

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS)

1. Pengertian Puskesmas

Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah unit pelaksana teknis dinas kabupaten/ kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja.¹

Puskesmas merupakan salah satu sarana pelayanan kesehatan yang memiliki peran penting dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Selain itu, puskesmas adalah salah satu fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tolak ukur dari pembangunan kesehatan. Puskesmas memiliki tugas untuk melaksanakan kebijakan kesehatan untuk dapat mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Dalam melaksanakan tugas untuk mewujudkan kecamatan sehat, puskesmas menyelenggarakan fungsi penyelenggaraan UKM (Upaya kesehatan Masyarakat) tingkat pertama, dan penyelenggaraan UKP (Upaya Kesehatan Perorangan) tingkat pertama di wilayah kerjanya.²

Puskesmas merupakan kesatuan organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat dengan peran serta aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul

¹ Depkes RI. 2006. Manajemen Puskesmas. Jakarta: Depkes RI

² Kemenkes RI. Profil Kesehatan Indonesia tahun 2014. Jakarta : Kemenkes RI; 2015.

oleh pemerintah dan masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan.³

Pelayanan Kesehatan masyarakat adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara lebih merata, bermutu dan sesuai dengan kondisi kesehatan masyarakat yang berada disekitarnya agar tercapai kemampuan hidup sehat bagi masyarakat untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Selain itu pelayanan kesehatan masyarakat merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan oleh pemerintah dan/ atau masyarakat.⁴

2. Peranan Puskesmas

Peranan PUSKESMAS adalah sebagai berikut :

- a. Pengembangan upaya kesehatan
- b. Pembinaan upaya kesehatan
- c. Pelayanan upaya kesehatan

3. Fungsi Puskesmas

Puskesmas memiliki tiga fungsi pokok, yaitu :

- a. Sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan

³ Departemen Kesehatan RI, Direktorat jendral Bina Kesehatan 2009, *Buku Kesehatan Ibu dan Anak, Jakarta*

⁴ Konli, Steven. 2014. “*Pelayanan Kesehatan Masyarakat Di Puskesmas Desa Gunawan Kecamatan Sesayap Kabupaten Tana Tidung*”. Ejournal Ilmu Pemerintahan.2(1):1925-1936.

- 1) Berupaya menggerakkan lintas sektor dan dunia usaha wilayah kerja agar menyelenggarakan pembangunan yang berwawasan kesehatan.
- 2) Aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya.

b. Sebagai pusat pemberdayaan masyarakat

Berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat keluarga dan masyarakat :

- 1) Memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat;
- 2) Berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk pembiayaan;
- 3) Ikut menetapkan menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan;
- 4) Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat;
- 5) Merangsang masyarakat termasuk swasta untuk melaksanakan kegiatan dalam rangka menolong dirinya sendiri;
- 6) Memberikan petunjuk kepada masyarakat tentang bagaimana menggali dan menggunakan sumber daya yang ada secara efektif dan efisien.

c. Sebagai pusat pelayanan kesehatan strata pertama

Menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama (primer) secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan (kontinu) mencakup :

1) Pelayanan kesehatan perorangan

Adalah pelayanan yang bersifat pribadi dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk puskesmas tertentu ditambah rawat inap.

2) Pelayanan kesehatan masyarakat

Adalah pelayanan yang bersifat publik dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa serta berbagai program kesehatan masyarakat lainnya.

4. Sejarah Perkembangan

Sejarah dan perkembangan puskesmas di Indonesia mulai dari didirikannya berbagai institusi kesehatan seperti balai pengobatan, balai kesejahteraan ibu dan anak, serta diselenggarakannya berbagai upaya kesehatan seperti usaha *hygiene* dan sanitasi lingkungan yang masing – masing berjalan sendiri-sendiri.

Pada pertemuan *Bandung Plan* (1951), dr. J. Leimena mencetuskan pemikiran untuk mengintegrasikan berbagai institusi. Upaya tersebut di bawah satu pimpinan agar lebih efektif dan efisien. Konsep ini kemudian diadopsi oleh WHO. Konsep pelayanan yang terintegrasi lebih berkembang dengan pembentukan *team work* dan *team approach* dalam pelayanan kesehatan (1956). Gagasan ini dirumuskan sebagai konsep pengembangan sistem pelayanan kesehatan kesehatan tingkat primer dan membentuk unit-unit organisasi fungsional dari Dinas Kesehatan Kabupaten di setiap kecamatan yang mulai dikembangkan sejak tahun 1969 - 1970.

Penggunaan istilah Puskesmas pertama kali dimuat pada *Master Plan of Operation for Strengthening National Health Service in Indonesia* Tahun 1969. Dalam dokumen tersebut, disebutkan puskesmas terdiri atas 3 tipe puskesmas (tipe A, tipe B, tipe C). kemudian dalam Rapat Kerja Kesehatan Nasional ke III tahun 1970 menetapkan hanya ada satu tipe puskesmas dengan 6 kegiatan pokok.

Perkembangan selanjutnya lebih mengarah pada penambahan kegiatan pokok seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan

teknologi, kemampuan pemerintah keinginan program ditingkat pusat, sehingga kegiatan berkembang menjadi 18 kegiatan pokok, bahkan DKI Jakarta mengembangkan menjadi 21 kegiatan pokok.

Melalui rakerkesnas tersebut timbul gagasan untuk menyatukan semua pelayanan kesehatan tingkat pertama ke dalam suatu organisasi yang dipercaya dan diberi nama Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Puskesmas waktu itu dibedakan menjadi 4 macam yakni:

- a. Puskesmas tingkat desa.
- b. Puskesmas tingkat kecamatan.
- c. Puskesmas tingkat kawedana.
- d. Puskesmas tingkat kabupaten.

Kemudian, pada rakernas ke-2 tahun 1969, puskesmas dibagi menjadi 3 kategori:

- a. Puskesmas tipe A dipimpin oleh dokter secara penuh.
- b. Puskesmas tipe B dipimpin oleh dokter secara tidak penuh.
- c. Puskesmas tipe C dipimpin oleh para medis.

5. Wilayah Kerja

Puskesmas mempunyai wewenang dan tanggung jawab pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya. Wilayah kerja Puskesmas bisa meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Luas wilayah kerja puskesmas ditetapkan berdasarkan faktor-faktor:

- a. Jumlah penduduk

- b. Keadaan geografis
- c. Keadaan sarana perhubungan
- d. Keadaan infra struktur masyarakat lainnya

Mempertimbangkan faktor-faktor tersebut di atas, dalam upaya memperluas jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan, memungkinkan Puskesmas untuk ditunjang oleh unit pelayanan kesehatan yang luas dan merata dan lebih sederhana dalam bentuk Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling dan satuan Pelayanan Kesehatan Swasta dalam bentuk Poliklinik, Balai pengobatan, Balai Kesehatan Ibu dan anak, Rumah Bersalin, dokter praktek swasta serta kegiatan Kader Kesehatan dalam rangka PKMD (Pusat kesehatan Dan Masyarakat Desa) yang secara teknis di bawah pengawasan dan pengaturan puskesmas.

Pelayanan kesehatan yang diberikan di puskesmas adalah pelayanan kesehatan yang meliputi pelayanan Kuratif (pengobatan), Preventif (kesehatan pencegahan), Promotif (peningkatan kesehatan), dan Rehabilitatif (pemulihan kesehatan) yang ditujukan kepada semua jenis dan golongan umur, sejak pembuahan dalam kandungan sampai tutup usia.

6. Struktur Organisasi dan Tata Kerja

Struktur organisasi puskesmas bergantung dari kegiatan dan beban tugas masing-masing puskesmas. Penyusunan struktur organisasi puskesmas di satu kabupaten atau kota dilakukan oleh dinas kesehatan kabupaten/

kota, sedangkan penetapannya dilakukannya dilakukan oleh peraturan daerah.

