

MODUL BLOK IKGM 2

Analisis Lingkungan dan Manajemen Kesehatan

Departemen Ilmu Kesehatan Gigi Masyarakat
dan Pencegahan (IKGMP)

Fakultas Kedokteran Gigi
Universitas Prof.Dr.Moestopo(Beragama)

Jakarta

2020

PENANGGUNG JAWAB BLOK

Annisa Septalita, drg, M.Kes

TIM PENYUSUN

1. Annisa Septalita, drg, M.Kes
2. Irma Binarti, drg, MARS
3. Lukas Kusparmanto, drg, MARS
4. Yufitri Mayasari, drg, M.Kes
5. Dr. Fauziah.M.Asim, drg, M.Kes
6. Mutiara Rina Rahmawati Ruslan, drg, MPH
7. Pindobilowo, drg, M.Kes

MODUL ANALISIS LINGKUNGAN DAN MANAJEMEN KESEHATAN
ILMU KEDOKTERAN GIGI MASYARAKAT 2
SEMESTER GENAP 2019/2020

Deskripsi Blok : Blok ini merupakan blok yang memuat bahan kajian tentang ilmu kesehatan gigi masyarakat yang bertujuan agar mahasiswa memiliki kemampuan tentang Analisis Lingkungan, Manajemen Kesehatan, Manajemen Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut serta Sistem Informasi Rekam Medis.

Kegiatan 1 : Kesehatan lingkungan kerja (mengenai konsep lingkungan fisik di tempat praktek dan mengenai konsep *green dentistry*).

CPMK : Mampu menjelaskan tentang kesehatan lingkungan kerja (mengenai konsep lingkungan fisik di tempat praktek dan mengenai konsep *green dentistry*).

CPL :

- Mampu menjelaskan tentang kesehatan lingkungan kerja (mengenai konsep lingkungan fisik di tempat praktek)
- Mampu menjelaskan tentang kesehatan lingkungan kerja (mengenai konsep *green dentistry*)

Uraian Materi :

KESEHATAN LINGKUNGAN KERJA

Pengertian

Kesehatan lingkungan merupakan upaya pencegahan penyakit dan/atau gangguan kesehatan dari faktor risiko lingkungan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial. Sedangkan pengaturan Kesehatan lingkungan bertujuan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial, yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Upaya kesehatan lingkungan berperan penting dalam mendukung keberhasilan pembangunan kesehatan masyarakat. Penyelenggaraan kesehatan lingkungan ini diselenggarakan

melalui upaya penyehatan, pengamanan, dan pengendalian, yang dilakukan terhadap lingkungan pemukiman, tempat kerja, tempat rekreasi, serta taempat fasilitas umum. Adapun ruang lingkup menurut UU No 23 tahun 1992 Tentang Kesehatan (Pasal 22 ayat 3), ruang lingkup kesehatan lingkungan sebagai berikut:

1. Penyehatan air dan udara
2. Pengamanan limbah padat/sampah
3. Pengamanan limbah cair
4. Pengamanan limbah gas
5. Pengamanan radiasi
6. Pengamanan kebisingan
7. Pengamanan vektor penyakit
8. Penyehatan dan pengamanan lainnya, seperti paska bencana

Lingkungan kerja merupakan lingkungan fisik tempat para karyawan melakukan aktifitas bekerja. Lingkungan kerja dapat membawa dampak positif dan negatif bagi pekerja dalam rangka mencapai hasil kerjanya. Lingkungan kerja yang kondusif akan membawa dampak baik bagi kelangsungan karyawan, sebaliknya lingkungan kerja yang tidak kondusif akan membawa dampak negative bagi kelangsungan karyawan bekerja. Lingkungan kerja fisik mempengaruhi semangat dan emosi kerja karyawan. Faktor-faktor yang mempengaruhi lingkungan kerja fisik adalah suhu, kebisingan, penerangan, mutu udara, dan ukuran ruang kerja.

1. Suhu: untuk memaksimalkan produktifitas maka penting pegawai bekerja di suatu lingkungan pada suhu yang dapat diterima oleh setiap individu
2. Kebisingan: kebisingan memberikan pengaruh negatif dan mengganggu konsentrasi pegawai
3. Penerangan: bekerja pada ruangan yang gelap/samar-samar akan menyebabkan ketegangan pada mataintensitas cahaya yang tepat dapat membantu karyawan dalam memperlancar aktifitas kerja
4. Mutu udara: Udara yang tercemar merugikan kesehatan, dan dapat mengganggu kesehatan karyawan
5. Ukuran ruang kerja: Ruang kerja sangat mempengaruhi kinerja karyawan, ruang kerja yang sempit membuat karyawan sulit bergerak akan menghasilkan prestasi kerja yang rendah dibanding karyawan yang memiliki ruangan yang luas

Kesehatan lingkungan kerja adalah upaya mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan fisik, mental dan kesejahteraan sosial semua pekerja yang setinggi-tingginya. Mencegah gangguan kesehatan yang disebabkan oleh kondisi pekerjaan; melindungi pekerja dari faktor risiko pekerjaan yang merugikan; penempatan dan pemeliharaan pekerja dalam suatu lingkungan kerja disesuaikan dengan kemampuannya.

Kesehatan Lingkungan Kerja

Prinsip dasar kesehatan kerja adalah upaya penyesuaian antara kapasitas, beban, dan lingkungan kerja agar setiap pekerja dapat bekerja secara sehat tanpa membahayakan dirinya sendiri maupun masyarakat di sekelilingnya, agar diperoleh produktivitas kerja yang optimal. Konsep dasar dari upaya kesehatan kerja ini adalah mengidentifikasi masalah, mengevaluasi, dan tindakan pengendalian. Sasaran kesehatan kerja adalah manusia yang meliputi aspek kesehatan dari pekerja tersebut. Kesehatan kerja yang disebut juga dengan *occupational health* mempunyai tujuan untuk membuat tenaga kerja selalu sehat, selamat, sejahtera, dan dapat bekerja secara produktif, serta tidak terjadi kecelakaan kerja yang dapat mengganggu produksi dalam pekerjaan. Perlindungan bagi pekerja perlu dilakukan sebagai upaya meningkatkan efektifitas keselamatan dan kesehatan pekerja selaku penggerak roda ekonomi bangsa, asset bagi tempat kerja, tulang punggung keluarga, dan pencetak generasi penerus bangsa. Dengan menciptakan lingkungan kerja yang sehat, nyaman, dan kondusif sehingga pekerja dapat memberikan kontribusi maksimal dengan kondisi kenyamanan yang prima. Oleh sebab itu dibutuhkan:

1. Peningkatan pengetahuan kesehatan kerja, agar para pekerja mengetahui pentingnya kesehatan kerja, sehingga berkeinginan untuk melakukan perilaku hidup bersih dan sehat.
2. Membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di tempat kerja dengan menjadikan tempat kerja sehat, aman dan nyaman. Penerapan Kawasan tanpa asap rokok di lingkungan tempat kerja, menjaga kebersihan, mencuci tangan dengan sabun, larangan penggunaan obat-obat terlarang dan minuman alkohol.
3. Penyediaan ruang ASI, penyediaan fasilitas khusus untuk menyusui atau pemberian kesempatan kepada ibu yang bekerja untuk memberikan ASI kepada bayinya dengan ruang tertutup.
4. Aktivitas fisik atau kebugaran jasmani yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan mencapai produktivitas kerja yang optimal. Aktivitas fisik dilakukan selama

30 menit atau lebih setiap hari. Program aktifitas fisik antara lain senam kebugaran jasmani.

5. Pemeriksaan kesehatan pekerja yang dilakukan sebagai upaya preventif terhadap penyakit atau faktor risiko berbahaya yang dapat menyerang pekerja. Pemeriksaan kesehatan paling sedikit satu kali dalam setahun.
6. menerapkan ergonomi di tempat kerja: ergonomi merupakan ilmu yang mempelajari manusia dan pekerjaan serta bagaimana merancang tugas, pekerjaan, peralatan kerja, informasi serta fasilitas di lingkungan kerja sedemikian rupa agar karyawan dapat bekerja secara aman, nyaman, sehat, efektif, efisien, dan produktif.

Faktor-faktor yang dapat mengganggu daya kerja seseorang meliputi:

1. Penerangan yang kurang cukup intensitasnya dapat menyebabkan kelelahan mata
2. Kegaduhan mengganggu daya mengingat, konsentrasi pikiran dan dapat menyebabkan kelelahan psikologis
3. Gas-gas dan uap yang diserap tubuh lewat pernapasan mempengaruhi fungsi berbagai jaringan tubuh dan menyebabkan penurunan daya kerja
4. Sikap badan yang salah menyebabkan kelelahan
5. Hubungan kerja yang tidak sesuai akan menyebabkan pekerja menjadi lamban

Gangguan kesehatan kerja terjadi dimana saja menimpa kepada semua pekerja baik dilapangan maupun di perkantoran dapat menimbulkan terjadinya penyakit atau gangguan kesehatan. Risiko kesehatan di tempat kerja merupakan suatu bahaya kesehatan yang akan muncul bila seseorang kontak dengan sesuatu yang dapat menyebabkan gangguan bagi tubuh ketika terjadi pajanan “exposure” yang berlebihan dan dapat menimbulkan risiko kesehatan para pekerja. Bahaya kesehatan dapat menyebabkan penyakit yang disebabkan oleh pajanan suatu sumber bahaya di tempat kerja beberapa faktornya adalah:

1. *Somatic Hazard*: bahaya yang berasal tubuh pekerja yaitu kapasitas kerja dan status kesehatan
2. *Behavioral Hazard*: hazard/bahaya yang terkait dengan perilaku pekerja
3. *Environmental Hazard*: berupa faktor fisik, kimia dan biologi, contoh faktor fisik:
 - a. Bising dapat menyebabkan tuli

- b. Getaran (vibrasi) dapat menyebabkan gangguan pendengaran, musculoskeletal, keseimbangan, *white finger* & hematuria mikroskopik akibat kerusakan saraf tepi dan jaringan pembuluh darah
 - c. Suhu ekstrim dingin dapat terjadi frostbite, hipotermia, mengancam jiwa pekerja yang berisiko yang bekerja di negara 4 musim
 - d. Suhu ekstrim panas dapat terjadi *heat cramp*, *heat exhaustion* dan *heat stroke*, peralatan kerja yang mengeluarkan suhu ekstrim
 - e. Cahaya dapat terjadi *eye strain* (kelelahan mata, sakit kepala, mengantuk), *fatigue*
 - f. Tekanan menyebabkan kerusakan telinga dan paru
 - g. Faktor biologi: AIDS, Hepatitis A/B/C, TBC dll
 - h. Faktor kimia: pestisida
 - i. Logam berat: arse, cobalt, aluminium, solvent pelarut
4. *Hazard ergonomic*: Kondisi pekerjaan dan peralatan yang digunakan oleh pekerja
 5. Hazard pengorganisasian pekerjaan dan budaya kerja seperti contoh stres kerja

Tujuan dan manfaat utama kesehatan kerja adalah:

1. Pencegahan dan pemberantasan penyakit dan kecelakaan kerja akibat kerja
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan dan gizi pekerja
3. Perawatan dan mempertinggi efisiensi dan produktifitas tenaga kerja
4. Pemberantasan kelelahan kerja dan meningkatkan kegairahan rasa kenikmatan kerja
5. Perlindungan bagi masyarakat sekitar suatu perusahaan agar terhindar dari bahaya-bahaya pencemaran yang ditimbulkan
6. Perlindungan masyarakat luas dari bahaya-bahaya yang mungkin ditimbulkan oleh produk-produk perusahaan, dengan tujuan akhir adalah untuk menciptakan tenaga kerja yang sehat dan produktif.

GREEN DENTISTRY

Pengertian

Green dentistry adalah sebuah konsep praktik dokter gigi ramah lingkungan, sebuah pendekatan yang menggabungkan praktik kedokteran gigi dengan pemeliharaan kesehatan lingkungan. Pelayanan kesehatan gigi dan mulut dilakukan dengan menggunakan bahan yang memelihara kesehatan lingkungan dan memelihara bumi, dengan menggunakan inovasi teknologi

tingkat tinggi yang meningkatkan efisiensi dan efektifitas serta mengurangi jumlah limbah dan polusi terhadap lingkungan. kedokteran gigi ramah lingkungan adalah sebuah pendekatan untuk memenuhi kebutuhan jutaan pasien dan membantu para professional gigi untuk memelihara kesehatan bumi dan masyarakat.

Komponen *Green Dentistry* mengurangi limbah dan polusi: Klinik gigi menghasilkan sejumlah besar produk Limbah-limbah yang membahayakan kesehatan lingkungan dalam sarana praktik dokter gigi. Limbah – limbah bahaya tersebut dapat berupa limbah infeksi dan limbah kimia. Limbah infeksi adalah limbah yang dapat menularkan penyakit seperti darah dan jaringan, dapat menularkan penyakit seperti demam berdarah, diare, hepatitis dan flu burung. Sedangkan limbah kimia adalah limbah yang dapat merusak lingkungan seperti limbah tambalan amalgam yang mengandung merkuri sebanyak 40-50%, limbah pencucian film X-ray yang mengandung silver, hydroquinone dan chromium, glutaldehyde dan orthophthaldehyde, serta cairan bleaching dengan konsentrasi tinggi. Paraktik dokter gigi juga menggunakan obat dan bahan-bahan yang selalu dipakai dalam praktiknya juga dapat mengganggu lingkungan, seperti jarum suntik, obat-obat pulpa, masker, sarung tangan, alat-alat pemanas, sinar halogen, dan laser. Jika tidak ditampung di tempat khusus, bahan-bahan tersebut dapat ikut aliran pembuangan selokan, ke sungai dan ke laut, atau dapat juga mengendap disekitarnya. Sehingga dapat menyebabkan kerusakan lingkungan dan menimbulkan penyakit yang menular.

Langkah-langkah menuju *green dentistry*:

- Kelola limbah medis: beberapa cara untuk mengurangi limbah toksik adalah dengan mengurangi atau menghentikan penggunaan bahan berbahaya, dan menyiapkan alat pembuangan yang aman bagi lingkungan dan menggunakan bahan lain yang lebih aman digunakan.
- Gunakan produk daur ulang dan ramah lingkungan, kurangi pemakaian air misalnya penggunaan gelas yang dapat di daur ulang.
- Kurangi pemakaian energi, dengan menggunakan lampu hemat energi, menghindari atau mengurangi penggunaan pendingin ruangan di tempat praktik.
- Kurangi pemakaian air yaitu dengan menggunakan gelas yang dapat didaur ulang. Gunakan produk daur ulang dan ramah lingkungan.

- Penggunaan Digital X-ray: peralatan X-ray yang tradisional beralih ke digital X-ray karena tidak membutuhkan film, tidak melalui pemrosesan dengan bahan kimia, membutuhkan energi listrik, memperkecil radiasi pada pasien dan operator, dan dapat diolah secara komputerisasi.
- Konsep Green Building: klinik/RSGM yang baru dibangun, menggunakan konsep ramah lingkungan, yaitu memaksimalkan ventilasi dan jendela untuk mengurangi pemakaian AC dan pencahayaan dari sinar matahari.

Prinsip *Green Dentistry*:

1. *Rethink*:
 - A. Perlindungan lingkungan dan peningkatan kesehatan lingkungan
 - B. Pengurangan konsumsi energi dan air
2. *Reduce*:
 - A. Direkomendasikan untuk membeli produk dengan kemasan minimum dan penggunaan plastic yang dapat digunakan kembali
 - B. *Tele Dentistry*
 - C. Untuk mengurangi limbah pengiriman, beli bahan jumlah besar, misal bahan pasta
 - D. Gunakan sterilisasi uap untuk menghilangkan penggunaan bahan kimia
3. *Reuse*:
 - A. Gunakan alat sterilisasi yang dapat digunakan kembali
 - B. Gunakan stainless steel yang dapat digunakan kembali
4. *Recycle*:
 - A. Partisipasi dalam program daur ulang instrument yang mengubah menjadi logam industry, misalnya menjadi bahan bangunan
 - B. Daur ulang kertas yang robek
 - C. Kumpulkan semua amalgam skrap dan kirim ke pendaur ulang yang ter-aplikasi

Latihan :

- 1. Gangguan kesehatan kerja terjadi dimana saja dan dapat menimbulkan terjadinya penyakit atau gangguan kesehatan. Sebutkan apa saja tujuan dan manfaat utama kesehatan kerja?**

Jawaban:

Tujuan dan manfaat utama kesehatan kerja adalah:

1. Pencegahan dan pemberantasan penyakit dan kecelakaan kerja akibat kerja
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan dan gizi pekerja
3. Perawatan dan mempertinggi efisiensi dan produktifitas tenaga kerja
4. Pemberantasan kelelahan kerja dan meningkatkan kegairahan rasa kenikmatan kerja
5. Perlindungan bagi masyarakat sekitar suatu perusahaan agar terhindar dari bahaya-bahaya pencemaran yang ditimbulkan
6. Perlindungan masyarakat luas dari bahaya-bahaya yang mungkin ditimbulkan oleh produk-produk perusahaan, dengan tujuan akhir adalah untuk menciptakan tenaga kerja yang sehat dan produktif.

- 2. Sebutkan dan jelaskan langkah-langkah menuju green dentistry!**

Jawaban:

Langkah-langkah menuju *green dentistry*:

- Kelola limbah medis: beberapa cara untuk mengurangi limbah toksik adalah dengan mengurangi atau menghentikan penggunaan bahan berbahaya, dan menyiapkan alat pembuangan yang aman bagi lingkungan dan menggunakan bahan lain yang lebih aman digunakan
- Gunakan produk daur ulang dan ramah lingkungan, kurangi pemakaian air misalnya penggunaan gelas yang dapat di daur ulang
- Kurangi pemakaian energi, dengan menggunakan lampu hemat energi, menghindari atau mengurangi penggunaan pendingin ruangan di tempat praktik
- Kurangi pemakaian air yaitu dengan menggunakan gelas yang dapat didaur ulang. Gunakan produk daur ulang dan ramah lingkungan

- Penggunaan Digital X-ray: peralatan X-ray yang tradisional beralih ke digital X-ray karena tidak membutuhkan film, tidak melalui pemrosesan dengan bahan kimia, membutuhkan energi listrik, memperkecil radiasi pada pasien dan operator, dan dapat diolah secara komputerisasi
- Konsep Green Building: klinik/RSGM yang baru dibangun, menggunakan konsep ramah lingkungan, yaitu memaksimalkan ventilasi dan jendela untuk mengurangi pemakaian AC dan pencahayaan dari sinar matahari.

Rangkuman :

- Lingkungan kerja merupakan lingkungan fisik tempat para karyawan melakukan aktifitas bekerja. Lingkungan kerja dapat membawa dampak positif dan negatif bagi pekerja dalam rangka mencapai hasil kerjanya. Faktor-faktor yang mempengaruhi lingkungan kerja fisik adalah suhu, kebisingan, penerangan, mutu udara, dan ukuran ruang kerja.
- Konsep dasar dari upaya kesehatan kerja ini adalah mengidentifikasi masalah, mengevaluasi, dan tindakan pengendalian, dengan sasarannya adalah manusia yang meliputi aspek kesehatan dari pekerja tersebut. Kesehatan kerja mempunyai tujuan untuk membuat tenaga kerja selalu sehat, selamat, sejahtera, dan dapat bekerja secara produktif, serta tidak terjadi kecelakaan kerja yang dapat mengganggu produksi dalam pekerjaan.
- Bahaya kesehatan dapat menyebabkan penyakit oleh pajanan suatu sumber bahaya di tempat kerja adalah : *Somatic Hazard*, *behavioral Hazard*: hazard/bahaya yang terkait dengan perilaku pekerja, *environmental Hazard*, bising dapat menyebabkan tuli, getaran (vibrasi), suhu ekstrim dingin dapat terjadi frostbite, hipotermia, pestisida, logam berat, *Hazard ergonomic*, dan hazard pengorganisasian seperti contoh stres kerja
- *Green dentistry* adalah sebuah konsep praktik dokter gigi ramah lingkungan, sebuah pendekatan yang menggabungkan praktik kedokteran gigi dengan pemeliharaan kesehatan lingkungan
- Komponen *Green Dentistry* mengurangi polusi dan limbah infeksi seperti darah dan jaringan maupun limbah kimia seperti mercury dan obat-obat pulpa
- Prinsip *Green Dentistry* adalah : *Rethink*, *reduce*, *reuse*, dan *recycle*

Daftar Pustaka :

1. Kurniawidjaya, D, L. M., 2010 Teori dan Aplikasi Kesehatan Kerja. Jakarta: *Universitas Indonesia*
2. Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. Ilmu Kesehatan Masyarakat (Prinsip-Prinsip Dasar): Cetakan kedua, Rineka Cipta
3. *Depnaker RI* 1997, Himpunan Peraturan Perundang-undangan Keselamatan dan Kesehatan Kerja
4. Kurniawidjaya, Meily, L. 2007. FILOSOFI DAN Konsep Dasar Kesehatan Kerja Serta Perkembangan dlam Praktik. Vol. 1, No. 6. Departemen Kesehatan & keselamatan Kerja Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
5. Mansyur, Muchtaruddin 2007. Manajemen Risiko Kesehatan Tempat Kerja. Volume: 57. Nomor: 9
6. Joseph La Dou, Occupational & Environmental Medicine, Lange, USA, 2004
7. Leggat, Kedjarune, Smith, Occupational Health Problems in Dentistry, 2007
8. Rival, A. 2012. Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit. Jakarta: *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia*
9. *Departemen Kesehatan RI*. Sistem kesehatan nasional. Jakarta: 2004 hal 5
10. *Rakernas Departemen Kesehatan RI*. 2010. Gerakan Pembangunan berwawasan kesehatan sebagai strategi nasional menuju Indonesia sehat 2010. Jakarta

Tugas : Buatlah *mindmap* konsep Green Dentistry!

Tes Formatif :

Soal:

1. Lingkungan kerja fisik mempengaruhi semangat dan emosi kerja karyawan. faktor-faktor yang mempengaruhi lingkungan kerja fisik adalah :
 - a. Gizi makanan
 - b. Suhu, dan kebisingan
 - c. Gas alam
 - d. Faktor emosi
2. Konsep dasar dari upaya kesehatan kerja ini adalah :
 - a. mengidentifikasi masalah, dan pengendalian
 - c. Tidak terjadi kecelakaan kerja

- b. Terhindar dari penyakit d. Sehat sejahtera
3. Penyediaan ruang ASI sebagai fasilitas khusus untuk menyusui kepada ibu yang bekerja, merupakan bentuk:
- a. Motivasi kerja c. Perlindungan kerja
- b. Apresiasi kerja d. Budaya kerja
4. Faktor-faktor yang dapat mengganggu daya kerja seseorang adalah:
- a. Penerangan yang kurang c. Kegaduhan/kebisingan
- b. Hubungan kerja yang tidak harmonis d. a,b, dan c benar
5. Paparan suatu sumber bahaya di tempat kerja dapat menyebabkan penyakit, seperti *Hazard Ergonomic* adalah bahaya:
- a. fisik, kimia dan biologi c. Terkait dengan perilaku pekerja
- b. Berasal dari tubuh pekerja d. berasal dari peralatan yang digunakan oleh pekerja
6. *Green dentistry* adalah sebuah konsep praktik dokter gigi:
- a Ramah lingkungan c. Menggunakan bahan yang aman pada lingkungan
- b. Memelihara bumi d. a, b, dan c benar
7. Limbah infeksi adalah limbah yang dapat menularkan penyakit seperti:
- a. Darah dan jaringan c. Limbah pencucian film X-ray
- a. Amalgam d. Silver
8. Cairan bleaching dengan konsentrasi tinggi termasuk limbah:
- a. Infeksi c. Polusi
- b. Kimia d. Halogen
9. Memaksimalkan ventilasi dan jendela untuk mengurangi pemakaian AC dan pencahayaan dari sinar matahari, merupakan konsep:
- a. Konsep Green Building c. Konsep Green Building&Green Dentistry
- b. Green Dentistry d. Hemat Energy

10. Prinsip *Green Dentistry* adalah:

- | | |
|---------------------|-------------------------------------|
| a. Rethink & reduce | c. Rethink, reduce, reuse & recycle |
| b. Reuse | d. Reuse & recycle |

Kunci Jawaban:

1. b
2. a
3. c
4. d
5. d
6. d
7. a
8. b
9. c
10. c

Umpan Balik :

- Pelaksana tutorial diberikan umpan balik berupa form Evaluasi Dosen Oleh Mahasiswa (EDOM) yang diisi oleh mahasiswa setelah pelaksanaan tutorial dan pleno berlangsung, sehingga terdapat evaluasi dari proses tutorial dan pleno.
- Mahasiswa juga diberikan umpan balik atau evaluasi dari Fasil (pemberi tutorial), berupa penilaian individu (keterampilan bertanya, menjawab pertanyaan, berpendapat, dan sikap respek, empat, serta support) dan juga penilaian presentasi oral per kelompok (penyajian materi PPT, penguasaan materi, gaya presentasi, serta sikap & perilaku).

MODUL ANALISIS LINGKUNGAN DAN MANAJEMEN KESEHATAN
ILMU KEDOKTERAN GIGI MASYARAKAT 2
SEMESTER GENAP 2019/2020

- Deskripsi Blok** : Blok ini merupakan blok yang memuat bahan kajian tentang ilmu kesehatan gigi masyarakat yang bertujuan agar mahasiswa memiliki kemampuan tentang Analisis Lingkungan, Manajemen Kesehatan, Manajemen Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut serta Sistem Informasi Rekam Medis
- Kegiatan 2** : Pengendalian Infeksi dan Pengelolaan Limbah di Praktek Dokter Gigi
- CPMK** : Mampu menjelaskan tentang Pengendalian Infeksi dan Pengelolaan Limbah di Praktek Dokter Gigi
- CPL** :
- Menjelaskan tentang kontrol infeksi
 - Menjelaskan tentang Alat Pelindung Diri (APD)
 - Menjelaskan tentang pengertian dan pengelolaan limbah dokter gigi

Uraian Materi :

Penyakit infeksi terkait pelayanan kesehatan atau *Healthcare Associated Infection* (HAIs) merupakan salah satu masalah kesehatan diberbagai negara di dunia, termasuk Indonesia. Dalam forum *Asian Pasific Economic Comitte* (APEC) atau *Global health Security Agenda* (GHSa) penyakit infeksi terkait pelayanan kesehatan telah menjadi agenda yang di bahas. Hal ini menunjukkan bahwa HAIs yang ditimbulkan berdampak secara langsung sebagai beban ekonomi negara. Secara prinsip, kejadian HAIs sebenarnya dapat dicegah bila fasilitas pelayanan kesehatan secara konsisten melaksanakan program PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi) yang merupakan upaya untuk memastikan perlindungan kepada setiap orang terhadap kemungkinan tertular infeksi dari sumber masyarakat umum dan disaat menerima pelayanan kesehatan pada berbagai fasilitas kesehatan. Dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan sangat penting bila terlebih dahulu petugas dan pengambil kebijakan memahami konsep dasar penyakit infeksi. Oleh karena itu perlu disusun pedoman pencegahan dan

pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan agar terwujud pelayanan kesehatan yang bermutu dan dapat menjadi acuan bagi semua pihak yang terlibat dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di dalam fasilitas pelayanan kesehatan serta dapat melindungi masyarakat dan mewujudkan *patient safety* yang pada akhirnya juga akan berdampak pada efisiensi pada manajemen fasilitas pelayanan kesehatan dan peningkatan kualitas pelayanan. CDC/*Centers for Disease Control and Prevention* dan HICPAC/*Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee* pada tahun 2007, merekomendasikan 11 (sebelas) komponen utama yang harus dilaksanakan dan dipatuhi dalam kewaspadaan standar, yaitu kebersihan tangan, Alat Pelindung Diri (APD), dekontaminasi peralatan perawatan pasien, kesehatan lingkungan, pengelolaan limbah, penatalaksanaan linen, perlindungan kesehatan petugas, penempatan pasien, *hygiene* respirasi/etika batuk dan bersin, praktik menyuntik yang aman dan praktik lumbal pungsi yang aman.

I. Kontrol Infeksi

Infeksi merupakan suatu keadaan yang disebabkan oleh mikroorganisme patogen, dengan/tanpa disertai gejala klinik. Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan (*Health Care Associated Infections*) yang selanjutnya disingkat HAIs merupakan infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yang terjadi ketika masuk tidak ada infeksi dan tidak dalam masa inkubasi, termasuk infeksi dalam rumah sakit tapi muncul setelah pasien pulang, juga infeksi karena pekerjaan pada petugas rumah sakit dan tenaga kesehatan terkait proses pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Infeksi dalam pelayanan kesehatan gigi ditularkan dari satu orang ke orang lain melalui tiga model penyebaran infeksi sebagai berikut:

1. Penularan melalui kontak:

- a. langsung dengan mikroorganisme pada sumber infeksi, contoh mulut pasien.
- b. tidak langsung dengan permukaan benda mati, misalnya: instrumen, alat dan permukaan terkontaminasi.

2. Penularan melalui droplet yaitu percikan saliva yang mengandung mikroorganisme.

3. Penularan melalui udara yang terkontaminasi mikroorganisme, misalnya aerosol.

Cara terbaik untuk memutus siklus penularan penyakit adalah dengan mengikuti kewaspadaan isolasi, sehingga siklus penularan penyakit akibat agen infeksi dapat diputus/dicegah (gambar 1).



Gambar 1. Siklus Penularan Penyakit oleh Agen Infeksi (Yee, 2006)

Kontaminasi silang dari mikroorganisme yang kemungkinan dapat terjadi di tempat pelayanan kesehatan gigi adalah:

1. Pasien ke tenaga pelayanan kesehatan gigi. Infeksi ini dapat berasal dari penularan melalui kontak langsung dan tidak langsung, penyebaran *droplet* dan melalui udara yang terkontaminasi mikroorganisme.
2. Tenaga pelayanan kesehatan gigi ke pasien
Infeksi dapat berasal dari tenaga pelayanan kesehatan gigi yang tidak menggunakan Alat Pelindung Diri (APD).
3. Pasien ke pasien
Infeksi dapat berasal dari kontak tidak langsung pada peralatan kedokteran gigi yang tidak dilakukan sterilisasi dengan sempurna dan permukaan peralatan dental unit yang terkontaminasi yang paling sering disentuh tenaga pelayanan kesehatan gigi.
4. Tempat pelayanan kesehatan gigi ke komunitas masyarakat, termasuk di dalamnya keluarga dari tenaga pelayanan kesehatan gigi.

- Infeksi dapat berasal dari kontak tidak langsung karena tidak menggunakan APD misalnya melalui baju, *handphone*, dll yang terkontaminasi.
- Limbah medis (cair dan padat) yang tidak dikelola sesuai aturan yang benar, untuk itu perlu memiliki instalasi pengelolaan limbah medis.

5. Komunitas ke Pasien

Infeksi dapat berasal dari sumber air yang digunakan di tempat pelayanan kesehatan gigi.

Rantai Infeksi (*chain of infection*) merupakan rangkaian yang harus ada untuk menimbulkan infeksi. Dalam melakukan tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi dengan efektif, perlu dipahami secara cermat rantai infeksi. Kejadian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan dapat disebabkan oleh 6 komponen rantai penularan, apabila satu mata rantai diputus atau dihilangkan, maka penularan infeksi dapat dicegah atau dihentikan. Enam komponen rantai penularan infeksi, yaitu:

- a) Agen infeksi (*infectious agent*) adalah mikroorganisme penyebab infeksi. Pada manusia, agen infeksi dapat berupa bakteri, virus, jamur dan parasit. Ada tiga faktor pada agen penyebab yang mempengaruhi terjadinya infeksi yaitu: patogenitas, virulensi dan jumlah (dosis, atau "*load*"). Makin cepat diketahui agen infeksi dengan pemeriksaan klinis atau laboratorium mikrobiologi, semakin cepat pula upaya pencegahan dan penanggulangannya bisa dilaksanakan.
- b) *Reservoir* atau wadah tempat/sumber agen infeksi dapat hidup, tumbuh, berkembang-biak dan siap ditularkan kepada pejamu atau manusia. Berdasarkan penelitian, *reservoir* terbanyak adalah pada manusia, alat medis, binatang, tumbuh-tumbuhan, tanah, air, lingkungan dan bahan-bahan organik lainnya. Dapat juga ditemui pada orang sehat, permukaan kulit, selaput lendir mulut, saluran napas atas, usus dan vagina juga merupakan *reservoir*.
- c) *Portal of exit* (pintu keluar) adalah lokasi tempat agen infeksi (mikroorganisme) meninggalkan *reservoir* melalui saluran napas, saluran cerna, saluran kemih serta transplasenta.
- d) Metode Transmisi/Cara Penularan adalah metode transport mikroorganisme dari wadah/*reservoir* ke pejamu yang rentan. Ada beberapa metode penularan yaitu: (1) kontak: langsung dan tidak langsung, (2) *droplet*, (3) *airborne*, (4) melalui vehikulum

(makanan, air/minuman, darah) dan (5) melalui vektor (biasanya serangga dan binatang pengerat).

e) *Portal of entry* (pintu masuk) adalah lokasi agen infeksi memasuki pejamu yang rentan dapat melalui saluran napas, saluran cerna, saluran kemih dan kelamin atau melalui kulit yang tidak utuh.

f) *Susceptible host* (Pejamu rentan) adalah seseorang dengan kekebalan tubuh menurun sehingga tidak mampu melawan agen infeksi. Faktor yang dapat mempengaruhi kekebalan adalah umur, status gizi, status imunisasi, penyakit kronis, luka bakar yang luas, trauma, pasca pembedahan dan pengobatan dengan imunosupresan.

Faktor lain yang berpengaruh adalah jenis kelamin, ras atau etnis tertentu, status ekonomi, pola hidup, pekerjaan dan herediter.

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) adalah suatu upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan. Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan (*Health Care Associated Infections*) atau HAIs merupakan infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Kondisi ini ketika masuk tidak ada infeksi dan tidak dalam masa inkubasi, termasuk infeksi dalam rumah sakit tapi muncul setelah pasien pulang, juga infeksi karena pekerjaan pada petugas rumah sakit dan tenaga kesehatan terkait proses pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

Dalam menjalankan profesinya tenaga pelayanan kesehatan gigi dan mulut tidak lepas dari kemungkinan untuk berkontak secara langsung atau tidak langsung dengan mikroorganisme dalam rongga mulut (termasuk saliva dan darah) pasien. Sebagai hasil pemajanan yang berulang kali terhadap mikroorganisme yang ada dalam rongga mulut, insidensi terjangkit penyakit infeksi lebih tinggi pada praktik kedokteran gigi. Mengabaikan prosedur Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang efektif dapat mengakibatkan orang lain, termasuk keluarga tenaga pelayanan kesehatan gigi dan mulut dan pasien lain, menghadapi risiko terkena penyakit infeksi. Oleh karenanya, pelaksanaan

PPI yang wajib dilaksanakan oleh tenaga pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Indonesia meliputi:

1. Penerapan Kewaspadaan Isolasi.

a. Kewaspadaan Standar, dengan penerapan sebagai berikut:

- Kebersihan tangan.
- Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD).
- Manajemen limbah dan benda tajam.
- Manajemen lingkungan.
- Penanganan linen (Kain Alas Instrumen, Kain Sarung Dental Unit).
- Peralatan perawatan pasien.
- Perlindungan kesehatan karyawan.
- Penyuntikan yang aman.
- Etika batuk.

b. Kewaspadaan Berdasarkan Transmisi.

- Transmisi airborne/udara.
 - a. Gunakan masker N95/respiratorik
 - b. Segera lepas selesai tindakan
- Transmisi droplet/percikan.
 - a. Gunakan masker bedah, pelindung mata dan wajah
 - b. Segera lepaskan selesai tindakan
- Transmisi kontak.
 - a. Gunakan sarung tangan dan gaun
 - b. Segera lepaskan selesai tindakan

2. Surveilans.

3. Pendidikan dan Pelatihan.

KEWASPADAAN STANDAR

Kewaspadaan standar yaitu kewaspadaan yang utama, dirancang untuk diterapkan secara rutin dalam perawatan seluruh pasien dirumahsakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, baik yang telah didiagnosis, diduga terinfeksi atau kolonisasi. Diterapkan untuk mencegah transmisi silang sebelum pasien didiagnosis, sebelum adanya hasil pemeriksaan laboratorium dan setelah pasien didiagnosis. Tenaga kesehatan seperti petugas laboratorium, rumah tangga, *CSSD*,

pembuang sampah dan lainnya juga berisiko besar terinfeksi. Oleh sebab itu penting sekali pemahaman dan kepatuhan petugas tersebut untuk juga menerapkan Kewaspadaan Standar agar tidak terinfeksi. Pada tahun 2007, CDC dan HICPAC merekomendasikan 11 (sebelas) komponen utama yang harus dilaksanakan dan dipatuhi dalam kewaspadaan standar, yaitu kebersihan tangan, Alat Pelindung Diri (APD), dekontaminasi peralatan perawatan pasien, kesehatan lingkungan, pengelolaan limbah, penatalaksanaan linen, perlindungan kesehatan petugas, penempatan pasien, *hygiene* respirasi/etika batuk dan bersin, praktik menyuntik yang aman dan praktik lumbal pungsi yang aman.

KEWASPADAAN BERDASARKAN TRANSMISI

Ketika HIV/AIDS muncul pada tahun 1985, dibutuhkanlah suatu pedoman untuk melindungi petugas pelayanan kesehatan dari terinfeksi. Oleh karena penularannya termasuk Hepatitis C virus adalah melalui darah, maka disusunlah pedoman yang disebut Kewaspadaan Universal (*Universal Precaution*). Sejak diberlakukan dan diterapkan di rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya, strategi baru ini telah dapat melindungi petugas pelayanan kesehatan (penularan dari pasien ke petugas) serta mencegah penularan dari pasien ke pasien dan dari petugas ke pasien. Individu yang terinfeksi HIV atau HCV tidak menunjukkan gejala penyakit atau terlihat sebagai layaknya seseorang yang terinfeksi, maka Kewaspadaan Universal di modifikasi agar dapat menjangkau seluruh orang (pasien, klien, pengunjung) yang datang ke fasilitas layanan kesehatan baik yang terinfeksi maupun yang tidak terinfeksi.

Pada tahun 1987 diperkenalkan sistem pendekatan pencegahan infeksi kepada pasien dan petugas kesehatan, yaitu *Body Substance Isolation* (BSI) sebagai alternatif dari Kewaspadaan Universal. Pendekatan ini difokuskan untuk melindungi pasien dan petugas kesehatan dari semua cairan lendir dan zat tubuh (sekret dan ekskret) yang berpotensi terinfeksi, tidak hanya darah. *Body Substance Isolation* (BSI) ini juga meliputi: imunisasi perlindungan bagi pasien dan staf fasilitas layanan kesehatan yang rentan terhadap penyakit yang ditularkan melalui udara atau butiran lendir (campak, gondong, cacar air dan rubela), termasuk imunisasi hepatitis B dan toksoid tetanus untuk petugas, mengkaji ulang instruksi bagi siapapun yang akan masuk ke ruang perawatan pasien terutama pasien dengan infeksi yang ditularkan lewat udara (Lynch dkk, 1990). Sistem *Body Substance Isolation* (BSI) lebih cepat diterima daripada sistem Kewaspadaan Universal karena lebih sederhana, lebih mudah dipelajari dan diterapkan dan dapat diberlakukan untuk semua pasien, tidak hanya pada pasien yang didiagnosis atau dengan gejala yang mungkin terinfeksi tetapi tetap berisiko bagi pasien dan staf lainnya. Kelemahan sistem ini antara lain:

membutuhkan biaya tambahan untuk perlengkapan pelindung terutama sarung tangan, kesulitan dalam perawatan rutin harian bagi semua pasien, ketidak pastian mengenai pencegahan terhadap pasien dalam ruang isolasi serta penggunaan sarung tangan yang berlebihan untuk melindungi petugas dengan biaya dibebankan kepada pasien.

Keberadaan kedua sistem ini pada awal 1990 mengakibatkan fasilitas pelayanan dan petugas kesehatan tidak dapat memilih pedoman pencegahan mana yang harus digunakan. Sehingga pada beberapa rumah sakit telah diterapkan Kewaspadaan Universal, sedangkan yang lainnya menerapkan Isolasi Zat Tubuh. Kebingungan yang terjadi semakin besar di rumah sakit dan staf merasa telah menerapkan Kewaspadaan Universal, padahal sebenarnya mereka menerapkan Isolasi Zat Tubuh dan sebaliknya, termasuk banyaknya variasi lokal dalam menginterpretasikan dan menggunakan Kewaspadaan Universal dan Isolasi Zat Tubuh serta variasi kombinasi penggunaan kedua sistem tersebut. Ditambah lagi dengan adanya kebutuhan untuk menggunakan kewaspadaan tambahan bagi pencegahan penyakit yang ditularkan lewat udara (*airborne*), droplet dan kontak badan, yang merupakan keterbatasan utama Isolasi Zat Tubuh (Rudnick dkk 1993).

Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan bertujuan untuk melindungi pasien, petugas kesehatan, pengunjung yang menerima pelayanan kesehatan serta masyarakat dalam lingkungannya dengan cara memutus siklus penularan penyakit infeksi melalui kewaspadaan standar dan berdasarkan transmisi. Bagi pasien yang memerlukan isolasi, maka akan diterapkan kewaspadaan isolasi yang terdiri dari kewaspadaan standar dan kewaspadaan berdasarkan transmisi.

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Terhadap Pasien

Tata Laksana Penanganan Pasien:

1. Lakukan kebersihan tangan.
2. Pakai Alat Pelindung Diri (sarung tangan, masker).
3. Berkumur antiseptik sebelum diperiksa.
4. Pemberian antiseptik pada daerah operasi untuk tindakan invasif.
5. Penggunaan suction sekali pakai yang berdaya hisap tinggi.
6. Penggunaan gelas kumur *disposable* (sekali pakai).
7. Jumlah alat diagnosa set yang tersedia minimal $\frac{1}{2}$ jumlah rata-rata jumlah kunjungan pasien per hari.

8. Perjelas area yang dikhususkan bagi bahan dan alat yang telah disterilkan dari bahan dan alat yang belum dibersihkan.
9. Buat SOP untuk pemrosesan instrumen: mulai dari penerimaan instrumen terkontaminasi, pembersihan, disinfeksi dan sterilisasi dan penyimpanan.
10. Siapkan alat dan bahan yang diperlukan untuk perawatan sebelum memulai suatu perawatan.
11. Penempatan posisi pasien dengan benar sehingga memudahkan kerja operator dan mencegah timbulnya kecelakaan kerja.
12. Dianjurkan pemakaian isolator karet (*rubberdam*) untuk mencegah terjadinya percikan dari mulut pasien dan mereduksi kontak yang tidak perlu antara tangan dan mukosa pasien.

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Terhadap Tenaga Pelayanan Kesehatan Gigi

Karena status infeksi pasien terkadang tidak diketahui, untuk mencegah infeksi silang baik pada pasien atau tenaga pelayanan kesehatan gigi, penting untuk beranggapan bahwa setiap darah dan cairan tubuh pasien berpotensi berpenyakit infeksi dan dapat menular, maka penting untuk dilakukan Kewaspadaan Standar.

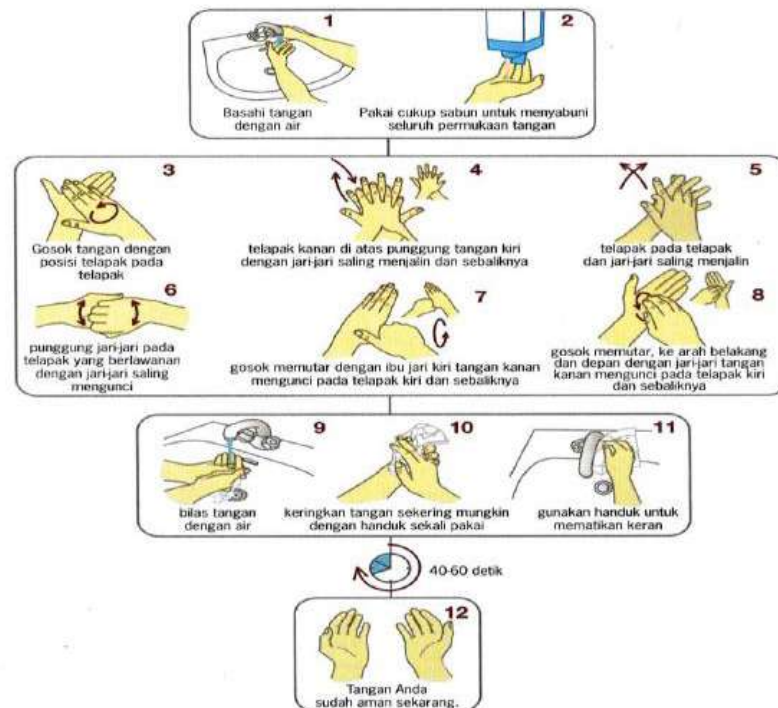
a. Kewaspadaan Standar

1) Kebersihan Tangan

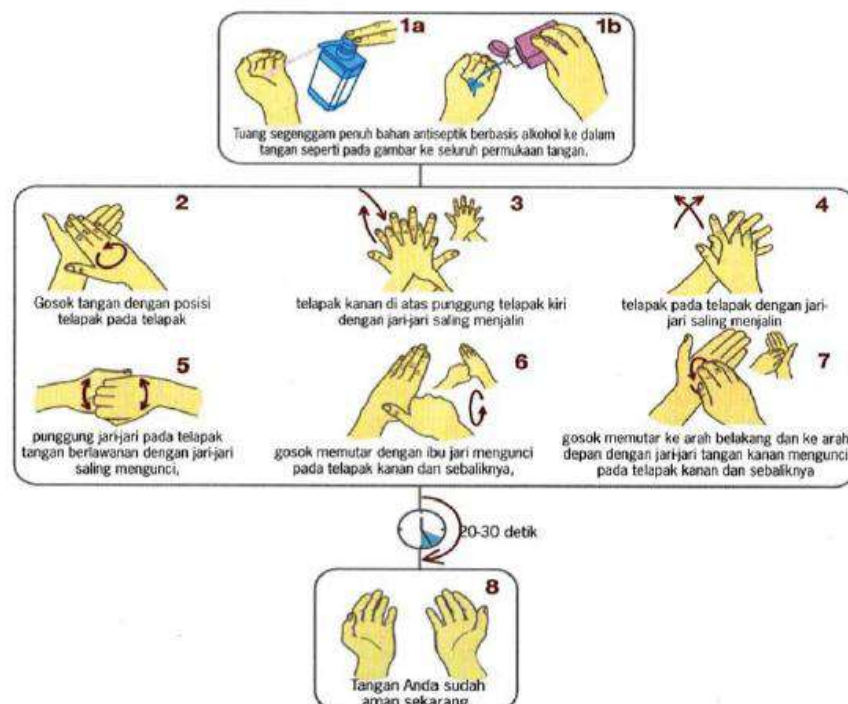
Kebersihan tangan merupakan hal yang paling penting dan merupakan pilar untuk Pencegahan dan Pengendalian Infeksi. Tenaga pelayanan kesehatan gigi dan mulut harus melakukan kebersihan tangan dengan menggunakan sabun dan air mengalir jika tangan terlihat kotor (termasuk keadaan terkena serbuk/*powder* dari sarung tangan), terkontaminasi cairan tubuh, kontak langsung dengan individu pasien, setelah kontak dengan permukaan dalam ruang praktik termasuk peralatan, gigi palsu, cetakan gips. Lamanya mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun adalah 40-60 detik (gambar 2), dan jika tangan tidak tampak kotor lakukan kebersihan tangan dengan cara gosok tangan dengan *handrub*/cairan berbasis alkohol, lamanya 20-30 detik (gambar 3).

Metoda dan tata cara mencuci tangan dalam “*hand hygiene*” tergantung pada beberapa tipe dan prosedur, tingkat keparahan dari kontaminasi dan persistensi melekatnya antimikroba yang digunakan pada kulit. Untuk pelaksanaan rutin dalam praktik dokter gigi dan prosedur non bedah, mencuci tangan dan antiseptik dapat dicapai dengan menggunakan sabun detergent antimikroba yang standar. Untuk prosedur pembedahan, sabun antimikroba (khusus bedah) yang mengandung *chlorhexidin gluconate* 4% harus digunakan. Sebagai alternative pengganti bagi yang sensitif terhadap *chlorhexidin gluconate*, dapat menggunakan iodophor (Depkes,

2005). Tempatkan produk cairan kebersihan tangan dalam tempat yang *disposable* atau yang diisi ulang, dicuci dan dikeringkan terlebih dahulu sebelum diisi ulang. Jangan diisi ulang cairan antiseptik sebelum dibersihkan dan dikeringkan terlebih dahulu.



Gambar 2. Cara mencuci tangan yang tepat dengan air mengalir dan menggunakan sabun



Gambar 3. Cara mencuci tangan yang tepat dengan menggunakan *handrub*/cairan berbasis alkohol

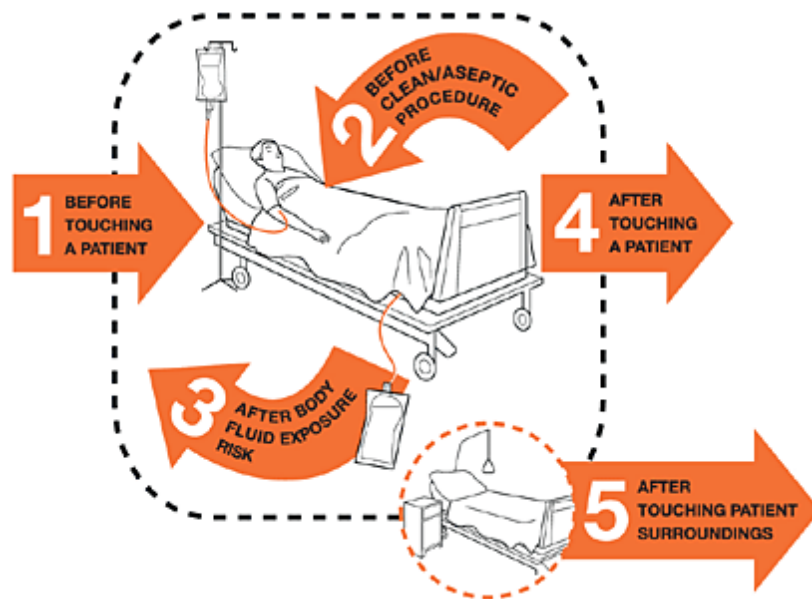
Hal – hal yang harus diperhatikan mengenai kebersihan tangan:

- 1) Sebelum kebersihan tangan, cincin, jam dan seluruh perhiasan yang ada di pergelangan tangan harus dilepas.
- 2) Kuku harus tetap pendek dan bersih
- 3) Jangan menggunakan pewarna kuku atau kuku palsu karena dapat menjadi tempat bakteri terjebak dan menyulitkan terlihatnya kotoran di dalam kuku.
- 4) Selalu gunakan air mengalir, apabila tidak tersedia, maka harus menggunakan salah satu pilihan sebagai berikut:
 - Ember berkeran yang tertutup.
 - Ember dan gayung, dimana seseorang menuangkan air sementara yang lainnya mencuci tangan.
- 5) Tangan harus dikeringkan dengan menggunakan *paper towel* atau membiarkan tangan kering sendiri sebelum menggunakan sarung tangan (Yee, 2006).

Indikasi kebersihan tangan termasuk:

1. Bila tangan terlihat kotor.
2. Setelah menyentuh bahan/objek yang terkontaminasi darah, cairan tubuh, ekskresi dan sekresi.
3. Sebelum memakai sarung tangan.
4. Segera setelah melepas sarung tangan.
5. Sebelum menyentuh pasien.
6. Sebelum melakukan prosedur aseptik.
7. Setelah kontak dengan permukaan dalam ruang praktik termasuk peralatan, gigi palsu, cetakan gips.

Kesadaran mengenai pentingnya mencuci tangan dalam pencegahan infeksi menurut WHO (2020) menyatakan bahwa kebersihan tangan mencakup pembersihan tangan dengan *alcohol-based hand rub* (ABHR) atau dengan sabun dan air; kedua metode sama efektifnya. Seperti yang disarankan oleh WHO (2009), mencuci tangan harus dilakukan sebelum menyentuh pasien, sebelum prosedur pembersihan atau aseptik dilakukan, setelah terpapar cairan tubuh, setelah menyentuh pasien, dan setelah kontak lingkungan pasien, karena pada momen-momen tersebut adalah momen rawan terjadinya transmisi virus, kuman, dan bakteri (Gambar 4).



Gambar 4. 5 momen cuci tangan

Prinsip dari 6 langkah cuci tangan antara lain:

- Dilakukan dengan menggosokkan tangan menggunakan cairan antiseptik (*handrub*) atau dengan air mengalir dan sabun antiseptik (*handwash*). Rumah sakit akan menyediakan kedua ini di sekitar ruangan pelayanan pasien secara merata.
- *Handrub* dilakukan selama 20-30 detik sedangkan *handwash* 40-60 detik.
- 5 kali melakukan *handrub* sebaiknya diselingi 1 kali *handwash*.

Langkah-langkah mencuci tangan yang benar menggunakan sabun menurut WHO yaitu (Gambar 5a):

1. Basahi tangan dan tuangkan atau oleskan produk sabun di telapan tangan.
 2. Tangkupkan kedua telapak tangan dan gosokkan produk sabun yang telah dituangkan.
 3. Letakkan telapak tangan kanan di atas punggung tangan kiri dengan jari yang terjalin dan ulangi untuk sebaliknya.
 4. Letakkan telapak tangan kanan ke telapak tangan kiri dengan jari saling terkait.
 5. Tangan kanan dan kiri saling menggenggam dan jari bertautan agar sabun mengenai kuku dan pangkal jari.
 6. Gosok ibu jari kiri dengan menggunakan tangan kanan dan sebaliknya.
 7. Gosokkan jari-jari tangan kanan yang tergenggam di telapak tangan kiri dan sebaliknya.
- Keringkan tangan dan tangan anda sudah aman dari kotoran.

Langkah-langkah cuci tangan yang benar menggunakan *handrub* menurut WHO yaitu (Gambar 5b):

1. Tuang cairan *handrub* pada telapak tangan kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut dengan arah memutar.
2. Usap dan gosok juga kedua punggung tangan secara bergantian.
3. Gosok sela-sela jari tangan hingga bersih.
4. Bersihkan ujung jari secara bergantian dengan posisi saling mengunci.
5. Gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian.
6. Letakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan.

How to Handwash?

WASH HANDS WHEN VISIBLY SOILED! OTHERWISE, USE HANDRUB

⌚ Duration of the entire procedure: 40-60 seconds



World Health
Organization

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES
Clean Your Hands

How to Handrub?

RUB HANDS FOR HAND HYGIENE! WASH HANDS WHEN VISIBLY SOILED

⌚ Duration of the entire procedure: 20-30 seconds



World Health
Organization

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

SAVE LIVES
Clean Your Hands

Gambar 5. Instruksi cara mencuci tangan dengan sabun (a), dengan *handrub* (b) menurut rekomendasi WHO, 2009.

Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan jelas kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (*alcohol-based handrubs*) bila tangan tidak tampak kotor. Kuku petugas harus selalu bersih dan terpotong pendek, tanpa kuku palsu, tanpa memakai perhiasan cincin. Cuci tangan dengan sabun biasa/antimikroba dan bilas dengan air mengalir, dilakukan pada saat:

- a) Bila tangan tampak kotor, terkena kontak cairan tubuh pasien yaitu darah, cairan tubuh sekresi, ekskresi, kulit yang tidak utuh, ganti verband, walaupun telah memakai sarung tangan.
- b) Bila tangan beralih dari area tubuh yang terkontaminasi ke area lainnya yang bersih, walaupun pada pasien yang sama.

Indikasi kebersihan tangan:

- Sebelum kontak pasien;
- Sebelum tindakan aseptik;
- Setelah kontak darah dan cairan tubuh;
- Setelah kontak pasien;
- Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien

Kriteria memilih antiseptik:

- Memiliki efek yang luas, menghambat atau merusak mikroorganisme secara luas (gram positif dan *gram negative*, *virus lipofilik*, *bacillus* dan *tuberculosis*, *fungi* serta *endospore*)
- Efektifitas
- Kecepatan efektifitas awal
- Efek residu, aksi yang lama setelah pemakaian untuk meredam pertumbuhan
- Tidak menyebabkan iritasi kulit
- Tidak menyebabkan alergi

Hasil yang ingin dicapai dalam kebersihan tangan adalah mencegah agar tidak terjadi infeksi, kolonisasi pada pasien dan mencegah kontaminasi dari pasien ke lingkungan termasuk lingkungan kerja petugas.

Ruangan cuci tangan

(*scrub station*) di RS

- | | |
|---|--|
| • Setiap 1 ruangan ini minimal melayani 2 ruang operasi. | Pada sisi dinding yang berbatasan dengan ruangan operasi, dilengkapi dengan kaca jendela pengintai |
| • Luas ruangan minimal 6 m ² . | (<i>observation glass</i>). |
| • Disediakan fasilitas <i>scrubbing</i> lengkap dengan fasilitas desinfeksi tangan. | • Ruangan ini merupakan ruangan dengan prefilter (tingkat risiko sedang), yang mempunyai jumlah maksimal partikel debu ukuran dia. |
| • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. | 0,5 µm per m ³ yaitu 3.520.000 partikel (ISO 8 - ISO 14644-1 <i>cleanroom standards</i> , 1999). |

2) Dekontaminasi Peralatan Perawatan Pasien

Pada tahun 1968 Spaulding mengusulkan tiga kategori risiko berpotensi infeksi untuk menjadi dasar pemilihan praktik atau proses pencegahan yang akan digunakan (seperti sterilisasi peralatan medis, sarung tangan dan perkakas lainnya) sewaktu merawat pasien. Kategori Spaulding adalah sebagai berikut:

a) Kritisal

Bahan dan praktik ini berkaitan dengan jaringan steril atau sistem darah sehingga merupakan risiko infeksi tingkat tertinggi. Kegagalan manajemen sterilisasi dapat mengakibatkan infeksi yang serius dan fatal.

b) Semikritisal

Bahan dan praktik ini merupakan terpenting kedua setelah kritisal yang berkaitan dengan mukosa dan area kecil di kulit yang lecet. Pengelola perlu mengetahui dan memiliki keterampilan dalam penanganan peralatan invasif, pemrosesan alat, Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT), pemakaian sarung tangan bagi petugas yang menyentuh mukosa atau kulit tidak utuh.

c) Non-kritisal

Pengelolaan peralatan/ bahan dan praktik yang berhubungan dengan kulit utuh yang merupakan risiko terendah. Walaupun demikian, pengelolaan yang buruk pada bahan dan peralatan non-kritisal akan dapat menghabiskan sumber daya dengan manfaat yang terbatas (contohnya sarung tangan steril digunakan untuk setiap kali memegang tempat sampah atau memindahkan sampah).

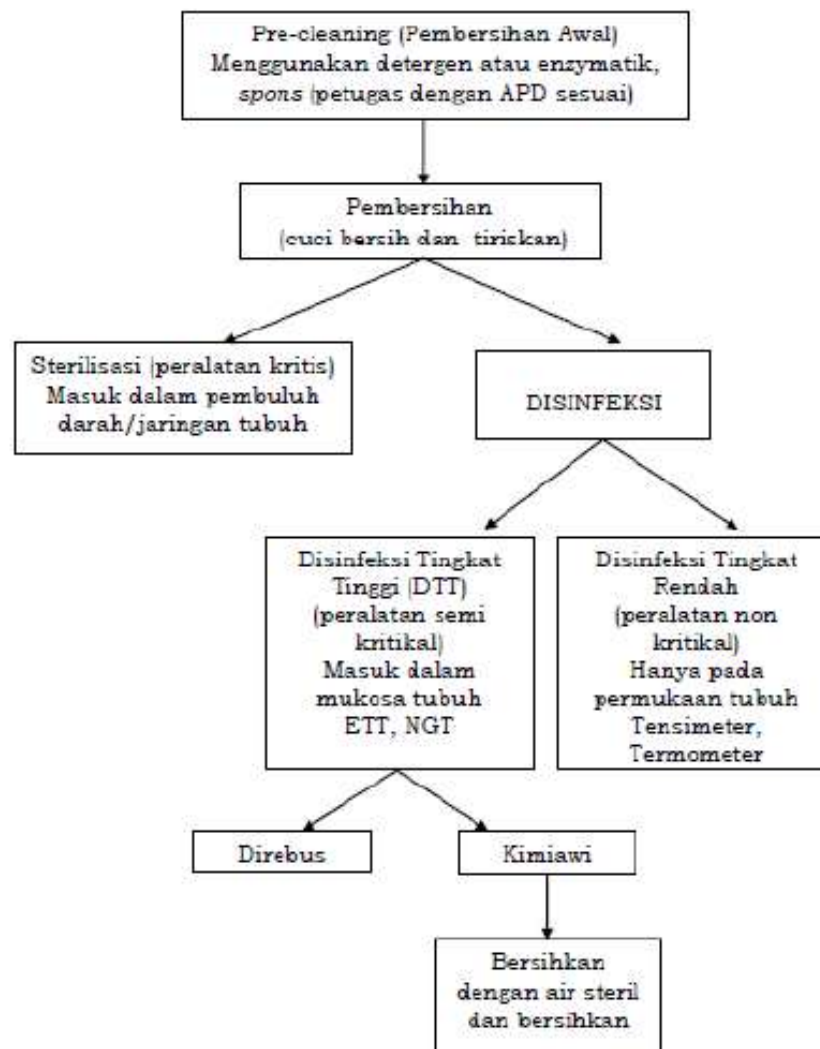
Dalam dekontaminasi peralatan perawatan pasien dilakukan penatalaksanaan peralatan bekas pakai perawatan pasien yang terkontaminasi darah atau cairan tubuh (*pre-cleaning*, *cleaning*, disinfeksi, dan sterilisasi) sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO) (gambar 6) sebagai berikut:

a) Rendam peralatan bekas pakai dalam air dan detergen atau *enzyme* lalu dibersihkan dengan menggunakan spons sebelum dilakukan disinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau sterilisasi.

b) Peralatan yang telah dipakai untuk pasien infeksius harus didekontaminasi terlebih dulu sebelum digunakan untuk pasien lainnya.

- c) Pastikan peralatan sekali pakai dibuang dan dimusnahkan sesuai prinsip pembuangan sampah dan limbah yang benar. Hal ini juga berlaku untuk alat yang dipakai berulang, jika akan dibuang.
- d) Untuk alat bekas pakai yang akan di pakai ulang, setelah dibersihkan dengan menggunakan spons, di DTT dengan klorin 0,5% selama 10 menit.
- e) Peralatan nonkritikal yang terkontaminasi, dapat didisinfeksi menggunakan alkohol 70%. Peralatan semikritikal didisinfeksi atau disterilisasi, sedangkan peralatan kritikal harus didisinfeksi dan disterilisasi.
- f) Untuk peralatan yang besar seperti USG dan X-Ray, dapat didekontaminasi permukaannya setelah digunakan di ruangan isolasi.

ALUR DEKONTAMINASI PERALATAN PERAWATAN PASIEN



Gambar 6. Alur Dekontaminasi Peralatan Perawatan Pasien

Keterangan Alur:

1) Pembersihan Awal (*pre-cleaning*): Proses yang membuat benda mati lebih aman untuk ditangani oleh petugas sebelum di bersihkan (umpamanya menginaktivasi HBV, HBC, dan HIV) dan mengurangi, tapi tidak menghilangkan, jumlah mikroorganisme yang mengkontaminasi.

2) Pembersihan: Proses yang secara fisik membuang semua kotoran, darah, atau cairan tubuh lainnya dari permukaan benda mati ataupun membuang sejumlah mikroorganisme untuk mengurangi risiko bagi mereka yang menyentuh kulit atau menangani objek tersebut. Proses ini adalah terdiri dari mencuci sepenuhnya dengan sabun atau detergen dan air atau menggunakan enzim, membilas dengan air bersih, dan mengeringkan.

Jangan menggunakan pembersih yang bersifat mengikis, misalnya Vim® atau Comet® atau serat baja atau baja berlubang, karena produk produk ini bisa menyebabkan goresan. Goresan ini kemudian menjadi sarang mikroorganisme yang membuat proses pembersihan menjadi lebih sulit serta meningkatkan pembentukan karat.

3) Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT): Proses menghilangkan semua mikroorganisme, kecuali beberapa endospora bakterial dari objek, dengan merebus, menguapkan atau memakai disinfektan kimiawi.

4) Sterilisasi: Proses menghilangkan semua mikroorganisme (bakteria, virus, fungi dan parasit) termasuk endospora menggunakan uap tekanan tinggi (otoklaf), panas kering (oven), sterilisasi kimiawi, atau radiasi.

a. Sterilisator Uap Tekanan Tinggi (*autoklaf*):

Sterilisasi uap tekanan tinggi adalah metode sterilisasi yang efektif, tetapi juga paling sulit untuk dilakukan secara benar. Pada umumnya sterilisasi ini adalah metode pilihan untuk mensterilisasi instrumen dan alat-alat lain yang digunakan pada berbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Bila aliran listrik bermasalah, maka instrumen-instrumen tersebut dapat disterilisasi dengan sebuah sterilisator uap non-elektrik dengan menggunakan minyak tanah atau bahan bakar lainnya sebagai sumber panas. Atur agar suhu harus berada pada 121°C; tekanan harus berada pada 106 kPa; selama 20 menit untuk alat tidak terbungkus dan 30 menit untuk alat terbungkus. Biarkan semua peralatan kering sebelum diambil dari sterilisator. Set tekanan kPa atau lbs/in² mungkin berbeda tergantung pada jenis sterilisator yang digunakan. Ikuti rekomendasi pabrik, jika mungkin.

b. Sterilisator Panas Kering (Oven): Baik untuk iklim yang lembab tetapi membutuhkan aliran listrik yang terus menerus, menyebabkan alat ini kurang praktis pada area terpencil atau pedesaan. Selain itu sterilisasi panas kering yang membutuhkan suhu lebih tinggi hanya dapat

digunakan untuk benda-benda dari gelas atau logam—karena akan melelehkan bahan lainnya. Letakkan instrumen di oven, panaskan hingga 170°C, selama 1 (satu) jam dan kemudian didinginkan selama 2-2,5 jam atau 160°C selama 2 (dua) jam. Perlu diingat bahwa waktu paparan dimulai setelah suhu dalam sterilisator telah mencapai suhu sasaran. Tidak boleh memberi kelebihan beban pada sterilisator karena akan mengubah konveksi panas. Sisakan ruang kurang lebih 7,5 cm antara bahan yang akan disterilisasi dengan dinding sterilisator.

PENANGANAN INSTRUMEN DAN ALAT PELAYANAN KEDOKTERAN GIGI

1. Pembatasan Kontaminasi

a. Peralatan kritis

Peralatan kritis adalah alat yang masuk ke dalam pembuluh darah atau jaringan mulut. Semua peralatan kritis wajib dilakukan sterilisasi dengan menggunakan panas. Sebagai contoh peralatan yang dimasukkan dalam kategori kritis adalah semua instrumen bedah, *periodontal scaler*, *scalpel*, *bur diamond*, bur tulang, dll.

b. Peralatan semi kritis

Peralatan semi kritis adalah alat yang masuk ke dalam rongga mulut tetapi tidak masuk ke dalam jaringan mulut. Semua peralatan semi kritis wajib dilakukan minimal desinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau apabila terdapat alat yang dapat bertoleransi terhadap panas, maka dapat dilakukan sterilisasi dengan menggunakan panas. Sebagai contoh peralatan yang dimasukkan dalam kategori semi kritis adalah instrumen diagnosa, kondensor, sendok cetak, *handpiece* dll.

c. Peralatan non kritis

Peralatan non kritis adalah alat yang tidak masuk ke dalam rongga mulut dan dapat dilakukan dengan menggunakan disinfektan tingkat rendah. Sebagai contoh peralatan yang dimasukkan dalam kategori nonkritis adalah *tensimeter*, *occipital calipers*, *radiograph cone*, *glass plate*, *semen spatel*, dll. Dental unit masuk kedalam katagori semi non kritis tetapi harus dilakukan disinfeksi karena sering terpapar percikan darah maupun air liur.

2. Penentuan zona (Basic Protocol HKSAR, 2008)

Area pembersihan dan pemrosesan instrumen yang telah digunakan (Zona Kotor), dan area sterilisasi dan penyimpanan instrumen bersih (Zona bersih), serta area perawatan pasien (Zona Kerja) harus terpisah satu sama lain. Zona kotor jangan berdekatan dengan zona bersih dan zona kerja (Gambar 7), dan jangan melintasi zona-zona tersebut dengan cara sebagai berikut untuk menghindari kontaminasi (Gambar 8).



Gambar 7. Pembagian Zona dalam Pelayanan Kedokteran Gigi



Gambar 8. Alur Alat / Instrumen dalam Pelayanan Kedokteran Gigi

ZONASI

Zonasi ruang adalah pembagian atau pengelompokan ruangan-ruangan berdasarkan kesamaan karakteristik fungsi kegiatan untuk tujuan tertentu. Pengkategorian pembagian area atau zonasi rumah sakit terdiri atas zonasi berdasarkan tingkat risiko terjadinya penularan penyakit, zonasi berdasarkan privasi dan zonasi berdasarkan pelayanan. Zonasi berdasarkan tingkat risiko terjadinya penularan penyakit terdiri dari:

- area dengan risiko rendah, diantaranya yaitu ruang kesekretariatan dan administrasi, ruang pertemuan, ruang arsip/rekam medis.

b) area dengan risiko sedang, diantaranya yaitu ruang rawat inap penyakit tidak menular, ruang rawat jalan.

c) area dengan risiko tinggi, diantaranya yaitu ruang ruang gawat darurat, ruang rawat inap penyakit menular (isolasi infeksi), ruang rawat intensif, ruang bersalin, laboratorium, pemulasaraan jenazah, ruang radiodiagnostik.

d) area dengan risiko sangat tinggi, diantaranya yaitu ruang operasi.

3. Pre-Cleaning

Pre-cleaning dilakukan dengan cara merendam alat dengan larutan enzimatis/detergen dengan tujuan untuk melepas noda, darah, lemak dan cairan tubuh lainnya dari suatu benda sehingga memudahkan untuk pengelolaan selanjutnya. Untuk meminimalkan pajanan terhadap petugas, pemilahan alat-alat terkontaminasi dilakukan langsung oleh si pemakai sebelum melepaskan alat pelindung diri (APD). Proses ini dilakukan selama berkisar 5-10 menit atau sesuai produk yang digunakan.

4. Pembersihan instrumen

Seluruh instrumen yang digunakan dalam proses perawatan harus dibersihkan/digosok menggunakan sabun dan air. Larutan deterjen harus disiapkan setiap hari, dan diganti lebih sering jika nampak kotor. Operator harus selalu menggunakan sarung tangan khusus, celemek, masker dan kacamata ketika membersihkan instrumen. Gunakan selalu sikat atau sikat gigi yang berbulu lunak untuk menggosok instrumen dan alat lainnya untuk menghilangkan seluruh materi organik (darah dan saliva) dan kotoran lainnya. Hal ini harus dilakukan dibawah permukaan air untuk menghindari terjadi cipratan. Seluruh permukaan instrumen dan alat harus digosok. Penanganan bagi alat-alat yang memiliki engsel (misalnya *forceps*) dan lekukan (misalnya *bone file*) harus ditangani secara khusus. Setelah dibersihkan, seluruh instrumen dan alat harus dibilas menggunakan air mengalir atau air yang disimpan dalam wadah (diganti secara berkala) untuk membersihkan seluruh larutan deterjen dan kemudian dikeringkan dengan handuk bersih.

5. Disinfeksi Tingkat Tinggi

Apabila memungkinkan, instrumen yang bersentuhan dengan tulang atau jaringan lunak atau telah kontak dengan darah harus disterilisasi. Apabila tidak tersedia panci tekan atau autoklaf, instrumen dapat didisinfeksi dengan direbus dalam panci berisi air selama 20 menit setelah dibersihkan dengan menggunakan air dan sabun. 20 menit dihitung sejak air mulai mendidih. Setelah air dalam panci mulai mendidih, jangan tambahkan air ataupun instrumen selama proses

disinfeksi berlangsung. Alkohol dan yodoform tidak dipakai untuk disinfeksi tingkat tinggi (DTT) tetapi dapat untuk disinfeksi tingkat rendah dengan cara merendam alat tersebut selama 20 menit.

6. Sterilisasi

Instrumen dengan engsel seperti *forceps* untuk ekstraksi harus terbuka sebelum diletakkan dalam alat sterilisasi. Instrumen harus diletakkan sehingga uap dapat berputar mengelilinginya. Apabila menggunakan panci tekan (gambar 9a), instrumen diletakkan pada wadah di atas permukaan air. Pertahankan temperatur sampai 121°C (250°F) dengan tekanan 15 pound selama 20 menit untuk instrumen yang tidak dibungkus dan 30 menit untuk instrumen yang dibungkus. Mulai penghitungan waktu ketika uap nampak terlihat dan turunkan panas sampai batas temperatur tetap menghasilkan uap panas. Pada akhir proses sterilisasi, biarkan uap keluar lalu buka tutup panci tekan untuk membiarkan instrumen mendingin secara perlahan. Bila menggunakan *autoklaf* digunakan temperature 121°C, tekanan 15 psi (*pressure per square inch*) selama 30 menit (gambar 9b). Metode sterilisasi panas kering dilakukan dengan menggunakan oven dengan panas yang tinggi, adapun temperatur dan waktunya adalah sesuai petunjuk pabrik.



Gambar 9. Sterilisasi menggunakan (a) panci tekan dan (b) autoklaf

Setelah melewati seluruh proses sterilisasi atau disinfeksi tingkat tinggi, instrumen yang tidak dibungkus dapat segera digunakan atau disimpan dalam wadah yang juga telah disterilisasi atau didisinfeksi yang telah diberi tanda yang mengindikasikan bahwa instrumen didalamnya telah

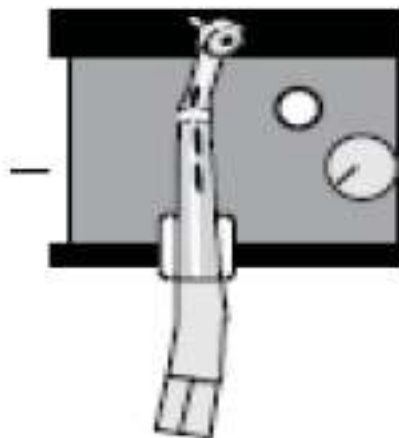
disterilkan. Instrumen harus disimpan dalam tempat tertutup (lemari, laci atau kontainer) dan harus digunakan lagi dalam waktu kurang dari satu minggu. Penyimpanan adalah hal yang penting. Sterilitas alat yang dibungkus dapat bertahan lebih lama kecuali apabila pembungkus sobek atau basah, yang dapat mengakibatkan kontaminasi (CDC, 2003; Mayworm, 1984) (Gambar 10). Instrumen dalam pembungkus yang rusak harus dibersihkan, dibungkus dan disterilkan kembali.



Gambar 10. Pembungkusan alat setelah disterilisasi

STERILISASI HANDPIECE

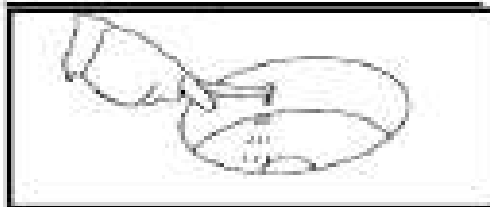
Kebanyakan *handpiece* (gambar 11) tidak dapat dibersihkan dengan cara ultrasonik. Namun, sebelum sterilisasi, bagian dalam *handpiece* harus dibersihkan karena debris gigi dan mikroba dapat tersedot kedalam turbin dan saluran air.



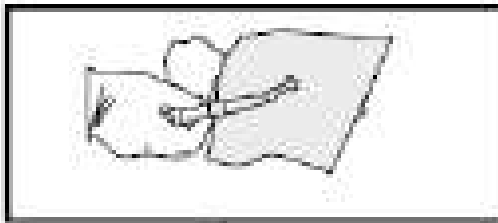
Gambar 11. *Handpiece*

Pedoman desinfeksi pada *handpiece* adalah sebagai berikut:

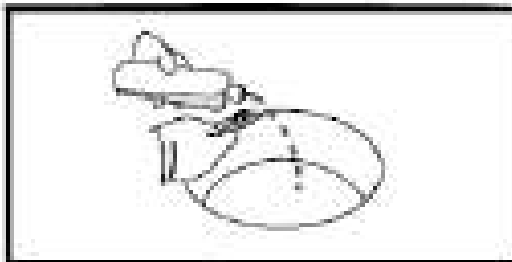
1. Setelah perawatan pasien jangan lepaskan *handpiece* dari tempatnya. Bersihkan *handpiece* dari semua kotoran yang terlihat. Putar *handpiece* selama 20-30 detik untuk membersihkan saluran airnya. Arahkan *handpiece* dalam wadah atau bahan yang dapat menyerap air.



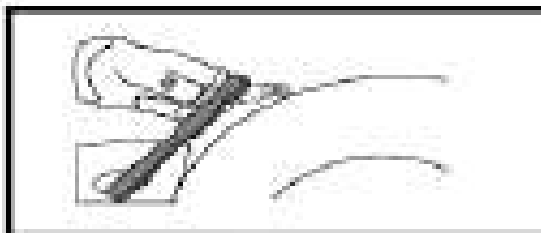
2. Lepaskan *handpiece* dari kabelnya dan bersihkan permukaan luar secara menyeluruh dengan air atau desinfektan, bilas dan keringkan. Jangan direndam kecuali yang direkomendasikan oleh pabrik.



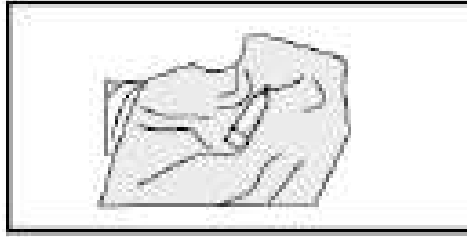
3. Bersihkan/semprotkan pelumas ke dalam *handpiece* sesuai rekomendasi pabrik. Beberapa *handpiece* perlu diberi pelumas sebelum, sesudah, atau sebelum dan sesudah sterilisasi, atau tidak sama sekali. Sesuaikan *handpiece* dengan instruksi pabriknya. Gunakan kaleng pelumas yang terpisah untuk digunakan sebelum dan sesudah sterilisasi.



4. Bersihkan residu pelumas dari permukaan luar. Untuk *handpiece* yang menggunakan serat optik, pastikan untuk tidak meninggalkan residu pelumas pada kontak serat optiknya.



5. Kemas *handpiece* menggunakan kantong, tas atau kontainer.



6. Ikuti petunjuk pabrik untuk sterilisasinya. Jika petunjuk pabrik mengharuskan pemberian pelumas setelah sterilisasi maka tangani *handpiece* secara aseptik.

RUANG STERILISASI

- a) Ruang sterilisasi harus terpusat dan memiliki 3 (tiga) akses terpisah yang tidak boleh saling bersilangan.
- b) Akses tersebut meliputi:
 - 1) akses barang kotor;
 - 2) akses barang bersih; dan
 - 3) akses distribusi barang steril.
- c) Letak ruang sterilisasi terpusat harus direncanakan dengan mempertimbangkan keselamatan dan keamanan struktur bangunan.
- d) Ventilasi di ruang sterilisasi harus tersaring dan terkontrol.

7. Penatalaksanaan Dental Unit

Dental unit dan dental chair adalah benda utama yang menjadi perhatian pasien yang memasuki suatu ruangan pelayanan kedokteran gigi. Jadi alat-alat tersebut harus selalu dalam keadaan bersih dan siap pakai. Tempat-tempat yang harus mendapat perhatian pada dental unit:

- a) Meja instrument, harus bersih dan diulas dengan alkohol 70%.
- b) *Handpiece* harus bersih dan diberi pelumas sesudah digunakan.
- c) *Three way syringe*.
- d) Penghisap saliva.
- e) Penghisap darah (*vacuum tip*).
- f) *Spittoon cuspidor bowl*.

Spittoon bowl, disiram dengan lisol kemudian disiram dengan air bersih lalu disikat dengan deterjen dan dibilas kembali.

g) Pegangan lampu harus bersih dan diulas dengan alkohol 70%.

Pada *dental chair*:

- a) Sandaran kepala/*head rest* bersih.
- b) Sandaran tangan/*arm rest* bersih.
- c) Tempat duduk bersih.
- d) Tempat menaruh kaki/*foot rest* bersih.

Apabila akan melakukan tindakan:

- 1) Lapsi dengan plastik (*wrapping*).
 - (a) Engsel-engsel di dental unit.
 - (b) Pegangan lampu.
 - (c) Meja.
 - (d) Pegangan kursi.
 - (e) Sandaran kepala.
- 2) Desinfeksi permukaan: siapkan larutan klorin 0,05%, semprotkan ke semua permukaan, tunggu sampai 10 menit, lap dengan lap basah dan keringkan dengan lap/handuk kering.

Pada saat prosedur yang menghasilkan *aerosol* berlangsung, tetesan yang mengandung patogen infeksius dapat diendapkan pada permukaan sekitarnya. Tetesan *aerosol* tersebut dapat secara efisien dinonaktifkan oleh desinfektan permukaan dalam satu menit. Desinfektan permukaan ini mengandung 62% - 71% etanol, 0,5% hidrogen peroksida, dan 0,1% (1g/L) natrium hipoklorit (Gambar 12). Permukaan didesinfeksi setelah setiap kunjungan pasien, terutama permukaan yang dekat dengan area kerja.



Gambar 12. Bahan desinfektan

DISINFEKSI CETAKAN, PROTESA DAN APPLIANCES

Cetakan dan *appliances* yang berasal dari dalam mulut pasien adalah benda yang terkontaminasi. Sebelum dikirim ke tekniker gigi, harus didekontaminasi menggunakan disinfektan yang tepat dan waktu yang cukup sehingga tidak mengubah stabilitas bahan. Komunikasi yang baik dengan tekniker gigi harus dijaga untuk menghindari kesalahpahaman atau pengulangan prosedur desinfeksi. Teknik desinfeksinya adalah sebagai berikut (ADA, 1996; CDC, 2003a; Merchant, 1996; OSAP, 1998):

1. Bersihkan saliva, darah dan sisa bahan organik dengan seksama didalam air.
2. Rendam didalam sodium hipoklorit 1:10 selama 10 menit. Secara teori sodium hipoklorit dapat menyebabkan korosi pada bagian metal, namun dapat dihindari dengan beberapa putaran desinfeksi pada saat proses pembuatan di pabrik (Merchan, 1996). Perendaman didalam 75%-80% alkohol selama 10 menit dapat menjadi alternatif untuk bahan keramik dan metal.
3. Semua bahan yang didisinfeksi harus di keringkan dan di kemas dengan baik sebelum dikirim ke tekniker gigi. Cara pengemasannya adalah setelah direndam dengan disinfektan, disimpan di container tertutup dalam kondisi lembab.

Rubberdam

Rubberdam (Gambar 13) harus digunakan pada operasi untuk menghindari terjadinya *aerosol*. Pemakaian *rubberdam* memungkinkan untuk mendapatkan gambaran yang jelas setelah jaringan diangkat, mengurangi kontak instrumen dengan mukosa, sehingga mengurangi terjadinya luka pada jaringan dan mengurangi perdarahan dan mengurangi terjadinya *aerosol* karena tidak terjadi pengumpulan saliva diatas *rubberdam*.



Gambar 13. *Rubber dam*

FASILITAS PENCEGAHAN PENGENDALIAN INFEKSI YANG PERLU DISEDIAKAN

Di RS, Puskesmas dan Praktik Swasta

- a) *Pre-cleaning*: perendaman alat bekas pakai dalam cairan *enzymatic* / *detergen* selama 5-10 menit atau sesuai produk yang digunakan.
- b) Pencucian dengan menyikat alat di dalam baskom (alat terendam dalam air).
- c) Dibilas dengan air mengalir kemudian tiriskan dan keringkan.
- d) Didisinfeksi dan disterilkan, dengan cara salah satu dibawah ini:
 1. Direbus, yaitu mendisinfeksi alat dalam air mendidih selama 15 sampai 20 menit, misalnya alat dari logam, kaca
 2. Dengan autoklaf selama 15 menit pada suhu 121°C
 3. Dengan panas kering pada suhu 180°C selama 1 jam atau 160°C selama 2 jam
 4. Disinfeksi dengan bahan kimia (misal larutan klorin 0,5%) untuk bahan yang cepat rusak bila terkena panas misalnya sarung tangan karet (*utility gloves*)

| KATEGORI ALAT | DIREBUS | PANCI TEKAN | PANAS KERING | AUTOKLAF | DESINFEKSI |
|------------------|---------|-------------|--------------|----------|------------|
| Alat Kritis | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| Alat Semi Kritis | ✓ | ✓ | | | |
| Alat Non Kritis | ✓ | | | | ✓ |

- e) Disimpan di bak instrumen tertutup

Di UKGS atau Lapangan

Cara sterilisasi di UKGS/lapangan (gambar 14 a dan b):

- a) *Pre-cleaning*: perendaman alat bekas pakai dalam cairan *enzymatik* / *detergen* selama 5-10 menit atau sesuai produk yang digunakan.
- b) Pencucian: dengan menyikat alat di dalam baskom (alat terendam dalam air).
- c) Dibilas dengan air mengalir kemudian tiriskan dan keringkan.
- d) Disterilkan menggunakan panci tekan dan sejumlah alat (non kritis) didisinfeksi dengan alkohol 70%.
- e) Disimpan dibak instrumen tertutup.



Gambar 14. (a) Wadah-wadah dalam upaya pengendalian infeksi di UKGS; (b) Penyimpanan alat saat melakukan kegiatan UKGS

Etika Batuk

Terapkan etika kebersihan pernapasan / batuk (gambar15), yaitu dengan cara:

- Tutup mulut & hidung saat batuk/ bersin dengan tisu.
- Buang tisu ke tempat limbah.
- Lakukan kebersihan tangan.
- Jika tisu tidak tersedia, bersinkan atau batukkan ke lengan bagian dalam.



Gambar 15. Etika Batuk

II. Alat Pelindung Diri

Alat pelindung diri (APD) merupakan suatu alat yang digunakan untuk melindungi diri atau tubuh terhadap bahaya kecelakaan kerja serta dapat mengurangi tingkat keparahan dari kecelakaan kerja yang terjadi, namun tidak menghilangkan ataupun mengurangi bahaya yang ada. APD digunakan untuk melindungi petugas kesehatan dari risiko pajanan cairan tubuh pasien seperti darah, sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir pasien. Alat pelindung diri diperlukan dalam melaksanakan tindakan yang berisiko tinggi seperti pemeriksaan rutin, tindakan bedah, otopsi, ataupun perawatan gigi. Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2018) dan Potter & Perry (2011) jenis-jenis alat pelindung diri meliputi sarung tangan, pelindung wajah, penutup kepala, gaun pelindung, dan sepatu pelindung (pelindung kaki). Alat pelindung diri digunakan harus memenuhi beberapa persyaratan yaitu nyaman dipakai, tidak mengganggu kerja, dan memberikan perlindungan yang efektif terhadap jenis bahaya. Tenaga pelayanan kesehatan gigi dan mulut wajib menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) dibawah ini. Penyediaan peralatan dan bahan perlindungan diri bagi tenaga di puskesmas wajib dipenuhi dan untuk pengadaan dikoordinasikan dengan dinas kesehatan kota/kabupaten.

a) UMUM

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam APD sebagai berikut:

- 1) Alat pelindung diri (gambar 16) adalah pakaian khusus atau peralatan yang dipakai petugas untuk memproteksi diri dari bahaya fisik, kimia, biologi/bahan infeksius.
- 2) APD terdiri dari sarung tangan, masker/*Respirator Partikulat*, pelindung mata (*goggle*), perisai/pelindung wajah, kap penutup kepala, gaun pelindung/apron, sandal/sepatu tertutup (*Sepatu Boot*).
- 3) Tujuan Pemakaian APD adalah melindungi kulit dan membran mukosa dari risiko pajanan darah, cairan tubuh, sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir dari pasien ke petugas dan sebaliknya.
- 4) Indikasi penggunaan APD adalah jika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau kemungkinan pasien terkontaminasi dari petugas.
- 5) Melepas APD segera dilakukan jika tindakan sudah selesai dilakukan.

- 6) Tidak dibenarkan menggantung masker di leher, memakai sarung tangan sambil menulis dan menyentuh permukaan lingkungan.



Gambar 16. Alat Pelindung Diri (APD)

b) JENIS-JENIS APD

1) Sarung tangan (gambar 17)

Tangan merupakan alat transmisi dari mikroorganisme pada saluran pernafasan dan mulut yang utama. Kuku harus digunting pendek dan tidak boleh memakai perhiasan seperti cincin, gelang, dan jam tangan pada saat merawat pasien. Tangan harus dicuci dengan sikat dan sabun yang mengandung zat antimikrobal seperti iodofor (1% iodine), klorheksidin glukonat (2-4%), para-klormeta-silenol (PMCX) 0,5-3% atau alkohol (70% isopropil alkohol) dan lain-lain. Tangan digosok paling sedikit selama 10 detik dan dikeringkan dengan memakai pengering otomatis atau tissue. Semua dokter gigi dan staf harus memakai sarung tangan lateks atau vinil sekali pakai (gambar 18). Hal ini untuk melindungi baik dokter gigi atau stafnya maupun pasien. Sarung tangan vinil dapat dipakai untuk mereka yang alergi terhadap lateks, walaupun hal ini jarang terjadi.

Tenaga pelayanan kesehatan gigi wajib menggunakan sarung tangan ketika melakukan perawatan yang memungkinkan berkontak dengan darah atau cairan tubuh

lainnya. Sarung tangan harus diganti setiap pasien, lepaskan sarung tangan dengan benar setelah digunakan dan segera lakukan kebersihan tangan untuk menghindari transfer mikroorganisme ke pasien lain atau permukaan lingkungan. Lepaskan sarung tangan jika sobek, atau bocor dan lakukan kebersihan tangan sebelum memakai kembali sarung tangan. Disarankan untuk tidak mencuci, mendisinfeksi atau mensterilkan ulang sarung tangan yang telah digunakan. Prosedur pemakaian sarung tangan secara umum adalah sebagai berikut:

1. Ambil salah satu sarung tangan dengan memegang sisi sebelah dalam lipatannya.
2. Posisikan sarung tangan setinggi pinggang dan menggantung ke lantai, sehingga bagian lubang jari-jari tangannya terbuka, lalu masukkan tangan.
3. Ambil sarung tangan kedua dengan cara menyelipkan jari-jari tangan yang sudah memakai sarung tangan ke bagian lipatan (bagian yang tidak bersentuhan dengan kulit tangan).
4. Pasang sarung tangan kedua dengan cara memasukkan jari-jari tangan yang belum memakai sarung tangan, kemudian luruskan lipatan dan atur posisi sarung tangan sehingga terasa pas di tangan.

