



**BUKU MODUL
KEDOKTERAN KOMUNITAS
PROGRAM PROFESI DOKTER**



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
PROF. DR. HAMKA
JAKARTA
2024**

Tim Penyusun:

Pengarah :

1. Dekan FK. UHAMKA

(Dr. dr. Wawang S Sukarya, SpOG(K), MARS, MHKes)

2. Wakil Dekan I FK. UHAMKA

(dr. Bety Semara Laksmi, MKM)

3. Ketua tim :

Kaprodi Profesi Dokter FK. UHAMKA

(dr. Arief Indra Sanjaya, Sp.PK)

4. Anggota :

1. dr. Ismaily Fasyah, Sp.THT-BKL, M.Ked

2. Dr. dr. Enrico Adhitya Rinaldi, MARS, MH, MM, CHRM, CPM
(Asia), FISQua

3. dr. Ayu Andira Sukma, MKM

4. dr. Bety Semara Laksmi, MKM

5. dr. Erlina Pudyastuti, MKM

6. dr. Zainal Abidin, MKM

7. dr. Aditiawarman, MPH

8. dr. Yolanda Safitri, MPH

9. dr. Nurhayati, MARS

10. dr. Dewi Novita Putri, M.Biomed

DAFTAR ISI

| | |
|--|----|
| Halaman Judul | 1 |
| Manual Prosedur | 2 |
| Penyusun | 3 |
| Daftar Isi | 4 |
| Kata Pengantar Dekan FK UHAMKA | 5 |
| BAB I. Pendahuluan | 7 |
| BAB II. Proses Kepaniteraan Klinik | 16 |
| BAB III. Kegiatan Kepaniteraan Klinik | 24 |
| BAB IV. Ujian Akhir Bagian..... | 24 |
| BAB V. Tata Tertib Kepaniteraan Klinik | 24 |
| Log Book | |
| Catatan | 43 |

KATA PENGANTAR

***Bismillahirrahmaanirrahim
Assalamua'laikum, wr. wb,***

Sesuai dengan Standar Kompetensi Dokter Indonesia (SKDI) yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia tahun 2012, Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Prof HAMKA secara bertahap mempersiapkan diri dalam mengimplementasikan Kurikulum Berbasis Kompetensi baik pada tahap Pendidikan Sarjana maupun tahap Pendidikan Profesi.

Menyadari bahwa tahap Pendidikan Profesi bertujuan untuk mengembangkan keterampilan klinis, mendapatkan dan memecahkan masalah klinik serta membangun perilaku profesional seorang calon dokter termasuk didalamnya memiliki iman dan akhlak tinggi sebagai ciri khas dokter muslim, disusunlah Modul Peserta Didik Stase Kedokteran Komunitas pada Pendidikan Profesi Dokter ini. Modul ini disusun dengan harapan dapat membantu para mahasiswa yang berkepentingan untuk memperoleh informasi yang benar sehingga proses pendidikan profesi di Kedokteran Komunitas dapat berjalan lebih baik.

Akhir kata, kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak sehingga Modul ini dapat diterbitkan pada waktunya sehingga dapat digunakan sebagai pegangan pelaksanaan pendidikan profesi di bagian Kedokteran Komunitas.

*Nasrun minallah wa fathun qariib.
Wassalamu'alaikum, wr. wb.*

Dekan Fakultas Kedokteran UHAMKA

BAB I

PENDAHULUAN

Terwujudnya keadaan sehat adalah salah satu dari hak asasi manusia (WHO 1948) dan juga merupakan modal dasar keberhasilan pembangunan bangsa (Sachs 2001). Sehat adalah keadaan sejahtera sempurna dari fisik, mental dan sosial, yang tidak terbatas hanya pada bebas dari penyakit atau kelemahan saja (WHO 1948).

Untuk mewujudkan keadaan sehat, ada empat determinan utama yang perlu diperhatikan (Blum, 1974). Keempat determinan tersebut adalah (1) Prilaku: menunjuk pada kebiasaan atau gaya hidup sehari-hari yang diperlihatkan seseorang, (2) Lingkungan: menunjuk pada keadaan sekitar kehidupan manusia berupa lingkungan fisik dan lingkungan non fisik yang berinteraksi dan mempengaruhi kesehatan, (3) Pelayanan kesehatan: menunjuk pada aksesibilitas, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan, serta (4) Keturunan: menunjuk pada kualitas dan kuantitas genetik yang bersifat diturunkan.

Sekalipun disebutkan peranan perilaku dan lingkungan lebih dominan dibanding pelayanan kesehatan, namun karena upaya perbaikan perilaku dan lingkungan pada dasarnya juga merupakan bagian dari pelayanan kesehatan, jelaslah jika ditinjau dari upaya yang harus dilakukan, peranan pelayanan kesehatan sangat menentukan.

Keberhasilan mewujudkan keadaan sehat sangat ditentukan oleh keberhasilan menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang paripurna (*comprehensive health care*), yang didalamnya tidak hanya termasuk upaya pengobatan penyakit atau pemulihan kesehatan saja, tetapi juga upaya promosi kesehatan serta pencegahan penyakit, yang merupakan bagian dari pelayanan kesehatan terkait perbaikan perilaku dan lingkungan.

Dengan adanya pengaruh pelbagai faktor, termasuk perkembangan ilmu dan teknologi kesehatan, mendorong berkembangnya pelbagai pelayanan spesialis dan sub-spesialis. Pelayanan kesehatan yang seperti ini, disamping mendatangkan banyak manfaat, ternyata juga menimbulkan permasalahan. Pelayanan kesehatan menjadi terkotak-kotak (*fragmented health services*).

Hubungan dokter-pasien tidak lagi personal-emosional, namun lebih ke arah transaksional. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang seperti ini disamping berpengaruh terhadap peningkatan biaya kesehatan, juga terkesan tidak memberikan kepuasan pasien, sehingga dinilai kurang bermutu.

Untuk menjamin pelayanan kesehatan masyarakat yang baik diperlukan dokter yang mampu melaksanakan kegiatan pelayanan tersebut sesuai Standar Kompetensi Dokter Indonesia yang sudah direvisi dengan Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia no.11 tahun 2012.

Modul ini disusun dengan harapan agar lulusan dokter FK UHAMKA mampu melaksanakan upaya kedokteran komunitas dan kedokteran keluarga. Berdasarkan Paradigma Sehat, maka pada pelayanan primer dibutuhkan pelayanan kesehatan yang memiliki karakteristik sebagai berikut :

1. **Pelayanan yang komprehensif dengan pendekatan holistik**
 - 1.1 Preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif
 - 1.2 Memandang manusia sebagai manusia seutuhnya
2. **Pelayanan yang berkesinambungan (*continue*)**
 - 2.1 Mempunyai rekam medis yang diisi dengan cermat
 - 2.2 Menjalin kerjasama dengan profesi dan instansi lain untuk kepentingan pasien agar proses konsultasi dan rujukan berjalan lancar
3. **Pelayanan yang mengutamakan pencegahan (*preventive*)**
 - 3.1 Mendiagnosis dan mengobati penyakit sedini mungkin
 - 3.2 Mengkonsultasi atau merujuk pasien pada waktunya
 - 3.3 Mencegah kecacatan
4. **Pelayanan yang koordinatif dan kolaboratif**
 - 4.1 Kerjasama profesional dengan semua pengandil agar dicapai pelayanan bermutu dan kesembuhan optimal
 - 4.2 Memanfaatkan potensi pasien dan keluarganya seoptimal mungkin untuk penyembuhan.
5. **Penanganan personal pasien sebagai bagian integral dari keluarga**

6. **Pelayanan yang mempertimbangkan faktor keluarga, lingkungan kerja, dan lingkungan tempat tinggal.**
 - 6.1 Selalu mempertimbangkan pengaruh keluarga, komunitas, masyarakat dan lingkungannya yang dapat mempengaruhi penyakitnya.
 - 6.2 Memanfaatkan keluarga, komunitas, dan lingkungannya untuk membantu penyembuhan penyakitnya.
7. **Pelayanan yang menjunjung tinggi etika dan hukum**
8. **Pelayanan yang sadar biaya dan sadar mutu**
9. **Pelayanan yang dapat diaudit dan dipertanggung jawabkan yang merupakan perwujudan dari adanya :**
 - 9.1 Rekam medis yang lengkap dan akurat yang dapat dibaca orang lain
 - 9.2 Standar Pelayanan Medis
 - 9.3 Penggunaan *evidence-based medicine* untuk pengambilan keputusan
 - 9.4 Kesadaran akan keterbatasan kemampuan dan kewenangan
 - 9.5 Kesadaran untuk mengikuti perkembangan ilmu melalui belajar sepanjang hayat dan pengembangan profesi berkelanjutan.

BAB II

TUJUAN dan KOMPETENSI

A. Tujuan Pembelajaran

Setelah melewati proses pembelajaran stase di Departemen Kedokteran Komunitas, apabila dihadapkan dengan masalah-masalah kesehatan di masyarakat, dokter muda diharapkan mampu:

1. Melakukan analisis situasi terhadap masalah-masalah kesehatan masyarakat yang berkaitan dengan epidemiologi, manajemen pelayanan kesehatan, kesehatan lingkungan, gizi masyarakat, promosi kesehatan dan perilaku, kesehatan berbasis masyarakat, dan sistem pembiayaan kesehatan.
2. Melakukan analisis penyebab masalah kesehatan dan menentukan prioritas masalah kesehatan.
3. Memilih dan menentukan alternatif pemecahan masalah yang terbaik dan mampu untuk dilaksanakan.
4. Menyusun *Plan Of Action* dan mengimplementasikan rencana.
5. Melakukan monitoring dan evaluasi.

B. Kompetensi Lulusan Dokter

Dengan mengacu ke Standar kompetensi dokter yang ditetapkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia, melalui kepaniteraan ini diharapkan dokter muda akan memiliki kompetensi sbb:

- | | |
|-------------------|---|
| Area kompetensi 1 | : Professionalitas yang luhur |
| Area kompetensi 2 | : Mawas diri dan pengembangan diri |
| Area kompetensi 3 | : Komunikasi efektif |
| Area kompetensi 4 | : Pengelolaan informasi |
| Area kompetensi 5 | : Landasan ilmiah ilmu kedokteran |
| Area kompetensi 6 | : Keterampilan klinis |
| Area kompetensi 7 | : Pengelolaan masalah kesehatan |
| Area kompetensi 8 | : Nilai-nilai Al-Islam & Kemuhammadiyah |

Masing-masing area kompetensi mempunyai kompetensi inti dan komponen kompetensi serta kemampuan yang diharapkan. Dari area kompetensi tersebut diharapkan lulusan dapat melaksanakan tugas, peran dan fungsi sebagai seorang dokter dalam UKM.