Unsur-unsur dalam struktur organisasi puskesmas terdiri atas:

a. Unsur pimpinan : kepala puskesmas

Tugasnya memimpin, mengawasi, dan mengkoordinasi kegiatan puskesmas yang dapat dilakukan dalam jabatan struktur dan jabatan fungsional.

b. Unsur pembantu pimpinan : kepala tata usaha

Unit tata usaha bertanggungjawab membantu kepala puskesmas dalam pengelolaan :

- 1) Data dan informasi
- 2) Perencanaan dan penilaian
- 3) Keuangan
- 4) Umum dan kepegawaian

c. Unsur pelaksanaan, terdiri dari unit0unit :

- 1) Unit I : KIA, KB dan GIZI
- 2) Unit II : pencegahan dan pemberantasan penyakit, imunisasi, kesehatan lingkungan, dan laboratorium sederhana.
- 3) Unit III : kegiatan kesehatan gigi dan mulut, tenaga kerja.
- 4) Unit IV : kegiatan perawatan kesehatan masyarakat, kesehatan sekolah dan olahraga, kesehatan jiwa, kesehatan mata, dan kesehatan khusus lainnya.

- 5) Unit V : pembinaan dan pengembangan upaya masyarakat dan penyuluhan kesehatan masyarakat, kesehatan remaja, dan dana sehat
 - 6) Unit VI : kegiatan pengobatan rawat jalan dan rawat inap
 - 7) Unit VII : kegiatan kefarmasian
- d. Jaringan peayanan puskesmas
- 1) Unit puskesmas pembantu
 - 2) Unit puskesmas keliling
 - 3) Unit bidan desa

Selain meningkatkan mutu pelayanan kesehatan masyarakat pada puskesmas, Kementrian Kesehatan juga mengadakan usaha khusus untuk meningkatkan kemampuan dalam memeberiakn dukungan dan bimbingan teknis secara terus-menerus dengan jalan mengembangkan tenaga kesehatan yang berhubungan dengan kebijakan pelaksanaan pengembangan dan pembinaan Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD). Petugas kesehatan tidak membatasi didi pada kegiatan di dalam puskesmas saja tetapi harus melihat keadaan masyarakat dan bertindak sesuai kebutuhan.⁵

⁵ Arsita Eka Prasetyawati, 2012, *Kesehatan Ibu dan Anak*, Yogyakarta, Nuha Mediaka, hlm. 23-30.

7. Standar Pelayanan Minimum (SPM) Puskesmas.

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar setiap manusia dan merupakan modal setiap warga negara dan setiap bangsa dalam mencapai tujuannya dan mencapai kemakmuran. Sehat merupakan modal setiap individu untuk meneruskan kehidupannya secara layak.⁶

Pemerintah mempunyai tanggung jawab untuk menjamin setiap warga negara memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan. Sebagai suatu kebutuhan dasar, setiap individu bertanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan hidup dirinya dan orang-orang yang menjadi tanggung jawabnya, sehingga pada dasarnya pemenuhan kebutuhan masyarakat terhadap kesehatan adalah tanggung jawab setiap warganegara.

Sejak era reformasi urusan pemerintahan secara bertahap diserahkan dari Pemerintah Pusat kepada Pemerintah Daerah (Pemda) dan hal ini sesuai dengan pasal 18 ayat (6) amandemen UUD 1945 yang menyatakan bahwa pemerintahan daerah menjalankan otonomi seluas-luasnya. Peraturan terakhir yang mengatur tentang pembagian urusan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah adalah UU Nomor 23 Tahun 2014 yang merupakan pengganti UU Nomor 32 Tahun 2004. Pada UU 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, kesehatan adalah satu dari enam urusan *concurrent* (bersama) yang bersifat wajib dan terkait dengan pelayanan dasar. Enam urusan tersebut adalah:

a) Pendidikan

⁶ Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2007. Standart Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Jakarta : Author.

- b) Kesehatan
- c) Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang
- d) Perumahan Rakyat dan Kawasan Pemukiman
- e) Ketentraman dan ketertiban Umum serta Perlindungan Masyarakat
- f) Sosial

Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan adalah suatu standar dengan batas-batas tertentu untuk mengukur kinerja penyelenggaraan kewenangan wajib daerah yang berkaitan dengan pelayanan dasar kepada masyarakat yang mencakup jenis pelayanan, indikator dan nilai (*benchmark*).

Standar Pelayanan Minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Standar Pelayanan Minimal juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan layanan Umum terhadap masyarakat Adapun fungsi Standar Pelayanan Minimum (SPM) yaitu :

- a) Menjamin terselenggaranya mutu pelayanan dasar kepada masyarakat secara merata.
- b) Menjamin tercapainya kondisi rata-rata minimal yang harus dicapai pemerintah sebagai penyedia pelayanan kepada masyarakat.
- c) Pedoman pengukuran kinerja penyelenggaraan bidang kesehatan
- d) Acuan prioritas perencanaan daerah dan pembiayaan APBD bidang kesehatan

Tujuan Standar Pelayanan Minimum (SPM) yaitu :

- a) Pedoman bagi Puskesmas dalam penyelenggaraan layanan kepada masyarakat.
- b) Terjaminnya hak masyarakat dalam menerima suatu layanan.
- c) Dapat digunakan sebagai alat untuk menentukan alokasi anggaran yang dibutuhkan.
- d) Alat akuntabilitas Puskesmas dalam penyelenggaraan layanannya.
- e) Mendorong terwujudnya *checks and balances*.

Konsep SPM berubah dari Kinerja Program Kementerian menjadi Kinerja Pemda yang memiliki konsekuensi *reward* dan *punishment*, sehingga Pemda diharapkan untuk memastikan tersedianya sumber daya (sarana, prasarana, alat, tenaga dan uang/biaya) yang cukup agar proses penerapan SPM berjalan adekuat. Karena kondisi kemampuan sumber daya Pemda di seluruh Indonesia tidak sama dalam melaksanakan keenam urusan tersebut, maka pelaksanaan urusan tersebut diatur dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) untuk memastikan ketersediaan layanan tersebut bagi seluruh warga negara.

SPM merupakan hal minimal yang harus dilaksanakan oleh Pemda untuk rakyatnya, maka target SPM harus 100% setiap tahunnya. Untuk itu dalam penetapan indikator SPM, Kementerian/ Lembaga Pemerintahan Non Kementerian agar melakukan pentahapan pada jenis pelayanan, mutu pelayanan dan/atau sasaran/lokus tertentu. SPM juga akan berfungsi sebagai instrumen untuk memperkuat pelaksanaan *Performance Based*

Budgeting. UU 23 Tahun 2014 juga mengamanatkan pada Pemda untuk benar-benar memprioritaskan belanja daerah untuk mendanai urusan pemerintahan wajib yang terkait pelayanan dasar yang ditetapkan dengan SPM (pasal 298). Kedepannya nanti pengalokasian DAK ke daerah akan berdasar pada kemampuan daerah untuk pencapaian target-target SPM, daerah dengan kemampuan sumber daya yang kurang akan menjadi prioritas dalam pengalokasian DAK.

Hal-hal tersebut di atas membuat seluruh elemen akan bersatu padu berbenah untuk bersama-sama menuju pencapaian target-target SPM, termasuk di dalamnya adalah pemenuhan sumber daya manusia kesehatan terutama di level Puskesmas sesuai Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat. Puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama akan menjadi unit terdepan dalam upaya pencapaian target-target SPM. Implementasi SPM juga menjadi sangat strategis dalam kaitannya dengan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang sampai saat ini masih bermasalah dengan adanya defisit anggaran. Implementasi SPM akan memperkuat sisi promotif – preventif sehingga diharapkan akan ber-*impact* pada penurunan jumlah kasus kuratif yang harus ditanggung oleh JKN.