Selain sarung tangan yang digunakan untuk pemeriksaan, ada jenis sarung tangan yang digunakan untuk mencuci alat serta membersihkan permukaan meja kerja, yaitu sarung tangan rumah tangga (*utility gloves*) yang terbuat dari lateks atau vinil yang tebal.

Terdapat tiga jenis sarung tangan, yaitu:

- Sarung tangan bedah (steril), dipakai sewaktu melakukan tindakan invasif atau pembedahan.
- Sarung tangan pemeriksaan (bersih), dipakai untuk melindungi petugas pemberi pelayanan kesehatan sewaktu melakukan pemeriksaan atau pekerjaan rutin.
- Sarung tangan rumah tangga, dipakai sewaktu memproses peralatan, menangani bahan-bahan terkontaminasi, dan sewaktu membersihkan permukaan yang terkontaminasi.

Umumnya sarung tangan bedah terbuat dari bahan lateks karena elastis, sensitif dan tahan lama serta dapat disesuaikan dengan ukuran tangan. Bagi mereka yang alergi terhadap lateks, tersedia dari bahan sintetik yang menyerupai lateks, disebut 'nitril'. Terdapat sediaan dari bahan sintesis yang lebih murah dari lateks yaitu 'vinil' tetapi sayangnya tidak elastis, ketat dipakai dan mudah robek. Sedangkan sarung tangan

rumah tangga terbuat dari karet tebal, tidak fleksibel dan sensitif, tetapi memberikan perlindungan maksimum sebagai pelindung pembatas.

| KEGIATAN/TINDAKAN | PERLU SARUNG TANGAN? | JENIS SARUNG TANGAN YANG DIANJURKAN ⁺ |
|--------------------------------------|----------------------|--|
| Pengukuran Tekanan Darah | Tidak | |
| Pengukuran suhu | Tidak | |
| Menyuntik | Tidak | |
| Penanganan dan pembersihan alat-alat | Ya | Rumah tangga |

| KEGIATAN/TINDAKAN | PERLU SARUNG TANGAN? | JENIS SARUNG TANGAN YANG DIANJURKAN ⁺ |
|--|----------------------|--|
| Penanganan limbah terkontaminasi | Ya | Rumah tangga |
| Membersihkan darah/cairan tubuh | Ya | Rumah tangga |
| Pengambilan Darah | Ya | Pemeriksaan ⁺ |
| Pemasangan dan pencabutan infus | Ya | Pemeriksaan ⁺ |
| Pemeriksaan Dalam - Mukosa (Vagina, Rectum, Mulut) | Ya | Bedah |
| Pemasangan dan pencabutan Implan, Kateter Urin, AKDR dan lainnya (terbungkus dalam paket steril dan dipasang dengan teknik tanpa sentuh) | Ya | Bedah |
| Laparoskopi, Persalinan per vaginam | Ya | Bedah |
| Pembedahan Laparotomi, Seksio Sesarea atau Tulang | Ya | Bedah |

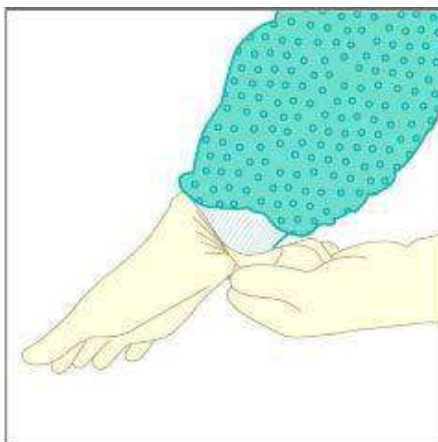
Terdapat tiga macam sarung tangan yang dipakai dalam kedokteran gigi yaitu:

- Sarung tangan lateks yang bersih harus digunakan pada saat dokter gigi memeriksa mulut pasien atau merawat pasien tanpa kemungkinan terjadinya pendarahan.
- Sarung tangan steril yang harus digunakan saat melakukan tindakan bedah atau mengantisipasi kemungkinan terjadinya perdarahan pada perawatan.
- Sarung tangan *heavyduty* harus dipakai manakala harus membersihkan alat, permukaan kerja atau bila menggunakan bahan kimia.

Semua luka dan lecet-lecet pada kulit harus ditutup dengan plester yang kedap air sebelum memakai sarung tangan. Jangan merawat pasien bila sedang mengalami luka yang bernanah atau dermatitis yang terbuka hingga luka tersebut benar-benar sembuh. Memakai 1 sarung tangan untuk tiap pasien, jangan memakai ulang sarung tangan karena akan mengurangi nilai protektifnya.



Gambar 17. Macam-macam sarung tangan



Gambar 18. Cara Pemasangan Sarung Tangan

2) Masker

Tenaga pelayanan kesehatan gigi dan mulut wajib menggunakan masker pada saat melakukan tindakan untuk mencegah potensi infeksi akibat kontaminasi aerosol serta percikan saliva dan darah dari pasien dan sebaliknya. Masker harus sesuai dan melekat dengan baik dengan wajah sehingga menutup mulut dan hidung dengan baik. Ganti masker diantara pasien atau jika masker lembab atau basah dan ternoda selama tindakan ke pasien. Masker akan kehilangan kualitas perlindungannya jika basah. Lepaskan masker jika tindakan telah selesai.

Masker digunakan untuk melindungi wajah dan membran mukosa mulut dari cipratan darah dan cairan tubuh dari pasien atau permukaan lingkungan udara yang kotor dan melindungi pasien atau permukaan lingkungan udara dari petugas pada saat batuk atau bersin. Masker yang digunakan harus menutupi hidung dan mulut serta melakukan *Fit Test* (penekanan di bagian hidung). Terdapat tiga jenis masker, yaitu:

- Masker bedah, untuk tindakan bedah atau mencegah penularan melalui droplet
- Masker respiratorik, untuk mencegah penularan melalui *airborne*
- Masker rumah tangga, digunakan di bagian gizi atau dapur

Pemakaian masker seperti masker khusus untuk bedah sebaiknya digunakan pada saat menggunakan instrumen berkecepatan tinggi untuk mencegah terhirupnya *aerosol* yang dapat menginfeksi saluran pernafasan atas maupun bawah (gambar 19a). Efektivitas penyaringan dari masker tergantung dari:

- Bahan yang dipakai, masker polipropilen lebih baik daripada masker kertas.
- Lama pemakaian, lama pemakaian yang efektif adalah 30-60 menit, terutama bila masker itu basah. Jadi sebaiknya memakai 1 masker untuk tiap 1 pasien.

Saat melakukan prosedur yang menghasilkan *aerosol* (menggunakan *handpiece* berkecepatan tinggi, jarum suntik, dan *scaler* ultrasonik), respirator partikulat yang setidaknya sama protektifnya dengan Institut Nasional untuk Keselamatan dan Kesehatan Kerja (NIOSH) sertifikasi N95 (Gambar 19b), Filter Standar Eropa Bagian Wajah 2 (EU FFP2) (Gambar 19c), atau setara, digunakan. Pada saat melakukan perawatan gigi yang berisiko tinggi (contoh: keadaan darurat pada pasien yang suspect covid-19), tingkat perlindungan pernapasan yang lebih tinggi harus dipertimbangkan, seperti respirator UE FFP3 (Gambar 19d) yang memenuhi Standar Eropa 149 (EN149). Masker bedah (*surgical/facemask*) terdiri dari 3 lapisan material dari bahan *non-woven*

(tidak di jahit), *loose-fitting* dan sekali pakai untuk menciptakan penghalang fisik antara mulut dan hidung pengguna dengan kontaminan potensial di lingkungan terdekat sehingga efektif untuk memblokir percikan (*droplet*) dan tetesan dalam partikel besar. Masker N95 terbuat dari *polyurethane* dan *polypropylene* adalah alat pelindung pernapasan yang dirancang dengan segel ketat di sekitar hidung dan mulut untuk menyaring hampir 95% partikel yang lebih kecil <0,3 mikron. Masker ini dapat menurunkan paparan terhadap kontaminasi melalui *airborne*.



Gambar 19. Masker wajah (a), masker N95 (b), masker FFP 2 (c), masker FFP 3 (d)

Cara memakai masker pada umumnya adalah sebagai berikut:

- Memegang pada bagian tali (kaitkan pada telinga jika menggunakan kaitan tali karet atau simpulkan tali di belakang kepala jika menggunakan tali lepas).
- Eratkan tali kedua pada bagian tengah kepala atau leher.
- Tekan klip tipis fleksibel (jika ada) sesuai lekuk tulang hidung dengan kedua ujung jari tengah atau telunjuk.
- Membetulkan agar masker melekat erat pada wajah dan di bawah dagu dengan baik.
- Periksa ulang untuk memastikan bahwa masker telah melekat dengan benar.

Respirator partikulat (gambar 20) untuk pelayanan kesehatan N95 atau FFP2 (*health care particular respirator*), merupakan masker khusus dengan efisiensi tinggi untuk melindungi seseorang dari partikel berukuran <5 mikron yang dibawa melalui udara. Pelindung ini terdiri dari beberapa lapisan penyaring dan harus dipakai menempel erat pada wajah tanpa ada kebocoran. Masker ini membuat pernapasan pemakai menjadi lebih berat. Sebelum memakai masker ini, petugas kesehatan perlu melakukan *fit test*. Hal yang perlu diperhatikan saat melakukan *fit test*:

- Ukuran respirator perlu disesuaikan dengan ukuran wajah.
- Memeriksa sisi masker yang menempel pada wajah untuk melihat adanya cacat atau lapisan yang tidak utuh. Jika cacat atau terdapat lapisan yang tidak utuh, maka tidak dapat digunakan dan perlu diganti.
- Memastikan tali masker tersambung dan menempel dengan baik di semua titik sambungan.
- Memastikan klip hidung yang terbuat dari logam dapat disesuaikan bentuk hidung petugas.

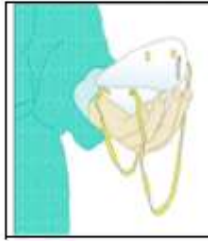
Fungsi alat ini akan menjadi kurang efektif dan kurang aman bila tidak menempel erat pada wajah. Beberapa keadaan yang dapat menimbulkan keadaan demikian, yaitu:

- Adanya janggut dan jambang
- Adanya gagangacamata
- Ketiadaan satu atau dua gigi pada kedua sisi yang dapat mempengaruhi perlekatan bagian wajah masker.



Gambar 20. Masker respirator/partikulat

Langkah-langkah penggunaan respirator adalah sebagai berikut:



- Genggamlah respirator dengan satu tangan, posisikan sisi depan bagian hidung pada ujung jari-jari anda, biarkan tali pengikat respirator menjuntai bebas dibawah tangan anda



- Posisikan respirator dibawah dagu anda dan sisi untuk hidung berada diatas



- Tariklah tali pengikat respirator yang atas dan posisikan tali agak tinggi dibelakang kepala anda diatas telinga. Tariklah tali pengikat respirator yang bawah dan posisikan tali pada kepala bagian atas (posisi tali menyilang)



- Letakan jari-jari kedua tangan anda diatas bagian hidung yang terbuat dari logam. Tekan sisi logam tersebut (gunakan dua jari dari masing-masing tangan) mengikuti bentuk hidung anda. Jangan menekan respirator dengan satu tangan karena dapat mengakibatkan respirator bekerja kurang efektif



- Tutup bagian depan respirator dengan kedua tangan, dan hati-hati agar posisi respirator tidak berubah

Pemeriksaan Segel Positif

Hembuskan napas kuat-kuat. Tekanan positif di dalam respirator berarti tidak ada kebocoran. Bila terjadi kebocoran atur posisi dan/atau ketegangan tali. Uji kembali kerapatan respirator. Ulangi langkah tersebut sampai respirator benar-benar tertutup rapat.

Pemeriksaan Segel Negatif

- Tarik napas dalam-dalam. Bila tidak ada kebocoran, tekanan negatif di dalam respirator akan membuat respirator menempel ke wajah. Kebocoran akan menyebabkan hilangnya tekanan negatif di dalam respirator akibat udara masuk melalui celah-celah segelnya.
- Lamanya penggunaan maksimal 1 (satu) minggu dengan pemeliharaan yang benar.
- Cara pemeliharaan dan penyimpanan yang benar (setelah dipakai diletakkan di tempat yang kering dan dimasukkan dalam kantong berlubang berbahan kertas).

3) Gaun Pelindung

Tenaga pelayanan kesehatan gigi wajib menggunakan kacamata pelindung untuk menghindari kemungkinan infeksi akibat kontaminasi aerosol dan percikansaliva dan darah. Kacamata ini harus didekontaminasi dengan air dan sabun kemudian didisinfeksi setiap kali berganti pasien. Sebelum melakukan perawatan bagi pasien, gunakan baju pelindung, lalu masker bedah dan selanjutnya kacamata pelindung sebelum mencuci tangan. Setelah tangan dikeringkan, ambil sarung tangan, kenakan dengan cara seperti tertera di atas. Setelah selesai perawatan dan seluruh instrumen kotor telah disingkirkan, lepaskan sarung tangan yang telah terkontaminasi dengan memegang sisi bagian luar dan menariknya hingga terlepas dari dalam ke luar. Setelah salah satu sarung tangan terlepas, lepaskan sarung tangan lainnya dengan memegang sisi bagian dalam sarung tangan dan menariknya hingga terlepas. Apabila seluruh alat pelindung diri telah dilepaskan, hindari menyentuh area terkontaminasi. Selalu lakukan kebersihan tangan dan keringkan tangan sebelum memasang kembali sarung tangan.

Alat pelindung diri selanjutnya adalah baju pelindung, yang merupakan mekanisme yang dirancang untuk melindungi petugas kesehatan. Fungsi baju pelindung adalah untuk mencegah kontaminasi bagian depan pakaian dan harus memiliki lengan panjang, menutupi pergelangan tangan dan penutupan ke daerah leher untuk menjaga area ini tidak terekspos. Baju pelindung sekali pakai (*disposable*) digunakan untuk 1

kali tindakan dan setelah itu dibuang. Bahannya seperti plastik, berbentuk serat sintetis (*polypropylene, polyester, polyethylene*). Baju pelindung yang dapat digunakan kembali dapat dicuci setelah digunakan dan biasanya terbuat dari 100% katun, 100% polyester atau gabungan dari *polyester*-katun (Gambar 21).

Gaun pelindung digunakan untuk melindungi baju petugas dari kemungkinan paparan atau percikan darah atau cairan tubuh, sekresi, ekskresi atau melindungi pasien dari paparan pakaian petugas pada tindakan steril. Jenis-jenis gaun pelindung adalah sebagai berikut:

- Gaun pelindung tidak kedap air
- Gaun pelindung kedap air
- Gaun steril
- Gaun non steril

Indikasi penggunaan gaun pelindung

Tindakan atau penanganan alat yang memungkinkan pencemaran atau kontaminasi pada pakaian petugas, seperti:

- Membersihkan luka
- Tindakan drainase
- Menuangkan cairan terkontaminasi kedalam lubang pembuangan atau WC/toilet
- Menangani pasien perdarahan masif
- Tindakan bedah
- Perawatan gigi

Segera ganti gaun atau pakaian kerja jika terkontaminasi cairan tubuh pasien (darah).

Cara memakai gaun pelindung:

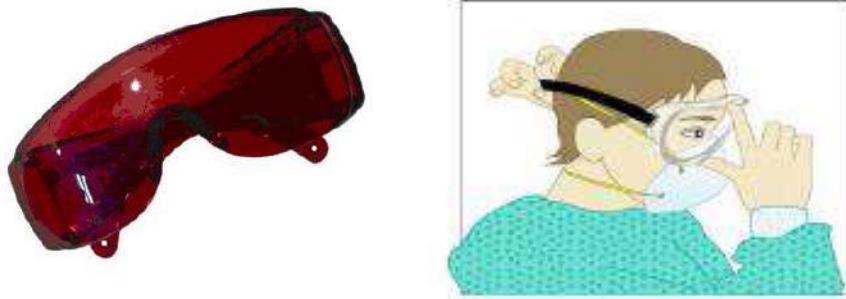
Tutupi badan sepenuhnya dari leher hingga lutut, lengan hingga bagian pergelangan tangan dan selubungkan ke belakang punggung. Ikat di bagian belakang leher dan pinggang.



Gambar 21. Gaun Pelindung

4) *Goggle* (gambar 22) dan perisai wajah (gambar 23)

Kacamata dan *face shield* harus dipakai oleh dokter gigi dan stafnya untuk melindungi mata dari cipratan dan debris yang diakibatkan oleh *high speed handpiece*, pembersihan karang gigi baik secara manual maupun ultrasonik. Keduanya harus terpasang dengan baik dan benar agar dapat melindungi wajah dan mata. Tujuan pemakaian *Goggle* dan perisai wajah pada perawatan gigi juga memberikan perlindungan mata dan wajah dari percikan darah, cairan tubuh, sekresi dan eksresi. Indikasi penggunaannya adalah pada saat tindakan operasi, pertolongan persalinan dan tindakan persalinan, tindakan perawatan gigi dan mulut, pencampuran B3 cair, pemulasaraan jenazah, penanganan linen terkontaminasi di *laundry*, di ruang dekontaminasi *CSSD*.



Gambar 22. Goggle / Kacamata Pelindung



Gambar 23. *Face Shield* / Perisai Wajah

5) Sepatu Pelindung (gambar 24)

Adapun alat pelindung kaki terdiri dari sepatu *boot* dan sandal tertutup. Sepatu *boot* berfungsi bagi tenaga kerja untuk melindungi kaki serta bagian sekitarnya dari benda keras, benda tajam, percikan air/darah/cairan tubuh lainnya, serta menghindari terjadinya terpeleset. Sandal tertutup berfungsi melindungi kaki dari dari kejatuhan benda tajam atau benda lain yang dapat melukai kaki. Sepatu harus menutupi seluruh ujung dan telapak kaki dan tidak dianjurkan untuk menggunakan sandal atau sepatu terbuka.

Tujuan pemakaian sepatu pelindung adalah melindungi kaki petugas dari tumpahan/percikan darah atau cairan tubuh lainnya dan mencegah dari kemungkinan tusukan benda tajam atau kejatuhan alat kesehatan, sepatu tidak boleh berlubang agar berfungsi optimal. Jenis sepatu pelindung seperti sepatu *boot* atau sepatu yang menutup seluruh permukaan kaki. Indikasi pemakaian sepatu pelindung:

- Penanganan pemulasaraan jenazah
- Penanganan limbah
- Tindakan operasi

- Pertolongan dan Tindakan persalinan
- Penanganan linen
- Pencucian peralatan di ruang gizi
- Ruang dekontaminasi *CSSD*



Gambar 24. Sepatu Pelindung

6) Topi pelindung

Tujuan pemakaian topi pelindung adalah untuk mencegah jatuhnya mikroorganisme yang ada di rambut dan kulit kepala petugas terhadap alat-alat/daerah steril atau membran mukosa pasien dan juga sebaliknya untuk melindungi kepala/rambut petugas dari percikan darah atau cairan tubuh dari pasien. Alat pelindung kepala yang digunakan bersifat *disposable*. Alat pelindung kepala berfungsi melindungi rambut hingga kulit kepala dari cairan tubuh, dan cairan darah (Gambar 25). Rambut hendaknya tidak menutupi pandangan dan diikat bagi dokter gigi yang memiliki rambut panjang serta dilindungi dari percikan dan *aerosol* dengan memakai penutup kepala, sebaiknya dokter gigi mencuci muka sebelum makan dan juga mencuci muka serta rambut sebelum tidur. Indikasi pemakaian topi pelindung adalah:

- Tindakan operasi
- Pertolongan dan tindakan persalinan
- Tindakan insersi CVL
- Intubasi Trachea
- Penghisapan lendir massive
- Pembersihan peralatan kesehatan

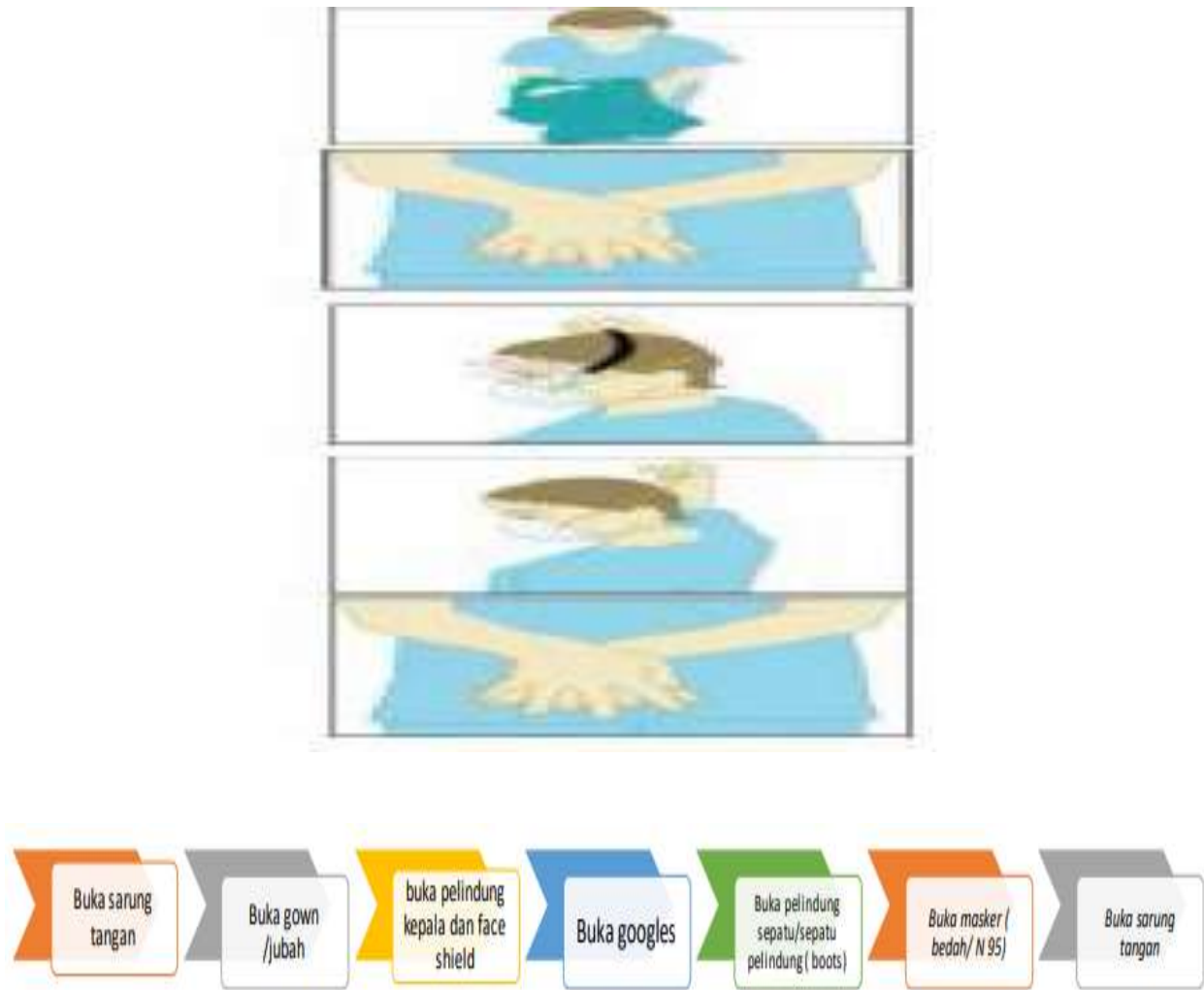


Gambar 25. Topi Pelindung

c) PELEPASAN APD (gambar 26)

Langkah-langkah melepaskan APD adalah sebagai berikut:

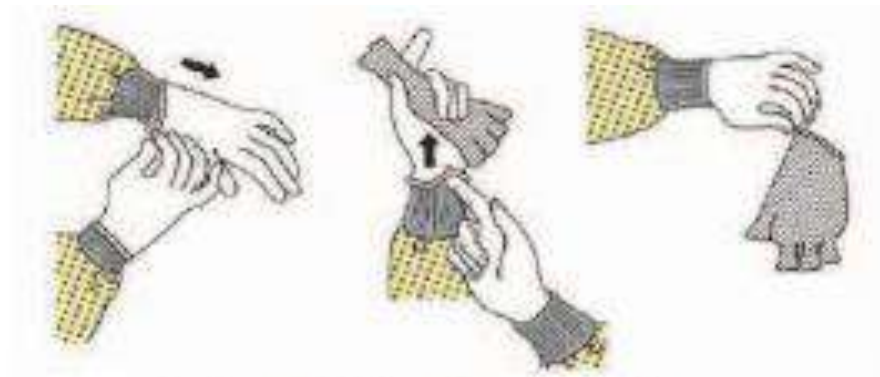
- Lepaskan sepasang sarung tangan
- Lakukan kebersihan tangan
- Lepaskan apron
- Lepaskan perisai wajah (*goggle*)
- Lepaskan gaun bagian luar
- Lepaskan penutup kepala
- Lepaskan masker
- Lepaskan pelindung kaki
- Lakukan kebersihan tangan



Gambar 26. Pelepasan APD

1) Melepas sarung tangan (gambar 27)

- Ingatlah bahwa bagian luar sarung tangan telah terkontaminasi.
- Pegang bagian luar sarung tangan dengan sarung tangan lainnya, kemudian lepaskan.
- Pegang sarung tangan yang telah dilepas dengan menggunakan tangan yang masih memakai sarung tangan.
- Selipkan jari tangan yang sudah tidak memakai sarung tangan di bawah sarung tangan yang belum dilepas di pergelangan tangan.
- Lepaskan sarung tangan di atas sarung tangan pertama.
- Buang sarung tangan di tempat limbah infeksius.



Gambar 27. Pelepasan Sarung Tangan

2) Melepas *Goggle* atau Perisai Wajah (gambar 28)

- Ingatlah bahwa bagian luar *goggle* atau perisai wajah telah terkontaminasi.
- Untuk melepasnya, pegang karet atau gagang *goggle*.
- Letakkan di wadah yang telah disediakan untuk diproses ulang atau dalam tempat limbah infeksius.



Gambar 28. Pelepasan *Google* atau Perisai Wajah

3) Melepas Gaun Pelindung (gambar 29)

- Ingatlah bahwa bagian depan gaun dan lengan gaun pelindung telah terkontaminasi
- Lepas tali pengikat gaun.
- Tarik dari leher dan bahu dengan memegang bagian dalam gaun pelindung saja.
- Balik gaun pelindung.
- Lipat atau gulung menjadi gulungan dan letakkan di wadah yang telah di sediakan untuk diproses ulang atau buang di tempat limbah infeksius.



Gambar 29. Pelepasan Gaun Pelindung

4) Melepas Masker (gambar 30)

- Ingatlah bahwa bagian depan masker telah terkontaminasi
- JANGAN SENTUH.
- Lepaskan tali bagian bawah dan kemudian tali/karet bagian atas.
- Buang ke tempat limbah infeksius.



Gambar 30. Pelepasan Masker

Penggunaan APD pada pasien harus ditetapkan melalui Standar Prosedur Operasional (SPO) di fasilitas pelayanan kesehatan terhadap pasien infeksius sesuai dengan indikasi dan ketentuan Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI), sedangkan penggunaan APD untuk pengunjung juga ditetapkan melalui SPO di fasilitas pelayanan kesehatan terhadap kunjungan ke lingkungan infeksius. Pengunjung disarankan untuk tidak berlama-lama berada di lingkungan infeksius.

III. Pengelolaan Limbah Dokter Gigi

Limbah adalah sisa dari suatu usaha dan/atau kegiatan. Limbah dapat berupa Bahan Berbahaya dan Beracun, yang selanjutnya disingkat B3, yang merupakan zat, energi, dan/atau komponen lain yang karena sifat, konsentrasi dan/atau jumlahnya, baik secara langsung maupun tidak langsung, dapat mencemarkan dan/atau merusak lingkungan hidup, dan/atau membahayakan lingkungan hidup, kesehatan, serta kelangsungan hidup manusia dan makhluk hidup, yang selanjutnya disebut Limbah B3, (sisa suatu usaha dan/atau kegiatan yang mengandung B3). Limbah B3 cair adalah limbah cair yang mengandung B3 antara lain limbah larutan *fixer*, limbah kimiawi cair, dan limbah farmasi cair. Limbah infeksius adalah limbah yang terkontaminasi organisme patogen yang tidak secara rutin ada di lingkungan dan organisme tersebut dalam jumlah dan virulensi yang cukup untuk menularkan penyakit pada manusia rentan. Limbah patologis adalah limbah berupa buangan selama kegiatan operasi, otopsi, dan/atau prosedur medis lainnya termasuk jaringan, organ, bagian tubuh, cairan tubuh, dan/atau spesimen beserta kemasannya. Limbah sitotoksik adalah limbah dari bahan yang terkontaminasi dari persiapan dan pemberian obat sitotoksik untuk kemoterapi kanker yang mempunyai kemampuan untuk membunuh dan/atau menghambat pertumbuhan sel hidup. Air Limbah adalah semua air buangan termasuk tinja yang berasal dari kegiatan fasilitas pelayanan kesehatan yang kemungkinan mengandung mikroorganisme, bahan kimia beracun dan radioaktif yang berbahaya bagi kesehatan.

Dalam praktik kedokteran gigi banyak bahan yang tergolong infeksius (*infectious - X*). Limbah B3 bersifat infeksius yaitu limbah medis padat yang terkontaminasi organisme patogen yang tidak secara rutin ada di lingkungan, dan organisme tersebut dalam jumlah dan virulensi yang cukup untuk menularkan penyakit pada manusia rentan. Yang termasuk ke dalam limbah infeksius antara lain:

- a) Limbah yang berasal dari perawatan pasien yang memerlukan isolasi penyakit menular atau perawatan intensif dan limbah laboratorium;
- b) Limbah yang berupa benda tajam seperti jarum suntik, perlengkapan intravena, pipet pasteur, dan pecahan gelas;
- c) Limbah patologi yang merupakan limbah jaringan tubuh yang terbuang dari proses bedah atau otopsi;

- d) Limbah yang berasal dari pembiakan dan stok bahan infeksius, organ binatang percobaan, bahan lain yang telah diinokulasi, dan terinfeksi atau kontak dengan bahan yang sangat infeksius; dan/atau
- e) Limbah sitotoksik yaitu limbah dari bahan yang terkontaminasi dari persiapan dan pemberian obat sitotoksik untuk kemoterapi kanker yang mempunyai kemampuan membunuh atau menghambat pertumbuhan sel hidup.

Setelah mengetahui definisi dari masing-masing jenis limbah, kita harus pula mengetahui bagaimana pengolahan limbah B3 tersebut. Pengolahan Limbah B3 adalah proses untuk mengurangi dan/atau menghilangkan sifat bahaya dan/atau sifat racun. Pengelolaan limbah B3 yang timbul dari fasilitas pelayanan kesehatan meliputi beberapa tahapan, yaitu:

- a. Pengurangan dan Pemilahan Limbah B3;
- b. Penyimpanan Limbah B3;
- c. Pengangkutan Limbah B3;
- d. Pengolahan Limbah B3;
- e. Penguburan Limbah B3; dan/atau
- f. Penimbunan Limbah B3.

PENGURANGAN DAN PEMILAHAN LIMBAH BAHAN BERBAHAYA DAN BERACUN

Pengurangan Limbah B3

- a. menghindari penggunaan material yang mengandung B3 (Bahan Berbahaya dan Beracun), jika terdapat pilihan yang lain;
- b. melakukan tata kelola yang baik terhadap setiap bahan atau material yang berpotensi menimbulkan gangguan kesehatan dan/atau pencemaran terhadap lingkungan;
- c. melakukan tata kelola yang baik dalam pengadaan bahan kimia dan bahan farmasi untuk menghindari terjadinya penumpukan dan kedaluwarsa; dan
- d. melakukan pencegahan dan perawatan berkala terhadap peralatan sesuai jadwal.

Pemilahan Limbah B3

- a. memisahkan limbah B3 berdasarkan jenis, kelompok, dan/atau karakteristik limbah B3; dan
- b. mewadahi limbah B3 sesuai kelompok limbah B3.

PENYIMPANAN LIMBAH BAHAN BERBAHAYA DAN BERACUN

Terhadap Limbah B3 yang telah dilakukan Pengurangan dan Pemilahan Limbah B3, wajib dilakukan Penyimpanan Limbah B3, dengan cara-cara berikut ini:

- a. menyimpan limbah B3 di fasilitas penyimpanan limbah B3;
- b. menyimpan limbah B3 menggunakan wadah limbah B3 sesuai kelompok limbah B3;
- c. penggunaan warna pada setiap kemasan dan/atau wadah limbah sesuai karakteristik limbah B3;

Warna kemasan dan/atau wadah limbah B3 berupa warna-warna berikut ini, yaitu:

- a. merah, untuk limbah radioaktif;
 - b. kuning, untuk limbah infeksius dan limbah patologis;
 - c. ungu, untuk limbah sitotoksik; dan
 - d. cokelat, untuk limbah bahan kimia kedaluwarsa, tumpahan, atau sisa kemasan, dan limbah farmasi.
- d. pemberian simbol dan label limbah B3 pada setiap kemasan dan/atau wadah limbah B3 sesuai karakteristik limbah B3.

Simbol pada kemasan dan/atau wadah limbah B3 berupa simbol:

- a. radioaktif, untuk limbah radioaktif;
- b. infeksius, untuk limbah infeksius; dan
- c. sitotoksik, untuk limbah sitotoksik.

Penyimpanan Limbah B3 dilakukan dengan ketentuan:

- a. Limbah B3 (dengan karakteristik infeksius, benda tajam dan atau patologis), disimpan di tempat Penyimpanan Limbah B3 sebelum dilakukan Pengangkutan Limbah B3, Pengolahan Limbah B3, dan/atau Penimbunan Limbah B3 paling lama:

1. 2 (dua) hari, pada temperatur lebih besar dari 0°C (nol derajat celsius); atau

2. 90 (sembilan puluh) hari, pada temperatur sama dengan atau lebih kecil dari 0°C (nol derajat celsius), sejak Limbah B3 dihasilkan.
- b. Limbah B3 (bahan kimia kedaluwarsa, tumpahan, atau sisa kemasan; radioaktif; farmasi; sitotoksik; peralatan medis yang memiliki kandungan logam berat tinggi; dan tabung gas atau kontainer bertekanan), disimpan di tempat penyimpanan limbah B3 paling lama:
 1. 90 (sembilan puluh) hari, untuk Limbah B3 yang dihasilkan sebesar 50 kg (lima puluh kilogram) per hari atau lebih;
 2. atau 180 (seratus delapan puluh) hari, untuk Limbah B3 yang dihasilkan kurang dari 50 kg (lima puluh kilogram) per hari untuk Limbah B3 kategori 1, sejak Limbah B3 dihasilkan.

PENGANGKUTAN LIMBAH BAHAN BERBAHAYA DAN BERACUN

Pengangkutan Limbah B3 dilakukan oleh:

- a. Penghasil Limbah B3 terhadap Limbah B3 yang dihasilkannya dari lokasi Penghasil Limbah B3 ke:
 1. tempat Penyimpanan Limbah B3 yang digunakan sebagai depo pemindahan; atau
 2. pengolah Limbah B3 yang memiliki izin Pengelolaan Limbah B3 untuk kegiatan Pengolahan Limbah B3; atau
- b. Pengangkut Limbah B3 yang memiliki Izin Pengelolaan Limbah B3 untuk Kegiatan Pengangkutan Limbah B3, jika Pengangkutan Limbah B3 dilakukan di luar wilayah kerja fasilitas pelayanan kesehatan.

Pengangkutan Limbah B3 dilakukan dengan menggunakan kendaraan bermotor:

- a. roda 4 (empat) atau lebih; dan/atau

Ketentuan mengenai kendaraan bermotor roda 4 (empat) atau lebih harus sesuai dengan peraturan perundang-undangan mengenai Angkutan Jalan.

- b. roda 3 (tiga).

Hanya dapat dilakukan oleh Penghasil Limbah B3 terhadap Limbah B3 yang dihasilkannya, dan harus memenuhi persyaratan meliputi:

- a. kendaraan bermotor milik sendiri atau barang milik negara;

b. Limbah B3 wajib ditempatkan dalam bak permanen dan tertutup di belakang pengendara dengan ukuran:

1. lebar lebih kecil dari 120 (seratus dua puluh) sentimeter; dan
2. tinggi lebih kecil dari atau sama dengan 90 (sembilan puluh) sentimeter terukur dari tempat duduk atau sadel pengemudi.

Pengangkutan Limbah B3 wajib:

a. menggunakan alat angkut Limbah B3 yang telah mendapatkan Izin Pengelolaan Limbah B3 untuk kegiatan Pengangkutan Limbah B3 dan/atau telah mendapatkan persetujuan;

b. menggunakan simbol Limbah B3; dan

Simbol Limbah B3 mengacu pada peraturan perundang-undangan mengenai simbol Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun.

c. dilengkapi manifes Limbah B3.

Manifes Limbah B3 paling sedikit memuat informasi mengenai:

- a. kode manifes Limbah B3;
- b. nama, sumber, karakteristik, dan jumlah Limbah B3 yang akan diangkut;
- c. identitas Pengirim Limbah B3, Pengangkut Limbah B3, dan Penerima Limbah B3; dan
- d. alat angkut Limbah B3.

Mekanisme Perjalanan dan Aliran Manifes Limbah B3.

Tahapan dan aliran perjalanan manifes Limbah B3 adalah sebagaimana langkah-langkah berikut:

Langkah Kesatu:

- a. Pengangkutan Limbah B3 didahului dengan pengisian dan pengesahan manifes Limbah B3 (Lembar 1 sampai lembar 6) pada bagian I oleh pengirim.
 - b. Selanjutnya bagian II Manifes Limbah B3 pada huruf a (Lembar kesatu sampai lembar keenam) diisi dan disahkan oleh pengangkut Limbah B3.
- Pengesahan Lembar Manifes Limbah B3 dilakukan dengan memberikan tanda tangan dan cap perusahaan pada kolom yang tersedia dalam Manifes Limbah B3.

Langkah Kedua:

- a. Pengangkut Limbah B3 menyerahkan lembar keenam Manifes Limbah B3 kepada pengirim Limbah B3. Lembar keenam Manifes Limbah B3 merupakan pertinggal untuk pengirim Limbah B3.

- b. Pengangkut Limbah B3 melakukan pengangkutan Limbah B3 dari pengirim Limbah B3 kepada penerima Limbah B3 disertai manifes Limbah B3 lembar kesatu, kedua, ketiga, keempat, dan kelima.

Langkah Ketiga:

- a. Pengangkut Limbah B3 menyerahkan Limbah B3 dan manifes Limbah B3 lembar kesatu, kedua, ketiga, keempat, dan kelima kepada penerima Limbah B3.
- b. Penerima Limbah B3 mengisi dan mengesahkan bagian III Manifes Limbah B3 lembar kesatu, kedua, ketiga, keempat, dan kelima.
- c. Pengangkut Limbah B3 menyerahkan lembar keempat dan kelima Manifes Limbah B3 kepada penerima Limbah B3. Lembar kelima Manifes Limbah B3 merupakan pertinggal bagi penerima Limbah B3.
- d. Penerima Limbah B3 mengirimkan lembar keempat Manifes Limbah B3 kepada pengirim Limbah B3 (penghasil Limbah B3).

Langkah Keempat:

- a. Pengangkut Limbah B3 mengirimkan lembar Manifes Limbah B3 dari kegiatan pada Langkah Ketiga, yaitu:
 - 1) Lembar ketiga dikirimkan kepada gubernur tempat kegiatan pengirim Limbah B3.
 - 2) Lembar kedua dikirimkan kepada bupati/wali kota tempat kegiatan pengirim Limbah B3.
- b. Lembar kesatu Manifes Limbah B3 merupakan pertinggal bagi pengangkut Limbah B3.

PENGELOLAAN LIMBAH

Pengolahan Limbah B3 dilakukan secara termal menggunakan peralatan, seperti:

- a. autoklaf tipe alir gravitasi dan/atau tipe vakum;
- b. gelombang mikro;
- c. iradiasi frekwensi radio; dan/atau
- d. insinerator.

Pengolahan Limbah B3 secara termal harus memenuhi persyaratan adanya lokasi dan peralatan serta teknis pengoperasian peralatan Pengolahan Limbah B3 secara termal. Persyaratan lokasi Pengelolaan Limbah B3 untuk kegiatan Pengolahan Limbah B3 oleh Penghasil Limbah B3 meliputi:

a. merupakan daerah bebas banjir dan tidak rawan bencana alam, atau dapat direkayasa dengan teknologi untuk perlindungan dan pengelolaan lingkungan hidup; dan

b. jarak antara lokasi Pengelolaan Limbah B3 untuk kegiatan Pengolahan Limbah B3 dengan lokasi fasilitas umum diatur dalam Izin Lingkungan.

Persyaratan lokasi Pengelolaan Limbah B3 untuk kegiatan Pengolahan Limbah B3 oleh Pengolah Limbah B3 yang memiliki Izin Pengelolaan Limbah B3 untuk kegiatan Pengolahan Limbah B3 dan memiliki kerjasama dengan Penghasil Limbah B3, yaitu meliputi:

a. merupakan daerah bebas banjir dan tidak rawan bencana alam, atau dapat direkayasa dengan teknologi untuk perlindungan dan pengelolaan lingkungan hidup;

b. berada pada jarak paling dekat 30 (tiga puluh) meter dari:

1. jalan umum dan/atau jalan tol;

2. daerah pemukiman, perdagangan, hotel, restoran, fasilitas keagamaan dan pendidikan;

3. garis pasang naik laut, sungai, daerah pasang surut, kolam, danau, rawa, mata air dan sumur penduduk; dan

4. daerah cagar alam, hutan lindung, dan/atau daerah lainnya yang dilindungi.

Persyaratan peralatan Pengelolaan Limbah B3 untuk kegiatan Pengolahan Limbah B3 menggunakan peralatan meliputi:

a. pengoperasian peralatan;

Pengoperasian peralatan untuk autoklaf tipe alir gravitasi (dilarang digunakan untuk limbah patologis; bahan kimia kedaluwarsa, tumpahan, atau sisa kemasan; radioaktif; farmasi; dan sitotoksik) dilakukan dengan temperatur lebih besar dari atau sama dengan:

a. 121°C (seratus dua puluh satu derajat celsius) dan tekanan 15 psi (lima belas *pounds per square inch*) atau 1,02 atm (satu koma nol dua atmosfer) dengan waktu tinggal di dalam autoklaf sekurang-kurangnya 60 (enam puluh) menit;

b. 135°C (seratus tiga puluh lima derajat celsius) dan tekanan 31 psi (tiga puluh satu *pounds per square inch*) atau 2,11 atm (dua koma sebelas atmosfer) dengan waktu tinggal di dalam autoklaf sekurang-kurangnya 45 (empat puluh lima) menit; atau

c. 149°C (seratus empat puluh sembilan derajat celsius) dan tekanan 52 psi (lima puluh dua *pounds per square inch*) atau 3,54 atm (tiga koma lima puluh empat atmosfer) dengan waktu tinggal di dalam autoklaf sekurang- kurangnya 30 (tiga puluh) menit.

Pengoperasian peralatan untuk autoklaf tipe vakum (dilarang digunakan untuk limbah patologis; bahan kimia kedaluwarsa, tumpahan, atau sisa kemasan; radioaktif; farmasi; dan sitotoksik) dilakukan dengan temperatur lebih besar dari atau sama dengan:

a. 121°C (seratus dua puluh satu derajat celsius) dan tekanan 15 psi (lima belas *pounds per square inch*) atau 1,02 atm (satu koma nol dua atmosfer) dengan waktu tinggal di dalam autoklaf sekurang- kurangnya 45 (empat puluh lima) menit; atau

b. 135°C (seratus tiga puluh lima derajat celsius) dan tekanan 31 psi (tiga puluh satu *pounds per square inch*) atau 2,11 atm (dua koma sebelas atmosfer) dengan waktu tinggal di dalam autoklaf sekurang-kurangnya 30 (tiga puluh) menit.

Pengoperasian peralatan untuk gelombang mikro (dilarang digunakan untuk limbah patologis; bahan kimia kedaluwarsa, tumpahan, atau sisa kemasan; radioaktif; farmasi; sitotoksik; dan peralatan medis yang memiliki kandungan logam berat tinggi) dilakukan pada temperatur 100°C (seratus derajat celsius) dengan waktu tinggal paling singkat 30 (tiga puluh) menit. Pengoperasian peralatan untuk iradiasi frekwensi radio dilakukan dilakukan pada temperatur lebih besar dari 90°C (sembilan puluh derajat celsius).

b. uji validasi.

Uji validasi harus mampu membunuh spora menggunakan peralatan:

a. autoklaf tipe alir gravitasi dan/atau tipe vakum sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (2) huruf a dilakukan terhadap spora *Bacillus stearothermophilus* pada konsentrasi

1 x 10⁴ (satu kali sepuluh pangkat empat) spora per mililiter yang ditempatkan dalam vial atau lembaran spora;

b. gelombang mikro sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (2) huruf b dilakukan terhadap spora *Bacillus stearothermophilus* pada konsentrasi 1 x 10¹ (satu kali sepuluh pangkat satu) spora per mililiter yang ditempatkan dalam vial atau lembaran spora; dan

c. iradiasi frekwensi radio sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (2) huruf c dilakukan terhadap spora *Bacillus stearothermophilus* pada konsentrasi 1 x 10⁴ (satu kali sepuluh pangkat empat) spora per mililiter yang ditempatkan dalam vial atau lembaran spora.

Pengelolaan Limbah B3 untuk kegiatan Pengolahan Limbah B3 menggunakan insinerator oleh Penghasil Limbah B3 harus memenuhi ketentuan:

- a. efisiensi pembakaran sekurang-kurangnya 99,95% (sembilan puluh sembilan koma sembilan puluh lima per seratus);
- b. temperatur pada ruang bakar utama sekurang-kurangnya 800°C (delapan ratus derajat celsius);
- c. temperatur pada ruang bakar kedua paling rendah 1.000°C (seribu derajat celsius) dengan waktu tinggal paling singkat 2 (dua) detik;
- d. memiliki alat pengendalian pencemaran udara berupa wet scrubber atau sejenis;
- e. ketinggian cerobong paling rendah 14 m (empat belas meter) terhitung dari permukaan tanah atau 1,5 (satu koma lima) kali bangunan tertinggi, jika terdapat bangunan yang memiliki ketinggian lebih dari 14 m (empat belas meter) dalam radius 50 m (lima puluh meter) dari insinerator; dan
- f. memiliki cerobong yang dilengkapi dengan:
 1. lubang pengambilan contoh uji emisi yang memenuhi kaidah 8De/2De; dan
 2. fasilitas pendukung untuk pengambilan contoh uji emisi antara lain berupa tangga dan platform pengambilan contoh uji yang dilengkapi pengaman.

Pengoperasian peralatan dilarang digunakan untuk Limbah B3 radioaktif; Limbah B3 dengan karakteristik mudah meledak; dan/atau Limbah B3 merkuri.

Risiko Limbah

Rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lain sebagai sarana pelayanan kesehatan adalah tempat berkumpulnya orang sakit maupun sehat, dapat menjadi tempat sumber penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan, juga menghasilkan limbah yang dapat menularkan penyakit. Untuk menghindari risiko tersebut maka diperlukan pengelolaan limbah di fasilitas pelayanan kesehatan.

Jenis Limbah

Fasilitas pelayanan kesehatan harus mampu melakukan minimalisasi limbah yaitu upaya yang dilakukan untuk mengurangi jumlah limbah yang dihasilkan dengan cara mengurangi bahan

(*reduce*), menggunakan kembali limbah (*reuse*) dan daur ulang limbah (*recycle*). Jenis wadah dan label limbah pada tabel dibawah ini disesuaikan dengan kategorinya:

| No | Kategori | Warna kontainer/ kantong plastik | Lambang | Keterangan |
|----|--|-------------------------------------|--|---|
| 1 | Radioaktif | Merah |  | - Kantong boks timbal dengan simbol radioaktif |
| 2 | Sangat Infeksius | Kuning |  | - Katong plastik kuat, anti bocor, atau kontainer yang dapat disterilisasi dengan otoklaf |
| 3 | Limbah infeksius, patologi dan anatomi | Kuning |  | - Plastik kuat dan anti bocor atau kontainer |
| 4 | Sitotoksik | Ungu |  | - Kontainer plastik kuat dan anti bocor |
| 5 | Limbah kimia dan farmasi | Coklat | - | - Kantong plastik atau kontainer |

Manajemen Limbah dan Benda Tajam

- Peraturan pembuangan limbah sesuai peraturan lokal yang berlaku.
- Pastikan bahwa tenaga pelayanan kesehatan gigi yang menangani limbah medis di training tentang penanganan limbah yang tepat, metode pembuangan dan bahaya kesehatan.
- Gunakan kode warna dan label kontainer, warna kuning untuk limbah infeksius dan warna hitam untuk limbah non infeksius.
- Tempatkan limbah tajam seperti jarum, *blade scapel*, *orthodontic bands*, pecahan instrumen metal dan bur pada kontainer yang tepat yaitu tahan tusuk dan tahan bocor, kode warna kuning.
- Darah, cairan suction atau limbah cair lain dibuang ke dalam drain yang terhubung dengan sistem sanitary.
- Buang gigi yang dicabut ke limbah infeksius, kecuali diberikan kepada keluarga.

Pencegahan pajanan darah dan bahan infeksius lainnya, dengan cara:

- Tempatkan limbah tajam dalam kontainer tahan tusuk, tahan air dan anti bocor.
- Jangan memanipulasi jarum syringe atau benda tajam setelah digunakan.
- Jangan membengkokan, mematahkan atau melepas jarum setelah digunakan.

- Gunakan teknik satu tangan atau peralatan lain jika harus menutup kembali jarum setelah digunakan.
- Jangan pernah menerima limbah jarum atau bend tajam dari orang lain.

Pencegahan Kecelakaan Kerja

Instrumen tajam yang digunakan dalam memberikan perawatan kedokteran gigi (misalnya, sonde, jarum dan ampul anestesi yang telah digunakan) memiliki potensi mengakibatkan luka dan menyebarkan penyakit menular. Luka tersebut dapat dicegah dengan:

- (1) Penanganan minimal jarum, *syringe* dan instrument tajam lainnya setelah penggunaan.
- (2) Tangani instrumen tajam dengan hati-hati.
- (3) Buang instrumen/alat tajam dalam wadah yang tidak dapat robek segera setelah digunakan (gambar 31). Apabila wadah tersebut penuh, keluarkan isinya dan bakar atau diisi dengan semen selanjutnya dikubur.



Gambar 31. Wadah pembuangan instrumen tajam *disposable*

- (4) Selalu gunakan *utility gloves* ketika mencuci instrument yang tajam.
- (5) Apabila instrumen tajam harus diberikan dari asisten ke operator selama perawatan maka instrument tersebut tidak boleh dipegang secara bersamaan oleh keduanya. Asisten meletakkan instrumen tajam dalam baskom atau baki yang telah didisinfeksi, beritahukan pada operator bahwa instrumen tersebut telah siap untuk digunakan.

(6) Gunakan ‘teknik satu-tangan’ apabila perlu menutup kembali jarum suntik. Letakkan tutup jarum suntik di atas permukaan datar. Dengan satu tangan memegang *syringe* dan jarum dimasukkan ke tutupnya. Apabila tutup jarum suntik telah menutup jarum, tekan tutup jarum suntik pada permukaan datar jangan menggunakan tangan yang lainnya untuk mengencangkan tutup (gambar 32).



Gambar 32. Menutup jarum suntik dengan teknik satu tangan

METODE PENYEGELAN KANTONG SAMPAH MEDIS

Jika kantong sampah medis sudah terisi $\frac{3}{4}$ penuh, gunakan metode “Leher Angsa” untuk mengikat menyegelnya.

1. Tutup kantong sampah setelah terisi 75%.
2. Pelintir bagian atas kantong sampah dan lipat.
3. Pegang erat pelintiran kantong plastic.
4. Masukkan ujung plastik kedalam tali segel pengikat.
5. Kencangkan tali segel pengikat.

Hanya kantong sampah yang telah disegel dengan metode diatas (gambar 33) akan diambil dari titik pengambilan sampah.



Gambar 33. Metode Penyegelan Kantong Sampah Medis
 (Sumber: Environmental Protection Department, HKSAR Government)

Instalasi Pengelolaan Limbah

(1) Instalasi pengelolaan limbah meliputi:

- a. Instalasi pengelolaan limbah padat;
- b. Instalasi pengelolaan limbah cair;
- c. Instalasi pengelolaan limbah gas;
- d. Instalasi pengelolaan limbah radioaktif; dan
- e. Instalasi pengolahan limbah bahan beracun dan berbahaya.

(2) Instalasi pengelolaan limbah padat, limbah cair, limbah gas, limbah radioaktif, dan limbah bahan beracun dan berbahaya meliputi:

- a. sumber/pewadahan/alat sanitasi;
- b. jaringan; dan
- c. pengolahan akhir.

(3) Akses menuju Instalasi pengelolaan limbah melalui akses/pintu layanan servis.

PENGUBURAN LIMBAH BAHAN BERBAHAYA DAN BERACUN

Penguburan Limbah B3 dilakukan oleh Penghasil Limbah B3 terhadap Limbah B3 yang dihasilkannya. Penguburan Limbah B3 hanya dapat dilakukan untuk Limbah B3 yang patologis dan/atau benda tajam. Penguburan Limbah B3 patologis dilakukan antara lain dengan cara:

- a. menguburkan Limbah B3 di fasilitas penguburan Limbah B3 yang memenuhi persyaratan lokasi dan persyaratan teknis penguburan Limbah B3;
- b. mengisi kuburan Limbah B3 dengan Limbah B3 paling tinggi setengah dari jumlah volume total, dan ditutup dengan kapur dengan ketebalan paling rendah 50 cm (lima puluh sentimeter) sebelum ditutup dengan tanah;
- c. memberikan sekat tanah dengan ketebalan paling rendah 10 cm (sepuluh sentimeter) pada setiap lapisan Limbah B3 yang dikubur;
- d. melakukan pencatatan Limbah B3 yang dikubur; dan
- e. melakukan perawatan, pengamanan, dan pengawasan kuburan Limbah B3.

Penguburan Limbah B3 benda tajam dilakukan antara lain dengan cara:

- a. menguburkan Limbah B3 di fasilitas penguburan Limbah B3 yang memenuhi persyaratan lokasi dan persyaratan teknis penguburan Limbah B3;
- b. melakukan pencatatan Limbah B3 yang dikubur; dan
- c. melakukan perawatan, pengamanan, dan pengawasan kuburan Limbah B3.

Penguburan Limbah B3 hanya dapat dilakukan jika pada lokasi dihasilkannya limbah patologis dan/atau limbah benda tajam tidak terdapat fasilitas Pengolahan Limbah B3 menggunakan peralatan insinerator Limbah B3. Lokasi dan fasilitas penguburan Limbah B3 harus memenuhi persyaratan teknis, meliputi:

- a. bebas banjir;
- b. berjarak paling rendah 20 m (dua puluh meter) dari sumur dan/atau perumahan;
- c. kedalaman kuburan paling rendah 1,8 m (satu koma delapan meter); dan
- d. diberikan pagar pengaman dan papan penanda kuburan Limbah B3.

Penguburan Limbah B3 harus memperoleh persetujuan penguburan Limbah B3 yang diterbitkan oleh Kepala Instansi Lingkungan Hidup kabupaten/kota setelah berkoordinasi dengan instansi yang bertanggung jawab di bidang kesehatan. Untuk mendapatkan persetujuan penguburan Limbah B3, Penghasil Limbah B3 menyampaikan permohonan secara tertulis kepada Kepala Instansi Lingkungan Hidup kabupaten/kota dengan melampirkan:

- a. identitas pemohon;
 - b. nama, sumber, karakteristik, dan jumlah Limbah B3 yang akan dikubur;
 - c. nama personel yang pernah mengikuti pelatihan Pengelolaan Limbah B3 atau yang memiliki pengalaman dalam Pengelolaan Limbah B3;
 - d. lokasi kuburan Limbah B3 yang memiliki izin lokasi; dan
 - e. dokumen yang menjelaskan tentang kuburan Limbah B3 dan tata cara penguburan Limbah B3.
- Jika permohonan disetujui, maka akan diterbitkan surat persetujuan penguburan Limbah B3, namun dapat juga ditolak dan akan diterbitkan surat penolakan disertai dengan alasan penolakan. Masa berlaku persetujuan berlaku selama 5 (lima) tahun dan dapat diperpanjang.

PENIMBUNAN LIMBAH BAHAN BERBAHAYA DAN BERACUN

Penimbunan Limbah B3 dilakukan oleh Penghasil Limbah B3 terhadap Limbah B3 yang dihasilkannya. Penimbunan Limbah B3 dilakukan terhadap Limbah B3 berupa abu terbang insinerator dan *slag* atau abu dasar insinerator. Penimbunan Limbah B3 hanya dapat dilakukan di fasilitas penimbunan saniter; penimbunan terkendali; dan/atau penimbunan akhir Limbah B3 yang memiliki Izin Pengelolaan Limbah B3 untuk kegiatan Penimbunan Limbah B3. Sebelum dilakukan penimbunan di fasilitas tersebut, Limbah B3 wajib dilakukan enkapsulasi; dan/atau inertisasi.

Lokasi dan fasilitas Penimbunan Limbah B3 harus memenuhi persyaratan sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan mengenai penyelenggaraan prasarana dan sarana persampahan dalam penanganan sampah rumah tangga dan sampah sejenis sampah rumah tangga. Lokasi dan/atau fasilitas Penimbunan akhir Limbah B3 harus memenuhi persyaratan sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan mengenai Pengelolaan Limbah B3 untuk kegiatan Penimbunan Limbah B3.

Penimbunan Limbah B3 yang dilakukan di fasilitas harus mendapatkan persetujuan Penimbunan Limbah B3 yang diterbitkan oleh Kepala Instansi Lingkungan Hidup:

a. provinsi, jika Penimbunan Limbah B3 dilakukan lintas kabupaten/kota dalam wilayah provinsi; atau

b. kabupaten/kota, jika Penimbunan Limbah B3 dilakukan dalam wilayah kabupaten/kota.

Untuk mendapatkan persetujuan Penimbunan Limbah B3, Penghasil Limbah B3 menyampaikan permohonan secara tertulis kepada Kepala Instansi Lingkungan Hidup dengan melampirkan:

a. identitas pemohon;

b. nama, sumber, karakteristik, dan jumlah Limbah B3 yang akan ditimbun;

c. lokasi Penimbunan Limbah B3; dan

d. dokumen yang menjelaskan tentang tata cara Penimbunan Limbah B3.

Dalam hal permohonan, jika disetujui, Kepala Instansi Lingkungan Hidup menerbitkan surat persetujuan penimbunan Limbah B3 dan dapat pula ditolak, maka Kepala Instansi Lingkungan Hidup menerbitkan surat penolakan disertai dengan alasan penolakan. Masa berlaku persetujuan berlaku selama 10 (sepuluh) tahun dan dapat diperpanjang.

Latihan :

1. Sebutkan pelaksanaan PPI yang wajib dilaksanakan oleh tenaga pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Indonesia!

Jawaban:

1. Penerapan Kewaspadaan Isolasi.

a. Kewaspadaan Standar, dengan penerapan sebagai berikut:

- Kebersihan tangan.
- Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD).
- Manajemen limbah dan benda tajam.
- Manajemen lingkungan.
- Penanganan linen (Kain Alas Instrumen, Kain Sarung Dental Unit).
- Peralatan perawatan pasien.
- Perlindungan kesehatan karyawan.
- Penyuntikan yang aman.
- Etika batuk.

b. Kewaspadaan Berdasarkan Transmisi.

- Transmisi airborne/udara.
 - a. Gunakan masker N95/respiratorik
 - b. Segera lepas selesai tindakan
- Transmisi droplet/percikan.
 - a. Gunakan masker bedah, pelindung mata dan wajah
 - b. Segera lepaskan selesai tindakan
- Transmisi kontak.
 - a. Gunakan sarung tangan dan gaun
 - b. Segera lepaskan selesai tindakan

2. Surveilans.

3. Pendidikan dan Pelatihan.

2. Jelaskan apa yang dimaksud dengan APD secara lengkap!

Jawaban:

Alat pelindung diri adalah pakaian khusus atau peralatan yang dipakai petugas untuk memproteksi diri dari bahaya fisik, kimia, biologi/bahan infeksius. APD terdiri dari sarung tangan, masker/*Respirator Partikulat*, pelindung mata (*goggle*), perisai/pelindung wajah, kap penutup kepala, gaun pelindung/apron, sandal/sepatu tertutup (*Sepatu Boot*). Tujuan Pemakaian APD adalah melindungi kulit dan membran mukosa dari risiko paparan darah, cairan tubuh, sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir dari pasien ke petugas dan sebaliknya.

3. Sebutkan dan jelaskan apa itu limbah B3 dan apa saja tahapan pengelolaan limbah B3 tersebut!

Jawaban:

Limbah B3 (Bahan Berbahaya dan Beracun) merupakan zat, energi, dan/atau komponen lain yang karena sifat, konsentrasi dan/atau jumlahnya, baik secara langsung maupun tidak langsung, dapat mencemarkan dan/atau merusak lingkungan hidup, dan/atau membahayakan lingkungan hidup, kesehatan, serta kelangsungan hidup manusia dan makhluk hidup.

Pengolahan Limbah B3 adalah proses untuk mengurangi dan/atau menghilangkan sifat bahaya dan/atau sifat racun meliputi beberapa tahapan, yaitu:

- a. Pengurangan dan Pemilahan Limbah B3;
- b. Penyimpanan Limbah B3;
- c. Pengangkutan Limbah B3;
- d. Pengolahan Limbah B3;
- e. Penguburan Limbah B3; dan/atau
- f. Penimbunan Limbah B3.

Rangkuman :

Cara terbaik dalam melakukan kontrol infeksi adalah dengan memutus siklus penularan penyakit adalah dengan mengikuti kewaspadaan isolasi (kewaspadaan standard dan kewaspadaan berdasarkan transmisi), sehingga siklus penularan penyakit akibat agen infeksi dapat diputus/dicegah.

Penerapan Kewaspadaan Isolasi.

a. Kewaspadaan Standar, dengan penerapan sebagai berikut:

- Kebersihan tangan.
- Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD).
- Manajemen limbah dan benda tajam.
- Manajemen lingkungan.
- Penanganan linen (Kain Alas Instrumen, Kain Sarung Dental Unit).
- Peralatan perawatan pasien.
- Perlindungan kesehatan karyawan.
- Penyuntikan yang aman.
- Etika batuk.

b. Kewaspadaan Berdasarkan Transmisi.

- Transmisi airborne/udara.
 - a. Gunakan masker N95/respiratorik
 - b. Segera lepas selesai tindakan
- Transmisi droplet/percikan.
 - a. Gunakan masker bedah, pelindung mata dan wajah
 - b. Segera lepaskan selesai tindakan
- Transmisi kontak.
 - a. Gunakan sarung tangan dan gaun
 - b. Segera lepaskan selesai tindakan

PENANGANAN INSTRUMEN DAN ALAT PELAYANAN KEDOKTERAN GIGI

1. Pembatasan Kontaminasi

2. Penentuan zona (Basic Protocol HKSAR, 2008)

3. *Pre-Cleaning*

4. Pembersihan instrumen
5. Disinfeksi Tingkat Tinggi
6. Sterilisasi
7. Penatalaksanaan Dental Unit

Alat pelindung diri adalah pakaian khusus atau peralatan yang dipakai petugas untuk memproteksi diri dari bahaya fisik, kimia, biologi/bahan infeksius. APD terdiri dari sarung tangan, masker/*Respirator Partikulat*, pelindung mata (*goggle*), perisai/pelindung wajah, kap penutup kepala, gaun pelindung/apron, sandal/sepatu tertutup (*Sepatu Boot*). Tujuan Pemakaian APD adalah melindungi kulit dan membran mukosa dari risiko pajanan darah, cairan tubuh, sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir dari pasien ke petugas dan sebaliknya.



Limbah dapat berupa Bahan Berbahaya dan Beracun, yang selanjutnya disingkat B3, yang merupakan zat, energi, dan/atau komponen lain yang karena sifat, konsentrasi dan/atau jumlahnya, baik secara langsung maupun tidak langsung, dapat mencemarkan dan/atau merusak lingkungan hidup, dan/atau membahayakan lingkungan hidup, kesehatan, serta kelangsungan hidup manusia dan makhluk hidup, yang selanjutnya disebut Limbah B3, (sisa suatu usaha dan/atau kegiatan yang mengandung B3). Pengolahan Limbah B3 adalah proses untuk mengurangi dan/atau menghilangkan sifat bahaya dan/atau sifat racun. Pengelolaan limbah B3 yang timbul dari fasilitas pelayanan kesehatan meliputi beberapa tahapan, yaitu:

- a. Pengurangan dan Pemilahan Limbah B3;
- b. Penyimpanan Limbah B3;
- c. Pengangkutan Limbah B3;
- d. Pengolahan Limbah B3;
- e. Penguburan Limbah B3; dan/atau
- f. Penimbunan Limbah B3.

Daftar Pustaka :

1. Permenkes No. 27 tahun 2017 tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
2. Standar Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Kementerian Kesehatan RI. 2012. Jakarta
3. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup dan Kehutanan No. 56 tahun 2015 tentang Tata Cara dan persyaratan Teknis Pengelolaan Limbah B3 dari Faskes
4. KEMENKES. Petunjuk Teknis Alat Pelindung Diri (APD) dalam menghadapi Wabah COVID-19. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI. 8 April 2020
5. PDGI. Himbauan pencegahan penyebaran COVID-19 di Pelayanan kedokteran gigi. Diunduh://pdgi.or.id Diakses April 2020
6. Permenkes No. 7 tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit
7. Buku Pedoman Sanitasi Rumah Sakit di Indonesia

Tugas :

1. Membuat rangkuman berupa *mindmap* mengenai materi tentang APD!
2. Mencari jurnal tentang ICRA (*Infection Control Risk Assesment*), dengan contoh tindakan ICRA tersebut di salah satu Rumah Sakit atau Pelayanan Kesehatan lainnya!
3. Membuat rangkuman berupa *mindmap* mengenai materi tentang Pengelolaan Limbah di Praktek Dokter Gigi!

Test Formatif :

Soal

1. Kontaminasi silang dari mikroorganisme yang kemungkinan dapat terjadinya penularan penyakit oleh agen infeksi di tempat pelayanan kesehatan gigi adalah berasal dari:
 - a. Kontak langsung dan tidak langsung dari pasien ke tenaga pelayanan kesehatan gigi.
 - b. Antara tenaga pelayanan kesehatan dan pasien, yaitu karena pasien tidak menggunakan Alat Pelindung Diri (APD).
 - c. Berasal dari kontak langsung pada peralatan kedokteran gigi yang tidak dilakukan sterilisasi dengan sempurna, sehingga terjadi infeksi dari pasien satu ke pasien lainnya.
 - d. Limbah medis (cair dan padat) yang dikelola sesuai aturan yang benar dan memiliki instalasi pengelolaan limbah medis yang baik di pelayanan kesehatan gigi.
 - e. Infeksi antara komunitas ke pasien, yang terjadi kontaminasi pada saat dilakukan DHE di komunitas tempat banyak pasien dengan keluhan kesehatan gigi.
2. Bagian dari kegiatan PPI yang wajib dilaksanakan oleh tenaga pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Indonesia diantaranya:
 - a. Penanganan linen (Kain Alas Instrumen, Kain Sarung Dental Unit) sebagai bagian dari surveilans.
 - b. Menggunakan masker bedah, pelindung mata dan wajah untuk mencegah transmisi droplet/percikan.
 - c. Menggunakan masker N95 untuk mencegah transmisi droplet/percikan.
 - d. Menggunakan sarung tangan dan gaun untuk mencegah transmisi droplet/percikan.
 - e. Melakukan pendidikan dan pelatihan cara pengisian rekam medis yang lengkap.
3. Salah satu tata cara mencuci tangan yang direkomendasikan oleh WHO adalah:
 - a. Mencuci tangan dengan air mengalir selama 40-60 detik.
 - b. Mencuci tangan dengan cairan berbasis alcohol selama 40-60 detik.
 - c. Mencuci tangan dengan air mengalir selama 20-30 detik.
 - d. Mencuci tangan dengan cairan berbasis alcohol selama 20-30 detik.

- e. Mencuci tangan dengan air mengalir dan sabun selama 20-30 detik.
4. SPO penatalaksanaan dekontaminasi peralatan perawatan pasien yang telah dipakai dalam perawatan pasien yang terkontaminasi darah atau cairan tubuh, diantaranya:
- a. *Pre-cleaning* dilakukan setelah pembersihan dengan cara merendam dengan air bersih.
 - b. Semua peralatan yang telah dipakai dibuang dan dimusnahkan sesuai prinsip pembuangan sampah dan limbah yang benar.
 - c. Untuk peralatan yang besar seperti USG dan *X-Ray* tidak perlu dilakukan didekontaminasi permukaannya setelah digunakan.
 - d. Untuk alat bekas pakai yang akan di pakai ulang, setelah dibersihkan dengan menggunakan spons, di DTT dengan klorin 0,5% selama 10 menit.
 - e. Peralatan nonkritikal yang terkontaminasi, dapat didisinfeksi menggunakan detergen, sedangkan peralatan semikritikal dan kritikal didisinfeksi dan disterilisasi.
5. Jenis-jenis APD yang digunakan oleh praktik dokter gigi yang benar adalah:
- a. Sarung tangan tidak disarankan penggunaannya jika sudah melakukan prosedur mencuci tangan yang baik dan benar menurut rekomendasi WHO.
 - b. Sarung tangan *heavyduty* harus dipakai manakala saat melakukan tindakan bedah atau mengantisipasi kemungkinan terjadinya perdarahan pada perawatan.
 - c. Masker respiratorik digunakan untuk mencegah penularan melalui droplet dan dapat pula digunakan di bagian gizi atau dapur.
 - d. Baju pelindung sekali pakai (*disposable*) biasanya terbuat dari 100% katun, 100% polyester atau gabungan dari *polyester*-katun.
 - e. Kacamata dan *face shield* harus dipakai oleh dokter gigi dan stafnya untuk melindungi mata dari cipratan dan debris yang diakibatkan oleh *high speed handpiece*, pembersihan karang gigi baik secara manual maupun ultrasonik.
6. Indikasi pemakaian sepatu pelindung yaitu:
- a. Pertolongan dan tindakan persalinan serta tindakan operasi
 - b. Pengangkatan dan pengangkutan limbah

- c. Penanganan di *nurse station*
 - d. Pencucian peralatan alat makan tenaga kesehatan
 - e. Pembersihan lantai kamar mandi rumah sakit
7. Urutan pelepasan APD yang benar adalah sebagai berikut di bawah ini:
- a. Dimulai dari melepaskan gaun bagian luar yang paling besar itemnya
 - b. Dimulai dari melepaskan penutup kepala yang paling atas penggunaannya
 - c. Dimulai dengan melepaskan sarung tangan lalu melakukan kebersihan tangan
 - d. Dimulai dari melepaskan pelindung kaki yang paling bawah penggunaannya
 - e. Dimulai dan di akhiri dengan mencuci tangan dengan air dan sabun
8. Yang bukan termasuk limbah B3 adalah:
- a. Limbah cair berbahaya dan beracun seperti larutan *fixer*, limbah kimiawi cair, dan limbah farmasi cair
 - b. Limbah air yaitu semua air buangan termasuk tinja dan air seni perumahan sekitar tempat pelayanan kesehatan
 - c. Limbah infeksius adalah limbah yang terkontaminasi organisme patogen dalam jumlah dan virulensi yang cukup untuk menularkan penyakit pada manusia rentan
 - d. Limbah patologis adalah limbah berupa buangan selama kegiatan operasi, otopsi, dan/atau prosedur medis lainnya
 - e. Limbah sitotoksik adalah limbah dari bahan yang terkontaminasi dari persiapan dan pemberian obat sitotoksik untuk kemoterapi kanker
9. Urutan pengelolaan limbah B3 yang benar adalah sebagai berikut:
- a. Penyimpanan, pemilahan, pengolahan, pengangkutan, penimbunan dan penguburan limbah B3
 - b. Penyimpanan, pemilahan, pengangkutan, pengolahan, penimbunan dan penguburan limbah B3

- c. Pengurangan, pemilahan, penyimpanan, pengolahan, pengangkutan, penimbunan dan penguburan limbah B3
 - d. Pengurangan, pemilahan, penyimpanan, pengangkutan, pengolahan, penguburan dan penimbunan limbah B3
 - e. Pengurangan, pemilahan, penyimpanan, pengangkutan, pengolahan, penimbunan dan penguburan limbah B3
10. Salah satu langkah penyimpanan limbah B3 yaitu dengan penggunaan warna pada setiap kemasan dan/atau wadah limbah sesuai karakteristik limbah tersebut, yaitu:
- a. kuning untuk limbah radioaktif
 - b. coklat untuk limbah infeksius
 - c. ungu, untuk limbah sitotoksik
 - d. merah untuk limbah patologis
 - e. biru untuk limbah bahan kimia kedaluwarsa

Kunci Jawaban

- 1) A
- 2) B
- 3) D
- 4) D
- 5) E
- 6) A
- 7) C
- 8) B
- 9) D
- 10) C

Umpan Balik

- : - Pelaksana tutorial diberikan umpan balik berupa form Evaluasi Dosen oleh Mahasiswa (EDOM) yang diisi oleh mahasiswa setelah pelaksanaan tutorial dan pleno berlangsung, sehingga terdapat evaluasi dari proses tutorial dan pleno.
- Mahasiswa juga diberikan umpan balik atau evaluasi dari Fasil (pemberi tutorial), berupa penilaian individu (keterampilan bertanya, menjawab pertanyaan, berpendapat, dan sikap respek, empat, serta support) dan juga penilaian presentasi oral per kelompok (penyajian materi PPT, penguasaan materi, gaya presentasi, serta sikap & perilaku).

MODUL ANALISIS LINGKUNGAN DAN MANAJEMEN KESEHATAN
ILMU KEDOKTERAN GIGI MASYARAKAT 2
SEMESTER GENAP 2019/2020

- Deskripsi Blok** : Blok ini merupakan blok yang memuat bahan kajian tentang ilmu kesehatan gigi masyarakat yang bertujuan agar mahasiswa memiliki kemampuan tentang Analisis Lingkungan, Manajemen Kesehatan, Manajemen Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut serta Sistem Informasi Rekam Medis
- Kegiatan 3** : Konsep Kesehatan dan Keselamatan Kerja
- CPMK** : Mampu menjelaskan tentang Konsep Kesehatan dan Keselamatan Kerja
- CPL** : - Menjelaskan tentang pengertian kesehatan dan keselamatan kerja.
- Menjelaskan tentang manajemen risiko di tempat kerja
- Menjelaskan tentang kecelakaan kerja di tempat praktek dokter gigi

Uraian Materi :

I. KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA

Keselamatan dan kesehatan kerja (K3) adalah upaya perlindungan yang ditujukan agar tenaga kerja dan orang lainnya di tempat kerja/perusahaan selalu dalam keadaan selamat dan sehat, serta agar setiap sumber produksi dapat digunakan secara aman dan efisien (Kepmenaker Nomor 463/MEN/1993). Pengertian lain menurut OHSAS 18001:2007, keselamatan dan kesehatan kerja (K3) adalah kondisi dan faktor yang mempengaruhi keselamatan dan kesehatan kerja serta orang lain yang berada di tempat kerja. Berdasarkan Undang-undang Ketenagakerjaan No.13 Tahun 2003 pasal 87, bahwa setiap perusahaan wajib menerapkan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja yang terintegrasi dengan sistem manajemen perusahaan.

Beberapa pengertian dan definisi keselamatan dan kesehatan kerja (K3) antara lain:

1. Menurut Widodo (2015), kesehatan dan keselamatan kerja (K3) adalah bidang yang terkait dengan kesehatan, keselamatan, dan kesejahteraan manusia yang bekerja di sebuah institusi maupun lokasi proyek.

2. Menurut Mathis dan Jackson (2006), keselamatan dan kesehatan kerja (K3) adalah kegiatan yang menjamin terciptanya kondisi kerja yang aman, terhindar dari gangguan fisik dan mental melalui pembinaan dan pelatihan, pengarahan dan kontrol terhadap pelaksanaan tugas dari karyawan dan pemberian bantuan sesuai dengan aturan yang berlaku, baik dari lembaga pemerintah maupun perusahaan dimana mereka bekerja.

3. Menurut Ardana (2012), keselamatan dan kesehatan kerja (K3) adalah upaya perlindungan yang ditujukan agar tenaga kerja dan orang lain di tempat kerja atau selalu dalam keadaan selamat dan sehat sehingga setiap sumber produksi dapat digunakan secara aman dan efisien. Secara garis besar pengertian Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) adalah bidang yang terkait dengan kesehatan, keselamatan, kesejahteraan manusia yang bekerja di sebuah institusi maupun lokasi proyek.

Kesehatan kerja menurut WHO/ILO tahun 1995 bertujuan untuk peningkatan dan pemeliharaan derajat kesehatan fisik, mental dan sosial yang setinggi-tingginya bagi pekerja di semua jenis pekerjaan, pencegahan terhadap gangguan kesehatan pekerja yang disebabkan oleh kondisi pekerjaan; perlindungan bagi pekerja dalam pekerjaannya dari resiko akibat faktor yang merugikan kesehatan; dan penempatan serta pemeliharaan pekerja dalam suatu lingkungan kerja yang disesuaikan dengan kondisi fisiologi dan psikologinya.

Secara garis besar atau secara ringkas pengertian Keselamatan dan kesehatan kerja adalah upaya perlindungan yang ditujukan agar tenaga kerja dan orang lain di tempat kerja/perusahaan selalu dalam keadaan selamat dan sehat, serta agar setiap sumber produksi dapat digunakan secara aman dan efisien. Berdasarkan Undang-undang Tenaga Kerja tahun 2003 kesehatan dan keselamatan kerja diatur dalam suatu Sistem Manajemen K3 (SMK3) yang berisi tentang hak setiap tenaga kerja untuk mendapat perlindungan antara lain:

1. Keselamatan dan kesehatan kerja,
2. Moral dan kesusilaan
3. Perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat

I. Manajemen Risiko di Tempat Kerja

Manajemen Risiko K3 adalah suatu upaya mengelola risiko untuk mencegah terjadinya kecelakaan yang tidak diinginkan secara komprehensif, terencana dan terstruktur dalam suatu kesisteman yang baik. Sehingga memungkinkan manajemen untuk meningkatkan hasil

dengan cara mengidentifikasi dan menganalisis risiko yang ada. Pendekatan manajemen risiko yang terstruktur dapat meningkatkan perbaikan berkelanjutan. Dalam menerapkan Manajemen Risiko K3, ada beberapa tahapan/langkah yang perlu dilakukan. Hal ini bertujuan agar proses Manajemen Risiko K3 dapat berjalan dengan tepat dan sesuai. Tahapan yang perlu dilakukan dalam menerapkan Manajemen Risiko K3 adalah:

1. Menentukan Konteks dan Tujuan (Establish Goals and Context)
2. Tahap identifikasi hubungan antara organisasi/perusahaan dan lingkungan disekitarnya sesuai visi dan misi, mengidentifikasi kelebihan, kekurangan, kesempatan dan kendala yang ada.

3. Penilaian Risiko

Penilaian risiko yaitu proses identifikasi dan analisa area-area dan proses-proses teknis yang memiliki risiko untuk meningkatkan kemungkinan dalam mencapai sasaran biaya, kinerja/performance dan waktu penyelesaian kegiatan

4. Identifikasi risiko (Identify risk) Adalah proses peninjauan area-area dan proses-proses teknis yang memiliki risiko potensial yang akan dikelola.
5. Analisa risiko (Analyse risk) Adalah proses menilai risiko yang telah teridentifikasi menggunakan matrix risiko untuk menentukan besarnya risiko. (risk = likelihood x consequences)
6. Evaluasi risiko (Evaluate the risk) Adalah proses penilaian risiko untuk menentukan apakah risiko yang terjadi dapat diterima atau tidak dapat diterima.

7. Pengendalian risiko (Treats the risk)

Pengendalian risiko meliputi identifikasi alternatif pengendalian risiko, dengan cara menghindari risiko, mengurangi frekuensi terjadinya risiko, mengurangi konsekuensi dari terjadinya risiko, mentransfer risiko secara penuh atau sebagian kepada pihak lain yang lebih berkompeten menangani risiko tersebut dan mempertahankan risiko.

8. Pemantauan dan Telaah Ulang (Monitor and Review)

Dalam peringkat risiko, dikategorikan sebagai risiko yang dapat di toleransi (Tollerable) maka risiko dapat dikendalikan menggunakan konsep ALARP. Jika risiko berada di atas batas yang dapat diterima toleransi (Generally Unacceptable) maka perlu dilakukan pengendalian lebih lanjut. Pengendalian risiko dapat dilakukan dengan beberapa alternatif yaitu:

1. Hindari risiko (avoid risk)
2. Pengurangan Probabilitas (reduce probability)
3. Pengurangan Konsekuensi (reduce consequence)
4. Transfer risiko (risk transfer)

Selain itu pengendalian risiko kerja juga dapat dilakukan dengan penetapan Hirarki keselamatan kerja, yang terdiri atas:

1. Menggunakan alat pelindung diri
2. Kebijakan administratif
3. Rekayasa teknik
4. Penggantian
5. Hilangkan sumber kecelakaan kerja

Pada prinsipnya kecelakaan bisa dicegah, dengan melakukan tindakan preventif dan berpedoman pada prinsip zero accident. Mematuhi segala peraturan, perundangan dan kebijakan yang menyangkut K3. Berdasarkan hal tersebut maka ada beberapa hal yang dapat dilakukan antara lain:

1. Melakukan pelatihan yang berkaitan dengan risiko K3 kepada setiap tenaga kerja.
2. Memberlakukan sistem shift dan memberikan hari libur kepada pekerja secara bergantian.
3. Mengendalikan lingkungan kerja yang berbahaya dan memiliki risiko tinggi dan terhadap peluang terjadinya risiko K3.

II. Kesehatan dan keselamatan kerja di bidang kesehatan dan kesehatan gigi

Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) adalah suatu program yang dibuat sebagai upaya mencegah timbulnya kecelakaan dan penyakit akibat kerja dengan cara mengenali hal-hal yang berpotensi menimbulkan kecelakaan dan penyakit akibat kerja serta tindakan antisipatif apabila terjadi kecelakaan dan penyakit akibat kerja. Upaya penanganan faktor potensi berbahaya yang ada di rumah sakit serta metode pengembangan program kesehatan dan

keselamatan kerja perlu dilaksanakan, seperti misalnya perlindungan baik terhadap penyakit infeksi maupun non-infeksi, penanganan limbah medis, penggunaan alat pelindung diri dan lain sebagainya. Selain terhadap pekerja di fasilitas medis/klinik maupun rumah sakit, kesehatan dan keselamatan kerja di rumah sakit juga “concern” keselamatan dan hak-hak pasien, yang masuk kedalam program *patient safety*.

Dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2003 tentang Kesehatan, Pasal 23 dinyatakan bahwa upaya Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) harus diselenggarakan di semua tempat kerja, khususnya tempat kerja yang mempunyai risiko bahaya kesehatan, mudah terjangkit penyakit atau mempunyai karyawan paling sedikit 10 orang. Jika memperhatikan isi dari pasal di atas maka jelaslah bahwa Rumah Sakit (RS) termasuk ke dalam kriteria tempat kerja dengan berbagai ancaman bahaya yang dapat menimbulkan dampak kesehatan, tidak hanya terhadap para pelaku langsung yang bekerja di RS, tapi juga terhadap pasien maupun pengunjung RS. Sehingga sudah seharusnya pihak pengelola RS menerapkan upaya-upaya K3 di RS.

Prinsip Kebijakan Pelaksanaan dan Program Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) Di Rumah Sakit

3 komponen yang saling berinteraksi dalam prinsip kesehatan dan keselamatan kerja di Rumah Sakit dalam bidang kesehatan, antara lain :

- 1) Kapasitas kerja adalah** status kesehatan kerja dan gizi kerja yang baik serta kemampuan fisik yang prima setiap pekerja agar dapat melakukan pekerjaannya dengan baik. Contoh: Bila seorang pekerja kekurangan zat besi yang menyebabkan anemia, maka kapasitas kerja Akan menurun karna pengaruh kondisi fisik lemah dan lemas.
- 2) Beban kerja adalah** beban fisik dan beban mental yang harus di tanggung oleh pekerja dalam melaksanakan tugasnya. Contoh: pekerja yang bekerja melebihi waktu kerja maksimum.
- 3) Lingkungan kerja adalah** lingkungan yang terdekat dari seorang pekerja. Contoh: Seorang yang bekerja di bagian instalasi radiologi (kamar X Ray, kamar gelab, kedokteran, nuklir dan lain-lain).

Standar Pelayanan K3 di Rumah Sakit dalam bidang kesehatan

Pelayanan K3 RS harus dilaksanakan secara terpadu melibatkan berbagai komponen yang ada di rumah sakit. Pelayanan K3 di rumah sakit sampai saat ini dirasakan belum maksimal. Hal ini dikarenakan masih banyak rumah sakit yang belum menerapkan Sistem Manajemen Kesehatan dan Keselamatan kerja (SMK3).

- 1) Standar Pelayanan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit Setiap Rumah Sakit wajib melaksanakan pelayanan kesehatan kerja seperti tercantum pada pasal 23 UU kesehatan no.36 tahun 2009 dan peraturan Menteri tenaga kerja dan Transmigrasi RI No.03/men/1982 tentang pelayanan kesehatan kerja.

Adapun bentuk pelayanan kesehatan kerja yang perlu dilakukan, sebagai berikut :

- a. Melakukan pemeriksaan kesehatan sebekum kerja bagi pekerja.
- b. Melakukan pendidikan dan penyuluhan/pelatihan tentang kesehatan kerja dan memberikan bantuan kepada pekerja di rumah sakit dalam penyesuaian diri baik fisik maupun mental terhadap pekerjaannya.
- c. Melakukan pemeriksaan berkala dan pemeriksaan khusus sesuai dengan pajanan di rumah sakit
- d. Meningkatkan kesehatan badan, kondisi mental (rohani) dan kemampuan fisik pekerja
- e. Memberikan pengobatan dan perawatan serta rehabilitasi bagi pekerja yang menderita sakit
- f. Melakukan pemeriksaan kesehatan khusus pada pekerja rumah sakit yang akan pension atau pindah kerja
- g. Melakukan koordinasi dengan tim Panitia Pencegahan dan Pengendalian Infeksi mengenai penularan infeksi terhadap pekerja dan pasien
- h. Melaksanakan kegiatan surveilans kesehatan kerja
- i. Melaksanakan pemantauan lingkungan kerja dan ergonomi yang berkaitan dengan kesehatan kerja (Pemantauan/pengukuran terhadap faktor fisik, kimia, biologi, psikososial, dan ergonomi)

- j. Membuat evaluasi, pencatatan dan pelaporan kegiatan kesehatan kerja yang disampaikan kepada Direktur Rumah Sakit dan Unit teknis terkait di wilayah kerja Rumah Sakit.

2) Standar pelayanan Keselamatan kerja di Rumah Sakit

Pada prinsipnya pelayanan keselamatan kerja berkaitan erat dengan sarana, prasarana, dan peralatan kerja. Bentuk pelayanan keselamatan kerja yang dilakukan :

- a) Pembinaan dan pengawasan keselamatan/keamanan sarana, prasarana, dan peralatan kesehatan.
- b) Pembinaan dan pengawasan atau penyesuaian peralatan kerja terhadap pekerja.
- c) Pembinaan dan pengawasan terhadap lingkungan kerja.
- d) Pembinaan dan pengawasan terhadap sanitasi air.
- e) Pembinaan dan pengawasan perlengkapan keselamatan kerja.
- f) Pelatihan/penyuluhan keselamatan kerja untuk semua pekerja.
- g) Memberi rekomendasi/masukan mengenai perencanaan, pembuatan tempat kerja dan pemilihan alat serta pengadaannya terkait keselamatan/keamanan.
- h) Membuat sistem pelaporan kejadian dan tindak lanjutnya
- i) Pembinaan dan pengawasan Manajemen Sistem Penanggulangan Kebakaran (MSPK)
- j) Membuat evaluasi, pencatatan, dan pelaporan kegiatan pelayanan keselamatan kerja yang disampaikan kepada Direktur Rumah Sakit dan Unit teknis terkait di wilayah kerja rumah sakit.

3) Standar K3 Sarana, Prasarana, dan Peralatan di Rumah Sakit Sarana

didefinisikan sebagai segala sesuatu benda fisik yang dapat tervisualisasi oleh mata maupun teraba panca indera dan dengan mudah dapat dikenali oleh pasien dan umumnya merupakan bagian dari suatu bangunan gedung (pintu, lantai, dinding, tiang, kolong gedung, jendela) ataupun bangunan itu sendiri. Sedangkan prasarana adalah seluruh jaringan/instansi yang membuat suatu sarana bisa berfungsi sesuai dengan tujuan yang

diharapkan, antara lain: instalasi air bersih dan air kotor, instalasi listrik, gas medis, komunikasi, dan pengkondisian udara, dan lainlain.

4) Pengelolaan Jasa dan Barang Berbahaya Barang Berbahaya dan Beracun (B3) adalah bahan yang karena sifat dan atau konsentrasinya dan atau jumlahnya, baik secara langsung maupun tidak langsung, dapat mencemarkan dan atau merusak lingkungan hidup, dan atau dapat membahayakan lingkungan hidup, kesehatan, kelangsungan hidup manusia serta makhluk hidup lainnya.

a) Kategori B3 Memancarkan radiasi, Mudah meledak, Mudah menyala atau terbakar, Oksidator, Racun, Korosif, Karsinogenik, Iritasi, Teratogenik, Mutagenic, Arus listrik.

b) Prinsip dasar pencegahan dan pengendalian B3

(1) Identifikasi semua B3 dan instalasi yang akan ditangani untuk mengenal ciri-ciri dan karakteristiknya.

(2) Evaluasi, untuk menentukan langkah-langkah atau tindakan yang diperlukan sesuai sifat dan karakteristik dari bahan atau instalasi yang ditangani sekaligus memprediksi risiko yang mungkin terjadi apabila kecelakaan terjadi.

