan sejawatnya, dan berupaya untuk mengingatkan sejawatnya pada saat menangani pasien dia ketahui memiliki kekurangan dalam karakter atau kompetensi, atau yang melakukan penipuan atau penggelapan.

10) Pasal 10

Seorang dokter wajib menghormati hak-hak- pasien, teman sejawatnya, dan tenaga kesehatan lainnya, serta wajib menjaga kepercayaan pasien.

11) Pasal 11

Setiap dokter wajib senantiasa mengingat kewajiban dirinya melindungi hidup makhluk insani.

12) Pasal 12

Dalam melakukan pekerjaannya seorang dokter wajib memperhatikan keseluruhan aspek pelayanan kesehatan (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif), baik fisik maupun psiko-sosial-kultural pasiennya serta berusaha menjadi pendidik dan pengabdian sejati masyarakat. Setiap dokter dalam bekerjasama dengan para pejabat lintas sektoral di bidang kesehatan, bidang lainnya dan masyarakat, wajib saling menghormati.

**b. KEWAJIBAN DOKTER TERHADAP PASIEN**

✓ Pasal 14

Seorang dokter wajib bersikap tulus ikhlas dan mempergunakan seluruh keilmuan dan ketrampilannya untuk kepentingan pasien, yang ketika ia tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan, atas persetujuan pasien/keluarganya, ia wajib merujuk pasien kepada dokter yang mempunyai keahlian untuk itu.

✓ Pasal 15

Setiap dokter wajib memberikan kesempatan pasiennya agar senantiasa dapat berinteraksi dengan keluarga dan penasihatnya, termasuk dalam beribadat dan atau penyelesaian masalah pribadi lainnya.

✓ Pasal 16

Setiap dokter wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang seorang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia.

✓ Pasal 17

Setiap dokter wajib melakukan pertolongan darurat sebagai suatu tugas perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain bersedia dan mampu memberikannya.

**c. KEWAJIBAN DOKTER TERHADAP TEMAN SEJAWAT**

✓ Pasal 18

Setiap dokter memperlakukan teman sejawatnya sebagaimana ia sendiri ingin diperlakukan.

✓ Pasal 19

Setiap dokter tidak boleh mengambil alih pasien dari teman sejawat, kecuali dengan persetujuan keduanya atau berdasarkan prosedur yang etis.

**d. KEWAJIBAN DOKTER TERHADAP DIRI SENDIRI**

✓ Pasal 20

Setiap dokter wajib selalu memelihara kesehatannya, supaya dapat bekerja dengan baik.

✓ Pasal 21

Setiap dokter wajib senantiasa mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran/ kesehatan.

Dalam kaitannya dengan hal ini Van der Mijn (1989 : 57) mengemukakan adanya sembilan alasan tentang perlunya pengaturan hukum yang mengatur hubungan antara pasien dengan dokter.

1. Adanya kebutuhan pada keahlian keilmuan medis.
2. Kualitas pelayanan kesehatan yang baik.
3. Hasil guna.
4. Pengendalian biaya.
5. Ketertiban masyarakat.
6. Perlindungan hukum pasien.
7. Perlindungan hukum pengemban profesi kesehatan.
8. Perlindungan hukum pihak ketiga, dan
9. Perlindungan hukum kepentingan hukum.

Dari apa yang dikemukakan oleh Van der Mijn diatas, dapat dilihat bahwa hubungan antara pasien dengan dokter mempunyai aspek etis dan aspek yuridis. Artinya hubungan itu diatur oleh kaidah hukum, baik yang tertulis maupun yang tidak tertulis. Dengan demikian baik pasien maupun dokter mempunyai kewajiban dan tanggung jawab secara etis dan yuridis, sebagai konsekuensinya mereka juga bertanggung jawab dan bertanggung gugat secara hukum. Dalam praktik, sehubungan dengan tanggung jawab atau tanggung gugat hukum ini, timbul masalah karena sulitnya menarik garis yang jelas untuk memisahkan antara etik dan yuridis dalam hubungan antara dokter dengan pasien, khususnya yang berkaitan dengan tindakan medis.

Kesulitan disini timbul karena etika merupakan suatu refleksi tentang perbuatan bertanggung jawab. Dalam etika dilakukan renungan yang mendasar tentang

kapan sesuatu itu dikatakan bertanggung jawab. Artinya pelaku harus mampu menjawab dan menjelaskan mengapa ia melakukan perbuatan atau tindakan tertentu. Disamping itu etika sangat dipengaruhi oleh pandangan agama, pandangan hidup, kebudayaan, dan kekayaan yang hidup ditengah masyarakat, sehingga sangat sulit untuk menilainya.

Etika terikat dan dipengaruhi oleh perubahan-perubahan yang berlangsung dalam ruang dan waktu. Hal ini jelas terlihat sebagaimana dimuat dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 99a/Menkes/SK/III/1982 tentang Sistem Kesehatan Nasional, untuk selanjutnya hal hal ini dipertegas lagi dalam Penjelasan Umum UU No.23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, yang menyatakan bahwa dalam banyak hal telah terjadi perubahan orientasi mengenai pemikiran dan pendekatan dalam pelayanan kesehatan. Itu sebabnya garis pemisah antara etika dan hukum tidak jelas, karena dari waktu ke waktu selalu bergerak mengikuti perkembangan dan perubahan-perubahan yang terjadi ditengah masyarakat, seperti yang dikatakan Koeswadji (1992 : 124): "Norma etika umum masyarakat dengan norma etika kesehatan-kedokteran saling mempengaruhi,, atau dengan lain perkataan, nilai dan pandangan hidup yang dicerminkan oleh etika profesi kesehatan-kedokteran dalam suatu masyarakat tertentu berlaku untuk suatu waktu tertentu".

Dari apa yang dikemukakan diatas, dapat diketahui bahwa etika profesi merupakan sikap etis sebagai bagian integral dari sikap hidup dalam mengemban profesi. Hanya pengemban profesi itu sendiri yang dapat atau paling mengetahui tentang apakah perilakunya dalam mengemban profesi sudah memenuhi tuntutan etika atau tidak. Ini berarti kepatuhan pada etika profesi sangat tergantung pada akhlak pengemban profesi yang bersangkutan. Disamping itu, sikap dan tata nilai profesional merupakan ciri dan pengakuan masyarakat terhadap eksistensi profesi dalam pembangunan tatanan kehidupan masyarakat, sehingga tata nilai profesi ini bersangkut-paut dan terikat erat dengan nilai humanisme atau kemanusiaan.

## **PEMERIKSAAN DAN TATA LAKSANA PENYAKIT**

### **1. Pengertian**

Pemeriksaan diagnostik adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga dan komunitas terhadap suatu masalah kesehatan dan proses kehidupan aktual maupun potensial. Hasil suatu pemeriksaan laboratorium sangat penting dalam membantu diagnosa, memantau perjalanan penyakit serta menentukan prognosa.

### **2. Interpretasi Data**

#### **a. Menentukan aspek positif klien**

Jika klien memerlukan standar kriteria kesehatan, perawat kemudian menyimpulkan bahwa klien memiliki aspek positif tersebut dapat digunakan untuk meningkatkan atau membantu memecahkan masalah klien yang dihadapi.

#### **b. Menentukan masalah klien**

Jika klien tidak memenuhi standar kriteria maka klien tersebut mengalami keterbatasan dalam aspek kesehatannya dan memerlukan pertolongan.

#### **c. Menentukan masalah**

klien yang pernah dialami Perawat dapat menyimpulkan bahwa daya tahan tubuh klien tidak mampu untuk melawan infeksi tersebut.

#### **d. Menentukan keputusan**

Penentuan keputusan didasarkan pada jenis masalah yang ditemukan. Tidak ditemukan masalah kesehatan tetapi perlu peningkatan status dan fungsi kesehatan

#### **e. Masalah yang akan muncul**

Mengumpulkan data yang lengkap untuk lebih mengidentifikasi

masalahmasalah yang akan muncul.

f. Masalah kalaboratif

Berkonsultasi dengan tenaga kesehatan lain professional yang kompeten dan berkalaborasi untuk penyelesaian masalah tersebut.

### 3. Jenis-Jenis Pemeriksaan Diagnostik

Jenis-jenis pemeriksaan diagnostik yaitu:

a. Ultrasonografi (USG)

USG merupakan suatu prosedur diagnosis yang dilakukan di atas permukaan kulit/ di rongga tubuh menghasilkan suatu ultrasound di dalam jaringan. Pemeriksaan ini digunakan untuk melihat struktur jaringan tubuh, untuk mendeteksi berbagai kelainan pada abdomen, otak, jantung dan ginjal.

b. Rontgen

Rontgen atau dikenal dengan sinar x merupakan pemeriksaan yang memanfaatkan peran sinar x untuk melakukan skrining dan mendeteksi kelainan pada berbagai organ diantaranya jantung, abdomen, ginjal, ureter, kandung kemih, tenggorokan dan rangka.

c. Pap Smear (Papanicolaou Smear) Pap smear merupakan pemeriksaan sitologi yang digunakan untuk mendeteksi adanya kanker serviks atau sel prakanker, mengkaji efek pemberian hormon seks serta mengkaji respons terhadap kemoterapi dan radiasi.

d. Endoskopi

Pemeriksaan yang dilakukan pada saluran cerna untuk mendeteksi adanya kelainan pada saluran cerna. Contoh : varises, esophagus, neoplasma, peptic ulcer

e. Colonoskopi

Pemeriksaan dilakukan pada saluran colon dan sigmoid untuk mendeteksi adanya kelainan pada saluran colon. Contoh : varises, hemoroid, neoplasma dll

f. CT Scan

Computerized tomography scan atau CT scan yang lebih sering disebut adalah teknik x-ray khusus yang menghasilkan gambar dari organ-organ dalam yang lebih rinci daripada dengan konvensional x-ray. Konvensional x-ray menghasilkan gambar dua dimensi dari bagian tubuh. CT scan di sisi lain menggunakan perangkat yang berputar di sekitar tubuh menyebarkan



sinar-x dan tabung x-ray berputar. Gambar-gambar ini kemudian diproses oleh komputer, sehingga menghasilkan gambar crossectional bagian dalam tubuh. Contoh: organ dalam tengkorak dan organ dalam abdomen

g. Mammografi

Mammografi adalah suatu pemeriksaan radiografi pada bagian mammae (payudara) dengan menggunakan sinar-x dan bantuan media kontras positif atau tidak untuk menegakkan diagnosis. Indikasi: Screening Test, Karsinoma (Ca), Fibroma, Benjolan pada payudara, Sumbatan.

h. Elektroensefalografi (EEG)

Pemeriksaan dilakukan untuk melihat hantaran listrik pada otak (melihat kelainan pada gelombang otak) dengan memasang elektroda pada bagian kepala klien. Indikasi : epilepsy, trauma capitis

i. Elektrokardiografi (EKG)

Pemeriksaan dilakukan untuk melihat sistem hantaran/konduksi dari jantung indikasi : Miocard Infark (MCI), Angna fektoris, gagal jantung

#### 4. Penulisan Tata Laksana Dan Pemeriksaan Penyakit

a. Judul Penyakit

Judul penyakit berdasarkan daftar penyakit terpilih di SKDI 2012, namun beberapa penyakit dengan karakteristik yang hampir sama dikelompokkan menjadi satu judul penyakit. Pada setiap judul penyakit dilengkapi:

1. Kode penyakit

a. Kode *International Classification of Primary Care* (ICPC), menggunakan kode ICPC-2 untuk diagnosis.

b. Kode *International Classification of Diseases* (ICD), menggunakan kode ICD-10 versi 10. Penggunaan kode penyakit untuk pencatatan dan pelaporan di fasilitas pelayanan kesehatan primer mengacu pada ketentuan peraturan perundangan yang berlaku.

2. Tingkat kemampuan dokter dalam penatalaksanaan penyakit berdasarkan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 11 tahun 2012 tentang Standar Kompetensi Dokter Indonesia.

b. Masalah Kesehatan

Masalah kesehatan berisi pengertian singkat serta prevalensi penyakit di Indonesia. Substansi dari bagian ini diharapkan dapat memberikan

pengetahuan awal serta gambaran kondisi yang mengarah kepada penegakan diagnosis penyakit tersebut.

**c. Hasil Anamnesis (*Subjective*)**

Hasil Anamnesis berisi keluhan utama maupun keluhan penyerta yang sering disampaikan oleh pasien atau keluarga pasien. Penelusuran riwayat penyakit yang diderita saat ini, penyakit lainnya yang merupakan faktor risiko, riwayat keluarga, riwayat sosial, dan riwayat alergi menjadi informasi lainnya pada bagian ini. Pada beberapa penyakit, bagian ini memuat informasi spesifik yang harus diperoleh dokter dari pasien atau keluarga pasien untuk menguatkan diagnosis penyakit.