Berkaitan dengan area kompetensi Ilmu Kedokteran Komunitas dan Ilmu Kedokteran Keluarga, maka diharapkan mahasiswa mampu:

1. Melakukan Pencegahan Penyakit dan Keadaan Sakit

- a. Mengidentifikasi, memberi alasan, menerapkan dan meman-tau *strategi pencegahan tertier* yang tepat berkaitan dengan penyakit pasien, keadaan sakit atau permasalahannya (pencegahan tertier adalah pencegahan yang digunakan untuk memperlambat progresi dari penyakitnya dan juga timbulnya komplikasi, misalnya diet pada penderita DM, olah raga)
- b. Mengidentifikasi, memberikan alasan, menerapkan dan meman-tau *strategi pencegahan sekunder* yang tepat berkaitan dengan pasien dan keluarganya (Pencegahan sekunder adalah kegiatan penapisan untuk mengidentifikasi faktor risiko dari penyakit laten untuk memperlambat atau mencegah timbulnya penyakit, contoh *pap smear, mantoux test*)
- c. Mengidentifikasi, memberikan alasan, menerapkan dan meman-tau kegiatan *strategi pencegahan primer* yang tepat, berkaitan dengan pasien, anggota keluarga dan masyarakat (Pencegahan primer adalah mencegah timbulnya penyakit, misalnya imunisasi)
- d. Mengidentifikasi peran keluarga, pekerjaan, dan lingkungan sosial sebagai faktor risiko terjadinya penyakit dan sebagai faktor yang mungkin berpengaruh terhadap pencegahan penyakit.
- e. Menunjukkan pemahaman bahwa upaya pencegahan penyakit sangat bergantung pada kerja sama tim dan kolaborasi dengan professional di bidang lain.

2. Melaksanakan pendidikan kesehatan dalam rangka pro-mosi kesehatan dan pencegahan penyakit

- a. Mengidentifikasi kebutuhan perubahan perilaku dan modifikasi gaya hidup untuk promosi kesehatan pada berbagai kelompok umur, jenis kelamin, etnis, dan budaya

- b. Merencanakan dan melaksanakan pendidikan kesehatan dalam rangka promosi kesehatan di tingkat individu, keluarga, dan masyarakat
- c. Bekerja sama dengan sekolah dalam mengembangkan “pro-gram Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)”

3. Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan

- a. Memotivasi masyarakat agar mampu melakukan identifikasi masalah kesehatan di masyarakat
- b. Menentukan insidensi dan prevalensi penyakit di masyarakat serta mengenali keterkaitan yang kompleks antara faktor psikologis, kultur, sosial, ekonomi, kebijakan, dan faktor lingkungan yang berpengaruh pada suatu masalah kesehatan
- c. Melibatkan masyarakat dalam mengembangkan solusi yang tepat bagi masalah kesehatan masyarakat
- d. Mempertimbangkan kebijakan kesehatan pemerintah, termasuk antisipasi terhadap timbulnya penyakit-penyakit baru
- e. Menggerakkan masyarakat untuk berperan serta dalam intervensi kesehatan
- f. Merencanakan dan mengimplementasikan intervensi kesehatan masyarakat, serta menganalisis hasilnya
- g. Melatih kader kesehatan dalam pendidikan kesehatan
- h. Mengevaluasi efektivitas pendidikan kesehatan
- i. Bekerja sama dengan masyarakat dalam menilai ketersediaan, pengadaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan masyarakat.

4. Mengelola sumber daya manusia dan sarana – prasarana secara efektif dan efisien dalam pelayanan kesehatan primer dengan pendekatan kedokteran keluarga

- a. Menjalankan fungsi managerial (berperan sebagai pemimpin, pemberi informasi, dan pengambil keputusan)
- b. Menerapkan manajemen mutu terpadu dalam pelayanan kesehatan primer dengan pendekatan kedokteran keluarga
- c. Mengelola sumber daya manusia

d. Mengelola fasilitas, sarana dan prasarana

C. Kompetensi yang Ingin Dicapai

Adapun kompetensi yang ingin dicapai diantaranya :

| No | Keterampilan | Tingkat keterampilan | Mini Project | MSF | CBD | OSLER |
|----|--|----------------------|-------------------|-----|-----|-------|
| 1 | Mampu melakukan tata laksana program promotif, preventif dan deteksi dini pada remaja dan dewasa di tingkat layanan primer sesuai dengan wewenangnya | 4 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 2 | Mampu melakukan tata laksana program promotif, preventif dan deteksi dini pada bayi dan anak sesuai dengan wewenang | 3B | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 3 | Mengenali perilaku dan gaya hidup yang berisiko terhadap kesehatan | 4 | Stase bagian lain | | | |
| 4 | Memperlihatkan kemampuan pemeriksaan kesehatan di berbagai populasi | 4 | Stase bagian lain | | | |
| 5 | Penilaian terhadap risiko masalah kesehatan di berbagai populasi | 4 | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 6 | Memperlihatkan kemampuan penelitian yang berkaitan dengan kesehatan populasi dan lingkungannya | 4 | ✓ | | | |
| 7 | Melakukan promosi, pencegahan dan intervensi spesifik seperti HIV-AIDS, TB, malaria, kusta, dll. | 4 | ✓ | | ✓ | ✓ |
| 8 | Melakukan promosi, pencegahan, diagnosis, penatalaksanaan dan penanganan pertama kecelakaan dan penyakit akibat kerja | 4 | | ✓ | ✓ | |

| | | | | | | |
|----|---|---|-------------------|---|---|---|
| 9 | Melakukan promosi, pencegahan dan penatalaksanaan kecelakaan lalu lintas serta merancang program penanggulangannya pada tingkat individu, institusi dan lingkungan kerja | 4 | | ✓ | ✓ | |
| 10 | Menerapkan patient safety | 4 | Stase bagian lain | | | |
| 11 | Merencanakan program untuk meningkatkan kesehatan masyarakat termasuk kesehatan lingkungan | 4 | ✓ | | | |
| 12 | Pembinaan kesehatan usia lanjut | 4 | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 13 | Melakukan rehabilitasi medik dasar | 4 | Stase bagian lain | | | |
| 14 | Melakukan rehabilitasi sosial pada individu, keluarga, komunitas dan masyarakat melalui advokasi, konsultasi, promosi, KIE. | 4 | | ✓ | ✓ | |
| 15 | Mampu menganalisa masalah yang berkaitan dengan pelayanan fasilitas kesehatan di layanan tingkat primer termasuk sarana dan prasana untuk melakukannya. | 4 | ✓ | | | |
| 16 | Mengetahui jenis vaksin: <ul style="list-style-type: none"> • Cara penyimpanan • Cara distribusi • Cara skrining dan konseling pada sasaran • Cara pemberian • Kontraindikasi • Efek samping yang mungkin terjadi dan penanggulangannya | 4 | | ✓ | | ✓ |
| 17 | Membaca, menganalisis data sistem informasi kesehatan, membuat laporan dan mempresentasikannya | 4 | ✓ | | | |
| 18 | Kepesertaan, pengelolaan, monitoring, dan evaluasi jaminan kesehatan nasional | 4 | | ✓ | | ✓ |

| | | | | | | |
|----|--|---|-------------------|---|---|---|
| 19 | Mendemonstrasikan program-program inovatif sesuai wilayah kerjanya | 4 | ✓ | | | ✓ |
| 20 | Merencanakan dan melaksanakan komunikasi, sosialisasi, advokasi, kerjasama dan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan | 4 | ✓ | | | |
| 21 | Supervisi pelayanan kesehatan Balita dengan pendekatan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) | 4 | | ✓ | | ✓ |
| 22 | Stabilisasi: gula darah, jalan napas, sirkulasi, pemeriksaan penunjang sederhana | 4 | Stase bagian lain | | | |
| 23 | Tatalaksana balita dengan hasil skrining perkembangan meragukan | 4 | Stase bagian lain | | | |
| 24 | Penatalaksanaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat primer | 4 | ✓ | ✓ | ✓ | |

MSF = Multi-Source Feedback

CBD = Case Based Discussion

MCQ = Multiple Choice Question

BAB III

RUANG LINGKUP dan PANDUAN BELAJAR

A. Ruang Lingkup Pembelajaran

Berikut ruang lingkup pembelajaran Kepaniteraan Klinik selama di Dinas Kesehatan dan Puskesmas, adalah;

- a. Manajemen Puskesmas
 - Struktur organisasi Puskesmas, tugas dan fungsi
 - Program-program kerja Puskesmas
 - Manajemen Puskesmas P1, P2, P3
 - Manajemen Pembiayaan Kesehatan
 - Manajemen sistem informasi
 - Manajemen jaringan dan jejaring puskesmas
 - Manajemen fasilitas
 - Manajemen SDM
- b. Program Pemberantasan dan Pengendalian Penyakit (P2P)
 - Program TB, Kusta, HIV/AIDS, DBD, Thypoid, Malaria
 - Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis)
 - Surveilans epidemiologi
- c. Promosi Kesehatan
 - Program-program Promosi Kesehatan
 - Strategi & Metode Promosi Kesehatan
 - Pembuatan Materi Promosi
 - Penyuluhan Kesehatan
- d. Sanitasi Dan Kesehatan Lingkungan
 - Yankesling (Klinik Sanitasi)
 - Inspeksi Kesling Sarana Air Bersih (SAB) / Sarana Air Minum (SAM)
 - Pendataan Rumah Sehat dan Sarana Kesehatan Lingkungan
 - Pembinaan Tempat-Tempat Umum (TUU)
 - Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)
 - Inspeksi Kesehatan Lingkungan TTU, TPM
 - Penyuluhan Kesehatan Lingkungan
 - Pemeriksaan Kualitas Air
 - Monitoring Sekolah

- e. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
 - ANC dan Nifas
 - Pelayanan KB
 - Posyandu dan Immunisasi bayi
 - Melaksanakan pelayanan tumbuh kembang bayi dan balita (SDIDTK)
 - Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)
 - Pelayanan deteksi dini kanker cervik (IVA)
- f. Peran Serta Masyarakat
 - Pos Binaan Terpadu (Posbindu)
 - Poskesdes
 - Desa siaga
- g. Gizi Masyarakat
 - Konsultasi Gizi
 - Konseling ASI Eksklusif
 - Pemberian Makanan Tambahan (PMT)
 - Pemberian tablet besi (90 tablet) pada ibu hamil
 - Pemberian tablet tambah darah pada remaja putri
 - Pemantauan Status Gizi Balita, Ibu Hamil dan WUS
 - Investigasi dan intervensi kasus gizi buruk
- h. Kesehatan Keluarga
 - Family assessment and family folder
 - Diagnostic holistic
 - Home visit dan home care
 - Prinsip dan rencana tatalaksana

B. PANDUAN BELAJAR

| | |
|-----------|---|
| No. Modul | : 01 |
| TOPIK | : Manajemen Pelayanan Kesehatan |
| SUB TOPIK | : Manajemen Pelayanan Kesehatan di Puskesmas |

TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

1. Kognitif, mahasiswa mampu:

- a. Menjelaskan penerapan fungsi manajemen di puskesmas
(*planning, organizing, actuating, controlling*)

- b. Menjelaskan subsistem manajemen logistik
 - c. Menjelaskan subsistem manajemen personalia
 - d. Menjelaskan subsistem pencatatan dan pelaporan program
 - e. Menjelaskan standar keberhasilan puskesmas
- 2. Psikomotorik**, mahasiswa mampu:
- a. Melakukan analisis masalah terhadap manajemen pelayanan kesehatan di puskesmas
 - b. Mencari *alternative* pemecahan masalah terhadap manajemen pelayanan kesehatan di puskesmas
 - c. membuat plan of action berdasarkan alternative pemecahan masalah yang didapat
- 3. Afektif**
Mahasiwa responsif terhadap permasalahan manajemen pelayanan kesehatan yang ada di puskesmas

RINGKASAN MATERI

A. Pendahuluan

Manajemen puskesmas merupakan bagian dari tatanan administrasi kesehatan di bawah koordinasi Dinkes Kabupaten/Kota seharusnya diintegrasikan ke dalam strategi pengembangan kabupaten sehat 2010. Dengan demikian, gerakan reformasi puskesmas di Indonesia sejalan dengan gerakan reformasi kesehatan di tingkat kabupaten/Kota.

