


Buku Ajar



**SISTEM
PELAYANAN
KESEHATAN**

Dr. Rika Handayani, SKM., M.Kes.
Dr. Syamsuriyati, SST., SKM., M.Kes.
Misrawati, S.ST., M.Keb.

BUKU AJAR

**SISTEM PELAYANAN
KESEHATAN**

UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 28 TAHUN 2014
TENTANG
HAK CIPTA
Lingkup Hak Cipta

Pasal 1 Ayat 1 :

1. Hak Cipta adalah hak eksklusif pencipta yang timbul secara otomatis berdasarkan prinsip deklaratif setelah suatu ciptaan diwujudkan dalam bentuk nyata tanpa mengurangi pembatasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Ketentuan Pidana:

Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

Pasal 114

Setiap Orang yang mengelola tempat perdagangan dalam segala bentuknya yang dengan sengaja dan mengetahui membiarkan penjualan dan/atau pengandaan barang hasil pelanggaran Hak Cipta dan/atau Hak Terkait di tempat perdagangan yang dikelolanya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10, dipidana dengan pidana denda paling banyak Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah).

Dr. Rika Handayani, SKM., M.Kes.
Dr. Syamsuriyati, SST., SKM., M.Kes.
Misrawati, S.ST., M.Keb.

BUKU AJAR

SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

Diterbitkan Oleh



Buku Ajar Sistem Pelayanan Kesehatan

Penulis : Dr. Rika Handayani, SKM., M.Kes.
Dr. Syamsuriyati, SST., SKM., M.Kes.
Misrawati, S.ST., M.Keb.
Editor : Rahmat Haji Saeni, SKM., MPH.
Tata Letak : Riza Ardyanto
Desain Cover : Ridwan Nur M

Penerbit:

CV. Bintang Semesta Media

Anggota IKAPI Nomor 147/DIY/2021

Jl. Karang Sari, Gang Nakula, RT 005, RW 031,

Sendangtirto, Berbah, Sleman, Yogyakarta 57773

Telp: 4358369. Hp: 085865342317

Facebook: Penerbit Bintang Madani

Instagram: @bintangpustaka

Website: www.bintangpustaka.com

Email: bintangsemestamedia@gmail.com

redaksibintangpustaka@gmail.com

Cetakan Pertama, Juli 2022

Bintang Semesta Media Yogyakarta

vi + 147 hal : 15.5 x 23 cm

ISBN : 978-623-5472-03-4

Dicetak Oleh:

Percetakan Bintang 085865342319

Hak cipta dilindungi undang-undang

All right reserved

Isi di luar tanggung jawab percetakan

Prakata

Puji syukur penulis panjatkan ke hadapan Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat-Nya Buku Ajar *Sistem Pelayanan Kesehatan* dapat diselesaikan tepat pada waktunya.

Mudah-mudahan buku ini memberikan manfaat besar untuk meningkatkan pengetahuan mahasiswa dalam rangka mencapai kompetensi yang disyaratkan dalam kurikulum dan RPS.

Penulis menyadari bahwa buku ini merupakan salah satu dari sekian banyak tulisan yang membahas tentang Sistem pelayanan Kesehatan. Dengan demikian, buku ini dapat digunakan sebagai pelengkap atau sebagai bahan perbandingan. Penulis menyadari bahwa buku ini belum lengkap, belum sempurna, bahkan mungkin ada kelemahan. Oleh karena itu, penulis sangat menantikan saran dan kritik konstruktif dari pembaca untuk perbaikan buku ini pada masa yang akan datang.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penulisan dan penerbitan buku ini. Semoga Allah Yang Maha Pengasih dan Penyayang membalas budi baik Bapak/Ibu sekalian.

Akhir kata semoga buku ini dapat bermanfaat dan meningkatkan kualitas pendidikan di institusi.

Makassar, Maret 2022

Penulis

Daftar Isi

Prakata.....	v
Daftar Isi	vi
Bagian I	
Organisasi Pelayanan Kesehatan di Indonesia.....	1
Bagian II	
Peraturan dan Kebijakan Sistem Pelayanan Kesehatan di Indonesia.....	19
Bagian III	
Sistem Rujukan Kesehatan Nasional.....	37
Bagian IV	
Indikator Kinerja Sistem Pelayanan Kesehatan	69
Bagian V	
Program-Program Dasar Puskesmas, <i>Primary Health Care</i> ..	75
Bagian VI	
Pelayanan Prima dalam Pelayanan Kesehatan	95
Bagian VII	
Peran Tenaga Medis dalam Pemberian Pelayanan Kesehatan untuk Menunjang Pelaksanaan Program <i>Universal Coverage</i> di Puskesmas	125
Bagian VIII	
Peran Bidan di Puskesmas Rawat Inap	135
Daftar Pustaka	142
Tentang Penulis.....	144
Appendix	147

Bagian I

Organisasi Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

- A. Menjelaskan Pengertian, Unsur Dasar dan Ciri-ciri Organisasi
- B. Sebutkan Prinsip-prinsip dan Jenis-jenis Organisasi
- C. Menjelaskan Landasan Hukum Pelayanan Kesehatan di Indonesia
- D. Menjelaskan Perubahan Yang Terjadi Dalam Organisasi Pelayanan Kesehatan
- E. Menjelaskan Organisasi Pelayanan Kesehatan
- F. Menjelaskan Perubahan Dalam Organisasi Pelayanan Kesehatan

A. Pengertian, Unsur Dasar, dan Ciri-ciri Organisasi

1. Pengertian Organisasi

Dilihat secara etimologis, kata *organisasi* berasal dari sebagian bahasa yang berbeda di dunia. Dalam bahasa Yunani kata *organon* yang merupakan asal kata dari organisasi yang diartikan sebagai alat (Ambarwati 2018), sebaliknya dalam bahasa Inggris berasal dari kata *organize* setelah itu jadi *organization* yang maksudnya membentuk suatu kebulatan dari bagian-bagian yang berkaitan satu sama lainnya, serta pada bahasa Latin kata *organum* yang maksudnya perlengkapan, bagian, anggota, atau tubuh.

Bagi sebagian pakar penafsir tentang organisasi selaku berikut:

- a. Handoko (2000), menerangkan kalau organisasi ialah suatu proses perencanaan yang mencakup penataan, pengembangan, serta pemeliharaan sesuatu struktur/ pola hubungan ikatan kerja atas orang-orang pada suatu kelompok kerja.
- b. Organisasi adalah sebuah sistem yang didalamnya meliputi sub-sistem atau bagian-bagian yang satu sama lainnya saling berhubungan dalam melaksanakan kegiatannya.
- c. Organisasi merupakan institusi/wadah tempat orang bekerjasama dan berinteraksi sebagai suatu unit terkoordinasi yang setidaknya terdiri dari dua orang atau lebih dan memiliki fungsi untuk mencapai satu sasaran atau serangkaian sasaran (Wijaya and Rifa'i 2016).
- d. Mooney, menerangkan bahwa organisasi adalah segala bentuk kerjasama dalam mencapai suatu tujuan bersama (Ambarwati 2018).

Dari beberapa pengertian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa organisasi adalah suatu tempat yang terdapat sekumpulan orang-orang di dalamnya yang saling bekerjasama untuk mencapai tujuan bersama melalui pendayagunaan sumber-sumber yang dimilikinya sehingga bisa memenuhi target yang telah ditetapkan.

2. Unsur Dasar Organisasi

Unsur-unsur organisasi secara umum adalah sebagai berikut:

- a. Personil (*Man*)
- b. Kerja sama (*Team Work*)
- c. Tujuan Bersama
- d. Money (uang atau dana)

- e. Peralatan (*Equipment*)
- f. Lingkungan (*Environment*)
- g. Sumber Daya Alam
- h. Moral (akhlak atau adab)
- i. Movement (tindakan atau gerakan)

3. Ciri-Ciri Organisasi

- a. Ciri-Ciri Organisasi Yang Baik yaitu:
 - 1) Terdapat tujuan yang jelas.
 - 2) Tujuan dapat dipahami oleh setiap orang di dalam organisasi.
 - 3) Tujuan harus diterima oleh setiap orang dalam organisasi.
 - 4) Adanya kesatuan arah (*unity of direction*).
 - 5) Adanya kesatuan perintah (*unity of command*).
 - 6) Adanya keseimbangan antara wewenang dan tanggung jawab.
 - 7) Adanya pembagian tugas (*distribution of work*).
 - 8) Struktur organisasi disusun sederhana mungkin.
 - 9) Pola dasar organisasi harus *relative permanent*.
 - 10) Adanya jaminan jabatan (*security of tenure*).
 - 11) Balas jasa yang diberikan kepada setiap organisasi harus setimpal dengan jasa yang diberikan (*equity*).
 - 12) Penempatan orang yang sesuai dengan keahliannya (*the right man in right place*).
- b. Ciri-Ciri Organisasi Modern yaitu:
 - 1) Bentuk strukturnya semakin kompleks.
 - 2) Semakin besar organisasi ditinjau dari tenaga dan biaya.
 - 3) Semakin beraneka ragam alat-alat dan prasarana.
 - 4) Semakin cepatnya cara bekerja sebagai pengaruh ilmu pengetahuan dan teknologi (iptek).

- 5) Semakin terbatasnya sumber-sumber yang dapat digali.
- 6) Semakin perlunya penekanan pada efisiensi.
- 7) Semakin meningkat kesadaran bahwa manusialah yang paling menentukan keberhasilan.

B. Prinsip-prinsip dan Jenis-jenis Organisasi

1. Prinsip-prinsip Organisasi

Untuk dapat melakukan fungsi organisasi dengan efektif, sebaiknya seorang manajer memiliki pedoman tertentu sehingga mereka dapat mengambil keputusan dan bertindak sesuai dengan keputusan yang diambil tersebut. Berikut ini adalah prinsip-prinsip organisasi yang dapat digunakan supaya fungsi organisasi dapat dilaksanakan dengan efektif.

- a. Prinsip organisasi harus mempunyai tujuan yang jelas
- b. Prinsip skala hierarki
- c. Prinsip kesatuan perintah
- d. Prinsip pendelegasian wewenang
- e. Prinsip pertanggungjawaban
- f. Prinsip pembagian pekerjaan
- g. Prinsip rentang pengendalian
- h. Prinsip fungsional
- i. Prinsip pemisahan
- j. Prinsip keseimbangan
- k. Prinsip fleksibilitas
- l. Prinsip kepemimpinan

2. Jenis-jenis Organisasi

Dalam membentuk suatu organisasi, sebaiknya menentukan jenis organisasinya terlebih dahulu. Adapun jenis-jenis dari organisasi adalah sebagai berikut:

- a. Berdasarkan jumlah orang yang memegang pucuk pimpinan.
 - 1) Bentuk tunggal : Bentuk tunggal yaitu pucuk pimpinan berada di tangan satu orang, semua kekuasaan dan tugas pekerjaan bersumber kepada satu orang.
 - 2) Bentuk komisi : Bentuk komisi yaitu pimpinan organisasi merupakan suatu dewan yang terdiri dari beberapa orang, semua kekuasaan dan tanggung jawab dipikul oleh dewan sebagai suatu kesatuan.
- b. Berdasarkan lalu lintas kekuasaan
 - 1) Organisasi Lini atau Gari
Kekuasaan mengalir dari pucuk pimpinan organisasi langsung lurus kepada para pejabat yang memimpin unit-unit dalam organisasi.
 - 2) Bentuk Lini dan Staf
Dalam organisasi ini pucuk pimpinan dibantu oleh staf pimpinan ahli dengan tugas sebagai pembantu pucuk pimpinan dalam menjalankan organisasi.
 - 3) Bentuk Fungsional
Bentuk organisasi dalam kegiatannya dibagi dalam fungsi-fungsi yang dipimpin oleh seorang ahli di bidangnya, dengan hubungan kerja lebih bersifat horizontal.
- c. Berdasarkan sifat hubungan personal
 - 1) Organisasi formal
Organisasi formal adalah organisasi yang diatur secara resmi, seperti: Organisasi Pemerintah, Organisasi yang berbadan hukum.
 - 2) Organisasi informal
Organisasi informal adalah organisasi yang terbentuk karena hubungan bersifat pribadi, antara lain kesamaan minat atau hobby, dan lain-lain.

- d. Berdasarkan tujuan
 - 1) Organisasi yang tujuannya mencari keuntungan atau "*profit oriented*".
 - 2) Organisasi sosial atau "*non profit oriented*".
- e. Berdasarkan kehidupan dalam masyarakat
 - 1) Organisasi pendidikan.
 - 2) Organisasi kesehatan.
 - 3) Organisasi pertanian, dan lain-lain.
- f. Berdasarkan fungsi dan tujuan yang dilayani
 - 1) Organisasi produksi, misalnya organisasi produk makanan.
 - 2) Organisasi berorientasi pada politik, misalnya partai politik.
 - 3) Organisasi yang bersifat integratif, misalnya serikat pekerja.
 - 4) Organisasi pemelihara, misalnya organisasi peduli lingkungan, dan lain-lain.
- g. Berdasarkan pihak yang memakai manfaat
 - 1) *Mutual benefit organization*
Mutual benefit organization, yaitu organisasi yang kemanfaatannya terutama dinikmati oleh anggotanya, seperti koperasi.
 - 2) *Service organization*
Service organization, yaitu organisasi yang kemanfaatannya dinikmati oleh pelanggan, misalnya bank.
 - 3) *Business organization*
Business organization, organisasi yang bergerak dalam dunia usaha, seperti perusahaan-perusahaan.
 - 4) *Commonwealth organization*
Commonwealth organization, organisasi yang kemanfaatannya terutama dinikmati oleh masyarakat

umum, seperti organisasi pelayanan kesehatan, contohnya rumah sakit, puskesmas, dan lain-lain.

C. Landasan Hukum Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Pelayanan kesehatan merupakan suatu organisasi yang sangat kompleks, karena bergerak dalam bidang pelayanan jasa yang melibatkan berbagai kelompok profesi dengan latar belakang pendidikan dan kehidupan yang berbeda. Kompleksitas pelayanan kesehatan tersebut akan sangat erat hubungannya dengan adanya pelaporan insiden yang berakibat terhadap adanya kasus hukum di masyarakat. Pandangan masyarakat akan hukum yang beragam telah menimbulkan berbagai persepsi pemahaman yang terkait dengan hukum tersebut.

Hukum dalam arti peraturan perundang-undangan yang dikenal oleh masyarakat sebagai undang-undang umumnya diberi pengertian sebagai pengatur. Oleh karena itu aturan-aturan di bidang kesehatan dikenal sebagai hukum kesehatan, meskipun hukum kesehatan lebih luas lagi cangkupannya dari itu. Dalam pandangan yang lebih luas sebagaimana dikatakan oleh Cicero, yaitu dimana setiap masyarakat berada disitu ada hukum (*ibi societas ibi ius*) telah mengindikasikan bahwa setiap aktivitas masyarakat pasti ada hukumnya.

Demikian dengan halnya praktek penyelenggaraan kesehatan, yang tentunya pada setiap kegiatannya memerlukan pranata hukum yang dapat menjamin terselenggaranya penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Pranata hukum yang mengatur penyelenggaraan kesehatan adalah perangkat hukum kesehatan. Adanya perangkat hukum kesehatan secara mendasar bertujuan untuk menjamin kepastian hukum dan perlindungan yang menyeluruh baik bagi penyelenggara kesehatan maupun masyarakat penerima pelayanan kesehatan (Takdir 2018).

Di Indonesia hukum kesehatan berkembang seiring dengan dinamika kehidupan manusia dan lebih banyak mengatur hubungan hukum dalam pelayanan kesehatan. Spesifiknya hukum kesehatan mengatur antara pelayanan kesehatan dokter, rumah sakit, puskesmas, dan tenaga kesehatan lainnya dengan pasien. Salah satu tujuan dari hukum, peraturan, deklarasi, ataupun kode etik kesehatan adalah untuk melindungi kepentingan pasien dan disamping itu dapat mengembangkan kualitas profesi dokter atau tenaga kesehatan lainnya.

Secara umum hukum kesehatan pada saat ini dapat dibagi menjadi dua bagian, yaitu hukum kesehatan public (*medical law*) selain itu juga sekarang ini dikenal juga adanya *Hospital bay laws* yang di dalamnya terdapat *medical bay laws* dan *nursing bay laws*. Hukum kesehatan *public* lebih menitikberatkan pada pelayanan kesehatan masyarakat atau mencangkup pelayanan kesehatan rumah sakit, sedangkan untuk hukum kedokteran lebih memilih untuk mengatur tentang pelayanan kesehatan pada individu saja, akan tetapi semua menyangkut tentang pelayanan kesehatan (Yanuar 2017).

Landasan hukum pelayanan kesehatan di Indonesia yaitu:

1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.
5. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.
6. Permenkes 161/2010 tentang Uji Kompetensi.
7. Kemenkes No 1239/2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat.

D. Perubahan Yang Terjadi Dalam Organisasi Pelayanan Kesehatan

Organisasi pelayanan kesehatan merupakan suatu organisasi yang aktivitas pokoknya melakukan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan salah satu tujuan yang ingin dicapai adalah memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkualitas. Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok, ataupun masyarakat Depkes RI (2009). Menurut pendapat Hodgetts dan Casio, jenis pelayanan kesehatan secara umum dapat dapat dibedakan atas dua, yaitu:

1. Pelayanan kedokteran
2. Pelayanan kesehatan masyarakat

Perbedaan antara pelayanan kedokteran dan pelayanan kesehatan masyarakat.

Pelayanan Kedokteran	Pelayanan Kesehatan Masyarakat
Tenaga pelaksana = Dokter	Tenaga pelaksana = Ahli Kesehatan Masyarakat
Lebih kepada upaya Kuratif/ Penyembuhan & Rehabilitatif/ Pemulihan	Lebih kepada upaya Promotif/ Promkes & Preventif/ Pencegahan
Harus sesuai Kode Etik Kedokteran	Bersifat Persuasif/ ajakan positif
Memperoleh imbal jasa	Penghasilan dari Pemerintah
Bertanggung jawab pada Penderita/Pasien	Bertanggung jawab pada Masyarakat

Pelayanan kesehatan juga terbagi menjadi tiga bentuk yaitu:

1. *Primary Health Care*

Primary Health Care (pelayanan kesehatan tingkat pertama) dibutuhkan atau dilaksanakan pada masyarakat yang memiliki masalah kesehatan yang ringan atau masyarakat sehat tetapi ingin mendapatkan peningkatan kesehatan agar menjadi optimal dan sejahtera sehingga sifat pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan dasar. Pelayanan kesehatan ini dapat dilakukan oleh puskesmas atau balai kesehatan masyarakat dan lain-lain.

2. *Secondary Health Care*

Secondary Health Care (pelayanan kesehatan tingkat kedua) dibutuhkan bagi masyarakat atau klien yang membutuhkan perawatan di rumah sakit atau rawat inap dan tidak dilaksanakan di pelayanan kesehatan utama. Pelayanan kesehatan ini dilaksanakan di rumah sakit yang tersedia tenaga spesialis atau sejenisnya.

3. *Tertiary Health Care*

Tertiary Health Care (pelayanan kesehatan tingkat ketiga) merupakan tingkat pelayanan tertinggi dimana tingkat pelayanan ini apabila tidak lagi dibutuhkan pelayanan pada tingkat pertama dan kedua. Biasanya pelayanan ini membutuhkan tenaga-tenaga yang ahli atau subspecialis dan sebagai rujukan utama seperti rumah sakit yang tipe A atau tipe B.

E. Organisasi Pelayanan Kesehatan

Organisasi pelayanan kesehatan terdiri atas:

1. Rumah Sakit (RS)

Berdasarkan Undang-Undang Tahun 2009 dan Peraturan Menteri Kesehatan Tahun 2010 dan sekarang peraturannya sudah diperbaharui menjadi Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016.

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan rawat gawat darurat. Rumah sakit sebagai organisasi badan usaha di bidang kesehatan mempunyai peranan penting dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal.

Menurut UU No. 44 Tahun 2009 Pasal 19, rumah sakit dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan dalam rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua jenis bidang dan jenis penyakit. Sedangkan rumah sakit khusus yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.

UU No. 44 Tahun 2009 Pasal 24 menyatakan bahwa dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit. Klasifikasi rumah sakit umum terdiri atas rumah sakit umum kelas A, rumah sakit umum kelas B, rumah sakit umum kelas C, dan rumah sakit umum kelas D, sedangkan rumah sakit khusus terdiri atas rumah sakit khusus kelas A, rumah sakit khusus kelas B, dan rumah sakit khusus kelas C.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340 Tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah sakit. Mengatur klasifikasi rumah sakit secara lebih detail berdasarkan pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, sarana prasarana, dan administrasi manajemen.

2. Puskesmas

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No 43 Tahun 2019 Puskesmas adalah upaya kesehatan masyarakat (UKM) tingkat pertama, dalam Permenkes No 43 Tahun 2019 tentang puskesmas dijelaskan bahwa upaya kesehatan masyarakat (UKM) adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Puskesmas merupakan suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat disamping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dan bentuk kegiatan pokok (Herlambang 2016).

Pelayanan kesehatan yang diberikan puskesmas adalah pelayanan menyeluruh yang meliputi pelayanan sebagai berikut: kuratif (pengobatan), preventif (pencegahan), promotif (peningkatan kesehatan), rehabilitatif (pemulihan kesehatan) (Herlambang 2016).

3. Klinik/Tempat praktek Dokter

Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan dan menyediakan pelayanan medis dasar atau spesialisasi yang diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis. Berdasarkan jenis pelayanannya, klinik dibagi menjadi klinik pratama dan klinik utama. Kedua macam klinik ini dapat diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, atau masyarakat (Permenkes RI No.9 2014). Klinik pratama adalah klinik yang menyelenggarakan pelayanan medis dasar yang dilayani oleh dokter umum dan dipimpin oleh seorang dokter.

Permenkes No. 46 Tahun 2015 tentang akreditasi puskesmas, klinik pratama, tempat praktek mandiri dokter, dan tempat praktek mandiri dokter gigi, menjelaskan bahwa klinik pratama adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perseorangan dengan menyediakan pelayanan medis dasar baik umum maupun khusus.

Klinik utama adalah klinik yang menyelenggarakan pelayanan medic spesialis atau pelayanan medik dasar dan spesialis. Spesialis berarti mengkhususkan pelayanan pada satu bidang tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, atau jenis penyakit tertentu. Klinik ini dipimpin oleh seorang dokter spesialis ataupun dokter gigi spesialis.

4. Palang Merah Indonesia (PMI)

Palang Merah Indonesia (PMI) adalah sebuah organisasi perhimpunan nasional yang bergerak di bidang sosial kemanusiaan

5. Apotek

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 9 Tahun 2017, menjelaskan bahwa apotek adalah sarana pelayanan kefarmasian, tempat dilakukan praktek kefarmasian oleh apoteker dan tenaga kefarmasian lainnya.

6. Laboratorium klinik

Menurut Permenkes RI No. 411/Menkes/Per/III/2010 menjelaskan bahwa laboratorium klinik adalah laboratorium kesehatan yang melaksanakan pelayanan pemeriksaan spesimen klinik untuk mendapatkan informasi tentang kesehatan perorangan terutama untuk menunjang upaya diagnosis penyakit, dan memulihkan kesehatan (Menteri Kesehatan 2010).

7. Optikal

Peraturan Menteri RI No.1 Tahun 2016 menjelaskan bahwa optikal adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan refraksi, pelayanan optisi, dan/ atau pelayanan lensa kontak (Permen RI 2016).

F. Perubahan Dalam Organisasi Pelayanan Kesehatan

1. Kegagalan kebijakan dan implementasi oleh organisasi pemerintah

Pencapaian derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dapat terwujud jika mampu menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dituliskan bahwa setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau. Pemenuhan kriteria pelayanan kesehatan yang terjangkau bukan berarti harus meninggalkan kualitas pelayanannya. Pelayanan yang berkualitas akan selalu berupaya untuk memuaskan pelanggannya. Dalam manajemen pelayanan publik, ketanggapan (*responsiveness*) diperlukan untuk memuaskan pelanggan (Mukarom *and* Laksana 2015).

Menurut BAPPENAS (2015) kegiatan pelayanan kesehatan dapat dilakukan dengan membuat seluruh kegiatan pelayanan berada pada satu sistem informasi yang efektif dan efisien. Efektif dan efisien pelayanan kesehatan dapat terlaksana jika penyedia layanan kesehatan dapat memberikan kebutuhan pasien melalui tindakan yang tepat dan cepat. Lamanya waktu tunggu pasien ketika mengantri membuat pelayanan kesehatan menjadi kurang efektif dan efisien (Silitonga 2016). Menurut hasil penelitian yang dilakukan Utami (2015) terdapat hubungan yang kuat antara waktu tunggu pelayanan rawat jalan dengan kepuasan pasien di Rumah Sakit Umum (RSU) Assalam Gemolong (Utami 2011).

Adanya perkembangan teknologi terkini dapat menjadi sarana untuk mempermudah kegiatan pelayanan sehingga data yang diperoleh menjadi cepat dan tepat. Teknologi tersebut dapat menjadi sistem informasi kesehatan yang memudahkan setiap pasien untuk melakukan pengobatan dan pelayanan kesehatan. Melalui fasilitas yang mendukung untuk mengikuti teknologi

dapat membuat kegiatan pelayanan menjadi lebih terkontrol (Ervianingsih dkk, 2020).

2. Pembaharuan Dalam Organisasi Pelayanan Kesehatan

Perubahan organisasi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dan puskesmas merupakan salah satu jenis organisasi yang sangat dirasakan oleh masyarakat umum. Salah satu prinsip organisasi adalah fleksibilitas, artinya organisasi senantiasa dinamis sesuai dengan dinamika yang ada dalam organisasi dan juga harus memperhatikan perubahan dari luar organisasi. Salah satu pendorong terjadinya perubahan yang mendasar dalam semua organisasi di Indonesia adalah terjadinya reformasi nasional pada tahun 1998.

Reformasi tersebut telah memengaruhi semua dimensi kehidupan, hal tersebut sesuai dengan yang disampaikan oleh Poeng P.Poerwanto dalam bukunya *Reformation The Renewal Of Thinking Pattern* bahwa reformasi adalah suatu perubahan atau restrukturisasi terhadap konsep, strategi, atau kebijakan yang berkaitan dengan berbagai dimensi dari kehidupan bangsa dan negara yang mengacu kepada tata nilai, norma, budaya, falsafah dan paradigma yang mempertimbangkan ancaman dan petuah maupun perkembangan zaman yang harus dihadapi oleh bangsa (Ervianingsih 2020).

Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa ciri reformasi adalah sebagai berikut:

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

Perubahan yang mendasar dalam sektor kesehatan, yaitu terjadinya perubahan paradigma pembangunan kesehatan menjadi “paradigma sehat”. Dengan paradigma baru ini, mendorong terjadinya perubahan konsep yang sangat mendasar dalam pembangunan kesehatan, antara lain sebagai berikut:

- a. Pembangunan kesehatan yang semula lebih menekankan pada upaya kuratif dan rehabilitatif, menjadi lebih fokus pada upaya preventif dan kuratif tanpa mengabaikan kuratif rehabilitatif.
- b. Pelaksanaan upaya kesehatan yang semula lebih bersifat terpilah-pilah, berubah menjadi kegiatan yang terpadu.
- c. Sumber pembiayaan kesehatan yang semula lebih banyak dari pemerintah, berubah menjadi pembiayaan kesehatan lebih banyak dari masyarakat
- d. Pergeseran pola pembayaran dalam pelayanan kesehatan yang semula *fee for service* menjadi pembayaran secara pra upaya.
- e. Pergeseran pemahaman kesehatan dari pandangan konsumtif menjadi investasi.
- f. Upaya kesehatan yang semula lebih banyak dilakukan pemerintah bergeser lebih banyak dilakukan masyarakat sebagai “mitra” pemerintah.
- g. Pembangunan kesehatan yang semula bersifat terpusat (*centralization*), menjadi otonomi daerah (*decentralization*).
- h. Pergeseran proses perencanaan dari *top down* menjadi *bottom up* seiring dengan era desentralisasi.

3. Kebijakan Pemerintah Dalam Bidang Kesehatan

Agar organisasi pelayanan kesehatan (rumah sakit dan puskesmas) dapat menjalankan fungsinya secara optimal, perlu melakukan perubahan atau reformasi. Soedarmono Soejitno (2001) mengemukakan bahwa terdapat lima hal penting yang perlu diantisipasi dalam melakukan perubahan, yaitu sebagai berikut:

- a. Masa depan akan sangat berbeda dengan masa kini
- b. Perlu visi yang dapat memberikan pedoman bagi segala upaya di masa depan
- c. Perlu perubahan tata nilai yang akan dianut oleh organisasi di masa depan.
- d. Perlu strategi yang konkret untuk mewujudkan perubahan
- e. Perlu bentuk dan struktur baru organisasi di masa depan.

Soal Latihan:

- 1. Jelaskan secara etimologis pengertian dari organisasi?
- 2. Sebutkan unsur dasar organisasi?
- 3. Jelaskan landasan hukum pelayanan kesehatan di Indonesia?
- 4. Jelaskan Perubahan Yang Terjadi Dalam Organisasi Pelayanan Kesehatan?

Bagian II

Peraturan dan Kebijakan Sistem Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

- A. Menjelaskan Dasar Hukum Tentang Pelayanan Kesehatan di Indonesia
- B. Menjelaskan Kebijakan Sistem Pelayanan Kesehatan

A. Dasar Hukum Tentang Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Hukum adalah peraturan perundang-undangan yang dibuat oleh suatu kekuasaan dalam mengatur pergaulan hidup bermasyarakat. Pergaulan hidup atau hidup dimasyarakat yang sudah maju seperti sekarang ini tidak cukup hanya dengan adat kebiasaan yang turun-temurun seperti sebelumnya lahirnya peradaban yang modern. Untuk itu, maka oleh kelompok masyarakat yang hidup dalam suatu masyarakat atau Negara diperlukan aturan-aturan yang secara tertulis, yang disebut hukum. Meskipun demikian, tidak semua perilaku masyarakat atau hubungan antara satu dengan yang lainnya juga masih perlu diatur oleh hukum yang tidak tertulis yang disebut: etika, adat - istiadat, tradisi, kepercayaan dan sebagainya.

Hukum kesehatan adalah semua ketentuan hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan atau pelayanan kesehatan dan penerapannya. Hal ini berarti hukum kesehatan adalah aturan tertulis mengenai hubungan antara pihak pemberi pelayanan kesehatan dengan masyarakat atau anggota masyarakat. Dengan

sendirinya hukum kesehatan itu mengatur hak dan kewajiban masing-masing penyelenggara pelayanan dan penerima pelayanan atau masyarakat. Hukum kesehatan relatif masih muda bila dibandingkan dengan hukum-hukum yang lain. Perkembangan hukum kesehatan baru dimulai pada tahun 1967, yakni dengan diselenggarakannya “*World Congress on Medical Law*” di Belgia tahun 1967/21. Terbentuknya kelompok studi untuk Hukum Kedokteran FK-UI dan Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo di Jakarta tahun 1982. Hal ini berarti, hampir 15 tahun setelah diselenggarakan Kongres Hukum Kedokteran Dunia di Belgia. Kelompok studi hukum kedokteran ini akhirnya pada tahun 1983 berkembang menjadi Perhimpunan Hukum Kesehatan Indonesia (PERHUKI).

Pada kongres PERHUKI yang pertama di Jakarta, 14 April 1987. Hukum kesehatan mencakup komponen-komponen atau kelompok-kelompok profesi kesehatan yang saling berhubungan dengan yang lainnya, yakni: Hukum Kedokteran, Hukum Kedokteran Gigi, Hukum Keperawatan, Hukum Farmasi, Hukum Rumah Sakit, Hukum Kesehatan Masyarakat, Hukum Kesehatan Lingkungan, dan sebagainya.

Hukum kesehatan terkait dengan peraturan perundang-undangan dibuat untuk melindungi kesehatan masyarakat di Indonesia. Peraturan perundang-undangan terkait dengan kesehatan adalah (Indar et al. 2020):

1. Undang-Undang Dasar 1945.
2. Undang-Undang tentang Kesehatan, yang pernah berlaku di Indonesia: (UU Pokok Kesehatan No. 9 Tahun 1960 ; UU Kesehatan No. 23 Tahun 1992, direvisi menjadi UU NO. 36 Tahun 2009).
3. Peraturan Pemerintah.
4. Keputusan Presiden.
5. Keputusan Menteri Kesehatan.

6. Keputusan Dirjen/Sekjen.
7. Keputusan Direktur/Kepala Pusat.

Kemudian dengan berkembangnya otonomi daerah, masing-masing daerah baik provinsi maupun kabupaten juga semakin marak untuk mengeluarkan peraturan-peraturan yang terkait dengan kesehatan, misalnya:

1. Peraturan Daerah (Perda)
2. Keputusan Gubernur, Walikota atau Bupati
3. Keputusan Kepala Dinas Kesehatan

Seperti telah disebutkan bahwa hukum kesehatan adalah semua ketentuan hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan atau pelayanan kesehatan dan penerapannya. Oleh sebab itu, hukum kesehatan mengatur dua kepentingan yang berbeda, yakni:

1. Penerima pelayanan, yang harus diatur hak dan kewajiban, baik perorangan, kelompok atau masyarakat.
2. Penyelenggara pelayanan: organisasi dan sarana-prasarana pelayanan, yang juga harus diatur hak dan kewajibannya.

Mengingat banyaknya penyelenggara pelayanan kesehatan, baik dari segi perorangan maupun kolektivitas, di mana masing-masing mempunyai kekhususan antara pihak yang dilayani kesehatannya maupun sifat pelayanan dari pihak penyelenggara pelayanan kesehatan, maka hukum kesehatan itu dikelompokkan menjadi berbagai bidang, antara lain:

1. Hukum Kedokteran dan Kedokteran Gigi.
2. Hukum Keperawatan.
3. Hukum Farmasi Klinik.
4. Hukum Rumah Sakit.
5. Hukum Kesehatan Masyarakat.
6. Hukum Kesehatan Lingkungan.
7. Hukum Rumah Sakit.

1. Pokok-pokok Pengaturan Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dan Problematikanya

Hukum kesehatan adalah kaidah atau peraturan hukum yang mengatur hak dan kewajiban tenaga kesehatan, individu dan masyarakat dalam pelaksanaan upaya kesehatan, aspek organisasi kesehatan dan aspek sarana kesehatan. Selain itu, hukum kesehatan dapat juga dapat didefinisikan sebagai segala ketentuan atau peraturan hukum yang berhubungan langsung dengan pemeliharaan dan pelayanan kesehatan.

Dalam Ketentuan Umum Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan disebutkan bahwa:

“Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis”

Hukum kesehatan memiliki cakupan yang lebih luas daripada hukum medis (*medical law*). Hukum kesehatan meliputi, hukum medis (*medical law*), hukum keperawatan (*nurse law*), hukum rumah sakit (*hospital law*), hukum pencemaran lingkungan (*environmental law*) dan berbagai macam peraturan lainnya yang berkaitan dengan kesehatan manusia. Hukum kesehatan tidak dimuat dalam satu kitab khusus seperti halnya kitab Undang-Undang Hukum Perdata atau Kitab Undang-Undang Hukum Pidana dan Kitab Undang-Undang Hukum Dagang. Hukum kesehatan dapat ditemukan dalam berbagai peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang kesehatan manusia atau peraturan perundang-undangan lainnya yang memuat pasal atau ketentuan mengenai kesehatan manusia. Ketentuan mengenai hukum kesehatan tersebut penerapannya dan penafsirannya serta penilaian terhadap faktanya merupakan bidang medis. Itulah sebabnya hukum kesehatan merupakan salah bidang ilmu yang cukup sulit untuk ditekuni karena harus terkait dengan 2 (dua) disiplin ilmu sekaligus.

Regulasi bidang hukum kesehatan seperti yang saat ini menjadi rujukan dalam menyelenggarakan sesuatu berkaitan dengan masalah kesehatan adalah Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (UU No. 36 Tahun 2009).

Terkait dengan penyelenggaraan kesehatan, beberapa hal penting diatur dalam UU Kesehatan adalah mengenai upaya kesehatan, tenaga kesehatan, sarana kesehatan, obat dan alat kesehatan.

2. Upaya Kesehatan

Pengertian secara umum mengenai upaya kesehatan yang diatur dalam UU No. 36 Tahun 2009 adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat.

Sedangkan mengenai Penyelenggaraan Upaya Kesehatan UU No. 36 Tahun 2009 mengaturnya sebagai berikut:

- a. Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan yang terpadu dan menyeluruh dalam bentuk upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat.
- b. Upaya kesehatan diselenggarakan dalam bentuk kegiatan dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan.

Dalam upaya kesehatan, terkait dengan implementasinya adalah mengenai penyelenggaraannya. Kegiatan-kegiatan

penyelenggaraan upaya kesehatan dilaksanakan dengan kegiatan-kegiatan sebagai berikut:

- a. Pelayanan kesehatan;
- b. Pelayanan kesehatan tradisional;
- c. Peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit;
- d. Penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan;
- e. Kesehatan reproduksi;
- f. Keluarga berencana;
- g. Kesehatan sekolah;
- h. Kesehatan olahraga;
- i. Pelayanan kesehatan pada bencana;
- j. Pelayanan darah;
- k. Kesehatan gigi dan mulut;
- l. Penanggulangan gangguan penglihatan dan gangguan pendengaran;
- m. Kesehatan matra;
- n. Pengamanan dan penggunaan sediaan farmasi dan alat kesehatan;
- o. Pengamanan makanan dan minuman;
- p. pengamanan zat adiktif; dan/atau
- q. Bedah mayat.

Penyelenggaraan upaya kesehatan tersebut secara keseluruhan dilaksanakan oleh sumber daya kesehatan. Demi terselenggaranya maksud dari penyelenggaraan kesehatan, maka pemerintah dan masyarakat juga memiliki tanggung jawab yang tidak kecil. Oleh karena itu peran pemerintah dan masyarakat sangat dibutuhkan untuk terselenggaranya upaya kesehatan.

Ketentuan UU Kesehatan No.36 Tahun 2009 mengatur peran pemerintah dan masyarakat sebagai berikut:

“Pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat bertanggung jawab atas penyelenggaraan upaya kesehatan. Dan, Penyelenggaraan upaya kesehatan harus memperhatikan

fungsi sosial, nilai, dan norma agama, sosial budaya, moral, dan etika profesi.”

Demikian pula halnya dengan pengembangan upaya kesehatan, peningkatan upaya kesehatan menjadi tanggung jawab pemerintah. Ketentuan UU Kesehatan No.36 Tahun 2009 yang mengatur peningkatan upaya kesehatan adalah:

- a. Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab meningkatkan dan mengembangkan upaya kesehatan.
- b. Upaya kesehatan sekurang-kurangnya memenuhi kebutuhan kesehatan dasar masyarakat.
- c. Peningkatan dan pengembangan upaya kesehatan dilakukan berdasarkan pengkajian dan penelitian.
- d. Ketentuan mengenai peningkatan dan pengembangan sebagaimana dilaksanakan melalui kerja sama antar-Pemerintah dan antarlintas sektor.

Tujuan dari upaya kesehatan tersebut pada dasarnya ditujukan untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat, yaitu:

- a. Upaya kesehatan diselenggarakan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi individu atau masyarakat.
- b. Upaya kesehatan sebagaimana didasarkan pada standar pelayanan minimal kesehatan.
- c. Ketentuan mengenai standar pelayanan minimal kesehatan akan diatur dengan Peraturan Pemerintah.

3. Pengaturan Berkaitan Dengan Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan juga merupakan salah satu faktor yang memiliki peran penting dalam pelaksanaan penyelenggaraan kesehatan. Tanpa adanya tenaga kesehatan, mustahil penyelenggaraan kesehatan akan terlaksana. Dalam UU Kesehatan No.36 Tahun 2009 dimaksud sebagai tenaga kesehatan adalah:

“setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan”.

Keseluruhan terkait dengan tenaga kesehatan baik dari proses rekrutmen hingga penempatan dan pelaksanaan pekerjaannya hingga pertanggungjawaban atas pekerjaannya secara keseluruhan diatur diatur oleh pemerintah. UU Kesehatan No.36 Tahun 2009 mengatur tentang hal tersebut, yaitu:

- a. Pemerintah mengatur perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan.
- b. Ketentuan mengenai perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diatur dalam Peraturan Pemerintah.

4. Pengaturan Berkaitan Dengan Sarana kesehatan

Pengertian umum mengenai sarana kesehatan tidak disebut secara tegas dalam UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Namun demikian secara implisit, terdapat beberapa ketentuan mengenai sarana kesehatan yang diatur dalam UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yaitu: Pasal 26

- a. Pemerintah mengatur penempatan tenaga kesehatan untuk pemerataan pelayanan kesehatan.
- b. Pemerintah daerah dapat mengadakan dan mendayagunakan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan daerahnya.
- c. Pengadaan dan pendayagunaan tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan dengan memperhatikan:

- 1) Jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat;
- 2) Jumlah sarana pelayanan kesehatan; dan
- 3) Jumlah tenaga kesehatan sesuai dengan beban kerja pelayanan kesehatan yang ada.
 - a) Penempatan tenaga kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan tetap memperhatikan hak tenaga kesehatan dan hak masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang merata.
 - b) Ketentuan lebih lanjut mengenai penempatan tenaga kesehatan diatur dalam Peraturan Pemerintah.
 - 1) Pasal 73

Pemerintah wajib menjamin ketersediaan sarana informasi dan sarana pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, bermutu, dan terjangkau masyarakat, termasuk keluarga berencana.
 - 2) Pasal 128

Penyediaan fasilitas khusus diadakan di tempat kerja dan tempat sarana umum (Pasal 128 ayat (3)).
 - 3) Pasal 135

Pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat wajib menyediakan tempat dan sarana lain yang diperlukan untuk bermain anak yang memungkinkan anak tumbuh dan berkembang secara optimal serta mampu bersosialisasi secara sehat (Pasal 135 ayat (1)).

5. Pengaturan Berkaitan Dengan Obat

Ketentuan tentang obat sebagaimana diatur dalam Ketentuan Umum UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan: Pasal 1 Ketentuan Umum, angka 4: bahan sediaan farmasi adalah bahan obat, obat tradisional, dan kosmetika. Angka 8: Obat adalah bahan atau paduan bahan, termasuk produk biologi yang digunakan untuk mempengaruhi atau menyelidiki sistem fisiologi atau keadaan patologi dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi, untuk manusia. Angka 9: Obat tradisional adalah bahan atau ramuan bahan yang berupa bahan tumbuhan, bahan hewan, bahan mineral, sediaan sarian (galenik), atau campuran dari bahan tersebut yang secara turun temurun telah digunakan untuk pengobatan, dan dapat diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat. Angka 11: Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat. Angka 14: Pelayanan kesehatan kuratif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin. Angka 16: Pelayanan kesehatan tradisional adalah pengobatan dan/atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat.

6. Pengaturan tentang Alat Kesehatan

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengatur pula berkaitan dengan alat kesehatan. Dalam Pasal 1 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan tentang ketentuan umum disebutkan bahwa alat kesehatan merupakan sumber daya di bidang kesehatan. Dalam angka 2 Pasal 1 UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dikatakan bahwa sumber daya di bidang kesehatan adalah segala bentuk dana, tenaga, perbekalan kesehatan, sediaan farmasi dan alat kesehatan serta fasilitas pelayanan kesehatan dan teknologi yang dimanfaatkan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Angka 5: Alat kesehatan adalah instrumen, aparatus, mesin dan/atau implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosis, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit, memulihkan kesehatan pada manusia, dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh. Angka 7: Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Angka 10: Teknologi kesehatan adalah segala bentuk alat dan/atau metode yang ditujukan untuk membantu menegakkan diagnosa, pencegahan, dan penanganan permasalahan kesehatan manusia.

7. Persyaratan Tenaga Kesehatan

Untuk menduduki tugas dan fungsi sesuai dengan jenis tenaga kesehatan seperti telah disebutkan diatas, maka tenaga kesehatan harus mempunyai kemampuan atau keterampilan sesuai dengan jenis dan kualifikasi tenaga kesehatan tersebut. Oleh sebab itu, dalam Peraturan Pemerintah No.32 Tahun 1996 diatur ketentuan sebagai berikut:

- a. Tenaga kesehatan wajib memiliki pengetahuan dan keterampilan di bidang kesehatan yang dinyatakan dengan ijazah dari lembaga atau institusi pendidikan.
- b. Tenaga kesehatan hanya dapat melakukan upaya kesehatan setelah tenaga kesehatan yang bersangkutan memiliki izin dari menteri. Persyaratan ini dikecualikan bagi tenaga kesehatan masyarakat.
- c. Selain izin dari menteri, bagi tenaga medis dan tenaga kefarmasian lulusan dari lembaga pendidikan luar negeri harus melakukan adaptasi terlebih dahulu di fakultas atau lembaga pendidikan dokter negeri di Indonesia.

8. Tenaga Kesehatan Dalam UU No.36 Tahun 2009

Aspek hukum tenaga kesehatan seperti telah diuraikan di atas adalah bersumber pada PP.32 Tahun 1996. Sedangkan Peraturan Pemerintah tersebut disusun berdasarkan perintah Undang-Undang Kesehatan yang baru (UU. No.36 Tahun 2009) ketentuan tentang Tenaga Kesehatan ini lebih rinci dibandingkan dengan UU No.23 Tahun 1992. Untuk lebih jelasnya di bawah ini diuraikan ketentuan-ketentuan tentang ketenagagaan (Pasal 21-29 UU No.36 Tahun 2009), sebagai berikut:

a. Perencanaan

Pemerintah mengatur perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Ketentuan mengenai perencanaan, pengadaan, pendayagunaan, pembinaan, dan pengawasan mutu tenaga kesehatan ini diatur dalam Peraturan Pemerintah. Demikian juga ketentuan mengenai tenaga kesehatan akan diatur dengan Undang-Undang.

b. Kualifikasi dan kewenangan

Tenaga kesehatan harus memiliki kualifikasi minimum. Ketentuan mengenai kualifikasi minimum akan diatur dengan Peraturan Menteri. Disamping kualifikasi, tenaga kesehatan mempunyai kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan. Kewenangan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan ini sesuai dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1) Dilakukan sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki
- 2) Dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan wajib
- 3) Memiliki izin dari pemerintah
- 4) Selama memberikan pelayanan kesehatan tersebut, dilarang
- 5) Mengutamakan kepentingan yang bernilai materi

9. Hubungan Hukum Penyelenggaraan Kesehatan

Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan secara implisit menegaskan bahwa kesehatan dibagi menjadi dua unsur yaitu upaya kesehatan dan sumber daya kesehatan. Pemeliharaan kesehatan dan pelayanan kesehatan merupakan dua aspek dari upaya kesehatan. Istilah pemeliharaan kesehatan kesehatan dipakai untuk kegiatan upaya kesehatan masyarakat dan istilah pelayanan kesehatan dipakai untuk upaya kesehatan individu. Dengan demikian pelayanan kesehatan merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang melibatkan tenaga kesehatan (antara lain dokter) dengan pasien dan sarana kesehatan. Sedangkan sumber daya sumber daya kesehatan, terdiri dari sumber daya manusia kesehatan (tenaga kesehatan yaitu antara lain dokter, apoteker, bidan, dan perawat).

Dalam sistem hukum Indonesia pemberian medik secara umum belum tercantum secara jelas namun dalam hal yang demikian dapat diasumsikan ke dalam beberapa peraturan perundang-undangan yang ada misalnya:

- a. KUHPerdata
- b. KUHP

B. Kebijakan Sistem Pelayanan Kesehatan

1. Batasan Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan merupakan kebijakan publik. Konsep dari kebijakan publik dapat diartikan sebagai adanya suatu negara yang kokoh dan memiliki kewenangan serta legitimasi, di mana mewakili suatu masyarakat dengan menggunakan administrasi dan teknik yang berkompeten terhadap keuangan dan implementasi dalam mengatur kebijakan.

Kebijakan adalah suatu konsensus atau kesepakatan terhadap suatu persoalan, di mana sasaran dan tujuannya diarahkan pada suatu prioritas yang bertujuan, dan memiliki petunjuk utama untuk mencapainya (Vina Novela *et al.*, 2021).

Definisi kebijakan kesehatan bervariasi. Kebijakan kesehatan didefinisikan sebagai suatu cara atau tindakan yang berpengaruh terhadap perangkat institusi, organisasi, pelayanan kesehatan dan pengaturan keuangan dari sistem kesehatan. Kebijakan kesehatan merupakan bagian dari sistem kesehatan. Komponen sistem kesehatan meliputi sumber daya, struktur organisasi, manajemen, penunjang lain dan pelayanan kesehatan. Kebijakan kesehatan bertujuan untuk mendesain program-program di tingkat pusat dan lokal, agar dapat dilakukan perubahan terhadap determinan determinan kesehatan (Nugroho, 2009), termasuk kebijakan kesehatan internasional.

Kebijakan kesehatan adalah suatu hal yang peduli terhadap pengguna pelayanan kesehatan termasuk manajer dan pekerja kesehatan. Kebijakan kesehatan dapat dilihat sebagai suatu jaringan keputusan yang saling berhubungan, yang pada prakteknya peduli kepada pelayanan kesehatan masyarakat (Nugroho, 2009). Kebijakan-kebijakan kesehatan dibuat oleh pemerintah dan swasta. Kebijakan merupakan produk pemerintah, walaupun pelayanan kesehatan cenderung dilakukan secara swasta, dikontrakkan atau melalui suatu kemitraan, kebijakannya disiapkan oleh pemerintah di mana keputusannya mempertimbangkan juga aspek politik.

Jelasnya kebijakan kesehatan adalah kebijakan publik yang merupakan tanggung jawab pemerintah dan swasta. Sedangkan tugas untuk formulasi dan implementasi kebijakan kesehatan dalam satu negara merupakan tanggung jawab Departemen Kesehatan.

Pengembangan kebijakan biasanya *top-down* di mana Departemen Kesehatan memiliki kewenangan dalam penyiapan kebijakan. Implementasi dan strateginya adalah *bottom-up*. Kebijakan seharusnya dikembangkan dengan partisipasi oleh mereka yang terlibat dalam kebijakan itu. Hal ini untuk memastikan bahwa kebijakan tersebut realistis dan dapat mencapai sasaran. Untuk itu perlu komitmen dari para pemegang dan pelaksana kebijakan. Kebijakan kesehatan harus berdasarkan pembuktian yang menggunakan pendekatan *problem solving* secara linear. Penelitian kesehatan adalah suatu kegiatan untuk mendapatkan bukti yang akurat. Setelah dilakukan penelitian kesakitan dan penyakit dari masyarakat, termasuk kebutuhan akan kesehatan, sistem kesehatan, tantangannya selanjutnya adalah mengetahui persis penyebab dari kesakitan dan penyakit itu. Walaupun disadari betapa kompleksnya pengertian yang berbasis bukti untuk dijadikan dasar dari kebijakan (Fafard P, 2008)

2. Tujuan Kebijakan Kesehatan

Tujuan dari kebijakan kesehatan adalah untuk menyediakan pola pencegahan, pelayanan yang berfokus pada pemeliharaan kesehatan, pengobatan penyakit dan perlindungan terhadap kaum rentan (Nugroho 2009). Kebijakan kesehatan juga peduli terhadap dampak dari lingkungan dan sosial ekonomi terhadap kesehatan (Potter J, Ogden J 1999).

Kebijakan kesehatan dapat bertujuan banyak terhadap masyarakat. Untuk kebanyakan orang kebijakan kesehatan itu hanya peduli kepada konten saja. Contohnya, pembiayaan kesehatan dari pemerintah dan swasta atau kebijakan dalam hal pemantapan pelayanan kesehatan ibu dan anak (Walt, 1994). Kebijakan kesehatan berpihak pada hal-hal yang dianggap penting dalam suatu institusi dan masyarakat, bertujuan jangka panjang untuk mencapai sasaran, menyediakan rekomendasi yang praktis untuk keputusan-keputusan penting (WHO, 2000).

3. Alasan Pentingnya Kebijakan Kesehatan

Kebijakan kesehatan merupakan hal yang penting. Hal itu disebabkan antara lain sektor kesehatan merupakan bagian dari ekonomi. Jelasnya sektor kesehatan ibarat suatu *sponge* yang mengabsorpsi banyak anggaran belanja negara untuk membayar sumber daya kesehatan. Ada yang mengatakan bahwa kebijakan kesehatan merupakan *driver* dari ekonomi, itu disebabkan karena adanya inovasi dan investasi dalam bidang teknologi kesehatan, baik itu bio-medical maupun produksi, termasuk usaha dagang yang ada pada bidang farmasi. Namun yang lebih penting lagi adalah keputusan kebijakan kesehatan melibatkan persoalan hidup dan mati manusia (Buse K, May N 2005).

Kebijakan kesehatan itu adalah tujuan dan sasaran, sebagai instrumen, proses dan gaya dari suatu keputusan oleh pengambil keputusan, termasuk implementasi serta penilaian (Buse K,

May N 2005). Kebijakan kesehatan adalah bagian dari institusi, kekuatan dari aspek politik yang memengaruhi masyarakat pada tingkat lokal, nasional dan dunia (Leppo K 2001)

Soal Latihan:

1. Sebutkan peraturan perundang-undangan yang terkait dengan kesehatan?
2. Sebutkan dua kepentingan yang mengatur hukum kesehatan?
3. Jelaskan batasan, tujuan dan alasan pentingnya kebijakan kesehatan?