Tabel 1. Standar Pelayanan Minimum (SPM) Pelayanan Kesehatan

| No. | Jenis Pelayanan | Indikator | Keterangan |
|-----|-----------------|-----------|------------|
|-----|-----------------|-----------|------------|

| | | | |
|-----------|----------------------------------|---|---|
| I. | Pelayanan Kesehatan Dasar | 1. Cakupan kunjungan Ibu Hamil K- 4. | Ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar paling sedikit empat kali, triwulan ketiga umur kehamilan. |
| | | 2. Cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani. | Komplikasi kebidanan pada kehamilan, persalinan, nifas. |
| | | 3. Cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan. | Proses pelayanan persalinan dimulai pada kala I sampai dengan kala IV persalinan. |
| | | 4. Cakupan Pelayanan Nifas | pelayanan kepada ibu nifas sedikitnya 3 kali, pada 6 jam pasca persalinan s.d 3 hari; pada minggu ke II, dan pada minggu ke VI termasuk persiapan dan/atau pemasangan KB Pasca Persalinan |
| | | 5. Cakupan Neonatus dengan komplikasi yang ditangani | Bayi berumur 0 – 28 hari, dengan penyakit dan kelainan yang dapat menyebabkan kesakitan, kecacatan, dan kematian |
| | | 6. Cakupan Kunjungan Bayi | Setiap bayi memperoleh pelayanan kesehatan minimal 4 kali yaitu 1 kali pada umur 29 hari-3 bulan, 1 kali pada umur 3-6 bulan, 1 kali pada umur 6-9 bulan, dan 1 kali pada umur 9-11 bulan. |
| | | 7. Cakupan Desa/ Kelurahan Universal Child Immunization (UCI) | imunisasi dasar secara lengkap pada bayi (0-11 bulan), Ibu hamil, WUS dan anak sekolah tingkat dasar. |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | 8. Cakupan pelayanan anak balita | Mencakup Pemantauan pertumbuhan dan Pemantauan perkembangan setiap anak usia 12-59 bulan dilaksanakan minimal 2 kali pertahun (setiap 6 bulan) |
| | | 9. Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 – 24 bulan | Pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6 – 24 Bulan dari keluarga miskin selama 90 hari. |
| | | 10. Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan | balita gizi buruk yang ditangani di sarana pelayanan kesehatan sesuai tatalaksana gizi buruk di satu wilayah kerja pada kurun waktu tertentu. |
| | | 11. Cakupan penjarangan kesehatan siswa SD dan setingkat | pemeriksaan kesehatan umum, kesehatan gigi dan mulut siswa kelas 1 SD dan Madrasah Ibtidaiyah yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan bersama guru, dokter kecil. |
| | | 12. Cakupan peserta KB aktif | Pasangan suami – Istri, yang istrinya berusia 15 – 49 tahun. Angka Cakupan Peserta KB aktif menunjukkan Tingkat pemanfaatan kontrasepsi di antara para Pasangan Usia Subur (PUS). |
| | | 13. Cakupan Penemuan dan Penanganan Penderita Penyakit. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk < 15 tahun ▪ Penemuan Penderita Pneumonia Balita • Penemuan pasien baru TB BTA Positif • Penderita DBD yang ditangani |

| | | | |
|-------------|---|--|--|
| | | 14. Cakupan pelayanan kesehatan dasar pasien masyarakat miskin | Jumlah pasien masyarakat miskin di puskesmas pada kurun waktu tertentu. |
| II. | Pelayanan Kesehatan Rujukan | 15. Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin | Rawat Jalan Tingkat Lanjut meliputi rawat inap di sarana kesehatan strata dua dan strata tiga |
| | | 16. Cakupan Pelayanan Gawat Darurat level 1 yang harus diberikan | Tempat pelayanan gawat darurat yang memiliki Dokter Umum on site 24 jam dengan. <i>General Emergency Life Support.</i> <i>Advance Trauma Life Support.</i> <i>Advance Cardiac Life Support.</i> |
| III. | Penyelidikan Epidemiologi dan Penanggulangan KLB | 17. Cakupan Desa/kelurahan mengalami KLB yang dilakukan penyelidikan epidemiologi < 24 jam | Upaya untuk menemukan penderita atau tersangka penderita, penatalaksanaan Penderita, pencegahan peningkatan, perluasan dan menghentikan suatu KLB. |
| IV. | Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat | 18. Cakupan Desa Siaga Aktif | Desa yang mempunyai Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) atau UKBM lainnya berfungsi sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar, penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan, surveilance berbasis masyarakat yang meliputi pemantauan pertumbuhan (gizi), penyakit, lingkungan dan |

Tabel 2. Standar Pelayanan Kesehatan (SPM) Di Puskesmas

| No | Jenis Layanan Dasar | Mutu Layanan Dasar | Penerima Layanan Dasar | Pernyataan Standar |
|-----------|--|--|---|--|
| 1 | Pelayanan kesehatan ibu hamil | Sesuai standar pelayanan antenatal. | Ibu hamil. | Setiap ibu hamil mendapatkan pelayanan antenatal sesuai standar. |
| 2 | Pelayanan kesehatan ibu bersalin | Sesuai standar pelayanan persalinan. | Ibu bersalin. | Setiap ibu bersalin mendapatkan pelayanan persalinan sesuai standar. |
| 3 | Pelayanan kesehatan bayi baru lahir | Sesuai standar pelayanan kesehatan bayi baru lahir. | Bayi baru lahir. | Setiap bayi baru lahir mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. |
| 4 | Pelayanan kesehatan balita | Sesuai standar pelayanan kesehatan balita. | Balita. | Setiap balita mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. |
| 5 | Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar | Sesuai standar skrining kesehatan usia pendidikan dasar. | Anak pada usia pendidikan dasar. | Setiap anak pada usia pendidikan dasar mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar. |
| 6 | Pelayanan kesehatan pada usia produktif | Sesuai standar skrining kesehatan usia produktif. | Warga Negara Indonesia usia 15 s.d. 59 tahun. | Setiap warga negara Indonesia usia 15 s.d. 59 tahun mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar. |
| 7 | Pelayanan kesehatan pada usia lanjut | Sesuai standar skrining kesehatan usia lanjut. | Warga Negara Indonesia usia 60 tahun ke atas. | Setiap warga negara Indonesia usia 60 tahun ke atas mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar. |
| 8 | Pelayanan kesehatan penderita hipertensi | Sesuai standar pelayanan kesehatan penderita hipertensi. | Penderita hipertensi. | Setiap penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. |

| No | Jenis Layanan Dasar | Mutu Layanan Dasar | Penerima Layanan Dasar | Pernyataan Standar |
|----|--|--|--|---|
| 9 | Pelayanan kesehatan penderita Diabetes Melitus | Sesuai standar pelayanan kesehatan penderita Diabetes Melitus. | Penderita Diabetes Melitus. | Setiap penderita Diabetes Melitus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. |
| 10 | Pelayanan Kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat | Sesuai standar pelayanan kesehatan jiwa. | Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berat. | Setiap orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) berat mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar. |
| 11 | Pelayanan kesehatan orang dengan TB | Sesuai standar pelayanan kesehatan TB. | Orang dengan TB. | Setiap orang dengan TB mendapatkan pelayanan TB sesuai standar. |
| 12 | Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi HIV | Sesuai standar mendapatkan pemeriksaan HIV. | Orang berisiko terinfeksi HIV (ibu hamil, pasien TB, pasien IMS, waria/transgender, pengguna napza, dan warga binaan lembaga pemasyarakatan) | Setiap orang berisiko terinfeksi HIV (ibu hamil, pasien TB, pasien IMS, waria/transgender, pengguna napza, dan warga binaan lembaga pemasyarakatan) mendapatkan pemeriksaan HIV sesuai standar. |

Hasil penelitian menunjukkan bahwa semakin baik ketersediaan dana, pencapaian cakupan Indikator SPM juga nampaknya akan semakin baik. Sebaliknya, semakin program yang memiliki kekurangan biaya biasanya cenderung untuk semakin rendah peluangnya memenuhi target

SPM. Begitu pula dengan keberadaan sarana prasarana penunjang program juga berpengaruh terhadap pencapaian target SPM. Semakin baik sarana prasarana (peralatan medis dan non medis), berdampak pada semakin tingginya pencapaian cakupan indikator SPM.⁷

8. Defenisi Pelayanan Kesehatan dan Dasar Hukum

Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, tidak ditemukan rumusan pengertian mengenai pelayanan kesehatan. Didalam Ketentuan Umum Pasal 1 ayat (2) hanya dirumuskan pengertian mengenai upaya kesehatan, bahwa: Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat.