B. Fungsi Manajemen di Puskesmas

- 1. **Planning** dan perencanaan tingkat puskesmas
- 2. **Organizing**: struktur organisasi, pembagian tugas, pembagian wilayah kerja, dan pengembangan program puskesmas
- 3. **Actuating**; lokakarya mini puskesmas, kepemimpinana, motivasi kerja, koordinasi, komunikasi melalui rapat rutin bulanan untuk membahas aktivitas harian dan kegiatan program.
- 4. PWS KIA, supervise, monitoring, audit internal keuangan puskesmas dan evaluasi atau Penilaian Kinerja Puskesmas.

C. Subsistem Manajemen logistik

- 1. Jenis logistik

Logistik yang tersedia di puskesmas direncanakan untuk menunjang pelaksanaan kegiatan program pokok puskesmas. Setiap program membutuhkan dukungan logistik yang mencukupi. Jumlah dan jenis dukungan logistik bisa berbeda-beda setiap program. Misalnya program Penanggulangan Penyakit Menular (P2M) membutuhkan

vaksin, termos, kulkas, jarum dan spuit, thermometer, alat semprot nyamuk untuk pemberantasan vector.

2. Sumber

Untuk lebih praktisnya, kebutuhan logistic puskesmas di kabupaten/kota Biasanya disediakan oleh pihak kantor dinas kesehatan kabupaten/kota dan BKKBN (khususnya program KB).

3. Pencatatan dan pelaporan

Pencatatan penerimaan dan pengeluaran barang harus dibuat oleh petugas dalam bentuk inventaris puskesmas, demikian pula dengan penerimaan dan pemakaian obat-obatan. Pimpinan puskesmas mempunyai wewenang dan wajib memeriksa administrasi barang dan obat didasarkan pada pencatatan barang dan obat yang habis dan yang masih tersedia.

D. Substiem Pencatatan dan Pelaporan Program

Setiap program akan menghasilkan data. Data perlu dicatat, dianalisis dan dibuat laporan. Data ini adalah data siap pakai karena sudah dipresentasikan dalam bentuk tabel, grafik atau dilaporkan secara naratif. Jenis pencatatan kegiatan harian program puskesmas dapat dibagi berdasarkan lokasi pencatatan yaitu, pencatatan di dalam dan di luar gedung puskesmas.

Pelaporan yang dibuat di dalam gedung puskesmas adalah semua data yang diperoleh dari pencatatan kegiatan harian program yang dilaksanakan di dalam gedung puskesmas seperti data BP, pol gigi, farmasi, laboratorium, KIA, KB, Kesehatan Jiwa dan sebagainya. Data yang berasal dari luar gedung seperti dari program Posyandu, UKS, *Public Health Nursing* (PHN), Penyuluhan Kes Mas/kedokteran komunitas, Kesehatan lingkungan dan P2M. Pencatatan harian masing-masing program puskesmas dikompilasi menjadi laporan dalam Sistem pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP)

E. Standard Keberhasilan Puskesmas

Dinkes Kabupaten/kota dan propinsi secara rutin menetapkan target atau standar keberhasilan masing-masing kegiatan program. Standar pelaksanaan program ini juga merupakan standar unjuk kerja stall Standar unjuk kerja juga merupakan ukuran kualitatif keberhasilan program. Tingkat keberhasilan program secara kuantitatif diukur dengan membandingkan target yang sudah ditetapkan dengan output (cakupan pelayanan) kegiatan program.

F. Referensi

1. A.A. Gde Muninjaya, *manajemen* kesehatan. 2004. ed 2. EGC.

Bandung

2. M Last, John. Public Health and Human Ecology. 1997. 2nd ed,, Appleton & Lange, USA
3. Azwar A. Administrasi kesehatan.1996. ed 3.Binarupa Aksara.Jakarta

G. Tugas

1. Melakukan analisis situasi di puskesmas (struktur organisasi, program, target program, dan perencanaan program)
2. Mempelajari sistem *monitoring* dan supervisi di puskesmas
3. Mempelajari sistem pencatatan dan pelaporan di puskesmas

No. Modul : 02

TOPIK : **Sistim Pembiyaaan Kesehatan**

SUB TOPIK : **Sistim Pembiayaan Masyarakat Miskin**

TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

1. Kognitif, mahasiswa mampu :

- a. Menjelaskan jenis anggaran pembiayaan kesehatan di puskesmas
- b. Menjelaskan sumber biaya di puskesmas
- c. Menjelaskan sistem pembiayaan melalui asuransi kesehatan
- d. Menjelaskan sistem pembiayaan bagi masyarakat miskin

2. Psikomotorik mahasiswa mampu:

- a. Melakukan *problem solving cycle* masalah sumber pembiayaan kesehatan di puskesmas
- b. Melakukan identifikasi masalah pelayanan asuransi kesehatan masyarakat miskin di puskesmas

3. Afektif

Responsif terhadap permasalahan pembiayaan kesehatan terutama untuk masyarakat miskin

RINGKASAN MATERI

A. Pendahuluan

Terdapat empat sumber utama pembiayaan kesehatan:

1. pemerintah
2. swasta
3. masyarakat dalam bentuk pembayaran langsung (*fee for services*) dan asuransi
4. sumber-sumber lain dalam bentuk hibah atau pinjaman dari luar negeri

B. Subsistem Manajemen Keuangan di Puskesmas

1. Jenis anggaran

Anggaran yang digunakan untuk mendukung pengembangan kegiatan program puskesmas terdiri dari dana rutin (gaji pegawai) dan danaoperasional proyek untuk masing-masing program

2. Sumber

Sejak otonomi daerah ditetapkan berdasarkan UU no 22 dan 25 tahun 1999, sumber dana untuk program puskesmas sebagian besar dari APBD kabupaten dan kota. Hanya sebagian kecil saja dana yang bersumber dari APBN

3. Pencatatan dan pelaporan

Pimpinan puskesmas menunjuk seorang atau dua orang stafnya untuk menjadi bendahara puskesmas. Mereka ditugaskan untuk mencatat dan melaporkan semua dana yang diterima dan yang dikeluarkan oleh puskesmas, terdiri dari bendahara rutin dan bendahara Kegiatan

C. Asuransi Kesehatan

Asuransi adalah suatu mekanisme pengalihan resiko (sakit) dan resiko perorangan menjadi resiko kelompok, dengan cara mengalihkan resiko individu menjadi resiko kelompok, beban ekonomi yang harus dipikul oleh masing-masing peserta asuransi akan lebih ringan tetapi mengandung kepastian karena memperoleh jaminan. Asuransi kesehatan yang ada di puskesmas adalah:

1. Asuransi sosial PNS

2. Asuransi masyarakat miskin

D. Tugas

1. Mengidentifikasi jenis-jenis pembiayaan kesehatan masyarakat miskin

2. Syarat bagan pengguna dan mekanisme pelayanan

3. Realisasi cakupan kunjungan dan realisasi keuangan

4. Maslaah dan kendala

No. Modul : 03

TOPIK : **Biostatistik dan Epidemiologi**

SUB TOPIK : **Parameter Epidemiologi dan Pemecahan Masalah Kesehatan**

TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

1. Kognitif, mahasiswa mampu :

- a. Menjelaskan ukuran-ukuran penyakit (*insidens, prevalens, attack rate, secondary attack rate*) dan penggunaannya.
- b. Menjelaskan beberapa ukuran-ukuran kematian (Angka Kematian Anak, Angka Kematian Ibu, Angka Kematian Balita, dan Angka Kefatalan Penyakit) dan penggunaannya.
- c. Menjelaskan faktor-faktor yang menyebabkan variasi-variasi setiap pengukuran
- d. Menjelaskan sistem pencatatan dan pelaporan penyakit dan kematian di Puskesmas
- e. Menjelaskan langkah-langkah pemecahan masalah di tingkat pelayanan primer.

2. Psikomotor, mahasiswa :

- a. Dapat menghitung angka *Insidens, Prevalens, Attack Rate* dan *Secondary Attack Rate* untuk penyakit serta interpretasinya.
- b. Dapat menghitung Angka Kematian Bayi, Angka Kematian Ibu, Angka Kematian Balita dan Angka Kefatalan Penyakit serta interpretasinya
- c. Dapat melakukan pencatatan dan pelaporan penyakit dan kematian di Puskesmas
- d. Dapat menerapkan langkah-langkah pemecahan masalah kesehatan di Puskesmas.

3. Afektif, mahasiswa :

- a. Dapat melakukan kegiatan dengan semangat yang tinggi dan tertib.
- b. Dapat melakukan kegiatan dengan benar dibawah bimbingan dosen pembimbing

RINGKASAN MATERI

Pengukuran tentang frekuensi masalah kesehatan dapat dilakukan dari hasil penemuan masalah kesehatan yang ada di masyarakat. Tentu saja, ketepatannya amat dipengaruhi sekali oleh kelengkapan data tentang masalah kesehatan yang dikumpulkan.

Ditinjau dari segi epidemiologi, upaya mengukur frekuensi masalah kesehatan ini termasuk dalam epidemiologi deskriptif, karena hanya bersifat menggambarkan tentang jumlah masalah kesehatan yang ditemukan saja. Dengan diketahuinya frekuensi masalah kesehatan tersebut, akan dapatlah diketahui keadaan masalah kesehatan yang dihadapi oleh masyarakat, untuk kemudian dicarikan jalan keluar untuk mengatasinya.

Dalam pengukuran masalah kesehatan, ada beberapa hal yang harus diperhatikan yakni :

1. Mengupayakan agar masalah kesehatan yang akan diukur adalah

masalah yang ingin diukur, sehingga datanya mencerminkan keadaan yang sebenarnya.

2. Mengupayakan agar semua masalah kesehatan yang akan diukur dapat masuk dalam pengukuran, sehingga menjamin kelengkapan data.
3. Mengupayakan agar penyajian data hasil pengukuran adalah memberikan keterangan yang optimal.

A. Insidens

Insidens adalah gambaran tentang frekuensi penderita baru suatu penyakit yang ditemukan pada suatu waktu tertentu disatu kelompok masyarakat. Angka insiden ini hanya dapat dihitung pada suatu penelitian yang bersifat longitudinal saja, karena untuk menghitung angka insiden diperlukan dua angka, yakni jumlah penderita baru disatu pihak serta jumlah penduduk yang mungkin terkena penyakit baru tersebut (*population at risk*) dilain pihak. Angka insiden dapat dibedakan atas tiga macam yakni, *incidence rate*, *attack rate* dan *secondary attack rate*.

B. Prevalens

Prevalen adalah gambaran tentang frekuensi penderita lama dan baru yang ditemukan pada suatu jangka waktu tertentu di sekelompok masyarakat tertentu. Secara umum nilai prevalen dibedakan atas dua macam :

1. Point Prevalence Rate

Point prevalence rate ialah jumlah penderita lama dan baru pada satu saat dibagi dengan jumlah penduduk pada saat yang sama dalam persen atau permil. Nilai *point prevalence rate* sering disebut nilai *prevalence rate* saja, dan dapat dipergunakan untuk mengetahui mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan.

2. Period Prevalence Rate

Period prevalence rate ialah jumlah penderita lama dan baru suatu penyakit yang ditemukan pada suatu jangka waktu tertentu dibagi dengan jumlah penduduk pada pertengahan jangka waktu yang bersangkutan dalam persen atau permil

Angka Kematian Bayi (AKB)

AKB yaitu jumlah bayi (berumur dibawah 1 tahun) yang meninggal dalam satu tahun dibagi dengan jumlah kelahiran hidup dalam permil.