(3) Pengendalian sebagai alternatif berdasarkan identifikasi dan evaluasi yang dilakukan meliputi pengendalian operasional, pengendalian organisasi administrasi, inspeksi dan pemeliharaan sarana prosedur dan proses kerja yang aman, pembatasan keberadaan B3 di tempat kerja sesuai jumlah ambang.

(4) Untuk mengurangi resiko karena penanganan bahan berbahaya. c) Pengadaan Jasa dan Bahan Berbahaya Rumah sakit harus melakukan seleksi rekanan berdasarkan barang yang diperlukan. Rekanan yang akan diseleksi diminta memberikan proposal berikut company profile.

Latihan :

1. Apa yang dimaksud dengan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3)?

Jawaban:

Keselamatan dan kesehatan kerja adalah upaya perlindungan yang ditujukan agar tenaga kerja dan orang lainnya di tempat kerja/perusahaan selalu dalam keadaan selamat dan sehat, serta agar setiap sumber produksi dapat digunakan secara aman dan efisien.

2. Apa saja hak yang harus diperoleh oleh tenaga kesehatan yang tertera dalam Sistem Manajemen K3?

Jawaban: Keselamatan dan kesehatan kerja, moral dan kesusilaan, Perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat.

3. Sebutkan beberapa tindakan pencegahan yang dapat dilakukan untuk menghindari kecelakaan kerja di tempat kerja bagi tenaga kerja!

Jawaban:

1. Melakukan pelatihan yang berkaitan dengan risiko K3 kepada setiap tenaga kerja.
2. Memberlakukan sistem shift dan memberikan hari libur kepada pekerja secara bergantian.
3. Mengendalikan lingkungan kerja yang berbahaya dan memiliki risiko tinggi dan terhadap peluang terjadinya risiko K3.

4. Sebutkan komponen penting yang saling berkaitan dalam K3 di bidang kesehatan!

Jawaban: Kapasitas kerja, beban kerja, lingkungan kerja

5. Sebutkan dan jelaskan faktor risiko terjadinya kecelakaan pada praktek dokter gigi(5)!

Jawaban:

Faktor fisik: kebisingan alat, getaran, pencahayaan yang kurang, suhu ruangan

Faktor kimiawi: bahan-bahan dan obatan, bahan tambal (mis: amalgam, bahan cetak)

Faktor ergonomi: posisi kerja yang salah

Faktor biologis: kuman, virus, infeksi darah

Faktor listrik: kebakaran dari instalasi listrik pada dental unit dan alat-alat

Rangkuman :

Pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja adalah salah satu bentuk upaya untuk menciptakan tempat kerja yang sehat bebas dari pencemaran lingkungan sehingga dapat mengurangi atau bebas dari kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja yang pada akhirnya dapat meningkatkan efisiensi dan produktifitas kerja.

Tujuan keselamatan dan kesehatan kerja adalah:

1. Melindungi tenaga kerja atas hak dan keselamatannya dalam melakukan pekerjaan untuk kesejahteraan hidup dan meningkatkan produksi serta produktivitas
2. Menjamin keselamatan setiap orang lain yang berada di tempat kerja
3. Sumber produksi dipelihara dan dipergunakan secara aman dan efisien.

Berbagai cara pencegahan kecelakaan kerja antara lain:

- Peraturan perundangan
- Standarisasi
- Pengawasan
- Penelitian bersifat teknik, medis, psikologi
- Pendidikan
- Pelatihan
- Persuasi
- Asuransi
- Usaha keselamatan pada tingkat perusahaan

Sebab-sebab kecelakaan kerja:

1. Unsafe human act: tindakan perbuatan manusia yang tidak memenuhi keselamatan
2. Unsafe condition: keadaan atau kondisi lingkungan yang tidak aman.

Faktor utama kecelakaan kerja:

1. Peralatan teknis
2. Lingkungan kerja
3. Pekerja

Hirarki keselamatan kerja

1. Menggunakan alat pelindung diri
2. Kebijakan administratif
3. Rekayasa teknik
4. Penggantian
5. Hilangkan sumber kecelakaan kerja

Tujuan kesehatan dan keselamatan kerja di bidang kesehatan:

Mengetahui peran tenaga kesehatan dalam menangani korban kecelakaan kerja dan mencegah kecelakaan kerja pada perorangan, masyarakat dan lingkungan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan dan keselamatan kerja, yang perlu diperhatikan

Selain itu juga dapat mengetahui:

- Penanganan faktor potensi berbahaya yang ada di fasilitas medis
- Metode pengembangan program keselamatan dan kesehatan kerja yang perlu dilaksanakan, seperti misalnya perlindungan terhadap penyakit infeksi maupun non-infeksi, penanganan limbah medis, penggunaan alat pelindung diri dan lain sebagainya.
- Faktor potensi berbahaya terhadap pekerja di fasilitas medis (seperti klinik maupun rumah sakit) dan juga “concern” terhadap keselamatan dan hak-hak pasien, yang masuk kedalam program *patient safety*.

Lingkungan kerja yang mendukung terciptanya tenaga kerja yang sehat dan produktif antara lain:

- a) suhu ruangan yang nyaman (tidak terlalu panas & tidak terlalu dingin)
- b) penerangan atau pencahayaan yang cukup,
- c) bebas dari debu,
- d) sikap badan yang baik,
- e) alat-alat kerja yang sesuai dengan ukuran tubuh atau anggotanya (*ergonomic*)

Kinerja setiap petugas kesehatan merupakan gabungan dari tiga (3) komponen kesehatan kerja yaitu: kapasitas kerja, beban kerja dan Lingkungan kerja. Bila ke tiga komponen tersebut serasi, akan tercapai derajat kesehatan kerja yang optimal. Bila tidak terjadi keserasian maka akan menimbulkan masalah kesehatan kerja, penyakit, kecelakaan akibat kerja, produktivitas menurun.

Penyebab kecelakaan kerja pada petugas kesehatan:

1. Kondisi berbahaya (unsafe condition) yang tidak aman yaitu:
 - Peralatan/media elektronik, bahan dan lain-lain.
 - Lingkungan kerja

- Proses kerja
- Sifat pekerjaan
- Cara kerja

2. Perbuatan berbahaya (unsafe act) karena:

- Kurangnya pengetahuan dan keterampilan petugas
- Cacat tubuh yang tidak kentara (bodily defect)
- Keletihan dan kelemahan daya tahan tubuh
- Sikap dan perilaku kerja yang tidak baik

Beberapa contoh kecelakaan yang banyak terjadi di tempat kerja kesehatan dan yang bisa dikendalikan dengan alat pelindung:

1. Terpeleset, terjatuh → biasa karena lantai licin → memar, dislokasi, gegar otak.
Pencegahan: pakai sepatu anti slip, jangan pakai sepatu tinggi, tali sepatu jangan longgar, pemeliharaan lantai & tangga
2. Mengangkat beban → cedera pada punggung
3. Terpapar sinar dan gelombang elektromagnetik
4. Kontak dg bahan kimia baik cair maupun padat
5. Terpapar kebisingan atau getaran
6. Terhirup gas, debu, uap, partikel cair
7. Kemasukan benda asing, kaki tertusuk, terinjak benda tajam

Bagian badan yang perlu terlindungi adl kepala, alat pernafasan, alat pendengaran, alat penglihatan, kulit, kaki.

Faktor risiko terjadinya kecelakaan kerja:

1. **Faktor Fisik:** yang dapat menimbulkan masalah di tempat kesehatan kerja meliputi:

- Kebisingan, getaran akibat alat/media elektronik dapat menyebabkan stress dan ketulian.
- Pencahayaan yg kurang di tempat kerja, laboratorium, ruang perawatan dan kantor administrasi, gangguan penglihatan & kecelakaan kerja
- Suhu & kelembaban yg tinggi di tempat kerja
- Terkena radiasi

Pencegahan: ventilasi yg cukup, pengendalian cahaya, menurunkan getaran

dengan bantalan anti vibrasi, pelindung mata utk sinar laser

2. **Faktor Kimiawi** (laboratorium, penggunaan mesin fotocopy, label, dsb)

- Petugas di tempat kerja kesehatan sering kali kontak dg bahan kimia & obat-obatan spt antibiotik, antiseptik, desinfektan (zat yg plg dikenal sbg karsinogen).
- Gangguan kesehatan yg paling sering: dermatosis

Pencegahan:

- ☐ Material safety data sheet dari slh bahan kimia yg ada utk diketahui oleh slh petugas/tenaga laboratorium
- ☐ Menggunakan karet isap/alat vakum utk mencegah tertelannya bahan kimia & terhirupnya aerosol oleh petugas.
- ☐ Menggunakan alat pelindung diri (pelindung mata, sarung tangan, apron, celemek)
- ☐ Hindari penggunaan lensa kontak → melekat antara mata & lensa
- ☐ Menggunakan alat pelindung pernafasan dg benar.

3. **Faktor Ergonomi** (menghindarkan terjadinya penyakit otot rangka)

Sebagian besar pekerja kesehatan di Indonesia bekerja dlm posisi yg kurang ergonomis, mis: tenaga kesehatan/operator bekerja dg peralatan impor → disain tdk disesuaikan dg ukuran tubuh tenaga kesehatan Indonesia. Posisi kerja yg salah & dipaksakan mengakibatkan mudah lelah kan berakibat kerja menjadi tidak efisien, sehingga dalam waktu lama akan menyebabkan gangguan fisik dan psikologis (stres) dengan keluhan yg paling sering yaitu nyeri pinggang (*low back pain*)

4. **Faktor Biologis** (kuman, virus, infeksi atau bloodborne pathogen, dan sebagainya)

Petugas kesehatan kemungkinan dapat terinfeksi kuman Hepatitis, HIV → secara tidak sengaja tertusuk jarum suntik bekas penderita.

Petugas kesehatan yg bekerja di RS mempunyai risiko tertular penyakit 2-3 kali lebih besar dibandingkan dengan dokter yg praktik pribadi. Serta petugas kebersihan di fasilitas medis juga berisiko untuk terkena infeksi virus.

5. **Faktor Psikososial** (stress kerja, kerja shift, dsb)

mis: pelayanan kesehatan sering kali bersifat emergency dan menyangkut hidup mati orang yang dilayani (pasien) → menuntut petugas kesehatan untuk bekerja cepat dan tepat disertai dengan kewibawaan dan keramahan akan menimbulkan stress. Pekerjaan pada unit-unit tertentu yang sangat monoton.

Hubungan kerja yg kurang baik antara bawahan dan pimpinan atau antara teman sejawat → beban mental → stres.

6. Faktor bahaya spesifik menurut Bagian/Departemen
7. Health and Safety di Laboratorium
8. Faktor lainnya, seperti :Bahaya kebakaran.Gas bertekanan tinggi (Compressed Gases)
Bahan-bahan yang mudah terbakar (cair, gas) dan penyimpanannya, Listrik
9. Penanganan Limbah medis (infectious/non-infectious dan cair/padat
10. Pengenalan Alat Pelindung Diri
11. Kontrol terhadap infeksi nosokomial serta patient safety.

Daftar Pustaka :

1. Suardi, R. (2005) Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja. Jakarta : PPM
2. Tracey, J. (2010) Occupational Health and Safety Standards. London : NHS Council
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 27 Tahun 2017. Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
4. Mansyur. M, Manajemen Risiko Kesehatan di Tempat Kerja; majalah kedokteran gigi Indonesia Vol.5 No.9. September 2007

Tugas :

Membuat makalah dalam bentuk jurnal mengenai kesehatan dan keselamatan kerja, penerapan kesehatan dan keselamatan kerja di tempat praktek; manajemen risiko di tempat kerja dan tempat praktek kedokteran gigi!

Test Formatif :

Soal:

1. Keselamatan dan kesehatan kerja bertujuan untuk
 1. Memberikan pertolongan dan santunan kepada tenaga kerja yang cacat di tempat kerja
 2. Memproteksi hak dan kewajiban tenaga kerja di tempat kerja
 3. Melindungi keselamatan & kesehatan tenaga kerja dan menjamin keselamatan orang lain yang ada di tempat kerja
 4. Menjamin tenaga kerja untuk dapat terus bekerja dengan aman, tentaram dan nyaman
 5. Menyediakan sarana dan prasarana kesehatan yang memadai untuk tenaga kerja

2. Kecelakaan yang disebabkan karena pekerja tidak mematuhi peraturan keselamatan kerja merupakan sebab kecelakaan kerja yang disebabkan :
 1. *Unsafe human*
 2. *Unsafe human eror*
 3. *Unsave condition*
 4. *Unsave human condition*
 5. *Unsave action*
3. Berdasarkan ILO (1989) 3 faktor utama penyebab kecelakaan kerja adalah :
 1. Faktor manusia, faktor pekerjaan dan faktor lingkungan
 2. Faktor manusia, faktor perilaku kerja dan faktor pendidikan
 3. Faktor pekerjaan, faktor lingkungan dan faktor perilaku
 4. Faktor lingkungan, faktor manusia dan faktor kimiawi
 5. Faktor manusia, faktor perilaku dan faktor waktu
4. Dalam UU Tenaga Kerja tahun 2003 yang mengatur tentang SMK3, setiap tenaga kerja mendapat perlindungan :
 1. Keselamatan dan kesejahteraan keluarga pekerja
 2. Kesehatan psikis dan fisik pekerja
 3. Perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat
 4. Moral, etika dan adat
 5. Kesehatan dan Kesejahteraan pekerja
5. Dalam Hirarki keselamatan kerja bagian yang paling dasar adalah :
 1. Hilangkan
 2. Rekayasa teknis
 3. Alat pelindung diri
 4. Kebijakan administratif
 5. Penggantian
6. Contoh faktor pekerjaan yang merupakan faktor utama penyebab kecelakaan kerja
 1. giliran kerja (shift) & jenis pekerjaan
 2. Umur, pendidikan
 3. pengalaman kerja
 4. Suhu, ruangan
 5. Tekanan kerja, beban kerja
7. Kerugian langsung akibat dari kecelakaan kerja adalah :
 1. Terganggunya produksi
 2. Terganggunya aktifitas dan produksi
 3. Penderitaan pribadi untuk korban
 4. Kerugian instansi
 5. Kekurangan penghasilan untuk pabrik
8. Kerugian langsung akibat dari kecelakaan kerja adalah :
 1. Terganggunya produksi
 2. Terganggunya aktifitas dan produksi
 4. Kerugian instansi
 5. Kekurangan penghasilan untuk pabrik

3. Penderitaan pribadi untuk korban
9. Jika lingkungan kerja tidak memenuhi persyaratan kesehatan dan keselamatan maka akan menimbulkan :
1. *Occupational accident, occupational disease & work related disease*
 2. *Occupational disease, occupational work accident*
 3. *Occupational related accident & work accident*
 4. *Occupational accident, occupational disease*
 5. *Occupational risk accident & work related disease*
10. Penyebab kecelakaan kerja pada petugas kesehatan yang merupakan perbuatan berbahaya (*unsafe act*) yaitu :
1. Sifat pekerjaan dan cara kerja
 2. Peralatan/ media yang tidak sesuai ukuran tubuh
 3. Keletihan dan kelemahan daya tahan tubuh
 4. Proses kerja
 5. Lingkungan kerja

Kunci Jawaban:

1. 3
2. 1
3. 1
4. 3
5. 3
6. 1
7. 3
8. 3
9. 1
10. 3

Umpan Balik :

- Pelaksana tutorial diberikan umpan balik berupa form Evaluasi Dosen Oleh Mahasiswa (EDOM) yang diisi oleh mahasiswa setelah pelaksanaan tutorial dan pleno berlangsung, sehingga terdapat evaluasi dari proses tutorial dan pleno.
- Mahasiswa juga diberikan umpan balik atau evaluasi dari Fasil (pemberi tutorial), berupa penilaian individu (keterampilan bertanya, menjawab pertanyaan, berpendapat, dan sikap respek, empat, serta support) dan juga penilaian presentasi oral per kelompok (penyajian materi PPT, penguasaan materi, gaya presentasi, serta sikap & perilaku).

MODUL ANALISIS LINGKUNGAN DAN MANAJEMEN KESEHATAN
ILMU KEDOKTERAN GIGI MASYARAKAT 2
SEMESTER GENAP 2019/2020

- Deskripsi Blok** : Blok ini merupakan blok yang memuat bahan kajian tentang ilmu kesehatan gigi masyarakat yang bertujuan agar mahasiswa memiliki kemampuan tentang Analisis Lingkungan, Manajemen Kesehatan, Manajemen Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut serta Sistem Informasi Rekam Medis
- Kegiatan 4** : Konsep Ergonomik
- CPMK** : Mampu menjelaskan tentang Konsep Ergonomik
- CPL** :
- Mampu menjelaskan pengertian dan ruang lingkup prinsip ergonomic
 - Mampu menjelaskan aspek-aspek kelelahan
 - Mampu menjelaskan pengertian *dental ergonomic*
 - Mampu menjelaskan faktor-faktor dalam penerapan *dental ergonomic*
 - Mampu menjelaskan konsep *four handed dentistry*

Uraian Materi :

I. Pengertian dan Ruang Lingkup Ergonomi

Ergonomi berasal dari kata *ergos* yang berarti kerja dan *nomos* yang berarti aturan. Pada dasarnya semua jenis pekerjaan mempunyai tata cara atau aturan kerja masing masing bidang agar terhindar dari gangguan kesehatan dan kecelakaan kerja. Menurut pendapat beberapa pakar: (i) *Ergonomics* adalah ilmu tentang kerja, (ii) *Ergonomics* tidak hanya sekedar mencegah gangguan pada otot dan kerangka (*work-related musculoskeletal disorders*) (iii) *Ergonomics* peranannya sangat penting dalam mencegah penyakit dan kelainan tubuh.

Ergonomi atau *ergonomics* berasal dari kata Yunani yaitu “*ergo*” yang berarti kerja dan “*nomos*” yang berarti hukum. Dengan demikian ergonomi dimaksudkan sebagai disiplin keilmuan yang mempelajari manusia dalam kaitannya dengan pekerjaannya. Istilah *ergonomics* lebih populer digunakan oleh beberapa negara Eropa Barat. Di Amerika istilah ini lebih dikenal sebagai human

faktor *engineering* atau *human engineering*, *biomechanis*, *bio-technology*, *engineering psychology* atau *arbeltswissensschaft* (Jerman). Ergonomi sebagai sebuah disiplin keilmuan meletakkan manusia pada titik pusat perhatiannya (*human center design*) dalam sebuah perancangan sistem kerja dimana manusia terlibat didalamnya.

II. Aspek-aspek Kelelahan

Lelah adalah suatu mekanisme perlindungan tubuh agar tubuh terhindar dari kerusakan lebih lanjut sehingga terjadi pemulihan setelah istirahat. Istilah kelelahan biasanya menunjukkan kondisi yang berbeda-beda dari setiap individu, tetapi semuanya bermuara kepada kehilangan efisiensi dan penurunan kapasitas kerja serta ketahanan tubuh. Hal ini menunjukkan bahwa kelelahan berperan dalam menjaga homeostatis tubuh. Kelelahan (*fatigue*) merupakan suatu kondisi suatu kondisi yang telah dikenali dalam kehidupan sehari-hari. Istilah kelelahan pada umumnya mengarah pada kondisi melemahnya tenaga untuk melakukan suatu kegiatan, walaupun ini bukan merupakan satu-satunya gejala. *Fatigue* dapat diartikan secara sederhana sama dengan kelelahan yang sangat (*deep tiredness*), mirip stres, bersifat kumulatif.

Kelelahan mempengaruhi kapasitas fisik, mental, dan tingkat emosional seseorang, dimana dapat mengakibatkan kurangnya kewaspadaan, yang ditandai dengan kemunduran reaksi pada sesuatu dan berkurangnya kemampuan motorik (*Australia safety compensation council*, 2006).

Jenis-jenis kelelahan (*fatigue*)

Kelelahan dapat dibedakan berdasarkan proses dan waktu terjadinya kelelahan:

1. Proses

- a. Kelelahan otot ialah menurunnya kinerja sesudah mengalami stress tertentu yang ditandai dengan menurunnya kekuatan dan kelambanan gerak.
- b. Kelelahan umum, menurut Grandjean (1985) ialah suatu perasaan yang menyebar yang disertai adanya penurunan kesiagaan dan kelambanan pada setiap aktivitas.

Perasaan adanya kelelahan secara umum ditandai dengan berbagai kondisi antara lain :

- Kelelahan visual, yaitu ketegangan yang terjadi pada organ visual (mata).
- Kelelahan mental, yaitu kelelahan yang disebabkan oleh pekerjaan mental atau intelektual (proses berpikir).
- Kelelahan syaraf, yaitu kelelahan yang disebabkan oleh tekanan berlebihan pada salah satu bagian sistem psikomotor, seperti pada pekerjaan yang membutuhkan keterampilan.

- Kelelahan monotonis, yaitu kelelahan yang disebabkan oleh aktivitas kerja yang bersifat rutin, monoton, atau lingkungan kerja yang sangat menjemukan.
- Kelelahan kronis, yaitu kelelahan yang disebabkan oleh akumulasi efek jangka panjang.
- Kelelahan sirkadian, yaitu gangguan bagian dari ritme siang-malam sehingga terdapat periode tidur yang baru. Pengaruh-pengaruh tersebut terakumulasi di dalam tubuh manusia dan menimbulkan perasaan lelah yang dapat menyebabkan seseorang berhenti bekerja (beraktifitas).

2. Waktu terjadinya kelelahan

- 1) Kelelahan akut, disebabkan oleh kerja suatu organ atau seluruh organ tubuh secara berlebihan dan datangnya secara tiba-tiba.
- 2) Kelelahan kronis, merupakan kelelahan yang terjadi sepanjang hari dalam jangka waktu yang lama dan kadang-kadang terjadi sebelum melakukan pekerjaan, selain itu timbulnya keluhan psikosomatis seperti meningkatnya ketidakstabilan jiwa, kelesuan umum, meningkatnya sejumlah penyakit fisik seperti sakit kepala, perasaan pusing, sulit tidur, masalah pencernaan, detak jantung yang tidak normal, dan lain-lain.

Kelelahan mempunyai beragam penyebab yang berbeda yaitu:

1. Beban Kerja Merupakan volume pekerjaan yang dibebankan kepada tenaga kerja, baik fisik maupun mental dan tanggung jawab. Beban kerja yang melebihi kemampuan akan mengakibatkan kelelahan kerja. (Depkes, 1991)

2. Beban Tambahan dari lingkungan

Beban tambahan merupakan beban diluar beban kerja yang harus ditanggung oleh pekerja. Beban tambahan tersebut berasal dari lingkungan kerja yang memiliki potensi bahaya seperti lingkungan kerja. Lingkungan kerja yang dapat mempengaruhi kelelahan adalah:

- a. Iklim Kerja Iklim kerja adalah hasil perpaduan antara suhu, kelembaban, kecepatan gerakan udara dan panas radiasi dengan tingkat pengeluaran panas dari tubuh tenaga kerja sebagai akibat pekerjaannya (Kepmenaker, No: Kep-51/MEN/1999). Suhu yang terlalu rendah dapat menimbulkan keluhan kaku dan kurangnya koordinasi sistem tubuh, sedangkan suhu terlalu tinggi akan menyebabkan kelelahan dengan akibat menurunnya efisiensi kerja, denyut jantung dan tekanan darah meningkat, aktivitas organ-organ pencernaan menurun, suhu tubuh meningkat, dan produksi keringat meningkat. (Rasjid, 1989)

b. Kebisingan

Kebisingan merupakan suara atau bunyi yang tidak dikehendaki karena pada tingkat atau intensitas tertentu dapat menimbulkan gangguan, terutama merusak alat pendengaran. Kebisingan

akan mempengaruhi faal tubuh seperti gangguan pada saraf otonom yang ditandai dengan bertambahnya metabolisme, bertambahnya tegangan otot sehingga mempercepat kelelahan.(Setiarto, 2002)

c. Penerangan

Penerangan ditempat kerja merupakan salah satu sumber cahaya yang menerangi bendabenda ditempat kerja. Penerangan yang baik adalah penerangan yang memungkinkan tenaga kerja melihat pekerjaan dengan teliti, cepat dan tanpa upaya yang tidak perlu serta membantu menciptakan lingkungan kerja yang nikmat dan menyenangkan. Penerangan tempat kerja yang tidak adekuat juga bisa menyebabkan kelelahan mata, akan tetapi penerangan yang terlalu kuat dapat menyebabkan kesilauan.

3. Faktor Individu Umur

Umur dapat mempengaruhi kelelahan kerja. Semakin tua umur seseorang semakin besar tingkat kelelahan. Fungsi faal tubuh yang dapat berubah karena faktor usia mempengaruhi ketahanan tubuh dan kapasitas kerja seseorang. (Suma'mur, 1999) Masa Kerja Masa kerja dapat mempengaruhi pekerja baik positif maupun negatif. akan memberikan pengaruh positif bila semakin lama seseorang bekerja maka akan berpengalaman dalam melakukan pekerjaannya. Sebaliknya akan memberikan pengaruh negatif apabila semakin lama bekerja akan menimbulkan kelelahan dan kebosanan. Semakin lama seseorang dalam bekerja maka semakin banyak dia telah terpapar bahaya yang ditimbulkan oleh lingkungan kerja tersebut.

Untuk mencegah dan mengatasi memburuknya kondisi kerja akibat faktor kelelahan pada tenaga kerja disarankan agar:

1. Merubah metoda kerja menjadi lebih efisien dan efektif
2. Menerapkan penggunaan peralatan dan pranti kerja yang memenuhi standar ergonomic.
3. Menjadwalkan waktu istirahat yang cukup bagi seorang tenaga kerja
4. Menciptakan suasana lingkungan kerja yang sehat, aman, dan nyaman, bagi tenaga kerja.
5. Melakukan pengujian dan evaluasi kinerja tenaga kerja secara periodic untuk mendeteksi indikasi kelelahan secara lebih dini menemukan solusi yang tepat.
6. Menerapkan saran produktivitas kerja berdasarkan pendekatan manusiawi dan fleksibilitas yang tinggi. Contoh jenis pekerjaan yang berhubungan dengan kelelahan pada pekerja Salah satu jenis pekerjaan yang sangat berkaitan dengan kelelahan yaitu pekerja yang bekerja di bidang manufacture dan jasa. Di bidang jasa, dapat diperhatikan yaitu perawat yang bekerja di Rumah Sakit dengan memiliki sistem kerja Shift. Perawat sebagai salah satu diantara pemberi pelayanan

mempunyai waktu paling panjang disisi pasien yaitu selama 24 jam yang terbagi menjadi 3 shift (pagi,siang,malam) Pengukuran Kelelahan Sampai saat ini belum ada cara untuk mengukur tingkat kelelahan secara langsung. Pengukuran-pengukuran yang dilakukan oleh peneliti sebelumnya hanya berupa indikator yang menunjukkan terjadinya kelelahan akibat kerja. Grandjean (1993) dalam Tarwaka et al (2004) mengelompokkan metode pengukuran kelelahan dalam beberapa kelompok, yaitu:

- Kualitas dan kuantitas kerja yang dilakukan
- Uji psikomotor
- Uji hilangnya kelipan (flicker-fusion test)
- Perasaan kelelahan secara subjektif
- Uji mental

III. Ergonomik Kedokteran Gigi

Ergonomi kedokteran gigi adalah disiplin ilmu yang berkaitan dengan pemahaman interaksi di antara manusia dan elemen lain dari suatu sistem, dan profesi yang menerapkan teori, prinsip, data, dan metode yang dirancang untuk mengoptimalkan kesejahteraan manusia dan sistem keseluruhan kinerja padapraktik kedokteran gigi.

Masalah terkait kerja lainnya pada dokter gigi

a. Stress dan kelelahan

Lelah akibat beban praktik dan belum mampunya melakukan manajemen keuangan adalah penyebab stres di antara dokter gigi muda. Mayoritas dokter gigi di penelitian Puriene et al mengeluh kelelahan (94,7%), dan 40,5% dari mereka yang kelelahan mengalami gejala kronis. Alzahem, et al. menyarankan bahwa siswa FKG harus memiliki akses ke psikolog untuk mengajari mereka cara menghadapi rasa takut. Psikolog dalam konteks pelatihan gigi juga dapat membantu siswa dengan strategi untuk mengatasi ketakutan mereka sendiri terhadap rasa takut gagal dan bagaimana menghadapi rasa takut mereka. Hal ini pada gilirannya akan membantu siswa untuk mengatasi ketakutan pada saat praktik secara mandiri.

b. Gangguan visual

Gangguan visual atau penglihatan sering terjadi pada kedokteran gigi. Penelitian Lönnroth & Shahnnavaz adalah bahwa hanya sedikit dokter gigi yang menggunakan pelindung mata yang menyebabkan cedera dari instrumen medis ataupun cipratan bahan kimia. Posisi kerja yang terlalu dekat juga menyebabkan gangguan penglihatan pada dokter gigi.

c. Polusi suara

Berdasarkan hasil penelitian oleh Sampaio Fernandes et al., yang menyatakan bahwa area paling berisik adalah laboratorium gipsium dan prostetik, diikuti oleh area praktik dokter gigi. Menurut penelitian mereka, pengaturan tingkat kenyamanan akustik minimal diperlukan dalam klinik gigi dan, untuk mencapai ini, tingkat suara harus dikurangi setidaknya 10 dB. Kebisingan pekerjaan adalah penyebab paling umum gangguan pendengaran pada orang dewasa. Gangguan pendengaran yang disebabkan oleh kebisingan menyebabkan kerusakan pada sel-sel rambut koklea telinga bagian dalam dan jika staf pengajar kedokteran dan mahasiswa kedokteran gigi secara rutin dan terus menerus berada di lab keterampilan dengan kebisingan konstan maka mereka memiliki risiko terkena kerusakan yang tidak dapat diperbaiki pada telinga mereka.

IV. Faktor-faktor dalam penerapan *dental ergonomic*

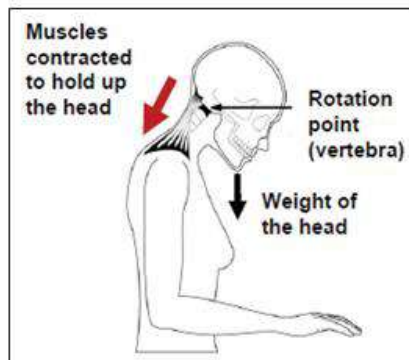
Posisi dan postur tubuh

Dalam pekerjaan dokter gigi, sebagian besar posisi canggung ditahan untuk waktu yang lebih lama tanpa bergerak. Kekakuan postur yang dikenakan korset bahu (leher, bahu, punggung atas) dan otot punggung bawah adalah masalah utama. Area yang terkena dampak tergantung pada peran mereka:

- Bahu dan punggung atas dikontraksikan untuk menstabilkan lengan dan untuk memungkinkan ketepatan gerakan tangan yang lebih besar,
- Otot leher (ekstensor) dikontraksikan untuk menjaga agar kepala dimiringkan ke satu sisi,
- Otot punggung bawah (ekstensor tulang belakang) dikontraksikan untuk menahan tubuh dalam posisi condong ke depan.

Untuk ahli bedah gigi, memegang postur canggung tanpa bergerak, atau dengan sedikit gerakan untuk durasi yang lama, umumnya memiliki konsekuensi yang lebih serius pada sendi leher, bahu, punggung atas dan bawah, daripada gerakan berulang, yang lebih berdampak pada siku dan sendi pergelangan tangan. Untuk melihat jauh dari mulut pasien, ahli bedah gigi harus menundukkan kepala ke depan. Sudut-sudut fleksi leher yang dibutuhkan dalam pekerjaan gigi jauh melebihi sudut-sudut fleksi yang aman untuk leher ketika mereka ditahan untuk periode yang lebih lama. Perubahan berikut terjadi ketika kepala ditekuk ke depan seperti yang ditunjukkan pada Gambar 1:

- Berat kepala (sekitar 9% dari berat tubuh) ditarik ke bawah,
- Titik rotasi kepala adalah vertebra serviks pertama,
- Otot-otot leher dan punggung atas berkontraksi untuk menjaga agar berat kepala tidak jatuh,
- Setelah jangka waktu tertentu, tekanan konstan pada otot leher ini untuk menahan berat kepala dapat menyebabkan rasa sakit.



Gambar 1. Otot-otot leher dan punggung atas berada di bawah tekanan untuk menopang berat kepala dan menjaganya agar tidak jatuh.

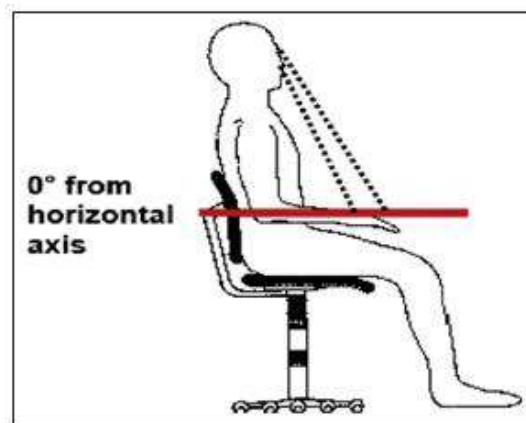
Postur kepala depan dapat menyebabkan ketidakseimbangan otot yang berkontribusi pada postur bahu. Postur ini dapat membuat operator cenderung untuk melepaskan tendon supraspinatus di bahu (rotator cuff impingement) ketika meraih barang. Selain itu, postur statis lengan dalam keadaan tinggi atau diabduksi lebih dari 30° menghambat aliran darah ke otot dan tendon supraspinatus. Abduksi lengan yang berkepanjangan juga dapat menyebabkan nyeri trapezius myalgia-kronis.

Ahli bedah gigi diharuskan mengadopsi postur nonneutral untuk banyak tugas klinis yang mereka lakukan. Postur-postur ini sering membutuhkan kontraksi statis yang berkepanjangan dari trunk, scapulothoracic, dan otot-otot scapulohumeral, dikombinasikan dengan kontraksi berulang otot-otot di pergelangan tangan, tangan, dan jari-jari selama kerja kontrol motorik halus. Ahli bedah gigi paling sering menggunakan kombinasi posisi fleksi dan sisi kanan leher dengan posisi kepala turun, sering dikombinasikan dengan abduksi atau fleksi bahu seperti yang ditunjukkan pada Gambar 2.



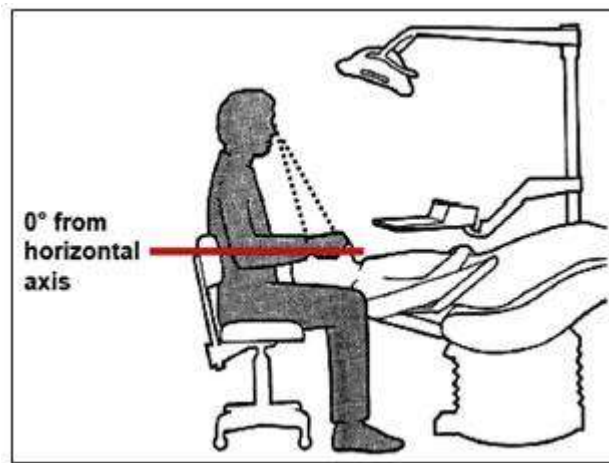
Gambar 2. Posisi yang banyak digunakan oleh bedah ahli gigi dengan posisi fleksi serta berputarnya leher dan dada.

Dalam posisi duduk netral seperti yang ditunjukkan pada Gambar 3, batang tubuh sedikit condong ke belakang antara 100° dan 110° (90° vertikal), bokong, paha, dan kaki didukung dan bagian belakang lutut. Bidang operasi (mulut pasien) untuk ditempatkan pada ketinggian yang sama dengan siku praktisi dipegang dekat dengan tubuh. Hal ini menunjukkan bahwa lengan berada pada 0° dari sumbu horizontal atau 90° ke bahu.



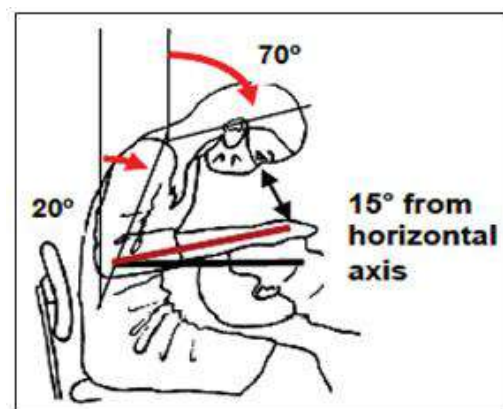
Gambar 3. Posisi netral saat duduk.¹⁷

"Posisi ideal" teoritis seperti yang ditunjukkan pada Gambar 4 jarang diamati di klinik gigi. Pekerjaan gigi membutuhkan tekukan leher dan punggung agar dapat melihat dan melakukan pekerjaan yang sangat tepat di rongga mulut pasien. Oleh karena itu, ketidakmampuan untuk melihat yang membuat seorang ahli bedah gigi menekuk leher dan punggungnya untuk dapat melihat dan melakukan pekerjaan yang berkualitas di mulut pasiennya. Secara ekstrem, posisi membungkuk sering diamati seperti yang diilustrasikan dalam Gambar 5. Oleh karena itu, ahli bedah gigi memiliki banyak kesulitan mempertahankan posisi punggung dan leher yang lurus ketika lengan mereka dipegang pada 0° dari sumbu horizontal.



Gambar 4. "Posisi ideal" teoritis: Bahu sejajar dengan telinga dan lengan pada suhu hampir 90° .

Mulut pasien diposisikan pada tingkat siku, sudut lengan pada 0° dari sumbu horizontal. Jarak tugas mata terlalu besar. "Posisi ideal" Teoritis: Bahu sejajar dengan telinga dan lengan pada suhu hampir 90° . Mulut pasien diposisikan pada tingkat siku, sudut lengan pada 0° dari sumbu horizontal. Jarak tugas mata terlalu jauh.



Gambar 5. Fleksi leher (70°) dan fleksi punggung belakang (20°) ketika lengan berada pada 15° dari sumbu horizontal. Ini adalah posisi umum ketika pasien diposisikan rendah.

Sebagian besar pekerjaan gigi yang dilakukan oleh ahli bedah gigi dilakukan dengan lengan tidak didukung karena mayoritas tidak memiliki sandaran lengan. Ketika batang tubuh seseorang ditekuk ke depan, punggungnya biasanya tidak bersentuhan dengan batang tubuh ahli bedah gigi. Beberapa kursi yang lebih tua memiliki penyangga pinggang yang tidak dapat disesuaikan ke depan, yang biasanya diperlukan untuk dapat bersandar padanya ketika bekerja di mulut pasien. Kurangnya dukungan meningkatkan beban statis pada otot punggung bawah dan atas yang diperlukan untuk mempertahankan posisi kerja.

Ruang kerja dokter gigi yang sesuai untuk ergonomis:

a. Temperatur ruangan

Dianjurkan agar temperatur dijaga di atas 25°C atau 77°F untuk menghindari efek merugikan pada ketangkasan & kekuatan pegangan. Namun tidak ada standar yang sesuai untuk suhu.

b. Peralatan vibrasi

Scaler ultrasonik adalah alat yang dipegang oleh dokter gigi, bergerak menimbulkan getaran dengan ujung tipis yang digunakan untuk menghilangkan kalkulus dari gigi sehingga meminimalkan tekanan pada saat digunakan. Namun, terdapat kontroversial mengenai hubungan antara penggunaan scaler ultrasonik dan pengembangan masalah muskuloskeletal. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa penggunaan peralatan ultrasonik secara kumulatif berbahaya karena efek getarannya. Ujung-ujungnya lebih tipis baru-baru ini, menghasilkan permukaan akar yang lebih halus daripada *scaling* tangan.

c. Peralatan dokter gigi

Sistem peralatan yang dipilih dan disesuaikan dapat menghindari pengembangan gangguan muskuloskeletal. Selain itu, penyalahgunaannya dapat memiliki efek buruk, meningkatkan risiko kerusakan muskuloskeletal, atau memperburuknya.¹⁹

Penyesuaian tinggi kursi penting untuk orientasi yang benar dari paha ke lantai dan sudut minimum 105-110 derajat antara paha dan betis. Posisi kursi yang terlalu tinggi perlu duduk di tepi, kehilangan distribusi berat pada sumbu kursi dan kontak punggung dokter gigi dengan kursi

kembali. Ketika kursi terlalu rendah, lumbar tulang belakang menurun melalui rotasi posterior pinggul.¹⁹

Geser sudut kursi sedikit ke depan 5° hingga 15° untuk meningkatkan kurva punggung bawah. Hal ini akan menempatkan pinggul sedikit lebih tinggi dari lutut dan meningkatkan sudut pinggul hingga lebih dari 90°, memungkinkan posisi yang lebih dekat ke pasien. Duduk dekat dengan pasien dan posisikan lutut di bawah kursi pasien jika memungkinkan. Hal ini dapat difasilitasi dengan menggeser kursi dan menggunakan kursi pasien yang memiliki punggung atas tipis dan sandaran kepala.

Pertimbangkan menggunakan bangku dokter gigi bergaya sadel yang memajukan kurva punggung bawah alami dengan meningkatkan sudut pinggul menjadi sekitar 130°. Menggunakan kursi jenis ini memungkinkan untuk lebih dekat dengan pasien ketika kursi pasien memiliki sandaran dan sandaran kepala yang tebal.

Sesuaikan kursi sehingga pinggul sedikit lebih tinggi dari lutut dan penyebaran berat badan menjadi merata dengan meletakkan kaki dengan kuat di lantai. Tepi depan kursi seharusnya memiliki jarak yang pas untuk dudukan paha. Ukuran ini harus disesuaikan dengan tinggi tempat duduk dan gagang instrumen. Instrumentasi yang diletakan terlalu rendah dapat menyebabkan fleksi pergelangan tangan yang berlebihan, abduksi bahu, dan ekstensi leher, sedangkan instrumentasi yang dilakukan pada posisi terlalu tinggi dapat menyebabkan gerakan leher yang berlebihan dan fleksi punggung bawah. Ukuran gagang instrumen harus kompatibel dengan ukuran tangan operator.

d. Pencahayaan

Fungsi mengatur pencahayaan yaitu menghasilkan pencahayaan yang merata, bebas bayangan, terkoreksi warna, terkonsentrasi pada bidang operasi. Saklar lampu harus mudah diakses. Selain itu cermin tangan dapat digunakan untuk memberikan cahaya secara intraoral. Penggunaan Fiberoptics untuk handpieces menambah pencahayaan yang terkonsentrasi ke bidang operasi.

e. Penggunaan *foot control dental unit*

Kontrol kaki dapat dirancang dengan pedal tempat kaki diletakkan seluruhnya, atau sebagian. Menempatkan seluruh kaki pada pedal menyebabkan beban yang tidak menguntungkan

yang menyebabkan posisi kaki kanan & kiri yang tidak seimbang yang menyebabkan tekanan yang asimetris dan berbahaya pada panggul & kolom vertebral. Karena itu, perlu menempatkan tumit di lantai sehingga dapat menopang kaki, sedangkan bagian depan sepatu diletakkan di atas pedal.

f. Penjadwalan

Penjadwalan menyediakan waktu pemulihan yang cukup untuk menghindari kelelahan otot kronis. Strategi potensial termasuk sistem penjadwalan yang fleksibel, melakukan beragam prosedur dalam waktu yang sama, mempersingkat interval kedatangan kembali pasien.

g. *Four handed dentistry*

Istilah *Four handed dentistry* berakar pada terminologi profesional tetapi tidak lebih dari pentingnya upaya tim. Tim gigi biasanya terdiri dari operator dan perawat (empat tangan), tetapi tidak jarang seorang perawat tambahan membuat menjadi *six handed dentistry*.

V. Konsep *four handed dentistry*

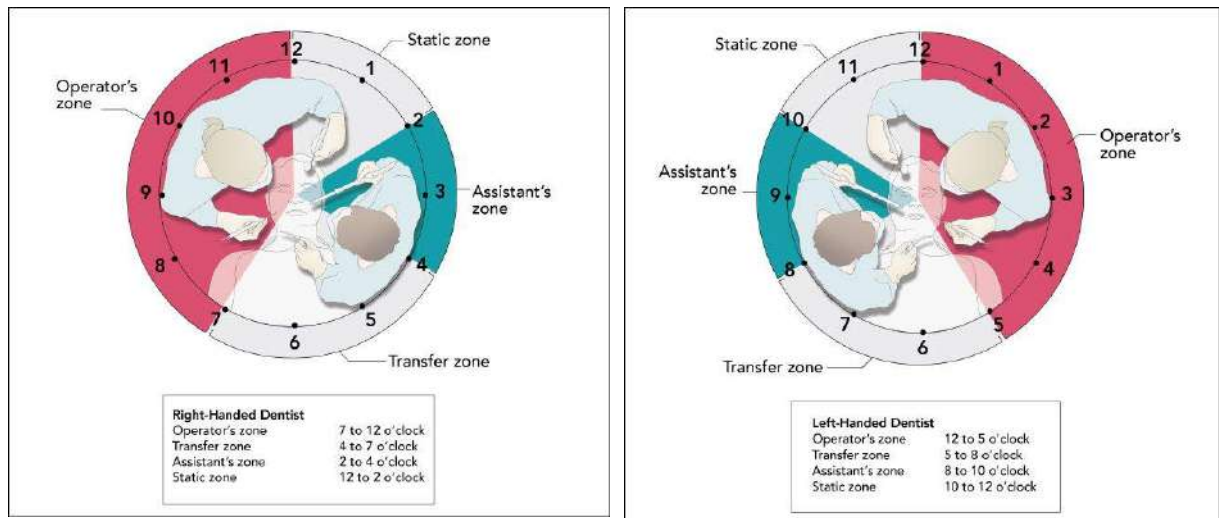
Dalam konsep *Four Handed Dentistry* dikenal konsep pembagian zona kerja disekitar Dental Unit yang disebut *Clock Concept*. Bila kepala pasien dijadikan pusat dan jam 12 terletak tepat di belakang kepala pasien, maka arah jam 11 sampai jam 2 disebut Static Zone, arah jam 2 sampai jam 4 disebut Assisten's Zone, arah jam 4 sampai jam 8 disebut Transfer Zone, kemudian dari arah jam 8 sampai jam 11 disebut Operator's Zone sebagai tempat pergerakan Dokter Gigi Clock Concep (Nusanti, 2000). 99 Static Zone adalah daerah tanpa pergerakan Dokter Gigi maupun Perawat Gigi serta tidak terlihat oleh pasien, zona ini untuk menempatkan Meja Instrumen Bergerak (Mobile Cabinet) yang berisi Instrumen Tangan serta peralatan yang dapat membuat takut pasien. Assistant's Zone adalah zona tempat pergerakan Dental Asisten, pada Dental Unit di sisi ini dilengkapi dengan Semprotan Air/Angin dan Penghisap Ludah, serta *Light Cure Unit* pada Dental Unit yang lengkap. *Transfer Zone* adalah c Sedangkan *Operator's Zone* sebagai tempat pergerakan Dokter Gigi Selain pergerakan yang terjadi di seputar Dental Unit, pergerakan lain yang perlu diperhatikan ketika membuat desain tata letak alat adalah pergerakan Dokter Gigi, pasien, dan perawat Gigi di dalam ruangan maupun antar ruangan. Jarak antar peralatan serta dengan dinding bangunan perlu diperhitungkan untuk memberi ruang bagi pergerakan Dokter

Gigi, Perawat Gigi, dan Pasien ketika masuk atau keluar Ruang Perawatan, mengambil sesuatu dari Dental Cabinet, serta pergerakan untuk keperluan sterilisasi.

1. Pengertian Posisi kerja dalam *Four Handed Dentistry*

Posisi kerja operator dan asisten berdasarkan arah jarum jam baik dalam keadaan duduk maupun berdiri. Pembagian zona kerja Ada 4 zona pada posisi kerja berdasarkan arah jarum jam:

- Zona operator berada pada posisi arah jarum jam 7-12
- Zona asisten berada pada posisi arah jarum jam 2-4
- Zona statis (untuk instrumen dan bahan) berada pada posisi arah jarum jam 12-2
- Zona transfer berada pada posisi arah jarum jam 4-7



Gambar 6. Konsep *Clock Fourhanded*

Transfer alat pada *four handed* mempunyai tujuan dapat mempercepat kerja perawatan (ergonomi). Pada waktu pertukaran alat antara operator dan asisten dilakukan pada 'zona transfer'. Transfer alat dilakukan melewati diatas dada pasien. Seorang asisten harus mempunyai respon yang cepat terhadap suatu kebutuhan alat atau bahan dari operator. Oleh sebab itu seorang asisten harus banyak-banyak berlatih cara transfer alat ini.

Metode Transfer Alat

- a. Transfer satu tangan (*one handed transfer*) Metode ini sering dipakai. Biasanya metode ini dipakai pada perawatan penambalan, misalnya antara sonde dengan excavator, pistol amalgam dengan amalgam stopper.
- b. Transfer dua tangan (*Two Handed Transfer*). Metode ini digunakan untuk memindahkan alat yang tebal seperti tang cabut, bein. Asisten memberikan alat dengan satu tangan, lalu tangan lainnya memberikan alat yang baru.

Latihan :

1. Jelaskan apa yang dimaksud dengan ergonomik dan ergonomik kedokteran gigi!

Jawaban:

Menurut pendapat beberapa pakar: (i) *Ergonomics* adalah ilmu tentang kerja, (ii) *Ergonomics* tidak hanya sekedar mencegah gangguan pada otot dan kerangka (*work-related musculoskeletal disorders*) (iii) *Ergonomics* peranannya sangat penting dalam mencegah penyakit dan kelainan tubuh. Ergonomi atau *ergonomics* berasal dari kata Yunani yaitu “ergo” yang berarti kerja dan “nomos” yang berarti hukum.

Ergonomi kedokteran gigi adalah disiplin ilmu yang berkaitan dengan pemahaman interaksi di antara manusia dan elemen lain dari suatu sistem, dan profesi yang menerapkan teori, prinsip, data, dan metode yang dirancang untuk mengoptimalkan kesejahteraan manusia dan sistem keseluruhan kinerja padapraktik kedokteran gigi.

2. Jelaskan macam-macam kelelahan!

Jawaban:

1. Proses

- a. Kelelahan otot ialah menurunnya kinerja sesudah mengalami stress tertentu yang ditandai dengan menurunnya kekuatan dan kelambanan gerak.
- b. Kelelahan umum, menurut Grandjean (1985) ialah suatu perasaan yang menyebar yang disertai adanya penurunan kesiagaan dan kelambanan pada setiap aktivitas.

Perasaan adanya kelelahan secara umum ditandai dengan berbagai kondisi antara lain :

- Kelelahan visual, yaitu ketegangan yang terjadi pada organ visual (mata).

- Kelelahan mental, yaitu kelelahan yang disebabkan oleh pekerjaan mental atau intelektual (proses berpikir).
- Kelelahan syaraf, yaitu kelelahan yang disebabkan oleh tekanan berlebihan pada salah satu bagian sistem psikomotor, seperti pada pekerjaan yang membutuhkan keterampilan.
- Kelelahan monotonis, yaitu kelelahan yang disebabkan oleh aktivitas kerja yang bersifat rutin, monoton, atau lingkungan kerja yang sangat menjemukan.
- Kelelahan kronis, yaitu kelelahan yang disebabkan oleh akumulasi efek jangka panjang.
- Kelelahan sirkadian, yaitu gangguan bagian dari ritme siang-malam sehingga terdapat periode tidur yang baru. Pengaruh-pengaruh tersebut terakumulasi di dalam tubuh manusia dan menimbulkan perasaan lelah yang dapat menyebabkan seseorang berhenti bekerja (beraktifitas).

2. Waktu terjadinya kelelahan

- 1) Kelelahan akut, disebabkan oleh kerja suatu organ atau seluruh organ tubuh secara berlebihan dan datangnya secara tiba-tiba.
- 2) Kelelahan kronis, merupakan kelelahan yang terjadi sepanjang hari dalam jangka waktu yang lama dan kadang-kadang terjadi sebelum melakukan pekerjaan, selain itu timbulnya keluhan psikosomatis seperti meningkatnya ketidakstabilan jiwa, kelesuan umum, meningkatnya sejumlah penyakit fisik seperti sakit kepala, perasaan pusing, sulit tidur, masalah pencernaan, detak jantung yang tidak normal, dan lain-lain.

3. Jelaskan konsep *four handed dentistry*!

Jawaban:

Dalam konsep *Four Handed Dentistry* dikenal konsep pembagian zona kerja disekitar Dental Unit yang disebut *Clock Concept*. Bila kepala pasien dijadikan pusat dan jam 12 terletak tepat di belakang kepala pasien, maka arah jam 11 sampai jam 2 disebut Static Zone, arah jam 2 sampai jam 4 disebut Assisten's Zone, arah jam 4 sampai jam 8 disebut Transfer Zone, kemudian dari arah jam 8 sampai jam 11 disebut Operator's Zone sebagai tempat pergerakan Dokter Gigi Clock Concept (Nusanti, 2000). Static Zone adalah daerah tanpa pergerakan Dokter Gigi maupun Perawat Gigi serta tidak terlihat oleh pasien, zona ini untuk menempatkan Meja Instrumen Bergerak (Mobile Cabinet) yang berisi Instrumen Tangan serta peralatan yang dapat membuat takut pasien. Assisten's Zone adalah zona tempat pergerakan Dental Asisten, pada Dental Unit di sisi ini dilengkapi dengan Semprotan Air/Angin dan Penghisap Ludah, serta *Light Cure Unit* pada Dental Unit yang lengkap. *Transfer Zone* adalah daerah tempat alat dan bahan dipertukarkan

antara tangan dokter gigi dan tangan Dental Asisten. Sedangkan *Operator's Zone* sebagai tempat pergerakan Dokter Gigi Selain pergerakan yang terjadi di seputar Dental Unit, pergerakan lain yang perlu diperhatikan ketika membuat desain tata letak alat adalah pergerakan Dokter Gigi, Pasien, dan Perawat Gigi di dalam ruangan maupun antar ruangan. Jarak antar peralatan serta dengan dinding bangunan perlu diperhitungkan untuk memberi ruang bagi pergerakan Dokter Gigi, Perawat Gigi, dan Pasien ketika masuk atau keluar Ruang Perawatan, mengambil sesuatu dari Dental Cabinet, serta pergerakan untuk keperluan sterilisasi.

Rangkuman :

Ergonomi berasal dari kata *ergos* yang berarti kerja dan *nomos* yang berarti aturan. Pada dasarnya semua jenis pekerjaan mempunyai tata cara atau aturan kerja masing masing bidang agar terhindar dari gangguan kesehatan dan kecelakaan kerja. Menurut pendapat beberapa pakar: (i) *Ergonomics* adalah ilmu tentang kerja, (ii) *Ergonomics* tidak hanya sekedar mencegah gangguan pada otot dan kerangka (*work-related musculoskeletal disorders*) (iii) *Ergonomics* peranannya sangat penting dalam mencegah penyakit dan kelainan tubuh. Terdapat dua jenis kelelahan berdasarkan proses dan berdasarkan waktu terjadinya kelelahan. Dalam praktik dokter gigi sehari-hari diperlukan pembagian kerja yang sistematis sesuai dengan prinsip ergonomi yaitu konsep *four handed dentistry*. Dalam konsep *Four Handed Dentistry* dikenal konsep pembagian zona kerja disekitar Dental Unit yang disebut *Clock Concept*.

Daftar Pustaka :

1. Sarwar AFM. Importance of Ergonomics in Dentistry. Universal Journal of Dentistry and Oral Diseases. 2018
2. Suwandi T. Dental Ergonomics. Stomatognathic. 2010
3. Marya CM. Ergonomics in Dentistry. A Textbook of Public Health Dentistry. 2011. Arch Med Health Sci. 2015
4. Deolia S, Dubey S, Chandak A, Patni T et al. Application of Ergonomic Postures during Routine Dental Procedures in a Private Dental Institute. Dentistry and Medical Research. 2018
5. Das H, Motghare V, Singh M. Ergonomics in dentistry : Narrative review. International Journal of Applied Dental Sciences. 2018

Tugas :

Membuat rancangan gambar ruang praktik pribadi sesuai dengan konsep ergonomik

Test Formatif :

Soal

1. Kelelahan yang sangat (deep tiredness), mirip stres, bersifat kumulatif disebut:
 - a. Kelelahan kronis
 - b. Fatigue
 - c. Kelelahan akut
 - d. Kelelahan monotonis
 - e. kelelahan Sirkadian
2. Kelelahan yang disebabkan oleh kerja suatu organ atau seluruh organ tubuh secara berlebihan dan datangnya secara tiba-tiba disebut kelelahan:
 - a. Akibat proses
 - b. Kronis
 - c. Akibat waktu
 - d. Akut
 - e. Insidental
- 3). Gangguan dari ritme siang-malam sehingga terdapat periode tidur yang baru yang terakumulasi di dalam tubuh manusia dan menimbulkan perasaan lelah yang dapat menyebabkan seseorang berhenti bekerja (beraktifitas) disebut kelelahan:
 - a. Visual
 - b. Mental
 - c. Kronis
 - d. Monotonis
 - e. Sirkadian

- 4). Sesuai dengan prinsip ergonomis kedokteran gigi, maka temperatur ruangan praktik harus:
- a. di atas 25°C
 - b. di atas 30°C
 - c. di atas 20°C
 - d. di bawah 36°C
 - e. di bawah 25°C
- 5). Untuk meminimalkan gangguan pada musculoskeletal maka pada praktik dokter gigi digunakan:
- a. Alat pembersihan kalkulus manual
 - b. Alat poles manual
 - c. Alat ultrasonic scaler dengan minimal tekanan
 - d. Alat radiografi digital
 - e. Alat tambal manual
- 6). Contoh posisi peralatan di ruang praktik dokter gigi yang sesuai dengan konsep ergonomis antara lain:
- a. Kursi praktik di atur dengan posisi pinggul dokter lebih tinggi sedikit dari lutut
 - b. Terdapat wastafel di dalam ruangan praktik
 - c. Semua alat diletakan di kabinet alat
 - d. Terdapat sterilisator alat yang mudah dicapai
 - e. Terdapat lampu yang otomatis menyala
- 7). Instrumentasi yang diletakan terlalu rendah dapat menyebabkan:
- a. fleksi pergelangan tangan yang berlebihan, abduksi bahu, dan ekstensi leher
 - b. gerakan leher yang berlebihan
 - c. fleksi punggung bawah.

- d. mata menjadi mudah lelah
 - e. tremor jari tangan
- 8). Dalam *clock concept*, posisi arah jam 2-4 merupakan zona bagi:
- a. Operator
 - b. Asisten
 - c. Statis
 - d. Transfer
 - e. Limbah
- 9). Zona yang menjadi tempat pergerakan Dental Asisten, pada Dental Unit di sisi ini dilengkapi dengan Semprotan Air/Angin dan Penghisap Ludah, serta *Light Cure Unit* pada Dental Unit yang lengkap merupakan zona:
- a. Operator
 - b. Asisten
 - c. Statis
 - d. Transfer
 - e. Limbah
- 10). Salah satu contoh metode transfer alat menggunakan dua tangan adalah pada saat mentransfer alat:
- a. Sonde
 - b. Amalgam stopper
 - c. Probe periodontal
 - d. Tang cabut
 - e. Bur poles

Kunci Jawaban

1. B
2. D
3. E
4. A
5. C
6. A
7. A
8. B
9. B
10. D

Umpan Balik :

- Pelaksana tutorial diberikan umpan balik berupa form Evaluasi Dosen Oleh Mahasiswa (EDOM) yang diisi oleh mahasiswa setelah pelaksanaan tutorial dan pleno berlangsung, sehingga terdapat evaluasi dari proses tutorial dan pleno.
- Mahasiswa juga diberikan umpan balik atau evaluasi dari Fasil (pemberi tutorial), berupa penilaian individu (keterampilan bertanya, menjawab pertanyaan, berpendapat, dan sikap respek, empat, serta support) dan juga penilaian presentasi oral per kelompok (penyajian materi PPT, penguasaan materi, gaya presentasi, serta sikap & perilaku).

MODUL ANALISIS LINGKUNGAN DAN MANAJEMEN KESEHATAN
ILMU KEDOKTERAN GIGI MASYARAKAT 2
SEMESTER GENAP 2019/2020

- Deskripsi Blok** : Blok ini merupakan blok yang memuat bahan kajian tentang ilmu kesehatan gigi masyarakat yang bertujuan agar mahasiswa memiliki kemampuan tentang Analisis Lingkungan, Manajemen Kesehatan, Manajemen Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut serta Sistem Informasi Rekam Medis
- Kegiatan 5** : Prinsip-prinsip Keselamatan Pasien
- CPMK** : Mampu menjelaskan tentang Prinsip-prinsip Keselamatan Pasien
- CPL** : - Menjelaskan tentang pengertian keselamatan pasien.
- Menjelaskan tentang standart dan sasaran keselamatan pasien

Uraian Materi :

Pengertian Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan salah satu isu penting yang terkait dengan keselamatan (*safety*) di rumah sakit dan prioritas utama dalam dunia medis. Hal ini karena berkaitan dengan kegiatan institusi rumah sakit agar dapat berjalan dengan baik apabila ada pasien. Karena itu, keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan dan hal tersebut terkait dengan isu mutu dan citra perumahsakitannya. (Depkes RI, 2008)

The Institute of Medicine (IOM) mendefinisikan keselamatan sebagai *freedom from accidental injury*. Keselamatan dinyatakan sebagai ranah pertama dari mutu dan definisi dari keselamatan ini merupakan pernyataan dari perspektif pasien (Kohn, dkk, 2000 dalam Sutanto, 2014). Pengertian lain menurut Hughes (2008) dalam Sutanto (2014), menyatakan bahwa keselamatan pasien merupakan pencegahan cedera terhadap pasien. Pencegahan cedera didefinisikan sebagai bebas dari bahaya yang terjadi dengan tidak sengaja atau dapat dicegah sebagai hasil perawatan medis. Sedangkan praktek keselamatan pasien diartikan sebagai menurunkan risiko kejadian yang tidak diinginkan yang berhubungan dengan paparan terhadap lingkup diagnosa atau kondisi perawatan medis.

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS 2008) mendefinisikan keselamatan adalah bebas dari bahaya atau risiko. Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah kondisi pasien bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari potensi yang mungkin akan terjadi seperti penyakit, cedera fisik/sosial/psikologis, cacat kematian dan lain-lain, terkait dengan pelayanan kesehatan.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 1691/Menkes/Per/Viii//2011, keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem yang mana rumah sakit membuat layanan pasien lebih aman yang meliputi penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Standar Keselamatan Pasien

Setiap insitusi kesehatan atau rumah sakit wajib menerapkan Standar Keselamatan Pasien. Standar Keselamatan Pasien yang meliputi (berdasarkan Permenkes 1691/ Menkes/ Per/ VIII/2011):

- a) hak pasien;
- b) mendidik pasien dan keluarga
- c) keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan
- d) penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
- e) peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
- f) mendidik staf tentang keselamatan pasien
- g) komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Sasaran Keselamatan Pasien

Dalam Permenkes 1691/ Menkes/ Per/ VIII/ 2011 menyatakan bahwa setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan Sasaran Keselamatan Pasien. Sasaran Keselamatan Pasien meliputi tercapainya hal-hal sebagai berikut :

1. Ketepatan identifikasi pasien
2. Peningkatan komunikasi yang efektif
3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai
4. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi
5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
6. Pengurangan risiko pasien jatuh

Maksud dari Sasaran Keselamatan Pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran memprioritaskan bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini. Diakui bahwa desain system yang baik secara intrinsik adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi, sedapat mungkin sasaran secara umum difokuskan pada solusi-solusi yang menyeluruh.

Enam (6) sasaran keselamatan pasien antara lain :

Sasaran I: Ketepatan Identifikasi Pasien

Standar SKP I Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki/meningkatkan ketelitian identifikasi pasien.

Maksud dan Tujuan Sasaran I

Kesalahan karena keliru dalam mengidentifikasi pasien dapat terjadi di hampir semua aspek/tahapan diagnosis dan pengobatan. Kesalahan identifikasi pasien bisa terjadi pada pasien yang dalam keadaan terbus/tersedasi, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat tidur/kamar/lokasi di rumah sakit, adanya kelainan sensori atau akibat situasi lain. Maksud dan sasaran ini adalah untuk melakukan dua kali pengecekan yaitu pertama untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan dan kedua untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

Elemen Penilaian Sasaran I:

1. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien

2. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
3. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
4. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan prosedur
5. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi

Sasaran II: Peningkatan Komunikasi Yang Efektif

Standar SKP II

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi layanan.

Maksud dan Tujuan Sasaran II : Komunikasi efektif, tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan dan tertulis. Komunikasi yang biasa sering terjadi kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah diberikan secara lisan atau melalui telepon. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis,

Elemen Penilaian Sasaran II

1. Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah
2. Perintah lengkap lisan dan telpon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah.
3. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan.
4. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten

Sasaran III: Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai (High-Alert)

Standar SKP III

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (high-alert).

Maksud dan Tujuan Sasaran III : Bila obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai.

Elemen Penilaian Sasaran III:

1. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat
2. Implementasi kebijakan dan prosedur.
3. Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan
4. Elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas dan disimpan pada area yang dibatasi ketat

Sasaran IV: Kepastian tepat-lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi

Standart SKP IV

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi.

Maksud dan tujuan sasaran IV

Salah lokasi, salah prosedur, salah pasien pada operasi adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di layanan kesehatan/rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antara anggota tim medis, kurang/ tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Selain itu penilaian pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat.

Elemen penilaian sasaran IV:

1. Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan.

2. Rumah sakit menggunakan checklist atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat dan fungsional
3. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur sebelum insisi tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.
4. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

Sasaran V: Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Standar SKP V

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

Maksud dan tujuan Sasaran V: pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis)

Elemen penilaian Sasaran V:

1. Rumah Sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman hand hygiene terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum.
2. Rumah sakit menerapkan program hand hygiene yang efektif.
3. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

Sasaran VI: Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Standar SKP VI

Maksud dan tujuan Sasaran VI

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan dan fasilitasnya, rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila sampai jatuh. Evaluasi bisa termasuk riwayat jatuh, obat dan telaah konsumsi alkohol.

Elemen penilaian standar VI:

1. Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan asesmen ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan dan lain-lain.
2. Langkah-langkah ditetapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagimereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko jatuh
3. Langkah-langkah dimonitor hasilnya baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan
4. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

Latihan :

1. Apakah yang dimaksud dengan Patient Safety?

Jawaban:

Keselamatan pasien (patient safety) adalah kondisi pasien bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari potensi yang mungkin akan terjadi seperti penyakit, cedera fisik/sosial/psikologis, cacat kematian dan lain-lain, terkait dengan pelayanan kesehatan.

2. Sebutkan standart keselamatan pasien?

Jawaban:

1. hak pasien;
2. mendidik pasien dan keluarga
3. keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan
4. penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
5. peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
6. mendidik staf tentang keselamatan pasien
7. komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

3. Sebutkan 6 poin penting dalam sasaran keselamatan pasien!

Jawaban:

1. KETEPATAN IDENTIFIKASI PASIEN

Hal ini untuk mengembangkan pola pendekatan agar bisa meningkatkan atau memperbaiki ketelitian dalam identifikasi pasien. Aplikasinya seperti identifikasi sebelum pemberian atau pengambilan darah, konsumsi obat dan tindakan lainnya.

Salah satu pendukung poin ini adalah penggunaan gelang identitas pasien.

2. PENINGKATAN KOMUNIKASI EFEKTIF

Cara ini untuk mengembangkan pola pendekatan agar komunikasi bisa berjalan dengan efektif. Hal ini bertujuan agar komunikasi lisan terjadi dengan akurat, sehingga informasinya bisa diterapkan secara konsisten.

3. PENINGKATAN KEAMANAN OBAT ATAU HIGH ALERT YANG HARUS DIWASPADAI

Cara ini dilakukan agar memastikan obat tetap aman untuk diberikan kepada pasien. Prosedur ini berkaitan dengan proses identifikasi, pemberian label, penetapan lokasi dan penyimpanannya

4. KEPASTIAN TERHADAP LOKASI, PROSEDUR DAN PASIEN OPERASI

Cara ini diaplikasikan agar pasien tercatat dengan valid sebelum mendapatkan tindakan operasi.

5. PENGURANGAN TERHADAP RISIKO INFEKSI SETELAH MENGGUNAKAN PELAYANAN KESEHATAN

Hal ini adalah prosedur dalam pencegahan penyakit menular dan infeksi sesuai dengan pedomannya.

6. PENGURANGAN RISIKO JATUH

Setiap tenaga medis harus memahami dan mengaplikasikan sejumlah langkah untuk memastikan pasien tidak mengalami risiko jatuh. Semua langkah akan diawasi untuk memastikan keberhasilannya sehingga segala risiko tersebut tidak akan menimpa pasien yang tengah dirawatnya.

Rangkuman :

Pengertian Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien (patient safety) merupakan salah satu isu penting yang terkait dengan keselamatan (safety) di rumah sakit dan prioritas utama dalam dunia medis. Hal ini karena berkaitan dengan kegiatan pelayanan kesehatan dan institusi rumah sakit dapat berjalan dengan baik apabila ada pasien. Karena itu, keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk

dilaksanakan dan hal tersebut terkait dengan isu mutu dan citra perumahsakitannya. (Depkes RI, 2008)

Standart Keselamatan Pasien

Standar Keselamatan Pasien yang meliputi (berdasarkan Permenkes 1691/ Menkes/ Per/ VIII/2011):

1. hak pasien;
2. mendidik pasien dan keluarga
3. keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan
4. penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
5. peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
6. mendidik staf tentang keselamatan pasien
7. komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Sasaran Keselamatan Pasien

Ada 6 poin penting yang merupakan sasaran keselamatan bagi pasien antara lain :

1. KETEPATAN IDENTIFIKASI PASIEN

Hal ini untuk mengembangkan pola pendekatan agar bisa meningkatkan atau memperbaiki ketelitian dalam identifikasi pasien. Aplikasinya seperti identifikasi sebelum pemberian atau pengambilan darah, konsumsi obat dan tindakan lainnya.

Salah satu pendukung poin ini adalah penggunaan gelang identitas pasien.

2. PENINGKATAN KOMUNIKASI EFEKTIF

Cara ini untuk mengembangkan pola pendekatan agar komunikasi bisa berjalan dengan efektif. Hal ini bertujuan agar komunikasi lisan terjadi dengan akurat, sehingga informasinya bisa diterapkan secara konsisten.

3. PENINGKATAN KEAMANAN OBAT ATAU HIGH ALERT YANG HARUS DIWASPADAI

Cara ini dilakukan agar memastikan obat tetap aman untuk diberikan kepada pasien. Prosedur ini berkaitan dengan proses identifikasi, pemberian label, penetapan lokasi dan penyimpanannya.

4. KEPASTIAN TERHADAP LOKASI, PROSEDUR DAN PASIEN OPERASI

Cara ini diaplikasikan agar pasien tercatat dengan valid sebelum mendapatkan tindakan operasi.

5. PENGURANGAN TERHADAP RISIKO INFEKSI SETELAH MENGGUNAKAN PELAYANAN KESEHATAN

Hal ini adalah prosedur dalam pencegahan penyakit menular dan infeksi sesuai dengan pedomannya.

6. PENGURANGAN RISIKO JATUH

Setiap tenaga medis harus memahami dan mengaplikasikan sejumlah langkah untuk memastikan pasien tidak mengalami risiko jatuh. Semua langkah akan diawasi untuk memastikan keberhasilannya. Dengan begitu segala risiko tersebut tidak akan menimpa pasien yang tengah dirawatnya.

Daftar Pustaka :

1. Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 1691/Menkes/Per/Viii//2011
2. World Health Organisation 2004, "Safety is a fundamental principle of patient care and a critical component of quality management." (World Alliance for Patient Safety, Forward Programme WHO, 2004)
3. National Patient Safety Foundation/NPSF 2000

Tugas :

Susunlah makalah mengenai aspek-aspek keselamatan pasien, tujuan penerapan keselamatan pasien, dan standart keselamatan pasien. (minimal dari 5 buah jurnal)!

Tes Formatif :

Soal :

1. Segala faktor yang berpotensi bahaya terhadap pekerja di fasilitas medis dan concent terhadap keselamatan dan hak-hak pasien termasuk dalam program:
 1. *Universal Precaution*
 2. *Universal Prevention*
 3. *Patient Safely*
 4. *Patient safety*
 5. *Patient precaution*
2. Kunci keberhasilan dalam standart keselamatan pasien adalah:
 1. Identitas pasien
 2. Hak pasien

3. Pelatihan staf layanan kesehatan
 4. Komunikasi
 5. Kondisi keuangan pasien
3. Tujuan Penerapan konsep keselamatan pasien selain menghindari kecelakaan pada pasien adalah:
1. Meningkatkan mutu pelayanan dan mencegah malpraktik
 2. Meningkatkan mutu dan meningkatkan jumlah kunjungan pasien
 3. Mencegah malpraktik dan komplain pasien
 4. Mencegah kecelakaan kerja pada tenaga kesehatan
 5. Meningkatkan mutu RS dan karyawan
4. Pasien tercatat dengan valid sebelum mendapatkan tindakan operasi merupakan sasaran keselamatan pasien pada poin:
1. Ketepatan identifikasi pasien
 2. Peningkatan komunikasi efektif
 3. Peningkatan keamanan obat
 4. Kepastian terhadap lokasi, prosedur dan pasien operasi
 5. Pengurangan risiko jatuh
5. Terjadinya infeksi pada pasien selama proses perawatan merupakan salah satu kesalahan yang tidak sesuai dengan sasaran:
1. Ketepatan identifikasi pasien
 2. Peningkatan komunikasi efektif
 3. Peningkatan keamanan obat
 4. Kepastian terhadap lokasi, prosedur dan pasien operasi
 5. Pengurangan terhadap risiko infeksi setelah menggunakan pelayanan kesehatan
6. Salah satu pendukung untuk mendapatkan ketepatan identifikasi pasien adalah:
1. pasien menggunakan gelang identitas
 2. mencatat nama lengkap pasien
 3. selalu menanyakan nama pasien setiap akan memberikan tindakan
 4. melihat dan mengecek ulang rekam medis
 5. mencatat nomor rekam medis pasien
7. Hal utama yang merupakan standar keselamatan pasien adalah:
1. kesehatan pasien
 2. kemampuan pasien membayar setiap perawatan

3. hak pasien
 4. komunikasi dengan keluarga pasien
 5. mendidik tenaga kesehatan
8. Pencatuman identitas , pemberian label serta lokasi penyimpanan merupakan salah satu untuk melakukan:
1. Pencatatan identitas pasein
 2. Peningkatan komunikasi efektif
 3. Peningkatan keamanan obat atau hihg alert yang harus diwaspadai
 4. Pencegahan faktor risiko jatuh
 5. Kepastian akan lokasi pasien
9. Salah satu sasaran keselamatan pasein adalah mengurangi risiko jatuh, cara untuk mengurangi risiko jatuh adalah:
1. Memberi gelang pada pasien
 2. Melakukan asesmen awal/evaluasi yang kemudian menetapkan langkah pencegahan
 3. Memberi paseinkursi roda
 4. Menghindari pemberian obat pada pasien
 5. Meminta keluarga untuk selalu mendampingi pasien
10. Tenaga medis harus selalu menggunakan APD sekali pakai dalam menangani pasien yang mempunyai riwayat penyakit menular dan infeksi. Hal ini sesuai dengan sasaran keselamatan pasien pada:
1. Ketepatan identifikasi pasien
 2. Peningkatan komunikasi efektif
 3. Peningkatan keamanan obat
 4. Kepastian terhadap lokasi, prosedur dan pasien operasi
 5. Pengurangan terhadap risiko infeksi setelah menggunakan pelayanan kesehatan

Kunci Jawaban:

1. 4

2. 4

3. 1

4. 4

5. 5

6. 1

7. 3

8. 3

9. 2

10. 5

Umpan Balik :

- Pelaksana tutorial diberikan umpan balik berupa form Evaluasi Dosen Oleh Mahasiswa (EDOM) yang diisi oleh mahasiswa setelah pelaksanaan tutorial dan pleno berlangsung, sehingga terdapat evaluasi dari proses tutorial dan pleno.
- Mahasiswa juga diberikan umpan balik atau evaluasi dari Fasil (pemberi tutorial), berupa penilaian individu (keterampilan bertanya, menjawab pertanyaan, berpendapat, dan sikap respek, empat, serta support) dan juga penilaian presentasi oral per kelompok (penyajian materi PPT, penguasaan materi, gaya presentasi, serta sikap & perilaku).

MODUL ANALISIS LINGKUNGAN DAN MANAJEMEN KESEHATAN
ILMU KEDOKTERAN GIGI MASYARAKAT 2
SEMESTER GENAP 2019/2020

Deskripsi Blok : Blok ini merupakan blok yang memuat bahan kajian tentang ilmu Kesehatan gigi masyarakat yang bertujuan agar mahasiswa memiliki kemampuan tentang Analisis Lingkungan, Manajemen Kesehatan, Manajemen Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut serta Sistem Informasi Rekam Medi

Kegiatan 6 : Manajemen Kesehatan (Dasar Manajemen, Fungsi Perencanaan dan Teori Kepemimpinan)

CPMK : Mampu menjelaskan tentang Manajemen Kesehatan (Dasar Manajemen, Fungsi Perencanaan dan Teori Kepemimpinan)

CPL :

- Mampu menjelaskan dasar-dasar manajemen (pengertian, batasan, sejarah, ruang lingkup, manfaat, unsur-unsur, dan fungsi manajemen POAC)
- Mampu menjelaskan fungsi manajemen (pengertian, manfaat, macam perencanaan; pemahaman dasar tentang *forecasting, problem solving, programming, designing, policy analysis, descision making process*; proses perencanaan program kesehatan masyarakat; dan langkah-langkah perencanaan kesehatan)
- Mampu menjelaskan teori kepemimpinan (gaya kepemimpinan, pengantar kepemimpinan di RS, kepemimpinan di Puskesmas, dan kepemimpinan di tempat praktik)

Uraian Materi :

I. DASAR MANAJEMEN

1.1. PENGERTIAN MANAJEMEN

Kata manajemen berasal dari bahasa Italia (1561) yaitu “*Menaggiare*” yang berarti “mengendalikan”,terutamanya “mengendalikan kuda” atau berasal dari bahasa Perancis Kuno yaitu “*Management*” yang mempunyai arti “seni melaksanakan dan mengatur” atau juga dari bahasa Latin “*Manus*” yang memiliki arti “tangan” kata ini mendapat pengaruh dari bahasa

Perancis manege yang berarti “kepemilikan kuda” (yang berasal bahasa Inggris yang berarti seni mengendalikan kuda), dimana istilah Inggris ini juga berasal dari bahasa Italia. Kemudian bahasa Perancis mengadopsi kata ini dari bahasa Inggris menjadi management yang memiliki arti seni melaksanakan dan mengatur.

Seiring dengan perkembangannya banyak para ilmuwan dan professor memberikan pendapat mereka mengenai apa itu manajemen. Seperti pada beberapa tokoh terkenal berikut ini :

1. *Enciclopedia of The Social Sciences*

Didalam Enciclopedia of The Social Sciences, manajemen diartikan sebagai proses pelaksanaan suatu tujuan tertentu yang diselenggarakan dan diawasi.

2. Mary Parker Follet

Menurut Mary Parker Follet, manajemen adalah seni dalam menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain.

3. Thomas H. Nelson

Menurut Nelson, manajemen perusahaan adalah ilmu dan seni memadukan ide-ide, fasilitas, proses, bahan dan orang-orang yang menghasilkan barang atau jasa yang bermanfaat dan menjualnya dengan menguntungkan.

4. G. R. Terry

Menurut Terry, manajemen diartikan sebagai proses yang khas yang terdiri atas perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan yang dilakukan untuk menentukan dan usaha mencapai sasaran-sasaran dengan memanfaatkan sumberdaya manusia dan sumberdaya lainnya.

5. James A. F. Stoner

Menurut Stoner, manajemen diartikan sebagai proses perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan, dan pengawasan upaya (*usaha-usaha*) anggota organisasi dan menggunakan semua sumber daya organisasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan

6. Prof. Drs. Oei Liang Lie

Manajemen adalah ilmu dan seni perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengorganisasian dan pengawasan sumber-daya manusia dan alam, terutama sumber daya manusia untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan.

Henry M. Boettinger, berpendapat bahwa manajemen itu suatu seni. Seni membutuhkan tiga unsur yaitu: (1) pandangan seniman, (2) pengetahuan dan (3) teknis dan komunikasi yang berhasil. Dalam hal manajemen merupakan suatu seni, maka manajemen memerlukan ketiga

unsur tersebut. Oleh karena itu sama seperti keterampilan manajemen, juga dapat dikembangkan dengan cara yang sama untuk melatih seniman.

Menurut T.H. Nelson dan Prof. Oei Liang Lie, manajemen dinyatakan bahwa manajemen sebagai ilmu dan seni. Manajemen dapat dinyatakan sebagai ilmu, karena manajemen merupakan suatu kumpulan pengetahuan yang sistematis dan telah diterima sebagai kebenaran-kebenaran yang universal. Sebagai ilmu, manajemen memiliki asas-asas seperti ilmu-ilmu lain, yang disebut “*asas-asas manajemen*” atau “*principles of management*”. Asas-asas manajemen seperti asas-asas ilmu social lainnya, tidak berlaku dalil-dalil seperti ilmu pasti tetapi berlaku dengan *ceteris paribus*.

Dari definisi-definisi manajemen diatas, manajemen dinyatakan sebagai seni karena keberhasilan manajer dalam usahanya mencapai tujuan dengan bantuan bawahan, selain itu diperlukan pemahaman dan pengalaman ilmu manajemen, kemampuan manajer mempengaruhi bawahan dengan wibawa, karisma atau seni memimpin orang. Dengan demikian manajemen sebagai seni adalah kemampuan pribadi manajer untuk menarik perhatian dan mempengaruhi orang lain sehingga mereka dengan senang hati mau mengikuti perintah manajer. Oleh Karena itu dengan ilmu manajemen manajer mampu mengenali dan mempelajari masalah-masalah dengan baik, dan dengan seni manajemen, manajer mampu menentukan sikap dan mengambil keputusan dan memecahkan masalah secara cepat dan tepat.

Dari definisi tersebut dapat ditarik beberapa pokok pikiran penting sebagai berikut:

1. *Proses*

Proses adalah suatu cara yang sistematis untuk melakukan sesuatu. Manajemen didefinisikan sebagai suatu proses karena semua manajer, apapun keahliannya dan keterampilannya, terlibat dalam kegiatan-kegiatan yang saling berkaitan dalam upaya mencapai tujuan organisasi

2. *Perencanaan*

Ini menunjukan para manajer memikirkan tujuan dan kegiatannya sebelum melaksanakannya. Kegiatan mereka biasanya berdasar pada suatu cara, rencana atau logika, bukan asal tebak saja.

3. *Pengorganisasian*

Ini berarti para manajer itu mengkoordinir sumber daya manusia dan sumber daya lain yang dimiliki organisasi. Sejauh mana efektifnya suatu organisasi tergantung pada kemampuannya mengarahkan sumber daya yang ada dalam mencapai tujuannya. Tentu saja dengan makin terpadu dan makin terarahnya pekerjaan akan menghasilkan efektivitas organisasi. Disinilah tugas manajer untuk mengkoordinasi.

4. *Memimpin*

Ini menunjukkan bagaimana para manajer mengarahkan dan mempengaruhi bawahannya, menggunakan orang lain untuk melaksanakan suatu tugas tertentu. Dengan menciptakan suasana yang tepat, mereka membantu bawahannya bekerja secara baik.

5. *Pengawasan*

Ini berarti para manajer berusaha untuk menyakinkan bahwa organisasi bergerak dalam arah atau jalur tujuan. Apabila salah satu bagian dalam organisasi menuju arah yang salah, para manajer berusaha untuk mencari sebabnya dan kemudian mengarahkan kembali ke jalur tujuan yang benar.

6. *Menggunakan semua sumber daya organisasi*

Definisi ini menunjukkan bahwa manajer menggunakan semua sumber daya untuk mencapai tujuannya. Manusia merupakan sumber daya yang terpenting dalam suatu organisasi, namun tanpa sumber daya yang lain maka penggunaan sumber daya manusia ini tidak akan optimal. Sebagai contoh, seorang manajer yang akan meningkatkan penjualan dapat mencoba untuk tidak hanya mendorong tenaga penjualnya, tetapi juga menaikkan anggaran iklan. Jadi baik sumber daya manusia dan sumber daya keuangan digunakan untuk mencapai tujuan.

7. *Upaya mencapai tujuan*

Ini berarti bahwa manajer setiap organisasi berusaha untuk mencapai tujuan tertentu. Tujuan setiap organisasi berbeda-beda, tetapi apapun tujuan yang ditetapkan suatu organisasi, manajemen adalah proses untuk mencapai tujuan tersebut.

1.2 BATASAN MANAJEMEN

Menurut Paul Hersey dan Kenneth H. Blanchard (1980) memberikan batasan manajemen *as working with and through individuals and groups to accomplish goals* (sebagai suatu usaha yang dilaksanakan dengan dan bersama individu atau kelompok untuk mencapai tujuan organisasi). Hersey dan Blanchard lebih menekankan bahwa definisi tersebut tidaklah dimaksudkan hanya untuk satu organisasi saja, tetapi dapat diterapkan pada berbagai jenis organisasi tempat individu dan kelompok tersebut menggabungkan diri untuk mewujudkan tujuan bersama.

Batasan manajemen sebagai berikut: manajemen adalah seni dan ilmu pengetahuan, pengorganisasian, pengarahan, pemotivasian, dan pengendalian terhadap orang dan mekanisme kerja untuk mencapai tujuan. Definisi manajemen ini mengandung unsur-unsur sebagai berikut :

1. *Elemen sifat*

- a. Manajemen sebagai suatu seni

yaitu sebagai suatu keahlian, kemahiran, kemampuan, dan keterampilan dalam aplikasi ilmu pengetahuan untuk mencapai tujuan.

b. manajemen sebagai suatu ilmu

yaitu akumulasi pengetahuan yang telah disistematiskan dan diorganisasikan untuk mencapai kebenaran umum (*general purposes*)

2. *Elemen fungsi*

a. Perencanaan

yaitu suatu proses dan rangkaian kegiatan untuk menetapkan tujuan terlebih dahulu pada suatu jangka waktu/periode tertentu serta tahapan. Langkah-langkah yang harus ditempuh

b. *Pengorganisasian*

yaitu suatu proses dan rangkaian kegiatan dalam pembagian kerja yang direncanakan untuk diselesaikan oleh anggota kelompok pekerjaan, penentuan hubungan pekerjaan yang baik di antara mereka, serta pemberian lingkungan dan fasilitas pekerjaan yang kondusif

c. *Pengarahan*

yaitu suatu rangkaian kegiatan untuk memberikan petunjuk atau instruksi dari seorang atasan kepada bawahan atau kepada orang yang diorganisasikan dalam kelompok formal dan untuk pencapaian tujuan bersama

d. *Pemotivasian*

Yaitu suatu proses dan rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh seorang atasan dalam memberikan inspirasi, semangat, dan kegairahan bekerja serta dorongan kepada bawahan untuk dapat melakukan suatu kegiatan yang semestinya.

e. *Pengendalian/Pengawasan*

Yaitu suatu proses dan rangkaian untuk mengusahakan agar suatu pekerjaan dapat dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan dan tahapan yang harus dilalui. Dengan demikian, apabila ada kegiatan yang tidak sesuai dengan rencana dan tahapan tersebut, diadakan suatu tindakan perbaikan (*corrective actions*)

3. *Elemen Sasaran*

a. Orang (manusia)

Yaitu mereka yang telah memenuhi syarat tertentu dan telah menjadi unsur integral dari organisasi atau badan tempat bekerja sama untuk mencapai tujuan

b. Mekanisme Kerja

Yaitu tata cara dan tahapan yang harus dilalui orang yang mengadakan kegiatan bersama untuk mencapai tujuan

4. *Elemen Tujuan*

Yaitu hasil akhir yang ingin dicapai atas suatu pelaksanaan kegiatan. Dalam arti luas, tujuan mengandung hal seperti objective, purpose, mission, deadline, standart, target, dan quota. Tujuan merupakan rangkaian dalam proses perencanaan, dan juga merupakan elemen penting dalam proses pengendalian.

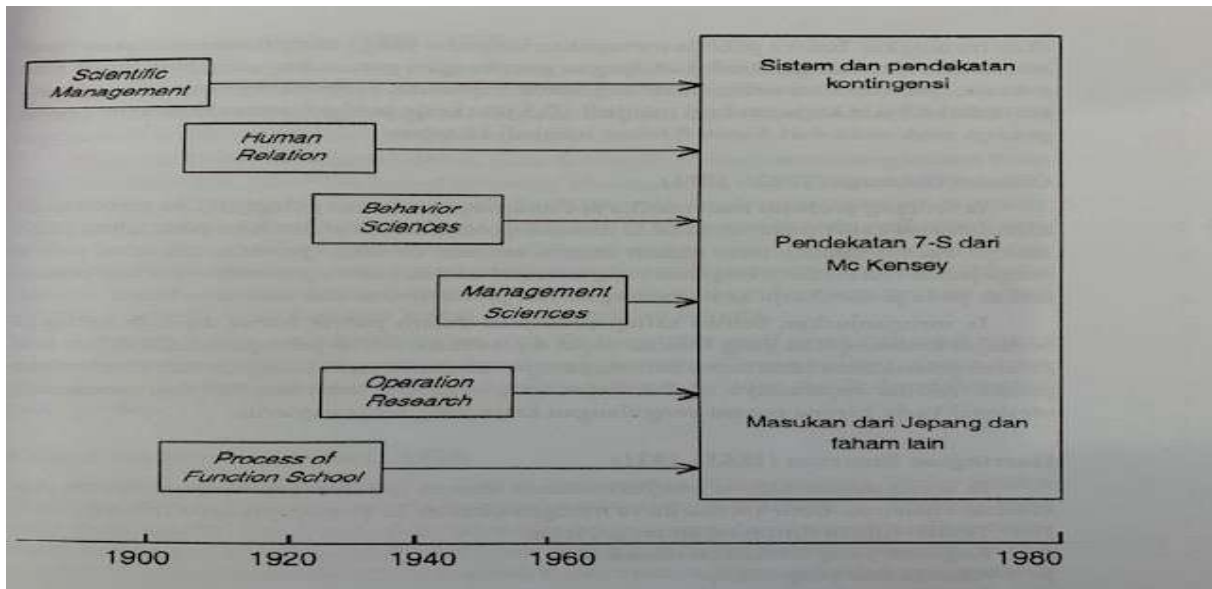
1.3 SEJARAH PERKEMBANGAN ILMIAH

Ajaran manajemen dipelajari dan diajarkan sejak awal abad 20, namun sebetulnya kegiatan dan pemikiran manajemen sudah ada bersama dengan sejarah manusia. Pada jaman Nabi Musa telah ada pemikiran manajemen. Ini terlihat pada waktu perjalanan nabi Musa meninggalkan Mesir menuju Shiftim, kurang lebih jaraknya 380 mil. Perjalanan sepanjang itu dilakukan bersama dengan ribuan pengikutnya. Semua persoalan diputuskan oleh nabi Musa sendiri, sehingga selama 39 tahun perjalanan tersebut hanya mencapai 240 mil saja. Kemudian Jethro (Mertua Nabi Musa) memberikan nasihat agar perjalanan lebih cepat dan masalah Nabi Musa menjadi ringan, maka Nabi Musa disuruh mendelegasikan tugas dan wewenang kepada orang-orang kepercayaan dengan kelompok-kelompok: 10, 50, 100, 500, dan 1.000 orang tiap kelompok. Dengan tugas dan pendelegasian wewenang tersebut, sisa perjalanan dengan jarak 140 mil dapat diselesaikan dengan waktu cuma 9 bulan saja.