**d. Hasil Pemeriksaan Fisik dan Pemeriksaan Penunjang Sederhana (*Objective*)**

Bagian ini berisi hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang yang spesifik, mengarah kepada diagnosis penyakit (*pathognomonis*). Meskipun tidak memuat rangkaian pemeriksaan fisik lainnya, pemeriksaan tanda vital dan pemeriksaan fisik menyeluruh tetap harus dilakukan oleh dokter layanan primer untuk memastikan diagnosis serta menyingkirkan diagnosis banding.

**e. Penegakan Diagnosis (*Assesment*)**

Bagian ini berisi diagnosis yang sebagian besar dapat ditegakkan dengan anamnesis dan pemeriksaan fisik. Beberapa penyakit membutuhkan hasil pemeriksaan penunjang untuk memastikan diagnosis atau karena telah menjadi standar algoritma penegakkan diagnosis. Selain itu, bagian ini juga memuat klasifikasi penyakit, diagnosis banding, dan komplikasi penyakit.

**f. Rencana Penatalaksanaan Komprehensif (*Plan*)**

Bagian ini berisi sistematika rencana penatalaksanaan berorientasi pada pasien (*patient centered*) yang terbagi atas dua bagian yaitu penatalaksanaan non farmakologi dan farmakologi. Selain itu, bagian ini juga berisi edukasi dan konseling terhadap pasien dan keluarga (*family focus*), aspek komunitas lainnya (*community oriented*) serta kapan dokter perlu merujuk pasien (kriteria rujukan).

Dokter akan merujuk pasien apabila memenuhi salah satu dari kriteria “TACC” (*Time-Age-Complication-Comorbidity*) berikut:

1. *Time*: jika perjalanan penyakit dapat digolongkan kepada kondisi

kronis atau melewati *Golden Time Standard*.

2. *Age*: jika usia pasien masuk dalam kategori yang dikhawatirkan meningkatkan risiko komplikasi serta risiko kondisi penyakit lebih berat.
3. *Complication*: jika komplikasi yang ditemui dapat memperberat kondisi pasien.
4. *Comorbidity*: jika terdapat keluhan atau gejala penyakit lain yang memperberat kondisi pasien.

Selain empat kriteria di atas, kondisi fasilitas pelayanan juga dapat menjadi dasar bagi dokter untuk melakukan rujukan demi menjamin keberlangsungan penatalaksanaan dengan persetujuan pasien.

#### **g. Peralatan**

Bagian ini berisi komponen fasilitas pendukung spesifik dalam penegakan diagnosis dan penatalaksanaan penyakit tersebut. Penyediaan peralatan tersebut merupakan kewajiban fasilitas pelayanan kesehatan disamping peralatan medik wajib untuk pemeriksaan umum tanda vital.

#### **h. Prognosis**

Kategori prognosis sebagai berikut :

1. *Ad vitam*, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap proses kehidupan.
2. *Ad functionam*, menunjuk pada pengaruh penyakit terhadap fungsi organ atau fungsi manusia dalam melakukan tugasnya.
3. *Ad sanationam*, menunjuk pada penyakit yang dapat sembuh total sehingga dapat beraktivitas seperti biasa.

Prognosis digolongkan sebagai berikut:

1. *Sanam*: sembuh
2. *Bonam*: baik
3. *Malam*: buruk/jelek
4. *Dubia*: tidak tentu/ragu-ragu
5. *Dubia ad sanam*: tidak tentu/ragu-ragu, cenderung sembuh/baik
6. *Dubia ad malam*: tidak tentu/ragu-ragu, cenderung memburuk/jelek

Untuk penentuan prognosis sangat ditentukan dengan kondisi

pasien saat diagnosis ditegakkan.

## **PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK**

### **1. Pengertian Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak**

Upaya kesehatan Ibu dan Anak adalah upaya di bidang kesehatan yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, bayi dan anak balita serta anak prasekolah. Pemberdayaan Masyarakat bidang KIA masyarakat dalam upaya mengatasi situasi gawat darurat dari aspek non klinik terkait kehamilan dan persalinan. Sistem kesiagaan merupakan sistem tolong-menolong, yang dibentuk dari, oleh dan untuk masyarakat, dalam hal penggunaan alat transportasi atau komunikasi (telepon genggam, telepon rumah), pendanaan, pendonor darah, pencacatan pemantauan dan informasi KB. Dalam pengertian ini tercakup pula pendidikan kesehatan kepada masyarakat, pemuka masyarakat serta menambah keterampilan para dukun bayi serta pembinaan kesehatan di taman kanak-kanak.

Pengertian keluarga berarti nuclear family yaitu yang terdiri dari ayah, ibu dan anak. Ayah dan ibu dalam melaksanakan tanggung jawab sebagai orang tua dan mampu memenuhi tugas sebagai pendidik. Oleh sebab itu keluarga mempunyai peranan yang besar dalam mempengaruhi kehidupan seorang anak, terutama pada tahap awal maupun tahap-tahap kritisnya, dan yang paling berperan sebagai pendidik anak-anaknya adalah ibu. Peran seorang ibu dalam keluarga terutama anak adalah mendidik dan menjaga anak-anaknya dari usia bayi sehingga dewasa, karena anak tidak jauh dari pengamatan orang tua terutama ibunya. (Asfryati, 2013).

Peranan ibu terhadap anak adalah sebagai pembimbing kehidupan di dunia ini. Ibu sangat berperan dalam kehidupan buah hatinya di saat anaknya masih bayi hingga dewasa, bahkan sampai anak yang sudah dilepas tanggung jawabnya atau menikah

dengan orang lain seorang ibu tetap berperan dalam kehidupan anaknya.

## **2. Tujuan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak**

Tujuan Pelayanan Kesehatan Ibu dan anak (KIA) adalah tercapainya kemampuan hidup sehat melalui peningkatan derajat kesehatan yang optimal, bagi ibu dan keluarganya untuk menuju Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) serta meningkatnya derajat kesehatan anak untuk menjamin proses tumbuh kembang optimal yang merupakan landasan bagi peningkatan kualitas manusia seutuhnya.

Sedangkan tujuan khusus pelayanan KIA adalah :

1. Meningkatnya kemampuan ibu (pengetahuan , sikap dan perilaku), dalam mengatasi kesehatan diri dan keluarganya dengan menggunakan teknologi tepat guna dalam upaya pembinaan kesehatan keluarga, paguyuban 10 keluarga, Posyandu dan sebagainya.
2. Meningkatnya upaya pembinaan kesehatan balita dan anak prasekolah secara mandiri di dalam lingkungan keluarga, paguyuban 10 keluarga, Posyandu, dan Karang Balita serta di sekolah Taman Kanak-Kanak atau TK.
3. Meningkatnya jangkauan pelayanan kesehatan bayi, anak balita, ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan ibu meneteki.
4. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, nifas, ibu meneteki, bayi dan anak balita.
5. Meningkatnya kemampuan dan peran serta masyarakat , keluarga dan seluruh anggotanya untuk mengatasi masalah kesehatan ibu, balita, anak prasekolah, terutama melalui peningkatan peran ibu dan keluarganya.

## **3. Prinsip dan Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak**

Prinsip pengelolaan Program KIA adalah memantapkan dan peningkatan jangkauan serta mutu pelayanan KIA secara efektif dan efisien. Pelayanan KIA diutamakan pada kegiatan pokok :

1. Peningkatan pelayanan antenatal di semua fasilitas pelayanan dengan mutu yang baik serta jangkauan yang setinggi-tingginya.
2. Peningkatan pertolongan persalinan yang lebih ditujukan kepada peningkatan pertolongan oleh tenaga profesional secara berangsur.

3. Peningkatan deteksi dini resiko tinggi ibu hamil, baik oleh tenaga kesehatan maupun di masyarakat oleh kader dan dukun bayi serta penanganan dan pengamatannya secara terus menerus.
4. Peningkatan pelayanan neonatal (bayi berumur kurang dari 1bulan) dengan mutu yang baik dan jangkauan yang setinggi tingginya.

#### **4. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak**

##### **a. Pelayanan antenatal**

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan antenatal. Standar minimal “5 T “ untuk pelayanan antenatal terdiri dari :

- Timbang berat badan dan ukur tinggi badan
- Ukur Tekanan darah
- Pemberian Imunisasi TT lengkap
- Ukur Tinggi fundus uteri
- Pemberian Tablet zat besi minimal 90 tablet selama kehamilan.

Frekuensi pelayanan antenatal adalah minimal 4 kali selama kehamilan dengan ketentuan waktu minimal 1 kali pada triwulan pertama, minimal 1 kali pada triwulan kedua, dan minimal 2 kali pada triwulan ketiga.

##### **b. Pertolongan Persalinan**

Jenis tenaga yang memberikan pertolongan persalinan kepada masyarakat:

- Tenaga profesional : dokter spesialis kebidanan, dokter umum, bidan, pembantu bidan dan perawat.
- Dukun bayi : Terlatih ialah dukun bayi yang telah mendapatkan latihan tenaga kesehatan yang dinyatakan lulus. Sedangkan dukun bayi tidak terlatih ialah dukun bayi yang belum pernah dilatih oleh tenaga kesehatan atau dukun bayi yang sedang dilatih dan belum dinyatakan lulus.
- Deteksi dini ibu hamil berisiko :

**Faktor risiko pada ibu hamil diantaranya adalah :**

- ✓ Primigravida kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun .
- ✓ Anak lebih dari 4
- ✓ Jarak persalinan terakhir dan kehamilan sekarang kurang 2 tahun atau lebih dari 10 tahun
- ✓ Tinggi badan kurang dari 145 cm

- ✓ Berat badan kurang dari 38 kg atau lingkar lengan atas kurang dari 23,5 cm
- ✓ Riwayat keluarga menderita kencing manis, hipertensi dan riwayat cacat kongenital.
- ✓ Kelainan bentuk tubuh, misalnya kelainan tulang belakang atau panggul.

Risiko tinggi kehamilan merupakan keadaan penyimpangan dan normal yang secara langsung menyebabkan kesakitan dan kematian ibu maupun bayi.

**Risiko tinggi pada kehamilan meliputi :**

- 1) Hb kurang dari 8 gram %
- 2) Tekanan darah tinggi yaitu sistole lebih dari 140 mmHg dan diastole lebih dari 90 mmHg
- 3) Oedema yang nyata
- 4) Eklampsia
- 5) Pendarahan pervaginaan
- 6) Ketuban pecah dini
- 7) Letak lintang pada usia kehamilan lebih dari 32 minggu.
- 8) Letak sungsang pada primigravida
- 9) Infeksi berat atau sepsis
- 10) Persalinan prematur
- 11) Kehamilan ganda
- 12) Janin yang besar
- 13) Penyakit kronis pada ibu antara lain Jantung, paru, ginjal.
- 14) Riwayat obstetri buruk, riwayat bedah sesar dan komplikasi kehamilan.

**Risiko tinggi pada neonatal meliputi :**

- 1) BBLR atau berat lahir kurang dari 2500 gram
- 2) Bayi dengan tetanus neonatorum
- 3) Bayi baru lahir dengan asfiksia
- 4) Bayi dengan ikterus neonatorum yaitu ikterus lebih dari 10 hari setelah lahir
- 5) Bayi baru lahir dengan sepsis
- 6) Bayi lahir dengan berat lebih dari 4000 gram
- 7) Bayi preterm dan post term
- 8) Bayi lahir dengan cacat bawaan sedang
- 9) Bayi lahir dengan persalinan dengan tindakan.

**5. Jenis Indikator Kesehatan Ibu dan Anak**

Terdapat 6 indikator kinerja penilaian standar pelayanan minimal atau SPM untuk

pelayanan kesehatan ibu dan anak yang wajib dilaksanakan yaitu : Cakupan Kunjungan ibu hamil K4

a. Pengertian

Kunjungan ibu hamil K4 adalah ibu hamil yang kontak dengan petugas kesehatan untuk mendapatkan pelayanan ANC sesuai dengan standar 5T dengan frekuensi kunjungan minimal 4 kali selama hamil, dengan syarat trimester I minimal 1 kali, trimester II minimal 1 kali dan trimester III minimal 2 kali. Standar 5T yang dimaksud adalah :

- ✓ Pemeriksaan atau pengukuran tinggi dan berat badan
- ✓ Pemeriksaan atau pengukuran tekanan darah
- ✓ Pemeriksaan atau pengukuran tinggi fundus
- ✓ Pemberian imunisasi TT
- ✓ Pemberian tablet besi

b. Definisi operasional

Perbandingan antara jumlah ibu hamil yang telah memperoleh ANC sesuai standar K4 di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu dengan penduduk sasaran ibu hamil.

c. Cara perhitungan

Pembilang adalah jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan ANC sesuai standar K4 di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu.

d. Sumber data

- Jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan ANC sesuai standar K4 diperoleh dari catatan register kohort ibu dan laporan PWS KIA.
- Perkiraan penduduk sasaran ibu hamil diperoleh dari Badan Pusat Statistik atau BPS kabupaten atau provinsi Jawa Barat.

e. Kegunaan

- Mengukur mutu pelayanan ibu hamil
- Mengukur tingkat keberhasilan perlindungan ibu hamil melalui pelayanan standar dan paripurna. Jumlah ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan ANC sesuai standar K4 Perkiraan penduduk
- Mengukur kinerja petugas kesehatan dalam penyelenggaraan pelayanan ibu hamil



## PELAYANAN IMUNISASI

### 1. Pengertian

#### a. Pengertian Imunisasi

Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit sehingga bila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan (Permenkes RI 12, 2017).