Bagian III

Sistem Rujukan Kesehatan Nasional

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

- A. Menjelaskan sistem rujukan di Indonesia
- B. Menjelaskan pelaksanaan system rujukan dalam Jaminan Kesehatan Nasional
- C. Menjelaskan pengelolaan organisasi dalam pelaksanaan system rujukan
- D. Menyebutkan tujuan rujukan dan jenis rujukan
- E. Menjelaskan system pembiayaan kesehatan
- F. Menyebutkan tingkatan rujukan berdasarkan bentuk pelayanan
- G. Menjelaskan tata laksana system rujukan pada Fasyankes Tingkat Pertama
- H. Menjelaskan tatalaksana system rujukan pada Fasyankes Tingkat Dua
- I. Menjelaskan tatalaksana system rujukan pada Fasyankes Tingkat Tiga
- J. Menjelaskan langkah-langkah rujukan dalam pelayanan kebidanan
- K. Menjelaskan jalur rujukan kasus kegawatdaruratan
- L. Menjelaskan rujukan klien/pasien pada kasus patologis
- M. Menjelaskan keuntungan system rujukan
- N. Menjelaskan upaya peningkatan mutu rujukan

A. Pengertian Rujukan

Rujukan dan sistem rujukan merupakan suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal balik atas masalah yang timbul, baik secara vertikal maupun horizontal ke fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau, rasional dan tidak dibatasi oleh wilayah administrasi. Diharapkan dengan adanya sistem rujukan pasien dapat pertolongan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu sehingga jiwanya dapat terselamatkan, selain itu dengan adanya sistem rujukan, diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan yang lebih bermutu.

Sistem rujukan di Indonesia dibedakan atas 2 jenis yaitu rujukan medis dan rujukan kesehatan. Rujukan medis adalah upaya rujukan kesehatan yang dapat bersifat vertikal, horizontal atau timbal balik yang terutama berkaitan dengan upaya penyembuhan dan rehabilitasi serta upaya yang bertujuan mendukungnya. Rujukan kesehatan adalah rujukan upaya kesehatan yang bersifat vertikal dan horizontal yang terutama berkaitan dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta upaya yang mendukungnya. Sistem rujukan medis di Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta mencakup 3 (tiga) aspek pelayanan medis yaitu rujukan pasien, rujukan spesimen/ penunjang diagnostik lainnya dan rujukan pengetahuan.

Sistem rujukan di Puskesmas dapat dilaksanakan secara horizontal, vertikal atau kedua-duanya dari tingkat bawah ke tingkat yang lebih tinggi. Pelayanan kesehatan telah tersedia pada semua tingkatan mulai dari tingkat dasar seperti klinik pratama/klinik utama, puskesmas pembantu, puskesmas dan dokter praktek swasta/bidan praktek swasta sampai ke tingkat yang lebih tinggi seperti rumah sakit. Apabila klinik pratama/klinik utama, puskesmas kelurahan, puskesmas, atau dokter praktek swasta/bidan praktek swasta menerima atau merawat kasus gawat darurat atau non gawat darurat (penyakit kronis) dan

tidak berwenang atau tidak mampu memberikan penanganan medis tertentu atau pelayanan kesehatan penunjang, maka harus merujuk pasien tersebut kepada fasilitas kesehatan yang lebih mampu, misalnya rumah sakit pemerintah/ swasta atau fasilitas kesehatan terdekat dan merupakan faskes rujukan. Pada tanggal satu Januari 2014 Sistem Jaminan Sosial Nasional mulai diberlakukan, dan ditargetkan pada tahun 2019 seluruh penduduk sudah menjadi peserta SJSN, tentunya hal ini menjadi tantangan tersendiri bagi dokter dimana dengan diberlakukannya SJSN akan membuat dokter yang memberikan layanan primer (termasuk dokter yang bekerja di Puskesmas) akan bertugas sebagai “*gatekeeper*”. Dimana dari sisi layanan tingkat lanjut (RS) juga akan memberikan manfaat berupa:

1. Meningkatkan efisiensi layanan kesehatan
2. Meningkatkan mutu layanan kesehatan
3. Memperbaiki akses layanan kesehatan di tingkat lanjut

Gatekeeper dapat terlaksana secara efektif apabila memiliki sistem rujukan yang baik, yaitu yang terdiri dari komponen sistem rujukan berupa: Manual rujukan (rencana detail kegiatan rujukan); sistem monitoring dan evaluasi (melalui audit) dan dokter pemberi layanan primer yang kompeten dan berkualitas. Saat ini penerapan sistem rujukan puskesmas di Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta belum berjalan secara optimal di semua tingkat fasilitas kesehatan, hal ini dibuktikan dengan masih ditemukannya morbiditas yang memerlukan rujukan dan rujukan balik namun tidak dapat terlayani secara memadai, antara lain belum maksimalnya:

1. Petunjuk teknis yang terpadu bagi petugas kesehatan yang ada di lapangan,
2. Upaya konseling terhadap pasien atau keluarga pasien oleh petugas kesehatan,
3. Sebagian sarana dan prasarana rujukan
4. Fasilitas pelayanan kesehatan yang menangani pasien rujukan tidak sesuai dengan kelasnya

5. Ada perbedaan kebijakan penjamin jaminan kesehatan.
Beberapa permasalahan yang ditemukan dalam pelaksanaan rujukan pasien, antara lain:

1. Rujukan diwakilkan/pasien tidak datang
2. Sistem Rujukan Balik tidak berjalan
3. Sistem rujukan online (SPGDT 119) belum berjalan baik, sehingga puskesmas merasa kesulitan untuk merujuk dan RS selalu penuh sehingga petugas puskesmas yang mencari RS lain mengakibatkan terlambatnya penanganan terhadap pasien.
4. Masih ditemukannya penerima pertama pasien kegawatdaruratan sebagian tenaga medis belum terlatih.
5. Tenaga kesehatan yang sudah terlatih dimutasi ke fasilitas pelayanan kesehatan lain atau bagian lain.
6. Pelaksanaan rujukan balik belum dimanfaatkan secara maksimal oleh petugas rumah sakit dan puskesmas/jajarannya.
7. Puskesmas merasa kesulitan untuk merujuk karena terkadang RS penuh sehingga petugas Puskesmas harus mencari rumah sakit lain.
8. Koordinasi antara RS, PKM masih kurang
9. Masih tingginya biaya transportasi dan terkadang terlambat dalam penanganan karena lama sampai ke RS (adanya target maksimal sebesar 15% pemberian Rujukan (aturan BPJS) dari puskesmas ke RS dan Pasien pasca rawat inap tidak perlu surat rujukan saat kontrol pertama.
10. Pasien yang langsung dirawat di RS datang meminta rujukan. Karena sudah lebih dari 1 bulan.
11. Alat transportasi/ambulance belum sesuai standar di puskesmas
12. Pasien tidak datang pada saat meminta rujukan
13. Ketidak seragaman fasilitas pemeriksaan penunjang yang ada di Puskesmas

14. Pasien yang datang tidak sesuai dengan wilayah alur rujukan tetap berjenjang dalam segala situasi dan kondisi

B. Pelaksanaan Sistem Rujukan Dalam Jaminan Kesehatan Nasional

Dengan adanya UU SJSN dan UU BPJS Kesehatan maka pelayanan Kesehatan perorangan yang ada akan dilakukan dalam skema jaminan Kesehatan. Berdasarkan UU BPJS Kesehatan, mulai 1 januari 2014 seluruh penyelenggaraan jaminan Kesehatan sosial akan dikelola oleh BPJS Kesehatan. Jaminan Kesehatan yang semula dikelola oleh PT Askes (untuk PNS/Pensiunan), PT Jamsostek (untuk pekerja swasta), Jamkesmas (untuk penduduk miskin dan tidak mampu) dan anggota TNI/Polri akan dialihkan ke BPJS Kesehatan. Dengan demikian peran BPJS Kesehatan dalam penyelenggaraan pelayanan Kesehatan, termasuk didalamnya sistem rujukan, sangat besar. Berdasarkan Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019 ditargetkan bahwa pada tahun 2019 seluruh penduduk (yang ketika itu jumlahnya diperkirakan 257 juta jiwa) akan dicakup dalam jaminan Kesehatan yang dikelola oleh BPJS Kesehatan.

Dengan Pedoman Sistem Rujukan Nasional demikian maka implementasi sistem rujukan akan sangat dipengaruhi oleh jaminan Kesehatan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Dalam jaminan Kesehatan ada tiga pihak yang saling terkait yaitu:

1. Peserta yang wajib membayar iuran kepada BPJS Kesehatan dan berhak memperoleh pelayanan Kesehatan dari fasilitas pelayanan Kesehatan;
2. BPJS Kesehatan yang menerima dan mengelola iuran peserta dan membayar kepada fasilitas pelayanan Kesehatan;
3. Fasilitas pelayanan Kesehatan yang memberikan pelayanan kepada peserta dan memperoleh pembayaran dari BPJS Kesehatan.

Sesuai dengan (rancangan) Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan, pelayanan Kesehatan yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan menganut sistem rujukan yang dimulai dari fasilitas Kesehatan dasar yang berperan sebagai *gatekeeper* dan penapis layanan rujukan. Fasilitas pelayanan Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan diwajibkan menerapkan sistem rujukan. Peserta jaminan Kesehatan yang berobat ke fasilitas pelayanan Kesehatan, pertama-tama harus datang ke fasilitas pelayanan Kesehatan tingkat pertama atau fasilitas Kesehatan primer. Dalam hal peserta memerlukan pelayanan Kesehatan tingkat lanjutan, fasilitas Kesehatan tingkat pertama harus merujuk ke fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan terdekat sesuai dengan sistem rujukan yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan. Sistem rujukan dikecualikan bagi peserta yang berada di luar wilayah fasilitas Kesehatan tingkat pertama atau dalam keadaan kegawatdaruratan medis. Pemanfaatan pelayanan Kesehatan yang tidak didasarkan pada sistem rujukan dapat dimasukkan dalam kategori pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur sehingga tidak dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan.

C. Organisasi dan Pengelolaan Dalam Pelaksanaan Sistem Rujukan

Agar sistem rujukan ini dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien, maka perlu diperhatikan organisasi dan pengelolannya. Mata rantai kewenangan dan tanggung jawab dari masing-masing unit pelayanan yang terlibat harus jelas, termasuk aturan pelaksanaan dan koordinasinya. Sistem rujukan akan berjalan dengan baik dan harus dapat memberikan manfaat, tidak hanya untuk institusi yang merujuk namun juga untuk institusi yang menerima rujukan, dengan mengutamakan manfaat bagi pasien yang dirujuk. Harus ada sanksi yang disepakati oleh semua pihak sehubungan dengan pengaturan dalam merujuk.

1. Organisasi atau Lembaga yang terlibat di dalam sistem rujukan

Selain fasilitas pelayanan Kesehatan yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien, juga terdapat organisasi atau lembaga yang terlibat di dalam sistem rujukan ini. Organisasi yang terlibat dalam pelaksanaan sistem rujukan adalah:

- a. Pemilik dan penyelenggara fasilitas pelayanan Kesehatan dengan penanggung-jawabnya
- b. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Dinas Kesehatan Provinsi.
- c. Kementerian Kesehatan, melalui Direktorat Jenderal Bina.
- d. Upaya Kesehatan BPJS Kesehatan dengan jejaringnya.
- e. Organisasi profesi tenaga-tenaga Kesehatan yang terlibat dalam pelayanan Kesehatan perseorangan.
- f. Lembaga Pendidikan Kedokteran, Keperawatan, Farmasi, dan lembaga pendidikan tenaga Kesehatan lainnya yang terkait dengan pelayanan Kesehatan perseorangan.

2. Pedoman Sistem Rujukan Nasional Fasyankes dari semua tingkat sistem rujukan sebagai simpul-simpul sistem rujukan.

Di era desentralisasi, peran serta daerah terutama Kabupaten/kota, menjadi sangat penting dalam upaya memfungsikan sistem rujukan yang dibangun sesuai dengan ketentuannya.

Titik awal dari suatu proses rujukan Kesehatan perseorangan kecuali untuk kasus emergensi adalah fasyankes yang difungsikan sebagai *Gatekeeper*, yaitu:

- a. Puskesmas dan Klinik-klinik Pratama milik pemerintah dan swasta.
- b. Praktek Swasta Dokter/Dokter Gigi dan Praktek Dokter/Dokter Pelayanan Primer, yang berada dalam wilayah administrasi pemerintahan daerah kabupaten/kota. Rujukan selanjutnya akan melalui tahapan awal mula dari sistem rujukan di tingkat Kabupaten/kota dimaksud.

C. Tujuan Rujukan dan Jenis Rujukan

1. Tujuan Rujukan

Menurut Mochtar 1998, Rujukan mempunyai berbagai macam tujuan antara lain:

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

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

a. Umum

Dihasilkannya pemerataan upaya pelayanan kesehatan yang didukung kualitas pelayanan yang optimal dalam rangka memecahkan masalah kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna.

b. Khusus

- 1) Menghasilkan upaya pelayanan kesehatan klinik yang bersifat kuratif dan rehabilitatif secara berhasil guna dan berdaya guna.
- 2) Dihasilkannya upaya kesehatan masyarakat yang bersifat preventif secara berhasil guna dan berdaya guna.

2. Jenis Rujukan

Rujukan dalam pelayanan kebidanan merupakan kegiatan pengiriman orang sakit dari unit kesehatan yang kurang lengkap ke unit yang lebih lengkap berupa rujukan kasus patologis pada kehamilan, persalinan dan nifas masuk didalamnya, pengiriman

kasus masalah reproduksi lainnya seperti kasus ginekologi atau kontrasepsi yang memerlukan penanganan spesialis. Termasuk juga di dalamnya pengiriman bahan laboratorium. Jika penderita telah sembuh dan hasil laboratorium telah selesai, kembalikan dan kirimkan ke unit semula, jika perlu disertai dengan keterangan yang lengkap (surat balasan). Rujukan informasi medis membahas secara lengkap data-data medis penderita yang dikirim dan advis rehabilitas kepada unit yang mengirim. Kemudian Bidan menjalin kerja sama dalam sistem pelaporan data-data parameter pelayanan kebidanan, terutama mengenai kematian maternal dan prenatal. Hal ini sangat berguna untuk memperoleh angka-angka secara regional dan nasional pemantauan perkembangan maupun penelitian.

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

- a. Rujukan Internal adalah rujukan horizontal yang terjadi antar unit pelayanan di dalam institusi tersebut. Misalnya dari jejaring puskesmas (puskesmas pembantu) ke Puskesmas induk.
 - b. Rujukan Eksternal adalah rujukan yang terjadi antar unit-unit dalam jenjang pelayanan kesehatan, baik horizontal (dari puskesmas rawat jalan ke puskesmas rawat inap) maupun vertikal (dari puskesmas ke rumah sakit umum daerah).
3. Prosedur Rujukan Pasien dari Puskesmas ke RS Prosedur Klinis:
- a. Melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang medik untuk menentukan diagnosis utama dan diagnosis banding.
 - b. Memberikan tindakan stabilisasi sesuai kasus berdasarkan Standar Prosedur Operasional (SPO).

- c. Memutuskan unit pelayanan tujuan rujukan dan memastikan bahwa unit pelayanan tujuan dapat menerima pasien.
- d. Untuk pasien gawat darurat harus didampingi tenaga kesehatan yang kompeten di bidangnya dan mengetahui kondisi pasien.
- e. Pasien (pada poin 4) diantar dengan kendaraan ambulans dan diserahkan oleh petugas, agar petugas dan kendaraan pengantar tetap menunggu sampai pasien di IGD mendapat kepastian pelayanan, apakah akan dirujuk atau ditangani di fasilitas pelayanan kesehatan setempat.
- f. Rujukan kasus yang memerlukan standar kompetensi tertentu (sub spesialis) pemberi pelayanan kesehatan tingkat I (Puskesmas, Dokter praktek, Bidan praktek, dan klinik) dapat merujuk langsung ke rumah sakit rujukan yang memiliki kompetensi tersebut.

Prosedur Administratif:

- a. Dilakukan setelah pasien diberikan tindakan medis.
- b. Membuat rekam medis pasien.
- c. Menjelaskan/memberikan *Informed Consent* (persetujuan/penolakan rujukan)
- d. Membuat surat rujukan pasien rangkap 3, lembar pertama dikirim ke tempat rujukan bersama pasien yang bersangkutan. Lembar kedua untuk surat rujukan balik ke Puskesmas, dan yang ke 3 untuk arsip pasien.
- e. Mencatat identitas pasien pada buku register rujukan pasien.
- f. Menyiapkan sarana transportasi
- g. Menghubungi rumah sakit yang akan dituju dengan menggunakan sarana komunikasi dan menjelaskan kondisi pasien.

- h. Pengiriman dan penyerahan pasien disertai surat rujukan ke tempat rujukan yang sesuai.
4. Prosedur Operasional menerima rujukan balik pasien.
- a. Prosedur Klinis:
 - 1) Memperhatikan anjuran tindakan yang disampaikan oleh Rumah Sakit yang terakhir merawat pasien tersebut.
 - 2) Melakukan tindak lanjut atau perawatan kesehatan masyarakat dan memantau kondisi klinis pasien sampai sembuh.
 - b. Prosedur Administrasi:

Meneliti isi surat balasan rujukan dan mencatat informasi tersebut di buku register pasien rujukan, kemudian menyimpannya pada rekam medis pasien yang bersangkutan dan memberi tanda tanggal/jam telah ditindaklanjuti.
5. Prosedur Pengelolaan pasien di ambulans
- a. Pasien yang dirujuk didampingi oleh petugas kesehatan yang mampu mengawasi danantisipasi kegawatdaruratan.
 - b. Di dalam ambulans tersedia sarana prasarana life saving (sesuai kondisi pasien).
 - c. Adanya komunikasi antar petugas yang ada di ambulans dengan rumah sakit perujuk.
 - d. Pengoperasian mobil ambulans sesuai aturan lalu lintas.
 - e. Perkembangan dan tindakan yang diberikan terhadap pasien di dalam ambulans dicatat dalam catatan perkembangan pasien/surat rujukan.

6. Prosedur sistem informasi rujukan dari Puskesmas ke Rumah Sakit
- a. Surat Rujukan

KLINIK MATERNITAS APRILIA
jl. Teuku Umar No.34A, Tebet, Jakarta
Telp. 021-561-562

Nomor : 035/12A/23/X/11/012
Hal : Rujukan Medik

Jakarta, 23 Desember 2012
Kepada:
Yth. Dr.Moses Zakia, Sp.OG
Di Poli Obgyn RS. Tebet

Dengan hormat,
Bersama ini kami mohon pemeriksaan dan penanganan lebih lanjut atas penderita:



Nama : Ny. Ermauji
Umur : 24 Tahun
Alamat : Jl. Setia Budhi No.12A RT 003/06 Mampang, Jakarta
Hasil Pemeriksaan : -Pasiem mengeluh lemas
- Status: P₁G₃A₁
- Inpartu pembukaan 2 aterm (37minggu)
- Ketuban pecah dini dan persalinan macet lebih dari 6 jam
- Hb: 7,1gr/dl

Pengobatan Sementara: Induksi oksitosin 2x10UI, Infus RL/4Jam
Keadaan waktu dirujuk : Ps terbaring lemas dalam keadaan inpartu pembukaan 2, terpasang infuse RL/4jam di metacarpal sinistra, dengan tanda-tanda vital S=37°C, RR=21X/M, N=89X/M, TD= 120/80mmHg.
Atas penerimaan dan kesediaannya saya ucapkan terimakasih.

Gambar 1.2

Tersedia informasi tentang kerjasama dengan fasilitas rujukan lain Informasi kegiatan rujukan pasien dibuat oleh petugas kesehatan pengirim dan dicatat dalam surat rujukan pasien yang dikirimkan ke dokter tujuan rujukan, yang berisikan antara lain: no rujukan, nama puskesmas/ dokter keluarga, nama kabupaten/kota, nama pasien yang dirujuk, status jaminan kesehatan yang dimiliki pasien baik pemerintah maupun swasta, diagnosa, tindakan dan obat yang telah diberikan, termasuk pemeriksaan penunjang diagnostik, kemajuan pengobatan, nama dan tandatangan dokter/bidan yang memberikan pelayanan serta keterangan tambahan yang dianggap perlu dan penting.

b. Balasan rujukan

 RUMAH SAKIT PKU MUHAMMADIYAH BLORA <small>Jl. Raya Blora – Candi Km. 3 Jepos Blora Telfax. 0296 – 532257 e-mail : ramuhblora@yahoo.co.id / ramuhblora@gmail.com / ramuhblora@pkublora.com</small>	
No	: 314/SBRS/RSPKU/VI/2017
Hal	: Surat Balasan Rujukan Pasien
Kepada Yth : Bidan Pinti	
	Di
	Blora
Dengan hormat,	
Dengan ini kami beritahukan bahwa seorang pasien :	
Nama	: Ny. Rofik
Umur	: 23 tahun
Alamat	: Ds. Kemiri 3/2
Tanggal rujukan	: 22 Mei 2017
Diagnosa Masuk	: G1POA0 hamil 37 minggu dengan letak lintang
Tanggal masuk inap	: 22 Mei 2017
Tanggal keluar	: 25 Mei 2017
Diagnosa Keluar	: P1A0 post SC ai letak lintang
Tindakan	: Partus SC tanggal 22 Mei 2017 Jam : 15.40 WIB
	JK : perempuan BB : 2650 gram PB : 44 cm
Dokter yang merawat	: dr. Hari Kurniawan, SpOG
Keadaan keluar	: Dipulangkan (membuk)
Terima kasih atas kepercayaannya mengirim pasien ke RS PKU Muhammadiyah Blora	
Blora, 2 Juni 2017	
Direktur RS PKU Muhammadiyah Blora	
 dr. Arief Tajally Adhlatma, MEdKes	

Gambar 1.3

Informasi balasan rujukan dibuat oleh dokter yang telah merawat pasien rujukan tulisan balasan rujukan harus jelas dan dapat dibaca oleh petugas kesehatan di Puskesmas. Surat balasan rujukan yang dikirimkan kepada pengirim pasien rujukan, memuat: nomor surat, tanggal, status jaminan kesehatan yang dimiliki, tujuan rujukan penerima, nama dan identitas pasien, hasil diagnosa setelah dirawat, kondisi pasien saat keluar dari perawatan dan tindak lanjut yang diperlukan (format surat balasan rujukan terlampir).

c. Rujukan Spesimen

Informasi rujukan spesimen dibuat oleh pihak pengirim dengan mengisi surat rujukan spesimen, yang berisikan antara lain: nomor surat, tanggal, status jaminan kesehatan yang dimiliki, tujuan rujukan penerima, jenis/bahan/asal spesimen, nomor spesimen yang dikirim, tanggal

pengambilan spesimen, jenis pemeriksaan yang diminta, nama dan identitas pasien, serta diagnosis klinis (Lihat format R/2, Surat Rujukan Spesimen). Informasi balasan hasil pemeriksaan bahan/spesimen yang dirujuk dibuat oleh pihak laboratorium penerima dan segera disampaikan pada pihak pengirim dengan menggunakan format yang berlaku di laboratorium yang bersangkutan.

7. Prosedur Rujukan Gawat Darurat untuk kasus KIA

Rujukan pada kasus KIA sangatlah sensitif karena menyangkut dua nyawa, dimana pasien datang berdua dan haruslah kembali minimal 2 orang atau lebih tidak boleh kurang. Sehingga kecepatan rujukan sangat penting, terutama untuk kasus-kasus gawat darurat. Pada awal kehamilan tenaga medis yang melakukan ANC baik bidan maupun dokter umum di Puskesmas harus memberikan edukasi apakah ibu termasuk dalam kategori beresiko seperti:

- a. Hiperemesis Gravidarum
- b. Hipertensi Dalam Kehamilan
- c. Hipertensi dalam kehamilan
- d. Pre-eklamsi

Gejala dan Penyakit lain yang memerlukan manajemen khusus

- a. Sesak
- b. Riwayat Diabetes Melitus
- c. Memiliki Resiko HIV
- d. Demam Tinggi
- e. Pertumbuhan janin terhambat (PJT): tinggi fundus tidak sesuai usia kehamilan
- f. Kelainan kehamilan (hubungan yang abnormal antara janin dan panggul)
- g. Gemelli

- h. Kelainan letak, posisi
- i. DKP (Disproporsi Kepala Panggul) apabila terdapat ibu hamil dengan kasus tersebut maka wajib bagi puskesmas untuk mengedukasi ibu agar melakukan persalinan di Rumah Sakit terdekat dari lokasi tinggal, hal ini perlu dilakukan agar penanganan kegawatan dapat segera diberikan.

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

- a. Rujukan Medik adalah rujukan pelayanan yang terutama meliputi upaya penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif). Misalnya, merujuk pasien puskesmas dengan penyakit kronis (jantung koroner, hipertensi, diabetes mellitus) ke rumah sakit umum daerah.

Jenis rujukan medik:

- 1) *Transfer of patient*. Konsultasi penderita untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan operatif dan lain-lain.
- 2) *Transfer of specimen*. Pengiriman bahan untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.
- 3) *Transfer of knowledge/personel*. Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu layanan pengobatan setempat.

Pengiriman tenaga-tenaga ahli ke daerah untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan melalui ceramah, konsultasi penderita, diskusi kasus dan demonstrasi operasi (*transfer of knowledge*). Pengiriman petugas pelayanan kesehatan daerah untuk menambah pengetahuan dan keterampilan mereka ke rumah sakit yang lebih lengkap atau rumah sakit pendidikan, juga dengan mengundang tenaga medis dalam kegiatan ilmiah yang diselenggarakan tingkat provinsi atau institusi pendidikan (*transfer of personel*).

- b. Rujukan Kesehatan adalah hubungan dalam pengiriman dan pemeriksaan bahan ke fasilitas yang lebih mampu dan lengkap. Rujukan ini umumnya berkaitan dengan upaya peningkatan promosi kesehatan (promotif) dan pencegahan (preventif). Contohnya, merujuk pasien dengan masalah gizi ke klinik konsultasi gizi (pojok gizi puskesmas), atau pasien dengan masalah kesehatan kerja ke klinik sanitasi puskesmas (pos Unit Kesehatan Kerja). Masukkan persiapan-persiapan dan informasi berikut ke dalam rencana rujukan:
- 1) Siapa yang akan menemani ibu dan bayi baru lahir.
 - 2) Tempat-tempat rujukan mana yang lebih disukai ibu dan keluarga. (Jika ada lebih dari satu kemungkinan tempat rujukan, pilih tempat rujukan yang paling sesuai berdasarkan jenis asuhan yang diperlukan.
 - 3) Sarana transportasi yang akan digunakan dan siapa yang akan mengendarainya. Ingat bahwa transportasi harus tersedia segera, baik siang maupun malam.
 - 4) Orang yang ditunjuk menjadi donor darah, jika transfusi darah diperlukan.
 - 5) Uang yang disisihkan untuk asuhan medis, transportasi, obat-obatan dan bahan-bahan.
 - 6) Siapa yang akan tinggal dan menemani anak-anak yang lain pada saat ibu tidak dirumah.