Pada jaman Yunani Kuno, cara mereka memerintah juga sudah memakai pemikiran manajemen, yaitu dengan membagi lembaga-lembaga pemerintahan seperti *councils* (dewan-dewan), *courts* (pengadilan-pengadilan), pejabat administrasi, *Board of General*. Dengan demikian ternyata lembaga-lembaga ini menunjukkan pentingnya manajemen pada waktu itu. Pada jaman Romawi Kuno juga sudah ada pemikiran manajemen. Ini dapat dilihat dari hasil karya besar peninggalan bangsa Romawi, tidak mungkin dapat dihasilkan karya yang begitu itu tanpa adanya teknik manajerial yang berarti.

Pengelolaan Gereja Katholik telah menggunakan pemikiran manajemen sejak lama, Gereja menggunakan organisasi formal yang efektif antara lain dengan pengembangan hirarki kekuasaan dengan organisasi-organisasi teritorial dari atasan kepada bawahan. Berdasarkan hasil

penelitian yang dilakukan oleh para ahli manajemen dan ahli ekonomi, tumbuh beberapa aliran manajemen yang secara singkat dapat digambarkan seperti terlihat pada gambar 1.



Gambar 1. Pertumbuhan Pemikiran Manajemen

Aliran Manajemen Ilmiah

Robert Owen (1771-1858)

Ia seorang manajer pada beberapa pabrik pemintal kapas di Scotland. Dia memperoleh julukan *The Father of Modern Personnel Management*. Pendapatnya bahwa dengan memperbaiki kondisi pekerja maka produksi dan keuntungan dengan sendirinya akan meningkat; bahwa pekerja merupakan investasi yang paling menguntungkan (*vital machine*).

Charles Babbage (1792-1871)

Ia seorang profesor matematika di *Cambridge University* (Inggris). Ia menemukan kalkulator mekanik pada tahun 1822 dan *computer/analytical machine* pada tahun 1833. Jasa di bidang manajemen adalah idenya adalah tentang *costing* (pembeayaan) dan sistem pengupahan (*incentive*). Gagasan yang terkenal adalah bahwa penerapan prinsip-prinsip ilmiah pada proses kerja akan meningkatkan produktivitas dan menekan biaya.

Harrington Emerson (1853-1931)

Ia mengatakan bahwa penyakit utama sistem industri adalah pemborosan dan ketidak-efisienan. Oleh karena itu ia mengemukakan 12 prinsip-prinsip efisiensi:

1. Tujuan-tujuan dirumuskan secara jelas
2. kegiatan yang dilakukan masuk akal
3. Adanya staf yang cakap

4. Disiplin
5. Balas jasa yang adil
6. Laporan yang terpercaya, segera, akurat, dan ajeg system informasi dan akuntansi
7. Pemberian perintah, perencanaan dan pengukuran kerja yang baik
8. Adanya standard an skedul, metode dan waktu setiap kegiatan
9. Kondisi yang distandarisasi
10. Operasi yang distadarisasi
11. Instruksi praktis tertulis yang standar
12. Balas jasa efisensi dan rencana insentif

Frederick Winslow Taylor (1856-1915)

Gagasan Taylor dituangkan dalam buku *Scientific Management* (rangkuman buku *shop Management, The Principle of Scientific Management, dan Testimony Before The Special House Committee*). Prinsip-prinsip Taylor dengan pendekatan manajemen ilmiah, yaitu dengan jalan : mengganti cara kerja tradisional dengan cara ilmiah; mengusahakan adanya kerjasama dalam kelompok yang tidak teratur menjadi tindakan yang harmonis; mengusahakan adanya kerjasama dalam kelompok; mengganti prinsip bekerja untuk mencapai hasil yang terbatas menjadi bekerja untuk mencapai hasil maksimal; serta mengembangkan pekerja untuk mencapai kemakmuran bersama antara manajemen dan pekerja.

Teknik-teknik yang dikembangkan oleh Taylor adalah studi gerak dan studi waktu (*time and motion study*), pengawasan fungsional (*functional foremanship*), sistem upah perpotong minimum dan maksimum (ini terkenal dengan sebutan *the Taylor differential rate system*).

Henry Laurence Gantt (1861-1919)

Henry l. gantt meninggalkan system pengupahan diferensialnya Taylor karena sistem tersebut mempunyai dampak terhadap motivasi yang terlalu kecil. Gagasan baru yang dikemukakan oleh Gantt ialah: (a) setiap pekerja yang dapat menyelesaikan tugas yang dibebankan kepadanya suatu hari, pekerja tersebut berhak menerima bonus pada hari itu juga; (b) mandor akan menerima bonus apabila semua pekerja juga mencapai standar itu. Gantt menyempurnakan gagasan Owen mengenai penilaian terhadap pekerja. Sistem baru untuk menggambarkan jadwal produksi, yang kini terkenal disebut *Skema Gantt (Gantt Chart)*.

Suami istri Gilbreth

Frank B Gilberth (1968-1924) dan Lilian m. Gilberth (1878-1972)

Lilian mencurahkan perhatiannya pada cara-cara memperbaiki kesejahteraan pekerja. Sasaran akhir manajemen ilmiah adalah menolong pekerja mencapai kemampuannya yang penuh sebagai

manusia (*The Psychology of Management*). Sedang Frank tertarik pada masalah efisiensi, yaitu cara terbaik untuk melakukan suatu pekerjaan dengan studi gerak dan kelelahan. Suami isteri Gilberth mengembangkan suatu rencana yang disebut “*three-position plan*” (rencana tiga kedudukan), yaitu rencana untuk kenaikan jabatan sebagai program pengembangan karyawan dan pendorong semangat kerja.

Teori Organisasi Klasik

Teori organisasi klasik timbul dari kebutuhan akan pedoman untuk mengelola organisasi yang kompleks. Tokoh-tokoh manajemen klasik adalah:

Henry Fayol (1841-1925)

Fayol mengemukakan pendapat bahwa praktik-praktik manajemen yang baik mempunyai pola tertentu yang dapat dikenali dan dianalisis. Menurut Fayol ada 6 kegiatan:

1. *Technical*, yaitu kegiatan membuat atau menghasilkan barang atau jasa
2. *Commercial*, yaitu kegiatan membeli atau mendapatkan bahan yang diperlukan dan menjual barang atau jasa yang dihasilkan;
3. *Financial*, yaitu kegiatan untuk mendapatkan atau mengatur penggunaan dana dengan sebaik-baiknya;
4. *Security*, yaitu kegiatan melindungi semua orang bekerja serta kekayaan perusahaan;
5. *Accountancy*, yaitu kegiatan mencatat dan menghitung biaya, pendapatan, laba, dan kekayaan perusahaan, menyusun neraca dan membuat statistik;
6. *Managerial*, yaitu kegiatan melaksanakan fungsi manajemen.

Menurut Fayol, kegiatan perusahaan yang keenam, yaitu kegiatan manajerial, merupakan tugas utama setiap manajer yang disebut fungsi-fungsi manajemen. Fungsi manajemen tersebut terdiri, atas: perencanaan (*previor*), pengorganisasian (*organizer*), pemberian perintah (*comander*), pengkoordinasian (*coordiner*), pengawasan (*controller*).

Gagasan yang terkenal Henry Fayol ialah ditemukannya 14 prinsip manajemen yaitu:

1. Pembagian kerja (*Division of labor*)
2. Otoritas (*Authority*)
3. Disiplin (*Disipline*)
4. Kesatuan perintah (*Unity of command*)
5. Kesatuan pengarahan (*Unity of direction*)
6. Kepentingan pribadi dibawah kepentingan organisasi (*Subordination of individual interest to the general interest*)

7. Pemberian upah (*Remuneration*)
8. Pemusatan (*Centralization*)
9. Jenjang jabatan (*Hierarchy*)
10. Ketertiban (*Order*)
11. Keadilan (*Equity*)
12. Kestabilan staf (*Stability of staff*)
13. Inisiatif (*Initiative*)
14. Semangat korp (*Esprit de corps*)

James D. Mooney

James D. Mooney adalah seorang manajer Eksekutif General Motor. Sumbangannya bagi perkembangan ilmu manajemen terutama pada pendapatnya tentang 4 prinsip dasar manajemen yaitu:

1. Prinsip koordinasi, syarat-syarat untuk adanya koordinasi ialah tujuan dan wewenang bagi setiap petugas dirumuskan secara jelas, ada disiplin dan saling memberikan informasi dan saling bantu-membantu
2. Prinsip Skalar, bahwa dalam setiap organisasi harus ada pembagian kerja dan wewenang secara vertical
3. Prinsip Fungsional, pembagian kerja didasarkan atas fungsi-fungsi yang jelas
4. Prinsip staf, yaitu prinsip kejelasan wewenang staf dan manajer garis

Mary Parker Follet (1868-1933)

Follet dan juga Barnard sebagai jembatan antara teori klasik dan hubungan manusiawi, pemikiran mereka berdasarkan kerangka klasik, tetapi memperkenalkan unsur baru tentang hubungan manusia. Follet berpendapat bahwa manajemen dan pekerja dapat menjadi bagian dari suatu kelompok, pandangan tradisional harus dihilangkan, kepemimpinan tidak dari kekuatan otoritas formal (tradisional) tetapi harus dari keahlian.

Chaster I. Barnard (1886-1961)

Barnard berpendapat bahwa manusia berkumpul di dalam organisasi untuk mendapatkan hal-hal yang mereka tidak mampu mengerjakan sendiri. Tesisnya ialah bahwa suatu perusahaan dapat bekerja secara efisien dan tetap hidup apabila tujuan organisasi dan kebutuhan perorangan yang bekerja pada organisasi itu dijaga seimbang. Sumbangan besar Barnard kepada ilmu manajemen adalah organisasi informal yaitu menganjurkan perusahaan menggunakan kelompok informal untuk menjaga kelangsungan hidup perusahaan, meskipun kadang-kadang kelompok informal tersebut bertentangan dengan tujuan manajemen.

Aliran Hubungan Manusiawi

Tokoh-tokoh aliran hubungan manusiawi adalah:

Hugo Munsterberg (1863-1916)

Munsterberg menyarankan bahwa produktivitas dapat ditingkatkan dengan tiga cara, yaitu: (a) menemukan orang terbaik (*the best possible person*), pekerja yang kualitas mentalnya terbaik untuk pekerjaan tersebut; (b) menciptakan pekerjaan terbaik (*the best possible work*), kondisi psikologis yang ideal untuk menciptakan produktivitas maksimum; (c) menggunakan pengaruh baik (*the best possible effect*), pengaruh untuk mendorong karyawan.

Elton Mayo

Mayo mengadakan penelitian di pabrik *Hawthorne Western Electric* mengenai produktivitas, hasilnya bukan hanya kenaikan upah yang menaikkan produktivitas tetapi faktor-faktor lain. Temuannya yang terkenal adalah "*Hawthorne Effect*", yaitu pengaruh faktor psikologis seperti moral, sense of belonging, manajemen efektif, bimbingan, kepemimpinan dan komunikasi dapat meningkatkan motivasi kerja dan produktivitas kerja yang lebih besar.

Aliran Manajemen Modern

Aliran manajemen modern berkembang melalui dua jalur, yaitu aliran hubungan manusiawi yang telah dikembangkan dan terkenal sebagai "*perilaku organisasi*" dan aliran manajemen ilmiah yang terkenal sebagai "*aliran kuantitatif*" (*operation research & management science*). Prinsip-prinsip dasar yang dikemukakan oleh aliran perilaku organisasi adalah sebagai berikut :

1. Manajemen tidak hanya dipandang sebagai suatu proses keteknikan, karena manajemen berkaitan dengan tingkah laku manusia dalam organisasi
2. Manajemen bersifat sistematis, karena itu pendekatan yang digunakan harus dipertimbangkan secara hati-hati
3. Organisasi adalah suatu keseluruhan dan suatu kesatuan bagian-bagian, karena itu pengawasan oleh manajer individual hendaknya melalui pendekatan yang sesuai.
4. Perlu adanya pendekatan motivasional, untuk memperoleh komitmen dari para pekerja agar tujuan tercapai.

Gagasan-gagasan lain aliran perilaku organisasi, berdasarkan hasil riset perilaku manusia dalam organisasi adalah sebagai berikut:

1. Sumber daya manusia adalah faktor yang sangat menentukan tercapai tidaknya tujuan organisasi.

2. Para manajer hendaknya mendapatkan latihan-latihan untuk memahami prinsip-prinsip dan konsep-konsep manajemen
3. Organisasi hendaknya mampu memberikan kesempatan bawahan untuk dapat memuaskan semua kebutuhan
4. Organisasi hendaknya dapat meningkatkan komitmen bawahan melalui manajemen partisipatif.
5. Setiap karyawan hendaknya diberi tugas yang sesuai dengan kemampuannya sehingga dapat memberikan kepuasan
6. Pola dan system pengawasan yang digunakan hendaknya ditetapkan berdasarkan pengertian dan sikap positif seluruh karyawan

Aliran kuantitatif diawali dengan penelitian-penelitian operasi pemecahan masalah industri yang dikenal dengan *Operations Research*. Teknik dan prosedur yang digunakan dalam *Operations Research* ini, banyak digunakan dalam kegiatan-kegiatan perusahaan, seperti penganggaran modal, manajemen aliran kas, penjadwalan produksi, pengembangan sumber daya manusia dan lain-lain.

Pola dan teknik *Operations research* disebut juga pendekatan science, yang secara garis besar adalah sebagai berikut:

1. Perumusan masalah
2. Penyusunan suatu model matematis
3. Penyelesaian masalah dengan metode matematis yang telah dibuat
4. Pengujian model dan hasil yang dicapai dengan menggunakan model tersebut
5. Penetapan pengawasan atas hasil
6. Penetapan model dalam kegiatan implementasi

1.4 Ruang Lingkup

Lingkungan Luar (Eksternal)

Terdiri dari:

- a. Lingkungan Umum

- o Ekonomi

Dimensi ekonomi (*economic dimension*) adalah dimensi lingkungan umum yang mencakup kesehatan ekonomi secara umum dari suatu negara atau wilayah tempat sebuah organisasi beroperasi.

- Hukum-Politik

Dimensi hukum-politik (*legal-political dimension*) merupakan dimensi lingkungan umum yang mencakup peraturan pemerintah ditingkat lokal, negara bagian, dan federal, serta aktivitas politik yang dirancang untuk memengaruhi perilaku perusahaan.

- *Sosio Kultural* (Sosial Budaya)

Dimensi sosial budaya (*Socio cultural dimension*) ialah dimensi lingkungan umum yang mencakup karakteristik demografi, norma, kebiasaan, dan nilai-nilai masyarakat tempat organisasi bergerak di dalamnya.

- Teknologi

Dimensi teknologi (*technological dimension*) berupa kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam industri tertentu, serta masyarakat secara luas.

- Internasional

Dimensi internasional (*international dimension*) ialah peristiwa yang berasal dari negara asing, serta peluang bagi perusahaan Amerika di negara lain. Seperti globalisasi dan paham ekonomi. Lingkungan internasional menimbulkan pesaing, pelanggan, serta pemasok baru dan membentuk tren sosial, teknologi, dan ekonomi

- b. Lingkungan Khusus (Tugas)

- Pemilik (*Stakeholder*)

Orang yang menentukan nasib perusahaan dan membentuk jaringan antar stockholder serta organisasi.

- Pelanggan (*Customer*)

Pelanggan adalah orang dan organisasi di dalam lingkungan yang membeli barang atau jasa dari organisasi.

- Pemasok (*Supplier*)

Pemasok adalah orang dan organisasi yang menyediakan bahan baku kepada pihak lain yang menggunakannya untuk menghasilkan suatu produk.

- Pesaing (*Competitor*)

Pesaing ialah organisasi lain dalam industri atau jenis usaha yang sama yang menyediakan barang atau jasa kepada sekelompok pelanggan yang sama.

- Badan Pemerintah
Badan atau perwakilan pemerintah pada tingkat lokal, daerah dan pusat sebagai penegak hukum dan peraturan yang berpengaruh terhadap kegiatan operasional organisasi.
- Lembaga Keuangan
Perusahaan akan tergantung pada lembaga keuangan karena lembaga keuangan akan memberikan input modal keuangan. Lembaga keuangan juga menjadi perantara bagi organisasi ke pasar keuangan. Pasar keuangan akan memperlancar aliran dana dari pihak surplus dana ke pihak yang membutuhkan dana atau defisit dana. Manajer harus menentukan alternatif pendanaan (hutang, obligasi, jual saham, leasing) yang paling murah dan fleksibel.
- Serikat Pekerja
Serikat pekerja yaitu organisasi yang menghimpun para pekerja untuk memperjuangkan aspirasi para anggotanya.

2. *Lingkungan Dalam (Internal)*

Terdiri dari:

- Manusia/pekerja (*specialized dan managerial personal*)
Pekerja merupakan sumber daya organisasi. Jika karyawan dan organisasi atau manajer mempunyai tujuan dan maksud tertentu yang sama maka organisasi akan berjalan dengan efektif dan tercapainya tujuan perusahaan. Tetapi kondisi tersebut tidak mudah dijelaskan dan dilaksanakan. Akibatnya sering terjadi tarik menarik antara keduanya. Contoh: manajemen tidak membayar upah sesuai upah minimum. Salah satu cara ESOP (*Employee Stock Ownership Plan*), dimana karyawan baik langsung maupun tidak langsung memiliki saham perusahaan di tempat mereka bekerja.
- Finansial (sumber, alokasi, dan kontrol dana)
Sumber, alokasi dan kontrol dana pada dasarnya adalah manajemen keuangan. Manajemen keuangan adalah proses atau fungsi dalam apapun jenis usaha karena manajemen keuangan membantu kita menilai apakah operasi usaha telah menghasilkan laba bersih atau rugi bersih.
- Fasilitas fisik
Sarana-sarana untuk memperlancar kegiatan organisasi atau perusahaan. Seperti gedung, kantor, dan lain-lain.

- Teknologi

Teknologi ialah pengetahuan, alat bantu, teknik, dan aktivitas yang digunakan untuk mengubah bahan masukan organisasi menjadi hasil keluarannya.

- Sistem nilai dan budaya organisasi/perusahaan

Sistem nilai dan budaya merupakan sistem yang berupa sekumpulan nilai kunci, keyakinan, pemahaman, dan norma pokok yang dibagi bersama oleh anggota suatu organisasi/perusahaan.

1.5 UNSUR – UNSUR MANAJEMEN

Unsur –unsur manajemen terdiri dari *men, money, methods, materials, machines, and market* disingkat dengan 6M:

1. Men yaitu tenaga kerja manusia, baik tenaga kerja pimpinan maupun tenaga kerja operasional/pelaksana.
2. Money yaitu uang yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan yang diinginkan.
3. Methods yaitu cara-cara yang dipergunakan dalam usaha mencapai tujuan.
4. Materials yaitu bahan-bahan yang diperlukan untuk mencapai tujuan.
5. Machines yaitu mesin-mesin/alat yang diperlukan atau dipergunakan untuk mencapai tujuan.
6. Market yaitu pasar untuk menjual barang dan jasa-jasa yang dihasilkan.

1.6 MANFAAT MANAJEMEN

Adapun manfaat kita mempelajari dan memahami manajemen dapat diketahui dari uraian di bawah ini:

1. Membantu kita membuat strategi yang lebih baik dengan menggunakan pendekatan yang lebih sistematis, logis, rasional pada pilihan strategis.
2. Merupakan sebuah proses bukan keputusan atau dokumen. Tujuan utama dari proses adalah mencapai pengertian dan komitmen dari apa yang kita rencanakan.
3. Proses yang kita laksanakan menyediakan pemberdayaan individual. Pemberdayaan adalah tindakan memperkuat pengertian diri sendiri mengenai efektivitas dengan mendorong dan menghargai usaha kita untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan dan latihan inisiatif serta imajinasi.

4. Meningkatkan kesadaran kita akan ancaman eksternal sehingga kita akan terbiasa mempersiapkan rencana lain atas kejadian yang tidak diinginkan dari factor luar.
5. Kita dapat mengetahui dengan lebih baik mengenai strategi pesaing sehingga kita akan lebih mudah menghadapinya.
6. Berkurangnya penolakan kita terhadap perubahan karena kita telah mempersiapkan rencana atas perubahan tersebut.
7. Memungkinkan kita untuk identifikasi, penentuan prioritas, dan eksploitasi peluang yang terbaik atas permasalahan dan pilihan keputusan.
8. Kita dapat merepresentasikan kerangka kerja untuk aktivitas kontrol dalam kehidupan sehari-hari dengan lebih baik yang dapat mengatur rencana kegiatan kita.
9. Memungkinkan alokasi sumber daya dan waktu yang lebih sedikit bagi kita untuk mengoreksi keputusan yang salah atau tidak terencana.
10. Menciptakan kerangka kerja komunikasi internal dengan orang lain.
11. Membantu mengintegrasikan perilaku individu kita kedalam kelompok atau golongan.
12. Mendorong pemikiran ke masa depan, sebab dengan mempelajari manajemen kita telah belajar menganalisa rencana.
13. Menjadikan kita kooperatif, terintegrasi, dan antusias untuk menghadapi masalah dan peluang.
14. Mendorong terciptanya sikap positif akan perubahan dalam diri kita
15. Memberikan tingkat kedisiplinan dan formalitas kepada manajemen kegiatan kita.

II. FUNGSI – FUNGSI MANAJEMEN

Banyak ahli manajemen mengutarakan fungsi-fungsi manajemen sehingga seolah-olah tidak ada pembatasan yang jelas tentang fungsi-fungsi manajemen itu sendiri. Akan tetapi, apabila diperhatikan semua penjelasan yang dikemukakan para ahli mengenai fungsi-fungsi manajemen mempunyai substansi yang sama, terutama dilihat dari tujuan manajemen sebagai ilmu dan sebagai seni. Beberapa ahli manajemen yang menjelaskan fungsi-fungsi manajemen sebagai berikut:

| Nama Ahli | Fungsi-fungsi Manajemen |
|---------------------|---|
| Louis A. Allen | <i>leading, planning, organizing, controlling</i> |
| Prajudi Atmosudirjo | <i>leading, planning, organizing, controlling</i> |
| John R. Beisline | <i>planning, organizing, commanding, controlling</i> |
| Henry Fayol | <i>planning, organizing, commanding, coordinating, controlling</i> |
| Luther Gullich | <i>planning, organizing, staffing, directing, coordinating, reporting, budgeting</i> |
| Koontz dan O'Donnel | <i>planning, organizing, staffing, directing, controlling</i> |
| Willian H. Nezman | <i>planning, organizing, assembling resources, directing, controlling</i> |
| Sondang P. Siagian | <i>planning, organizing, motivating, controlling</i> |
| George R. Terry | <i>planning, organizing, actuating, controlling</i> |
| Lyndal F. Urwick | <i>forecasting, planning, organizing, commanding, coordinating, controlling</i> |
| Winardi | <i>planning, organizing, coordinating, actuating, leading, communicating, controlling</i> |
| The Liang Gie | <i>planning, decision making, directing, coordinating, controlling. improving</i> |

Ada tiga belas pakar manajemen mengutarakan fungsi-fungsi manajemen. Fungsi-fungsi tersebut secara garis besar dapat dipahami bahwa seluruh kegiatan manajemen tidak dapat terlepas dari proses perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengendalian, dan evaluasi. Fungsi commanding dapat dikatakan sebagai bagian dari fungsi organizing karena setiap organisasi secara structural memiliki hierarkis kepemimpinan atau secara manajerial yang sistematis, yang didalamnya dipraktikkan tentang garis komando secara hierarkis yang berhubungan dengan otoritas dan tanggung jawab anggota organisasi.

1.1 Aplikasi Fungsi – fungsi Manajemen

Fungsi-fungsi manajemen dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Perencanaan (Planning)

Planning berasal dari kata plan, artinya rencana, rancangan, maksud dan niat. Planning berarti perencanaan. Perencanaan adalah proses kegiatan, sedangkan rencana merupakan hasil perencanaan. Perencanaan adalah kegiatan yang berkaitan dengan usaha merumuskan program yang didalamnya memuat segala sesuatu yang akan dilaksanakan, penentuan tujuan, kebijaksanaan, arah yang akan ditempuh, prosedur dan metode yang akan diikuti dalam usaha mencapai tujuan. Dalam perencanaan terdapat penentuan-penentuan sebagai berikut :

- a. Bentuk atau jenis kegiatan yang akan dilaksanakan;
- b. Prosedur pelaksanaan kegiatan;
- c. Kebijakan yang dijadikan landasan kegiatan;
- d. Arah dan tujuan yang hendak dicapai;
- e. Personal yang melaksanakan rencana;
- f. Waktu pelaksanaan rencana;
- g. Anggaran biaya yang dibutuhkan.

Jenis-jenis Perencanaan

Perencanaan atau planning tidak hanya dilihat dari bobot dan waktunya, tetapi dapat dilihat dari hal-hal sebagai berikut

1. Jenis planning menurut penggunaannya:
 - a. *Single use planning*, yaitu perencanaan untuk satu kali pakai. Jika pelaksanaan telah selesai, perencanaan tersebut tidak dipakai kembali, misalnya perencanaan yang berhubungan dengan kepanitiaan kegiatan tertentu.
 - b. *Repeats planning*, yaitu perencanaan yang dipergunakan untuk keperluan yang berulang-ulang. Rencana ini terus-menerus atau berulang dipergunakan sehingga bersifat permanen.
2. Jenis planning menurut prosesnya:
 - a. *Policy planning* (merupakan kebijakan), yaitu suatu planning yang berisi kebijakannya saja tanpa dilengkapi oleh teknis pelaksanaannya secara sistematis.
 - b. *Program planning*, yaitu planning yang merupakan penjelasan dan perincian dari *policy planning*; program planning dibuat oleh badan-badan khusus yang mempunyai wewenang untuk melaksanakan policy planning.

Dalam program planning dimuat, antara lain :

- (a) Ikhtisar mengenai tugas yang akan dikerjakan;
- (b) Sumber dan bahan yang dapat dipergunakan
- (c) Biaya, personalia, situasi, dan kondisi pekerjaan;
- (d) Prosedur kerja yang harus dipatuhi;
- (e) Struktur organisasi kerja, dan sebagainya.

c. *Operational planning* (perencanaan kerja), yaitu planning yang memuat rencana mengenai cara-cara melakukan pekerjaan tertentu agar lebih berhasil dalam pencapaian tujuan dengan daya guna yang lebih tinggi (efektif dan efisien).

Dalam perencanaan ini dimuat, antara lain:

- (a) Analisis program planning;
- (b) Penetapan prosedur kerja;
- (c) Metode-metode kerja;
- (d) Menentukan tenaga pelaksana

3. Jenis perencanaan menurut jangka waktunya:

- a. *Long range planning* (LRP), yaitu suatu perencanaan jangka panjang yang membutuhkan waktu yang agak lama dalam pelaksanaannya.
- b. *Intermediate planning* (perencanaan jangka menengah), yaitu perencanaan yang dalam pelaksanaannya membutuhkan waktu “pemasangan” (gestation period). Perencanaan ini biasanya memerlukan waktu lima tahun.
- c. *Short range planning* (SRP) atau perencanaan jangka pendek, yaitu perencanaan yang dipersiapkan dengan tergesa-gesa dan mendadak karena dianggap penting dan waktu yang tersedia sangat sempit. Biasanya, pelaksanaannya memerlukan waktu kurang dari satu tahun.

4. Jenis perencanaan menurut wilayah pelaksanaannya:

- a. *Rural planning*, yaitu perencanaan pedesaan;
- b. *City planning*, yaitu perencanaan untuk suatu kota;
- c. *Regional planning*, yaitu perencanaan tingkat daerah kabupaten ataupun kota;
- d. *National planning*, yaitu suatu perencanaan tingkat nasional (negara) yang mencakup segenap wilayah suatu negara.

5. Jenis perencanaan menurut materinya:

- a. *Personnel planning*, yaitu suatu perencanaan mengenai masalah-masalah kepegawaian

- b. *Financial planning*, yaitu suatu perencanaan mengenai masalah keuangan ataupun permodalan (anggaran belanja) secara menyeluruh dan mendetail dari suatu kegiatan kerja sama untuk mencapai tujuan bersama.
 - c. *Industrial planning*, yaitu perencanaan yang menyangkut kegiatan industry yang direncanakan sedemikian rupa agar terhindar dari hambatan dan rintangan dalam pencapaian tujuan.
 - d. *Educational planning*, yaitu suatu perencanaan dalam kegiatan pendidikan
6. Jenis planning menurut segi umum dan khusus:
- a. *General plans* (rencana umum), yaitu suatu rencana yang dibuat garis-garis besarnya saja dan menyeluruh dari suatu kegiatan kerja sama.
 - b. *Special planning* (rencana khusus), yaitu suatu perencanaan mengenai suatu masalah yang dibuat secara mendetail dan terperinci. Misalnya : production planning, education planning.
 - c. *Overall planning*, yaitu suatu perencanaan yang memberikan pola secara keseluruhan dari pekerjaan yang harus dilaksanakan.

Sifat – sifat Perencanaan

Perencanaan harus bersifat:

1. *Faktual*, yaitu perencanaan yang berdasarkan pertimbangan factual, yakni didasarkan pada hasil temuan lapangan;
2. *Rasional*, yaitu perencanaan harus masuk akal, bukan merupakan angan-angan;
3. *Fleksibel*, yaitu perencanaan tidak kaku, tetapi mengikuti perkembangan zaman dan perubahan situasi dan kondisi sehingga pelaksanaannya tidak terjebak dalam keadaan yang statis;
4. *Berkesinambungan*, yaitu perencanaan dibuat secara kontinu, artinya berkelanjutan mengikuti kebutuhan organisasi dan tidak dibatasi oleh absolutism ruang dan waktu;
5. *Diaklektis*, yaitu suatu perencanaan harus dibuat dengan memikirkan peningkatan dan perbaikan-perbaikan untuk kesempurnaan masa yang akan datang.

Cara – cara Membuat Perencanaan

Rudyard Kipling, sastrawan Inggris yang terkenal mengatakan bahwa cara-cara yang terbaik dalam membuat perencanaan adalah mengawali dengan pertanyaan sebagai berikut.

1. *What*, apa yang akan direncanakan?
2. *When*, kapan rencana tersebut akan dilaksanakan?
3. *Where*, dimana kegiatan tersebut akan dilaksanakan?
4. *How*, bagaimana cara melaksanakan rencana yang dimaksudkan?
5. *Who*, siapa yang akan melaksanakan rencana bersangkutan?
6. *Why*, untuk apa rencana tersebut dilaksanakan, mengapa dilaksanakan?

2. Organizing dan Coordinating

Mengorganisasikan (*organizing*) adalah suatu proses menghubungkan orang-orang yang terlibat dalam organisasi tertentu dan menyatupadukan tugas serta fungsinya dalam organisasi.

Fungsi organisasi dapat diartikan bermacam-macam:

1. Organisasi dapat diartikan sebagai memberi struktur, terutama dalam penyusunan/penempatan personal, pekerjaan-pekerjaan, material, dan pikiran-pikiran di dalam struktur itu.
2. Organisasi dapat pula ditafsirkan sebagai menetapkan hubungan antara orang-orang. Kewajiban, hak, dan tanggung jawab masing-masing anggota disusun menjadi pola-pola kegiatan yang tertuju pada tercapainya tujuan atau maksud kegiatan pendidikan dan pengajaran.
3. Organisasi dapat juga diartikan sebagai alat untuk mempersatukan usaha-usaha untuk menyelesaikan pekerjaan-pekerjaan. Dengan demikian, organisasi adalah wadah aktivitas-aktivitas yang menyusun dan membentuk hubungan-hubungan fungsional sehingga terwujudlah kesatuan usaha dalam mencapai maksud dan tujuan pendidikan.

Organisasi yang baik hendaklah memiliki ciri-ciri atau sifat-sifat berikut:

1. Memiliki tujuan yang jelas;
2. Tiap anggota dapat memahami dan menerima tujuan tersebut;
3. Adanya kesatuan arah sehingga dapat menimbulkan kesatuan tindakan dan kesatuan pikiran;
4. Adanya kesatuan perintah (*unity of command*); bawahan hanya mempunyai seorang atasan langsung: dari atasan tersebut, ia menerima perintah atau

bimbingan, dan ia harus mempertanggungjawabkan hasil pekerjaannya kepada atasannya;

5. Adanya keseimbangan antara wewenang dan tanggung jawab masing-masing anggota;
6. Adanya pembagian tugas atau pekerjaan yang sesuai dengan kemampuan, keahlian, dan bakat masing-masing sehingga tercipta kerjasama yang harmonis dan kooperatif;
7. Pola organisasi hendaknya relative permanen, dan struktur organisasi disusun sesederhana mungkin, sesuai dengan kebutuhan, koordinasi, pengawasan, dan pengendalian;
8. Adanya jaminan keamanan dalam bekerja (*security of tenure*); anggota tidak merasa gelisah karena takut dipecat atau ditindak dengan sewenang-wenang.
9. Adanya gaji atau insentif yang setimpal dengan jasa/pekerjaan sehingga dapat menimbulkan gairah kerja;
10. Garis-garis kekuasaan dan tanggung jawab serta hierarkis tata kerjanya jelas tergambar dalam struktur organisasi;
11. Mengarahkan (*directing*), proses pengarahan terhadap semua administrator agar melaksanakan pekerjaannya proporsional dan profesional.

3. Coordinating

Mengoordinasikan (*coordinating*), yaitu menyatukan dan menyelaraskan semua kegiatan. Adanya bermacam-macam tugas dan kegiatan yang dilakukan oleh banyak orang memerlukan koordinasi dari seorang pemimpin. Koordinasi adalah aktivitas membawa orang-orang, material, pikiran, teknik, dan tujuan ke dalam hubungan yang harmonis dan produktif dalam mencapai suatu tujuan.

4. Controlling

Pengendalian (*controlling*), yakni meneliti dan mengawasi agar semua tugas dilakukan dengan baik dan sesuai dengan peraturan yang ada atau sesuai dengan deskripsi kerja masing-masing personal. Pengendalian dapat dilakukan secara vertikal dan horizontal, yaitu atasan dapat melakukan pengontrolan kepada bawahannya, demikian pula bawahan dapat melakukan upaya kritik kepada atasannya. Cara tersebut diistilahkan dengan system pengawasan melekat.

Pengendalian terdiri atas:

1. Penelitian terhadap hasil kerja sesuai dengan rencana/program kerja;
2. Pelaporan hasil kerja dan pendataan berbagai masalah;
3. Evaluasi hasil kerja dan problem solving.

Pengawasan adalah satu kegiatan manajer yang mengusahakan agar pekerjaan-pekerjaan terlaksana sesuai dengan rencana yang ditetapkan, dan mencapai hasil yang dikehendaki.

Langkah-langkah pengawasan adalah:

1. Memeriksa,
2. Mengecek,
3. Mencocokkan,
4. Menginspeksi,
5. Mengendalikan,
6. Mengatur, dan
7. Mencegah sebelum terjadi kegagalan.

Pengawasan dapat dibagi tiga, yaitu: (1) pengawasan yang bersifat top down, yakni pengawasan yang dilakukan dari atasan langsung kepada bawahan; (2) bottom up, yaitu pengawasan yang dilakukan dari bawahan kepada atasan; (3) pengawasan melekat, yaitu pengawasan yang termasuk kepada self control, yakni atasan maupun bawahan senantiasa mengawasi dirinya sendiri.

5. Evaluating

Mengevaluasi (*evaluating*), menilai semua kegiatan untuk menemukan indikator yang menyebabkan sukses atau gagalnya pencapaian tujuan, sehingga dapat dijadikan bahan kajian berikutnya. Evaluasi sebagai fungsi manajemen adalah aktivitas untuk meneliti dan mengetahui pelaksanaan yang telah dilakukan di dalam proses keseluruhan organisasi mencapai hasil sesuai dengan rencana atau program yang telah ditetapkan dalam rangka pencapaian tujuan. Dengan mengetahui berbagai kesalahan atau kekurangan, perbaikan selanjutnya dapat dilakukan dengan mudah, dan dapat dicari problem solving yang tepat dan akurat.

6. Budgeting

Budgeting (penyusunan anggaran biaya). Setiap lembaga membutuhkan pembiayaan yang terencana dengan matang. Suatu anggaran merupakan rencana penggunaan sumber-sumber keuangan yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan terpadu.

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam fungsi pembiayaan adalah:

- a. Perencanaan tentang berapa biaya yang diperlukan;
- b. Sumber biaya yang diperoleh atau diusahakan;
- c. Pelaksanaan pembiayaan kegiatan;
- d. Pola pembukuan dan pertanggung jawabannya, serta;
- e. Pengawasan.

7. Actuating

Actuating adalah kegiatan yang menggerakkan dan mengusahakan agar para pekerja melakukan tugas dan kewajibannya. Dengan demikian, dalam actuating terdapat hal-hal sebagai berikut:

- a. Penetapan saat awal pelaksanaan rencana kerja;
- b. Pemberian contoh tata cara pelaksanaan kerja dari pimpinan;
- c. Pemberian motivasi para pekerja untuk segera bekerja sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya masing-masing;
- d. Pengkomunikasian seluruh arah pekerjaan dengan semua unit kerja;
- e. Pembinaan para pekerja;
- f. Peningkatan mutu dan kualitas kerja;
- g. Pengawasan kinerja dan moralitas pekerja.

8. Programming

Salah satu fungsi manajemen yang berarti proses, cara dan pembuatan program atau dengan kata lain berfungsi sebagai rancangan mengenai asas-asas serta usaha-usaha yang akan dijalankan (pembuatan program).

9. Staffing atau assembling resources

Staffing atau *assembling resources*, termasuk kegiatan organisasi yang sangat penting, karena berhubungan dengan penempatan orang dalam tugas dan kewajiban tertentu yang harus dilaksanakan. Oleh sebab itu hal-hal yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. Penentuan jenis pekerjaan;
- b. Penentuan jumlah orang yang dibutuhkan;
- c. Penentuan tenaga ahli;
- d. Penempatan personel sesuai dengan keahliannya;
- e. Penentuan tugas, fungsi, dan kedudukan pegawai;
- f. Pembatasan otoritas dan tanggung jawab pegawai;
- g. Penentuan hubungan antarunit kerja;
- h. Penentuan gaji, upah, dan insentif pegawai yang berkaitan juga dengan bagian keuangan.
- i. Penentuan masa jabatan, mutasi, pension, dan pemberhentian pegawai.

10. Directing and commanding

Directing dan *commanding* merupakan kegiatan organisasi yang berhubungan dengan pembinaan dan pelaksanaan intruksional para pemegang jabatan dalam organisasi. Dengan pandangan diatas *directing* dan *commanding* selalu berhubungan dengan aktivitas berikut :

1. Usaha pengembangan kelompok kerja;
2. Usaha menstimulasi, mengoordinasikan, dan membimbing secara kontinu perkembangan keahlian para pekerja, baik secara individual maupun secara kolektif, agar lebih mengerti dan lebih efektif dalam mewujudkan seluruh fungsi dan tugasnya, sehingga kemampuannya meningkat dan lebih cakap;
3. Usaha membantu tugas para pekerja secara baik dan melatih agar meningkatkan kemampuan kerja para pegawai;
4. Pemberian arahan secara procedural dan mengadakan penilaian secara kritis terhadap proses pelaksanaan kegiatan organisasi;
5. Melakukan pembinaan dan pengarahan untuk bahan masukan kepada para pekerja dengan cara pemberian hak kepada pegawai untuk mengajukan berbagai keluhan kepada pimpinan organisasi.

11. Forecasting

Kegiatan peramalan termasuk upaya memprediksi berbagai kemungkinan yang akan terjadi setelah pelaksanaan kegiatan. Kegiatan meramal atau memperkirakan biasanya didasarkan pada hasil pengawasan dan evaluasi sehingga organisasi dapat membuat

perencanaan yang lebih baik dan mempersiapkan alternatif yang akan diambil dalam suatu keputusan. Dengan demikian, forecasting berkaitan dengan hal-hal berikut:

- a. Mencari kemungkinan yang akan terjadi sehubungan dengan kegiatan yang sedang dilakukan, dengan melihat kinerja organisasi;
- b. Membaca situasi dan kondisi yang belum terjadi dengan mempertimbangkan kebiasaan dan pengalaman dimasa lalu, kemudian membuat rencana baru sebagai antisipasi keadaan yang akan datang;
- c. Menyusun dan mendiskusikan berbagai indicator yang diperkirakan akan mendukung atau sebagai pendorong kuat pembuatan rencana yang akan datang;
- d. Menelaah berbagai indicator yang kemungkinan besar akan mempengaruhi pelaksanaan kegiatan yang telah direncanakan berakhir dengan kegagalan;
- e. Mempersiapkan berbagai alternative untuk pengambilan keputusan.

Peramalan atau *forecasting* yaitu aktivitas memprediksi atau memperkirakan apa yang akan terjadi di masa yang akan datang dengan waktu yang relatif lama. Pengertian lain dari peramaan (*forecasting*) adalah suatu teknik analisa perhitungan yang dilakukan dengan pendekatan kualitatif ataupun kuantitatif untuk melakukan perkiraan peristiwa pada masa depan dengan penggunaan referensi data-data pada masa lalu.

1. Tujuan Peramalan (*Forecasting*)

Menurut Heizer dan Render (2009), peramalan (*forecasting*) mempunyai tujuan antara lain:

- a. Sebagai pengkaji kebijakan perusahaan yang berlaku disaat ini dan dimasa lalu dan juga melihat sejauh mana pengaruh dimasa datang.
- b. Peramalan dibutuhkan karena terdapat time lag atau delay antara ketika suatu kebijakan perusahaan ditetapkan dengan ketika implementasi
- c. Peramalan adalah dasar penyusunan bisnis di suatu perusahaan sehingga bisa meningkatkan efektivitas sebuah rencana bisnis.

2. Fungsi Peramalan (*Forecasting*)

Fungsi dari peramaan akan diketahui ketika pengambilan keputusan. Keputusan yang baik adalah keputusan yang berdasarkan atas pertimbangan apa yang akan terjadi di waktu keputusan tersebut dijalankan. Jika kurang tepat ramalan yang sudah disusun, maka masalah peramalan juga merupakan masalah yang sering dihadapi (Ginting, 2007).

3. Metode Peramalan (*Forecasting*)

Metode peramalan ialah suatu cara mengestimasi atau memperkirakan dengan kuantitatif ataupun kualitatif apa yang terjadi di masa depan menurut data yang relevan di masa lalu. Penggunaan metode peramalan ini yaitu untuk memprediksi dengan sistematis dan pragmatis atas dasar data yang relevan di masa lalu. Dengan demikian metode peramalan bisa memberikan objektivitas yang lebih besar.

Adapun jenis metode peramalan, antara lain sebagai berikut:

- Metode peramalan yang berdasar pada pemakaian analisa keterkaitan antar variabel yang diperkirakan dengan variabel waktu dengan deret berkala (*time series*).
- Metode peramalan yang berdasar pada pemakaian analisis pola hubungan antar variabel yang hendak diperkirakan dengan variabel lain yang menjadi pengaruh, yang bukan waktu disebut Metode Korelasi atau sebab akibat (*metode causal*).

4. Jenis-Jenis Peramalan (*Forecasting*)

Menurut Herianto (2008) berdasarkan horizon waktu, peramalan (*forecasting*) bisa dibedakan menjadi tiga jenis, yakni:

- a. Peramalan Jangka Panjang Adalah yang meliputi waktu yang lebih panjang dari 18 bulan, seperti contohnya peramalan yang dibutuhkan dalam hubungannya dengan penanaman modal, merencanakan fasilitas dan merencanakan untuk kegiatan litbang.
- b. Peramalan Jangka Menengah Adalah yang meliputi waktu antara 3 sampai 18 bulan, seperti contohnya peramalan untuk merencanakan penjualan, merencanakan produksi dan merencanakan tenaga kerja tidak tetap
- c. Perencanaan Jangka Pendek Adalah yang meliputi jangka waktu kurang dari tiga bulan. Seperti contohnya peramalan dalam keterkaitannya dengan merencanakan pembelian material, membuat jadwal kerja dan menugaskan karyawan.

Menurut Heizer dan Render (2009) berdasarkan fungsi dan perencanaan operasi pada masa depan, peramalan (*forecasting*) dibedakan menjadi tiga jenis yakni:

- a. Peramalan Ekonomi (*Economic Forecast*). Peramalan ini membahas siklus bisnis dengan prediksi tingkat inflasi tersedianya uang, dana yang diperlukan untuk pembangunan perumahan dan indikator perencanaan lainnya.

- b. Peramalan Teknologi (*Technological Forecast*). Peramalan ini memahami tingkat kemajuan teknologi yang bisa meluncurkan produk baru yang menarik yang memerlukan pabrik dan peralatan yang baru
- c. Peramalan Permintaan (*Demand Forecast*) Adalah proyeksi permintaan pada produk atau layanan perusahaan. Proyeksi permintaan produk atau layanan suatu perusahaan, peramalan ini juga bisa disebut dengan peramalan penjualan yang menjadi pengendali produksi, kapasitas dan juga sistem penjadwalan dan menjadi input untuk merencanakan keuangan, pemasaran, dan sumber daya manusia.

Menurut Saputro dan Asri (2000) berdasarkan jenis data ramalan yang disusun, peramalan jenis ini dibedakan menjadi dua, yakni:

- a. Peramalan Kualitatif Adalah peramalan yang berdasar pada kualitatif di masa lalu. Hasil ramalan yang dibuat sangat bergantung dari orang yang menyusunnya. Hal ini penting karena peramalan tersebut ditentukan menurut pemikiran yang sifatnya intuisi, pendapat dan pengetahuan serta pengalaman dari penyusunnya. Seringkali peramalan yang dengan kualitatif ini berdasarkan pada hasil penyelidikan seperti pendapat salesman, pendapat sales manajer, pendapat para ahli dan survey konsumen.
- b. Peramalan Kuantitatif Adalah peramalan yang berdasar pada data penjualan di masa lalu. Hasil peramalan yang dibuat adalah bergantung dari metode yang digunakan dalam peramalan tersebut. Pemakaian metode yang berbeda akan dihasilkan hasil yang berbeda pula.

Menur Ginting (2007) berdasarkan sifat penyusunnya, peramalan dibedakan menjadi dua jenis, yakni:

- a. Peramalan Subjektif Adalah peramalan yang berdasar pada perasaan atas intuisi dari orang yang menyusunnya.
- b. Peramalan Objektif Adalah peramalan yang berdasar pada data yang relevan di masa lalu dengan memakai teknik-teknik dan metode-metode dalam menganalisa data tersebut.

12. Decision Making

Pengambilan Keputusan atau *Decision Making* adalah suatu proses pemikiran dalam pemilihan dari beberapa alternatif atau kemungkinan yang paling sesuai dengan

nilai atau tujuan individu untuk mendapatkan hasil atau solusi mengenai prediksi kedepan. Menurut Kamus Besar Ilmu Pengetahuan (Save, 2006), pengambilan keputusan (*Decision Making*) merupakan pemilihan keputusan atau kebijakan yang didasarkan atas kriteria tertentu. Proses ini meliputi dua alternatif atau lebih karena seandainya hanya terdapat satu alternatif tidak akan ada satu keputusan yang akan diambil. Pengambilan keputusan merupakan sebuah proses dinamis yang dipengaruhi oleh banyak kekuatan termasuk lingkungan organisasi dan pengetahuan, kecakapan dan motivasi. Pengambilan keputusan adalah ilmu dan seni pemilihan alternatif solusi atau alternatif tindakan dari sejumlah alternatif solusi dan tindakan yang tersedia guna menyelesaikan masalah (Dermawan, 2004).

Berikut ini beberapa pengertian pengambilan keputusan:

- a. Menurut Wang dan Ruhe (2007), pengambilan keputusan adalah proses yang memilih pilihan yang lebih disukai atau suatu tindakan dari antara alternatif atas dasar kriteria atau strategi yang diberikan.
- b. Menurut Suharnan (2005), pengambilan keputusan adalah proses memilih atau menentukan berbagai kemungkinan diantara situasi-situasi yang tidak pasti.
- c. Menurut Terry (2003), pengambilan keputusan adalah pemilihan alternatif perilaku dari dua alternatif atau lebih, tindakan untuk memecahkan masalah yang dihadapi melalui pemilihan satu diantara alternatif- alternatif yang memungkinkan.
- d. Menurut Simon (1993), pengambilan keputusan merupakan suatu bentuk pemilihan dari berbagai alternatif tindakan yang mungkin dipilih, yang prosesnya melalui mekanisme tertentu dengan harapan akan menghasilkan suatu keputusan yang terbaik.
- e. Menurut Baron dan Byrne (2008), pengambilan keputusan adalah suatu proses melalui kombinasi individu atau kelompok dan mengintegrasikan informasi yang ada dengan tujuan memilih satu dari berbagai kemungkinan tindakan.

Dasar Pengambilan Keputusan

Menurut Terry (Syamsi, 2000), pengambilan keputusan yang dilakukan seseorang umumnya didasari hal-hal sebagai berikut:

a. Intuisi

Keputusan yang diambil berdasarkan intuisi atau perasaan lebih bersifat subjektif yaitu mudah terkena sugesti, pengaruh luar, dan faktor kejiwaan lain. Pengambilan keputusan yang berdasarkan intuisi membutuhkan waktu yang singkat Untuk masalah-masalah yang dampaknya terbatas.

b. Pengalaman

Keputusan yang berdasarkan pengalaman sangat bermanfaat bagi pengetahuan praktis. Pengalaman dan kemampuan untuk memperkirakan apa yang menjadi latar belakang masalah dan bagaimana arah penyelesaiannya sangat membantu dalam memudahkan pemecahan masalah.

c. Fakta

Keputusan yang berdasarkan sejumlah fakta, data atau informasi yang cukup itu memang merupakan keputusan yang baik dan solid, namun untuk mendapatkan informasi yang cukup itu sangat sulit.

d. Wewenang

Keputusan yang berdasarkan pada wewenang semata maka akan menimbulkan sifat rutin dan mengasosiasikan dengan praktik diktatorial. Keputusan berdasarkan wewenang kadangkala oleh pembuat keputusan sering melewati permasalahan yang seharusnya dipecahkan justru menjadi kabur atau kurang jelas.

e. Rasional

masalah yang dihadapi merupakan masalah yang memerlukan pemecahan rasional. Keputusan yang dibuat berdasarkan pertimbangan rasional lebih bersifat objektif.

13. *Public Policy Analysis*

Kajian *public policy* sangat luas, karena disamping menentukan garis besar kebijakan umum yang harus ditempuh oleh organisasi publik untuk mengatasi isu-isu masyarakat, kebijakan publik juga digunakan untuk menentukan ruang lingkup permasalahan yang dihadapi oleh organisasi publik. Ruang lingkup dari permasalahan publik adalah seluruh permasalahan yang menyangkut beberapa atau banyak masyarakat.

Tujuan dari kebijakan publik adalah menyelesaikan berbagai masalah publik. masalah publik adalah masalah yang mencakup dan berdampak kepada kehidupan publik. Sedangkan kebijakan publik merupakan agenda kebijakan yang dirumuskan oleh

pemerintah yang merupakan tanggapan (*responsiveness*) terhadap lingkungan atau masalah publik. Jadi dalam menyelesaikan masalah publik ini yang sangat terpenting adalah hubungan yang normative antara pejabat publik dengan masyarakat yang dipimpinnya. Seorang pejabat publik harus memahami kebutuhan masyarakat yang dipimpinnya. Sehubungan dengan hal di atas Kumorotomo (1999) membahas ukuran-ukuran normatif yang terdapat dalam interaksi antara penguasa, penyelenggara, atau administrator negara dengan rakyat atau masyarakat umum, serta bagaimana seharusnya kebijakan-kebijakan publik itu dilaksanakan. adapun ukuran normative tersebut adalah keadilan social, partisipasi dan aspirasi warga negara, masalah-masalah lingkungan, pelayanan umum, moral individu atau moral kelompok, pertanggungjawaban administrasi dan analisis etis. Berkaitan dengan definisi kebijakan publik parker (dalam Santoso, 1998) mengatakan bahwa kebijakan publik sebagai suatu tujuan tertentu atau serangkaian tindakan yang dilakukan oleh suatu pemerintah pada periode tertentu dalam hubungannya dengan suatu subjek atau tanggapan pada suatu krisis. Menurut William Dunn (1981) yang dialih bahasakan oleh muhajir Darwin (1987) bahwa kebijakan publik adalah serangkaian pilihan yang kurang lebih berhubungan (termasuk keputusan untuk tidak berbuat) yang dibuat oleh badan badan atau kantor-kantor pemerintah, diformulasikan dalam bidang-bidang issue yaitu arah tindakan actual atau potensial dari pemerintah yang didalamnya terkandung konflik diantara kelompok masyarakat. menurut Thomas R. Dye kebijakan publik adalah “*whatever government choose to do or not to do*”. Kebijakan pemerintah untuk melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu. Pendapat Dunn dan Dye senada dengan pendapat Islamy (1992), sesuatu yang tidak dilaksanakan oleh pemerintah pun termasuk kebijakan publik. Hal ini disebabkan karena “sesuatu yang tidak dilakukan oleh pemerintah akan mempunyai pengaruh (dampak) yang sama besarnya dengan sesuatu yang dilakukan pemerintah. Kemudian Chief J. O. Udoji mendefinisikan kebijakan publik sebagai suatu tindakan bersanksi yang mengarah pada suatu tujuan tertentu yang dipusatkan pada suatu masalah atau sekelompok masalah tertentu yang saling berkaitan dan mempengaruhi sebagian besar warga masyarakat. Dari berbagai pendapat para pakar di atas dapat diambil suatu pengertian bahwa kebijakan publik adalah berbagai tindakan dari pemerintah untuk memecahkan masalah yang dihadapi oleh masyarakat.

Thoah, (1986) memberikan dua aspek pokok *public policy*, yaitu: pertama, *policy* merupakan pranata sosial, ia bukan event yang tunggal atau terisolir. Dengan demikian sesuatu yang dihasilkan pemerintah berasal dari segala kejadian dalam

masyarakat dan digunakan pula untuk kepentingan masyarakat. Kedua, *policy* adalah suatu peristiwa yang ditimbulkan oleh baik untuk mendamaikan “*claim*” dari pihak-pihak yang konflik atau untuk menciptakan “*incentive*” bagi tindakan bersama. Masalah kebijakan publik tidak hanya masalah organisasi publik semata, tetapi merupakan masalah kehidupan masyarakat secara menyeluruh, oleh karena itu untuk memecahkan masalah publik tersebut diperlukan berbagai disiplin ilmu. Dengan demikian dalam memecahkan masalah publik seorang analis tidak bekerja sendirian tetapi dibantu oleh tim yang terdiri dari berbagai disiplin ilmu. hal sebagaimana yang dikatakan oleh Effendi (2000) dalam bahan kuliah analisis kebijakan publik, menyatakan bahwa analisis kebijakan publik adalah gabungan dari berbagai analisis ilmu social untuk menghasilkan berbagai informasi yang membantu policy maker untuk membuat kebijakan publik. hasil analisis kebijakan publik bukan semata-mata dibuat oleh seorang analis tetapi hasil dari tim yang terdiri dari berbagai disiplin ilmu.

William Dunn (2000), memberikan definisi analisis kebijakan adalah aktivitas menciptakan pengetahuan tentang dan dalam proses pembuatan kebijakan. selanjutnya Dunn (2000), menambahkan bahwa analisis kebijakan merupakan disiplin ilmu sosial terapan yang menggunakan berbagai metode pengkajian multipel dalam konteks argumentasi dan debat politik untuk menciptakan, secara kritis menilai, dan mengkomunikasikan pengetahuan yang relevan dengan kebijakan.

Dalam membuat analisis kebijakan publik, seorang analis akan melalui tahap-tahap kerangka pemikiran sebagaimana yang dikemukakan oleh Dunn (2000) yaitu: merumuskan masalah-masalah kebijakan, yaitu kebutuhan, nilai-nilai, atau kesempatan-kesempatan yang tidak terealisasi tetapi yang dapat dicapai melalui tindakan publik.

1. Meramal masa depan kebijakan. Peramalan (*forecasting*) adalah suatu prosedur untuk membuat informasi faktual tentang situasi sosial masa depan atas dasar informasi yang telah ada tentang masalah kebijakan.
2. Rekomendasi aksi-aksi kebijakan. Prosedur analisis-kebijakan dari rekomendasi memungkinkan analis menghasilkan informasi tentang kemungkinan serangkaian aksi dimasa mendatang untuk menghasilkan konsekuensi yang berharga bagi individu, kelompok, atau masyarakat seluruhnya. Didalamnya terkandung informasi mengenai aksi-aksi kebijakan, konsekuensi di masa depan setelah melakukan alternatif tindakan, dan selanjutnya ditentukan alternatif mana yang akan dipilih.

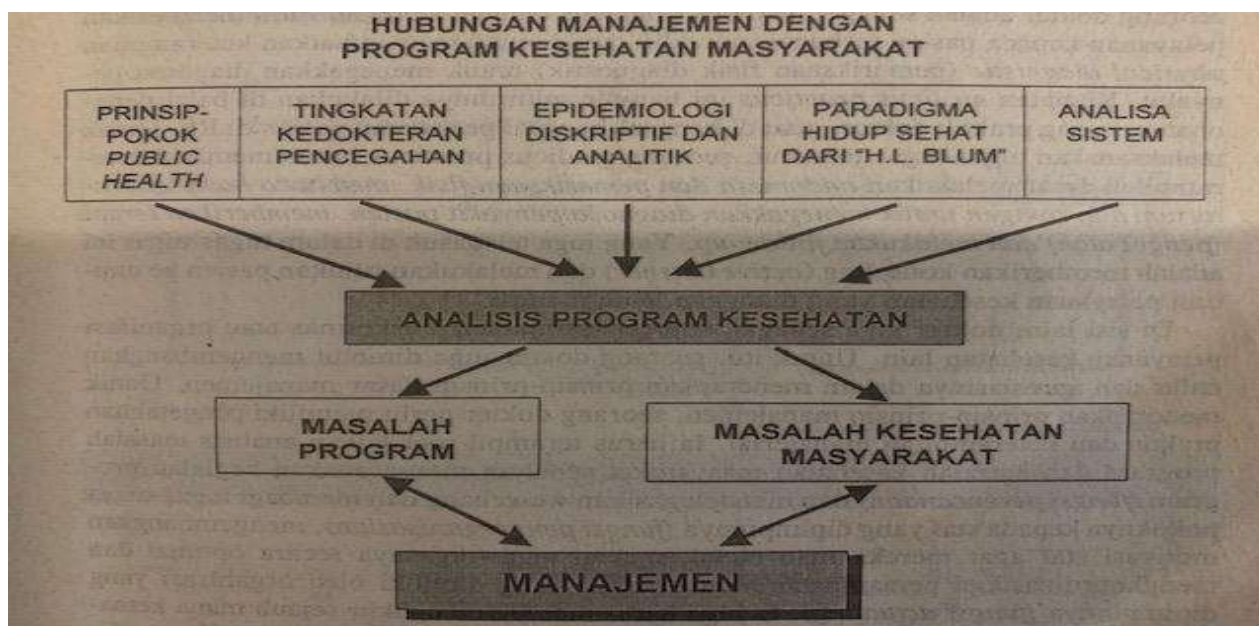
Pemantauan dalam analisis kebijakan, merupakan prosedur analisis kebijakan yang digunakan untuk memberikan informasi tentang sebab dan akibat dari kebijakan publik. Mengevaluasi kinerja kebijakan adalah prosedur analisis-kebijakan yang digunakan untuk menghasilkan informasi mengenai nilai atau manfaat dari serangkaian aksi di masa lalu dan atau masa depan.

Secara umum unit pelaksana untuk memecahkan masalah publik adalah organisasi publik, dalam hal ini organisasi resmi pemerintahan. tetapi tidak menutup kemungkinan untuk memecahkan beberapa masalah publik tertentu dilaksanakan oleh selain pihak organisasi resmi pemerintahan, yaitu pihak swasta, maupun lembaga swadaya masyarakat. Proses analisis kebijakan bermaksud untuk memberikan rekomendasi yang bermanfaat bagi pembuatan kebijakan yang baik, atau merupakan usaha yang bersifat multi-disipliner untuk memperoleh data atau informasi guna memberikan alternatif/cara pemecahan suatu masalah. suatu kebijakan yang baik, menurut Dunn, (1994) harus melalui tahap-tahap kegiatan. Tahap-tahap kegiatan tersebut adalah sebagai berikut : 1) *agenda setting*, 2) *policy formulating*, 3) *policy adoption*, 4) *policy implemntation*, 5) *policy assesment*. Salah satu tahap kegiatan kebijakan publik yang terpenting adalah menentukan “*policy formulation*”. Didalam *policy formulation* tercakup cara memformulasikan alternatif-alternatif kebijakan yang mampu untuk memecahkan masalah kebijakan, memilih akternatif-alternatif yang memadai dan efektif, serta kapan alternatif tersebut dilaksanakan.

1.2 PROSES PERENCANAAN PROGRAM KESEHATAN MASYARAKAT

Penerapan prinsip-prinsip pokok manajemen didalam organisasi pelayanan kesehatan lebih difokuskan pada program Puskesmas. Puskesmas sebagai ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia perlu lebih ditingkatkan mutu pelayanannya sehingga partisipasi kelompok-kelompok masyarakat yang ada di Puskesmas perlu memahami dan menerapkan prinsip-prinsip manajemen dalam pengelolaan program kesehatan masyarakat. Dokter sebagai pimpinan organisasi pelayanan kesehatan, tidak saja dituntut untuk memiliki keterampilan dasar *medicus practicus*, tetapi juga dituntut untuk memiliki pemahaman tentang prinsip-prinsip dasar pelayanan dasar kesehatan masyarakat (*Public Health Services*) dan asas-asas manajemen. Ketiganya akan membantu tugas-tugas seorang dokter, baik sebagai *medicus practicus*, sebagai manajer, maupun sebagai pekerja di bidang kesehatan masyarakat (*Public Health Worker*).

Program kesehatan yang dikembangkan melalui Puskesmas lebih banyak bersifat pencegahan (*Public Health Services*), dan dalam pelaksanaannya lebih mengutamakan kerjasama dengan kelompok-kelompok masyarakat. Oleh karena itu, seorang dokter di Puskesmas juga dituntut untuk lebih memahami dan menerapkan prinsip-prinsip dasar manajemen kesehatan masyarakat dan prinsip-prinsip dasar ilmu kesehatan masyarakat.



Gambar 2. Menjelaskan hubungan antara manajemen dengan prinsip-prinsip dasar ilmu Kesehatan Masyarakat yang ditujukan untuk pengembangan program pokok kesehatan masyarakat. Untuk dapat menerapkan prinsip-prinsip manajemen pada program kesehatan masyarakat, seorang dokter lebih dahulu harus melakukan kajian program pokok kesehatan secara kritis (*critical analyses*). Melalui kajian program kesehatan akan dapat dirumuskan dua jenis masalah yang berkaitan dengan masalah manajemen pelayanan dan masalah kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan berbagai jenis penyakit yang berkembang pada kelompok-kelompok masyarakat. Kedua jenis masalah tersebut secara umum berbeda tetapi di lapangan satu sama lain saling berhubungan.

1.3 LANGKAH-LANGKAH PERENCANAAN KESEHATAN

Perencanaan dimulai sebagai suatu ide atau cita-cita yang muncul karena perhatian khusus pada satu situasi tertentu. Perencanaan kesehatan dapat dibuat dalam skala besar atau skala kecil. Sebagai suatu proses, perencanaan mempunyai beberapa langkah penting. Ada lima langkah penting yang perlu dilakukan pada setiap menjalankan fungsi perencanaan:

1. Analisis situasi. Langkah ini bertujuan untuk mengumpulkan data atau faktayang setelah diolah dan dianalisis akan menjadi informasi yang dibutuhkan untuk penyusunan rencana sebuah program kesehatan.

Jenis informasi yang diperlukan untuk perencanaan kesehatan adalah:

- a. Penyakit dan kejadian sakit (*Diseases dan Illnesses*) yang berkembang di suatu wilayah kerja
 - b. Data kependudukan
 - c. Jenis dan organisasi pelayanan kesehatan yang tersedia di suatu wilayah
 - d. Keadaan lingkungan dan aspek geografisnya
 - e. Sarana dan sumber daya penunjang lainnya.
2. Mengidentifikasi masalah dan penetapan prioritas masalah. Terbatasnya sumber daya dan kemampuan organisasi, serta kompleksnya permasalahan yang dihadapi, mengharuskan para manajer untuk menetapkan prioritas masalah yang perlu dipecahkan. Enam langkah (pertanyaan) penting untuk identifikasi masalah kesehatan di masyarakat:
- a. Apa masalah kesehatan yang sedang dihadapi (*what kind of health problems*)
 - b. Apa faktor-faktor penyebabnya (*why the problem exist*)
 - c. Kapan masalah tersebut timbul (*when the problem is happen*)
 - d. Siapa/kelompok masyarakat yang mana paling banyak menderita, di mana kejadiannya yang terbanyak (*who is most affected by the problem and where*)
 - e. Apa kemungkinan dampak (akibat) yang muncul apabila masalah kesehatan tersebut tidak terpecahkan (*what kinds of impact will be happen*)
 - f. Apa upaya program untuk mengatasi masalah tersebut (*What is the plan of action should be done*)
3. Merumuskan tujuan program dan besarnya target yang ingin dicapai. Perumusan tujuan ini akan dapat dilakukan apabila rumusan masalah pada langkah 2 sudah dilakukan dengan baik. Sebelum menyusun rencana kerja operasional, ada beberapa pertanyaan yang perlu dijawab :
- a. Berapa besar sumber daya yang dimiliki oleh organisasi (potensi organisasi)?
 - b. Sejauh mana masalah yang telah diprioritaskan akan dipecahkan (target program)?
 - c. Kapan target program tersebut akan dicapai (target waktu)?

Merumuskan tujuan program operasional berdasarkan jawaban atas ketiga pertanyaan tersebut akan bermanfaat untuk :

- a. Menetapkan langkah-langkah kegiatan program untuk mencapai tujuan tersebut
- b. Memudahkan untuk evaluasi hasil yang dicapai

Kriteria penentuan sebuah tujuan dapat dilakukan sebagai berikut: Tujuan harus **SMART**: **spesific** (mempunyai interpretasinya sama), **measurable** (dapat diukur

kemajuannya, **appropriate** (sesuai dengan strategi nasional. Tujuan program dan tujuan institusi), **realistic** (dapat dilakukan sesuai dengan fasilitas dan kapasitas organisasi), **time bound** (sumber daya dapat dialokasikan dan kegiatan dapat direncanakan untuk mencapai tujuan ini sesuai dengan target waktu)

4. Mengkaji kemungkinan adanya hambatan dan kendala dalam pelaksanaan program. Kajian terhadap hambatan ditujukan yang bersumber di dalam organisasi dan yang bersumber dari lingkungan masyarakat dan sektor lain.

Jenis hambatan atau kelemahan program dapat dikategorikan ke dalam bentuk hambatan seperti:

- a. Hambatan pada sumber daya
 - b. Hambatan yang terjadi pada lingkungan
5. Menyusun rencana kerja operasional (RKO).

III. KEPEMIMPINAN

Kepemimpinan merupakan kegiatan sentral di dalam sebuah kelompok (organisasi), dengan seorang pimpinan puncak sebagai figure sentral yang memiliki wewenang dan tanggung jawab dalam mengefektifkan organisasi untuk mencapai tujuannya. Wewenang dan tanggung jawab menunjukkan bahwa pemimpin tidak dapat dipisahkan dengan organisasi, baik formal maupun informal, sedang organisasi tidak dapat dipisahkan dari anggotanya yang terdiri dari individu-individu (hadari Nawawi, 2003). Menurut Moefitje Wiriadirja (1997) mengatakan bahwa esensi dasar kepemimpinan adalah (1) kemampuan mempengaruhi orang lain, (2) adanya pengikut atau anggota organisasi yang dapat dipengaruhi melalui ajakan, bujukan, sugesti, perintah, saran atau bentuk lainnya. Dan (3) adanya tujuan yang hendak dicapai. Dengan kata lain, peran utama setiap pemimpin (*leader*) adalah melaksanakan kepemimpinan (*leadership*) di dalam organisasi sesuai bidang kerjanya masing-masing. Pemimpin puncak bertanggung jawab unit atau bidang kerjanya sebagai bagian organisasinya.

1.1 TEORI-TEORI KEPEMIMPINAN

1. Teori *Great Man*

Teori ini sering disebut sebagai teori genetis. Teori ini berasumsi bahwa kapasitas kepemimpinan itu bersifat inheren, bahwa pemimpin besar (*great leader*) dilahirkan, bukan dibuat (*leader are born, not made*). Istilah manusia besar digunakan karena, pada saat itu, kepemimpinan memikirkan terutama sebagai kualitas laki-laki yang lazim

terdapat dalam kepemimpinan militer (Sudarwan Danim, 2010). Bennis dan Nanus (1990) menjelaskan bahwa teori great man berasumsi bahwa pemimpin dilahirkan bukan diciptakan. Teori ini mengatakan bahwa kepemimpinan adalah bakat atau bawaan sejak seseorang lahir. Kekuasaan berada pada sejumlah orang tertentu, yang melalui proses pewarisan memiliki bakat untuk menempati posisi sebagai pemimpin. dengan kata lain, ungkapan asal raja menjadi raja dapat diartikan menurut teori ini bahwa anak raja pasti memiliki bakat untuk menjadi raja sebagai pemimpin rakyatnya.

2. Teori Big Bang

Teori ini mengatakan bahwa suatu peristiwa besar menciptakan seseorang menjadi pemimpin. Teori ini mengintegrasikan antara situasi dan pengikut atau anggota organisasi sebagai jalan yang dapat mengantarkan seseorang menjadi pemimpin. situasi yang dimaksud adalah peristiwa-peristiwa atau kejadian-kejadian besar seperti revolusi, kekacauan atau kerusuhan, pemberontakan, reformasi dan lain-lain yang memunculkan seseorang menjadi pemimpin. sedang yang dimaksud pengikut atau pendukung adalah orang-orang yang menokohkan orang tersebut dan bersedia patuh dan taat pada keputusan-keputusan dan/atau perintah-perintahnya dalam kejadian atau peristiwa tertentu (Hadari Nawawi, 2003).

3. Teori Sifat

Definisi yang paling populer kepribadian merupakan satu kesatuan system fisik dan psikologis dalam diri individu yang menentukan penyesuaian uniknya terhadap kepribadian. Dengan kata lain teori ini berasumsi bahwa keefektifan seorang pemimpin ditentukan oleh sifat, perangai atau ciri-ciri kepribadian tertentu yang tidak saja bersumber dari bakat, tetapi juga dari pengalaman dan hasil belajar.

4. Teori Karakteristik Kepribadian

- a. Menurut Cheser dalam Wahjosumidjo (1992): Sifat-sifat pribadi yang merupakan watak yang lebih subyektif, yakni keunggulan seorang pemimpin dalam keyakinan, ketekunan, daya tahan, keberanian dll. **Sifat-sifat Pribadi:** Fisik, kecakapan (*skill*), teknologi, daya tanggap (*perpection*), pengetahuan (*knowledge*), daya ingat (*memory*), imajinasi (*imagination*).

- a) Karakteristik kepribadian Davis dalam Miftah Thoha (1998) ada 4 sifat umum yang efektif:

- a. Kecerdasan
- b. Kedewasaan dan keluasaan pandangan social

- c. Motivasi diri dan dorongan
 - d. Sikap-sikap hubungan sosial
- b) Karakteristik kepribadian, Collons dalam Dale Tempe (1993)
- Sifat yang harus dimiliki pemimpin agar dapat mengefektifkan organisasi adalah:
- a. Kelancaran berbicara
 - b. Kemampuan memecahkan masalah
 - c. Pandangan ke dalam masalah kelompok (organisasi)
 - d. Keluwesan
 - e. Kecerdasan
 - f. Kesiediaan menerima tanggung jawab
 - g. Keterampilan social
 - h. Kesadaran akan diri sendiri dan lingkungannya
- c) Karakteristik kepribadian, Yulk dalam Hersey dan Blanchard (1998)
- Karakteristik pemimpin sukses terdiri dari:
- a. Cerdas
 - b. Terampil secara konseptual
 - c. Kreatif
 - d. Diplomatis dan taktis
 - e. Lancar berbicara
 - f. Memiliki pengetahuan ttg tugas kelompok (organisasi)
 - g. Persuasive
 - h. Memiliki keterampilan sosial
- Sedangkan Robins (1990) mengatakan bhw teori ini adalah teori yang mencari ciri-ciri kepribadian sosial, fisik atau intelektual yang membedakan pemimpin dan yang bukan pemimpin
- d) Karakteristik kepribadian, Bennis dalam Hersey dan Blanchard (1998)
- a. *Management of Attention*
(kemampuan mengkomunikasikan tujuan atau arah yg dpt menarik perhatian anggota organisasi)
 - b. *Management of Meaning*
(kemampuan menciptakan dan mengkomunikasikan makna tujuan secara jelas dan dapat dipakai)

c. *Management of Trust*

(kemampuan untuk dipercaya dan konsisten sehingga orang-orang akan memperhatikannya)

d. *Management of Self*

(kemampuan mengetahui atau menguasai atau mengendalikan diri sendiri dalam batas kekuatan dan kelemahan diri)

5. Teori Perilaku (Behavior Theories)

Menurut teori ini, Keberhasilan seorang pemimpin sangat tergantung pada perilakunya dalam melaksanakan fungsi-fungsi kepemimpinan. Gaya atau perilaku kepemimpinan tampak dari cara melakukan pengambilan keputusan, cara memerintah (instruksi), cara memberikan tugas, cara berkomunikasi, cara mendorong semangat bawahan, cara membimbing dan mengarahkan, cara menegakkan disiplin, cara memimpin rapat, cara menegur dan memberikan sanksi

Beberapa Teori Perilaku:

A. Teori X dan Y

Teori X berasumsi: bahwa pada hakikatnya manusia itu memiliki perilaku pemalas, penakut, dan tidak bertanggung jawab. Sebaliknya teori Y berasumsi: manusia itu memiliki perilaku bertanggung jawab, motivasi kerja, kreativitas dan inisiatif serta mampu mengawasi pekerjaan dan hidupnya sendiri.

B. Studi Kepemimpinan Universitas IOWA

Studi yang dilakukan di universitas IOWA. Menurut Lippit dan white dalam sutarto (1991) menyatakan bahwa gaya kepemimpinan dibedakan menjadi tiga yaitu:

- *Authoritarian* atau *dictatorial*

Perilaku pemimpin dalam mempengaruhi karyawan menuntut agar bekerja/bekerja sama dengan semua cara yang diputuskan oleh seorang pemimpin.

- *Democratic*

Gaya kepemimpinan dalam mempengaruhi orang lain agar bersedia bekerja sama dalam melaksanakan pekerjaan termasuk juga antara pimpinan dan anggota organisasi.

- *Laisser faire* atau *free rein*

Kemampuan mempengaruhi orang lain dengan menyerahkan semua wewenang kepada bawahan atau karyawan.

C. Studi Kepemimpinan Universitas OHIO

Studi Kepemimpinan yang dilakukan Universitas OHIO Amerika Serikat dimulai oleh J. K. Hemphill (1949) dengan mengumpulkan 1800 butir pertanyaan yang melukiskan perilaku kepemimpinan J. K. Hemphill dari A. E. Coons (1957) kemudian mensortir butir-butir tersebut menjadi 1500 butir pertanyaan yang dipergunakan untuk menyusun satu set kuesioner yang diberi nama *Leadership Behavior Description Questionnaire (LBDQ)*. LBDQ didasarkan pada dua dimensi perilaku kepemimpinan yang efektif yakni:

- Dimensi struktur tugas / prakarsa struktur (*initiating structure*). Mengutamakan tercapainya tujuan, produktifitas yang tinggi, dan penyelesaian tugas yang sesuai jadwal yang telah ditetapkan.
- Dimensi pertimbangan/tenggang rasa (*consideration*)
Perilaku kepemimpinan *consideration* memiliki ciri-ciri seperti, memperhatikan kebutuhan bawahan, menciptakan suasana saling percaya, dan harga menghargai, simpati pada ide dan perasaan bawahan. Kedua perilaku *initiating structure* dan *consideration* merupakan perilaku kepemimpinan yang tidak saling mempengaruhi atau tidak saling ketergantungan, tetapi masing-masing berdiri sendiri.

D. Studi Kepemimpinan Universitas Michigan

Studi ini memfokuskan diri pada hubungan antara perilaku pemimpin, proses kelompok dan pengukuran kinerja kelompok. Menurut Likert (1961 & 1967) untuk menentukan perilaku pemimpin efektif, studi ini kemudian mengelompokkan perilaku pemimpin menjadi 3 kelompok yaitu (Wirawan, 2003) :

- a. *Task-oriented behavior* (perilaku berorientasi ketugasan). Manajer yang efektif
- b. *Relationship-oriented behavior* (perilaku berorientasi hubungan). Manajer dengan gaya ini memusatkan perhatiannya pada hubungan manusia.
- c. *Participatif leadership* (kepemimpinan partisipatif). Manajer melakukan supervise secara kelompok tidak secara individual karyawan.

Likert (1967) terus melakukan studi di *Institute for Social Research* di *University of Michigan*. Mereka memusatkan pada sumber daya manusia dan sumber daya modal. Dari studinya Likert merumuskan gaya manajemen atau kepemimpinan merupakan kontinum dari Sistem 1 sampai dengan Sistem 4

Sistem 1. *Exploitative Authoritative* (Otorisasi Eksploitasi)

Ciri dari gaya kepemimpinan adalah: (1) berorientasi pada tugas terstruktur tinggi dan tidak percaya kepada karyawan (2) Autoritarian, pengambilan keputusan dilakukan di manajemen puncak dan diturunkan melalui rantai komando serta tidak mengikutsertakan karyawan dalam pengambilan keputusan (3) karyawan dimanajementi dengan cara menakut-nakuti, hukuman dan dengan sering memberikan imbalan. Kepuasan kebutuhan karyawan pada level fisik dan keamanan.

Sistem 2. *Benvolent Authoritative* (Otorisasi Kebijakan)

Ciri dari manajemen system 2 adalah: (1) kepercayaan manajemen terhadap karyawan rendah seperti tuan terhadap budaknya (2) sebagian besar keputusan mengenai tujuan organisasi dilakukan di manajemen puncak akan tetapi keputusan operasional diberikan kepada level bawah yang ditunjuk. (3) untuk memotivasi karyawan digunakan imbalan dan hukuman potensial. (4) interaksi antara manajemen dan karyawan dengan situasi manajemen merendahkan karyawan dalam situasi ketakutan (dari Nawawi, 2003)

Sistem 3. *Concultative* (Konsultatif)

Ciri dari manajemen system 3 adalah: (1) manajemen mempunyai kepercayaan besar kepada karyawan, akan tetapi tidak sepenuhnya (2) kebijakan umum dan keputusan dasar ditentukan di manajemen puncak akan tetapi karyawan diberikan kekuasaan khusus mengenai operasional pekerjaan. (3) komunikasi dua arah melalui hirarkhi organisasi (4) untuk memotivasi karyawan digunakan imbalan dan kadang-kadang hukuman serta pengikutsertaan dalam kegiatan (5) proses pengontrolan pekerjaan diberikan ke bawah

Sistem 4. *Participative atau Democratic* (Partisipasi atau Demokrasi)

Ciri dari manajemen system 4 adalah: (1) manajemen mempunyai kepercayaan sepenuhnya terhadap karyawan (2) pengambil keputusan didistribusikan sepenuhnya keseluruh level organisasi (3) komunikasi langsung dua arah secara vertical dan secara horizontal (4) karyawan di motivasi melalui partisipasi dan ikut serta dalam menentukan imbalan ekonomi, menentukan tujuan, memperbaiki metode dan melalui pencapaian tujuan (5) hubungan manajemen dan karyawan sangat erat dan bersahabat serta saling percaya (6) tanggung jawab pengontrolan diserahkan kepada unit paling rendah.

E. Teori Kisi-kisi Manajerial (The Managerial Grid)

Mula-mula dikembangkan oleh Robert R. Blake bersama Jane S. Mouton (1964) kemudian disempurnakan oleh Robert R. Blake dan Anne Adams Mc Canse (1991). Menurut mereka cara yang tepat melakukan proses kepemimpinan adalah dengan memakai yang disebut *three R's leadership* : *Resources (R1)* atau sumber-sumber *Relationship (R2)* atau hubungan dan *Result (R3)* atau hasil. Model ini merupakan model pemikiran sistem. *Resources* (sumber-sumber) adalah kontribusi orang sebagai individual dalam kepemimpinan. *Relationship* (hubungan) adalah interaksi antara orang yang berhadapan satu sama lain. *Result* (hasil) adalah realisasi dari interaksi tim dan problem solving.. Pendekatan ini berdasarkan pada perilaku kepemimpinan yang memiliki dua dimensi yaitu dimensi mengutamakan produksi (*concern for production*) ditempatkan pada sumbu horizontal, dan dimensi mengutamakan karyawan (*concern for people*) ditempatkan pada sumbu vertical. Tinggi rendahnya perilaku tersebut dinyatakan dengan angka satu (1) sampai sembilan (9).

Disamping ke dua dimensi (elemen) utama tersebut diatas Blake dan McMcanse menyatakan bahwa kepemimpinan merupakan proses yang kompleks yang terdiri dari sejumlah elemen kunci (dimensi) lain yang memudahkan untuk diteliti dan dipahami. Elemen-elemen tersebut adalah : manajemen konflik, inisiatif, penelitian, advokas, pembuatan keputusan dan kritik (Wirawan, 2003).

6. Teori Kepemimpinan Kontingensi dan Teori Kepemimpinan Situasional

Teori kepemimpinan kontingensi diformulasikan berdasarkan asumsi bahwa pemimpin agar efektif harus mampu mengubah perilakunya sesuai dengan perubahan karakteristik para pengikutnya dan situasi kepemimpinannya. Istilah teori kepemimpinan kontinjensi dipopulerkan oleh Fred E. Friedler (1967) sedangkan istilah teori kepemimpinan situasional dipopulerkan oleh Paul Hersey dan Keneth H. Blanchard (1970).

1. Model Kepemimpinan Kontingensi dari Fiedler

Menurut Fiedler terdapat hubungan perilaku atau gaya kepemimpinan dengan situasi yang dapat mempengaruhi kepemimpinan untuk mengefektifkan organisasi. Keitner dan Kinicki (1989) dalam Hadari Nawawi (2003) mengatakan bahwa terdapat tiga dimensi di dalam situasi yang dihadapi pemimpin. ketiga dimensi itu adalah:

- a. Hubungan pemimpin-anggota (*the leader-member relationship*)
Dimensi ini merupakan variable yang sangat penting atau kritis dalam menentukan situasi yang menguntungkan
- b. Derajat dari susunan tugas (*the degree of task structure*)
Dimensi ini merupakan variable yang sangat penting atau kritis kedua dalam menentukan situasi yang menguntungkan
- c. Posisi kekuasaan pemimpin (*the leader's position power*).
Dimensi ini diperoleh melalui kewenangan formal merupakan variabel yang sangat penting atau kritis ketiga dalam menentukan situasi yang menguntungkan

2. Model kepemimpinan Situasional Tiga Dimensi Dari Reddin

Wahjosumidjo (1992) menyatakan bahwa ada tiga pola dasar menurut Reddin yang dapat dipergunakan dalam menetapkan pola perilaku kepemimpinan yang terdiri dari: (1) berorientasi pada tugas (2) berorientasi pada hubungan (3) berorientasi pada efektivitas. Reddin yang mengembangkan ketiga orientasi kepemimpinan menjadi delapan perilaku atau gaya kepemimpinan berdasarkan tolak ukur yaitu:

1. Gaya atau perilaku kepemimpinan tidak efektif terdiri dari:
 - a. *Deserter* (pembelot), yaitu perilaku yang tidak ada rasa keterlibatan dengan anggota dan organisasi
 - b. *Missionary* (pelindung dan penyelamat), yaitu perilaku sebagai penolong yang lemah dan menggampangkan masalah yang dihadapi
 - c. *Autocrat* (otokrasi), yaitu perilaku yang keras kepala dan bandel karena merasa benar sendiri
 - d. *Compromiser* (kompromis), yaitu perilaku tidak tetap pendirian, menunda-nunda dan bahkan tidak membuat keputusan, berpandangan atau berwawasan dangkal.
2. Perilaku atau gaya kepemimpinan efektif
 - a. *Bureaucrat* atau birokrat, yang menunjukkan perilaku patuh dan taat pada peraturan, memiliki kemampuan berorganisasi
 - b. *Developer* atau pembangun dalam memajukan dan mengembangkan organisasi, yang menunjukkan perilaku kreatif, melimpahkan wewenang, dan menaruh kepercayaan yang tinggi pada anggota organisasi atau karyawan sebagai bawahan

- c. *Benevolent autocrat* atau otokrasi yang lunak yang menunjukkan perilaku dalam bekerja lancar dan tertib, ahli dalam pengorganisasian, dan memiliki rasa keterlibatan diri dalam menggunakan kewenangan atau kekuasaan pemimpin
- d. *Executive* atau eksekutif biasanya sebagai manajer yang menunjukkan perilaku bermutu tinggi, memiliki kemampuan memberikan motivasi pada anggota organisasi sebagai bawahan dan berpandangan luas

3. Model kepemimpinan Kontinum dari Tannenbaum dan Schmidt

Perilaku atau gaya kepemimpinan yang perlu direalisasikan kepemimpinan yang efektif. Ketiga faktor tersebut adalah:

- a. Kekuatan pemimpin, yang dimaksud adalah kondisi diri seorang pemimpin yang mendukung dalam melaksanakan kepemimpinannya
- b. Kekuatan anggota organisasi sebagai bawahan, yang dimaksud adalah kondisi diri pada umumnya yang mendukung pelaksanaan kepemimpinan seorang pemimpin sebagai atasan seperti pendidikan, pengalaman, motivasi kerja dan tanggung jawab dalam bekerja
- c. Kekuatan situasi, yang dimaksud adalah situasi dalam interaksi antara pemimpin dengan anggota organisasi sebagai bawahan seperti suasana atau iklim kerja, suasana organisasi secara keseluruhan termasuk budaya organisasi dan tekanan waktu dalam bekerja.

4. Model Kepemimpinan Situasional dari Hersey dan Blanchard

Berdasarkan tingkat kesiapan dan kematangan perilaku atau gaya kepemimpinan dibagi menjadi empat jenis perilaku, yang terdiri dari:

- a. *Telling style* atau gaya mengatakan atau memerintah atau mengarahkan
- b. *Selling style* atau gaya menawarkan atau menjual
- c. *Participating style* atau gaya partisipasi
- d. *Delegating style* atau gaya pendelegasian wewenang

7. Teori Gaya Kepemimpinan Berbagi Kekuasaan

Setiap gaya kepemimpinan mempunyai keunggulan dan kelemahan seperti dilukiskan pada tabel 4 berikut (Wirawan, 2003):

| Gaya Kepemimpinan | Keunggulan | Kelemahan |
|--------------------------|---|--|
| Otokratik | <ul style="list-style-type: none"> • Cocok untuk situasi darurat, pengikut malas, biangkerok, situasi tidak stabil, konflik dan krisis • Pengambilan keputusan cepat • Cocok untuk menghadapi para pengikut biangkerok, susah diatur dan tidak disiplin atau kemampuannya rendah | <ul style="list-style-type: none"> • Jika pemimpin tidak bijak dapat melanggar hak asasi pengikut • Kepuasan kerja pengikut rendah • Pengikut dapat bersifat yes men • Pengikut menjadi pasif dan masa bodoh • Jika tidak dipergunakan secara terukur menurunkan kinerja pengikut |
| Paternalistik | <ul style="list-style-type: none"> • Cocok untuk organisasi dengan hubungan mentor dan protégé, lembaga pendidikan, pondok pesantren, perusahaan teknologi tinggi, divisi riset dan pengembangan budaya tidur • Dalam system social yang hubungan pemimpin dan pengikut berdasarkan charisma, kekuasaan dan alami | <ul style="list-style-type: none"> • Jika pemimpin terlalu kuat menimbulkan rasa ewuh pakewuh dan yes men para pengikut • Pemimpin menganggap para pengikutnya sebagai orang yang selalu harus dibimbing dan diberi petunjuk • Dalam kepemimpinan tradisional para pengikut menganggap pemimpin can do no wrong |
| Partisipatif | <ul style="list-style-type: none"> • Cocok untuk situasi organisasi normal dan pemimpin berupaya memberdayakan para pengikutnya • Menciptakan tim kerja pimpinan dan pengikut yang kohesif • Menghasilkan kepuasan kerja tinggi bagi para pengikut | <ul style="list-style-type: none"> • Tidak cocok dalam situasi darurat dan kritis • Memerlukan pengertian dan kesabaran pemimpin • Pengambilan keputusan dapat lambat |
| Demokratik | <ul style="list-style-type: none"> • Cocok untuk situasi normal • Menciptakan tim kerja tinggi | <ul style="list-style-type: none"> • Memerlukan kematangan dan kemandirian pengikut • Memerlukan peraturan yang mengatur hak dan |

| | | |
|-----------------------|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Menghasilkan kepuasan kerja tinggi | kewajiban serta prosedur interaksi |
| Pemimpin terima beres | <ul style="list-style-type: none"> • Cocok untuk pengikut dengan kemampuan kerja dan kematangan psikologi tinggi • Meningkatkan motivasi dan kepuasan kerja para pengikutnya | <ul style="list-style-type: none"> • Tidak cocok untuk para pengikut dengan kemampuan dan kematangan kerja rendah • Jika pemimpin lemah, rentan penyalahgunaan oleh pengikut |

8. Teori Jalur-Tujuan (*path-goal theory*): Teori ini menyatakan bahwa tugas dari pemimpin untuk membantu para pengikut dalam memperoleh tujuan-tujuan mereka dan untuk menyediakan pengarahan dan atau dukungan untuk memastikan bahwa tujuan-tujuan mereka sesuai dengan keseluruhan tujuan dari kelompok atau organisasi.
9. Model Pemimpin-Partisipasi: suatu teori mengenai kepemimpinan yang menyediakan serangkaian aturan untuk menentukan bentuk dan jumlah pengambilan keputusan secara partisipatif dalam situasi yang berbeda.
10. Teori pertukaran pemimpin-anggota: suatu teori yang mendukung penciptaan para pemimpin di dalam kelompok dan di luar kelompok; para bawahan dengan status di dalam kelompok yang akan memiliki peringkat kinerja yang lebih tinggi, tingkat perputaran pekerja yang rendah, dan kepuasan kerja yang lebih tinggi.