#### b. Tujuan Imunisasi

Tujuan imunisasi terutama untuk memberikan perlindungan terhadap penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Menurut Permenkes RI (2017), program imunisasi di Indonesia memiliki tujuan umum untuk menurunkan angka kesakitan, kecacatan, dan kematian akibat Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I). Sedangkan, tujuan khusus dari imunisasi ini diantaranya, tercapainya cakupan imunisasi dasar lengkap (IDL) pada bayi sesuai target RPJMN (target tahun 2019 yaitu 93%), tercapainya *Universal Child Immunization/UCI* (prosentase minimal 80% bayi yang mendapat IDL disuatu desa/kelurahan) di seluruh desa/kelurahan, dan tercapainya reduksi, eliminasi, dan eradikasi penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi.

#### c. Manfaat Imunisasi

Manfaat imunisasi tidak hanya dirasakan oleh pemerintah dengan menurunkan angka kesakitan dan kematian penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi, tetapi dapat dirasakan oleh :

- a. Anak, yaitu mencegah penderitaan yang disebabkan oleh penyakit dan kemungkinan cacat atau kematian.

- b. Keluarga, yaitu menghilangkan kecemasan dan biaya pengobatan bila anak sakit, mendorong pembentukan keluarga apabila orangtua yakin bahwa anaknya akan menjalani masa kanak-kanak yang nyaman.
- c. Negara, yaitu memperbaiki tingkat kesehatan, menciptakan bangsa yang kuat dan berakal untuk melanjutkan pembangunan negara (Proverawati, 2010 : 5-6).

**d. Jenis Penyelenggaraan Imunisasi Program**

Imunisasi program adalah Imunisasi yang diwajibkan kepada seseorang sebagai bagian dari masyarakat dalam rangka melindungi yang bersangkutan dan masyarakat sekitarnya dari penyakit yang dapat dicegah dengan Imunisasi. Imunisasi program terdiri dari imunisasi rutin, imunisasi tambahan, dan imunisasi khusus (Permenkes RI 12, 2017).

**a. Imunisasi Rutin**

Imunisasi rutin merupakan imunisasi yang dilaksanakan secara terus menerus dan berkesinambungan yang terdiri dari imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan (Permenkes RI 12, 2017).

**1) Imunisasi Dasar**

Imunisasi dasar merupakan imunisasi awal yang diberikan kepada bayi sebelum berusia satu tahun. Pada kondisi ini, diharapkan sistem kekebalan tubuh dapat bekerja secara optimal. Setiap bayi (usia 0-11 bulan) diwajibkan untuk mendapatkan imunisasi dasar lengkap yang terdiri dari 1 dosis Hepatitis B, 1 dosis BCG, 3 dosis DPT-HB-HiB, 4 dosis polio tetes, dan 1 dosis campak/MR (Kemenkes RI, 2018).

**2) Imunisasi Lanjutan**

Imunisasi lanjutan merupakan kegiatan yang bertujuan untuk menjamin terjaganya tingkat imunitas pada anak baduta, anak usia sekolah, dan wanita usia subur (Permenkes RI 12, 2017).

**a) Imunisasi Lanjutan Pada Anak Baduta**

Imunisasi lanjutan merupakan ulangan imunisasi dasar untuk mempertahankan tingkat kekebalan dan untuk memperpanjang masa perlindungan anak yang sudah mendapatkan imunisasi dasar yaitu dengan diberikan 1 dosis DPT-HB-Hib pada usia 18

bulan dan 1 dosis campak/MR pada usia 24 bulan. Perlindungan optimal dari pemberian imunisasi lanjutan ini hanya didapatkan apabila anak tersebut telah mendapatkan imunisasi dasar secara lengkap (Kemenkes RI, 2018).

b) Imunisasi Anak Sekolah

Imunisasi lanjutan yang diberikan pada anak usia SD diberikan pada kegiatan Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) yang diintegrasikan dengan kegiatan UKS. Imunisasi yang diberikan adalah imunisasi campak, tetanus, dan difteri. Imunisasi ini diberikan pada kelas 1 (campak dan DT), kelas 2 (Td), dan kelas 5 (Td) (Kemenkes RI, 2018).

c) Imunisasi Pada Wanita Usia Subur

Imunisasi yang diberikan pada wanita usia subur adalah imunisasi tetanus toksoid difteri (Td) yang berada pada kelompok usia 15-39 tahun baik itu WUS hamil (ibu hamil) dan tidak hamil (Kemenkes RI, 2018).

b. Imunisasi Tambahan

Imunisasi tambahan merupakan jenis Imunisasi tertentu yang diberikan pada kelompok umur tertentu yang paling berisiko terkena penyakit sesuai dengan kajian epidemiologis pada periode waktu tertentu (Kemenkes RI, 2018).

c. Imunisasi Khusus

Imunisasi khusus dilaksanakan untuk melindungi seseorang dan masyarakat terhadap penyakit tertentu pada situasi tertentu seperti persiapan keberangkatan calon jemaah haji/umroh, persiapan perjalanan menuju atau dari negara endemis penyakit tertentu, dan kondisi kejadian luar biasa/wabah penyakit tertentu (Kemenkes RI, 2018).

e. Penyakit Yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi

Menurut buku ajar imunisasi yang disusun oleh pusat pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan (2014), dijelaskan bahwa terdapat beberapa penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi yaitu sebagai berikut :

a. Tuberculosis (TBC)

Penyakit TBC merupakan penyakit yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* disebut juga batuk darah yang ditularkan melalui pernafasan dan melalui bersin atau batuk. Gejala awal penyakit ini adalah lemah badan, penurunan berat badan, demam, dan keluar keringat pada malam

hari, gejala selanjutnya yaitu batuk terus menerus, nyeri dada dan mungkin batuk darah, sedangkan gejala lain timbul tergantung pada organ yang diserang. Komplikasi yang dapat diakibatkan dari penyakit TBC adalah kelemahan dan kematian.

b. Difteri

Difteri merupakan penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Corynebacterium diphtheriae* yang ditularkan melalui kontak fisik dan pernafasan. Gejala yang timbul berupa radang tenggorokan, hilangnafsu makan, demam ringan, dalam 2-3 hari timbul selaput putih kebiru-biruan pada tenggorokan dan tonsil. Komplikasi yang dapat diakibatkan dari penyakit difteri adalah gangguan pernafasan yang berakibat kematian.

c. Pertusis

Pertusis merupakan penyakit pada saluran pernafasan yang disebabkan oleh bakteri *Bordetella pertusis* yang ditularkan melalui percikan ludah (*droplet infection*) dari batuk atau bersin. Gejala yang timbul berupa pilek, mata merah, bersin, demam, batuk ringan yang lama kelamaan menjadi parah dan menimbulkan batuk yang cepat dan keras. Komplikasi yang dapat diakibatkan dari penyakit pertusis adalah *Pneumonia bacterialis* yang dapat menyebabkan kematian.

d. Tetanus

Tetanus merupakan penyakit yang disebabkan oleh *Clostridium tetani* yang menghasilkan neurotoksin dan ditularkan melalui kotoran yang masuk ke dalam luka yang dalam. Gejala awal yang timbul berupa kaku otot pada rahang, disertai kaku pada leher, kesulitan menelan, kaku otot perut, berkeringat dan demam. Pada bayi terdapat gejala berhenti menetek antara 3-28 hari setelah lahir dan gejala berikutnya berupa kejang yang hebat dan tumbuh menjadi kaku. Komplikasi yang dapat diakibatkan dari penyakit tetanus adalah patah tulang akibat kejang, *Pneumonia*, infeksi lain yang dapat menimbulkan kematian.

e. Hepatitis B

Hepatitis B merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus hepatitis B yang merusak hati (penyakit kuning). Ditularkan secara horizontal dari produknya, suntikan yang tidak aman, transfusi darah, melalui hubungan seksual dan secara vertikal dari ibu ke bayi selama proses persalinan. Gejala yang timbul berupa merasa lemah, gangguan perut, flu, urin menjadi kuning, kotoran menjadi pucat, dan warna kuning bisa terlihat

pada mata ataupun kulit. Komplikasi yang diakibatkan dari penyakit hepatitis B adalah penyakit bisa menjadi kronis yang menimbulkan pengerasan hati (*Cirrhosis Hepatitis*), kanker hati (*Hepato Cellular Carcinoma*) dan menimbulkan kematian.

f. Campak

Campak merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus *myxovirus viridae measles* dan ditularkan melalui udara (percikan ludah) dari bersin atau batuk penderita. Gejala awal yang timbul berupademam, bercak kemerahan, batuk, pilek, konjungtivitis (mata merah) dan koplik spots, selanjutnya timbul ruam pada muka dan leher, kemudian menyebar ke tubuh dan tangan serta kaki. Komplikasi yang diakibatkan dari penyakit campak adalah diare hebat, peradangan padatelinga, infeksi saluran nafas (*Pneumonia*).

g. Rubella

Rubella atau campak jerman merupakan penyakit yang disebabkan oleh virus rubella, sebuah togavirus yang menyelimuti dan memiliki RNA genom untai tunggal. Virus ini ditularkan melalui jalur pernafasan dan bereplikasi dalam nasofaring dan kelenjar getah bening serta ditemukan dalam darah 5-7 hari setelah infeksi dan menyebar ke seluruh tubuh. Rubella ditularkan melalui oral droplet, dari nasofaring atau rute pernafasan. Gejala rubella pada anak biasanya berlangsung dua hari yang ditandai dengan ruam awal pada wajah yang menyebar ke seluruh tubuh, demam rendah kurang dari 38,3°C, dan *posterior limfadenopati servikal*. Sedangkan gejala pada anak yang lebih tua dan orang dewasa gejala tambahan berupa pembengkakan kelenjar, dingin seperti gejala, dan sakit sendi terutama pada wanita muda. Masalah serius dapat terjadi berupa infeksi otak dan perdarahan (Ankas, 2015).

h. Poliomyelitis

Poliomyelitis merupakan penyakit pada susunan saraf pusat yang disebabkan oleh virus polio tipe 1, 2, atau 3 dan secara klinis menyerang anak di bawah usia 15 tahun dan menderita lumpuh layu akut dengan ditularkan melalui kotoran manusia (tinja) yang terkontaminasi. Gejala yang timbul berupa demam, nyeri otot dan kelumpuhan terjadi pada minggu pertama. Komplikasi yang diakibatkandari penyakit poliomyelitis adalah bisa menyebabkan kematian jika otot pernafasan terinfeksi dan tidak segera ditangani.

i. Radang Selaput Otak

Radang selaput otak (meningitis) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus, bakteri, riketsia, jamur, cacing, dan protozoa. Penyebab paling sering adalah virus dan bakteri. Meningitis yang disebabkan oleh bakteri berakibat lebih fatal dibandingkan meningitis penyebab lain karena mekanisme kerusakan dan gangguan otak yang disebabkan oleh bakteri maupun produk bakteri lebih berat. Penularan kuman dapat terjadi secara kontak langsung dengan penderita dan *droplet* (tetesan) *infection* yaitu terkena percikan ludah, dahak, ingus, cairan bersin, dan cairan tenggorokan penderita (Ariya, 2012).