E. Pembiayaan

1. Pembiayaan Kesehatan pada pelayanan Kesehatan di fasilitas pelayanan Kesehatan dalam strukturisasi sistem rujukan pada penyelenggaraan Jaminan Kesehatan dalam SJSN dilakukan dengan mengutamakan prinsip-prinsip kendali biaya dan kendali mutu yang bertujuan terwujudnya efektivitas dan efisiensi pelayanan Kesehatan.

2. Pola pembayaran yang terpilih dalam implementasi SJSN adalah pola pembayaran yang bersifat prospektif yaitu kapitasi pada fasyankes perseorangan tingkat pertama dan INA-CBG pada fasyankes tingkat dua dan tiga (sekunder dan tersier).
3. Pada pembayaran kapitasi, dimana besaran kapitasi merupakan besaran kapita per orang per bulan, harus memperhitungkan semua jenis pelayanan Kesehatan yang diberikan di fasilitas pelayanan primer sehingga terwujud pembiayaan Kesehatan yang adil. Sedangkan pada pembayaran dengan INA-CBG, dimana dilakukan pengelompokan beberapa diagnosis dan prosedur/tindakan berdasarkan ciri klinis dan menghabiskan biaya perawatan yang hampir sama, dihitung biaya (*costing*) pada Pedoman Sistem Rujukan Nasional fasilitas pelayanan Kesehatan dengan memperhitungkan semua biaya sehingga diperoleh besaran tarif yang mengakomodir semua biaya yang menghabiskan di fasilitas pelayanan Kesehatan.
4. Pembayaran INA-CBG berupa pembayaran paket yang memenuhi semua jenis pelayanan yaitu pemeriksaan medis, pelayanan penunjang, obat, alat Kesehatan, bahan medis habis pakai, biaya pemeliharaan dan sebagainya, dengan demikian pembayaran tidak berdasarkan per pelayanan Kesehatan (*fee for services*).
5. Dengan diterapkannya pola pembayaran prospektif diharapkan fasyankes, maka terjadinya moral *hazard* diharapkan lebih sedikit dibandingkan dengan pola pembayaran *fee for services*, dimana pembayaran dilakukan atas seberapa banyak pelayanan Kesehatan yang diberikan.
6. Semakin banyak pelayanan Kesehatan yang diberikan oleh fasyankes, akan semakin besar mendapatkan pembayaran, sehingga unsur efisiensi sudah tidak terwujud.

7. Struktur biaya harus diperjelas secara adil, dalam komponen biaya harus dimasukkan biaya barang habis pakai, honor tenaga Kesehatan dan transportasi rujukan. Biaya transportasi rujukan merupakan bagian dari jasa pelayanan yang menjadi tanggung jawab pihak penjamin (Askes, Jamkesmas, Jamkesda, Jamsostek dan Asuransi lain).
8. Bagi pasien korban kecelakaan lalulintas, biaya rujukan ditanggung oleh PT Asuransi Jasa Raharja sesuai dengan ketentuan yang berlaku di perusahaan asuransi tersebut.

Diupayakan, jangan sampai sistem penyelenggaraan yang dikelola oleh BPJS Kesehatan mengorbankan kepentingan provider/tenaga Kesehatan serta penyelenggara pelayanan Kesehatan.

F. Tingkat Rujukan

Tingkatan rujukan berdasarkan pada bentuk pelayanan:

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

masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder. Pelayanan sudah kompleks, dan memerlukan tenaga-tenaga super spesialis. Contoh di Indonesia: RS tipe A dan B.

G. Tata Laksana Sistem Rujukan Pada Fasyankes Tingkat Pertama

Proses rujukan dalam sistem rujukan di fasyankes tingkat dua terdiri atas proses merujuk ke fasyankes tingkat dua ataupun fasyankes rujukan-antara ke puskesmas perawatan, RS Kelas D Pratama dan RS Kelas D, serta menerima rujukan balik vertikal dari fasyankes tingkat dua.

Proses di fasyankes tingkat pertama tersebut dijelaskan sebagai berikut:

1. Rujukan Dari Fasyankes Tingkat Pertama ke Tingkat Dua
Pasien dengan masalah Kesehatan/penyakit yang berobat ke fasilitas pelayanan Kesehatan perseorangan tingkat pertama, milik pemerintah ataupun swasta dan memenuhi kriteria/ alasan untuk dirujuk, akan dirujuk ke Fasilitas rujukan terdekat yang mampu memberikan layanan yang dibutuhkan pasien, sebagai solusi atas penyakit/masalah Kesehatan nya, seperti di Unit Rawat Inap Puskesmas daerah terpencil, atau RS kelas D Pratama, atau RS Kelas D, atau RS Kelas C, dengan mempertimbangkan jenis penyakitnya dan kondisi umumnya, serta kemudahan untuk mengakses fasyankes rujukan terdekat.
2. Pasien yang telah dilayani di Fasyankes tingkat pertama sesuai dengan kebutuhan dalam mengatasi masalah / penyakitnya, apabila dapat diselesaikan secara tuntas di fasyankes rujukan, harus dikembalikan ke fasyankes yang merujuk, disertai resume proses dan hasil pelayanan serta saran-saran tindak lanjutnya.
3. Akan tetapi bila ternyata di fasyankes rujukan dipertimbangkan pasien harus dirujuk ke fasyankes yang lebih mampu, maka

prosedur rujukan kasus dilaksanakan sesuai dengan Pedoman Sistem Rujukan Nasional ketentuannya.

Proses rujukan kasus dari fasyankes tingkat pertama ke fasyankes rujukan dua dan rujukan baliknya, digambarkan sebagai berikut:

1. Syarat merujuk pasien

Pasien yang akan dirujuk sudah diperiksa, dan disimpulkan bahwa kondisi pasien layak serta memenuhi syarat untuk dirujuk, tanda-tanda vital (*vital sign*) berada dalam kondisi baik/stabil serta *transportable*, memenuhi salah satu syarat berikut untuk dirujuk:

- a. Hasil pemeriksaan pertama sudah dapat dipastikan tidak mampu diatasi secara tuntas di fasyankes.
 - b. Hasil pemeriksaan fisik dengan pemeriksaan penunjang medis ternyata pasien tidak mampu diatasi secara tuntas ataupun tidak mampu dilayani karena keterbatasan kompetensi ataupun keterbatasan sarana/prasarana.
 - c. Memerlukan pemeriksaan penunjang medis yang lebih lengkap, tetapi pemeriksaan harus disertai pasien yang bersangkutan.
 - d. Apabila telah diobati di fasyankes tingkat pertama dan atau dirawat di fasyankes perawatan tingkat pertama di Puskesmas perawatan/RS D Pratama, ternyata masih memerlukan pemeriksaan, pengobatan, dan atau perawatan di fasyankes rujukan yang lebih mampu, untuk dapat menyelesaikan masalah/ kesehatannya dan dapat dikembalikan ke fasyankes perujuk.
2. Prosedur standar merujuk pasien
- a. Prosedur klinis:
 - 1) Pada kasus non emergensi, maka proses rujukan mengikuti prosedur rutin yang ditetapkan. Provider Kesehatan yang berwenang menerima pasien di

fasyankes tingkat pertama, melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang medik yang mampu dilakukan di fasyankes tingkat pertama, untuk menentukan Diagnosa Utama/ Diagnosis Kemungkinan, dan Diagnosis Banding, disertai kelengkapan kode diagnosis untuk fasyankes tingkat pertama.

- 2) Dalam kondisi pasien saat kedatangan dalam kondisi emergensi dan membutuhkan pertolongan kedaruratan medik, petugas yang berwenang segera melakukan pertolongan segera (*prosedur life saving*) untuk menstabilkan kondisi pasien di fasyankes, sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO)
- 3) Menyimpulkan bahwa kasusnya telah memenuhi syarat untuk dirujuk, sebagaimana tercantum pada salah satu kriteria dalam syarat merujuk pasien diatas.
- 4) Untuk mempersiapkan rujukan, kepada pasien/ keluarga perlu diberikan penjelasan dengan bahasa yang dapat dimengerti pasien/ keluarga, dan *informed consent* sebagai bagian dari prosedur operasional yang sangat erat kaitannya dengan prosedur teknis pelayanan pasien harus dilakukan.
- 5) Penjelasan diberikan berkaitan dengan:
 - a) Penyakit/ masalah Kesehatan pasien dan kondisi pasien saat ini
 - b) Tujuan dan pentingnya pasien harus dirujuk.
 - c) Kemana pasien akan dirujuk.
 - d) Akibat atau risiko yang mungkin terjadi pada kondisi kesehatan pasien ataupun keluarga/ lingkungannya apabila rujukan tidak dilakukan, dan keuntungan apabila dilakukan rujukan.
 - e) Rencana dan proses pelaksanaan rujukan, serta

tindakan yang mungkin akan dilakukan di fasyankes rujukan.

- f) Hal-hal yang perlu dipersiapkan oleh pasien/ keluarga,
- g) Penjelasan-penjelasan lain yang berhubungan dengan proses rujukan termasuk berbagai persyaratan secara lengkap, untuk memberi kesempatan kepada pasien/keluarga mengambil keputusan secara cerdas dalam mengatasi penyakit/masalah kesehatan pasien.
- h) Putusan akhir atas rencana pelaksanaan rujukan seperti dijelaskan, ada pada pasien/keluarga sendiri, apakah yang berkepentingan setuju atautah menolak untuk dirujuk ke salah satu fasyankes rujukan sesuai dengan alur sistem rujukan yang ditetapkan.
- i) Kesepakatan akhir atas hasil penjelasan dinyatakan dengan pembubuhan tanda-tangan dua belah pihak dalam format *Informed consent* sesuai prosedur. Atas persetujuan rujukan dari pasien/keluarga, provide berwenang mempersiapkan rujukan dengan memberikan tindakan pra rujukan sesuai kondisi pasien sebelum dirujuk berdasarkan SPO.
- j) Menghubungi kembali unit pelayanan di fasyankes tujuan rujukan, untuk memastikan sekali lagi bahwa pasien dapat diterima di fasyankes rujukan atau harus menunggu sementara ataupun mencarikan fasyankes rujukan lainnya sebagai alternatif.

3. Prosedur administratif rujukan
 - a. Dilakukan sejalan dengan prosedur teknis pada pasien,
 - b. Melengkapi catatan rekam medis pasien, setelah tindakan untuk menstabilkan kondisi pasien pra-rujukan,
 - c. Setelah provider berwenang memberikan penjelasan secara lengkap dan pasien/keluarga telah memberikan keputusan akhir, setuju ataupun menolak untuk dirujuk, maka format *informed consent* secara prosedur administratif rujukan harus dicek ulang kelengkapannya, antara lain adanya tanda tangan dua-belah pihak, provider berwenang dan pasien/keluarga, baik bagi pasien/keluarga yang setuju dirujuk maupun yang menolak untuk dirujuk.
 - d. Selanjutnya format *informed consent* yang telah ditandatangani tersebut disimpan dalam rekam medik pasien bersangkutan. Bila telah digunakan perangkat TIK/ICT, format *informed consent* dapat dilengkapi dengan foto, rekaman pembicaraan proses pengambilan keputusan, dan lainnya.
 - e. Apabila pasien/keluarga setuju untuk dirujuk, maka fasyankes perujuk membuat surat rujukan pasien rangkap 2 (form 1).
 - Lembar pertama dikirim ke fasyankes rujukan bersama pasien.
 - Lembar dua disimpan sebagai arsip, bersama rekam medik pasien bersangkutan.
 - f. Mencatat identitas pasien pada buku register rujukan pasien,
 - g. Administrasi pengiriman pasien harus diselesaikan, ketika pasien akan segera dirujuk.

H. Tatalaksana Sistem Rujukan Pada Fasyankes Tingkat Dua

Proses rujukan dalam sistem rujukan di fasyankes tingkat dua terdiri atas proses menerima rujukan dari fasyankes tingkat pertama, melayani pasiennya, melakukan rujukan horizontal ke fasyankes setingkat, rujukan vertikal ke fasyankes tingkat tiga, serta menerima rujukan balik horizontal dan vertikal, dan merujuk balik ke fasyankes tingkat pertama. Proses rujukan dalam sistem rujukan di fasyankes tingkat dua tersebut dijelaskan berikut ini.

1. Prosedur Klinis

Menerima pasien rujukan dari fasyankes tingkat pertama dan tindak lanjutnya. Atas komunikasi yang dibangun bersama fasyankes perujuk melalui teknologi komunikasi yang tersedia, telah diketahui kondisi pasien, sehingga memungkinkan pasien akan dapat dilayani di fasyankes rujukan, untuk hal tersebut fasyankes rujukan akan mempersiapkan diri menerima pasien dengan sebaik-baiknya, selanjutnya melayani sesuai dengan kondisi pasien pada saat kedatangannya, untuk pasien non emergensi tau emergensi. Pasien yang dirujuk akan diterima di fasyankes rujukan, sesuai jenis rujukannya akan segera dilayani menurut standar prosedur operasional (SPO) yang berlaku di fasyankes bersangkutan. Pasien non emergensi akan dilayani di Klinik Fasyankes rujukan sesuai tujuan pada jam buka yang telah ditentukan setelah melalui prosedur administrasi untuk pelayanan klinik sedangkan pasien emergensi dilayani di IGD yang harus siap melayani 24 jam/7 hari.

2. Prosedur administratif

Pada proses penerimaan pasien rujukan:

- a. Apabila pasien tersebut dapat memenuhi syarat untuk diterima di fasyankes rujukan dan format *informed consent* telah ditandatangani, selanjutnya staf administrasi yang bertugas harus melengkapi prosedur administrasi pasien,

baik sebagai pasien rawat jalan ataupun rawat inap, dan membuat tanda terima pasien sesuai aturan masing-masing sarana.

- b. Petugas melengkapi data pribadi pasien sesuai ketentuan setelah dilakukan pelayanan pasien rujukan non emergensi sedangkan pasien emergensi dilakukan setelah proses stabilisasi kondisi pasien selesai dilaksanakan.
- c. Menerima, meneliti dan menandatangani persetujuan penerimaan pasien di fasyankes rujukan, atas surat rujukan pasien dari fasyankes perujuk untuk ditempelkan di kartu status pasien, yang selanjutnya akan dilayani di fasyankes rujukan bersangkutan.

I. Tatalaksana Sistem Rujukan Pada Fasyankes Tingkat Tiga

Rumah Sakit Kelas A (fasyankes tingkat tiga), RS Swasta setingkat dan fasilitas pelayanan Kesehatan perseorangan lainnya setingkat, yang menerima rujukan pasien harus memberikan laporan informasi medis atau balasan rujukan, ketika pasien keluar dari fasilitas pelayanan Kesehatan yang menerima rujukan antara lain:

1. Secara umum proses penerimaan pasien maupun pengiriman rujukan balik pasien dilaksanakan sama dengan di fasyankes tingkat dua. Yang berbeda adalah tingkat kemampuan/kompetensi fasyankes dalam memberikan pelayanan medik sub-spesialistik, termasuk kemampuan fasilitas penunjang medik dan keperawatannya.
2. Selain sebagai tempat rujukan kasus yang memerlukan layanan sub-spesialistik, fasyankes tingkat tiga juga menjadi tempat pendidikan tenaga-tenaga Kesehatan, khususnya calon spesialis dan sub-spesialis.
3. Untuk penyelenggaraan pelayanan medik kasus rujukan baik non emergensi maupun emergensi ke fasyankes tingkat tiga tidak akan dibahas secara khusus, kecuali sebagai tempat

pendidikan ataupun perannya dalam bidang rujukan SDM akan dibahas pada bagian lain.

J. Langkah-Langkah Rujukan Dalam Pelayanan Kebidanan

1. Menentukan kegawatdaruratan penderita
 - a. 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.
 - b. 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.
2. 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.
3. 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.

4. 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.
5. Persiapan penderita (BAKSOKUDA) Hal-hal yang penting dalam mempersiapkan rujukan untuk ibu:
 - a. Bidan Pastikan bahwa ibu dan/atau bayi baru lahir didampingi oleh penolong persalinan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk menatalaksana kegawatdaruratan obstetri dan bayi baru lahir untuk dibawa ke fasilitas rujukan.
 - b. Alat Bawa perlengkapan dan bahan-bahan untuk asuhan persalinan, masa nifas dan bayi
 - c. baru lahir (tabung suntik, selang IV, dll) bersama ibu ke tempat rujukan, perlengkapan dan bahan-bahan tersebut mungkin diperlukan jika ibu melahirkan sedang dalam perjalanan.
 - d. Keluarga Beri tahu ibu dan keluarga mengenai kondisi terakhir ibu dan/atau bayi dan mengapa ibu dan/atau bayi perlu dirujuk. Jelaskan pada mereka alasan dan keperluan upaya rujukan tersebut. Suami atau anggota keluarga yang lain harus menemani ibu dan/atau bayi baru lahir ke tempat rujukan.
 - e. Surat Berikan surat ke tempat rujukan. Surat ini harus memberikan identifikasi mengenai ibu dan/atau bayi baru lahir, cantumkan alasan rujukan dan uraikan hasil pemeriksaan, asuhan atau obat-obatan yang diterima ibu dan/atau bayi baru lahir. Lampirkan partograf

- f. Kemajuan persalinan ibu pada saat rujukan. Bawa obat-obatan esensial pada saat mengantar ibu ke tempat rujukan. Obat-obatan mungkin akan diperlukan selama perjalanan.
- g. Kendaraan. Siapkan kendaraan yang paling memungkinkan untuk merujuk ibu dalam kondisi yang cukup nyaman. Selain itu pastikan bahwa kondisi kendaraan itu cukup baik untuk.
- h. Mencapai tempat rujukan dalam waktu yang tepat, Uang Ingatkan pada keluarga agar membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat-obatan yang diperlukan dan bahan-bahan kesehatan lain yang diperlukan selama ibu dan/atau bayi baru lahir tinggal di fasilitas rujukan.
- i. Siapkan darah sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien.
 - 1) Pengiriman Penderita
Untuk mempercepat sampai ke tujuan, perlu diupayakan kendaraan/ sarana transportasi yang tersedia untuk mengangkut penderita.
 - 2) 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.

K. Jalur Rujukan Kasus Kegawatdaruratan

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

1. Dari Kader Dapat langsung merujuk ke:
 - a. Puskesmas pembantu
 - b. Pondok bersalin / bidan desa

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

L. Rujukan Klien/Pasien Pada Kasus Patologis

Pengertian suatu pelimpahan tanggung jawab timbal balik atas kasus kebidanan atau dengan penyakit penyerta atau komplikasi yang memerlukan pelayanan dengan menggunakan pengetahuan, fasilitas, dan peralatan yang memadai atau kondisi klien/pasien diluar kewenangan bidan.

Indikasi perujukan ibu yaitu:

1. Riwayat seksio sesaria
2. Pendarahan pervagina
3. Persalinan kurang bulan (usia kehamilan, 37 minggu)
4. Ketuban pecah dengan mekonium kental
5. Ketuban pecah lama/lebih kurang 24 jam
6. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan
7. Ikterus
8. Anemia berat
9. Tanda/ gejala infeksi
10. Preeklamsia/hipertensi dalam kehamilan
11. Tinggi fundus uteri 40cm atau lebih
12. Primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala masuk 5/5
13. Presentasi bukan belakang kepala

14. Kehamilan gemeli
15. Presentasi majemuk
16. Tali pusat menumpung dan syok.

Pendekatan yang digunakan dalam memberikan Asuhan kebidanan kepada klien sesuai dengan Pedoman Asuhan Kebidanan pada Kasus Rujukan Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, dan bayi lahir dan Standar Asuhan Kebidanan Kepmenkes nomor 938 tahun 2007, dimana pengambilan keputusan klinis bidan diambil berdasarkan hasil pengkajian melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik, kemudian dirumuskan diagnosa kebidanan berdasarkan permasalahan yang ditemui. Setelah diagnosa dibuat, maka diberikan intervensi sesuai dengan prioritas kegawatan kondisi ibu dan janin, sesuai kewenangan bidan dan kewenangan tempat pelayanan dasar, PONED serta PONEK. Kemudian pencatatan asuhan pada formulir/status klien/rekam medis yang digunakan.

M. Keuntungan Sistem Rujukan

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

N. Upaya Peningkatan Mutu Rujukan

Langkah-langkah dalam upaya meningkatkan mutu rujukan:

1. Meningkatkan mutu pelayanan di puskesmas dalam menampung rujukan puskesmas pembantu dan pos kesehatan lain dari masyarakat.
2. Mengadakan pusat rujukan antara lain dengan mengadakan

ruangan tambahan untuk tempat tidur perawatan penderita gawat darurat di lokasi strategis

3. Meningkatkan sarana komunikasi antar unit pelayanan kesehatan
4. Menyediakan Puskesmas keliling di setiap kecamatan dalam bentuk kendaraan roda 4 atau perahu bermotor yang dilengkapi alat komunikasi
5. Menyediakan sarana pencatatan dan pelaporan bagi sistem, baik rujukan medik maupun rujukan kesehatan
6. Meningkatkan upaya dana sehat masyarakat untuk menunjang pelayanan kesehatan

Soal Latihan:

1. Jelaskan sistem rujukan di Indonesia?
2. Jelaskan pelaksanaan system rujukan dalam Jaminan Kesehatan Nasional?
3. Jelaskan pengelolaan organisasi dalam pelaksanaan system rujukan?
4. Sebutkan tujuan rujukan dan jenis rujukan?
5. Jelaskan system pembiayaan kesehatan?
6. Sebutkan tingkatan rujukan berdasarkan bentuk pelayanan?
7. Jelaskan tata laksana system rujukan pada Fasyankes Tingkat Pertama?
8. Jelaskan tatalaksana system rujukan pada Fasyankes Tingkat Dua?
9. Jelaskan tatalaksana system rujukan pada Fasyankes Tingkat Tiga?
10. Jelaskan langkah-langkah rujukan dalam pelayanan kebidanan?
11. Jelaskan jalur rujukan kasus kegawatdaruratan?
12. Jelaskan rujukan klien/pasien pada kasus patologis?
13. Jelaskan keuntungan system rujukan?
14. Jelaskan upaya peningkatan mutu rujukan?

Bagian IV

Indikator Kinerja

Sistem Pelayanan Kesehatan

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah:

- A. Menjelaskan pengertian *indicator*
- B. Menjelaskan pengertian kinerja pada pelayanan kesehatan
- C. Menyebutkan dimensi tolak ukur kinerja

A. Pengertian Indikator

Pada dasarnya indikator merupakan penanda terjadinya suatu perubahan di dalam kegiatan atau kejadian tertentu. Secara umum, Indikator adalah nilai dari variabel yang kita ingin coba teliti. Hal ini juga dapat diartikan sebagai sebuah ciri, karakteristik, atau ukuran yang menunjukkan perubahan pada fenomena tersebut. Nilai ini berguna untuk melihat dan mengukur perubahan-perubahan yang terjadi pada fenomena yang diteliti. Indikator dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan, mengukur suatu hal, atau menilai perubahan-perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu. Oleh karena itu, hal ini menjadi salah satu aspek penting dalam penelitian dan juga dalam penilaian serta evaluasi (V Novela et al. 2021).

Adapun beberapa fungsi indikator adalah sebagai berikut:

1. Sebagai alat penunjuk adanya perubahan di dalam suatu kegiatan atau kejadian tertentu.
2. Sebagai pedoman bagi pengguna dalam menyusun alat ukur.
3. Sebagai pedoman dalam merencanakan dan melaksanakan segala sesuatu yang berhubungan dengan suatu kegiatan.

4. Sebagai pedoman dalam upaya mengembangkan suatu kegiatan sesuai dengan karakteristik, potensi, kebutuhan, dan lingkungan.
5. Sebagai pedoman dalam memberikan penilaian terhadap hasil suatu kegiatan.

B. Pengertian Kinerja Pada Pelayanan Kesehatan

Kinerja atau prestasi kerja adalah hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya. Faktor yang mempengaruhi pencapaian kinerja, yaitu faktor kemampuan (*ability*) dan faktor motivasi (*motivation*). Faktor kemampuan secara psikologis, kemampuan (*ability*) pegawai terdiri dari kemampuan potensi dan kemampuan *reality*. Artinya pegawai yang memiliki potensi di atas rata-rata dengan pendidikan yang memadai untuk jabatannya dan terampil dalam mengerjakan pekerjaan sehari-hari, maka ia akan lebih mudah mencapai kinerja yang diharapkan. Faktor Motivasi terbentuk dari sikap (*attitude*) seorang pegawai dalam menghadapi situasi kerja. Motivasi merupakan kondisi yang menggerakkan diri pegawai yang terarah untuk mencapai tujuan organisasi.

Kinerja menjadi tolak ukur keberhasilan pelayanan kesehatan yang menunjukkan akuntabilitas lembaga pelayanan dalam kerangka tata pemerintahan yang baik (*good governance*). Dalam pelayanan kesehatan, berbagai jenjang pelayanan dan asuhan pasien (*patient care*) merupakan bisnis utama, serta pelayanan keperawatan merupakan *mainstream* sepanjang kontinum asuhan. Upaya untuk memperbaiki mutu dan kinerja pelayanan klinis pada umumnya dimulai oleh perawat melalui berbagai bentuk kegiatan, seperti: gugus kendali mutu, penerapan standar keperawatan, pendekatan-pendekatan pemecahan masalah, maupun audit keperawatan.

Terkait dengan istilah dan pengertian kinerja, beberapa referensi menyebutkan berbagai pengertian yang dimaksud. Menurut Sedarmayanti (2004), kinerja adalah pencapaian/prestasi seseorang berkenaan dengan seluruh tugas yang dibebankan kepadanya. Standar kerja mencerminkan keluaran normal dari seorang karyawan yang berprestasi rata-rata, dan bekerja pada kecepatan/kondisi normal. Sementara Noe berpendapat bahwa kinerja karyawan merupakan tujuan akhir dan merupakan cara bagi manajer untuk memastikan bahwa aktivitas karyawan dan output yang dihasilkan kongruen dengan tujuan organisasi. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pencapaian kinerja antara lain faktor kemampuan (*ability*) dan faktor motivasi (*motivation*). Secara psikologis faktor kemampuan terdiri dari kemampuan potensial (IQ) dan kemampuan reality (knowledge + skill). Artinya seseorang yang memiliki IQ di atas rata-rata (110-120) apalagi superior dengan pendidikan yang memadai untuk jabatannya dalam mengerjakan pekerjaan sehari-hari, akan lebih mudah mencapai kinerja maksimal. Faktor motivasi, motivasi merupakan suatu sikap seseorang terhadap situasi kerja di lingkungan organisasinya. Mereka yang bersikap positif terhadap situasi kerjanya akan menunjukkan motivasi kerja tinggi dan sebaliknya jika mereka bersikap negatif terhadap situasi kerjanya akan menunjuk motivasi kerja yang rendah. Situasi kerja yang dimaksud seperti hubungan kerja, fasilitas kerja, iklim kerja, kebijakan dan pimpinan. Misalnya, terkait dengan kinerja perawat, khususnya dalam menghadapi berbagai tantangan profesinya, kesiapan dan kemampuan perawat dituntut untuk selalu ditingkatkan. Kualitas sumberdaya perawat sangat menentukan tingkat keberhasilan pelayanan suatu organisasi pelayanan kesehatan.