1.2 TIPE DAN GAYA KEPEMIMPINAN

PENGERTIAN KEPEMIMPINAN

Menurut Sondang P. Siagian, ada empat gaya kepemimpinan, yaitu:

1. Gaya kepemimpinan Otokratis

Dalam kepemimpinan otokratis, pemimpin bertindak sebagai ditaktor terhadap anggota-anggota kelompoknya. Pemimpin otokratis adalah pemimpin yang memiliki wewenang (*authority*) dari suatu sumber (misalnya, karena posisinya), pengetahuan, kekuatan atau kekuasaan untuk memberikan penghargaan ataupun hukuman. Seorang pemimpin otokratis ialah seorang pemimpin yang memiliki ciri-ciri:

- a. Menganggap organisasi sebagai milik pribadi
- b. Mengindektikkan tujuan pribadi dengan tujuan organisasi
- c. Menganggap bawahan sebagai alat semata-mata

- d. Tidak mau menerima kritik, saran dan pendapat
- e. Terlalu bergantung pada kekuasaan formalnya
- f. Dalam tindakan sering mempergunakan pendekatan yang mengandung unsur paksaan dan punitive (bersifat menghukum)

Dari sifat-sifat tersebut, jelas bahwa gaya pemimpin demikian tidak tepat untuk suatu organisasi modern yang mengangkat hak-hak asasi manusia di tempat yang sederajat secara manusiawi.

2. Tipe Militeristis

Seorang pemimpin yang bertipe militeristis ialah seorang pemimpin yang memiliki sifat-sifat:

- a. Lebih senang mempergunakan sistem perintah;
- b. Senang bergantung pada pangkat dan jabatannya;
- c. Senang pada mormalitas yang berlebih-lebihan;
- d. Menuntut disiplin yang tinggi dan kaku dari bawahan;
- e. Sukar menerima kritikan dari bawahan;
- f. Menggemari upacara-upacara untuk berbagai keadaan.

3. Gaya Paternalistik

Ciri-ciri gaya paternalistik:

- a. Menganggap bawahannya sebagai manusia yang tidak dewasa;
- b. Bersikap terlalu melindungi (*overly protective*);
- c. Jarang memberikan kesempatan kepada bawahannya untuk mengambil inisiatif dan mengambil keputusan;
- d. Jarang memberikan kesempatan kepada bawahannya untuk mengembangkan daya kreasi dan fantasinya;
- e. Sering bersikap mahatahu.

4. Gaya Laissez Faire

Gaya kepemimpinan bebas berkendak. Organisasi dibentuk tanpa kejelasan aturan dan para anggota dengan bebas mengungkapkan keinginan masing-masing. Gaya ini seolah-olah tidak mengenal hierarki structural, atasan bawahan, pembagian tugas yang kabur, dan tidak terjadi proses kepemimpinan fungsional maupun struktural.

5. Kepemimpinan yang Demokratis

Gaya kepemimpinan demokratis disebut juga dengan gaya kepemimpinan modernis dan partisipatif. Dalam pelaksanaan kepemimpinan, semua anggota diajak berpartisipasi menyumbangkan pikiran dan tenaga untuk mencapai tujuan organisasi.

Pemimpin yang bertipe demokratis memiliki ciri-ciri berikut:

- a. Mengembangkan kreativitas anak buah;
- b. Memberikan kesempatan kepada anak buah untuk mengambil keputusan;
- c. Mengutamakan musyawarah dan kepentingan bersama;
- d. Mengambil keputusan sesuai dengan tujuan organisasi;
- e. Mendahulukan kepentingan yang darurat demi keselamatan jiwa anak buahnya dan keselamatan organisasi yang dipimpinnya;
- f. Mengembangkan regenerasi kepemimpinannya;
- g. Memperluas kaderisasi agar anak buahnya lebih maju dan menjadi pemimpin masa depan;
- h. Memandang semua masalah dapat dipecahkan dengan usaha bersama.

6. Gaya Kepemimpinan Kharismatik

Gaya kepemimpinan kharismatik adalah kewibawaan alami yang dimiliki pemimpin, bukan karena adanya legalitis politik dan pembentukan yang dilakukan secara sistematis. Ciri-ciri dari gaya kepemimpinan kharismatik ialah:

- a. Memiliki kewibawaan alamiah;
- b. Memiliki banyak pengikut;
- c. Daya tarik yang metafisikal (kadang-kadang irasional) terhadap para pengikutnya;
- d. Terjadi ketidaspahaman dan irasional dari tindakan pengikutnya;
- e. Tidak dibentuk oleh faktor eksternal yang formal, seperti aturan legal formal, pelatihan atau pendidikan, dan sebagainya;
- f. Tidak dilatarbelakangi oleh faktor internal dirinya, misalnya fisik, ekonomi, kesehatan dan ketampanan.

7. Gaya Kepemimpinan Transaksional

Kepemimpinan transaksional adalah kepemimpinan yang menekankan pada tugas yang dikerjakan bawahannya. Menurut Bennis (1985) kepemimpinan transaksional menyangkut nilai-nilai yang relevan bagi proses pertukaran seperti kejujuran,

keadilan, tanggung jawab dan pertukaran. Sedangkan Bernard Bass dan J. Avolio (1994) memandang kepemimpinan transaksional sebagai sebuah pertukaran imbalan-imbalan untuk mendapat kepatuhan. Terdapat kepemimpinan transaksional yang dikembangkan oleh Bass yang dipandang sebagai acuan untuk membantu bawahan dalam mencapai tujuan mereka, yaitu:

- a. *Contingent reward* (imbalan kontingen), dimana pemimpin melakukan kontrak pertukaran untuk upaya yang dilakukan, menjanjikan imbalan bagi kinerja yang baik dan menghargai prestasi kerja, menyusun perjanjian kerja yang memberikan kepuasan bagi kedua belah pihak;
- b. *Management by exception active and passive*

8. Gaya Kepemimpinan Transformasional

Kepemimpinan transformasional yaitu pemimpin yang mencurahkan perhatiannya kepada persoalan-persoalan yang dihadapi oleh para pengikutnya dan kebutuhan pengembangan dari masing-masing pengikutnya dengan cara memberikan semangat dan dorongan untuk mencapai tujuannya (Stephen P Robbins, 2007). Kemudian Bohn dan Grafton (dalam Chang dan Lee, 2007) mengemukakan bahwa kepemimpinan berarti cara untuk menciptakan tujuan yang jelas, memenuhi bawahan mereka dengan kepercayaan diri, menciptakan koordinasi dan komunikasi yang menyeluruh dan detail. Gaya kepemimpinan transformasional ditandai kemampuan pemimpin untuk mengartikulasikan visi bersama tentang masa depan, secara intelektual menstimulasi karyawan (Brown and Keeping 2005). Bass dan Avolio (1990) menyebutkan empat komponen kepemimpinan transformasional, yaitu:

- a. *Idealized influence*. Pemimpin yang memiliki karisma menunjukkan pendirian, menekankan kepercayaan, menempatkan diri pada isu-isu sulit, menunjukkan nilai yang paling penting, menekankan pentingnya tujuan, komitmen dan konsekuensi etika dari keputusan, serta memiliki visi dan *sence of mission*.
- b. *Inspiration motivation*. Pemimpin mempunyai visi yang menarik untuk masa depan, menetapkan standar yang tinggi bagi para bawahan.
- c. *Intellectual stimulation*. Pemimpin yang mendorong bawahan untuk mengeluarkan ide-idenya dan dalam menyelesaikan permasalahan yang ada menggunakan pendekatan-pendekatan baru yang lebih menggunakan

integrasikan dan alasan-alasan yang rasional dari pada hanya didasarkan pada opini-opini atau perkiraan-perkiraan semata.

- d. *Individualized consideration*. Pemimpin mampu memperlakukan orang lain sebagai individu, mempertimbangkan kebutuhan individual dan aspirasi-aspirasi, mendengarkan, mendidik dan melatih bawahan.

9. Kepemimpinan Visioner (*Visionary Leadership*)

Nanus (1992) dalam bukunya yang berjudul *Visionary Leadership* mengatakan kurangnya pemimpin visioner di Amerika Serikat menyebabkan menurunnya kualitas pendidikan dibandingkan dengan Negara-negara maju lainnya. Pemimpin visioner memiliki empat peran penting yaitu: sebagai penentu arah, agen perubahan, juru bicara dan pelatih.

1.3 PENGANTAR KEPEMIMPINAN DI RUMAH SAKIT

Organisasi Rumah Sakit adalah sebuah organisasi yang sangat kompleks. Manajemennya hampir sama dengan manajemen sebuah hotel, hanya saja pengunjungnya yang berbeda yaitu penderita (orang yang sedang sakit) dan keluarganya yang pada umumnya juga mempunyai beban sosio-psikologis akibat penyakit yang diderita oleh anggota keluarganya yang sedang dirawat. Kompleksitas fungsi *actuating* di Rumah Sakit juga dipengaruhi oleh dua aspek yaitu :

1. Sifat pelayanan kesehatan yang berorientasi kepada konsumen penerima jasa pelayanan (*customer services*). Hasil perawatan pasien sebagai customer Rumah Sakit ada tiga kemungkinan yaitu sembuh sempurna, sembuh dengan kecacatan, dan mati. Apapun kemungkinan hasilnya, kualitas pelayanan harus diarahkan untuk kepuasan pasien (*patient satisfaction*) dan keluarganya.
2. Pelaksanaan fungsi *actuating* cukup kompleks karena tenaga yang bekerja di Rumah Sakit. Terdiri dari berbagai jenis profesi.

Kompleksitas ketenagaan dan jenis profesi yang dimiliki oleh Rumah Sakit, menuntut dikembangkannya kepemimpinan partisipatif oleh pihak pimpinan Rumah Sakit. Model kepemimpinan manajerial seperti ini juga merupakan faktor penentu berkembangnya mutu pelayanan Rumah Sakit (*quality of services*) karena pekerjaan di Rumah Sakit saling terkait satu sama lain.

1.4 KEPEMIMPINAN DI PUSKESMAS

A. Etiologi Kepemimpinan Puskesmas

1. Sejarah dan perkembangan puskesmas di Indonesia dimulai dari didirikannya berbagai institusi dan sarana kesehatan.
2. Pada pertemuan Bandung Plan (1951), dicetuskan pertama kali pemikiran untuk mengintegrasikan berbagai institusi dan upaya kesehatan tersebut di bawah satu pimpinan agar lebih efektif dan efisien.
3. Adanya konsep pelayanan kesehatan yang terintegrasi lebih berkembang dengan pembentukan Team Work dan Team Approach dalam pelayanan kesehatan tahun 1956.

B. Tugas Dan Peran Pemimpin Puskesmas

1. Membuat perencanaan puskesmas.
2. Mengatur pelayanan puskesmas.
3. Menggerakkan pegawai puskesmas.
4. Mengevaluasi kinerja puskesmas.
5. Menggalang kerjasama pelayanan puskesmas.

C. Fungsi Kepemimpinan Puskesmas

Secara operasional fungsi kepemimpinan puskesmas meliputi 5 (lima) fungsi pokok kepemimpinan yaitu :

1. Fungsi instruksi

Fungsi ini bersifat komunikasi satu arah. Pimpinan Puskesmas sebagai komunikator merupakan pihak yang menentukan apa, bagaimana, dan dimana perintah itu dikerjakan agar keputusan tugas dan program Puskesmas dapat dilaksanakan secara efektif. Kepemimpinan yang efektif memerlukan kemampuan untuk memotivasi dan menggerakkan pegawai puskesmas agar mau dan mampu melaksanakan tugas dan program puskesmas.

2. Fungsi konsultasi

Fungsi ini bersifat komunikasi dua arah. Dalam usaha menetapkan keputusan, pimpinan puskesmas memerlukan bahan pertimbangan yang mengharuskannya berkomunikasi dengan staf puskesmas yang dinilai mempunyai informasi yang diperlukan dalam menetapkan keputusan.

3. Fungsi partisipasi

Dalam menjalankan fungsi ini pimpinan puskesmas berusaha mengaktifkan dan mengikutsertakan staf puskesmas dalam mengambil keputusan tugas dan program Puskesmas serta dalam pelaksanaannya.

4. Fungsi delegasi

Fungsi ini dilaksanakan dengan pelimpahan wewenang dan tanggung jawab kepada staf puskesmas dalam pengambilan dan penetapan keputusan tugas dan program puskesmas, baik melalui persetujuan maupun tanpa persetujuan dari pimpinan Puskesmas. Fungsi delegasi pada dasarnya dilandasi kepercayaan.

5. Fungsi pengendalian

Fungsi pengendalian bertujuan agar pimpinan puskesmas mampu mengatur aktivitas pegawai puskesmas secara terarah dan terkoordinasi, sehingga memungkinkan pelaksanaan tugas dan program puskesmas terselenggara secara efektif dan efisien. Fungsi pengendalian dapat diwujudkan melalui kegiatan pembimbingan, pengarahan, pengkoordinasian, pengawasan, dan penilaian.

Seluruh fungsi kepemimpinan puskesmas tersebut diselenggarakan dalam aktivitas kepemimpinan secara terpadu. Adapun fungsi kepemimpinan puskesmas adalah sebagai berikut :

1. Pimpinan puskesmas bertugas dan bertanggung jawab menjabarkan dan mengimplementasikan program puskesmas.
2. Pimpinan puskesmas mampu memberikan petunjuk, arahan, dan bimbingan kepada staf puskesmas.
3. Pimpinan puskesmas berusaha mengembangkan kebebasan berpikir dan mengeluarkan pendapat sehingga kreativitas dan inovasi pegawai puskesmas dapat tumbuh dan berkembang.
4. Pimpinan puskesmas membina dan mengembangkan kerjasama dan kemitraan yang harmonis dengan pegawai dan *stakeholder* puskesmas.
5. Pimpinan puskesmas mampu memecahkan masalah dan mengambil keputusan tugas dan program puskesmas sesuai tugas dan tanggung jawabnya.
6. Pimpinan puskesmas berusaha membina dan mengembangkan kemampuan dan kemauan pegawai puskesmas.
7. Pimpinan puskesmas melaksanakan dan mendayagunakan fungsi pengawasan, pengendalian, dan penilaian Puskesmas.

Kepemimpinan Puskesmas hendaknya diselenggarakan melalui kepemimpinan kolektif dan integratif (kemanunggalan) antara kepala puskesmas dengan para penanggung jawab program Puskesmas serta menciptakan kebersamaan dengan semua pegawai puskesmas.

1.5 KEPEMIMPINAN DI TEMPAT PRAKTEK

Pemimpin adalah orang yang memiliki kemampuan untuk menggerakkan masa atau sekelompok orang untuk menggapai tujuan tertentu. Tapi tidak semua pemimpin memiliki gaya kepemimpinan yang sama. Seorang yang memiliki karakter kepemimpinan di tempat praktek memiliki visi dan misi yang sudah jelas, yang kemudian menyuarakan visi dan misinya kepada kelompoknya dengan cara sedemikian rupa sehingga mengubah visi misi tersebut menjadi visi misi kelompok.

Karakteristik Seorang Pemimpin

Karakteristik seorang pemimpin akan berdampak pada gaya kepemimpinannya. Berikut ini adalah karakteristik yang umumnya dapat kamu temukan pada seorang pemimpin.

a. Cerdas

Seorang pemimpin tentunya memiliki kecerdasan lebih dibanding orang yang dipimpinnya. Pemimpin yang cerdas adalah pemimpin yang dapat memahami suatu masalah secara keseluruhan, mencari jalan kreatif, fokus dalam mencari solusi, tidak reaktif dan tetap tenang dalam menghadapi masalah yang dihadapi.

b. Dapat Dipercaya (*trustworthy*)

Karakteristik selanjutnya dari seorang pemimpin adalah dapat dipercaya. Pemimpin yang dipercaya oleh orang yang dipimpinnya cenderung lebih berhasil mencapai tujuannya dibanding pemimpin yang memiliki agenda-agenda tersembunyi yang dapat merugikan orang yang dipimpinnya.

Selain itu pemimpin yang dapat dipercaya akan memperoleh loyalitas dari pengikutnya.

c. Integritas

Integritas adalah komitmen yang dimiliki seseorang dalam mengambil sikap secara konsisten, berdasarkan nilai-nilai dan prinsip-prinsip yang dianut. Orang berintegritas umumnya memiliki pendirian dan karakter yang kuat, jujur, serta bertanggung jawab.

d. Kemampuan Komunikasi yang Baik

Pemimpin yang baik umumnya memiliki kemampuan komunikasi yang baik pula. Hal ini penting dalam penyampaian visi dan misinya. Seseorang dengan kemampuan komunikasi yang baik akan lebih mudah menyampaikan isi pikirannya baik dengan lisan ataupun tulisan secara terstruktur, jelas, langsung dan terarah.

e. *Decisiveness*

Karakteristik selanjutnya yang penting dimiliki oleh seorang pemimpin adalah kemampuan untuk memberi keputusan secara cepat dan efisien. Kadang seseorang

dihadapkan dua pilihan sulit, yang keduanya akan memiliki dampak yang besar. Seorang yang memiliki kemampuan satu ini dapat membuat keputusan dengan cepat dan tepat, berdasarkan analisa resiko dan manfaat yang dari kedua pilihan tersebut. Salah satu caranya adalah membuat skenario terburuk dari kedua pilihan tersebut dan kemudian solusi yang digunakan untuk memperbaiki situasi tersebut.

f. **Karisma**

Karisma sulit untuk diberi indikator tapi sangat mudah untuk dirasakan. Orang yang berkarisma umumnya memiliki sifat ramah, tutur kata yang baik, dan menunjukkan rasa peduli yang tulus kepada orang lain. Meskipun begitu orang yang berkarisma memiliki wibawa dan aura kepemimpinan dan otoritas yang dapat dirasakan oleh orang sekitarnya. Untuk menjadi pemimpin yang sukses di tempat praktek perlu infrastruktur pendukung yang dapat membantu menggapai tujuan dan visi misi.

Latihan :

1. **Apa yang ada ketahui dengan gaya kepemimpinan transaksional dan apa bedanya dengan gaya kepemimpinan transformasional!**

Jawaban:

| Kepemimpinan Transaksional | Kepemimpinan Transformasional |
|---|---|
| Pemimpin menyadari hubungan antara usaha dan imbalan. | Pemimpin membangkitkan emosi pengikut dan memotivasi mereka bertindak diluar kerangka dari apa yang digambarkan sebagai hubungan pertukaran. |
| Kepemimpinan adalah responsif dan orientasi dasarnya adalah berurusan dengan masalah sekarang. | Kepemimpinan adalah bentuk proaktif dan harapan-harapan baru pengikut. |
| Pemimpin mengandalkan bentuk-bentuk standar bujukan, hadiah, hukuman, dan sanksi untuk mengontrol pengikut. | Pemimpin dapat dibedakan oleh kapasitas mereka mengilhami dan memberikan pertimbangan individual, stimulasi intelektual dan pengaruh ideal untuk pengikut |

| | |
|--|---|
| Pemimpin memotivasi pengikutnya dengan menetapkan tujuan dan menjanjikan imbalan bagi kinerja yang dikehendaki | Pemimpin menciptakan kesempatan belajar bagi pengikut mereka merangsang pengikutnya untuk memecahkan masalah |
| Kepemimpinan bergantung pada kekuatan pemimpin memperkuat bawahan untuk berhasil menyelesaikan tawar - menawar | Pemimpin memiliki visi yang baik, retorika dan keterampilan manajemen untuk mengembangkan ikatan emotional yang kuat dengan pengikutnya |
| | Pemimpin memotivasi pengikutnya bekerja untuk tujuan yang melampaui kepentingan pribadi |

2. **Sebutkan fungsi manajemen menurut George R. Terry!**

Jawaban:

Terry mendefinisikan manajemen dalam bukunya *Principles of Management* yaitu "Suatu proses yang membedakan atas perencanaan, pengorganisasian, penggerakan dan pengawasan dengan memanfaatkan baik ilmu maupun seni demi mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya". Berikut ini adalah fungsi manajemen menurut Terry:

1. Perencanaan (*planning*) yaitu sebagai dasar pemikiran dari tujuan dan penyusunan langkah-langkah yang akan dipakai untuk mencapai tujuan. Merencanakan berarti mempersiapkan segala kebutuhan, memperhitungkan matang-matang apa saja yang menjadi kendala, dan merumuskan bentuk pelaksanaan kegiatan yang bermaksud untuk mencapai tujuan.
2. Pengorganisasian (*organization*) yaitu sebagai cara untuk mengumpulkan orang-orang dan menempatkan mereka menurut kemampuan dan keahliannya dalam pekerjaan yang sudah direncanakan.
3. Penggerakan (*actuating*) yaitu untuk menggerakkan organisasi agar berjalan sesuai dengan pembagian kerja masing-masing serta menggerakkan seluruh sumber daya yang ada dalam organisasi agar pekerjaan atau kegiatan yang dilakukan bisa berjalan sesuai rencana dan bisa mencapai tujuan.

Pengawasan (*controlling*) yaitu untuk mengawasi apakah gerakan dari organisasi ini sudah sesuai dengan rencana atau belum. Serta mengawasi penggunaan sumber daya dalam organisasi agar bisa terpakai secara efektif dan efisien tanpa ada yang tidak sesuai dari rencana.

Rangkuman :

A. MANAJEMEN

Manajemen adalah suatu cara/seni mengelola sesuatu untuk dikerjakan oleh orang lain. Untuk mencapai tujuan tertentu secara efektif dan efisien yang bersifat masif, kompleks dan bernilai tinggi tentulah sangat dibutuhkan manajemen.

Fungsi pokok manajemen tersebut adalah sebagai berikut:

1. *Planning* (merencanakan): Menetapkan tujuan dan menentukan cara-cara untuk mencapai tujuan.
2. *Organizing* (mengorganisasikan): Mengatur pekerjaan-pekerjaan, orang-orang dan sumber-sumber daya untuk mencapai tujuan.
3. *Actuating* (pergerakan): Memotivasi, mengarahkan, mendorong dan mempengaruhi orang-orang untuk bekerja keras meraih tujuan organisasi.
4. *Controlling* (mengontrol): Memantau kinerja, membandingkan dengan tujuan, dan mengambil langkah-langkah perbaikan.

6 macam teori manajemen diantaranya:

1. Aliran klasik: Aliran ini mendefinisikan manajemen sesuai dengan fungsi-fungsi manajemennya. Perhatian dan kemampuan manajemen dibutuhkan pada penerapan fungsi-fungsi tersebut.
2. Aliran perilaku: Aliran ini sering disebut juga aliran manajemen hubungan manusia. Aliran ini memusatkan kajiannya pada aspek manusia dan perlunya manajemen memahami manusia.
3. Aliran manajemen Ilmiah: aliran ini menggunakan matematika dan ilmu statistika untuk mengembangkan teorinya. Menurut aliran ini, pendekatan kuantitatif merupakan sarana utama dan sangat berguna untuk menjelaskan masalah manajemen.
4. Aliran analisis sistem: Aliran ini memfokuskan pemikiran pada masalah yang berhubungan dengan bidang lain untuk mengembangkan teorinya.
5. Aliran manajemen berdasarkan hasil: Aliran manajemen berdasarkan hasil diperkenalkan pertama kali oleh Peter Drucker pada awal 1950-an. Aliran ini memfokuskan pada pemikiran hasil-hasil yang dicapai bukannya pada interaksi kegiatan karyawan.

6. Aliran manajemen mutu: Aliran manajemen mutu memfokuskan pemikiran pada usaha-usaha untuk mencapai kepuasan pelanggan atau konsumen.

Prinsip-prinsip Umum Manajemen

Prinsip-prinsip dalam manajemen bersifat lentur dalam arti bahwa perlu dipertimbangkan sesuai dengan kondisi-kondisi khusus dan situasi-situasi yang berubah. Menurut Henry Fayol, seorang pencetus teori manajemen yang berasal dari Perancis, prinsip-prinsip umum manajemen ini terdiri dari:

1. Pembagian kerja (*division of work*)
2. Wewenang dan tanggung jawab (*authority and responsibility*)
3. Disiplin (*discipline*)
4. Kesatuan perintah (*unity of command*)
5. Kesatuan pengarahan (*unity of direction*)
6. Mengutamakan kepentingan organisasi di atas kepentingan sendiri (*subordination of individual interests to the general interests*)
7. Pembayaran upah yang adil (*remuneration*)
8. Pemusatan (*centralisation*)
9. Hirarki (*hierarchy*)
10. Tata tertib (*order*)
11. Keadilan (*equity*)
12. Stabilitas kondisi karyawan (*stability of tenure of personnel*)
13. Inisiatif (*Initiative*)
14. Semangat kesatuan (*esprits de corps*)

6 Unsur Manajemen terpenting dalam Fungsi Manajemen adalah:

1. Man (Sumber daya Manusia)
2. Money (uang)
3. Materials (bahan baku)
4. Machines (Peralatan Mesin)
5. Methods (metode)
6. Market (pasar)

B. KEPEMIMPINAN

Kepemimpinan (leadership) merupakan intisari manajemen. Dengan kepemimpinan yang baik, proses manajemen akan berjalan lancar dan karyawan bergairah melaksanakan tugas-tugasnya.

Tipe – tipe Kepemimpinan:

1. Tipe Otokratik
2. Tipe paternalistik
3. Tipe kharismatik
4. Tipe laissez faire
5. Tipe demokratik

Teori – teori Kepemimpinan:

1. Teori Great man
2. Teori Bing Bang
3. Teori sifat
4. Teori karakteristik kepribadian
5. Teori situasional dan model kontijensi
6. Teori Jalur-tujuan (*path-goal theory*)
7. Pendekatan “Social Learning” dalam kepemimpinan
8. Teori Perilaku
9. Teori Gaya Kepemimpinan Berbagi Kekuasaan
10. Teori managerial grid

Kepemimpinan di Rumah Sakit

Kompleksitas ketenagaan dan jenis profesi yang dimiliki oleh Rumah Sakit, menuntut dikembangkanya kepemimpinan partisipatif oleh pihak pimpinan Rumah Sakit. Model kepemimpinan manajerial seperti ini merupakan faktor penentu berkembangnya mutu pelayanan Rumah Sakit (*quality of services*) karena pekerjaannya yang saling terkait satu sama lain.

Kepemimpinan di Puskesmas

Fungsi kepemimpinan puskesmas adalah sebagai berikut:

1. Pimpinan puskesmas bertugas dan bertanggung jawab menjabarkan dan mengimplementasikan program puskesmas.

2. Pimpinan puskesmas mampu memberikan petunjuk, arahan, dan bimbingan kepada staf puskesmas.
3. Pimpinan puskesmas berusaha mengembangkan kebebasan berpikir dan mengeluarkan pendapat sehingga kreativitas-inovasi pegawai puskesmas dapat tumbuh dan berkembang.
4. Pimpinan puskesmas membina dan mengembangkan kerjasama dan kemitraan yang harmonis dengan pegawai dan *stakeholder* puskesmas.
5. Pimpinan puskesmas mampu memecahkan masalah dan mengambil keputusan tugas dan program puskesmas sesuai tugas dan tanggung jawabnya.
6. Pimpinan puskesmas berusaha membina dan mengembangkan kemampuan dan kemauan pegawai puskesmas.
7. Pimpinan puskesmas melaksanakan dan mendayagunakan fungsi pengawasan, pengendalian, dan penilaian Puskesmas.

Kepemimpinan di Tempat Praktek

Seorang yang memiliki karakter kepemimpinan di tempat praktek memiliki visi dan misi yang sudah jelas, yang kemudian menyuarakan visi dan misinya kepada kelompoknya dengan cara sedemikian rupa sehingga mengubah visi misi tersebut menjadi visi misi kelompok.

Daftar Pustaka :

1. A.A Gede Muninjaya. 1999. *Manajemen Kesehatan Edisi 1*. EGC: Jakarta
2. George R. Terry. 2010. *Dasar-dasar Manajemen*. Bumi Aksara: Jakarta
3. Dunn & Haimann 9th Ed. 2010. *Healthcare Management*. Chicago
4. Muninjaya G. 202. *Manajemen Kesehatan*. EGC: Jakarta
5. Siagian. 2010. *Teori dan Praktek Kepemimpinan*. Jakarta
6. Notoadmojo S. 2007. *Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Rineka Cipta: Jakarta
7. Draft, Richard L. 2009. *Management*. Salemba Empat : Jakarta
8. Agus Sabardi. 2008. *Manajemen Pengantar Edisi 2*. UPP STIM YKPN. Yogyakarta.
9. Malayu S.P. Hasibuan. 2016. *Manajemen : Dasar, Pengertian, Dan Masalah Edisi 2*. Bumi Aksara. Jakarta
10. Sudaryono. 2014. *Leadership : Teori dan Praktek Kepemimpinan*. Lentera Ilmu Cendekia. Jakarta
11. Anton Athoillah. 2010. *Dasar-Dasar Manajemen*. Pustaka Setia. Bandung.
12. Sondang P. Siagian. 2010. *Teori dan Praktek Kepemimpinan*. Rineka Cipta. Jakarta

Tugas :

Buatlah rangkuman tentang Manajemen Kesehatan (Dasar-dasar Manajemen, Fungsi Perencanaan dan Teori Kepemimpinan di tempat praktek)!

Tes Formatif :

Soal:

1. Manajemen adalah suatu proses dengan proses dimana pelaksanaan suatu tujuan tertentu diselenggarakan dan diawasi. Definisi tersebut dikemukakan oleh:
 - A. Mary Parker Follet
 - B. G.R. Terry
 - C. *Encyclopedia of the social sciences*
 - D. Haimann
 - E. Louis A. Allen
2. Tipe kepemimpinan *laizes faire* yaitu:
 - A. Hubungan interaksional yang harmonis antara atasan dan bawahan
 - B. Kepemimpinan berorientasi pada orang dan pada tugas
 - C. Mengutamakan musyawarah dan kepentingan bersama
 - D. Kepemimpinan tidak mengenal struktural atasan dan bawahan
 - E. Membiarkan semua masalah dapat dipecahkan dengan usaha bersama
3. Sesuai dengan prinsip bahwa bawahan hendaknya harus diberi kesempatan untuk mengemukakan pendapatnya, menyusun dan melaksanakan rencananya disebut prinsip:
 - A. Esprit de corps
 - B. Equity
 - C. Initiative
 - D. Remuneration
 - E. Participative
4. Fungsi manajemen menurut Henry Fayol adalah:
 - A. Planning, Organizing, Actuating, Controlling
 - B. Planning, Organizing, Directing, Coordinating dan Controlling
 - C. Planning, Organizing, Commanding, Coordinating dan Controlling
 - D. Planning, Organizing, Staffing, Directing, Controlling
 - E. Planning, Organizing, Leading, Controlling

5. Bapak manajemen ilmiah (*the father of scientific management*) ialah:
- A. Fayol
 - B. Robert Owen
 - C. Frederick Winslow Taylor
 - D. Frederick Wilson Taylor
 - E. Charles Bagage
6. Menurut Chris Lowney salah satu pilar kepemimpinan adalah:
- A. Pembagian Kerja
 - B. Koordinasi
 - C. Manajerial
 - D. Kesadaran diri
 - E. Komunikasi
7. Teori dalam kepemimpinan dimana seorang pemimpin besar dilahirkan dengan karakteristik tertentu seperti karisma, keyakinan, kecerdasan dan keterampilan sosial yang membuatnya terlahir sebagai pemimpin alami adalah:
- A. Teori Big Bang
 - B. Teori Great Man
 - C. Teori Kotingensi
 - D. Teori Perilaku
 - E. Teori Sifat
8. *Decision making* menurut G.R Terry adalah:
- A. Suatu pendekatan sistematis terhadap suatu masalah, pengumpulan fakta dan data, penelitian yang matang atas alternatif dan tindakan.
 - B. Proses pengambilan keputusan itu dikerjakan oleh kebanyakan manajer berupa suatu kesadaran
 - C. Kegiatan pemikiran yang termasuk pertimbangan, penilaian dan pemilihan diantara sejumlah alternatif.
 - D. Pengambilan keputusan adalah pemilihan diantara alternatif mengenai suatu cara bertindak
 - E. Sebagai pemilihan yang didasarkan kriteria tertentu atas dua atau lebih alternatif yang mungkin
9. Teori kepemimpinan dimana keberhasilan seorang pemimpin ditentukan oleh ciri kepemimpinan dengan perilaku tertentu yang disesuaikan dengan tuntutan situasi

kepemimpinan dan situasi organisasional yang dihadapi dengan memperhitungkan faktor waktu dan ruang adalah:

- A. Teori Sifat
 - B. Teori Perilaku
 - C. Teori Kepemimpinan
 - D. Teori Great Man
 - E. Teori Situasional
10. Menetapkan seseorang untuk menempati suatu jabatan dalam organisasi dengan memegang prinsip "*the right man on the right place*" merupakan pelaksanaan dari fungsi:
- A. Planning
 - B. Organizing
 - C. Actuating
 - D. Motivating
 - E. Controlling

Kunci Jawaban:

- 1. C
- 2. D
- 3. C
- 4. C
- 5. C
- 6. D
- 7. B
- 8. E
- 9. E
- 10. B

Umpan Balik :

- Pelaksana tutorial diberikan umpan balik berupa form Evaluasi Dosen Oleh Mahasiswa (EDOM) yang diisi oleh mahasiswa setelah pelaksanaan tutorial dan pleno berlangsung, sehingga terdapat evaluasi dari proses tutorial dan pleno.
- Mahasiswa juga diberikan umpan balik atau evaluasi dari Fasil (pemberi tutorial), berupa penilaian individu (keterampilan bertanya, menjawab pertanyaan, berpendapat, dan sikap respek, empat, serta support) dan juga penilaian presentasi oral per kelompok (penyajian materi PPT, penguasaan materi, gaya presentasi, serta sikap & perilaku).

MODUL ANALISIS LINGKUNGAN DAN MANAJEMEN KESEHATAN
ILMU KEDOKTERAN GIGI MASYARAKAT 2
SEMESTER GENAP 2019/2020

- Deskripsi Blok** : Blok ini merupakan blok yang memuat bahan kajian tentang ilmu kesehatan gigi masyarakat yang bertujuan agar mahasiswa memiliki kemampuan tentang Analisis Lingkungan, Manajemen Kesehatan, Manajemen Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut serta Sistem Informasi Rekam Medis
- Kegiatan 7** : Manajemen Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut
- CPMK** : Mampu menjelaskan tentang Manajemen Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut
- CPL** : - Mampu menjelaskan konsep dasar manajemen pelayanan kedokteran gigi (pengertian, ruang lingkup, unsur-unsur manajemen pelayanan kesehatan gigi, fungsi manajemen pelayanan kesehatan gigi berdasarkan POAC; dan manajemen praktek yang efektif, efisien, rasional serta sistem kendali biaya dan mutu)
- Mampu menjelaskan sistem pelayanan kesehatan (sistem kesehatan nasional UKP & UKM serta sistem Jaminan Kesehatan Nasional/JKN)
- Uraian Materi** :

Pendahuluan

Manajemen secara umum merupakan ilmu yang mempelajari mengelola dan mengatur suatu hal yang berkaitan dengan administrasi dan lain-lain. Manajemen adalah seni melaksanakan dan mengatur didalamnya tidak terlepas dari kerjasama antar manusia untuk mencapai tujuan yang sudah ditentukan. Manajemen merupakan kata yang sudah tidak asing lagi bagi setiap mahasiswa kedokteran dan kedokteran gigi, karena dalam kehidupan sehari-hari sudah mengetrapkan secara sadar maupun tidak sadar. Prinsip atau hakekat yang terkandung dalam manajemen adalah efektif dan efisien, dua kata ini yang selalu diidamkan oleh setiap manusia

dengan cara dan pemahaman sesuai tingkat intelektualnya. Sebagai calon dokter gigi, harus mempersiapkan diri bagaimana mengimplementasikan ilmu manajemen ini sesuai dengan perannya sebagai seorang professional dibidang kesehatan untuk mencapai tujuan secara efisien dan efektif.

Ruang Lingkup

Manajemen di sini meliputi pengertian dan konsep dasar manajemen yang mempunyai keterkaitan dengan pelayanan kesehatan gigi dan mulut, agar dapat memberikan pelayanan yang optimal, maka dibutuhkan berbagai sumber daya yang harus diatur dengan proses manajemen secara baik. Manajemen kesehatan gigi merupakan suatu kenyataan bagi tenaga kesehatan gigi untuk dapat memahami ilmu manajemen dengan baik dan trampil sebagai acuan atau landasan dalam memberikan pelayanan kesehatan gigi dan mulut, juga dapat mengelola dan mengatur waktu sebaik mungkin. Selain itu dapat digunakan untuk mengkaji proses pengambilan keputusan tentang bagaimana menggunakan orang lain untuk menyelesaikan berbagai tugas.

Seperti halnya manajemen perusahaan, di bidang kesehatan juga dikenal berbagai jenis manajemen sesuai dengan ruang lingkup kegiatan dan sumber daya yang dikelolanya. Ada bidang yang mengurus personalia (manajemen personalia), keuangan (manajemen keuangan), logistik obat dan peralatan (manajemen logistik), pelayanan kesehatan (manajemen pelayanan kesehatan, dan sistem informasi manajemen dan sebagainya). Untuk masing-masing bidang tersebut juga dikembangkan manajemen yang spesifik sesuai dengan ruang lingkup dan tugas pokoknya. Penerapan manajemen pada unit pelaksanaan teknis merupakan upaya untuk memanfaatkan dan mengatur sumber daya yang dimiliki oleh unit pelayanan kesehatan tersebut yang diarahkan untuk mencapai tujuan organisasi secara efektif, efisien dan rasional.

Unsur-unsur Manajemen

a. Manusia (Man)

Pembangunan organisasi kesehatan seperti rumah sakit, sumber daya manusia merupakan salah satu faktor yang sangat menentukan terlaksananya manajemen.

b. Uang (Money)

Uang atau anggaran sangat diperlukan sebagai biaya yang harus dimiliki organisasi untuk melakukan pelayanan kesehatan, mulai dari perizinan, pembangunan rumah sakit, peralatan, pembayaran tenaga kerja dan lain sebagainya.

c. Bahan baku (Material)

Material adalah obat-obatan yang digunakan organisasi kesehatan untuk melakukan kegiatan pelayanan kesehatan secara efisien.

d. Mesin (Machine)

Perencanaan Program Kesehatan melalui Fungsi Manajemen Pelayanan Kesehatan Gigi

1. Perencanaan/*Planning*

Perencanaan program kesehatan adalah sebuah proses untuk merumuskan masalah-masalah kesehatan yang berkembang di masyarakat, menentukan kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, menetapkan tujuan program, dan menyusun langkah-langkah praktis untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Perencanaan akan efektif bila perumusan masalah sudah dilakukan berdasarkan fakta-fakta yang ada di lapangan.

Langkah-langkah yang sering digunakan dalam perencanaan program kesehatan adalah mengikuti prinsip lingkaran pemecahan masalah (*problem solving cycle*) yaitu:

1. Melakukan pengumpulan data
2. Menetapkan prioritas masalah
3. Menyusun alternatif jalan keluar
4. Menyusun rencana kerja
5. Metode penilaian dan kriteria keberhasilan

2. Pengorganisasian/*Organizing*

Pengorganisasian atau organizing berarti menciptakan suatu struktur dengan bagian-bagian yang terintegrasi sedemikian rupa sehingga hubungan antarbagian-bagian satu sama lain dipengaruhi oleh hubungan mereka dengan keseluruhan struktur tersebut. Tujuan membagi suatu kegiatan besar menjadi kegiatan-kegiatan yang lebih kecil. Selain itu, mempermudah manajer dalam melakukan pengawasan dan menentukan orang yang dibutuhkan untuk melaksanakan tugas-tugas yang telah dibagi-bagi tersebut. Pengorganisasian dapat dilakukan dengan cara menentukan tugas

apa yang harus dikerjakan, siapa yang harus mengerjakannya, siapa yang bertanggung jawab tugas tersebut dan pada tindakan mana keputusan harus diambil.

Pengorganisasian yang dapat dilakukan dalam perencanaan program kesehatan ialah:

- Bagaimana bentuk tindakan pemberantasan karies gigi yang akan dilakukan dan siapa yang akan melakukannya
- Mengordinir petugas kesehatan yang akan melakukan tahapan pemberantasan karies gigi di masyarakat

3. Menggerakkan/*Actuating*

Dalam melaksanakan pembangunan kesehatan di tengah bebatan dan permasalahan yang semakin pelik, dibutuhkan strategi jitu untuk menghadapinya. Menggerakkan atau *Actuating* adalah suatu tindakan untuk mengusahakan agar semua anggota kelompok berusaha untuk mencapai sasaran sesuai dengan perencanaan manajerial dan usaha-usaha organisasi. Jadi *actuating* artinya adalah menggerakkan orang-orang agar mau bekerja dengan sendirinya atau penuh kesadaran secara bersama-sama untuk mencapai tujuan yang dikehendaki secara efektif. Dalam hal ini yang dibutuhkan adalah kepemimpinan (*leadership*).

4. Pengawasan/*Controlling*

Pengawasan merupakan tindakan seorang manajer kesehatan untuk menilai dan mengendalikan jalannya suatu kegiatan yang mengarah demi tercapainya tujuan yang telah ditetapkan. Hal-hal yang perlu dikontrol dalam program perencanaan kesehatan misalnya:

- Tenaga kesehatan
Peran dokter dan dokter gigi, perawat dan bidan dalam upaya kesehatan sangat penting. Tenaga kesehatan harus mampu mengajak, memotivasi dan memberdayakan, mampu melibatkan kerjasama lintas sektoral, mampu mengelola system pelayanan kesehatan yang efisien dan efektif.
- Pemberdayaan masyarakat
Mengajak dan menggairahkan masyarakat untuk dapat tertarik dan bertanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri dengan memobilisasi sumber dana yang ada pada mereka.
- Kesehatan dan komitmen politik
Masalah kesehatan pada dasarnya adalah masalah politik, maka untuk memecahkannya diperlukan komitmen politik.

5. Evaluasi/*Evaluating*

Adalah kegiatan yang dilakukan untuk melihat seberapa banyak perubahan yang dapat dilakukan program tersebut terhadap *outcomes* kesehatan secara luas. Kegiatan evaluasi biasanya meliputi pengukuran pada saat awal program dan akhir program untuk melihat seberapa besar perubahan dalam pencapaian sebagai hasil akhir dari kegiatan-kegiatan program kesehatan tersebut.

Manajemen Pelayanan Kesehatan Gigi Efektif dan Efisien serta Kendali Biaya dan Mutu

Dalam manajemen pelayanan kesehatan terdapat tiga kelompok manusia yang harus ditangani, yaitu: manusia penyelenggara pelayanan kesehatan/*health provider* (dokter, dokter gigi, perawat, perawat gigi dsb), dan kelompok penerima jasa pelayanan kesehatan (pasien dan keluarga pasien), serta tenaga administrator kesehatan. Para dokter, dokter gigi, maupun perawat selalu dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu tinggi, serta obat-obatan yang dapat memberikan rasa aman dan kepastian kesembuhan serta kesehatan bagi pasien. Dokter gigi, maupun perawat mempunyai peranan yang strategis dalam proses manajemen pelayanan kesehatan gigi. Dokter gigi dituntut untuk memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam mengelola pelayanan kesehatan gigi dari berbagai aspek, baik aspek pembiayaan, sistem informasi, inventarisasi, asuransi serta hukum pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu disamping penguasaan teori diperlukan juga keterampilan manajemen secara luas untuk peningkatan efektifitas dan efisiensi klinik gigi

Mutu Pelayanan Kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi (Azrul Aswar, 1996). Pada intinya memuaskan pelanggan (internal, eksternal, intermediate) dan sesuai standar (Dalam bidang kesehatan medis, keperawatan, profesi lain dan non-medis). Dalam upaya pencapaian tujuan pembangunan kesehatan yaitu masyarakat Indonesia yang sehat, bugar, produktif, maju dan mandiri, mutu melekat erat dengan sistem pelayanan kesehatan maupun sistem pembiayaan kesehatan. Dimensi Mutu Kesehatan Menurut Roberts & Prevost mutu kesehatan memiliki beberapa dimensi yaitu sebagai berikut:

1. Health Consumer Terkait memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi, keprihatinan, ramah tamah petugas, kesembuhan penyakit.
2. Health Provider Kesesuaian pelayanan dengan perkembangan ilmu, teknologi dan otonomi profesi sesuai keinginan pasien.
3. Health Financing Efisiensi pemakai sumber dana, kewajaran pembiayaan kesehatan, kemampuan pelayanan kesehatan mengurangi kerugian penyandang dana pelayanan kesehatan.

Untuk mengetahui seberapa jauh pelayanan kesehatan yang dilakukan puskesmas/rumah sakit/klinik kepada masyarakat, maka dibutuhkan penilaian dari sisi konsumen yaitu dari segi aspek kepuasan pasien, terutama terhadap pelayanan kuratif. Bila pelayanan kesehatan baik biasanya pasien akan puas dan tetap memilih sarana pelayanan tersebut sebagai tempat berobat (Depkes RI, 2002). Pelayanan kesehatan yang bermutu memiliki beberapa unsur yang harus dimiliki di dalamnya, diantaranya sebagai berikut:

- I. Kepuasan. Kepuasan yang dimaksud mengacu pada: a. Penerapan standar dan kode etik, seperti hubungan dokter-pasien, kenyamanan pelayanan, kebebasan melakukan pilihan, pengetahuan dan kompetensi teknis, efektifitas pelayanan dan keamanan tindakan.
- b. Penerapan semua persyaratan pelayanan kesehatan, meliputi available, appropriate, continue, acceptable, accesible, affordable, efficient and quality.
- II. Ukuran Mutu Pelayanan Kesehatan, adalah sebagai berikut. a. Proses pelayanan sesuai prosedur pelayanan yang standar b. Petugas pelayanan memiliki kompetensi yang diperlukan c. Pelaksanaan pelayanan didukung teknologi, sarana dan prasarana yang memadai. d. Tidak bertentangan dengan kode etik. e. Dapat memuaskan pelanggan. f. Memuaskan petugas pelayanan. g. Pelaksanaan Pelayanan mendapatkan keuntungan bagi lembaga penyedia pelayanan.

Terdapat lima faktor pokok yang berperan penting dalam menentukan mutu dan keberhasilan manajemen kesehatan, yaitu: masukan (input), proses (process), keluaran (output), sasaran (target) serta dampak (impact).

I. **Masukan/input** adalah segala sesuatu yg dibutuhkan untuk dapat melaksanakan pekerjaan manajemen. Input berfokus pada sistem yang dipersiapkan dalam organisasi dari manajemen

termasuk komitmen, dan stakeholder lainnya, prosedur serta kebijakan sarana dan prasarana fasilitas dimana pelayanan diberikan. Input ada 3 macam, yaitu:

1. Sumber (*resources*), adalah segala sesuatu yang dapat dipakai untuk menghasilkan barang atau jasa. Sumber (*resources*) terdiri dari:

a) Sumber tenaga (*labour resources*) yang di dalamnya terdiri atas: 1. Tenaga ahli (*skilled*) seperti: dokter, bidan, perawat 2. Tenaga tidak ahli (*unskilled*) seperti: pesuruh, penjaga

b) Sumber modal (*capital resources*), dibedakan menjadi: 1. Modal bergerak (*working capital*): uang, giro 2. Modal tidak bergerak (*fixed capital*): bangunan, tanah, sarana kesehatan. c) Sumber alamiah (*natural resources*) adalah segala sesuatu yang terdapat di alam, yang tidak termasuk sumber tenaga dan sumber modal.

2. Tata cara (*prosedures*): adalah berbagai kemajuan ilmu dan teknologi kesehatan yang dimiliki dan yang diterapkan.

3. Kesanggupan (*capacity*), adalah keadaan fisik, mental dan biologis tenaga pelaksana.

II. **Proses/process** adalah langkah yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Proses dikenal dengan nama fungsi manajemen. Pada umumnya, proses ataupun fungsi manajemen merupakan tanggung jawab pimpinan. Pendekatan proses adalah semua metode dengan cara bagaimana pelayanan dilakukan. Fungsi manajemen yang utama adalah: 1. Planning: termasuk penyusunan anggaran belanja 2. Organizing: termasuk penyusunan staff 3. Implementing: termasuk pengarahan, pengkoordinasian, bimbingan, penggerakan dan pengawasan 4. Penilaian: termasuk penyusunan laporan

III. **Hasil/output** adalah hasil dari suatu pekerjaan manajemen. Untuk manajemen kesehatan, output dikenal dengan nama pelayanan kesehatan (*health services*). Hasil atau output adalah hasil pelaksanaan kegiatan. Output adalah hasil yang dicapai dalam jangka pendek, misalnya akhir dari kegiatan pelaksanaan tindakan skaling, sedangkan outcome adalah hasil yang terjadi setelah pelaksanaan kegiatan jangka pendek misalnya keadaan gusi yang sehat dengan tidak ditemukannya penyakit periodontal.

IV. **Sasaran/target group** adalah kepada siapa *output* yang dihasilkan, yakni upaya kesehatan tersebut ditujukan: 1) UKP untuk perseorangan 2) UKM untuk masyarakat (keluarga dan kelompok).

V. **Dampak/impact** adalah akibat yang ditimbulkan oleh output. Untuk manajemen kesehatan dampak yang diharapkan adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan. Peningkatan derajat kesehatan dapat tercapai jika kebutuhan (*needs*) dan tuntutan (*demands*) perseorangan/masyarakat dapat dipenuhi. Kebutuhan kesehatan (*health needs*) ini bersifat obyektif, karena itu pemenuhanya bersifat mutlak. Kebutuhan kesehatan sangat ditentukan oleh masalah kesehatan di masyarakat, masalah kesehatan perorangan/keluarga yang terpenting adalah penyakit yang diderita. Masalah kesehatan masyarakat adalah status kesehatan masyarakat. Menurut Gordon dan Le Right (1950) penyakit/status kesehatan ditentukan oleh 3 faktor: *Host*, *Agent* dan *Environment*. Upaya untuk menemukan kebutuhan masyarakat, perhatian harus ditujukan pada ketiga faktor tersebut. 2. Tuntutan Kesehatan (*health demands*) pada dasarnya bersifat subyektif, karena itu pemenuhannya bersifat fakultatif. Tuntutan kesehatan yang subyektif ini dipengaruhi oleh latar belakang individu (pendidikan, ekonomi, budaya dsb). Tuntutan kesehatan sangat dipengaruhi oleh teknologi kedokteran.

Pembiayaan dan pelayanan kesehatan melalui penerapan kendali biaya dan kendali mutu bertujuan untuk mengurangi biaya pelayanan yang tidak perlu dengan cara meningkatkan kelayakan dan efisiensi pelayanan kesehatan. Jaminan mutu pelayanan kesehatan berarti menjaga kompetensi dokter maupun dokter gigi dalam memberikan pelayanan kedokteran, dimana sistem pendidikan memberikan jaminan mutu bagi dokter maupun dokter gigi baik dalam strata pelayanan primer, sekunder maupun tertier. Salah satu pengertian mutu adalah kepatuhan terhadap standar yang telah ditentukan. Pelayanan kedokteran yang baik didukung oleh tiga pilar utama yaitu :

1. Sistem pelayanan (strata pelayanan dengan rujukan)
2. Sistem pendidikan (standar pendidikan dan standar kompetensi dokter)
3. Sistem pembiayaan (kendali biaya)

Sistem pembiayaan kesehatan yang utama bersumber dari pemerintah, masyarakat, maupun dari swasta. Penggalan dana berasal dari masing-masing individu dalam keluarga. Adapun bagi masyarakat rentan dan keluarga miskin sumber dananya berasal dari pemerintah melalui jaminan pemeliharaan kesehatan wajib, pembiayaan usaha kesehatan perorangan atau UKP yaitu dengan cara sistem pembayaran kapitasi

Sistem Kesehatan Nasional UKM & UKP serta Jaminan Kesehatan Nasional

Tujuan pembangunan kesehatan nasional adalah meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi semua orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Untuk mencapai hal itu maka diselenggarakan upaya kesehatan secara menyeluruh, berjenjang dan terpadu. Upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat adalah dengan meningkatkan kemampuan tenaga medis atau dokter dalam pelayanannya, misalnya pelayanan dokter gigi dalam pencegahan penyakit gigi, menemukan secara dini kasus gigi dan mulut serta melakukan tindakan pengobatan yang adekuat, pemberantasan penyakit gigi dan mulut yang menyebabkan cacat. Secara umum upaya kesehatan terdiri atas dua unsur utama, yaitu:

- Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP). Upaya kesehatan masyarakat adalah setiap kegiatan yang dilakukan pemerintah dan atau masyarakat serta swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan masyarakat meliputi upaya-upaya promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan, dan pemberantasan penyakit menular, pengendalian penyakit tidak menular, penyehatan lingkungan dan penyediaan sanitasi dasar, perbaikan gizi masyarakat, kesehatan jiwa, pengamanan sediaan farmasi dan alat kesehatan, pengamanan zat adiktif dan bahan berbahaya, serta penanggulangan bencana dan bantuan kemanusiaan.
- Upaya kesehatan perorangan adalah setiap kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat swasta, untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan. Upaya kesehatan perorangan meliputi upaya-upaya promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan rawat jalan, pengobatan rawat inap, pembatasan dan pemulihan kecacatan yang ditujukan pada perorangan.

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional/JKN

JKN adalah Jaminan kesehatan nasional, yang diamanatkan dalam Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Jaminan kesehatan ini mengacu pada prinsip asuransi sosial, yaitu peserta wajib membayar iuran yang cukup terjangkau, dapat dilayani di semua wilayah Indonesia (*probabilitas*) dan mendapatkan pelayanan yang sama

(*equal*). Program ini dilaksanakan dengan prinsip kendali biaya dan mutu, artinya ada integrasi antara pelayanan kesehatan yang bermutu dengan biaya yang terkendali.

Pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN) di Indonesia yang di implementasikan pada tahun 2014 merupakan tantangan untuk dapat melakukan perubahan pelayanan yang lebih terstruktur. Konsep pelayanan sistem jaminan kesehatan nasional (JKN) di Indonesia membagi pelayanan menjadi tiga struktur layanan yaitu pelayanan primer, pelayanan sekunder dan pelayanan tersier. Pola pembiayaan yang digunakan untuk pelayanan primer adalah sistem kapitasi, sedangkan untuk pelayanan sekunder dan tersier menggunakan sistem DRG (*Diagnosis Related Group*) yang di Indonesia digunakan istilah Indonesia *Case-Based Group* (INA CBG's). Kondisi kesadaran masyarakat Indonesia untuk kesehatan gigi dan mulut masih belum bisa dikatakan baik, sehingga memerlukan perbaikan proses, aksesibilitas, dan konsep pelayanan yang lebih baik. Perbaikan tersebut dapat dilaksanakan dalam bentuk pelayanan primer kedokteran gigi, dengan konsep kendali mutu dan kendali biaya. Sesuai dengan kaedah, kondisi dan peraturan yang berlaku pelayanan di bidang kedokteran gigi menjadi pelayanan primer dalam sistem JKN.

Pembiayaan yang diterapkan pada dokter gigi pelayanan primer dalam sistem JKN menggunakan sistem kapitasi. Sistem ini mempunyai harapan agar dokter gigi layanan primer berusaha semaksimal mungkin untuk menekan penggunaan biaya saat melakukan prosedur kuratif. Dokter gigi layanan primer diharapkan dapat lebih menyentuh dan mengutamakan aspek promotif dan preventif agar sumber daya dan dana dapat dimanfaatkan sebaikbaiknya.

Pengelola jaminan sosial bidang kesehatan (BPJS Kesehatan) merupakan badan yang dapat mengontrol kualitas pekerjaan dokter gigi layanan primer berdasarkan mekanisme penjaminan mutu yang dapat dilakukan melalui proses kredensialing dan kontrol keluhan masyarakat terhadap mutu pelayanan dokter gigi layanan primer tersebut. Dokter gigi layanan primer sebagai *first professional degree* yang peran dan fungsinya adalah di pelayanan tingkat primer (primary health services) berfungsi sebagai *gate-keeper* pada pemberi pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang diharapkan dapat menertibkan sistem rujukan dalam Sistem Kesehatan Nasional. Dokter gigi layanan primer diharapkan dapat menyelesaikan keluhan masyarakat akan kesehatan gigi yang termasuk dalam batas kompetensi dan kewenangannya, sehingga masyarakat tidak perlu mengorbankan sumber daya yang lebih besar untuk mendapatkan perawatan tingkat spesialis yang sesungguhnya tidak mereka perlukan. Peningkatan kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan gigi dan mulut kepada masyarakat merupakan hal yang mutlak diperlukan oleh masyarakat Indonesia di masa yang akan datang.

Latihan :

1. Sebutkan lima langkah dalam perencanaan program kesehatan!

Jawaban:

5 langkah yang sering digunakan dalam perencanaan program kesehatan adalah:

1. Melakukan pengumpulan data
2. Menetapkan prioritas masalah
3. Menyusun alternatif jalan keluar
4. Menyusun rencana kerja
5. Metode penilaian dan kriteria keberhasilan

2. Sebutkan dan jelaskan lima faktor pokok yang berperan penting dalam menentukan mutu dan keberhasilan manajemen kesehatan!

Jawaban:

Lima faktor pokok yang berperan penting dalam menentukan mutu dan keberhasilan manajemen kesehatan, yaitu:

1. Masukan/input contoh: Dokter, perawat, staf, bangunan, tanah, dan sarana kesehatan
2. Proses, contoh: Proses penyusunan staff, pengarahan, pengkoordinasian, bimbingan, penggerakan dan pengawasan, penilaian, termasuk penyusunan laporan
3. Hasil/output, adalah hasil dari suatu pekerjaan manajemen, untuk manajemen kesehatan, output dikenal dengan nama pelayanan kesehatan (health services). Hasil atau output adalah hasil pelaksanaan kegiatan
4. Sasaran/target, adalah kepada siapa *output* yang dihasilkan, contoh UKP untuk perseorangan dan UKM untuk masyarakat (keluarga dan kelompok).
5. Dampak/impact, adalah akibat yang ditimbulkan oleh output. Untuk manajemen kesehatan dampak yang diharapkan adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan

Rangkuman :

- Manajemen secara umum merupakan ilmu yang mempelajari mengelola dan mengatur suatu hal yang berkaitan dengan administrasi dan lain-lain, serta seni mengatur kerjasama antar manusia untuk mencapai tujuan yang sudah ditentukan. Konsep dasar manajemen di

sini mempunyai keterkaitan dengan pelayanan kesehatan gigi dan mulut, agar dapat memberikan pelayanan yang optimal

- Mutu pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan yang sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk serta penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi. Ada lima faktor pokok yang berperan penting dalam menentukan mutu dan keberhasilan manajemen kesehatan, yaitu: masukan (input), proses (process), keluaran (output), sasaran (target) serta dampak (impact).
- Pembiayaan dan pelayanan kesehatan melalui penerapan kendali biaya dan kendali mutu bertujuan untuk mengurangi biaya pelayanan yang tidak perlu dengan cara meningkatkan kelayakan dan efisiensi pelayanan kesehatan. Pelayanan kedokteran yang baik didukung oleh tiga pilar utama yaitu : sistem pelayanan (strata pelayanan dengan rujukan), sistem pendidikan (standar pendidikan dan standar kompetensi dokter), dan sistem pembiayaan (kendali biaya)
- JKN adalah Jaminan kesehatan nasional, yang mengacu pada prinsip asuransi social, yaitu peserta wajib membayar iuran yang cukup terjangkau, dapat dilayani di semua wilayah Indonesia (*probabilitas*) dan mendapatkan pelayanan yang sama
- Konsep pelayanan sistem jaminan kesehatan nasional di Indonesia membagi pelayanan menjadi tiga struktur layanan yaitu pelayanan primer, pelayanan sekunder dan pelayanan tersier. Pola pembiayaan yang digunakan untuk pelayanan primer adalah sistem kapitasi, sedangkan untuk pelayanan sekunder dan tersier menggunakan sistem DRG (*Diagnosis Related Group*) yang di Indonesia digunakan istilah Indonesia *Case-Based Group* (INA CBG`s).

Daftar Pustaka :

1. World Health Organization (WHO), Regional Office for South-East Asia, 2013, Regional Oral Health Strategy 2013 -2020
2. Soekidjo Notoatmodjo. *Prinsip – Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Cet. Ke-2, Mei. Jakarta
3. Permenkes No. 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas
4. Azwar, A 2000 *Pengantar Pendidikan Kesehatan*. Jakarta: Sastra Hudaya

5. Permenkes RI No. 69 Tahun 2014 Tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien
6. Permenkes RI Nomor 44 Tahun 2016 Tentang Pedoman Manajemen Puskesmas
7. Permenkes RI Nomor 039/MENKES/SK/I/2007 tentang Pedoman Penyelenggaraan Kedokteran Gigi Keluarga.
8. Permenkes RI No. 69 Tahun 2014 Tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien
9. Permenkes RI No 19 Tahun 2014 Tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
10. Direktorat Bina Upaya Kesehatan Dasar (2012), “Buku Saku Gatekeeper Dalam Pelaksanaan SJSN” *Kementrian Kesehatan RI*

Tugas :

Buatlah *mindmap* mengenai Perencanaan Program Kesehatan melalui Fungsi Manajemen Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut!

Tes Formatif :

Soal:

1. Secara umum prinsip yang terkandung dalam manajemen adalah:
 - a. Efisien
 - b. Efektif dan efisien
 - c. Efektif
 - d. a, b, dan c benar
2. Konsep pelayanan sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) membagi pelayanan menjadi:
 - a. Dua struktur layanan
 - b. Satu struktur layanan
 - c. Tiga struktur layanan
 - d. Lima struktur layanan
3. Yang dimaksud dengan Health Provider dalam manajemen pelayanan kesehatan adalah:
 - a. Tenaga administrator
 - b. Dokter gigi
 - c. Pasien
 - d. keluarga pasien

4. Unsur penting dalam pelayanan kesehatan yang bermutu adalah:
- a. Kepuasan pasien
 - b. Dokter memiliki kompetensi
 - c. Kenyamanan pelayanan
 - d. Semua benar
5. Fungsi manajemen pelayanan kesehatan yang utama adalah:
- a. Planning, organizing dan implementing
 - b. Pengawasan
 - c. efektifitas
 - d. efisien dan efektif
6. Dampak/impack yang diharapkan dari manajemen pelayanan kesehatan adalah:
- a. Status kesehatan masyarakat
 - b. Kendali biaya dan mutu kesehatan
 - c. Menemukan kebutuhan masyarakat
 - d. Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat
7. Promosi kesehatan merupakan upaya – upaya untuk peningkatan:
- a. Derajat kesehatan masyarakat
 - b. Derajat kesehatan perorangan
 - c. Derajat kesehatan masyarakat dan perorangan
 - d. a, b, dan c semua benar
8. Badan yang mengontrol kualitas pekerjaan dokter gigi layanan primer berdasarkan mekanisme penjaminan mutu adalah:
- a. Menteri Kesehatan
 - b. BPJS Kesehatan
 - c. Health provider
 - d. Kepala Puskesmas
9. Pada dasarnya untuk memecahkan masalah kesehatan diperlukan:
- a. Evaluasi
 - b. Pengawasan
 - c. Komitmen politik
 - d. Gerakan massa
10. Prinsip lingkaran pemecahan masalah (*Problem solving cycle*) diperlukan dalam:
- a. Perencanaan program kesehatan
 - b. Petugas kesehatan
 - c. Pemberantasan karies gigi
 - d. Menyusun rencana kerja

Kunci Jawaban:

1. a
2. c
3. b
4. d
5. a
6. d
7. c
8. b
9. c
10. a

Umpan Balik

- : - Pelaksana tutorial diberikan umpan balik berupa form Evaluasi Dosen oleh Mahasiswa (EDOM) yang diisi oleh mahasiswa setelah pelaksanaan tutorial dan pleno berlangsung, sehingga terdapat evaluasi dari proses tutorial dan pleno.
- Mahasiswa juga diberikan umpan balik atau evaluasi dari Fasil (pemberi tutorial), berupa penilaian individu (keterampilan bertanya, menjawab pertanyaan, berpendapat, dan sikap respek, empat, serta support) dan juga penilaian presentasi oral per kelompok (penyajian materi PPT, penguasaan materi, gaya presentasi, serta sikap & perilaku).

MODUL ANALISIS LINGKUNGAN DAN MANAJEMEN KESEHATAN
ILMU KEDOKTERAN GIGI MASYARAKAT 2
SEMESTER GENAP 2019/2020

Deskripsi Blok : Blok ini merupakan blok yang memuat bahan kajian tentang ilmu kesehatan gigi masyarakat yang bertujuan agar mahasiswa memiliki kemampuan tentang Analisis Lingkungan, Manajemen Kesehatan, Manajemen Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut serta Sistem Informasi Rekam Medis

Kegiatan 8 : Perencanaan, Pengorganisasian dan Evaluasi Praktik Dokter Gigi
CPMK : Mampu menjelaskan tentang perencanaan strategi dokter gigi, jenis praktik dokter gigi, gaya kepemimpinan dalam praktik dokter gigi, pemasaran praktik dokter gigi, tenaga kesehatan praktik dokter gigi

CPL :

- Mampu menjelaskan tentang perencanaan strategi dokter gigi
- Mampu menjelaskan tentang jenis praktik dokter gigi
- Mampu menjelaskan gaya kepemimpinan dalam praktik dokter gigi
- Mampu menjelaskan pemasaran praktik dokter gigi
- Mampu menjelaskan tenaga kesehatan praktik dokter gigi

Uraian Materi :

A. PERENCANAAN STRATEGI

Pengertian Perencanaan Strategi

Menurut Kerzner Perencanaan Strategis (*Strategic Planning*) adalah sebuah alat manajemen yang digunakan untuk mengelola kondisi saat ini untuk melakukan proyeksi kondisi pada masa depan, sehingga rencana strategis adalah sebuah petunjuk yang dapat digunakan organisasi dari kondisi saat ini untuk mereka bekerja menuju 5 sampai 10 tahun ke depan.

Menurut Robert N. Anthony perencanaan strategis adalah proses memutuskan program-program yang akan dilaksanakan oleh organisasi dan perkiraan jumlah sumber daya yang akan dialokasikan ke setiap program selama beberapa tahun depan.

David (2005) menyatakan bahwa perencanaan terdiri atas semua aktivitas yang terkait dengan persiapan masa yang akan datang dan merupakan jembatan terpenting antara saat ini dan waktu yang akan datang.

Perencanaan strategis secara eksplisit berhubungan dengan manajemen perubahan. Hal ini telah menjadi hasil penelitian beberapa ahli (e.g., Ansoff, 1965; Anthony, 1965; Lorange, 1980; Steiner, 1979). Lorange (1980), menuliskan bahwa *strategic planning* adalah kegiatan yang mencakup serangkaian proses dari inovasi dan merubah perusahaan, sehingga apabila *strategic planning* tidak mendukung inovasi dan perubahan, maka itu adalah kegagalan.

Analisis SWOT

Analisis SWOT adalah alat sederhana untuk membantu strategi dalam membangun mengembangkan usaha. SWOT adalah singkatan dari:

- *Strength* (kekuatan): Kelebihan yang dimiliki sehingga mampu bersaing dengan competitor keandalan internal yang dalam kendali.
- *Weaknesses* (kelemahan): Faktor negatif berupa kekurangan yang mengurangi kekuatan sehingga kekurangan ini harus diperbaiki atau disempurnakan.
- *Opportunities* (peluang): Faktor eksternal dalam lingkungan usaha yang berkontribusi pada kesuksesan.
- *Treats* (Ancaman): Faktor eksternal yang tidak dapat dikendalikan yang menjadi rencana darurat dalam menangani masalah yang terjadi.

Analisis SWOT (*Strength, Weakness, Opportunity, dan Threat*) adalah salah satu jenis analisa yang cukup populer. Metode analisis ini cukup detail sehingga sering digunakan. Penting bagi suatu entitas/organisasi untuk memahami kelebihan dan kelemahan untuk mengidentifikasi peluang dan ancaman yang akan dihadapi. Hasil dari analisa digunakan dalam penyusunan perencanaan entitas/organisasi dan juga proses pengambilan keputusan untuk mencapai tujuan. BLUD sebagai suatu entitas/organisasi memiliki tujuan yang akan dicapai, sehingga penting untuk menentukan faktor internal dan eksternal untuk merumuskan strategi dan bagaimana pelaksanaan teknisnya.

Berikut adalah penjelasan mengenai analisis tersebut dengan BLUD RSUD Sambilegi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sambilegi sebagai contoh:

Lingkungan Internal

Kekuatan (*Strengths*)

Bagian kekuatan ini menjabarkan segala sesuatu yang menjadi kekuatan BLUD untuk dapat bersaing. Kekuatan tersebut dapat dijabarkan dengan membaginya menjadi beberapa kategori seperti berikut:

- ***Aspek Pelayanan***

1. Sudah tersedianya pelayanan kesehatan baik dari Pelaksana Pelayanan Medis dan Perawatan, yaitu rawat jalan, IGD, rawat inap dan penunjang intensif. Juga tersedianya penunjang medik dan pelaksana kedokteran yang terdiri dari radiologi, laboratorium dan UTD.
2. Terjadi peningkatan kunjungan dari tahun ke tahun baik dari pasien umum, BPJS atau pun kunjungan rawat jalan dan rawat inap.
3. Tingkat kepercayaan terhadap rumah sakit tidak hanya dari dalam kota saja namun juga datang dari luar Sambilegi.
4. RSUD Sambilegi menjadi rumah sakit rujukan dari daerah Sleman dan juga Sambilegi Selatan.

- ***Aspek SDM***

1. Pemimpin yang berkomitmen tinggi akan membawa perubahan baik untuk RSUD baik perubahan kinerja SDM atau pun Pelayanan Rumah Sakit.
2. SDM baik medis atau pun non medis ramah sehingga pelayanan terhadap pasien meningkat.
3. Jumlah SDM sebanyak 403 orang merupakan kekuatan yang baik untuk memaksimalkan pelayanan medik dan non medik di Rumah Sakit.

- ***Aspek Keuangan***

1. Mendapat sumber dana dari pemerintah berupa APBD di mana APBD ini dipecah menjadi 3 bantuan yaitu APBD murni, Dana Alokasi Khusus (DAK) dan juga OTSUS (Otonomi khusus) daerah Sambilegi.
2. Mendapat sumber dari pelayanan rumah sakit baik dari pasien umum, kerjasama dan penerimaan lain-lain yang diperbolehkan.

- ***Aspek Sarana dan Prasarana***

1. Sebagai Rumah Sakit kelas C namun sudah cukup memiliki sarana dan prasarana yang memadai.

2. Menjadi rujukan dari daerah lain yang disebabkan sarana dan prasarana yang lebih lengkap.
3. Masih membutuhkan sarana dan prasara lainnya untuk menunjang pelayanan dan hal ini sedang diupayakan mulai dari tahun 2017 dan seterusnya.

Kelemahan (*Weakneses*)

Selain mengungkapkan segala macam keunggulan, BLUD juga perlu mengungkapkan kelemahannya. Hal ini tidak terlepas dari sifat asli, yaitu pasti memiliki kelemahan. Kelemahan tersebut dapat dijabarkan di sini, akan tetapi tidak mengungkapkan kelemahan fatal perusahaan. Pengungkapan tersebut dapat diungkapkan pada bagian ini lengkap dengan rinciannya. Berikut adalah beberapa contoh pengungkapan kelemahan:

- ***Aspek Pelayanan***

1. Beberapa pelayanan masih ada yang dilaksanakan dibawah standar yang ada karena belum sesuai dengan SOP Pelayanan
2. Sistem pelayanan rumah sakit masih belum berjalan dengan baik seperti yang diharapkan
3. Dokter spesialis yang dimiliki masih terbatas sehingga beberapa pelayanan belum bisa terpenuhi sesuai kebutuhan
4. Pelayanan yang ada masih minim yang disebabkan terbatasnya kamar yang baru akan dikembangkan 200 kamar di 2018

- ***Aspek SDM***

1. SDM yang ada masih belum semuanya bisa memenuhi standar kepegawaian dan menjadikan standar tersebut sebagai budaya kerja.
2. Keterbatasan dokter spesialis yang ada membuat pelayanan belum maksimal dilakukan.
3. Kualitas kompetensi pelayanan pada tingkat pelaksana belum memenuhi standar yang ada.

- ***Aspek Keuangan***

1. Alokasi dari hasil perolehan pelayanan masyarakat umum belum maksimal terdistribusikannya
2. Anggaran yang ada masih terpusat berdasarkan skala prioritas.

- ***Aspek Sarana dan Prasarana***

1. Tanah yang luas namun belum tergarap dengan baik sehingga terlihat tata letak yang kurang kondusif baik bagi pengunjung atau pun pasien.
2. Masih minimnya kamar pelayanan yang dimiliki.
3. Pemeliharaan sarana dan prasarana masih belum optimal seperti yang diharapkan.

Lingkungan Eksternal

Peluang (*Opportunities*)

Peluang perlu dicantumkan untuk melihat peluang yang muncul dari luar perusahaan yang mungkin dapat mengembangkan perusahaan. Dalam bagian peluang ini diuraikan tentang aspek pelayanan, SDM, keuangan, dan sarpras. Berikut contoh dari masing-masing aspek:

- ***Aspek Pelayanan***

1. Rumah sakit Sambilegi sebagai rumah sakit rujukan dari tiga daerah lainnya, yaitu Sambilegi Sleman, Pak Pak Barat dan Sambilegi Selatan.
2. Meningkatnya kepercayaan dari masyarakat dengan ditunjukkanya peningkatan layanan baik rawat jalan dan rawat inap di 2016 sejumlah 26,814 dari yang sebelumnya tahun 2015 hanya sejumlah 20,122 kunjungan.
3. Lokasi yang mudah dicapai, ada di daerah kota Sambilegi.
4. Meningkatkan kerjasama dengan BPJS, Pemerintah dan juga pihak swasta untuk menambah penerimaan lain-lain rumah sakit yang nantinya akan memperbaiki layanan rumah sakit

- ***Aspek SDM***

1. Tersedianya sumber daya manusia untuk dijadikan pegawai di rumah sakit menilik kebutuhan rumah sakit terhadap tenaga kerja nantinya meningkat.
2. Optimisme SDM akan terpenuhi dilihat dari respon pemerintah daerah yang baik dengan menyekolahkan beberapa dokter spesialis untuk RSUD Sambilegi.

- ***Aspek Keuangan***

1. Mencari kerjasama dengan pihak ketiga sebagai upaya peningkatan pelayanan rumah sakit, baik kerjasama yang langsung berhubungan dengan pelayanan utama atau pun layanan penunjang.
2. Adanya ketertarikan dari laboratorium pihak ketiga yang ingin bekerjasama.
3. Mendapatkan bantuan dan atau pun sarana dan prasarana dari luar rumah sakit dan pemerintah.

- ***Aspek Sarana dan Prasarana***

1. Adanya dukungan dari pemerintah merupakan berita baik untuk rumah sakit karena dapat melakukan pembangunan untuk menunjang pelayanan yang ada.
2. Dukungan yang ada juga dapat meningkatkan pengadaan sarpras yang belum ada di rumah sakit.

Ancaman (*Threats*)

Bagian ini menjabarkan mengenai ancaman-ancaman yang ada dari luar BLUD. ancaman tersebut perlu dianalisis dan diungkapkan untuk mencegah gangguan kegiatan operasional BLUD. Ancaman dapat dikategorikan menjadi beberapa aspek seperti pelayanan, SDM, keuangan, dan sarpras. Berikut contoh dari masing-masing aspek:

- ***Aspek Pelayanan***

1. Meningkatkan keinginan masyarakat untuk pelayanan yang cepat dan puas.
2. Masyarakat semakin kritis terhadap perubahan pelayanan yang ada, yang menginginkan adanya pembenahan setiap waktu.

- ***Aspek SDM***

1. Adanya pembatasan jumlah pegawai melalui jalur PNS oleh aturan yang terkait.
2. Adanya pembatasan untuk tenaga dokter yang praktik 3 tempat kerja praktik sekaligus.

- ***Aspek Keuangan***

1. Adanya penurunan dari tahun ke tahun untuk dana otonomi khusus daerah Sambilegi.
2. Akan adanya biaya yang meningkat seiring dengan penambahan pegawai di tahun yang akan datang.

- ***Aspek Sarana dan Prasarana***

1. Adanya standar kelengkapan untuk memenuhi syarat akreditasi rumah sakit.
2. Akses menuju rumah sakit Sambilegi bagi masyarakat pedesaan masih jauh untuk ditempuh.

Strategi Pengembangan

Pelaksanaan strategi sebaiknya dilakukan secara kontinyu dan menjadi faktor penting yang berkontribusi optimal dalam umpan balik untuk pengembangan rencana masa depan apapun meskipun perencanaan strategi merupakan proses yang dinamis melalui analisis SWOT, identifikasi strategi dapat dimulai. Pemanfaatan informasi dan hasil pengkajian analisis SWOT mengidentifikasi strategi khusus yang mungkin layak dicoba berguna dalam mengembangkan organisasi atau melindungi area kekuatan saat ini. Setelah Identifikasi didapatkan, maka strategi dimaksud dipersempit hingga mencapai jumlah yang dikelola dengan mudah melalui seleksi dan prioritas serta penerapan rencana taktis segera disusun. Pengembangan perencanaan strategis perlu umpan balik sebagai proses yang dinamis dan berkelanjutan.

B. GAYA KEPEMIMPINAN DALAM PRAKTIK DOKTER GIGI

Gaya Kepemimpinan Rumah Sakit.

Koteen (1997) menyatakan bahwa peran pemimpin saat ini yaitu sebagai:

- (1) arsitek penyusunan visi organisasi,
- (2) pembentuk budaya organisasi dari nilai-nilai yang ada,
- (3) pemimpin dalam mengembangkan manajemen strategis,
- (4) pengamat untuk memahami lingkungan,
- (5) penggerak penggalan sumber biaya, dan
- (6) penjamin mutu tinggi dalam kinerja.

Di samping itu, apabila terjadi kemacetan dalam perkembangan organisasi seorang pemimpin harus berperan sebagai penggerak agar suasana kerja dapat bergairah untuk berubah. Direktur rumah sakit sebagai pemimpin lembaga merupakan pihak yang bertanggung jawab dalam usaha pengembangan lembaga secara strategis. Pengembangan organisasi tidak akan berjalan tanpa ada usaha direktur dan seluruh staf. Hal itu perlu disadari semua pihak. Dalam era lingkungan yang dinamis, bukan saatnya lagi para direktur menunggu petunjuk pelaksanaan dari atasan atau pemilik rumah sakit.

Direktur rumah sakit saat ini harus memahami perkembangan lingkungan yang ada. Ia harus siap mendapat tekanan dari berbagai pihak, masyarakat, pemilik rumah sakit, pasien, dan staf di dalam rumah sakit itu sendiri. Dalam keadaan ini direktur rumah sakit sebenarnya menjadi pemimpin strategis. Ia harus melakukan keputusan manajemen strategis yang harus dilaksanakan dan dievaluasi oleh lembaga. Hal ini dilakukan dengan bantuan berbagai piranti manajemen, kelompok-kelompok kerja, pertemuan-pertemuan, dan adanya rencana strategis. Dengan menggunakan konsep Koteen, para direktur rumah sakit mempunyai peran besar dalam penyusunan rencana strategis.

Peran sebagai arsitek penyusunan visi organisasi merupakan hal menantang bagi seorang direktur rumah sakit. Dalam hal ini ada contoh direktur rumah sakit yang selalu berusaha untuk bertanya ke diri sendiri dan organisasinya. Dalam keadaan lingkungan apa sekarang ini, ke mana kita ingin menuju, bagaimana kita akan mencapai tujuan, perubahan apa yang kita perlukan, untuk siapa perubahan ini. Itulah pertanyaan-pertanyaan yang sering muncul dan pantas ada dalam benak seorang direktur. Akan tetapi, ada pula direktur yang praktis menyerupai seorang kepala kantor. Ia tidak mempunyai pandangan mengenai masa depan dan tidak peduli pada perubahan lingkungan. Perlu dicermati bahwa kemampuan berpikir, menafsirkan perubahan lingkungan, dan

bertindak sebagai arsitek penyusunan visi memang bukan merupakan bagian dari budaya kerja pegawai negeri.

Oleh karena itu, cara berpikir untuk berperan sebagai arsitek penyusun visi perlu ditanamkan dan membutuhkan berbagai prasyarat, termasuk otonomi manajemen rumah sakit. Peran pembentuk budaya organisasi dari nilai-nilai yang ada merupakan peranan yang sulit dilakukan khususnya pada rumah sakit dengan sumber daya manusia antar kelompok tidak mempunyai visi yang sama. Sebagaimana diketahui rumah sakit terdiri dari berbagai sumber daya manusia dengan tingkat pendidikan yang sangat bervariasi. Tingkat pendidikan yang dimulai dari pendidikan rendah hingga pendidikan tertinggi dengan pengalaman internasional. Budaya organisasi di rumah sakit harus mampu dibentuk untuk menggalang nilai-nilai kerja dan komitmen berbagai unsur sumber daya manusia di rumah sakit. Hal ini kemudian digunakan untuk menggalang kultur organisasi rumah sakit. Peran ini membutuhkan ketrampilan khusus, terutama komunikasi interpersonal.

Proses penyusunan rencana strategis bukan sebuah proses yang dibuat sendiri oleh direktur. Sejak awal, proses ini sebaiknya melibatkan berbagai stakeholders di rumah sakit. Dalam hal ini peran direktur sebagai pemimpin akan diuji. Direktur harus mampu berkomunikasi dengan pemilik rumah sakit, konsultan yang membantu proses penyusunan, pihak-pihak luar terkait, dan tentu saja dengan berbagai kelompok sumber daya manusia di dalam rumah sakit itu sendiri. Setelah perencanaan strategis, aplikasi manajemen strategis merupakan sistem yang kompleks dengan beberapa ketersediaan data yang baik dan cepat analisisnya terpenuhi, sistem informasi dan proses pengambilan keputusan yang baik.

Pemimpin dalam rumah sakit harus mampu berperan sebagai motor penggerak utama agar sistem manajemen strategis dapat berjalan. Direktur rumah sakit merupakan pemimpin organisasi yang bertugas ke dalam dan keluar. Dalam perannya sebagai pemimpin, seorang direktur diharapkan mampu melihat dan menafsirkan perubahan lingkungan dan membina hubungan dengan pihak luar. Peran ini membutuhkan kemampuan untuk mengatur kegiatan-kegiatan dan waktu agar terjadi keseimbangan antara kegiatan di luar organisasi dengan di dalam organisasi.

Sebuah kasus menarik berikut ini yaitu seorang direktur rumah sakit yang terlalu banyak menggunakan waktunya untuk *lobbying* di luar sehingga sumber daya manusia di dalam rumah sakit menilai pemimpinnya tidak memperhatikan masalah di dalam. Akhirnya, terjadi jurang pemisah antara direktur dengan stafnya. Saat sumber daya untuk kegiatan rumah sakit dibutuhkan, maka peran pemimpin untuk menggerakkan penggalan sumber dana menjadi sangat penting. Dalam hal ini direktur harus mampu melihat bagaimana dampak kekurangan sumber daya

keuangan terhadap kinerja. Selanjutnya ia akan mencari berbagai macam cara agar diperoleh penggalan sumber biaya baru.

Dalam konteks rumah sakit pemerintah, kemampuan untuk mendeteksi sumber biaya bagi rumah sakit tergantung dari kemampuan analisis direktur terhadap lingkungan luar rumah sakit. Pada suatu wilayah dengan kemampuan ekonomi masyarakat yang kuat, seorang direktur harus mampu menggerakkan sumber biaya dari masyarakat dalam bentuk pembayaran atas tarif rumah sakit. Dapat pula dilakukan penggalan dana-dana kemanusiaan dari masyarakat. Sedangkan apabila berada pada lingkungan yang lemah secara ekonomi, maka berbagai alternatif penggerakan sumber daya perlu dipikirkan dengan cara tersendiri. Dalam hal ini hubungan baik dengan anggota DPRD dan pihak pemerintah pusat perlu dijaga untuk mengatasi masalah kekurangan sumber biaya.

Direktur rumah sakit sebaiknya juga mampu berperan sebagai penjamin agar kinerja rumah sakit yang dipimpinnya bermutu tinggi. Rumah sakit merupakan lembaga yang mempunyai risiko untuk melakukan kesalahan dalam kegiatannya. Oleh karena itu, direktur rumah sakit diharapkan mampu menyusun sistem perencanaan, pelaksanaan, dan kontrol agar mutu pelayanan dapat meningkat. Disamping itu, apabila terjadi kemacetan dalam perkembangan organisasi, seorang pemimpin harus berperan sebagai penggerak agar suasana kerja dapat bergairah untuk perubahan.

Secara khusus peran pemimpin dalam proses perencanaan strategis adalah:

1. menggerakkan komitmen seluruh kelompok sumber daya manusia untuk memahami pentingnya perencanaan,
2. merencanakan proses perencanaan strategis,
3. menjadi penanggung jawab utama proses perencanaan strategis termasuk perumusan strategisnya.
4. memimpin pelaksanaan rencana strategis termasuk mengkoordinasi pelaksanaan berbagai subsistem di rumah sakit.
5. melakukan penilaian dan pengendalian kinerja.

Kegagalan pemimpin untuk menggerakkan komitmen perencanaan, akan mempengaruhi proses perencanaan selanjutnya sehingga menjadi kurang bermakna. Hal itu mungkin dapat dipahami bersama. Kemampuan direktur menggalang komitmen merupakan hal penting sebelum meneruskan proses perencanaan strategis. Sebuah kasus pada sebuah rumah sakit memperlihatkan bahwa proses penyusunan rencana strategis yang dibantu oleh seorang konsultan dihentikan. Hal ini karena konsultan menilai bahwa direktur tidak mampu menggalang komitmen bahkan direktur

itu sendiri menjadi bagian dari permasalahan. Dalam diri direktur dinilai tidak terlihat kepemimpinan. Konsultan yang berusaha bekerja baik menilai bahwa sebelum terjadi perbaikan dalam diri direktur maka program penyusunan rencana strategis akan gagal. Oleh karena itu, proses penyusunan dihentikan untuk menghindari pemborosan waktu dan sumber daya. Oleh konsultan disarankan agar direktur melakukan perbaikan kepemimpinan terlebih dahulu.

Peranan direktur sebagai pemimpin dalam rumah sakit menjadi sentral sehingga perlu menerapkan gaya kepemimpinan dalam pencapaian tujuan dengan efektif dan efisien. Beberapa gaya kepemimpinan yang dikembangkan oleh McConnell 2003, Schaeffer 2002 dan Goleman 2000 yang tepat digunakan pada tenaga pelayanan kesehatan tertentu bergantung pada tingkat pendidikan, pelatihan, kompetensi, motivasi, pengalaman dan kebutuhan pribadi serta lingkungan kerja.

Beberapa gaya kepemimpinan, adalah sebagai berikut:

- **Kepemimpinan *Koersif* (memaksa)**
Menuntut dan berdasarkan kekuasaan yang dimiliki sebaiknya jangan sering dilakukan karena selalu mendapatkan respon yang tidak diinginkan dari bawahannya kecuali bawahan yang memiliki banyak masalah dan dalam situasi darurat yang cukup lama.
- **Kepemimpinan *Partisipatif* (keikutsertaan)**
Banyak tenaga layanan kesehatan yang telah memiliki keahlian khusus karena terlatih dan mengenal dengan baik bidang keahlian mereka sehingga pemimpin perlu masukan dari bawahan dan pengambilan keputusan secara bersama.
- **Kepemimpinan *Pacesetting* (menentukan langkah)**
Menentukan standar tinggi kinerja untuk bawahannya yang memiliki kompetensi dan motivasi yang tinggi.
- **Kepemimpinan *Coaching* (membimbing)**
Berfokus kepada pengembangan diri karyawannya bukan tugas-tugas yang diberikan pada umumnya diterapkan pada bawahan yang dapat dipercaya dan telah membuktikan kompetensinya.

C. PEMASARAN PRAKTIK DOKTER GIGI

Pengertian Pemasaran

Pemasaran adalah suatu perencanaan, implementasi dan kontrol terhadap program yang telah dirancang guna meningkatkan penjualan jasa kesehatan yang disediakan dan nantinya menghasilkan keuntungan atau laba sesuai harapan manajemen.

Segmentasi Pasar Rumah Sakit

Menurut para ahli pemasaran, segmentasi pasar rumah sakit adalah suatu proses mengelompokkan pasar (pasien rumah sakit) yang nantinya berguna untuk menentukan pasar sasaran (target). Ada umumnya kegiatan pemasaran berkaitan dengan koordinasi beberapa kegiatan bisnis. Strategi pemasaran ini dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut:

1. Faktor mikro, yaitu perantara pemasaran, pemasok, pesaing dan masyarakat.
2. Faktor makro, yaitu demografi/ekonomi, politik/hukum, teknologi/fisik dan sosial/budaya.

Berikut ini adalah hal-hal yang perlu diperhatikan untuk pemasaran (dari sudut pandang penjual):

1. Tempat yang strategis (place)
2. Produk yang bermutu (product),
3. Harga yang kompetitif (price), dan
4. Promosi yang gencar (promotion).

Dari sudut pandang Konsumen:

1. Kebutuhan dan keinginan konsumen (customer needs and wants),
2. Biaya konsumen (cost to the customer),
3. Kenyamanan (convenience)
4. Komunikasi (communication).