Kemudian didalam Pasal 10 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dirumuskan bahwa: Untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat, diselenggarakan upaya kesehatan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan.⁸

Dalam penjelasan pasal tersebut diuraikan bahwa, yang diartikan dengan masyarakat adalah perseorangan, keluarga, kelompok masyarakat, dan masyarakat secara keseluruhan. Dengan demikian, dari batasan

⁷ Siriyei, Irenius, dkk. 2013. "Faktor Determinan Rendahnya Pencapaian Cakupan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Di Puskesmas Mojo Kota Surabaya".1(3):244-251.

⁸ Permenkes. 2009. Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

pengertian tentang upaya kesehatan diatas, dapat dipahami bahwa pelayanan kesehatan tersebut banyak macamnya. “Jika disederhanakan, secara umum pelayanan kesehatan dapat dibedakan dalam dua macam, yaitu pelayanan kedokteran (*medical services*), dan pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*)”.⁹ Pelayanan kesehatan (*health care service*) merupakan hak setiap orang yang dijamin dalam Undang Undang Dasar 1945 untuk melakukan upaya peningkatkan derajat kesehatan baik perseorangan, maupun kelompok atau masyarakat secara keseluruhan.

Semakin meningkatnya kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan, maka semakin berkembang juga aturan dan peranan hukum dalam mendukung peningkatan pelayanan kesehatan, alasan ini menjadi faktor pendorong pemerintah dan institusi penyelenggara pelayanan kesehatan untuk menerapkan dasar dan peranan hukum dalam meningkatkan pelayanan kesehatan yang berorientasi terhadap perlindungan dan kepastian hukum pasien.¹⁰

Istilah lain dari pelayanan kesehatan adalah pelayanan medik, oleh karena itu pelayanan medik mencakup semua upaya dan kegiatan berupa pencegahan (*preventif*), pengobatan (*kuratif*), peningkatan (*promotif*), dan pemulihan (*rehabilitatif*) kesehatan, yang dilaksanakan atas dasar hubungan individual antara para ahli dibidang kedokteran dengan individu yang membutuhkannya.

⁹ Veronica Komalawati, *Peranan Informed Consent Dalam Transaksi Terapeutik*, PT. Citra Aditya Bakti, Bandung, 2002, hlm. 79.

¹⁰ *Ibid*, hlm.77

Pelayanan medik adalah suatu kegiatan mikrososial yang berlaku antara perorangan, sedangkan pelayanan kesehatan adalah suatu kegiatan makrososial yang berlaku antara pranata atau lembaga dengan suatu populasi tertentu, masyarakat atau komunitas. Baik pelayanan kesehatan maupun pelayanan medik mempunyai tujuan yang sama, yaitu memenuhi kebutuhan individu atau masyarakat untuk mengatasi, menetralisasi atau menormalisasi semua masalah atau penyimpangan terhadap keadaan kesehatan yang normatif.¹¹

Menurut Somers, untuk dapat diselenggarakannya pelayanan medik yang baik, banyak syarat yang harus dipenuhi, mencakup delapan hal pokok, yaitu:

- a. Tersedia (*available*);
- b. Wajar (*appropriate*);
- c. Berkesinambungan (*continue*);
- d. Dapat diterima (*acceptable*);
- e. Dapat dicapai (*accessible*);
- f. Dapat dijangkau (*affordable*);
- g. Efisien (*efficient*);
- h. Bermutu (*quality*).¹²

Pelayanan medik sebagai bagian dari pelayanan kesehatan, banyak pula macamnya, baik berupa pelayanan rawat jalan (*ambulatory services*)

¹¹ Lumenta, 1989, *Pelayanan Medis, Citra, Konflik dan Harapan*, Yogyakarta, Kanisius, hlm. 15.

¹² Azwar A, 1994, *Standart Pelayanan Medis, Materi Pelatihan Penerapan Standar Pelayanan Rumah Sakit, Medi dan Pengawasan Etik*, Ujung Pandang.

yang telah lama dikenal dan bahkan dibanyak negara maju tampak makin berkembang, maupun berupa pelayanan rawat inap (*hospitalization*). Pelayanan rawat jalan mempunyai arti yang lebih penting jika dibandingkan dengan pelayanan rawat inap.

Sesuai dengan perkembangan yang terjadi, maka saat ini terdapat berbagai bentuk pelayanan rawat jalan. Menurut Feste, pelayanan rawat jalan dibedakan atas dua macam yaitu:

- a. Pelayanan Rawat Jalan Klinik Rumah Sakit. Bentuk pelayanan rawat jalan ini diselenggarakan oleh klinik yang ada kaitannya dengan rumah sakit (*hospital based ambulatory care*), yang dapat dibedakan atas empat macam, yaitu :
 - 1) Pelayanan Gawat Darurat (*emergency services*), yaitu untuk menangani pasien yang membutuhkan pertolongan segera.
 - 2) Pelayanan Rawat Jalan Paripurna (*comprehensive hospital outpatient services*), yaitu yang memberikan pelayanan kesehatan paripurna sesuai dengan kebutuhan pasien.
 - 3) Pelayanan Rujukan (*referral services*) yaitu yang hanya melayani pasien yang dirujuk oleh sarana kesehatan lain. Biasanya untuk diagnosis atau terapi, sedangkan perawatan selanjutnya tetap ditangani oleh sarana kesehatan yang merujuk.
 - 4) Pelayanan Bedah Jalan (*ambulatory surgery services*), yaitu yang memberikan pelayanan bedah yang dipulangkan pada hari yang sama. Akan tetapi yang termasuk dalam kategori pelayanan rawat

jalan ini, tidak hanya yang diselenggarakan di rumah sakit saja, tetapi juga yang diselenggarakan oleh klinik lain diluar rumah sakit, dengan syarat bahwa klinik tersebut mempunyai hubungan organisatoris dengan rumah sakit. Dalam hal ini, klinik merupakan perpanjangan tangan dari rumah sakit yang bersangkutan.

b. Perawatan Rawat Jalan Klinik Mandiri. Bentuk pelayanan rawat jalan ini diselenggarakan oleh klinik mandiri, yaitu yang tidak ada hubungan organisatoris dengan rumah sakit (*freestanding ambulatory centers*). Bentuk klinik mandiri ini banyak macamnya yang secara umum dapat dibedakan atas dua macam, yaitu:

- 1) Klinik Mandiri Sederhana (*simple freestanding ambulatory centers*). Bentuk yang populer, yaitu praktek dokter umum dan atau praktek dokter spesialis secara perseorangan (*solo practitioner*). Di Indonesia, termasuk praktek bidan.
- 2) Klinik Mandiri Institusi (*institutional freestanding ambulatory centers*). Bentuk klinik ini bermacam-macam, mulai dari praktek berkelompok (*group practitioner*), poliklinik (*clinic*), balai kesejahteraan ibu dan anak (*MCH center*), pusat kesehatan masyarakat (*community health center*). Di Amerika, juga termasuk *Health Maintenance Organizations* (HMOs) dan *Prefered Provider Organizations* (PPOs).¹³

Dasar hukum pemberian pelayanan kesehatan secara umum diatur dalam Pasal 53 Undang-Undang Kesehatan, yaitu:

- 1) Pelayanan kesehatan perseorangan ditujukan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga.
- 2) Pelayanan kesehatan masyarakat ditujukan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit suatu kelompok dan masyarakat.
- 3) Pelaksanaan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien dibanding kepentingan lainnya.