Meningitis ditandai dengan adanya gejala-gejala seperti panas mendadak, letargi, muntah, dan kejang. Diagnosis pasti ditegakkan dengan pemeriksaan cairan serebrospinal (CSS) melalui fungsi lumbal. Pada stadium I selama 2-3 minggu ditandai dengan gejala ringan dan nampak seperti gejala infeksi biasa, stadium II berlangsung selama 1-3 minggu ditandai dengan gejala penyakit lebih berat dimana penderita mengalami nyeri kepala yang hebat dan sangat gelisah, sedangkan stadium III ditandai dengan kelumpuhan dan gangguan kesadaran sampai koma. Pada stadium ini penderita dapat meninggal dunia dalam waktu tiga minggu bila tidak mendapat pengobatan sebagaimana mestinya (Ariya, 2012).

j. Radang Paru-Paru

Radang paru-paru (*pneumonia*) adalah sebuah penyakit padaparu-paru dimana (*alveoli*) yang bertanggungjawab menyerap oksigen dari atmosfer meradang dan terisi oleh cairan. Radang paru-paru dapat disebabkan oleh beberapa penyebab, termasuk infeksi oleh bakteri, virus, jamur, atau parasit. Radang paru-paru dapat juga disebabkan oleh penyakit lainnya, seperti kanker paru-paru atau terlalu berlebihan minum alkohol. Gejala yang berhubungan dengan radang paru-paru termasuk batuk, demam. Radang paru-paru terjadi di seluruh kelompok umur dan merupakan penyebab kematian peringkat atas di antara orangtua dan orang yang sakit menahun (Sahroni, 2012).

f. Jadwal Pemberian Imunisasi

**Tabel 2.1 Jadwal Pemberian Imunisasi Dasar Pada Bayi**

Umur	Jenis Imunisasi Yang Diberikan	Interval Minimal untuk Jenis Imunisasi Yang Sama
0-24 jam	Hepatitis B	

1 bulan	BCG, Polio 1	
2 bulan	DPT-HB-Hib 1, Polio 2	1 bulan
3 bulan	DPT-HB-Hib 2, Polio 3	
4 bulan	DPT-HB-Hib 3, Polio 4, IPV	
9 bulan	Campak	

Sumber: Permenkes RI 12, 2017

Catatan:

- Pemberian Hepatitis B paling optimal diberikan pada bayi <24 jam pasca persalinan, dengan didahului suntikan vitamin K1 2-3 jam sebelumnya, khusus daerah dengan akses sulit, pemberian Hepatitis B masih diperkenankan sampai <7 hari.
- Bayi lahir di Institusi Rumah Sakit, Klinik dan Bidan Praktik Swasta, Imunisasi BCG dan Polio 1 diberikan sebelum dipulangkan.
- Pemberian BCG optimal diberikan sampai usia 2 bulan, dapat diberikansampai usia <1 tahun tanpa perlu melakukan tes *mantoux*.
- Pada kondisi tertentu, semua jenis vaksin kecuali HB 0 dapat diberikan sebelum bayi berusia 1 tahun.

## **VAKSINASI DAN ICV**

### **1. PENGERTIAN**

#### **PASAL 1**

- a. Sertifikat Vaksinasi Internasional adalah surat keterangan yang menyatakan bahwa seseorang telah mendapatkan vaksinasi dan/atau profilaksis yang diperlukan untuk perjalanan internasional tertentu.
- b. Vaksin adalah antigen berupa mikroorganisme yang sudah mati, masih hidup tapi dilemahkan, masih utuh atau bagiannya, yang telah diolah, berupa toksin mikroorganisme yang telah diolah menjadi toksoid, protein rekombinan yang bila diberikan kepada seseorang akan menimbulkan kekebalan spesifik secara aktif terhadap penyakit infeksi tertentu.
- c. Vaksinasi adalah pemberian Vaksin yang khusus diberikan dalam rangka menimbulkan atau meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga apabila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan dan tidak menjadi sumber penularan.
- d. Profilaksis adalah suatu tindakan medis pemberian obat tertentu untuk memberikan perlindungan terhadap penyakit menular tertentu dalam jangka waktu tertentu.
- e. Jemaah Haji adalah Warga Negara Indonesia yang beragama Islam dan telah mendaftarkan diri untuk menunaikan Ibadah Haji, sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan.
- f. Jemaah Umrah adalah Warga Negara Indonesia yang beragama Islam dan telah mendaftarkan diri untuk menunaikan ibadah umrah



yang dilaksanakan di luar musim haji sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan.

- g. Blanko Sertifikat Vaksinasi Internasional adalah lembaran berupa buku Sertifikat Vaksinasi Internasional yang belum diisi oleh petugas yang berwenang.

## **2. VAKSINASI**

### **PASAL 2**

- (1) Setiap orang yang akan melakukan perjalanan internasional dari dan ke negara terjangkit dan/atau endemis penyakit menular tertentu dan/atau atas permintaan negara tujuan wajib diberikan Vaksinasi tertentu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Vaksinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh Klinik KKP, Klinik, atau Rumah Sakit yang memenuhi persyaratan.
- (3) Dikecualikan dari ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Vaksinasi untuk Jemaah Haji dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### **Pasal 3**

- a. memiliki tenaga kesehatan pelaksana Vaksinasi;
- b. memiliki fasilitas manajemen rantai dingin (*cold chain*) sesuai standar;
- c. memiliki izin operasional fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- d. memiliki sarana dan prasarana sistem manajemen teknologi informasi yang terhubung secara daring.

### **Pasal 4**

- (1) Vaksinasi dilakukan oleh dokter yang telah memiliki surat izin praktik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Vaksinasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan berdasarkan standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### **Pasal 5**

- (1) Jenis Vaksinasi yang diwajibkan dalam rangka perjalanan internasional dari dan ke negara terjangkit dan/atau endemis penyakit menular tertentu ditetapkan oleh Menteri.
- (2) Dokter yang akan melakukan Vaksinasi terlebih dahulu harus menginformasikan mengenai jenis Vaksinasi yang diwajibkan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan negara yang akan dituju.

#### **Pasal 6**

- (1) Pada saat Vaksinasi ditemukan adanya kontra indikasi terhadap Vaksin yang akan diberikan, setiap orang yang akan melakukan perjalanan internasional tersebut diberikan Profilaksis.
- (2) Pemberian Profilaksis juga dapat dilakukan untuk melindungi masyarakat terhadap penyakit menular yang belum ada Vaksinnnya.
- (3) Pemberian Profilaksis sebagaimana dimaksud pada ayat 1 dan ayat (2) dilakukan berdasarkan standar sesuaidengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

#### **Pasal 7**

Dalam hal Vaksinasi berdampak terjadinya gangguan kesehatan yang merupakan kejadian ikutan pasca imunisasi berdasarkan hasil investigasi dan kajian kasus, terhadap pasien diberikan pengobatan dan perawatan sesuai dengan

ketentuan peraturan perundang-undangan.

### **3. PENGADAAN VAKSIN**

#### **Pasal 8**

- (1) Pengadaan Vaksin untuk Vaksinasi yang dilakukan oleh Klinik KKP, Klinik, atau Rumah Sakit dilaksanakan oleh KKP, Klinik, atau Rumah Sakit yang bersangkutan.
- (2) KKP, Klinik, atau Rumah Sakit melaksanakan pengadaan Vaksin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) melalui *e-purchasing* berdasarkan katalog elektronik (*e-catalogue*) atau mekanisme lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Pengadaan Vaksin sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai rencana kebutuhan yang sudah disampaikan untuk jangka waktu 1 (satu) tahun berikutnya melalui aplikasi *e-monev* katalog obat pada tahun sebelumnya yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (4) Dikecualikan dari ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), pengadaan Vaksin untuk Vaksinasi bagi Jemaah Haji dilakukan oleh direktorat jenderal pada Kementerian Kesehatan yang tugas dan tanggung jawabnya di bidang kefarmasian dan alat kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### **4. SERTIFIKAT VAKSINASI INTERNASIONAL**

#### **Pasal 9**

- (1) Setiap orang yang telah diberikan Vaksinasi dan/atau Profilaksis berhak memperoleh Sertifikat Vaksinasi Internasional.
- (2) Sertifikat Vaksinasi Internasional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikeluarkan oleh Klinik KKP, Klinik, atau Rumah Sakit.
- (3) Sertifikat Vaksinasi Internasional sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus ditandatangani oleh:

- a. dokter, yang ditunjuk Kepala KKP, pimpinan Klinik, atau direktur/kepala Rumah Sakit; dan
  - b. orang yang telah diberikan Vaksinasi dan/atau Profilaksis.
- (4) Dalam hal orang yang telah diberikan Vaksinasi dan/atau Profilaksis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf b berada di bawah pengampuan, Sertifikat Vaksinasi Internasional ditandatangani oleh orang tua atau walinya.
- (5) Sertifikat Vaksinasi Internasional selain ditandatangani oleh sebagaimana dimaksud pada ayat (3) dan ayat (4) harus diberi cap KKP, cap Klinik, atau cap Rumah Sakit sesuai tempat dikeluarkannya Sertifikat Vaksinasi Internasional.

#### **Pasal 10**

Sertifikat Vaksinasi Internasional hanya berlaku untuk 1 (satu) orang yang namanya tercantum dalam sertifikat.

#### **Pasal 11**

Sertifikat Vaksinasi Internasional dilengkapi dengan nomor seri yang bersifat nasional, kodefikasi tertentu, lambang WHO, lambang garuda, berbahasa Inggris dan Perancis, serta memiliki

### **5. KEWAJIBAN MENUNJUKKAN SERTIFIKAT VAKSINASI INTERNASIONAL**

#### **Pasal 18**

- (1) Setiap orang yang akan melakukan perjalanan internasional sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri ini harus menunjukkan Sertifikat Vaksinasi Internasional sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) kepada petugas KKP.
- (2) Terhadap orang yang datang dari negara terjangkit dan/atau endemis penyakit menular tertentu tidak dapat menunjukkan Sertifikat Vaksinasi Internasional, atau Sertifikat Vaksinasi Internasional yang ditunjukkan tidak valid sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16, dilakukan tindakan kekarantinaan

kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- (3) Terhadap orang yang berangkat ke negara terjangkit atau endemis penyakit menular tertentu tidak dapat menunjukkan Sertifikat Vaksinasi Internasional, atau Sertifikat Vaksinasi Internasional yang ditunjukkan tidak valid sebagaimana dimaksud dalam Pasal 16, harus dilakukan Vaksinasi dan/atau Profilaksis, penundaan keberangkatan, dan penerbitan Sertifikat Vaksinasi Internasional.
- (4) Sertifikat Vaksinasi Internasional yang ditunjukkan kepada petugas KKP sebagaimana dimaksud pada ayat dan ayat (3) harus diberi cap berlambang garuda oleh petugas KKP.

## **6. PENCATATAN DAN PELAPORAN**

### **Pasal 19**

- (1) Klinik KKP, Klinik, atau Rumah Sakit wajib mencatat pemberian Sertifikat Vaksinasi Internasional.
- (2) Pencatatan yang dilakukan oleh Klinik KKP, Klinik, atau Rumah Sakit sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaporkan secara berkala kepada Direktur Jenderal.

## **7. PEMBINAAN DAN PENGAWASAN**

### **Pasal 20**

- (1) Pembinaan dan pengawasan terhadap penerbitan Sertifikat Vaksinasi Internasional dilakukan oleh Direktorat Jenderal yang tugas dan tanggung jawabnya di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit.
- (2) Pembinaan dan pengawasan terhadap pelayanan Vaksinasi oleh Klinik KKP, Klinik, dan Rumah Sakit dilakukan oleh direktorat jenderal yang tugas dan tanggung jawabnya di bidang pelayanan kesehatan yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) dilakukan dengan melibatkan dinas

kesehatan daerah kabupaten/kota setempat.

- (4) Pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) diarahkan untuk meningkatkan mutu pelayanan Vaksinasi dan kinerja penerbitan Sertifikat Vaksinasi Internasional serta tertib administrasi.
- (5) Ketentuan lebih lanjut mengenai pembinaan dan pengawasan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditetapkan dengan Peraturan Direktur Jenderal.

## **Pasal 21**

- (1) Dalam rangka pembinaan dan pengawasan, Direktur Jenderal atau direktur jenderal yang tugas dan tanggung jawabnya di bidang pelayanan kesehatan dapat memberikan sanksi administratif berupa peringatan tertulis sampai dengan rekomendasi pencabutan izin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Dalam hal pelanggaran berupa pemalsuan terhadap Sertifikat Vaksinasi Internasional dikenai sanksi pidana sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## **PELAYANAN GIZI**

### **1. Definisi Pelayanan Gizi**

Pelayanan gizi RS (PGRS) adalah salah satu dari 20 pelayanan wajib RS yang sesuai keputusan menteri kesehatan Nomor 1333/Menkes/Sk/XII/1999. PGRS adalah kegiatan pelayanan gizi di Rumah Sakit untuk memenuhi kebutuhan gizi masyarakat, baik rawat inap maupun rawat jalan. Pelayanan gizi juga ditujukan untuk kepentingan metabolisme tubuh, dalam rangka upaya preventif, kuratif, rehabilitatif maupun promotif. Instalasi gizi merupakan organ fungsional dalam jajaran direktoratif penunjang dan pendidikan dengan kegiatan pokok:

- a) Penyelenggaraan makanan
- b) Asuhan gizi rawat inap
- c) Asuhan gizi rawat jalan dan
- d) Penelitian pengembangan gizi terapan (Aritonang, 2012).