Strategi Pemasaran Rumah Sakit

Menurut para ahli pemasaran, strategi pemasaran rumah sakit dapat dilakukan dengan tiga tahapan sebagai berikut:

1. Memilih konsumen yang dituju (target)
2. Mengidentifikasi keinginan konsumen.
3. Menentukan bauran pemasaran (marketing mix)

Proses Penyusunan Strategi Pemasaran Rumah Sakit

Menurut para ahli pemasaran, proses penyusunan strategi pemasaran rumah sakit dapat dilakukan dengan tiga tahapan sebagai berikut:

1. Analisis strategi pemasaran
2. Respon pasar terhadap produk.
3. Riset strategi pemasaran

Pilihan Strategi Pemasaran Rumah Sakit

Menurut para ahli pemasaran, pilihan strategi pemasaran rumah sakit dapat dilakukan dengan menggunakan analisis SWOT. Analisis SWOT merupakan salah satu metode analisis yang digunakan sebelum membuat strategi pemasaran, dimana dengan menggunakan analisis *Strenght*, *Weakness*, *Opportunity* dan *Threat* (SWOT) nantinya akan diketahui faktor yang mempengaruhi baik yang berasal dari dalam rumah sakit (intern) maupun dari luar rumah sakit (eksternal).

D. JENIS-JENIS PRAKTIK DOKTER GIGI

Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialisik. Jenis-jenis praktik Dokter Gigi terdiri dari **Klinik Pratama dan Utama**.

Klinik Pratama

- Menyelenggarakan pelayanan medik dasar baik umum maupun khusus
- Melakukan tindakan hanya bedah kecil (minor) tanpa anastesi umum dan/atau spinal
- Tenaga medis paling sedikit terdiri dari 2 orang dokter dan/atau dokter gigi sebagai pemberi pelayanan

Klinik Utama

- Menyelenggarakan pelayanan medik spesialisik atau pelayanan medik dasar dan spesialisik
- Melakukan tindakan bedah dengan resiko rendah
- Tenaga medis pelayanan kedokteran umum paling sedikit terdiri dari 1 orang dokter spesialis dan 1 orang dokter sebagai pemberi pelayanan
- Tenaga medis pelayanan kedokteran gigi paling sedikit terdiri dari 1 orang dokter gigi spesialis dan 1 orang dokter gigi
- Dapat melakukan tindakan bedah, kecuali tindakan bedah yang :
 - A. menggunakan anastesi umum dengan inhalasi dan/atau spinal
 - B. operasi sedang yang beresiko tinggi

C. operasi besar

Bangunan Klinik paling sedikit terdiri atas

- Ruang pendaftaran/ruang tunggu
- Ruang konsultasi
- Ruang administrasi
- Ruang obat dan bahan habis pakai untuk klinik yang melaksanakan pelayanan farmasi
- Ruang tindakan
- Ruang ASI
- Kamar mandi/wc
- Ruang lainnya sesuai kebutuhan pelayanan

Klinik Rawat inap harus memiliki:

- Ruang rawat inap yang memenuhi persyaratan dan jumlah tempat tidur paling sedikit 5 (lima) buah dan paling banyak 10 (sepuluh) buah
- Ruang farmasi
- Ruang laboratorium
- Ruang dapur

Prasarana Klinik meliputi:

- Instalasi sanitasi
- Instalasi listrik
- Pencegahan dan penanggulangan kebakaran
- Ambulans, khusus untuk klinik yang menyelenggarakan rawat inap
- Sistem gas medis
- Sistem tata udara
- Sistem pencahayaan
- Prasarana lainnya sesuai kebutuhan
- Izin Klinik
- Izin mendirikan diberikan oleh pemerintah daerah Kabupaten/kota
- Izin operasional diberikan oleh pemerintah daerah Kabupaten/Kota atau kepala dinas kesehatan Kabupaten/Kota

Penanggungjawab teknis klinik harus seorang tenaga medis yang memiliki Surat Izin Praktik (SIP) di Klinik tersebut, dan dapat merangkap sebagai pemberi pelayanan.

- Tenaga Medis hanya dapat menjadi penanggungjawab teknis pada 1 (satu) klinik

- Ketenagaan klinik rawat jalan terdiri atas tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan lain, tenaga non kesehatan sesuai dengan kebutuhan
- Ketenagaan klinik rawat inap terdiri atas tenaga medis, tenaga kefarmasian, tenaga keperawatan, tenaga gizi, tenaga analis kesehatan, tenaga kesehatan lain dan tenaga non kesehatan sesuai kebutuhan.
- Klinik menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
- Pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dalam bentuk rawat jalan dan inap, pelayanan 1 hari (*one day care*) dan/atau *home care*
- Pelayanan *One Day Care*
merupakan pelayanan yang dilakukan untuk pasien yang sudah ditegakkan diagnosis secara definitif dan perlu mendapat tindakan atau perawatan semi intensif (observasi) setelah 6 (enam) jam sampai 24 jam
- Pelayanan *Home Care*
Merupakan bagian atau lanjutan dari pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan dampak penyakit.
- Klinik rawat inap hanya dapat memberikan pelayanan rawat inap paling lama 5 (lima) hari, apabila lebih maka pasien harus secara terencana dirujuk ke rumah sakit

Konsep Pelayanan Dokter Gigi Primer dan Keluarga

Pelayanan kesehatan tingkat Primer meliputi pelayanan kesehatan yang diberikan oleh dokter atau dokter gigi di puskesmas, tempat praktik perorangan serta klinik umum dan termasuk diantaranya adalah dokter keluarga. Kebijakan Pelayanan Dokter Gigi Keluarga diatur dalam Keputusan MenKes RI No.1415/MENKES/SK/X/2005. Pengertian Dokter Gigi Keluarga adalah Dokter Gigi yang mampu menyelenggarakan pelayanan kesehatan gigi yang berorientasi pada komunitas dengan keluarga sebagai sasaran utama dan memandang individu-individu baik yang sakit maupun sehat sebagai bagian dari unit keluarga serta komunitasnya.

Dalam melaksanakan tugasnya Dokter Gigi Keluarga merupakan kontak pertama yang harus proaktif memecahkan masalah kesehatan gigi dan mulut keluarga sesuai asuhan pelayanan kedokteran gigi dasar. Layanan dokter gigi keluarga yang diberikan seharusnya terjaga mutunya

dengan mengutamakan pendekatan promotif dan preventif serta menerapkan ilmu pengetahuan kedokteran gigi mutakhir secara rasional dengan memperhatikan sistim rujukan.

Pendekatan pencegahan primer yang menekankan pada pemeliharaan, peningkatan dan perlindungan kesehatan gigi dan mulut didukung deteksi dini, pelayanan medik gigi dasar prima, merupakan prinsip dasar pelayanan kedokteran gigi keluarga. Keluarga diberdayakan dan berperan sebagai subyek menuju kesehatan gigi dan mulut yang optimal bagi semua.

E. TENAGA KESEHATAN PRAKTIK DOKTER GIGI

Tugas Pokok dan Fungsi

Tugas pokok Dokter Gigi

memberikan pelayanan kesehatan gigi dan mulut meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, serta membina peran serta masyarakat dalam rangka kemandirian di bidang kesehatan gigi dan mulut kepada masyarakat.

Fungsi Dokter Gigi

Melaksanakan perawatan dan pengobatan kesehatan gigi dan mulut

Hak dan Kewajiban Dokter atau Dokter Gigi

Hak dan Kewajiban Dokter/Dokter Gigi diatur dalam UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 29 TAHUN 2004 tentang PRAKTIK KEDOKTERAN:

Pasal 50

Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai hak:

- memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
- memberikan pelayanan medis menurut standar profesi dan standar prosedur operasional;
- memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien atau keluarganya; dan
- menerima imbalan jasa.

Pasal 51

Dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban:

- a. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
- b. merujuk pasien ke dokter atau dokter gigi lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan;
- c. merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia;

- d. melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukannya; dan
- e. menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi

Latihan :

1. Sebuah kasus pada sebuah rumah sakit memperlihatkan bahwa proses penyusunan rencana strategis yang dibantu oleh seorang konsultan dihentikan, rumah sakit ini memiliki tenaga SDM yang baik tetapi tidak ada kemajuan dalam perkembangan rumah sakit tersebut, direktur rumah sakit ini pernah menjabat wakil direktur pada rumah sakit lain yang baik dan maju.

Jelaskan peran yang seharusnya dilakukan oleh direktur rumah sakit tersebut dan gaya kepemimpinan yang paling cocok!

Jawaban:

Peran Khusus pemimpin dalam proses perencanaan strategis adalah:

1. menggerakkan komitmen seluruh kelompok sumber daya manusia untuk memahami pentingnya perencanaan,
2. merencanakan proses perencanaan strategis,
3. menjadi penanggung jawab utama proses perencanaan strategis termasuk perumusan strategisnya.
4. memimpin pelaksanaan rencana strategis termasuk mengkoordinasi pelaksanaan berbagai subsistem di rumah sakit.
5. melakukan penilaian dan pengendalian kinerja.

Gaya kepemimpinan yang cocok adalah Kepemimpinan Pacesetter (menentukan langkah), yaitu menentukan standar tinggi kinerja untuk bawahannya yang memiliki kompetensi dan motivasi yang tinggi.

2. Pada suatu kasus pasien laki-laki usia 25 tahun datang ke RSGM dengan keluhan pipi bengkak, gigi belakang kanan bawah berlubang, goyang dan sakit, minum obat nyeri dan penurun tekanan darah, pemeriksaan umum pasien memiliki tekanan darah 90/160 mmHg memaksa hari itu juga segera dicabut.

Apakah yang menjadi hak dan kewajiban seorang dokter gigi dalam kasus tersebut!

Jawaban:

Dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai hak:

1. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
2. memberikan pelayanan medis menurut standar profesi dan standar prosedur operasional;
3. memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien atau keluarganya; dan
4. menerima imbalan jasa.

Dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban:

1. memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
2. merujuk pasien ke dokter yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan;
3. merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan apabila setelah pasien itu meninggal dunia.

Rangkuman :

Perencanaan Strategis yang efektif merupakan unsur vital dalam keberhasilan organisasi pelayanan kesehatan dewasa ini. Perencanaan Strategis bersifat dinamis sehingga sangat diperlukan umpan balik sebagai proses yang berkelanjutan melalui program-program pelaksanaan kerja yang inovatif untuk mendukung perubahan kekinian di masa mendatang.

Alat bantu dalam Perencanaan Strategis salah satunya menggunakan analisis SWOT, penilaian secara internal meliputi lingkungan eksternal dan internal.

Kepemimpinan menekankan pada sifat dinamis perencanaan, bukan sifat statis, motor penggerak dan motivasi dalam pencapaian tujuan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien.

Pemasaran adalah suatu perencanaan, implementasi dan kontrol terhadap program yang telah dirancang guna meningkatkan penjualan jasa kesehatan yang disediakan dan nantinya menghasilkan keuntungan atau laba sesuai harapan manajemen.

Segmentasi dalam pemasaran diperlukan dalam menyusun strategi pemasaran yang bertujuan pencapaian efektivitas dan efisien pemasaran guna menarik konsumen jasa pelayanan kesehatan.

Strategi Pemasaran bukan sekedar menarik konsumen sebanyak-banyaknya tetapi lebih menekankan kepuasan konsumen terhadap produk pelayanan kesehatan.

Jenis praktik dokter gigi di klinik terdiri dari klinik mandiri pratama dan utama yang dibedakan berdasarkan ketersediaan pelayanan kesehatan, sumber daya manusia dan jenis tindakan yang dilakukan. Praktik Dokter Gigi juga terikat pada tugas pokok dan fungsinya dalam melakukan pelayanan kesehatan sesuai aturan yang berlaku.

Daftar Pustaka :

1. Kaplan, R., & Norton, D. (1996). The balanced scorecard; translating strategy into action.
2. Sharon B.Buchbinder, RN, PhD Penerbit Buku Kedokteran EGC cetakan 2014 Alih Bahasa Palupi Widyastuti, SKM. Buku Ajar MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN
3. Lena Ellitan, Ph.D. lina Anatan, M. Si.,Penerbit Alfabeta, Bandung 2007. SISTEM INFORMASI MANAJEMEN Konsep dan Praktis.
4. R.Matindas, Penerbit PT. Pustaka Utama Grafiti Cetakan Kedua, 2002. Manajemen SDM lewat Konsep AKU
5. Dr. Bambang Hartono, SKM, MSc.,MM. Penerbit PT. Rineka Cipta, Cetakan Pertama 2010. MANAJEMEN PEMASARAN UNTUK RUMAH SAKIT
6. Drs.h. Malayu S.P. Hasibuan, Penerbit PT. Bumi Aksara Cetakan Kedua Belas 2016 Edisi Revisi. MANAJEMEN : Dasar, Pengertian dan Masalah
7. Siagian. 2010. Teori dan Praktek Kepemimpinan. Jakarta
8. Notoadmojo S. 2007. Pengembangan Sumber Daya Manusia. Rineka Cipta: Jakarta
9. Rangkuti, Freddy. SWOT Balanced Scorecard: Teknik Menyusun Strategi Korporat yang Efektif plus Cara Mengelola Kinerja dan Risik. Jakarta:Gramedia. 2011.
10. Rhivai, Veithzal et.al. Corporate Performance Management dari Teori ke Praktik.Jakarta: Ghalia Indonesia. 2011.

11. PERMENKES No. 001 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan
12. PERMENKES No. 74 tahun 2015 tentang Upaya Peningkatan Kesehatan dan Pencegahan Penyakit
13. UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 29 TAHUN 2004 tentang PRAKTIK KEDOKTERAN :
14. PERMENKES No 1415/MENKES/SK/X/2005. TENTANG. KEBIJAKAN PELAYANAN KEDOKTERAN GIGI KELUARGA.
15. PERMENKES No.9 tahun 2014 tentang Klinik.
16. Contoh SWOT di BLUD RSUD Sambilegi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sambilegi. Diambil pada tanggal 5 Februari 2020. Pk.12.45 WIB dari <http://blud.co.id/wp/2018/09/analisis-swot-strength-weakness-opportunity-dan-threat/>

Tugas :

Buatlah satu contoh analisis SWOT pada rumah sakit yang berbeda dari masing-masing kelompok!

Tes Formatif :

Soal:

1. Rumah Sakit juga membutuhkan suatu Perencanaan Strategi. Manakah yang paling benar Perencanaan Strategi adalah:
 1. Menurut Kerzner adalah Proses memutuskan program-program yang akan dilaksanakan
 2. Menurut Robert N Anthony adalah kegiatan mencakup serangkaian proses dan inovasi
 3. Menurut Kerzner adalah alat management mengelola kondisi saat ini untuk proyeksi masa depan
 4. Menurut Robertn N Anthony adalah semua aktivitas terkait persiapan masa depan dan jembatan saat ini dan saat mendatang
 5. Menurut David (2005) perkiraan jumlah sumber daya yang akan dilokasikan setiap program tahun depan

2. Apabila sebuah rumah Sakit tidak dapat mempertahankan akreditasinya, dalam analisa

SWOT pada analisa:

1. Strength
2. Weaknesses
3. Opportunities
4. Treats
5. Treatment

3. Rumah Sakit di sekitar Rumah Sakit yang lain dan letaknya berdekatan dalam analisis SWOT pada analisa:

1. Strength
2. Weaknesses
3. Opportunities
4. Treats
5. Treatment

4. Tersedianya sumber daya manusia untuk dijadikan pegawai rumah sakit menilik kebutuhan rumah sakit terhadap tenaga kerja nantinya meningkat adalah analisis SWOT pada analisis:

1. Strength
2. Weaknesses
3. Opportunities
4. Treats
5. Treatment

5. SOP (*Standart Operating Procedures*) peran pemimpin (kotee,1997) diperlukan sebagai:

1. Arsitek penyusun visi organisasi
2. Pemimpin dalam mengembangkan manajemen strategis
3. Pengamat untuk memahami lingkungan
4. Pembentuk budaya organisasi dari nilai-nilai yang ada
5. Penjamin mutu tinggi dalam kinerja

6. Pemimpin pada suatu Rumah Sakit yang memberikan peluang bagi SDMnya menjadi Konsultan bagi Rumah Sakit lain pada umumnya Pemimpin yang memiliki gaya kepemimpinan:

1. Ditaktor
2. Koersif
3. Partisipatif
4. Pacesetting
5. Coaching

7. Suatu Rumah sakit mencari informasi tentang umur pasien, jenis kelamin pasien, pekerjaan pasien, dan jarak yang ditempuh pasien ke rumah sakit. Kegiatan Rumah Sakit ini adalah kegiatan:

1. Menentukan target pasar
2. Mengelompokkan pasar
3. Mengidentifikasi pasar
4. Mencari pasar
5. Merencanakan pasar

8. Klinik utama kedokteran umum dan gigi memiliki:

1. 2 dokter spesialis, 1 dokter umum dan 1 dokter gigi
2. 2 dokter spesialis dan 2 dokter spesialis gigi
3. 2 dokter spesialis, 1 dokter umum dan 2 dokter spesialis gigi
4. 2 dokter spesialis dan 2 dokter spesialis gigi, 1 dokter gigi
5. 1 dokter spesialis dan umum serta 1 dokter spesialis gigi, 1 dokter gigi

9. Pasien Laki-laki berusia 19 tahun datang ke RSGM di diagnosis eruptio defisilis dan dilakukan tindakan odontektomi. Paska tindakan tersebut sebaiknya dilakukan pelayanan pada RSGM adalah pelayanan:

1. Rawat Inap
2. Rawat Jalan
3. One Day Care
4. Home Care
5. Obsevasi

10. Dokter/Dokter Gigi memiliki hak sekaligus kewajiban yang diatur dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran adalah:

1. Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional
2. Memberikan pelayanan medis menurut standar prosedur operasional
3. Memperoleh informasi yang lengkap dan jujur dari pasien atau keluarganya
4. Menerima imbalan jasa
5. Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal

Kunci Jawaban:

1. 3
2. 4
3. 3
4. 3
5. 5
6. 5
7. 2
8. 5
9. 3
10. 2

Umpan Balik :

- Pelaksana tutorial diberikan umpan balik berupa form Evaluasi Dosen Oleh Mahasiswa (EDOM) yang diisi oleh mahasiswa setelah pelaksanaan tutorial dan pleno berlangsung, sehingga terdapat evaluasi dari proses tutorial dan pleno.
- Mahasiswa juga diberikan umpan balik atau evaluasi dari Fasil (pemberi tutorial), berupa penilaian individu (keterampilan bertanya, menjawab pertanyaan, berpendapat, dan sikap respek, empat, serta support) dan juga penilaian presentasi oral per kelompok (penyajian materi PPT, penguasaan materi, gaya presentasi, serta sikap & perilaku).

MODUL ANALISIS LINGKUNGAN DAN MANAJEMEN KESEHATAN
ILMU KEDOKTERAN GIGI MASYARAKAT 2
SEMESTER GENAP 2019/2020

Deskripsi Blok : Blok ini merupakan blok yang memuat bahan kajian tentang ilmu kesehatan gigi masyarakat yang bertujuan agar mahasiswa memiliki kemampuan tentang Analisis Lingkungan, Manajemen Kesehatan, Manajemen Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut serta Sistem Informasi Rekam Medis

Kegiatan 9 : Sistem Pembiayaan Kesehatan

CPMK : Mampu menjelaskan tentang Sistem Pembiayaan Kesehatan

CPL :

- Mampu menjelaskan tentang sistem pembiayaan kesehatan (pengertian biaya kesehatan dan sumber pembiayaan kesehatan)
- pembiayaan praktik dokter gigi (cara penetapan tarif, cara perhitungan unit cost pelayanan kesehatan gigi dan sistem pembayaran kepada provider seperti kapitasi dan INA CBGs)

Uraian Materi :

I. SISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN

Pelayanan kesehatan masyarakat pada prinsipnya mengutamakan pelayanan kesehatan promotif dan preventif. Pelayanan promotif adalah upaya meningkatkan kesehatan masyarakat ke arah yang lebih baik lagi dan yang preventif mencegah agar masyarakat tidak jatuh sakit agar terhindar dari penyakit. Sebab itu pelayanan kesehatan masyarakat itu tidak hanya tertuju pada pengobatan individu yang sedang sakit saja, tetapi yang lebih penting adalah upaya-upaya pencegahan (*preventif*) dan peningkatan kesehatan (*promotif*). Sehingga, bentuk pelayanan kesehatan bukan hanya puskesmas atau balikesmas saja, tetapi juga bentuk- bentuk kegiatan lain, baik yang langsung kepada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, maupun yang secara tidak langsung berpengaruh kepada peningkatan kesehatan. (Juanita, 2002).

Pelayanan kesehatan dibedakan dalam dua golongan, yaitu:

1. Pelayanan kesehatan primer (*primary health care*), atau pelayanan kesehatan masyarakat adalah pelayanan kesehatan yang paling depan, yang pertama kali diperlukan masyarakat pada saat mereka mengalami gangguan kesehatan atau kecelakaan.
2. Pelayanan kesehatan sekunder dan tersier (*secondary and tertiary health care*), adalah rumah sakit, tempat masyarakat memerlukan perawatan lebih lanjut atau rujukan. Di Indonesia terdapat berbagai tingkat rumah sakit, mulai dari rumah sakit tipe D sampai dengan Rumah sakit kelas A. (Juanita, 2002).

Untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan masyarakat terhadap kesehatan banyak hal yang harus dilakukan, salah satunya adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Secara umum dapat dibedakan 9 (sembilan) syarat penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang baik, yakni tersedia (*available*), menyeluruh (*comprehensive*), berkesinambungan (*continues*), terpadu (*integrated*), wajar (*appropriate*), dapat diterima (*accept- able*), bermutu (*quality*), tercapai (*accessible*) serta terjangkau (*affordable*). (Azwar Azrul, 1999).

Dampak krisis ekonomi di Indonesia sampai saat ini meluas ke seluruh bidang kehidupan, termasuk bidang pelayanan kesehatan. Dilema yang dihadapi pelayanan kesehatan, disatu pihak pelayanan kesehatan harus menjalankan misi sosial, yakni merawat dan menolong yang sedang menderita tanpa memandang sosial, ekonomi, agama dan sebagainya. Namun dipihak lain pelayanan kesehatan harus bertahan secara ekonomi dalam menghadapi badai krisis tersebut. Oleh sebab itu pelayanan kesehatan harus melakukan reformasi, reorientasi dan revitalisasi. (Juanita, 2002).

Reformasi kebijakan pembangunan kesehatan telah selesai dilakukan sebagaimana telah tertuang dalam Visi, Misi, Strategi dan Paradigma baru pembangunan kesehatan yang populer dengan sebutan Indonesia Sehat. Reformasi Sistem Kesehatan Nasional (SKN) telah memberi arah baru pembangunan kesehatan di Indonesia. Jika diperhatikan kebijakan dan sistem baru hasil reformasi tersebut tampak banyak perubahan yang akan dilakukan, dua diantaranya yang terpenting adalah perubahan pada subsistem upaya kesehatan dan perubahan pada subsistem pembiayaan kesehatan. (Gotama I, Pardede D, 2010).

Penggalan, pengalokasian dan pembelanjaan sumber daya keuangan dalam subsistem pembiayaan kesehatan dilakukan untuk membiayai UKM dan UKP penduduk miskin dengan mobilisasi dan dari masyarakat, pemerintah dan *public-private mix*. Sedangkan untuk penduduk mampu, pembiayaan kesehatan masyarakat terutama dari masyarakat itu sendiri dengan mekanisme jaminan kesehatan baik wajib maupun sukarela. (Gotama I, Pardede D, 2010).

1.1 PENGERTIAN PEMBIAYAAN KESEHATAN

Pembiayaan dalam kesehariannya selalu berkaitan dengan bisnis ekonomi. Melihat pembiayaan dari segi kemanfaatan fasilitas pembiayaan yakni *profitable* dan *non profitable* (Supriyadi, 2003). Pembiayaan atau *financing* ialah pendanaan yang diberikan oleh suatu pihak kepada pihak lain untuk mendukung investasi yang telah direncanakan, baik dilakukan sendiri maupun lembaga. Dengan kata lain, pembiayaan adalah pendanaan yang dikeluarkan untuk mendukung investasi yang telah direncanakan (Ibid dalam Ilyas, 2015).

Pembiayaan secara luas berarti *financing* atau pembelanjaan yaitu pendanaan yang dikeluarkan untuk mendukung investasi yang telah direncanakan baik dilakukan sendiri maupun dilakukan oleh orang lain. Lebih lanjut Ismail (2016) mengemukakan bahwa pada dasarnya, terdapat dua fungsi yang saling berkaitan dalam pembiayaan yaitu:

- a. *Provitality*, yaitu bertujuan untuk memperoleh hasil dari pembiayaan berupa keuntungan yang diraih yang diperoleh oleh dari usaha yang dikelola bersama nasabah. Oleh karena itu, bank hanya akan menyalurkan pembiayaan kepada usaha-usah nasabah yang diyakini mampu dan mau mengembaikan pembiayaan yang telah diterimanya
- b. *Safety*, keamanan dari prestasi atau fasilitas yang diberikan harus benar-benar tercapai tanpa hambatan yang berarti. Oleh karena itu, dengan keamanan ini dimaksudkan agar prestasi yang diberikan dalam bentuk modal, barang, jasa yang terjamin pengembaliannya, sehingga keuntungan yang diharapkan dapat menjadi kenyataan.

Istilah pembiayaan pada intinya berarti *I believe, I trust*, saya percaya, saya menaruh kepercayaan. Perkataan pembiayaan yang berarti (*trust*) berarti lembaga selaku sahib al-mal menaruh kepercayaan kepada seseorang untuk melaksanakan amanah yang diberikan (Ilyas, 2015).

Pembiayaan kesehatan adalah dasar kemampuan sistem kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan kesejahteraan manusia. Untuk memahami sifat dari indikator yang dapat digunakan untuk memantau dan mengevaluasi pembiayaan sistem kesehatan membutuhkan penilaian

eksplisit tentang harapan apa yang akan dicapai (WHO, 2008). Pembiayaan kesehatan mengacu pada fungsi sistem kesehatan yang bersangkutan dengan mobilisasi, akumulasi dan alokasi uang untuk menutupi kebutuhan kesehatan masyarakat, secara individual dan kolektif, di sistem kesehatan. Tujuan pembiayaan kesehatan adalah untuk membuat dana yang tersedia, serta untuk mengatur hak insentif keuangan untuk penyedia, untuk memastikan bahwa semua individu memiliki akses ke kesehatan masyarakat yang efektif dan perawatan kesehatan pribadi (WHO, 2010).

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:

1. Penyedia Pelayanan Kesehatan (*Health Provider*), adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan, maka dilihat pengertian ini bahwa biaya kesehatan dari sudut penyedia pelayanan adalah persoalan utama pemerintah dan ataupun pihak swasta, yakni pihak-pihak yang akan menyelenggarakan upaya kesehatan. Besarnya dana bagi penyedia pelayanan kesehatan lebih menunjuk kepada seluruh biaya investasi (*investment cost*) serta seluruh biaya operasional (*operational cost*).
2. Pemakai Jasa Pelayanan (*Health Consumer*), adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan jasa pelayanan. Dalam hal ini biaya kesehatan menjadi persoalan utama para pemakai jasa pelayanan, namun dalam batas-batas tertentu pemerintah juga turut serta, yakni dalam rangka terjaminnya pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang membutuhkannya. Besarnya dana bagi pemakai jasa pelayanan lebih menunjuk pada jumlah uang yang harus dikeluarkan (*out of pocket*) untuk dapat memanfaatkan suatu upaya kesehatan. (Azwar, A. 1999).

Pembiayaan kesehatan yang kuat, stabil dan ^[1]_{SEP}berkesinambungan memegang peranan yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai berbagai tujuan penting dari pembangunan kesehatan di suatu negara diantaranya adalah pemerataan pelayanan kesehatan dan akses (*equitable access to health care*) dan pelayanan yang berkualitas (*assured quality*). Oleh karena itu reformasi kebijakan kesehatan di suatu negara seyogyanya memberikan fokus penting kepada kebijakan pembiayaan kesehatan untuk menjamin

terselenggaranya kecukupan (*ad- equacy*), pemerataan (*equity*), efisiensi (*efficiency*) dan efektifitas (*effectiveness*) dari pembiayaan kesehatan itu sendiri. (Departemen Kesehatan RI, 2004).

Perencanaan dan pengaturan pembiayaan kesehatan yang memadai (*health care financing*) akan menolong pemerintah di suatu negara untuk dapat memobilisasi sumber-sumber pembiayaan kesehatan, mengalokasikannya secara rasional serta menggunakannya secara efisien dan efektif. Kebijakan pembiayaan kesehatan yang mengutamakan pemerataan serta berpihak kepada masyarakat miskin (*equi- table and pro poor health policy*) akan mendorong tercapainya akses yang universal. Pada aspek yang lebih luas diyakini bahwa pembiayaan kesehatan mempunyai kontribusi pada perkembangan sosial dan ekonomi. Pelayanan kesehatan itu sendiri pada akhir-akhir ini menjadi amat mahal baik pada negara maju maupun pada negara berkembang. Penggunaan yang berlebihan dari pelayanan kesehatan dengan teknologi tinggi adalah salah satu penyebab utamanya. Penyebab yang lain adalah dominasi pembiayaan pelayanan kesehatan dengan mekanisme pembayaran tunai (*fee for service*) dan lemahnya kemampuan dalam penatalaksanaan sumber-sumber dan pelayanan itu sendiri (*poor management of resources and services*). (Departemen Kesehatan RI, 2004).

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 resiko biaya sepanjang waktu sehingga besaran tersebut dapat terjangkau oleh setiap rumah tangga. Artinya sebuah sistem pembiayaan harus mampu memprediksikan risiko kesakitan individu dan besarnya pembiayaan dalam jangka waktu tertentu (misalnya satu tahun). Kemudian besaran tersebut diratakan atau disebarakan dalam tiap bulan sehingga menjadi premi (iuran, tabungan) bulanan yang terjangkau.
- 2) *Risk pooling*, beberapa jenis pelayanan kesehatan (meskipun resiko rendah dan tidak merata) dapat sangat mahal misalnya hemodialisis, operasi spesialis (jantung koroner) yang tidak dapat ditanggung oleh tabungan individu (*risk spreading*). Sistem pembiayaan harus mampu menghitung dengan mengakumulasikan resiko suatu kesakitan dengan biaya yang mahal antar individu dalam suatu komunitas sehingga kelompok masyarakat dengan tingkat kebutuhan rendah (tidak terjangkau sakit, tidak membutuhkan pelayanan kesehatan) dapat mensubsidi kelompok masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Secara sederhana, suatu sistem pembiayaan akan menghitung resiko terjadinya masalah kesehatan dengan biaya mahal dalam satu komunitas, dan menghitung besaran biaya tersebut kemudian membaginya kepada setiap individu anggota komunitas. Sehingga sesuai dengan prinsip solidaritas, besaran biaya pelayanan kesehatan yang mahal tidak ditanggung dari tabungan individu tapi ditanggung bersama oleh masyarakat.
- 3) *Connection between ill-health and poverty*, karena adanya keterkaitan antara kemiskinan dan 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. Pada umumnya di negara miskin dan berkembang hal ini sering terjadi. Orang miskin harus membayar biaya pelayanan kesehatan yang tidak terjangkau oleh penghasilan mereka dan juga memperoleh pelayanan kesehatan di bawah standar.
- 4) *Fundamental importance of health*, kesehatan merupakan kebutuhan dasar dimana individu tidak dapat menikmati kehidupan tanpa status kesehatan yang baik

Organisasi kesehatan se-dunia (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:

- 1) Meningkatkan investasi dan pembelanjaan publik dalam bidang kesehatan
- 2) Mengupayakan pencapaian kepesertaan semesta dan penguatan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin
- 3) Pengembangan skema pembiayaan praupaya termasuk didalamnya asuransi kesehatan sosial
- 4) Penggalan dukungan nasional dan internasional
- 5) Penguatan kerangka regulasi dan intervensi fungsional
- 6) Pengembangan kebijakan pembiayaan kesehatan yang didasarkan pada data dan fakta ilmiah
- 7) 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.

1.2 FUNGSI PEMBIAYAAN KESEHATAN

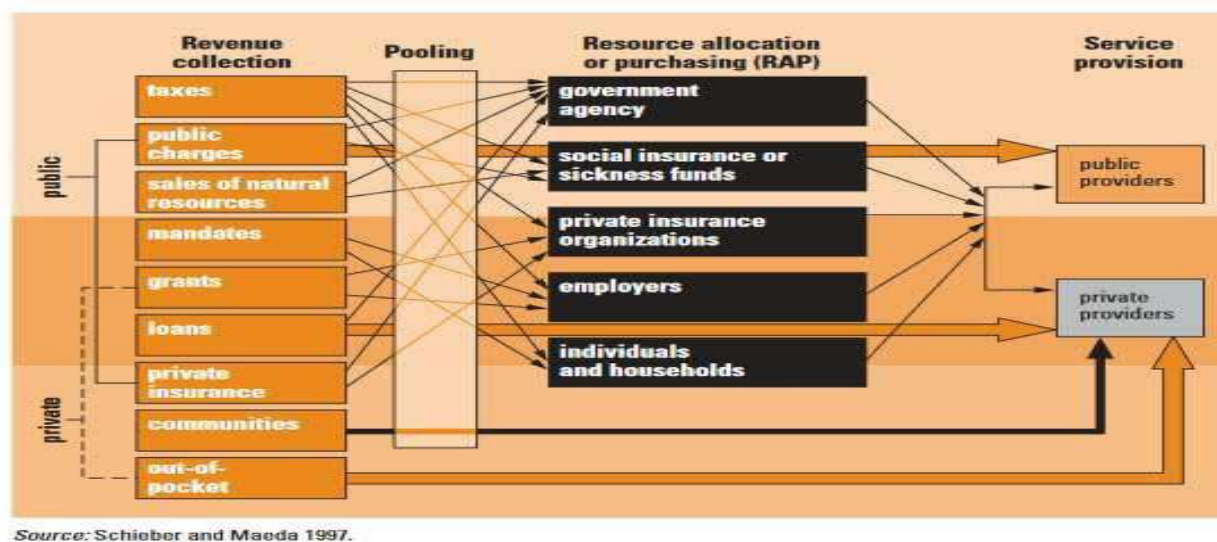
Pembiayaan kesehatan memiliki fungsi dasar pengumpulan pendapatan, perhimpunan penghasilan dan pembelian barang-barang dan jasa (WHO, 2000 dalam *The World Bank*, 2006). Fungsi-fungsi ini sering melibatkan interaksi kompleks antarsektor kesehatan. Oleh karena itu, fungsi-fungsi ini dapat memberikan kesempatan bagi sektor kesehatan untuk melakukan reformasi (*The World Bank*, 2006).

Pengumpulan pendapatan merupakan suatu cara sistem kesehatan untuk mengumpulkan uang dari rumah tangga, bisnis, dan sumber-sumber eksternal. Perhimpunan penghasilan dilakukan dengan mengakumulasikan dan manajemen pendapatan sehingga setiap individu ketika terkena risiko penyakit dapat terlindungi dari besarnya pengeluaran biaya yang tak terduga. Prabayar memungkinkan setiap individu membayar uang di muka untuk membebaskan mereka dari ketidakpastian dan memastikan adanya kompensasi sebelum kerugian terjadi. Pembayaran di muka adalah sebagai bentuk asuransi kesehatan dan redistribusi antara tinggi rendahnya pengeluaran kesehatan (subsidi risiko) dan tinggi rendahnya penghasilan individu (subsidi

ekuitas). Dengan pemutusan hubungan antara pengeluaran kesehatan yang diharapkan dengan kemampuan membayar, pembayaran di muka adalah mekanisme penting untuk memperoleh tujuan ekuitas (keseimbangan). Fungsi terakhir pembelian, mengarah pada mekanisme yang digunakan untuk keamanan layanan dari penyedia publik dan swasta (*The World Bank, 2006*).

Berbagai fungsi yang disusun dapat berimplikasi penting terhadap sistem kesehatan, namun hal itu tergantung pada (*The World Bank, 2006*):

- Jumlah dana yang tersedia (saat ini dan di masa mendatang) dan tingkat layanan serta perlindungan keuangan (dalam dan luasnya cakupan) bagi penduduk
- Keadilan, (*equity*-yang menanggung pajak atau beban pendapatan) dengan dana digunakan untuk membiayai sistem.
- Efisiensi ekonomi dari usaha peningkatan pendapatan dalam hal menciptakan distorsi atau kerugian ekonomi (kelebihan beban perpajakan)
- Tingkat pengumpulan biaya (subsidi risiko, asuransi) dan pembayaran (subsidi ekuitas)
- Nomor dan jenis jasa yang dibeli dan dikonsumsi sehubungan dengan pengaruhnya terhadap hasil kesehatan dan biaya (biaya efektivitas dan efisiensi alokasi layanan)
- Efisiensi teknis produksi layanan (tujuan menghasilkan setiap layanan dengan biaya rata-rata minimum)
- Akses keuangan dan fisik untuk layanan oleh penduduk (termasuk akses ekuitas, manfaat insiden) (Gambar 1)



Gambar 1. Fungsi Pembiayaan Kesehatan (*The World Bank, 2006*)

Efisiensi dan ekuitas merupakan aspek penting dalam sistem pembiayaan kesehatan dan relevan untuk semua fungsi pembiayaan. Ada beberapa aspek yang perlu dipertimbangkan dalam ekuitas terhadap sumber pembiayaan meliputi tingkat prabayar dan penggabungan, penyediaan layanan, penyedia pembayaran, dan perawatan fisik. Sedangkan dalam efisiensi, terdapat tiga jenis, yaitu efisiensi pengumpulan pendapatan (distorsi ekonomi yang dihasilkan dari perpajakan), efisiensi alokatif (sumber daya dialokasikan untuk memaksimalkan kesejahteraan komunitas dengan memproduksi hasil kesehatan yang diinginkan), dan efisiensi teknis (pelayanan diberikan dengan biaya serendah mungkin) (*The World Bank*, 2006).

Berdasarkan perspektif kebijakan, fungsi dasar pembiayaan kesehatan umumnya diwujudkan dalam tiga model sistem pembiayaan kesehatan, meliputi (*The World Bank*, 2006):

1. Pelayanan kesehatan nasional, wajib menerapkan *universal coverage*, pembiayaan pendapatan yang umum dan nasional, dan pemasukan sektor kesehatan dengan dana pribadi.
2. Asuransi sosial; wajib menerapkan *universal coverage* (target kelompok pekerja) di bawah jaminan sosial (kuasa publik), sistem dibiayai oleh karyawan dan pemberi kerja berkontribusi untuk dana asuransi nirlaba, dengan publik dan pemasukan sektor kesehatan dengan dana pribadi.
3. Asuransi swasta; anggota atau individu membayar asuransi kesehatan swasta dan pemasukan sektor kesehatan dengan dana pribadi. Dari model diatas, tidak semua sistem kesehatan mengikuti kebijakan yang telah ditentukan karena sistem kesehatan mewujudkan fitur dari model yang berbeda. Hal tersebut memunculkan isu yang penting yaitu apakah sistem di sektor kesehatan menjamin akses, pemerataan, dan efisiensi. Namun demikian, model kesehatan di atas dan klasifikasi fungsi pembiayaan kesehatan telah memberikan informasi yang berguna tentang sistem kesehatan dan makro ekonomi. Model kesehatan juga menyediakan kerangka kerja yang lebih baik dan lebih insentif (*The World Bank*, 2006).

1.3 SUMBER PEMBIAYAAN KESEHATAN

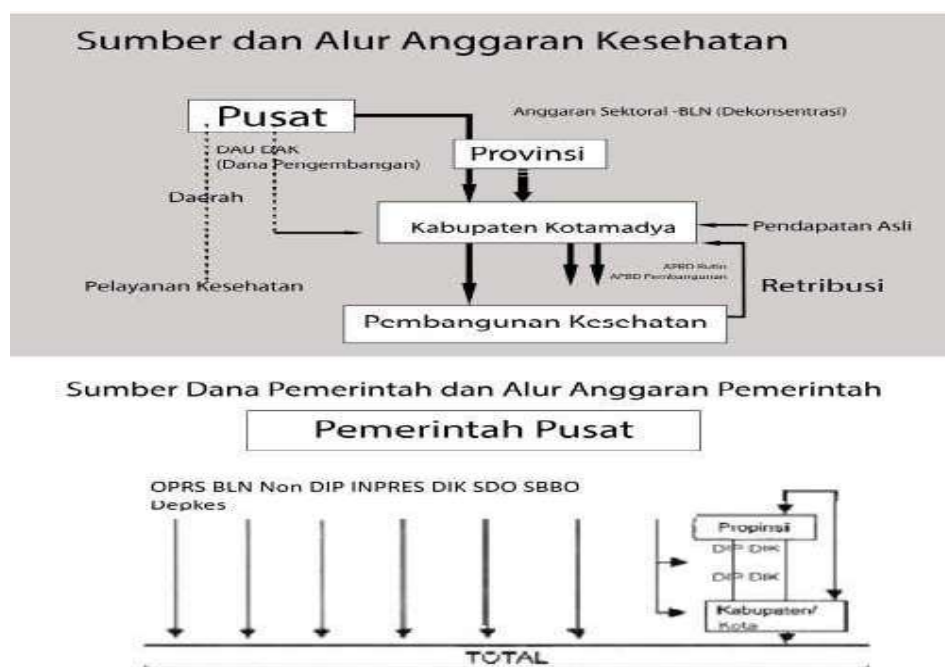
Ada empat sumber utama untuk membiayai pelayanan kesehatan (Muninjaya, 2010):

1. Pemerintah (APBN, APBD Prov, Kab/Kota)
2. Swasta (investasi langsung oleh pihak swasta)
3. Masyarakat melalui pembayaran langsung (*fee for services*) atau yang terhimpun oleh perusahaan asuransi

4. Hibah atau pinjaman luar negeri

Pembiayaan kesehatan yang bersumber dari asuransi kesehatan merupakan salah satu cara yang terbaik untuk mengatasi mahalannya biaya pelayanan kesehatan. Alasannya antara lain karena (Muninjaya, 2010):

1. Pemerintah dapat mendiversifikasikan sumber-sumber pendapatan dari sektor kesehatan.
2. Meningkatkan efisiensi dengan cara memberikan peran kepada masyarakat untuk ikut membiayai pelayanan kesehatan.
3. Memeratakan beban biaya kesehatan sesuai dengan waktu dan jumlah populasi yang perlu dicakup dalam pelayanan sehingga akan mengurangi risiko yang bersifat individu.



Gambar 2. Alur Pembiayaan Kesehatan (Malik, 2002)

Mahalannya biaya kesehatan di Indonesia karena berbagai faktor seperti (Muninjaya, 2010):

1. Pertumbuhan ekonomi nasional mengakibatkan meningkatnya tuntutan (*demand*) masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu.
2. Perkembangan teknologi kedokteran dan pertumbuhan industri kedokteran. Hampir semua teknologi kedokteran diimpor sehingga harganya relatif mahal karena nilai rupiah kita yang jauh lebih rendah dibandingkan dollar Amerika (tingkat inflasi tinggi). (Muninjaya, 2010).

3. Jumlah subsidi pemerintah untuk pelayanan kesehatan diperkirakan relatif menurun, terutama setelah krisis ekonomi tahun 1998. Biaya pelayanan kesehatan di Indonesia sebelum krisis tercatat 2,5% dari *Gross Domestic Product* (GDP) atau sekitar US \$ 18 per kapita per tahun. Kondisi ini menurun lagi setelah krisis, yaitu 1,7% dari GDP atau US \$ 12 per kapita per tahun. Seiring dengan menurunnya kemampuan pemerintah membiayai pelayanan kesehatan, kemampuan masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan juga menurun karena masalah biaya. Di sisi lain, biaya pelayanan kesehatan terus meningkat melebihi tingkat inflasi. Angka inflasi pelayanan kesehatan mencapai 300%-500% karena sebagian besar peralatan kedokteran dan bahan baku obat-obatan masih harus diimpor. (Muninjaya, 2010)

Sejak krisis melanda Indonesia, pemerintah mengalokasikan sejumlah dana untuk membantu penyelenggara pelayanan kesehatan dasar, terutama untuk pelayanan penduduk miskin. Krisis ekonomi juga menambah jumlah penduduk miskin di Indonesia, mulai dari 22,4 juta jiwa di tahun 1996 meningkat menjadi 37,5 juta jiwa pada tahun 2002. Tahun 2010 menurut laporan BPS jumlahnya menurun menjadi 32,5 juta atau 14,1% dari total penduduk Indonesia. Pada pertengahan tahun 1997, pemerintah menggelar program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) untuk membantu meringankan beban penduduk miskin. Mereka mendapat pelayanan kesehatan dasar secara cuma-cuma di sarana pelayanan kesehatan dasar pemerintah terdekat. Untuk mengakses pelayanan kesehatan, disediakan kartu sehat bagi penduduk miskin. Kebijakan ini kemudian, pada tahun 2002, melahirkan Askeskin (asuransi kesehatan masyarakat miskin). Tahun 2008, Askeskin berubah menjadi Jamkesmas (jaminan kesehatan masyarakat). Untuk mengatasi mahal biaya pelayanan kesehatan pemerintah sebaiknya mendorong (Muninjaya, 2010):

1. Kelompok-kelompok masyarakat bergotong-royong mengatasi mahal biaya pembiayaan kesehatan. Masyarakat dapat mewujudkan dengan mengikuti program asuransi kesehatan. Sistem pembiayaan kesehatan melalui asuransi sudah terbukti di banyak negara mampu mengatasi mahal biaya pelayanan kesehatan. Ini adalah strategi untuk melindungi masyarakat luas dari *moral hazard* praktik kedokteran. UU BPJS disahkan tahun 2011 dan mulai beroperasi awal tahun 2014 secara bertahap.
2. Peran serta swasta dalam bentuk PMDN (Perusahaan Modal Dalam Negeri) maupun PMA (Perusahaan Modal Asing) dikembangkan dengan membentuk perusahaan asuransi kesehatan.

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

1. Tingkat inflasi

Apabila terjadi kenaikan harga di masyarakat, maka secara otomatis biaya investasi dan juga biaya operasional pelayanan kesehatan akan meningkat pula, yang tentu saja akan dibebankan kepada pengguna jasa.

2. Tingkat permintaan

Pada bidang kesehatan, tingkat permintaan dipengaruhi sedikitnya oleh dua faktor, yaitu meningkatnya kuantitas penduduk yang memerlukan pelayanan kesehatan, yang karena jumlahnya lebih atau bertambah banyak, maka biaya yang harus disediakan meningkat pula. Faktor kedua adalah meningkatnya kualitas penduduk. Dengan tingkat pendidikan dan penghasilan yang lebih baik, mereka akan menuntut penyediaan layanan kesehatan yang baik pula dan hal ini membutuhkan biaya pelayanan kesehatan yang lebih baik dan lebih besar.

3. Kemajuan ilmu dan teknologi

Sejalan dengan adanya kemajuan ilmu dan teknologi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan (penggunaan peralatan kedokteran yang modern dan canggih) memberikan konsekuensi tersendiri, yaitu tingginya biaya yang harus dikeluarkan dalam berinvestasi. Hal ini membawa akibat dibebankannya biaya investasi dan operasional tersebut pada pemakai jasa pelayanan kesehatan.

4. Perubahan Pola Penyakit

Meningkatnya biaya kesehatan juga dipengaruhi adanya perubahan pola penyakit, yang bergeser dari penyakit yang sifatnya akut menjadi penyakit yang bersifat kronis. Dibandingkan dengan berbagai penyakit akut, perawatan berbagai penyakit kronis ternyata lebih lama. Akibatnya biaya yang dikeluarkan untuk perawatan dan penyembuhan penyakit ini akan lebih besar. Hal ini akan sangat mempengaruhi tingginya biaya kesehatan.

5. Perubahan pola pelayanan kesehatan

Perubahan pola pelayanan kesehatan ini terjadi akibat perkembangan keilmuan dalam bidang kedokteran sehingga terbentuk spesialisasi dan subspecialisasi yang menyebabkan pelayanan kesehatan menjadi terkotak-kotak (*fragmented health service*) dan satu sama lain seolah tidak berhubungan. Akibatnya sering terjadi tumpang tindih atau pengulangan metoda pemeriksaan yang sama dan pemberian obat-obatan yang dilakukan pada seorang

pasien, yang tentu berdampak pada semakin meningkatnya beban biaya yang harus ditanggung oleh pasien selaku pengguna jasa layanan kesehatan ini. Selain itu, dengan adanya pembagian spesialisasi dan subspecialisasi tenaga pelayanan kesehatan, menyebabkan hari perawatan juga akan meningkat.

6. Perubahan Pola Hubungan Dokter-Pasien

Sistem kekeluargaan yang dulu mendasari hubungan dokter-pasien seakan sirna. Dengan adanya perkembangan spesialisasi dan subspecialisasi serta penggunaan berbagai peralatan yang ditunjang dengan kemajuan ilmu dan teknologi, mengakibatkan meningkatnya biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien, hal ini tentu saja membuat pasien menuntut adanya kepastian pengobatan dan penyembuhan dari penyakitnya. Hal ini diperberat dengan semakin tingginya tingkat pendidikan pasien selaku pengguna jasa layanan kesehatan, yang mendorong semakin kritisnya pemikiran dan pengetahuan mereka tentang masalah kesehatan. Hal tersebut diatas mendorong para dokter sering melakukan pemeriksaan yang berlebihan (*over utilization*), demi kepastian akan tindakan mereka dalam melakukan pengobatan dan perawatan, dan juga dengan tujuan mengurangi kemungkinan kesalahan yang dilakukan dalam mendiagnosa penyakit yang diderita pasiennya. Konsekuensi yang terjadi adalah semakin tingginya biaya yang dibutuhkan oleh pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

7. Lemahnya mekanisme pengendalian biaya Kurangnya peraturan perundang-undangan yang ditetapkan untuk mengatur dan membatasi pemakaian biaya pelayanan kesehatan menyebabkan pemakaiannya sering tidak terkendali, yang akhirnya akan membebani penanggung (perusahaan) dan masyarakat secara keseluruhan.

8. Penyalahgunaan asuransi kesehatan

Asuransi kesehatan (*health insurance*) sebenarnya merupakan salah satu mekanisme pengendalian biaya kesehatan, sesuai dengan anjuran yang diterapkan oleh pemerintah. Tetapi jika diterapkan secara tidak tepat sebagaimana yang lazim ditemukan pada bentuk yang konvensional (*third party sistem*) dengan sistem mengganti biaya (*reimbursement*) justru akan mendorong naiknya biaya kesehatan. (Medis Online, 2009).

Biaya kesehatan banyak macamnya, karena kesemuanya 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:

1) Biaya pelayanan kedokteran

Biaya yang dimaksudkan adalah yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kedokteran, yakni yang tujuan utamanya untuk mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan penderita.

2) Biaya pelayanan kesehatan masyarakat

Biaya yang dimaksud adalah yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kesehatan masyarakat yaitu yang tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta untuk mencegah penyakit.

Sama halnya dengan biaya kesehatan secara keseluruhan, maka masing-masing biaya kesehatan ini dapat pula ditinjau dari dua sudut yaitu dari sudut penyelenggara kesehatan (*health provider*) dan dari sudut pemakai jasa pelayanan (*health consumer*).

Model Sistem Pembiayaan

Pertanyaan yang mengemuka ialah model kebijakan kesehatan seperti apa yang layak diterapkan di Indonesia, sistem pembiayaan yang bagaimana yang cocok dengan kehidupan masyarakat kita. 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. Pada umumnya sistem ini akan mendorong penggunaan pelayanan kesehatan secara lebih hati-hati, serta adanya kompetisi antara para provider pelayanan kesehatan untuk menarik konsumen atau *free market*. Meskipun tampaknya sehat, namun transaksi kesehatan pada umumnya bersifat tidak seimbang dimana pasien sebagai konsumen tidak mampu mengenali permasalahan dan kebutuhannya, sehingga tingkat kebutuhan dan penggunaan jasa lebih banyak diarahkan oleh provider. Sehingga free market dalam pelayanan kesehatan tidak selalu berakhir dengan peningkatan mutu dan efisiensi namun dapat mengarah pada penggunaan terapi yang berlebihan.

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 provider. Bentuk yang paling kompleks adalah besaran biaya yang berbeda setiap kunjungan sesuai dengan jasa pelayanan kesehatan yang diberikan (biasanya terjadi untuk fasilitas pelayanan kesehatan swasta). Namun model yang umum digunakan adalah '*flat rate*', dimana besaran biaya per-episode sakit bersifat tetap.

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. Biasanya model ini hanya mampu mencakup pelayanan kesehatan primer dan akut, bukan pelayanan kesehatan yang bersifat kronis dan kompleks yang biasanya tidak bisa ditanggung oleh setiap individu meskipun dengan mekanisme saving. Sehingga model ini tidak dapat dijadikan model tunggal pada suatu negara, harus didukung model lain yang menanggung biaya kesehatan lain dan pada kelompok yang lebih luas.

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 resiko kesakitan yang telah diperhitungkan jenis, frekuensi dan besaran biayanya. Keseluruhan besaran resiko tersebut diperhitungkan dan dibagi antar anggota kelompok sebagai premi yang harus dibayarkan. Apabila anggota kelompok, maka keseluruhan biaya pelayanan kesehatan [L_{SEP}]sesuai yang diperhitungkan akan ditanggung dari dana yang telah dikumpulkan bersama. Besaran premi dan jenis pelayanan yang ditanggung serta mekanisme pembayaran ditentukan oleh organisasi pengelola dana asuransi.

Asuransi Kesehatan

Dalam kamus atau perbendaharaan kata bangsa Indo-nesia, tidak dikenal kata asuransi, yang dikenal adalah istilah “*jaminan*” atau “*tanggungan*”. Dalam konteks asuransi kesehatan, pengertian asuransi adalah memastikan seseorang yang menderita sakit akan mendapatkan pelayanan yang dibutuhkannya tanpa harus mempertimbangkan keadaan ekonominya. Ada pihak yang menjamin atau menanggung biaya pengobatan atau perawatannya. Pihak yang menjamin ini dalam bahasa Inggris disebut *insurer* atau dalam UU Asuransi disebut *asuradur*. Asuransi merupakan jawaban atas sifat ketidak-pastian (*uncertain*) dari kejadian sakit dan kebutuhan pelayanan kesehatan. Untuk memastikan bahwa kebutuhan pelayanan kesehatan dapat dibiayai secara memadai, maka seseorang atau kelompok kecil orang melakukan transfer risiko kepada pihak lain yang disebut *insurer/asuradur*, ataupun badan penyelenggara jaminan. (Thabrany H, 2001).

Menurut pasal 246 Kitab Undang-Undang Hukum Dagang (KUHD), asuransi mempunyai pengertian sebagai berikut: Asuransi atau pertanggungan adalah suatu persetujuan dimana penanggung kerugian diri kepada tertanggung, dengan mendapat premi untuk mengganti kerugian karena kehilangan kerugian atau tidak diperolehnya suatu keuntungan yang diharapkan, yang dapat diderita karena peristiwa yang tidak diketahui lebih dahulu. (Andreas, 2009). Definisi asuransi menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 1992 adalah Asuransi atau Pertanggungan adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dimana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggungjawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita

tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungjawabkan. (Andreas, 2009). Dalam dunia asuransi ada 6 (enam) macam prinsip dasar yang harus dipenuhi, yaitu:

1) *Insurable interest*

Hak untuk mengasuransikan, yang timbul dari suatu hubungan keuangan, antara tertanggung dengan yang diasuransikan dan diakui secara hukum.

2) *Utmost good faith*

Suatu tindakan untuk mengungkapkan secara akurat dan lengkap, semua fakta yang material (*material fact*) mengenai sesuatu yang akan diasuransikan baik diminta maupun tidak. Artinya adalah: penanggung harus dengan jujur menerangkan dengan jelas segala sesuatu tentang luasnya syarat atau kondisi dari asuransi dan tertanggung juga harus memberikan keterangan yang jelas dan benar atas obyek atau kepentingan yang dipertanggungjawabkan.

3) *Proximate cause*

Suatu penyebab aktif, efisien yang menimbulkan rantai kejadian yang menimbulkan suatu akibat tanpa adanya intervensi suatu yang mulai dan secara aktif dari sumber yang baru dan independen.

4) *Indemnity*

Suatu mekanisme dimana penanggung menyediakan kompensasi finansial dalam upayanya menempatkan tertanggung dalam posisi keuangan yang ia miliki sesaat sebelum terjadinya kerugian (KUHD pasal 252, 253 dan dipertegas dalam pasal 278).

5) *Subrogation*

Pengalihan hak tuntutan dari tertanggung kepada penanggung setelah klaim dibayar.

6) *Contribution*

Adalah hak penanggung untuk mengajak penanggung lainnya yang sama-sama menanggung, tetapi tidak harus sama kewajibannya terhadap tertanggung untuk ikut memberikan indemnity.

Pada umumnya model asuransi mendorong munculnya apa yang disebut sebagai *moral hazard*:

- a. Pada sisi tertanggung (pasien): adanya kecenderungan untuk memaksimalkan pelayanan

kesehatan karena semua biaya akan ditanggung asuransi, dan kecenderungan untuk tidak melakukan tindakan preventif

- b. Pada sisi provider: mempunyai kecenderungan untuk memberikan terapi secara berlebihan untuk memaksimalkan pendapatan.

Sehingga beberapa skema asuransi diatur sedemikian rupa untuk mengurangi terjadinya moral hazard, misalnya dengan mengatur batasan paket pelayanan, mengatur besaran kontribusi sesuai dengan tingkat resiko tertanggung. Sistem ini dapat dibedakan menjadi asuransi yang bersifat umum yaitu mencakup semua golongan dan asuransi yang bersifat khusus untuk kelompok masyarakat tertentu. Sifat asuransi dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Asuransi bersifat umum

General taxation

General taxation merupakan model dimana sumber pembiayaan diambil dari pajak pendapatan secara proporsional dari seluruh populasi yang kemudian dialokasikan untuk berbagai sektor (tidak terbatas pelayanan kesehatan). Alokasi pada sektor kesehatan biasanya berupa budget pada fasilitas kesehatan dan gaji staf kesehatan. Meskipun mempunyai cakupan yang luas, keberhasilan sistem ini tergantung pada tingkat pendapatan masyarakat dan angkatan kerja, besaran alokasi pada pelayanan kesehatan dan sistem penarikan pajak. Rendahnya pendapatan masyarakat (ekonomi negara) akan menurunkan nilai pajak, alokasi biaya pada pelayanan kesehatan sehingga mendorong rendahnya cakupan dan mutu pelayanan sehingga pada akhirnya biaya pelayanan kesehatan akan kembali ditanggung langsung oleh individu.

Earmarked payroll tax

Sistem ini memiliki karakteristik yang hampir serupa dengan general taxation hanya saja penarikan pajak dialokasikan langsung bagi pelayanan kesehatan sehingga lebih bersifat transparan dan dapat mendorong kesadaran pembayaran pajak karena kejelasan penggunaan.

2. Asuransi bersifat khusus

Dibandingkan dengan sistem umum, asuransi selektif mempunyai perbedaan dalam hal kontribusi dan tanggungan hanya ditujukan pada suatu kelompok tertentu dengan paket pelayanan yang telah ditetapkan.

1. Social insurance

Social insurance mempunyai karakteristik khusus yang membedakan dengan private insurance, yaitu:

- a. Keanggotaan bersifat wajib

- b. Kontribusi (*premi*) sesuai dengan besaran gaji
- c. Cakupan pelayanan kesehatan yang diasuransikan sesuai dengan besaran kontribusi
- d. Pelayanan dirupakan dalam bentuk paket
- e. Dikelola oleh organisasi yang bersifat otonom
- f. Biasanya merupakan bagian dari sistem jaminan sosial yang berskala luas
- g. Umumnya terjadi cross subsidi

2. *Voluntary community*

Perbedaan utama sistem ini dengan asuransi sosial adalah keanggotaan yang bersifat sukarela serta skala cakupan tertanggung yang lebih sempit. Biasanya asuransi ini berkembang pada kelompok masyarakat yang tidak tertanggung oleh asuransi sosial yaitu kelompok yang tidak memiliki pekerjaan formal, yang tidak memungkinkan untuk dilakukan penarikan kontribusi rutin dari penghasilan. Contoh penerapan dari sistem ini adalah kartu sehat/kartu gakin yang dikembangkan pemerintah daerah dan ditujukan pada kelompok tertentu (masyarakat miskin).

3. *Private Insurance*

Perbedaan utama private insurance dan social insurance adalah tidak adanya risk pooling dan bersifat voluntary. Disamping itu private insurance juga memperhitungkan resiko kesakitan individu dengan besaran premium dan cakupan pelayanan asuransi yang diberikan. Artinya individu yang lebih beresiko sakit misalnya kelompok rentan (bayi, ibu hamil, lansia), orang dengan perilaku tertentu misalnya perokok, dan orang dengan pekerjaan yang beresiko akan dikenakan premi yang lebih tinggi dibandingkan kelompok yang dengan resiko rendah. Model ini tentunya mempunyai mekanisme lebih rumit mengingat harus memperhitungkan tingkat resiko tertanggung.

Model *private insurance* mungkin bersifat profit yaitu mencari keuntungan untuk pengelolaan dan pemilik, atau menggunakan keuntungan untuk mengurangi besaran premi tertanggung. Bentuk private insurance dapat berupa lembaga asuransi swasta atau NGO bagi umum maupun asuransi kelompok khusus seperti asuransi pekerja

4. *Funding/Donation*

Seluruh sistem pembiayaan yang telah diuraikan diatas menganut keterkaitan antara pengguna jasa pelayanan kesehatan atau tertanggung dan penggunaan jasa pelayanan kesehatan. Model funding tidak ditujukan langsung pada kelompok individu tetapi lebih pada program kesehatan misalnya bantuan alat kesehatan, pelatihan atau perbaikan fasilitas pelayanan kesehatan. Permasalahan yang sering muncul adalah ketidaksesuaian program funding dengan

kebutuhan atau kesalahan pengelolaan oleh negara. Disamping itu sumber dana dari funding tentu saja tidak dapat diandalkan keberlangsungannya. Berdasarkan pengelolaan manajemennya, sistem pembiayaan menggambarkan hubungan antara pasien sebagai konsumen dan atau sumber biaya, provider/penyelenggara atau pemberi pelayanan kesehatan (dokter, perawat atau institusi seperti rumah sakit), pemerintah sebagai pengatur, pengelola pelayanan kesehatan dan sumber biaya.

Asuransi kesehatan yang paling mutakhir adalah *managed care*, dimana sistem pembiayaan dikelola secara terintegrasi dengan sistem pelayanan. Asuransi kesehatan dengan model *managed care* ini mulai dikembangkan di Amerika. Hal ini timbul oleh karena sistem pembiayaan kesehatan yang lama, inflasi biaya kesehatan terus meningkat jauh diatas inflasi rata-rata, sehingga digali model lain untuk mengatasi peningkatan biaya kesehatan. *Managed care* pada dasarnya sudah mulai diterapkan pada tahun 1983 yaitu oleh kaisar Permanente Medical Care Program, tetapi secara meluas mulai diterapkan pada tahun 1973, yaitu dengan diberlakukannya HMO Act, pada periode pemerintahan Noxon. (Juanita, 2002).

Pada hakekatnya, *managed care* adalah suatu konsep yang masih terus berkembang, sehingga belum ada suatu definisi yang satu dan universal tentang *managed care*. Namun demikian secara umum dapat didefinisikan bahwa *managed care* adalah suatu sistem dimana pelayanan kesehatan terlaksana secara terintegrasi dengan sistem pembiayaan kesehatan, yang mempunyai 5 (*lima*) elemen sebagai berikut:

1. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh provider tertentu (*selecte provider*).
2. Adanya kriteria khusus untuk penetapan provider.
3. Mempunyai program pengawasan mutu dan manajemen utilisasi.
4. Penekanan pada upaya promotive dan preventive.
5. Ada financial insentive bagi peserta yang melaksanakan pelayanan sesuai prosedur. (Juanita, 2002).

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyatakan alokasi anggaran untuk kesehatan yang ideal adalah sekurang- kurangnya 6% dari anggaran belanja negara (APBN). Sementara itu di negara-negara maju, alokasi anggaran untuk kesehatan mencapai 6%-15%. Di Indonesia anggaran untuk Departemen Kesehatan kurang 5% dari APBN.

Melihat karakteristik tersebut diatas, maka biaya yang timbul akibat gangguan kesehatan (penyakit) merupakan obyek yang layak diasuransikan untuk meringankan beban yang ditanggung oleh penderita serta meningkatkan akses pelayanan kesehatan yang merupakan kebutuhan hidup masyarakat. WHO didalam *The World Health Report 2000- Health System: Improving Pervormance* juga merekomendasikan untuk mengembangkan sistem pembayaran

secara *"pre payment"*, baik dalam bentuk asuransi, tax, maupun *social security*. Sistem kesehatan haruslah dirancang sedemikian rupa, sehingga bersifat terintegrasi antara sistem pelayanan dan sistem pembiayaan, mutu terjamin (*quality assurance*) dengan biaya terkendali (*cost containment*).

Indonesia dengan kondisi yang sangat turbulensi dalam berbagai hal pada saat ini, serta dengan keterbatasan resources yang ada, maka sistem managed care merupakan pilihan yang tepat dalam mengatasi masalah pembiayaan kesehatan. *Managed care* dianggap tepat untuk kondisi di Indonesia, kemungkinan karena sistem pembiayaan managed care dikelola secara terintegrasi dengan sistem pembiayaan, dengan managed care berarti badan pengelola dana (perusahaan asuransi) tidak hanya berperan sebagai juru bayar, sebagaimana berlaku pada asuransi tradisional, tapi ikut berperan dalam dua hal penting, yaitu pengawasan mutu pelayanan (*quality control*) dan pengendalian biaya (*cost containment*). Salah satu elemen managed care adalah bahwa pelayanan diberikan oleh provider tertentu, yaitu yang memenuhi kriteria yang ditetapkan meliputi aspek administrasi, fasilitas sarana, prasarana, prosedur dan proses kerja atau dengan istilah lain meliputi proses bisnis, proses produksi, sarana, produk dan pelayanan. Dengan cara ini, maka pengelola dana (asuransi) ikut mengendalikan mutu pelayanan yang diberikan kepada pesertanya.

II. PEMBIAYAAN PRAKTEK DOKTER GIGI

Sistem pembiayaan bidang kedokteran gigi saat ini berdasarkan pada permintaan pasien untuk mendapatkan perawatan. Dokter gigi yang melaksanakan praktek mandiri ataupun bekerja dalam sebuah klinik akan memberikan pelayanan kedokteran gigi yang canggih untuk melakukan perawatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif. Pelayanan yang diberikan akan lebih cenderung untuk memuaskan permintaan pasien yang dianggap sebagai konsumen. Hal tersebut dilakukan dengan atau tanpa skema pembiayaan kesehatan dengan pihak ketiga (asuransi).

WHO Global conference ke 7, disebutkan bahwa terdapat 3 elemen kunci untuk segera dapat dilaksanakan, yaitu 1. Kesehatan gigi dan mulut adalah hak asasi setiap manusia dan merupakan bagian integral dari kesehatan umum dan sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup manusia, 2. Promosi kesehatan gigi dan mulut serta program pencegahan penyakit gigi dan mulut harus disediakan melalui Pelayanan Kesehatan Primer dan tergabung dalam promosi kesehatan umum. Pendekatan yang terintegrasi adalah merupakan cara yang paling efektif, efisien dan realistis untuk menutup kesenjangan perawatan kesehatan gigi dan mulut di seluruh dunia, 3. Pemberdayaan masyarakat dalam promosi kesehatan gigi dan mulut serta pencegahan penyakit

gigi dan mulut yang terintegrasi membutuhkan kebijakan dan sumber daya manusia serta finansial yang memadai untuk meminimalkan kesenjangan antara si kaya dan si miskin.

Peraturan Menteri Kesehatan No 001 tahun 2012 tentang sistem rujukan pelayanan kesehatan di Indonesia secara jelas telah menempatkan dokter gigi pada posisi sebagai pemberi pelayanan primer/ strata pertama. Peraturan dari kementerian kesehatan ini, sebenarnya telah memberikan arahan bahwa bidang kedokteran gigi sudah diposisikan dalam pelayanan primer/strata pertama dalam sistem kesehatan nasional. Pembiayaan yang diterapkan pada dokter gigi pelayanan primer dalam sistem JKN menggunakan sistem kapitasi. Sistem ini mempunyai harapan agar dokter gigi layanan primer berusaha semaksimal mungkin untuk menekan penggunaan biaya saat melakukan prosedur kuratif. Dokter gigi layanan primer diharapkan dapat lebih menyentuh dan mengutamakan aspek promotif dan preventif agar sumber daya dan dana dapat dimanfaatkan sebaik-baiknya. Kedudukan badan pengelola jaminan sosial bidang kesehatan (BPJS Kesehatan) dapat mengontrol kualitas pekerjaan dokter gigi layanan primer berdasarkan mekanisme penjaminan mutu yang dapat dilakukan melalui proses *kredensialing* dan kontrol keluhan masyarakat terhadap mutu pelayanan dokter gigi layanan primer tersebut. Beberapa kajian mengenai penempatan pelayanan dokter gigi pada pelayanan primer dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Kajian Epidemiologi

Kedudukan pelayanan kedokteran gigi pada pelayanan sekunder/ strata kedua, maka ujung tombak pelayanan primernya akan dilaksanakan oleh profesi dokter yang berperan sebagai *gate keeper*. Apabila pelayanan kedokteran gigi hanya menjadi rujukan dari dokter, maka ranah kesehatan gigi hanya akan bersifat kuratif. Pola pencegahan penyakit gigi dan mulut yang dilakukan pada pelayanan sekunder ini adalah mencegah supaya tidak bertambah parahnya suatu penyakit. Berbeda apabila berada pada pelayanan primer yang berfungsi untuk mencegah timbulnya suatu penyakit. Dengan kondisi seperti ini maka dapat disimpulkan pola paradigma sehat tidak akan muncul, dimana penyakit gigi dan mulut yang merupakan *non communicable disease* (penyakit yang tidak menular) akibat dari kebiasaan dan kesadaran kesehatan gigi yang belum memadai. Seyogyanya upaya promotif dan preventif pelayanan gigi dan mulut harus dilakukan tidak saja pada UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat) tetapi juga pada ranah UKP (Upaya Kesehatan Perorangan). Tanpa upaya preventif yang dilakukan pada kelima tingkat pencegahan pada individu, maka sistem jaminan kesehatan bidang Kedokteran Gigi tidak dapat meningkatkan status kesehatan gigi mulut rakyat Indonesia. Banyak kasus penyakit gigi yang tidak dapat diredakan hanya dengan pengobatan biasa seperti yang dilakukan oleh dokter umum

(ex. pulpitis akut, GP dll).

2. Kajian Ekonomi

Masyarakat saat ini masih rendah kesadarannya, dan cenderung mengingat Dokter Gigi hanya apabila ada keluhan (ingat atau datang ke Dokter Gigi kalau ada sakit), sehingga rata-rata masyarakat datang ke Dokter Gigi bila keadaannya sudah memerlukan perawatan yang kompleks atau tidak sederhana. Biaya yang muncul menjadi lebih tinggi. Dengan kondisi masyarakat yang seperti ini diperlukan pencegahan dan promosi yang bersifat intervensi yang hanya dapat dilakukan apabila Dokter Gigi ada di layanan primer. Dengan didudukkan di layanan primer maka diharapkan biaya yang muncul juga akan ditekan, konsep kendali mutu dan kendali biaya dapat terlaksana.

Apabila pelayanan Dokter Gigi masuk dalam pelayanan sekunder atau strata kedua maka perhitungan untuk perawatan gigi tentunya dihitung pada tiap perawatan yang dilakukan (menggunakan INA CBG's) yang tentunya akan menjadi lebih tinggi biayanya (karena permasalahan lebih kompleks). Dari segi *cost effectiveness*, pemerintah akan menjadi lebih boros, karena sebetulnya sebagian besar kasus gigi bisa diselesaikan pada pelayanan primer/strata satu yang menggunakan sistem kapitasi. Perhitungan biaya untuk perawatan lanjutan layanan sekunder/ strata kedua dan ketiga biasanya 3 (tiga) kali lipat pembiayaan dari pelayanan primer.

3. Kajian dalam ranah pendidikan

Sesuai dengan hakekat pendidikannya maka tenaga Dokter Gigi diciptakan sebagai *First Professional Degree* yang peran dan fungsinya adalah di pelayanan tingkat primer (*primary health services*). Ini terkait dengan struktur layanan yang berjenjang atau tatanan rujukan. Untuk itu ada the *Second Professional Degree* yaitu Dokter Gigi Spesialis untuk *secondary dental service*, dan the *Third Professional Degree* yaitu Dokter Gigi Spesialis Konsultan untuk layanan tertier. Ini terkait dengan sistem pelayanan kedokteran gigi yang berlaku global, yang terkait pada rentang permasalahan kedokteran gigi, mulai dari sangat sederhana sampai dengan sangat rumit yang memerlukan tindakan rumit dan sangat spesifik.

Bila upaya sistem SJSN meletakkan pelayanan kesehatan gigi di pelayanan sekunder maka akan merusak hakekat *positioning* dari Dokter Gigi baik secara filosofis terkait pendidikannya, tidak mengikuti kaidah perjalanan penyakit gigi mulut yang progresif akumulatif serta prinsip intervensinya, merusak *positioning* secara sosial-ekonomi, melanggar struktur dan tatanan pelayanan kesehatan gigi yang berjenjang, dan menempatkan Dokter Gigi Indonesia tidak setara dalam positioningnya terhadap tatanan sistem pelayanan kesehatan global.

Sistem pembiayaan bidang kedokteran gigi saat ini berdasarkan pada permintaan pasien untuk mendapatkan perawatan. Dokter Gigi yang melaksanakan praktek mandiri ataupun bekerja dalam sebuah klinik akan memberikan pelayanan kedokteran gigi yang canggih untuk melakukan perawatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif. Pelayanan yang diberikan akan lebih cenderung untuk memuaskan permintaan pasien yang dianggap sebagai konsumen, hal tersebut dilakukan dengan atau tanpa skema pembiayaan kesehatan dengan pihak ketiga (asuransi).

PEMBAYARAN JASA DOKTER GIGI DENGAN KAPITASI

1. Definisi Kapitasi

Kapitasi merupakan salah satu mekanisme perubahan cara pembayaran dari bentuk *fee for service* ke bentuk *prospective payment system*. Definisi Kapitasi itu sendiri ialah metode pembayaran untuk jasa pelayanan kesehatan dimana pemberi pelayanan kesehatan (dokter atau rumah sakit) menerima sejumlah tetap penghasilan per peserta, per periode waktu (biasanya bulan), untuk pelayanan yang telah ditentukan per periode waktu tertentu. Kapitasi didasarkan atas jumlah tertanggung (orang yang dijamin atau anggota) baik anggota itu dalam keadaan sakit atau dalam keadaan sehat yang besarnya ditetapkan dan umumnya dibayarkan di muka tanpa memperhitungkan jumlah konsultasi atau pemakaian pelayanan di pusat pelayanan kesehatan tersebut. Kapitasi dapat juga didefinisikan sebagai metode pembayaran untuk pelayanan kesehatan di mana penyedia layanan dibayar dalam jumlah tetap per pasien tanpa memperhatikan jumlah atau sifat layanan yang sebenarnya diberikan.

Sistem pembayaran kapitasi merupakan pembayaran dimuka berdasarkan jumlah peserta terdaftar tanpa memperhatikan jenis pelayanan yang diberikan, biasanya dilakukan pihak asuransi kepada pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama, sedangkan sistem pembayaran *Fee For Services* (FFS) merupakan cara pembayaran berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan oleh pemberi pelayanan kesehatan primer dan lanjutan (Sulastomo, 1999, Kongsvelt *et al.*, 2000). Kedua sistem tersebut memiliki reaksi masing-masing yang berdampak pada pelayanan kepada pasien. Reaksi positif pembayaran dengan sistem FFS, antara lain dokter lebih puas karena pembagian jasa berdasarkan sumber daya yang digunakan, sedangkan reaksi negatifnya yaitu tidak terkendalinya biaya pelayanan kesehatan karena dokter cenderung melakukan *over* utilisasi, kunjungan pasien meningkat, prosedur pelayanan yang tidak sesuai, meningkatkan rujukan inter dan antar spesialis (Sulastomo, 1999, Kongsvelt *et al.*, 2000).

Beberapa reaksi PPK terkait dengan sistem pembiayaan kapitasi (Thabrany, 2000), yaitu:

- 1) Reaksi Positif, memberikan pelayanan berkualitas tinggi dengan diagnosis yang tepat dan

pengobatan/tindakan yang paling efektif, pelayanan promotif dan preventif untuk mencegah insidens kesakitan sehingga utilisasi ke PPK rendah dan biaya pelayanan kesehatan menjadi lebih kecil, pelayanan yang efisiensi; 2) Reaksi Negatif, PPK akan dengan mudah merujuk pasiennya ke spesialis, mempercepat waktu pelayanan sehingga tersedia waktu lebih banyak untuk melayani pasien non asuransi yang dinilai membayar lebih banyak, tidak memberikan pelayanan dengan baik (*under utilisasi*), agar kunjungan pasien kapitasi tidak cukup banyak.

Sistem pembayaran Dokter Gigi Keluarga salah satu model kapitasi yang relatif baru bagi Dokter Gigi yang selama ini terbiasa dengan model pembayaran *fee for service*. Pergeseran ke arah sistem pembayaran kapitasi didasarkan pada berbagai evaluasi yang menunjukkan bahwa metode pembayaran berbasis *fee for service* kepada *provider* pelayanan kesehatan terbukti dapat menyebabkan inefisiensi dan peningkatan biaya pelayanan kesehatan (HIAA, 2000). Dalam model pembayaran *fee for Service* (FFS), dokter tidak ikut menanggung risiko keuangan, akibatnya sering terjadi *over utilisasi* dan *supply induced demand* dalam pemberian pelayanan kesehatan (Madden dkk., 2005). Sebaliknya dengan model pembayaran kapitasi diharapkan dapat meningkatkan efisiensi biaya pelayanan kesehatan dengan mengikutsertakan Dokter Primer/Dokter Keluarga pada posisi ikut menanggung sebagian atau seluruh risiko keuangan, terkait dengan penggunaan sumber daya dalam pelayanan kesehatan (Barnum dkk., 1995, Thabrany, 2000;).

2. Faktor-faktor yang diperhitungkan dalam penetapan besaran Kapitasi

a. Paket Manfaat (*Benefit*) dalam Pelayanan Kedokteran Gigi Primer.

Berdasarkan hasil kesepakatan yang telah dilakukan dalam beberapa pertemuan yang dihadiri oleh Kemenkes, PDGI dan Kolegium Dokter Gigi Indonesia, manfaat pelayanan kesehatan gigi primer adalah sebagai berikut:

- i. Konsultasi
- ii. Pencabutan gigi sulung
- iii. Pencabutan gigi permanen
- iv. Tumpatan dengan Resin Komposit (tumpatan sinar)
- v. Tumpatan dengan Semen Ionomer Kaca
- vi. *Pulp capping* (proteksi pulpa)
- vii. Kegawatdaruratan Oro-dental
- viii. *Scaling* (pembersihan karang gigi) dibatasi satu kali per tahun
- ix. Premedikasi/Pemberian obat
- x. Protesa gigi (gigi tiruan lengkap maupun sebagian dengan ketentuan yang

diatur tersendiri).

b. Utilisasi per Jenis Tindakan

Disebutkan bahwa utilisasi pelayanan kesehatan adalah interaksi antara *consumer* dan *provider*. Konsumen adalah masyarakat atau keluarga atau juga individu-individu sebagai sasaran dari pelayanan kesehatan. Sementara *provider* adalah para tenaga kesehatan yang langsung bekerja melayani masyarakat yang membutuhkan pelayanan akan kesehatan. Interaksi ini bukan hanya faktor konsumen dan *provider* yang harus diketahui tetapi juga faktor sosial budaya dan pengorganisasian dari interaksi tersebut. Hasil akhir dari interaksi ini adalah adanya pemahaman bersama (konsumen dan *provider*) akan kebutuhan kesehatan, hal ini penting karena fakta dilapangan pada umumnya interaksi yang terjadi hanya merupakan suatu keinginan belum dianggap sebagai suatu kebutuhan. Tingkat utilisasi (*Utilization Rate*) merupakan probabilitas terjadinya suatu jenis pelayanan kesehatan, Jumlah utilisasi di banding populasi (rerata perbulan). Rasio utilisasi perbulan adalah jumlah kunjungan pasien dalam satu bulan dibagi dengan jumlah peserta dikalikan dengan 100%.

c. *Penghitungan Unit Cost* per Jenis Tindakan

Biaya satuan (*unit cost*) merupakan perkiraan nilai nominal dari jenis pelayanan kesehatan tersebut, yaitu jumlah biaya yang dibutuhkan setiap perawatan dengan besaran yang didasarkan pada perhitungan *unit cost* atau tarif yang berlaku umum.

Biaya adalah kas atau nilai setara kas yang dikorbankan untuk mendapatkan barang atau jasa yang diharapkan memberi manfaat saat ini atau di masa depan bagi organisasi Menurut Hansen dan Mowen (2009), biaya per unit (*unit cost*) adalah jumlah biaya yang berkaitan dengan unit yang diproduksi dibagi dengan jumlah unit yang diproduksi. (Hansen dan Mowen, 2009).

$$\text{Unit Cost} = \frac{\text{Jumlah pendapatan untuk setiap jenis pelayanan}}{\text{Jumlah kunjungan untuk pelayanan tersebut}}$$

Unit cost yang tinggi menunjukkan bahwa pelayanan tidak efisien atau populasi memiliki risiko biaya tinggi (banyak penyakit degeneratif). Unit cost ini penting untuk menghitung tarif atau kapitasi, serta kontrol biaya dan ketaatan tim terhadap SOP yang telah sepakati.

Utilisasi adalah tingkat pemanfaatan fasilitas pelayanan yang dimiliki sebuah klinik/praktik. Utilisasi dinyatakan dalam persen (prosentase) dengan rumus:

$$\text{Utilisasi} = \frac{\text{Jumlah kunjungan}}{\text{Total Populasi}} \times 100\%$$

3. Cara Penghitungan Kapitasi bagi Dokter Gigi

Dua hal pokok yang harus diperhatikan dalam menentukan besaran kapitasi adalah akurasi prediksi angka utilisasi dan penetapan biaya. Besaran angka kapitasi ini sangat dipengaruhi oleh angka utilisasi pelayanan kesehatan dan jenis paket (benefit) asuransi kesehatan yang ditawarkan serta biaya satuan pelayanan. Proses penetapan biaya satuan tidak terlepas dari aspek-aspek finansial lokal, dalam arti biaya yang berlaku untuk daerah itu dan tingkat harga yang kompetitif di daerah tersebut. Dengan dasar biaya lokal yang berbeda antar satu daerah dengan daerah lain, maka penentuan besaran kapitasi tidak mungkin dibuat “sama” antar daerah.

TARIF KAPITASI UNTUK PELAYANAN KESEHATAN RAWAT JALAN TINGKAT PERTAMA

Tarif Kapitasi Di RS Pratama, Klinik Pratama, Dokter Praktek, Dokter Gigi Praktek

| NO | JENIS FASILITAS KESEHATAN PRIMER MILIK SWASTA | TARIF (Rp) |
|----|---|----------------|
| 1 | RS. Pratama, Klinik Pratama, Praktek Dokter, atau Fasilitas Kesehatan yang setara | 8.000 - 10.000 |
| 2 | Praktik Dokter Gigi di luar Fasilitas Kesehatan A1 atau B1 | 2.000 |

Cara Perhitungan Unit Cost Pelayanan Kesehatan Gigi dan Sistem Pembayaran kepada Provider seperti Kapitasi dan INA CBGs)

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Menurut Miller (2007) tujuan dari pembiayaan kesehatan adalah mendorong peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi pasien, mendorong efisiensi tidak memberikan reward terhadap provider yang melakukan over treatment, under treatment maupun melakukan adverse event dan mendorong pelayanan tim. Dengan sistem pembiayaan yang tepat diharapkan tujuan diatas bisa tercapai.

Terdapat dua metode pembayaran rumah sakit yang digunakan yaitu metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif. Metode pembayaran retrospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasar pada setiap aktifitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan. Contoh pola pembayaran retrospektif adalah *Fee For Services (FFS)*. Metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contoh pembayaran prospektif adalah global budget, Perdiem, Kapitasi dan case based payment. Tidak ada satupun sistem pembiayaan yang sempurna, setiap sistem pembiayaan memiliki kelebihan dan kekurangan. Berikut tabel perbandingan kelebihan sistem pembayaran prospektif dan retrospektif.

Tabel 1
Kelebihan dan Kekurangan Metode Pembayaran Prospektif

| | KELEBIHAN | KEKURANGAN |
|----------|--|--|
| Provider | Pembayaran lebih adil sesuai dengan kompleksitas pelayanan | Kurang nya kualitas Koding akan menyebabkan ketidaksesuaian proses <i>grouping</i> (pengelompokan kasus) |
| | Proses Klaim Lebih Cepat | |
| Pasien | Kualitas Pelayanan baik | Pengurangan Kuantitas Pelayanan |
| | Dapat memilih Provider dengan pelayanan terbaik | Provider merujuk ke luar / RS lain |
| Pembayar | Terdapat pembagian resiko keuangan dengan provider | Memerlukan pemahaman mengenai konsep prospektif dalam implementasinya |
| | Biaya administrasi lebih rendah | Memerlukan monitoring Pasca Klaim |
| | Mendorong peningkatan sistem informasi | |

Tabel 2

Kelebihan dan Kekurangan Metode Pembayaran Retrospektif

| | KELEBIHAN | KEKURANGAN |
|----------|---|--|
| Provider | Risiko keuangan sangat kecil | Tidak ada insentif untuk yang memberikan <i>Preventif Care</i> |
| | pendapatan Rumah Sakit tidak terbatas | " <i>Supplier induced-demand</i> " |
| Pasien | Waktu tunggu yang lebih singkat | Jumlah pasien di klinik sangat banyak " <i>Overcrowded clinics</i> " |
| | Lebih mudah mendapat pelayanan dengan teknologi terbaru | Kualitas pelayanan kurang |
| Pembayar | Mudah mencapai kesepakatan dengan <i>provider</i> | Biaya administrasi tinggi untuk proses klaim |
| | | meningkatkan risiko keuangan |

Pilihan sistem pembiayaan tergantung pada kebutuhan dan tujuan dari implementasi pembayaran kesehatan tersebut. Sistem pembiayaan prospektif menjadi pilihan karena:

- Dapat mengendalikan biaya kesehatan
- Mendorong pelayanan kesehatan tetap bermutu sesuai standar
- Membatas pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan berlebihan atau under use
- Mempermudah administrasi klaim
- Mendorong provider untuk melakukan cost containment

Di Indonesia, metode pembayaran prospektif dikenal dengan Casemix (*case based payment*) dan sudah diterapkan sejak Tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (*Jamkesmas*). Sistem casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper*. Sistem casemix saat ini banyak digunakan sebagai dasar sistem pembayaran kesehatan di negara-negara maju dan sedang dikembangkan di negara-negara berkembang.

Sistem casemix adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan grouper.

Dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah diatur pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan adalah dengan INA-CBGs sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013. Untuk tarif yang berlaku pada 1 Januari 2014, telah dilakukan penyesuaian dari tarif INA-CBGs Jamkesmas dan telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Tarif Indonesian – Case Based Groups yang selanjutnya disebut tarif INA-CBGs adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit.

Dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah diatur pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan adalah dengan INA-CBG sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013.

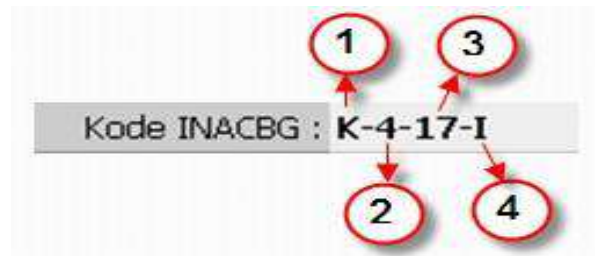
SISTEM INA-CBGs

Sistem casemix pertama kali dikembangkan di Indonesia pada Tahun 2006 dengan nama INA-DRG (*Indonesia- Diagnosis Related Group*). Implementasi pembayaran dengan INA-DRG dimulai pada 1 September 2008 pada 15 rumah sakit vertikal, dan pada 1 Januari 2009 diperluas pada seluruh rumah sakit yang bekerja sama untuk program Jamkesmas. Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA-DRG (*Indonesia Diagnosis Related Group*) menjadi INA-CBG (*Indonesia Case Based Group*) seiring dengan perubahan grouper dari 3M Grouper ke UNU (*United Nation University*) Grouper. Dengan demikian, sejak bulan Oktober 2010 sampai Desember 2013, pembayaran kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) Lanjutan dalam Jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) menggunakan INA-CBG. Sejak diimplementasikannya sistem casemix di Indonesia telah dihasilkan 3 kali perubahan besaran tarif, yaitu tarif INA-DRG Tahun 2008, tarif INA-CBG Tahun 2013 dan tarif INA-CBG Tahun 2014. Tarif INA-CBG mempunyai 1.077 kelompok tarif terdiri dari 789 kode grup/kelompok rawat inap dan 288 kode grup/kelompok rawat jalan, menggunakan sistem koding dengan ICD-10 untuk diagnosis serta ICD-9-CM untuk prosedur/tindakan. Pengelompokan kode diagnosis dan

prosedur dilakukan dengan menggunakan grouper UNU (*UNU Grouper*). UNU- Grouper adalah Grouper casemix yang dikembangkan oleh United Nations University (UNU).

STRUKTUR KODE INA-CBGs

Dasar pengelompokan dalam INA-CBGs menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan/prosedur. Pengelompokan menggunakan sistem teknologi informasi berupa Aplikasi INA-CBG sehingga dihasilkan 1.077 Group/Kelompok Kasus yang terdiri dari 789 kelompok kasus rawat inap dan 288 kelompok kasus rawat jalan. Setiap group dilambangkan dengan kode kombinasi alfabet dan numerik dengan contoh sebagai berikut:



Gambar Struktur Kode INA-CBG

Keterangan:

1. Digit ke-1 merupakan CMG (*Casemix Main Groups*)
2. Digit ke-2 merupakan tipe kasus
3. Digit ke-3 merupakan spesifik CBG kasus
4. Digit ke-4 berupa angka romawi merupakan *severity level*

Dalam INA-CBG terdapat 1077 kelompok tarif yang terdiri dari 789 tarif pelayanan rawat inap dan 288 tarif pelayanan rawat jalan dengan dasar pengelompokan menggunakan ICD 10 untuk diagnosis dan ICD 9 CM untuk tindakan.