Kemudian dalam Pasal 54 Undang-Undang Kesehatan juga mengatur pemberian pelayanan kesehatan, yaitu:

- 1) Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif.
- 2) Pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab atas penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1).
- 3) Pengawasan terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat.

Pelayanan kesehatan itu sebenarnya juga merupakan perbuatan hukum, yang mengakibatkan timbulnya hubungan hukum antara pemberi pelayanan kesehatan dalam hal ini rumah sakit terhadap penerima pelayanan kesehatan,

yang meliputi kegiatan atau aktivitas professional di bidang pelayanan preventif dan kuratif untuk kepentingan pasien. Secara khusus dalam Pasal 29 ayat (1) huruf (b) Undang-Undang Rumah Sakit, rumah sakit mempunyai kewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Peraturan atau dasar hukum dalam setiap tindakan pelayanan kesehatan di rumah sakit wajib dilaksanakan sesuai dengan ketentuan Pasal 53 dan Pasal 54 Undang-Undang

Kesehatan sebagai dasar dan ketentuan umum dan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf b Undang-Undang Rumah Sakit dalam melakukan pelayanan kesehatan. Dalam penyelenggaraan kesehatan di rumah sakit mencakup segala aspeknya yang berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan.¹⁴ Didasarkan pada pemikiran bahwa tidak semua masalah kesehatan memerlukan suatu pemecahan secara profesional, maka dikenal istilah “*zeifhulp*, yaitu menolong atau membantu diri sendiri atau saling membantu antarsesama”.

Dalam *zeifhulp* itu seringkali digunakan keahlian dari para profesional, dan bantuan profesional itu merupakan suatu bentuk pemberian bantuan tersendiri. Dengan demikian jika didalam *zeifhulp*, pelayanan terhadap diri sendiri tidak dianggap sebagai suatu pemberian bantuan secara profesional, maka hal itu tidak perlu dipandang sebagai bertentangan dengan bantuan secara profesional.

¹⁴Cecep Triwibowo. 2014, *Etika dan Hukum Kesehatan*, Yogyakarta, Nuha Medika, hlm.16

“Didasarkan pada pemikiran yuridis, yaitu dilihat dari aspek individual dan sosial, maka hak untuk mendapatkan pelayanan atau bantuan profesional termasuk juga pelayanan kesehatan, adalah sama dengan hak untuk mendapatkan bantuan yang teliti berdasarkan suatu keahlian”.¹⁵

Didasarkan pada prinsip pemberian bantuan dalam pelayanan kesehatan, maka tujuan pemberian bantuan pelayanan kesehatan adalah untuk memulihkan dan memperbesar kemampuan orang untuk dapat mengatur dirinya sendiri sebaik-baiknya. Dengan adanya tujuan yang demikian, maka pemberian bantuan pelayanan kesehatan itu sendiri tidak boleh bertentangan dengan usaha untuk dapat mengatur diri sendiri.

Pembatasan yang kadang-kadang harus dilakukan sesuai dengan sifat dari pemberian bantuan tersebut, misalnya mewajibkan orang untuk istirahat, pembiusan orang dan sebagainya tidak boleh melebihi kebutuhan. Dengan kata lain, pemberian bantuan yang diberikan harus sekedar untuk memulihkan kemampuan seseorang untuk mengatur diri sendiri sebaik-baiknya. Oleh karena itu, dapat dikatakan bahwa kedudukan dari pemberian bantuan dalam bidang pelayanan kesehatan secara nyata ditentukan oleh hubungan timbal balik antara hak untuk mendapatkan pelayanan dengan hak untuk dapat mengatur diri sendiri.

Apabila tujuan dari pemberian bantuan secara profesional agar orang dapat mengatur diri sendiri itu tidak dilaksanakan, maka hal tersebut akan menjadi bertentangan dengan sifat dari pemberiannya itu sendiri.

¹⁵ Leenen dan Lamintang, 1991, *Pelayanan Kesehatan dan Hukum*, Jakarta, Bina Cipta, hlm. 5.

Padahal, dapat mengatur diri sendiri itu merupakan sifat dan hak yang paling fundamental dari manusia, dengan demikian jika dalam pemberian bantuan hal itu kurang dipertimbangkan, maka manusia akan menolak dan membela dirinya.¹⁶

Melalui ketentuan Undang-Undang Kesehatan dan Undang-Undang Rumah Sakit dalam hal ini pemerintah dan institusi penyelenggara pelayanan kesehatan yakni rumah sakit, memiliki tanggung jawab agar tujuan pembangunan di bidang kesehatan mencapai hasil yang optimal, yaitu melalui pemanfaatan tenaga kesehatan, sarana dan prasarana, baik dalam jumlah maupun mutunya, baik melalui mekanisme akreditasi maupun penyusunan standar, harus berorientasi pada ketentuan hukum yang melindungi pasien, sehingga memerlukan perangkat hukum kesehatan yang dinamis yang dapat memberikan kepastian dan perlindungan hukum untuk meningkatkan, mengarahkan, dan memberi dasar bagi pelayanan kesehatan.

Dari uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa pada dasarnya tujuan pemberian pelayanan kesehatan adalah memberi bantuan atau pertolongan kepada individu untuk meningkatkan kemampuannya menolong dirinya sendiri dalam menghadapi masalah kesehatannya. Untuk itulah diperlukan adanya persetujuan dari individu yang ditolong, sehingga terciptalah hubungan hukum yang didasarkan kerja sama yang baik, kejujuran serta sikap saling percaya.

¹⁶ *Ibid*, hlm. 7.

B. Pelayanan Kesehatan Bagi Bayi dan Anak

1. Kegawat Daruratan Bayi

Setiap bayi baru lahir akan mengalami bahaya jiwa saat proses kelahirannya. Aman jiwa berupa kematian tidak dapat diduga secara pasti walaupun dengan bantuan alat-alat medis modern sekalipun, seringkali memberikan gambaran berbeda terhadap kondisi bayi saat lahir. Oleh karena itu kemauan dan keterampilan tenaga medis serta fasilitas yang mendukung dalam menangani kelahiran bayi mutlak dibutuhkan. Bayi baru lahir yang mengalami kegawatdaruratan harus ditangani secara insentif di ruangan khusus.¹⁷

Unit perawatan intensif neonatus merupakan ruang perawatan intensif neonatus dengan kegawatan/sakit kritis di rumah sakit. Unit perawatan intensif diperlukan untuk perawatan neonatus yang memerlukan penanganan khusus dan neonatus dengan risiko tinggi mengalami kematian. Penanganan pasien neonatus ada dasarnya tidak bisa disamakan atau disatukan dengan pasien dengan keluhan dan penyakit lain.¹⁸ Neonatus memerlukan penanganan dan perlakuan khusus karena memiliki risiko kematian yang tinggi. Ruang perawatan khusus neonatus terdiri dari tiga tingkat berdasarkan derajat kesakitan, risiko masalah, dan kebutuhan pengawasan. Tingkat pertama adalah untuk neonatus dengan risiko rendah, yaitu: bayi sehat, bayi berat lahir lebih

¹⁷ Maryunani, A & Nurhayati. (2009). *Asuhan Kegawatdaruratan dan Penyulit Pada Neonatus. Cetakan pertama*, Jakarta, Trans Info Media.