Pelayanan gizi di rumah sakit adalah pelayanan yang diberikan dan disesuaikan dengan keadaan pasien berdasarkan keadaan klinis, status gizi dan status metabolisme tubuh. Keadaan gizi pasien sangat berpengaruh pada proses penyembuhan penyakit, sebaliknya proses perjalanan Penyakit dapat

berpengaruh dengan keadaan gizi pasien. Sering terjadi kondisi pasien yang semakin buruk karena tidak tercukupinya kebutuhan zat gizi untuk perbaikan organ tubuh. Fungsi organ yang terganggu akan lebih memburuk dengan adanya penyakit dan kekurangan gizi (PGRS, 2013). Pelayanan gizi rawat inap merupakan Pelayanan gizi yang dimulai dari proses pengkajian gizi, diagnosis gizi, intervensi gizi meliputi perencanaan, penyediaan makanan, penyuluhan/edukasi dan konseling gizi serta monitoring dan evaluasi gizi.

## **2. Tujuan Dan Sasaran Pelayanan Gizi**

Memberikan pelayanan gizi kepada pasien rawat inap agar memperoleh asupan makanan yang sesuai kondisi kesehatannya dalam upaya mempercepat proses penyembuhan, mempertahankan dan meningkatkan status gizi. Sasaran pelayanan gizi adalah pasien dan keluarga. (PGRS, 2013).

## **3. Mekanisme kegiatan pelayanan gizi**

Mekanisme pelayanan gizi rawat inap adalah sebagai berikut :

### **a) Skrining gizi**

Skrining gizi bertujuan untuk mengidentifikasi pasien/klien yang beresiko, tidak beresiko malnutrisi atau kondisi khusus adalah pasien dengan kelainan metabolik, hemodialisis, anak, geriatrik. Kanker dengan kemoterapi/ radiasi, luka bakar pasien dengan imunitas menurun, sakit kritis.

### **b) Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT)** Proses asuhan gizi terstandar dilakukan pada pasien yang beresiko kurang gizi sudah mengalami kurang gizi dan atau kondisi khusus dengan penyakit tertentu.

## **4. Langkah Pelayanan Gizi**

Langkah PAGT terdiri dari:

### **a) Assesment/Pengkajian gizi** Assesment dikelompokkan dalam 5 kategori yaitu :

#### **1) .Anamnesis riwayat gizi**

adalah data meliputi asupan makanan termasuk komposisi, pola makan, diet saat ini dan data lain yang terkait. Selain itu diperlukan data kepedulian pasien terhadap gizi dan



kesehatan, aktivitas fisik dan olahraga

2) Data Biokimia Data

Biokimia meliputi hasil pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan yang berkaitan dengan status gizi, status metabolik dan gambaran fungsi organ lain yang berpengaruh terhadap timbulnya masalah gizi.

3) Antropometri Antropometri merupakan pengukuran fisik pada individu, dapat dilakukan dengan berbagai cara antara lain pengukuran tinggi badan (TB), berat badan (BB) . Pada kondisi tinggi badan tidak dapat diukur dapat digunakan panjang badan, Tinggi lutut (TL), Lingkar lengan atas (LILA), tebal lipatan kulit (Skinfold).

4) Pemeriksaan fisik klinis

Pemeriksaan fisik klinis dilakukan untuk mendeteksi adanya kelainan klinis yang berkaitan dengan gangguan gizi atau dapat menimbulkan masalah gizi. 6. Riwayat personal Data riwayat personal meliputi 4 area yaitu : Riwayat obat-obatan yang digunakan dan suplemen yang sering dikonsumsi, Sosial budaya, Riwayat penyakit, data umum pasien. (PGRS, 2013).

b) Diagnosis Gizi

Pada langkah ini dicari pola dan hubungan antar data yang terkumpul dan kemungkinan penyebabnya. Penulisan diagnosis gizi terstruktur dengan konsep PES atau Problem Etiologi dan Signs/Symptoms. (PGRS, 2013). Diagnosis gizi dikelompokkan menjadi tiga domain yaitu :

1) Domain Asupan

Adalah masalah aktual yang berhubungan dengan asupan energi, zat gizi, cairan, substansi bioaktif dari makanan baik yang melalui oral maupun parenteral dan enteral.

2) Domain Klinis

Adalah masalah gizi yang berkaitan dengan kondisi medis atau fisik/fungsi organ.

3) Domain Perilaku/Lingkungan Adalah masalah gizi yang

berkaitan dengan pengetahuan, perilaku/kepercayaan, lingkungan fisik dan akses dan keamanan makanan.

c) Intervensi Gizi

Terdapat dua komponen intervensi gizi yaitu (PGRS, 2013) :

1) Perencanaan Intervensi, meliputi :

- Penetapan tujuan intervensi  
penetapan tujuan harus dapat diukur, dicapai dan ditentukan waktunya.
- Preskripsi diet, meliputi perhitungan kebutuhan gizi, jenis diet, modifikasi diet, jadwal pemberian diet, jalur makanan.

2) Implementasi intervensi Dikelompokkan menjadi 4 domain yaitu:

- ✓ Pemberian makanan atau zat gizi
- ✓ Edukasi gizi
- ✓ Konseling gizi
- ✓ Koordinasi pelayanan gizi

d) Monitoring dan evaluasi gizi

Tiga langkah kegiatan monitoring dan evaluasi gizi yaitu (PGRS, 2013):

1) Monitor perkembangan

yaitu kegiatan mengamati perkembangan kondisi pasien/klien yang bertujuan untuk melihat hasil yang terjadi sesuai yang diharapkan oleh klien.

2) Mengukur hasil adalah mengukur perkembangan/ perubahan yang terjadi sebagai respon terhadap intervensi gizi

3) Evaluasi hasil, meliputi dampak perilaku dan lingkungan terkait gizi, dampak asupan makanan dan zat gizi, dampak terhadap tanda dan gejala fisik yang terkait gizi, dampak terhadap pasien/klien terhadap intervensi gizi yang diberikan pada kualitas hidupnya.

e) Koordinasi Pelayanan

Sebagai bagian dari tim pelayanan kesehatan defisien harus

berkolaborasi dengan dokter, perawat, farmasi dan tenaga kesehatan lainnya, yang terkait dalam memberikan pelayanan asuhan gizi.

## **5. Indikator Mutu Pelayanan Gizi**

Beberapa contoh indikator mutu pelayanan gizi antara lain (PGRS, 2013) :

- a) Perencanaan asuhan gizi sesuai dengan standar pelayanan  
Prosentase rencana asuhan gizi yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan gizi.
- b) Keberhasilan konseling gizi  
Prosentase perubahan sign dan simptoms dari problem gizi pada kunjungan awal dengan target pada kunjungan-kunjungan konseling berikutnya.
- c) Ketepatan diet yang disajikan  
Prosentase ketepatan diet yang disajikan sesuai dengan diet order dan rencana asuhan.
- d) Ketepatan penyajian makanan  
Prosentase ketepatan dan keakuratan makanan yang disajikan yang sesuai standar yang disepakati.
- e) Ketepatan cita rasa makanan  
Prosentase cita rasa (aroma, suhu, penampilan, rasa dan tekstur) hidangan yang dapat diterima atau sesuai dengan dietnya.
- f) Sisa makanan pasien  
Prosentase makanan yang dapat dihabiskan dari satu atau lebih waktu makan.

## **PENYULUHAN KESEHATAN**

### **1. Pengertian Penyuluhan Kesehatan**

Menurut Azrul Anwar dalam Effendy (2012) penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan.

Menurut Departemen Kesehatan dalam Effendy (2012) penyuluhan kesehatan adalah gabungan berbagai kegiatan atau kesempatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan, dimana individu, keluarga, kelompok atau masyarakat secara keseluruhan ingin hidup sehat, tahu bagaimana caranya dan melakukan apa yang bisa dilakukan secara perseorangan maupun secara kelompok dan meminta pertolongan bila perlu.

Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan kesehatan, yang dilakukan dengan menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan.

### **2. Tujuan Penyuluhan Kesehatan**

Menurut Effendy (2012) bila dilihat dari berbagai pengertian di atas, maka tujuan

penyuluhan yang paling pokok adalah :

- a. Tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.
- b. Terbentuknya perilaku sehat pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang sesuai dengan konsep hidup sehat baik fisik, mental dan sosial sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian.
- c. Menurut WHO tujuan penyuluhan kesehatan adalah untuk merubah perilaku perseorangan dan atau masyarakat dalam bidang kesehatan.

### 3. Sasaran Penyuluhan Kesehatan

Menurut Notoatmojo (2012) berdasarkan pentahapan upaya promosi kesehatan ini, maka sasaran dibagi dalam 3 (tiga) kelompok sasaran.

#### 1) Sasaran Primer (*Primary Target*)

Sesuai dengan permasalahan kesehatan, maka sasaran ini dapat dikelompokkan menjadi, kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk masalah KIA (kesehatan ibu dan anak-anak), anak sekolah untuk kesehatan remaja, dan sebagainya.

#### 2) Sasaran Sekunder (*Secondary Target*)

Para tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, dan sebagainya.

#### 3) Sasaran Tersier (*Tertiary Target*)

Para pembuat keputusan atau penentu kebijakan baik di tingkat pusat, maupun daerah adalah sasaran tersier pendidikan kesehatan.

### 4. Ruang Lingkup Penyuluhan Kesehatan

Cakupan penyuluhan kesehatan baik sebagai ilmu maupun seni sangat luas.

#### 1) Ruang Lingkup Berdasarkan Aspek/Kesehatan

##### a. Pendidikan kesehatan pada aspek promotif

Sasaran pendidikan atau promosi kesehatan pada aspek promotif adalah kelompok orang sehat.

##### b. Pendidikan kesehatan pada aspek pencegahan dan penyembuhan

##### ✓ Pencegahan tingkat pertama (*primary prevention*)

Sasaran promosi atau pendidikan kesehatan pada aspek ini adalah kelompok masyarakat yang berisiko tinggi.

##### ✓ Pencegahan tingkat kedua (*secondary prevention*)

Sasaran promosi kesehatan pada aspek ini adalah kelompok pasien yang baru sembuh (recovery) dari suatu penyakit (Notoatmodjo, 2012).

## 2) Ruang Lingkup Promosi Kesehatan Berdasarkan Tatanan Pelaksanaan

Menurut Notoatmodjo (2012) ruang lingkup promosi kesehatan berdasarkan tatanan pelaksanaan

- a. Promosi kesehatan pada tatanan keluarga (rumah tangga)  
Keluarga atau rumah tangga adalah unit masyarakat kecil. Oleh sebab itu untuk mencapai perilaku masyarakat yang sehat harus dimulai di masing-masing keluarga.
- b. Pendidikan kesehatan pada tatanan sekolah  
Sekolah merupakan perpanjangan tangan pendidikan kesehatan bagi keluarga. Sekolah, terutama guru pada umumnya lebih dipatuhi oleh murid-muridnya. Oleh sebab itu lingkungan sekolah, baik lingkungan fisik maupun lingkungan sosial yang sehat, akan sangat berpengaruh terhadap perilaku sehat anak-anak.
- c. Pendidikan kesehatan di tempat kerja  
Tempat kerja merupakan tempat orang dewasa memperoleh nafkah untuk keluarga. Lingkungan kerja yang sehat akan mendukung kesehatan prakerja atau karyawan dan akhirnya akan menghasilkan produktivitas yang optimal.
- d. Pendidikan di tempat-tempat umum  
Tempat-tempat umum yang sehat, bukan saja terjaga kebersihannya, tetapi juga harus dilengkapi dengan fasilitas kebersihan dan sanitasi terutama WC umum dan sarana air bersih, serta tempat sampah.
- e. Fasilitas pelayanan kesehatan  
Fasilitas pelayanan kesehatan ini mencakup rumah sakit, puskesmas, poliklinik, rumah bersalin, dan sebagainya.

## 3) Ruang Lingkup Berdasarkan Tingkat Pelayanannya

- a. Promosi Kesehatan  
Dalam tingkat ini promosi kesehatan diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi, kebiasaan hidup, perbaikan sanitasi lingkungan,

kesehatan perorangan dan sebagainya.

b. Perlindungan Khusus

Dalam program imunisasi sebagai bentuk pelayanan perlindungan khusus ini, promosi kesehatan sangat diperluka terutama di negara-negara berkembang.

c. Diagnosis Dini dan Pengobatan Segera

Dikarenakan rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, maka penyakit-penyakit yang terjadi di dalam masyarakat sering sulit terdeteksi. Bahkan kadang-kadang masyarakat sulit atau tidak mau diperiksa dan diobati penyakitnya.

d. Pembatasan cacat

Kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit, sering mengakibatkan masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya secara tuntas. Pengobatan yang tidak layak dan sempurna dapat mengakibatkan yang bersangkutan menjadi cacat atau memiliki ketidakmampuan untuk melakukan sesuatu.

f. Rehabilitas

Setelah sembuh dari suatu penyakit tertentu, kadang-kadang orang menjadi cacat. Untuk memulihkan cacatnya tersebut diperlukan latihan-latihan tertentu.