Angka Kematian Ibu (AKI)

AKI yaitu jumlah kematian ibu karena hamil, persalinan dan masa nifasdibagi dengan jumlah kelahiran hidup dalam permil.

Case Fatality Rate (CFR)

CFR yaitu jumlah seluruh kematian karena satu penyebab dalam jangka waktu tertentu dibagi dengan jumlah seluruh penderita pada waktu yang sama dalam persen.

Pencatatan dan pelaporan di puskesmas yaitu sesuai dengan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP)

C. Langkah-langkah Pemecahan Masalah

Pengumpulan data - pengolahan data - masalah kesehatan - prioritas masalah - program - implementasi - evaluasi - pengumpulan data.

D. Referensi

1. Azrul Azwar, *Pengantar Epidemiologi*, Binarupa Aksara, Jakarta, 1988.
2. Richard F. Morton, *Bimbingan Studi tentang Epidemiologi dan Biostatika*, Djambatan, Jakarta, 1996.
3. Lilienfield, *Foundation of Epidemiology*, Newyork, 1980.

E. Tugas

1. Melakukan pengumpulan data sekunder di puskesmas untuk diagnosis masalah kesehatan masyarakat berdasarkan indikator-indikator pelayanan kesehatan.
2. Membuat solusi dengan alternatif yang sesuai dengan sumber daya yang ada di puskesmas.

| | |
|-----------|---------------------------------------|
| No. Modul | : 04 |
| TOPIK | : Kesehatan Lingkungan |
| SUB TOPIK | : Penyakit Berbasis Lingkungan |

TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

1. Kognitif, mahasiswa mampu :

- a. Mengidentifikasi penyakit-penyakit berbasis lingkungan yang ditemukan di masyarakat.
- b. Menjelaskan kebijakan daerah tentang penyakit berbasis lingkungan.
- c. Menjelaskan pengelolaan penyakit berbasis lingkungan di pelayanan tingkat pertama.
- d. Menjelaskan upaya preventif dan promotif untuk penyakit berbasis lingkungan
- e. Menjelaskan **pencatatan dan pelaporan** penyakit berbasis

lingkungan

2. Psikomotor, mahasiswa mampu :

- a. Menyelesaikan masalah dalam bidang penyakit yang berbasis lingkungan
- b. Merencanakan pengelolaan terhadap masalah kesehatan yang bersumber lingkungan
- c. Melakukan penyuluhan di dalam dan di luar gedung untuk Penyakit berbasis lingkungan

3. Afektif, mahasiswa mampu :

- a. Bersikap cepat tanggap terhadap lingkungan yang berpotensi menimbulkan penyakit di masyarakat.
- b. Bersikap bijaksana menghadapi perilaku masyarakat dalam pengelolaan lingkungan untuk kesehatan

RINGKASAN MATERI

Upaya pemberantasan penyakit berbasis lingkungan semaldn relevan dengan diterapkannya Paradigma Sehat dalam rangka upaya meningkatkan kesehatan di masa mendatang. Penyakit seperti ISPA, diare, penyakit kulit, dll merupakan contoh dari penyakit berbasis lingkungan. Untuk pencegahan dan pemberantasan penyakit tersebut harus melalui upaya perbaikan-lingkungan dan perubahan perilaku ke arah yang lebih baik. Hal ini sesuai dengan paradigma sehat yang lebih menekankan upaya promotif dan preventif. Salah satu upaya terobosan yang dilakukan Departemen Kesehatan untuk mengatasi penyakit berbasis lingkungan adalah melalui klinik sanitasi.

Klinik sanitasi merupakan tempat bagi masyarakat untuk mengatasi permasalahan kesehatan lingkungan. Kegiatan yang dilakukan dapat berupa bimbingan, konseling dan bantuan teknis dari petugas sanitasi puskesmas. Klinik sanitasi bukanlah merupakan unit pelayanan yang berdiri sendiri, tetapi sebagai bagian integral dari kegiatan Puskesmas.

Pelaksanaan klinik sanitasi memiliki tujuan yaitu :

1. Terciptanya keterpaduan kegiatan lintas program dan lintas sektor dalam program pemberantasan penyakit menular dan penyehatan lingkungan dengan memberdayakan masyarakat.
2. Meningkatkan pengetahuan, kesadaran, kemampuan dan perilaku masyarakat untuk mewujudkan lingkungan dan perilaku hidup bersih dan sehat.
3. Meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemauan masyarakat untuk mencegah dan menanggulangi penyakit berbasis lingkungan serta

masalah kesehatan dengan sumber daya yang ada.

4. Menurunkan angka penyakit berbasis lingkungan dan meningkatkan kondisi kesehatan lingkungan.

Sasaran kegiatan klinik sanitasi adalah :

1. Penderita yang berhubungan dengan masalah kesehatan lingkungan yang datang ke puskesmas.
2. Masyarakat yang memiliki masalah kesehatan lingkungan yang datang ke puskesmas.
3. Lingkungan, yang menjadi penyebab masalah kesehatan masyarakat.

Apabila ditemui pasien menderita penyakit yang berhubungan erat dengan lingkungan di puskesmas, maka pasien dirujuk ke klinik sanitasi. Di sini dilakukan konseling dan wawancara untuk melihat kaitan penyakit dengan lingkungan dan perilaku. Setelah memberikan saran tindak lanjut, petugas membuat kesepakatan dengan pasien untuk kunjungan rumah/lapangan.

Sedangkan masyarakat umum yang akan berkonsultasi tentang permasalahan yang berkaitan dengan lingkungan, maka dilakukan perjanjian untuk kunjungan rumah.

Hasil temuan dan kegiatan terhadap penyakit berbasis lingkungan selanjutnya disampaikan pada forum lokakarya mini dengan seluruh petugas kesehatan yang ada di puskesmas. Hal ini bertujuan untuk membahas dan mencari jalan penyelesaian terhadap masalah yang ada secara terintegrasi dan komprehensif.

Penyelesaian masalah kesehatan lingkungan, seperti yang menimpa sekelompok keluarga atau kampung dapat dilaksanakan secara musyawarah dan gotong royong oleh masyarakat dengan bimbingan teknis dari petugas sanitasi puskesmas dan lintas sektor terkait. Jika tidak selesai karena dibutuhkan biaya yang cukup besar, maka penyelesaiannya dianjurkan untuk mengikuti mekanisme perencanaan yang ada, mulai dari tingkat desa hingga kabupaten/kota.

Referensi

1. Depkes RI, Standar Prosedur Operasional Klinik Sanitasi, Ditjen P2MPLP, 2002
2. Depkes RI, Pedoman Pelaksanaan Klinik Sanitasi untuk Puskesmas, Ditjen P2MPLP, 2000.

Tugas

1. Mengidentifikasi kejadian penyakit berbasis lingkungan yang ditemukan di pelayanan tingkat pertama.
2. Mengambil satu kasus penyakit berbasis lingkungan serta menyusun

- rencana pengelolaannya.
3. Melakukan penyuluhan bertopik penyakit berbasis lingkungan di dalam atau di luar gedung
 4. Menjelaskan pencatatan dan pelaporan penyakit berbasis lingkungan di puskesmas

| | |
|-----------|--------------------------|
| No. Modul | : 05 |
| TOPIK | : Gizi |
| SUB TOPIK | : Gizi Masyarakat |

TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

1. Kognitif, mahasiswa mampu:

- a. Mengidentifikasi masalah gizi yang ditemukan dimasyarakat
- b. Menjelaskan program daerah dalam penanganan masalah gizi.
- c. Menjelaskan pengelolaan masalah gizi buruk dipelayanan tingkat pertama.
- d. Menjelaskan upaya preventif dan promotif tentang masalah gizi masyarakat
- e. Menjelaskan pencatatan dan pelaporan beberapa program gizi di puskesmas.

2. Psikomotor, mahasiswa mampu:

- a. Melakukan pengukuran status gizi.
- b. Merencanakan pengelolaan masalah gizi di masyarakat.
- c. Melakukan penyuluhan tentang gizi pada masyarakat.

3. Afektif, mahasiswa mampu :

- a. Bersikap cepat tanggap terhadap akan timbulnya masalah gizi di masyarakat.
- b. Bersikap empati terhadap individu yang mengalami permasalahan gizi

RINGKASAN MATERI

Sejak tahun 1974 di Indonesia pada umumnya Propinsi Sumatera barat pada khususnya telah diidentifikasi 4 masalah kekurangan gizi yakni kekurangan energi protein, anemia kekurangan zat besi, gangguan akibat kekurangan yodium (GAKY) dan defisiensi Vitamin A (Kodyat, 1998).

Masalah gizi kurang merupakan masalah yang besar dan cukup lama di Sumatera Barat. Pada tahun 1979 terdapat 16% anak yang menderita gizi buruk, yang menurun menjadi 8,6% pada tahun 1994. Namun pada waktu

krisis moneter 1997 penderita gizi buruk meningkat lagi menjadi 10,9 % (Agus, 1999).

Data SUSENAS TAHUN 2000 menunjukkan masih terdapat sekitar 9,5% penderita gizi buruk di Sumatera Barat. Data ini menunjukkan tidak adanya perubahan kualitas dan kuantitas kesehatan di Indonesia, di Sumatera Barat khususnya.

Salah satu dampak krisis ekonomi yang dialami tahun 1997 adalah peningkatan inflasi, disamping terjadi pula gangguan produksi pangan dan distribusi bahan pangan. Akibatnya proporsi penduduk miskin meningkat kembali menjadi hampir 49 % atau sekitar 80 juta jiwa dan kelangkaan pangan terjadi diberbagai daerah, yang mengakibatkan gangguan keamanan ditingkat rumah tangga miskin dan berakibat meningkatnya kekurangan gizi terutama pada kelompok rentan (SKPG, 1998).

Kekurangan gizi tidak terjadi secara acak serta tidak terdistribusi secara merata di tengah masyarakat disebabkan banyaknya faktor yang mempengaruhi timbulnya masalah gizi. Masalah gizi merupakan masalah multifaktorial. Berbagai penyebab gizi kurang telah teridentifikasi seperti faktor biologis, pangan, perawatan ibu, kualitas pelayanan kesehatan, sanitasi lingkungan, pendidikan, kuantitas dan kualitas sumber daya manusia, faktor ekonomi, budaya, geografi, iklim dan faktor politik (Sanjur, 1982; Jeliffe, 1989; UNICEF, 1998).

Dari berbagai faktor tersebut, masalah gizi seringkali dikaitkan dengan sindroma kemiskinan. Sehingga telah berbagai ragam program penanggulangan masalah GIZI KURANG yang dilakukan oleh pemerintah yang bertujuan membantu keluarga miskin seperti Program Jaringan Sosial (JPBSK) yang diluncurkan sejak krisis moneter ditahun 1997. Di samping itu, telah banyak usaha pemerintah untuk menanggulangi masalah gizi.

Beberapa program lain yang selama ini telah dijalankan untuk penanggulangan masalah gizi di Indonesia antara lain revitalisasi posyandu, pemberian dan peningkatan Makanan Pendamping ASI (MP ASI), penyuluhan untuk meningkatkan KIE masyarakat tentang rawan pangan dan gizi. Namun masih banyak kendala yang terjadi pada pelaksanaan program tersebut yang mengakibatkan belum membaiknya masalah gizi di Indonesia.

Kualitas pelayanan kesehatan adalah salah satu faktor yang berhubungan erat dengan masalah gizi. Di tingkat Kabupaten/Kotamadya dan tingkat kecamatan telah dibentuk satu unit yang disebut Tim Pangan Gizi (TPG) yang bertugas berwenang menangani masalah gizi. Tujuan pembentukan TPG adalah dalam upaya penurunan masalah GIZI KURANG. Namun selama ini dirasa TPG tidak cukup menjangkau seluruh wilayah

kabupaten dan kecamatan. Hal ini dapat disebabkan tenaga yang tidak mencukupi, terutama yang mempunyai wilayah kerja cukup luas.