Latihan :

1. Sebutkan empat sumber utama untuk membiayai pelayanan kesehatan menurut Muninjaya, 2010!

Jawaban:

- a. Pemerintah (APBN, APBD Prov, Kab/Kota)
- b. Swasta (investasi langsung oleh pihak swasta)
- c. Masyarakat melalui pembayaran langsung (*fee for services*) atau yang terhimpun oleh perusahaan asuransi
- d. Hibah atau pinjaman luar negeri

2. Sebutkan kelebihan dan kekurangan pembayaran INA-CBGs dengan metode prospektif!

Jawaban:

Kelebihan dan Kekurangan Metode Pembayaran Prospektif adalah:

| | KELEBIHAN | KEKURANGAN |
|----------|--|--|
| Provider | Pembayaran lebih adil sesuai dengan kompleksitas pelayanan | Kurangunya kualitas Koding akan menyebabkan ketidaksesuaian proses <i>grouping</i> (pengelompokan kasus) |
| | Proses Klaim Lebih Cepat | |
| Pasien | Kualitas Pelayanan baik | Pengurangan Kuantitas Pelayanan |
| | Dapat memilih Provider dengan pelayanan terbaik | Provider merujuk ke luar / RS lain |
| Pembayar | Terdapat pembagian resiko keuangan dengan provider | Memerlukan pemahaman mengenai konsep prospektif dalam implementasinya |
| | Biaya administrasi lebih rendah | Memerlukan monitoring Pasca Klaim |
| | Mendorong peningkatan sistem informasi | |

Rangkuman :

Pembiayaan kesehatan adalah dasar kemampuan sistem kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan kesejahteraan manusia. Untuk memahami sifat dari indikator yang dapat digunakan untuk memantau dan mengevaluasi pembiayaan sistem kesehatan membutuhkan penilaian eksplisit tentang harapan apa yang akan dicapai (WHO, 2008). Tujuan pembiayaan kesehatan adalah untuk membuat dana yang tersedia, serta untuk mengatur hak insentif keuangan untuk penyedia, untuk memastikan bahwa semua individu memiliki akses ke kesehatan masyarakat yang efektif dan perawatan kesehatan pribadi

Ada empat sumber utama untuk membiayai pelayanan kesehatan (Muninjaya, 2010):

1. Pemerintah (APBN, APBD Prov, Kab/Kota)
2. Swasta (investasi langsung oleh pihak swasta)
3. Masyarakat melalui pembayaran langsung (*fee for services*) atau yang terhimpun oleh perusahaan asuransi
4. Hibah atau pinjaman luar negeri

WHO Global conference ke 7, disebutkan bahwa terdapat 3 elemen kunci untuk segera dapat dilaksanakan, yaitu 1. Kesehatan gigi dan mulut adalah hak asasi setiap manusia dan merupakan bagian integral dari kesehatan umum dan sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup manusia, 2. Promosi kesehatan gigi dan mulut serta program pencegahan penyakit gigi dan mulut harus disediakan melalui Pelayanan Kesehatan Primer dan tergabung dalam promosi kesehatan umum 3. Pemberdayaan masyarakat dalam promosi kesehatan gigi dan mulut serta pencegahan penyakit gigi dan mulut yang terintegrasi membutuhkan kebijakan dan sumber daya manusia serta finansial yang memadai untuk meminimalkan kesenjangan antara si kaya dan si miskin.

Beberapa kajian mengenai penempatan pelayanan dokter gigi pada pelayanan primer dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Kajian epidemiologi
2. Kajian Ekonomi
3. Kajian Ranah Pendidikan

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Terdapat dua metode pembayaran rumah sakit yang digunakan yaitu metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif. Metode pembayaran retrospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasar pada setiap aktifitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan

kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan. Contoh pola pembayaran retrospektif adalah *Fee For Services (FFS)*. Metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarannya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Contoh pembayaran prospektif adalah global budget, Perdiem, Kapitasi dan case based payment. Tidak ada satupun sistem pembiayaan yang sempurna, setiap sistem pembiayaan memiliki kelebihan dan kekurangan. Di Indonesia, metode pembayaran prospektif dikenal dengan Casemix (*case based payment*) dan sudah diterapkan sejak Tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (*Jamkesmas*). Tarif INA-CBG mempunyai 1.077 kelompok tarif terdiri dari 789 kode grup/kelompok rawat inap dan 288 kode grup/kelompok rawat jalan, menggunakan sistem koding dengan ICD-10 untuk diagnosis serta ICD-9-CM untuk prosedur/tindakan.

Daftar Pustaka :

1. Peraturan Presiden Republik Indonesia No 111 Tahun 2013 tentang *Jaminan Kesehatan*
2. Undang-undang No 40 Tahun 2004 tentang *Sistem Jaminan Nasional*
3. Undang-undang No 24 Tahun 2011 tentang *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 69 Tahun 2013 tentang *Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*.
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 001 Tahun 2012 tentang *Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan di Indonesia*
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 27 Tahun 2014 tentang *Petunjuk Teknis Sistem Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs)*
7. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No 1 Tahun 2014 tentang *Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*
8. Iwan Dewanto, Naniek Isnaini Lestari. *Panduan Kedokteran Gigi Dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional*. 2014. PBPDGI
9. Febri Endra Budi Setiawan. *Sistem Pembiayaan Kesehatan*. 2017. Malang. <https://www.researchgate.net/publication/326348054>
10. Nurnaningsih Herya. *Modul Konsep Pembiayaan Kesehatan*. 2017. UNM

Tugas :

Buatlah Roadmap JKN dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional, Rencana Aksi Pengembangan Pelayanan Kesehatan, Permenkes, Peraturan BPJS

Tes Formatif :

Soal:

1. Pengertian pembiayaan kesehatan menurut WHO adalah :
 - A. Pendanaan yang dikeluarkan untuk mendukung investasi yang telah direncanakan baik dilakukan sendiri maupun dilakukan oleh orang lain
 - B. Dasar kemampuan sistem kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan kesejahteraan manusia
 - C. Pendanaan yang diberikan oleh suatu pihak kepada pihak lain untuk mendukung investasi yang telah direncanakan, baik dilakukan sendiri maupun lembaga
 - D. Pendanaan yang dikeluarkan untuk mendukung investasi yang telah direncanakan
 - E. Penyediaan uang atau tagihan yang dipersamakan dengan itu berdasarkan persetujuan atau kesepakatan antara bank dengan pihak lain yang mewajibkan pihak lain dibiayai untuk mengembalikan uang atau tagihan tersebut setelah jangka waktu tertentu dengan imbalan
2. Untuk membuat dana yang tersedia, serta untuk mengatur hak insentif keuangan untuk penyedia, untuk memastikan bahwa semua individu memiliki akses ke kesehatan masyarakat yang efektif dan perawatan kesehatan pribadi merupakan :
 - A. Tujuan Pembiayaan Kesehatan
 - B. Tujuan Pembiayaan
 - C. Pembiayaan Kesehatan
 - D. Pembiayaan
 - E. Pembayaran Kesehatan
3. Keamanan dari prestasi atau fasilitas yang diberikan harus benar-benar ^{[[[}tercapai tanpa hambatan yang berarti, merupakan fungsi dalam pembiayaan yaitu :
 - A. *Safety*
 - B. *Provitability*
 - C. *Universal*
 - D. *Equity*
 - E. *Efficiency*

4. Masalah pada pembiayaan kesehatan, diantaranya adalah :
 - A. Dokter-pasien hubungannya tidak baik
 - B. Perubahan pola penyakit
 - C. Rumah sakit mengalami kebangkrutan
 - D. Terjadi inflasi
 - E. Kenaikan harga pelayanan kesehatan
5. Perpres No. 12/2013 mengatur tentang :
 - A. Jaminan kesehatan
 - B. BPJS
 - C. SJSN
 - D. PBI
 - E. Kerakyatan
6. Pelayanan obat, alat dan bahan medis habis pakai pada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan merupakan salah satu komponen yang dibayarkan dalam paket INA-CBG's. Pernyataan diatas merupakan :
 - A. Peraturan BPJS Kesehatan no. 1 tahun 2014 pasal 57
 - B. Peraturan BPJS Kesehatan no. 1 tahun 2014 pasal 69
 - C. Permenkes No. 71 tahun 2013
 - D. Jasa pelayanan
 - E. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 28 tahun 2014
7. Pada tanggal berapa program jaminan kesehatan diselenggarakan oleh BPJS :
 - A. 1 januari 2015
 - B. 11 januari 2014
 - C. 1 januari 2014
 - D. 10 januari 2015
 - E. 11 januari 2015
8. Sistem pembayaran Berdasarkan jumlah orang yang menjadi tugas/kewajiban PPK untuk dilayani yang diterima dimuka dalam jumlah yang tetap, tanpa memperhatikan jumlah kunjungan, tindakan dan obat yang diberikan oleh PPK tersebut. Pernyataan di atas merupakan konsep dari :
 - A. INA-CBG's
 - B. Paket
 - C. FKTP

- D. Kapitasi
E. FKRTL
9. Kegiatan badan asuransi berupa penempatan sejumlah uang/modal kedalam salah satu bentuk kepemilikan (*property*) dengan tujuan mendptkan hasil yg menguntungkan adalah pengertian dari :
- A. Investment
B. Reinsurance
C. Asuransi
D. Insolvency Coverage
E. Reinsurance
10. Pengelompokkan diagnosa penyakit yang dikaitkan dengan biaya perawatan adalah :
- A. INA-CBGs
B. Faskes
C. JKN
D. Koding
E. Sistem Casemix

Kunci Jawaban:

1. B
2. A
3. A
4. B
5. A
6. B
7. C
8. D
9. A
10. E

Umpan Balik :

- Pelaksana tutorial diberikan umpan balik berupa form Evaluasi Dosen Oleh Mahasiswa (EDOM) yang diisi oleh mahasiswa setelah pelaksanaan tutorial dan pleno berlangsung, sehingga terdapat evaluasi dari proses tutorial dan pleno.

- Mahasiswa juga diberikan umpan balik atau evaluasi dari Fasil (pemberi tutorial), berupa penilaian individu (keterampilan bertanya, menjawab pertanyaan, berpendapat, dan sikap respek, empat, serta support) dan juga penilaian presentasi oral per kelompok (penyajian materi PPT, penguasaan materi, gaya presentasi, serta sikap & perilaku).

MODUL ANALISIS LINGKUNGAN DAN MANAJEMEN KESEHATAN

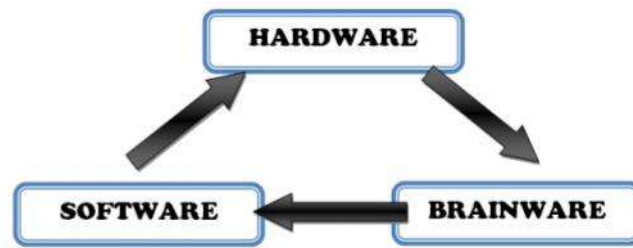
ILMU KEDOKTERAN GIGI MASYARAKAT 2

SEMESTER GENAP 2019/2020

- Deskripsi Blok** : Blok ini merupakan blok yang memuat bahan kajian tentang ilmu kesehatan gigi masyarakat yang bertujuan agar mahasiswa memiliki kemampuan tentang Analisis Lingkungan, Manajemen Kesehatan, Manajemen Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut serta Sistem Informasi Rekam Medis
- Kegiatan 10** : Pemanfaatan Teknologi Informasi dalam Program Kesehatan Gigi dan Mulut Masyarakat
- CPMK** : Mampu menjelaskan tentang Pemanfaatan Teknologi Informasi dalam Program Kesehatan Gigi dan Mulut Masyarakat
- CPL** : - Menjelaskan tentang perangkat teknologi informasi (menjelaskan jenis jenis perangkat keras dan perangkat lunak yang digunakan dalam program kesehatan gigi dan mulut)
- Menjelaskan tentang dasar sistem informasi kesehatan (data, informasi, sistem informasi, pengantar SIK/Sistem Informasi Kesehatan, pengantar SIM Sistem Informasi Manajemen dan pengantar Sistem Informasi Rekam Medis)
- Uraian Materi** :

II. PERANGKAT TEKNOLOGI INFORMASI UNTUK PROGRAM KESEHATAN GIGI DAN MULUT

Perangkat teknologi informasi yang digunakan adalah komputer terdiri dari perangkat keras (*hardware*), perangkat lunak (*software*) dan manusia sebagai pengguna (*brainware*).



Gambar 1.1 Komponen Komputer

2.1 Perangkat keras

Perangkat keras dalam dunia kesehatan kesehatan yang saat ini paling sering digunakan adalah komputer. Komputer ditemukan pada era tahun 1960 dan 1970-an. Perangkat keras pada komputer terdiri dari:

- Perangkat input, adalah segala sesuatu alat yang menjadi pengirim sinyal di dalam komputer, diantaranya: keyboard, pointing stick (alat petunjuk), mouse, trackball, touch screen, barcode reader, scanner, microphone dan headphone, graphics pads
- Perangkat proses, diantaranya: prosesor, memory, hardisk
- Perangkat output, diantaranya: monitor, proyektor, printer,

Manfaat komputer tidak hanya dirasakan oleh user atau penggunanya tetapi oleh instansi, seperti: klinik, puskesmas, dan rumah sakit. Peran komputer seharusnya dapat dirasakan oleh pasien karena pelayanan utama untuk setiap institusi kesehatan adalah kepada pasien, jadi yang utama adalah yang dirasakan secara langsung oleh pasien, diantaranya:

- Pasient safety

Perangkat komputer yang digunakan oleh rumah sakit atau klinik untuk memasukkan data pasien ke dalam komputer, secara tidak langsung dapat menolong jiwa pasien. Teknologi komputer jika penggunaannya sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan maka akan sangat membantu, dan jika tidak sesuai maka yang menjadi korban adalah pasiennya sendiri.

- Administrasi kesehatan

Peran perangkat komputer sangat penting juga untuk administrasi kesehatan dalam hal ini berperan dalam pendataan pendaftaran. Adanya komputer di area pendaftaran sangat penting untuk kegiatan menghimpun data, agar dapat dikeluarkan menjadi sebuah laporan

kunjungan pasien, mengetahui data demografi pasien yang sudah diolah misalnya menurut alamat pasien, jenis kelamin, umur pasien dan lain-lain, tentunya sesuai kebutuhan pelaporan.

c. Apotik / Farmasi

Manajemen obat harus ada di dalam setiap instasi kesehatan, misalnya pengadaan obat, mengatur masuk dan keluar, mengatur keberadaan obat jika item obat yang kurang maka harus pengadaan lagi, hubungan obat dengan diagnosis / berapa obat yang harus dikeluarkan pada diagnosis A. Agar memperoleh data yang tepat sulit rasanya digunakan secara manual dan harus mempergunakan teknologi komputer yang tertuang dalam sistem informasi dapat diaplikasikan.

d. Penyimpanan data pasien

Teknologi komputer dapat digunakan untuk menyimpan dokumen pasien dengan ditambahkan sistem informasi di dalamnya maka pemanggilan data seseorang pasien dapat dilakukan dengan mudah. Adanya teknologi komputer di rumah sakit atau klinik misalnya data rekam medis pasien itu sendiri diharapkan dapat dimiliki oleh pasien. Karena pada prinsipnya data riwayat pasien itu milik pasien itu sendiri. Salah satu teknologi yang sedang berkembang adalah adanya smart card. Alat tersebut dapat menyimpan semua rekaman riwayat pasien. Kartu tersebut ditanam sebuah chip untuk menyimpan data dan menginterpretasikannya jika pasien tersebut datang lagi ke rumah sakit

e. Penelitian

Fungsi lain teknologi komputer dalam teknologi informasi kesehatan adalah untuk penelitian. Data rekam medis yang ada di rumah sakit. Sering kali dalam penelitian dibutuhkan variabel yang banyak, dengan adanya teknologi komputer kita dapat query atau sejenis filter yang akan mencari variabel – variabel yang dibutuhkan sehingga sesuai dengan apa yang diinginkan.

f. Alat pengambil keputusan

Teknologi komputer di dunia kesehatan sangat penting dalam pengambilan keputusan . apalagi untuk kebutuhan dokter yang harus memutuskan diagnosis, tindakan dan terapi yang harus diberikan . Proses dari pengambilan keputusan tentu saja harus ada alat yang membantu untuk melihat dan menganalisa organ tubuh, misalnya Cone beam computed tomography CBCT untuk melihat gambaran elemen tulang pada kerangka maksilofasial berupa gambaran 3 dimensi, Ultra sonografi (USG) untuk melihat organ dalam tubuh yang ditampilkan dalam

layar monitor berupa gambar dua atau tiga dimensi, Helical CT-SCAN dan Magnetic resonance imaging (MRI) untuk pemeriksaan organ tubuh secara komputerisasi dengan potongan transversal coronal dan sagittal dan lain sebagainya

g. Electronic Health Record (HER) & Electronic Management Record (EMR)

HER atau dalam bahasa Indonesia disebut dengan RKE merupakan catatan klinis perorangan di dalam suatu institusi yang memiliki standart data baik nasional maupun internasional. EMR merupakan catatan klinis perorangan di dalam institusi yang di olah dan digunakan di dalam institusi tersebut. Dengan adanya HER dan EMR menjadikan data – data pasien yang masuk ke rumah sakit atau institusi kesehatan lainnya dapat di akses oleh bagian mana saja sesuai dengan kebutuhan dan peraturan yang ada.

2.2 Perangkat lunak

Perangkat lunak terdiri dari perangkat lunak sistem operasi dan perangkat lunak aplikasi dimana perangkat lunak aplikasi tidak dapat berjalan tanpa adanya perangkat lunak sistem operasi.

Sistem operasi

Sistem operasi adalah perangkat lunak (software) yang merupakan penghubung antara pengguna computer (brainware) dengan perangkat keras (hardware), ada tiga sistem operasi yang cukup dikenal yaitu: Windows, Linux dan Macintosh. Di antara ketiganya yang paling sering digunakan di Indonesia adalah windows.

Perangkat lunak aplikasi

Perangkat lunak aplikasi digunakan agar computer dapat dimanfaatkan dan digunakan sebagai keperluan. Perangkat lunak aplikasi merupakan program yang dijalankan untuk melakukan fungsi tertentu tergantung kebutuhan penggunaanya yang telah ditentukan pada awal pembuatan program tersebut dan biasanya diperlukan untuk kepentingan pengolahan data, beberapa yang kita kenal diantaranya: Microsoft Word, Microsoft Excel dan Microsoft powerpoint.

Dalam ranah kesehatan kita kenal sebagai sistem informasi manajemen kesehatan yang merupakan perangkat lunak untuk membantu proses pengumpulan, pengolahan, dan pencarian kembali data kesehatan.

III. SISTEM INFORMASI KESEHATAN

3.1 Data

Data merupakan bentuk jamak dari kata **datum** (Latin) yang berarti sebagian kecil dari informasi atau sebuah fakta yang diketahui atau diperkirakan yang digunakan sebagai dasar dari teori, kesimpulan atau inferens. **Data** itu sendiri mempunyai arti informasi yang faktual merupakan fakta-fakta atau gambaran-gambaran yang didapat dari eksperimen atau survei yang digunakan sebagai dasar dalam perhitungan atau penyusunan kesimpulan. Dalam sistem informasi (ilmu komputer) **data** merupakan informasi perhitungan dari pengolahan komputer berupa angka, teks, gambar, suara dalam bentuk yang cocok untuk penyimpanan dan pengolahan oleh komputer. Dalam statistik **data** adalah himpunan angka-angka yang merupakan nilai dari unit sampel kita sebagai hasil dari mengamati/mengukur. Ditinjau dari **jenis data** dapat kita tentukan:

- a. **Data diskrit**: data dalam bentuk bilangan bulat atau data yang didapat dari hasil perhitungan. Misalnya: jumlah anak dalam keluarga, jumlah penderita TBC Paru dll.
- b. **Data kontinyu**: data dalam bentuk rangkaian data yang dapat dalam bentuk desimal dan didapatkan dari pengukuran. Misalnya: Tinggi Badan, berat badan, panjang badan dll.
- c. **Data kuantitatif**: data dalam bentuk bilangan (numerik) misalnya jumlah balita yang diimunisasi dll.
- d. **Data kualitatif**: data yang dalam bentuk kualitatif (kategorial). Misalnya: pernyataan terhadap KB setuju, kurang setuju, tidak setuju.

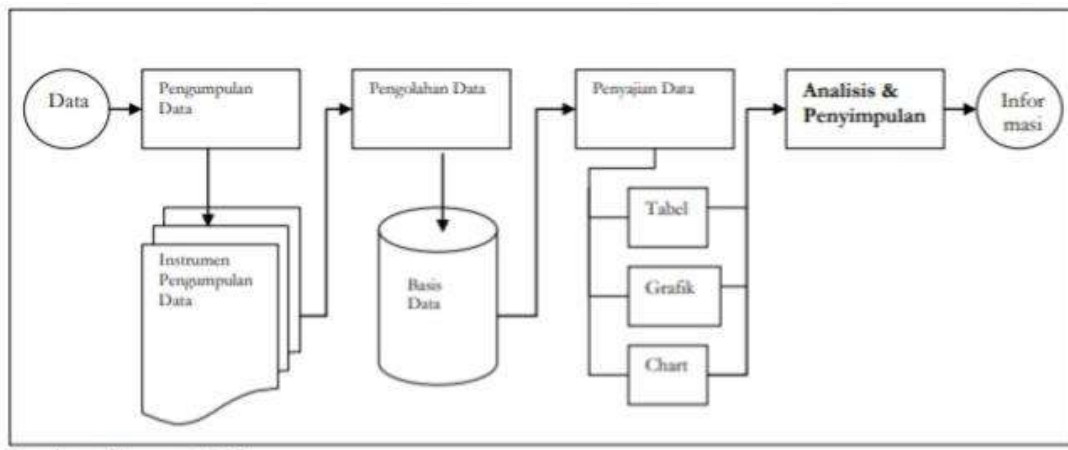
Ditinjau dari **sumbernya data** dibagi atas:

- a. **Data primer**: data yang dikumpulkan oleh peneliti sendiri.
- b. **Data sekunder**: data yang diambil dari suatu sumber dan biasanya data itu sudah dikompilasi lebih dahulu oleh instansi atau yang punya data.

2.2 Informasi

Sedangkan informasi adalah data yang diolah menjadi bentuk yang lebih berguna dan lebih berarti bagi yang menerimanya. Sauerborn meringkasnya menjadi kumpulan fakta atau data yang sangat berguna. Menurut Siregar (1992), alih bentuk data menjadi informasi

melalui empat langkah pokok yaitu pengumpulan data, pengolahan data, penyajian data dan analisis data. Proses pengumpulan data diawali dengan ketersediaan data pada sumber data baik dalam bentuk hasil pencatatan dan pelaporan ataupun hasil survei.



Gambar 2.1 Transformasi Data menjadi Informasi

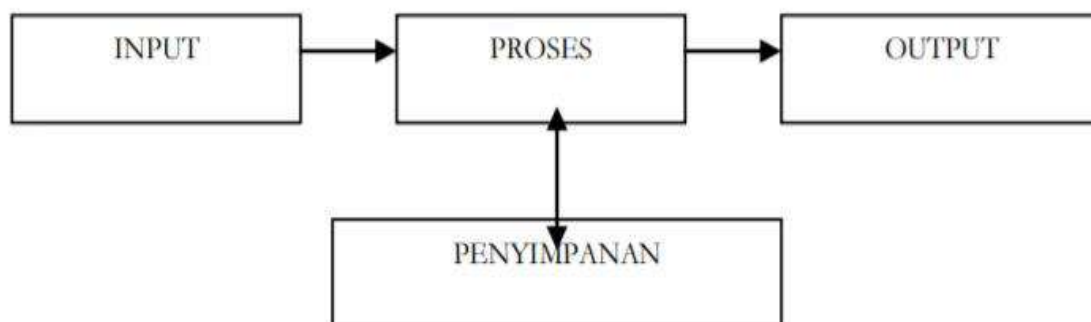
Pengolahan data dapat dilakukan secara manual maupun dengan bantuan perangkat computer. Proses pengolahan data atau transformasi adalah kegiatan-kegiatan mengubah data menjadi informasi dengan cara tertentu sesuai dengan keperluan terhadap informasi yang dihasilkan. Umumnya terdapat empat kelompok cara pengolahan data yaitu klasifikasi, sortir, kalkulasi dan kesimpulan.

1. Klasifikasi adalah mengelompokkan data berdasarkan kesamaan karakteristik ke dalam grup atau kelas. Sebagai contoh data PHBS dikelompokkan dahulu berdasarkan karakteristik datanya antara lain nama Desa, nama Kecamatan dan Kabupaten. Selanjutnya mengelompokkan data kepala keluarga kemudian kelompok kondisi PHBS perilaku, pelayanan kesehatan dan kesehatan lingkungan.
2. Kalkulasi adalah kegiatan pengolahan data dalam bentuk penghitungan angka-angka (arithmetic). Manipulasi angka-angka dari data disebut kalkulasi berupa penjumlahan, pengurangan, perkalian, pembagian, pemangkatan, pengakaran dan sebagainya.
3. Sortir merupakan prosedur penyusunan data dengan urutan. Penyortiran dapat dilakukan dengan dua urutan yaitu urutan angka dan urutan abjad. Hal ini dimaksudkan terutama untuk memudahkan pencarian data catatan pada waktu data catatan ditampilkan pada layar monitor ataupun setelah dicetak menjadi informasi hardcopy.

4. Kesimpulan dimaksudkan agar data menjadi bernilai melalui proses pemadatan atau peringkasan dari deretan data yang telah diinput dan diolah. Sederetan angka-angka dapat diolah menjadi kesimpulan baik dalam bentuk jumlah, presentase, pengurangan dan manipulasi lainnya sehingga memberi nilai dari data tersebut menjadi informasi

2.3 Sistem Informasi

Menurut Siregar (1995) sistem informasi adalah suatu sistem yang dapat menghasilkan informasi yang sesuai dengan kebutuhan secara tepat guna dan tepat waktu untuk semua macam proses pengambilan keputusan pada berbagai jenjang dalam suatu organisasi. Sistem informasi memiliki tiga elemen utama, yaitu data yang menyediakan informasi, prosedur yang memberitahu pengguna bagaimana mengoperasikan sistem informasi, dan orang-orang yang membuat produk, menyelesaikan masalah, membuat keputusan, dan menggunakan sistem informasi tersebut. Orang-orang dalam sistem informasi membuat prosedur untuk mengolah dan memanipulasi data sehingga menghasilkan informasi dan menyebarkan informasi tersebut ke lingkungan. Model dasar sistem adalah masukan, pengolahan, dan keluaran.



Gambar 2.2 Model Dasar Sistem Informasi

Fungsi pengolahan informasi sering membutuhkan data yang telah dikumpulkan dan diolah dalam waktu periode sebelumnya. Oleh karena itu pada model sistem informasi ditambahkan pula media penyimpan data (data base) maka fungsi pengolahan informasi bukan lagi mengubah data menjadi informasi tetapi juga menyimpan data untuk penggunaan lanjutan.. Model dasar ini berguna dalam memahami bukan saja keseluruhan sistem pengolahan informasi, tetapi juga untuk penerapan pengolahan informasi tersendiri. Setiap penerapan dapat dianalisis menjadi masukan, penyimpanan, pengolahan dan keluaran. Keberhasilan suatu sistem informasi sangat bergantung pada sistem basis data. Semakin lengkap, akurat dan mudah

dalam menampilkan kembali data yang ada dalam sistem basis data maka akan semakin tinggi kualitas sistem informasi tersebut. Basis data (database) merupakan kumpulan dari data yang saling berhubungan satu dengan lainnya, tersimpan di perangkat keras komputer dan digunakan perangkat lunak untuk memanipulasinya. Data perlu disimpan di dalam basis data untuk keperluan penyediaan informasi lebih lanjut (Jogiyanto, 1999). Sistem informasi dikembangkan untuk berbagai tujuan, sehingga terdapat beberapa jenis sistem informasi, diantaranya: Sistem informasi dikembangkan untuk berbagai tujuan, sehingga terdapat beberapa jenis sistem informasi, diantaranya:

- a. **Sistem pengolahan transaksi**, adalah sistem informasi yang terkomputerisasi yang dikembangkan untuk memproses data dalam jumlah besar untuk transaksi bisnis rutin dan inventarisasi. Sistem ini merupakan sistem tanpa batas yang memungkinkan organisasi bisa berinteraksi dengan lingkungan eksternal.
- b. **Sistem otomasi perkantoran**, sistem yang dipakai untuk menganalisis informasi sedemikian rupa untuk mengubah data atau menggantikannya dengan cara-cara tertentu sebelum membaginya atau menyebarkannya secara keseluruhan, kepada organisasi dan kadang-kadang di luar itu.
- c. **Sistem kerja pengetahuan**, adalah sistem yang mendukung para pekerja profesional seperti ilmuwan, insinyur dan doktor untuk membantu mereka menciptakan pengetahuan baru dan memungkinkan mereka menerapkannya pada organisasi atau masyarakat.
- d. **Sistem informasi manajemen**, merupakan sistem yang menghasilkan informasi untuk kepentingan manajerial atau proses-proses manajemen (perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan penilaian) kegiatan organisasi.
- e. **Sistem pendukung keputusan**, merupakan sistem informasi terkomputerisasi di atas sistem informasi manajemen yang lebih menekankan pada fungsi mendukung pengambilan keputusan di seluruh tahapnya, walaupun keputusan akhir masih tetap wewenang khusus pembuat keputusan.
- f. **Sistem ahli dan kecerdasan buatan**, merupakan sistem yang menggunakan pendekatan kecerdasan buatan untuk menyelesaikan masalah melalui pengguna bisnis dan secara efektif menggunakan pengetahuan seorang ahli untuk menyelesaikan masalah yang ada dalam suatu organisasi.

2.4 Pengantar SIK (Sistem Informasi Kesehatan)

Sistem informasi kesehatan adalah sejumlah komponen dan prosedur yang terorganisir dengan tujuan untuk menghasilkan informasi untuk meningkatkan keputusan manajemen pelayanan kesehatan pada setiap tingkat sistem kesehatan.

Komponen sistem informasi kesehatan terdiri dari :

A. **Proses informasi**, yang terdiri dari:

- a. Pengumpulan data
- b. Pengiriman data
- c. Pengolahan data
- d. Analisis data
- e. Penyajian data

Pemantauan dan penilaian proses tersebut memungkinkan gabungan masukan yang benar menghasilkan tipe keluaran yang benar pada waktu yang tepat. Sistem informasi dapat menyediakan informasi yang tepat dan relevan hanya jika setiap komponen proses informasi terstruktur dengan baik.

B. **Manajemen sistem informasi**, yang terdiri dari:

- a. Sumber daya sistem informasi kesehatan meliputi orang-orang (perencana, manajer, ahli statistik, ahli epidemiologi, pengumpul data), perangkat keras (register, telepon, komputer), perangkat lunak (kertas karbon, format laporan, program pengolahan data) dan sumber dana.
- b. Aturan-aturan organisasi, misalnya penggunaan standar diagnosa dan penanganan, uraian tugas petugas, prosedur manajemen distribusi prosedur pemeliharaan komputer yang memungkinkan efisiensi penggunaan sumber daya sistem informasi kesehatan

Oleh karena itu dalam merancang atau merancang kembali sistem informasi kesehatan dibutuhkan penekanan pada pengaturan yang sistematis setiap komponen baik proses informasi maupun manajemen sistem informasi tersebut.

Masalah – masalah dalam sistem informasi kesehatan

Pada banyak negara sistem informasi kesehatan tidak adekuat dalam menyediakan dukungan dalam manajemen program. Lippeveld (2000) menyimpulkan alasannya dalam lima hal:

- a. Irelevansi informasi yang didapat dengan kebutuhan
- b. Kualitas data yang kurang
- c. Duplikasi data dan tidak efisiennya informasi
- d. Tidak tepat waktu dalam melaporkan dan menindaklanjuti
- e. Informasinya kurang berguna

Menurut Bambang dkk. (1991) terdapat beberapa masalah pada sistem informasi kesehatan di Indonesia diantaranya:

- a. Data yang harus dicatat dan dilaporkan di unit-unit operasional sangat banyak, sehingga beban para petugas menjadi berat.
- b. Proses pengolahan data menjadi lama, sehingga hasil pengolahan data menjadi lama, menyebabkan hasilnya menjadi tidak tepat waktu ketika disajikan dan diumpankan.
- c. Data yang dikumpulkan terlalu banyak dibanding kebutuhannya, maka banyak data yang akhirnya tidak dimanfaatkan.

Keney (1999) menyimpulkan bahwa terdapat beberapa masalah dalam pengumpulan data kesehatan maternal diantaranya kualitas, kelengkapan dan ketersediaan informasi yang tidak adekuat yang menyebabkan keterbatasan dalam penggunaannya untuk menetapkan kebijakan.

Sistem Informasi Kesehatan (SIK) sebagai bagian penting dari manajemen kesehatan terus berkembang selaras dengan perkembangan organisasi. Dengan adanya perubahan sistem kesehatan mengakibatkan terjadinya perubahan pada SIK, namun sayangnya perubahan sistem kesehatan di lapangan tidak secepat dengan yang diperkirakan oleh para pengambil keputusan. Hal ini tampak nyata ketika sistem kesehatan berubah dari sentralisasi ke desentralisasi, SIK tidak berfungsi sebagaimana layaknya. SIK yang selama ini telah dikembangkan, (meskipun masih terfragmentasi) secara Nasional tidak berfungsi, alur laporan dari pelayanan kesehatan ke jenjang administrasi kabupaten/kota hingga ke pusat banyak yang terhambat.

SIK membantu dalam proses pengambilan keputusan untuk :

- a. Pelaksanaan pelayanan kesehatan sehari-hari,
- b. Intervensi cepat dalam penanggulangan masalah kesehatan
- c. Mendukung manajemen kesehatan di tingkat kabupaten/kota, provinsi dan pusat terutama dalam penyusunan rencana jangka pendek, jangka menengah dan jangka panjang.

SIK yang baik adalah sistem informasi yang mampu menghasilkan data/informasi yang akurat dan tepat waktu. SIK telah digunakan untuk mendukung kegiatan pelayanan kesehatan sehari-hari yang dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan rumah sakit, terutama dalam penanganan pasien dan intervensi penanggulangan masalah kesehatan. Sebaliknya dalam hal manajemen kesehatan di tingkat kabupaten/kota, provinsi dan pusat, SIK belum banyak berperan karena belum menghasilkan data/informasi yang akurat dan tepat waktu.

Peran sistem informasi kesehatan

Sistem Informasi Kesehatan merupakan bagian fungsional dari Sistem Kesehatan yang komprehensif, yang memberikan pelayanan kesehatan secara terpadu, meliputi baik pelayanan kuratif, pelayanan rehabilitatif, maupun pencegahan penyakit, dan peningkatan kesehatan. Sistem Informasi Kesehatan harus dapat mengupayakan dihasilkannya informasi yang diperlukan untuk pengambilan keputusan di berbagai tingkat Sistem

Kesehatan. Sistem Kesehatan memang terdiri atas berbagai tingkat sejak dari tingkat paling bawah, tingkat menengah, sampai ke tingkat pusat. Dengan berlakunya konsep desentralisasi dan otonomi daerah, Sistem Kesehatan di setiap tingkat harus dapat mandiri (selfpropelled), walaupun berkaitan satu sama lain.

Sesuai dengan pembagian wilayah di Indonesia yang berlaku saat ini, tingkat- tingkat itu adalah sebagai berikut:

- a. Tingkat Kecamatan, di mana terdapat Puskesmas dan pelayanan kesehatan dasar lain.
- b. Tingkat Kabupaten/Kota, di mana terdapat Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Rumah Sakit Kabupaten/Kota, dan rujukan primer lain.
- c. Tingkat Provinsi, di mana terdapat Dinas Kesehatan Provinsi, Rumah Sakit Provinsi, dan pelayanan rujukan sekunder lain.
- d. Tingkat Pusat, di mana terdapat Departemen Kesehatan, Rumah Sakit Pusat, dan pelayanan kesehatan rujukan tersier lain.

Setiap tingkat menyediakan pelayanan kesehatan yang berbeda, memiliki sumber daya yang berbeda, dan mempraktekkan fungsi-fungsi manajemen yang berbeda pula. Idealnya, sumber daya harus sebanyak mungkin terdapat di kecamatan agar masyarakat memiliki akses yang optimal terhadap pelayanan kesehatan. Akan tetapi dalam rangka desentralisasi ternyata dihadapi banyak kendala, khususnya berkaitan dengan ketenagaan, sarana dan peralatan, yang disebabkan oleh terbatasnya kemampuan ekonomi negara. Fungsi khusus yang dimiliki setiap tingkat mengakibatkan perbedaan dalam pengambilan keputusan. Dari sisi manajemen, fungsi – fungsi dalam sistem kesehatan dapat dikelompokkan ke dalam tiga jenis, yaitu:

- a. Manajemen Pasien/Klien,
- b. Manajemen Unit Kesehatan,
- c. Manajemen Sistem Kesehatan.

Manajemen pasien/klien dan manajemen unit kesehatan berkaitan secara langsung dengan pelayanan kesehatan promotif, preventif, dan kuratif kepada masyarakat. Dalam hal ini tercakup interaksi antara petugas-petugas unit kesehatan dengan masyarakat

di wilayah pelayanannya. Manajemen pasien/klien dan manajemen unit dipraktikkan baik di pelayanan kesehatan dasar (Puskesmas dan lain-lain), pelayanan kesehatan rujukan (Rumah Sakit dan lain-lain), serta di Dinas Kesehatan. Keputusan-keputusan yang dibuat dalam rangka manajemen pasien/klien dan manajemen unit kesehatan disebut keputusan-keputusan operasional. Manajer dalam manajemen pasien/klien adalah semua petugas kesehatan yang melayani pasien/klien. Sedangkan manajer dalam manajemen unit adalah pimpinan dari unit yang bersangkutan (Kepala Puskesmas, Direktur Rumah Sakit, Kepala Dinas Kesehatan). Manajemen Sistem Kesehatan berfungsi memberikan dukungan manajerial dan koordinasi terhadap tingkat manajemen unit kesehatan dan manajemen pasien/klien. Keputusan-keputusan yang dibuat dalam rangka manajemen sistem kesehatan disebut keputusan-keputusan strategis. Adapun manajer dalam manajemen Sistem Kesehatan adalah Kepala Dinas Kesehatan dan pihak-pihak lain yang dapat mempengaruhi keputusannya (*stakeholders*). Dengan mengenali fungsi spesifik dari setiap tingkat manajemen kesehatan, akan dapat dikenali pula siapa saja pemakai informasi kesehatan (yaitu para manajer kesehatan) dari keputusan-keputusan apa yang harus mereka buat. Hal ini akan membantu dalam perumusan kebutuhan informasi di setiap tingkat dan penetapan data apa yang harus dikumpulkan, cara dan instrumen pengumpulannya, pengiriman datanya, prosedur pengolahan datanya, pengemasan informasinya, dan penyajian informasinya.

2.5 Pengantar SIM (Sistem Informasi Manajemen)

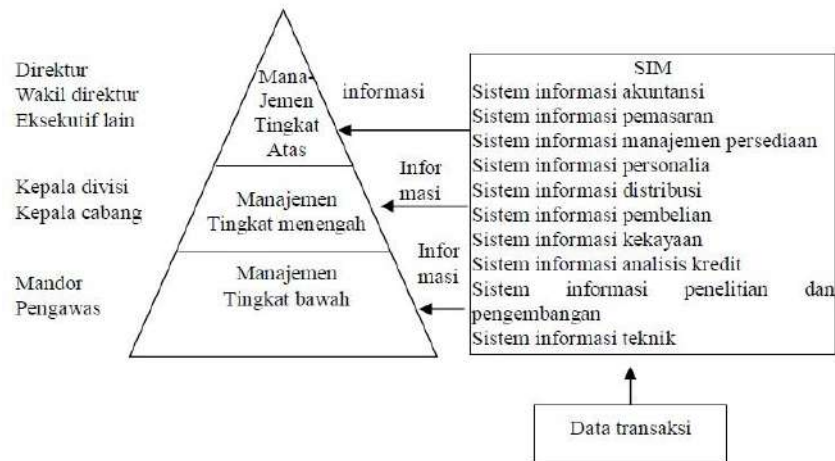
Sistem informasi manajemen (management information system atau sering dikenal dengan singkatannya MIS) merupakan penerapan sistem informasi di dalam organisasi untuk mendukung informasi-informasi yang dibutuhkan oleh semua tingkatan manajemen. SIM (sistem informasi manajemen) dapat didefinisikan sebagai kumpulan dari interaksi sistem-sistem informasi yang bertanggung jawab mengumpulkan dan mengolah data untuk menyediakan informasi yang berguna untuk semua tingkatan manajemen di dalam kegiatan perencanaan dan pengendalian. Secara teori, komputer tidak harus digunakan di dalam SIM, tetapi kenyataannya tidaklah mungkin SIM yang kompleks dapat berfungsi tanpa melibatkan elemen komputer. Lebih lanjut, bahwa SIM selalu berhubungan dengan pengolahan informasi yang didasarkan pada komputer

(computer-based information processing). SIM merupakan kumpulan dari sistem-sistem informasi.

SIM tergantung dari besar kecilnya organisasi dapat terdiri dari sistem-sistem informasi sebagai berikut :

1. Sistem informasi akuntansi (accounting information system), menyediakan informasi dari transaksi keuangan.
2. Sistem informasi pemasaran (marketing information system), menyediakan informasi untuk penjualan, promosi penjualan, kegiatan-kegiatan pemasaran, kegiatan-kegiatan penelitian pasar dan lain sebagainya yang berhubungan dengan pemasaran.
3. Sistem informasi manajemen persediaan (inventory management information system).
4. Sistem informasi personalia (personnel information systems)
5. Sistem informasi distribusi (distribution information systems)
6. Sistem informasi pembelian (purchasing information systems)
7. Sistem informasi kekayaan (treasury information systems)
8. Sistem informasi analisis kredit (credit analysis information systems)
9. Sistem informasi penelitian dan pengembangan (research and development information systems)
10. Sistem informasi teknik (engineering information systems)

Semua sistem-sistem informasi tersebut dimaksudkan untuk memberikan informasi kepada semua tingkatan manajemen, yaitu manajemen tingkat bawah (lower level management), manajemen tingkat menengah (middle level management) dan manajemen tingkat atas (top level management). Top level management dengan executive management dapat terdiri dari direktur utama (president), direktur (vice-president) dan eksekutif lainnya di fungsi-fungsi pemasaran, pembelian, teknik, produksi, keuangan dan akuntansi. Sedang middle level management dapat terdiri dari manajer-manajer divisi dan manajer-manajer cabang. Lower level management disebut dengan operating management dapat meliputi mandor dan pengawas. Top level management disebut juga dengan strategic level, middle level management dengan tactical level dan lower management dengan technical level.



Gambar 2.3 Informasi dan SIM untuk semua tingkat manajemen

Pengguna Sistem Informasi Manajemen

Pendekatan sistem serangkaian langkah-langkah pemecahan masalah yang memastikan bahwa masalah dipahami, solusi alternative dipertimbangkan dan solusi yang dipilih bekerja. Kebanyakan pengguna sistem informasi manajemen berbasis komputer seperti terlihat pada tabel berikut

| Pemakai | Penggunaan |
|-----------------------|---|
| Petugas administrasi | Mengerjakan transaksi, mengolah data, dan menjawab pertanyaan. |
| Manajer tingkat bawah | Mendapatkan data operasi. Membantu perencanaan, penjadualan, mengetahui situasi yang tak terkendali, dan mengambil keputusan. |
| Staf ahli | Informasi untuk analisis. Membantu dalam analisis, perencanaan dan pelaporan. |
| Manajemen | Laporan tetap Permintaan informasi khusus. Analisis khusus. Laporan khusus. Membantu dalam mengenali persoalan dan peluang. Membantu dalam analisis pengambilan keputusan. |

Tabel 2.1 Pengguna berbasis komputer

Petugas administrasi dapat merasakan bertambahnya kebutuhan akan masukan (input) pada saat upaya SIM dimulai dan sebuah data base sedang disusun. Prosedur baru untuk mengendalikan data akan ditetapkan. Proses administrasi akan berubah dengan memakai alat-alat online seperti unit peraga, alat pencetak, dan alat untuk memasukkan data. Para petugas di seluruh bagian organisasi akan diminta melaporkan informasi yang sebelumnya mereka simpan dalam arsip atau –catatan rahasia|| mereka sendiri. Para penyelia tingkat pertama akan membutuhkan lebih banyak masukan data tetapi akan merasakan peningkatan besar dalam pemerolehan informasi. Informasi keadaan juga akan dicapai secara jauh lebih mudah. Model-model keputusan dapat membantu perkiraan pertama dalam pemecahan persoalan misalnya penjadualan. Laporan cenderung menjadi lebih informatif dan cepat. Analisis dan laporan khusus lebih mudah diperoleh. Umpan balik berbagai prestasi menjadi lebih besar frekuensinya. Staf ahli yang membantu manajemen tingkat lebih tinggi mendapat manfaat besar dari kemampuan SIM. Database diselidiki untuk kemungkinan sesuatu persoalan. Datanya dianalisis guna menemukan pemecahan yang mungkin. Model perencanaan dipakai untuk menghasilkan pendekatan pertama rencana yang akan diperiksa manajer. Model dasar tersebut memberikan cara-cara penelitian dan rancangan, sementara para staf ahli merumuskan data untuk kebutuhan manajerial. Manajer pada semua tingkat mempunyai kemampuan baru untuk memperoleh informasi yang relevan dengan fungsi mereka. Untuk pengambilan keputusan, sistem tersebut dapat memberikan saran pemecahan yang optimal secara langsung atau dapat memberikan analisis manusia/mesin dan prosedur keputusan untuk membantu dalam mencapai sebuah keputusan yang baik. Sebagai contoh, seorang manajer untuk suatu sediaan barang akan memprogram pengambilan keputusan dalam banyak kasus, misalnya perihal jumlah pesanan. Dalam situasi rumit seperti pesanan sebuah tempat muatan kendaraan untuk mencapai pembelian yang ekonomis, mungkin algoritma optimisasi tidak dipakai, tetapi sebuah prosedur keputusan diadakan untuk membantu manajer dalam mencapai sebuah pemecahan yang memuaskan. Perencanaan dibantu oleh model perencanaan disertai sebuah dialog manusia/mesin untuk mengadakan percobaan pemecahan. Secara ringkas, pengolahan rutin paling sedikit terpengaruh oleh penerapan ancangan SIM. Petugas administrasi akan menyiapkan data yang kurang lebih sama, tetapi akan terdapat persyaratan data tambahan, dan semakin banyak alat onlie dipakai. Persyaratan data pada semua tingkat personalia akan berkembang, tetapi akan terjadi peningkatan tersedianya informasi terbaru yang akurat. Laporan, jawaban atas permintaan

informasi, analisis, perencanaan dan pengambilan keputusan akan mendapat pengolahan dan dukungan informasi lebih baik.

Pokok – pokok Sistem Informasi Manajemen

Sebuah sistem informasi manajemen bukanlah sekedar suatu perkembangan teknologis. SIM berhubungan dengan organisasi dan dengan manusia pengolahnya. Oleh sebab itu pemahaman utuh terhadap sistem informasi keorganisasian berdasarkan komputer harus juga termasuk memahami konsep-konsep yang berhubungan dengan informasi, pemakaian informasi, dan nilai informasi. Pendekatan sistem serangkaian langkah-langkah pemecahan masalah yang memastikan bahwa masalah dipahami, solusi alternative dipertimbangkan dan solusi yang dipilih bekerja. Sebuah sistem informasi manajemen mengandung elemen-elemen fisik sebagai berikut:

1. Perangkat keras komputer
2. Perangkat lunak
 - a. Perangkat lunak sistem umum
 - b. Perangkat lunak terapan umum
 - c. Program aplikasi
3. Database (data yang tersimpan dalam media penyimpanan komputer)
4. Prosedur
5. Petugas Pengoperasian

Dalam hal penerapan, sebuah subsistem terapan yang lengkap terdiri dari:

1. Program untuk melaksanakan pengolahan komputer
2. Prosedur untuk membuat terapan menjadi operasional (formulir, petunjuk untuk operator, petunjuk untuk pemakai, dan seterusnya).

Subsistem terapan dapat diuraikan dalam bentuk fungsi keorganisasian yang mendukung (pemasaran, produksi, dan sebagainya) atau dalam bentuk jenis kegiatan yang tengah dilaksanakan.

Subsistem Fungsi Pengorganisasian

Fungsi-fungsi keorganisasian agak terpisah dalam hal kegiatan dan ditentukan secara manajerial sebagai tanggung jawab sendiri-sendiri. Karena itu sebuah SIM dapat dipandang sebagai sebuah gabungan sistem-sistem informasi, sebuah sistem untuk setiap fungsi utama keorganisasian. Subsistem-subsistem akan berbeda pada organisasi satu dengan lainnya. Tetapi gagasan dasarnya tetap sama untuk mengenali fungsi-fungsi pokok atas mana subsistem dapat dirancang. Subsistem ini dapat pula dibagi menjadi beberapa subsistem yang lebih kecil seperti terlihat pada tabel 2.2.

| Subsistem fungsional pokok | Beberapa pemakaian umum |
|----------------------------|---|
| Pemasaran | Ramalan penjualan, perencanaan penjualan, analisis pelanggan dan penjualan. |
| Manufaktur | Perencanaan dan penjadwalan produksi, pengendalian biaya, analisis biaya |
| Logistik | Perencanaan dan pengendalian pembelian, sediaan barang, dan distribusi. |
| Personalia | Perencanaan kebutuhan personalia, menganalisis prestasi, administrasi gaji. |
| Keuangan dan Akunting | Analisis keuangan, analisis biaya, perencanaan kebutuhan modal, perhitungan pendapatan. |
| Pengolahan informasi | Perencanaan sistem informasi, analisis biaya/efektivitas. |
| Manajemen puncak | Perencanaan strategis, pengalokasian sumber daya. |

Tabel 2.2 Subsistem Fungsional Pokok SIM

Sebagai contoh, subsistem personalia dapat dibagi lagi menjadi perekrutan personalia, catatan personalia, penilaian personalia, dan administrasi gaji.

Subsistem kegiatan

Satu ancangan lain untuk memahami struktur sebuah sistem informasi adalah dalam bentuk subsistem yang melaksanakan berbagai kegiatan. Beberapa subsistem kegiatan akan bermanfaat bagi lebih dari satu subsistem fungsi keorganisasian; sedangkan lainnya mungkin akan berguna untuk hanya satu fungsi. Contoh subsistem kegiatan pokok seperti terlihat pada tabel berikut:

| Subsistem kegiatan | Beberapa penggunaan umum |
|------------------------|---|
| Pengolahan transaksi | Pengolahan pesanan, pengiriman, penerimaan. |
| Pengendalian operasi | Penjadualan kegiatan dan laporan prestasi. |
| Pengendalian manajemen | Perumusan anggaran dan sumber daya |
| Pengendalian strategis | Perumusan sasaran dan rencana strategis |

Tabel 2.3 Subsistem Fungsional Pokok SIM

Subsistem kegiatan ini memakai data di dalam data base dan kemampuan mendapat kembali yang berada dalam sistem manajemen data base.

Pengantar Sistem Informasi Rekam Medis

Penggunaan sistem informasi rekam medis banyak digunakan di rumah sakit dalam sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS). SIMRS merupakan salah satu aplikasi perangkat lunak yang banyak digunakan oleh banyak rumah sakit di Indonesia. Dalam Permenkes no.82 tahun 2013, sistem informasi manajemen rumah sakit adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan rumah sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat, dan merupakan bagian dari sistem informasi kesehatan. Penggunaan SIMRS memberikan banyak manfaat bagi rumah sakit kaitannya dalam efisiensi dan efektifitas pelayanan. Bagi unit rekam medis sendiri, penggunaan SIMRS akan membantu mengumpulkan, mengolah, dan menyajikan data dengan lebih baik. Informasi yang dihasilkan oleh SIMRS dapat dijadikan dasar pihak manajemen untuk mengambil keputusan terkait perbaikan dan peningkatan kualitas pelayanan. Salah satu manfaat penggunaan SIMRS bagi petugas rekam medis adalah dapat memudahkan petugas untuk melakukan telusur berkas rekam medis, yaitu mengetahui dengan pasti letak atau posisi berkas rekam medis ketika dibutuhkan sehingga dapat ditemukan dengan cepat dan dipergunakan sesuai dengan kebutuhan. Dalam suatu siklus pelayanan, berkas rekam medis akan dikeluarkan dari rakfiling menuju tempat dimana pasien diberikan perawatan hingga berkas tersebut dikembalikan lagi ke rak penyimpanan.

Distribusi Rekam Medis

Pendistribusian rekam medis dapat diartikan adalah proses pengiriman berkas rekam medis seseorang pasien ke tempat yang dituju sesuai dengan asal permintaan berkas tersebut. Apabila rekam medis berbasis elektronik maka secara otomatis datanya sudah terdistribusi melalui jaringan komputer yang menghubungkan antar bagian di sarana pelayanan kesehatan. Apabila rekam medis berbasis kertas maka pendistribusian berkas dilakukan oleh petugas baik dengan membawanya secara manual menggunakan tangan kosong, keranjang, maupun trolley atau menggunakan mesin tertentu seperti lift berkas ataupun pneumatic tube. Pneumatic tube merupakan salah satu teknologi yang dapat dimanfaatkan di sarana pelayanan kesehatan untuk mengirimkan kantong darah, obat-obatan, surat-surat, maupun berkas rekam medis.

a. Rekam medis rawat jalan

Pasien dirawat jalan tidak menginap maka berkas rekam medis harus kembali ke rak penyimpanan pada hari yang sama dengan ketika berkas dikeluarkan dari rak penyimpanan. Rumah sakit yang masih menggunakan kertas proses distribusi rekam medis rawat jalan diawali dengan cetak tracer yang perintahnya berasal dari tempat pendaftaran pasien. Bagi pasien baru akan dibuatkan berkas rekam medis baru sedangkan untuk pasien lama, petugas akan mencarikan berkas rekam medis pada rak penyimpanan dan menggunakan alat bantu berupa tracer yang berfungsi sebagai penanda untuk memudahkan petugas ketika akan mengembalikan kembali berkas tersebut. Berkas rekam medis rawat jalan didistribusikan menuju poliklinik yang dikunjungi pasien oleh petugas distribusi. Standart minimal untuk waktu penyediaan rekam medis pasien adalah kurang dari 10 menit (Depkes, 2008). Petugas distribusi harus menginputkan data rekam medis yang didistribusikan agar nantinya posisi atau keberadaan berkas rekam medis dapat dilacak. Petugas dapat menggunakan salah satu fitur dalam SIMRS untuk melakukan hal tersebut.

b. Rekam medis rawat inap

Berkas rekam medis untuk pelayanan rawat inap akan mengikuti dimanapun pasien berada. Selama pasien belum pulang maka berkas rekam medis juga belum akan kembali ke rak penyimpanan. Selain itu, pengolahan berkas rekam medis rawat inap juga harus melalui kegiatan pengolahan yang lebih kompleks dibanding dengan berkas rekam medis rawat jalan sehingga kadang ditemui jika berkas rekam medis pasien belum kembali ke rak penyimpanan padahal pasien sudah pulang rawat inap dan datang untuk control rawat jalan keesokan harinya. Petugas

filling berkas rekam medis harus tahu lokasi atau keberadaan berkas rekam medis pasien yang telah pulang rawat inap jika berkas tersebut belum kembali ke rak penyimpanan. Ketika berkas berkas rekam medis akan dikirimkan ke bangsal perawatan, petugas harus menginputkan datanya ke dalam SIMRS.

c. Peminjaman berkas rekam medis

Selain untuk pencatatan kegiatan pelayanan pasien rawat jalan dan rawat inap, unit kerja rekam medis juga melayani peminjaman berkas rekam medis untuk kebutuhan lainnya, misalnya : penelitian. Peneliti akan mengisi form permintaan data rekam medis kemudian jika sudah disetujui maka petugas filling akan mencari berkasnya di rak filling. Petugas harus menginputkan data berkas yang dipinjam melalui aplikasi perangkat lunak agar ketika berkas rekam medis nanti dibutuhkan untuk pelayanan rawat jalan maupun rawat inap maka berkas tersebut dapat ditelusuri keberadaannya dengan cepat.

Latihan :

1. Sebutkanlah peran perangkat komputer dalam pelayanan kesehatan?

Jawaban:

a. Patient safety

Perangkat komputer yang digunakan oleh rumah sakit atau klinik untuk memasukkan data pasien ke dalam komputer, secara tidak langsung dapat menolong jiwa pasien. Teknologi komputer jika penggunaannya sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan maka akan sangat membantu, dan jika tidak sesuai maka yang menjadi korban adalah pasiennya sendiri

b. Administrasi kesehatan

Peran perangkat komputer sangat penting juga untuk administrasi kesehatan dalam hal ini berperan dalam pendataan pendaftaran. Adanya komputer di area pendaftaran sangat penting untuk kegiatan menghimpun data, agar dapat dikeluarkan menjadi sebuah laporan kunjungan pasien, mengetahui data demografi pasien yang sudah diolah misalnya menurut alamat pasien, jenis kelamin, umur pasien dan lain-lain, tentunya sesuai kebutuhan pelaporan.

c. Apotik / Farmasi

Manajemen obat harus ada di dalam setiap instansi kesehatan, misalnya pengadaan obat, mengatur masuk dan keluar, mengatur keberadaan obat jika item obat yang kurang maka harus pengadaan lagi, hubungan obat dengan diagnosis / berapa obat yang harus dikeluarkan pada diagnosis A. Agar memperoleh data yang tepat sulit rasanya digunakan secara manual dan harus mempergunakan teknologi komputer yang tertuang dalam sistem informasi dapat diaplikasikan.

d. Penyimpanan data pasien

Teknologi komputer dapat digunakan untuk menyimpan dokumen pasien dengan ditambahkan sistem informasi di dalamnya maka pemanggilan data seseorang pasien dapat dilakukan dengan mudah. Adanya teknologi komputer di rumah sakit atau klinik misalnya data rekam medis pasien itu sendiri diharapkan dapat dimiliki oleh pasien. Karena pada prinsipnya data riwayat pasien itu milik pasien itu sendiri. Salah satu teknologi yang sedang berkembang adalah adanya smart card. Alat tersebut dapat menyimpan semua rekaman riwayat pasien. Kartu tersebut ditanam sebuah chip untuk menyimpan data dan menginterpretasikannya jika pasien tersebut datang lagi ke rumah sakit

e. Penelitian

Fungsi lain teknologi komputer dalam teknologi informasi kesehatan adalah untuk penelitian. Data rekam medis yang ada di rumah sakit. Sering kali dalam penelitian dibutuhkan variabel yang banyak, dengan adanya teknologi komputer kita dapat query atau sejenis filter yang akan mencari variabel – variabel yang dibutuhkan sehingga sesuai dengan apa yang diinginkan.

f. Alat pengambil keputusan

Teknologi komputer di dunia kesehatan sangat penting dalam pengambilan keputusan . apalagi untuk kebutuhan dokter yang harus memutuskan diagnosis, tindakan dan terapi yang harus diberikan . Proses dari pengambilan keputusan tentu saja harus ada alat yang membantu untuk melihat dan menganalisa organ tubuh, misalnya Cone beam computed tomography CBCT untuk melihat gambaran elemen tulang pada kerangka maksilofasial berupa gambaran 3 dimensi, Ultra sonografi (USG) untuk melihat organ dalam tubuh yang ditampilkan dalam layar monitor berupa gambar dua atau tiga dimensi, Helical CT-SCAN dan Magnetic

rensonan imaging (MRI) untuk pemeriksaan organ tubuh secara komputerisasi dengan potongan transversal coronal dan sagittal dan lain sebagainya

g. Electronic Health Record (HER) & Electronic Management Record (EMR)

HER atau dalam bahasa Indonesia disebut dengan RKE merupakan catatan klinis perorangan di dalam suatu institusi yang memiliki standart data baik nasional maupun internasional. EMR merupakan catatan klinis perorangan di dalam institusi yang di olah dan digunakan di dalam institusi tersebut. Dengan adanya HER dan EMR menjadikan data – data pasien yang masuk ke rumah sakit atau institusi kesehatan lainnya dapat di akses oleh bagian mana saja sesuai dengan kebutuhan dan peraturan yang ada.

2. Sebutkanlah komponen sistem informasi kesehatan?

Jawaban:

a. Proses informasi, yang terdiri dari:

- Pengumpulan data
- Pengiriman data
- Pengolahan data
- Analisis data
- Penyajian data

b. Manajemen sistem informasi, yang terdiri dari:

- Sumber daya sistem informasi kesehatan meliputi orang-orang (perencana, manajer, ahli statistik, ahli epidemiologi, pengumpul data), perangkat keras (register, telepon, komputer), perangkat lunak (kertas karbon, format laporan, program pengolah data) dan sumber dana.
- Aturan-aturan organisasi, misalnya penggunaan standar diagnosa dan penanganan, uraian tugas petugas, prosedur manajemen distribusi prosedur pemeliharaan komputer yang memungkinkan efisiensi penggunaan sumber daya sistem informasi kesehatan.

Rangkuman :

I. PERANGKAT TEKNOLOGI INFORMASI UNTUK PROGRAM KESEHATAN GIGI DAN MULUT

Perangkat teknologi informasi untuk program kesehatan gigi dan mulut, dibagi menjadi

- A. Perangkat keras, terdiri dari : perangkat input, perangkat proses, dan perangkat output
- B. Perangkat lunak, terdiri dari : perangkat lunak operasi dan perangkat lunak aplikasi

II. SISTEM INFORMASI KESEHATAN

Data itu sendiri mempunyai arti informasi yang faktual merupakan fakta-fakta atau gambaran-gambaran yang didapat dari eksperimen atau survey yang digunakan sebagai dasar dalam perhitungan atau penyusunan kesimpulan. Dalam sistem informasi (ilmu komputer) **data** merupakan informasi perhitungan dari pengolahan komputer berupa angka, teks, gambar, suara dalam bentuk yang cocok untuk penyimpanan dan pengolahan oleh komputer. Dalam statistik **data** adalah himpunan angka-angka yang merupakan nilai dari unit sampel kita sebagai hasil dari mengamati/mengukur. Menurut Siregar (1995) sistem informasi adalah suatu sistem yang dapat menghasilkan informasi yang sesuai dengan kebutuhan secara tepat guna dan tepat waktu untuk semua macam proses pengambilan keputusan pada berbagai jenjang dalam suatu organisasi. Sistem informasi memiliki tiga elemen utama, yaitu data yang menyediakan informasi, prosedur yang memberitahu pengguna bagaimana mengoperasikan sistem informasi, dan orang-orang yang membuat produk, menyelesaikan masalah, membuat keputusan, dan menggunakan sistem informasi tersebut. Sistem informasi kesehatan adalah sejumlah komponen dan prosedur yang terorganisir dengan tujuan untuk menghasilkan informasi untuk meningkatkan keputusan manajemen pelayanan kesehatan pada setiap tingkat sistem kesehatan. SIM (sistem informasi manajemen) dapat didefinisikan sebagai kumpulan dari interaksi sistem-sistem informasi yang bertanggung jawab mengumpulkan dan mengolah data untuk menyediakan informasi yang berguna untuk semua tingkatan manajemen di dalam kegiatan perencanaan dan pengendalian. Penggunaan sistem informasi rekam medis banyak digunakan di rumah sakit dalam sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS). SIMRS merupakan salah satu aplikasi perangkat lunak yang banyak digunakan oleh banyak rumah sakit di Indonesia. Dalam Permenkes no.82 tahun 2013, sistem informasi manajemen rumah sakit adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi

yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan rumah sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat, dan merupakan bagian dari sistem informasi kesehatan.

Daftar Pustaka:

1. Fadli Ahmad Junaedi, Diana Barsasella. Teknologi Informasi Kesehatan I (Aplikasi Komputer Dasar). *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Hal 1-77. 2018
2. Dian Budi Santoso, Angga Eko Pramono. Teknologi Informasi Kesehatan II (Aplikasi Perangkat Lunak di sarana Yankes). *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Hal 3-32, Hal 101 – 124. 2018
3. Tim pengajar FKM-UNSRAT. Konsep Dasar dan Penerapan Sistem Informasi Kesehatan. *Fakultas Kesehatan Masyarakat UNSRAT*. Hal 1-33. 2014
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.82 Tahun 2013. Rumah sakit, Manajemen, dan Sistem Informasi. Vol.87. 2014

Tugas : Membuat rangkuman berupa *mindmap* mengenai materi tentang Pemanfaatan Teknologi Informasi dalam Program Kesehatan Gigi dan Mulut Masyarakat

Test Formatif:

Soal:

1. Proses pengambilan keputusan dalam fungsi perangkat keras informasi kesehatan adalah:
 - a. Membantu dalam menganalisa organ tubuh
 - b. Membantu dalam menentukan diagnose
 - c. Membantu dalam keputusan perawatan
 - d. Membantu dalam keputusan pasien
 - e. Membantu dalam perencanaan perawatan
2. Apakah fungsi dari sistem informasi manajemen kesehatan dalam perangkat lunak:
 - a. Membantu dalam proses perencanaan perawatan
 - b. Membantu dalam proses pengumpulan dan pengolahan data kesehatan

- c. Membantu dalam proses menentukan diagnose
 - d. Membantu dalam proses ijin tindakan kesehatan
 - e. Membantu dalam proses pencatatan data pasien
3. Apa yang dimaksud dengan data primer:
- a. Data yang dikumpul sendiri oleh peneliti
 - b. Data yang diambil dari sumber atau subjek
 - c. Data yang tidak diolah atau data mentah
 - d. Data yang sudah diolah
 - e. Data mentah dari sumber atau subjek
4. Tiga elemen utama dalam sistem informasi adalah:
- a. Perangkat keras, perangkat lunak, perangkat informasi
 - b. Software, hardware, brainware
 - c. Perencanaan, pelaksanaan, evaluasi
 - d. Penyedia informasi, mengoperasikan informasi, pembuat produk
 - e. Perancang informasi, pengguna informasi, pembuat informasi
5. Fungsi dari manajemen sistem kesehatan adalah:
- a. Memberikan koordinasi tingkat manajemen unit kesehatan
 - b. Memudahkan untuk pencarian data pasien
 - c. Mengatur tanggung jawab dokter ke pasien
 - d. Mengatur koordinasi pelaksanaan manajemen
 - e. Merancang sistem informasi kesehatan
6. Proses pengolahan data atau transformasi adalah:
- a. Kegiatan mengubah data menjadi informasi
 - b. Kegiatan mengubah data menjadi keputusan akhir
 - c. Kegiatan mengubah data menjadi data primer
 - d. Kegiatan mengubah data menjadi data sekunder
 - e. Kegiatan mengubah data menjadi data tersier
7. Sistem informasi kesehatan membantu dalam proses pengambilan keputusan untuk:
- a. Pelaksanaan pelayanan kesehatan setiap tahun
 - b. Penanmpungan masalah yang ada didalam pelayanan kesehatan
 - c. Penyusunan pelayanan kesehatan hanya untuk jangka panjang

- d. Pelaksanaan pelayanan kesehatan setiap bulan
 - e. Pelaksanaan pelayanan kesehatan sehari-hari
8. Fungsi dari manajemen sistem kesehatan adalah:
- a. Memberikan dukungan manajerial dan koordinasi
 - b. Memberikan informasi kesehatan yang cepat dan tepat
 - c. Memberikan data yang lengkap untuk manajerial
 - d. Memberikan penyelesaian masalah manajemen kesehatan
 - e. Memberikan dukungan pelayanan kesehatan yang maksimal
9. Definisi dari sistem informasi manajemen adalah:
- a. Informasi manajemen yang tepat guna dan tepat sasaran
 - b. Mengumpulkan dan mengolah data untuk menyediakan informasi
 - c. Melaksanakan proses manajemen yang efektif dan efisien
 - d. Informasi mengenai pelayanan kesehatan yang utama
 - e. Mengolah data untuk mengetahui permasalahan kesehatan
10. Proses pengolahan data atau transformasi adalah:
- a. Memperbaiki data kesehatan yang salah
 - b. Mengolahan data yang akurat
 - c. Merancang data sehingga lebih bisa dipertanggungjawabkan
 - d. Kegiatan mengubah data menjadi informasi dengan cara tertentu
 - e. Kegiatan mengubah informasi menjadi data dengan cara tertentu

Kunci Jawaban:

- 1. A
- 2. B
- 3. A
- 4. D
- 5. A
- 6. A
- 7. E
- 8. A
- 9. B
- 10. D

Umpan Balik :

- Pelaksana tutorial diberikan umpan balik berupa form Evaluasi Dosen Oleh Mahasiswa (EDOM) yang diisi oleh mahasiswa setelah pelaksanaan tutorial dan pleno berlangsung, sehingga terdapat evaluasi dari proses tutorial dan pleno.
- Mahasiswa juga diberikan umpan balik atau evaluasi dari Fasil (pemberi tutorial), berupa penilaian individu (keterampilan bertanya, menjawab pertanyaan, berpendapat, dan sikap respek, empat, serta support) dan juga penilaian presentasi oral per kelompok (penyajian materi PPT, penguasaan materi, gaya presentasi, serta sikap & perilaku).

**MODUL ANALISIS LINGKUNGAN DAN MANAJEMEN KESEHATAN
ILMU KEDOKTERAN GIGI MASYARAKAT 2
SEMESTER GENAP 2019/2020**

Deskripsi Blok : Blok ini merupakan blok yang memuat bahan kajian tentang ilmu kesehatan gigi masyarakat yang bertujuan agar mahasiswa memiliki kemampuan tentang Analisis Lingkungan, Manajemen Kesehatan, Manajemen Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut serta Sistem Informasi Rekam Medis

Kegiatan 11 : Pemanfaatan Teknologi Informasi dalam Penelusuran Informasi Sumber Belajar di Bidang Kesehatan Gigi Masyarakat

CPMK : Mampu menjelaskan tentang Pemanfaatan Teknologi Informasi dalam Penelusuran Informasi Sumber Belajar di Bidang Kesehatan Gigi Masyarakat

CPL :

- Mampu menjelaskan tentang *literature searching* (PICO/*Patient, Intervention, Compare to, Outcome – Recall/Reasoning, Keywords* berdasarkan MeSH/*Medical Subject Heading*, dan seleksi artikel yang baik).
- Mampu menjelaskan tentang survei kesehatan gigi dan mulut berdasarkan atau berbasis Teknologi Informasi (penggunaan Teknologi Informasi dalam pengumpulan, pengolahan dan analisis data kesehatan gigi dan mulut).

Uraian Materi :

I. Pemanfaatan teknologi informasi untuk *literature searching*

Literature searching dilakukan untuk menemukan solusi masalah kesehatan gigi dan mulut berdasarkan *evidence based*.

Proses Pengambilan Keputusan di Tempat Praktik Berdasarkan *Evidence Based*

Lima tahap pengambilan keputusan yaitu:

1. Mengubah kebutuhan informasi ataupun masalah menjadi pertanyaan klinis yang harus dijawab (menggunakan prosedur PICO)
2. Melakukan penelusuran informasi secara efisien untuk mencari penyelesaian masalah dengan menggunakan komputer
3. Melakukan penelaahan kritis apakah informasi yang didapatkan benar-benar valid dan berguna
4. Mengaplikasikan informasi yang didapat untuk menangani kasus pasien di klinik
5. Mengevaluasi proses yang dilakukan

Penentuan “Masalah/Pertanyaan” Klinis yang Baik dengan metode PICO

PICO merupakan singkatan dari

| | | |
|---|---|----------------------------|
| P | = | Population/Patient Problem |
| I | = | Intervention |
| C | = | Comparison |
| O | = | Outcome |

PICO merupakan prosedur sistematis untuk mengubah kebutuhan informasi ataupun masalah menjadi pertanyaan klinis yang bisa dijawab/ diselesaikan

POPULATION/PATIENT/PROBLEM

Cara mengidentifikasi komponen P antara lain dengan panduan berikut

- a. Bagaimana kita menjelaskan tentang kondisi kelompok yang memiliki masalah yang sama dengan pasien kita?
- b. Bagaimana kita menjelaskan tentang kondisi kelompok yang memiliki masalah tersebut kepada kolega kita?
- c. Apakah karakteristik penting yang dimiliki oleh pasien atau kelompok tersebut misalnya
 - Masalah utama
 - Keluhan utama pasien
 - Penyakit atau status medis pasien

INTERVENTION

Kita wajib mengidentifikasi rencana apa yang akan kita lakukan terhadap pasien/kelompok tersebut. Dalam penentuan rencana yang akan kita lakukan maka kita memerlukan informasi mengenai uji diagnosis, perawatan, terapi tambahan, obat-obatan yang spesifik

COMPARISON

Penentuan prosedur perawatan lain yang menjadi alternatif perawatan

OUTCOME

Tahap akhir adalah *outcome* yang menjelaskan hasil spesifik dari rencana perawatan yang kita pilih. *Outcome* yang dihasilkan harus bisa terukur (misal : dengan rencana perawatan yang kita pilih maka insidensi karies gigi menjadi menurun 20%)

Contoh Kasus Proses PICO:

| <i>Population/Patient/Problem</i> | <i>Intervention</i> | <i>Comparison</i> | <i>Outcome</i> |
|-----------------------------------|---------------------|-------------------|--|
| Burning mouth syndrome | Antidepressants | Alpha-lipoic acid | Mencegah atau meminimalisasi sensasi terbakar pada bibir, lidah, dan mulut |

Penggunaan basis data untuk pencarian referensi ilmiah

Setelah melakukan analisis berdasarkan PICO maka kita akan melakukan pencarian referensi ilmiah. Pencarian dapat dilakukan pada beberapa situs daring berikut ini

| Web Sites of Research Sources | |
|--|--|
| <i>Name</i> | <i>URL</i> |
| The Cochrane Database of Systematic Reviews | www.cochrane.org/reviews/index.htm |
| DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness) | www.cochrane.org/reviews/index.htm or www.crd.york.ac.uk/crdweb |
| The Cochrane Controlled Trials Register | www.cochrane.org/reviews/index.htm |
| PubMed, Free access to MEDLINE, National Library of Medicine | www.pubmed.gov/ |
| CINAHL | www.cinahl.com/ |

Gambar 1. Alamat pencarian referensi ilmiah

1. Sumber referensi ilmiah untuk artikel penelitian dengan tingkat yang tinggi

Meta analysis, systematic review, dan clinical practice guidelines. Sumber referensi dapat dicari di:

a. *The Cochrane Database of Systematic Reviews (COCH)*

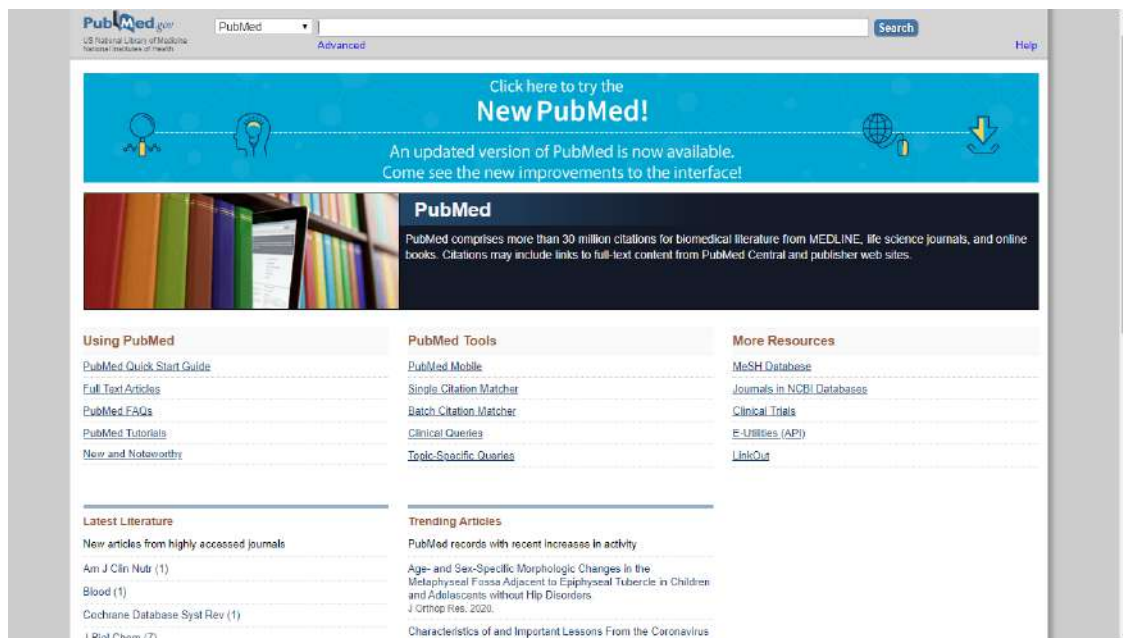
b. *Database of abstract of review of effectiveness (DARE)*

c. *The Cochrane Controled Trials Register (CCTR)*

2. Sumber referensi ilmiah untuk artikel penelitian dasar

MEDLINE/PubMed

Medline merupakan database bibliografi dari *National Library of Medicine*. MEDLINE berisi lebih dari 5.000 jurnal biomedis yang terpublikasi di 80-an negara di seluruh dunia. Untuk mengaksesnya kita menggunakan PubMed agar mendapatkan akses mengunduh full paper article.

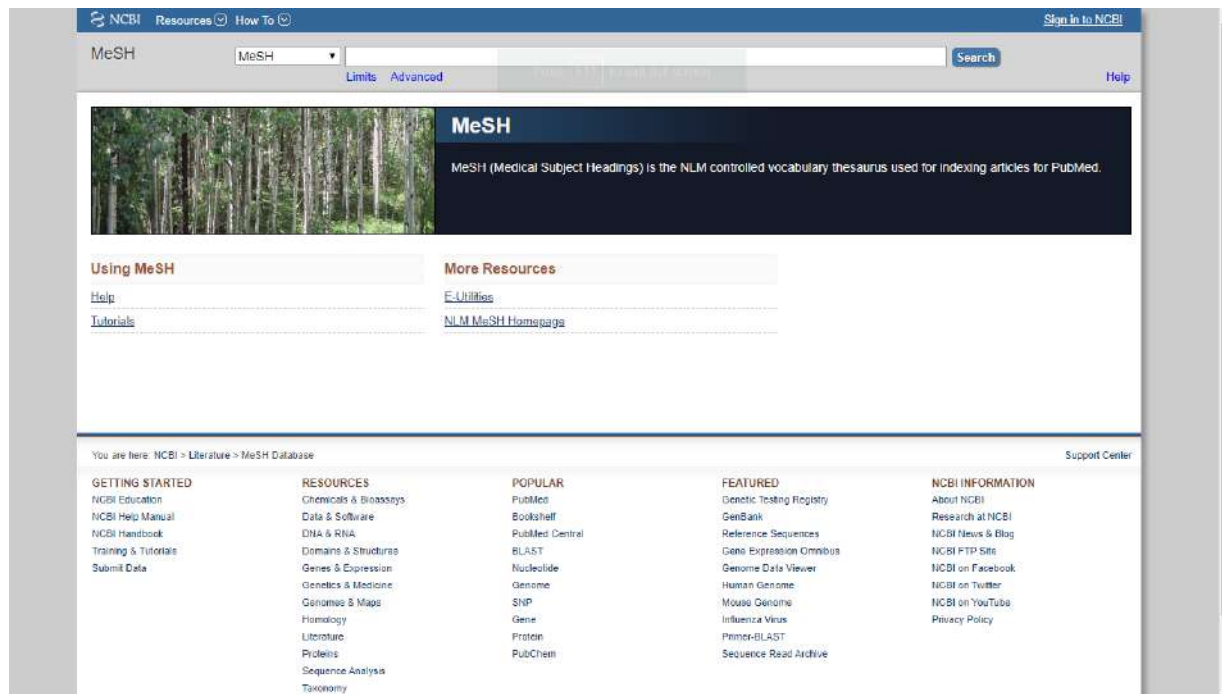


Gambar 2. Web PubMed

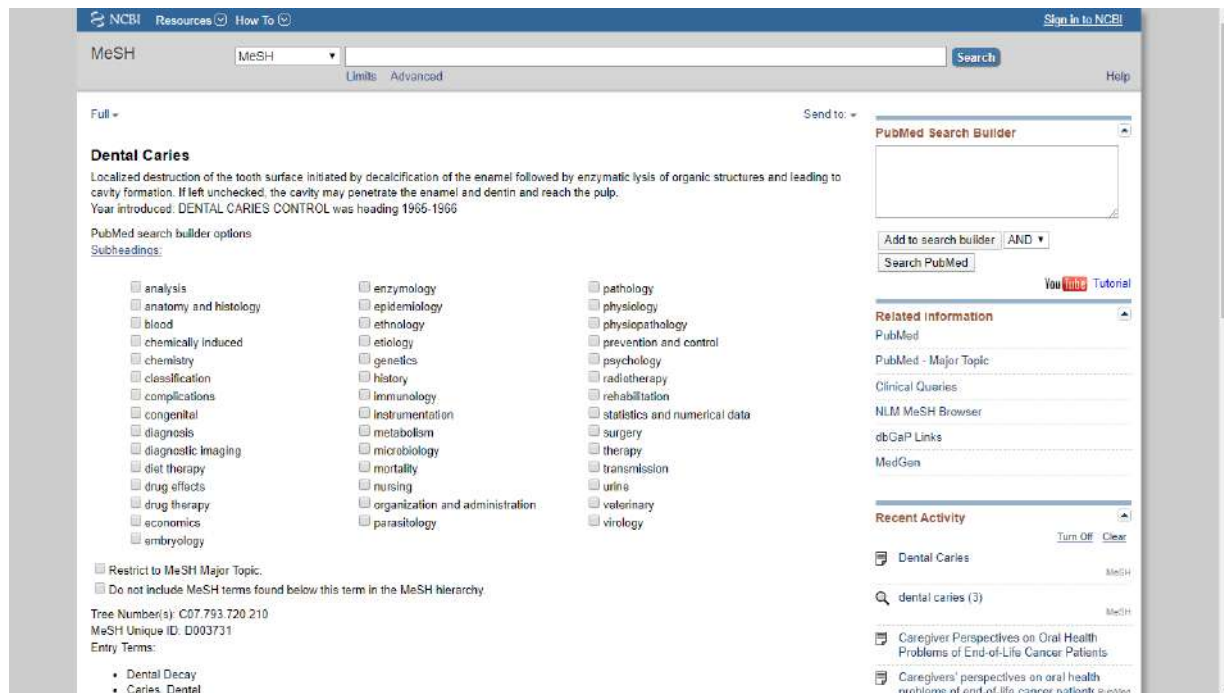
Untuk mencari referensi ilmiah sesuai dengan kebutuhan kita maka dilakukan pencarian menggunakan kata kunci menggunakan *Medical subject headings (MeSH)*.

Pencarian keywords berdasarkan MeSH/Medical Subject Heading

Medical Subject Heading (MeSH) merupakan kumpulan kata kunci untuk memudahkan pencarian referensi menggunakan Medline. Pencarian kata kunci dapat dilakukan melalui web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>. Selain memiliki daftar kata kunci yang termasuk dalam data base, MeSH juga memiliki “*subheading*” yang berisi kata-kata yang terkait dengan kata kunci yang dicari. Sebagai contoh kata kunci yang dicari : penyakit, *subheading* nya antara lain terapi/perawatan, diagnosis, dan etiologi. Setelah menemukan kata kunci yang kita cari maka kita bisa menelusuri referensi ilmiah yang menggunakan kata kunci tersebut. Penggunaan MeSH selain membantu dalam pencarian referensi ilmiah yang diperlukan juga membantu penulis untuk membuat karya ilmiah yang dipublikasikan dapat mudah ditemukan banyak orang.



Gambar 3. Pencarian katakunci menggunakan MeSH



Gambar 4. Tampilan Contoh Pencarian menggunakan MeSH

EBSCO

EBSCO adalah basis data terkemuka yang menyediakan hasil-hasil penelitian, jurnal elektronik, langganan majalah, e-book, dan layanan penemuan untuk semua jenis perpustakaan. Ebsco adalah e-journal databases yang berpusat di Ipswich, USA, menyediakan informasi bagi para peneliti, pengajar dan mahasiswa dalam berbagai bidang ilmu antara lain:

1. *Agriculture*
2. *Biology*
3. *Chemistry*
4. *Engineering*
5. *Multi-Disciplinary Academic*
6. *Environment and Life Sciences*
7. *Political Science*
8. *Religion and Philosophy*
9. *Applied Science and Technology*
10. *History*

EBSCO database terdiri dari:

1. Medline
2. CINAHL
3. Smart Image

Seleksi artikel

Kredibilitas suatu jurnal dapat dilihat dari:

1. Reputasi Jurnal

Suatu jurnal yang terbit dalam skala nasional dikatakan bereputasi apabila terindeks (terdaftar) di *Directory of open access journal* (DOAJ) dan terakreditasi nasional SINTA. Akreditasi jurnal nasional SINTA memiliki 6 tingkatan dari SINTA 1-6. Untuk jurnal terbitan internasional dikatakan bereputasi apabila terindeks di laman ISI Thomson Reuters dan Scopus. ISI Thomson Reuters mengeluarkan JIF (*Journal Impact Factor*) sedangkan Scopus mengeluarkan SJR (*Scimago Journal Rank*). Scopus dalam menilai jurnal membuat klusterisasi kualitas jurnal dengan istilah Quartile, dengan 4 Quartile, yaitu Q1, Q2, Q3 dan Q4. Dimana Q1 adalah kluster paling tinggi atau paling utama dari sisi kualitas jurnal diikuti Q2, Q3 dan Q4 dibawahnya.

2. Impact Factor

Impact Factor adalah standard penilaian yg dibuat oleh *The Institute of Scientific Information* (ISI) yang digunakan untuk mengukur cara sebuah jurnal menerima sitasi pada artikel dalam rentang waktu tertentu, biasanya dalam dua tahun terakhir. Penilaian impact factor dihitung berdasarkan jumlah indeks sitasi dari jurnal-jurnal yang telah diindeks oleh *The Institute of Scientific Information* (ISI) yang dilaporkan setiap tahun dalam *Journal Citation Report* (JCR). Jurnal dengan nilai *impact factor* yang tinggi akan dipilih karena dinilai lebih unggul dan banyak diminati oleh pengguna. Nilai *impact factor* menggambarkan tingkat pengaruh jurnal di bidang tersebut. Dengan nilai *impact factor* yang tinggi, jurnal tersebut akan semakin menarik minat ilmuwan untuk mengutip atau mengembangkan bidang keilmuan di dalam jurnal tersebut.

II. Survei kesehatan gigi dan mulut berdasarkan atau berbasis Teknologi Informasi (penggunaan Teknologi Informasi dalam pengumpulan, pengolahan dan analisis data kesehatan gigi dan mulut)

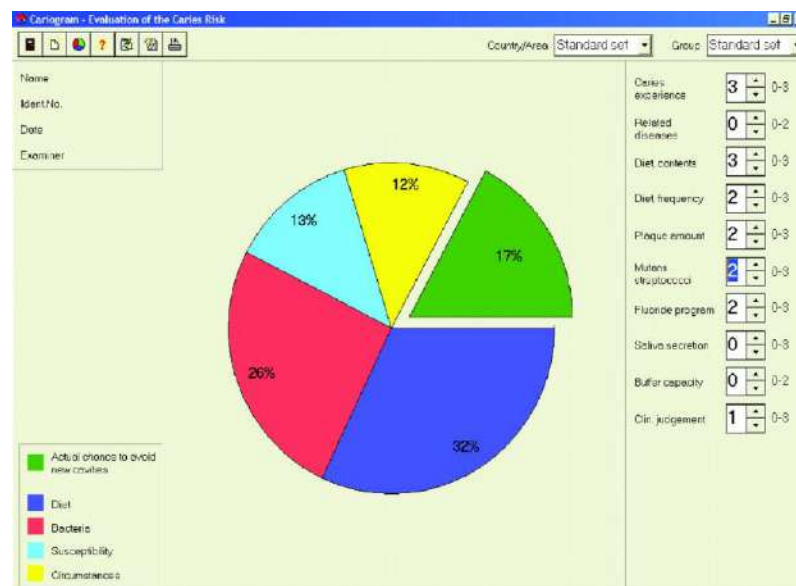
Dalam melakukan survei kesehatan gigi dan mulut kita dapat memanfaatkan teknologi. Adapun pemanfaatan teknologi informasi dapat dilakukan pada tahap:

1. Pengumpulan data kesehatan gigi dan mulut

Penilaian risiko karies gigi

a. Cariogram

Cariogram merupakan program komputer untuk melakukan penilaian risiko karies gigi, program ini bersifat interaktif dengan menjelaskan faktor-faktor lain yang menyebabkan karies gigi. Program komputer ini dikembangkan oleh D.Bratthall, L.Allander dan K.Lybergard (1997). Terdapat dua grafik risiko yang ditampilkan oleh cariogram yaitu risiko timbulnya karies baru di masa depan dan kesempatan untuk mencegah timbulnya karies tersebut. Oleh karena itu selain mendapat laporan risiko karies setiap individu, cariogram juga mengeluarkan rekomendasi tahap pencegahan karies gigi baru sesuai dengan risiko yang dimiliki individu tersebut.