Menurut Berwick (2001), mata rantai terdepan yang perlu diperhatikan dalam perbaikan mutu dan kinerja pelayanan kesehatan adalah pengalaman pasien dan masyarakat terhadap pelayanan yang mereka terima. Sementara menurut WHO (2002), pengembangan

Manajemen Kinerja merupakan pendekatan perbaikan proses pada sistem mikro yang mendukung dan meningkatkan kompetensi klinis perawat dan bidan untuk bekerja secara profesional dengan memperhatikan etika, tata nilai, dan aspek legal dalam pelayanan kesehatan. Hal tersebut bertujuan untuk meningkatkan kinerja klinis perawat dan bidan melalui kejelasan definisi peran dan fungsi perawat atau bidan, pengembangan profesi, dan pembelajaran bersama.

C. Dimensi Tolak Ukur Kinerja

Terdapat empat dimensi tolak ukur kinerja yaitu:

1. Kualitas, yaitu; tingkat kesalahan, kerusakan dan kecermatan.
2. Kuantitas, yaitu; jumlah pekerjaan yang dihasilkan.
3. Penggunaan waktu dalam bekerja, yaitu; tingkat ketidakhadiran, keterlambatan, dan waktu kerja efektif/ jam kerja hilang.
4. Kerjasama dengan orang lain dalam bekerja.

Sementara Parasuraman et al. (1994), berpendapat bahwa beberapa tolak ukur kinerja dalam dimensi kualitas pelayanan, antara lain:

1. Keandalan (*reliability*), terdiri dari kemampuan karyawan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan tepat dan segera.
2. Daya tanggap (*responsiveness*), keinginan karyawan untuk membantu pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap.
3. Jaminan (*assurance*), mencakup kemampuan, kesopanan, dan kejujuran yang dimiliki karyawan, bebas dari bahaya dan resiko.
4. Empati (*emphaty*), meliputi kemudahan karyawan dalam melakukan hubungan, komunikasi, dan memahami kebutuhan pelanggan.
5. Keberwujudan (*tangibles*), meliputi fasilitas fisik, peralatan, dan penampilan karyawan.

Soal Latihan:

1. Jelaskan pengertian indicator?
2. Jelaskan pengertian kinerja pada pelayanan kesehatan?
3. Sebutkan dimensi tolak ukur kinerja?

Bagian V

Program-Program Dasar Puskesmas, *Primary Health Care*

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah:

- A. Menjelaskan pengertian fungsi dan program Puskesmas
- B. Menjelaskan konsep *Primary Health Care* (PHC)

A. Pengertian, Fungsi, dan Program Pokok Puskesmas

1. Pengertian Puskesmas

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan (Permenkes 75/2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat) (Arifin 2016):

- a. Masyarakat memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat.
- b. Masyarakat mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu hidup dalam lingkungan sehat.
- c. Masyarakat memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Prinsip penyelenggaraan Puskesmas meliputi (Permenkes 75/2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat) (RI 2009):

- a. Paradigma sehat
- b. Pertanggungjawaban wilayah
- c. Kemandirian masyarakat
- d. Pemerataan
- e. Teknologi tepat guna
- f. Keterpaduan dan kesinambungan

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Dalam melaksanakan tugasnya, Puskesmas menyelenggarakan fungsi (Permenkes 75/2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat) (Permenkes 2019).

- a. Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya
- b. Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya

Dalam menyelenggarakan fungsinya, Puskesmas berwenang untuk (Permenkes 75/2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat):

- a. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan.
- b. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan.
- c. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan.
- d. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait.
- e. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat.

- f. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia di Puskesmas
- g. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan.
- h. Melaksanakan pencatatan, pelaporan dan evaluasi terhadap akses, mutu dan cakupan Pelayanan Kesehatan.
- i. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.

Dalam menyelenggarakan fungsinya, Puskesmas berwenang untuk (Permenkes 75/2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat):

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

- j. Melaksanakan penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan sistem rujukan.

2. Fungsi Puskesmas

Menurut Permenkes No.75 tahun 2014, fungsi Puskesmas adalah:

- a. Melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan.
- b. Melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan.
- c. Melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan.
- d. Menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait.
- e. Melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat.
- f. Melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas.
- g. Memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan.
- h. Melaksanakan pencatatan, pelaporan dan evaluasi terhadap akses, mutu dan cakupan Pelayanan Kesehatan.
- i. Memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respon penanggulangan penyakit.

3. Program Pokok Puskesmas (Rais dan Sudahi,2015)

Untuk tercapainya visi pembangunan kesehatan melalui Puskesmas yakni terwujudnya kecamatan sehat menuju Indonesia Sehat. Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat.

- a. Upaya Kesehatan Ibu dan Anak
 - 1) Pemeliharaan kesehatan ibu hamil, melahirkan dan menyusui, bayi, balita dan anak prasekolah.
 - 2) Memberikan nasehat tentang manfaat makanan guna mencegah gizi buruk karena kekurangan kalori dan protein, serta bila ada pemberian makanan tambahan dan mineral.
 - 3) Pemberian nasehat tentang perkembangan anak dan cara stimulasinya.
 - 4) Imunisasi tetanus toksoid pada ibu hamil, BCG, DPT 3 kali, polio 3 kali dan campak 1 kali pada bayi.
 - 5) Penyuluhan kesehatan meliputi berbagai aspek dalam mencapai tujuan program KIA.
 - 6) Pelayanan KB pada pasangan usia subur dengan perhatian khusus pada mereka yang dalam keadaan bahaya karena melahirkan anak berkali-kali dan ibu berisiko tinggi.
 - 7) Pengobatan bagi ibu, bayi, balita dan anak prasekolah untuk macam-macam penyakit ringan.
 - 8) Kunjungan untuk mencari ibu dan anak yang memerlukan pemeliharaan, memberikan penerangan dan pendidikan tentang kesehatan dan mengadakan pemantauan pada mereka yang lalai mengunjungi Puskesmas dan meminta mereka datang ke Puskesmas lagi.
 - 9) Pengawasan dan bimbingan kepada taman kanak-kanak dan para dukun bayi.
- b. Upaya Keluarga Berencana
 - 1) Mengadakan kursus KB untuk para ibu dan calon ibu.
 - 2) Mengadakan kursus kepada dukun yang kemudian akan bekerja sebagai penggerak calon peserta KB.
 - 3) Mengadakan pembicaraan-pembicaraan tentang

KB kapan saja ada kesempatan baik di Puskesmas maupun ketika mengadakan kunjungan rumah.

- 4) Memasang IUD, cara-cara penggunaan pil, kondom dan cara-cara lain dengan memberikan sarannya.
 - 5) Mengamati mereka yang menggunakan sarana pencegahan kehamilan.
- c. Upaya Peningkatan Gizi
- 1) Mengenali penderita kekurangan gizi dan mengobati mereka.
 - 2) Mempelajari keadaan gizi masyarakat dan mengembangkan program perbaikan gizi.
 - 3) Memberikan pendidikan gizi pada masyarakat secara perseorangan kepada mereka yang membutuhkan terutama dalam rangka program KIA.
 - 4) Melaksanakan program:
 - a) Program perbaikan gizi keluarga
 - b) Memberikan makanan tambahan yang mengandung protein dan kalori yang cukup pada anak-anak di bawah umur 5 tahun dan ibu yang menyusui.
 - c) Memberikan vitamin A pada anak-anak di bawah umur 5 tahun.
- d. Upaya Kesehatan Lingkungan
- 1) Penyehatan air bersih.
 - 2) Penyehatan pembuangan kotoran
 - 3) Penyehatan lingkungan rumah.
 - 4) Penyehatan makanan dan minuman.
 - 5) Pelaksanaan peraturan dan perundang-undangan.
- e. Upaya Pencegahan Penyakit Menular
- 1) Mengumpulkan dan menganalisa penyakit.
 - 2) Melaporkan kasus penyakit menular.
 - 3) Menyelidiki dilapangan untuk melihat benar atau

tidaknya laporan yang masuk untuk menemukan kasus-kasus baru dan untuk mengetahui sumber penularan.

- 4) Tindakan permulaan untuk menahan penularan penyakit.
 - 5) Menyembuhkan penderita sehingga ia tidak lagi menjadi sumber infeksi.
 - 6) Pemberian imunisasi.
 - 7) Pemberantasan vektor.
 - 8) Pendidikan kesehatan pada masyarakat.
- f. Upaya Pelayanan Kesehatan
- 1) Penyuluhan kesehatan masyarakat merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari tiap-tiap program Puskesmas. Kegiatan penyuluhan kesehatan dilakukan pada setiap kesempatan oleh petugas, apakah di klinik, rumah dan kelompok masyarakat.
 - 2) Di tingkat Puskesmas tidak ada petugas penyuluhan tersendiri tetapi di tingkat kabupaten diadakan tenaga-tenaga koordinator penyuluhan kesehatan. Koordinator membantu para petugas Puskesmas dalam mengembangkan teknik dan materi penyuluhan di Puskesmas.
- g. Upaya Kesehatan Sekolah
- 1) Membina sarana keteladanan di Sekolah, berupa sarana keteladanan gizi berupa kantin dan sarana keteladanan kebersihan lingkungan.
 - 2) Membina kebersihan perseorangan peserta didik.
 - 3) Mengembangkan kemampuan peserta didik untuk berperan aktif dalam pelayanan kesehatan melalui kegiatan dokter kecil.
 - 4) Penjaringan kesehatan peserta didik kelas 1.
 - 5) Pemeriksaan kesehatan periodic sekali setahun untuk

kelas II-IV dan guru berupa pemeriksaan kesehatan sederhana.

- 6) Imunisasi peserta didik I dan VI
 - 7) Pengawasan terhadap keadaan air.
 - 8) Pengobatan ringan pertolongan pertama.
 - 9) Rujukan medis.
 - 10) Penanganan kasus anemia pertama.
 - 11) Pembinaan teknik dan pengawasan di Sekolah.
 - 12) Pencatatan pelaporan.
- h. Upaya Kesehatan Masyarakat
- 1) Asuhan keperawatan kepada individu di Puskesmas maupun di rumah dengan berbagai tingkat umur, kondisi kesehatan tumbuh kembang dan jenis kelamin.
 - 2) Asuhan keperawatan yang diarahkan kepada keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat (keluarga binaan).
 - 3) Pelayanan perawatan kepada kelompok khusus diantaranya: ibu hamil, anak balita, usia lanjut dan sebagainya.
 - 4) Pelayanan keperawatan kepada tingkat masyarakat.
- i. Upaya Kesehatan Kerja
- 1) Identifikasi masalah, meliputi:
 - a) Pemeriksaan kesehatan awal dan bekal untuk para pekerja.
 - b) Pemeriksaan kasus terhadap pekerja yang datang berobat ke Puskesmas.
 - c) Peninjauan tempat kerja menentukan bahaya akibat kerja.
 - 2) Kegiatan peningkatan tenaga kerja melalui peningkatan gizi pekerja, lingkungan kerja dan peningkatan kegiatan kesejahteraan.

- 3) Kegiatan pencegahan kecelakaan akibat kerja:
 - a) Penyuluhan kesehatan.
 - b) Kegiatan ergonomis, yaitu kegiatan untuk mencapai kesesuaian antara alat kerja agar tidak terjadi stress fisik.
 - c) Kegiatan monitoring bahaya akibat kerja.
 - d) Pemakaian alat pelindung.
 - 4) Kegiatan pengobatan kasus penyakit akibat kerja.
 - 5) Kegiatan pemulihan bagi pekerja yang sakit.
 - 6) Kegiatan rujukan medis dan kesehatan terhadap pekerja yang sakit.
- j. Upaya Kesehatan Gigi dan Mulut
- 1) Pembinaan atau pembangunan kemampuan peran serta masyarakat dalam upaya pemeliharaan diri dalam wadah program UKGM.
 - 2) Pelayanan asuhan pada kelompok rawan meliputi: anak sekolah, kelompok ibu hamil, menyusui dan anak prasekolah.
 - 3) Pelayanan medis gigi dasar, yaitu:
 - a) Pengobatan gigi pada penderita yang berobat maupun rujuk.
 - b) Merujuk kasus-kasus yang dapat ditanggulangi ke sasaran yang lebih mampu.
 - c) Memberikan penyuluhan secara individu atau kelompok.
 - d) Memelihara kesehatan (*hygiene clinic*)
 - e) Memelihara atau merawat peralatan atau obat-obatan.
 - 4) Pencatatan dan pelaporan.
- k. Upaya Kesehatan Jiwa
- 1) Kegiatan kesehatan jiwa yang terpadu dengan kegiatan pokok Puskesmas.

- 2) Penanganan pasien dengan gangguan jiwa.
 - 3) Kegiatan dalam bentuk penyuluhan serta pembinaan peran serta masyarakat.
 - 4) Pengembangan upaya kesehatan jiwa Puskesmas melalui tekanan bola mata, tes saluran air mata, tes lapang pandang, pundus copy dan pemeriksaan laboratorium.
 - 5) Pencatatan pelaporan.
1. Upaya Kesehatan Mata
 - 1) Kegiatan kesehatan mata, pencegahan kesehatan dasar yang terpadu dengan kegiatan lainnya.
 - 2) Upaya kesehatan mata:
 - a) Anamnesa
 - b) Pemeriksaan virus dan mata keluar, tes buta warna, tes tekanan bola mata, tes saluran air mata, tes lapang pandang, pundus copy dan pemeriksaan laboratorium.
 - c) Pengobatan dan pemberian kacamata.
 - d) Operasi katarak.
 - e) Perawatan post operasi katarak dan glukoma akut.
 - f) Merujuk kasus yang tidak dapat diatasi.
 - g) Pemberian protesa mata.
 - 3) Peningkatan peran serta masyarakat dalam bentuk penyuluhan kesehatan, serta menciptakan kemandirian masyarakat dalam pemeliharaan kesehatan mata mereka.
 - 4) Pengembangan masyarakat dalam kesehatan mata masyarakat.
 - 5) Pencatatan dan pelaporan.

m. Upaya laboratorium Kesehatan

- 1) Di ruang laboratorium:
 - a) Penerimaan pasien
 - b) Pengambilan spesimen
 - c) Penanganan spesimen
 - d) Pelaksanaan pemeriksaan
 - e) Penanganan sisa spesimen
 - f) Pencatatan hasil pemeriksaan
 - g) Penyampaian hasil pemeriksaan
- 2) Terhadap spesimen yang akan dirujuk:
 - a) Pengambilan spesimen
 - b) Penanganan spesimen
 - c) Pengemasan spesimen
 - d) Pengiriman spesimen
 - e) Pengambilan hasil pemeriksaan
 - f) Pencatatan hasil pemeriksaan
 - g) Penyampaian hasil pemeriksaan
- 3) Di ruang klinik dilakukan oleh perawat atau bidan meliputi:
 - a) Persiapan pasien
 - b) Pengambilan spesimen
 - c) Menyerahkan spesimen untuk diperiksa
- 4) Di luar gedung meliputi:
 - a) Melakukan tes skrining Hb
 - b) Pengambilan spesimen untuk kemudian dikirim ke laboratorium Puskesmas
 - c) Memberikan penyuluhan
 - d) Pencatatan dan pelaporan
 - e) Upaya pencatatan dan pelaporan dalam rangka sistem informasi kesehatan:
 - (1) Dilakukan oleh semua Puskesmas (Pembina, pembantu dan keliling)

- (2) Pencatatan dan pelaporan mencakup:
 - (a) Data umum dan demografi wilayah kerja Puskesmas.
 - (b) Data ketenagaan di Puskesmas.
 - (c) Data sarana yang dimiliki Puskesmas
 - (d) Data kegiatan pokok Puskesmas yang dilakukan baik didalam maupun di luar gedung Puskesmas
- (3) Laporan dilakukan secara periodik (bulan, triwulan dan tahunan).

n. Upaya Kesehatan Olahraga

Upaya kesehatan yang memanfaatkan aktivitas fisik atau olahraga untuk meningkatkan derajat kesehatan. Aktivitas fisik atau olahraga merupakan sebagian kebutuhan pokok dalam kehidupan sehari-hari karena dapat meningkatkan kebugaran yang diperlukan dalam melakukan tugasnya.

Berbagai implementasi program upaya kesehatan ini dapat bergantung sesuai kebutuhan suatu Puskesmas sesuai wilayah kerjanya, contohnya:

- 1) Olahraga preventif
- 2) Olahraga pada anak
- 3) Olahraga pada wanita
- 4) Olahraga pada lanjut usia

B. *Primary Health Care*

1. **Konsep Pelayanan Kesehatan Primer / *Primary Health Care* (PHC)**

Pelayanan kesehatan primer / *primary Health Care* (PHC) merupakan pelayanan kesehatan esensial yang bisa dijangkau secara universal oleh individu dan keluarga dalam masyarakat. Focus jangkauan dari pelayanan kesehatan primer sangat luas,

dan merangkum berbagai aspek masyarakat secara kebutuhan kesehatan. PHC merupakan pola penyajian pelayanan kesehatan dimana konsumen pelayanan kesehatan menjadi *mitra* dengan profesi (tenaga kesehatan), serta turut mencapai tujuan umum kesehatan yang lebih baik.

a. Latar Belakang *Primary Health Care* (PHC)

World Health Essembly pada tahun 1997 telah menghasilkan kesepakatan global untuk mencapai “Kesehatan Bagi Semua Atau *Health For All*”, yaitu tercapainya suatu derajat kesehatan yang optimal, yang memungkinkan setiap orang hidup produktif, baik secara sosial maupun ekonomi.

Selanjutnya, pada tahun 1978, konferensi Alma Ata menetapkan *Primary Health Care* sebagai pendekatan atau strategi global untuk mencapai kesehatan bagi semua (KBS) atau *Health for All by The Year 2000* (HFA 2000). Dalam konferensi tersebut, Indonesia juga ikut menandatangani dan telah mengambil kesepakatan global pula dengan menyatakan bahwa untuk mencapai Kesehatan Bagi Semua tahun 2000 kuncinya adalah *Primary Health Care* (PHC).

b. Pengertian Pelayanan Kesehatan Primer/ *Primary Health Care* (PHC)

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

PHC adalah pelayanan kesehatan pokok yang berdasarkan pada metode dan teknologi praktis, ilmiah, dan

sosial yang dapat diterima secara umum, baik oleh individu maupun keluarga di dalam masyarakat, melalui partisipasi sepenuhnya, serta dengan biaya yang dapat dijangkau oleh masyarakat dan negara untuk memelihara setiap tingkat perkembangan masyarakat dalam semangat untuk dapat hidup mandiri (*self reliance*) dan menentukan nasib sendiri (*self determination*).

Selain itu, PHC juga:

- 1) Menggambarkan keadaan sosial ekonomi, budaya dan politik masyarakat dan berdasarkan penerapan hasil penelitian kesehatan-sosial-biomedis dan pelayanan kesehatan masyarakat.
- 2) Ditujukan untuk mengatasi masalah utama kesehatan masyarakat dengan upaya preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif.
- 3) Minimal mencakup penyuluhan tentang masalah kesehatan utama dan cara pencegahan dan pengendaliannya, penyediaan makanan dan peningkatan gizi, penyediaan sanitasi dasar dan air bersih, pembinaan kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana, imunisasi terhadap penyakit menular utama dan pencegahan penyakit endemic, pengobatan penyakit umum dan cedera, serta penyediaan obat esensial.
- 4) Melibatkan dan meningkatkan kerjasama lintas sektor dan aspek-aspek pembangunan nasional dan masyarakat, di samping sektor kesehatan terutama pertanian, peternakan, industri makanan, pendidikan, penerangan, agama, perumahan, pekerjaan umum, perhubungan, dan sebagainya.
- 5) Membutuhkan sekaligus meningkatkan kepercayaan diri masyarakat serta perencanaan, pengorganisasian,

pelaksanaan dan pengendalian PHC serta penggunaan sumber daya yang ada.

- 6) Ditunjang oleh sistem rujukan upaya kesehatan secara terpadu fungsional dan timbal-balik guna memberikan pelayanan secara menyeluruh, dengan memprioritaskan golongan masyarakat yang paling membutuhkan.
- 7) Didukung oleh tenaga kesehatan profesional dan masyarakat termasuk tenaga kesehatan tradisional yang terlatih di bidang teknis dan social untuk bekerja sebagai tim kesehatan yang mampu bekerja bersama masyarakat dan membangun peran serta masyarakat.

Hal-hal yang mendorong pengembangan konsep *Primary Health Care* antara lain adalah:

- 1) Kegagalan penerangan teknologi pelayanan medis tanpa disertai orientasi aspek sosial-ekonomi-politik.
- 2) Penyebaran konsep pembangunan yang mengaitkan kesehatan dengan sektor pembangunan lainnya serta menekankan pentingnya keterpaduan, kerjasama lintas sektor, dan pemerataan, perluasan daya jangkau upaya kesehatan.
- 3) Keberhasilan pembangunan kesehatan dengan pendekatan peran serta masyarakat di beberapa Negara.

Dengan demikian, dengan PHC sesungguhnya terjadi perubahan sosial dalam pembangunan kesehatan, diperlukan perubahan mental, perubahan struktur sistem kesehatan dan reorientasi pendayagunaan sumber daya dan cara kerja petugas kesehatan. Pemerataan kesehatan menjadi esensi pendekatan ini sehingga semakin didasari kaitan luas antara kesehatan dengan sektor lain, termasuk kesempatan kerja, lingkungan, dan kedamaian hidup manusia

2. Unsur, Prinsip, Program, Tujuan, dan Fungsi Pelayanan Kesehatan Primer/*Primary Health Care*

a. Unsur PHC

Tiga unsur yang terkandung dalam PHC adalah:

- 1) Mencakup upaya-upaya dasar kesehatan
- 2) Melibatkan peran serta masyarakat (PSM)
- 3) Melibatkan kerja sama lintas sektoral

b. Prinsip dasar PHC

Lima prinsip dasar PHC adalah:

- 1) Pemerataan upaya kesehatan
- 2) Penekanan pada upaya preventif
- 3) Menggunakan teknologi tepat waktu
- 4) Melibatkan peran serta masyarakat
- 5) Melibatkan kerja sama lintas sektoral

c. Program PHC

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

d. Tujuan PHC

1) Tujuan umum

Mencoba menemukan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan yang diselenggarakan sehingga akan dicapai tingkat kepuasan pada masyarakat yang menerima pelayanan

- 2) Tujuan khusus
 - a) Pelayanan harus mencapai keseluruhan penduduk yang dilayani
 - b) Pelayanan harus dapat diterima oleh penduduk yang dilayani
 - c) Pelayanan harus berdasar kebutuhan medis dari populasi yang dilayani
 - d) Pelayanan harus secara maksimum menggunakan tenaga dan sumber-sumber daya lain dalam memenuhi kebutuhan masyarakat
- e. Fungsi PHC
PHC hendaknya memenuhi fungsi-fungsi sebagai berikut:
 - 1) Pemeliharaan kesehatan
 - 2) Pencegahan penyakit
 - 3) Diagnosis dan pengobatan
 - 4) Pelayanan tindak lanjut
 - 5) Pemberian sertifikat
- f. Ciri-ciri PHC
 - 1) Pelayanan yang utama dan intim dengan masyarakat
 - 2) Pelayanan yang menyeluruh
 - 3) Pelayanan yang terorganisasi
 - 4) Pelayanan yang mementingkan kesehatan individu maupun masyarakat
 - 5) Pelayanan yang berkesinambungan
 - 6) Pelayanan yang progresif
 - 7) Pelayanan yang berorientasi kepada keluarga
 - 8) Pelayanan yang tidak berpandangan kepada salah satu aspek saja
- g. Tanggung jawab Perawatan dalam PHC
 - 1) Mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam pengembangan dan implementasi pelayanan kesehatan dan program pendidikan kesehatan

- 2) Kerjasama dengan masyarakat, keluarga, dan individu
- 3) Mengajarkan konsep kesehatan dasar dan teknik asuhan sendiri pada masyarakat
- 4) Memberikan bimbingan dan dukungan kepada petugas pelayanan kesehatan dan kepada masyarakat
- 5) Koordinasi kegiatan pengembangan kesehatan masyarakat

3. Perkembangan *Primary Health Care* (PHC) di Indonesia

Setelah melewati satu periode pembangunan jangka panjang pertama selama 25 tahun, pelayanan kesehatan di Indonesia sudah semakin berkembang. Pada tahun 1982, disusunlah Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang dijadikan dasar penyusunan Rencana Pembangunan Jangka Panjang di bidang kesehatan sampai dengan tahun 2000. RPJPK ini telah dijabarkan kedalam program lima tahunan disesuaikan dengan perkembangan dan transisi masalah kesehatan serta kependudukan.

Kajian perkembangan pelayanan kesehatan Indonesia digulirkan sejak Pelita 1 tahun 1971. Orientasi sistem pelayanan kesehatan Indonesia mulai diarahkan untuk mendukung kebijakan pengembangan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care oriented community based oriented health care services*). Sistem ini mengutamakan pelayanan kesehatan kesehatan yang bersifat promosi kesehatan dan pencegahan. Perubahan orientasi sejak pelita 1 tersebut ditandai dengan didirikannya Puskesmas dan Puskesmas Pembantu. Hingga akhir tahun 2000, lebih dari 7000 Puskesmas didirikan dan tersebar luas sampai ke tingkat desa.

Misi utama pelayanan kesehatan primer ini adalah memberikan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat yang tinggal di suatu wilayah melalui kegiatan monitoring pertumbuhan bayi (penimbangan, pelayanan kesehatan, untuk anak), distribusi oralit, promosi penggunaan ASI, imunisasi,

penyediaan air bersih, pemberian makanan tambahan (vitamin A, tablet besi, dan kapsul Yodium), dan pelayanan KB dengan biaya yang relatif murah.