Di tingkat desa telah tersedia beberapa tenaga kesehatan diantaranya bidan dan perawat yang bertempat tinggal didesa. Seperti bidan bertugas menangani masalah ibu hamil, persalinan dan bayi. Dan pemantauan dilapangan didapatkan bahwa masih banyak bidan di desa yang hanya menangani persalinan kurang dari 3 persalinan pertahun, sehingga tenaga dan potensi bidan dan perawat sebenarnya masih dapat lebih diberdayakan untuk masalah kesehatan lain di tingkat desa, seperti masalah balita GIZI KURANG ataupun pos rawat masih dirasa sangat kurang.

Anak seringkali telah jatuh padakeadaan gizi buruk dengan komplikasi pada saat dirujuk ke Puskesmas ataupun penanganan setelah kembali kerumah. Seringkali hanya dalam jarak waktuyang sangat singkat anak yang telah kembali dari perawatan akan kembali jatuh ke keadaan seperti sebelum dirawat oleh karena perawatan di rumah tidak memadai. Ibu tidak mendapatkan pengetahuan dan keterampilan yang cukup untuk merawat anak setelah kembali ke rumah, sedangkan TPG yang ada ditingkat kecamatan ataupun petugas kesehatan lain tidak dapat menjangkau kebutuhan masyarakat di tingkat desa.

Topik Diskusi

1. Gizi Kurang

- a. Kurang Energi Protein
 - Total Jumlah penderita KEP
 - Jumlah Posyandu dan Statifikasinya
 - Jumlah KEP menurut standar : BB/U, TB/U, BB/TB
 - Persentase masing-masing Balok SKDN (D/S, N/D, B GM/D, dst)
 - Program Penanggulangan KEP di Puskesmas - Jenis PMT
- b. Anemia
 - Jumlah penderita anemia : ibu hamil, anak sekolah, remaja, wanita usia produktif
 - Pemeriksaan Hb di KIA
 - Jenis pemeriksaan ANC di KIA - Distribusi tablet Fe
- c. GAKY
 - Total Goiter Rate
 - Program penanggulangan GAKY - Garam Yodium
 - Pemeriksaan TGR di sekolah
- d. Kurang Vitamin A
 - Jumlah penderita

- Pemberian Tablet Vitamin A dosis Tinggi
- Promosi

2. Gizi Lebih

- a. Besar Masalah : Obesitas, Hipertensi, Diabetes Melintus di Puskesmas
- b. Promosi pencegahan Obesitas dan faktor resiko
- c. Program *PUGS (Pedoman Umum Gizi Seimbang)*
- d. Program Kadarzi

Referensi

1. Depkes RI, Pemantauan Status Gizi Anak balita, 2002
2. Fasli Jalal, Analisis Masalah Gizi, 2005
3. I Wayan, Penilaian Status Gizi, 2004

| | |
|-----------|---------------------------------|
| No. Modul | : 06 |
| TOPIK | : Peran Serta Masyarakat |
| SUB TOPIK | : Posyandu |

TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

1. Kognitif, mahasiswa mampu:

- a. Menjelaskan program pemerintah terhadap peran serta masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan.
- b. Menjelaskan peran puskesmas dalam membina peran serta masyarakat dalam organisasi PKK, PKMD dan Kader
- c. Menjelaskan Program-program yang berkaitan dengan adanya peran serta masyarakat dalam sektor kesehatan seperti Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) antara lain; posyandu balita, posyandu lansia, desa siaga dll

2. Psikomotor, mahasiswa mampu:

- a. Melakukan pengelolaan program UKBM
- b. Melakukan pembinaan program UKBM
- c. Mengenali dan mengantisipasi perilaku masyarakat seperti aspek sosial budaya dalam upaya peningkatan pemberdayaan masyarakat

3. Attitude, mahasiswa mampu:

- a. Cepat tanggap terhadap permasalahan yang timbul dalam pengelolaan organisasi UKBM
- b. Bersikap bijaksana menghadapi perilaku masyarakat dalam membina organisasi UKBM

RINGKASAN MATERI

Menurut UU Kesehatan Bab VII tentang Peran Serta Masyarakat:

Pasal 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 cepat lebih berdayaguna dan berhasilguna.
- (3) Ketentuan mengenai syarat dan tata cara peran serta masyarakat di bidang kesehatan ditetapkan dengan Peraturan Pemerintah.

Pasal 72

- (4) 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.
- (5) Ketentuan mengenai pembentukan, tugas pokok, fungsi dan tata kerja Badan Pertimbangan Kesehatan Nasional ditetapkan dengan Keputusan Presiden.

Kesehatan RI, merupakan bentuk implementasi dalam rangka mencapai visi baru Departemen Kesehatan yaitu **Masyarakat yang Mandiri untuk Hidup Sehat**. Salah satu point penting dalam konsep ini sebagaimana tercantum dalam grand strategy adalah keikutsertaan, keterlibatan dan peran serta masyarakat (PSM) secara aktif dibidang pembangunan kesehatan. Hal ini menjadi sesuatu yang penting, sebab berhasil atau tidaknya program kesehatan sangat ditentukan oleh peran serta masyarakat. Oleh karena itu, dalam pelaksanaan kegiatan program kesehatan harus berlandaskan pada prinsip pokok, yaitu pengikutsertaan potensi masyarakat yang berlandaskan pada 'dari, oleh, untuk' masyarakat.

Pentingnya peran serta masyarakat dalam program-program kegiatan pembangunan kesehatan, tidaklah bisa dipungkiri. Hasil observasi, pengalaman lapangan hingga keberhasilan cakupan suatu program yang telah dianalisis membuktikan bahwa peran serta masyarakat sangat menentukan terhadap keberhasilan, kemandirian dan kesinambungan pembangunan kesehatan. Penyebabnya ada dua faktor, pertama: dapat menumbuhkan rasa memiliki (*sence of belonging*) dan faktor kedua: kesinambungan (*continuity*) pelaksanaan program kesehatan. Dengan demikian, maka sebaiknya dan seyogianya pengorganisasian kegiatan

masyarakat dalam pembangunan kesehatan harus dilakukan oleh masyarakat itu sendiri.

Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) adalah wujud nyata peran serta mereka dalam pembangunan kesehatan. Berbagai bentuk UKBM telah kita kenal selama ini, seperti Posyandu, Polindes, Dana Sehat dan sebagainya. Untuk itu perlu didorong dan dipacu untuk munculnya inovasi baru berbagai bentuk UKBM lainnya.

Dengan demikian maka peran serta masyarakat dalam program-program kesehatan bukanlah sesuatu yang baru. Sebab sudah kita ketahui bahwa wujud nyata peran serta mereka dalam bentuk-bentuk UKBM telah ada sebelumnya. Persoalannya adalah bagaimana mengoptimalkan dan mengefektifkan peran serta masyarakat dalam bentuk UKBM yang sudah ada, senantiasa mendorong munculnya UKBM bentuk baru. Disinilah fungsi penting tenaga/petugas kesehatan untuk senantiasa melakukan pembinaan terhadap peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan untuk lebih mempercepat proses tumbuh-kembangnya peran serta masyarakat serta lebih menajamkan tujuan yang ingin dicapai dalam pembangunan kesehatan.

Berbagai metode telah banyak ditawarkan oleh para ahli berkaitan dengan penggerakan dan pengorganisasian peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan, seperti ***Participatory Rural Appraisal*** (PRA), Manajemen ARRIF, dan masih banyak lagi yang lainnya. Namun demikian, yang harus disadari oleh petugas kesehatan bahwa prinsip pokok pengorganisasian peran serta masyarakat adalah prinsip ..dari..oleh.. dan untuk.. masyarakat. Hal ini haruslah dipahami secara benar oleh petugas tenaga kesehatan dalam melakukan tugas dan fungsinya sebagai pembina peran serta masyarakat. Sebagai petugas atau tenaga kesehatan yang mengetahui betul bahwa kesehatan masyarakat itu sangat ditentukan oleh partisipasi masyarakat yang nota-bene sangat luas variasinya, maka petugas kesehatan dituntut untuk selalu bersikap arif dan bijaksana dalam melakukan fungsi pembinaan.

Ada dua hal kekhususan yang dimiliki oleh peran serta masyarakat, yaitu: **Pertama**, peran serta masyarakat dalam program kesehatan masyarakat sangat erat kaitannya dengan aspek-aspek sosial budaya masyarakat yang bersangkutan. Oleh sebab itu, pola penggerakan dan pengorganisasian partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan tidak dapat digeneralisasi dari suatu tempat dengan tempat lain. Sebagai contoh adalah penanganan balita gizi buruk, dari aspek kedokteran maka penanganan kasus tersebut (protap) adalah sama, akan tetapi tidaklah sama ketika tinjau dari aspek kesehatan masyarakat yang mengharapkan adanya peran serta

masyarakat dalam menangani kasus balita gizi buruk. Oleh sebab itu, dengan adanya kekhususan ini menuntut petugas/tenaga kesehatan jeli dalam melakukan analisis terhadap pola penggerakannya.

Kedua, bidang gerak peran serta masyarakat sangat bervariasi dan amat luas sehingga tidaklah mungkin menerapkan suatu pola sebagai suatu keharusan yang sifatnya mutlak. Dengan demikian fungsi petugas kesehatan lebih pada peletakan dasar atau kerangka berfikir, sementara contents lebih diserahkan kepada masyarakat itu sendiri untuk mengembangkannya. Dengan demikian diharapkan pola penggerakan dan pengorganisasian peran serta masyarakat dalam suatu kegiatan harus sesuai dengan kebutuhan (needs) dan tuntutan (demands) masyarakat itu sendiri.

Secara umum, mengoptimalkan peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan adalah mengikuti kaidah-kaidah manajemen dari planning, organizing, actuality, dan controlling. Dalam implementasinya tentu saja sifatnya tidaklah kaku apalagi sama persis dengan kaidah-kaidah manajemen yang dilakukan pada organisasi bisnis, sebab peran serta masyarakat lebih bersifat partisipatif yang memiliki kekhususan-kekhususan yang sangat dipengaruhi oleh aspek-aspek lain. Oleh karena itu, perlu suatu model manajemen yang bernuansa peran serta masyarakat dimana model ini tidak sepenuhnya mengacu pada berbagai macam teori manajemen secara umum. Akan tetapi lebih menitik beratkan pada apa yang selama ini terjadi sesuai dengan kebutuhan dan tuntutan masyarakat itu sendiri, sehingga perencanaan yang muncul adalah bersifat perencanaan dari bawah *bottom up planning*.

Secara ringkas, dalam rangka mengoptimalkan peran serta masyarakat dalam program nasional Desa Siaga, maka perlu pendekatan-pendekatan yang sifatnya edukatif pada pengorganisasian dan penggerakannya, yaitu:

1. Meletakkan atau menempatkan posisi perangkat organisasi (Puskesmas, LSM) pada fungsi fasilitator dan motivator yang disebut sebagai *internal approach*. Tujuannya adalah mempersiapkan perangkat yang akan melaksanakan program kemasyarakatan sehingga program dapat berjalan baik.
2. *External approach*, yaitu pendekatan yang dilakukan dalam rangka mencari dukungan moral maupun materiil dengan sasaran adalah tokoh-tokoh masyarakat baik tokoh formal maupun non-formal yang berada di wilayah tempat dimana program itu dilaksanakan.
3. Survei Mawas Diri, yaitu suatu metode yang dilakukan oleh masyarakat itu sendiri dalam rangka mengidentifikasi dan mengenal sendiri masalah-masalah yang dihadapinya. Harapannya adalah pola

penggerakannyapun akan sesuai dengan kebutuhan dan tuntutan yang ada di masyarakat. Metode ini sering disebut juga dengan penelitian kemasyarakatan mandiri (*community self survey*).