## 5. Media

Kata media berasal dari bahasa latin medium yang berarti perantara atau pengantar. Lebih lanjut, Rahardjo menyebutkan media merupakan sarana penyalur pesan atau informasi belajar yang hendak disampaikan oleh sumber pesan kepada sasaran atau penerima pesan tersebut. Dalam kegiatan belajar-mengajar, sumber pesan adalah guru dan penerima pesan adalah murid.

Sementara itu, *Association for Educational Communication and Technology* (AECT) mendefinisikan media sebagai segala bentuk yang digunakan untuk proses penyaluran informasi. Sedangkan Oemar Hamalik mendefinisikan, media sebagai teknik yang digunakan dalam rangka lebih mengefektifkan komunikasi antar guru dan murid dalam proses pendidikan dan pengajaran di sekolah. Media pembelajaran merupakan perantara atau alat untuk memudahkan proses belajar mengajar agar tercapai tujuan pengajaran secara efektif dan efisien.

Dengan demikian dapat dipahami bahwa media pembelajaran adalah alat,

metodik dan teknik yang digunakan sebagai perantara komunikasi antara seorang guru dan murid dalam rangka lebih mengefektifkan komunikasi dan interaksi dalam proses pendidikan pengajaran di sekolah.

Rudi Bretz dalam Bukhari mengklasifikasikan media atas karakteristik utama suara, bentuk visual (gambar, garis dan simbol) dan gerak. Atas dasar inilah Bertz menggolongkan semua media itu menjadi 8 kelas:

- a. Media audio visual gerak
- b. Media audio visual diam
- c. Media audio semi gerak
- d. Media visual gerak
- e. Media visual diam
- f. Media semi gerak
- g. Media audio, dan

Sementara itu, Oemar Hamalik (1986), Djamarah (2002) dan Sadiman, dkk (1986), mengelompokkan media ini berdasarkan jenisnya ke dalam beberapa jenis, yaitu :

- a. Media auditif, yaitu media yang hanya mengandalkan kemampuan suara saja, seperti tape recorder.
- b. Media visual, yaitu media yang hanya mengandalkan indra penglihatan dalam wujud visual.
- c. Media audiovisual, yaitu media yang mempunyai unsur suara dan unsur gambar. Jenis media ini mempunyai kemampuan yang lebih baik, media ini dibagi ke dalam dua jenis
  - Audiovisual diam, yang menampilkan suara dan visual diam, seperti film sound slide.
  - Audiovisual gerak, yaitu media yang dapat menampilkan unsur suara dan gambar yang bergerak, seperti film, video cassette dan VCD.



## **SURVAILENS PENYAKIT**

### **1. Pengertian Surveilans Berbasis Masyarakat**

Menurut WHO, surveilans berbasis masyarakat adalah pengumpulan, analisis, dan analisis data secara terus-menerus dan sistematis yang kemudian disebarluaskan kepada pihak-pihak yang bertanggung jawab dalam pencegahan penyakit dan masalah kesehatan lainnya. Surveilans memantau terus-menerus kejadian dan kecenderungan penyakit, mendeteksi dan memprediksi *outbreak* pada populasi, mengamati faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian penyakit, seperti perubahan-perubahan biologis pada agen, vector, dan reservoir. Selanjutnya surveilans menghubungkan informasi tersebut kepada pembuat keputusan agar dapat dilakukan langkah-langkah pencegahan dan pengendalian penyakit. Kadang digunakan istilah surveilans epidemiologi.

Surveilans memungkinkan pengambil keputusan untuk memimpin dan mengelola dengan efektif. Surveilans berbasis masyarakat memberikan informasi kewaspadaan dini bagi pengambil keputusan dan manajer tentang masalah-masalah kesehatan yang perlu diperhatikan pada suatu populasi. Surveilans merupakan instrument penting untuk mencegah *outbreak* penyakit dan mengembangkan respon segera ketika penyakit mulai menyebar. Informasi dari surveilans juga penting bagi kementerian

kesehatan, kementerian keuangan, dan donor untuk memonitor sejauh mana populasi telah terlayani dengan baik. Surveilans berbeda dengan pemantauan biasa. Surveilans dilakukan secara terus menerus tanpa terputus, sedang pemantauan dilakukan intermiten atau episodik dengan mengamati secara terus-menerus dan sistematis maka perubahan-perubahan kecenderungan penyakit dan faktor yang mempengaruhi dapat diamati atau diantisipasi, sehingga dapat dilakukan langkah-langkah investigasi dan pengendalian penyakit yang tepat.

## **2. Ruang Lingkup Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan.**

Masalah kesehatan dapat disebabkan oleh berbagai sebab, oleh karena itu secara operasional masalah-masalah kesehatan tidak dapat diselesaikan oleh sektor kesehatan sendiri, diperlukan tatalaksana terintegrasi dan komprehensif dengan kerjasama yang harmonis antara sektor dan antar program, sehingga perlu dikembangkan subsistem survailans kesehatan yang terdiri dari surveilans penyakit menular, surveilans penyakit tidak menular, surveilans kesehatan lingkungan dan perilaku, surveilans masalah kesehatan, dan surveilans kesehatan matra.

### **a. Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular**

Merupakan analisis terus menerus dan sistematis terhadap penyakit menular dan faktor risiko untuk mendukung upaya pemberantasan penyakit menular.

### **b. Surveilans Epidemiologi Penyakit Tidak Menular**

Merupakan analisis terus menerus dan sistematis terhadap penyakit tidak menular dan faktor risiko untuk mendukung upaya pemberantasan penyakit tidak menular.

### **c. Surveilans Epidemiologi Kesehatan Lingkungan dan Perilaku**

Merupakan analisis terus menerus dan sistematis terhadap penyakit dan faktor risiko untuk mendukung program penyehatan lingkungan.

### **d. Surveilans Epidemiologi Masalah Kesehatan**

Merupakan analisis terus menerus dan sistematis terhadap masalah kesehatan dan faktor risiko untuk mendukung program-program kesehatan tertentu.

### **e. Surveilans Epidemiologi Kesehatan Matra**

Merupakan analisis terus menerus dan sistematis terhadap masalah

kesehatan dan faktor risiko untuk upaya mendukung program kesehatan matra.

### **3. Penyelenggaraan Berdasarkan Metode Pelaksanaan**

Pelaksanaan surveilans epidemiologi kesehatan dapat menggunakan satu cara atau kombinasi dari beberapa cara penyelenggaraan surveilans epidemiologi.

- a. Surveilans Epidemiologi Rutin Terpadu, adalah penyelenggaraan surveilans epidemiologi terhadap beberapa kejadian, permasalahan, dan atau faktor risikokesehatan.
- b. Surveilans Epidemiologi Khusus, adalah penyelenggaraan surveilans epidemiologi terhadap suatu kejadian, permasalahan, faktor risiko atau situasi khusus kesehatan.
- c. Surveilans Sentinel, adalah penyelenggaraan surveilans epidemiologi pada populasi dan wilayah terbatas untuk mendapatkan signal adanya masalah kesehatan pada suatu populasi atau wilayah lebih luas.
- d. Surveilans Epidemiologi, penyelenggaraan surveilans pada periode tertentu serta populasi dan wilayah tertentu untuk mengetahui lebih mendalam gambaran epidemiologi penyakit, permasalahan atau faktor risiko kesehatan.

### **4. Sasaran Penyelenggaraan**

Sasaran penyelenggaraan sistem surveilans epidemiologi kesehatan meliputi masalah-masalah yang berkaitan dengan program kesehatan yang ditetapkan berdasarkan prioritas nasional, bilateral, regional dan global, penyakit potensial wabah, bencana dan komitmen lintas sektor serta sasaran spesifik lokal atau daerah. Secara rinci sasaran penyelenggaraan sistem surveilans epidemiologi kesehatan adalah sebagai berikut :

#### **a. Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular**

Prioritas sasaran penyelenggaraan surveilans epidemiologi penyakit menular adalah :

- 1) Surveilans penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi.
- 2) Surveilans AFP.
- 3) Surveilans penyakit potensial wabah atau kejadian luar biasa penyakit menular dan keracunan.

- 4) Surveilans penyakit demam berdarah dan demam berdarah dengue
- 5) Surveilans malaria.
- 6) Surveilans penyakit-penyakit zoonis, antraks, rabies, leptospirosis dan sebagainya.
- 7) Surveilans penyakit filariasis.
- 8) Surveilans penyakit tuberculosis.
- 9) Surveilans penyakit diare, tipus perut, kecacingan dan penyakit perut lainnya.
- 10) Surveilans penyakit kusta.
- 11) Surveilans penyakit kusta.
- 12) Surveilans penyakit frambosia.
- 13) Surveilans penyakit HIV/AIDS.
- 14) Surveilans penyakit menular seksual.
- 15) Surveilans penyakit pneumonia, termasuk penyakit pneumonia akut berat.

b. Surveilans epidemiologi tidak menular

Prioritas sasaran penyelenggaraan surveilans epidemiologi penyakit tidak menular adalah :

- 1) Surveilans hipertensi, stroke dan penyakit jantung koroner, Surveilans jantung koroner.
- 2) Surveilans diabetes mellitus
- 3) Surveilans neoplasma
- 4) Surveilans penyakit paru obstruksi kronis
- 5) Surveilans gangguan mental
- 6) Surveilans kesehatan akibat kecelakaan

c. Surveilans Epidemiologi Kesehatan Lingkungan dan Perilaku

Prioritas sasaran penyelenggaraan surveilans epidemiologi kesehatan lingkungan dan perilaku adalah :

- 1) Surveilans sarana air bersih
- 2) Surveilans tempat-tempat umum

- 3) Surveilans pemukiman dan lingkungan perumahan
- 4) Surveilans limbah industri, rumah sakit dan kegiatan lainnya.
- 5) Surveilans vektor penyakit
- 6) Surveilans kesehatan dan keselamatan kerja
- 7) Surveilans rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lainnya, termasuk infeksi nosokomial.

d. Surveilans Epidemiologi Masalah Kesehatan

Prioritas sasaran penyelenggaraan surveilans epidemiologi masalah kesehatan adalah :

- 1) Surveilans gizi dan sistem kewaspadaan pangan dan gizi (SKPG).
- 2) Surveilans gizi mikro kurang yodium, anemia gizi besi, kekurangan vitamin A.
- 3) Surveilans gizi lebih.
- 4) Surveilans kesehatan ibu dan anak termasuk reproduksi.
- 5) Surveilans kesehatan lanjut usia.
- 6) Survei penyalahgunaan obat, narkotika, psikotropika, zat adiktif dan bahan berbahaya.
- 7) Surveilans penggunaan sediaan farmasi, obat, obat tradisional, bahan kosmetika, serta peralatan.
- 8) Surveilans kualitas makanan dan bahan tambahan makanan

e. Surveilans Epidemiologi Kesehatan Matra

Prioritas sasaran penyelenggaraan surveilans epidemiologi kesehatan matra adalah :

- 1) Surveilans kesehatan haji.
- 2) Surveilans kesehatan pelabuhan dan lintas batas perbatasan.
- 3) Surveilans bencana dan masalah sosial.
- 4) Surveilans kesehatan matra laut dan udara.
- 5) Surveilans pada kejadian luar biasa penyakit dan keracunan.

## **KADERISASI MASYARAKAT DALAM BIDANG KESEHATAN**

### **1. Pengertian Kaderisasi**

Kaderisasi adalah sekelompok orang yang mendampingi, memberi semangat, pengetahuan, bantuan, saran suatu kelompok dalam memecahkan masalah sehingga kelompok lebih maju. Fasilitator adalah adanya suatu kelompok yang memiliki tujuan, rencana, gagasan, program, sarana dalam melaksanakan kegiatan dalam memecahkan masalah yang dihadapi secara bersama-sama. Akibatnya fasilitator harus memenuhi syarat-syarat sebagai berikut: berani, disiplin, bersedia membantu, tanggungjawab, sabar (telaten), komunikatif (menyengkan), mencarikan suasana, mau mendengarkan orang lain, empati (bisa merasakan) dan tanggap situasi (peka), ini karena tugas yang diemban fasilitator sangat berat dan butuh pengorbanan. Adapun tugas fasilitator dalam pendampingan kelompok adalah:

1. Menyampaikan informasi
2. Menjadi juru bicara/pemimpin
3. Narasumber (membawa info dari luar)
4. Membantu memecahkan masalah

Kader dalam masyarakat akan menjadi fasilitator. Fasilitator adalah orang yang membuat kerja kelompok menjadi lebih mudah karena kemampuannya dalam menstrukturkan dan memandu partisipasi anggota-anggota kelompok. Pada umumnya fasilitator bekerja dalam sebuah pertemuan atau diskusi. Akan tetapi seorang fasilitator juga dapat bekerja diluar pertemuan. Tetapi pada prinsipnya seorang fasilitator harus mengambil peran netral (dengan banyak bertanya dan banyak mendengarkan) ketika membantu sebuah kelompok atau pertemuan.