Setelah selama 35 tahun Indonesia mengembangkan *Primary Health Care Services*, Indonesia sudah mencatat sukses besar dengan adanya penurunan tingkat kematian bayi (*Infant Mortality Rate*), tingkat fertilitas (*Crude Birth Rate*), dan angka kesakitan karena beberapa penyakit menular, terutama yang bisa dicegah dengan imunisasi serta memperpanjang angka harapan hidup (*Expectation of life*).

Soal Latihan:

1. Jelaskan pengertian fungsi dan program Puskesmas?
2. Jelaskan konsep *Primary Health Care* (PHC)?

Bagian VI

Pelayanan Prima dalam Pelayanan Kesehatan

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah:

- A. Menjelaskan konsep pembiayaan kesehatan
- B. Menjelaskan aspek khusus pembiayaan kesehatan
- C. Menjelaskan konsep penganggaran dan jenis-jenis anggaran
- D. Menjelaskan penganggaran *sector public* dan swasta
- E. Menjelaskan penganggaran berbasis kinerja
- F. Menjelaskan pengertian *monitoring* dan *control budget*
- G. Menyebutkan model system pembiayaan

A. Konsep Pembiayaan Kesehatan

Subsistem pembiayaan kesehatan merupakan salah satu bidang ilmu dari ekonomi kesehatan (*Health Economy*). Yang dimaksud dengan biaya kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Dari batasan segera terlihat bahwa biaya kesehatan dapat ditinjau dari dua sudut yakni:

1. Penyediaan pelayanan kesehatan

Yang dimaksud dengan biaya kesehatan dari sudut penyedia pelayanan (*Health Provider*) adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan. Dengan pengertian yang seperti ini tampak bahwa kesehatan dari sudut penyedia pelayanan adalah persoalan utama pemerintah

dan ataupun pihak swasta, yakni pihak-pihak yang akan menyelenggarakan upaya kesehatan.

2. Pemakai jasa pelayanan

Yang dimaksud dengan biaya kesehatan dari sudut pemakai jasa pelayanan (*health consumer*) adalah besarnya dana yang harus ada disediakan untuk dapat memanfaatkan jasa pelayanan. Berbeda dengan pengertian pertama, maka biaya kesehatan disini menjadi persoalan utama para pemakai jasa pelayanan. Dalam batas-batas tertentu, pemerintah juga turut mempersoalkannya, yakni dalam rangka terjaminnya pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang membutuhkannya.

a. Sumber biaya kesehatan

Sumber pembiayaan untuk penyediaan fasilitas-fasilitas kesehatan melibatkan dua pihak utama yaitu pemerintah (*public*) dan swasta (*private*). Disebagian besar wilayah Indonesia, sektor swasta mendominasi penyediaan fasilitas kesehatan, lebih dari setengah rumah sakit yang tersedia merupakan rumah sakit swasta, dan sekitar 30-50% segala bentuk pelayanan kesehatan diberikan oleh pihak swasta (satu dekade yang lalu hanya sekitar 10%). Hal ini tentunya akan menjadi kendala terutama bagi masyarakat golongan menengah ke bawah. Tingginya biaya kesehatan yang harus dikeluarkan jika menggunakan fasilitas-fasilitas kesehatan swasta tidak sebanding dengan kemampuan ekonomi sebagian besar masyarakat Indonesia yang tergolong menengah kebawah. Sumber biaya kesehatan tidaklah sama antara satu negara dengan negara lain. Secara umum sumber biaya kesehatan dapat dibedakan sebagai berikut:

- 1) Bersumber dari anggaran pemerintah
- 2) Bersumber dari anggaran masyarakat
- 3) Bantuan biaya dari dalam dan luar negeri

- 4) Gabungan anggaran pemerintah dan masyarakat
- b. Macam-macam biaya kesehatan
Biaya kesehatan secara umum dapat dibedakan atas dua macam yaitu:
 - 1) Biaya pelayanan kedokteran
 - 2) Biaya pelayanan kesehatan masyarakat
- c. Syarat pokok dan fungsi pembiayaan kesehatan
Suatu biaya kesehatan yang baik haruslah memenuhi beberapa syarat pokok yakni:
 - 1) Jumlah
 - 2) Penyebaran
 - 3) Pemanfaatan

B. Aspek Khusus Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan adalah besarnya dana yang harus dikeluarkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat (Azrul A,1996). Ada beberapa aspek yang memengaruhi pembiayaan kesehatan, aspek-aspek tersebut adalah aspek perilaku manusia dan aspek ekonomi. Selain itu, menurut Dwicaksono, dkk (2010) ada beberapa variabel yang menentukan situasi pembiayaan kesehatan di masa mendatang, yaitu variabel demografi, variabel ekonomi, variabel status kesehatan dan variabel kebijakan. Berikut adalah penjelasan dari aspek-aspek yang mempengaruhi pembiayaan kesehatan menurut Sulastomo (2003).

1. Aspek Perilaku Manusia Dalam Pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Perilaku manusia sangat mempengaruhi proses manajemen, terdapat 3 kelompok manusia yang sedikit terlibat dalam manajemen pelayanan kesehatan yaitu kelompok manusia penyelenggara pelayanan kesehatan (*Health Provider*, misalnya

dokter-dokter, perawat-perawat), kelompok penerima jasa pelayanan kesehatan (para konsumen), dan kelompok yang secara tidak langsung ikut terlibat yaitu keluarga-keluarga penderita, masyarakat umum dan para administrator (baik di kalangan perusahaan maupun pemerintah, dan lain-lain) (Sulastomo,2003).

Perencanaan yang baik tidak jarang mengalami kegagalan ketika telah sampai pada tahap pelaksanaan dikarenakan faktor manusia yang tidak secara cermat diperhatikan ketika dalam proses perencanaan. Dalam proses manajemen tidak hanya terkait beberapa kelompok manusia, tetapi juga sifat khusus dari pelayanan kesehatan. Yang dimaksud sifat khusus dari pelayanan kesehatan adalah bahwa baik dari pihak penyelenggara kesehatan maupun konsumen jarang yang mempertimbangkan aspek-aspek biaya sepanjang hal tersebut menyangkut penyembuhan suatu penyakit.

Para penyelenggara kesehatan akan selalu di desa untuk menggunakan kemampuan, teknologi, maupun obat-obatan yang mutakhir agar mereka merasa aman terhadap tanggung jawab moral yang dibebankan kepada mereka dalam menyembuhkan pasien. Sedangkan bagi konsumen penyebabnya dikarenakan pertaruhan yang diletakkan adalah nyawa dari pasien, keadaan tersebut membuat kecenderungan diabaikannya perhitungan-perhitungan ekonomi, *cost efficiency* dan lain-lain. Hal tersebut yang membuat pelayanan kesehatan dianggap semata-mata bersifat konsumtif, tanpa mepedulikan aspek untung rugi. Kepentingan ini berlawanan dengan kepentingan para administrator yang sangat memperhatikan aspek untung-rugi dari biaya pelayanan kesehatan. Serangkaian kejadian tersebut membuat administrator mengeluh akan sikap para konsumen, dan para penyelenggara pelayanan kesehatan (*Health Provider*) mengeluh akan sikap administrator (Sulastomo, 2003).

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

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

- b. Sebagai akibat dari pandangan/kesan bahwa masalah kesehatan itu bersifat konsumtif dan berfungsi social, banyak instansi kesehatan yang menjamin pelayanan kesehatan secara cuma-cuma. Sikap ini sudah tentu menjauhkan pendekatan untuk menumbuhkan keseimbangan antara hak dan kewajiban serta pendekatan ganjaran dan hukuman (Sulastomo, 2003). Karena tidak adanya sanksi, maka penyelenggaraan pelayanan kesehatan seperti inilah yang akan menelan biaya yang sangat besar. Pasien akan menggunakan haknya tanpa dituntut seperti kewajiban untuk menghemat, sedangkan para dokter memperoleh kesempatan untuk mempraktikkan ilmunya sesuai dengan perkembangan teknologi dan obat-obatan yang baru secara berlebihan (Sulastomo, 2003). Bagi pasien sudah tentu mereka akan memilih berobat pada dokter yang mereka anggap paling berkompeten, dengan demikian akan langsung menjurus pada dokter spesialis dan dokter-dokter senior. Keadaan tersebut akan menjurus pada ketidak berlakunya sistem rujukan, yaitu suatu sistem yang ideal dalam jenjang pelayanan kesehatan, namun sukar untuk dilaksanakan (Sulastomo, 2003).

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

bertemu sehingga akan lebih mendorong peningkatan biaya pelayanan kesehatan, disamping itu sifat yang khusus dari pelayanan kesehatan itu sendiri juga akan menambah beban (Sulastomo, 2003).

2. Aspek Ekonomi Dalam pembiayaan Pelayanan Kesehatan

Perawatan kesehatan sangat menyerap biaya pemerintah maupun anggaran keluarga. Selain itu banyak juga peralatan kesehatan yang harus dibeli dengan menggunakan valuta asing sehingga akan menghabiskan banyak devisa, hal tersebut merupakan keterbatasan bagi Negara miskin. Untuk dapat lebih menghemat, dan meningkatkan efisiensi, banyak Negara yang berusaha untuk mencari sumber daya tambahan. Dalam hal ini ekonomi kesehatan akan sangat bermanfaat, karena dapat membantu pengalokasian dana secara lebih baik, meningkatkan efisiensi, memilih teknologi yang lebih murah tapi tetap efektif dan mengevaluasi sumber dana lainnya (Baitanu, 2014). Ekonomi kesehatan tidak dapat memecahkan semua masalah. Oleh karena kesulitan dan keterbatasan dalam ekonomi kesehatan dalam menerapkan konsep lama dan ekonomi kesehatan itu juga sulit untuk dipraktekkan di bidang pelayanan kesehatan.

Pada umumnya ekonom selalu menerapkan metode kuantitatif yang ditawarkan untuk membantu perencanaan kesehatan. Akan tetapi para ekonom tersebut telah dapat menjabarkan "Keinginan untuk lebih merinci tujuan atau beberapa tujuan yang tidak begitu jelas, guna menilai dan memantau kebijaksanaan, keinginan untuk mengidentifikasi fungsi produksi, pengakuan akan pentingnya kaitan antara perilaku manusia, teknologi dan lingkungan hidup dalam proses kejadian, pencegahan, dan pengobatan penyakit (Baitanu, 2014). Dalam hal ini pandangan para ekonomi merupakan salah satu masukan bagi para perencana dalam membuat rencana disamping berbagai masukan lain untuk pengambilan keputusan (Baitanu, 2014).

Aplikasi ilmu ekonomi pada sektor kesehatan perlu mendapat perhatian terhadap sifat dan ciri khususnya sektor kesehatan. Sifat dan ciri khusus tersebut menyebabkan asumsi-asumsi tertentu dalam ilmu ekonomi tidak berlaku atau tidak seluruhnya berlaku apabila diaplikasikan untuk sektor kesehatan. Ciri khusus tersebut dalam Baitanu (2014) antara lain:

- a. Kejadian penyakit tidak terduga
- b. *Consumer Ignorance*
- c. Sehat dan pelayanan kesehatan sebagai hak
- d. Eksternalitas
- e. Non Profit Motif
- f. Padat Karya
- g. *Mixed Outputs*
- h. Upaya kesehatan sebagai konsumsi dan investasi
- i. *Restriksi* berkompetisi

C. Konsep Penganggaran

Anggaran adalah rencana kerja organisasi di masa mendatang yang diwujudkan dalam bentuk kuantitatif, formal, dan sistematis. Sedangkan proses penyusunan anggaran disebut Penganggaran.

1. Jenis-jenis Anggaran

Anggaran yang harus disusun suatu perusahaan terdiri dari berbagai jenis anggaran. Semua aktivitas yang direncanakan suatu perusahaan dalam periode mendatang harus disusun di dalam suatu anggaran lengkap. Walaupun anggaran harus disusun perusahaan terdiri dari berbagai jenis pada dasarnya anggaran perusahaan dapat dikategorikan sebagai berikut:

- a. Anggaran Operasional adalah rencana kerja perusahaan yang mencakup semua kegiatan utama perusahaan dalam memperoleh pendapatan di dalam suatu periode tertentu. Karena itu, anggaran operasional mencakup:

- b. Anggaran Pendapatan merupakan rencana kerja perusahaan untuk memperoleh pendapatan pada kurun waktu tertentu. Anggaran pendapatan dapat disusun berdasarkan jenis produk, wilayah pemasaran, kelompok konsumen atau kelompok wiraniaga.
- c. Anggaran Biaya merupakan rencana biaya yang akan dikeluarkan perusahaan untuk memperoleh pendapatan yang direncanakan. Anggaran biaya biasanya disusun berdasarkan jenis biaya yang dikeluarkan. Kelompok anggaran biaya ini dapat dipilih menjadi:
 - 1) Anggaran biaya bahan baku
 - 2) Anggaran biaya tenaga kerja langsung
 - 3) Anggaran biaya overhead
 - 4) Anggaran biaya pemasaran
 - 5) Anggaran biaya administrasi dan umum
- d. Anggaran Laba merupakan besarnya laba yang ingin diperoleh perusahaan dalam suatu periode tertentu di masa mendatang. Anggaran laba sebenarnya merupakan gabungan dari anggaran pendapatan dan anggaran biaya. Anggaran laba dapat digunakan untuk:
 - 1) Mengalokasikan sumber daya
 - 2) Merencanakan dan mengkoordinasikan kegiatan organisasi
 - 3) Alat pengecek akhir tentang efisiensi biaya yang dianggarkan
 - 4) Membagi tanggung jawab kepada semua manajer atas kinerja keuangan perusahaan atau divisi
- e. Anggaran Keuangan adalah anggaran yang berkaitan dengan rencana pendukung aktivitas operasional perusahaan. Anggaran ini tidak berkaitan secara langsung dengan aktivitas perusahaan untuk menghasilkan dan menjual produk perusahaan. Anggaran keuangan mencakup beberapa jenis anggaran, yaitu:

- 1) Anggaran Investasi adalah perencanaan perusahaan untuk membeli barang-barang modal atau barang-barang yang dapat digunakan untuk menghasilkan produk perusahaan dimasa mendatang dalam jangka waktu panjang.
- 2) Anggaran Kas adalah rencana aktivitas penerimaan dan pengeluaran kas perusahaan didalam suatu periode tertentu, beserta penjelasan tentang sumber-sumber penerimaan dan pengeluaran kas tersebut.
- 3) Proyek Neraca adalah kondisi keuangan yang diinginkan perusahaan di dalam suatu periode tertentu di masa mendatang. Berarti, dalam proyeksi neraca tersebut mencakup jumlah harta yang ingin dimiliki perusahaan beserta kewajiban-kewajiban yang harus diselesaikan di perusahaan mendatang.

D. Penganggaran Sektor Publik dan Swasta

1. Penganggaran Sektor Publik

Anggaran sektor publik adalah alat bagi pemerintah untuk mengarahkan pembangunan sosial dalam menjamin kesinambungan serta meningkatkan kualitas hidup masyarakat.

a. Pentingnya Anggaran Sektor Publik

Tidak semua aspek kehidupan masyarakat tercakup oleh anggaran sector public. Terdapat beberapa aspek kehidupan yang tidak tersentuh oleh anggaran sector public, baik skala nasional maupun lokal. Anggaran sector public dibuat untuk membantu menentukan tingkat kebutuhan masyarakat, seperti listrik, air bersih, kualitas kesehatan, pendidikan dan sebagainya agar terjamin secara layak.

b. Fungsi Anggaran Sektor Publik

- 1) Anggaran Sebagai Alat Perencanaan merupakan alat manajemen untuk mencapai tujuan organisasi.
- 2) Anggaran sebagai alat pengendalian
- 3) Memberikan rencana detail atas pendapatan dan pengeluaran pemerintah agar pembelanjaan yang dilakukan dapat dipertanggungjawabkan kepada public.
- 4) Anggaran Sebagai Alat Kebijakan Fiskal Digunakan untuk menstabilkan ekonomi dan mendorong pertumbuhan ekonomi.
- 5) Anggaran Sebagai Alat Politik Memutuskan prioritas dan kebutuhan keuangan pada sektor publik merupakan dokumen politik sebagai bentuk komitmen eksekutif dan kesepakatan legislatif atas penggunaan dana publik untuk kepentingan tertentu.

c. Proses Penyusunan Anggaran Sektor Publik

Anggaran pendapatan dan belanja Negara/Daerah yang dipresentasikan setiap tahun oleh eksekutif, memberi informasi rinci kepada DPR/DPRD dan masyarakat tentang program apa yang direncanakan pemerintah untuk meningkatkan kualitas kehidupan rakyat, dan bagaimana program-program tersebut dibiayai. Penyusunan dan pelaksanaan anggaran tahunan merupakan rangkaian proses anggaran. Proses penyusunan anggaran mempunyai empat tujuan, yaitu:

- 1) Membantu pemerintah mencapai tujuan fiskal dan meningkatkan koordinasi antarbagian dalam lingkungan pemerintahan.
- 2) Membantu menciptakan efisiensi dan keadilan dalam menyediakan barang dan jasa publik melalui proses pemrioritasan.

- 3) Memungkinkan bagi pemerintah untuk memenuhi prioritas belanja.
- 4) Meningkatkan transparansi dan pertanggungjawaban pemerintah kepada DPR/DPRD dan masyarakat luas.

2. Penganggaran Sektor Swasta

Penganggaran Sektor swasta (*private sector*) adalah bagian dari ekonomi di luar kepemilikan pemerintah. Terdiri dari individu (rumah tangga) dan bisnis. Individu atau kelompok individu mengendalikan bisnis, dan tujuan utama mereka adalah untuk mendapat untung. Berikut ini merupakan jenis-jenis anggaran swasta:

- a. Anggaran penjualan, Anggaran penjualan adalah suatu anggaran yang dirinci dan diteliti mengenai penjualan perusahaan dimasa depan, didalamnya berisi tentang rencana jenis-jenis barang, harga, jumlah, waktu serta tempat penjualan barang tersebut.
- b. Anggaran produksi, Jenis anggaran produksi adalah suatu anggaran yang dibuat untuk satu periode anggaran dimana anggaran ini memuat rencana rencana unit perusahaan.
- c. Anggaran biaya bahan baku, Jenis anggaran biaya bahan baku merupakan anggaran yang sangat diperlukan dalam berjalannya proses produksi.
- d. Anggaran tenaga kerja langsung, Tujuan anggaran tenaga kerja langsung digunakan untuk dapat menaksir biaya tenaga kerja selama periode anggaran, serta dijadikan sebagai acuan dalam pembuatan anggaran kas dan laba rugi.
- e. Anggaran *overhead* pabrik, Anggaran ini digunakan untuk membuat estimasi biaya overhead pabrik dalam periode waktu tertentu.

E. Penganggaran Berbasis Kinerja

Pada bidang kesehatan penggunaan anggaran berbasis kinerja juga digunakan Untuk mencapai tujuan dan sasaran yang sesuai dengan dana yang akan dibutuhkan. Pada bidang kesehatan penggunaan penganggaran berbasis kinerja juga akan menggunakan Konsep *value for money* yang meliputi ekonomi, efisiensi, dan efektifitas. Kunci pokok untuk memahami *Performance Based Budgeting* adalah pada kata "*Performance* atau Kinerja". Untuk mendukung sistem penganggaran berbasis kinerja yang menetapkan kinerja sebagai tujuan utamanya maka diperlukan alat ukur kinerja yang jelas dan transparan berupa indikator kinerja (*performance indicators*). Selain indikator kinerja Juga diperlukan adanya sasaran (target) yang jelas agar kinerja dapat diukur dan diperbandingkan sehingga selanjutnya dapat dinilai efisiensi dan efektivitas dari Pekerjaan yang dilaksanakan serta dana yang telah dikeluarkan untuk mencapai output/kinerja yang telah ditetapkan.

Jenis anggaran ini paling tepat digunakan untuk mengukur kinerja rumah sakit dengan anggaran yang dapat diukur dari output anggaran yang disesuaikan dengan visi misi rumah sakit. Untuk rencana anggaran pendapatan yang diperoleh akan berkualitas dari segi ketepatan penggunaan dan alokasinya yang selalu di kontrol oleh Targetnya. Ada kalanya sulit memperoleh ukuran kuantitatif kinerja rumah sakit untuk beberapa aspek, akan tetapi prinsip anggaran berbasis kinerja diterapkan terlebih dahulu sehingga secara otomatis akan ketemu arah pengukuran kinerjanya. Adapun beberapa pengaruh yang ditimbulkan dari penganggaran berbasis kinerja terhadap peningkatan pelayanan kesehatan yaitu:

1. SDM Kasir Rawat Jalan
2. Registrasi dan Rekam Medis
3. Pelayanan Medis Pelanggan di Poli

Berapa rencana anggaran kebutuhan (gaji/kompensasi) perawat per *shift* dan dokter tetap disesuaikan dengan rencana kunjungan pelanggan/pasien rumah sakit (lihat *Business Plan RS*). Berapa rencana anggaran alat kesehatan sesuai keinginan dan kebutuhan user (lakukan analisa Utilisasi alat kesehatan terlebih dahulu dengan konsultasi para user/pengguna). Berapa anggaran untuk *medical supplies* masing-masing unit berdasarkan perkiraan kunjungan pelanggan pasien perunit (lihat *business plan*). Berapa rencana anggaran pembuatan bangunan Poliklinik. (lakukan analisa utilisasi ruangan berdasarkan tenaga dokter yang ada, produk unggulan yang akan ditawarkan kepada pelanggan/berdasarkan analisa pasar terlebih dahulu, dll). Berapa rencana anggaran sumber daya pendukung poliklinik antara lain komputer dan printer, ATK Cetakan, ATK buku (lakukan analisa kebutuhan terlebih dahulu). Berapa rencana anggaran untuk ruang tunggu yang aman, nyaman, dan bersih (Lakukan analisa kebutuhan terlebih dahulu) antara lain: mapping ruang tunggu, kebutuhan penghijauan, hiburan, bahan bacaan, sirkulasi udara, kebisingan suara, dan tempat duduk pelanggan/pasien (Sulistiadi, 2008).

Penetapan Indikator output pada keuangan publik seperti rumah sakit memang sulit, akan tetapi bukan berarti tidak berminat untuk memulai menggunakan sistem anggaran ini. Inilah tantangannya, sesudah kesulitan pasti ada kemudahan. Hanya pada awal menentukan kesepakatan outputnya yang sulit, akan tetapi jika sudah ada maka kualitas keuangan rumah sakit ada di hadapan mata. Berikut ini kita menstimulasikan output measurement dalam Manajemen pelayanan rumah sakit yaitu: pada Kinerja Rawat Jalan. Indikator layanan Rawat jalan yang penting bagi para pasien sebagai konsumen rumah sakit meliputi: (1) Lokasi dan akses-akses yang mudah. (2) Layanan yang cepat, dan tepat terutama saat Registrasi dan waktu tunggu, dan (3) Suasana kecemasan yang rendah. Kinerja rawat jalan dapat dilihat dari: (1) Kunjungan per hari, (2) Peserta kunjungan baru/hari, (3) Peserta Kunjungan lama/hari, (4) Pelayanan spesialis, dan (5) Rasio

pasien rawat jalan dengan penduduk. (6) Kemungkinan rencana anggaran rawat jalan berdasarkan kinerja rawat jalan Di rumah sakit yaitu sebagai berikut:

1. Perspektif SDM
2. SDM Registrasi dan Rekam Medis
3. SDM Perawat
4. SDM Dokter/Dokter Gigi/Spesialis
5. SDM Kasir Rawat Jalan
6. Perspektif Proses Pelayanan Pelanggan Rawat Jalan
7. Registrasi dan Rekam Medis
8. Pelayanan Medis Pelanggan di Poli
9. Kasir

F. Monitoring dan *Control Budget*

1. Pengertian *Monitoring*

Monitoring adalah aktivitas yang ditujukan untuk memberikan informasi tentang sebab dan akibat suatu kebijakan yang sedang dilaksanakan. Monitoring dilakukan ketika sebuah kebijakan sedang diimplementasikan. Monitoring diperlukan agar kesalahan awal dan segera diketahui dan dapat dilakukan tindakan perbaikan, sehingga mengurangi resiko yang lebih besar.

Monitoring pada umumnya dilakukan baik pada waktu sebelum kegiatan dan bersamaan waktunya dengan pelaksanaan kegiatan (pengawasan atau supervisi). Monitoring, pengawasan, dan supervisi memiliki perbedaan antara satu dengan yang lainnya. Pengawasan dilakukan terhadap orang-orang yang mengelola program. Supervisi dilakukan terhadap pelaksanaan program, sedangkan monitoring dilakukan terhadap komponen-komponen program. Monitoring selain berkaitan dengan pengawasan dan supervisi, mempunyai hubungan erat dengan penilaian program. Monitoring sendiri dapat diartikan sebagai kegiatan untuk

mengikuti suatu program dan pelaksanaannya secara mantap, teratur dan terus-menerus dengan cara mendengar, melihat dan mengamati, serta mencatat keadaan serta perkembangan program tersebut.

Dalam seri monograf 3, UNESCO *Regional Office for Education in Asia and the Pacific*, dijelaskan bahwa monitoring adalah upaya yang dilakukan secara rutin untuk mengidentifikasi pelaksanaan dari berbagai komponen program sebagaimana telah direncanakan, waktu pelaksanaan program sebagaimana telah dijadwalkan, dan kemajuan dalam mencapai tujuan program. Suherman dkk (1988) menjelaskan bahwa monitoring dapat diartikan sebagai suatu kegiatan, untuk mengikuti perkembangan suatu program yang dilakukan secara mantap dan teratur serta terus menerus.

Tujuan utama monitoring adalah untuk menyajikan informasi tentang pelaksanaan program sebagai umpan balik bagi para pengelola dan pelaksana program. Informasi ini hendaknya dapat menjadi masukan bagi pihak yang berwenang untuk:

- a. Memeriksa kembali strategi pelaksanaan program sebagaimana sudah direncanakan setelah membandingkan dengan kenyataan di lapangan,
- b. Menemukan permasalahan yang berkaitan dengan penyelenggaraan program,
- c. Mengetahui faktor pendukung dan penghambat penyelenggaraan program.