4. *Bottom up planning*, yaitu suatu perencanaan yang dilakukan dari bawah (red.Masyarakat) melalui suatu mekanisme musyawarah masyarakat setempat (*village community meeting*) dari tingkat kelompok kecil (RT) sampai pada masyarakat desa. Dalam mekanisme ini, selain perencanaan yang sifatnya dari bawah, juga diharapkan adanya pemecahan masalah (*solution implementation*) yang merupakan suatu kesepakatan bersama.

Dengan pendekatan edukatif dan memahami akan prinsip pokok pengorganisasian dan penggerakan peran serta masyarakat sebagaimana dijelaskan diatas, maka peran serta masyarakat dalam konsep desa siaga yang telah dicanangkan sebagai program nasional akan menjadi optimal.

| | |
|-----------|---|
| No. Modul | : 07 |
| TOPIK | : Perilaku/ Lifestyle |
| SUB TOPIK | : Penyakit yang diakibatkan oleh perilaku/lifestyle: penyakit jantung, pernafasan, HIV/AIDS akibat merokok, minuman keras, <i>drug abuse</i> |

TUJUAN PEMBELAJARAN KHUSUS

1. Kognitif, mahasiswa mampu:

- a. Mengidentifikasi penyakit-penyakit yang berbasis pada perilaku/lifestyle
- b. Menjelaskan kebijakan pemerintah tentang penyakit yang berbasis perilaku/lifestyle
- c. Menjelaskan pengelolaan penyakit berbasis perilaku/lifestyle di pelayanan kesehatan tingkat pertama
- d. Menjelaskan upaya preventif dan promotif untuk penyakit berbasis perilaku/lifestyle
- e. Menjelaskan pencatatan dan pelaporan penyakit berbasis perilaku/lifestyle

2. Psikomotor, mahasiswa mampu:

- a. Menjelaskan masalah dalam bidang penyakit yang berbasis perilaku/lifestyle
- b. Merencanakan pengelolaan terhadap masalah kesehatan yang berbasis perilaku/lifestyle

- c. Melakukan penyuluhan di dalam dan di luar gedung untuk penyakit yang berbasis perilaku/lifestyle

3. Afektif, mahasiswa mampu:

- a. Bersikap cepat tanggap terhadap perilaku/lifestyle yang berpotensi menimbulkan penyakit
- b. Bersikap bijaksana menghadapi perilaku/lifestyle masyarakat untuk dapat merubah kebiasaan tersebut

RINGKASAN MATERI

Sesuai dengan teori Blum, perilaku merupakan salah satu faktor yang berhubungan dengan derajat kesehatan. Perkembangan zaman membawa akibat perubahan perilaku. Berbagai penyakit berhubungan dengan perilaku, khususnya lifestyle diantaranya penyakit jantung, penyakit saluran pernafasan, HIV/AIDS, IMS dan lain-lain.

Usaha promotif dan preventif sangat diperlukan untuk mencegah berjangkitnya penyakit tersebut. Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan tingkat pertama mempunyai peran yang penting untuk menjalankan usaha tersebut. Program posyandu dan UKS dapat dijadikan sebagai ujung tombak karena menjangkau langsung masyarakat dan anak sekolah. Kerjasama lintas sektoral sangat diperlukan guna keberhasilan usaha tersebut seperti Departemen Pendidikan Nasional, Departemen Agama, Departemen Dalam Negeri, Badan Legislatif disamping Departemen Kesehatan sendiri dan Badan Narkotika Nasional (BNN).

Pelaksanaan pencegahan dan pemberantasan penyakit akibat perilaku, khususnya yang berkaitan dengan lifestyle dimaksudkan untuk:

1. Terciptanya keterpaduan kegiatan lintas program dan lintas sektor dalam mencegah dan menanggulangi penyakit akibat perilaku/lifestyle.
2. Peningkatan pengetahuan, kesadaran dan kemampuan masyarakat untuk mendeteksi penyakit akibat perilaku/lifestyle
3. Peningkatan pengetahuan, kesadaran dan kemampuan masyarakat untuk mencegah dan menanggulangi penyakit akibat perilaku/lifestyle yang buruk.
4. Menurunkan angka kejadian penyakit yang berbasis perilaku/lifestyle dengan meningkatkan kesadaran masyarakat pada akibat yang akan terjadi.

Sasaran dari usaha pencegahan dan penanggulangan penyakit akibat perilaku/lifestyle pada modul pertama ini ditujukan pada:

1. Anak sekolah (SLTP dan SLTA) yang menderita penyakit akibat penggunaan narkoba.

2. Orang tua murid yang anaknya menderita penyakit/pencandu narkoba.
3. Anak sekolah secara umum untuk mendapatkan pengetahuan yang baik tentang penggunaan narkoba dan akibatnya (UKS).

Jika ditemukan penderita penyakit akibat mengkonsumsi narkoba, mulai dari yang hanya kecanduan sampai kepada yang sudah menderita HIV/AIDS, dilakukan pemeriksaan secara seksama dan dirujuk baik secara horizontal ataupun vertikal, sesuai dengan keadaan si penderita.

Keikutsertaan tenaga ahli, baik medis maupun non medis (penyuluh/konseling/psikolog) sangat diperlukan. Tidak mudah untuk mengobati seseorang yang sudah kecanduan narkoba, apalagi kalau sudah timbul efek negatif pemakaian narkoba tersebut.

Peran orang tua yang anaknya pencandu narkoba sangat diperlukan guna pengobatan dan untuk itu perlu dilakukan pendekatan kepada orang tua tersebut agar mereka dapat menerima anaknya sebagai seorang pencandu narkoba.

Tugas :

1. Mengetahui seseorang yang kecanduan narkoba
2. Mengidentifikasi penyakit akibat mengkonsumsi narkoba
3. Berusaha mendapatkan kasus pencandu/penderita akibat narkoba dan merencanakan pengobatan/penganggulangnya
4. Memberikan pengertian kepada orangtua murid agar menerima anaknya yang menderita akibat narkoba
5. Membuat pencatatan dan pelaporan mengenai adanya pencandu/penderita akibat mengkonsumsi narkoba

BAB IV

PROSES KEPANITERAAN KLINIK

A. Alur Kegiatan

Setiap peserta didik program profesi Kedokteran Komunitas ini telah melewati semua bagian pembelajaran klinik dan telah belajar keterampilan klinik dalam pelayanan kuratif maupun rehabilitatif. Sehingga, stase kedokteran komunitas menjadi bagian terakhir pendidikan profesi profesi yang akan dijalani untuk menyempurnakan keterampilan klinik dan menyelesaikan keseluruhan pendidikan kedokteran.

Seluruh proses kegiatan Kedokteran Komunitas akan dijalani selama 8 (delapan) minggu, dengan alur kegiatan sebagai berikut :



B. Jenis Kegiatan

Adapun jenis-jenis kegiatan selama menjalani stase Kedokteran Komunitas, diantaranya :

1. Penerimaan oleh Dinkes Kab. Bogor
2. Kuliah pembekalan kesehatan masyarakat
3. Pelayanan Poli Umum
4. Pelayanan Poli Lansia
5. Pelayanan Poli KIA
6. Pelayanan UGD
7. P2P & surveilans
8. Vaksinasi Covid-19
9. Kegiatan di Sekolah
10. Pelayanan Posyandu
11. Penyuluhan kesehatan
12. Program kesehatan lingkungan
13. Homecare dan Home Visit
14. Dokter Layanan Primer
15. Sistem rujukan dan Rujuk balik
16. Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM)
17. Mini project, case report, referat
18. Presentasi dan laporan
19. Ujian bagian

C. Mini Project

1. Definisi

Adalah kegiatan yang dilakukan untuk membantu pelaksanaan upaya kesehatan di puskesmas. Mini project merupakan proyek kedokteran komunitas dengan tujuan mencapai kompetensi dalam menemukan masalah kesehatan, menganalisa penyebab masalah, membuat PoA intervensi, pelaksanaan intervensi, dan evaluasi. Setiap peserta didik harus memilih salah satu upaya kesehatan di puskesmas, menentukan

indikator hasil pelaksanaan yang masih perlu ditingkatkan atau diperbaiki, memilih dan melakukan solusi mampu laksana selama bertugas di puskesmas. Dilakukan secara berkelompok sesuai penempatan puskesmas.

2. Adapun timeline dalam pembuatan mini project ini adalah sbb:
 - Pekan 2 : Perencanaan mini project (PoA)
 - Pekan 3 : Pengambilan data mini project
 - Pekan 4 : Pengolahan data, analisis masalah, dan perencanaan program mini project
 - Pekan 5-6 : Pelaksanaan mini project
 - Pekan 7 : Evaluasi dan Pelaporan
 - Pekan 8 : Presentasi di Dinkes Kab. Bogor
3. Pemilihan topik berdasarkan masalah kesehatan sesuai Standar Nasional Pendidikan Profesi Dokter Indonesia (SNPPDI).
Contoh;
 - Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di sekolah
 - Output : Evaluasi dari intervensi masalah PHBS
 - Outcome: - mengetahui cara mencari masalah kesehatan
 - mengetahui cara menganalisis data untuk referensi alasan pemilihan masalah
 - mengetahui cara membuat PoA berdasarkan hasil analisis data
 - melakukan intervensi untuk masalah kesehatan
 - memahami hasil / dampak dari intervensi
 - mempublikasikan mini project
4. Format laporan Mini Project
 - a. Abstrak
 - b. Pendahuluan (teori alasan memilih topik)
 - c. Metode
 - d. Data
 - Data yang didapatkan
 - Data SPM (jika perlu ditambah data 10 penyakit terbanyak)
 - e. Analisis prioritas masalah dengan *problem tree*

- f. *Plan of Action*
- g. Intervensi
- h. Hasil
- i. Diskusi
- j. Kesimpulan dan rekomendasi untuk Puskesmas
- k. Lampiran (Foto kegiatan)
- l. Daftar Pustaka

D. Laporan Kasus (*Case Report*)

1. Definisi

Adalah kegiatan mahasiswa mencari kasus penyakit pada keluarga (ditemani petugas PKM), kemudian menentukan diagnosa holistik serta melakukan penatalaksanaan secara komprehensif. Kegiatan dilakukan secara berkelompok sesuai penempatan puskesmas. Setiap kelompok diwajibkan membuat 1 laporan kasus dan dipresentasikan pekan ke-6 atau ke-7 di puskesmas.