¹⁸ Muslihatun, W.N. (2010). *Asuhan Neonatus Bayi dan balita. Cetakan pertama*. Yogyakarta, Fitramaya.

dari 2000 gram, dan bayi rawat gabung (perawatan bersama ibu). Tingkat kedua adalah untuk neonatus dengan risiko tinggi tetapi belum memerlukan pengawasan intensif, yaitu bayi dengan berat lahir kurang dari 2000 gram, bayi dengan persalinan bermasalah, bayi yang menderita sakit seperti diare, infeksi, dan bayi kuning yang memerlukan terapi sinar. Tingkat ketiga merupakan unit perawatan intensif neonatus untuk neonatus dengan risiko tinggi dan memerlukan pengawasan ketat.¹⁹

Unit perawatan intensif neonatus dilengkapi dengan peralatan khusus sehingga dapat dilakukan observasi ketat. Peralatan di NICU pada masing-masing rumah sakit tidak sama tetapi umumnya beberapa peralatan yang umum ada yaitu:

- a) *Feeding tube*; merupakan selang kecil yang dimasukkan melalui mulut sampai lambung untuk memasukkan air susu ibu (ASI) atau susu formula.
- b) *Infant warmer*; merupakan tempat tidur dengan penghangat di atasnya.
- c) Inkubator; merupakan tempat tidur kecil yang tertutup plastik keras transparan, dengan lubang pada samping untuk jalan memeriksa bayi dan suhu dapat diatur sesuai kondisi bayi.
- d) Jalur infus; sebuah kateter kecil fleksibel yang dimasukkan ke dalam pembuluh darah vena umumnya pada lengan dan kaki, atau kateter

¹⁹ Arief, Z.R & Weni, K.S. (2009). Neonatus & Asuhan Keperawatan Anak. Cetakan pertama. Yogyakarta: Nuha Medika

yang dimasukkan ke umbilikus. Jalur infus diperlukan untuk kebutuhan cairan dan obat-obatan.

- e) Monitor; bayi disambungkan ke monitor melalui elektrode dan dapat terekam tanda-tanda vital antara lain laju jantung, pernapasan, tekanan darah, suhu dan kandungan (*saturasi*) oksigen dalam darah.
- f) Alat terapi sinar; digunakan untuk bayi-bayi yang kadar bilirubinnya di atas normal dan memerlukan terapi sinar.
- g) Bubble CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*); merupakan alat yang mempertahankan tekanan positif pada saluran napas bayi dengan pernapasan spontan.
- h) Ventilator; merupakan suatu alat (mesin) yang memompa dan mengatur aliran udara ke dalam saluran pernapasan bayi melalui pipa (pipa endotrakea)

2. Imunisasi Pada Anak

Imunisasi adalah suatu upaya untuk mendapatkan kekebalan tubuh terhadap suatu penyakit, dengan memasukkan kuman atau produk kuman yang sudah dilemahkan atau dimatikan. Dengan memasukkan kuman atau bibit penyakit tersebut diharapkan tubuh dapat menghasilkan *Eat Anti* yang pada akhirnya nanti digunakan tubuh untuk melawan kuman atau bibit penyakit yang menyerang tubuh.²⁰

Menurut Hidayat (2005), imunisasi adalah usaha memberikan kekebalan pada bayi dan anak dengan memasukkan vaksin ke dalam

²⁰ BKKBN, 1998 dalam Hanum Marimbi, 2010).

tubuh agar tubuh membuat zat anti untuk mencegah terhadap penyakit tertentu. Vaksin adalah bahan yang dipakai untuk merangsang pembentukan zat anti yang dimasukkan ke dalam tubuh melalui suntikan, seperti vaksin BCG, DPT, campak dan melalui mulut, seperti vaksin polio.²¹

Perlu diketahui bahwa istilah imunisasi dan vaksinasi sering diartikan sama, meskipun arti yang sebenarnya adalah berbeda. Imunisasi adalah suatu pemindahan atau transfer antibodi secara pasif, sedangkan vaksinasi adalah pemberian vaksin (*antigen*) yang dapat merangsang pembentukan imunitas (*antibode*) dari sistem imun dalam tubuh.

a. Tujuan

Ada tiga tujuan utama pemberian imunisasi pada seseorang, yaitu mencegah terjadinya penyakit tertentu pada seseorang, menghilangkan penyakit tertentu pada sekelompok masyarakat (populasi), serta menghilangkan penyakit tertentu dari dunia (misalnya cacar), hanya mungkin pada penyakit yang ditularkan melalui manusia (misalnya difteri).

Untuk tujuan mencegah terjadinya penyakit tertentu pada seseorang, ditempuh dengan cara memebrikan infeksi ringan yang tidak berbahaya namun cukup untuk menyiapkan respon imun apabila terjangkit penyakit tersebut, anak tidak sakit karena tubuh cepat membentuk antibodi dan mematikan antigen yang masuk tersebut.

²¹ Dewi, Vivian Nanny Lia. (2010). Asuhan Neonatus bayi dan Anak Balita. Jakarta: Salemba Medika

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi keberhasilan imunisasi

1) Status imun pejamu

Terjadinya antibodi spesifik pejamu terhadap vaksin yang diberikan akan mempengaruhi keberhasilan imunisasi. Pada bayi semasa fetus mendapat antibodi maternal spesifik terhadap virus campak. Apabila vaksinasi campak diberikan pada saat kadar antibodi spesifik campak masih tinggi, maka akan memberikan efek yang kurang memuaskan. Demikian pula ASI yang mengandung IgA sekretoris (sIgA) terhadap virus polio dapat mempengaruhi keberhasilan vaksinasi polio yang diberikan secara oral. Meskipun demikian, umumnya kadar sIgA polio terhadap virus polio ASI sudah rendah pada waktu bayi berumur beberapa bulan. Berdasarkan penelitian Sub Bagian Alergi-Imunologi Bagian IKA FKUI / RSCM Jakarta, kadar sIgA polio sudah tidak ditemukan lagi pada ASI setelah bayi berumur 5 tahun. Kadar sIgA yang tinggi terdapat pada kolostrum. Oleh karena itu bila vaksinasi polio oral diberikan pada masa pemberian kolostrum (usia 0-3 hari), hendaknya ASI (kolostrum) jangan diberikan dahulu 2 jam sebelum dan sesudah vaksinasi.

Keberhasilan vaksinasi memerlukan matuitas imunologik. Fungsi makrofag pada neonatus masih kurang, terutama fungsi mempresentasikan antigen. Pembentukan antibodi spesifik terhadap antigen tertentu masih kurang, sehingga imunisasi yang

diberikan sebelum bayi berumur 2 tahun jangan lupa memberikan imunisasi ulang.

2) Faktor genetik pejamu

Interaksi sel-sel sistem imun dipengaruhi oleh variabilitas genetik. Secara genetik, respon imun manusia terbagi menjadi respon baik, cukup dan rendah terhadap antigen tertentu. Seorang individu dapat memberikan respon rendah terhadap antigen tertentu, tetapi terhadap antigen lain dapat sangat tinggi respon imunnya. Oleh karena itu sering ditemukan keberhasilan vaksinasi tidak sampai 100%.

3) Kualitas dan kuantitas vaksin

Cara pemberian vaksin akan mempengaruhi respon imun, misalnya vaksin polio oral akan menimbulkan imunitas lokal dan sistemik, sedangkan vaksin polio parenteral hanya memberikan imunitas sistemik saja. Dosis terlalu tinggi menghambat respon imun yang diharapkan, sedangkan dosis terlalu rendah tidak dapat merangsang sel-sel imunokompeten..²²

Jadwal imunisasi yang diwajibkan sesuai program pengembangan imunisasi (PPI), adalah BCG, Polio, hepatitis B, DPT dan campak. Jadwal imunisasi yang dianjurkan sesuai program pengembangan imunisasi non PPI, adalah MMR, hib, tifoid, hepatitis A, varisela, influenza.