2. Pengertian *Budget*

Anggaran (*budget*) merupakan rencana kegiatan perusahaan secara terperinci dalam satu tahun yang mencakup kegiatan operasional perusahaan dimana kegiatan tersebut saling berkaitan. Menurut M.Nafarin dalam bukunya "Pengaruh Anggaran Perusahaan" (2004:12) mengemukakan bahwa "Anggaran adalah rencana

tertulis mengenai kegiatan suatu organisasi yang dinyatakan secara kuantitatif dan umumnya dinyatakan dalam satuan uang untuk jangka waktu tertentu." Sedangkan menurut M. Munandar dalam buku "*Budgeting* Perencanaan Kerja, Pengkoordinasian Kerja, Pengawasan Kerja" (2001:1) menyatakan bahwa "Anggaran (*Budgeting*) adalah suatu rencana yang disusun secara sistematis yang meliputi seluruh kegiatan, yang dinyatakan dalam unit (kesatuan) moneter yang berlaku untuk jangka waktu (periode) tertentu yang akan datang." Dari kedua pendapat diatas, maka dapat disimpulkan bahwa anggaran adalah sebuah rencana tertulis yang berlaku untuk jangka waktu tertentu yang akan datang yang dinyatakan dalam satu anuang.

a. Tujuan *budget*

Anggaran sangat dibutuhkan oleh sebuah perusahaan karena anggaran dapat mencegah pengeluaran-pengeluaran bagi hal-hal atau aktivitas-aktivitas yang tidak dibenarkan oleh undang-undang. Menurut M. Nafarin dalam buku "Penganggaran Perusahaan" (2004:15) menyatakan bahwa tujuan anggaran adalah:

- 1) Digunakan sebagai landasan yuridis formal dalam memilih sumber dan investasi dana.
- 2) Memberikan batasan atas jumlah dana yang dicari dan digunakan.
- 3) Merinci jenis sumber dana yang dicari maupun jenis investasi dana, sehingga dapat memudahkan pengawasan.
- 4) Merasionalkan sumber dan investasi dana agar dapat mencapai hasil yang maksimal.
- 5) Menyempurnakan rencana yang telah disusun, karena dengan anggaran lebih jelas dan nyata terlihat.
- 6) Menampung dan menganalisis serta memutuskan setiap usulan yang berkaitan dengan keuangan.

- b. Manfaat anggaran (*budget*)
- 1) Membantu menyempurnakan rencana
 - 2) Mengetahui besarnya biaya yang dibutuhkan oleh suatu kegiatan
 - 3) Penyusunan rencana dapat lebih realistis dan tidak berlebihan dengan mempertimbangkan kemampuan anggaran
 - 4) Membantu proses pengambilan keputusan
 - 5) Membantu pengaturan dalam pemanfaatan sumber daya
 - 6) Pimpinan organisasi dapat mengambil keputusan apakah rencana yang disusun dapat dilaksanakan atau tidak.
 - 7) Membantu pemantauan (*monitoring*) dan pengawasan (*controlling*)

c. Fungsi *budget*

Menurut Mardiasmo dalam bukunya yang berjudul “Akuntansi Sektor Publik” (2002:63) mempunyai beberapa fungsi sebagai berikut:

- 1) Anggaran sebagai alat perencanaan (*planning tool*), Anggaran merupakan alat perencanaan manajemen untuk mencapai tujuan organisasi. Anggaran sektor publik dibuat untuk merencanakan tindakan apa yang akan dilakukan oleh pemerintah, berapa biaya yang dibutuhkan, dan berapa hasil yang diperoleh dari belanja pemerintah tersebut.
- 2) Anggaran sebagai alat pengendalian (*control tool*), Sebagai alat pengendalian, anggaran memberikan rencana detail atas pendapatan dan pengeluaran pemerintah agar pembelanjaan yang dilakukan dapat dipertanggungjawabkan kepada publik.

- 3) Anggaran sebagai alat kebijakan fiskal (*fiscal tool*), Anggaran sebagai alat kebijakan fiskal pemerintah digunakan untuk menstabilkan ekonomi dan mendorong pertumbuhan ekonomi.
- 4) Anggaran sebagai alat politik (*political tool*), Anggaran sebagai alat politik digunakan untuk memutuskan prioritas-prioritas dan kebutuhan keuangan terhadap prioritas tersebut.
- 5) Anggaran sebagai alat koordinasi dan komunikasi (*coordination and communication tool*) Setiap unit kerja pemerintah terlibat dalam proses penyusunan anggaran. Anggaran publik merupakan alat koordinasi antar bagian dalam pemerintah. Anggaran publik yang disusun dengan baik akan mampu mendeteksi terjadinya inkonsistensi suatu unit kerja dalam pencapaian tujuan organisasi.
- 6) Anggaran sebagai alat penilaian kinerja (*performance measurement tool*), Anggaran merupakan wujud komitmen dari budget holder (eksekutif) kepada pemberi wewenang (legislatif). Kinerja eksekutif akan dinilai berdasarkan pencapaian target anggaran dan efisiensi pelaksanaan anggaran.
- 7) Anggaran sebagai alat motivasi (*motivation tool*), Anggaran dapat digunakan sebagai alat untuk memotivasi manajer dan stafnya agar bekerja secara ekonomis, efektif, dan efisien dalam mencapai target dan tujuan organisasi yang telah ditetapkan.
- 8) Anggaran sebagai alat menciptakan ruang publik (*public sphere*), Anggaran publik tidak boleh diabaikan oleh kabinet, birokrat, dan DPR/DPRD. Masyarakat, LSM, Perguruan Tinggi, dan berbagai organisasi kemasyarakatan harus terlibat dalam proses penganggaran publik.

d. Kelemahan *budget*

Menurut Gunawan Adi Saputro dan Marwan Asri dalam buku “Anggaran Perusahaan” (2003:52) meskipun begitu banyak manfaat yang diperoleh dengan menyusun anggaran, tetapi masih terdapat beberapa kelemahan yang membatasi anggaran. Kelemahan-kelemahan tersebut antara lain:

- 1) Karena anggaran disusun berdasarkan estimasi (proses penjualan, kapasitas produksi dan lain-lain) maka terlaksananya dengan baik kegiatan-kegiatan tergantung pada ketepatan estimasi tersebut.
- 2) Anggaran hanya merupakan rencana, dan rencana tersebut baru berhasil apabila dilaksanakan dengan sungguh-sungguh.
- 3) Anggaran hanya merupakan suatu alat yang dipergunakan untuk membantu manajer dalam melaksanakan tugasnya, bukan menggantikannya.
- 4) Kondisi yang terjadi tidak harus selalu seratus persen sama dengan yang diramalkan sebelumnya, karena itu anggaran perlu untuk memiliki sifat yang luwes.

e. Pendekatan penyusunan Anggaran

Menurut Sofyan Harahap (2000:89-91) ada tiga metode dalam penyusunan anggaran biasanya digunakan oleh suatu organisasi, yaitu:

- 1) *Top down budgeting* adalah metode anggaran yang dilaksanakan oleh organisasi atau perusahaan yang dimulai dari pimpinan perusahaan kepada bawahannya.
- 2) *Bottom up budgeting* adalah metode anggaran yang dilaksanakan suatu perusahaan yang dimulai dari bawahan kepada atasannya atau pimpinan perusahaan.

- 3) *Participatory*, merupakan Gabungan adalah metode anggaran yang dilaksanakan suatu perusahaan dengan menggabungkan dua metode sebelumnya yaitu metode *top down* dan *bottom up budgeting*.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa metode dalam penyusunan anggaran biasanya dilaksanakan oleh organisasi atau perusahaan yang dimulai dari pimpinan perusahaan kepada bawahan, bawahan kepada pimpinan perusahaan dan penggabungan antara dua metode tersebut. Kemudian masing-masing unit di Puskesmas merencanakan anggaran dengan berpatokan parameter acuan yang telah dibuat. Kelebihan pendekatan ini adalah kesimbangan peran serta dari setiap tingkat manajemen. Kekurangannya adalah cenderung menghambat inovasi staf karena top management masih dominan dan membutuhkan waktu yang relatif lama.

f. Langkah-langkah Monitoring dan Pengendalian

- 1) Menetapkan standar dan indikator untuk menilai proses pelaksanaan program atau kegiatan. Standar biasa mencakup semua input yang digunakan (dana, materi/bahan, cara/metode, SDM, prosedur, teknologi, dll).
- 2) Mengumpulkan data dan melakukan investigasi kinerja (pengamatan) dari pelaksanaan kegiatan/proses kegiatan yang dipilih untuk dibandingkan dengan standar atau indikator (baik kualitatif maupun kuantitatif) yang telah ditentukan.
- 3) Mengamati perubahan lingkungan dan mengumpulkan data untuk pengkajian pengaruh lingkungan tersebut terhadap kegiatan yang sedang dilaksanakan.
- 4) Pengolahan, analisis, dan sintesis hasil. Data yang dikumpulkan diolah dan dianalisis untuk membuat

penilaian dan kesimpulan tentang proses pelaksanaan kegiatan. Hasil analisis dan kesimpulan akan digunakan lebih lanjut untuk perumusan rekomendasi tindak lanjut.

- 5) Pengambil keputusan melakukan tindakan, termasuk koreksi dan penyesuaian kegiatan, maupun perencanaan ulang.
- 6) Menyampaikan semua hasil monitoring, pengendalian dan tindak lanjut kepada pihak yang berkepentingan sebagai wujud akuntabilitas dan proses pengambilan keputusan lebih lanjut.

g. Sistem informasi anggaran

Kegiatan analisis bermula dari pengumpulan segala informasi yang berhubungan dengan anggaran. Keberadaan informasi anggaran yang tepat dan akurat menjadi syarat utama bagi kegiatan analisis anggaran. Tanpa dukungan data atau informasi, sulit diharapkan analisis anggaran dapat memantau kondisi yang sesungguhnya. Persyaratan sistem informasi anggaran yang efektif adalah sebagai berikut:

- 1) Informasi harus tersedia tepat waktu, jika memungkinkan diusahakan untuk menyediakan laporan yang bersifat harian, mingguan, bulanan, dan tahunan.
- 2) Ada hirarki informasi disajikan dengan tingkat kelengkapan yang berbeda, mulai dari informasi anggaran yang bersifat umum hingga informasi anggaran yang sangat detail.
- 3) Harus tersedia data-data yang akurat dan relevan. Akurat maksudnya data-data tersebut harus mencerminkan kondisi yang sebenarnya di organisasi, dan relevan berarti apa yang disajikan sesuai dengan organisasi.

- 4) Contoh: Informasi tentang unit *cost* relevan untuk organisasi yang melayani masyarakat secara langsung seperti rumah sakit dan puskesmas, tetapi mungkin tidak relevan untuk Dinas Kesehatan.
- 5) Sistem pelaporan anggaran atau informasi anggaran harus ditangani dengan serius. Keseriusan disini tidak hanya dibutuhkan pada tahap persiapan dan pendistribusiannya semata, tetapi harus mencakup pula kesediaan *top management* untuk mengkomunikasikan hasil analisis dan rencana intervensi managerial yang sebaiknya dilakukan kepada pihak-pihak lain dalam organisasi.

Berdasarkan keempat kriteria di atas, terdapat dua teknik pelaporan anggaran yang bisa dikembangkan sebagai dasar analisis anggaran, yaitu:

- 1) *Flexible Budgeting*
- 2) *Variance Analysis*

h. Kegiatan Monitoring dan Control Budget Di Fasilitas Kesehatan

Untuk mencapai dan menilai kinerja yang diharapkan, manajer dan pemimpin pada organisasi di sektor kesehatan (termasuk Puskesmas) perlu melakukan kegiatan monitoring dan pengendalian terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan maupun program-program kesehatan. Perencanaan, monitoring, dan pengendalian merupakan kegiatan yang berkaitan. Monitoring perlu dilakukan terhadap fungsi manajemen yang dilakukan, mulai dari perencanaan, pergerakan dan pengorganisasian. Selain itu, juga diperlukan evaluasi pada setiap tahap dalam proses manajemen, mulai dari input, proses, output, outcome dan dampak kegiatan atau program.

i. Mekanisme Pembiayaan

Proses pelayanan kesehatan tidak bisa dipisahkan dengan pembiayaan kesehatan. Biaya kesehatan ialah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Berdasarkan pengertian ini, maka biaya kesehatan dapat ditinjau dari dua sudut yaitu berdasarkan (Vina Novela et al. 2021):

- 1) Penyedia Pelayanan Kesehatan (*Health Provider*)
- 2) Pemakai Jasa Pelayanan (*Health consumer*)

Pelayanan kesehatan memiliki beberapa ciri yang tidak memungkinkan setiap individu untuk menanggung pembiayaan pelayanan kesehatan pada saat diperlukan:

- 1) Kebutuhan pelayanan kesehatan muncul secara sporadik dan tidak dapat diprediksikan, sehingga tidak mudah untuk memastikan bahwa setiap individu mempunyai cukup uang ketika memerlukan pelayanan kesehatan.
- 2) Biaya pelayanan kesehatan pada kondisi tertentu juga sangat mahal, misalnya pelayanan di rumah sakit maupun pelayanan kesehatan canggih (operasi dan tindakan khusus lain), kondisi emergensi dan keadaan sakit jangka panjang yang tidak akan mampu ditanggung pembiayaannya oleh masyarakat umum.
- 3) Orang miskin tidak saja lebih sulit menjangkau pelayanan kesehatan, tetapi juga lebih membutuhkan pelayanan kesehatan karena rentan terjangkit berbagai permasalahan kesehatan karena buruknya kondisi gizi, perumahan.
- 4) Apabila individu menderita sakit dapat mempengaruhi kemampuan untuk berfungsi termasuk bekerja,

sehingga mengurangi kemampuan membiayai.
(Departemen Kesehatan RI, 2004).

Berdasarkan karakteristik tersebut, sebuah sistem pembiayaan pelayanan kesehatan haruslah bertujuan untuk:

- 1) *Risk spreading*, pembiayaan kesehatan harus mampu meratakan besaran risiko biaya sepanjang waktu sehingga besaran tersebut dapat terjangkau oleh setiap rumah tangga.
- 2) *Risk pooling*, beberapa jenis pelayanan kesehatan (meskipun risiko rendah dan tidak merata) dapat sangat mahal misalnya hemodialisis, operasi spesialis (jantung koroner) yang tidak dapat ditanggung oleh tabungan individu (*risk spreading*).
- 3) *Connection between ill-health and poverty*, karena adanya keterkaitan antara kemiskinan dan Sistem kesehatan, suatu sistem pembiayaan juga harus mampu memastikan bahwa orang miskin juga mampu pelayanan kesehatan yang layak sesuai standar dan kebutuhan sehingga tidak harus mengeluarkan pembiayaan yang besarnya tidak proporsional dengan pendapatan.
- 4) *Fundamental importance of health*, kesehatan merupakan kebutuhan dasar dimana individu tidak dapat menikmati kehidupan tanpa status kesehatan yang baik organisasi kesehatan sedunia (WHO) sendiri memberi fokus strategi pembiayaan kesehatan yang memuat isu-isu pokok, tantangan, tujuan utama kebijakan dan program aksi itu pada umumnya adalah dalam area sebagai berikut:
 - a) Meningkatkan investasi dan pembelanjaan publik dalam bidang kesehatan

- b) Mengupayakan pencapaian kepesertaan semesta dan penguatan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin
- c) Pengembangan skema pembiayaan pra upaya termasuk didalamnya asuransi kesehatan sosial
- d) Penggalian dukungan nasional dan internasional
- e) Penguatan kerangka regulasi dan intervensi fungsional
- f) Pengembangan kebijakan pembiayaan kesehatan yang didasarkan pada data dan fakta ilmiah
- g) Pemantauan dan evaluasi.

Implementasi strategi pembiayaan kesehatan di suatu negara diarahkan kepada beberapa hal pokok yakni; kesinambungan pembiayaan program kesehatan prioritas, reduksi pembiayaan kesehatan secara tunai perorangan (*out of pocket funding*), menghilangkan hambatan biaya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, pemerataan dalam akses pelayanan, peningkatan efisiensi dan efektifitas alokasi sumber daya (*resources*) serta kualitas pelayanan yang memadai dan dapat diterima pengguna jasa. Sumber dana biaya kesehatan berbeda pada beberapa negara, namun secara garis besar berasal dari:

- 1) Anggaran pemerintah.
- 2) Anggaran masyarakat.
- 3) Bantuan biaya dari dalam dan luar negeri.
- 4) Gabungan anggaran pemerintah dan masyarakat.

Tingginya biaya kesehatan disebabkan oleh beberapa hal, beberapa yang terpenting diantaranya sebagai berikut:

- 1) Tingkat inflasi
- 2) Tingkat permintaan
- 3) Kemajuan ilmu dan teknologi

- 4) Perubahan Pola Penyakit
- 5) Perubahan pola pelayanan kesehatan
- 6) Perubahan Pola Hubungan Dokter-Pasien Sistem kekeluargaan yang dulu mendasari hubungan dokter-pasien seakan sirna.
- 7) Lemahnya mekanisme pengendalian biaya

G. Model Sistem Pembiayaan

Terdapat beberapa model sistem pembiayaan pelayanan kesehatan yang dijalankan oleh beberapa negara, berdasarkan sumber pembiayaannya:

1. *Direct Payments by Patients*

Ciri utama *model direct payment* adalah setiap individu menanggung secara langsung besaran biaya pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat penggunaannya.

2. *User payments*

Dalam model ini, pasien membayar secara langsung biaya pelayanan kesehatan baik pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta. Perbedaannya dengan model informal adalah besaran dan mekanisme pembayaran, juga kelompok yang menjadi pengecualian telah diatur secara formal oleh pemerintah dan biaya kesehatan banyak macamnya, karena semuanya tergantung dari jenis dan kompleksitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dan atau yang dimanfaatkan. Hanya saja disesuaikan dengan pembagian pelayanan kesehatan, maka biaya kesehatan tersebut dapat dibedakan atas dua macam yaitu:

- a. Biaya pelayanan kedokteran
- b. Biaya pelayanan kesehatan masyarakat

3. *Saving based*

Model ini mempunyai karakteristik "*risk spreading*" pada individu namun tidak terjadi *risk pooling* antar individu. Artinya

biaya kesehatan langsung, akan ditanggung oleh individu sesuai dengan tingkat penggunaannya, namun individu tersebut mendapatkan bantuan dalam mengelola pengumpulan dana (*saving*) dan penggunaannya bilamana membutuhkan pelayanan kesehatan.

4. *Informal*

Ciri utama model ini adalah bahwa pembayaran yang dilakukan oleh individu pada provider kesehatan formal misalnya dokter, bidan tetapi juga pada provider kesehatan lain misalnya: mantri, dan pengobatan tradisional; tidak dilakukan secara formal atau tidak diatur besaran, jenis dan mekanisme pembayarannya. Besaran biaya biasanya timbul dari kesepakatan atau banyak diatur oleh provider dan juga dapat berupa pembayaran dengan barang. Model ini biasanya muncul pada negara berkembang dimana belum mempunyai sistem pelayanan kesehatan dan pembiayaan yang mampu mencakup semua golongan masyarakat dan jenis pelayanan.

5. *Insurance Based*

Sistem pembiayaan dengan pendekatan asuransi mempunyai perbedaan utama dimana individu tidak menanggung biaya langsung pelayanan kesehatan. Konsep asuransi memiliki dua karakteristik khusus yaitu pengalihan resiko kesakitan pada satu individu pada satu kelompok serta adanya *sharing losses* secara adil. Secara sederhana dapat digambarkan bahwa satu kelompok individu mempunyai risiko kesakitan yang telah diperhitungkan jenis, frekuensi dan besaran biayanya. Keseluruhan besaran risiko tersebut diperhitungkan dan dibagi antar anggota kelompok sebagai premi yang harus dibayarkan. Apabila anggota kelompok, maka keseluruhan biaya pelayanan kesehatan sesuai yang diperhitungkan akan ditanggung dari dana yang telah dikumpulkan bersama.

Soal Latihan:

1. Jelaskan konsep pembiayaan kesehatan?
2. Jelaskan aspek khusus pembiayaan kesehatan?
3. Jelaskan konsep penganggaran dan jenis-jenis anggaran?
4. Jelaskan penganggaran sector public dan swasta?
5. Jelaskan penganggaran berbasis kinerja?
6. Jelaskan pengertian *monitoring* dan *control budget*?
7. Sebutkan model *system* pembiayaan?

Bagian VII

Peran Tenaga Medis dalam Pemberian Pelayanan Kesehatan untuk Menunjang Pelaksanaan Program *Universal Coverage* di Puskesmas

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah:

- A. Menjelaskan definisi pelayanan prima
- B. Menjelaskan tujuan umum dan khusus pelayanan prima
- C. Menjelaskan harapan dan kenyataan dalam pelayanan prima

A. Definisi Pelayanan Prima

Menurut (Mukarom Zaenal dan Wijaya Laksana, 2018) menjelaskan bahwa pelayanan prima merupakan terjemahan dari istilah "*excellent service*" yang secara harfiah berarti pelayanan terbaik atau sangat baik. Disebut sangat baik atau terbaik karena sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku atau dimiliki instansi pemberi pelayanan.

Pengertian pelayanan prima menurut beberapa ahli antara lain:

1. Pelayanan prima adalah suatu bentuk kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh penyelenggaraan pelayanan publik sebagai upaya pemenuhan kebutuhan penerima pelayanan maupun pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan (Ratminto, 2017).
2. Pelayanan prima adalah pelayanan terbaik yang diberikan kepada pelanggan, baik pelanggan internal maupun eksternal berdasarkan standar dan prosedur pelayanan (Frimayasa & Administrasi, 2017).
3. Pelayanan prima adalah suatu pelayanan terbaik dalam memenuhi harapan dan kebutuhan pelanggan. Dengan

kata lain pelayanan prima merupakan suatu pelayanan yang memenuhi standar kualitas yang sudah ditentukan (Freddy, 2017).

Pelayanan prima adalah pelayanan yang baik dan memuaskan pelanggan, masyarakat dan pemangku kepentingan lainnya; upaya dapat memenuhi kebutuhan atau permintaan; menyiapkan, mengurus yang diperlukan secara prima, sehingga pelanggan mendapatkan sesuatu yang melebihi harapannya (Firmansyah, 2016).

B. Tujuan Umum dan Khusus Pelayanan Prima

Adapun beberapa tujuan pelayanan prima diantaranya yaitu:

1. Tujuan Umum

Memberikan pelayanan untuk memenuhi dan memuaskan para pelanggan sehingga instant pemberi pelayanan mendapatkan keuntungan yang maksimal.

2. Tujuan Khusus

- a. Memberikan pelayanan yang bermutu tinggi.
- b. Menimbulkan keputusan dari pihak pelanggan/konsumen agar dapat segera membeli barang/jasa yang ditawarkan pada saat itu juga.
- c. Menumbuhkan kepercayaan pelanggan/konsumen terhadap jasa/produk yang ditawarkan.
- d. Menghindari terjadinya tuntutan yang tidak perlu di kemudian hari terhadap produsen/pemberi layanan.
- e. Menciptakan kepercayaan dan kepuasan pelanggan.
- f. Mempertahankan pelanggan/konsumen, merasa diperhatikan segala kebutuhannya.
- g. Mempertahankan pelanggan/konsumen agar tetap menggunakan produk/jasa yang ditawarkan oleh pemberi layanan.

C. Harapan dan Kenyataan Dalam Pelayanan Prima

1. Harapan

Persepsi pelanggan bahwa harapannya telah terpenuhi atau terlampaui. Persepsi adalah apa yang kita lihat, dengar, dan yang kita rasakan terhadap apa yang kita terima. Harapan adalah kunci pokok bagi setiap penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terlibat dalam kepuasan pasien atau pelanggan. Kepuasan konsumen atau pelanggan merupakan tingkat perasaan seseorang ketika menerima produk atau jasa yang ditawarkan serta membandingkan kinerja atas produk atau jasa yang diterima tersebut dengan harapan konsumen atau pelanggan (Sumartini, 2019).

Harapan konsumen memegang peranan penting dan sangat besar pengaruhnya dalam menentukan kualitas produk dan mengevaluasinya konsumen akan menggunakan harapannya sebagai standar atau acuan. Karena konsumen atau pelanggan adalah orang yang menerima hasil pekerjaan seseorang atau suatu organisasi, maka hanya mereka yang dapat menentukan kualitasnya seperti apa dan hanya mereka yang dapat menyampaikan apa dan bagaimana kebutuhan mereka. Konsumen atau pelanggan yang puas akan setia lebih lama, kurang sensitif terhadap harga dan memberi komentar yang baik tentang perusahaan atau pemberi layanan (Sumartini, 2019).

Menurut Lovenlock dan Wirtz kepuasan adalah suatu sikap yang diputuskan berdasarkan pengalaman yang didapatkan. Sangat dibutuhkan penelitian untuk membuktikan ada atau tidaknya harapan sebelumnya yang merupakan bagian terpenting dalam kepuasan (Sumartini, 2019).

Pelayanan yang memuaskan dan berkualitas akan membentuk loyalitas pasien atau pelanggan, dan kepuasan sangat erat

hubungannya dengan “*word of mounth*”, maka pelayanan yang memuaskan tersebut juga akan mendatangkan pelanggan baru. Efek selanjutnya akan berlanjut pada proses terbentuknya citra Puskesmas yang meningkat. Hal ini dikarenakan kondisi persaingan yang ketat, maka setiap Puskesmas akan berusaha untuk menempatkan dirinya sebaik mungkin di mata pasien atau pelanggan agar dapat dipercaya untuk memenuhi kebutuhannya dalam bidang kesehatan (Kuntoro, 2017).

Faktor yang mendorong kepuasan pelanggan adalah produk, harga, *service quality*, faktor emosional dan kemudahan.

Menurut Sriyanti (2016) *service quality* bergantung pada tiga hal yaitu sistem, teknologi dan manusia. Adapun dimensi dari *service quality* adalah kemampuan untuk memberikan pelayanan seperti yang dijanjikan dan akurat (*reliability*), kemauan untuk menolong pelanggan dan menyediakan pelayanan yang tepat (*responsiveness*), kemampuan pengetahuan dan sopan santun petugas untuk menanamkan rasa percaya dan keyakinan pada pelanggan (*assurance*), kepedulian, perhatian khusus kepada pelanggan (*empathy*) dan penampakan dari fasilitas fisik, peralatan, petugas, dan barang-barang komunikasi (*tangibles*).

Kepuasan pasien atau pelanggan sendiri pun memiliki dimensi yang sangat bervariasi, secara umum dimensi kepuasan dibedakan atas dua macam yaitu

- a. Kepuasan yang mengacu hanya pada penerapan kode etik serta standar pelayanan profesi.

Suatu pelayanan kesehatan disebut sebagai pelayanan kesehatan yang bermutu apabila penerapan kode etik serta standar pelayanan profesi dapat memuaskan pasien. Dengan pendapat, maka ukuran-ukuran pelayanan kesehatan yang bermutu hanya mengacu pada penerapan kode etik serta standar pelayanan profesi yang baik.

Ukuran-ukuran yang dimaksud pada dasarnya mencakup penilaian terhadap kepuasan pasien atau pelanggan mengenai:

- 1) Hubungan bidan-pasien (*midwife-patient relationship*).
 - 2) Kenyamanan pelayanan (*amenities*).
 - 3) Kebebasan melakukan pilihan (*choice*).
 - 4) Pengetahuan dan kompetensi teknis (*scientific knowledge and technical skill*).
 - 5) Efektivitas pelayanan (*effectiveness*).
 - 6) Keamanan tindakan (*safety*).
- b. Kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan kesehatan.
- c. Suatu pelayanan kesehatan disebut sebagai pelayanan kesehatan yang bermutu apabila penerapan semua persyaratan pelayanan kesehatan dapat memuaskan pasien atau pelanggan.