2. Adapun timeline dalam pembuatan case report ini adalah sbb:

- Pekan 1 : Perencanaan case report
- Pekan 2 : Pengambilan kasus
- Pekan 3 : *Family assessment*, Diagnostik holistik
- Pekan 4 : Tatalaksana komprehensif
- Pekan 5 : Follow up
- Pekan 6 : Hasil & Evaluasi
- Pekan 7 : Presentasi *Case Report* di Puskesmas
- Pekan 8 : -

3. Format Laporan Case Report

- a. Abstrak
- b. Pendahuluan (alasan memilih kasus)
- c. Laporan Kasus
 - Anamnesa/ heteroanamnesa
 - Pemeriksaan klinis
 - Pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi)
 - Family Assessment

- Diagnosa holistik
 - Tatalaksana Komprehensif
 - Prognosis
- d. Disertai foto-foto autentik
 - e. Diskusi (pembahasan kasus dilaporkan, dibandingkan dengan kepustakaan, baik mengenai insiden, temuan klinis, pemeriksaan penunjang yang digunakan, terapi yang dilakukan, dsb.)
 - f. Kesimpulan dan rekomendasi untuk Puskesmas
 - g. Daftar Pustaka

E. Referat Kesehatan Masyarakat

1. Definisi

Adalah tugas individu dimana dokter muda membuat karya tulis ilmiah seputar kasus penyakit di Puskesmas yang masuk dalam koridor kompetensi dokter umum serta diutamakan kasus kategori 3A, 3B, atau 4A dalam SNPPDI. Karya tulis lebih menitik beratkan pada aspek kesehatan masyarakat, yakni tinjauan epidemiologi, sanitasi dan kesehatan lingkungan, aspek gizi, promosi kesehatan, dan UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat)

2. Format Tulisan Referat

Berikut format penulisan referat kesehatan masyarakat. Titik tekan pada penulisan referat ini akan berbeda antara penyakit menular dengan penyakit tidak menular. Penyakit menular menitik beratkan pada aspek sanitasi dan kesehatan lingkungan. Sedangkan penyakit tidak menular menitik beratkan pada aspek perilaku/lifestyle.

- a. Pendahuluan (aspek klinis)
 1. Etiologi dan faktor risiko
 2. Patofisiologi
 3. Manifestasi Klinis
 4. Pemeriksaan Penunjang; Laboratorium, Radiologi, Lainnya
 5. Diagnosis dan Diagnosa Banding

6. Tata Laksana; Medikamentosa dan Non-Medikamentosa
 7. Komplikasi dan Prognosa
 - b. Tinjauan Epidemiologi
 1. *Morbidity rate* ; global, nasional, wilayah
 2. *Mortality rate* ; global, nasional, wilayah
 3. *Insidens, prevalens, mortality rate* di Puskesmas
 4. Program surveilans di Puskesmas
 - c. Sanitasi dan Kesehatan Lingkungan
 1. Program Sanitasi
 2. Aspek Kesehatan Lingkungan
 - d. Aspek Gizi
 1. Gizi klinik
 2. Gizi masyarakat
 - e. Promosi Kesehatan
 1. Lingkup program promosi kesehatan
 2. Sasaran promosi kesehatan
 3. Strategi promosi kesehatan
 - f. UKBM (Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat)
 - Posyandu / Posbindu / Poskesdes
 - Desa siaga/sehat
 - g. Penutup
 - Kesimpulan
 - Saran
 - h. Daftar Pustaka
3. Presentasi Referat di Puskesmas
- Presentasi dilaksanakan mulai dari pekan ke-2 sampai dengan pekan ke-7. Kegiatan ini menghadirkan dosen pembimbing dan *cilinical instructure* atau kepala puskesmas. Pelaksanaan dibagi menjadi 2 sesi, yaitu :
- Sesi pertama, dilaksanakan pada pekan ke-2 sampai pekan ke-5 dengan menampilkan 2-3 orang mahasiswa koas mepresentasikan referat kesmas nya.

- Sesi pertama, dilaksanakan pada pekan ke-6 sampai pekan ke-7 dengan menampilkan 2-3 orang mahasiswa koas mepresentasikan referat kesmas nya.

F. Muatan AIK

Adalah memasukkan nilai-nilai ke-Islaman pada praktek kepaniteraan klinik di puskesmas, yaitu diantaranya:

- Do'a setiap pagi seluruh tim kerja di Puskesmas
- Adab Islam ketika menjenguk orang sakit
- Bimbingan do'a kesembuhan terhadap pasien Puskesmas
- Materi edukasi menyertakan ayat/hadits yang berhubungan
- Tatalaksana karantina kesehatan jika terjadi wabah/KLB

G. Batas Kewenangan

Peserta didik diwajibkan mengikuti semua proses pembelajaran selama stase Kedokteran Komunitas. jika peserta didik berhalangan, maka memiliki batasan sebagai berikut:

| No | Tindakan | Tidak Diizinkan | Diizinkan |
|----|---------------------------------|-----------------|-----------|
| 1 | Rekam Medis | √ | |
| 2 | Resep Rumah Sakit | √ | |
| 3 | Surat Izin Istirahat | √ | |
| 4 | Surat Keterangan Sehat | √ | |
| 5 | Pemeriksaan Laboratorium | √ | |
| 6 | Pemeriksaan Radiologi | √ | |
| 7 | Keterampilan Kompetensi Level 1 | √ | |
| 8 | Keterampilan Kompetensi Level 2 | √ | |
| 9 | Keterampilan Kompetensi Level 3 | | √ |
| 10 | Keterampilan Kompetensi Level 4 | | √ |

BAB V

KEGIATAN KEPANITERAAN KLINIK

A. Jadwal Kegiatan

Adapun program profesi Kedokteran Komunitas FK Uhamka akan dilaksanakan selama 8 (delapan) minggu, terhitung mulai **16 April 2024 s.d 7 Juni 2024**. Kegiatan akan diawali dan dibuka dengan pembekalan dari Dinas Kesehatan dan ditutup dengan *Presentasi Mini Project* dari peserta didik. Selama kegiatan berlangsung, para peserta didik mengikuti program-program pelayanan di Puskesmas baik kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif sesuai jadwal yang ditentukan oleh *Clinical Instructor (CI)*.

Berikut agenda kegiatan pembekalan :

| Hari | Topik/Kegiatan | Penanggung Jawab |
|------------------------------|--|---|
| Selasa, 16 April 2024 | | |
| 08.00-08.30 | Registrasi peserta | |
| 08.30-09.45 | Prosesi Penerimaan dan Pembekalan Peserta Didik <ol style="list-style-type: none"> a. Pembukaan b. Pembacaan Ayat Suci Al Qur'an c. Sambutan Kaprodi Koas FK UHAMKA d. Sambutan Kepala Dinas Kesehatan Kab. Bogor e. Serah Terima Mahasiswa Koas FK UHAMKA f. Penutup + Foto Bersama | PJ Koas IKM MC Qori' dr. Arief Indra S., Sp.PK drg. Mike Kaltarina, MARS |
| 09.45-10.00 | Temu Instruktur Klinik <ol style="list-style-type: none"> a. Dosen Pembimbing b. Dokter dari Puskesmas c. Mahasiswa koas | PJ Koas IKM |
| 10.00-10.15 | Coffee break | |
| 10.15-11.00 | Materi 1 : Promosi Kesehatan | Dinkes Kab. Bogor |
| 11.00-11.45 | Materi 2 : Kesehatan Lingkungan | Dinkes Kab. Bogor |
| 11.45-13.00 | ISHOMA | |

| | | |
|---------------|---|-------------------|
| 13.00-13.45 | Materi 3 : KIA dan Gizi | Dinkes Kab. Bogor |
| 13.45-14.30 | Materi 4 : Pemebarantasan dan Pengendalian Penyakit (P2P) | Dinkes Kab. Bogor |
| 14.30-selesai | Perjalanan ke Puskesmas | PJ Koas IKM |

Berikut jadwal kegiatan selama di Puskesmas :

| Hari | Topik/Kegiatan | Penanggung Jawab |
|--|--|------------------------|
| Rabu, 17 April 2024 s.d Rabu, 5 Juni 2024 | | |
| 08.00-16.00 | <p>Work Based Learning</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poli umum - Poli KIA-KB - Poli lansia - IGD - Farmasi - Program UKM <p><i>NB: Sesuai jadwal pembagian tugas</i></p> | CI |
| | <p>Referrat Kesmas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Karya tulis ilmiah per orang (tugas individu) - Kasus penyakit di Puskesmas, disajikan dalam kerangka Kesmas - Presentasi referat di Puskesmas <p><i>NB: Sesuai waktu yang ditentukan Dosen Pembimbing dan Clinical Instruktur</i></p> | CI Dosen |
| | <p>Case report</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tugas kelompok (per puskesmas) - Kasus penyakit pada keluarga + intervensi - Diagnosa holistik & tatalaksana komprehensif - Presentasi di Puskesmas <p><i>NB: Sesuai waktu yang ditentukan Dosen Pembimbing dan Clinical Instruktur</i></p> | Dosen |
| | <p>Mini Project</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proyek intervensi kedokteran komunitas - Topik permasalahan kesehatan masyarakat | CI Dosen Ka. PKM |

| | | |
|--|--|--------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Tugas kelompok sesuai penempatan puskesmas - Presentasi Akhir di Dinkes Kab. Bogor <p><i>NB: Dilaksanakan sebagai ujian akhir bagian kepaniteraan klinik Stase Kedokteran Komunitas</i></p> | Dinkes |
|--|--|--------|

Berikut agenda Presentasi Mini Project :

| Hari | Topik/Kegiatan | Penanggung Jawab |
|----------------------------|---|--|
| Kamis, 6 Juni 2024 | | |
| 08.00-16.00 | <p>Prosesi Penutupan Kegiatan dan Presentasi Mini Project</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pembukaan b. Pembacaan Ayat Suci Al Qur'an c. Sambutan Kaprodi Koas FK UHAMKA d. Sambutan Kepala Dinas Kesehatan Kab. Bogor e. Foto Bersama, Ramah Tamah, dan Serah Terima Plakat f. <i>Presentasi Mini Project</i> <ul style="list-style-type: none"> 1) Peserta Didik dari Puskesmas Ciampea 2) Peserta Didik dari Puskesmas Cibungbulang 3) Peserta Didik dari Puskesmas Cigombong 4) Peserta Didik dari Puskesmas Cigudeg 5) Peserta Didik dari Puskesmas Jasinga 6) Peserta Didik dari Puskesmas Parung 7) Peserta Didik dari Puskesmas Parungpanjang 8) Peserta Didik dari Puskesmas Rumpin g. Penutup | <p>PJ Koas IKM</p> <p>dr. Arief Indra S., Sp.PK drg. Mike Kaltarina, MARS</p> <p>Dinas Kesehatan Clinical Instructure Dosen Pembimbing</p> |
| Jum'at, 7 Juni 2024 | | |
| 08.00-16.00 | Revisi Mini Project & ACC | |

BAB VI

UJIAN AKHIR BAGIAN

A. Sistem Evaluasi

Setiap stase bagian akan melakukan evaluasi/penilaian terhadap peserta didik dengan komponen penilaian selama proses pendidikan dan evaluasi akhir stase. Peserta didik harus menghadiri 100% kegiatan dalam stase bagian sebagai prasyarat untuk dapat mengikuti Ujian akhir stase. Jika berhalangan dikarenakan alasan sakit, musibah orang tua/saudara kandung/suami/istri/anak kandung dan tugas fakultas, peserta didik diperkenankan ijin dengan menunjukkan bukti (surat keterangan dirawat, dll). Bila tidak memenuhi prasyarat tersebut, maka peserta didik tidak diperkenankan mengikuti evaluasi sumatif.

Evaluasi atau Penilaian sumatif peserta didik akan mencakup penilaian selama proses, yang terdiri dari kehadiran, Referat kesmas, dan Laporan kasus dengan total bobot nilai sebesar 60%. Sedangkan, ujian akhir stase akan dilakukan Presentasi Mini Project di Dinas Kesehatan Kabupaten Bogor dengan bobot nilai sebesar 40%.