²² Wafi Nur Muslihatun, 2010, *Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita*, Yogyakarta, Fitramaya, hlm. 207-210

a. BCG

Baccille calmette guerin (BCG), adalah vaksin hidup dibuat dari mycobacterium bovis yang dibiakkan selama 1-3 tahun, sehingga didapatkan basil yang tidak viruel, tetapi masih memiliki imunogenitas. Vaksin BCG merupakan vaksin hidup, sehingga tidak diberikan pada pasien imunokompromise jangka panjang (leukemia, pengobatan steroid jangka panjang, HIV). Vaksin BCG menimbulkan sensitivitas terhadap tuberkulin berkaitan dengan reaksi imunitas. Tujuan imunisasi BCG tidak untuk mencegah TBC, tetapi mengurangi risiko TBC berat, seperti TBC meningitis dan TBC miliar.

Diberikan bayi berumur kurang dari atau sama dengan 2 bulan. Pemberian pada anak dengan uji Mantoux negatif. Dosis untuk bayi (umur kurang dari 1 tahun) adalah 0,05 ml dan anak 0,01 ml. Vaksin diberikan melalui suntikan intrakutan di daerah insersio muskulus deltoideus kanan. Tempat ini dipilih dengan alasan lebih mudah (lemak subkutis tebal), ulkus yang terbentuk tidak mengganggu struktur otot setempat dan sebagai tanda baku untuk keperluan diagnosis bila dibutuhkan. Efek proteksi terjadi 8-12 minggu setelah penyuntikan, bervariasi antara 0-80%. Hal ini mungkin karena vaksin yang dipakai, lingkungan dengan mycobacterium atipik atau faktor pejamu.

b. hepatitis B

Pencegahan penyakit hepatitis B ditempuh melalui upaya preventif umum dan khusus. Upaya preventif khusus hepatitis B ditempuh dengan imunisasi pasif dan imunisasi aktif. Imunisasi pasif Hepatitis B Immune globulin (HBIG) dalam waktu singkat memberikan proteksi, meskipun hanya untuk jangka pendek (3-6 bulan). Pemberian HBIG hanya pada kondisi pasca paparan, di antaranya needle stick injury, kontak seksual, bayi dari ibu dengan virus hepatitis B (VHB), terciprat darah ke mukosa atau mata. Sebaiknya HBIG diberikan bersamaan dengan imunisasi aktif vaksin VHB agar proteksi lama.

c. Anti Polio

Oral Polio Vaccine (OPV)

Vaksin virus polio hidup oral berisi virus polio tipe 1,2,3 suku Sabin yang masih hidup tetapi sudah dilemahkan (attenuated). Vaksin digunakan rutin sejak bayi lahir sebagai dosis awal, dengan dosis 2 tetes (0,1 ml).

Imunisasi dasar umur 2-3 bulan dalam 3 dosis terpisah berturut-turut dengan interval 6-8 minggu untuk mendapatkan imunitas jangka lama. Apabila OPV yang diberikan dimuntahkan dalam waktu 10 menit, maka dosis pemberian perlu diulangi.

Virus vaksin akan menempatkan diri di usus dan memacu antibodi dalam darah dan epitelium usus, sehingga menghasilkan

pertahanann lokal terhadap virus polio liar. Virus vaksin polio ini dapat dieksresi melalui tinja sampai 6 minggu setelah pemberian dan melakukan infeksi pada kontak yang baru saja diberi OPV agar mencuci tangan setelah mengganti popok bayi.

ASI tidak berpengaruh pada respon antibodi. Apabila OPV yang diberikan dimuntahkan dalam waktu 10 menit , maka dosis pemberian perlu diulangi.

d. DTwP

Saat ini telah beredar vaksin DTwP (DTP dengan komponen *acellular pertusis*) , DISAMPING dtWp (DTP dengan *whole cell pertusis*) yang telah ada selama ini. Keduanya dapat digunakan secara bergantian . DTP adalah toksoid difteria digabung toksoid tetanus dan vaksin pertusis. DT, adalah kombinasi toksoid difteria dan tetanus, yang dapat diberikan pada anak dengan kontraindikasi vaksin pertusis.

Jadwal pemberian imunisasi DTP adalah diberikan 3 kali sejak umur 2 bulan (tidak boleh diberikan sebelum umur 6 minggu) dengan interval 4-6 minggu. DTP ulangan (DTP-4) diberikan setelah 1 tahun dari DTP-3, yaitu pada umur 18-24 bulan. DTP-5 diberikan pada saat anak masuk sekolah (umur 5 tahun). DT-6 diberikan pada saat anak berumur 12 tahun pada bulan imunisasi anak sekolah (BIAS), karena kasus difteri masih dijumpai pada anak usia 10 tahun.

e. Campak

Ada dua jenis vaksin campak, yaitu vaksin yang berasal dari virus campak hidup dan dilemahkan dan vaksin yang berasal dari virus campak yang dimatikan. Vaksin campak dianjurkan diberikan dalam satu dosis 0,5 ml melalui suntikan subkutan dalam pada umur 9 bulan . imunisasi ulangan perlu diberikan pada saat anak masuk SD (5-6 tahun) untuk mempertinggi *serokonversi*. Apabila anak pada umur 15-18 bulan telah mendapatkan vaksin MMR, maka imunisasi ulangan campak usia 5 tahun tidak perlu diberikan.

Kontra indikasi pemberian imunisasi campak, antara lain demam tinggi, sedang pengobatan imunosupresi, hamil, memiliki riwayat alergi, sedang pengobatan emunoglobulin atau bahan-bahan dari darah. Reaksi KIPI akibat imunisasi campak banyak dijumpai pada pemberian vaksin campak dari virus yang dimatikan. Reaksi KIPI dari imunisasi campak tersebut, antara lain: demam lebih dari 39,50C pada hari ke 5-6 selama 2 hari yang dapat merangsang terjadinya kejang demam, ruam pada hari ke 7-10 selama 2-4 hari, serta gangguan sistem syaraf pusat, di antaranya; sensefalitis dan ensefalopati paska imunisasi.²³

3. MTBS Pada Bayi dan Balita

MTBS singkatan dari Manajemen Terpadu Balita Sakit atau dalam bahasa inggris disebut *Integrated Management of Childhood Illness* (IMCI)

²³ Wafi Nur Muslihatun, 2010, *Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita*, Yogyakarta, Fitramaya, hlm. 216-226

adalah suatu pendekatan yang terintegrasi/ terpadu dalam tatalaksana balita sakit dengan fokus kepada kesehatan anak usia 0-5 tahun (balita) secara menyeluruh.

Penerapan MTBS di Puskesmas, pertama kali harus dilakukan penilaian terhadap jumlah kunjungan balita sakit perhari. Seluruh balita sakit yang datang ke puskesmas diharapkan ditangani dengan pendekatan MTBS, bila jumlah kunjungannya tidak banyak (kurang dari 10 kasus perhari) akan tetapi bila perbandingan jumlah petugas kesehatan yang telah dilatih MTBS dan jumlah balita sakit perhari cukup besar maka penerapan MTBS di Puskesmas dilakukan secara bertahap. Penerapan tidak ada patokan khusus besarnya presentase kunjungan balita sakit yang ditangani dengan pendekatan MTBS. Tiap Puskesmas perlu memperkirakan kemampuannya mengenai seberapa besar balita sakit yang akan ditangani pada saat awal penerapan dan kapan dicapai cakupan 100%. Penerapan MTBS di Puskesmas secara bertahap dilaksanakan sesuai dengan keadaan pelayanan rawat jalan di tiap Puskesmas.²⁴

Sebagai acuan dalam pentahapan penerapan adalah sebagai berikut:

1. Puskesmas yang memiliki kunjungan balita sakit 10 orang perhari pelayanan MTBS dapat diberikan langsung kepada seluruh balita sakit.

²⁴ Depkes.R.I (2002b) Pedoman penerapan manajemen terpadu balita sakit di puskesmas. Manajemen Terpadu Balita Sakit, Modul 7. Jakarta.