Fasilitator adalah seseorang yang membantu sekelompok orang memahami tujuan bersama mereka, membuat rencana guna mencapai tujuan tersebut tanpa mengambil posisi tertentu dalam diskusi. Beberapa fasilitator akan mencoba membantu kelompok dalam mencapai consensus pada setiap perselisihan yang sudah ada sebelumnya atau muncul dalam rapat sehingga memiliki dasar yang kuat untuk tindakan di masa depan.

## **2. Peran dan Tugas KADER**

Para pelaksana program (pendamping, supervisor dan koordinator program) adalah ujung tombak lembaga yang bertugas sebagai pelaku pengembangan partisipasi dan pemberdayaan masyarakat. Dengan demikian, adopsi PRA ke dalam pengembangan program berarti juga harus dibarengi dengan pengembangan staf program agar memiliki kemampuan- kemampuan yang dibutuhkan sebagai fasilitator dan pengorganisir.

### **Tugas fasilitasi: membangun proses kegiatan masyarakat**

1. Pengembangan sosial yaitu kemampuan untuk mendorong orang lain bekerja sama dalam proses pengembangan masyarakat.
2. Menengahi (mediasi) dan berunding (negosiasi) yaitu kemampuan untuk menghadapi dan mengatasi konflik yang terjadi di masyarakat.
3. Memberi dukungan yaitu menyediakan dukungan yang diperlukan agar masyarakat bisa melakukan kegiatan pengembangan masyarakat.
4. Membangun konsensus yaitu menghadapi perbedaan nilai, kepentingan, dan adanya kompetisi tidak dengan pendekatan konflik.
5. Memfasilitasi kelompok yaitu mengelola berbagai tindakan dan kegiatan kelompok karena biasanya kerja pendampingan lebih banyak bersama kelompok.

6. Memanfaatkan sumberdaya dan keterampilan lokal yaitu membantu masyarakat mengenali & memanfaatkan potensi lokal yang belum dimanfaatkan secara optimal.
7. Pengorganisasian yaitu mendorong terselenggaranya kegiatan-kegiatan bersama masyarakat.

**Tugas penghubung: membangun relasi dengan berbagai sumber, pihak dan lembaga yang bisa dimanfaatkan oleh masyarakat dampingannya**

1. Menghubungkan dengan sumberdaya yaitu memfasilitasi kerjasama dengan lembaga-lembaga di luar komunitas yang memiliki sumberdaya tertentu.
2. Advokasi yaitu menghubungkan berbagai kepentingan masyarakat (antar individu, antar kelompok, antar lembaga dsb.).
3. Menggunakan media yaitu mempublikasikan kegiatan, proses, dan capaian, agar menjadi agenda komunitas.
4. Menjadi Humas yaitu memberikan informasi mengenai kegiatan, proses dan capaian untuk memperoleh dukungan berbagai pihak.
5. Mengembangkan jaringan yaitu mengembangkan hubungan dengan berbagai pihak (perorangan, lembaga) untuk mendukung program.
6. Mengembangkan proses pertukaran pengetahuan dan pengalaman yaitu sebagai fasilitator proses pembelajaran antar pihak baik secara formal maupun informal.

**Tugas teknis: mengelola langkah-langkah atau tahap-tahap program mulai dari peninjauan kebutuhan sampai ke monitoring-evaluasi**

1. Mengumpulkan dan menganalisa data yaitu menggunakan metodologi pengkajian untuk mengumpulkan dan menganalisa informasi bersama masyarakat.
2. Menggunakan komputer yaitu menggunakan dan mengalihkan kemampuan penguasaan teknologi komputer kepada masyarakat.
3. Melakukan presentasi (tertulis atau lisan) yaitu menyampaikan gagasan kepada masyarakat dampingan dan pihak-pihak lain.
4. Pengelolaan program yaitu membangun struktur, nilai, prosedur dan mekanisme program yang sesuai dengan prinsip pengembangan masyarakat.
5. Pengelolaan keuangan yaitu pengelolaan (manajemen) keuangan yang



sesuai dengan prinsip pengembangan masyarakat.

### **3. Dasar-Dasar Teknik Fasilitasi**

Dunia fasilitasi menjadi kian mengemuka belakangan ini seiring dengan berkembangnya era otonomi daerah. Proses pembangunan dengan semangat partisipasi melatar belakangi semakin berkembangnya proses-proses yang melibatkan masyarakat di dalamnya. Dalam kerangka tersebut peran fasilitator menjadi salah satu hal yang cukup mengemuka. Dan karenanya fasilitator kemudian menjadi sebuah profesi pilihan yang cukup menjanjikan masa depan bagi sebagian orang .

idolappppk.com

#### 4. Peran KADER

Fasilitasi berasal dari kata “*facile*” yang berarti “mudah” yang artinya “membuat sesuatu menjadi lebih mudah”. Peran fasilitator membuat kelompok menjadi sukses dan mudah dengan menggunakan proses kelompok yang efektif. Fasilitator akan menganjurkan anggota kelompok menggunakan metode yang paling efektif untuk menyelesaikan tugas secara efisien dan bermanfaat, dengan tetap memberi waktu kepada ide-ide atau alternatif lain. Fasilitator menempatkan dirinya sebagai seorang pemandu, pembantu dan katalisator untuk membantu kelompok menyelesaikan pekerjaannya.



Fasilitator adalah manajer proses kelompok. Fasilitator berperan dalam mengelola proses dan bersikap netral terhadap isi diskusi. Proses bagaimana anggota kelompok bekerja bersama, bagaimana anggota berinteraksi satu sama lain, bagaimana keputusan dibuat dan bagaimana seluruh anggota hadir. Perlu dicatat bahwa proses dan isi selalu hadir setiap waktu dalam kerja-kerja kelompok, dan fasilitator harus memandu dan mengelola proses supaya kelompok dapat memfokuskan energy dan kreatifitas mereka pada isi atau materi pembicaraan. Untuk memandu proses, fasilitator akan menggunakan berbagai metode untuk memperjelas dan mempermudah kelompok mencapai hasil yang diharapkan (16).

#### 5. Tanggung Jawab KADER

Fasilitator yang efektif memiliki tanggungjawab:

1. Selalu netral atas isi atau materi pertemuan;
2. Merancang partisipasi;
3. Memastikan keseimbangan partisipasi;
4. Mendorong dialog diantara peserta;
5. Menyediakan struktur dan proses untuk kerja kelompok;

6. Mendorong perbedaan pandangan ke arah yang positif;
7. Mendengarkan secara aktif dan mendorong peserta yang lain untuk melakukan hal yang sama;
8. Mencatat, mengorganisir, dan meringkas masukan dari anggota;
9. Mendorong kelompok untuk mengevaluasi sendiri perkembangan dan kemajuan kerja;
10. Melindungi anggota kelompok dan idenya dari serangan atau pengabaian perhatian;
11. Meyakinkan bahwa kelompok itu kumpulan pengetahuan, pengalaman dan kreatifitas.
12. Gunakan metode dan teknik fasilitasi untuk menggali sumberdaya ini.

## SURAT KETERANGAN MEDIS

### 1. Pengertian

Sertifikasi dalam pelayanan kedokteran adalah berupa Surat Keterangan Medis, penerbitan surat keterangan medis dibuat berdasarkan data-data dalam RM atas seijin pasien.

Surat keterangan Medis adalah keterangan tertulis yang dibuat oleh dokter untuk tujuan tertentu tentang kesehatan atau penyakit pasien, atas permintaan pasien atau permintaan pihak ketiga dengan persetujuan pasien atau atas perintah Undang-Undang.

### 2. Jenis jenis Surat keterangan Dokter



#### a. Surat Keterangan Kegadisan

Hati-hati dengan ketidak gadisan:

- Harus ada permintaan dari ybs atau setidaknya ada persetujuannya • Alasan permintaan ?
- Harus ada saksi wanita pada saat pemeriksaan
- Hasil pemeriksaan alat genital terkait selaput dara adalah ada/tidak ada robekan pada selaput dara baik robek lama/baru.

#### b. Surat Keterangan Medis pada kasus kekerasan seksual

- Pendahuluan-nama dokter, nama pasien/korban
- Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang
  - 1) Pemeriksaan tanda vital dan keadaan umum
  - 2) Pemeriksaan tanda kekerasan
  - 3) Pemeriksaan tanda persetubuhan
  - 4) Pemeriksaan tanda cukup umur/pantas dikawin

- Kesimpulan

- Penutup

**c. Visum et Repertum kasus delik susila**

- Pro justisia
- Pendahuluan meliputi identitas penyidik, dokter pemeriksa dan pasien/korban

Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang

- Keadaan umum dan tanda vital
- Tanda kekerasan
- Tanda persetubuhan
- Tanda cukup umur/pantas dikawin

- Kesimpulan

- Penutup

**d. Surat Keterangan Medis**

- Atas permintaan sendiri/pasien/keluarga/pihak ketiga
- Non projustisia
- Isi surat terdiri dari 4 bagian Bisa digunakan untuk lapor pada penyidik untuk permintaan visum et repertum

## KONSULTASI DAN RUJUKAN

### 1. Pengertian

#### a. Konsultasi

adalah upaya meminta bantuan profesional penanganan suatu kasus penyakit yang sedang ditangani oleh seorang dokter kepada dokter lain yang lebih ahli

#### b. Rujukan

adalah upaya melimpahkan wewenang dan tanggung jawab penanganan kasus penyakit yang sedang ditangani oleh seorang dokter kepada dokter lain yang sesuai.

#### c. Rujukan medis

Pelimpahan wewenang dan tanggung jawab untuk masalah kedokteran yang bertujuan untuk menyembuhkan penyakit dan atau memulihkan status kesehatan pasien.

#### d. Rujukan Kesehatan

Pelimpahan wewenang & tanggung jawab untuk masalah kesehatan masyarakat yang bertujuan: untuk meningkatkan derajat kesehatan dan ataupun mencegah penyakit yang ada di masyarakat.

### 2. Karakteristik Konsultasi dan Rujukan

#### a. Ruang lingkup kegiatan

Konsultasi memintakan bantuan profesional dari pihak ketiga. Rujukan, melimpahkan wewenang dan tanggung jawab penanganan kasus penyakit yang sedang dihadapi kepada pihak ketiga.

#### b. Kemampuan dokter

konsultasi ditujukan kepada dokter yang lebih ahli dan atau yang lebih berpengalaman. Pada rujukan hal ini tidak mutlak

#### c. Wewenang dan tanggung jawab

konsultasi wewenang dan tanggung jawab tetap pada dokter yang meminta konsultasi. Pada rujukan sebaliknya.

### 3. Manfaat Konsultasi Rujukan

- a. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan (bila sistemnya berjalan sesuai dengan yang seharusnya).
- b. Kebutuhan kesehatan pasien akan terpenuhi (terbentuk team work)

#### **4. Tata Cara Konsultasi dan Rujukan**

- a. Dasar: kepatuhan thd kode etik profesi yg telah disepakati bersama, dan sistem kesehatan terutama sub sistem pembiayaan kesehatan yang berlaku.
- b. Konsultasi (McWhinney, 1981):
  - ✓ Penjelasan lengkap kepada pasien alasan untuk konsultasi
  - ✓ Berkomunikasi secara langsung dengan dokter konsultan (surat, form khusus, catatan di rekam medis, formal/ informal lewat telfon
  - ✓ Keterangan lengkap tentang pasiend.
  - ✓ Konsultan bersedia memberikan konsultasi

#### **5. Pembagian Wewenang & Tanggungjawab**

- a. Interval referral  
Pelimpahan wewenang dan tanggungjawab penderita sepenuhnya kepada dokter konsultan untuk jangka waktu tertentu, dan selama jangka waktu tersebut dokter tsb tidak ikut menanganinya.
- b. Collateral referral, menyerahkan wewenang dan tanggungjawab penanganan penderita hanya untuk satu masalah kedokteran khusus saja
- c. Cross referral, menyerahkan wewenang dan tanggungjawab penanganan penderita sepenuhnya kepada dokter lain untuk selamanya
- d. Split referral, menyerahkan wewenang dan tanggungjawab penanganan penderita sepenuhnya kepada beberapa dokter konsultan, dan selama jangka waktu pelimpahan wewenang dan tanggungjawab tersebut dokter pemberi rujukan tidak ikut campur.

#### **6. Rujukan medik dapat dilakukan terhadap apa saja**

Rujukan medik dapat dilakukan terhadap :

- ✓ Penderita  
Penderita dikirim oleh perujuk kepada konsultan, atau apabila penderita tidak dapat dikirim maka perujuk meminta kesediaan konsultan untuk bersama-sama memeriksanya.
- ✓ Bahan pemeriksaan  
Dapat berupa jaringan tubuh (hasil insisi, ekstirpasi, biopsi, maupun reseksi), darah, serum, tinja, air seni, secret, serta cairan tubuh yang lain.