Bobot Komponen Penilaian Stase:

| Jenis Kegiatan | Bobot | Nilai | Hasil (Bobot x Nilai) |
|------------------------------|--------------|--------------|----------------------------------|
| A. Nilai Harian (60%) | | | |
| 1. Kehadiran | 10% | | |
| 2. Laporan Kasus | 20% | | |
| 3. Referat Kesmas | 30% | | |
| B. Ujian Akhir (40%) | | | |
| Mini Project | 40% | | |
| Jumlah Total | 100% | | |

Keterangan:

1. Peserta didik dapat mengikuti ujian akhir stase setelah melengkapi seluruh kewajiban yang tertera dalam *log book*.
2. Semua komponen nilai stase harus sudah diterima oleh komkordik/Tim Kordik pada hari terakhir minggu akhir masing-masing stase. Nilai akan diolah dalam rapat evaluasi akhir stase yang dihadiri oleh perwakilan KSM dan Komkordik/Tim Kordik.

Kriteria keberhasilan peserta didik

| Nilai Huruf | Nilai Bobot | Rentang Nilai | Keterangan Patokan Nilai |
|-------------|-------------|---------------|--------------------------|
| A | 4,00 | 80,00 - 100 | Kompeten |
| B | 3,00 | 68,00 - 79,99 | Kompeten |
| C | 2,00 | 56,00 - 67,99 | Tidak Kompeten |
| D | 1,00 | 45,00 - 55,99 | Tidak Kompeten |
| E | 0,00 | 0,00 – 44,99 | Tidak Kompeten |

Batas Lulus Stase : Nilai B

B. Kehadiran

1. Dalam stase kedokteran komunitas, peserta didik diwajibkan hadir 100%. Ketidakhadiran peserta didik akan mempengaruhi penilaian harian (absensi) dari bobot persentase 10%.
2. Jika absensi kehadiran peserta didik < 80% karena alasan sakit, musibah orang tua/saudara kandung/suami/ istri/anak kandung dan tugas fakultas, maka harus disertakan bukti resmi yang tertulis (surat keterangan rawat inap, dll)

3. Jika absensi kehadiran < 80% karena alasan lainnya yang tidak dapat dipertanggung jawabkan secara tertulis, maka peserta didik diwajibkan mengulang satu stase kedokteran komunitas.
4. Remedial dilaksanakan dengan mengulang stase kedokteran komunitas selama 8 minggu bersama angkatan berikutnya (tahun depan).
5. Bagi peserta yang menjalani remedial, maka penilaian stase kedokteran komunitas akan mengikuti sistem penilaian di periode tersebut.

BAB VII

TATA TERTIB PELAKSANAAN KEPANITERAAN KLINIK

A. Tata Tertib

1. Setiap Peserta didik wajib :
 - a. Mengenakan jas dokter dalam keadaan bersih, rapi.
 - b. Wajah terlihat jelas, sepatu tertutup, kuku pendek dan bersih, pakaian tidak berbahan jeans dan kaos.
 - c. Wanita wajib mengenakan rok dan berjilbab, serta tidak berambut gondrong bagi pria.
2. Mahasiswa melakukan kegiatan selama stase sesuai dengan yang ditetapkan.
 - a. Jam Kerja : sesuai dengan jam kerja Puskesmas atau wahana lainnya.
 - b. Jumlah frekuensi jaga ditentukan oleh Bagian yang bersangkutan.
 - c. Pengisian daftar hadir :
 - Dilakukan minimal dua kali yaitu pada saat datang dan pulang tepat pada waktunya
 - Dilakukan sendiri, tidak boleh diwakilkan.
3. Mahasiswa yang meninggalkan tugas dalam masa pendidikan profesi dokter di suatu bagian harus sepengetahuan dan memperoleh izin dari Kepala Bagian atau dokter pembimbing klinik.
4. Bila karena suatu sebab tidak dapat melakukan stase, maka mahasiswa harus menyatakan dengan surat pemberitahuan resmi dan menyebutkan alasan yang dapat diterima dengan disertai bukti yang sah. Surat tersebut harus diserahkan kepada koordinator Pendidikan selambat-lambatnya saat mahasiswa kembali mengikuti kegiatan.
5. Setiap mahasiswa harus senantiasa bertindak profesional, menjaga nama baik almamater dan institusi tempat tugas, menegakkan kedisiplinan dan tata tertib mahasiswa.

6. Mahasiswa tidak boleh mengerjakan tugas Bagian lain pada saat kegiatan di Stase.

B. Pelanggaran dan Sanksi Akademik

1. Peserta didik yang sakit atau tertimpa musibah, maka peserta didik harus menyertakan surat sakit dari dokter rumah sakit yang memiliki alamat serta nomor telpon yang mudah dihubungi atau ijin tertulis dari orang tua/wali maksimal diserahkan 3 hari setelah izin, kepada komkordik/tim kordik rumah sakit.
2. Bila ijin atau sakit <10% baik stase kecil maupun stase besar, peserta didik wajib mengganti sesuai jumlah hari yang ditinggalkan setelah menyelesaikan seluruh stase kepaniteraan klinik. Peserta didik masih dapat mengikuti ujian.
3. Bila ijin atau sakit >20%, peserta didik tidak diperbolehkan mengikuti ujian dan harus mengulang satu stase.
4. Peserta didik yang tidak melaksanakan atau menyelesaikan masa kepaniteraan **tanpa alasan yang jelas** atau disengaja maka dianggap alpa dan peserta didik dikenakan sanksi sesuai ketentuan berikut ini:
 - Bila alpa selama 1 hari, peserta didik harus mengganti sebanyak 2 minggu. Peserta didik masih diperbolehkan mengikuti ujian, namun tidak diperbolehkan mengikuti yudisium sebelum mengganti hari.
 - Bila alpa selama 2 hari atau lebih, peserta didik harus mengganti sebanyak 4 minggu, dan kelipatannya. Peserta didik tidak diperbolehkan mengikuti ujian.
 - Peserta didik yang terlambat 10 menit pada setiap pertemuan dan dilakukan 3 kali berturut-turut maka dianggap alpa 1 hari.
 - Peserta didik yang tidak mengikuti kegiatan jaga/ bangsal /poli /ruang bersalin/IGD tanpa izin/ alasan yang jelas, maka dianggap alpa.
 - Bila menghentikan kepaniteraan atas kemauan sendiri, maka harus mengulang satu stase masa kepaniteraan.

5. Khusus stase kedokteran komunitas di Puskesmas yang ada rawat inap maka Peserta didik wajib tugas jaga malam, bila mengabaikan maka dianggap alpa dan diberikan sanksi.
6. Peserta didik yang melakukan kelalaian atau sikap tidak terpuji terhadap pasien, keluarga pasien, sesama peserta didik, Perawat, Bidan, pembimbing klinik dan karyawan rumah sakit selama masa kepaniteraan maka Peserta didik tersebut dikembalikan ke pihak fakultas untuk kemudian diputuskan sanksi akademik kepadanya melalui rapat bersama komite etik fakultas. Peserta didik tersebut tidak berhak mengikuti ujian akhir sebelum menyelesaikan sanksi yang diberikan dengan membawa surat permintaan pengantar ujian dari Dekan cq Wadep I.
7. Peserta didik yang sengaja membawa logbook dan tidak mengumpulkan saat pekan terakhir stase karena alasan yang tidak jelas dianggap lalai, dan mendapatkan sanksi tunda satu verifikasi (setiap 3 bulan) sesuai dengan logbook yang tidak dikumpulkan.
8. Peserta didik yang membatalkan ujian atau tidak hadir pada hari ujian tanpa alasan yang jelas, maka dinyatakan BELUM MENYELESAIKAN STASE terkait dan tidak diperbolehkan ujian sebelum mengulang kepaniteraan 100% (satu stase). Peserta didik akan diskorsing dengan tunda satu stase berikutnya.
9. Peserta didik yang menghilangkan logbook/Buku Kepaniteraan, diwajibkan segera melaporkan ke Komkordik serta membuat permohonan secara tertulis kepada Dekan untuk mendapatkan surat keterangan kehilangan sebagai dasar pengurusan nilai-nilai yang hilang bersama log book. Rincian kegiatan dan nilai – nilai kegiatan kepaniteraan yang tidak tercatat akibat kelalaian pelapor dianggap belum mengikuti kegiatan dan akan diganti pada masa akhir kepaniteraan dengan mengulang kembali penilaian tersebut.
10. Peserta didik yang melanggar Janji Peserta didik atau melakukan tindakan fatal misalnya memalsukan nilai dan tanda tangan, melakukan penganiayaan fisik dan mental, melanggar kode etik kedokteran, tindakan asusila maka akan dikembalikan ke pihak fakultas dan diberikan skorsing selama 6 bulan atau dikeluarkan

sesudah diadakan rapat bersama antara Komkordik, bagian terkait, Komite Etik Rumah Sakit, dengan Pimpinan FK Uhamka.

11. Peserta didik yang menggunakan / mengedar / menjual NARKOBA, maka akan dikeluarkan/di DROP OUT.
12. Peserta didik yang cuti kepaniteraan 2 semester berturut-turut. maka peserta didik harus mengikuti kegiatan reguler di tiap-tiap bagian yang sudah dilalui selama 2 pekan untuk bagian besar dan 1 pekan untuk bagian kecil, apabila belum dilakukan ujian di bagian tersebut harus mengulang 1 stase
13. Peserta didik yang tidak mengikuti kegiatan kepaniteraan dan tidak membayar lebih dari 2 semester yang sudah ditetapkan dan / atau menghilang tanpa pemberitahuan selama lebih atau sama dengan satu semester maka akan diberikan surat peringatan pertama oleh dekan, 1 bulan kemudian surat pemanggilan pertama, selanjutnya 1 bulan kemudian surat pemanggilan ke dua, apabila peserta didik tetap tidak memberikan tanggapan maka peserta didik dianggap DROP OUT dari pendidikan kepaniteraan klinik.
14. Peserta didik yang :
 - a. Mengerjakan laporan kasus, atau tugas untuk peserta didik lain.
 - b. Bekerjasama dalam mengerjakan soal ujian.
 - c. Tidak menjaga ketertiban dan kebersihan ruangan diskusi
 - d. Setiap pelanggaran terhadap tata tertib ini akan dikenakan sanksi ringan yaitu peringatan lisan/tertulis.
15. Peserta didik yang :
 - a. Bila Memfoto copy dokumen rekam medik atau
 - b. Menjiplak/meniru hasil pekerjaan peserta didik lain.
 - c. Dikenakan sanksi sedang yaitu diberikan surat peringatan tertulis dan pengulangan 1 stase.
16. Peserta didik yang :
 - a. Melakukan tindakan yang melanggar etik kedokteran
 - b. Memalsukan nilai atau tanda tangan dosen pembimbing/ penanggung jawab ruangan /supervisor

- c. Dikenakan sanksi berat yaitu diskorsing selama 6 bulan atau dikeluarkan/ DROP OUT yang diputuskan dengan rapat bersama dari institusi dan rumah sakit
17. Hal-hal yang belum tercantum dalam tata tertib ini dan bila dianggap perlu, maka akan ditambahkan dikemudian hari atau dituangkan dalam aturan lain.

C. Reward

Setiap peserta didik yang mentaati semua tata tertib dan tidak melanggar larangan dalam menjalankan praktik klinik kedokteran di semua wahana pendidikan akan memperoleh pembimbing klinik, sarana dan prasarana praktik klinik yang memadai, lingkungan belajar yang aman dan nyaman, serta memperoleh kesempatan untuk menyelesaikan praktik klinik kedokteran sesuai batas waktu yang telah ditentukan.