2. Puskesmas yang memiliki kunjungan balita sakit 11-20 orang perhari, berikanlah pelayanan MTBS kepada 50% kunjungan balita sakit pada tahap awal dan setelah 6 bulan pertama diharapkan seluruh balita sakit mendapat pelayanan MTBS.
3. Puskesmas yang memiliki kunjungan balita sakit 21-50 orang perhari, berikanlah pelayanan MTBS kepada 25% kunjungan balita sakit pada tahap awal dan setelah 6 bulan pertama diharapkan seluruh balita sakit mendapat pelayanan MTBS.
 - a. Petunjuk penilaian kunjungan pertama pada MTBS umur 1 hari sampai 2 bulan:
 - 1) Lakukan penilaian tanda dan gejala : nilai apakah ada tanda dan gejala kejang, gangguan pernapasan, hipotermia, kemungkinan infeksi bakteri, ikterus, gangguan saluran cerna, diare atau mungkin berat badan rendah dan masalah pemberian ASI.
 - 2) Tentukan klasifikasi dan tingkat kegawatan : klasifikasi kejang (ada tanda tremor dan penurunan kesadaran), gangguan nafas (adanya henti nafas, nafas cepat), hipotermia (hipotermia sedang atau berat), infeksi bakteri (infeksi bakteri sistemik, infeksi bakteri lokal), ikterus (ikterus patologi atau ikterus fisiologi), gangguan saluran cerna (muntah segera setelah minum, berulang, berwarna hijau, dll.), diare (diare dehidrasi berat, diare dehidrasi sedang atau ringan, diare tanpa dehidrasi, diare persisten atau disentri), berat badan rendah atau masalah pemberian ASI (berat

badan sangat rendah dan masalah pemberian ASI, berat badan rendah dan masalah pemberian ASI, berat badan tidak rendah dan tidak ada masalah ASI).

- 3) Tentukan tindakan dan pengobatan : kejang, gangguan nafas, hipotermia berat, hipotermia sedang, infeksi bakteri sistemik, infeksi bakteri lokal berat, infeksi bakteri lokal, gangguan saluran cerna, diare dehidrasi berat, ringan/sedang, tanpa dehidrasi, diare persistenda disentri, berat badan sangat rendah/rendah dengan masalah pemberian ASI.
 - 4) Berikan konseling tentang cara pemberian obat oral di rumah, konseling tentang cara mengobati infeksi bakteri lokal dirumah, konseling tentang bagaimana cara menyinari bayi dengan cahaya matahari, konseling tentang cara mengobati luka atau bercak putih (trush) di mulut, konseling tentang cara menetejki, dll.
- b. Petunjuk penilaian kunjungan pertama pada MTBS umur 2 bulan-5 tahun

Penilaian tanda dan gejala pada bayi berusia 2 bulan sampai 5 tahun adalah ada atau tidaknya tanda bahaya umum (tidak bisa minum atau menetek, muntah, kejang, letargis, atau tidak sadar) serta keluhan seperti batuk atau kesulitan bernafas, adanya diare, demam , masalah telinga, malnutrisi, anemia, dll

- 1) Keluhan batuk atau sulit bernafas,tanda bahaya umum, tarikan dinding dada ke dalam, stidor, dan nafas cepat. Penentuan

frekuensi pernafasan adalah pada anak usia 2-12 bulan normal pernafasan 50 kali atau lebih permenit, sedangkan frekuensi pernafasan anak usia 12 bulan sampai dengan 5 tahun adalah 40 kali permenit atau lebih.

- 2) Keluhan dan tanda adanya diare, seperti letargis atau tidak sadar, mata cekung, tidak bisa minum atau malas makan, turgor jelek, gelisah, rewel, haus atau banyak minum, adanya darah dalam tinja (fases bercampur dengan darah).
- 3) Disertai dengan adanya tanda bahaya umum, kaku kuduk, dan adanya infeksi lokal. Seperti kekeruhan pada kornea mata, lua pada mulut, mata bernanah, adanya tanda presyok, seperti nadi lemah, ekstermitas dingin, muntah darah, fases hitam, pendarahan hidung, pendarahan hidung, pendarahan bawah kulit, nyeri ulu hati, dll.
- 4) Tanda masalah telinga, seperti nyeri pada telinga, adanya pembengkakan, adanya cairan keluar dari telinga yang kurang dari 14 hari, dll.
- 5) Tanda status gizi, seperti badan kelihatan bertambah kurus, bengkak pada kedua kaki, telapak tangan pucat, serta status gizi di bawah garis merah pada pemeriksaan berat badan menurut usia.²⁵

²⁵ Balitbangkes (2001) Analisis Rancangan Sistem Pemantauan Kualitas TataLaksana Balita Sakit Melalui Pendekatan MTBS Di Puskesmas Kabupaten Cianjur [Online]. Jakarta. [Accessed].

c. Cara penanggulangan penyakit

Dalam pelaksanaan manajemen terpadu balita sakit ini, strategi yang digunakan adalah preventif, promotif, dan kuratif. Upaya kuratif dilaksanakan dengan penanganan secara langsung pada balita yang sakit seperti adanya pneumonia, diare, malaria, campak, demam, dll.

Secara garis besar dengan MTBS diharapkan kondisi kesehatan balita pada tingkat pelayanan kesehatan dasar, seperti Puskesmas dapat ditangani secara lengkap. MTBS memfokuskan secara terpadu seluruh aspek kuratif, preventif dan promotif termasuk pemberian nasihat kepada ibu sebagai dari pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan kesehatan anak²⁶.

d. Tujuan Pendekatan MMTBS

Tujuan dari pendekatan MTBS adalah mengajarkan manajemen kasus kepada bidan, perawat, dokter dan tenaga kesehatan lain yang menangani balita sakit dan bayi muda di fasilitas kesehatan dasar seperti Puskesmas, Pustu, Rumah Bersalin, Balai Pengobatan, maupun melalui kunjungan rumah. Petugas kesehatan akan belajar cara menangani balita sakit dan bayi muda dengan :

- 1) Menilai tanda-tanda dan gejala penyakit, status imunisasi, status gizi dan pemberian vitamin A.
- 2) Membuat klasifikasi.

²⁶ Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal, 2008. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta 2008.

- 3) Menentukan tindakan sesuai dengan klasifikasi anak dan menentukan apakah seorang anak perlu dirujuk.
- 4) Memberi pengobatan pra-rujukan yang penting, seperti dosis pertama antibiotik, vitamin A, dan perawatan anak untuk mencegah menurunnya gula darah dengan pemberian air gula , mencegah hipotermia serta merujuk anak.
- 5) Melakukan tindakan di fasilitas kesehatan (kuratif dan preventif) seperti pemberian oralit, tablet Zinc, vitamin A dan imunisasi.
- 6) Mengajari ibu cara member obat di rumah seperti antibiotik oral dan asuhan dasar bayi muda.
- 7) Member konseling kepada ibu mengenai pemberian makanan pada anak, pemberian ASI dan kapan harus kembali ke fasilitas kesehatan.
- 8) Melakukan penilaian ulang dan member perawatan yang langsung pada saat anak tersebut kembali untuk pelayanan tindak lanjut.

e. MTBS di Puskesmas

Sebagai besar balita sakit yang dibawa berobat ke Puskesmas memiliki lebih dari satu keluhan. Berdasarkan data WHO menyebutkan bahwa tiga dari empat balita yang sakit memiliki banyak keluhan lain yang menyertai. Balita tersebut sedikitnya menderita 1 dari 5 penyakit tersering pada balita yang menjadi fokus MTBS. Keluhan – keluhan tersebut dapat diakomidir oleh MTBS karena dalam setiap

pemeriksaan MTBS, semua aspek atau kondisi yang sering menyebabkan keluhan anak akan ditanyakan dan diperiksa.²⁷

²⁷ Octa Dwienda R, dkk 2014 , *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi/Balita Dan Anak Prasekolah Untuk Para Bidan*, Yogyakarta, Deepiblish, hlm. 283-290.