Gambar 5. Cariogram

b. *Irene's Donut*

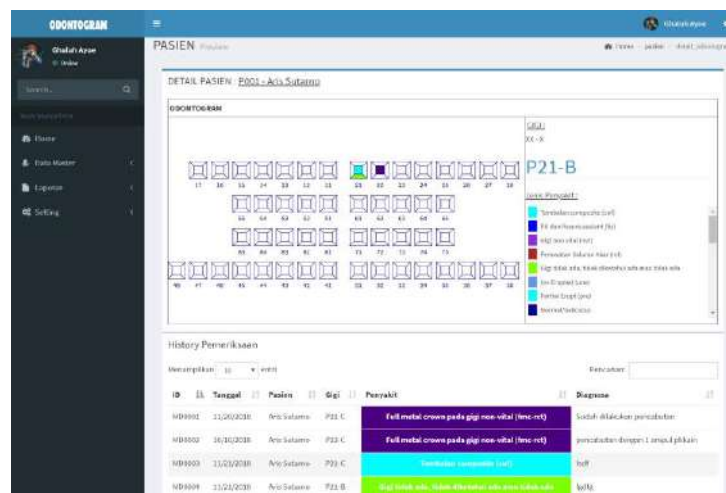
Simulator Risiko Karies (SRK) “*Donut irene*” adalah program interaktif sebagai alat komunikasi antara petugas kesehatan (dokter gigi dan perawat gigi) dengan orang tua murid agar pendidikan kesehatan gigi kepada orang tua murid lebih menarik dan efektif. Program ini dikembangkan dari *software* komputer sebagai hasil disertasi dari DR.drg.Irene Adyatmaka. Faktor risiko penyebab gigi berlubang yang akan dikomunikasikan dalam SRK merupakan hasil penelitian terhadap 2800 anak usia TK dengan melibatkan sekitar 50 faktor dan ternyata yang benar-benar bermakna ada 15 faktor yang dikelompokkan sebagai berikut:

1. Faktor kebiasaan/gaya hidup anak yang berisiko. Faktor ini dapat diperbaiki (1 s.d. 5)
2. Faktor kondisi gigi anak. Faktor ini dapat diperbaiki (6 s.d. 8)
3. Faktor “predisposisi” adalah faktor risiko yang tidak dapat diperbaiki, namun dapat dicegah dengan upaya perhatian khusus (9 s.d. 13)
4. Faktor pengetahuan, sikap dan perilaku orang tua. Faktor ini dapat diperbaiki (14 s.d. 15)

SKR bertujuan memudahkan orang tua murid mensimulasikan risiko kerusakan gigi anak pada anak usia di bawah 6 tahun dan mengetahui cara mengatasinya.

Penilaian Kondisi Oral

Pengisian Odontogram menggunakan program komputer:



Gambar 6. Odontogram untuk penilaian oral menggunakan program komputer

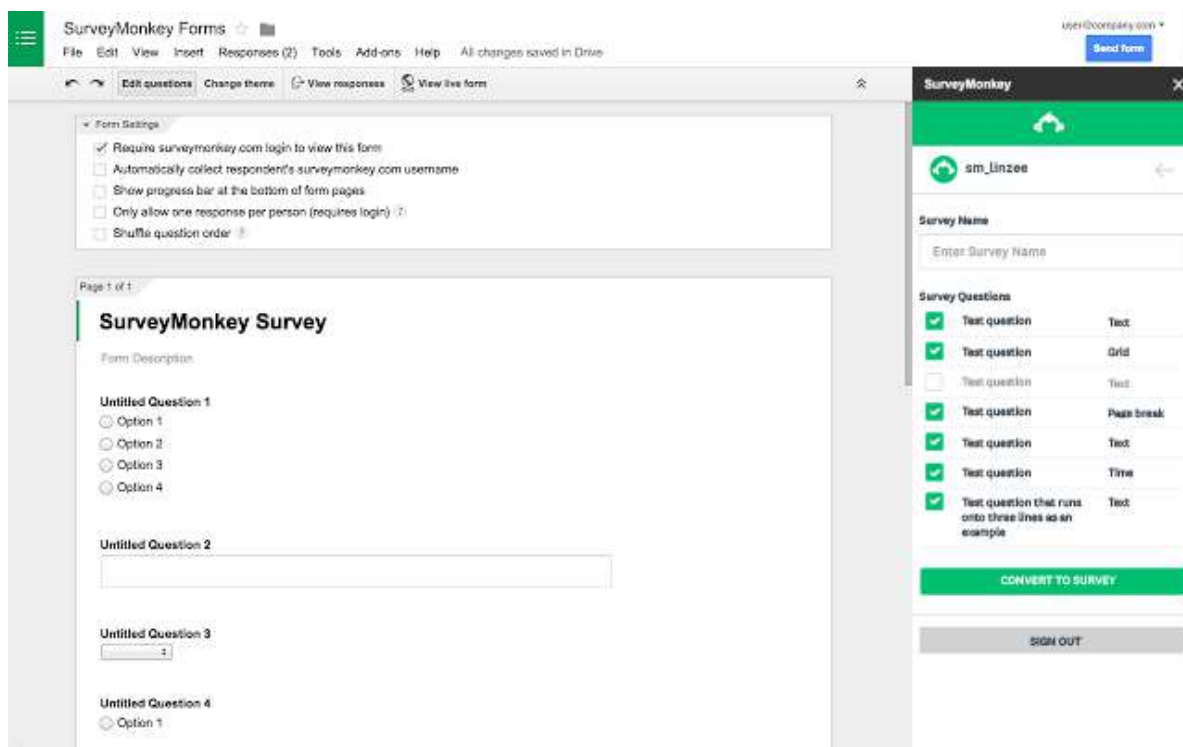
Pengumpulan data menggunakan kuesioner

a. *Google form*

Google Form atau yang disebut google formulir adalah alat yang berguna untuk membantu merencanakan acara, mengirim survey, memberikan siswa atau orang lain kuis, atau mengumpulkan informasi yang mudah dengan cara yang efisien. *Form* juga dapat dihubungkan ke *spreadsheet*. Dalam melakukan survei kesehatan gigi dan mulut dengan responden yang banyak dan tersebar di beberapa wilayah maka *google form* dapat menjadi pilihan. Data yang diterima dapat dianalisis untuk mendapatkan analisis deskriptif dari data hasil pengisian responden.

b. *Survey monkey*

Survey monkey adalah aplikasi online yang dapat membantu membuat survei sesuai kebutuhan kita, membantu mengumpulkan informasi dan data responden. Format survei yang *mobile friendly* membuat responden dapat melakukan pengisian survei dimanapun dan kapanpun.



Gambar 7. *Survey Monkey*

2. Pengolahan data kesehatan gigi dan mulut

a. *Microsoft excel*

Pengertian *Microsoft Excel* adalah sebuah program atau aplikasi yang merupakan bagian dari paket instalasi *Microsoft Office*, berfungsi untuk mengolah angka menggunakan *spreadsheet* yang terdiri dari baris dan kolom. Program ini dapat membantu menganalisis hasil survei yang dilakukan. Rumus matematika serta gambaran diagram dapat dilakukan untuk pengolahan data.

b. Program statistik berbasis komputer

Pengolahan data hasil survei kesehatan gigi dan mulut juga dapat dilakukan menggunakan program statistik berbasis komputer seperti SPSS, Lisrell, dan lain sebagainya. Data hasil survei dapat langsung dimasukkan ke program ini lalu dilakukan perintah analisis data secara deskriptif maupun analitik. Dari lembar kerja yang digunakan selanjutnya akan menghasilkan lembar “output”, lembar ini yang menjadi resume hasil analisis pada data kita.

3. Analisis data kesehatan gigi dan mulut

Program statistik berbasis komputer

Hasil pengolahan data baik menggunakan excel ataupun program statistik berbasis komputer maka kita dapat melakukan interpretasi hasil survei kita. Analisis analitik dengan mencari perbedaan, hubungan, dan korelasi dapat kita lakukan dengan menggunakan program statistik berbasis komputer.

Latihan :

1. Jelaskan tahap PICO analisis!

Jawaban:

Adapun tahap PICO analisis yaitu:

POPULATION/PATIENT/PROBLEM

Cara mengidentifikasi komponen P antara lain dengan panduan berikut

- a. Bagaimana kita menjelaskan tentang kondisi kelompok yang memiliki masalah yang sama dengan pasien kita?
- b. Bagaimana kita menjelaskan tentang kondisi kelompok yang memiliki masalah tersebut kepada kolega kita?

c. Apakah karakteristik penting yang dimiliki oleh pasien atau kelompok tersebut misalnya

- Masalah utama
- Keluhan utama pasien
- Penyakit atau status medis pasien

INTERVENTION

Kita wajib mengidentifikasi rencana apa yang akan kita lakukan terhadap pasien/kelompok tersebut. Dalam penentuan rencana yang akan kita lakukan maka kita memerlukan informasi mengenai uji diagnosis, perawatan, terapi tambahan, obat-obatan yang spesifik

COMPARISON

Penentuan prosedur perawatan lain yang menjadi alternatif perawatan

OUTCOME

Tahap akhir adalah *outcome* yang menjelaskan hasil spesifik dari rencana perawatan yang kita pilih. *Outcome* yang dihasilkan harus bisa terukur (misal : dengan rencana perawatan yang kita pilih maka insidensi karies gigi menjadi menurun 20%)

2. Jelaskan pemanfaatan teknologi informasi dalam melakukan survei kesehatan gigi dan mulut!

Jawaban:

Dalam melakukan survei kesehatan gigi dan mulut kita dapat memanfaatkan teknologi informasi dengan menggunakan berbagai program atau aplikasi berbasis komputer. Sebagai contoh

- a. Pengumpulan data kesehatan gigi dan mulut, kita dapat menggunakan program cariogram, Irene's donut, odontogram berbasis komputer, survei menggunakan google form ataupun survei monkey
- b. Pengolahan data kesehatan gigi dan mulut, kita dapat menggunakan microsoft excel ataupun program statistik berbasis komputer seperti SPSS
- c. Analisis data kesehatan gigi dan mulut, kita dapat menggunakan program statistik berbasis komputer.

Rangkuman :

Literature searching dilakukan untuk menemukan solusi masalah kesehatan gigi dan mulut berdasarkan *evidence based*. Proses Pengambilan Keputusan di Tempat Praktik harus berdasarkan *Evidence Based*. Lima tahap pengambilan keputusan yaitu mengubah kebutuhan informasi ataupun masalah menjadi pertanyaan klinis yang harus dijawab (menggunakan prosedur PICO), melakukan penelusuran informasi secara efisien untuk mencari penyelesaian masalah dengan menggunakan komputer (pada sumber referensi yang valid), melakukan penelaahan kritis apakah informasi yang didapatkan benar-benar valid dan berguna, mengaplikasikan informasi yang didapat untuk menangani kasus pasien di klinik, mengevaluasi proses yang dilakukan. Dalam melakukan survei kesehatan gigi dan mulut kita dapat memanfaatkan teknologi informasi dengan menggunakan berbagai program atau aplikasi berbasis komputer. Sebagai contoh pengumpulan data kesehatan gigi dan mulut, kita dapat menggunakan program cariogram, Irene's donut, odontogram berbasis komputer, survei menggunakan google form ataupun survei monkey; pengolahan data kesehatan gigi dan mulut, kita dapat menggunakan microsoft excel ataupun program statistik berbasis komputer seperti SPSS; analisis data kesehatan gigi dan mulut, kita dapat menggunakan program statistik berbasis komputer.

Daftar Pustaka :

1. Forres JL, et al. Evidence-Based Decision Making. Wolters kluwer health: USA 2009
2. Baumann, N. How to use the medical subject headings (MeSH). International Journal of Clinical Practice. 2016;70(2): 171-174.

Tugas :

Lakukan PICO analisis dan pencarian 2 referensi ilmiah dari jurnal bereputasi tentang Kasus Virus Corona!

Test Formatif :

Soal

1). Seorang dokter gigi memiliki pasien usia 43 tahun yang mengkonsumsi tembakau selama lebih dari 25 tahun. Pasien tersebut mengeluhkan stain pada giginya. Dokter gigi menemukan ada lesi prekanker pada rongga mulut pasien tersebut. Pasien merasa keberatan apabila memberhentikan kebiasaan itu langsung sehingga menanyakan ke dokter gigi apakah aman apabila dia mengubah kebiasannya menjadi menggunakan rokok elektronik (Vape). Untuk menjawab pertanyaan pasien, dokter gigi tersebut melakukan analisis PICO. Pada tahap analisis Problem apa yang harus dilakukan dokter gigi tersebut?

- a. Menentukan apakah vape merupakan solusi terbaik dalam mengehntikan kebiasaan merokok
- b. Menentukan diagnosa utama pasien tersbut adalah lesi prekanker
- c. Menentukan urutan rencana perawatan pasien tersebut
- d. Menentukan pearawatan apa untuk lesi pre-kanker tersebut
- e. Menentukan keberhasilan penggunaan vape

2). Seorang dokter gigi menemukan pasien anak usia 6 tahun dengan gigi molar satu bawah tetap baru erupsi. Dokter gigi tersebut melakukan *literature searching* untuk mencari tahu tindakan preventif apa yang paling tepat untuk gigi molar tersebut dengan membandingkan tindakan *pit and fissure sealant* atau *surface protection*. Didapatkan tiga jenis jurnal yang memiliki *desain case-control studies, case report, RCT, cohort, animal research*.

Berdasarkan kasus di atas jurnal dengan desain yang manakah yang secara hierarki paling tinggi sehingga dapat dijadikan referensi dokter gigi tersebut?

- a. *Case-control studies*
- b. *Case report*
- c. *RCT*
- d. *Cohort*
- e. *Animal research*

3). Pada sebuah praktik dokter gigi terdapat pasien dengan tambalan amalgam yang sudah tidak utuh. Pasien tersebut ingin dirawat dan menanyakan perawatan yang tepat untuk kasus yang dialaminya. Dokter gigi dalam mengambil keputusan perawatan apa yang akan dilakukan menggunakan *evidence based* dengan analisis PICO. Pada tahap analisis *Intervention* apa yang harus dilakukan oleh dokter gigi tersebut?

- a. Menentukan prosedur perawatan yang menjadi alternatif
- b. Menentukan hasil spesifik apa dari perawatan tersebut
- c. Menentukan keluhan utamanya
- d. Menentukan urutan rencana perawatan yang akan kita lakukan
- e. Menentukan diagnosa utama pada pasien tersebut

4). Sumber referensi ilmiah untuk mencari artikel penelitian dengan tingkat yang tinggi antara lain:

- a. EBSCO
- b. MeSH
- c. Pubmed
- d. Medline
- e. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (COCH)

5). Penentuan kata kunci sebaiknya menggunakan daftar yang telah ditentukan secara internasional. Kita dapat mencari daftar kata kunci tersebut pada website:

- a. EBSCO
- b. MeSH
- c. Pubmed
- d. Medline
- e. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (COCH)

6). Untuk menilai reputasi suatu jurnal maka kita bisa melihat apakah jurnal tersebut terindeks atau tidak. Jurnal internasional yang bereputasi biasanya terindeks di:

- a. DOAJ

b. ISI Thomson Reuters

c. SINTA

d. LIPI

e. DOI

7). Dalam mencari sumber referensi ilmiah kita harus melakukan seleksi artikel dengan melihat kredibilitas jurnal yang mempublikasi artikel tersebut. Faktor yang harus diperhatikan dalam menilai kredibilitas jurnal adalah:

a. Reputasi jurnal dan *Impact factor*

b. *Focus and scope* dari jurnal tersebut

c. Periode terbitan jurnal

d. Jumlah halaman jurnal

e. Pemimpin redaksi jurnal

8). Contoh pemanfaatan teknologi informasi dalam pengumpulan data kesehatan gigi dan mulut antara lain:

a. Penggunaan excel dalam memasukan data

b. Menganalisis data menggunakan program statistik berbasis komputer

c. Menganalisis data menggunakan program survey monkey

d. Menyebar kuesioner tentang pengetahuan kesehatan gigi dan mulut Ibu menggunakan *google form*

e. Penggunaan excel untuk analisis data

9). Pemanfaatan teknologi informasi untk menilai risiko karies gigi pada anak-anak usia di bawah 6 tahun yaitu menggunakan program:

a. Irene's donut

b. Cariogram

c. *Google form*

d. *Survey monkey*

e. SPSS

10). Pemanfaatan teknologi informasi untuk menganalisis hubungan faktor-faktor yang menyebabkan risiko karies gigi di masa depan yaitu:

a. Irene's donut

b. Cariogram

c. *Google form*

d. *Survey monkey*

e. SPSS

Kunci Jawaban

1) B

2) C

3) D

4) E

5) B

6) B

7) A

8) D

9) A

10) B

Umpan Balik :

- Pelaksana tutorial diberikan umpan balik berupa form Evaluasi Dosen Oleh Mahasiswa (EDOM) yang diisi oleh mahasiswa setelah pelaksanaan tutorial dan pleno berlangsung, sehingga terdapat evaluasi dari proses tutorial dan pleno.
- Mahasiswa juga diberikan umpan balik atau evaluasi dari Fasil (pemberi tutorial), berupa penilaian individu (keterampilan bertanya, menjawab pertanyaan, berpendapat, dan sikap respek, empat, serta support) dan juga penilaian presentasi oral per kelompok (penyajian materi PPT, penguasaan materi, gaya presentasi, serta sikap & perilaku).

MODUL ANALISIS LINGKUNGAN DAN MANAJEMEN KESEHATAN
ILMU KEDOKTERAN GIGI MASYARAKAT 2
SEMESTER GENAP 2019/2020

Deskripsi Blok : Blok ini merupakan blok yang memuat bahan kajian tentang ilmu kesehatan gigi masyarakat yang bertujuan agar mahasiswa memiliki kemampuan tentang Analisis Lingkungan, Manajemen Kesehatan, Manajemen Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut serta Sistem Informasi Rekam Medis

Kegiatan 12 : Sistem Jejaring Kerja (*Networking*) yang Efektif dan Efisien dalam Usaha Menuju Kesehatan Gigi dan Mulut yang Optimal

CPMK : Mampu menjelaskan tentang Sistem Jejaring Kerja (*Networking*) yang Efektif dan Efisien dalam Usaha Menuju Kesehatan Gigi dan Mulut yang Optimal

CPL :

- Mampu menjelaskan tentang sumber daya manusia kesehatan, yaitu tenaga kesehatan di Indonesia berdasarkan UU 36 tahun 2014 dan SKN (kualifikasi dan pengelompokan tenaga, penegakan disiplin tenaga kesehatan, organisasi profesi, hak dan kewajiban tenaga kesehatan)
- Mampu menjelaskan tentang kerjasama lintas sektor (sasaran upaya peningkatan kesehatan gigi masyarakat, advokasi dan kemitraan)

Uraian Materi :

I. KUALIFIKASI DAN PENGELOMPOKAN TENAGA KESEHATAN

1.1 TENAGA KESEHATAN

- a. 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. Tenaga kesehatan juga memiliki peranan penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang maksimal kepada masyarakat agar masyarakat mampu meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat sehingga mampu mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi.

Tenaga Kesehatan dikelompokkan ke dalam:

- a. Tenaga medis yaitu dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis
 - b. Tenaga psikologi klinis yaitu psikologis klinis
 - c. Tenaga keperawatan yaitu perawat
 - d. Tenaga kebidanan yaitu bidan
 - e. Tenaga kefarmasian yaitu apoteker dan tenaga kefarmasian
 - f. Tenaga kesehatan masyarakat yaitu epidemiolog kesehatan, tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, tenaga biostatistik dan kependudukan, serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga.
 - g. Tenaga kesehatan lingkungan yaitu terdiri atas tenaga sanitasi lingkungan, entomolog kesehatan, dan mikrobiolog kesehatan.
 - h. Tenaga gizi yaitu nutrisisionis dan dietisien
 - i. Tenaga keterampilan fisik yaitu terdiri dari fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, dan akupunktur.
 - j. Tenaga keteknisian medis yaitu perekam medis dan informasi kesehatan, teknik kardiovaskuler, teknisi pelayanan darah, refraksionis
 - k. Tenaga teknik biomedika yaitu radiografer, elektromedis, ahli teknologi laboratorium medik, fisikawan medik, radioterapis, dan ortotik prostetik.
 - l. Tenaga kesehatan tradisional yaitu tenaga kesehatan tradisional ramuan dan tenaga kesehatan tradisional keterampilan.
 - m. Tenaga kesehatan lain.
- b. Asisten kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan bidang kesehatan di bawah jenjang Diploma Tiga, hanya dapat bekerja di bawah supervisi Tenaga Kesehatan.

1.2 PENEGAKAN DISIPLIN TENAGA KESEHATAN

1. Untuk menegakkan disiplin Tenaga Kesehatan dalam penyelenggaraan praktik, konsil masing-masing Tenaga Kesehatan menerima pengaduan, memeriksa, dan memutuskan kasus pelanggaran disiplin Tenaga Kesehatan.
2. Dalam melaksanakan tugas, konsil masing-masing Tenaga Kesehatan dapat memberikan sanksi disiplin berupa:
 - a. Pemberian peringatan tertulis;
 - b. Rekomendasi pencabutan STR atau SIP; dan/atau
 - c. Kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan di institusi pendidikan kesehatan.
3. Tenaga Kesehatan dapat mengajukan keberatan atas putusan sanksi disiplin
4. Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara pengenaan sanksi disiplin sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3) diatur dengan Peraturan Menteri.

1.3 HAK DAN KEWAJIBAN TENAGA KESEHATAN

1. Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik berhak :
 - a. Memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, dan Standar Prosedur Operasional;
 - b. Memperoleh informasi yang lengkap dan benar dari Penerima Pelayanan Kesehatan atau keluarganya;
 - c. Menerima imbalan jasa;
 - d. Memperoleh perlindungan atas keselamatan dan kesehatan kerja, perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai-nilai agama;
 - e. Mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan profesinya;
 - f. Menolak keinginan Penerima Pelayanan Kesehatan atau pihak lain yang bertentangan dengan Standar Profesi, kode etik, standar pelayanan, Standar Prosedur Operasional, atau ketentuan Peraturan Perundang-undangan; dan
 - g. Memperoleh hak lain sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

2. Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik wajib :
 - a. memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional, dan etika profesi serta kebutuhan kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan;
 - b. memperoleh persetujuan dari Penerima Pelayanan Kesehatan atau keluarganya atas tindakan yang akan diberikan;
 - c. menjaga kerahasiaan kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan;
 - d. membuat dan menyimpan catatan dan/atau dokumen tentang pemeriksaan, asuhan, dan tindakan yang dilakukan; dan
 - e. merujuk Penerima Pelayanan Kesehatan ke Tenaga Kesehatan lain yang mempunyai Kompetensi dan kewenangan yang sesuai.
 - f. Mendahulukan kepentingan masyarakat dari pada kepentingan pribadi atau kelompok
 - g. Mengabdikan diri sesuai dengan bidang keilmuan yang dimiliki
3. Tenaga Kesehatan yang menjalankan praktik pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib memberikan pertolongan pertama kepada Penerima Pelayanan Kesehatan dalam keadaan gawat darurat dan/atau pada bencana untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan.
4. Tenaga Kesehatan dilarang menolak Penerima Pelayanan Kesehatan dan/atau dilarang meminta uang muka terlebih dahulu.

II. KERJASAMA LINTAS SEKTOR (sasaran upaya peningkatan kesehatan gigi masyarakat, advokasi dan kemitraan)

Pembangunan kesehatan harus diselenggarakan dengan menggalang kemitraan yang dinamis dan harmonis antara pemerintah dan masyarakat, termasuk swasta dengan mendayagunakan potensi yang dimiliki masing-masing. Kemitraan tersebut diwujudkan dengan mengembangkan jejaring yang berhasil guna dan berdaya guna, agar diperoleh sinergisme yang lebih mantap dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Kerja sama lintas program merupakan kerja sama yang dilakukan antara beberapa program dalam bidang yang sama untuk mencapai tujuan yang sama. Kerja sama lintas program yang diterapkan di puskesmas berarti melibatkan beberapa program terkait yang ada di

puskesmas. Tujuan khusus kerja sama lintas program adalah untuk menggalang kerja sama dalam tim dan selanjutnya menggalang kerja sama lintas sektoral. Kerja sama lintas sektor melibatkan dinas dan orang-orang di luar sektor kesehatan yang merupakan usaha bersama mempengaruhi faktor yang secara langsung atau tidak langsung terhadap kesehatan manusia. Kerja sama tidak hanya dalam proposal pengesahan, tetapi juga ikut serta mendefinisikan masalah, prioritas kebutuhan, pengumpulan, dan interpretasi informasi serta mengevaluasi. Lintas sektor kesehatan merupakan hubungan yang dikenali antara bagian atau bagian-bagian dari sektor yang berbeda, dibentuk untuk mengambil tindakan pada suatu masalah agar hasil yang tercapai dengan cara yang lebih efektif, berkelanjutan atau efisien dibanding sektor kesehatan bertindak sendiri (WHO 1998). Prinsip kerja sama lintas sektor melalui pertalian dengan program di dalam dan di luar sektor kesehatan untuk mencapai kesadaran yang lebih besar terhadap konsekuensi kesehatan dari keputusan kebijakan dan praktek organisasi sektor-sektor yang berbeda.

Terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi kerjasama lintas sektor penganggulan yang meliputi anggaran, peraturan, komunikasi, komitmen, peran, dan tanggung jawab. Masalah anggaran sering membuat beberapa institusi menghambat kerja sama.

Pengendalian melalui manajemen lingkungan memerlukan kejelasan yang efektif antara sektor klinis, kesehatan lingkungan, perencanaan pemukiman, institusi akademis, dan masyarakat setempat. Komitmen memerlukan pembagian visi dan tujuan serta penetapan kepercayaan yang lebih tinggi dan tanggung jawab timbal balik untuk tujuan bersama. Peran dan tanggung jawab menunjuk masalah siapa yang akan melakukan keseluruhan kerjasama. Semua kerja sama memerlukan struktur dan proses untuk memperjelas tanggung jawab dan bagaimana tanggung jawab tersebut dikerjakan.

1. SASARAN UPAYA KESEHATAN GIGI MASYARAKAT

Pelaksanaan program dan kegiatan kesehatan gigi dan mulut dilakukan dengan pendekatan terintegrasi dengan program kesehatan lainnya dengan memperhatikan, kegiatan serta sasaran yang ingin dicapai oleh Kementerian Kesehatan. Dan telah tertuang dalam rencana strategi kementerian kesehatan.

Program, kegiatan dan sasaran pelayanan kesehatan gigi dan mulut, dilakukan melalui:

1. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
 - a) Mengintegrasikan promosi kesehatan gigi dan mulut kedalam program perilaku hidup bersih dan sehat;
 - b) Membuat media promosi yang inovatif dan efektif, baik melalui media cetak, media elektronik dan secara langsung pada semua kelompok umur pada masyarakat seperti mencetak leaflet, poster, CD, lembar balik, serta dialog interaktif di TV, radio, tanyangan pendek,dll;
 - c) Melakukan pendidikan tentang pentingnya perawatan gigi dan mulut yang teratur oleh tenaga kesehatan gigi baik secara individu maupun masyarakat.
2. Program Fluoridasi
 - a) Kadar fluor dalam air minum yang dikonsumsi di seluruh provinsi di Indonesia;
 - b) Kadar fluor didalam berbagai pasta gigi yang beredar di Indonesia;
 - c) Program fluoridasi air minum, garam, susu, dll;
 - d) Program kumur-kumur fluor pada murid-murid sekolah dasar (UKGS);
 - e) Program topical aplikasi fluor secara individual;
 - f) Program pemberian tablet fluor pada beberapa sekolah dasar didaerah yang beresiko kariesnya tinggi.
3. Upaya Kesehatan Gigi Masyarakat
 - a) Penyusunan Pedoman Promotif-Preventif dengan pendekatan UKGM;
 - b) Penyusunan Pedoman Pembinaan kesehatan Gigi melalui Desa siaga;
 - c) Penyusunan Petunjuk Pemeliharaan Kesehatan Gigi Keluarga seri Ibu hamil dan balita;
 - d) Penyusunan Lembar Balik penyuluhan kesehatan gigi;
 - e) Penyusunan Buku Usaha Kesehatan Gigi Sekolah di Taman Kanak-Kanak;
 - f) Penyusunan Buku Usaha Kesehatan Gigi Sekolah dan UKGS Inovatif;
 - g) Penyusunan Buku Pendidikan Kesehatan gigi dan mulut remaja;
 - h) Penyusunan Pedoman Usaha Kesehatan Gigi Sekolah Lanjutan;
 - i) Penyusunan materi kesehatan gigi untuk RS/PKMRS;
 - j) Penyusunan Petunjuk Pemeliharaan Kesehatan Gigi Keluarga seri lansia.
4. Upaya Kesehatan Perorangan
 - a) Kebijakan Pelayanan Kedokteran Gigi Keluarga;

- b) Pedoman Penyelenggaraan Kedokteran Gigi Keluarga;
 - c) Standar Perizinan Praktek Dokter Gigi Keluarga;
 - d) Pedoman Paket Dasar Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut di Puskesmas dengan Model *Basic Package Oral Care*;
 - e) Pedoman Upaya Kesehatan gigi dan mulut di Puskesmas;
 - f) Penyusunan Standar Pelayanan Kesehatan Gigi di Puskesmas Perkotaan;
 - g) Penerapan metode Atraumac Restoraon Treatment (ART);
 - h) Pedoman pelayanan kesehatan gigi dan mulut di RSUD Pemerintah/ Swasta/RS Khusus;
 - i) Pedoman rujukan upaya kesehatan gigi dan mulut;
 - j) Pedoman integrasi pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Puskesmas;
 - k) Pedoman peningkatan mutu pelayanan Kesehatan gigi dan mulut di Puskesmas dan Rumah sakit;
 - l) Standar Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut di Fasilitas Kesehatan Gigi;
 - m) Modul Pelahan Idenfikasi Lesi Rongga Mulut dan Penatalaksanaan Kesehatan Gigi dan Mulut pada ODHA bagi Tenaga Kesehatan Gigi di Fasilitas Gigi;
 - n) Tata cara kerja pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut di puskesmas;
 - o) Pelaksanaan Angka Kredit Jabatan Dokter Gigi/Perawat Gigi;
 - p) Panduan pendayagunaan dokter gigi spesialis.
5. Program Pengawasan Obat dan Bahan Kedokteran Gigi
- a) Pedoman standar bahan dan alat kedokteran gigi (RS/Puskesmas);
 - b) Penyusunan standar obat kesehatan gigi essensial (DOEN);
 - c) Formularium Obat dan bahan kedokteran gigi di RS Indonesia;
 - d) Pedoman bahan/obat tradisional dibidang kesehatan gigi dan mulut;
 - e) Pedoman Pemakaian anbiok di Bidang Kedokteran Gigi.
6. Program Pengembangan Sumber Daya Kesehatan :
- a) Internal
 - Penyusunan modul pelatihan teknis
 - Penyusunan modul TOT
 - Pedoman dan pelaksanaan evaluasi penerapan metode ART

- Evaluasi peralatan di Puskesmas

b) Lintas Program

- Kerjasama dengan Puskesmas dan dalam penyusunan profil kesehatan gigi dan mulut
- Kerjasama dengan badan Litbangkes Kementerian Kesehatan dalam survei epidemiologi penyakit gigi dan mulut.
- Pelatihan/TOT Tenaga Kesehatan/Pemegang Program
- Uji kualitas kandungan fluor dalam pasta gigi, air minum, dll.
- Evaluasi peralatan di Rumah Sakit Pemerintah/Swasta

c) Lintas Sektor

- Kerjasama dengan Kementerian Pendidikan Nasional
- Kerjasama dengan seluruh Kementerian dalam upaya pelayanan kesehatan gigi dan mulut (poli gigi)
- Kerjasama dengan swasta
- Kerjasama dengan m penggerak PKK
- Kerjasama dengan FKG/CHS/profesi
- Kerjasama dengan dunia usaha untuk pengadaan ART, pasta fluor generik, sikat gigi generik, dan bahan lainnya.

7. Program Pengembangan Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan :

- a) Tersusunnya rencana kegiatan lima tahun kesehatan gigi dan mulut;
- b) Tersusunnya laporan akuntabilitas kinerja tahunan kesehatan gigi dan mulut;
- c) Kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan gigi dan mulut dengan instansi, unit dan pihak lain yang terkait secara nasional dan Internasional.

8. Monitoring dan Evaluasi:

- a) Kesehatan gigi dan mulut pra sekolah dan usia anak sekolah;
- b) Pelayanan kesehatan gigi dan mulut di puskesmas;
- c) Upaya kesehatan gigi di UKGM;
- d) Pelayanan kesehatan gigi rujukan dan integrasi;
- e) Pelayanan kesehatan gigi dan mulut di rumah sakit;
- f) Penyusunan website kesehatan gigi dan mulut sebagai wahana interaksi, inter relasi dan interdependensi dengan masyarakat, profesi, dunia usaha serta pihak

lain yang berkepentingan untuk peningkatan kualitas kesehatan gigi dan mulut.

9. Bimbingan Teknis/Supervisi:

- a) Pembinaan program kesehatan gigi dan mulut di Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota
- b) Pembinaan penyelenggaraan pelayanan kesehatan gigi puskesmas dan rumah sakit baik pemerintah maupun swasta.
- c) Peningkatan kinerja melalui peningkatan mutu SDM dan suasana/budaya kerja.
- d) Pembinaan profesi tenaga kesehatan gigi

10. Program Unggulan:

Program anti tembakau di klinik gigi, screening kanker mulut, pengendalian gula di sekolah.

- a) Program Kebijakan Kesehatan, Pembiayaan, dan Hukum Kesehatan.
 - Tersusunnya rencana kegiatan lima tahunan (*propenas*) dan rencana kerja tahunan (*Repeta*) kesehatan gigi dan mulut.
 - Tersusunnya laporan akuntabilitas kinerja tahunan kesehatan gigi dan mulut
 - Legalisasi Produk-produk Bidang kesehatan Gigi dan Mulut.
- b) Program Perbaikan Gizi.
 - Kegiatan kesehatan gigi dan mulut pra sekolah dan anak usia sekolah
 - Penyusunan petunjuk pemeliharaan kesehatan gigi dan mulut keluarga seri ibu hamil dan balita
 - Penyusunan pedoman pembinaan kesehatan gigi melalui polides
 - Perlindungan kesehatan gigi anak dengan sikat gigi sesudah makan.
- c) Program Peningkatan Perilaku Hidup Bersih Sehat (*PHBS*) sejak usia dini
 - Penyusunan buku pendidikan kesehatan gigi remaja
 - Penyusunan lembar balik penyuluhan kesehatan gigi
 - Penyusunan standar pelayanan kesehatan gigi bagi anak berkebutuhan khusus
 - Penyusunan materi kesehatan gigi dan mulut untuk RS
 - Penyusunan pedoman standar peralatan kedokteran gigi RS

- d) Program Lingkungan Pemakaian air, dan udara sehat.
 - Pedoman pelaksanaan higienis klinik gigi di lingkungan kerja.
- e) Program kesehatan keluarga
 - Penyusunan pedoman promotif-preventif dengan pendekatan UKGM dan UKGM inovatif
 - Penggunaan pedoman pembinaan kesehatan gigi dan mulut melalui desa siaga
 - Penyusunan petunjuk pemeliharaan kesehatan gigi keluarga seri lansia.
 - Penyusunan pedoman pencegahan penyakit gigi, berupa brosur, leaflet, booklet.
 - Modul pelatihan kesehatan gigi bagi kader/guru.
- f) Program pencegahan kecelakaan dan rudapaksa termasuk keselamatan lalu lintas.
 - Melakukan penelitian pengaruh sakit gigi terhadap kecelakaan lalu lintas.
- g) Program integrasi dengan penyakit dak menular (PTM)
 - Program an tembakau di klinik Gigi
 - Program Pengendalian Gula
 - Program skreening kanker mulut
 - Program Pengendalian konsumsi alkohol berhubungan dengan penyakit gigi dan mulut
 - Penyusunan Pengendalian faktor-faktor risiko penyakit gigi dan mulut dalam upaya meningkatkan kualitas hidup.

Faktor Penentu Keberhasilan

Untuk terwujudnya visi, misi melalui strategi yang telah ditetapkan, maka perlu diperhatikan faktor-faktor penentu keberhasilan (*Critical succsess factor*) sebagai berikut:

1. Melakukan pengaturan, pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan upaya kesehatan gigi dan mulut:
 - a. Adanya Norma, Standar, Pedoman dan Kriteria untuk pembinaan dan pengawasan penyelenggaraan upaya kesehatan gigi dan mulut.
 - b. Pembinaan (bimbingan teknis) atau Supervisi, Monitoring dan Evaluasi.

2. Meningkatkan koordinasi dan keterpaduan dalam penyebarluasan dan penerapan paradigma sehat dibidang kesehatan gigi dan mulut baik secara intern kesehatan maupun ekstern atau pihak lain yang terkait, melalui :
 - a. Adanya forum komunikasi/temu karya lintas program/lintas sektor terkait
 - b. Adanya pedoman pelaksanaan upaya promotif – preventif terpadu.
 - c. Adanya modul pelahan terpadu upaya promotif-preventif TOT
 - d. Kerjasama dengan lintas program/lintas sektor terkait.
3. Meningkatkan profesionalisme tenaga kesehatan gigi dalam bidang manajemen, ilmu dan teknologi serta eka profesi dalam penyelenggaraan upaya kesehatan gigi dan mulut dan program pokok serta program unggulan kesehatan dalam rangka menuju Indonesia Sehat 2010, melalui:
 - a. Pelahan tenaga kesehatan gigi sesuai dengan perkembangan IPTEK khususnya dalam pengembangan teknologi tepat guna.
 - b. Pelahan bidang manajemen kesehatan bagi tenaga kesehatan gigi
 - c. Penyusunan modul-modul pelahan bagi tenaga kesehatan gigi.
4. Melakukan kerjasama lintas program/lintas sektor termasuk dengan profesi, perguruan tinggi, dan dunia usaha serta masyarakat secara nasional, regional dan internasional, dalam upaya:
 - a. Peningkatan upaya promotif – preventif yang didukung oleh produksi pasta dan sikat gigi.
 - b. Pendayagunaan dan pembinaan tenaga kesehatan gigi/spesialis bersama-sama organisasi profesi dan FKG.
 - c. Penyelarasan kegiatan/program kesehatan gigi dengan kegiatan negara lain/organisasi dunia.
5. Melengkapi fasilitas kerja baik secara teknis, dalam rangka peningkatan kinerja, melalui:
 - a. Peningkatan sarana, prasarana di lingkungan kerja
 - b. Peningkatan sumber daya dalam mendukung peningkatan kinerja di sarana kesehatan.

Program, kegiatan serta sasaran pelayanan KESGILUT, dilakukan melalui:

| SASARAN | INDIKATOR | KEBIJAKANPROGRAM | | KEGIATAN |
|---|---|--|-------------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan gigi secara bermakna di Institusi pelayanan kesehatan | <ul style="list-style-type: none"> • Ratio tambal: Cabut = 1:1 • Status kesgilut • Prevalensi karies pada 6 tahun 60% • Prevalensi karies pada usia 18th 50% • Prevalensi karies aktif 30% • Prevalensi caries pada bumil 50% • 20 gigi berfungsi pada 35-44 tahun • 20 gigi berfungsi usia > 65 tahun | <ul style="list-style-type: none"> • MANAJEMEN KESGILUT TERPADU : LEMBAGA, PAYUNG HUKUM, STANDAR <p>SUMBER DAYA, SARANA PRASARANA, PEMBIAYAAN</p> | <p>UPAYA KESEHATAN PERSEORANGAN</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Pelayanan Kes di Puskesmas • Pelayanan Kes di Rumah Sakit |

| SASARAN | INDIKATOR | KEBJAKAN | PROGRAM | KEGIATAN |
|--|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Terwujudnya jejaring kesehatan gigi dan mulut | | <ul style="list-style-type: none"> • PENGUATAN SISTEM INFORMASI, SURVEILANS, MONITORING: LAPORAN FASILITAS KESEHATAN, SWASTA DAN LITBANGKESGI LUT | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Meningkatnya Kualitas Sumber Daya Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut | <ul style="list-style-type: none"> • Ratio drg : penduduk • Ratio drg spesialis : penduduk • Ratio drg : puskesmas Ratio prg : penduduk Ratio prg : puskesmas | | SUMBERDAYA KESEHATAN | <ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan teknis dan Pendidikan berkelanjutan • Penyusunan modul TOT |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • OBAT DAN PERBEKALAN KESEHATAN | <ul style="list-style-type: none"> • Formularium Obat/bahan untuk kesehatan gigi-mulut • Bahan/obat tradisional dibidang kesehatan gigi-mulut • Standar peralatan kedokteran gigi • Penapisan bahan obat dan alat kedokteran gigi • Standar bahan dan obat di pelayanan gigi-mulut |
| <ul style="list-style-type: none"> • Meratanya Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut | | | KEBIJAKAN DAN MANAJEMEN PEMBANGUNAN KESEHATAN | <ul style="list-style-type: none"> • Rencana kegiatan lima tahun kes |

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Meningkatnya Kesadaran Masyarakat akan Kesehatan gigi dan mulut | <ul style="list-style-type: none"> • % murid yg sudah dilakukan fissure sealant/protective • % murid yang perlu perawatan • % murid yang selesai perawatan • % sikat gigi masal disekolah 1 kl/bulan • 80% apras yang mendapat yangilut | <ul style="list-style-type: none"> • PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DAN KEMITRAAN | PROMOSI KESEHATAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT | <ul style="list-style-type: none"> • Mengintegrasikan promosi kesehatan gigi dan mulut kedalam program prilaku hidup bersih dan sehat. |
|---|--|---|---|---|

| SASARAN | INDIKATOR | KEBIJAKAN | PROGRAM | KEGIATAN |
|---------|--|-----------|----------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • 80% SD/MI mendapat • yangilut • 80% Usila mendapat • yangilut • 80% Ibu hamil • mendapat yangilut | | | <ul style="list-style-type: none"> •Promosi gaya hidup sehat dan mengurangi faktor risiko penyakit gigi dan mulut (yang disebabkan oleh prilaku, status sosial ekonomi, keturunan dll) •Promosi media audiovisual: leaflet, poster, mis; hubungan penyakit periodontal dengan diabetes, kanker mulut, faktor risiko tembakau dll |
| | | | UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT | <ul style="list-style-type: none"> •Program Kesehatan gigi dan mulut di Sekolah (anak prasekolah, anak sekolah, remaja) •Program Kes di masyarakat: •Wanita hamil •Balita •Usia lanjut |
| | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Terlindunginya masyarakat dibidang kesehatan gigi dan mulut | <ul style="list-style-type: none"> • % Drg yang melakukan UP • CBL yang ditangani 100% • %Bayi Baru lahir dgn CBL • % penderita CBL • % Penderita ODHA yg mempunyai manifestasi di RM | <ul style="list-style-type: none"> • PENCEGAHAN, PENGENDALIAN, PENURUNAN PREVALENSI PENYAKIT GIGI MULUT (PROGRAM UPAYA KESEHATAN? STATUS KESGILUT DAN FAKTOR RISIKO - INTEGRATED HEALTH APPROACH) | <ul style="list-style-type: none"> • LINGKUNGAN SEHAT | <ul style="list-style-type: none"> • Tersedianya air bersih dan fasilitas sanitasi • Program fluoridasi air minum |
| | | | <ul style="list-style-type: none"> • PENCEGAHAN DAN PEMBERANTA SAN PENYAKIT | <ul style="list-style-type: none"> • Kontrol Infeksi Penyakit Gigi dan Mulut • Pengendalian Faktor-faktor Resiko penyakit gigi dan mulut • Penatalaksanaan Penyakit Menular yang bermanifesta dirongga mulut. • Penatalaksanaan penyakit kronis (antung, diabetes, paru-paru, ginjal, dan lain lain) yang berhubungan dengan penyakit gigi dan mulut |

| SASARAN | INDIKATOR | KEBIJAKAN | PROGRAM | KEGIATAN |
|---------|-----------|-----------|---|---|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Penatalaksanaan Oral Cancer dan lesi di mukosa mulut di Pelayanan kesehatan gigi. • Program pencegahan penyakit gigi dan mulut yang berkaitan dengan HIV dan AIDS • Surveillance Kesehatan Gigi dan Mulut |
| | | | ° PERBAIKAN GIZI MASYARAKAT | ° Pola Makan yang baik untuk memelihara kesehatan gigi dan mulut. |
| | | | • PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN | • Pengembangan Teknologi Tepat guna |

2. ADVOKASI

2.1 Definisi

Advokasi adalah upaya mendekati, mendampingi, dan mempengaruhi para pembuat kebijakan secara bijak, sehingga mereka sepakat untuk memberi dukungan terhadap pembangunan kesehatan. Advokasi merupakan upaya pendekatan (*approach*) atau proses yang strategis dan terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak yang terkait (*stake holders*). WHO (1989) dikutip dalam UNFPA dan BKKBN (2002) menggunakan “*advocacy is a combination of individual and social action designed to gain political commitment, policy support, social acceptance and system support for particular health goal or programme.*” Istilah advokasi digunakan pertama kali oleh WHO tahun 1984, untuk mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan digunakan 3 strategi pokok:

1. Advokasi (*advocacy*) melakukan pendekatan atau lobi dengan para pembuat keputusan setempat, agar mereka menerima dan bersedia mengeluarkan kebijakan dan keputusan untuk membantu program tersebut. Pembuat keputusan di tingkat pusat atau daerah, sebagai sasaran tersier.
2. Dukungan social (*social support*) melakukan pendekatan pada tokoh masyarakat formal maupun informal setempat agar tokoh masyarakat mampu menyebarkan informasi tentang program kesehatan dan membantu melakukan penyuluhan kepada masyarakat. Kegiatan ini sebagai sasaran sekunder.
3. Pemberdayaan (*empowerment*) yaitu memampukan masyarakat atau memberdayakan masyarakat. Kegiatan yang dilakukan adalah memberikan penyuluhan dan konseling sehingga pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap kesehatan meningkat.

Advokasi kesehatan adalah upaya pendekatan kepada pemimpin atau pengambil keputusan supaya dapat memberikan dukungan, kemudahan dan semacamnya pada upaya pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, sasaran advokasi adalah para pemimpin, swasta, organisasi swasta, atau pemerintah yang memiliki pengaruh di masyarakat. Advokasi akan lebih efektif bila dilaksanakan dengan prinsip kemitraan, yaitu dengan membentuk jejaring advokasi atau forum kerjasama.

Pelaku advokasi kesehatan adalah siapa saja yang peduli terhadap upaya kesehatan dan memandang perlu adanya mitra untuk mendukung upaya tersebut. Pelaku advokasi dapat berasal kalangan pemerintah, swasta, perguruan tinggi, organisasi profesi, organisasi berbasis

masyarakat (agama), LSM dan tokoh yang berpengaruh. Advokasi dilakukan untuk menjalin kemitraan (*partnership*) sehingga terbentuk kemitraan antara sector kesehatan dengan para pengusaha dan LSM. Melalui kemitraan ini diharapkan para pengusaha dan LSM memberikan dukungan program kesehatan baik berupa dana, sarana, prasarana dan bantuan teknis lainnya.

Advokasi kebijakan (*Policy Advocacy*) secara khusus berhubungan dengan apa yang harus dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah dengan menganjurkan kebijakan tertentu melalui diskusi, persuasi, maupun aktivitas politik. Kebijakan ialah serangkaian keputusan yang dipilih oleh pemerintah atau elit politik, untuk menetapkan, melaksanakan, atau tidak melaksanakan, dalam kaitannya dengan adanya suatu permasalahan guna kebaikan bersama masyarakat.

2.2 Prinsip advokasi

Beberapa prinsip dibawah ini bisa dijadikan pedoman dalam melakukan advokasi sebagai berikut:

1. Realitas

Memilih isu dan agenda yang realistis, jangan buang waktu kita untuk sesuatu yang tidak mungkin tercapai.

2. Sistematis

Advokasi memerlukan perencanaan yang akurat, kemas informasi semenarik mungkin dan melibatkan media yang efektif.

3. Taktis

Advokasi tidak mungkin bekerja sendiri, jalin koalisi dan aliansi terhadap sekutu. Sekutu dibangun berdasarkan kesamaan kepentingan dan saling percaya.

4. Strategis

Kita dapat melakukan perubahan untuk masyarakat dengan membuat strategis jitu agar advokasi berjalan dengan sukses

5. Berani

Jadikan isu dan strategis sebagai motor gerakan dan tetaplah berpijak pada agenda bersama

2.3 Pendekatan dalam advokasi

Dengan pendekatan persuasive secara dewasa dan bijak sesuai keadaan yang memungkinkan tukar pikiran secara baik (*free choice*). Menurut BKKBN 2002, terdapat lima pendekatan utama dalam advokasi, yaitu : melibatkan para pemimpin, bekerja dengan media massa, membangun kemitraan, mobilisasi massa, dan membangun kapasitas. Strategi advokasi dapat dilakukan melalui pembentukan koalisi, pengembangan jaringan kerja, pembangunan institusi, pembuatan forum dan kerjasama bilateral.

1. Melibatkan para pemimpin

Para pembuat undang-undang, mereka yang terlibat dalam penyusunan hukum, peraturan maupun pemimpin politik, yaitu mereka yang menetapkan kebijakan public sangat berpengaruh dalam menciptakan perubahan yang terkait dengan masalah social termasuk kesehatan dan kependudukan. Oleh karena itu sangat penting melibatkan mereka semaksimal mungkin dalam isu yang akan diadvokasikan.

2. Bekerja dengan media massa

Media massa sangat penting berperan dalam membentuk opini *public*. Media juga sangat kuat dalam memengaruhi persepsi public atas isu atau masalah tertentu. Mengenal, membangun dan menjaga kemitraan dengan media massa sangat penting dalam proses advokasi

3. Membangun kemitraan

Dalam upaya advokasi sangat penting dilakukan upaya jaringan, kemitraan yang berkelanjutan dengan individu, organisasi dan sector lain yang bergerak dalam isu yang sama. Kemitraan ini dibentuk oleh individu, kelompok yang bekerja sama yang bertujuan untuk mencapai tujuan umum yang sama (hampir sama)

4. Memobilisasi massa

Memobilisasi massa merupakan suatu proses mengorganisasikan individu yang telah termotivasi ke dalam kelompok atau mengorganisasikan kelompok yang sudah ada. Dengan mobilisasi dimaksudkan agar memotivasi individu dapat diubah menjadi tindakan kolektif.

5. Membangun kapasitas

Membangun kapasitas di sini dimaksudkan melembagakan kemampuan untuk mengembangkan dan mengelola program yang komprehensif serta membangun critical

mass pendukung yang memiliki keterampilan advokasi. Kelompok ini dapat diidentifikasi dari LSM tertentu, kelompok profesi serta kelompok lain.

2.4 Langkah advokasi

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2007) terdapat lima langkah kegiatan advokasi, antara lain:

1. Identifikasi dan analisis masalah atau isu yang memerlukan advokasi. Masalah atau isu advokasi perlu dirumuskan berbasis data atau fakta. Data sangat penting agar keputusan yang dibuat berdasarkan informasi yang tepat dan benar. Data berbasis fakta sangat membantu menetapkan masalah, mengidentifikasi solusi, dan menentukan tujuan yang realistis.

2. Identifikasi dan analisis kelompok sasaran

Sasaran kegiatan advokasi ditujukan kepada para pembuat keputusan (*decision maker*) atau penentu kebijakan (*policy maker*), baik di bidang kesehatan maupun diluar sector kesehatan yang berpengaruh terhadap public. Tujuannya agar pembuat keputusan mengeluarkan kebijakan, antara lain dalam bentuk peraturan, undang-undang, instruksi, dan yang menguntungkan kesehatan.

3. Siapkan dan kemas bahan informasi

Tokoh politik mungkin termotivasi dan akan mengambil keputusan jika mereka mengetahui secara rinci besarnya masalah kesehatan tertentu. Oleh sebab itu, penting diketahui pesan atau informasi apa yang diperlukan agar sasaran yang dituju dapat membuat keputusan yang mewakili kepentingan advokator. Kata kunci untuk bahan informasi ini adalah informasi yang akurat, tepat dan menarik.

Beberapa pertimbangan dalam menetapkan bahan informasi ini meliputi :

- a. Bahan informasi minimal memuat rumusan masalah yang dibahas, latar belakang masalahnya, alternatif mengatasinya, usulan peran atau tindakan yang diharapkan, dan tindak lanjut penyelesaiannya. Bahan informasi juga minimal memuat tentang 5W + 1H (*what, where, why, who, when dan how*) tentang permasalahan yang diangkat.
- b. Dikemas menarik, ringkas jelas, dan mengesankan

- c. Bahan informasi tersebut akan lebih baik lagi jika disertakan data pendukung, ilustrasi contoh, gambar dan bagan
 - d. Waktu dan tempat penyampaian bahan informasi, apakah sebelum, saat atau setelah pertemuan.
4. Rencanakan tehnik atau acara kegiatan operasional.
- Beberapa teknik dan kegiatan operasional advokasi dapat meliputi : konsultasi, lobi, pendekatan dan pembicaraan formal dan informal terhadap para pembuat keputusan, negosiasi atau resolusi konflik, pertemuan khusus, debat public, petisi, pembuatan opini, dan seminar kesehatan
5. Laksanakan kegiatan, pantau evaluasi serta lakukan tindak lanjut.

2.5 Kegiatan advokasi

Kegiatan advokasi diharapkan untuk mendapatkan komitmen dan dukungan, bentuk dukungan dan komitmen tersebut seperti peraturan daerah, undang-undang, surat keputusan, sarana, prasarana, anggaran kesehatan dan sebagainya. Untuk mencapai tujuan tersebut, kegiatan advokasi dilakukan dengan cara:

- a. Lobi politik
Berbicara secara informal menyampaikan informasi atau masalah kesehatan dan program yang akan dilaksanakan dengan pejabat atau tokoh politik. Lobi dilakukan dengan membawa dan menunjukkan data yang akurat
- b. Seminar atau presentasi
Mengadakan seminar dan presentasi masalah kesehatan dan program yang akan dilaksanakan disajikan secara menarik dengan gambar atau grafik, sekaligus diskusi untuk membahas masalah tersebut secara bersama.
- c. Media
Menggunakan media massa seperti media cetak dan elektronik untuk menyajikan masalah kesehatan secara lisan, gambar, dalam bentuk artikel. Berita, menyampaikan pendapat, diskusi dan sebagainya. Media massa dapat memengaruhi masyarakat serta menjadi tekanan bagi penentu kebijakan dan pengambil keputusan.

d. Perkumpulan asosiasi peminat

Asosiasi atau perkumpulan orang yang mempunyai minat dan keterkaitan terhadap masalah tertentu atau perkumpulan profesi juga merupakan bentuk advokasi.

2.6 Indikator Hasil Advokasi

Kegiatan advokasi diharapkan menghasilkan suatu produk yaitu komitmen politik dan dukungan kebijakan dari penentu kebijakan atau pembuat keputusan. Oleh karena advokasi dalam bentuk kegiatan maka melalui : input – proses – output (*keluaran*). Penilaian advokasi didasarkan pada indikator yang jelas. Indikator komponen evaluasi berikut ini :

a. Input

Kegiatan advokasi sangat ditentukan oleh orang yang melakukan advokasi (*advocator*) serta bahan, informasi yang membantu atau mendukung argument advokasi. Indikator komponen evaluasi antara lain :

1. Berapa kali petugas kesehatan, pejabat telah melakukan pelatihan tentang komunikasi, pelatihan tentang advokasi dan hubungan antar manusia.
2. Dinas kesehatan pusat dan daerah berkewajiban memfasilitasi petugas kesehatan melalui pelatihan advokasi.
3. Data hasil studi, survailance atau laporan merupakan pendukung informasi atau program yang akan dilaksanakan. Sehingga data merupakan indikator evaluasi input dalam advokasi

b. Proses

Merupakan kegiatan untuk melakukan advokasi oleh sebab itu evaluasi proses advokasi harus sesuai dengan bentuk kegiatan advokasi tersebut. Indikator proses advokasi antara lain:

1. Berapa kali dilakukan lobi, kepada siapa lobi tersebut dilakukan
2. Berapa kali menghadiri rapat atau pertemuan yang membahas masalah dan program pembangunan termasuk program kesehatan, siapa yang mengadakan rapat tersebut.
3. Berapa kali seminar atau lokakarya tentang masalah dan program kesehatan diadakan, siapa yang diundang dalam acara tersebut.

4. Berapa kali pejabat menghadiri seminar atau lokakarya yang diadakan sector lain, dan membahas masalah dan program pembangunan yang terkait dengan kesehatan
 5. Seberapa sering media local termasuk media elektronik membahas atau mengeluarkan artikel tentang kesehatan yang terkait dengan masalah kesehatan
- c. Output

Output menghasilkan perangkat lunak (*software*) dan perangkat keras (*hardware*).

Indikator dalam perangkat lunak:

- a) Undang-undang
- b) Peraturan pemerintah
- c) Keputusan presiden
- d) Keputusan menteri atau dirjen
- e) Peraturan daerah
- f) Surat keputusan gubernur, bupati, camat

Indikator output dalam bentuk perangkat keras antara lain:

- a) Meningkatnya dana atau anggaran untuk pembangunan kesehatan
- b) Tersedianya atau dibangunnya fasilitas atau sarana pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, poliklinik dan sebagainya.
- c) Dibangunnya atau tersedianya sarana dan prasarana kesehatan, misalnya air bersih, jamban keluarga atau jamban umum, tempat sampah dan sebagainya
- d) Dilengkapinya peralatan kesehatan, seperti laboratorium, peralatan pemeriksaan fisik dan sebagainya.

3. KEMITRAAN

3.1 Definsi

Di Indonesia istilah kemitraan atau partnership masih relative baru, namun demikian praktiknya dimasyarakat sebenarnya sudah terjadi sejak zaman dahulu. Sejak nenek moyang kita telah mengenal istilah gotong royong yang sebenarnya esensinya kemitraan. Robert Davies, ketua eksekutif “*The Prince of Wales Business Leader Forum*” merumuskan, *Partnership is a formal cross sector relationship between individuals, groups or organization who*”:

1. *Work together to fulfill an obligation or undertake a specific task*
2. *Agree in advance what to commit and what to expect*
3. *Review the relationship regularly and revise their agreement as necessary, and*
4. *Share both risk and the benefits*

Dari pembahasan diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa kemitraan adalah suatu kerjasama formal antara individu, kelompok atau organisasi untuk mencapai suatu tugas atau tujuan tertentu. Dalam kerjasama tersebut ada kesepakatan tentang komitmen dan harapan orang yang terlibat dalam kemitraan, tentang penilaian kembali terhadap kesepakatan yang telah dibuat dan saling berbagi baik dalam risiko maupun keuntungan yang diperoleh.

Dari definisi ini terdapat tiga kata kunci dalam kemitraan, yaitu :

1. Kerjasama antar kelompok, organisasi dan individu
2. Bersama mencapai tujuan tertentu (yang disepakati)
3. Saling menanggung risiko dan keuntungan

Mengingat kemitraan adalah bentuk kerjasama atau aliansi, maka setiap pihak yang terlibat didalamnya harus ada kerelaan diri untuk bekerjasama dan melepaskan kepentingan orang yang terlibat dalam kemitraan kemudian membangun kepentingan bersama. Oleh karena itu membangun kemitraan harus didasarkan pada berikut ini :

1. Kesamaan perhatian (*common interest*) atau kepentingan
2. Saling mempercayai dan menghormati
3. Tujuan yang jelas dan terukur
4. Kesiediaan berkorban baik waktu, tenaga maupun sumber daya yang lain

3.2 Prinsip Kemitraan

Dalam membangun kemitraan ada tiga prinsip kunci yang perlu dipahami oleh masing – masing anggota kemitraan, yaitu:

1. *Equity* atau Persamaan

Individu atau organisasi yang telah bersedia menjalin kemitraan harus merasa “duduk sama rendah berdiri sama tinggi”. Oleh sebab itu didalam forum kemitraan asas demokrasi harus diutamakan, tidak boleh satu anggota memaksakan kehendak kepada yang lain karena merasa lebih tinggi dan tidak ada dominasi terhadap yang lain.

2. *Transparancy* atau keterbukaan

Keterbukaan maksudnya adalah apa yang menjadi kekuatan atau kelebihan atau apa yang menjadi kekurangan atau kelemahan tiap anggota harus diketahui oleh anggota lainnya. Demikian pula berbagai sumber daya yang dimiliki oleh anggota yang satu harus diketahui oleh anggota yang lain. Dengan saling keterbukaan ini akan menimbulkan rasa saling melengkapi dan saling membantu diantara anggota.

3. *Mutual benefit* atau saling menguntungkan

Menguntungkan disini bukan selalu diartikan dengan materi ataupun uang tetapi lebih kepada non materi. Saling menguntungkan disini lebih dilihat dari kebersamaan atau sinergitas dalam mencapai tujuan bersama.

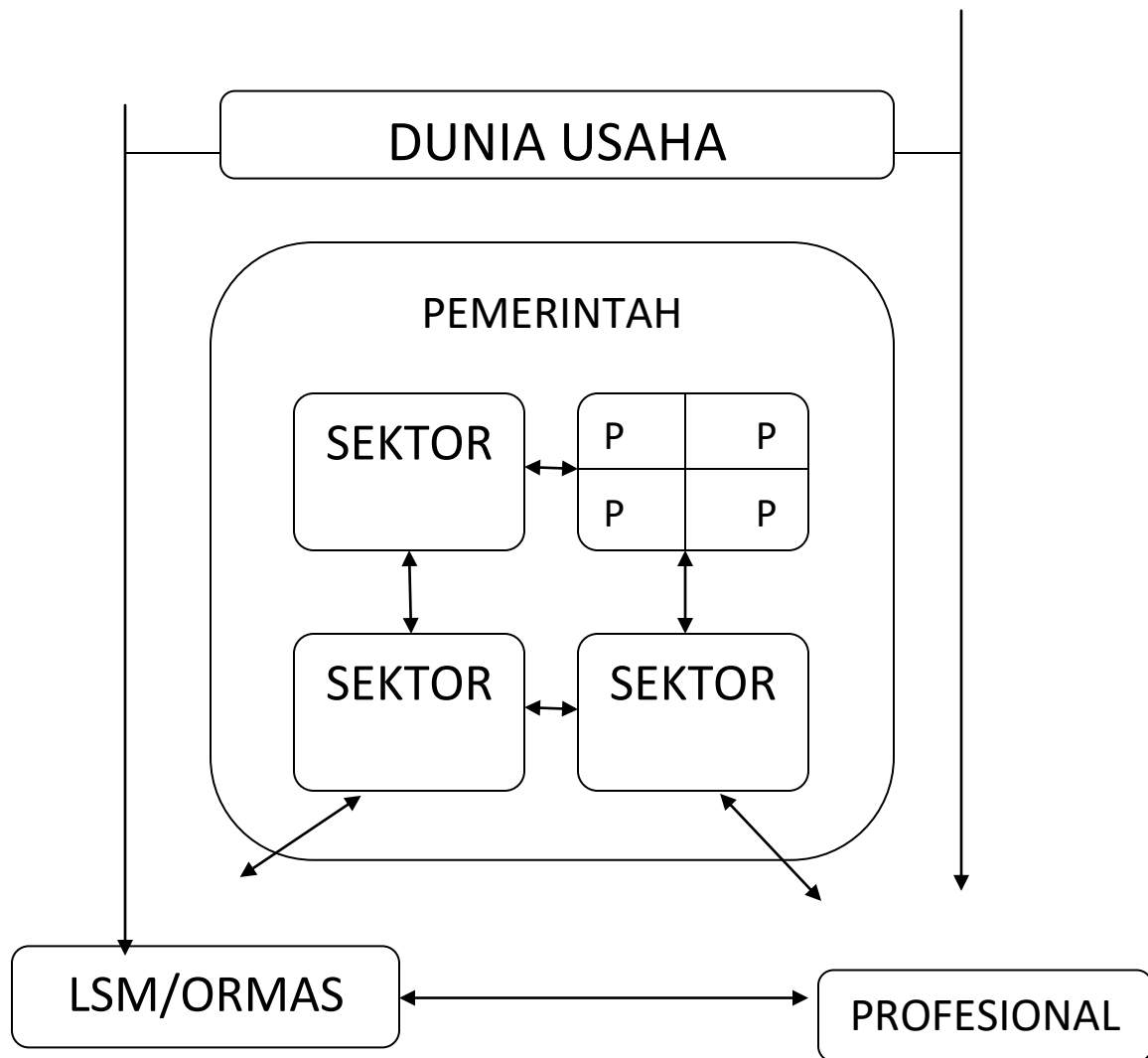
3.3 Landasan dalam Kemitraan

Tujuh landasan yaitu:

1. Saling memahami kedudukan, tugas dan fungsi (kaitan dengan struktur)
2. Saling memahami kemampuan anggota (kapasitas unit atau organisasi)
3. Saling menghubungi secara proaktif (*linkage*)
4. Saling mendekati, bukan hanya secara fisik tetapi juga pikiran dan perasaan (*empati, proximity*)
5. Saling terbuka, dalam arti ketersediaan untuk dibantu dan membantu (*openness*)
6. Saling mendorong atau mendukung kegiatan (*synergy*)
7. Saling menghargai kenyataan/kemampuan pribadi (*reward*)

3.4 Ruang Lingkup Kemitraan

Ruang lingkup kemitraan secara umum meliputi pemerintah, dunia usaha, LSM/ORMAS, serta kelompok profesional. Departemen Kesehatan RI secara lengkap menggambarkan ruang lingkup kemitraan dengan diagram sebagai berikut:



Gambar 3.4 Diagram Ruang Lingkup Kemitraan

Keterangan:

↔ : saling bekerjasama

Sektor : sektor-sektor dalam pemerintah

P : Program-program dalam sektor

(Notoatmodjo, 2007)

3.5 Model-model Kemitraan dan Jenis Kemitraan

Secara umum, model kemitraan dalam sektor kesehatan dikelompokkan menjadi dua (Notoadmodjo, 2007) yaitu:

Model I

Model kemitraan yang paling sederhana adalah dalam bentuk jaring kerja (*networking*) atau *building linkages*. Kemitraan ini berbentuk jaringan kerja saja. Masing-masing mitra memiliki program tersendiri mulai dari perencanaannya, pelaksanaannya hingga evaluasi. Jaringan tersebut terbentuk karena adanya persamaan pelayanan atau sasaran pelayanan atau karakteristik lainnya.

Model II

Kemitraan model II ini lebih baik dan solid dibandingkan model I. Hal ini karena setiap mitra memiliki tanggung jawab yang lebih besar terhadap program bersama. Visi, misi, dan kegiatan-kegiatan dalam mencapai tujuan kemitraan direncanakan, dilaksanakan, dan dievaluasi bersama.

Menurut Beryl Levinger dan Jean Mulroy (2004), ada empat jenis atau tipe kemitraan yaitu:

1. *Potential Partnership*

Pada jenis kemitraan ini pelaku kemitraan saling peduli satu sama lain tetapi belum bekerja bersama secara lebih dekat.

2. *Nascent Partnership*

Kemitraan ini pelaku kemitraan adalah partner tetapi efisiensi kemitraan tidak maksimal

3. *Complementary Partnership*

Pada kemitraan ini, partner/mitra mendapat keuntungan dan pertambahan pengaruh melalui perhatian yang besar pada ruang lingkup aktivitas yang tetap dan relatif terbatas seperti *program delivery* dan *resource mobilization*.

4. *Synergistic Partnership*

Kemitraan jenis ini memberikan mitra keuntungan dan pengaruh dengan masalah pengembangan sistemik melalui penambahan ruang lingkup aktivitas baru seperti advokasi dan penelitian. Bentuk-bentuk/tipe kemitraan menurut Pusat Promosi Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia yaitu terdiri dari aliansi, koalisi, jejaring, konsorsium, kooperasi dan sponsorship. Bentuk-bentuk kemitraan tersebut dapat tertuang dalam:

- SK bersama
- MOU
- Pokja
- Forum Komunikasi
- Kontrak Kerja/perjanjian kerja

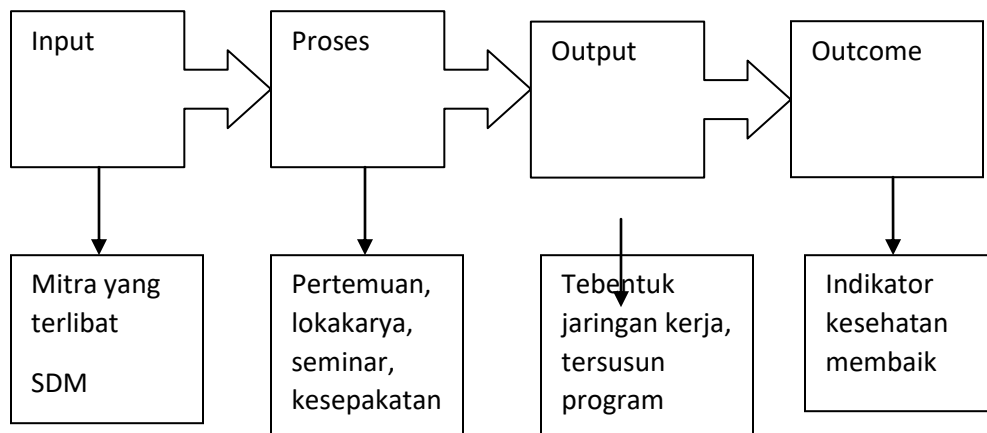
3.6 Tingkat/ Jenjang Kemitraan

Menurut Heideneim (2002), ada lima tingkat atau jenjang dalam suatu kemitraan yaitu: *full collaboration, coalition, partnership, alliance*, dan *network*. Kelimanya digambarkan sebagai berikut :

1. *Written agreement*
2. *Shared vision*
3. *Consensus decision*
4. *Formal work assignment*
5. *formal agreement*
6. *all member involved in*
7. *New resources*
8. *Joint budget*
9. *Formal contract*
10. *New resources*
11. *Shared risk and reward*

3.7 Indikator Keberhasilan Kemitraan

Untuk dapat mengetahui keberhasilan pengembangan kemitraan diperlukan adanya indikator yang dapat diukur. Dalam penentuan indikator sebaiknya dipahami prinsip-prinsip indikator yaitu: spesifik, dapat diukur, dapat dicapai, realistis dan tepat waktu. Sedangkan pengembangan indikator melalui pendekatan manajemen program yaitu:



Indikator Input

Tolok ukur keberhasilan input dapat diukur dari tiga indikator, yaitu:

Terbentuknya tim wadah atau sekretariat yang ditandai dengan adanya kesepakatan bersama dalam kemitraan.

- Adanya sumber dana/biaya yang memang diperuntukkan bagi pengembangan kemitraan.
- Adanya dokumen perencanaan yang telah disepakati oleh institusi terkait. Hasil evaluasi terhadap input dinilai berhasil apabila ketiga tolok ukur tersebut terbukti ada.

Indikator Proses

Tolok ukur keberhasilan proses dapat diukur dari indikator sebagai frekuensi dan kualitas pertemuan tim atau sekretariat sesuai kebutuhan. Hasil evaluasi terhadap proses nilai berhasil, apabila tolok ukur tersebut terbukti adanya yang dilengkapi dengan agenda pertemuan, daftar hadir dan notulen hasil pertemuan.

Indikator Output

Tolok ukur keberhasilan output dapat diukur dari indikator sebagai berikut: Jumlah kegiatan yang dikerjakan oleh institusi terkait sesuai dengan kesepakatan peran masing-masing institusi. Hasil evaluasi terhadap output dinilai berhasil, apabila tolok ukur tersebut diatas terbukti ada.

Indikator Outcome

Tolok ukur keberhasilan outcome adalah menurunnya angka kesakitan dan kematian karena penyakit.

3.8 Kemitraan Kesehatan Lintas Sektor dan Organisasi

Landasan hukum pelaksanaan kemitraan kesehatan adalah Undang-undang No. 23 tahun 1992 pasal 5, pasal 8, pasal 65, pasal 66, pasal 71 dan pasal 72. Berikut ini penjelasannya:

Tabel 3.8 Pasal-pasal dalam UU No. 23/1992 yang Terkait dengan Kemitraan

| Pasal | Uraian |
|-------|--|
| 5 | Setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perseorangan, keluarga, dan lingkungannya |
| 8 | Pemerintah bertugas menggerakkan peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan dan pembiayaan kesehatan, dengan memperhatikan fungsi sosial sehingga pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang kurang mampu tetap terjamin. |
| 65 | (1) Penyelenggaraan upaya kesehatan dibiayai oleh pemerintah dan atau masyarakat (2) Pemerintah membantu upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, terutama upaya kesehatan bagi masyarakat rentan |
| 71 | (1) Masyarakat memiliki kesempatan untuk berperan serta dalam penyelenggaraan upaya kesehatan beserta sumber dayanya. (2) Pemerintah membina, mendorong, dan menggerakkan swadaya masyarakat yang bergerak di bidang kesehatan agar dapat lebih berdaya guna dan berhasil guna. (3) Ketentuan mengenai syarat dan tata cara peran serta masyarakat di bidang kesehatan ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah. |
| 72 | (1) Peran serta masyarakat untuk memberikan pertimbangan dalam ikut menentukan kebijaksanaan pemerintah pada penyelenggaraan kesehatan dapat dilakukan melalui Badan Pertimbangan Kesehatan Nasional, yang beranggotakan tokoh masyarakat dan pakar lainnya. (2) Ketentuan mengenai pembentukan, tugas pokok, fungsi, dan tata kerja Badan Pertimbangan Kesehatan Nasional ditetapkan dengan Keputusan Presiden. |

Dalam sektor kesehatan, WHO (1998) mendeskripsikan kemitraan kesehatan sebagai berikut: *"Bring together a set of actors for the common goal of improving the health of populations based on mutually agreed roles and principles"*. Kemitraan dalam upaya kesehatan (*partnership for health*) adalah kebersamaan dari sejumlah pelaku untuk mencapai tujuan yang sama, yaitu meningkatkan kesehatan masyarakat yang didasarkan atas kesepakatan tentang peranan dan prinsip masing-masing pihak. Dalam membina kemitraan harus ada aktor-aktor yang berperan, yaitu dalam hal ini mitra. Adapun mitra yang dibangun dapat berasal dari pemerintah dan non pemerintah. Dapat juga dari sektor kesehatan dan non-kesehatan. Setiap kemitraan dalam upaya kesehatan harus menghormati nilai-nilai universal yaitu:

- a. Hak asasi manusia
- b. Keamanan Kesehatan
- c. Keadilan dalam Kesehatan
- d. Keamanan Individu

Setiap kemitraan dalam upaya kesehatan perlu menerapkan prinsip-prinsip sebagai berikut:

- a. Saling memahami kedudukan, tugas dan fungsi masing-masing (*struktur*)
- b. Saling memahami kemampuan masing-masing (*capacity*)
- c. Saling menghubungi dan berkomunikasi (*linkage*)
- d. Saling mendekati (*proximity*)
- e. Saling sedia membantu dan dibantu (*openness*)
- f. Saling mendorong (*sinergy*)
- g. Saling menghargai (*reward*)

Setiap kemitraan dalam upaya kesehatan perlu menerapkan etika kemitraan sebagai berikut:

1. Kedua belah pihak saling menghormati, saling menghargai dan mentaati kesepakatan yang telah dibuat bersama;
2. Kedua belah pihak mengadakan kemitraan secara terbuka dan bertindak proaktif untuk membahas kemajuan dan permasalahan;
3. Kedua belah pihak menghargai hasil kerja mitranya dan melindungi hak cipta;
4. Kedua belah pihak memenuhi hak dan kewajibannya sesuai jadwal waktu;
5. Kedua belah pihak melakukan kegiatan sesuai aturan dan perundangan yang berlaku;
6. Kedua belah pihak tidak mencampuri urusan internal organisasi masing-masing;

7. Kedua belah pihak mengutamakan musyawarah dan mufakat dalam menyelesaikan masalah secara bersama.

3.9 Sifat Kemitraan

1. *Insidental*; sifat kerja sesuai dengan kebutuhan sesaat, misalnya peringatan hari AIDS
2. Jangka pendek; pelaksanaan proyek dalam kurun waktu tertentu
3. Jangka panjang; pelaksanaan program tertentu misalnya; pemberantasan TB paru dll

Untuk mengadakan kegiatan yang sifatnya bermitra, kriteria LSM/Ormas/Lembaga Profesi adalah:

- Organisasinya jelas.
- Administrasi
- Personalia
- Memiliki daerah/wilayah kerja
- Memiliki program kegiatan yang jelas
- Memiliki program kerja minimal 2 tahun

3.10 Pengembangan dalam Kemitraan

Enam langkah pengembangan, meliputi:

1. Penjajakan atau persiapan
2. Penyamaan persepsi
3. Pengaturan peran
4. Komunikasi intensif
5. Melakukan kegiatan
6. Melakukan pemantauan & penilaian

Menurut Notoadmodjo (2007), dalam pengembangan kemitraan di bidang kesehatan terdapat tiga institusi kunci organisasi atau unsur pokok yang terlibat di dalamnya, yaitu:

1. Unsur pemerintah, yang terdiri dari berbagai sektor pemerintah yang terkait dengan kesehatan, antara lain; kesehatan sebagai sektor kunci, pendidikan, pertanian, kehutanan, lingkungan hidup, industri dan perdagangan, agama, dan sebagainya.
2. Unsur swasta atau dunia usaha (*private sektor*) atau kalangan bisnis, yaitu dari kalangan pengusaha, industriawan, dan para pemimpin berbagai perusahaan.

3. Unsur organisasi non-pemerintah atau *non-government organization* (NGO), meliputi dua unsur penting yaitu Lembaga swadaya Masyarakat (LSM) dan Organisasi Masyarakat (ORMAS) termasuk yayasan di bidang kesehatan.

Pengembangan kemitraan di bidang kesehatan secara konsep terdiri 3 tahap yaitu tahap pertama adalah kemitraan lintas program di lingkungan sektor kesehatan sendiri, tahap kedua kemitraan lintas sektor di lingkungan institusi pemerintah dan yang tahap ketiga adalah membangun kemitraan yang lebih luas, lintas program, lintas sektor (Promosi kesehatan Departemen kesehatan Republik Indonesia).

Lintas sektor melibatkan dinas dan orang-orang di luar sektor kesehatan merupakan usaha bersama mempengaruhi faktor yang secara langsung atau tidak langsung terhadap kesehatan manusia. Kerjasama tidak hanya dalam proposal pengesahan, tetapi juga ikut serta mendefinisikan masalah, prioritas kebutuhan, pengumpulan dan interpretasi informasi, serta mengevaluasi. Lintas sektor kesehatan merupakan hubungan yang dikenali antara bagian atau bagian-bagian dari sektor-sektor berbeda, dibentuk untuk mengambil tindakan pada suatu masalah agar hasil atau hasil antara kesehatan tercapai dengan cara yang lebih efektif, berkelanjutan atau efisien dibanding sektor kesehatan bertindak sendiri (WHO, 1998).

Prinsip kerjasama lintas sektor melalui pertalian dengan program di dalam dan di luar sektor kesehatan untuk mencapai kesadaran yang lebih besar tentang konsekuensi kesehatan dari keputusan kebijakan dan praktek organisasi sektor-sektor yang berbeda.

Untuk mengoptimalkan pencapaian tujuan pembangunan kesehatan, diperlukan kerja sama lintas sektor yang mantap. Demikian pula optimalisasi pembangunan berwawasan kesehatan yang mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan, menuntut adanya penggalangan kemitraan lintas sektor dan segenap potensi bangsa. Kebijakan dan pelaksanaan pembangunan sektor lain perlu memperhatikan dampak dan mendukung keberhasilan pembangunan kesehatan. Untuk itu upaya sosialisasi masalah-masalah dan upaya pembangunan kesehatan kepada sektor lain perlu dilakukan secara intensif dan berkesinambungan. Kerjasama lintas sektor harus dilakukan sejak perencanaan dan penganggaran, pelaksanaan dan pengendalian, sampai pada pengawasan dan penilaiannya (Renstra Depkes 2005-2009).

Latihan :

1. Sebutkan dan jelaskan Hak dan Kewajiban Tenaga Kesehatan berdasarkan Undang-Undang No 36 Tahun 2014!

Jawaban:

Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik berhak:

- a. memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan tugas sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, dan Standar Prosedur Operasional;
- b. memperoleh informasi yang lengkap dan benar dari Penerima Pelayanan Kesehatan atau keluarganya;
- c. menerima imbalan jasa;
- d. memperoleh perlindungan atas keselamatan dan kesehatan kerja, perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat manusia, moral, kesusilaan, serta nilai-nilai agama;
- e. mendapatkan kesempatan untuk mengembangkan profesinya;
- f. menolak keinginan Penerima Pelayanan Kesehatan atau pihak lain yang bertentangan dengan Standar Profesi, kode etik, standar pelayanan, Standar Prosedur Operasional, atau ketentuan Peraturan Perundang-undangan; dan
- g. memperoleh hak lain sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

Tenaga Kesehatan dalam menjalankan praktik wajib:

- a. memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan Standar Profesi, Standar Pelayanan Profesi, Standar Prosedur Operasional, dan etika profesi serta kebutuhan kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan;
- b. memperoleh persetujuan dari Penerima Pelayanan Kesehatan atau keluarganya atas tindakan yang akan diberikan;
- c. menjaga kerahasiaan kesehatan Penerima Pelayanan Kesehatan;
- d. membuat dan menyimpan catatan dan/atau dokumen tentang pemeriksaan, asuhan, dan tindakan yang dilakukan; dan
- e. merujuk Penerima Pelayanan Kesehatan ke Tenaga Kesehatan lain yang mempunyai Kompetensi dan kewenangan yang sesuai.
- f. Mendahulukan kepentingan masyarakat dari pada kepentingan pribadi atau kelompok

g. Mengabdikan diri sesuai dengan bidang keilmuan yang dimiliki

2. Sebutkan Landasan hukum pelaksanaan kemitraan kesehatan berdasarkan Undang-undang No. 23 Tahun 1992!

Jawaban:

Landasan hukum pelaksanaan kemitraan kesehatan adalah Undang-undang No. 23 tahun 1992 pasal 5, pasal 8, pasal 65, pasal 66, pasal 71 dan pasal 72. Berikut ini penjelasannya:

| Pasal | Uraian |
|-------|---|
| 5 | Setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perseorangan, keluarga, dan lingkungannya |
| 8 | Pemerintah bertugas menggerakkan peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan dan pembiayaan kesehatan, dengan memperhatikan fungsi sosial sehingga pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang kurang mampu tetap terjamin. |
| 65 | (3) Penyelenggaraan upaya kesehatan dibiayai oleh pemerintah dan atau masyarakat (4) Pemerintah membantu upaya kesehatan yang diselenggarakan oleh masyarakat sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, terutama upaya kesehatan bagi masyarakat rentan |
| 71 | (1) Masyarakat memiliki kesempatan untuk berperan serta dalam penyelenggaraan upaya kesehatan beserta sumber dayanya. (2) Pemerintah membina, mendorong, dan menggerakkan swadaya masyarakat yang bergerak di bidang kesehatan agar dapat lebih berdayaguna dan berhasilguna. (3) Ketentuan mengenai syarat dan tata cara peran serta masyarakat di bidang kesehatan ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah. |
| 72 | (1) Peran serta masyarakat untuk memberikan pertimbangan dalam ikut menentukan kebijaksanaan pemerintah pada penyelenggaraan kesehatan dapat dilakukan melalui Badan Pertimbangan Kesehatan Nasional, yang beranggotakan tokoh masyarakat dan pakar lainnya. (2) Ketentuan mengenai pembentukan, tugas pokok, fungsi, dan tata kerja Badan Pertimbangan Kesehatan Nasional ditetapkan dengan Keputusan Presiden. |

Rangkuman :

A. 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. Asisten kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan bidang kesehatan di bawah jenjang Diploma Tiga, hanya dapat bekerja di bawah supervisi Tenaga Kesehatan.

Tenaga Kesehatan dikelompokkan ke dalam:

- a. tenaga medis yaitu dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dokter gigi spesialis
- b. tenaga psikologi klinis yaitu psikologis klinis
- c. tenaga keperawatan yaitu perawat
- d. tenaga kebidanan yaitu bidan
- e. tenaga kefarmasian yaitu apoteker dan tenaga kefarmasian
- f. tenaga kesehatan masyarakat yaitu epidemiolog kesehatan, tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, tenaga biostatistik dan kependudukan, serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga.
- g. tenaga kesehatan lingkungan yaitu terdiri atas tenaga sanitasi lingkungan, entomolog kesehatan, dan mikrobiolog kesehatan.
- h. tenaga gizi yaitu nutrisisionis dan dietisien
- i. tenaga keterampilan fisik yaitu terdiri dari fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, dan akupunktur.
- j. tenaga keteknisian medis yaitu perekam medis dan informasi kesehatan, teknik kardiovaskuler, teknisi pelayanan darah, refraksionis
- k. tenaga teknik biomedika yaitu radiografer, elektromedis, ahli teknologi laboratorium medik, fisikawan medik, radioterapis, dan ortotik prostetik.
- l. tenaga kesehatan tradisional yaitu tenaga kesehatan tradisional ramuan dan tenaga kesehatan tradisional keterampilan.
- m. tenaga kesehatan lain.

B. KERJASAMA LINTAS SEKTOR

1. Sasaran upaya peningkatan kesehatan gigi masyarakat

Program, kegiatan dan sasaran pelayanan kesehatan gigi dan mulut, dilakukan melalui:

- a. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
- b. Program Fluoridasi
- c. Upaya kesehatan Gigi Masyarakat
- d. Upaya Kesehatan Perorangan
- e. Program Pengawasan Obat dan Bahan Kedokteran Gigi
- f. Program Pengembangan Sumber Daya Kesehatan
- g. Program Pengembangan Kebijakan dan Manajemen Pembangunan Kesehatan
- h. Monitoring dan Evaluasi
- i. Bimbingan Teknis/Supervisi
- j. Program Unggulan

2. Advokasi

- a. Definisi
- b. Tujuan
- c. Sasaran dan Pelaku
- d. Prinsip Advokasi
- e. Pendekatan dalam Advokasi
- f. Langkah Advokasi
- g. Kegiatan Advokasi
- h. Indikator Hasil Advokasi

3. Kemitraan

- a. Definisi
- b. Prinsip Kemitraan
- c. Landasan dalam Kemitraan
- d. Ruang lingkup Kemitraan
- e. Sifat kemitraan
- f. Tingkat/Jenjang Kemitraan
- g. Model-model Kemitraan dan Jenis Kemitraan

- h. Kemitraan Kesehatan Lintas Sektor dan Organisasi
- i. Indikator Keberhasilan Kemitraan
- j. Pengembangan dalam Kemitraan

Daftar Pustaka :

1. Peraturan Presiden Republik Indonesia No 72 Tahun 2012 tentang *Sistem Kesehatan Nasional*
2. Undang-Undang Republik Indonesia No 36 tahun 2014 tentang *Tenaga Kesehatan*.
3. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Rencana Program Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut*. Jakarta. 2012
4. Rina Sari. *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Pustaka Baru Press. Yogyakarta. 2019
5. Kuswidanti. Gambaran Kemitraan dan Organisasi di Bidang Kesehatan. Diunduh dari: www.lontar.ui.ac.id. Diakses tanggal 5 Oktober 2011

Tugas :

Buatlah rangkuman tentang sumber daya manusia kesehatan, yaitu tenaga kesehatan di Indonesia berdasarkan UU 36 tahun 2014 dan SKN (kualifikasi dan pengelompokan tenaga, penegakan disiplin tenaga kesehatan, organisasi profesi, hak dan kewajiban tenaga kesehatan) dan tentang kerjasama lintas sektor (sasaran upaya peningkatan kesehatan gigi masyarakat, advokasi dan kemitraan)!

Test Formatif :

Soal

1. Upaya pendekatan terhadap orang lain yang dianggap mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program atau kegiatan yang dilaksanakan. Pernyataan ini merupakan pengertian dari :
 - A. Promosi Kesehatan
 - B. Dukungan Sosial
 - C. Lobi Politik
 - D. Advokasi
 - E. Visualisasi

2. Pada tahun berapakah istilah advokasi digunakan oleh WHO pada program kesehatan masyarakat :
 - A. 1984
 - B. 1948
 - C. 1999
 - D. 1894
 - E. 1985
3. Seluruh anggota masyarakat baik secara perorangan, kelompok maupun tokoh masyarakat yang menjadi panutan di setiap tatanan yang ada di masyarakat merupakan :
 - A. Tujuan menggerakkan masyarakat
 - B. Pengertian menggerakkan masyarakat
 - C. Sasaran menggerakkan masyarakat
 - D. Fungsi menggerakkan masyarakat
 - E. Visi menggerakkan masyarakat
4. Undang-Undang Tentang Tenaga Kesehatan yang berlaku saat ini diatur didalam :
 - A. UU No 23 Tahun 2004
 - B. UU No 36 Tahun 2009
 - C. UU No 34 Tahun 2014
 - D. UU No 44 Tahun 2009
 - E. UU No 37 Tahun 2017
5. Dibawah ini yang termasuk dalam asas atau dasar Sistem Kesehatan Nasional :
 - A. Illegalitas
 - B. Perikeadilan
 - C. Nongender dan diskriminatif
 - D. Perikemanusiaan
 - E. Perikemanusiaan dan perikeadilan
6. Prinsip – prinsip Sistem Kesehatan Nasional adalah :
 - A. Diskriminasi
 - B. Tidak terjangkau
 - C. Tidak adil dan merata
 - D. Tidak bermutu

- E. Bekerja dalam tim secara cepat dan tepat
- 7. Peraturan yang mengatur tentang system kesehatan nasional adalah :
 - A. UUD 1945
 - B. UU No 39 tahun 1878
 - C. Peraturan Presiden RI No 72 tahun 2012
 - D. Peraturan Pemerintah RI No 72 tahun 2012
 - E. Peraturan Presiden No 95 tahun 2015
- 8. Upaya kesehatan diselenggarakan secara :
 - A. Terpadu, berkesinambungan, dan paripurna melalui sistem rujukan
 - B. Adil, merata, cepat dan tepat
 - C. Terorganisasi
 - D. Sesuai keinginan pemerintah
 - E. Melalui tahap akreditasi nasional
- 9. Setiap kemitraan dalam upaya kesehatan perlu menerapkan prinsip :
 - A. *Formal work assignment*
 - B. *Proximity*
 - C. *common interest*
 - D. *partnership for health*
 - E. *Consensus decision*
- 10. Bila telah terjadi kesepakatan antara pasien dengan dokter dalam transaksi terapeutik, yang perlu dipahami adalah bahwa secara hukum kedua belah pihak terikat pada :
 - A. Perlindungan hukum
 - B. Hak dan Kewajiban
 - C. Kebebasan untuk menuntut pihak lain
 - D. Melakukan pembelaan bila terjadi penuntutan
 - E. Hak social sebagai anggota masyarakat

Kunci Jawaban

1. D
2. A
3. C
4. C
5. D
6. E
7. C
8. A
9. B
10. B

Umpan Balik :

- Pelaksana tutorial diberikan umpan balik berupa form Evaluasi Dosen Oleh Mahasiswa (EDOM) yang diisi oleh mahasiswa setelah pelaksanaan tutorial dan pleno berlangsung, sehingga terdapat evaluasi dari proses tutorial dan pleno.
- Mahasiswa juga diberikan umpan balik atau evaluasi dari Fasil (pemberi tutorial), berupa penilaian individu (keterampilan bertanya, menjawab pertanyaan, berpendapat, dan sikap respect, empat, serta support) dan juga penilaian presentasi oral per kelompok (penyajian materi PPT, penguasaan materi, gaya presentasi, serta sikap & perilaku).