## 7. Berbentuk Rujukan medik

Rujukan medik dapat berupa pengetahuan, ketrampilan, maupun sikap yang dapat dilaksanakan secara lisan maupun tertulis.

### a. Rujukan medik lisan :

- ✓ Dokter perujuk dan konsultan melakukan pemeriksaan bersama
- ✓ Dokter perujuk memberi keterangan selengkapanya serta mengemukakan apa yang akan diinginkannya (kesulitan / masalah)
- ✓ Kemudian keduanya mendiskusikan hasil pemeriksaan di tempat tersendiri
- ✓ Bila ada perselisihan pendapat, jangan sampai menggoncangkan kepercayaan penderita terhadap dokter perujuk

### b. Rujukan medik tertulis

- ✓ Rujukan ditulis dalam amplop tertutup diajukan oleh dokter perujuk kepada konsultan disertai keterangan yang cukup
- ✓ Dalam hal rujukan penderita, maka konsultan mengirim kembali penderita tersebut disertai pendapat dan anjuran tertulis juga
- ✓ Bila dikehendaki oleh dokter perujuk, konsultandapat melakukan pengelolaan atau pengobatanpenderita sampai sembuh
- ✓ Konsultan tidak dibenarkan memberitahukan kepada penderita secara langsung maupun tidak langsung tentang kekeliruan yang mungkin dibuat oleh dokter perujuk terhadap penderita
- ✓ Pendapat dan anjuran konsultan dapat berupa pendapat final atau anjuran untuk melakukan pemeriksaan lebih lanjut (laboratorik, EKG, radiologik, atau penunjang lain)

## 8. Bagaimana arah rujukan medik yang benar?

### a. Dari dokter umum kepada dokter spesialis

Permasalahan yang dihadapi oleh dokter umum diharapkan untuk dapat dipecahkan oleh dokter spesialis sesuai dengan bidangnya.

### b. Dari dokter spesialis tertentu kepada dokter spesialis lain

Selain untuk keperluan diagnostik, rujukan demikian biasanya bertujuan untuk memperoleh konfirmasi tentang kemungkinan adanya komplikasi-komplikasi yang dapat terjadi dalam ruang lingkup bidang keahlian di luar spesialisasi dokter perujuk.



- c. Dari dokter spesialis kepada dokter umum (di daerah tempat tinggal penderita) Rujukan medik ini paling jarang terjadi, biasanya dilakukan oleh dokter spesialis atas permintaan penderita dengan pertimbangan kesulitan transportasi karena tempat tinggal penderita sangat jauh dari dokter spesialis tersebut. Tentunya tidak semua tindakan dapat dirujuk ke bawah mengingat fasilitas, kemampuan, dan kewenangan yang ada pada dokter umum tersebut.

idolapppk.com

# **TATA LAKSANA TUGAS JAGA DAN PELAYANAN MEDIS DILUAR JAM KERJA**

## **1. PENGERTIAN**

- a. Praktik kedokteran adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh dokter dan dokter gigi terhadap pasien dalam melaksanakan upaya kesehatan.
- b. Dokter dan Dokter Gigi adalah lulusan pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah Republik Indonesia sesuai dengan peraturan perundangundangan.
- c. Dokter dengan kewenangan tambahan adalah dokter dan dokter gigi dengan kewenangan klinis tambahan yang diperoleh melalui pendidikan dan pelatihan yang diakui organisasi profesi untuk melakukan praktik kedokteran tertentu secara mandiri. 4
- d. Surat Tugas adalah bukti tertulis yang diberikan dinas kesehatan provinsi kepada dokter atau dokter gigi dalam rangka pelaksanaan praktik kedokteran pada fasilitas pelayanan kesehatan tertentu.
- e. Pelayanan kedokteran adalah pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter dan dokter gigi sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya yang dapat berupa pelayanan promotif, preventif, diagnostik, konsultatif, kuratif, atau rehabilitatif.
- f. Standar pelayanan adalah pedoman yang harus diikuti oleh dokter atau dokter gigi dalam menyelenggarakan praktik kedokteran.

## **2. PENYELENGGARAAN PRAKTIK**

- **Pasal 20**

- 1) Dokter dan Dokter Gigi yang telah memiliki SIP berwenang untuk menyelenggarakan praktik kedokteran, yang meliputi antara lain:
  - a. mewawancarai pasien;
  - b. memeriksa fisik dan mental pasien;
  - c. menentukan pemeriksaan penunjang;
  - d. menegakkan diagnosis;
  - e. menentukan penatalaksanaan dan pengobatan pasien;
  - f. melakukan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi;
  - g. menulis resep obat dan alat kesehatan;

- h. menerbitkan surat keterangan dokter atau dokter gigi;
  - i. menyimpan dan memberikan obat dalam jumlah dan jenis yang sesuai dengan standar;
  - j. meracik dan menyerahkan obat kepada pasien, bagi yang praktik di daerah terpencil yang tidak ada apotek.
- 2) Lingkup dan tingkat kewenangan penyelenggaraan praktik kedokteran sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bagi masing-masing dokter atau dokter gigi sesuai dengan sertifikat kompetensi, dan/atau surat keterangan kompetensi dari Ketua Kolegium atau Ketua Program Studi atas nama Ketua Kolegium bagi peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) atau peserta Program Pendidikan Dokter Gigi Spesialis (PPDGS).
- a. Praktik kedokteran dilaksanakan berdasarkan pada kesepakatan berdasarkan hubungan kepercayaan antara Dokter dan Dokter Gigi dengan pasien dalam upaya pemeliharaan kesehatan, pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit dan pemulihan kesehatan.
  - b. Kesepakatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan upaya maksimal pengabdian profesi kedokteran yang harus dilakukan Dokter dan Dokter Gigi dalam penyembuhan dan pemulihan kesehatan pasien sesuai dengan standar pelayanan, standar profesi, standar prosedur operasional dan kebutuhan medis pasien.
  - c. Upaya maksimal sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sesuai dengan situasi dan kondisi setempat
- **Pasal 22**
    - 1) Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran harus sesuai dengan kewenangan dan kompetensi yang dimiliki.
    - 2) Dalam rangka memberikan pertolongan pada keadaan gawat darurat guna penyelamatan nyawa, dokter atau dokter gigi dapat melakukan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi di luar kewenangan klinisnya sesuai dengan kebutuhan medis.
    - 3) Pelaksanaan kewenangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan ayat (2) harus dilakukan sesuai dengan standar profesi.

- Pasal 23

- 1) Dokter atau dokter gigi dapat memberikan pelimpahan suatu tindakan kedokteran atau kedokteran gigi kepada perawat, bidan atau tenaga kesehatan tertentu lainnya secara tertulis dalam melaksanakan tindakan kedokteran atau kedokteran gigi.
- 2) Tindakan kedokteran atau kedokteran gigi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat dilakukan dalam keadaan di mana terdapat kebutuhan pelayanan yang melebihi ketersediaan dokter atau dokter gigi di fasilitas pelayanan tersebut.
- 3) Pelimpahan tindakan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan ketentuan:
  - a. tindakan yang dilimpahkan termasuk dalam kemampuan dan keterampilan yang telah dimiliki oleh penerima pelimpahan;
  - b. pelaksanaan tindakan yang dilimpahkan tetap di bawah pengawasan pemberi pelimpahan;
  - c. pemberi pelimpahan tetap bertanggung jawab atas tindakan yang dilimpahkan sepanjang pelaksanaan tindakan sesuai dengan pelimpahan yang diberikan;
  - d. tindakan yang dilimpahkan tidak termasuk mengambil keputusan klinis sebagai dasar pelaksanaan tindakan; dan
  - e. tindakan yang dilimpahkan tidak bersifat terus menerus.

# **PEMERIKSAAN MEDIS PADA ORANG DIATAS ALAT ANGKUT**

## **1. PENGERTIAN**

Pelayanan kesehatan, yaitu kegiatan pelayanan kesehatan promotif, preventif, dan kuratif secara terbatas di lingkungan pelabuhan, bandara, dan lintas batas darat

## **2. UNSUR UTAMA SURVEILANS KESEHATAN**

Sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf b terdiri atas sub unsur:

### **a. Laporan**

yaitu hasil kegiatan melalui analisis data untuk memperoleh gambaran tentang situasi dan kecenderungan dari penyakit menular tertentu, potensi risiko, KLB/wabah penyakit menular, kejadian keracunan makanan, dan masalah kesehatan lainnya.

### **b. Diseminasi informasi**

yaitu penyampaian hasil analisis kepada pemangku kepentingan dalam rangka kewaspadaan dini, kesiapsiagaan, dan penanggulangan kejadian penyakit dan masalah kesehatan lainnya.

## **3. UNSUR UTAMA PELAYANAN KESEHATAN**

Sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) huruf d terdiri atas sub unsur:

### **a. Pelayanan kesehatan dasar**

yaitu pemeriksaan kesehatan dan pengobatan, pelayanan gawat darurat medik, pelayanan penunjang medik, serta tindakan rujukan terhadap pelaku perjalanan dan masyarakat pelabuhan, bandar udara, dan lintas batas darat negara.

### **b. Vaksinasi dan/atau profilaksis**

yaitu tindakan pemberian vaksinasi dan/atau pengobatan pencegahan terhadap pelaku perjalanan dan masyarakat pelabuhan, bandar udara, dan lintas batas darat negara.

## **4. Pemeriksaan Kesehatan pada orang diatas alat angkut**

Dilakukan dengan Pengamatan, pemeriksaan fisik, penegakan diagnosis, isolasi dan rujukan terhadap kondisi kesehatan awak dan/atau penumpang pada moda angkutan darat, laut, dan udara. Pelayanan Kesehatan yang dilakukan adalah:

### **a. Pelayanan Kesehatan Dasar, terdiri atas:**

### **1) Pemeriksaan Kesehatan dan Pengobatan**

Tindakan pemeriksaan kesehatan dan pengobatan terhadap awak dan penumpang pada moda angkutan laut, udara, dan lintas batas darat serta masyarakat di lingkungan pelabuhan, bandara, dan lintas batas darat, baik pada saat rutin maupun pada kondisi matra.

### **2) Pelayanan Skrining Kesehatan**

Tindakan pemeriksaan kesehatan tertentu yang berhubungan dengan KKMMMD, terhadap awak dan penumpang pada moda angkutan laut, udara, dan lintas batas darat negara serta masyarakat di lingkungan pelabuhan, bandara, dan lintas batas darat, termasuk pada saat kondisi matra.

### **3) Pelayanan Gawat Darurat Medik**

Tindakan pelayanan medik dan asuhan keperawatan darurat terhadap awak dan penumpang pada moda angkutan laut, udara, dan lintas batas darat serta masyarakat di lingkungan pelabuhan, bandara, dan lintas batas darat negara, baik pada saat rutin maupun pada kondisi matra.

### **4) Tindakan Rujukan**

Tindakan pemindahan penderita atau beberapa penderita atas dasar indikasi medik dari instalasi poliklinik dan instalasi isolasi, maupun di lapangan serta yang berasal dari kejadian kecelakaan, keracunan, atau kedaruratan di lingkungan pelabuhan, bandara, dan lintas batas darat negara ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat, baik pada saat rutin maupun pada kondisi matra.

### **5) Pelayanan Penunjang**

Tindakan pelayanan penunjang medik, berupa pemeriksaan laboratorium diagnosis sederhana, pemberian alat bantu, dan berbagai peralatan yang diperlukan untuk pemeriksaan kesehatan dan pengobatan terhadap awak dan penumpang pada moda angkutan laut, udara, dan lintas batas darat serta masyarakat di lingkungan pelabuhan, bandara, dan lintas batas darat negara.

### **6) Pelayanan/Pengawasan Kesehatan Kerja**

Tindakan pemeriksaan dan penyampaian saran perbaikan terhadap kondisi/status kesehatan pekerja dan lingkungan pada institusi kerja formal maupun non formal di lingkungan pelabuhan, bandara, dan lintas batas

darat negara.

b. **Vaksinasi dan Profilaksis, terdiri atas:**

**1) Pelayanan Vaksinasi**

Tindakan pemberian vaksin meningitis, yellow fever, kolera, influenza, dan vaksinasi dasar terhadap awak dan penumpang pada moda angkutan laut, udara, dan lintas batas darat serta masyarakat di lingkungan pelabuhan, bandara, dan lintas batas darat.

**2) Pelayanan Profilaksis**

Tindakan pemberian pengobatan pencegahan terhadap awak dan penumpang pada moda angkutan serta masyarakat di lingkungan pelabuhan, bandara, dan lintas batas darat negara.

**3) Pengelolaan Cold Chain**

Kegiatan fasilitasi dan advokasi dalam pemeliharaan, pemantauan, serta pengawasan kualitas vaksin, cold box dan/atau cold room di KKP berdasarkan pedoman teknis yang berlaku.