Ukuran-ukuran pelayanan kesehatan lebih bersifat luas, karena di dalamnya tercakup penilaian terhadap kepuasan pasien atau pelanggan mengenai:

- 1) Ketersediaan pelayanan kesehatan (*available*), yaitu pelayanan yang bermutu, apabila pelayanan kesehatan tersebut tersedia di masyarakat.
- 2) Kewajaran pelayanan kesehatan (*appropriate*), yaitu pelayanan kesehatan bersifat wajar, dalam arti dapat mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi.
- 3) Kesiambungan pelayanan kesehatan (*continue*), yaitu pelayanan kesehatan tersedia setiap saat. baik menurut waktu ataupun kebutuhan pemakai jasa pelayanan kesehatan.
- 4) Penerimaan pelayanan kesehatan (*acceptable*), yaitu pelayanan kesehatan dapat diterima oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan.

- 5) Ketercapaian pelayanan kesehatan (*accessible*), yaitu lokasi dapat dicapai oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan.
- 6) Keterjangkauan pelayanan kesehatan (*affordable*), yaitu biaya pelayanan kesehatan dapat dijangkau oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan.
- 7) Efisiensi pelayanan kesehatan (*efficient*), yaitu pelayanan kesehatan dapat diselenggarakan secara efisien.
- 8) Mutu pelayanan kesehatan (*Quality*), yaitu dapat menyembuhkan serta tindakan yang diberikan adalah aman.

2. Kenyataan

Service breakdown atau pelayanan buruk kemudian diikuti dengan keluhan pelanggan ini muncul setiap kali ada produk/jasa yang gagal memenuhi harapan pelanggan. Pelanggan tidak menerima produk atau jasa yang tidak sesuai dengan apa yang diharapkan atau dibutuhkan oleh pelanggan.

Masalah adalah sesuatu hal yang tidak sesuai dengan harapan. Dengan demikian, masalah mutu pelayanan kesehatan adalah kesenjangan yang terjadi antara harapan dan kenyataan dari berbagai dimensi mutu pelayanan kesehatan termasuk kepuasan pasien atau pelanggan, kepuasan petugas kesehatan, dan kepatuhan petugas kesehatan dalam menggunakan standar layanan kesehatan sewaktu memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.

3. Perilaku Dalam Pelayanan Prima

Perilaku pelaksana pelayanan prima berbanding lurus dengan perilaku baik pelaksananya (Saputra, 2016). Penjelasan bahwa perilaku yang baik tercermin dari sikap yang harus dimiliki oleh pelaksana pelayanan, yaitu:

- a. Adil dan tidak diskriminatif.
- b. Cermat.
- c. Santun dan ramah.
- d. Tegas, andal dan tidak memberikan keputusan yang berlarut-larut
- e. Profesional.
- f. Tidak mempersulit.
- g. Tidak memberikan informasi yang salah atau menyesatkan dalam menanggapi permintaan informasi serta proaktif dalam memenuhi kepentingan masyarakat
- h. Tidak menyalahgunakan informasi jabatan dan wewenang yang dimiliki sesuai dengan kepastasan
- i. Tidak menyimpang dari prosedur (tidak meminta imbalan)

Mengingat bahwa pentingnya pemahaman aparatur terhadap perilaku pelayanan maka pengabdian ini akan berfokus perilaku pada pelayanan kelurahan. Hal itu mengingat Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63 Tahun 2003 Tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik dijelaskan bahwa Segala bentuk pelayanan yang dilaksanakan oleh instansi Pemerintah di Pusat, di Daerah, dan di lingkungan Badan Usaha Milik Negara atau jasa, baik dalam rangka upaya pemenuhan kebutuhan masyarakat maupun dalam rangka pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan. Selain itu, Aparatur Sipil Negara (ASN) yang bertugas di kelurahan merupakan sumberdaya terdepan dan terdekat yang melayani masyarakat.

4. Unsur-unsur Dalam Pelayanan Prima

Menurut (Daryanto dan Ismanto Setyabudi, 2014) unsur-unsur pelayanan prima terdiri dari:

- a. Penampilan.
- b. Tepat waktu dan janji.

- c. Kesiediaan melayani.
- d. Pengetahuan dan keahlian.
- e. Kesopanan dan ramah tamah.
- f. Kejujuran dan kepercayaan.
- g. Kepastian hukum.
- h. Biaya.
- i. Tidak Rasial.
- j. Kesederhanaan.

5. Karakteristik Pelayanan Prima

- a. Bersikap sopan dan ramah
- b. Memberikan kesan ceria
- c. Menanggapi pembicaraan pelanggan dengan serius.
- d. Melayani pelanggan dengan detail.
- e. Gunakan waktu seefisien mungkin.
- f. Melayani sampai tuntas.
- g. Menjawab pertanyaan dengan tidak bertele-tele.
- h. Mempersiapkan diri untuk dapat melayani pelanggan dengan baik dan memuaskan pelanggan sesuai bidang tugas dan tanggung jawab.
- i. Menunjukkan diri sebagai pribadi yang terbuka, ramah, sopan dan bertanggung jawab.
- j. Berupaya menyesuaikan pelayanannya dengan standar pelayanan yang telah ada.
- k. Mengenali budaya dan latar belakang pelanggan dengan berbagai karakteristiknya yang berbeda.
- l. Menampung semua masukan dan kritik yang dilontarkan pelanggan sebagai masukan, sekalipun disampaikan dalam kondisi marah.
- m. Berupaya memberikan tanggapan atau jawaban yang jujur kepada pelanggan sesuai dengan yang diketahui.
- n. Meningkatkan mutu tampilan diri, seperti cara berjalan, berpakaian dan cara berbicara

Soal Latihan:

1. Jelaskan definisi pelayanan prima?
2. Menjelaskan tujuan umum dan khusus pelayanan prima?
3. Menjelaskan harapan dan kenyataan dalam pelayanan prima?

Bagian VIII

Peran Bidan di Puskesmas Rawat Inap

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah:

- A. Menjelaskan peran dan fungsi bidan di Puskesmas Rawat Inap
- B. Menyebutkan fungsi bidan sebagai pengelola, pendidik dan peneliti

A. Peran Dan Fungsi Bidan Di Puskesmas Rawat Inap

Di Puskesmas Rawat inap bidan bertugas sebagai koordinator pelayanan KIA, koordinator pelayanan KB, koordinator pelayanan imunisasi, Koordinator pelayanan di ruang bersalin, Koordinator pembinaan dukun bayi, Koordinator rawat inap dll.

1. Sebagai pelaksana

Meliputi 3 kategori tugas yaitu tugas mandiri, tugas kolaborasi dan tugas ketergantungan.

a. Tugas Mandiri

Tugas mandiri bidan yaitu tugas yang menjadi tanggung jawab bidan sesuai kewenangannya dengan menetapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan yang diberikan meliputi:

- 1) Pelayanan KIA meliputi: pemeriksaan ibu hamil normal, pemberian imunisasi TT pada ibu hamil dan imunisasi dasar pada bayi, pemeriksaan catin.

- 2) Pelayanan KB meliputi: suntik KB, pemasangan IUD dan implant.
- 3) Pelayanan ibu bersalin, ibu nifas dan bayi baru lahir di ruang bersalin. dengan melibatkan klien / keluarga, meliputi: persalinan normal, amniotomi, episiotomi dan luka penjahitan perineum tingkat I dan II, pemberian suntikan uterotonika, tindakan manual atau digital pada retensio plasenta/sisa plasenta, manajemen atonia uteri (termasuk KBE/KBI), pertolongan persalinan dengan vakum ekstraksi pada preskep di HIV, perawatan tali pusat, resusitasi pada BBL dengan asfixia ringan.
- 4) Di IGD: pertolongan pertama kegawatdaruratan kebidanan pada ibu dan anak (mandiri dan kolaborasi).
- 5) Di Rawat inap: perawatan bumil dengan penyulit misalnya hiperemesis gravidarum, perdarahan ante natal, perdarahan postpartum, perawatan bayi asfiksia ringan-sedang, perawatan BBL, BBLR dll (mandiri dan kolaborasi).
- 6) Di posyandu; pemeriksaan ibu hamil normal, pemberian imunisasi TT pada ibu hamil dan imunisasi dasar pada bayi, pelayanan pada lansia.

b. Tugas Kolaborasi

Merupakan tugas yang dilakukan oleh bidan sebagai anggota tim yang kegiatannya dilakukan secara bersamaan atau sebagai salah satu urutan dari proses kegiatan pelayanan kesehatan, kolaborasi dilakukan dengan:

- 1) Dokter pada pemberian terapi pada klien dengan dengan risiko tinggi dan kegawatdaruratan baik di rawat jalan maupun di rawat inap.
- 2) Dokter/perawat gigi untuk pemeriksaan kesehatan gigi

- 3) Analisis untuk pemeriksaan laboratorium; Hb, urine protein
 - 4) Nutrisi untuk konsultasi gizi
 - 5) PLKB untuk pengadaan alat kontrasepsi bagi aksetor jamkesmas dll
- c. Tugas Ketergantungan/Merujuk
- Tugas yang dilakukan oleh bidan dalam rangka rujukan ke sistem pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya yaitu pelayanan yang dilakukan oleh bidan sewaktu menerima rujukan dari bidan desa baik dari dalam maupun luar wilayah bahkan dari bidan puskesmas lain.
- 1) Menerapkan manajemen kebidanan pada setiap asuhan kebidanan sesuai dengan fungsi rujukan keterlibatan klien dan keluarga.
 - 2) Memberikan asuhan kebidanan melalui konsultasi dan rujukan pada klien dengan risiko tinggi dan kegawatdaruratan misalnya pada penderita PEB/ Eklamsi, Kala II lama, presbo dll.dengan melibatkan klien dan keluarga.
 - 3) Menerima rujukan dari bidan desa dan bidan puskesmas lain

2. Peran sebagai pengelola

Sebagai pengelola bidan memiliki 2 tugas yaitu tugas pengembangan pelayanan dasar kesehatan dan tugas partisipasi dalam tim.

- a. Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan

Bidan bertugas mengembangkan pelayanan dasar kesehatan terutama pelayanan kebidanan untuk individu, keluarga kelompok khusus dan masyarakat di wilayah kerja dengan melibatkan masyarakat/ klien meliputi:

- 1) Mengkaji kebutuhan terutama yang berhubungan dengan kesehatan ibu dan anak untuk meningkatkan serta mengembangkan program pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya bersama tim kesehatan dan pemuka masyarakat.
- 2) Menyusun rencana kerja sesuai dengan hasil kajian bersama masyarakat.
- 3) Mengelola kegiatan pelayanan kesehatan khususnya KIA/KB sesuai dengan rencana.
- 4) Mengkoordinir, mengawasi dan membimbing kader dan dukun atau petugas kesehatan lain dalam melaksanakan program/ kegiatan pelayanan KIA/KB.
- 5) Mengembangkan strategi untuk meningkatkan kesehatan masyarakat khususnya KIA KB termasuk pemanfaatan sumber yang ada pada program dan sektor terkait. Misalnya P4K, pemasangan poster dan leaflet di ruang pemeriksaan dan ruang tunggu dll.
- 6) Menggerakkan dan mengembangkan kemampuan masyarakat serta memelihara kesehatannya dengan memanfaatkan potensi yang ada misalnya lewat posyandu, desa siaga dll.
- 7) Mempertahankan dan meningkatkan mutu serta keamanan praktik profesional melalui:
 - a) Pendidikan : Minimal DIII kebidanan
 - b) Pelatihan : Beberapa bidan sudah mendapat pelatihan PONEB, APN dll
 - c) Pembinaan oleh kepala puskesmas yang dilakukan tiap bulan pada rapat KGI
- 8) Mendokumentasikan seluruh kegiatan yang telah dilaksanakan

b. Berpartisipasi dalam tim

Bidan berpartisi dalam tim untuk melaksanakan program kesehatan dan sektor lain melalui peningkatan kemampuan dukun bayi, kader, dan tenaga kesehatan lain yang berada di wilayah kerjanya, meliputi:

- 1) Bekerjasama dengan Puskesmas, institusi lain sebagai anggota tim dalam memberi asuhan kepada klien bentuk konsultasi, rujukan & tindak lanjut.
- 2) Membina hubungan baik dengan dukun bayi, kader kesehatan, PLKB dan masyarakat.
- 3) Melaksanakan pelatihan serta membimbing dukun bayi, kader dan petugas kesehatan lain.
- 4) Memberikan asuhan kepada klien rujukan dari dukun bayi.
- 5) Membina kegiatan yang ada di masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan

3. Peran sebagai pendidik

Sebagai pendidik bidan mempunyai 2 tugas yaitu sebagai pendidik dan penyuluh kesehatan bagi klien serta pelatih dan pembimbing kader.

- a. Memberikan pendidikan dan penyuluhan kesehatan kepada individu, keluarga dan masyarakat tentang penanggulangan masalah kesehatan khususnya KIA/KB.
- b. Melatih dan membimbing siswa bidan/keperawatan yang PKL di Puskesmas serta membina dukun di wilayah kerja Puskesmas.
- c. Membina kader di desa binaannya masing-masing

4. Peran sebagai peneliti

Peran bidan Puskesmas sebagai peneliti dengan melakukan investigasi atau penelitian terapan dalam bidang kesehatan baik secara mandiri maupun kelompok.

B. Fungsi Bidan

1. Fungsi Pelaksana

Fungsi bidan di Puskesmas Rawat Nginap sebagai pelaksana mencakup:

- a. Melakukan bimbingan dan penyuluhan kepada individu, keluarga, serta masyarakat (khususnya kaum remaja) pada masa pra perkawinan dengan berkolaborasi dengan KUA dalam bentuk edukasi pada caten, dengan sekolah (SMP/SMU) dengan melakukan pemeriksaan dan penyuluhan.
- b. Melakukan asuhan kebidanan untuk proses kehamilan normal, kehamilan dengan kasus patologis tertentu, dan kehamilan dengan risiko tinggi.
- c. Menolong persalinan normal dan kasus persalinan patologis tertentu; Kala II lama, persalinan VE pada presentasi kepala pada Hodge IV, perawatan pasien hiperemesis gravidarum di rawat inap dll
- d. Merawat bayi segera setelah lahir normal dan bayi dengan risiko tinggi: BBLR.
- e. Melakukan asuhan kebidanan pada ibu nifas
- f. Melakukan pelayanan kesehatan pada anak balita dan pra sekolah melalui posyandu dan pemeriksaan anak TK.
- g. Memberi pelayanan KB; suntik, implant IUD, pil dan kondom.
- h. Memberi bimbingan dan pelayanan kesehatan untuk kasus gangguan sistem reproduksi, termasuk wanita pada masa klimakterium internal dan menopause di posyandu lansia

2. Fungsi Pengelola

Fungsi bidan sebagai pengelola mencakup:

- a. Mengembangkan konsep kegiatan pelayanan kebidanan bagi individu, keluarga, kelompok masyarakat, sesuai dengan kondisi dan kebutuhan masyarakat setempat yang didukung oleh partisipasi masyarakat.
- b. Menyusun rencana pelaksanaan pelayanan kebidanan.
- c. Memimpin koordinasi kegiatan pelayanan kebidanan.
- d. Melakukan kerja sama serta komunikasi inter dan antar sektor yang terkait dengan pelayanan kebidanan.
- e. Memimpin evaluasi hasil kegiatan tim atau unit pelayanan kebidanan.

3. Fungsi Pendidik

Fungsi bidan sebagai pendidik mencakup:

- a. Memberi penyuluhan kepada individu, keluarga, dan kelompok masyarakat terkait dengan pelayanan kebidanan dalam lingkup kesehatan serta KB.
- b. Membimbing dan melatih dukun bayi serta kader kesehatan
- c. Memberi bimbingan kepada para peserta didik bidan dalam kegiatan praktik di klinik dan di masyarakat. Sesuai dengan bidang keahliannya.

4. Fungsi Peneliti

Fungsi bidan sebagai peneliti mencakup:

- a. Melakukan evaluasi, pengkajian, survei, dan penelitian yang dilakukan sendiri atau berkelompok dalam lingkup pelayanan kebidanan.
- b. Melakukan penelitian kesehatan keluarga dan KB
- c. Fungsi bidan sebagai peneliti belum dilakukan secara maksimal

Daftar Pustaka

- Ambarwati, Arie. 2018. *Perilaku Dan Teori Organisasi*. Malang: Media Nusa Creative.
- Arifin, Syamsul. 2016. "Sub Sistem Pelayanan Kesehatan." in *Dasar-Dasar Manajemen Kesehatan*. Banjarmasin.
- Buse K, May N, Walt G. 2005. *Making Health Policy. Understanding Public Health. Open University Press McGraw – Hill House*. Berkshire England. UK.
- Ervianingsih, Dkk. 2020. *Kebijakan Dan Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Pertama. edited by E. Jaelani. Bandung: Widina Bhakti Persada Bandung.
- G, Walt. 1994. *Health Policy: An Introduction to Process and Power*. London.
- Herlambang, Susatyo. 2016. *Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Indar, Muh. Alwi. Arifin, Darmawansyah, and Nurhayani. 2020. *Pelayanan Kesehatan*. 1st ed. Makassar: Pustaka Pelajar.
- Leppo K. 2001. *Strengthening Capacities for Policy Development and Strategic Management in National Health Systems. A Background Paper Prepared for the Forum of Senior Policy Maker and Manager of Health Systems WHO*. Geneva.
- Menteri Kesehatan. 2010. "Permenkes Nomor 411 Tahun 2010.Pdf."
- Mukarom, Zaenal, and Muhibudin Wijaya Laksana. 2015. "Manajemen Pelayanan Publik." *Manajemen Pelayanan Publik* 1–50.
- No.9, Permenkes RI. 2014. "Permenkes RI No.9." *UIN Maulana Malik Ibrahim* 39(1):1–15.
- Novela, V, Q. Ulfiana, J. P. Simamora, N. Argaheni, E. Sianturi, and L. Lakhmudien. 2021. *Kebijakan Dan Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Yayasan Kita Menulis.

- Novela, Vina, Henny Arwina Bangun, Dina Ediana, Ichsan Trisutrisno, Rika Handayani, Wahyuddin, and Niken Bayu Agraheni. 2021. "Sistem Kesehatan Di Indonesia." in *Dasar-Dasar Manajemen Kesehatan*, edited by J. Simarmata. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Nugroho, Riant. 2009. *Public Policy (Dinamika Kebijakan, Analisis Kebijakan, Manajemen Kesehatan)*. 2nd ed. Jakarta: PT.Elex Media Komputindo.
- P, Fafard. 2008. *Evidence and Healthy Public Policy: Insights from Health and Political Sciences*. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy US.
- Permenkes. 2019. *Tentang Puskesmas*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Poter J, Ogden J, Pronyk P. 1999. *Infectious Disease Policy: Towards the Production of Health. Health Policy and Planning*.
- RI, Permenkes. 2016. *Tentang Penyelenggaraan Optikal*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- RI, Undang-undang. 2009. *Tentang Kesehatan*. Jakarta.
- Silitonga, Timbul Mei. 2016. "Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Lama Waktu Tunggu Rawat Jalan Di Rumah Sakit Santa Elisabeth Batam Tahun 2016." *Jurnal Skripsi* 4(2):161-72.
- Takdir. 2018. *Hukum Kesehatan*. Vol. 20. 1st ed. edited by D. Ilham. Palopo: Lembaga Penerbit Kampus IAIN Palopo.
- Utami, Yeni Tri. 2011. "Hubungan Waktu Tunggu Pelayanan Rawat Jalan Dengan Kepuasan Pasien Spesialis Pribadi Di RS Atmajaya." *Prosiding Nasional APIKES-AKBID Citra Medika Surakarta* 195-205.
- Wijaya, and Rifa'i. 2016. *Dasar-Dasar Manajemen*. Medan: Perdana Publishing.
- World Health Organisation (WHO). 2000. *The World Health Report: Health System: Improving Performance*. Geneva.
- Yanuar, Amin. 2017. *Etika Profesi Dan Hukum Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI.

Tentang Penulis



Dr. Rika Handayani, SKM., M.Kes. lahir di Ujung Pandang 10 Februari 1986. Salah seorang dosen tetap di Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Megarezky Makassar sejak tahun 2019. Awal karir sebagai dosen dimulai sejak tahun 2009 pada beberapa Perguruan Tinggi Swasta di Kota Makassar, Sulawesi Selatan. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Program Studi Biostatistik/KKB di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tahun 2008, Pendidikan S2 di Konsentrasi Kesehatan Reproduksi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tahun 2012. Gelar Doktor di Bidang Ilmu Kedokteran Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin Tahun 2018 dengan Judul Disertasi "*Efek Paparan Isofluran Terhadap Gangguan Fertilitas Melalui Ekspresi Gen Hormon Estrogen dan Testosteron Pada Perawat Kamar Operasi*". Selain menjalankan tugas tridharma perguruan tinggi, juga aktif pada berbagai kegiatan keorganisasian dan sebagai tim editor dan reviewer jurnal. Juga aktif dalam mengikuti kegiatan pertemuan ilmiah baik ditingkat nasional maupun internasional. Saat ini memberikan pengajaran di beberapa program studi di Universitas Megarezky yaitu Prodi S1 Kebidanan, S1 Keperawatan dan DIV TLM. Di samping itu, diangkat sebagai Sekretaris Senat Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Periode 2019-2023 serta sebagai Anggota Senat Universitas Megarezky Periode 2020-2023. Merupakan penulis Buku Referensi dengan judul *Anestesi Isofluran dan Efeknya Terhadap Reproduksi* (2019), Buku Ajar dengan judul *Biostatistik Dalam Kebidanan* (2017), *Metode Penelitian dan Statistik* (2018), *Sistem Informasi Kesehatan*

(2019), Biologi Perkembangan (2020), Buku Chapter Dasar-dasar Manajemen Kesehatan (2021), Teori Keperawatan Komunitas (2022), Dasar Kesehatan Reproduksi (2022). Serta saat ini menjabat sebagai Ketua Satuan Pengawas Internal (SPI) di Universitas Megarezky (2021-sekarang).



Dr. Syamsuriyati, S.ST., SKM., M.Kes. adalah salah satu Dosen Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Megarezky Makassar Sejak tahun 2007. Awal Karier tahun 1994-1997 sebagai Bidan Tidak Tetap (PTT), Tahun 1997-2007 bekerja sebagai bidan di RSB Siti Khadijah IV Kota Makassar, Tahun 2007 sampai sekarang sebagai dosen Tetap Di Universitas MEGAERZKY. Selain itu aktif di Organisasi Profesi Bidan sebagai Ketua IBI Ranting UNIMERZ. Menyelesaikan Pendidikan SPK Muhammadiyah tahun 1993, D-III Kebidanan Politeknik KEMENKES Makassar 2005, D-IV Bidan Pendidik Politeknik KEMENKES Makassar Tahun 2007, Sarjana Kesehatan Reproduksi Universitas Muslim Makassar tahun 2010, Magister Kesehatan Reproduksi Universitas Hasanuddin Makassar tahun 2012, dan meraih gelar Doktor ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Tahun 2021.



Misrawati, S.ST., M.Keb. merupakan salah seorang dosen tetap di fakultas keperawatan dan kebidanan universitas Megarezky Makassar sejak tahun 2013. Menyelesaikan pendidikan DIV Bidan pendidik di STIKes Mega Rezky Makassar tahun 2012. Pendidikan S2 kebidanan di pascasarjana universitas Hasanuddin pada tahun 2018. Selain menjalankan tugas Tri dharma perguruan tinggi juga aktif pada berbagai kegiatan ke organisasian disamping itu juga aktif dalam mengikuti kegiatan pertemuan ilmiah baik di tingkat nasional maupun internasional.

APPENDIX

Capaian Pembelajaran (CP) Program Studi Sarjana Kebidanan dan Profesi Bidan

Sikap

1. Menghargai keanekaragaman budaya, pandangan, agama dan kepercayaan serta pendapat atau orisinal orang lain
2. Bekerja sama dan memiliki kepekaan social serta kepedulian terhadap masyarakat dan lingkungan
3. Menunjukkan sikap bertanggungjawab atas pekerjaannya dibidang keahliannya secara mandiri

Pengetahuan

1. Menguasai konsep teoritis ilmu kebidanan, manajemen asuhan kebidanan, keputusan klinik, model praktik kebidanan dan etika profesi secara mendalam

Keterampilan Umum

1. Mampu menunjukkan kinerja mandiri, bermutu dan terukur
2. Mampu mengambil keputusan secara tepat dalam konteks penyelesaian masalah dibidang keahliannya berdasarkan hasil analisis informasi dan data

Keterampilan Khusus

1. Mampu mengaplikasikan keilmuan kebidanan dalam menganalisis masalah dan memberikan petunjuk dalam memilih alternative pemecahan pada lingkup praktik kebidanan meliputi asuhan pranikah, prakonsepsi, kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, bayi, anak balita, anak pra sekolah, kesehatan reproduksi (remaja, perempuan usia subur, dan perempuan perimenopause) serta pelayanan KB.

Buku Ajar

SISTEM

PELAYANAN KESEHATAN

Buku *Sistem Pelayanan Kesehatan* disusun berdasarkan RPS Mata Kuliah Sistem Pelayanan Kesehatan yang diperlukan oleh mahasiswa dalam mengikuti perkuliahan. Buku ini menyajikan secara rinci materi yaitu Organisasi Pelayanan Kesehatan di Indonesia, Peraturan dan Kebijakan Sistem Pelayanan Kesehatan di Indonesia, Sistem Rujukan Kesehatan, Indikator Kinerja Sistem Pelayanan Kesehatan, Program-Program Dasar Puskesmas dan Primary Health Care, Peran Tenaga Medis Dalam Pemberian Pelayanan Kesehatan Untuk Menunjang Pelaksanaan Program Universal Coverage di Puskesmas dan Peran Bidan di Puskesmas Rawat Inap.

Buku ini sangat bermanfaat bagi akademisi seperti mahasiswa dan pengajar khususnya di lingkup program studi Sarjana Kebidanan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Megarezky. Selain itu, buku ini juga bermanfaat bagi pembuat program kesehatan dan profesi kesehatan, seperti pegawai Depkes, Dinas Kesehatan, serta masyarakat umum lainnya yang memerlukan bahan bacaan terbaru mengenai sistem pelayanan kesehatan.



Jl. Karang Sari, Gg. Nakula, Sleman, Yogyakarta 57773
Telepon: (0274) 4358369 WA: 0858 6534 2317
Email: redaksibintangpustaka@gmail.com
Website: bintangpustaka.com

